

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุรา

จุฑามาศ นน่อตุน*

ชนากานต์ เจนใจ*

ชิดชนก เรือนก้อน*

บทคัดย่อ

ปัญหาพฤติกรรมการบริโภคสุราเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขเนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงของพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย การศึกษาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุรา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 303 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุรา ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค ICD-10 รหัส F10.XX และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง 30 กันยายน 2556 เก็บข้อมูลปัจจัยต่างๆ จากเวชระเบียนของโรงพยาบาลสวนปรุง ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 22.4 และ 5.0 ตามลำดับ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายได้แก่ การมีปัญหาโรคร่วมทางจิต (adjusted OR = 2.58 95% CI; 1.14-5.85, p -value = 0.023) การมีความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้า (adjusted OR = 3.00 95% CI; 1.40-6.40, p -value = 0.004 และ 4.27 95% CI; 2.31-8.94, p -value < 0.001 ตามลำดับ) จำนวนปัญหาหรือเหตุการณ์ในชีวิตมากกว่า 2 เหตุการณ์ (adjusted OR = 4.36 95% CI; 1.53-12.41, p -value = 0.006) และ 2 เหตุการณ์ (adjusted OR = 3.22 95% CI; 1.08-9.57, p -value = 0.036) การดื่มสุราขาว (adjusted OR = 3.10 95% CI; 1.33-7.20, p -value = 0.009) สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายได้แก่ การพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้าและปัญหาโรคร่วมทางจิต (adjusted OR = 4.36 95% CI; 1.53-12.41, p -value = 0.006 และ 3.22 95% CI; 1.08-9.57, p -value = 0.036 ตามลำดับ) สรุป ผู้ป่วยที่มีปัญหาดื่มสุราและมีความคิดหรือมีการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ที่มีปัญหาโรคร่วมทางจิต และผู้ที่มีปัญหาในชีวิตมากกว่า 2 เหตุการณ์ขึ้นไป ควรได้รับการเฝ้าระวังพฤติกรรมการฆ่าตัวตายอย่างใกล้ชิด

คำสำคัญ: สุรา การพยายามฆ่าตัวตาย ความคิดฆ่าตัวตาย ความชุก ปัจจัย

Abstract Prevalence and Factors Associated with Suicidal Behavior in Patients with Mental and Behavioral Disorder Due to Alcohol

Jutamas Nortun, Chanakan Jenjai, Chidchanok Ruengorn

Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University

Alcohol-drinking is one of the most important public health problems related to an increase risk of suicidal behaviors. The objectives of this cross-sectional analytical study were to determine the prevalence and factors associated with suicidal ideation and suicide attempt in mental and behavioral disorder due to use of alcohol. Subjects were 303 patients diagnosed with ICD-10 code F10.xx and admitted in Suanprung Psychiatric Hospital during 1 October 2012 to 30 September 2013. Data of various factors were collected from medical records. Results of the study revealed that prevalence of suicidal ideation and suicide attempt were 22.4% and 5.0%, respectively. Factors significantly associated with suicidal ideation

*คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

were having psychological comorbidities (adjusted OR = 2.58 95% CI; 1.14-5.85, p -value = 0.023), previous suicidal ideation and previous suicide attempt (adjusted OR = 3.00 95% CI; 1.40-6.40, p -value = 0.004 and 4.27 95% CI; 2.31-8.94, p -value < 0.001, respectively), numbers of problems or life-events, more than 3 and 2 life events (adjusted OR = 4.36 95% CI; 1.53-12.41, p -value = 0.006 and 3.22 95% CI; 1.08-9.57, p -value = 0.036, respectively), and patients who drank 40 degree-rice clear liquor (adjusted OR = 3.10 95% CI; 1.33-7.20, p -value = 0.009). Regarding factors related to suicide attempt, it is found that previous suicide attempts and psychological comorbidities were statistically significant associated with suicide attempts (adjusted OR = 4.36 95% CI; 1.53-12.41, p -value = 0.006 and 3.22 95% CI; 1.08-9.57, p -value = 0.036, respectively). In conclusion, close monitoring should be emphasized in patients who had problem associate with alcohol drinking and had previous suicidal ideation or previous suicide attempt(s), particularly in those with psychological comorbidity and had more than 2 life-events.

Keywords: alcohol, suicide attempt, suicidal idea, factors, prevalence

ภูมิหลังและเหตุผล

ปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคสุราเป็นปัญหาที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน จากข้อมูลของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) ปี 2554 พบว่า มีคนในไทยเกือบ 17 ล้านคนที่ดื่มสุรา โดยภาคเหนือของประเทศไทยมีความชุกในการดื่มสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 39.4 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ การบริโภคสุรานอกจากจะทำให้เกิดผลเสียแก่สุขภาพกาย เช่น โรคตับ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดแล้ว ยังส่งผลเสียต่อสุขภาพจิต เมื่อเริ่มดื่มสุรานั้น ผลของการดื่มในระยะแรกจะทำให้จิตใจชุ่มชื้น ลดความเครียดได้ชั่วคราว แต่เมื่อดื่มมานานๆ ฤทธิ์ของสุราจะมีผลต่อสมองคือจะไปกดสมองส่วนหน้า (cortex) ทำให้บุคคลนั้นขาดสติยับยั้งมีผลทำให้อารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง การตัดสินใจและการควบคุมตัวเองบกพร่อง จนกระทั่งอาจส่งผลเสียต่อการทำงานและเพิ่มปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ ก่อให้เกิดความเครียดสะสม ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ประสาทหลอน ส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายได้ โดยเฉพาะในผู้ที่รู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่มีคุณค่าหรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตายเป็นประจำอยู่แล้วจะเพิ่มแนวโน้มของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย⁽²⁾

พฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข องค์การอนามัยโลกรายงานสถิติเมื่อปี 2552 ว่า มีจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 1 ล้านคนคิดเป็น 16 ต่อแสนประชากรหรือในทุก 40 วินาทีมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย⁽³⁾ ในประเทศไทย จากการรายงานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ปี 2556 มีอัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ 6.08 ต่อแสนประชากร เขตที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดคือเขตภาคเหนือตอนบนคือประมาณ 12.5 ต่อแสนประชากร⁽⁴⁾ ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าเขตภาคเหนือพบอัตราการดื่มสุราและอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าภาคอื่นๆ ในประเทศไทย จากการศึกษาก่อนหน้ารายงานถึงความสัมพันธ์ของการติดสุรากับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น⁽⁵⁾ มีการศึกษาเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มที่มีการใช้สุราและไม่มีการใช้สุรา พบว่า กลุ่มที่มีการใช้สุรามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเท่ากับ 6.9 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีการใช้สุรา⁽⁶⁾

ปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยติดสุราที่ศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แก่ ภาวะติดสารเสพติดอื่นร่วม การหย่าร้าง มีภาวะโรคจิตร่วม ระยะเวลาในการติดสุรา⁽⁷⁾ ในขณะที่ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ ขาดการสนับสนุนจากสังคม การอาศัยอยู่คนเดียว มีภาวะซึมเศร้า ว่างาน เป็นต้น⁽⁸⁾ ในประเทศไทย มีการศึกษาก่อนหน้าที่ศึกษาความชุกของโรคจิตเวชร่วมในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับสุรา โดยพบพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ร้อยละ 31.2 แต่ไม่ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย⁽⁹⁾ จากข้อมูลของความชุกในการดื่มสุรา อัตราพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายสูงในเขตภาคเหนือตอนบนและยังไม่มีการศึกษาปัจจัยสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย โดย

แบ่งเป็นปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านการแพทย์หรือด้านคลินิก เพื่อช่วยในการระบุ ติดตามและวางแผนป้องกันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

วิธีการศึกษา การศึกษาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (cross-sectional analytic study) ที่เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน

ขอบเขตของประชากรของการศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยในที่ได้รับวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องสุรา (alcohol use disorders) ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค ICD-10 รหัส F10.0-F10.8 และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ในปีงบประมาณ 2556 หรือ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึง 30 กันยายน 2556 จำนวน 1,508 คน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย ได้จากข้อมูลคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลสวนปรุง จากนั้นรายชื่อจะถูกทำการสุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) เมื่อทำการสุ่มตัวอย่างแล้ว หากไม่มีข้อมูลของพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะทำการสุ่มเพิ่มจนได้จำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง จากความชุกของการพยายามฆ่าตัวตายในการศึกษาก่อนหน้านี้เท่ากับร้อยละ 31.2⁽⁹⁾ เมื่อคำนวณด้วยสูตรการประมาณขนาดตัวอย่างสัดส่วนกลุ่มเดียวด้วยสูตร

$$n = \frac{pq(Z_{\alpha/2})^2}{d^2}$$

โดยยอมรับความผิดพลาด (d) เท่ากับร้อยละ 5 ดังนั้นในการศึกษานี้ จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนดคือ 1,508 ราย เมื่อสุ่มแล้วจะได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 303 ราย นอกจากนี้ ได้ทำการประมาณขนาดตัวอย่างในการศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การประมาณตามทฤษฎีที่กำหนดว่าจำนวนตัวแปรในสมการ 1 ตัวต้องมีจำนวนตัวอย่างที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย 10-15 ราย^(10,11) หากมี

ความชุกเท่ากับงานวิจัยก่อนหน้านี้ จำนวน 303 รายจะเพียงพอที่จะได้ปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตายอย่างน้อย 6 ตัวแปร

ข้อมูลและการเก็บข้อมูล ทำการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลเวชระเบียนเท่านั้น โดยการบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูล (case record form) ตัวแปรอิสระเก็บในเวชระเบียน ณ วันที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (index date) ที่รวบรวมมี 3 ด้านได้แก่ 1) ข้อมูลประชากร เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ภูมิลำเนา ความคิดฆ่าตัวตายครั้งก่อนหน้า (มี/ไม่มี) การพยายามฆ่าตัวตายครั้งก่อนหน้า (มี/ไม่มี) ชนิดสุรา ปริมาณที่ดื่ม 2) ข้อมูลด้านสังคม เช่น สถานภาพสมรส มีประวัติคนในครอบครัวมีปัญหาเกี่ยวกับสุราและแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเก็บจากข้อมูลที่มีบันทึกไว้ในเวชระเบียน 3) ข้อมูลทางการแพทย์ เช่น ICD-10 การรักษา โรคร่วมทางกาย โรคร่วมทางจิต (เช่น โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว ฯลฯ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนหน้า ยาที่ได้รับ การรักษาอื่นๆ เช่น การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) ฯลฯ คะแนนภาวะของการติดสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test; AUDIT) คะแนนภาวะความรุนแรงของการถอนสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment; CIWA) เมื่อแรกรับตัวแปรตามได้แก่ พฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยเก็บข้อมูลความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) ณ วันที่สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (index date) ซึ่งมีระบุในเวชระเบียน เนื่องจากการประเมินอย่างชัดเจนตามเวชปฏิบัติของโรงพยาบาลในแต่ละครั้งของการเข้ารับการรักษา การเก็บรวบรวมข้อมูลทำโดยผู้วิจัยสองคนที่ได้รับการปรับมาตรฐาน (standardized) ก่อนการดึงข้อมูลจากเวชระเบียนโดยการอบรมจากพยาบาลของโรงพยาบาลสวนปรุง

นิยามศัพท์เฉพาะ

พฤติกรรมฆ่าตัวตาย หมายความว่ารวมถึง 1) ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) หมายถึง การที่บุคคลมี



ความคิดเกี่ยวกับการทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายแต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำ และ 2) การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) หมายถึง การที่บุคคลได้พยายามทำร้ายร่างกายตัวเองเพื่อฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการกระทำด้วยความตั้งใจ แต่ไม่สามารถกระทำได้สำเร็จ

