

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ในประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป อำเภอเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี

จันทร์จรี คงมีสุข*

Katsunori Kaneko**

บุพผา ไตรวุฒานนท์*

บทคัดย่อ

คณะผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงการฆ่าตัวตายของประชาชนที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป โดยใช้แบบสอบถาม ร่วมกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ศึกษาประชากรที่อยู่อาศัยในอำเภอเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี จำนวน ๓๕๙ ราย ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างตามบ้านเลขที่ในทะเบียนราษฎร์ แล้ววิเคราะห์ข้อมูลหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงการฆ่าตัวตาย โดยการทดสอบไค-สแควร์ และทำนายความน่าจะเป็นภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงการฆ่าตัวตายใช้ probit regression analysis. กลุ่มตัวอย่างเป็นชาย ๑๒๙ ราย (ร้อยละ ๓๕.๙๑) และหญิง ๒๓๐ ราย (ร้อยละ ๖๔.๐๖), อายุ ๔๐-๔๙ ปี ร้อยละ ๑๔.๒๖; ร้อยละ ๖๔.๓๕ มีวุฒิระดับประถมศึกษา; ร้อยละ ๕๕.๑๓ มีรายได้น้อยกว่า ๕,๐๐๐ บาท/เดือน; ร้อยละ ๓๘.๔๔ ของประชากรที่สำรวจมีโรคเรื้อรังประจำตัว. การไปรับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขพบว่า ร้อยละ ๕๓.๒๐ มีครอบครัวพาไป และร้อยละ ๔๐.๖๗ นั้นผู้ถูกสัมภาษณ์ไปเอง. จากประชากรตัวอย่าง ๓๕๙ ราย พบว่า ๘๑ ราย (ร้อยละ ๒๒.๕๖) มีภาวะซึมเศร้า (depressive score มากกว่าหรือเท่ากับ ๖) และ ๔๘ ราย (ร้อยละ ๑๓.๓๗) มีภาวะเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (suicidal score มากกว่าหรือเท่ากับ ๒). ปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อภาวะซึมเศร้า คือ การมีโรคเรื้อรังประจำตัวมีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น. ส่วนการศึกษาที่สูงกว่าชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และการดูแลเมื่อเจ็บป่วยโดยครอบครัวหรือญาติพาไปรับบริการรักษามีผลลดภาวะซึมเศร้าลงได้. ส่วนปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ การมีโรคเรื้อรังประจำตัว ประชาชนที่มีโรคเรื้อรังประจำตัวจึงเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังและวางแผนดำเนินการแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิต เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของประชาชนอำเภอเกาะสีชังต่อไป.

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ภาวะเสี่ยงการฆ่าตัวตาย, โรคเรื้อรัง, ประชาชนอำเภอเกาะสีชัง

Abstract

Factors Associated with Depression and the Risk of Suicide among Residents Aged 35 Years and Older in Ko Sichang District, Chonburi Province

Chunchuree Kongmeesuk*, Katsunori Kaneko**, Buppha Triwuttanon*

*Ko Sichang Hospital, **PhD Candidate, Graduate School of Economics, University of Hyogo, Japan

A study was conducted to determine the factors associated with depression and suicidal risk among 359 residents aged 35 years and older living in Ko Sichang district, Chonburi Province. The subjects were recruited by random sampling from the household

*โรงพยาบาลเกาะสีชัง อำเภอเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี 20120

**PhD Candidate, Graduate School of Economics, University of Hyogo, Japan



registry. Information was obtained using the questionnaires prepared for the detection of depression and suicidal risk by the Department of Mental Health of Thailand's Ministry of Public Health. Chi-square test and probit regression analysis were used to determine the factors associated with depression and suicidal risk. Of the 359 persons interviewed, 35.93 percent were male and 64.06 percent female; 34.26 percent of them were aged 40-49 years and 64.35 percent had an educational level of primary school; 59.33 percent had a monthly income of less than 5,000 baht; and 38.44 percent suffered a chronic disease. The care-givers who accompanied the study population to the health-care centers for treatment were mainly their family members (53.20%). Of the persons surveyed, 22.56 percent suffered depression (depressive score > 6) and 13.37 percent were at risk of suicide (suicidal score > 2). It was apparent that chronic illness was a significant factor associated with depression, while higher educational levels and having intimate care from family members or relatives such as accompanying them for health-care services seemed to reduce depression. Having a chronic disease was also a significant factor associated with an increase in suicidal risk. Further prevention or reduction of depression or suicidal risk among people with a chronic disease is essential. Family members and relatives may help this population at risk to reduce their depression.

