



ความชุกของโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองที่มารับการรักษา ในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

วินิทรา นวลละออ พ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุก (Prevalence) ของโรคซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย และทำร้ายตนเอง

วิธีการศึกษา การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study design) เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์ผู้ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองจำนวน 92 คนในระยะเวลา 11 เดือน และใช้เกณฑ์ DSM-IV-TR ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยโรค Depressive disorders พบร้อยละ 8.7 โดยเป็นการทำร้ายตนเองเพื่อฆ่าตัวตายจริงๆ เทียบกับกลุ่มที่ทำเพื่อต้องการหนีปัญหาหรือประชดเท่ากับ 1:1

วิธีการที่ใช้ในการทำร้ายตนเองสูงที่สุดคือการกินยาเกินขนาด (ร้อยละ 40) และยาที่มีการนำมาใช้กินเกินขนาดมากที่สุดคือพาราเซตามอล (ร้อยละ 59.7) วิธีการที่ใช้รองลงมาคือการกินสารพิษ (ร้อยละ 37) ซึ่งสารพิษที่มีการใช้มากที่สุดคือน้ำยาล้างห้องน้ำ (ร้อยละ 52.9)

เหตุผลของความพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ร้อยละ 46.7 ของกลุ่มตัวอย่างทำเนื่องจาก ประชด น้อยใจ โกรธ หรือหุนหันพลันแล่น ร้อยละ 26.1 ของกลุ่มตัวอย่างทำเนื่องจากเครียด ไม่มีทางออก หรือต้องการหนีจากปัญหาที่เผชิญอยู่ ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ที่นำมาซึ่งการทำร้ายตนเองคือปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ (ร้อยละ 74) มีเพียงร้อยละ 7.6 ของกลุ่มตัวอย่างทำร้ายตนเองเพราะต้องการฆ่าตัวตายจริงๆ

สรุปผลการศึกษา ความชุกของโรคซึมเศร้า ในกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างต่ำอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้รับการส่งปรึกษาแผนกจิตเวช การที่ผู้ทำร้ายตนเองส่วนใหญ่ทำด้วยอารมณ์หรือต้องการหนีปัญหาซึ่งส่วนใหญ่คือปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ทำร้ายตนเอง ควรมีการให้คำแนะนำเรื่องการควบคุมอารมณ์และการจัดการกับปัญหาความสัมพันธ์ควบคู่ไปกับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช

คำสำคัญ โรคซึมเศร้า, การพยายามฆ่าตัวตาย, การทำร้ายตนเอง

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2550; 52(1); 19 -28

*สาขาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กรุงเทพมหานคร



The prevalence of depressive disorders in attempted suicide and deliberate self-harm patients at Thammasat Cha-leamprakit Hospital

Winitra Nuallaong, M.D.*

Abstract

Objective To study the prevalence of depressive disorders in suicide and deliberate self-harm patients at Thammasat Cha-lermprakit Hospital.

Method A descriptive study was conducted on 92 patients with provisional diagnosis of attempted suicide or deliberate self-harm, at Thammasat Cha-leaumprakit Hospital. The patients were interviewed and assessed by the research psychiatrist using DSM-IV-TR criteria diagnosis for psychiatric disorders.

Results Around 8.7% of participants were diagnosed with depressive disorders. The most common method of self-harm was drug overdose (40%), with acetaminophen being the most common drug used (59.7%). Thirty seven-percent reported ingestion of chemicals, particularly household cleaning products (52.9%).

The participants gave various reasons for their act. Mostly of them (46.7%) had no intention to die and attributed the act to the feeling of anger or impetuosity. Twenty-six percent cited a stressful life event and wanted to escape from it. The most common life events reported were interpersonal relationship problems. Only 7.6% had intended to die.

Conclusion The prevalence of depressive disorders in this study was relatively low. This was possibly due to the way in which the cases had been referred to the psychiatrists. Future research should aim to ascertain data on those who complete suicide or attempted suicide with subsequent severe morbidity. This group of patients may not usually be referred to psychiatrists for further assessment. Commonly cited causes of self-harm are poor emotional control and interpersonal relationship problems are helpful for health professionals in preparing a treatment guideline and developing the training in anger management and interpersonal relationship problems counseling.

