



ปัจจัยสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

ชิตชนก เรือนก้อน, ส.ม.*

สายฝน สังหาร, นศภ.*

อรรธมา ชื่นชม, นศภ.*

พัชรภรณ์ ผลิใบ, นศภ.*

วนิดา พุ่มไพศาลชัย, ปร.ด.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว

วัสดุและวิธีการ รูปแบบเป็นภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ เก็บข้อมูลปัจจัยประชากร คลินิก สังคม ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่เข้ารับการรักษาในเดือนมกราคม 2550 ถึง เดือนมกราคม 2552 จากเวชระเบียนโรงพยาบาลสวนปรุง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย สถิติ univariable และ multivariable logistic regression

ผล กลุ่มตัวอย่าง 213 คน หญิงร้อยละ 59.6 อายุเฉลี่ย 39.8 ปี คู่ ร้อยละ 43.2 อาชีพเกษตรกรหรือรับจ้าง ร้อยละ 37.6 จบมัธยมศึกษาร้อยละ 43.7 พยายามฆ่าตัวตายมาก่อนร้อยละ 32.9 รับการรักษาครั้งนี้ด้วยอาการสำคัญว่าพยายามฆ่าตัวตาย 53 คน (ร้อยละ 24.9) วิธีการฆ่าตัวตายที่ใช้มากที่สุดคือการรับประทานยาเกินขนาดร้อยละ 30.2 ปัจจัยสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายได้แก่ กลุ่มวินิจฉัยอาการทางจิตร่วม อายุช่วง 10-29 ปี มีความพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ว่างงาน การได้รับยากลุ่มควบคุมอารมณ์ลิเทียมตัวเดียวหรือลิเทียมร่วมกับยาอื่น แต่ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตขณะเข้ารับการรักษาเช่น ประสาทหลอน พบการพยายามฆ่าตัวตายต่ำกว่าผู้ที่ไม่มีอาการดังกล่าว

สรุป ปัจจัยสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย คือ กลุ่มวินิจฉัยอาการทางจิตร่วม อายุ 10-29 ปี ว่างงาน พยายามฆ่าตัวตายมาก่อนและใช้ยากลุ่มควบคุมอารมณ์ลิเทียม หรือลิเทียมร่วมกับยาอื่น ๆ ส่วนปัจจัยปกป้องได้แก่การไม่มีอาการทางจิตขณะเข้ารับการรักษา

คำสำคัญ : การพยายามฆ่าตัวตาย ไบโพลาร์ โรคอารมณ์สองขั้ว

* คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** โรงพยาบาลสวนปรุง



Factors associated with suicidal attempt in bipolar disorder patients

*Chidchanok Ruengorn, M.P.H.**

*Saiphon Sangham**

*Onrumpa Chunchom**

*Putcharaporn Plibai**

*Wanida Pumpaisarnchai, Ph.D.***

Abstract

Objective To determine factors associated with suicidal attempt in bipolar patients.

Materials and methods This cross-sectional analytical study determined various factors namely demographic characteristics, clinical factors, and social factors of bipolar disorder patient received medical care from Suanprung Hospital during January 2007 to January 2009. Data were collected from medical records. Data analysis was performed by logistic regression analysis including univariate and multivariate analysis.

Results Of all 213 bipolar patients, female accounted for 59.6%, average age 39.8 years old, being married 43.2%, agriculturer or laborer 37.6%, educated in high school level 43.7%, and had prior suicidal attempted 32.9%. At the present visit, 53 patients had suicidal attempt (24.9%). Method used the most for suicidal attempt was taking over dose of medication. Factors statistically significantly associated with suicidal attempt were as followed; a group diagnosed with psychosis, a group with 10-29 years of age, patients who had prior suicidal attempted before, unemployed, and receiving mood stabilizers medication; lithium or lithium plus other medications. However, patients with psychotic symptoms such as hallucination had suicidal attempted less than those who did not have these symptoms.

Conclusion Factors associated with suicidal attempt in bipolar disorder patients were being in a group diagnosed with psychosis, 10-29 years old, being unemployed, having prior suicidal attempt, using mood stabilizers, lithium or lithium along with other medication. However, having psychotic symptoms at an index date was found to be a protective factor.