Key words: depression, suicidal risk, chronic disease

ภูมิหลังและเหตุผล

จากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น, ปัญหาความขัดแย้งทางการเมืองและวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปเกิดการรีบเร่งและแข่งขัน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของคนทุกกลุ่มวัย. จากการศึกษาพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของคนไทยโดยมาโนช หล่อตระกูล^(๑) ในช่วง พ.ศ. ๒๕๒๐-๒๕๒๙ พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายเป็น ๖.๔ ต่อแสนประชากร และเพิ่มขึ้นเป็น ๖.๗ ต่อแสนประชากรใน พ.ศ. ๒๕๓๐ -๒๕๓๙ และพบว่าผู้ชายมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นสูงกว่าผู้หญิงอย่างชัดเจน โดยเฉพาะผู้ชายในช่วงวัย ๒๐-๒๔ ปี (๒๑.๗ ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. ๒๕๓๙) และพบการฆ่าตัวตายในเพศหญิงสูงในช่วงวัย ๑๕-๑๙ ปี (๖.๖ ต่อแสนประชากร ในปี ๒๕๓๙) โดยพบการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุไม่มากนัก. ส่วนการศึกษาของอภิชัย มงคล และคณะ^(๒) พบว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในประเทศไทยประมาณ ๔,๕๐๐-๕,๐๐๐ ราย และคำนวณความสูญเสีย (เฉพาะชาย) ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้เท่ากับ ๑๔๗,๙๘๘ DALYs และจากการศึกษาวิทยาการระบาดของการทำร้ายตนเอง พบว่าปัญหาที่กระตุ้นให้มีการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด. อันดับรอง

ลงมา คือ ปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง^(๓).

จากข้อมูลการมารับบริการของผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี พบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน มารับบริการรักษาเป็นจำนวนมาก โดยเป็นโรคใน ๓ อันดับแรกที่สำคัญของผู้ป่วยนอก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี^(๔) จัดเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งสุขภาพกายและจิตใจ.

นอกจากนี้การฆ่าตัวตายยังเป็นปัญหาแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคซึมเศร้า^(๕,๖) โดยพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง ๒๐-๓๐ เท่า และร้อยละ ๖๐-๗๐ ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีประวัติป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชและสามารถพบได้ร้อยละ ๑๐-๑๕ ของประชากรทั่วไป โดยพบในหญิงมากกว่าชาย และพบได้ในทุกช่วงอายุ โดยเฉพาะวัยรุ่นและวัยสูงอายุ เป็นโรคที่ทำให้เกิดความพิการและการเสียชีวิตสูง มีผลกระทบต่อผู้ป่วยที่มีโรคทางกายอยู่เดิม เช่นโรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง.

จากข้อมูลการฆ่าตัวตายของประชาชนในอำเภอเกาะสีชัง

พบว่าในปีงบประมาณ ๒๕๕๐ ประชาชนในอำเภอเกาะสีชังมีการฆ่าตัวตายสูง คิดเป็น ๑๙.๘๕ ต่อแสนประชากร ซึ่งมักพบในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตล้มเหลวเรื้อรัง ซึ่งมีระยะการเป็นโรคนานกว่า ๕ ปี^(๗).

