



ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการพยายามฆ่าตัวตายกับภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

Depression: Prevalence and Associated Factors of Suicidal Attempts at Bangplee Hospital, Samutprakarn Province

เอกชัย เพ็ชรพรประภาส*

Ekkachai Petpornprapas*

* กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

* Department of Psychiatry and Drugs, Bangplee Hospital Samutprakarn province

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มาด้วยพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มาด้วยพยายามฆ่าตัวตายและได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2558 ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 148 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมดเป็นของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข คือ 1) แบบเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย (กรณีไม่เสียชีวิต) รง 506.S 2) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) 3) แบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติไคว์สแควร์ (Pearson Chi-square) และวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา ผู้ป่วยที่มาด้วยพยายามฆ่าตัวตายและได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลบางพลี และมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยมีจำนวน 117 ราย จากทั้งหมด 148 ราย (ร้อยละ 79.1) พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีเพียงปัจจัยเดียว คือ มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายตามแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) (adjust OR = 0.01, 95% CI = 0.00-0.09, $p < 0.001$)

สรุป ความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มาด้วยพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ อยู่ในระดับที่สูง ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายทุกคนจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

คำสำคัญ ภาวะซึมเศร้า การพยายามฆ่าตัวตาย

Corresponding author: เอกชัย เพ็ชรพรประภาส

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2563; 65(2): 167-178

ABSTRACT

Objective : To examine the prevalence of depression and associated factors of suicidal attempts at Bangplee hospital Samutprakarn province

Method : This study was a retrospective descriptive study. The sample consisted of 148 suicide attempters who were admitted at Bangplee hospital Samutprakarn province during January 2015 to December 2019. Instrument used in this study from department of mental health, ministry of public health were: 1) basic characteristics and suicidal behavior details questionnaires 2) a nine-question assessment tool for depression severity (9Q scale) 3) an eight-question tool for the assessment of suicidality severity (8Q scale). Demographic data and associated factors of depression were analyzed by descriptive statics and logistic regression.

Results : Among 148 suicide attempters, 117 suicide attempters had depression (79.1%). Only one factor that significantly associated with depression was having suicidal risk by an eight-question tool for the assessment of suicidality severity (8Q scale). (adjust OR = 0.01, 95% CI = 0.00-0.09, $p < 0.001$)

Conclusion : prevalence of depression in suicidal attempts at Bangplee hospital Samutprakarn province was high. Suicidal attempters needed long-term treatment for suicide re-attempt prevention.

Keywords : depression, suicidal attempts

Corresponding author: Ekkachai Petpornprapas

J Psychiatr Assoc Thailand 2020; 65(2): 167-178

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ก่อให้เกิดความสูญเสียรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ภาระของโรค (burden of disease) ที่มีต่อประชากรในทุกรัฐภูมิภาคของโลกพบว่า โรคซึมเศร้าจะปรับจากอันดับ 4 ของโรคที่ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life years, DALYs) ในปี พ.ศ. 2533 มาเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด ในปี พ.ศ. 2563¹ สำหรับประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2547 โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับ 4 ของการสูญเสียปีสุขภาวะในประชากรเพศหญิง และอันดับ 10 ในเพศชาย² โดยปัญหาที่พบคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษา เนื่องจากปัญหาการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ และการขาดแคลนบุคลากรทางสาธารณสุข³ โดยเฉพาะจิตแพทย์⁴ ร่วมกับปัญหาการกระจุกตัวของจิตแพทย์ในเมืองใหญ่⁵ สาเหตุของโรคเกิดจากหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม⁶ ซึ่งหมายรวมถึงเหตุการณ์กดดันในชีวิต (stressful life event) ซึ่งพบว่ามีส่วนกระตุ้นการเกิดโรคซึมเศร้าได้⁷ แต่ผู้ประสบเหตุการณ์กดดันในชีวิตไม่จำเป็นต้องเกิดโรคซึมเศร้าทุกราย⁸ โดยเหตุการณ์กดดันในชีวิต ได้แก่ การอับจนหนทาง/สับสนในชีวิตจนไม่สามารถบอกใครได้ การที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง การจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก/สามี/ภรรยา เป็นต้น พบว่ามีความสัมพันธ์สูงกับการเกิดโรคซึมเศร้า^{9,10}