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนร่วมงานหรือผู้ใกล้ชิด โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี คือ มีคนรอบข้างให้ความสนับสนุนและช่วยเหลือในด้านต่างๆ ดี เมื่อมารับการรักษาที่ครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดมาส่ง มาเยี่ยม ระดับปานกลาง คือ มีแรงสนับสนุนบ้าง มีการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลต่างๆ ที่ใกล้ชิดปานกลาง และระดับน้อย คือ ผู้ป่วยอาจจะอยู่คนเดียว ไม่มีแรงสนับสนุนจากคนรอบข้าง เมื่อมารับการรักษาให้รณีโรงพยาบาลหรือตำรวจมาส่ง หรือไม่มีผู้ใดมารับกลับ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ในเวชระเบียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลประชากรและความชุกของพฤติกรรมฆ่าตัวตายด้วยสถิติพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์ สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ได้แก่ การคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบ 2 กลุ่ม (binary logistic regression) แบ่งเป็นสองขั้นตอน ขั้นตอนหนึ่งคือ การวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว (univariate logistic regression) เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรเดี่ยวแต่ละตัว และเลือกตัวแปรที่ให้ค่า p -value น้อยกว่า 0.20 นำมาวิเคราะห์ในขั้นตอนที่สองด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (multivariate logistic regression) ตัวแปรที่เลือกในแบบสุดท้ายคือตัวแปรที่มี p -value ต่ำกว่า 0.05 กำหนดค่าความผิดพลาดชนิดที่ 1 (type I error) เท่ากับ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 17.0 ทั้งนี้ การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ ของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 3/2557

ผลการศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 303 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยภาวะติดสุรา (F10.2) คิดเป็นร้อยละ 45.2 รองลงมาได้แก่ภาวะโรคจิตจากสุรา (F10.5) ร้อยละ 41.9 ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคือร้อยละ 91.1 อายุเฉลี่ย 43.95 ± 9.65 ปี ส่วนใหญ่มีการสนับสนุนจากคนรอบข้างอยู่ในระดับดี ผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะการติดสุราในระดับสูงหรือมีคะแนน AUDIT สูงกว่า 20 คะแนนมีจำนวนร้อยละ 78.9 สุราที่ดื่มส่วนใหญ่เป็นเหล้าขาวคือร้อยละ 66.7 เกือบทุกคนดื่มสุราทุกวัน และส่วนใหญ่มัดื่มประมาณ 11-20 ดื่มมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 1

ในด้านความชุกของพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุรานั้น พบว่า ร้อยละ 22.4 มีความคิดฆ่าตัวตาย และร้อยละ 5.0 มีการพยายามฆ่าตัวตายในครั้งนี้ โดยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) เป็นการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย

จากการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับสุรา เมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ได้แก่ ผู้ป่วยมีปัญหาโรคร่วมทางจิต มีความคิดฆ่าตัวตายก่อนหน้า มีการพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้า จำนวนปัญหาหรือเหตุการณ์ที่มีในชีวิตกลุ่มผู้ป่วยที่มีมากกว่า 2 เหตุการณ์ 2 เหตุการณ์ และ 1 เหตุการณ์ในชีวิต การดื่มเหล้าขาว ปัจจัยที่มีผลแปรผกผันกับความคิดฆ่าตัวตายคือการสนับสนุนจากคนรอบข้าง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนจากคนรอบข้างในระดับดีจะมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง ดังแสดงในตารางที่ 3

จากการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุรานั้น เมื่อนำตัวแปรต่างๆ มาวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบพหุ เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ซึ่งตัวแปรในแบบสุดท้ายมีจำนวน 5

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n=303)

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
ข้อมูลประชากร	
เพศ	
ชาย	276 (91.1)
หญิง	27 (8.9)
อายุ (ปี)	
10-29	19 (6.3)
30-39	85 (28.1)
40-49	109 (36.0)
≥50	90 (29.7)
อายุเฉลี่ย (± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปี)	43.95 ± 9.65
ภูมิลำเนา	
จังหวัดเชียงใหม่	160 (52.8)
ต่างจังหวัดในเขตภาคเหนือ	111 (36.6)
ต่างจังหวัดในภาคอื่นๆ	32 (10.6)
สถานภาพสมรส	
โสด	99 (32.7)
สมรส/คู่	137 (45.2)
หม้าย/หย่าร้าง	60 (19.8)
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าประถมศึกษา/ประถมศึกษา	151 (49.8)
มัธยม/อนุปริญญา	121 (39.9)
ปริญญาตรีขึ้นไป	21 (6.9)
อาชีพ	
เกษตรกร/รับจ้าง	176 (58.7)
ค้าขาย/กิจการส่วนบุคคล/พนักงานบริษัท	24 (8.0)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	31 (10.3)
แม่บ้าน/นักเรียน/นักศึกษา	5 (1.7)
ตกงาน/อื่นๆ	64 (21.3)
การอยู่อาศัย	
อยู่คนเดียว	19 (7.9)
อยู่กับครอบครัว	218 (91.2)
อื่นๆ	2 (0.8)
การสนับสนุนจากคนรอบข้าง	
ดี	213 (53.5)
ปานกลาง	78 (33.9)
น้อย	29 (12.6)



ตารางที่ 1(ต่อ) ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n=303)

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
การใช้สารอื่นร่วม	
บุหรี	203 (67)
สารเสพติดอื่นๆ	57 (18.8)
ไม่มี	81 (26.7)
มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว	
มี	21 (15.8)
ไม่มี	112 (84.2)
พฤติกรรมกรม่าตัวตายและลักษณะที่เกี่ยวข้อง	
ความคิดม่าตัวตายก่อนหน้าครั้งนี	
มี	63 (25.8)
ไม่มี	181 (74.2)
การพยายามม่าตัวตายก่อนหน้าครั้งนี	
มี	63 (24.9)
ไม่มี	190 (75.1)
ปัญหาหรือเหตุการณ์ที่มี	
น้อยใจ/ถูกตำหนิ/ถูกดูดำ	25 (8.2)
ด้านความรัก/หึงหวง	33 (10.9)
ครอบครัวขัดแย้ง/ทะเลาะ	77 (25.4)
สูญเสียคน ใกล้ชิด	15 (5.0)
ด้านการทำงาน/ตงงาน	42 (13.9)
ด้านเศรษฐกิจ/หนี้สิน/ยากจน	18 (6.0)
ภาวะซึมเศร้า/เบื่อหน่าย/เครียด/หือแแท้	44 (14.5)
โรคเรื้อรัง/พิการ	17 (5.6)
ติดคคีสักขโมย	6 (2.0)
อื่นๆ	33 (10.9)
มีประวัติคนในครอบครัวม่าตัวตาย	
มี	4 (3.1)
ไม่มี	126 (96.9)
การใช้สารอื่นร่วม	
บุหรี	203 (67)
สารเสพติดอื่นๆ	57 (18.8)
ไม่มี	81 (26.7)
การดื่มสุราและตัวแปรที่เกี่ยวข้อง	
มีประวัติคนในครอบครัวมีปัญหาเกี่ยวกับสุรา	
ญาติสายตรง	55 (41.4)