การฆ่าตัวตายก่อให้เกิดความสูญเสียแก่ครอบครัว สังคม และประเทศชาติเป็นอย่างมาก. การฆ่าตัวตายมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของคนในครอบครัวเป็นอย่างมาก และยังส่งผลกระทบต่อคนใกล้เคียงอื่น ๆ อีกเป็นจำนวนมาก แม้ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แต่ยังไม่สำเร็จก็มีความสูญเสียจากการที่ต้องเข้ารับการรักษา, การเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาจพิการได้. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เกาะสีชัง ได้ตระหนักถึงปัญหาการฆ่าตัวตาย และเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในอำเภอเกาะสีชัง จึงได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนในอำเภอเกาะสีชัง โดยศึกษาภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง เพื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในอำเภอเกาะสีชังต่อไป.

ระเบียบวิธีศึกษา

คณะผู้รายงานได้ดำเนินการศึกษาดังนี้

๑. ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน จากทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, จากงานเวชระเบียนโรงพยาบาลเกาะสีชัง และพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุต่ำสุดที่เป็นโรคเรื้อรังมีอายุ ๓๕ ปี.

๒. จัดทำแบบสอบถามร่วมกับการใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า^(๘,๙) โดยกำหนดคะแนนซึมเศร้า ≥ 6 มีภาวะซึมเศร้าและแบบคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย^(๙,๑๐) เป็นคะแนนฆ่าตัวตาย ≥ 2 มีภาวะเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ตามเกณฑ์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖.

๓. ศึกษาข้อมูลประชากรจากทะเบียนราษฎรของอำเภอเกาะสีชัง ณ เดือนมิถุนายน ๒๕๕๐^(๑๑).

๔. เลือกกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์โดยการสุ่มตัวอย่างจากบ้านเลขที่ตามทะเบียนราษฎร ของอำเภอเกาะสีชัง ซึ่งมีจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด ๑,๖๘๕ หลังคาเรือน รวมประชากร ๔,๘๔๓ คน (ชาย ๒,๓๕๖, หญิง ๒,๔๘๗ คน) โดยสุ่มตัวอย่าง ๓๕๐ ครัวเรือน แล้วสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๓๕ ปี ขึ้นไป (๒,๑๗๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๔.๘๔; เป็นชาย ๙๙๓ คน ร้อยละ ๔๒.๑๔, หญิง ๑,๑๗๙ คน ร้อยละ ๔๗.๔๐) ในช่วงวันที่ ๑-๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๐.

๕. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล โดยพรรณนาข้อมูลเป็นจำนวน, ค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน. สำหรับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้ใช้การทดสอบไค-สแควร์. ส่วนการทำนายความน่าจะเป็นในการมีภาวะซึมเศร้า และภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้นได้ใช้การวิเคราะห์ตัวแปรหลาย (multivariate analysis) โดยวิธี probit regression analysis^(๑๒) ซึ่งเป็นการทำนายเหตุการณ์ที่สนใจเมื่อตัวแปรตาม (dependent variable) มีค่าจำกัดอยู่ในช่วงใดช่วงหนึ่ง เช่น เป็นคำตอบประเภทใช่ หรือไม่ใช่ โดยมีข้อสมมติว่าการแจกแจงค่าความน่าจะเป็นนั้นเป็นการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) โดยมีแบบจำลอง probit คือ $Pr ob(Y = 1) = \int_{-\infty}^{\beta x} \phi(t) dt = \Phi(\beta x)$ โดยที่ฟังก์ชัน $\Phi(\beta x)$ แทนความน่าจะเป็นสะสม (cumulative probability) ของการแจกแจงปกติแบบมาตรฐาน (standardized normal distribution) โดยตัวชี้วัดประกอบ β ประมาณ (estimation) โดยใช้วิธีความเป็นไปได้สูงสุด (maximum likelihood)

$$Y_i^* = \alpha + \beta X_i + \varepsilon_i, \varepsilon_i \sim (0, 1)$$

โดยมีสูตรดังนี้
$$\begin{cases} Y_i = 1, & \text{if } Y_i^* > 0 \\ Y_i = 0, & \text{otherwise} \end{cases}$$

ε_i คือ การแจกแจงแบบปกติ (normal distribution)

