



บทความฟื้นฟูวิชาการ การทบทวนองค์ความรู้เรื่องความสัมพันธ์ ระหว่างการดื่มสุราและการฆ่าตัวตาย

ปทานนท์ ขวัญสนิท*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อทราบถึงความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการดื่มสุราและการฆ่าตัวตายพร้อมทั้งแนวทางการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราและการฆ่าตัวตาย

วัสดุและวิธีการ: สืบค้นจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากบทความในวารสาร หนังสือ ตำรา รวมทั้งข้อมูลจากเว็บไซต์ต่างๆ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ผล: ร้อยละ 50 ของการฆ่าตัวตายมีความเกี่ยวข้องกับการใช้ สารเสพติด (substance abuse) และในจำนวนนี้พบเป็นผู้ติดสุราประมาณร้อยละ 26 และพบว่าผู้ที่ดื่มสุรา มีความเสี่ยงต่อการพยายามทำร้ายตนเอง 3.697 เท่าของกลุ่มอื่น สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายมีปัญหการดื่มสุรา มีหลายประการ เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ พบว่าสารสื่อประสาท GABA , Serotonin และ Glutamate มีความเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ที่ดื่มสุรา นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อม เช่น ความกดดันทางจิตใจที่เพิ่มขึ้น พฤติกรรมเกี่ยวกับความก้าวร้าวมากขึ้น ความยับยั้งชั่งใจและสมาธิที่ลดน้อยลงลดลงจากการดื่มสุราล้วนมีผลให้การฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาซึ่งสนับสนุนว่าการติดสุราและบุคลิกภาพแบบ B (cluster B personality disorder) เป็นปัจจัยทำนายการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และยังพบอีกว่าคนที่ไม่มีบาดแผลทางจิตใจในวัยเด็ก (childhood trauma) มักมีการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าและนำไปสู่การใช้สุราที่มากกว่าและผู้ที่กำลังแยกทางหรือหย่าร้างมีการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าและการใช้สุราที่มากกว่าเช่นกัน ส่วนโรคทางจิตเวช เช่นภาวะโรคจิต โรคความผิดปกติของอารมณ์ โรควิตกกังวล รวมไปถึงความอ่อนไหวต่อความเครียดอาจเพิ่มความเสี่ยงของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งส่งผลต่อรูปแบบการดื่มด้วยอย่างตอบสนองซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าพบว่าความเสี่ยงการฆ่าตัวตายจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นไปอีกหากมีทั้งโรคซึมเศร้าและการใช้สุราไปด้วย และยังพบว่าการสูญเสียความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพิ่มความเสี่ยงของผู้ที่มีประวัติดื่มสุราให้ฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น

สรุป: การพยายามฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราโดยอัตราความชุกอยู่ที่ประมาณ 50% โดยการดื่มสุราแม้เพียงระยะสั้นหรือเข้าเกณฑ์ภาวะติดสุราก็ตามล้วนมีผลต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่เพิ่มมากขึ้นทั้งสิ้นและมักจะสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าโดยจะเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นถึง 90% หากพบร่วมกัน

คำสำคัญ: ผู้มีปัญหการดื่มสุรา, การฆ่าตัวตาย



THE RELATIONSHIP BETWEEN ALCOHOL CONSUMPTION AND SUICIDE: A LITERATURE REVIEW

*Patanon Kwansanit**

Abstract

Objective: To review the available information of prevalence and correlations of alcohol use and suicidality, guidelines of alcohol use disorders and suicidality care.

Material and method: Manual search of relevant data of the topics from available journals, textbooks and websites, both in Thai and English.

Results: A harrowing statistic shows that almost 50% of those committed suicide in Thailand had history of substance abuse, 26% of which is alcohol dependence. Using alcohol, by itself, carries a 3.697 times more risks of self-harms than those who do not and is a common factor in an interplay of multiple etiologies, resulting in suicide, be it biological factor like physiological impairments or malfunctioning of neurotransmitters like GABA, Serotonin, Glutamate etc., or environmental that propel the usage of violence, debility of self-control and concentration. Studies have shown that co-occurring Cluster B personality disorder and alcohol dependence are predicting factors of suicide in patients with major depressive disorder, that childhood traumas, marital separation and recent loss of interpersonal-relationships lead to more alcohol abuse and suicidal attempts, psychiatric co-morbidities like schizophrenia, mood disorders and anxiety disorders that leads to added vulnerability to stress increase the risks of both alcohol consumption and suicide in a proportionate manner. The risk is even more apparent in major depressive disorder where those with alcohol-related diagnosis are more prone to suicidal acts than those who do not.

Conclusion: This review will strive to show that 50% prevalence of suicidal acts are partly or completely related to alcohol consumption, alcohol use or dependence both increase the risk of suicide, attempted or committed, and there is a 90% increase in risk if a patient is found to have both major depressive and alcohol use disorders.

Keywords: Alcohol use disorder, Suicide

*Psychiatrist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

บทนำ

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโรคระบุว่าปัจจุบันมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายปีละประมาณ 1 ล้านคนหรือวันละ 2,739 คนเฉลี่ยชั่วโมงละ 114 คน หรือนาทีละ 2 คน และในปี พ.ศ.2563 จะมีคนเลือกที่จะ “ฆ่าตัวตาย” สูงถึง 1.5 ล้านคน¹

สถิติการฆ่าตัวตายในประเทศอเมริกาพบว่าทุกๆ 17 นาที จะเกิดการฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง² สำหรับสถิติการฆ่าตัวตายในประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 71 ของโลก ปัญหาการฆ่าตัวตายยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับอดีต ปัจจุบันอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยอยู่ที่ 5.9 คน ต่อประชากร 1 แสนคน โดยในแต่ละปีมีการฆ่าตัวตาย 2,000-3,000 คน¹