นอกจากนี้เหตุการณ์กดดันในชีวิตและความคิดอยากฆ่าตัวตายมักพบเกิดขึ้นพร้อมกันได้¹¹ อธิบายได้ด้วย stress-diathesis models ว่าเหตุการณ์กดดันในชีวิต เช่น ความยากจน การว่างงาน ร่วมกับปัจจัยของผู้ประสบเหตุเอง ได้แก่ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ลักษณะก้าวร้าว/หุนหันพลันแล่น การมองโลกในแง่ร้าย และ

ความรู้สึกหดหู่สิ้นหวัง ล้วนส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย¹² จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทยที่ผ่านมาเปลี่ยนแปลงตามสถานะเศรษฐกิจของประเทศ¹³ โดย พ.ศ. 2542 มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดเป็นประวัติการณ์ที่ 8.6 ต่อแสนประชากร จากวิกฤตการณ์ทางการเงินในเอเชีย พ.ศ. 2540¹⁴ เนื่องจากปัญหาการว่างงานเพิ่มสูงขึ้นมาก ทำให้อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะในเพศชาย ทั้งในประเทศญี่ปุ่น เกาหลีใต้ ฮองกง และประเทศไทย¹⁵ เช่นเดียวกับในต่างประเทศ วิกฤตเศรษฐกิจจีนเชื้อชีพ.ศ. 2551 ซึ่งส่งผลกระทบต่ออย่างมากในทวีปอเมริกาและยุโรป เกิดปัญหาการว่างงานเพิ่มสูงขึ้นมาก ทำให้อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในเพศชาย¹⁶ จากวิกฤตดังกล่าวส่งผลให้เกิดความตระหนักครั้งสำคัญต่อปัญหาการฆ่าตัวตายในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย¹⁷ ทำให้เกิดการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย รวมถึงจัดให้มีการบริหารจัดการโดยสร้างระบบบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังและการศึกษาวิจัยในแง่มุมต่างๆ¹⁸ ส่งผลให้ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2543 เป็นต้นมา อัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง¹⁹ จนถึงปัจจุบันแนวโน้มการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นอีกครั้ง เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจโลกรวมถึงประเทศไทยชะลอตัวอย่างรุนแรง อันเป็นผลกระทบจากสงครามการค้าระหว่างประเทศจีนกับสหรัฐอเมริกา และการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (covid-19)

จากการข้อมูลการฆ่าตัวตายพบว่า การแขวนคอ เป็นวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด²⁰ ซึ่งสาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง เพราะเพศชายมักใช้วิธีการที่รุนแรงกว่าคือการแขวนคอ ในขณะที่เพศหญิงมักใช้วิธีการกินยาเกินขนาดหรือสารเคมี²¹ ปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการฆ่าตัวตายได้แก่ ประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน²²⁻²⁴

