



นิพนธ์ต้นฉบับ

ลักษณะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช

สุภาวดี บุญชู*, พีรดา เพิ่มความสุข*
วิญญู ชะนะกุล**, พลภักดิ์ โฉ่เสถียรกิจ**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสำรวจลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

วัสดุและวิธีการ : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยชาย 105 คน ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ด้วยปัญหาฆ่าตัวตาย ตั้งแต่ 1 มกราคม 2557 - 1 มกราคม 2558 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด ได้แก่ แบบส่งปรึกษาหอผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช ตามเกณฑ์ High risk suicide และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 - 30 เมษายน 2558 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่และร้อยละ

ผล : ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท วัยผู้ใหญ่ตอนต้น สถานภาพโสด ไม่ได้เรียนหนังสือหรือเรียนจบระดับประถมศึกษา และไม่ได้ทำงาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการใช้สารเสพติด โดยใช้แอลกอฮอล์มากที่สุด พฤติกรรมฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เกิดจากอาการทางจิต ด้วยวิธีการใช้อาวุธ/ของมีคมกรีด/ปาด/แทงตนเอง ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิต และการให้สุขภาพจิตศึกษา มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 5.4 วันในหอผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช

สรุป : การสำรวจลักษณะทางประชากรของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้ได้รับความปลอดภัยยิ่งขึ้น และนำไปใช้ในการพัฒนาระบบเกณฑ์การรับผู้ป่วยให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ฆ่าตัวตาย, ผู้ป่วยโรคทางจิตเวช, หอผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช

*พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

**จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา



CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SUICIDE IN PSYCHIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

*Supawadee Bunchu**, *Peerada Permkwamsook**,
*Winyoo Chanakul***, *Pholphat Losatiankij***

Abstract

Objective : To examine characteristics of patients with suicide in psychiatric patients who were hospitalized in psychiatric intensive care unit (PICU), Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Material and method : 105 samples with suicide were recruited during Jan 1st, 2014 – Jan 1st, 2015. General data such as age, sex, diagnosis and specific data about suicide such as suicidal idea and suicidal behaviors were collected. Data were analyzed by using descriptive statistics.

Results : The majority of study group were patients with schizophrenia. Most of them were single, lower level of education, age between 20 - 39 year old, alcohol was the most frequent used substance. Most of suicidal behaviors were derived from psychotic symptoms. Means of suicidal behaviors were using sharp weapons upon themselves. Management of these patients was combination between medication treatment and psychoeducation. Average length of stay in PICU were 5.4 days.

Conclusion : Survey of characteristics of patients with suicide was important in term of improving management system to better psychiatric care.

Keywords : psychiatric intensive care unit, psychiatric patient, suicide

*Registered Nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

**Psychiatrists, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญนำมาซึ่งการสูญเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกก่อนวัยอันควร ประมาณการว่าในทุกๆ ปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 1 ล้านราย หมายความว่า อัตราการเสียชีวิตจากการทำร้ายตนเองเท่ากับ 16 ต่อประชากรแสนคน หรือมีคนเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทุก 40 วินาที และพยากรณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2563 บุคคลที่จะฆ่าตัวตายจะมีจำนวนปีละ 1.5 ล้านราย¹ อัตราการฆ่าตัวตายในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก คิดเป็นถึงร้อยละ 60 ของการฆ่าตัวตายทั้งหมดที่เกิดขึ้นในโลก โดยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงได้แก่ ศรีลังกา, ไทย, ญี่ปุ่น และฮ่องกง²