ซึ่งสภาพเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน ก่อให้เกิดปัญหาในการปรับตัว เกิดภาวะเครียด คนจำนวนหนึ่งจึงหันไปพึ่งยาเสพติดโดยเฉพาะสุรา ซึ่งการดื่มสุราส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและประเทศ จากการศึกษาพบว่าในปี พ.ศ. 2549 ประเทศไทยได้สูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการบริโภคสุรามีมูลค่ารวมถึง 156,105.4 ล้านบาทต่อปี³ จากการศึกษาวิจัยพบว่าปัญหาติดสุราเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายประมาณ 1 ใน 4 และผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 9 ใน 10 มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างใดอย่างหนึ่งขณะทำการฆ่าตัวตาย โดยมีสาเหตุสำคัญคือภาวะซึมเศร้า และการติดสุรา⁴

มีคำอธิบายความสัมพันธ์ของการดื่มสุรากับการฆ่าตัวตายว่า ประการแรกอาจเกิดจากการดื่มสุรานั้นทำให้เกิดปัญหาชีวิตสมรส, ปัญหาครอบครัวและการสูญเสียงาน มีผลให้เกิดการแยกตัวทางสังคมจนนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตาย หรือประการที่สองการดื่มสุราทำให้ขาดการควบคุมความยับยั้งชั่งใจ ซึ่งนำไปสู่ต่อพฤติกรรมเสี่ยงอันตรายต่อตนเอง เช่น การฆ่าตัวตายเป็นต้น⁵ ในขณะที่อีกทางหนึ่งเราพบว่าในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายก็มีผลต่อปัญหาการดื่มสุราเช่นกัน เช่น การศึกษาหนึ่งพบความแตกต่างอย่างมีนัยสถิติเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายกับผู้ที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีญาติในลำดับขั้นที่หนึ่งหรือลำดับขั้นที่สองที่มีปัญหาการดื่มสุราอยู่แล้ว (alcohol abuse) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีการวัดการพยายามฆ่าตัวตาย⁶

การศึกษาครั้งนี้เพื่อทบทวนองค์ความรู้เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราและการฆ่าตัวตาย เพื่อนำความรู้มาพัฒนาระบบบริการ ลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ที่ดื่มสุรา ตลอดจนหาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ที่ดื่มสุรา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนทางระบาดวิทยาของการดื่มสุราในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จ ทั้งในและต่างประเทศ

2. เพื่อ ทบทวน สาเหตุ และ ปัจจัย ที่มี ผล ให้ ผู้ป่วย พยายามฆ่าตัวตาย นั้น มี ปัญหา การ ดื่ม สุรา การ
3. เพื่อ ทบทวน สาเหตุ และ ปัจจัย ที่มี ผล ทำให้ ผู้ที่มี ปัญหา การ ดื่ม สุรา นั้น พยายามฆ่าตัวตาย หรือ ฆ่าตัวตาย สำเร็จ
4. เพื่อ ทบทวน ผลกระทบ ของ การ ดื่ม สุรา ต่อ การ พยายาม ฆ่าตัวตาย และ ฆ่าตัวตาย สำเร็จ และ ผลกระทบ ของ การ พยายาม ฆ่าตัวตาย ที่มี ต่อ ปัญหา การ ดื่ม สุรา และ เพื่อ ทบทวน แนวทาง การ รักษา ดูแล ทั้ง ด้าน biological และ psychosocial intervention

วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการทบทวนองค์ความรู้โดยการคัดเลือกเอกสารวิชาการจาก ฐานข้อมูล Pubmed, Embase, NIAAA, Cochrane Library ลักษณะบทความเป็น Systematic Review, RCT โดยใช้ Keywords : suicide and alcohol use disorder, prevalence of alcohol use disorder with suicide, factor related alcohol use disorder and suicide ใช้ปีที่สืบค้นคือ 2000-2010 รวมถึงหนังสือและตำราที่เกี่ยวข้อง

ผล

ความชุกของการดื่มสุราในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนเอกสารที่ตีพิมพ์ในปี 1991 ถึง 2001 จำนวน 37 การศึกษาในหลายๆ ประเทศ พบว่าในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีการใช้แอลกอฮอล์อยู่ระหว่าง 10-73%⁷ และเมื่อติดตามผู้ที่มารับการบำบัดเรื่องการเสพสุราไป

เป็นระยะเวลา 5 ปี(prospective study)พบว่าการพยายามฆ่าตัวตายเป็น 7 เท่าของผู้ที่ไม่เสพสุราเมื่อเปรียบเทียบกับอายุที่เท่ากัน⁸ ซึ่งอาจมีข้อสรุปจากข้อมูลเก่าที่ว่า การดื่มสุราแม้เพียงระยะสั้นๆหรือดื่มจนมีภาวะการติดสุราก็ล้วนแต่มีผลเพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตายแบบหุนหันพลันแล่นมากขึ้นใน ผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่ก็ตาม มีการศึกษาที่พยายามอธิบายความสัมพันธ์นี้ให้ชัดเจน โดยศึกษาความชุกของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซึ่งดื่มสุรามาไม่นานก่อนกระทำการและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซึ่งไม่ได้ดื่มสุราก่อนกระทำการ โดยทำการศึกษาผู้ป่วยห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลในฝรั่งเศสที่มาด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่ามีสูงถึง 40%ของผู้ป่วยซึ่งใช้สุราก่อนหน้าเหตุการณ์พยายามฆ่าตัวตาย โดยลักษณะของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายและดื่มสุราพบการวินิจฉัยเป็น Alcohol abuse และ Alcohol dependence มักดื่มสุราคนเดียวและมีโอกาสติดสารเสพติดอื่นร่วมด้วย⁹

สำหรับในประเทศไทยพบว่าประมาณร้อยละ 50 ของการฆ่าตัวตายมีความเกี่ยวข้องกับการใช้ สารเสพติด (substance abuse) และพบผู้ติดสุราประมาณร้อยละ 26¹⁰ และผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ มีความเสี่ยงต่อการพยายามทำร้ายตนเอง 3.697 เท่าของกลุ่มอื่น¹¹

