



การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในวัยรุ่นที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช

ศุภรัตน์ เอกอัครวิน, พ.บ.*

บทคัดย่อ

การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำมีความสำคัญทางสาธารณสุขเนื่องจากผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายหนึ่งครั้งจะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำจนสำเร็จสูงถึง 100 เท่าของคนที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัจจัยเกี่ยวข้องที่สามารถรักษาได้เพื่อช่วยลดความเสี่ยงของวัยรุ่นที่มีอาการทางจิตเวชต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ โดยใช้ unmatched case control ประชากรเป็นผู้ป่วยอายุ 15-20 ปี ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสวนปรุง พระศรีมหาโพธิ์ขอนแก่น สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มศึกษาคือ ผู้ป่วยที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าหนึ่งครั้งขึ้นไปจำนวน 30 คน ส่วนกลุ่มควบคุมคือ ผู้ป่วยที่เคยพยายามฆ่าตัวตายครั้งเดียวจำนวน 114 คน แบบสัมภาษณ์แบ่งเป็นสองตอน แบบสัมภาษณ์ที่หนึ่ง เพื่อคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่เคยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย แบบสัมภาษณ์ที่สองเพื่อบันทึกข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลการวินิจฉัยจากเวชระเบียน โดยแบ่งกลุ่มโรคตาม ICD-10 สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi squares และ Adjusted odds ratio ผลการศึกษาพบว่า ประชากรมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน 18.1 ± 1.4 ปี กลุ่มพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำพบชายต่อหญิง 1:2 ส่วนมากอยู่บ้านเฉาๆ ร้อยละ 43.30 พักอยู่กับบิดามารดาหรือญาติผู้ใหญ่พอๆ กันคือร้อยละ 30 ปัจจัยเรื่อง เพศ อาชีพ และผู้ที่อาศัยร่วมด้วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 แต่ F10-19 F60-69 และ F90-98 มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ ค่า Adjusted odds ratio และ 95% CI ของปัจจัยต่อไปนี้มีความสำคัญทางสถิติ ได้แก่ F10-19 เท่ากับ 3.98 (1.32 – 12.48), F20-29 เท่ากับ 3.51 (1.25-12.89) และ F90-98 เท่ากับ 3.86 (1.06 – 13.02) ผลการศึกษาไม่พบว่า mood disorders มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ โรคจิตเวช วัยรุ่น

*สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์



Multiple suicides among psychiatric adolescents

Suparat Ekasawin, M.D.*

Abstract

Evidences shown one-off attempts would end up to completed suicide 100 times more than general population. This study aimed to explore the psychiatric factors related to multiple attempts among psychiatric youths. Design was unmatched case control. The 144 samples were youths aged 15-20 years visiting OPD at four psychiatric hospitals: Suanprung, Prasimahaphol, Khonkaen and Somdejchoapraya psychiatric hospitals. Control groups were youth with one off-attempt experience and studies were experienced more than once. Two interview tools; first was used to screen and clarify suicide behavior and second was administered to get personal and psychiatric illness data, based on ICD-10. Frequency standard deviation Chi squares and adjusted Odd ratios were used in data analysis. Mean age of the sample was 18.1 ± 1.4 years For the repeaters, male/female ratio was 1:2. Youths with long-term school leave were 43%, living with parents 30%. The relationship between gender, employ status and people-living with factors and multiple suicides were not significantly found. Adjusted Odd ratios and 95% CI resulted as follow: F10-19 3.98 (1.32 – 12.48) , F20-29 3.51(1.25-12.89) and F90-98 3.86(1.06 – 13.02). Interestingly, F30-39 was not found associated with multiple suicides.

Key words : multiple suicides, psychiatric disorders, adolescent

*Institute of Child and Adolescent Mental Health Center.