ตารางที่ 1(ต่อ) ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n=303)

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่ใช่ญาติสายตรง	13 (9.8)
ไม่มี	65 (48.9)
ภาวะของการติดสุรา (คะแนน AUDIT)	
รุนแรง ≥ 20	239 (78.9)
< 20	64 (21.1)
ภาวะความรุนแรงของการถอนสุรา (คะแนน CIWA)	
รุนแรงมาก (> 20)	82 (27.0)
รุนแรงน้อยถึงปานกลาง (10-20)	100 (33.0)
ไม่รุนแรง (0-9)	109 (36.0)
ชนิดของสุรา*	
เหล้าขาว	202 (66.7)
เหล้าแดง	68 (22.4)
เหล้ากลั่นเองหรือเหล้าเถื่อน	88 (29.0)
เบียร์	40 (13.2)
ความถี่การดื่ม	
ทุกวัน	295 (98.0)
อื่นๆ	6 (2.0)
ปริมาณดื่มมาตรฐานต่อวัน	
น้อยกว่า 10 ดื่มมาตรฐาน	80 (26.8)
11-20 ดื่มมาตรฐาน	112 (37.5)
21-30 ดื่มมาตรฐาน	21 (7.0)
> 30 ดื่มมาตรฐาน	86 (28.8)
ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)	20 (29)
ข้อมูลทางคลินิก	
โรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับสุรา (ICD-10)	
F10.0 Alcohol intoxication: ภาวะเมาสุรา	5 (1.7)
F10.1 Alcohol abuse: การดื่มสุราแบบมีปัญหา	1 (0.3)
F10.2 Alcohol dependence: ภาวะติดสุรา	137 (45.2)
F10.3 Alcohol withdrawal: ภาวะถอนพิษสุรา	12 (3.9)
F10.4 Alcohol withdrawal with delirium: ภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรงที่มีภาวะเพ้อ	14 (4.6)
F10.5 Alcohol-induced psychotic disorder: ภาวะโรคจิตจากสุรา	127 (41.9)
F10.6 Alcohol-induced persisting amnesic disorder: ภาวะหลงลืมจากสุรา	0 (0)
F10.7 Residual and late-onset alcoholic psychotic disorder: ภาวะทางจิตที่หลงเหลือในผู้เคยติดสุรา	3 (1)
F10.8 Alcohol-induced other mental and behavioral disorder: ภาวะโรคจิตเวชแทรกซ้อนอื่นจากสุรา	4 (1.3)



ตารางที่ 1(ต่อ) ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n=303)

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
ปัญหาโรคร่วมทางกาย	
มี	225 (74.3)
ไม่มี	78 (25.7)
ปัญหาโรคร่วมทางจิต	
มี	57 (18.8)
ไม่มี	246 (81.2)
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในก่อนหน้า	
>2 ครั้ง	96 (31.7)
2 ครั้ง	53 (17.5)
1 ครั้ง	154 (50.8)
อาการทางจิตเมื่อแรกรับ*	
Hallucination	196 (64.7)
Delusion	138 (45.5)
Orientation	54 (17.8)
Insight	21 (6.9)
ไม่มี	72 (23.8)
กลุ่มยารักษาภาวะวิตกกังวล	
ได้รับ	299 (98.7)
ไม่ได้รับ	4 (1.3)
กลุ่มยารักษาอารมณ์ซึมเศร้า	
ได้รับ	77 (25.4)
ไม่ได้รับ	226 (74.6)
กลุ่มยากันชัก	
ได้รับ	47 (15.5)
ไม่ได้รับ	256 (84.5)
กลุ่มยาควบคุมอารมณ์	
ได้รับ	10 (3.3)
ไม่ได้รับ	293 (96.7)
การรักษาอื่นๆ	
ได้รับ	292 (96.4)
ไม่ได้รับ	11 (3.6)

*ตอบหรือมีได้มากกว่า 1 ชนิด

ตารางที่ 2 ความชุกของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (n=303)

ลักษณะข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (ร้อยละ)
พฤติกรรมการคิดฆ่าตัวตายครั้งนี้	
มี	67 (22.4)
ไม่มี	232 (77.6)
พฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายครั้งนี้	
มี	15 (5.0)
ไม่มี	288 (95.0)
พฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย (n=15)	
พยายามครั้งแรก	3 (20.0)
พยายามซ้ำ	12 (80.0)

ตัวแปรที่พบนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้นี้ มีความคิดฆ่าตัวตายเป็น 3.00 เท่าของผู้ที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายก่อนหน้า (adjusted OR 95% CI; 1.40-6.40, p -value = 0.004) ส่วนผู้ป่วยที่มีการพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้นี้มีความคิดฆ่าตัวตายเป็น 4.27 เท่าของผู้ที่ไม่มีการพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้า (95% CI; 2.31-8.94, p -value < 0.001) นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางจิตมีความคิดฆ่าตัวตายเป็น 2.58 เท่าของผู้ที่ไม่มีโรคร่วมทางจิต (adjusted OR 95% CI; 1.14-5.85, p -value = 0.023) สำหรับจำนวนปัญหาหรือเหตุการณ์ที่มีในชีวิต กลุ่มผู้ป่วยที่มีมากกว่า 2 เหตุการณ์ และ 2 เหตุการณ์ในชีวิต มีความคิดฆ่าตัวตายเป็น 4.36 เท่า (adjusted OR 95% CI; 1.53-12.41, p -value = 0.006) และ

ตารางที่ 3 ปัจจัยสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับสุราจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียวและแบบพหุ (n=299)