ความชุกของการดื่มสุราในผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ

จากการทบทวนเอกสารที่ตีพิมพ์ในปี 1991 ถึง 2001 จำนวน 37 การศึกษาในหลายๆ

ประเทศ พบว่าในผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จตรวจพบว่ามีการใช้แอลกอฮอล์อยู่ระหว่าง 10-69%⁷ และมีการศึกษาคนที่พยายามฆ่าตัวตายที่รักษาตัวในโรงพยาบาลพบว่าคนที่มีความวิตกกังวลมีโอกาสนฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนที่ไม่มีภาวะวิตกกังวลถึง 75 เท่า อีกการศึกษาพบว่า 15 % ของผู้ที่มีความวิตกกังวลฆ่าตัวตายสำเร็จ อีกการศึกษาพบว่า 33 % ของคนที่พยายามฆ่าตัวตายที่อายุน้อยกว่า 35 ปี ใช้สุราหรือสารเสพติดอื่นร่วมด้วย¹² สารเสพติดที่พบร่วมได้บ่อยกับการดื่มสุราคือ การสูบบุหรี่ และอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นตามความเสี่ยงต่อการดื่มสุราที่เพิ่มขึ้น คือ 2.37 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป (SMR=2.37) (95% CI=1.14-4.37) และ 2.30เท่าในการสูบบุหรี่ (SMR=2.30) (95% CI=1.36-3.36) แต่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จจะเพิ่มเป็น 4.80 เท่าหากมีทั้งการสูบบุหรี่และมีความเสี่ยงต่อการดื่มสุราทั้งสองอย่าง (SMR=4.80) (95% CI=2.07-9.46)¹³ แต่การศึกษาหนึ่งพบว่าอัตราการตายและความชุกของปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายตั้งแต่ปี 1994-2002 จากฐานข้อมูล MEDLINE จำนวน 42 การศึกษา ด้วยวิธีการ meta-analysis พบว่าอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่ใช้สุราหรือ standardized mortality ratios (SMR) เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป โดยหากผู้ป่วยเป็นโรคจากการดื่มสุรา(alcohol use disorder)จะเพิ่มความเสี่ยงเป็น 9.8 เท่า (95% CI 898–1065; p<0.001)

และการดื่มสุราอย่างหนัก (heavy drinking) จะเพิ่มความเสี่ยงเป็น 3.5 เท่า (95% CI 251–478; p < 0.001) เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และหากเป็นความชุกตลอดชีวิตของอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายในผู้ดื่มสุราจากการศึกษา 83 การศึกษา พบว่าความเสี่ยงการฆ่าตัวตายตลอดชีวิตเป็น 7% ในผู้ที่เป็โรคจากการเสพสุรา (alcohol use disorder) จึงเห็นได้ว่าการดื่มสุราเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างชัดเจนไม่ว่าจะเป็นความเสี่ยงในปัจจุบันหรือตลอดชีวิตก็ตาม¹⁴

ในขณะที่การศึกษาหนึ่งพบสูงถึง 90% ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมักเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า, โรคจากการดื่มสุราหรือทั้งสองภาวะร่วมกันขณะกระทำการฆ่าตัวตาย¹⁵ มีข้อสันนิษฐานว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและมีประวัติของการติดยา มักจะมีความคิดทำร้ายตัวเองมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีประวัติของการติดยา โดยจะไปเพิ่มความเสี่ยงเกี่ยวกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายไม่ว่าจะเป็น ความคิดฆ่าตัวตาย, ความพยายามฆ่าตัวตายหรือการตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไป โดยอัตราพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (5%) หากมีการวินิจฉัยทั้งสองวินิจฉัยร่วมกัน คือ โรคซึมเศร้าและมีการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วย เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยเพียงอย่างเดียว (2%)¹⁶

มีการศึกษาหนึ่งพยายามอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในระยะ

ต่างๆของการ คืมสุราว่ามีผลต่อการฆ่าตัวตายแตกต่างกันอย่างไร พบว่าโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นก่อนที่จะสู่ระยะติดสุรามีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายมากที่สุด ในขณะที่โรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในขณะที่หยุดสุราจะมีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการฆ่าตัวตายมากที่สุด¹⁷ สรุปได้ว่าการคืมสุรามีผลเพิ่มอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับการไม่คืมสุรา¹⁴

มีการศึกษาเพื่อดูว่าการใช้โคเคนและสุราในวัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีความแตกต่างกันอย่างไรระหว่างคนอเมริกันผิวดำกับคนอเมริกันผิวขาว โดยการชันสูตรศพผู้เสียชีวิตและตรวจสอบสารเสพติดจากการฆ่าตัวตาย พบว่าวัยรุ่นอเมริกันผิวดำมีอัตราการใช้สุราและโคเคน (8.9%) น้อยกว่าวัยรุ่นผิวขาว (28%) ทั้งที่ความชุกของการฆ่าตัวตายต่อประชากร 100,000 คน ของวัยรุ่นอเมริกันผิวดำ(5.48) มากกว่าวัยรุ่นอเมริกันผิวขาว(4.16) ซึ่งความแตกต่างของเชื้อชาติอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างของการฆ่าตัวตายในผู้ที่ใช้สุรา ร่วมด้วย¹⁸

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายมี ปัญหาการคืมสุรา

การศึกษาในหลายๆประเทศ พบว่ากลไกทางตรงที่ว่าในภาวะเมาสุราทำให้เกิดการทำร้ายตัวเองจากความคิดที่ซึมเศร้าและรู้สึกสิ้นหวังถูกกระตุ้นมากขึ้นขณะที่เมาสุรา ในขณะที่เดียวกันความรู้สึกยับยั้งชั่งใจที่จะไม่

ทำร้ายตัวเองกลับน้อยลง และกลไกทางอ้อม คือ การคืมสุราเป็นรูปแบบหนึ่งของการเยียวยาตนเอง(self medication) ของผู้ป่วยซึมเศร้า (depression) นอกจากนี้การคืมสุรายังทำให้การเสื่อมถอยทางสังคมมากขึ้น เช่น การว่างงาน, หนี้สินและการแยกตัวจากสังคมและการคืมสุรายังสัมพันธ์กับปัญหาทางร่างกายและจิตใจซึ่งเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงฆ่าตัวตายที่มากขึ้นด้วย⁷ ซึ่งสรุปเป็นสาเหตุหลักๆ ได้ดังนี้