ลักษณะไม่ชอบเข้าสังคม²⁵ ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะโรคผิดปกติทางอารมณ์²⁶ เช่น โรคซึมเศร้าและโรคไบโพลาร์²⁷ และปัญหาติดแอลกอฮอล์เรื้อรัง²⁸ เป็นต้น เมื่อศึกษาสถิติการฆ่าตัวตายล่าสุด พ.ศ. 2562 มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 4,418 ราย คิดเป็น 6.64 ต่อประชากรแสนคน แบ่งเป็นเพศชาย 11.1 ต่อประชากรแสนคน และหญิง 2.35 ต่อประชากรแสนคน โดยทั้งประเทศมีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จกว่า 53,000 ราย การศึกษาในต่างประเทศพบว่า จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายอาจสูงกว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมากถึง 20 เท่า²⁹ แม้ว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะเป็นแบบหุนหันพลันแล่น ซึ่งมักไม่มีความตั้งใจและไม่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต รวมทั้งไม่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วยนั้น³⁰⁻³³ แต่ถ้าผู้พยายามฆ่าตัวตายป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถือว่ามีจำเป็นอย่างมากที่ต้องได้รับการรักษาทันที³⁴ เนื่องจากการเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนเป็นตัวทำนายที่มีความสำคัญมากที่สุดต่อความคิดอยากฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายสำเร็จในอนาคต²⁴ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มาด้วยพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

นิยามศัพท์

การฆ่าตัวตาย (suicide) หมายถึง การกระทำที่มุ่งทำร้ายตนเองให้ได้รับอันตรายจนเสียชีวิตได้ โดยมีความตั้งใจจะตายอย่างชัดเจนแน่นอน²⁷

การฆ่าตัวตายสำเร็จ (committed suicide, completed suicide) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลทำร้ายตนเอง ฆ่าตนเองจากความตั้งใจที่จะทำให้ตนเองตายจนมีผลทำให้ตายจากพฤติกรรมดังกล่าว²²

การพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempted) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลพยายามทำร้ายตนเอง

ฆ่าตนเอง หรือทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บอย่างชัดเจนจากความตั้งใจที่จะทำให้ตนเองตาย แต่ไม่ตาย²²

ความคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) หมายถึง ความคิดที่บุคคลอยากตายไป โดยการฆ่าตัวเองให้ตาย²²

Deliberate self-harm หมายถึง การทำร้ายตนเองโดยไม่มีเจตนาให้ถึงแก่ชีวิต ทั้งนี้ไม่ได้หมายถึงพฤติกรรมที่เจตนาทำและมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เช่น การดื่มสุราจัด การขับรถเร็ว เป็นต้น³⁵

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective descriptive study) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบางพลี (เลขใบรับรองที่ 2/2562)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยในทุกรายที่มาด้วยพยายามฆ่าตัวตายและส่งปรึกษาจิตเวช ตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2558 ถึง ธันวาคม พ.ศ.2562 จำนวน 148 ราย โดยไม่รวมผู้ป่วยที่เป็นโรครุนแรงทางกายและทางจิตเวชที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ทุกรายมีความตั้งใจที่จะทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิตโดยไม่รวมผู้ที่มีพฤติกรรม deliberate self-harm และในกรณีที่ผู้ป่วยมีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำภายใน 1 ปี นับกรณีล่าสุดเพียงกรณีเดียว

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ลักษณะทั่วไปทางประชากร ประวัติการฆ่าตัวตาย ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ตามแบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าซึ่งมีคะแนนตามแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน

การศึกษาคั้งนี้ไม่มีตัวแปรควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

แบบสอบถามที่ได้จากการสัมภาษณ์ซึ่งประกอบด้วย

1. ลักษณะทั่วไปทางประชากรและข้อมูลการทำร้ายตัวเอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ วิธีการ สาเหตุ และประวัติพยายามฆ่าตัวตายมากก่อนในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จากแบบเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย (รง 506.S) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2. แบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) พัฒนามาจาก suicidality module ของ Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย³⁶ โดยหัวข้อสัมภาษณ์ประกอบด้วย suicidal idea, suicidal plan และ suicidal attempt ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงวันที่รับการประเมิน แล้วรวมคะแนนที่ได้จำแนกเป็นความรุนแรงของความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 3 ระดับ คือ ต่ำ (คะแนน 1-8) ปานกลาง (คะแนน 9-16) และสูง (คะแนน ≥ 17)

3. แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) เป็นแบบประเมินความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า โดยมีค่า receiver operating characteristic area = 0.928 (95% CI = 0.893-0.964) โดยถือว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าที่ค่าคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 75.68 มีค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 93.37 และค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้าเมื่อผลทดสอบเป็นบวก (positive likelihood ratio) 11.41 เท่า³⁷

ข้อมูลทั้งหมดได้จากการสัมภาษณ์และประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพสาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต และรายงานต่อไปยังศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เช่นเดียวกับทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศโดยใช้แบบเฝ้าระวังและแบบประเมินชุดเดียวกัน เพื่อใช้เป็น

ฐานข้อมูลในระดับประเทศต่อไป

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไปทางประชากรและข้อมูลการทำร้ายตัวเอง โดยแสดงค่าเป็นความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติไคสแควร์ (Pearson Chi-Square) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) เพื่อหาค่า odds ratio ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา

กลุ่มประชากรที่ศึกษาจำนวน 148 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.0) อายุ 15-25 ปี (ร้อยละ 48.3) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 55.8) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 44.2) ใช้วิธีกินยาเกินขนาด (พาราเซตามอล, ยานอนหลับ) (ร้อยละ 74.1) และกินสารเคมีที่ใช้ในครัวเรือน (น้ำยาล้างห้องน้ำ, น้ำยาล้างจาน) (ร้อยละ 15.7) มีสาเหตุคือ ทะเลาะกับคนใกล้ชิด (ร้อยละ 51.6) ผิดหวังเรื่องความรัก, เหงาหงว (ร้อยละ 16.3) ไม่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนใน 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 97.2) และการประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูง (ร้อยละ 56.4)

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 117 ราย (ร้อยละ 79.1) กับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 31 ราย (ร้อยละ 20.9) ด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน ยกเว้นการประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายตามแบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) คือ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ร้อยละ 51.0 มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูง เทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ร้อยละ 12.2 ไม่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (ตารางที่ 1 และ 2)

จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic

regression analysis) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า พบว่ามีเพียงปัจจัยเดียว คือ มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายตามแบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) (crude OR = 0.40, 95% CI = 0.28-0.58, $p < 0.001$) จากข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ากับไม่มีภาวะซึมเศร้า พบปัจจัยที่มีความแตกต่าง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อาชีพ จึงได้วิเคราะห์โดยควบคุมปัจจัยรบกวนดังกล่าว พบว่ามีปัจจัยที่มีความสำคัญทางสถิติเพียงปัจจัยเดียวดังเดิม (adjust OR = 0.01, 95% CI = 0.00-0.09, $p < 0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าและ

ไม่มีภาวะซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย

ข้อมูลทั่วไป	มีภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ) (n=117)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ) (n=31)	ทั้งหมด (n=148)	P-value
เพศ				
ชาย	33 (22.0)	12 (8.0)	45 (30.0)	0.258
หญิง	84 (57.1)	19 (12.9)	103 (70.0)	
อายุ (ปี)				
15-25	56 (38.1)	15 (10.2)	71 (48.3)	0.401
26-35	24 (16.3)	8 (5.4)	32 (21.7)	
36-45	13 (8.8)	4 (2.7)	17 (11.5)	
46-55	9 (6.0)	4 (2.7)	13 (8.7)	
56-65	6 (4.0)	0	6 (4.0)	
มากกว่า 65	9 (6.0)	0	9 (6.0)	
สถานะ				
โสด	45 (30.6)	10 (6.8)	55 (37.4)	0.554
สมรส	62 (42.2)	20 (13.6)	82 (55.8)	
หย่า/แยก	6 (4.0)	1 (0.7)	7 (4.7)	
หม้าย	4 (2.7)	0	4 (2.7)	
อาชีพ				
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	50 (34)	15 (10.2)	65 (44.2)	0.018*
งานบ้าน/แม่บ้าน	19 (12.9)	2 (1.4)	21 (14.3)	
นักเรียน/นักศึกษา	13 (8.8)	2 (1.4)	15 (10.2)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	12 (8.0)	3 (2.0)	15 (10.0)	
ว่างงาน	9 (6.0)	3 (2.0)	12 (8.0)	
พนักงานบริษัท	6 (4.0)	3 (2.0)	9 (6.0)	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5 (3.4)	3 (2.0)	8 (5.4)	
เกษตรกรรม	3 (2.0)	0	3 (2.0)	