และในการศึกษานี้ใช้ตัวแปรตาม ๒ ตัว คือภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงการฆ่าตัวตาย โดยกำหนดว่ามีภาวะซึมเศร้าเมื่อคะแนนซึมเศร้า ≥ 6 และไม่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อคะแนนซึม



เศร้า < ๖. ส่วนภาวะเสี่ยงการฆ่าตัวตายกำหนดว่ามีภาวะเสี่ยงเมื่อคะแนนฆ่าตัวตาย ≥ 2 และไม่มีภาวะเสี่ยงเมื่อคะแนนฆ่าตัวตาย < 2. สำหรับตัวแปร independent ที่ศึกษาประกอบด้วยอายุ, เพศ, รายได้, โรคเรื้อรังประจำตัว, การศึกษา และการพาไปรับการรักษาที่สถานบริการเมื่อเจ็บป่วย. การศึกษานี้ได้คำนวณ marginal effect ซึ่งจะบอกว่าตัวแปร independent มีผลหรือความน่าจะเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า และภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี) ที่ระดับ ๐.๐๕.

ผลการศึกษา

จากการใช้แบบสอบถามสุ่มสำรวจตามบ้านเลขที่จากทะเบียนราษฎร ในเดือนมิถุนายน ๒๕๕๐ จำนวน ๓๕๐ หลังคาเรือน สามารถสอบถามได้ ๒๓๘ หลังคาเรือน เนื่องจากมีบ้านว่างไม่มีคนอยู่, คิดเป็นร้อยละ ๖๘.๐๐ โดยสอบถามประชากรที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๓๕๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๕๒ ของประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด.

ประชากรตัวอย่างที่ศึกษาเป็นหญิงร้อยละ ๖๔.๐๖ และชายร้อยละ ๓๕.๙๓ พบในกลุ่มอายุ ๔๐-๔๙ ปี มากที่สุด (ร้อยละ ๓๔.๒๖); มีวุฒิระดับประถมศึกษาร้อยละ ๖๔.๓๕ มัธยมศึกษาร้อยละ ๒๒.๕๖; ร้อยละ ๕๙.๓๓ มีรายได้น้อยกว่า ๕,๐๐๐ บาท/เดือน; ร้อยละ ๓๘.๔๔ มีโรคเรื้อรังประจำตัว; เมื่อไปรับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุข ร้อยละ ๕๓.๒๐ มีครอบครัวพาไป, และร้อยละ ๔๐.๖๗ ผู้ถูกสัมภาษณ์ไปเอง (ตารางที่ ๑).

จากประชากรตัวอย่าง ๓๕๙ ราย ๘๑ ราย (ร้อยละ ๒๒.๕๖) มีภาวะซึมเศร้า (คะแนนซึมเศร้า ≥ 6) และ ๔๘ ราย (ร้อยละ ๑๓.๓๗) มีภาวะเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (คะแนนฆ่าตัวตาย ≥ 2). สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าพบว่าร้อยละ ๓๑.๘๘ ของประชากรตัวอย่างที่มีโรคเรื้อรังประจำตัวมีภาวะซึมเศร้าซึ่งสูงกว่ากลุ่มประชากรร้อยละ ๑๖.๗๔ ที่ไม่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. ส่วนผู้ป่วยที่ไปรับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขร้อยละ ๓๔.๙๓ ที่ต้องไปด้วยตนเองมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. สำหรับ

ตารางที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของประชากรอายุ ≥ 35 ปี ๓๕๙ ราย