บทนำ

การพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเป็นปัญหาอันดับที่ห้าของโรคที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยในกลุ่มอายุ 15-24 ปี¹ ในขณะที่อัตราการตายสำเร็จของคนไทยปี 2538-2539 เฉลี่ย 7.6 ต่อแสนประชากร² ทุกครั้งที่เกิดการพยายามฆ่าตัวตาย ย่อมนำมาซึ่งความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ทางจิตใจทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชนและประเทศอันเนื่องมาจากการบาดเจ็บ การขาดงาน ความพิการ ซึ่งเป็นความสูญเสียที่สามารถป้องกันได้ การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำมีความสำคัญทางสาธารณสุขเนื่องจากผู้ที่เคยการพยายามฆ่าตัวตายหนึ่งครั้งจะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำจนสำเร็จสูงถึง 100 เท่าของคนที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย³ และจำนวนครั้งในการพยายามฆ่าตัวตายที่มากขึ้น จะเพิ่มโอกาสในการทำสำเร็จมากขึ้นด้วย ในทางกลับกันผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายน้อยครั้งกว่า ย่อมมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จน้อยกว่า การคัดกรอง เฝ้าระวังผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก จะเป็นการป้องกันการกระทำซ้ำอีก แต่การค้นหากลุ่มที่เสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำทำได้ไม่มากนัก เพราะมีปัจจัยหลายประการที่อาจเกี่ยวข้องกับด้วยเช่น โรคทางจิตเวช ความเครียด ปัญหาสุขภาพกาย การที่ทราบว่ามีโรคทางจิตเวชใดเกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ จะเป็นประโยชน์ต่อการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ที่ผ่านมาในประเทศไทย มีรายงานการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำเพียงแง่มุมด้านอัตราสูง ซึ่งมักเป็นวัตถุประสงค์ย่อยในการศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายทั่วไปพบว่า เด็กที่ได้รับการรักษาด้วยโรคทางกายแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 33.80⁵ ไม่พบว่ามีรายงานของเด็กหรือวัยรุ่นไทยพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชและไม่พบว่ามีการศึกษาลักษณะเฉพาะของกลุ่มดังกล่าวในประเทศไทย การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการ

วินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำของวัยรุ่นที่มีอาการทางจิตเวช

คำนิยามในพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีความแตกต่างในแต่ละประเทศ เพราะสิ่งที่ตรวจพบได้เป็นเพียงพฤติกรรมของการทำร้ายตนเองเท่านั้น ไม่สามารถล่วงรู้ความตั้งใจฆ่าตัวตายได้ยกเว้นผู้ป่วยยอมรับเอง จึงมีคำนิยามเพื่อใช้ในการงานวิจัยโดยลดความสำคัญในเรื่องของความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง ปัจจุบันนิยมใช้สองคำ ได้แก่ “attempted suicide” หมายถึง การพยายามฆ่าตัวตายโดยผู้กระทำยังมีชีวิตอยู่ ซึ่งได้รับความนิยมนิยมในประเทศอเมริกา ส่วน “parasuicide” and “deliberate self-harm” ได้รับความนิยมนิยมในประเทศแถบยุโรป⁶ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การพยายามฆ่าตัวตายในความหมายที่ประกอบด้วยการทำร้ายตนเองและการตั้งใจจบชีวิต ในส่วนของการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ หมายถึงการตั้งใจกระทำการมากกว่าหนึ่งครั้งขึ้นไปเพื่อต้องการจบชีวิตของตนเองโดยการบาดเจ็บนั้นไม่ถึงแก่ความตาย⁷

การศึกษาระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย ซึ่งสุ่มตัวอย่างประชากรในชุมชนทั่วประเทศกว่า 7,000 ราย พบอัตราสูงของการพยายามฆ่าตัวตายรวมประมาณร้อยละ 1⁸ ในขณะที่การสำรวจของประเทศอเมริกาและนิวซีแลนด์พบอัตราสูงประมาณร้อยละ 3-5⁹ โดยมักเป็นหญิงอายุน้อยช่วงวัยรุ่นที่พบมากที่สุดอายุประมาณ 14-15 ปีและอัตราสูงจะลดลงหลังอายุ 18 ปี¹⁰ โรคทางจิตเวชที่เป็นปัจจัยเสี่ยงคือ mood disorders, alcohol and substance used disorders, schizophrenia และ conduct disorder¹¹

ในส่วนรายงานของกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ Pfeffer และคณะ¹² พบว่าวัยรุ่นที่เคยพยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 45 จะพยายามซ้ำความคิดอยากฆ่าตัวตายในวัยรุ่นจะคงอยู่นาน Garrison และคณะ¹³ ติดตามวัยรุ่นนาน 3 ปีพบว่าความคิดอยากฆ่าตัวตายยังคงอยู่ถึงร้อยละ 47 และเมื่อติดตามถึง 10 ปี พบว่าร้อยละ 10-50

ยังคงมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำและวัยรุ่นร้อยละ 3-10 จะพยายามฆ่าตัวตายจนสำเร็จ⁵

สำหรับอัตราสูงที่พบในเด็กและวัยรุ่นไทย อุมพร ตรังคมบดี¹⁴ ได้ศึกษาเด็กที่มารับการรักษาในแผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าครึ่งหนึ่งของเด็กที่มาด้วยปัญหาฆ่าตัวตายนั้นเคยมีพฤติกรรมนี้มาก่อน การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำมักพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึงสองเท่า¹⁵ โดยเด็กที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำมักมีลักษณะต่อไปนี้อยู่ถูกคัดค้นเป็นเวลานาน เศร้าเหงา วิตกกังวล ก้าวร้าว มีปัญหาการเรียน ทำผิดระเบียบ มีประวัติฝ่าฝืนกฎหมาย ใช้ยาเสพติดและมีโรคทางจิตเวช⁶ โดยร้อยละ 72-96 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำมีโรคทางจิตเวช¹⁶

ในวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนมากแสดงอาการซึมเศร้า วิตกกังวล นำมาก่อน ซึ่งผลการศึกษาของ Stein⁷ พบว่าวัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายทั้งในกลุ่มที่เคยกระทำเพียงครั้งเดียวและกระทำซ้ำมีระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าและวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติฆ่าตัวตายมาก่อน เมื่อเปรียบเทียบวัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่เคยฆ่าตัวตายทั้งสองกลุ่มในแง่ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าไม่พบความแตกต่าง ในขณะที่บางรายงานพบว่าแตกต่าง¹⁶

สุดท้าย จุลกัทพพะและคณะ¹⁷ ศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลศิริราช พบอัตราสูงของการพยายามฆ่าตัวตายรวมร้อยละ 31.8 เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กระทำซ้ำร้อยละ 26.3 และยังพบว่าโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ส่วนการใช้สารเสพติดกลุ่ม ผู้ที่ พยายามฆ่าตัวตายซ้ำจะพบประวัติการใช้สารเสพติดมากกว่า¹⁸ วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ อาจมีภาวะโรคร่วมเช่น โรคซึมเศร้าและบุคลิกภาพแปรปรวนแบบ borderline หรือผู้ป่วย ADHD ที่มี conduct disorder มีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยจิตเวชโรคเดียว¹⁹

จะเห็นว่ามีหลักฐานยืนยันถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำหลายประการ ทั้งปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยทางจิตสังคมและโรคทางจิตเวช การศึกษาถึงลักษณะทางจิตสังคมและจิตเวชของวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายในประเทศไทย โดยเฉพาะวัยรุ่นที่มีอาการทางจิตเวชซึ่งมีอัตราสูงในการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำสูงกว่าวัยรุ่นทั่วไป⁴ เป็นประโยชน์ในการวางแผนป้องกันวัยรุ่นที่อยู่ในภาวะเสี่ยงทั้งในกลุ่มที่เข้าถึงบริการสาธารณสุขและกลุ่มวัยรุ่นที่มีอาการทางจิตเวชแต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย ส่งผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกิดความตระหนักถึงโรคทางจิตเวชที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในประชากรกลุ่มวัยรุ่น

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective research) ในรูปแบบการวิจัยชนิด unmatched case control ประชากรที่ศึกษาเป็น ผู้ป่วยอายุ 15-20 ปีที่เข้ามาขอรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสวนปรุง พระศรีมหาโพธิ์ขอนแก่น สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ช่วงเวลาเดือน พฤษภาคม 2546 ถึง มีนาคม 2547 กลุ่มศึกษาคือ ผู้ป่วยจากกลุ่มตัวอย่างในขั้นคัดกรองที่ให้คำตอบในการสัมภาษณ์ว่าเคยพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าหนึ่งครั้งขึ้นไป ส่วนกลุ่มควบคุมคัดเลือกจากผู้ป่วยคนถัดไปของกลุ่มตัวอย่างในขั้นคัดกรองที่ตอบในการสัมภาษณ์ว่าเคยพยายามฆ่าตัวตายครั้งเดียว โดยถามประวัติย้อนหลังไปหนึ่งปี เนื่องจากรายงานของ Boyes²⁰ ที่พบว่าพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำพบมากถึงร้อยละ 70 ในระยะเวลาหนึ่งปี หลังการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก การขยายเวลาให้นานกว่าหนึ่งปี แม้ว่าจะทำให้ได้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่าก็ตาม แต่พบปัญหาของ recall bias ส่วนเกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มศึกษาได้แก่