* วิเคราะห์โดยวิธีไคร์สแควร์ (Pearson Chi-square) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการ สาเหตุ ประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนใน 1 ปีที่ผ่านมาและการประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายกับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัย	มีภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ) (N=117)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน (ร้อยละ) (N=31)	Crude OR	95% CI	Adjusted OR	95% CI	P-value
วิธีการ							
กินยาเกินขนาด (พาราเซตามอล/ยานอนหลับ)	89 (60.5)	20 (13.6)	0.34	0.52-2.15	0.48	0.05-4.40	0.521
กินสารเคมี (น้ำยาล้างห้องน้ำ)	16 (10.9)	7 (4.8)	0.66	0.89-4.84	0.64	0.08-4.76	0.660
ใช้ของมีคม/ของแข็ง/ปืน	4 (2.7)	2 (1.4)	0	0	0	0	0.999
กินสารกำจัดแมลง/วัชพืช	5 (3.4)	0	0.75	0.06-8.83	0.67	0.06-8.19	0.753
ผูกคอต	3 (2.0)	2 (1.4)	0.67	0.00	0.37	0	0.461
สาเหตุ							
ทะเลาะกับคนใกล้ชิด	58 (39.4)	18 (12.2)	0.83	0.20-3.45	2.73	2.32-8.99	0.721
ผิดหวังความรัก/หึงหวง	19 (12.9)	5 (3.4)	0.70	0.13-3.66	1.86	2.64-9.53	0.143
น้อยใจ/ถูกตำหนิ	14 (9.5)	1 (0.7)	0.19	0.02-2.15	3.57	0.13-3.90	0.445
ปัญหาทางเศรษฐกิจ	10 (6.8)	0	0	0	0	0	0.999
มีโรคทางจิตเวช (จิตเภท/ซึมเศร้า)	4 (2.7)	3 (2.0)	2.00	0.27-4.78	2.04	0.15-7.15	0.591
ต้องการการเอาใจ/ขอแล้วไม่ได้	4 (2.7)	1 (0.7)	0.67	0.05-8.64	0.34	0.02-6.63	0.477
อื่นๆ (เจ็บป่วยเรื้อรัง, ติดสุรา/ ยาเสพติด)	8 (5.4)	3 (2.0)	0.36	0	5.90	2.52-3.78	0.083
พยายามฆ่าตัวตายมาก่อนใน 1 ปีที่ผ่านมา							
ไม่เคย	115 (78.2)	28 (19.0)	0.12	0.02-0.67	0.14	0.02-0.83	0.534
เคย	2 (1.4)	3 (2.0)			1.00	1.00	
ประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย							
ไม่มี	9 (6.1)	18 (12.2)					
ระดับน้อย	16 (10.9)	2 (1.4)	0.40	0.28-0.58	0.01	0-0.09	< 0.001*
ระดับปานกลาง	17 (11.6)	3 (2.0)					
ระดับสูง	75 (51.0)	8 (5.4)					

* วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis)