ข้อมูล	คน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๑๒๕	๓๕.๕๓
หญิง	๒๓๐	๖๔.๐๖
อายุ (ปี)		
๓๕-๓๙	๕๖	๑๖.๐๒
๔๐-๔๙	๑๒๓	๓๔.๒๖
๕๐-๕๙	๖๘	๑๙.๒๓
≥ 60	๖๑	๑๖.๘๕
ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	๔๘.๗±๑๑.๔๒	
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	๒๓	๖.๔๑
ประถมศึกษา	๒๓๑	๖๔.๓๕
มัธยมศึกษา	๘๑	๒๒.๕๖
สูงกว่ามัธยมศึกษา	๒๔	๖.๖๘
รายได้ (บาท/เดือน)		
< ๕,๐๐๐	๒๑๓	๕๙.๓๓
๕,๐๐๐-๑๐,๐๐๐	๑๐๖	๒๙.๕๒
> ๑๐,๐๐๐	๔๐	๑๑.๑๔
โรคเรื้อรัง		
มี	๑๓๘	๓๘.๔๔
ไม่มี	๒๒๑	๖๑.๕๖
ผู้ดูแลเมื่อไปรับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุข (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)		
ครอบครัวพาไป	๑๕๑	๔๒.๒๐
ไปด้วยตนเอง	๑๔๖	๔๐.๖๗
ญาติพาไป	๓๔	๙.๔๗
คนใกล้บ้าน	๔	๑.๑๑
คนอื่นพาไป	๑๐	๒.๗๙

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (คะแนนฆ่าตัวตาย ≥ 2) พบร้อยละ ๑๖.๕๐ ของกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า ๕,๐๐๐ บาทต่อเดือนมีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ. ส่วนการมีโรคเรื้อรังประจำตัวพบ

ประชากรที่มีโรคเรื้อรังร้อยละ ๒๓.๑๘ มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งสูงกว่าในกลุ่มประชากรที่ไม่มีโรคเรื้อรังร้อยละ ๗.๒๓ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ ๒).

ตารางที่ ๓ แสดงผลการวิเคราะห์ probit regression

ต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อภาวะซึมเศร้า คือ การมีโรคเรื้อรังประจำตัวมีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ ๑๖.๔๐, การศึกษาที่สูงกว่าชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีผลลดภาวะซึมเศร้าลงร้อยละ ๑.๔๒,

ตารางที่ ๒ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนนซึมเศร้า ≥ 6) และมีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (คะแนนฆ่าตัวตาย ≥ 2) จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	คน	มีภาวะซึมเศร้า			มีภาวะเสี่ยงการฆ่าตัวตาย		
		ราย	ร้อยละ	ค่าพี	ราย	ร้อยละ	ค่าพี
รวมทั้งหมด	๓๕๕	๘๑	๒๒.๕๖		๔๘	๑๓.๓๓	
เพศ							
ชาย	๑๒๕	๒๕	๑๙.๓๓	๐.๒๘	๑๒	๙.๖๐	๐.๐๕
หญิง	๒๓๐	๕๖	๒๔.๓๔		๓๖	๑๕.๖๕	
อายุ (ปี)							
๓๕-๓๙	๕๗	๑๕	๒๕.๔๖		๑๒	๑๒.๓๓	
๔๐-๔๙	๑๒๓	๒๙	๒๓.๕๗	๐.๑๓	๑๔	๑๑.๓๘	๐.๓๔
๕๐-๕๙	๗๘	๑๗	๒๑.๗๓		๑๑	๑๔.๑๐	
≥ 60	๖๗	๒๐	๒๙.๗๑		๑๑	๑๖.๔๑	
การศึกษา							
ไม่ได้เรียน	๒๓	๘	๓๔.๓๕		๖	๒๖.๐๘	
ประถมศึกษา	๒๓๑	๕๗	๒๔.๖๘	๐.๑๒	๓๐	๑๒.๙๙	๐.๒๓
มัธยมศึกษา	๘๑	๑๓	๑๖.๐๕		๘	๙.๘๘	
สูงกว่ามัธยมศึกษา	๒๔	๓	๑๒.๕๐		๔	๑๖.๖๗	
รายได้ (บาท/เดือน)							
< ๕,๐๐๐	๒๑๓	๕๖	๒๖.๒๙		๓๖	๑๖.๙๐	
๕,๐๐๐-๑๐,๐๐๐	๑๐๖	๒๒	๒๐.๗๕	๐.๑๓	๗	๖.๖๐	๐.๐๔
> ๑๐,๐๐๐	๔๐	๕	๑๒.๕๐		๕	๑๒.๕๐	
โรคเรื้อรัง							
มี	๑๓๘	๔๔	๓๑.๘๘	< ๐.๐๑	๓๒	๒๓.๑๘	< ๐.๐๑
ไม่มี	๒๒๑	๓๗	๑๖.๗๔		๑๖	๗.๒๓	
ผู้ดูแลเมื่อไปรับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุข							
ครอบครัวพาไป	๑๕๑	๒๙	๑๙.๘๖		๒๒	๑๔.๕๗	
ไปด้วยตนเอง	๑๔๖	๕๑	๓๔.๙๓		๑๘	๑๒.๓๓	
ญาติพาไป	๓๔	๒	๕.๘๘	< ๐.๐๑*	๘	๒๓.๕๓	๐.๐๖*
คนใกล้บ้านพาไป	๔	๑	๒๕.๐๐		๑	๒๕.๐๐	
คนอื่นพาไป	๑๐	๑	๑๐.๐๐		๒	๒๐.๐๐	