Key words : bipolar disorder, suicidal attempt

* Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University

** Suanprung Hospital

บทนำ

ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลกทุกปีมีคนเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 1 ล้านคน¹ สถิติประเทศไทยจากกรมสุขภาพจิตในปี 2552 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 5.7 ต่อแสนประชากร มีการพยายามฆ่าตัวตาย 24,388 ราย หรือ 38.4 ต่อแสนประชากร ภาคเหนือตอนบนมีสถิติในการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด 12.4 ต่อแสนประชากร และการพยายามฆ่าตัวตาย 34.1 ต่อแสนประชากร² พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 87.3 ถึง 98.0 อยู่ในภาวะอารมณ์ผิดปกติ (mood disorders) หรือการใช้สารเสพติด³

การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วถือว่าเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ข้อมูลระบาดวิทยาพบว่าร้อยละ 29 ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเคยคิดฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต⁴ และมีอัตราการฆ่าตัวตายเป็น 28 เท่าเมื่อเทียบกับประชากรปกติ³ และฆ่าตัวสำเร็จ 14 คนต่อแสนประชากร⁵ ผู้ป่วยมากถึงหนึ่งในห้ามีโอกาสฆ่าตัวตายได้สูงในช่วงที่มีภาวะซึมเศร้า (depressed) แต่อาจมีบางส่วนที่ฆ่าตัวตายในช่วงที่อารมณ์ดีหรือก้าวร้าวผสมกับอารมณ์ซึมเศร้า (mixed state)⁶

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยอารมณ์สองขั้วจากการศึกษาที่ผ่านมาได้แก่การเริ่มเป็นโรคอารมณ์สองขั้วเมื่ออายุน้อย ความสิ้นหวัง (hopelessness) การติดสุรา มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (personality disorder) มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบ cluster B มีความคิดฆ่าตัวตายหรือมีความพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน มีความรุนแรงของอาการของโรคอารมณ์สองขั้ว ประวัติครอบครัวใช้สารเสพติดหรือมี

พฤติกรรมฆ่าตัวตาย เจ็บป่วยทางกายเป็นระยะเวลานาน มีประวัติถูกล่วงละเมิดทางเพศ และเคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช^{7,8}

ในปี 2552 โรงพยาบาลสวนปรุงมีผู้ป่วยอารมณ์สองขั้วเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในมากเป็นอันดับสาม (503 ราย หรือร้อยละ 7.5) และเป็นอันดับ 4 ของการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (3,948 ราย หรือร้อยละ 6.4) ทั้งนี้ยังไม่มีการรวบรวมสถิติของการเข้ารับการรักษาด้วยอาการสำคัญจากการพยายามฆ่าตัวตายหรือ ศึกษาศักยภาพสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว เพื่อนำปัจจัยเสี่ยงที่พบไปจัดกลุ่มผู้ป่วยในการวางแผนเฝ้าระวัง ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (cross-sectional analytical study) รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกเวชระเบียนเฉพาะการลงวินิจฉัยตามรหัส International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision⁹ (ICD-10) F31.0-31.9 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง จัดผู้ป่วยเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มที่มีการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในด้วยอาการสำคัญว่าพยายามฆ่าตัวตายโดยอาจเป็นการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกหรือการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (suicidal attempt) (index cases) โดยใช้จำนวนทั้งหมดคือ 53 ราย จากจำนวนผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในระหว่าง

เดือนมกราคม 2550 ถึง เดือนมกราคม 2552 จำนวน 390, 255 และ 503 รายตามลำดับ จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ICD-10 รหัส F 31.0-31.9 จากฐานข้อมูลผู้ป่วยโดยเลือกผู้ป่วยที่ไม่มีการพยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาแบบทั้งผู้ป่วยนอกและใน ในระยะเวลาเดียวกันกับ index case เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยอัตราส่วน 1 ต่อ 3 ราย โดยปรับมาตรฐาน (standardization) ผู้ทำการเก็บข้อมูลด้วยการประชุมชี้แจงตัวแปรทุกตัว ในแบบเก็บข้อมูลโดยให้มีการตีความจากเวชระเบียนให้ตรงกันก่อนการเก็บข้อมูล หากตัวแปรใดไม่พบการบันทึกจะถือว่าเป็นข้อมูลสูญหาย (missing data) ปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ ปัจจัยประชากร เช่น เพศ อายุ ภูมิภาค ฐานะการศึกษา อาชีพ และรายได้ ปัจจัยทางคลินิก เช่น กลุ่ม ICD-10 แบ่งเป็น กลุ่มอาการหลัก mania (ICD-10 รหัส F 31-31.1) อาการหลัก depression (ICD-10 รหัส F 31.2, 31.5, 31.6) กลุ่มวินิจฉัยมีอาการทางจิตร่วม (ICD-10 รหัส F 31.3, 31.4) การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า โรคร่วมทางจิตเวช โรคร่วมทางกาย การเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในมาก่อน ยาที่ได้รับ การรักษาด้วยไฟฟ้า ความร่วมมือในการใช้ยา ประวัติความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้ วิธีการที่ใช้ในการพยายามฆ่าตัวตาย ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การอยู่อาศัย การฆ่าตัวตายของคนในครอบครัวและผู้ใกล้ชิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา นำเสนอ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนปัจจัยสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายวิเคราะห์ด้วยสถิติ univariable จากนั้นเลือกตัวแปรที่ให้