** Adjusted odds ratio โดยควบคุมปัจจัยรบกวนได้แก่ อาชีพ

วิจารณ์

จากการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 พบความชุกชั่วชีวิตของ major depressive episode ร้อยละ 1.8³⁸ ซึ่งต่ำมากเมื่อเทียบกับการศึกษานี้ (ร้อยละ 79.1) อาจเป็นเพราะกลุ่มประชากรในการศึกษามีความแตกต่างกันอย่างมากคือ ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปที่อาศัยในครัวเรือนส่วนบุคคลทั่วประเทศ เทียบกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในด้วยพยายามฆ่าตัวตาย ณ โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ โดยทุกรายประสบเหตุการณ์ก่อดันในชีวิติก่อนพยายามฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่เป็นปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้แก่ ทะเลาะกับคนใกล้ชิด (ร้อยละ 39.4) ผิดหวังเรื่องความรัก หึงหวง (ร้อยละ 12.9) น้อยใจ ถูกตำหนิ (ร้อยละ 9.5) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Slavich และคณะ ซึ่งศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยหนุ่มสาว พบว่า interpersonal life stress เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของภาวะซึมเศร้า โดย interpersonal life stress ที่รุนแรงมากขึ้น ยิ่งเพิ่มการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ³⁹ และการศึกษาของ Turan และคณะ ซึ่งศึกษาเรื่องผลกระทบของความเป็นเมือง (urbanization) ต่อสุขภาพจิต พบว่าในสังคมเมืองมีวิถีชีวิตที่เคร่งเครียดและขาดการสนับสนุนทางสังคมเมื่อเทียบกับสังคมชนบทและความเป็นเมืองอาจเป็นสาเหตุของเหตุการณ์ก่อดันในชีวิติ (stressful life event) อันนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้⁴⁰ โดยจังหวัดสมุทรปราการ ถือได้ว่าเป็นพื้นที่ที่มีความสำคัญทางเศรษฐกิจของประเทศอยู่ในเขตปริมณฑลของกรุงเทพมหานครเป็นที่ตั้งของท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ และมีพื้นที่ที่อยู่ติดกับทั้งโครงการเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (อีอีซี) ตามแผนยุทธศาสตร์ไทยแลนด์ 4.0 และกรุงเทพมหานครเมืองหลวงของประเทศ

การมีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายตามแบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) เป็นปัจจัยที่มี

ความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้พยายามฆ่าตัวตายในการศึกษาครั้งนี้ เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างการพยายามฆ่าตัวตายกับภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาลชลบุรี⁴¹ ที่พบปัจจัยดังกล่าวเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่ตัดสินใจฆ่าตัวตายมีมุมมองต่อปัญหาในลักษณะหาทางออกไม่ได้ และมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจต่อการตกอยู่ในสถานการณั้้นแต่เพียงผู้เดียว การฆ่าตัวตายเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้เพื่อยุติความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น¹⁴ โดยการคิดถึงเรื่องการตายหรือคิดอยากตายอยู่เรื่อยๆ โดยอาจมีหรือไม่มีแผนในการฆ่าตัวตายไว้หรือพยายามฆ่าตัวตาย เป็นอาการหนึ่งของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า³⁸

วิธีการกินยาเกินขนาด (พาราเซตามอลและยานอนหลับ) พบมากที่สุดร้อยละ 74.1 รองลงมาคือ กินสารเคมีที่ใช้ในครัวเรือน (น้ำยาล้างห้องน้ำ) ร้อยละ 15.7 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเพื่อหาความชุกของโรคซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยฆ่าตัวตายและทำร้ายตัวเองในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่พบว่าวิธีการทำร้ายตนเองที่พบมากที่สุดคือ การกินยาเกินขนาด โดยพาราเซตามอลมีการใช้มากที่สุดร้อยละ 60 รองลงมาคือ กินสารเคมีที่ใช้ในครัวเรือน โดยน้ำยาล้างห้องน้ำมีการใช้มากที่สุดร้อยละ 20³⁵ เนื่องจากพาราเซตามอลเป็นยาสามัญประจำบ้านและน้ำยาล้างห้องน้ำเป็นสารเคมีที่ใช้ในครัวเรือนจึงหาได้ง่าย และมีเก็บไว้ประจำบ้าน

ข้อจำกัดในการศึกษานี้ได้แก่การศึกษานี้ใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ซึ่งอาจมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่เข้ากับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าซึ่งต้องวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ และผู้ป่วยส่วนมากที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางพลีเป็นกลุ่มประชากรในพื้นที่โรงงานอุตสาหกรรม รวมถึงประชากรต่างด้าวที่เข้า