1. ผู้มีอาการทางจิตหรือเข้าขบวนการบำบัด

จนกระทั่งไม่สามารถให้ประวัติตนเองหรือไม่สามารถติดตามผู้ใกล้ชิดที่รู้จักผู้ป่วยมานานกว่าหกเดือนเพื่อทำการสัมภาษณ์ได้

2. ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารหรือเข้าใจภาษาไทยจำนวนประชากรในการศึกษาคำนวณจากอัตราชุดของการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นไทยอายุ 15-20 ปี ประมาณร้อยละ 7²¹ ประมาณการจำนวนผู้ป่วยวัยรุ่นที่ต้องทำการคัดกรองระยะที่หนึ่งเพื่อหาผู้ป่วยวัยรุ่นที่ให้ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายหนึ่งครั้งหรือมากกว่าคำนวณเพื่อผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมร้อยละ 10 รวมเป็นจำนวน 511 คนต่อโรงพยาบาล

ในระยะที่สองเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Epi Info version 2002 โดยตั้ง power 80% ใช้ปัจจัยสำคัญที่ต้องการทดสอบคือโรคซึมเศร้า ในกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายครั้งเดียวพบวัยรุ่นที่มีโรคซึมเศร้าร้อยละ 40²² และในกลุ่มที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ พบโรคซึมเศวร้อยละ 60²³ และให้สัดส่วนกลุ่มควบคุมต่อกลุ่มศึกษาเท่ากับ 5:1 และเพื่อสำหรับรายชื่อปฏิเสธการสัมภาษณ์หรือข้อมูลขาดหายไปอีกร้อยละ 5 เท่ากับ 144 คนโดยเป็นกลุ่มศึกษา 30 คนและกลุ่มควบคุม 114 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามีสองตอนแบบสัมภาษณ์ที่หนึ่ง เป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อค้นหาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่เคยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายโดยมุ่งหวังให้ได้ความชัดเจนของพฤติกรรมตั้งใจฆ่าตัวตายที่ไม่ได้หมายถึงเพียงการทำร้ายตนเอง คำถามมีสี่ข้อ กลุ่มตัวอย่างของผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายต้องตอบ “เคย” ในสามข้อแรกได้แก่ในช่วงระยะหนึ่งปีที่ผ่านมา

1. เคยมีความคิดอย่างจริงจังเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายและ

2. ได้เคยลงมือกระทำและ

3. เป็นการมุ่งหวังให้ชีวิตสิ้นสุดในข้อที่

4. ให้ระบุจำนวนครั้งของการพยายามฆ่าตัวตายแบบสัมภาษณ์ที่สองเพื่อบันทึกข้อมูลส่วนตัวได้แก่ อายุ เพศ ผู้ที่อาศัยร่วมด้วย อาชีพ และบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยที่ได้ทำการศึกษาจากเวชระเบียนการวินิจฉัยนั้นแบ่งเป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชตามระบบการจำแนกโรคทางจิตเวชขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) เฉพาะ two-character categories (F xx) โดยจัดเป็นกลุ่ม 6 กลุ่มเพื่อลดความเบี่ยงเบนของข้อมูลการวินิจฉัยซึ่งเป็นข้อมูลที่เก็บจากเวชระเบียน ได้แก่

1. Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use (F10-19)

2. Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (F20-29)

3. Mood(affective) disorders (F30-39)

4. Neurotic, stress related and somatoform disorders(F40-49)

5. Disorders of adult personality and behavior(F60-69) และ

6. Behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence (F90-98) โดยผู้ที่สัมภาษณ์เป็นพยาบาลจิตเวช หลังจากตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi squares และ ใช้ multivariate logistic regression : backward elimination คำนวณหา adjusted odds ratio