การฆ่าตัวตายในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นแม้จะมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง แต่จำนวนของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จยังคงติดอันดับ 16 ของโลก³ โดยมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงถึง 4,000 รายต่อปี ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จกว่า 50,000 ราย เฉลี่ยเดือนละ 328 คน ประมาณวันละ 10 - 12 คน หรือทุกๆ 2 ชั่วโมง มีคนไทยฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าหญิงถึง 4 เท่า แต่เพศหญิงมีแนวโน้มที่คิดจะฆ่าตัวตายได้ง่ายและมีจำนวนมากกว่าชาย ภาคเหนือของไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด โดยพบว่าจังหวัดลำพูนเป็นจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในประเทศ ช่วงอายุที่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูงส่วนใหญ่อยู่ในวัยหนุ่มสาวที่เป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญของประเทศ⁴

การฆ่าตัวตายส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต

ของบุคคลในครอบครัว ผู้ใกล้ชิด ก่อให้เกิดความสูญเสียแก่ประเทศในเชิงเศรษฐกิจอย่างมาก แม้ว่าการพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่ถึงแก่ชีวิต แต่ทำให้เกิดความสูญเสียจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือพิการทุพพลภาพ ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตของคนในครอบครัวและผู้ใกล้ชิด เกิดผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว ทำให้คุณภาพชีวิตของครอบครัวลดลง ในระดับสังคมจัดเป็นการสูญเสียทั้งงาน การผลิตและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล^{5,6} ผลกระทบหลังจากการฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ คือ สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจ รู้สึกโกรธ และผู้พยายามฆ่าตัวตายรู้สึกมีความผิดติดตัว ปัญหาเหล่านี้อาจทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเกิดการฆ่าตัวตายซ้ำอีก โดยเฉพาะภายในระยะ 1 ปีหลังจากพยายามฆ่าตัวตาย⁷

การศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าร้อยละ 90 ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยทางจิต โดยส่วนใหญ่จะเป็นโรคซึมเศร้า ดิสุรา หรือทั้งสองอย่าง⁸ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่ากลุ่มเสี่ยงที่จะทำร้ายตัวเอง 5 อันดับแรก ได้แก่ มีอาการของโรคจิต ว่างงาน เคยใช้สารเสพติด มีอาการซึมเศร้า และมีประวัติเคยทำร้ายตนเองมาก่อน⁹ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาเป็นหน่วยงานหนึ่งที่เปิดให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีความเสี่ยงที่สำคัญที่พบมาก คือ พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จึงมีการเปิดหอผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช ขึ้นเพื่อ

ดูแลผู้ป่วยชายที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายให้ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะของโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงสูงที่จะทำร้ายตนเอง ส่วนในผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงนอกจากจะเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่นแล้วยังมีความเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเองได้จากความหุนหันพลันแล่น และในรายที่มีอาการทางจิตรุนแรงอาจทำร้ายตนเองจากอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนได้เช่นกัน จากข้อมูลของสถาบันฯ พบว่า ความเสี่ยงในเรื่องการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งมักเป็นความเสี่ยงที่มีความรุนแรง บางครั้งรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งต่อตัวผู้ป่วย ญาติและสังคม

สถาบันฯ เปิดหอผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชขึ้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะ ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้ประเมินการรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเหล่านี้เข้ารับการรักษา โดยใช้แบบส่งปรึกษาหอผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช ซึ่งเกณฑ์ในการรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการฆ่าตัวตาย (High risk suicide) ได้แก่ 1) มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่ตอบสนองต่อเสียงสั่ง หรือความคิดหลงผิด 2) มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองภายใน 7 วันก่อนมาโรงพยาบาล 3) มีการวางแผนในการทำร้ายตนเอง ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเชิงพรรณนาโดยสำรวจลักษณะของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชของสถาบันฯ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง

ต่อการฆ่าตัวตายให้ได้รับความปลอดภัยยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทุกรายที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ด้วยปัญหาฆ่าตัวตาย ตั้งแต่ 1 มกราคม 2557 - 1 มกราคม 2558 จำนวน 105 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบส่งปรึกษาหอผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช ตามเกณฑ์มีความเสี่ยงสูงในการฆ่าตัวตาย (High risk suicide) ได้แก่ 1) มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่ตอบสนองต่อเสียงสั่งหรือความคิดหลงผิด 2) มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองภายใน 7 วันก่อนมาโรงพยาบาล 3) มีการวางแผนในการทำร้ายตนเอง ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา การวินิจฉัยโรค อาการที่ส่งมาปรึกษาการฆ่าตัวตาย ระยะเวลาเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการปรึกษา ประวัติการฆ่าตัวตายในครั้งก่อน การใช้สารเสพติด โรคทางกาย วิธีการทำร้ายตนเอง ระยะเวลาอนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช และการรักษาที่ได้รับ และนำข้อมูลที่ได้อภิเคราะห์หาความถี่ ร้อยละ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ผล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช จำนวน 105 คนทั้งหมดเป็นเพศชาย มีอายุระหว่าง 20 - 39 ปี มากที่สุด อายุเฉลี่ย 36.2 ปี (ร้อยละ 62.9) สถานะภาพโสด (ร้อยละ 61.0) ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือและเรียนจบประถมศึกษา (ร้อยละ 47.1) รองลงมาเรียนจบมัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 41.9) ส่วนใหญ่ว่างงาน (ร้อยละ 48.6) รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 26.7) ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งเข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรก (ร้อยละ 62.9) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยระหว่าง 1 - 5 ปี (ร้อยละ 32.4) รองลงมาเป็นผู้ที่ยังไม่เคยป่วยเลย (ร้อยละ 21.9) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท (ร้อยละ 33.3) รองลงมาเป็นโรคจิตจากสารเสพติด ได้แก่ แอมเฟตามีนและแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 16.2) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 14.3) และโรคซึมเศร้าที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย (ร้อยละ 11.4) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีประวัติการใช้สารเสพติด (ร้อยละ 53.4) โดยเป็นการใช้แอลกอฮอล์อย่างเดิวนมากที่สุด (ร้อยละ 23.8) รองลงมาเป็นการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน (ร้อยละ 21.0) ดังแสดงในตารางที่ 1

ลักษณะพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดรับมาจากแผนกฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 96.2) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการทำร้ายตนเองมาก่อน (ร้อยละ 56.2) ผู้ป่วยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจากอาการทางจิตมากที่สุด (ร้อยละ 57.1) โดยเป็นการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด (ร้อยละ 76.2) ส่วนใหญ่ตรงตามเกณฑ์การรับเข้าหอผู้ป่วย