*เปรียบเทียบระหว่าง ครอบครัวพาไป ไปด้วยตนเอง และญาติ/คนใกล้บ้าน/คนอื่นพาไป

ตารางที่ ๓ Probit regression analysis คะแนนซีมีตรา ≥ 6 (มีภาวะซีมีตรา) ในประชากร ๓๕๕ ราย

คะแนนซีมีตรา ≥ 6	สัมประสิทธิ์	Standard error	Z	ค่าพี	Marginal effect dy/dx
อายุ-๐.๐๑๓๐	๐.๐๕๖๓	-๐.๓๐	๐.๓๖๒	-๐.๐๐๔๔	
อายุ ^๒	๐.๐๐๐๒	๐.๐๐๐๕	๐.๕๓	๐.๕๙๔	๐.๐๐๐๐
หญิง	๐.๐๘๑๑	๐.๑๘๐๕	๐.๔๕	๐.๖๕๔	๐.๐๒๑๐
การศึกษา	-๐.๐๕๔๔	๐.๐๒๓๐	-๒.๐๑	๐.๐๔๕	-๐.๐๑๔๒
โรครีอรั้ง	๐.๕๙๑๓	๐.๑๓๖๑	๓.๓๖	๐.๐๐๑	๐.๑๖๔๐
รายได้ (บาท/เดือน)					
< ๕,๐๐๐	๐.๑๔๐๕	๐.๓๐๘๖	๐.๔๖	๐.๖๔๘	๐.๐๓๖๔
๕,๐๐๐-๑๐,๐๐๐	-๐.๑๑๖๒	๐.๓๒๘๓	-๐.๓๕	๐.๓๖๔	-๐.๐๒๙๓
รายได้ของตนเอง	๐.๒๓๕๘	๐.๒๑๔๐	๑.๑๐	๐.๒๗๑	๐.๐๕๘๒
การพาไปรับบริการที่สถานบริการ					
โดยครอบครัว	-๐.๙๓๕๘	๐.๑๓๙๓	-๕.๒๒	๐.๐๐๐	-๐.๒๔๙๘
ญาติพาไป	-๑.๔๔๓๙	๐.๓๘๕๓	-๓.๗๕	๐.๐๐๐	-๐.๒๐๔๓
คนใกล้บ้านพาไป	-๐.๖๘๔๐	๐.๓๓๒๑	-๒.๐๖	๐.๐๔๐	-๐.๑๒๖๐
อื่น ๆ	-๐.๓๓๑๒	๐.๖๕๓๔	-๑.๑๘	๐.๒๓๘	-๐.๑๓๓๔

ตารางที่ ๔ Probit regression analysis คะแนนฆ่าตัวตาย ≥ 2 (มีภาวะเสี่ยงการฆ่าตัวตาย) ในประชากร ๓๕๕ ราย