1. พันธุกรรม

มีการศึกษาการแสดงออกทางพันธุกรรมในหลายด้านอาจส่งผลต่อความสัมพันธ์ ระหว่างการใช้แอลกอฮอล์และการฆ่าตัวตายจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีปัญหาติดสุรามักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวและการทำร้ายตัวเอง ซึ่งปัจจัยทางพันธุกรรมอาจมีส่วนเกี่ยวข้องทั้งโดยเฉพาะ สารสื่อประสาท serotonin, norepinephrine และ dopamine โดยมีเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทเหล่านี้คือ catechol-O-methyl transferase (COMT) และความแตกต่างทางพันธุกรรมของการทำงานของเอนไซม์นี้อาจมีผลต่อพฤติกรรมก้าวร้าวและการทำร้ายตัวเองในผู้ป่วย คืมสุราได้ โดยจากการศึกษาอาสาสมัครที่มีภาวะติดสุราพบว่าผู้ที่มียีน Met allele ของเอนไซม์ COMT มีส่วนเกี่ยวข้อง

กับพฤติกรรมก้าวร้าวและทำร้ายตัวเอง ที่มากกว่ากลุ่มที่ไม่มียีน Met allele ของ เอนไซม์ COMT นี้ไม่ว่าจะทำให้การวินิจฉัยโรค ทางจิตเวชใด และอาจพัฒนาต่อไปในอนาคต ในการใช้ยีน Met allele ของเอนไซม์ COMT เป็นดัชนีวัดความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วย คิดสุราได้ต่อไป¹⁹

2. ทางด้านชีววิทยาและพยาธิสรีรวิทยา

มีหลายการศึกษาบ่งชี้ว่าความหุนหัน พลันแค้นและความก้าวร้าว นั้นสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการฆ่าตัวตายซึ่งเกี่ยวข้องในผู้ป่วย คิดสุรา โดยอธิบายจากระดับสารซีโรโตนินซึ่ง ลดระดับลงในผู้ป่วยที่คิดสุราไปมีผลเพิ่มความ ก้าวร้าวและความหุนหันพลันแค้น³ ส่วน อีกการศึกษาชี้ว่าพฤติกรรมความก้าวร้าวอาจ มีส่วนเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายมากกว่าการ คิดสุราโดยได้ข้อมูลจาก national mortality follow back survey ซึ่งแบ่งประชากรเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ทำการฆ่าตัวตายจำนวน 753 คน และกลุ่มที่เกิดอุบัติเหตุจำนวน 2,115 คน โดย ทำการศึกษาถึงประวัติพฤติกรรมความก้าวร้าว และประวัติการดื่มสุราในปีที่ผ่านมาซึ่งทำการ สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมความก้าวร้าวในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา เป็นตัวทำนายการพยายามฆ่าตัวตายในปัจจุบัน มากกว่าประวัติการใช้แอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาโดยเฉพาะในเพศหญิงและผู้ที่มีอายุ น้อย ดังนั้นจึงสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า การ ฆ่าตัวตายนั้นอาจไม่ใช่มาจากปัจจัยเรื่องการ

ดื่มสุราเพียงอย่างเดียว(โดยเฉพาะในเพศหญิง) แต่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องของพฤติกรรม ความก้าวร้าวด้วย ซึ่งในทางคลินิกมักพบว่า แยกสองภาวะดังกล่าวจากกันยากเนื่องจากการ ดื่มแอลกอฮอล์เองก็มีผลกับพฤติกรรมความ ก้าวร้าวด้วยเช่นกัน⁵

และจากการศึกษาข้อมูลจาก 162 ตัวอย่างที่ฆ่าตัวตาย ซึ่งศึกษาจากการชันสูตร ศพและบันทึกทางการแพทย์ พบว่า 1 ใน 4 มี ซีโรโตนินและระบบเรนินแองจิโอเทนซิน สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้ที่คิดสุราหรือ มีภาวะซึมเศร้าก็เจอยีนประเภทนี้เช่นกัน การ ฆ่าตัวตายภายใต้อิทธิพลการดื่มสุรามีความ สัมพันธ์กับการคิดสุราและ TPH2 ยีนเป็น บทบาทสำคัญในการฆ่าตัวตายในผู้ที่ไม่ดื่ม สุราก่อนการฆ่าตัวตาย²⁰ นอกจากนี้ยังมี การศึกษาทางประสาทชีววิทยา (neurobiological) ด้านพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรค พิษสุราเรื้อรัง (alcoholism) พบว่าในผู้ป่วยโรค พิษสุราเรื้อรังซึ่งมีโรคซึมเศร้าวร่วมด้วยอาจมี ส่วนเกี่ยวข้องกับการพร่องของสารซีโรโตนิน (serotonergic impairment) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยง ระดับสูงของการฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) และการทำหน้าที่ผิดปกติของสาร โดปามีน (Dopaminergic dysfunction) อาจ มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังเช่นกัน การที่สมองถูก ทำลาย (Brain damage) และการพร่องของ การทำงานของระบบประสาท (neurobehavioral

deficits) อาจเชื่อมโยงไปสู่โรคจากการใช้สุรา และพฤติกรรมฆ่าตัวตายจากการดื่มสุราในที่สุด²¹

สารสื่อประสาทหลักที่เกี่ยวข้องระหว่างการดื่มสุราและการฆ่าตัวตาย⁴

1. GABA
2. serotonin
3. glutamate

สารสื่อประสาทที่อาจจะเกี่ยวข้องระหว่างการดื่มสุราและการฆ่าตัวตาย

1. dopamine
2. norepinephrine

ในขณะที่ความแตกต่างด้านเพศก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราและการฆ่าตัวตายเช่นกัน เช่นการศึกษาจากข้อมูลของหน่วยงานสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา (vital statistics of the united states and health statistics compressed mortality file) ในระหว่างปี1950-2002 ซึ่งทำการวิเคราะห์สาเหตุการตายจากการลงรหัสโรค ICD7-10 พบว่าการเพิ่มปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงดังกล่าวโดยเฉพาะเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภท spirits นั้นสัมพันธ์กับอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นในเพศหญิง โดยอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น6%ตามอัตราการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้น 1 ลิตร แต่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ในผู้ชาย มีคำอธิบายเกี่ยวกับผลของความแตกต่างด้านเพศที่ทำให้เกิดอัตราการฆ่าตัวตายในผู้ที่ดื่มสุราแตกต่างกัน