ปัจจัย	ความคิดฆ่าตัวตาย จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		Crude odds ratio (95% CI)	Adjusted odds ratio (95% CI)	p -value
	มี (n=67)	ไม่มี (n=232)			
อาชีพ				-	-
เกษตรกร/รับจ้าง	37 (21.4)	136 (78.6)	0.60 (0.32-1.14)		
ค้าขาย/กิจการส่วนบุคคล/พนักงานบริษัท	2 (8.3)	22 (91.7)	0.20 (0.04-0.93)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5 (16.7)	25 (83.3)	0.44 (0.15-1.32)		
แม่บ้าน/นักเรียน/นักศึกษา	2 (40.0)	3 (60.0)	1.47 (0.23-9.48)		
ตกงาน/อื่นๆ	20 (31.3)	44 (68.8)	1.00		
การสนับสนุนจากครอบครัว					
ดี	21 (17.1)	102 (82.9)	0.29 (0.12-0.70)		
ปานกลาง	20 (26.0)	57 (74.0)	0.50 (0.20-1.22)		
น้อย	12 (41.4)	17 (58.6)	1.00		
ปัญหาโรคร่วมทางกาย					
มี	44 (19.9)	177 (80.1)	0.59 (0.33-1.07)		
ไม่มี	23 (29.5)	55 (70.5)	1.00		
ปัญหาโรคร่วมทางจิต					
มี	21 (38.2)	34 (61.8)	2.66 (1.41-5.00)	2.58 (1.14-5.85)	0.023
ไม่มี	46 (18.9)	198 (81.1)	1.00	1.00	



ตารางที่ 3(ต่อ) ปัจจัยสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับสุราจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียวและแบบพหุ (n=299)

ปัจจัย	ความคิดฆ่าตัวตาย จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		Crude odds ratio (95% CI)	Adjusted odds ratio (95% CI)	p-value
	มี (n=67)	ไม่มี (n=232)			
มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว				-	-
มี	7 (36.8)	12 (63.2)	2.12 (0.75-5.96)		
ไม่มี	24 (21.6)	87 (78.4)	1.00		
ความคิดฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้					
มี	25 (40.3)	37 (59.7)	3.46 (1.83-6.66)	3.00 (1.40-6.40)	0.004
ไม่มี	29 (16.2)	150 (83.8)	1.00	1.00	
การพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้					
มี	31 (50.0)	31 (50.0)	5.71 (3.01-10.83)	4.27 (2.31-8.94)	<0.001
ไม่มี	28 (14.9)	160 (85.1)	1.00	1.00	
จำนวนปัญหาหรือเหตุการณ์ที่มี					
มากกว่า 2 เหตุการณ์	16 (39.0)	25 (61.0)	5.22 (2.23-12.23)	4.36 (1.53-12.41)	0.006
2 เหตุการณ์	15 (30.6)	34 (69.4)	3.60 (1.56-8.31)	3.22 (1.08-9.57)	0.036
1 เหตุการณ์	23 (25.6)	67 (74.4)	2.80 (1.33-5.90)	2.49 (0.96-6.41)	0.059
ไม่มี	13 (10.9)	106 (89.1)	1.00	1.00	
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา					
>2 ครั้ง	26 (27.7)	68 (72.3)	1.56 (0.85-2.84)		
2 ครั้ง	11 (20.8)	42 (79.2)	1.06 (0.49-2.31)		
1 ครั้ง	30 (19.7)	112 (80.3)	1.00		
อาการทางจิตเมื่อแรกเริ่ม*					
Hallucination	47 (24.2)	147 (75.8)	1.36 (0.76-2.44)		
Delusion	32 (23.5)	104 (76.5)	1.12 (0.65-1.94)		
Orientation	6 (11.3)	47 (88.7)	0.39 (0.16-0.95)		
Insight	4 (19.0)	17 (81.0)	0.80 (0.26-2.47)		
ชนิดของสุรา					
ดื่มเหล้าขาว*	53 (26.6)	146 (73.4)	2.20 (1.15-4.21)	3.10 (1.33-7.20)	0.009
ดื่มเหล้าอื่นๆ เท่านั้น	14 (14.1)	85 (85)	1.00	1.00	
ปริมาณดื่มมาตรฐานต่อวัน					
มากกว่า 30 ดื่มมาตรฐาน	27 (32.1)	57 (67.9)	2.68 (1.25-5.77)		
21-30 ดื่มมาตรฐาน	2 (10.0)	18 (90.0)	0.63 (0.13-3.07)		
11-20 ดื่มมาตรฐาน	25 (22.5)	86 (77.5)	1.65 (0.77-3.52)		
น้อยกว่า 10 ดื่มมาตรฐาน	12 (15.0)	68 (85.5)	1.000		

หมายเหตุ ตัวแปรที่แสดงคงไว้เฉพาะที่ให้ p-value ต่ำกว่า 0.2 เพื่อนำเข้าสู่ตัวแบบสุดท้าย (crude OR)

*ดื่มเหล้าขาวอย่างเดียวหรือดื่มเหล้าอื่นๆ ด้วย

ตารางที่ 4 ปัจจัยสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับสุราจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว และแบบพหุ (n=303)