ผล

กลุ่มเป้าหมายทั้งหมดมีจำนวน 144 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่เคยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในช่วงเวลาหนึ่งปีนับย้อนจากเวลาที่สัมภาษณ์ 30 คนและกลุ่มที่เคยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายครั้งเดียว 114 คน ลักษณะทั่วไปกลุ่มศึกษาประกอบด้วยวัยรุ่นชาย 47 คน วัยรุ่นหญิง 97 คน สัดส่วนชายต่อหญิง 1:2 มีอายุเฉลี่ย 18.1 ± 1.4 ปี ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ร้อยละ 45.1 อาศัย

อยู่กับบิดามารดาร้อยละ 45.1 โรคทางจิตเวชที่พบบ่อยสามอันดับแรกได้แก่ F30-39 ร้อยละ 45.1 F10-19 ร้อยละ 40.9 และ F90-98 ร้อยละ 36.10

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยประชากรและสังคมกับพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำแล้วด้วยสถิติ χ^2 และ p value พบว่าปัจจัยเรื่องเพศอาชีพและผู้ที่อาศัยร่วมด้วยไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 1

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ของโรคทางจิตเวชระหว่างผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายครั้งเดียวและซ้ำด้วยสถิติ χ^2 และ p value พบว่ามีเพียง F10-19 F60-69 และ F90-98 เท่านั้นที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 2

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของโรคทางจิตเวชต่อพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ โดยใช้ multivariate logistic regression เริ่มจากเลือกปัจจัยที่มีค่า $p < 0.25$ เพื่อให้ได้ปัจจัยที่เข้ามาในการวิเคราะห์เพียงพอ พบว่าค่า adjusted odds ratio และ 95% CI ของปัจจัยต่อไปนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ F10-19, F20-29 และ F90-98 ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

การศึกษานี้จะจงเลือกโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่สี่แห่งของกรมสุขภาพจิตซึ่งมีผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากเข้ามาใช้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยรุ่นตอนกลางและตอนปลาย ผลการศึกษาในกลุ่มพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ พบว่าจำนวนเพศหญิงมีมากกว่าชายถึงสองเท่าคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Lewinsohn และคณะ¹⁵ ซึ่งตรงกันข้ามกับสถิติของการฆ่าตัวตายสำเร็จที่พบเพศชายมากกว่าเพศหญิง¹¹ ปัจจัยเรื่องเพศอาชีพและผู้ที่อาศัยร่วมด้วยไม่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนมากกำลังศึกษาอยู่อาศัยอยู่กับพ่อแม่ จึงพอสรุปได้ว่าการพิจารณาปัจจัยลักษณะทางประชากรดังกล่าวไม่

สามารถแยกแยะวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้ซึ่งในรายงานของ Vajda และคณะ²⁴ ก็พบเช่นกัน โรคทางจิตเวชที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้แก่ F10-19 F20-29 และ F90-98 น่าสนใจที่ผลการศึกษาไม่พบว่า F30-39 (mood disorders) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ การแปลผลการศึกษาในประเด็นนี้ต้องกระทำด้วยความระมัดระวังเนื่องจากถ้าแยกแยะผู้ป่วย mood disorders ทั้งหมด พบผู้ป่วยมาครั้งเดียวร้อยละ 45.6 และพยายามฆ่าตัวตายซ้ำร้อยละ 43.3 อธิบายได้ว่าความคิดอยากตายเป็นอาการหนึ่งของ mood disorders จึงเป็นปัจจัยกวน (confounders)^{16,23} การสรุปว่า mood disorders ไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำจึงเป็นการสรุปเฉพาะในมิติทางสถิติ แต่ด้วยจำนวนผู้มี mood disorders ที่พบมากในประชากรที่ศึกษาทำให้เกิดนัยสำคัญทางคลินิกยิ่งกว่านั้นการใช้ clinical judgement วัด depression จะให้ผลการวินิจฉัยต่ำกว่าการใช้ rating scale ถึง 2 เท่า²⁵ จำนวนผู้ป่วยที่มี mood disorders จึงอยู่ในเกณฑ์ต่ำ เหตุผลทั้งสองประการนี้ทำให้ปัจจัย mood disorders ในผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำยังมีนัยสำคัญทางคลินิก จิตแพทย์เด็กจึงควรให้การช่วยเหลือแก้ไขผู้ป่วย mood disorders อย่างจริงจังเพื่อป้องกันพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายทั้งครั้งเดียวและพยายามซ้ำ