p-value น้อยกว่า 0.2 มาเข้าตัวแบบเพื่อวิเคราะห์ปรับผลของตัวแปรด้วย multivariable logistic regression นำเสนอด้วย odds ratio และ 95% CI ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยกลุ่มเปรียบเทียบในแต่ละปัจจัยขึ้นกับความเสี่ยงที่พบจากการทบทวนวรรณกรรมจัดให้กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำกว่าเป็นกลุ่มเปรียบเทียบเช่นกลุ่มอาการหลัก mania⁶ กลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป^{10,14} กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน^{8,10,12,18,19} กลุ่มที่ทำงานทำ^{16,17}

ผล

จากบันทึกจำนวน 213 ฉบับเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.6 อายุเฉลี่ย 39.8 (SD=15.5) ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 43.2 อาชีพเกษตรกรหรือรับจ้าง ร้อยละ 37.6 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 43.7 มีการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนหน้า ร้อยละ 32.9 มีโรคร่วมทางจิตเวช ร้อยละ 8.5 ได้แก่ ความผิดปกติทางจิตจากการเสพยา ร้อยละ 4.7 โรคร่วมทางกาย ร้อยละ 2.8 วิตกกังวล ร้อยละ 1 มารับการรักษาครั้งนี้ด้วยอาการสำคัญว่าพยายามฆ่าตัวตาย 53 คน (ร้อยละ 24.9) วิธีการฆ่าตัวตายที่ใช้มากที่สุดได้แก่การใช้ยาเกินขนาด ร้อยละ 30.2 การใช้ของมีคมเช่นมีด ร้อยละ 17.0 ขวานคอ ร้อยละ 26.4

จากการวิเคราะห์ด้วย multivariable logistic regression พบปัจจัยทางคลินิกที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ กลุ่มที่มีอาการทางจิตร่วมเทียบกับกลุ่มอาการ mania (OR=4.98) มีความพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน (OR=4.64) การได้รับยากลับควบคุมอารมณ์ ลิเจียมตัวเดียว หรือลิเจียมร่วมกับยาอื่น (OR= 4.71, 12.02 ตามลำดับ) แต่ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต เช่น

ประสาทหลอนพบการพยายามฆ่าตัวตายน้อยกว่า (OR=0.24) ส่วนปัจจัยทางประชากรในกลุ่มอายุ 10-29 ปี เทียบกับผู้ป่วยอายุ 50 ปีขึ้นไป (OR=4.82) ผู้ป่วย ว่างงาน เทียบกับ ผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม รับจ้าง และผู้ใช้แรงงาน (OR=4.68) ดังตารางที่ 1

วิจารณ์

ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการพยายามฆ่าตัวตายในการศึกษานี้ มีลักษณะของผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกับการศึกษาอื่นๆ ที่ศึกษาในกลุ่มประชากรใกล้เคียงกัน¹⁰⁻¹² เช่น ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยอยู่ในวัยกลางคน สถานภาพสมรสคู่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลจิตเวชมากกว่าจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลฝ่ายกายนั้นผู้ป่วยมักจะใช้วิธีการ ฆ่าตัวตายที่ไม่รุนแรง เช่นการใช้ยาเกินขนาด ความตั้งใจที่จะตาย (intention to die) ต่ำกว่าหรือปัจจัยอื่น ๆ เช่นอาการทางจิตของผู้ป่วยไม่รุนแรง เท่ากับผู้ป่วยที่ส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ฝ่ายกายทั้งนี้ปัจจัยที่พบความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในโรงพยาบาลตติยภูมิ ฝ่ายกายที่แตกต่างจากการศึกษานี้ได้แก่ เพศชาย ลัดส่วนผู้ป่วยมีความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายน้อยกว่า การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชแบบผู้ป่วยในมาก่อน การอาศัยอยู่คนเดียว¹³ ชนิดโรคร่วมทางจิตเวชโดยการ ศึกษาอื่นพบความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (personality disorder) เช่น cluster B มากกว่า¹⁴ ลักษณะประชากรที่แตกต่างกันอาจส่งผลต่อการขยายผลการศึกษานี้ไปใช้ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่เข้ารับการรักษาในที่อื่น ๆ ได้