ระหว่างเพศชายและเพศหญิงอาจเกิดจากการตีตราทางสังคม(stigmatization) พบว่าในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งมักจะพบพฤติกรรมก้าวร้าวร่วมด้วยนั้นสังคมจะยอมรับได้มากกว่าหากเป็นเพศชายแต่จะยอมรับได้ยากกว่า หากเป็นเพศหญิงจึงเป็นเหตุให้เพศหญิงซึ่งมีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์พยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย¹

อีกการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลพบได้บ่อยในผู้ที่ติดสุราซึ่งอาจจะอธิบายจากสุราอาจจะไปมีผลของสมองที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับอารมณ์ เช่น amygdale และ hippocampus¹²

กล่าวโดยสรุปจากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาสารชีโร โดนิโนถูกกล่าวถึงว่ามีความเกี่ยวข้องกับภาวะการฆ่าตัวตายมากที่สุดในขณะที่สาร โดปามีนอาจมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังเช่นกันและเพศหญิงพบมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีววิทยามากกว่าเพศชาย

3. ทางด้านสภาพแวดล้อม

มีการศึกษาว่าปัจจัยแวดล้อมจะส่งผลให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายดื่มสุรา ในทางกลับกันการดื่มสุราในปริมาณมากจะส่งผลให้ฆ่าตัวตายได้ง่ายขึ้น แบ่งเป็นสาเหตุต่างๆ ดังนี้

1. เพิ่มความกดดันทางจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกล้มเหลว, โดดเดี่ยวหรือซึมเศร้า⁷ หรือมีปัจจัยกดดันนำมาก่อน โดยเฉพาะในแง่ของการสูญเสียหรือการทะเลาะเบาะแว้งกับบุคคลใกล้ชิด มีภาวะซึมเศร้า สุขภาพ

ทรุดโทรมและประสิทธิภาพในการทำงานต่ำ²² และพบว่าปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง เกิดจากการอยู่ในช่วงซึมเศร้าอย่างรุนแรง, มีความเครียดในชีวิต, มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงานหรือคู่ชีวิต และมีปัญหาทางจิตสังคม²¹ ในผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีการใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติดก่อนฆ่าตัวตาย มีการเขียนจดหมายทิ้งไว้ก่อนฆ่าตัวตาย มีความเครียดจากงานและทางเศรษฐกิจมากกว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย²³

2. การดื่มสุราทำให้พฤติกรรมเกี่ยวกับความก้าวร้าวมากขึ้น รวมถึงการพยายามฆ่าตัวตายซึ่งเป็นการก้าวร้าวต่อตัวเอง⁷ มีการศึกษาในวัยรุ่นพบว่าผู้ป่วยที่เป็นทั้งโรคติดสุราและภาวะซึมเศร้าที่พยายามหรือฆ่าตัวตายสำเร็จบ่อยครั้งที่จะมีระดับของความก้าวร้าวและความหุนหันพลันแล่นที่สูงอย่างมีนัยสำคัญ²⁴ และพบว่าปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง มีดังนี้ ความก้าวร้าว, ความหุนหันพลันแล่น²¹

3. การดื่มสุราเป็นการกระตุ้นให้ความคิดฆ่าตัวตายนำไปสู่การกระทำ⁷ และความเสี่ยงสำคัญประการหนึ่ง คือการดื่มสุราหรือสารเสพติดจะทำให้ความยับยั้งชั่งใจลดลง ในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่แล้ว หากมีการเสพยาหรือใช้สารเสพติดจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นสูงมาก²⁵

4. สมาชิกด้อยลงและทำให้กระบวนการตามปกติที่คอยยับยั้งมิให้คนเราฆ่าตัวตาย

ทำงานได้น้อยลง⁷

ปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายมี ปัญหาการดื่มสุรา

พฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายเป็นเป็นปัญหาสำคัญในผู้ที่ติดสุรา²⁶ มีการศึกษาหลายการศึกษาที่พบว่าดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย^{27,28} และมีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายนั้นมีความเสี่ยงของปัญหาที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁹

จากการทบทวนงานวิจัยสรุปปัจจัยการดื่มสุราสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายดังนี้

1. ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มสุรา, การสูบบุหรี่และทั้งการดื่มสุราและสูบบุหรี่³⁰ และพบว่าปัจจัยที่ทำนายการฆ่าตัวตายที่มีการใช้สุราคือ การดื่มสุราจนมีภาวะติดสุรา (OR=4.63) การศึกษานี้ได้จากการบันทึกทางการแพทย์²⁰ การศึกษาทางระบาดวิทยาและข้อมูลทางคลินิกชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยติดสุรา (Alcohol dependence) มีอัตราสูงขึ้นในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซึ่งมีลักษณะ ดังนี้ อายุน้อย, สถานภาพโสด แยกหรือหม้าย, มีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายนมาก่อน มีการใช้ยาเสพติดอื่น ในโรคพิษสุราเรื้อรังมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายสูงผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่เคยพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จมักอยู่ในช่วงซึมเศร้าอย่างรุนแรง มีเหตุการณ์เครียดในชีวิต มี

ปัญหาสัมพันธภาพ ไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม อาศัยอยู่คนเดียว มีความก้าวร้าวและหุนหันพลันแล่นสูง มีอารมณ์ด้านลบ ขาดความหวัง มีการใช้สุราจำนวนมาก มีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยโดยเฉพาะโคเคน มีโรคทางกายรุนแรง พุคเกี่ยวกับความตายและเคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมาก่อนมีความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานหรือคู่ชีวิตไม่ดี ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีส่วนความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง²¹

2. ลักษณะบุคลิกภาพ มีการศึกษาพบว่า การติดสุราและบุคลิกภาพแบบ B (cluster B personality disorder) เป็นปัจจัยทำนายการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า³¹ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบ B มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง 2.7 เท่าของกลุ่มอื่น¹¹