ปัจจัย	การพยายามฆ่าตัวตาย จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p-value
	มี (n=15)	ไม่มี (n=288)			
อายุ (ปี)				-	-
10-39	9 (8.7)	95 (91.3)	2.75 (0.72-10.48)		
40-49	3 (2.8)	106 (97.2)	0.82 (0.16-4.17)		
≥50	3 (3.3)	87 (97.7)	1.00		
ภูมิลำเนา					
จังหวัดเชียงใหม่	12 (7.5)	148 (92.5)	3.78 (1.05-13.69)	4.80 (1.14-20.20)	0.033
ต่างจังหวัดในเขตภาคเหนือ/ภาคอื่นๆ	3 (2.1)	140 (97.9)	1.00	1.00	
อาชีพ					
เกษตรกรกรรม/รับจ้างแม่บ้าน/นักเรียน/ นักศึกษา	7 (3.9)	174 (96.1)	0.39 (0.13-1.20)		
ค้าขาย/กิจการส่วนบุคคล/พนักงาน ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (1.8)	54 (98.2)	0.18 (0.02-1.54)		
ตกงาน/อื่นๆ	6 (9.4)	58 (90.6)	1.00		
การสนับสนุนจากคนรอบข้าง					
ดี	3 (2.4)	120 (97.6)	0.22 (0.04-1.13)		
ปานกลาง	7 (9.0)	71 (91.0)	0.85 (0.20-3.55)		
น้อย	3(10.3)	26 (89.7)	1.00		
ปัญหาโรคร่วมทางจิต					
มี	6(10.5)	51 (89.5)	3.10 (1.06 - 9.09)	3.78 (1.07-13.28)	0.038
ไม่มี	9 (3.7)	237 (96.3)	1.00	1.00	
การพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้าครั้งนี้					
มี	12(19.0)	51 (81.0)	14.67 (3.99-53.95)	15.22 (3.98-58.18)	<0.001
ไม่มี	3 (1.6)	187 (98.4)	1.00	1.00	
จำนวนปัญหาหรือเหตุการณ์ที่มี					
>2 เหตุการณ์	6(14.3)	36 (85.7)	19.67	(2.29-168.78)	
2 เหตุการณ์	3 (6.0)	47 (94.0)	7.53 (0.76-74.25)		
1 เหตุการณ์	5 (5.4)	87 (94.6)	6.78 (0.78-59.09)		
ไม่มี	1 (0.8)	118 (99.2)	1.00		
ชนิดของสุรา					
ดื่มเหล้าขาว*	10(26.6)	192 (73.4)	0.99 (0.33-2.98)		
ดื่มเหล้าอื่นๆ เท่านั้น	5(14.1)	95 (85)	1.00		
ปริมาณดื่มมาตรฐานต่อวัน					
มากกว่า 30 ดื่มมาตรฐาน	3 (3.5)	83 (96.5)	0.38 (0.09-1.51)		
21-30 ดื่มมาตรฐาน	1 (4.8)	20 (95.2)	0.52 (0.02-4.49)		
11-20 ดื่มมาตรฐาน	4 (3.6)	108 (96.4)	0.39 (0.11-1.37)		
≤10 ดื่มมาตรฐาน	7 (8.8)	73 (91.3)	1.00		

หมายเหตุ ตัวแปรที่แสดงคงไว้เฉพาะที่ให้ p-value ต่ำกว่า 0.2 เพื่อนำเข้าสู่ตัวแบบสุดท้าย (crude OR)

*ดื่มเหล้าขาวอย่างเดียวหรือดื่มเหล้าอื่นๆ ด้วย



3.22 เท่า (adjusted OR 95% CI; 1.08-9.57, p -value = 0.036) ของผู้ป่วยที่ไม่มีเหตุการณ์ในชีวิตตามลำดับ และยังพบผู้ป่วยที่ดื่มสุรามีความคิดฆ่าตัวตายเป็น 3.10 เท่าของผู้ที่ไม่ดื่มสุรา (adjusted OR 95% CI; 1.33-7.20, p -value = 0.009) ดังแสดงในตารางที่ 3

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย

จากการวิเคราะห์หาปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุราที่มีการพยายามฆ่าตัวตายนั้น เมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย คือมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ มีการพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้า มีปัญหาโรคร่วมทางจิตและจำนวนปัญหาหรือเหตุการณ์ในชีวิตมากกว่า 3 เหตุการณ์ในชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 4

ส่วนการวิเคราะห์หาปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุราที่มีการพยายามฆ่าตัวตาย เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกแบบพหุ ในตัวแบบสุดท้ายมีจำนวน 3 ตัวแปร ที่พบนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่มีการพยายามฆ่าตัวตายเป็น 4.80 เท่าของผู้ที่มีภูมิลำเนาอื่นๆ (adjusted OR 95% CI; 1.14-20.20, p -value = 0.033) และผู้ป่วยที่มีการพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้านั้นมีการพยายามฆ่าตัวตายเป็น 15.22 เท่าของผู้ที่ไม่มีการพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้า (adjusted OR 95% CI; 3.98-58.18, p -value < 0.001) ส่วนปัจจัยด้านโรคร่วมทางจิต พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคร่วมทางจิตมีการพยายามฆ่าตัวตายคิดเป็น 3.78 เท่าของผู้ที่ไม่มีปัญหาโรคร่วมทางจิต (adjusted OR 95% CI; 1.07-13.28, p -value = 0.038) ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

การศึกษานี้ได้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 43.95 ± 9.65 ปี สอดคล้องกับข้อมูลจากศูนย์วิจัยปัญหาสุราที่พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มสุรามากกว่าเพศหญิง

และประชากรที่ดื่มทั้งในเพศชายและหญิงอยู่ในช่วงอายุ 25-59 ปี⁽¹⁾ นอกจากนี้ พบโรคร่วมทางกายในกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เช่นเดียวกับการศึกษาอื่นๆ เช่น โรคตับ โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคความดันโลหิตสูง⁽²⁾ สำหรับความชุกของพฤติกรรมการฆ่าตัวตายนั้น พบว่าร้อยละ 22.4 มีความคิดฆ่าตัวตาย และร้อยละ 5.0 มีการพยายามฆ่าตัวตาย จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างมีความชุกของพฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่ค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับงานวิจัยก่อนหน้า ซึ่งพบว่าการฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 4.67 ในกลุ่มที่มีการใช้สุรา⁽⁶⁾ ในขณะที่อีกการศึกษาหนึ่งพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายมากกว่าเป็นร้อยละ 31.2 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในแต่ละการศึกษา มีระดับความรุนแรงในการดื่มที่แตกต่างกันออกไป รวมถึงลักษณะประชากรที่ศึกษาในการศึกษานี้ได้มาจากโรงพยาบาลส่งต่อที่อาจทำให้ความชุกสูงกว่าบางการศึกษา

สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุราที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายก่อนหน้านั้น ทั้งความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายมีความคิดฆ่าตัวตายสูงเป็น 3.46 เท่า และ 5.71 เท่า ของผู้ที่ไม่มีความคิดและพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้าตามลำดับ จากการศึกษาส่วนใหญ่ที่ศึกษาปัจจัยนี้ มักจะทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว พบว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายเคยมีความคิดฆ่าตัวตายมาก่อนหน้าคิดเป็นร้อยละ 61.0^(12,13) แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการฆ่าตัวตายก่อนหน้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมคิดฆ่าตัวตายซ้ำ อย่างไรก็ตาม การศึกษาปัจจัยนี้ในผู้ป่วยติดสุรายังมีข้อมูลจำกัด ในกลุ่มผู้ป่วยติดสุราที่เคยมีความคิดฆ่าตัวตาย หรือเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน อาจจะเป็นกลุ่มที่มีปัญหาและซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติดังกล่าว ดังนั้น จึงควรมีการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดสุราที่เคยมีประวัตินี้มาก่อน ส่วนผู้มีโรคร่วมทางจิตมีความคิดฆ่าตัวตายสูง โดยโรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคร่วมทางจิตที่สำคัญ จากการศึกษาในโรงพยาบาลสวนปรุง พบความชุกของการคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์สองขั้วคิดเป็นร้อยละ