ปัจจัยทางประชากรที่พบความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้ได้แก่ อายุพบว่าอายุที่มีการพยายามฆ่าตัวตายน้อยกว่า คือ 10-29 ปี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเมื่อเทียบกับผู้ป่วยอายุ 50 ปีขึ้นไป¹¹ ทั้งนี้อาจมีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นที่พบร่วมกับผู้ป่วยอายุน้อยกว่าเช่นความรุนแรงของโรคโดยพบว่าผู้ป่วยอายุน้อยกว่าอยู่ในกลุ่มอาการหลัก depression และกลุ่มวินิจฉัยอาการทางจิตร่วมมากกว่า นอกจากนี้ยังมีการใช้ยาเสพติด ดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ พบมากกว่าในผู้ป่วยอายุน้อย ซึ่งมีการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ของการใช้สารเสพติดกับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ^{11,15,16} ปัจจัยด้านอาชีพพบว่าผู้ที่ว่างงาน มีการพยายามฆ่าตัวตายน้อยกว่าผู้ที่มีอาชีพอื่น ๆ เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา^{17,18} โดยพบว่าผู้ที่ว่างงานมีสัดส่วนการใช้สารเสพติด สูบบุหรี่และดื่มสุรามากกว่าทั้งนี้อาจเป็นผลจากความเครียดที่มากกว่า ทำให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อยลง

ปัจจัยทางคลินิกที่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่กลุ่ม ICD-10 ที่จัดกลุ่มวินิจฉัยอาการทางจิตร่วมมีการพยายามฆ่าตัวตายน้อยกว่านั้น เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีอาการของโรครุนแรงกว่าซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบมาก่อน^{6,11} ส่วนการรักษาด้วยยานั้น การศึกษานี้แบ่งยาในการรักษาออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มยาต้านอาการทางจิต ยารักษาภาวะวิตกกังวล ยารักษาอารมณ์ซึมเศร้า และยาควบคุมอารมณ์ พบความสัมพันธ์เฉพาะในกลุ่มยาควบคุมอารมณ์ โดยกลุ่มที่ได้รับลิเทียม หรือลิเทียมร่วมกับยาอื่นเช่น ยา valproate, carbamazepine มีการพยายามฆ่าตัวตายน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาในกลุ่มนี้ ทั้งนี้ขนาดความสัมพันธ์ที่เพิ่มตาม

ตารางที่ 1 ปัจจัยสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยอารมณ์สองขั้ว

ปัจจัย	univariable analysis			multivariable analysis		
	การพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน (ร้อยละ)	p-value	crude odds ratio (95% CI)	p-value	adjusted odds ratio (95% CI)	
ปัจจัยประชากร	มี (n=53 ราย)	ไม่มี (n=160 ราย)				
เพศ						
หญิง	29 (54.7)	98 (61.2)	1	-	-	-
ชาย	24 (45.3)	62 (38.8)	1.31 (0.70,2.45)	0.40		
อายุ						
50 ปีขึ้นไป	4 (7.7)	51 (31.9)	1		1	
40-49 ปี	7 (13.5)	42 (26.2)	2.12 (0.58,7.75)	0.25	2.62 (0.53,12.95)	0.24
30-39 ปี	11 (21.2)	33 (20.6)	4.25 (1.25,14.47)	.02	1.65 (0.31,8.80)	0.56
10-29 ปี	30 (57.7)	34 (21.2)	11.25 (3.63,34.82)	<.01	4.82 (1.15,20.16)	.03
ระดับการศึกษา						
น้อยกว่าประถมศึกษา	16 (30.8)	60 (37.7)	1		1	
มัธยม/อนุปริญา	24 (46.2)	69 (43.4)	1.30 (0.63,2.68)	0.47	-	-
ปริญญาตรีขึ้นไป	12 (23.1)	30 (18.9)	1.5 (0.63,3.57)	0.36		
อาชีพ						
เกษตรกร/รับจ้าง	21 (41.2)	59 (37.3)	1		1	
พนักงานบริษัท/ค้าขาย/						
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4 (7.8)	49 (31.0)	0.23 (0.07,0.71)	.01	0.53 (0.12,2.33)	0.40
แม่บ้าน/นักเรียน/						
นักศึกษา/พระ	11 (21.6)	25 (15.8)	1.24 (0.52,2.94)	0.63	2.32 (0.62,8.70)	0.21
ว่างงาน	15 (29.4)	25 (15.8)	1.69 (0.75,3.79)	0.21	4.68 (1.34,16.28)	.02
สถานภาพสมรส						
หม้าย/หย่า/แยก	7 (13.5)	23 (14.6)	1		1	
คู่	15 (28.8)	77 (48.7)	0.64 (0.23,1.76)	0.39	-	-
โสด	30 (57.7)	57 (36.7)	1.73 (0.67,4.49)	0.26		