ส่วนโรคทางจิตเวชประเภท non-affective psychosis (F20-29) พบร้อยละ 68.0 ในกลุ่มพยายามครั้งเดียวและร้อยละ 32.0 ในกลุ่มพยายามซ้ำ วัยรุ่นที่มี non-affective psychosis จะมีความเสี่ยงต่อการพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ 3.51 เท่าเช่นเดียวกับรายงานของ Runeson และคณะ²⁶ อธิบายว่า non-affective psychosis มีอาการแสดงของโรคยาวนาน และมักบั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากรวมทั้งบั่นทอนความสามารถในด้านการเรียน การทำงาน อันเป็นผลผลิตของวัยนี้ผลกระทบดังกล่าวจึงเพิ่มความเสี่ยงต่อ

พฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในวัยรุ่น การใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นมีโอกาสเสี่ยงต่อพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ 3.98 เท่า คล้ายคลึงกับ Vajda และคณะ²⁴ ที่พบความเสี่ยงถึง 4.22 เท่า การใช้สารเสพติดมักทำให้ผู้ป่วยวัยรุ่นที่เดิมมีปัญหาด้านจิตสังคมอยู่แล้วยิ่งเพิ่มปัญหาสัมพันธ์กับคนรอบข้างมากขึ้นอีก โดยเฉพาะเมื่อมีการใช้สารเสพติดร่วมกับโรคทางจิตเวชอื่นๆ²³

สำหรับปัจจัย F90-98 ที่พบในประชากรกลุ่มนี้ทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยเป็น Conduct disorder และ ADHD มีความเสี่ยง 3.86 เท่า และพบได้จากรายงานของ Pfeffer และคณะ²⁷ ว่าร้อยละ 7-48 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ในขณะที่การศึกษานี้พบร้อยละ 65.4 ของกลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายครั้งเดียวและร้อยละ 34.6 ของกลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัย F90-98 ต่อพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำมีการรายงานน้อยเท่าที่พบเป็นการหาความสัมพันธ์ของ antisocial personality ต่อพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ²⁸ ทั้งนี้ conduct disorder ในวัยเด็กและวัยรุ่นสามารถพัฒนาเป็น antisocial personality เมื่อโตขึ้น²⁹ ทั้งนี้แม้ว่าผลการวินิจฉัยในเวชระเบียนเป็นการวินิจฉัยของแพทย์หลายคนต่างโรงพยาบาลอาจทำให้การวินิจฉัยแตกต่างกัน แต่เนื่องจากโรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่งของกรมสุขภาพจิต ได้เข้าสู่อำนาจมาตรฐานสถานพยาบาล (Hospital Accreditation) ซึ่งการวินิจฉัยของจิตแพทย์จำเป็นต้องอิงเกณฑ์เดียวกันคือ ICD-10 ทำให้การวินิจฉัยของจิตแพทย์มีมาตรฐาน เชื่อถือได้ และแม้ว่าภาวะโรคร่วมจะเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญ แต่ก็เป็นข้อจำกัดในการศึกษานี้ที่ต้องการแสดงถึงโรคทางจิตเวชแต่ละโรคว่ามีความเกี่ยวข้องอย่างไรต่อพฤติกรรม