มาทำงานในพื้นที่ นอกจากนี้การศึกษานี้เป็นแบบย้อนหลัง ผลที่ได้จึงสรุปได้เพียงว่ามีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่ไม่สามารถระบุได้ว่าปัจจัยเหล่านี้ชักนำทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า จากข้อจำกัดดังกล่าวการศึกษาต่อไปควรมีการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ ควรมีการศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายด้านประชากร และการศึกษาควรเป็นแบบไปข้างหน้า (prospective study)

สรุป

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มาด้วยพยายามฆ่าตัวตายด้วยในโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ อยู่ในระดับที่สูงตามแนวโน้มความกดดันในชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะสภาวะเศรษฐกิจที่ชะลอตัวอย่างรุนแรงในปัจจุบัน มีผลทำให้แนวโน้มการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease and injury series, volume 1: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Published by The Harvard School of Public Health on behalf of The World Health Organization and The World Bank, Harvard University Press; 1996.
2. Bundhamcharoen K, Odton P, Phulkerd S, Tangcharoensathien V. Burden of disease in Thailand: changes in health gap between 1999 and 2004. BMC Public Health 2011; 11: 53. doi: 10.1186/1476-2458-11-53.
3. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Services for depression and suicide in Thailand. WHO South-East Asia Journal of Public Health 2017; 6: 34-8.
4. Lotrakul M, Saipanish R. Psychiatric services in primary care setting: a survey of general practitioners in Thailand. BMC Family Practice 2006; 7: 48. doi:10.1186/1471-2296-7-48.
5. Suraaroomsamrit B, Panyayong B. The development of mental health and psychiatric service in health areas. Journal of Mental Health of Thailand 2014; 22: 142-56.
6. Sadock BJ, Sadock VA, Ruitz P. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Baltimore: Wolters & Kluwer; 2015.
7. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. Am J Psychiatry 1999; 156: 837-41.
8. Zuo B, Zhang X, Wen FF, Zhao Y. The influence of stressful life events on depression among Chinese university students: multiple mediating roles of fatalism and core self-evaluations. Journal of Affective Disorders 2020; 260: 84-90.
9. Kongsuk T, Udomratn P, Arunpongpaisal S, Lortakul M, Maneeton N, Sitthiruk N, et al. Association between stressful life events and the onset of major depressive disorder episode in patient from five university hospitals in Thailand, 2006 Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2008; 53: 61-8.

10. Awirutworakul T, Lotrakul M. Stressful life events before the onset of major depressive disorder and panic disorder. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2011; 56: 277-86.
11. Brailovskaia J, Teismann T, Margraf J. Positive mental health, stressful life events, and suicidae ideation . *Crisis The Journal of Crisis Intervention and Suicide Ideation* 2020. Doi. org/10.1027/0227-5910/a000652.
12. Heeringen KV. Stress–diathesis model of suicidal behavior. In: Dwivedi Y, editor. *The Neurobiological Basis of Suicide*. 1st ed. Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis; 2012.
13. Limsontikul C. Suicide rates in Thailand 2008. *Journal of Mental Health of Thailand* 2009; 17:52-5.
14. Rungreangkulkij S, Kotnara I, Thamnoi R, Yodklang O, Anusak B. Experience of suicide attempt: gender differences. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2013; 58: 245-256.
15. Chang SS, Gunnell D, Sterne JAC, Lu TH, Cheng ATA. Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Social Science & Medicine* 2009; 68: 1322-31.
16. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ* 2013; 347: f5239 doi: 10.1136/bmj.f5239.
17. Lotrakul M. Suicide in Thailand during the period 1998-2003. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2006; 60: 90-5.
18. Penglia Y, Tippunya S, Puksom K, Likasitdamrongkul W, Thanee S, Luprasong S. Application of community participatory programs for suicide prevention: a case study at Jarim sub-district, Tha-Pla district, Uttaradit province. *Journal of Mental Health of Thailand* 2018; 26: 184-96.
19. Yingseree O, Yingseree S. The factors associated with committed suicide in Hang Chat district by psychological autopsy during 2008 and application to community prevention. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2010; 55: 297-304.
20. Lotrakul M. Suicide management and prevention. Bangkok : Beyond enterprise; 2010.
21. Lotrakul M. Suicide trends in Thailand categorized by age and gender. *J of Psychiatr Assoc of Thailand* 1998; 43: 2-13.
22. Sukhawaha S, Arunpongpaisal S. Risk factor and suicide theory associated with Suicide in adolescents: a narrative reviews. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2017; 62: 359-78.
23. Ekasawin S. Multiple suicides among psychiatric adolescents. *Journal Mental Health of Thailand* 2004; 12: 54-63.

