



การเปลี่ยนแปลงของความคิดฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชหลังการประเมิน เรื่องการฆ่าตัวตาย

นิติวัฒน์ จำปาแดง พบ.*, ปัญจภรณ์ วาสิประโคน พบ.*,
มาโนช หล่อตระกูล พบ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของความคิดฆ่าตัวตาย ความคิดเห็นต่อการถามของแพทย์เรื่องการฆ่าตัวตาย ความรู้สึกของผู้ป่วยผู้ป่วยนอกจิตเวชหลังจากที่จิตแพทย์ถามเรื่องการฆ่าตัวตาย คำถามที่ผู้ป่วยอยากให้แพทย์ใช้เพื่อประเมินเรื่องนี้ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงของความคิดฆ่าตัวตาย และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

วิธีการศึกษา การศึกษานี้เป็นการสำรวจแบบตัดขวางในผู้ป่วยใหม่และแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยการตอบแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วย ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงของความคิดฆ่าตัวตาย ความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อแพทย์ถามเรื่องการแจ้งความคิดฆ่าตัวตายให้แพทย์ทราบ ประโยคที่อยากให้แพทย์ถาม และแบบสอบถามสำหรับแพทย์ ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค คำถามที่แพทย์ใช้เพื่อประเมินความคิดฆ่าตัวตาย และระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ผลการศึกษา ผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษา 201 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายขณะก่อนพบแพทย์ร้อยละ 19.7 ถ้าผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายจะแจ้งให้ทราบร้อยละ 82 ผู้ป่วยที่แพทย์ได้ถามเรื่องความคิดฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 59.2 การเปลี่ยนแปลงของความคิดฆ่าตัวตายหลังการประเมินพบลดลงร้อยละ 47.8 เท่าเดิมร้อยละ 41.3 และเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.9 ผู้ป่วยเห็นด้วยกับการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 87.7 ความรู้สึกต่อการประเมินความคิดฆ่าตัวตายแบ่งออกเป็นด้านบวกร้อยละ 29.3 ด้านลบร้อยละ 31 เป็นกลางร้อยละ 19 และความรู้สึกผสมร้อยละ 20.7 ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความรู้สึกของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงของความคิดฆ่าตัวตาย และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สรุป การถามเพื่อประเมินความคิดฆ่าตัวตายของแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดอยากฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น จิตแพทย์จึงควรประเมินความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่เห็นว่ามีความเสี่ยงเพื่อจะได้ให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ ความคิดฆ่าตัวตาย การประเมินผู้ป่วยฆ่าตัวตาย

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(4): 229-310

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล



Change of Suicidal Ideation in Psychiatric Out-Patients after Suicide Risk Assessment

*Nitiya Champadang M.D.**, *Punjaborn Waleeprakhon M.D.**,
*Manote Lotrakul M.D.**

ABSTRACT

Objectives : To study a change of suicidal ideation in psychiatric outpatients after suicide risk assessment by psychiatrists, patients' opinions and feelings towards suicidal assessment, and whether patients be in favor of the particular questions used by psychiatrists. Correlations between patients' feelings towards the assessment, alteration of suicidal ideation and suicidal risks were also assessed.

Method : A cross-sectional survey was conducted and focused on new patients and psychiatrists at the Outpatient Psychiatric Department of Ramathibodi Hospital. The first questionnaire for patients was used to assess a change of suicidal ideation, patients' opinions and feelings towards suicide risk assessment; a tendency to report their suicidal ideas to psychiatrists and the exact sentence the patients would like psychiatrists to ask them. The second questionnaire was developed for psychiatrists, which composed of psychiatric diagnosis, the sentences that psychiatrists used, and the patients' respective suicide risk.

Results : A total of 201 patients participated in the study. The patients who had suicidal ideas before psychiatric assessment was 19.7%. Ninety-two per cent of the patients would inform a psychiatrist if they had suicidal ideas. A change of suicidal ideation after suicide assessment was shown as decreased (47.8%), unchanged (41.3%) and increased (10.9%). Eighty-seven per cent of the patients agreed that assessment of suicide risk was necessary. The patients' feelings about the suicidal assessment were listed as positive (29.3%), negative (31%), neutral (19%) and mixed feelings (20.7%). There were no statistical significant correlations between patients' feelings, altered suicidal ideas and suicide risks.

Conclusion : Suicide risk assessment did not increase the suicidal ideas in most patients; therefore, psychiatrists should assess suicidal ideas in risky patients to provide further appropriate management.