31.9 และ 46.6 ตามลำดับ^(14,15) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางจิตตั้งกล่าว มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายอยู่แล้ว และมีโอกาสในการเข้าหาและติดสุรามากขึ้น จากผลของสุราที่มีต่อทั้งร่างกายและทางจิตที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่า อย่างไรก็ตาม ปัญหาโรคร่วมทางกายไม่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายในการศึกษานี้ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีหรือไม่มีความคิดฆ่าตัวตายมีสัดส่วนของการมีโรคร่วมทางกายไม่แตกต่างกัน

ผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือเหตุการณ์ในชีวิตมีความสัมพันธ์ต่อความคิดฆ่าตัวตายขึ้นกับจำนวนเหตุการณ์ที่มี ดังแสดงในผลการศึกษา ผู้ที่มีปัญหาหรือเหตุการณ์มากกว่า 3 เหตุการณ์ขึ้นไปมีโอกาสคิดฆ่าตัวตายสูงสุด โดยจำนวนปัญหาหรือเหตุการณ์ที่มากขึ้นจะส่งผลทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายที่มากขึ้น ซึ่งตรงกับการศึกษาของต่างประเทศ ที่กล่าวว่า ความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายจะแปรผันตรงกับจำนวนปัญหาที่มี เนื่องจากจำนวนปัญหาที่มีมากขึ้นส่งผลให้เกิดความเครียดและไม่สามารถแก้ปัญหาที่มีได้และใช้การฆ่าตัวตายเป็นทางออก⁽¹⁶⁾

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ดื่มสุราชนิดสุราขาว โดยผู้ป่วยที่ดื่มสุราขาวมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ดื่มสุราชนิดนี้ ในขณะที่เดียวกันเมื่อคำนวณปริมาณดื่มมาตรฐานต่อวัน พบว่าผู้ป่วยที่ดื่มสุรามากกว่า 30 ดื่มมาตรฐานมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลที่ได้นี้อาจเป็นเพราะสุราขาวมีปริมาณแอลกอฮอล์ 40 ดีกรี⁽¹⁷⁾ ซึ่งมากกว่าสุราชนิดอื่น เช่น สุราแดงจะมีปริมาณแอลกอฮอล์เพียง 35 ดีกรี ในขณะที่ปริมาณดื่มมาตรฐานที่เพิ่มสูงขึ้น แสดงถึงปริมาณแอลกอฮอล์ที่ได้รับมากขึ้นด้วย ซึ่งการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่มาก เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยติดสุรา⁽⁸⁾ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ชนิดของสุราและปริมาณการดื่มต่อวันเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับสุรา

ผู้ที่มีการสนับสนุนจากครอบครัวในระดับดี เช่น มีญาติคอยดูแล เอาใจใส่ ให้กำลังใจและสนับสนุนผู้ป่วย จะมีแนวโน้มที่จะมีความคิดฆ่าตัวตายน้อยกว่าผู้ที่มีการสนับสนุน

จากครอบครัวในระดับต่ำ เช่น ถูกดูต่ำและถูกทอดทิ้งจากคนในครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีการศึกษาที่ก่อนหน้านี้พบว่าการที่บุคคลมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย มีความสัมพันธ์กับการคิดและการพยายามฆ่าตัวตาย การเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคมทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง⁽¹⁸⁾ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ดื่มสุรามากพบว่ามักจะอยู่ในกลุ่มที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยด้วย ทั้งนี้อาจจะเป็นไปได้ทั้งสองทิศทางคือการมีปัญหากับครอบครัว บุคคลรอบข้างใกล้ชิดทำให้หันเข้าหาการดื่มสุรามากขึ้น และยังการดื่มสุรามากก็ยิ่งทำให้ครอบครัวเมื่อน่าย ลดการสนับสนุน ผู้ป่วยอาจจะขาดครอบครัวที่ใจกำลังใจ ตลอดจนสามารถช่วยแก้ไข้ปัญหาและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ทำให้มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายน้อยลง

ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายนั้น พบว่าผู้ที่มีโรคร่วมทางจิตมีการพยายามฆ่าตัวตายสูง เช่นเดียวกันกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายโดยโรคร่วมทางจิตที่สำคัญ ซึ่งได้แก่โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งแนวโน้มการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยสองกลุ่มนี้สอดคล้องกับผลของงานวิจัย meta-analysis ในผู้ป่วยโรคจิตเวช ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่จะเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย⁽¹⁹⁾ สำหรับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้ ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการพยายามฆ่าตัวตายนั้น พบว่า ผู้ที่เคยมีการพยายามฆ่าตัวตายครั้งก่อนมีแนวโน้มการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีการพยายามฆ่าตัวตายนมาก่อน ซึ่งให้ผลไปในทางเดียวกันกับงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยติดสุราที่กล่าวว่า การพยายามฆ่าตัวตายนก่อนหน้านี้เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตาย⁽⁷⁾ อีกทั้งมีงานวิจัยในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่พบว่าร้อยละ 31.3 เป็นการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ⁽²⁰⁾ โดยการศึกษาครั้งนี้พบความชุกของผู้ที่มีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 80 จากผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด 15 คน แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีจำนวนน้อย แต่ก็ก็นับว่าเป็นสัดส่วนที่สูง ดังนั้นจึงควรเฝ้าระวังเพิ่มมากขึ้นในผู้ที่มีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากมีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จ