คะแนนฆ่าตัวตาย ≥ 2	สัมประสิทธิ์	Standard error	Z	ค่าพี	Marginal effect dy/dx
อายุ	-๐.๐๕๘๓	๐.๐๖๒๓	-๐.๙๔	๐.๓๔๖	-๐.๐๑๑๐
อายุ ^๒	๐.๐๐๐๕	๐.๐๐๐๕	๐.๙๒	๐.๓๕๙	๐.๐๐๐๐
หญิง	๐.๐๓๒๘	๐.๒๐๓๕	๐.๓๖	๐.๓๖๑	๐.๐๑๓๕
การศึกษา	-๐.๐๒๓๖	๐.๐๓๐๐	-๐.๗๘	๐.๔๓๘	-๐.๐๐๕๒
โรครีอรั้ง	๐.๓๒๘๘	๐.๑๙๒๖	๑.๗๑	๐.๐๘๘	๐.๑๕๒๖
รายได้ (บาท/เดือน)					
< ๕,๐๐๐	๐.๑๒๔๕	๐.๓๐๔๒	๐.๐๘	๐.๙๓๖	๐.๐๐๔๖
>๑๐,๐๐๐	-๐.๔๓๐๕	๐.๓๔๐๕	-๑.๒๖	๐.๒๐๖	-๐.๐๓๒๙
รายได้ของตนเอง	-๐.๐๒๖๘	๐.๒๒๙๐	-๐.๑๒	๐.๙๐๓	-๐.๐๐๕๐
การพาไปรับบริการที่สถานบริการ					
โดยครอบครัว	-๐.๒๒๘๕	๐.๑๙๘๘	-๑.๑๕	๐.๒๕๐	-๐.๐๔๓๔
ญาติพาไป	๐.๓๒๑๓	๐.๒๙๐๘	๑.๑๑	๐.๒๖๙	๐.๐๓๒๙
คนใกล้บ้านพาไป	๐.๐๙๑๑	๐.๓๕๘๘	๐.๒๕	๐.๘๐๔	๐.๑๕๘๘
อื่น ๆ	๐.๒๓๓๖	๐.๕๓๒๐	๐.๔๓	๐.๖๘๓	๐.๑๓๓๖

และการดูแลเมื่อเจ็บป่วยโดยครอบครัวพาไปรับบริการรักษามีผลลดภาวะซึมเศร้าลงร้อยละ ๒๔.๙๘ และโดยญาติพาไปมีผลลดภาวะซึมเศร้าลงร้อยละ ๒๐.๔๗.

ตารางที่ ๔ แสดงผลการวิเคราะห์ probit regression ต่อภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งพบปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ การมีโรคเรื้อรังประจำตัวมีผลต่อภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๕.๒๖.

วิจารณ์

จากการศึกษาแนวโน้มการฆ่าตัวตายในช่วง ๒๐ ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๒๐-๒๕๓๙) พบว่าผู้ชายมีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิง และพบในผู้สูงอายุไม่มาก ซึ่งจากการศึกษานี้ไม่พบว่าเพศและอายุมีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. จากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปมีความเจริญทางเทคโนโลยีในด้านต่าง ๆ ร่วมกับวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปซึ่งรับแรงแข่งขัน มีภาวะเครียดอยู่เสมอ พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง และการขาดการออกกำลังกายส่งผลให้คนเป็นโรคเรื้อรังประจำตัวมากขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน โดยแนวโน้มของสังคมในอนาคตจะพบคนที่มีโรคเรื้อรังประจำตัวมากขึ้น ซึ่งเป็นผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพกายเป็นพื้นฐานเดิมอยู่แล้ว หากมีภาวะวิกฤตต่าง ๆ เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ก็จะมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้ง่ายขึ้น. จากการศึกษานี้พบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนในอำเภอเกาะสีชังที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป พบว่าการมีโรคเรื้อรังประจำตัวเป็นปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งควรมีการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในประชาชนกลุ่มนี้ โดยการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในคลินิกโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น คลินิกโรคเบาหวาน, คลินิกโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในคลินิกวิถีชีวิตของโรงพยาบาล. จากการศึกษานี้พบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า คือ การศึกษาที่สูงขึ้นมีผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง ดังนั้นจึงควรส่งเสริม