ตารางที่ 1 ปัจจัยสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยอารมณ์สองขั้ว (ต่อ)

ปัจจัย	univariable analysis			multivariable analysis		
	การพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน (ร้อยละ)	p-value	crude odds ratio (95% CI)	p-value	adjusted odds ratio (95% CI)	
จำนวนบุตร	มี (n=53 ราย)	ไม่มี (n=160 ราย)				
มากกว่า 2 คนขึ้นไป	4 (14.8)	16 (21.1)	1			
1-2 คน	7 (25.9)	32 (42.1)	0.85			
ไม่มี	16 (59.3)	28 (36.8)	0.20			
ปัจจัยทางคลินิก						
ความผิดปกติทางอารมณ์ (ICD-10)						
อาการหลัก mania (F31-31.1)	28 (52.8)	132 (82.5)	1			1
อาการหลัก depression (F31.2, 31.5, 31.6)	15 (28.3)	24 (15.0)	2.95 (1.37-6.32)	<.01	.08	2.57 (0.90,7.35)
มีอาการทางจิตร่วม (F31.3, 31.4)	10 (18.9)	4 (2.5)	11.79 (3.45-40.29)	<.01	.04	4.98 (1.01,24.62)
โรคร่วมทางจิตเวช						
ไม่มี	47 (88.7)	148 (92.5)	1			-
มี	6 (11.3)	12 (7.5)	1.57 (0.56,4.43)	0.39		
โรคร่วมทางกาย						
ไม่มี	39 (75.0)	103 (64.4)	1			-
มี	13 (25.0)	57 (35.6)	0.60 (0.30,1.22)	0.16		
อาการทางจิตขณะเข้ารับการรักษา						
ไม่มี	37 (77.1)	69 (43.4)	1			1
มี	11 (22.9)	90 (56.6)	0.39 (0.18,0.82)	.01	<.01	0.24 (0.09,0.64)
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว						
ไม่มี	17 (33.3)	106 (72.6)	1			-
มี	34 (67.7)	40 (27.4)	1.01 (0.57,1.79)	0.96		

ตารางที่ 1 ปัจจัยสัมพันธ์กับการพยากรณ์การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยอารมณ์สองขั้ว (ต่อ)

ปัจจัย	univariable analysis			multivariable analysis		
	การพยากรณ์การฆ่าตัวตาย จำนวน (ร้อยละ)	p-value	crude odds ratio (95% CI)	การพยากรณ์การฆ่าตัวตาย จำนวน (ร้อยละ)	p-value	adjusted odds ratio (95% CI)
ประวัติการสูบบุหรี่	ไม่มี	34 (70.8)	119 (74.8)	1	-	-
	มี	14 (29.2)	40 (25.2)	1.22 (0.60,2.51)	0.58	1.22 (0.60,2.51)
ประวัติการดื่มเหล้า	ไม่มี	32 (66.7)	119 (74.8)	1	-	-
	มี	16 (33.3)	40 (25.2)	1.49 (0.74,2.99)	0.26	1.49 (0.74,2.99)
ความคิดฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้	ไม่มี	17 (32.1)	114 (71.7)	1	-	-
	มี	36 (68.9)	45 (28.3)	5.36 (2.74,10.51)	<.01	5.36 (2.74,10.51)
การพยากรณ์การฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้	ไม่มี	19 (35.8)	123 (77.4)	1	-	1
	มี	34 (64.2)	36 (22.6)	6.11 (3.12,11.99)	<.01	4.64 (1.78,12.09)
คนใกล้ชิดเคยฆ่าตัวตาย	ไม่มี	46 (93.9)	146 (99.3)	1	-	-
	มี	3 (6.1)	1 (0.7)	9.25 (0.97,93.77)	.05	9.25 (0.97,93.77)
การเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในมาก่อน	ไม่มี	20 (37.7)	86 (53.8)	1	-	-
	มี	33 (62.3)	74 (46.3)	1.92 (1.02-3.62)	<.01	1.92 (1.02-3.62)
ความร่วมมือในการรับปรึกษา	ไม่ร่วมมือ	20 (44.4)	103 (68.2)	1	-	-
	ร่วมมือ	25 (55.6)	48 (31.8)	2.68 (1.36,5.30)	<.01	2.68 (1.36,5.30)
ขาดยา						

ตารางที่ 1 ปัจจัยสัมพันธ์กับการพยากรณ์ฆ่าตัวตายในผู้ป่วยอารมณ์สองขั้ว (ต่อ)