3. ประวัติครอบครัวและประสบการณ์ในวัยเด็ก มีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่ติดสุราจำนวน 499 รายเป็นเพศหญิง 198 ราย มีประวัติพฤติกรรมฆ่าตัวตายในครอบครัว ได้รับบาดเจ็บในวัยเด็ก มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีการดื่มสุรามากและได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า ซึ่งพบว่าเพศ ประวัติครอบครัวและการโดนกระทำทางเพศในวัยเด็กเป็นปัจจัยเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย ด้วยเหตุนี้พัฒนาการทางจิตใจ บุคลิกภาพ ประวัติครอบครัว สังคมและการมีโรคร่วมเป็นปัจจัยเสี่ยงในผู้ที่ติดสุราซึ่ง

พยายามฆ่าตัวตาย²⁶ อีกการศึกษาหนึ่งทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างหญิงในโรงพยาบาล 80 คน ซึ่งมีประวัติใช้สุรา แบ่งเป็นคนที่พยายามฆ่าตัวตาย 51 คน ,กลุ่มควบคุม(ไม่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย) 29 คน พบว่าคนที่ไม่มีบาดแผลทางจิตใจในวัยเด็ก (childhood trauma) มักมีการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าและนำไปสู่การใช้สุราที่มากกว่า³² และผู้ที่กำลังแยกทางหรือหย่าร้างมีการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าและการใช้สุราที่มากกว่าเช่นกัน⁸

4. หน้าที่การงาน จากการศึกษาในประเทศอิตาลี พบว่ามีความสัมพันธ์ชัดเจนระหว่างการฆ่าตัวตายสำเร็จกับตำแหน่งงานที่ไม่มั่นคง ผลการศึกษานี้บ่งชี้ว่ามีความจำเป็นที่ต้องประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ที่ใช้สุรา โดยเฉพาะถ้ามีปัญหาทางเศรษฐกิจสังคมร่วมด้วย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น ผู้ที่มีการศึกษาน้อยและผู้ที่เป็นลูกจ้างหรือไม่เป็นลูกจ้างแต่มีตำแหน่งไม่มั่นคง³³ ซึ่งภาวะปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมนั่นเองจะเป็นปัจจัยสำคัญซึ่งทำให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายมากขึ้นและมีการดื่มสุราเพิ่มขึ้น³⁴

5. โรคทางจิตเวช เช่นภาวะโรคจิต โรคความผิดปกติของอารมณ์ โรควิตกกังวล รวมไปถึงความอ่อนไหวต่อความเครียดอาจเพิ่มความเสี่ยงของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อรูปแบบการดื่มด้วยอย่างตอบสนองซึ่งกันและกัน³⁵ มีงานวิจัยพบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายมีลักษณะ ได้แก่โรคจิตเวชร่วม (psychiatric comorbidity) ที่พบได้

บอย คือ โรคซึมเศร้า และความเสี่ยงการฆ่าตัวตายจะยิ่งเพิ่มมากขึ้นไปอีกหากมีทั้งโรคซึมเศร้าและการใช้สุราร่วมด้วย³⁶ มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรากับการฆ่าตัวตายและโรคทางจิตเวชโดยวิธี meta-analysis จำนวน 32 งานวิจัย ซึ่งการศึกษาหนึ่งพบว่าในผู้ที่ทำการฆ่าตัวตายจำนวน 50 รายได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น alcohol use disorder เป็นวินิจฉัยหลัก 23% และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคร่วมถึง 37% ซึ่งสนับสนุนโดยการศึกษาหนึ่งพบว่าผู้ที่กระทำการฆ่าตัวตายสำเร็จนั้นมีจำนวนสูงถึง 85% ที่พบว่ามีโรคซึมเศร้าและ/หรือการดื่มสุราร่วมเป็นโรคร่วม⁴ หากศึกษาเปรียบเทียบในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและในผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงและรู้สึกลึกซึ้งมากกว่า²³ บางการศึกษาแนะนำ ภาวะซึมเศร้าส่งเสริมให้เกิดการใช้แอลกอฮอล์ และนำไปสู่ภาวะฆ่าตัวตาย ในขณะที่การศึกษาอื่นๆบอกเป็นนัยว่า การบริโภคแอลกอฮอล์นั้นทำให้เกิดอาการของภาวะซึมเศร้าและภาวะฆ่าตัวตายที่มากขึ้นในวัยรุ่น²⁴ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะเสพติดสุราหรือภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการตรวจหาอาการของโรคทางจิตเวชอื่นๆ หรือภาวะความเสี่ยงการฆ่าตัวตายร่วมด้วย³⁵

ส่วนอีกการศึกษาหนึ่งพบว่าการติดสุราสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการตายในผู้ป่วย bipolar disorder I อย่างชัดเจน (แต่ไม่ชัดเจนในผู้ป่วย bipolar disorder II) โดยเฉพาะ bipolar

disorder I ที่มีการเกิดโรคที่อายุน้อยมากๆ ส่วนในอีกการศึกษาหนึ่งในประเทศตุรกีในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 300 คนซึ่งมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมีภาวะการฉีกติดสุราร่วมด้วยในปริมาณมากกว่าคนที่ไม่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน⁴ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ที่เสพสุราพบว่ามีอาการแพนิคมาก กว่าคนปกติ⁸

กล่าวโดยสรุปพบว่าการฆ่าตัวตายและการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น โรคซึมเศร้า

ตารางที่ 1 แสดงความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนและเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชชนิดต่างๆ

condition	Number of studies	Standard Mortality Ratio(SMR)	Annual Suicide Rate(%)	Estimate Lifetime Suicide Rate(%)
Previous suicide attempts	9	38.4	0.549	27.5
Psychiatric disorder				
Eating disorder	15	23.1		
Major depression	23	20.4	0.292	14.6
Sedative abuse	3	20.3		
Mixed drug use	4	19.2	0.275	14.7
Bipolar disorder	15	15.0	0.310	15.5
Opioid abuse	10	14.0		
Dysthymia	9	12.1	0.173	8.6
Obsessive-compulsive disorder	3	11.5	0.143	8.2
Panic disorder	9	10.0	0.160	7.2
schizophrenia	38	8.45	0.121	6.0
Personality disorder	5	7.08	0.101	5.1
Alcohol abuse	35	5.86	0.084	4.2
Pediatric psychiatric disorder	11	4.73		
Cannabis abuse	1	3.85		
Neuroses	8	3.72		
Mental retardation	5	0.88		