24. Parra-Urbe I, Blasco-Fontecilla H, Garcia-Parés G, Martínez-Naval L, Valero-Coppin O, Cebrià-Meca A, et al. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC psychiatry* 2017; 17: 163.
25. Kamondham S, Kaedee R, The factors associated with committed suicide in Muang District, Lampang Province by psychological autopsy from October, 2010 to September 2013. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2018; 63: 47-54.
26. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-nation prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts. *Br J Psychiatry* 2008; 192: 98-105.
27. Sriruenthong W, Kongsuk T, Pangchunr W, Kittirattanapaiboon P, Kenbubpha K, Yingyeun R, et al. The suicidality in Thai population: a national survey. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2011; 56: 413-24.
28. Khamma A, Risk factors associated with suicide: a case-control study in Sukhothai Province. *J sychiatr Assoc Thailand* 2013; 58: 3-16.
29. Gutti S, Koppisetty SS, Paladugu S, Reddy KMM, Krishna NM, Rao NR. A case control study on factors influencing suicide attempts. *Indian Journal of Pharmacy Practice* 2020; 13:36-41.
30. Simon TR, Swann AC, Powell KE, Potter LB, Kresnow M, O'carroll PW. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2001; 32:49-59.
31. Garcia EB, Diaz-Sastre C, Resa EG, Blasco H, Conesa DB, Oquendo MA, Suicide attempts and impulsivity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2005; 255: 152-6.
32. Wyder M, Leo DD. Behind impulsive suicide attempts: Indications from a community study. *J Affect Disord* 2007; 104: 167-173.
33. Gvion Y. Aggression, impulsivity, and their predictive value on medical lethality of suicide attempt: A follow-up study on hospitalized patients. *J Affect Disord* 2018; 227: 840-6.
34. Suominen KH, Isometsa ET, Henriksson MM, Ostamo AI, Lonnqvist JK. Inadequate treatment for major depression both before and after attempted suicide. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1778-80.
35. Nuallaong W. A study of the prevalence of depressive disorders in suicide and deliberate self-harm patients at Thammasat Chalermprakit Hospital (dissertation). 1st ed. Pathum Thani: Thammasat university; 2006.
36. Kittirattanapaiboon P, Wongkomepin M. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)-Thai version. *Journal of Mental Health of Thailand* 2005; 13: 125-35.

37. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2018; 63: 321-34.
38. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S, et al. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013. 1st ed. Nonthaburi: Bureau of Mental Health Service Administration, Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2016.
39. Slavich GM, Giletta M, Helms SW, Hastings PD, Rudolph KD, Nock MK, et al. Interpersonal life stress, inflammation, and depression in adolescence: testing social signal transduction theory of depression. *Depress Anxiety* 2020; 37: 179-93.
40. Turan MT, Besirli A. Impacts of urbanization process on mental health. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2008; 9: 238-43.
41. Petpornprapas E. Depression: prevalence and relationship to suicidal attempts. *Chonburi Hospital Journal* 2013; 13: 193-6.