วิกฤตจิตเวช (ร้อยละ 83.8) ซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช โดยเกณฑ์มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่ตอบสนองต่อเสียงสั่งหรือความคิดหลงผิด ร่วมกับมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองภายใน 7 วันก่อนมาโรงพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 39.0) รองลงมา มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองภายใน 7 วันก่อนมาโรงพยาบาล (ร้อยละ 29.5) และมีผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช (ร้อยละ 16.2) ดังตารางที่ 1 ส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์คัดออกของดีก ได้แก่ ปัญญาอ่อน (Mental retardation: MR) และปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD) (ร้อยละ 4.8) ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีโรคทางกายร่วมด้วย (ร้อยละ 41.0) และผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีบุคลิกภาพที่ผิดปกติ (ร้อยละ 37.1) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท (ร้อยละ 33.3) รองลงมาเป็นโรคจิตที่เกิดจากสารเสพติด (ร้อยละ 16.2) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 14.3) และโรคซึมเศร้าที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย (ร้อยละ 11.4) ตามลำดับ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่พยายามฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 76.2) รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 13.3) โดยวิธีการพยายามฆ่าตัวตายที่พบมากที่สุด คือ การใช้ใช้อาวุธ/ของมีคมกรีด/ปาด/แทงตนเอง เช่น มีด กระเบื้อง กระจก ฯลฯ (ร้อยละ 21.0) รองลงมาเป็นการชก/ทุบ/ตี/กัด/ใช้สิริระชอกตนเอง (ร้อยละ 13.3) และการผูกคอต (ร้อยละ 12.4) ส่วนวิธีการอื่นๆ ที่ใช้ได้แก่ กระโดดจากที่สูง เช่น ตึก สะพาน บันได ฯลฯ (ร้อยละ 7.6)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 105)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (\bar{x} = 36.2 ปี)	13 - 19 ปี	3	2.9
	20 - 39 ปี	66	62.9
	40 - 59 ปี	34	32.4
	60 ปีขึ้นไป	2	1.9
การวินิจฉัย	non psychotic	31	29.5
	psychotic	74	70.5
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	ไม่เคยป่วย	23	21.9
	น้อยกว่า 1 ปี	9	8.6
	1 - 5 ปี	34	32.4
	6 - 9 ปี	13	12.4
	10 - 19 ปี	20	19.0
	20 ปีขึ้นไป	6	5.7
สารเสพติด	ไม่ใช้	49	46.7
	ใช้	56	53.3
เกณฑ์การรับเข้า	ไม่ตรงตามเกณฑ์	17	16.2
	ตรงตามเกณฑ์	88	83.8
	- มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่ตอบสนองต่อ เสียงสั่งหรือความคิดหลงผิด	0	0.0
	- มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองภายใน 7 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล	31	29.5
	- มีการวางแผนในการทำร้ายตนเอง	8	7.6
	- มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่ตอบสนองต่อ เสียงสั่งหรือความคิดหลงผิดและ มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองภายใน 7 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล	41	39.0
	- มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่ตอบสนองต่อ เสียงสั่งหรือความคิดหลงผิดและมี การวางแผนในการทำร้ายตนเอง	5	4.8
	- มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองภายใน 7 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล และมีการวางแผน ในการทำร้ายตนเอง	3	2.9

ตารางที่ 2 ลักษณะพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (n = 105)

ลักษณะพฤติกรรมฆ่าตัวตาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประเภทของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย		
ฆ่าตัวตายจากอาการทางจิต	60	57.1
ฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้า	20	19.1
อื่นๆ (เรียกร้องความสนใจ, ไม่มีเงินใช้หนี้ยากอยู่ รพ., พฤติกรรมประชด, หนีปัญหา)	25	23.8
ลักษณะของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย		
มีความคิดฆ่าตัวตาย/วางแผนฆ่าตัวตาย	25	23.8
พยายามฆ่าตัวตาย	80	76.2
การวางแผนการฆ่าตัวตาย		
ไม่มีการวางแผน	91	86.6
มีการวางแผน	14	13.4
การพยายามฆ่าตัวตาย		
ไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย	25	23.8
กระโดดจากที่สูง/กระโดดน้ำ	15	14.2
ผูกคอ	13	12.7
ชก/ทุบ/ตี/กัด ตนเอง	15	14.2
ใช้ของมีคมกรีด/ปาด/แทงตนเอง	22	20.9
กินยาเกินขนาด/กินสารพิษ	15	14.2

การกินสารพิษ เช่น น้ำยาล้างจาน น้ำยาล้าง
ห้องน้ำ ไฮเตอร์ ยาเบื่อหนู ยาฆ่าแมลง ยาฆ่า
หญ้า ฯลฯ (ร้อยละ 7.6) การกินยาเกินขนาด
(ร้อยละ 6.7) การกระโดดน้ำ/เดินลงน้ำ
(ร้อยละ 4.8) ส่วนผู้ป่วยที่วางแผนฆ่าตัวตาย
ส่วนใหญ่จะวางแผนโดยการกระโดดจากที่สูง
เช่น ตึก สะพาน บันได ฯลฯ (ร้อยละ 3.8) การ
กินยาเกินขนาด (ร้อยละ 2.9) และ กระโดดน้ำ/
เดินลงน้ำ (ร้อยละ 1.9) กระโดด/วิ่งให้รถชน
(ร้อยละ 1.9) ดังตารางที่ 2