ที่มา: การศึกษา meta-analysis โดย Harris and Barraclough ซึ่งเป็นการศึกษาจำนวน 249 การศึกษา ซึ่งตีพิมพ์ระหว่างปี 1966-1993³⁷

6. การถูกละเลย/ทอดทิ้งจากสังคม มี การพูดถึงบทบาทของการตีตราทางสังคม (social stigma) ที่อาจสัมพันธ์กับภาวะติด สุรา ภาวะซึมเศร้าและภาวะฆ่าตัวตาย และ อาจพบได้บ่อยในประชากรวัยรุ่น²⁴ และพบว่า ความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น อาจ เกิดตามหลังการถอนตัวทางสังคม (social withdraw) การพึ่งพิงของพันธะทางสังคม การให้ความสำคัญทางสังคมที่น้อยลง ซึ่งภาวะ เหล่านี้เป็นผลที่พบได้บ่อยจากผู้ป่วยเสพติด หรือดื่มสุราที่ไม่ได้รับการรักษานั้นเอง และ พบว่าเมื่อศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างหญิง ใน โรงพยาบาล 80 คนซึ่งมีประวัติใช้สุรา พบ ว่าการสูญเสียความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพิ่ม ความเสี่ยงของ ผู้หญิงที่มีประวัติดื่มสุราให้ฆ่า ตัวตายเพิ่มมากขึ้น (recent interpersonal loss)³²

7. ความรู้สึกสิ้นหวัง (hopelessness) มี การศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างหญิงใน โรงพยาบาล 80 คน ซึ่งมีประวัติใช้สุรา แบ่งเป็นคนที่ พยายามฆ่าตัวตาย 51 คน, กลุ่มควบคุม(ไม่มี ประวัติพยายามฆ่าตัวตาย) 29 คน พบว่าความ รู้สึกสิ้นหวัง (hopelessness) เป็นปัจจัยที่เพิ่ม ความเสี่ยงของผู้หญิงที่มีประวัติดื่มสุราให้ฆ่า ตัวตายเพิ่มมากขึ้น³²

ผลกระทบของการดื่มสุราต่อภาวะการ พยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จทั้ง ด้าน biological และ psychosocial

มีหลายการศึกษาซึ่งอธิบายผลกระทบว่า

สุรานั้นมีผลอย่างไรจึงทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย ที่เพิ่มขึ้น เช่น การศึกษาผลจากการดื่มสุรา พบ ว่าทำให้ผู้ดื่มไม่ตื่นตัว สมาธิและการประสาน งานของกล้ามเนื้อบกพร่อง แอลกอฮอล์ในปริ มานน้อยๆ จะทำให้ผ่อนคลายและความยับยั้ง ชั่งใจลดลง ผู้ดื่มจะมั่นใจมากขึ้นและกล้า แสดงออก แต่แอลกอฮอล์ในปริมาณที่มาก ขึ้น จะทำให้บุคคลนั้นมีแนวโน้มก้าวร้าว และ มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม มีความเสี่ยงต่อการ พยายามฆ่าตัวตายมากขึ้น³

ก่อนหน้านี้มีสมมติฐานว่าผู้ที่เป็นโรค ซึมเศร้าใช้สุราเพื่อเป็นการเยียวยาตนเอง (self medication) คือ ดื่มเพื่อบรรเทาอาการซึมเศร้า ที่เป็น จนไม่นานมานี้มีหลักฐานสนับสนุน ว่า การดื่ม alcohol ปริมาณมากเป็นระยะ เวลานานเป็นสาเหตุโดยตรงของการพัฒนา ไปเป็น โรคซึมเศร้าและอัตราการฆ่าตัวตาย ที่เพิ่มขึ้น¹² เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าผู้ที่ ดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลายาวนานและดื่ม เป็นประจำเพิ่มความคิดทำร้ายตนเองมากกว่า ผู้ที่ดื่มเป็นครั้งคราวหรือไม่ดื่ม³⁸ มีการศึกษา ผลกระทบของการดื่มสุราต่อการพยายาม ฆ่า ตัวตาย พบว่าจากการศึกษาในวัยรุ่นจำนวน ประมาณ 3,000 คนที่อายุระหว่าง 10-20 ปี ที่ จำหน่ายจาก โรงพยาบาลในเขตแมริแลนด์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่การบาดเจ็บเกิดขึ้น ทั้งที่ถูกทำร้ายและจากการพยายามฆ่าตัว ตายล้วนเกี่ยวข้องกับการใช้สุรา โดยผู้ที่ถูก ทำร้ายร่างกายพบ 25-44% ใช้แอลกอฮอล์ร่วม

ด้วย และ 37% ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วย³⁹

สรุป

การพยายามฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราโดยอัตราความชุกอยู่ที่ประมาณ 50% โดยการดื่มสุราแม้เพียงระยะสั้นหรือเข้าเกณฑ์ภาวะติดสุราก็ตามล้วนมีผลต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่เพิ่มมากขึ้นทั้งสิ้น และมักจะสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าโดยจะเพิ่มความถี่เสี่ยงมากขึ้นถึง 90% หากพบรวมกัน การดื่มสุราทำให้เกิดการทำร้ายตัวเองจากการที่ความคิดซึมเศร้าและสิ้นหวังถูกกระตุ้นมากขึ้นในขณะเดียวกันที่ความรู้สึกลบยั้งชั่งใจที่จะไม่ทำร้ายตัวเองกลับน้อยลง ปัจจัยทางพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องและสารสื่อประสาทที่มีบทบาทในผู้ป่วยฆ่าตัวตายที่ดื่มสุรา คือ ซีโรโทนิน (serotonin) นอกจากนี้ปัจจัยทางสังคมมีผลต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังโดยเฉพาะเหตุการณ์เครียดในชีวิต การติดสุราและความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบ B เพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตายมากกว่าบุคลิกภาพอื่น

ข้อเสนอแนะ

ควรคัดกรองการฆ่าตัวตายในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราทุกราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. กองแผนงาน. บทความด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เรื่อง เรารู้อะไรเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพมหานคร: กองแผนงาน; 2551.
2. Binder RM. Assisting Nursing Faculty through the crisis and resolution of student suicide. Arch Psychiatr Nurs 2007;21:25-31.
3. เบญจพร ปัญญาขง. การปฐมพยาบาลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา. กรุงเทพมหานคร: วนิตการพิมพ์; 2552.
4. ประเวศ ตันติพิวัฒน์สกุล, สุรสิงห์ วิศรุครัตน์. ฆ่าตัวตาย : การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน. กรมสุขภาพจิต: กรุงเทพมหานคร; 2541.
5. Lester D. The association between alcohol consumption and suicide and homicide rates: a study of 13 Nations. Alcohol and Alcoholism 2003;40(6):619-40.
6. Roy A, Lamparski D, Dejong J, Moore V, Linnoila M. Characteristics of alcoholics who attempt suicide. Am J Psychiatry 1990;147:761-5.
7. Cherpitel CJ, Borges GL, Wilcox HC. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature. Alcohol Clin Exp Res 2004;28(5):18-28.

8. Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Bucholz KK, Hesselbrock MN, Hesselbrock V, Kramer JR, Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women. *Am J Psychiatry* 2003;160:56-63.
9. Lejoyeux M, Huet F, Claudon M, Fichelle A, Casalino E, Leque V'rie. Characteristics of suicide attempts preceded by alcohol consumption. *Arch Suicide Res* 2008;12:30-8.
10. พิเชฐ อุดมรัตน์, บรรณาธิการ. ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. สงขลา: ตีพิมพ์โดยโครงการพิมพ์; 2547.
11. ปราชญ์ บุญขวงศรีโรจน์, สมควร หาญพัฒนชัยกูร, บารมี จรัสสิงห์. รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
12. Global status report on alcohol. Long term effect of alcohol [online]. [cited 2010 Oct 20]. Available from: <http://www.m.wikipedia.org/>
13. Schneider B, Baumert J, Schneider A, Mittag BM, Meisinger C, Erazo N, et al. The effect of risky alcohol use and smoking on suicide risk: findings from the German MONICA/KORA-Augsburg Cohort Study. *Soc Psychiat Epidemiol* 2010;3.
14. Wilcox HC, Conner KR, Eric D. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend* 2004;76(1):11-9.
15. Hirschfeld RM, Russell JM. Assessment and treatment of suicidal patients. *N Engl J Med* 1997;337(3):910-5.
16. Tsuang TM, Tohen M, Kessler RC, Walters E. Textbook in psychiatric epidemiology. 2nded. Chichester: John Wiley & Sons; 2002.
17. Aharonovich E, Liu X, Nunes E, Hasin DS. Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2002;159:1600-2.
18. Garlow SJ, Purselle DC, Heninger M. Cocaine and alcohol use preceding suicide in African American and white adolescents. *J Psychiatr Res* 2007;41:530-6.
19. Nedic G, Nikolac M, Sviglin KN, Seler DM, Borovecki F, Pivac N. Association study of a functional catechol-O-

- methyl transferase (COMT)Val^{108/158} Met polymorphism and suicide attempts in patients with alcohol dependence. *J Neuropsychol* 2010;1-12.
20. Fudalej S, Ilgen M, Fudalej M, Wojnar M, Matsumoto H, Barry KL, et al. GENETICS: Clinical and genetic risk factors for suicide under the influence of alcohol in a polish sample. *Alcohol & Alcoholism* 2009;44(5):437-42.
21. Sher L. Alcohol and suicide: neurobiological and clinical aspects. *Acta Psychiatr Scand* 2006;21(6):700-6.
22. Weiss RD, Hufford MR. Substance abuse and suicide. In: Jacobs DG, editor. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass Publication. 1999:300-10.
23. Dejong TM. A direct comparison of suicide attempters and suicide completers with major depressive disorder. United State of America: Department of Psychology; 2007.
24. Ganz D, Sher L. Suicidal behavior in adolescents with comorbid depression and alcohol abuse. *Minerva Pediatrica* 2009;61(3):333-47.
25. Deykin EY, Buka SL. Suicidal ideation and attempts among chemical dependent adolescents. *Am J Public Health* 1994;84:634-9.
26. Roy A, Janal MN. Risk factors for suicide attempts among alcohol dependent patients. *Arch Suicide Res* 2007;11:211-17.
27. Borges G, Saltijeral MT, Bimbela A, Mondragon L. Suicide attempts in a sample of patients from a general hospital. *Archives of Medical Research* 2000;31:366-72.
28. Kim CH, Jayathilake K, Meltzer HY. Hopelessness neurocognitive function and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res* 2003;60(1):71-80.
29. Lamis DA. Reasons for living and suicidal ideation among College Students with varying levels of risk for alcohol related problems. United State of America: The Faculty of the Department of Psychology East Tennessee State University; 2006. ProQuest Information and Learning Company.
30. ศุภรัตน์ เอกอัสวิน. รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายใน จังหวัดสมุทรสงคราม. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สุขภาพจิตเขต 4 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2545.

31. Demais A, Lesage AD, Alda M, Rouleau G, Dumont M, Chawky N. Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *Am J Psychiatry* 2005;162:2116-24.
32. Kingree JB, Martie P. Thompson MP, Nadine J. Kaslow NJ. Risk factors for suicide attempts among low-income women with a history of alcohol problems. *Addict Behav* 1999;24(4):583-7.
33. Giupponi G, Bizzarri J, Pycha R, Innamorati M, Lester D, Conca A, et al. Socioeconomic risk factors and depressive symptoms in alcohol use disorders among male suicides in South Tirol, Italy. *J Addict Dis* 2010;29:466-74.
34. บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์. รับมือป่วยทางจิตในยุคเศรษฐกิจมีปัญหา. *นิตยสารชีวจิต* 2552;11(248).
35. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Dominici G, Ferracutis, Kotzalidis GD, et.al. Suicidal behavior and alcohol abuse. *Int J Environ Res Public Health* 2010;7(4):1392-431.
36. Modesto-Lowe V, Brooks D, Ghani M. Alcohol dependence and suicide behavior: from research to clinical challenges 2006;14(5):241-8.
37. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;170(5):205-28.
38. Prescott CA, Kendler KS. Early age at first alcohol drink. *Am J Psychiatry* 2001;158:1530.
39. Sheppard MA. Estimating alcohol and drug-involvement in hospitalized Maryland adolescents with international injury. United State of America: Bell & Howell Information and Learning Company. The Johns Hopkins University; 2001.