Keywords : suicidal idea, suicidal assessment

J Psychiatr Assoc Thailand 2013; 58(4): 229-310

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่งในประเทศไทย จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542-2552 มีแนวโน้มแปรผันตามปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าช่วง 10 ปีต่อจากนี้ ปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจน่าจะเพิ่มมากขึ้นคงมีผลทำให้ อัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไทยเพิ่มขึ้นเช่นกัน¹ ในปี พ.ศ. 2554 ประชากรไทยมีอัตราการฆ่าตัวตาย 6.08 รายต่อแสนประชากรและน่าจะเพิ่มขึ้นในอนาคต² ดังนั้นการประเมินเรื่องการฆ่าตัวตายในเวชปฏิบัติจึงเป็นเรื่องหนึ่งที่สำคัญ

แนวทางในเวชปฏิบัติสำหรับการประเมินผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันได้แนะนำตัวอย่างคำถามที่ใช้สำหรับประเมินความคิดการวางแผน และพฤติกรรมฆ่าตัวตายว่า ให้ผู้ประเมินถามด้วยคำถามโดยตรงเกี่ยวกับความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้³ และการศึกษาของ Crawford และคณะ พบว่าการประเมินเพื่อคัดกรองความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าไม่ได้ทำให้ความคิดไม่อยากมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่าเดิม⁴ การศึกษาของ Gould และคณะ ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมคัดกรองการฆ่าตัวตายพบว่า ไม่มีผลกระทบที่อันตรายที่เกิดจากการประเมินของแพทย์จากโปรแกรมนี้⁵

อย่างไรก็ตาม แพทย์จำนวนหนึ่งยังไม่มีความมั่นใจเกี่ยวกับผลกระทบของการถามเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดังการศึกษาของ Gould และคณะข้างต้น พบว่าแพทย์บางส่วนที่เข้าร่วมการศึกษามีความเห็นว่าการถามเพื่อประเมินความคิดฆ่าตัวตายอาจทำให้ความคิดนี้เพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม⁶ การศึกษาของ Bajaj และคณะ เรื่องการคัดกรองความคิดฆ่าตัวตายในเวชปฏิบัติระดับปฐมภูมิพบว่า

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิร้อยละ 25.2 เห็นว่าไม่ควรถามเรื่องความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เนื่องจากจะชักนำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายหลังการประเมินได้⁶ จากการศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าของ Stoppe และคณะ พบว่า แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เข้าร่วมศึกษาร้อยละ 12.5 ถึง 18.9 จะไม่ถามผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าเรื่องความคิดฆ่าตัวตายเพราะเกรงว่าจะเป็นการชักนำให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย⁷ และการศึกษาความคิดเห็นต่อปัญหาการฆ่าตัวตายในสังคมไทยของเกียรติชัย งามทิพย์วัฒนา และคณะ พบว่า ไม่สามารถสรุปได้ว่าการถามเรื่องการฆ่าตัวตายในบุคคลที่มีความทุกข์จะกระตุ้นให้บุคคลนั้นตัดสินใจกระทำการฆ่าตัวตายหรือไม่⁸

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วย และความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยหลังจากที่จิตแพทย์ถามเรื่องการฆ่าตัวตาย รวมทั้งศึกษาถึงคำถามที่ผู้ป่วยอยากให้จิตแพทย์ถามเพื่อประเมินการฆ่าตัวตายของตนตลอดถึงคำถามเริ่มต้นที่จิตแพทย์ใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย และความสัมพันธ์ของทัศนคติของผู้ป่วยต่อการถามในเรื่องนี้กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ผลของการศึกษานี้จะช่วยให้เข้าใจมุมมองต่างๆ ของการประเมินเรื่องนี้มากขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนและพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางเก็บข้อมูลครั้งเดียวจากกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (descriptive cross-sectional survey) โดยโครงการศึกษาได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