การรักษาที่ได้รับของผู้ป่วยที่มี พฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วย
ยาร่วมกับการรักษาที่ไม่ใช่ยา ได้แก่ การรักษา
ด้วยไฟฟ้า และการบำบัดทางจิต เช่น จิตบำบัด
สุขภาพจิตศึกษา ครอบครัวยุติธรรม พฤติกรรม
บำบัด เป็นต้น (ร้อยละ 79) รองลงมาเป็นการ
รักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 12.4)
การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยา
ร่วมกับการบำบัดทางจิต (ร้อยละ 6.7) และ
การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยา
(ร้อยละ 1.9) ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับ

ตารางที่ 3 การรักษาที่ได้รับของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (n = 105)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
วิธีการรักษา		
การรักษาด้วยยาอย่างเดียว	13	12.4
การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยา	2	1.9
การรักษาด้วยยาร่วมกับจิตบำบัดบำบัด	83	79.0
การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยาร่วมกับจิตบำบัด	7	6.7
ยาที่ผู้ป่วยได้รับ		
ยาด้านเศร้า	8	7.6
ยาด้านโรคจิต	37	35.2
ยาควบคุมอารมณ์	1	1.0
ยาด้านเศร้า + ยาด้านโรคจิต	37	35.2
ยาด้านเศร้า + ยาควบคุมอารมณ์	3	2.9
ยาด้านโรคจิต + ยาควบคุมอารมณ์	13	12.4
ยาด้านเศร้า + ยาด้านโรคจิต + ยาควบคุมอารมณ์	6	5.7
การบำบัดทางจิต		
จิตบำบัด	30	28.6
สุขภาพจิตศึกษา	2	1.9
การปรับพฤติกรรม	1	1.0
จิตบำบัด + ครอบครัวยุติบำบัด	8	7.6
จิตบำบัด + สุขภาพจิตศึกษา	41	39.0
จิตบำบัด + ครอบครัวยุติบำบัด + สุขภาพจิตศึกษา	9	8.6
จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช		
1 - 3 วัน	44	41.9
4 - 7 วัน	42	40.0
8 - 14 วัน	14	13.3
มากกว่า 14 วัน	5	4.8

ยาด้านโรคจิตเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 35.2) เท่ากันกับผู้ป่วยที่ได้รับยา ด้านเศร้าร่วมกับยาด้านโรคจิต (ร้อยละ 35.2) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการทำจิตบำบัดร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา (ร้อยละ 39.0) รองลงมาเป็นการทำจิตบำบัดเพียงอย่างเดียว (ร้อยละ 28.6) ส่วนใหญ่มี

จำนวนวันนอนไม่เกิน 7 วัน (ร้อยละ 81.9) โดยมีจำนวนวันนอนไม่เกิน 3 วัน (ร้อยละ 41.9) ใกล้เคียงกับผู้ป่วยที่มีจำนวนวันนอน 4 - 7 วัน (ร้อยละ 40.0) ซึ่งจำนวนวันนอนเฉลี่ย 5.4 วัน (ตารางที่ 3)

อภิปราย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ เพศ โดยเพศชายมีโอกาสการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง การศึกษานี้ศึกษาในเฉพาะเพศชาย เนื่องจากเป็นหอผู้ป่วยวิกฤตจิตเวชชาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 39 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณิ พุทธิศรี และมาโนช หล่อตระกูล¹⁰ พบว่า วัยรุ่นตอนปลายรวมกับวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จะมีอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ยสูงสุด และการศึกษาของต่างประเทศที่พบมากในกลุ่มอายุ 18 - 29 ปี¹¹ และ การศึกษาของ หวาน ศรีเรือนทอง และคณะ³ พบว่ากลุ่มอายุ 35 - 44 ปี มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีสถานภาพโสด ซึ่งในคนที่เป็ โสด มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าคนที่แต่งงานแล้วถึง 2 เท่า¹² และสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน¹³ ยังได้กล่าวไว้ว่า บุคคลที่มีชีวิตอยู่จะมีความมั่นคงทางสภาพจิตใจมากกว่า บุคคลที่เป็นโสด หรือมีสถานภาพสมรส เป็นหม้าย หย่า หรือ แยกกันอยู่