สูง⁽²¹⁾

ผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่มีการพยายามฆ่าตัวตายเป็น 3.75 เท่าของผู้ป่วยที่อยู่ในภูมิลำเนาอื่น ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุงเท่านั้น ทำให้ผลการศึกษาอาจเกิด selection bias เนื่องจากผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่มีโอกาสถูกส่งมามากกว่าจากที่อื่นเพราะมีความสะดวกในการเดินทางมากกว่า ผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากที่อื่นๆ จึงมีจำนวนน้อยกว่าเนื่องจากอาจทำการรักษาในโรงพยาบาลในพื้นที่มากกว่าด้วยข้อจำกัดของการส่งต่อและกลุ่มตัวอย่างก็มีจำนวนน้อย อาจเป็นข้อจำกัดในการพิจารณาความสัมพันธ์

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ได้แก่ การขาดกำลังในการทดสอบในบางตัวแปรเนื่องจากจำนวนผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายน้อย การเก็บข้อมูลย้อนหลังทำให้ขาดข้อมูลบางส่วน รวมทั้งรูปแบบการศึกษาภาคตัดขวางแบบวิเคราะห์อาจทำให้เกิดปัญหาในเรื่องของการสรุปความเป็นเหตุเป็นผลได้ แต่ก็ทำให้ได้สมมติฐานในการทำการศึกษารูปแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้าในอนาคตต่อไป

ข้อยุติ

ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุราในการศึกษานี้ พบความชุกของความคิดฆ่าตัวตายน้อยละ 22.4 และการพยายามฆ่าตัวตายน้อยละ 5.0 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายได้แก่ การมีปัญหาโรคร่วมทางจิต การมีความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้ จำนวนปัญหาหรือเหตุการณ์ในชีวิต 2 เหตุการณ์ขึ้นไป และการดื่มสุราขาวสำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายได้แก่ การพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้ และปัญหาโรคร่วมทางจิต บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงญาติควรให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะเหล่านี้เป็นพิเศษ สำหรับการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ทางโรงพยาบาลอาจสร้างความเข้าใจกับญาติของผู้ป่วย เนื่องจากปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ การมีปัญหา

หรือเหตุการณ์ในชีวิตก็ถือว่าเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย บุคลากรทางการแพทย์ควรให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา หาทางออกของปัญหา และสร้างทัศนคติที่ดีในการดำเนินชีวิตต่อไปให้กับผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ. สุรเชษฐ ฝ่องธัญญา และ ดร.ภญ.วนิดา พุ่มไพศาลชัย ที่ให้คำแนะนำและสละเวลาในการอ่านและปรับแก้ฉบับนี้ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลสวนปรุง ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ ดร.นพ.ศิริศักดิ์ นันทะ โรงพยาบาลแม่สาย ในการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์โดยเฉพาะการอภิปรายผลการศึกษาทำให้ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Thamarangsri T. Thailand's alcohol consumption and impacts in the year 2013. Nonthaburi: The Graphico Systems (Thailand); 2013. (in Thai)
2. Booncharoen H. Alcohol drinking and mental health impact. 2005 [cited 2013 Jun 15]. Available from: http://www.hiso.or.th/hiso/news_hiso/fileUpload/530-file-5.pdf. (in Thai)
3. World Health Organization. WHO-SUPRE 2009. WHO Publication [online]. 2009 [cited 2013 Jun 15]; Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/en.
4. Department of Mental Health. Ministry of Public Health. Suicide rate report of Thailand divided by province. 2013 [cited 2013 June 15]; Available from: <http://www.dmh.go.th/report/suicide/>. (in Thai)
5. Sher L. Risk and protective factors for suicide in patients with alcoholism. The Scientific World Journal. 2006;6:1405-11.
6. Rossow I, Amundsen A. Alcohol abuse and suicide: A 40-year prospective study of Norwegian conscripts. Addiction. 1995; 90(5):685-91.
7. Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Bucholz KK, Hesselbrock MN, et al. Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women. American Journal of Psychiatry. 2003;160(1):56-63.
8. Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, McEvoy L. Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. Archives of General Psychiatry. 1992;49(6):459.
9. Junsirimongkol B, Suriyachai S, Booncharoen H, Wiroteurairuang K, Joowong S, Khunarak U. Psychiatric comorbidity among in-

- patients with alcohol use disorders. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2013;21(2):76-87. (in Thai)
10. Ruengorn C, Nanta S. Sample size estimation commonly found in psychiatry research using computer programs. *Bulletin of Suan Prung*. 2014;30(2):59-76. (in Thai)
 11. Concato J, Feinstein AR, Holford TR. The risk of determining risk with multivariate methods. *Ann Intern Med* 1993;118:201-10.
 12. Valtonen H, Suominen K, Mantere O, Leppämäki S, Arvilommi P, Isometsä E. Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(11):1456-62.
 13. Oquendo M, Waternaux C, Brodsky B, Parsons B, Haas G, Malone K, et al. Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and non-attempters. *J Affect Disord*. 2000;59(2):107-17.
 14. Plibai P, Sangharn S, Chernchom A. Factors associated with suicidal ideation and suicidal attempt in bipolar patients (Independent study). Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University; 2010. (in Thai)
 15. Romyen C, Sritarathikhun W. Associated with suicidal ideation and suicidal attempt in recurrent major depressive disorder (Independent study). Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University; 2008. (in Thai)
 16. Casey P, Dunn G, Kelly B, Birkbeck G, Dalgard O, Lehtinen V, et al. Factors associated with suicidal ideation in the general population: five-centre analysis from the ODIN study. *Br J Psychiatry*. 2006;189(5):410-5.
 17. Alcohol Use Disorders in Identification Test (AUDIT) [online]. 2012 [cited 2014 Sep 13]; Available from: [www.mcc-galya.com/userfiles/files/AUDIT\(1\).doc](http://www.mcc-galya.com/userfiles/files/AUDIT(1).doc). (in Thai)
 18. Jaichamcheaun N. Cases study of suicide attempters in Wanglungmai village (Master's thesis). Graduate School, Chiang Mai University; 2001. (in Thai)
 19. Harris E, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997;170(3):205-28.
 20. Christiansen E, Jensen BF. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust NZ J Psychiatry*. 2007; 41(3):257-65.
 21. Saerysatien P. Suicide surveillance system in Thailand. Chiang Mai. *Hospital Journal*. 2005;21(1). (in Thai)