รามาธิบดีแล้ว และผู้ที่เข้าร่วมในการศึกษาทุกคนลงลายมือชื่อในเอกสารให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือผู้ป่วยใหม่ทุกรายที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มีการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลรามาธิบดีเฉพาะวันเวลาราชการที่มีความรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2554 ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2555 และแพทย์ที่เข้าร่วมการศึกษานี้คือ จิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ที่ปฏิบัติงานที่แผนกนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามชนิดผู้ป่วยตอบเอง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล คือ อายุ เพศ ประวัติเกี่ยวกับความคิดและการพยายามฆ่าตัวตาย ความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อจิตแพทย์ถามเรื่องการฆ่าตัวตาย ระดับการเปลี่ยนแปลงความคิดอยากฆ่าตัวตายหลังการถามเรื่องนี้ การแจ้งเรื่องนี้กับแพทย์ และประโยคที่อยากให้แพทย์ถามเพื่อประเมินเรื่องนี้ สำหรับข้อคำถามเพื่อประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อจิตแพทย์ถามเรื่องการฆ่าตัวตายผู้วิจัยได้จัดทำรายการความรู้สึกซึ่งอาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อแพทย์ถามจำนวน 17 ความรู้สึก พร้อมทั้งตัวเลือกให้ระบุความรู้สึกอื่นๆ นอกเหนือจากรายการที่ให้มา ในการตอบผู้ป่วยสามารถเลือกความรู้สึกที่ตรงกับตนเองก็คำตอบก็ได้ ในการจัดกลุ่มข้อมูล ผู้วิจัยได้นำรายการความรู้สึกดังกล่าวไปถามความเห็นของจิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยให้แพทย์จัดแบ่งความรู้สึกดังกล่าวออกเป็น 3 ด้าน คือ ความรู้สึกด้านบวก ความรู้สึกด้านลบ และความรู้สึกกลางๆ ซึ่งได้ผลดังนี้ ความรู้สึกด้านบวก : ดีใจ อุ่นใจ สบายใจ โล่งอก ความรู้สึกด้านลบ : ตกใจ โกรธ อึดอัด อาย กังวล รำคาญ ผิดหวัง ระวัง กลัว เสียใจ หดหู่ และความรู้สึกกลางๆ : แปลกใจ สงสัย งง ในการวิเคราะห์แปลผลผู้วิจัยได้จัดกลุ่มคำตอบของกลุ่มตัวอย่างเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มบวก (ผู้ที่ตอบความรู้สึกด้านบวก หรือความรู้สึกด้านบวกรวมกับความรู้สึกเป็นกลาง) กลุ่มลบ (ผู้ที่ตอบความรู้สึกด้านลบ หรือความรู้สึกด้านลบรวมกับความรู้สึกเป็นกลาง) กลุ่มเป็นกลาง (ผู้ที่ตอบความรู้สึกเป็นกลางเพียงด้านเดียว) และกลุ่มผสม (ผู้ที่ตอบทั้งความรู้สึกด้านบวกและลบในคนเดียวกัน) ในส่วนของระดับการเปลี่ยนแปลงความคิดอยากฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยใช้เส้นจำนวนเพื่อให้ผู้ป่วยระบุความคิดอยากฆ่าตัวตายที่เปลี่ยนแปลง เส้นจำนวนจะมีตัวเลขตั้งแต่ -5, -4, -3, -2, -1, 0, 1, 2, 3, 4, 5 โดยให้ผู้ป่วยวงกลมที่เลข -5 หากความคิดฆ่าตัวตายลดลงจนไม่มีเลย, -4 หากลดลงมาก, 0 หากความคิดฆ่าตัวตายเท่าเดิม และ 1 หากความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นน้อย จากนั้นเพิ่มขึ้นตามลำดับเลข จนถึง 5 คือ ความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นมากที่สุด ดังที่แสดงในแบบสอบถามที่แนบมา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสำหรับจิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านจิตเวช ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของผู้ป่วย การได้ถามผู้ป่วยและคำถามที่ใช้ถามเรื่องฆ่าตัวตาย และระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งแพทย์ประเมินจากประวัติและอาการทางคลินิกของผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผู้ป่วยรับการตรวจกับแพทย์แล้ว ผู้วิจัยจะแจกแบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยให้ผู้ป่วยตอบ และแจกแบบสอบถามสำหรับแพทย์ให้แพทย์ตอบ ผู้ป่วยรายที่แพทย์ไม่ได้ถามเพื่อประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยไม่ต้องตอบคำถามหัวข้อความคิดเห็นความรู้สึกเมื่อจิตแพทย์ถามเรื่องการฆ่าตัวตายและหัวข้อการเปลี่ยนแปลงความคิดฆ่าตัวตาย จากนั้นผู้วิจัยจับคู่แบบสอบถามทั้ง 2 ชุดเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS Version 18 โดยที่ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (mean) และวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มความรู้สึกของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงความคิดฆ่าตัวตาย และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้ chi-square, Fisher's exact test

ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยเข้าร่วมศึกษาจำนวน 201 ราย เป็นเพศชาย 70 รายและหญิง 131 ราย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แสดงในตารางที่ 1 ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยตอบคำถามเรื่องความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายในอดีต 135 ราย เรื่องความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันก่อนพบแพทย์ 122 ราย มีผู้ป่วยที่แพทย์ได้ถามเรื่องความคิดฆ่าตัวตายทั้งหมด 119 ราย ผู้ป่วยที่แพทย์ได้ประเมิน

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 158 ราย ผู้ป่วยที่ตอบคำถามเรื่องการเปลี่ยนแปลงความคิดฆ่าตัวตาย 46 ราย มีรายละเอียดดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วย พบว่า ความคิดฆ่าตัวตายลดลง 22 ราย (ร้อยละ 47.8) เท่าเดิม 19 ราย (ร้อยละ 41.3) และเพิ่มขึ้น 5 ราย (ร้อยละ 10.9) (ตารางที่ 2)

2) ความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นด้วยที่แพทย์ถามเพื่อประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (ตารางที่ 1) ส่วนความรู้สึกของผู้ป่วยแบ่งเป็นกลุ่มได้ ดังนี้ กลุ่มบวก 17 ราย (ร้อยละ 29.3) กลุ่มลบ 18 ราย (ร้อยละ 31) กลุ่มเป็นกลาง 11 ราย (ร้อยละ 19) และกลุ่มผสม 12 ราย (ร้อยละ 20.7)

3) คำถามที่แพทย์ใช้และคำถามที่ผู้ป่วยต้องการ ตัวอย่างเช่น “เคยมีความคิดไม่อยากจะชีวิตอยู่หรือไม่” “เคยมีความคิดอยากทำร้ายตัวเองบ้างหรือไม่” “อาการที่คุณเป็น รบกวนชีวิตของคุณมากหรือไม่ บางคนเครียดมากจากอาการจนคิดฆ่าตัวตาย คุณเคยคิดหรือไม่” “มีความคิดอยากตายไหมคะ” และ “คุณมีความคิดฆ่าตัวตายหรือไม่” ผู้ป่วยต้องการให้แพทย์ถามตัวอย่างเช่น “มีความคิดหรือรู้สึกอยากทำร้ายตัวเองหรือไม่” “เครียดถึงขนาดคิดทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายให้จบปัญหาไหม” “คุณมีปัญหาอะไรในชีวิตที่จะหนีปัญหาโดยการคิดฆ่าตัวตายไหม” “ท่านมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายหรือไม่” และ “อะไรคือเหตุผลสำคัญที่ทำให้ไม่อยากจะชีวิตอยู่”

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและประวัติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)
อายุเฉลี่ย (Mean) 44.01 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 80 ปี	
เพศ	
ชาย	70 (34.8)
หญิง	131 (65.2)
วินิจฉัยโรคจิตเวช (N=157)	
Major depressive disorder	37 (23.6)
Other depressive disorders	26 (16.6)
Adjustment disorder	23 (14.6)
Other anxiety disorders	20 (12.8)
Insomnia	18 (11.5)
Schizophrenia	15 (9.5)
Other psychotic disorders	13 (8.2)
Generalized anxiety disorder	5 (3.2)
ประวัติในอดีต (N=135)	
เคยมีความคิดฆ่าตัวตาย	48 (35.6)
เคยพยายามฆ่าตัวตาย	14 (10.4)
ประวัติในปัจจุบัน (N=122)	
มีความคิดฆ่าตัวตายก่อนพบแพทย์	24 (19.7)
ถ้ามีความคิดฆ่าตัวตายจะแจ้งให้แพทย์ทราบ (N=111)	
แจ้ง	91 (82.0)
ผู้ป่วยที่แพทย์ได้ถามเรื่องการฆ่าตัวตาย (N=119)	119 (59.2)
ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อการถามเรื่องการฆ่าตัวตาย (N=57)	
เห็นด้วย	50 (87.7)
ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการถามเรื่องการฆ่าตัวตาย (N=58)	
กลุ่มบวก	17 (29.0)
กลุ่มลบ	18 (31.0)
กลุ่มเป็นกลาง	11 (19.0)
กลุ่มผสม	12 (20.0)
ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่แพทย์ประเมิน (N=158)	
ต่ำ	110 (69.6)
ปานกลาง	48 (30.4)