ผู้ป่วยที่ไม่ได้เรียนหนังสือและผู้ป่วยที่เรียนจบประถมศึกษา มีการทำร้ายตนเองมากที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาของครุณี เลิศปรีชา⁷ ที่พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายและผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ส่วนผู้ป่วยที่มีอาชีพรับจ้างและการว่างงาน พบว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงสอดคล้องกับการศึกษาของ ครุณี เลิศปรีชา⁷ ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความคิดอยากฆ่าตัวตายสูง คือการตกงาน และการศึกษาของหวาน ศรีเรือนทอง และคณะ³ พบว่า

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีอาชีพ กรรมกรหรือรับจ้างทั่วไป และผู้ที่ว่างงานมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด และมีระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูงมากกว่าทุกอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษา ในประเทศญี่ปุ่นที่พบว่า ร้อยละ 56.7 ถ้าว่างงานหรือตกงานจะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง จนถึงฆ่าตัวตายสำเร็จ¹⁴

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาครั้งแรก และมีระยะเวลาการป่วย 1 - 5 ปี ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่เคยรับการรักษาที่อื่นหรือไม่เคยรับการรักษามาก่อนแล้วมารับการรักษาที่สถาบันเป็นครั้งแรก และอีกส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่เคยรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นครั้งแรก

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการทำร้ายตนเองมาก่อน โดยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจากอาการทางจิตมากที่สุดซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของหวาน ศรีเรือนทอง และคณะ³ ที่พบว่าโรคซึมเศร้า และ โรคจิตมีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูงมากกว่าทุกโรค และการศึกษาของ Nock MK และคณะ¹⁵ ที่พบว่า โรคความอารมณ์แปรปรวนที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด แต่จากการเก็บข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยมีการทำร้ายตนเองจากอาการทางจิตมากกว่าจากภาวะซึมเศร้า อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท สาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตายมาจากการมีหิวแหว่ไต่ยีนเสี่ยงสั่งให้ทำ หวาดระแวง กลัวคนมาทำร้าย หลงผิด ความรู้สึกน้อยใจ รู้สึกไร้ค่า¹⁶

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการใช้สารเสพติด

การใช้สารเสพติดมีผลกระทบต่อด้านชีวภาพ ทำให้ขาดการยับยั้งชั่งใจ เกิดอารมณ์ชั่ววูบ ใจร้อน จนทำให้เลือกใช้วิธีการฆ่าตัวตายที่รุนแรงได้ ทำให้โอกาสที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้นไปด้วย¹⁷ โดยพบว่าผู้ป่วยมีการใช้แอลกอฮอล์อย่างเดียว ร้อยละ 23.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอนุพงศ์ คำมา⁷ ที่พบว่าสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายสำเร็จประการหนึ่ง คือ ปัญหาคิดแอลกอฮอล์เรื้อรังและการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ดื่มสุราจนติดหรือเป็นพิษจากสุราจะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 10 - 73 จนถึงฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 10 - 69³ ปัญหาการใช้แอลกอฮอล์นั้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สร้างความกดดันและความเครียดให้เกิดขึ้นกับตัวเองและสร้างบาดแผลในใจแก่บุคคลที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ใช้แอลกอฮอล์พยายามฆ่าตัวตายจนเกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดรับมาจากแผนกฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่ตรงตามเกณฑ์การรับเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช ซึ่งเข้ารับการรักษาโดยเกณฑ์ มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่ตอบสนองต่อเสียงสั่ง หรือความคิดหลงผิด ร่วมกับมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองภายใน 7 วันก่อนมาโรงพยาบาลมากที่สุด รองลงมา มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองภายใน 7 วันก่อนมาโรงพยาบาล และมีผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช โดยส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์คัดออกของตึกได้แก่ ปัญญาอ่อน และปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยสมองเสื่อม แต่มี