และจัดกิจกรรมให้ความรู้ เพื่อให้นักเรียนและผู้ปกครองสนใจในการศึกษาต่อเนื่องภายหลังจบการศึกษาในแต่ละชั้นปี การศึกษา, และพบว่า การได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วยจากครอบครัวหรือญาติ โดยการพาไปรับบริการการรักษาที่สถานพยาบาล เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง. จากปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อทั้งภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และภาวะซึมเศร้า จะพบว่า การมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และการมีวิถีดำเนินชีวิตอย่างถูกต้อง และสถาบันครอบครัวที่ดี จะมีส่วนช่วยอย่างมากในการดำเนินการป้องกันและแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิตที่สำคัญ โดยมุ่งเน้นการสร้างความอบอุ่นของครอบครัวด้วยการดูแลอย่างเข้าใจและใกล้ชิด. ในคนที่มีโรคเรื้อรังประจำตัวหรือเมื่อเจ็บป่วย พร้อมทั้งหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพควรเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดหาแหล่งที่ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพให้สามารถเรียนรู้และเข้าถึงได้ง่าย.

สำหรับข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นหญิงมากกว่าชาย ซึ่งมีสัดส่วนมากกว่าประชากรจริงอยู่บ้าง รวมทั้งการศึกษานี้ไม่ได้พิจารณารายละเอียดของปัญหาครอบครัวด้านอื่น ๆ เนื่องจากมุ่งเน้นศึกษาไปที่ปัญหาด้านสุขภาพเป็นหลัก.

เอกสารอ้างอิง

๑. มาโนช หล่อตระกูล. แนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ๒๕๔๑; ๔๓:๖๗-๘๓.
๒. อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, ปัดพงษ์ เกษสมบุรณ์, นุศราพร เกษสมบุรณ์, วารุณี ตั้งเสรี. รายงานผลการศึกษาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่เสียชีวิต (การฆ่าตัวตาย) พ.ศ. ๒๕๔๖. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๐. หน้า ๑-๒.
๓. อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, ปัดพงษ์ เกษสมบุรณ์, นุศราพร เกษสมบุรณ์, อรพิน ยอดกลาง. รายงานการศึกษาระบาดวิทยาผู้ทำร้ายตนเอง พ.ศ. ๒๕๔๖. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๐. หน้า ๙-๑๔.
๔. งานเวชระเบียนโรงพยาบาลเกาะสีชัง. ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง มิถุนายน ๒๕๕๐. โรงพยาบาลเกาะสีชัง จังหวัดชลบุรี; ๒๕๕๐ (เอกสารอัดสำเนา).



๕. ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติโรคซึมเศร้า (Quick Reference Guide) สำหรับผู้ป่วยทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ ๑. สำนักงานโครงการพัฒนาแนวทางการบริการสาธารณสุข; ๒๕๔๕. หน้า ๒๔๕-๕๖.
๖. สิ้นเงิน สุขสมปอง, วสุ จันทศักดิ์, ปัทมา ศิริเวช. การฆ่าตัวตาย แนวทางเวชปฏิบัติในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ ๑/๒๕๔๕. หน้า ๑-๑๑.
๗. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ครั้งที่ ๒ /๒๕๕๐. เอกสารหมายเลข ๑๔/๒๕๕๐. หน้า ๔๖.
๘. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า. พิมพ์เมื่อ ๓๐ สิงหาคม ๒๕๔๖.
๙. อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, ปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์, นุศราพร เกษสมบูรณ์, ไพลิน ปรัชญคุปต์. รายงานผลการศึกษาพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต พ.ศ. ๒๕๔๖. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๕๐. หน้า ๘๖.
๑๐. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. ๓๐ สิงหาคม ๒๕๔๖.
๑๑. งานทะเบียนราษฎร อำเภอกะสีซัง. ข้อมูลประชากรและทะเบียนเลขที่บ้าน อำเภอกะสีซัง จังหวัดชลบุรี. มิถุนายน ๒๕๕๐.
๑๒. Greene WH. Econometric analysis. 4th Ed. New York: Prentice Hall; 2000.