ตารางที่ 2 ระดับการเปลี่ยนแปลงความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยหลังจากจิตแพทย์ถามเพื่อประเมินการฆ่าตัวตาย (จำนวน 46 ราย)

ระดับการเปลี่ยนแปลงความคิดฆ่าตัวตาย	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
ลดลง จำนวน (ร้อยละ)	2 (4.3)	2 (4.3)	6 (13.0)	2 (4.3)	12 (26.0)
เพิ่มขึ้น จำนวน (ร้อยละ)	-	-	1 (2.2)	1 (2.2)	2 (4.3)

4) ความเห็นของผู้ป่วยต่อการถามเหตุผลในการ
แจ้งหรือไม่แจ้งความคิดฆ่าตัวตายของตน และเหตุผล
ของแพทย์ต่อการถาม เหตุผลของผู้ป่วยที่เห็นด้วยกับ
การถามเพื่อประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ตัวอย่างเช่น
“เป็นการช่วยให้ได้ระบายและช่วยหาทางออก”
“เพราะอยากให้อภัยตัวเอง” “เป็นประโยชน์ต่อการรักษา”
“จะช่วยแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยได้หรือในระดับหนึ่ง”
“เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายและให้ผู้ป่วยได้ระบาย” และ
ที่ไม่เห็นด้วย ตัวอย่างเช่น “ไม่เคยคิด” “เป็นการชี้แนะ
ต่อคนป่วย” “จะเป็นการกระตุ้นให้เกิดความคิดขึ้นมา”
“เพื่อคนไข้ที่เป็นผู้ป่วยทางจิตซึ่งมีหลายประเภท มีการ
ควบคุมอารมณ์ต่างกัน” และ “ทุกอย่างมีวิธีแก้ไขได้”
เหตุผลของผู้ป่วยที่จะแจ้งความคิดฆ่าตัวตายให้แพทย์
ทราบ ตัวอย่างเช่น “ต้องการแก้ปัญหาและหาทางออก”
“จิตแพทย์จะช่วยแนะนำเราได้” “จะได้รักษาพยาบาล
ได้ทัน” “จิตแพทย์จะได้ช่วยแก้ปัญหาให้ได้” “เพื่อที่
จิตแพทย์จะได้ให้คำแนะนำที่ดี” และจะไม่แจ้งให้แพทย์
ทราบ ตัวอย่างเช่น “ไม่จำเป็น” “ไม่ต้องการให้ใครทราบ”
“ต้องการตาย” “ไม่คิดฆ่าตนเอง” และ “บอกแพทย์ก็จะ
พูดเกลี้ยกล่อมให้เลิกการกระทำนั้นๆ”

เหตุผลของแพทย์ที่ไม่ได้ถามผู้ป่วยเพื่อประเมิน
การฆ่าตัวตาย ตัวอย่างเช่น “ดูไม่เศร้า” “มาเพราะอยาก
หายจากอาการของโรค” “ผู้ป่วยอยากหาย ไม่ได้อยาก
ตาย กลัวว่าตัวเองจะตาย” “ผู้ป่วยพูดเอง” “มารดา
ผู้ป่วยเล่าให้ฟัง”

5) ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มความรู้สึกของผู้ป่วย
การเปลี่ยนแปลงความคิดฆ่าตัวตายและความ
เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการ
ฆ่าตัวตายต่ำส่วนใหญ่มีกความรู้สึกอยู่ในกลุ่มลบ (ร้อยละ
37.2) และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
ปานกลางส่วนใหญ่มีกความรู้สึกอยู่ในกลุ่มบวก (ร้อยละ
66.7) แต่เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึก
ของผู้ป่วยหลังจากแพทย์ถามเรื่องการฆ่าตัวตายกับ

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่พบมีความสัมพันธ์อย่าง
มีนัยทางสถิติ ($p=0.345$)

ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกในกลุ่มบวก กลุ่มลบ และ
กลุ่มผสม ส่วนใหญ่มีความคิดฆ่าตัวตายลดลงหลัง
จากแพทย์ถามเพื่อประเมินการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ
50, 60 และ 44.4 ตามลำดับ) และผู้ป่วยส่วนใหญ่
ที่มีความรู้สึกในกลุ่มเป็นกลางมีความคิดฆ่าตัวตาย
ไม่เปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 55.6) แต่จากการวิเคราะห์
ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มความรู้สึกของผู้ป่วยหลังจาก
แพทย์ถามเรื่องการฆ่าตัวตายกับการเปลี่ยนแปลงความ
คิดฆ่าตัวตายไม่พบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติ
($p=0.416$)

ความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงความคิด
ฆ่าตัวตายของผู้ป่วยหลังจากแพทย์ถามเรื่องการ
ฆ่าตัวตายกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่มีความ
สัมพันธ์อย่างมีนัยทางสถิติ ($p=0.084$) แต่ผู้ป่วยที่มี
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำส่วนใหญ่มีกความคิด
ฆ่าตัวตายลดลงหลังจากแพทย์ถามเรื่องนี้ (ร้อยละ 51.2)
และผู้ป่วยความเสี่ยงปานกลางส่วนใหญ่มีกความคิด
ฆ่าตัวตายไม่เปลี่ยนแปลงหลังจากแพทย์ถามเรื่องนี้
(ร้อยละ 66.7)

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า หลังจากแพทย์ถามเรื่อง
การฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคิดฆ่าตัวตายลด
ลง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการศึกษาว่าการที่
แพทย์ถามเรื่องการฆ่าตัวตาย ไม่ได้ทำให้ความคิดอยาก
ฆ่าตัวตายของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งสนับสนุนคำแนะนำของ
สมาคมจิตแพทย์อเมริกันเรื่องแนวทางในเวชปฏิบัติ
สำหรับการประเมินผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายว่า
ควรถามผู้ป่วยเพื่อประเมินความคิดฆ่าตัวตาย เพื่อนำ
ข้อมูลไปประกอบการตัดสินใจรักษาอย่างเหมาะสม
ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเอง³ เมื่อเปรียบเทียบผลการ

ศึกษานี้กับผลการศึกษาในอดีต พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Crawford และคณะซึ่งพบว่าการคัดกรองเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าไม่ได้ทำให้ความคิดไม่อยากมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่าเดิม⁴ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gould และคณะในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมคัดกรองการฆ่าตัวตายซึ่งพบว่า ไม่มีผลกระทบที่อันตรายที่เกิดจากการประเมินของแพทย์ (iatrogenic)⁵

จากการศึกษาของ Bajaj และคณะ ซึ่งศึกษาการคัดกรองความคิดฆ่าตัวตายของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ พบว่า หลังจากแพทย์ถามประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นกลางหรือรู้สึกว่าเป็นอะไรร้อยละ 38.6 รู้สึกประหลาดใจร้อยละ 26.7 และรู้สึกไม่ดี อับอายหรือไม่ชอบร้อยละ 25.7⁶ ในขณะที่การศึกษานี้พบความรู้สึกในกลุ่มลบร้อยละ 31 และพบความรู้สึกกลุ่มบวก (ดีใจ ลุ้นใจ สบายใจ โล่งอก) ถึงร้อยละ 29 และกลุ่มเป็นกลาง (แปลกใจ สงสัย งง ซึ่งตรงกับกลุ่มประหลาดใจของ Bajaj และคณะ) ร้อยละ 19 ซึ่งความแตกต่างนี้อาจมาจากลักษณะการถามที่ต่างกันโดย Bajaj และคณะไม่ได้สอบถามถึงความรู้สึกด้านบวกของผู้ป่วย หรืออาจจากการที่แพทย์ในการศึกษาของ Bajaj และคณะเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ และกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้รับการฝึกทักษะในการประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทักษะในการถามจึงยังอาจไม่ดีพอที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกในด้านดีจากการประเมิน

ผลการศึกษานี้ยังพบว่าแม้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีความรู้สึกในกลุ่มลบหลังการประเมิน (ร้อยละ 31) แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.7) เห็นด้วยที่แพทย์ถามเพื่อประเมินความคิดฆ่าตัวตาย หากพิจารณาความ

สัมพันธ์ของกลุ่มความรู้สึกกับระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้น ถึงแม้ว่าไม่สัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ แต่พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มความเสี่ยงปานกลางส่วนใหญ่มีความรู้สึกกลุ่มบวก ซึ่งช่วยสนับสนุนแนวคิดว่าการถามเรื่องดังกล่าวมีประโยชน์