ความจำเป็นต้องรับเข้ามาดูแลเพราะมีพฤติกรรมและความเสี่ยงที่รุนแรงมากทำให้หอผู้ป่วยอื่นไม่สามารถดูแลได้ใกล้ชิด นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีโรคทางกายร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Varcariolis¹⁸ ซึ่งพบว่าบุคคลที่มีโรคทางกายมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้สูง 3 กลุ่มโรค คือ โรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย และโรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทรมาน และผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีบุคลิกภาพที่ผิดปกติ ซึ่ง Sadock และ Sadock¹⁹ พบว่ากลุ่มที่มีอารมณ์อ่อนไหวไม่มั่นคง หุนหันพลันแล่น หรือสนใจแต่ตนเอง เรียกร้อง ต้องการความสนใจจากบุคคลอื่น ทำให้มีการกระทำโดยขาดความยั้งคิด บุคลิกภาพต่อต้านสังคม จะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อปีประมาณร้อยละ 10 - 15

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย โดยวิธีการพยายามฆ่าตัวตายที่พบมากที่สุด คือ การใช้ใช้อาวุธ/ของมีคมกรีด/บาด/แทงตนเอง เช่น มีด กระบี่อง กระจก ฯลฯ รองลงมาเป็นการชก/ทุบ/ตี/กัด ตนเอง ใช้ศีรษะโขก และการผูกคอ ส่วนวิธีการอื่นๆ ที่ใช้ได้แก่ กระโดดจากที่สูง เช่น ตึก สะพาน บันได ฯลฯ การกินสารพิษ เช่น น้ำยาล้างจาน น้ำยาล้างห้องน้ำ ไฮเตอร์ ยาเบื่อหนู ยาฆ่าแมลง ยาฆ่าหญ้า ฯลฯ การกินยาเกินขนาด การกระโดดน้ำ/เดินลงน้ำ ส่วนผู้ป่วยที่วางแผนฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะวางแผนโดยการกระโดดจากที่สูง เช่น ตึก สะพาน บันได ฯลฯ การกินยาเกินขนาด และ กระโดดน้ำ/เดินลงน้ำ กระโดด/วิ่งให้รถชน ซึ่งวิธีการที่ใช้ใกล้เคียงกับที่พบใน

โรงพยาบาลสวนปรุง คือ ส่วนใหญ่ใช้วิธีแขวนคอ ใช้สายยาง สายไฟ เลื่อหรือกางเกงรัดคอ และเอาศีรษะโขกผนังห้อง โขกกับพื้น¹⁶

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิต รองลงมาเป็นการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิต และการรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยา ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาต้านโรคจิตอย่างเดียว เท่ากันกับผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเศร้าร่วมกับยาต้านโรคจิต ส่วนวิธีการบำบัดรักษานั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการบำบัดด้วยการทำจิตบำบัด ร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา รองลงมาเป็นการทำจิตบำบัดเพียงอย่างเดียว ส่วนใหญ่มีจำนวนวันนอนไม่เกิน 7 วัน เฉลี่ย 5.4 วัน เนื่องจากมีการทำงานแบบสหวิชาชีพในการบำบัดรักษาและมีการปรับการรักษาทุกวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการสงบเร็วขึ้น

สรุป

การศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบลักษณะของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น สถานภาพโสด ไม่ได้เรียนหนังสือหรือเรียนจบประถมศึกษา และไม่ได้ทำงาน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการใช้สารเสพติด โดยใช้แอลกอฮอล์มากที่สุด ซึ่งพฤติกรรมฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เกิดจากอาการทางจิต เช่น เสี่ยงแว่วสั่งให้ทำ ความคิดหลงผิด หวาดระแวง เป็นต้น โดยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการใช้อาวุธ/ของมีคมกรีด/ปาด/แทงตนเอง/ใช้ศีรษะโขก ผู้ป่วยได้รับการ