พยายามฆ่าตัวตายซ้ำเพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมแก่การเฝ้าระวังต่อไป สรุปการศึกษานี้พบว่าปัจจัยเสี่ยงของวัยรุ่นจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้แก่การใช้สารเสพติด โรคจิตและพฤติกรรมต่อต้านสังคมในกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายซ้ำพบโรคซึมเศร้าไม่แตกต่างไปจากกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายครั้งเดียวอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้ก่อให้เกิดประโยชน์แก่การจัดทำข้อมูลพื้นฐานเพื่อศึกษาวิจัยต่อไปรวมทั้งการวางแผนทางการช่วยเหลือปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในหน่วยงานต่างๆ ในกรมสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีปัญหาหาเสพยาเสพติดหรือมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม หรือโรคจิตเภท จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังถึงปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอย่างจริงจัง โดยอาจกำหนดไว้ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยด้วยโรคดังกล่าวเมื่อให้การรักษาเป็นระยะๆ อีกทั้งจากการค้นคว้าฐานข้อมูลการพยายามฆ่าตัวตายของไทยจะพบว่าการรายงานยังไม่เป็นระบบสากล ทั้งการพยายามฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ไม่มีขั้นตอนการสอบสวนผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิดเพื่อหาหลักฐานยืนยันว่าเป็นการพยายามฆ่าตัวตายจริงแม้ในหน่วยงานของรัฐเอง โรงพยาบาลจิตเวชกรมสุขภาพจิตจึงควรสร้างระบบการสอบสวนและเก็บข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์พยายามฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ให้เป็นต้นแบบที่เป็นสากลเพื่อประโยชน์ในการศึกษาเปรียบเทียบกับต่างประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพมหานคร; 2543.
2. มาโนช หล่อตระกูล. แนวโน้มการฆ่าตัวตาย: แง่มุมทางเพศและช่วงวัย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541;43(1): 67-83.

3. Garland AF, Zigler E. Adolescent suicide prevention: current research and policy implications. *Am Psychol* 1993;48:169-82.
4. Gispert M, Davis MS, Marsh L, Wheeler K. Predictive factors in repeated suicide attempts by adolescents. *Hosp Com Psychiatry* 1987;38(4):390-3.
5. อุมภาพร ตรังคสมบัติ ดุสิต ลิขณพิชิตกุล. พฤติกรรมฆ่าตัวตายในเด็ก การศึกษาในผู้ป่วยนอก
แผนกกุมารเวชศาสตร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539;41(3):174-83.
6. Adam KS. Attempted Suicide. *The Psychiatr Clin North America* 1985;8(2):183-202.
7. Stein D, Apter A, Ratzoni G, Har-Even D and Avidan G. Association between multiple suicides attempts and negative affects in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(5):488-94.
8. อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ พนมศรี เสาร์สาร ภักณพิน กิตติรักษนันท
วรวรรณ จุฑา. ระบาดวิทยาของความคิดปกติทางจิตของ
ประชาชนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544;46(4):335-43.
9. Fergusson DM, Lynskey MT. Suicide attempt and suicide ideation in birth cohort of 16 year- old New Zealanders. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 1995;34(10):1308-17.
10. Angle CR, O'Brien TP, McIntire MS. Adolescent self-poisoning: a nine-year follow up. *J Dev Behav Pediatr* 1983;4(2):83-7.
11. Apter A, Freudenstein O. Adolescent suicidal behavior : psychiatric populations. In: Hawton K and Heeringen van K (eds.) *The International handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: John Wiley & Son; 2002.
12. Pfeffer CR, Hurt SW, Kakuma T, Peskin JR, Siefker CA, Nagabhairava S. Suicidal children grow up: suicidal episodes and effects of treatment during follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33(2):225-30.
13. Garrison CZ, Jackson KL, Addy CL, Makeown RE and Waller JL. Suicidal behaviors in young adolescents. *Am J Epidemiol* 1991;100:5-14.
14. อุมภาพร ตรังคสมบัติ อรวรรณ หนูแก้ว จิตพยาธิสภาพของ
วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่ง
ประเทศไทย 2541;43(1):22-38.
15. Lewinsohn PM, Rohde P and Seeley JR. Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:297-305.
16. van Aalst JA, Shotts SD, Vitsky JL. Long-term follow-up of unsuccessful violent suicide attempts: risk factors for subsequent attempts. *J Trauma* 1992;33(3):457-64.
17. สุดสมาย จุลกัทพิพะ เรือราชย์ งามทิพย์วัฒนา จริยา จันตระ.
อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วย
จิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช. วารสาร
สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2543;44(2):99-109.
18. Levy JC, Deykin EY. Suicidality, depression and substance abuse in adolescence. *Am J Psychiatry* 1989;146:1462-67.
19. Corbitt EM, M. K., Haas GL, Mann JJ. Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders. *J Affect Disord* 1996; 20:39(1):61-72.
20. Boyes AP. Repetition of overdose: a retrospective 5 year study. *J Adv Nurs* 1994;20(3):462-8
21. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. ผลการเฝ้าระวังสถานการณ์และ
แนวโน้มการฆ่าตัวตายปี 2546. กรมสุขภาพจิต นนทบุรี; 2547.
22. Kent L, Vostanis P, Feehan C. Detection of major and minor depression in children and adolescents: evaluation of the Mood and Feelings Questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38(5):565-73.
23. Allard R, Marshal M, Plante MC. Intensive follow up does not decrease the risk of repeat suicide attempts. *Suicide Life Threat Behavior* 1992;22:303-14.
24. Vajda J and Steinback. Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34: 437-45.
25. Goldney RD and Pilowsky I. Depression in young women who have attempted suicide. *Aus NZ J Psychiatry* 1980;14: 203-11.
26. Runeson B, Beksow J and Waern M. The suicidal process among young people. *Acta Psych Scand* 1996;93:35-42.
27. Pfeffer CR, Newcorn J, Kaplan G, Mizruchi MS and Plutchik R. Suicidal behavior in adolescent psychiatric inpatients. *J Am Acad Child Psychiatry* 1988;27:357-61.
28. Pfeffer CR, Mizruchi MS and Plutchik R. Suicidal and assaultive behavior in children, classification, measurement and interrelation. *Am J Psychiatry* 1983;140:154-7.
29. Kaplan H.I, Sadock BJ (Eds.) *Comprehensive textbook of psychiatry*, 5th ed. Maryland: Williams and Wilkins. 1995.