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำส่วนใหญ่มีความรู้สึกอยู่ในกลุ่มลบ อาจเป็นเพราะเดิมผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้คิดฆ่าตัวตาย หรือมีความคิดฆ่าตัวตายอยู่เล็กน้อย มองว่าไม่จำเป็นต้องมาถามตน จึงตอบความรู้สึกในกลุ่มลบ ส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปานกลางส่วนใหญ่มีความรู้สึกอยู่ในกลุ่มบวก อาจเป็นเพราะเดิมผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในระดับหนึ่ง เมื่อแพทย์ถามเพื่อประเมินเรื่องนี้ ผู้ป่วยรู้สึกดีที่แพทย์ใส่ใจเรื่องที่ตนคิดอยู่ จึงตอบความรู้สึกในกลุ่มบวก

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำส่วนใหญ่มีความคิดฆ่าตัวตายลดลงหลังจากแพทย์ถามเรื่องนี้ อาจเป็นเพราะเดิมผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่แต่ไม่รุนแรง เมื่อแพทย์ถามแล้วอาจเกิดกระบวนการบางอย่างในใจผู้ป่วยทำให้ความคิดฆ่าตัวตายลดลง หรือ หลังจากแพทย์ถามแล้วแพทย์อาจมีกระบวนการบางอย่างที่ช่วยลดความคิดฆ่าตัวตาย เมื่อผู้ป่วยออกมาจากห้องตรวจจึงมีความคิดฆ่าตัวตายลดลงแล้วมาตอบคำถามในแบบสอบถามดังกล่าว ส่วนผู้ป่วยความเสี่ยงปานกลางส่วนใหญ่มีความคิดฆ่าตัวตายไม่เปลี่ยนแปลงหลังจากแพทย์ถาม อาจเป็นเพราะเดิมผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ระดับหนึ่ง ซึ่งมากพอที่จะไม่เปลี่ยนแปลงจากการถามของแพทย์ เพื่อประเมินการฆ่าตัวตาย ซึ่งในกลุ่มนี้อาจต้องการกระบวนการบางอย่างเพื่อลดความเสี่ยงนั้น เช่น crisis intervention หรืออาจจำเป็นต้องรักษาแบบผู้ป่วยในเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

ข้อจำกัดในการศึกษา ได้แก่ 1) ผู้ป่วยตอบคำถามในแบบสอบถามไม่ครบ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่ตอบคำถามเรื่องการเปลี่ยนแปลงความคิดฆ่าตัวตายมีเพียง 46 ราย (ร้อยละ 38.6) และผู้ป่วยที่ตอบคำถามเรื่องความคิดเห็นต่อการถามเรื่องการฆ่าตัวตายมีเพียง 57 ราย (ร้อยละ 47.9) ข้อมูลที่ได้อาจไม่แสดงถึงลักษณะของผู้ป่วยโดยรวม 2) การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในที่นี้ใช้ความเห็นของแพทย์ผู้ตรวจจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ไม่ได้ใช้แบบประเมินมาตรฐานซึ่งจะมีความตรง (validity) และความเที่ยง (reliability) สูงกว่าการสัมภาษณ์ทางคลินิก ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในแต่ละระดับจึงเป็นความเสี่ยงในมุมมองของแพทย์ผู้ตรวจรักษาซึ่งอาจไม่ใช่ความเสี่ยงของผู้ป่วยจริง ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษานี้ผู้วิจัยต้องการผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงของแพทย์มากที่สุด การถามโดยใช้แบบประเมินจะทำให้ทำที่ในการสอบถามตลอดจนการตอบของผู้ป่วยต่างไปจากสถานการณ์ปกติ ได้ 3) ผู้ป่วยในการศึกษานี้ไม่มีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงเลย โดยส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำ (ร้อยละ 69.6) และปานกลาง (ร้อยละ 30.4) ซึ่งแสดงถึงลักษณะทางคลินิกที่พบได้ในผู้ป่วยนอกจิตเวชทั่วไป ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงอาจมีความคิดต่อการฆ่าตัวตายและความรู้สึกต่อการถามของแพทย์แตกต่างไปจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้ ซึ่งควรศึกษาต่อไปโดยอาจศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มาห้องฉุกเฉิน หรือคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อให้ได้ภาพรวมของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

สรุป

การที่แพทย์ถามเพื่อประเมินเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดอยากฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ดังนั้น จิตแพทย์ควรประเมินความ

คิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่เห็นว่ามีความเสี่ยง เพื่อจะได้ให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เจ้าหน้าที่พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชที่ช่วยเหลือแจก และเก็บรวบรวมแบบสอบถาม และคุณภัทรพร วิสาจันทร์ นักปฏิบัติการวิจัยที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Information Center of Technology, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Thailand suicide statistic 2009. 2009; [Cited ???] Available from: <http://www.plan.dmh.go.th/download/ict/dmhmeeting/Feb53.pdf>
2. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Report on suicide rates in Thailand 2006. 2006 [updated 2012 May 18]; [Cited ???] Available from: <https://www.suicidethai.com/report/>
3. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2003.
4. Crawford MJ, Thana L, Methuen C, Ghosh P, Stanley SV, Ross J, et al. Impact of screening for risk of suicide: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2011; 198:379-84.
5. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs. *JAMA* 2005; 293:1635-43.

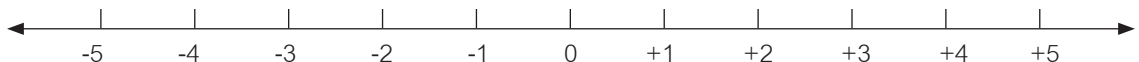
6. Bajaj P, Borreani E, Ghosh P, Methuen C, Patel M, Joseph M. Screening for suicidal thoughts in primary care: the views of patients and general practitioners. *Ment Health Fam Med* 2008; 5:229-35.
7. Stoppe G, Sandholzer H, Huppertz C, Duwe H, Staedt J. Family physicians and the risk of suicide in the depressed elderly. *J Affect Disord* 1999; 54:193-8.
8. Ngamthipwatthana T, Phattharayuttawat S. Suicidal ideation and attitude towards suicidal behavior : A survey. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 1999; 44:329-43.

แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อคำถามของจิตแพทย์ เรื่อง การฆ่าตัวตาย

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ _____ ปี
3. คุณ “เคยคิด” ฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตัวเองหรือไม่
 ไม่เคย เคย
4. คุณ “เคยพยายาม” ฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตัวเองหรือไม่
 ไม่เคย เคย
5. ก่อนพบจิตแพทย์ คุณ “คิด” ฆ่าตัวตายหรือไม่
 คิด ไม่คิด
6. ถ้าคุณอยากฆ่าตัวตาย คุณจะบอกให้จิตแพทย์ทราบหรือไม่ เพราะเหตุใด
 บอก เพราะ _____
 ไม่บอก เพราะ _____
7. จงบอกประโยคที่คุณอยากให้จิตแพทย์ถาม เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของคุณมากที่สุด 1 ประโยค

หากจิตแพทย์ไม่ได้ถามคุณเรื่องการฆ่าตัวตาย ไม่ต้องตอบคำถามข้อต่อไปนี้

8. คุณเห็นด้วยหรือไม่ เมื่อจิตแพทย์ถามเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย
 เห็นด้วย เพราะ _____
 ไม่เห็นด้วย เพราะ _____
9. คุณ “รู้สึก” อย่างไรเมื่อจิตแพทย์ถามเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 ตกใจ โกรธ อึดอัด
 อาย แปลกใจ สงสัย
 ดีใจ อุ่นใจ สบายใจ
 กังวล รำคาญ งง
 โหล่งอก ตื่นเต้น ผิดหวัง
 ระแวง กลัว เสียใจ
 หดหู่ อื่นๆ (โปรดระบุ) _____
10. เมื่อคุณถูกจิตแพทย์ถามเรื่องการฆ่าตัวตาย ทำให้ความคิดอยากฆ่าตัวตายของคุณเปลี่ยนแปลงอย่างไร
(จงวงกลมล้อมรอบระดับคะแนนที่ตรงกับความรู้สึกของคุณ)
ลดลงจนไม่มีเลย เท่าเดิม เพิ่มขึ้นจนมากที่สุด



แบบสอบถามจิตแพทย์เรื่องการถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

1. การวินิจฉัยโรค

Axis I _____

Axis II _____

2. ท่านได้ถามเรื่องความคิดอยากฆ่าตัวตายกับผู้ป่วยหรือไม่

ไม่ได้ถาม เนื่องจาก _____

ถาม

3. ท่านใช้คำถามเริ่มต้นในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยอย่างไร
(กรุณาเขียนประโยคจริงที่ท่านใช้ถามผู้ป่วย 1 ประโยคที่สำคัญที่สุด)

4. กรุณาประเมิน Suicidal Risk ของผู้ป่วยรายนี้

No Risk

Low Risk

Moderate Risk

High Risk