ปัจจัย	univariable analysis			multivariable analysis		
	การพยากรณ์ฆ่าตัวตาย จำนวน (ร้อยละ)	p-value	crude odds ratio (95% CI)	การพยากรณ์ฆ่าตัวตาย จำนวน (ร้อยละ)	p-value	adjusted odds ratio (95% CI)
กลุ่มยารักษาอารมณ์ซึมเศร้า						
ไม่ได้รับ	22 (41.5)	114 (71.2)	1		-	
ได้รับ	31 (58.5)	46 (28.8)	3.49 (1.83,6.65)			
กลุ่มยาควบคุมอารมณ์						
ไม่ได้รับ	6 (21.3)	45 (28.1)	1		1	
ลิเทียมเพียงอย่างเดียว	23 (43.4)	55 (34.4)	3.14 (1.18,8.37)		.02	4.72 (1.23,18.07)
ลิเทียมและยากอื่น	12 (22.6)	14 (8.8)	6.43 (2.04,20.28)		<.01	12.02 (2.28,63.31)
ยาตัวอื่นเพียงอย่างเดียว	12 (22.6)	46 (28.8)	1.98 (0.67,5.66)		0.22	2.18 (0.52,9.16)
กลุ่มยากันอาการทางจิต						
ไม่ได้รับ	23 (43.4)	55 (34.4)	1		-	
ได้รับ	30 (56.6)	105 (65.5)	0.68 (0.36,1.28)		0.24	
กลุ่มยารักษาภาวะวิตกกังวล						
ไม่ได้รับ	19 (64.2)	82 (51.2)	1		-	
ได้รับ	34 (35.8)	78 (48.8)	1.88 (0.99,3.57)		0.53	
การรักษาด้วยไฟฟ้า						
ไม่ได้รับ	34 (64.2)	105 (75.5)	1		-	
ได้รับ	19 (35.8)	34 (24.5)	1.73 (0.87-3.41)		0.12	
ปัจจัยทางสังคม						
การอยู่อาศัย						
อยู่คนเดียว	5 (10.9)	11 (7.0)	1		-	
อยู่กับครอบครัว	37 (80.4)	140 (88.6)	0.58 (0.19,1.78)		0.34	
อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	4 (8.7)	7 (4.4)	1.26 (0.25,6.36)		0.78	

จำนวนขนาดยาที่ได้รับนั้นสะท้อนความรุนแรงของโรค แม้ว่ามีการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาแบบไปข้างหน้า พบว่าเกลือลิเทียมสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตาย-สำเร็จและการพยายามฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 80⁴ แต่รูปแบบการศึกษานี้เป็นภาคตัดขวางทำให้การลำดับความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ก่อนหลัง (temporal relationship) ได้ไม่ชัดเจนและเมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมถึงความร่วมมือในการใช้ยาควบคุมอารมณ์ พบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาไม่ถึงร้อยละ 50 ซึ่งอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ทำให้ไม่ช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายเหมือนในการศึกษาก่อนหน้านี้ได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้นำขนาดของยาที่ผู้ป่วยได้รับมาวิเคราะห์โดยความสัมพันธ์ของการพยายามฆ่าตัวตาย อาจขึ้น กับขนาดของยาที่ได้รับที่อาจสะท้อนความรุนแรงของโรคด้วย

ปัจจัยที่สำคัญมากปัจจัยหนึ่งที่พบความสัมพันธ์สอดคล้องกับการพยายามฆ่าตัวตายในหลายๆการศึกษาได้แก่การพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนหน้า^{8,11,13,19,20} เนื่องจากความรุนแรงของโรค โดยผู้ป่วยกลุ่ม ICD-10 ที่วินิจฉัยอาการทางจิตร่วมที่พบความเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตายสูงนั้นมีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อนประมาณสามเท่าของผู้ที่ไม่เคยมีประวัติฆ่าตัวตายมาก่อน ปัจจัยที่พบความสัมพันธ์ในการศึกษานี้ก็ปัจจัยหนึ่งคือการมีอาการทางจิตขณะเข้ารับการรักษา หมายถึง การมีประสาทหลอน หูแว่ว พบว่าผู้ป่วยที่เกิดอาการเหล่านี้พยายามฆ่าตัวตายน้อยกว่า จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าผู้ป่วยอารมณ์สองขั้วจะมีการพยายามฆ่าตัวตายสูงขึ้นในขณะที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า^{6,11,13} ดังนั้นจึงพบการพยายามฆ่าตัวตายน้อยกว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางด้านบวก

การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัยที่พบในการศึกษาอื่น ๆ ซึ่งอาจเป็นผลของความแตกต่างในด้านระเบียบวิธีวิจัย ประชากรที่ศึกษา เช่น ปัจจัยเพศ ปัจจัยทางสังคมที่พบทิศทางการสัมพันธ์เหมือนกับการศึกษาอื่น ๆ เช่นสถานภาพสมรสคู่ และการมีบุตรเป็นปัจจัยป้องกันเมื่อเทียบกับคนโสดหรือหม้ายหย่าร้าง²⁰ ปัจจัยด้านการอยู่อาศัยนั้นพบว่าการอยู่คนเดียวเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายมากขึ้น¹¹ เนื่องจากขาดการสนับสนุนจากคนรอบข้างที่พบว่าเป็นปัจจัยป้องกัน²¹ ปัจจัยการรักษาที่พบทิศทางการสอดคล้องกับการศึกษาอื่น เช่นการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในก่อนหน้านี้พบแนวโน้มการเป็นความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย¹⁰ ส่วนการรักษาด้วยไฟฟ้านั้นไม่พบความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่ามีผลป้องกันในระยะสั้นเท่านั้น²²

ปัจจัยเสี่ยงบางปัจจัยที่พบในการศึกษาอื่นแต่ในการศึกษานี้ข้อมูลในบันทึกมีน้อย หรือขาดความสมบูรณ์ทำให้กำลังการทดสอบไม่เพียงพอจากขนาดตัวอย่างน้อย เช่น ประวัติการฆ่าตัวตายของคนในครอบครัว โรคร่วมทางจิตของคนในครอบครัว¹² นอกจากนี้การไม่พบบันทึกในเวชระเบียนได้จัดเป็นข้อมูลสูญหาย โดยการจัดการข้อมูลลักษณะนี้อาจทำให้ผลของความสัมพันธ์ที่ได้น้อยหรือมากกว่าความเป็นจริงขึ้นกับทิศทางของข้อมูลที่บันทึก นอกจากนี้การเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติที่ไม่เป็นแบบแผนเดียวกัน อาจมีปัญหาจากความเที่ยงของข้อมูล ส่งผลต่อการสรุปความสัมพันธ์ได้เช่น การไม่พบความสัมพันธ์ของความร่วมมือในการรับประทานยา ในการศึกษา

นี้แต่พบในการศึกษาอื่น ๆ ว่ากลุ่มที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือขาดยา มีการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า²³

การจัดกลุ่มของปัจจัยบางปัจจัยเช่นโรคร่วมทางจิตเวช ในการศึกษานี้มีผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางจิตเวชไม่เพียงพอที่จะแยกตามชนิดได้ผู้ป่วยจึงจัดเป็นมีหรือไม่มี ทำให้อาจจะไม่สามารถ แยกความสัมพันธ์ตามชนิดของโรคร่วมได้ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบแนวโน้มของความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาว่าโรคร่วมทางจิตเวชที่พบในการศึกษานี้ เช่น วิตกกังวล ติดสุรา ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย^{16,24} ในด้านการรักษาด้วยยากลุ่มต่างๆ ยาต้านอาการทางจิต ยากลุ่มรักษาภาวะวิตกกังวล และยารักษาอารมณ์ซึมเศร้า ผู้วิจัยไม่ได้แยกตามชนิดของยาเป็นยากลุ่มใหม่ กลุ่มเก่าหรือตามความแรง ทำให้ผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ ที่ใช้ชนิดยาแตกต่างกันได้

เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ทำให้มีข้อจำกัดที่ทำให้ความสัมพันธ์ที่พบไม่สามารถลำดับ เวลาของการเกิดเหตุการณ์ก่อนหลัง และการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลังพบว่าข้อมูลบางปัจจัยที่ไม่ครบถ้วน หรือไม่พบการบันทึก ทำให้ขาดกำลังในการทดสอบทางสถิติ อาจทำให้ส่งผลความสัมพันธ์ที่ได้ ดังนั้นเพื่อให้เกิดความถูกต้อง และสมบูรณ์มากขึ้นควรมีการศึกษาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า

สรุป

การศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วของโรงพยาบาลสวนปรุง พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย

คือ กลุ่มวินิจฉัยอาการทางจิตร่วม อายุ 10-29 ปีว่างงาน มีการพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้และใช้ยากลุ่มควบคุมอารมณ์ลิเทียม หรือลิเทียมร่วมกับยาอื่น ๆ ส่วนปัจจัยปกป้องได้แก่การไม่มีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน ในขณะที่เข้ารับการรักษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ทีมพยาบาลเก็บข้อมูลเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลสวนปรุงในการเก็บรวบรวมข้อมูล นายแพทย์กิตติพงษ์ สำนิจวรรณกุล ในคำแนะนำด้านเนื้อหาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว และผู้เชี่ยวชาญทบทวนบทนิพนธ์ที่สละเวลาในการตรวจทานและปรับแก้บทนิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization Report 2003. Burden of mental and behavioral disorders. Retrieved from <http://www.who.int/whr/2003/en/index.html>. [15 Aug 2010].
2. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. ตารางแสดงจำนวน และอัตราผู้ป่วยสุขภาพจิตต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2551-2552. เข้าถึงได้ที่ <http://www.plan.dmh.go.th>. [15 สิงหาคม 2553].
3. Harris CE, Barraclough BM. Suicide as an outcome for mental disorders. *Brit J Psychiat* 1997;170:205-28.
4. Chen Y-W, Dilsaver S.C. Life time rate of suicide attempt among subject with bipolar and unipolar disorders relative to subject with other Axis I disorder. *Psychiatr* 1996;39:896-9.
5. Simon RI, Hales RE. Textbook of suicide assesment and management. 1st ed. London; 2006.

6. Abreu LN, Lafer B, Baca-Garcia E, Oquendo MA. Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. *Rev Bras Psiquiatr* 2009;31:271-80.
7. Valtonen H. Suicide ideation and attempts in bipolar I and II disorder. *J clin Psychiatr* 2005;66:1456-62.
8. Leverich GS AL, Frye MA, Suppes T, Keck PE Jr, McElroy SL, Denicoff KD et al. Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *J Clin Psychiatr* 2003;64:506-15.
9. การจำแนกโรคทางจิตเวช. เข้าถึงได้ที่ http://www.dmhweb.dmh.go.th/sranrom/community__psy/ICD10.htm. [11 กันยายน 2553].
10. Oquendo MA, Galfalvy H, Goldberg PH, Grunebaum MF, Burke AK, Mann JJ. Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. *Am J Psychiatr* 2007;164:134-41.
11. Oquendo MA. Suicidal behavior in bipolar mood disorders: clinical characteristic of attempters and nonattempters. *J Affect Disorders Disorder* 2000;59:107-17.
12. Valtonen H SK, Mantere O, Lepp__m__ki S, Arvilommi P, Isometsa__ ET. Suicidal idea-tion and attempts in bipolar I and II disorders. *J Clin Psychiatr* 2005;66:1456-62.
13. Valtonen HM, Suominen K, Mantere O, Leppamaki S, Arvilommi P, Isometsa ET. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorders. *Bipolar Disord* 2006;8:576-85.
14. Ryu V, Jon DI, Cho HS, Kim SJ, Lee E, Kim EJ. Initial depressive episodes affect the risk of suicide attempts in Korean patients with bipolar disorder. *Yonsei Med J* 2010;51:641-7.
15. บั้วลอย นนทะน่าน่า. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย : กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 เรื่อง สุขภาพจิตกับยาเสพติด; กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต; 2545. หน้า 129-30.
16. สุรสิงห์ วิศรุตรัตน, ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล, ศรเกษ ัญญาวิชกุล. การฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่ ลักษณะเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายและเปรียบเทียบอัตรากับจังหวัดต่าง ๆ ในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2542;7:70-6.
17. ประทุม สุขมี. แหล่งของความเครียดและวิถีการปรับแก้ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
18. นขพร อธิวิศวกุล, จินตนา ประวีณวงศ์วุฒิ. ลักษณะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย; การศึกษาในผู้ป่วยที่รับปรึกษาของกลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลมทานครราชสีมา ปี 2539. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 6; 24-26 มิถุนายน 2541; กรุงเทพมหานคร; 2541.
19. Isometsa ET, Henriksson MM, Aro HM, Lonnqvist JK. Suicide in bipolar disorder in Finland. *Am J Psychiatry* 1994;151:1020-4.
20. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disorders* 2007;101:27-34.
21. ณัฐวุฒิ ใจชมชื่น. กรณีศึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายในหมู่บ้านวังลู่ใหม่ [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
22. Bradvik L, Berglund M. Suicide in severe depression related to treatment: depressive characteristics and rate of antidepressant overdose. *Eur Arch Psy Clin N* 2005;255:245-50.
23. Simon GE, Savarino J, Operskalski B, Wang PS. Suicide risk during antidepressant treatment. *Am J Psychiatr* 2006;163:41-7.
24. ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล, สุรสิงห์ วิศรุตรัตน. การฆ่าตัวตาย: การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน. เชียงใหม่: นพบุรุษการพิมพ์; 2542.