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของลักษณะประชากรและสังคมกับพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

ลักษณะประชากร	จำนวนวัยรุ่น พยายามฆ่าตัวตาย ครั้งเดียว (114) N (%)	จำนวนวัยรุ่นพยายาม ฆ่าตัวตายซ้ำ (30) N (%)	X ²	P
เพศ				
ชาย	37(32.5)	10(33.3)	0.41	0.42
หญิง	77(67.5)	20(66.7)		
อาชีพ				
กำลังศึกษา	53(46.5)	12 (40)	3.35	0.22
ทำงาน	21(18.4)	5 (16.7)		
อยู่บ้านเฉยๆ	40(35.1)	13(43.3)		
บุคคลที่พักอยู่ด้วย				
บิดา/มารดา	56(49.1)	9 (30.0)	2.56	0.59
ญาติผู้ใหญ่	36(31.6)	9 (30.0)		
เพื่อน	12(10.5)	7 (23.3)		
ลำพัง	10(8.8)	5 (16.7)		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของกลุ่มโรคทางจิตเวชกับพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

โรคทางจิตเวช	จำนวนวัยรุ่น พยายามฆ่าตัวตาย ครั้งเดียว N (%)	จำนวนวัยรุ่นพยายาม ฆ่าตัวตายซ้ำ N (%)	X ²	P
1. F10-19				
มี	40(35.1)	19 (63.3)	7.83	0.01*
ไม่มี	74(64.9)	11(36.7)		
2. F20-29				
มี	17(14.9)	8 (26.7)	2.29	0.06
ไม่มี	97(85.1)	22(73.3)		
3. F30-39				
มี	52(45.6)	13 (43.3)	0.05	0.82
ไม่มี	62(54.4)	17(56.7)		
4. F40-49				
มี	23(20.2)	6 (20.0)	0.69	0.58
ไม่มี	91(79.8)	24(80.0)		
5. F60-69				
มี	11(9.7)	7 (23.3)	4.07	0.03*
ไม่มี	103(90.3)	23(76.7)		
6. F90-98				
มี	34(29.8)	18(60.0)	9.37	0.002*
ไม่มี	80(70.2)	12(40.0)		

** การวินิจฉัยรวมทุกกลุ่มโรคเกินร้อยละ 100 เพราะบางรายได้รับการวินิจฉัยมากกว่าหนึ่งโรค

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 ความเสี่ยงที่มีนัยสำคัญของปัจจัยโรคจิตเวชกับการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

ปัจจัย	Adjusted odds ratio	95% CI odds ratio
F10-19	3.98	1.32 – 12.48
F20-29	3.51	1.25-12.89
F90-98	3.86	1.06 – 13.02