รักษาด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิต โดยได้รับยาต้านโรคจิตอย่างเดียวยและได้รับยาด้านเศร้าร่วมกับยาด้านโรคจิต และได้รับการบำบัดทางจิตโดยการทำจิตบำบัด ร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษา ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย 5.4 วันในหอผู้ป่วยวิกฤตจิตเวช

ข้อจำกัด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง ทำให้ข้อมูลบางอย่างไม่ครบถ้วน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเสนอให้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนยิ่งขึ้น และการวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดในผู้ป่วยที่เข้ามารักษาด้วยปัญหาเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซึ่งบางรายเป็นผู้ป่วยที่ไม่ตรงตามเกณฑ์การรับเข้ารับการ รักษา เช่น เป็นผู้ป่วยปัญญาอ่อน แต่มีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายจากพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงมีการเก็บรวบรวมข้อมูลไว้ด้วยเพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบเกณฑ์การรับผู้ป่วยให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Report on Violence and Health. Geneva, Switzerland; 2006.
2. มูลนิธิสร้างสุขมุสลิมไทย. ฆ่าตัวตายภัยร้ายในเอเชีย. [Online]. Available from: <http://www.muslim4health.or.th/2014/index.php?op=muslimhealth-detail&id=194#.VLY4TE0cRjp> [2014 October 24].
3. หวาน ศรีเรือนทอง, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เฟื่องจันทร์, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, รุ่งมณี ยั่งยืน, สุพัตรา สุขาวท, จินตนา

- ถึงเพิ่มพูน. ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทย: การสำรวจระดับชาติ, วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554; 56(4): 413-24.
4. Kongsuk T, Loiha S, Jirawatkul S, Arunpongpaissal S, et al. The Results of Development Thai Surveillance System for Depression 2007. Ubon-Ratchathani: Sirithamoffset; 2009.
 5. อนุพงศ์ คำมา. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ: กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย, วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(1): 3-16.
 6. ยูพิน อินหลง. การวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าโรงพยาบาลเชิงคา จังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
 7. ดรุณี เลิศปรีชา. การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
 8. Hirschfeld R, Russell J. Assessment and treatment of suicidal patients. *New England Journal of Medicine* 1997; 33: 915-9.
 9. อภิรัช มงคล และคณะ. ระบาดวิทยาของการทำร้ายตัวเองและการฆ่าตัวตาย. *ประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี*; 12-15 สิงหาคม 2546.
 10. สุวรรณีย์ พุทธิศรี และมาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทยช่วง พ.ศ. 2539-2546, *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2549; 51(1): 21-8.
 11. Posada-Villa J, Camacho JC, Valenzuela JI, Arguello A, Cendales JG, Fajardo R. Prevalence of Suicide Risk Factors and Suicide-Related Outcomes in the National Mental Health Study, Colombia, *Suicide Life-Threat Behav* 2009; 39: 408-24.
 12. Nicholas LM, Golden RN. Managing suicidal patient. *Clinical Cornerstone* 2001; 3: 47-57.
 13. APA (American Psychiatric Association). *Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors*. 2003. [Online]. Available from: http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/pg_suicidalbehaviors.pdf. [2014 July 23].
 14. World Health Organization . *World Report on Violence and Health*. Geneva, Switzerland; 2002.
 15. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008; 30: 133-54.
 16. ปภาดา โฆษคุณวุฒิ. การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
 17. Duangjun O, Suwanmaitree S. *Suicide prevention manual*. Bangkok: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2004.
 18. Varcarolis E. *Foundations of Psychiatry Mental Health Nursing A Clinical Approach*. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 2002.
 19. Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. Maryland: Willims & Wilkins; 2005.