Key words depressive disorders, attempted suicide, deliberate self-harm

J Psychiatr Assoc Thailand 2007; 52(1); 19 - 28

*Division of Psychiatry, Faculty of Medicine, Thammasat University, Bangkok

บทนำ

เป็นที่ทราบดีว่าการพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) และการทำร้ายตนเอง (deliberate self-harm) เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อย และผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล ด้วยภาวะเหล่านี้มักมีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น โรคซึมเศร้า, การติดสารเสพติด เป็นต้น นอกจากการพยายามฆ่าตัวตายแล้ว ผู้ป่วยที่ทำร้ายตนเองโดยเจตนา (deliberate self-harm) เช่น การกรีดร่างกายด้วยใบมีดโกน แก้ว หรือวัสดุมีคมอื่นๆ ถือเป็นผู้ป่วยอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งมีปัญหาทางจิตแตกต่างจากผู้ที่ฆ่าตัวตาย โดยผู้ที่ทำร้ายตนเองโดยเจตนาส่วนใหญ่ใช้การทำร้ายตนเองเพื่อแสดงออกถึงการ “ขอความช่วยเหลือ” และไม่ได้มีเจตนาที่จะกรีดร่างกาย เพื่อให้ถึงแก่ชีวิต แต่กรีดเพื่อลดความกดดัน ความเครียด หรือความกังวลของตน¹

การฆ่าตัวตายเป็นความสูญเสียแก่ประเทศในเชิงเศรษฐกิจ สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของครอบครัวอย่างสูง โดยเฉพาะแล้วการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายแต่ละครั้งมีผลกระทบต่อคนใกล้ชิดเพียงน้อย 6 คน³ และหากเหตุการณ์เกิดขึ้นในโรงเรียนหรือโรงงานก็จะมีผลกระทบต่อคนอื่นๆ ได้ประมาณร้อยละคน แม้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ยังไม่ถึงแก่ชีวิต ก็ยังมีความสูญเสียจากการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือพิการทุพพลภาพ ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด ในระดับสังคมจัดว่าเป็นการสูญเสียทั้งแรงงานการผลิตและค่าใช้จ่ายในการรักษา

จากสถิติของกรมสุขภาพจิตพบว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอันดับ 8 ของผู้ชายไทย และประชากรไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้นนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-2544 โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับร้อยละ 27.36, 28.67, 35.22, 30.72, และ 36.41 ตามลำดับ⁴ มีแนวโน้มว่าปัจจุบันผู้ที่พยายาม

ฆ่าตัวตาย (suicide attempters) มีอาการซึมเศร้าสิ้นหวัง ต้องการตายในระดับที่สูงกว่าเมื่อ 30 ปีก่อน และปัจจุบันพบผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายตั้งแต่ 4 ครั้งขึ้นไปมากกว่าในอดีตถึงเกือบเท่าตัว⁵

การศึกษาในประเทศไทยจาก 7 จังหวัดภาคอีสาน⁶ พบว่าในจำนวนผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตาย 202 รายเป็นผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ 139 ราย (ร้อยละ 68.81) และฆ่าตัวตายสำเร็จ 63 ราย (ร้อยละ 31.18) วิธีการที่ใช้ในผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จที่พบบ่อยที่สุดคือการกินสารพิษ 133 ราย (ร้อยละ 65.84) และผูกคอก 55 ราย (ร้อยละ 27.23) สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่⁷ ซึ่งวิธีการที่ใช้บ่อยที่สุดในผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ วิธีการกินสารพิษ (ส่วนใหญ่เป็นสารเคมีเกษตร) ร้อยละ 45.6 และผูกคอร้อยละ 51.2

ส่วนในผู้ที่ทำร้ายตนเองและพยายามฆ่าตัวตายและไม่สำเร็จ มีการศึกษาในประเทศไอร์แลนด์ โดย O'Rourke M และคณะ⁸ พบว่าร้อยละ 30 ของผู้ที่กินยาเกินขนาดแต่ยังไม่ถึงแก่ชีวิตเลือกกินยาพาราเซตามอล การศึกษาในประเทศอิสราเอล⁹ โดย Lifshitz M, Gavrilov V. พบว่ายาที่วัยรุ่นใช้ในการกินเกินขนาดเพื่อฆ่าตัวตายมากที่สุดคือพาราเซตามอล ส่วนสารพิษอื่นที่ไม่ใช่ยาซึ่งนำมาใช้กินเพื่อฆ่าตัวตายมากที่สุดคือยาฆ่าแมลงและสารที่หาได้ในบ้าน (household materials)

ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ และคณะ¹³ ได้ศึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่ระหว่างเดือนมกราคม 2537 ถึงมิถุนายน 2540 จำนวน 485 คน พบอัตราส่วนเพศชายต่อหญิงเป็น 1 ต่อ 1 เช่นกัน เมื่อจำแนกตามช่วงอายุพบว่า ร้อยละ 40 อยู่ในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น (20 ปีลงไป) โดยเป็นเพศหญิงต่อชายเท่ากับ 2:1 ในขณะที่ร้อยละ 55.7 เป็นวัยผู้ใหญ่ (21-60 ปี) โดยพบเพศหญิง น้อยกว่าชาย คือ 0.71:1 เพศชายพบเป็น

วัยผู้ใหญ่มากกว่าคือร้อยละ 61.7 ในขณะที่เพศหญิงส่วนใหญ่มักจะเป็นเด็กและวัยรุ่น (ร้อยละ 51.6)

การศึกษาในจังหวัดนครราชสีมาพบว่าผู้ที่พฤติกรรมฆ่าตัวตายและทำไม่สำเร็จ (ซึ่งไม่ได้ระบุชัดเจนในการศึกษาว่าเป็น attempted suicide หรือ deliberate self-harm) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นการปรับตัวผิดปกติ (adjustment disorder) ร้อยละ 46 และซึมเศร้าร้อยละ 32¹⁶

การฆ่าตัวตายซ้ำ (reattempted suicide) เป็นอีกปัญหาหนึ่งของการฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองซึ่งพบได้บ่อยและมีความสำคัญ การศึกษาในประเทศสวีเดนพบว่าจากการติดตามผลใน 5 ปีของผู้ป่วยที่มีประวัติฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองมาก่อน ร้อยละ 40 ฆ่าตัวตายซ้ำอีกครั้งหนึ่ง (ส่วนใหญ่ภายใน 3 ปีแรก) และร้อยละ 13 ฆ่าตัวตายสำเร็จ (ส่วนใหญ่ภายใน 2 ปีแรก)¹⁷ การศึกษาในประเทศฮังการี พบว่าปัจจัยที่ทำให้ฆ่าตัวตายซ้ำมีหลายอย่าง ได้แก่ หย่าร้าง ตกงานหรือไม่มีรายได้ ไม่ได้รับการศึกษาในระดับสูง มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย โดยเฉพาะปัจจัยสุดท้ายซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด¹⁸

การดูแลรักษาและให้ความช่วยเหลือผู้ที่ทำร้ายตนเองและพยายามฆ่าตัวตายมีหลากหลายวิธี เช่น การให้ยา การให้ความช่วยเหลือด้านจิตสังคม และการรักษาด้วย ECT (Electroconvulsive therapy)¹⁹ ซึ่งในผู้ที่ไม่มีประวัติอาการทางจิตเวชชัดเจน การช่วยเหลือด้านจิตสังคมจึงเป็นการช่วยเหลือที่พิจารณาเป็นลำดับแรก อย่างไรก็ตาม Van der Sande และคณะ²⁰ ได้ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกให้การดูแลแบบ intensive psychosocial treatment ได้แก่การรับไว้ใน crisis-intervention unit ระยะเวลาสั้นๆ แล้วจึงสอนทักษะในการแก้ปัญหา ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งให้การดูแลตามปกติ เมื่อติดตามผล 12 เดือนพบว่าเกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำไม่ต่างกัน

นอกจากนั้น Van der Sande และคณะ²¹ ได้ทำ systemic review ในเรื่องการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าการทำ psychosocial crisis intervention หรือการรับผู้ป่วยไว้ในกรณีฉุกเฉินไม่ได้มีผลลดอัตราการกระทำซ้ำในระยะยาว อย่างไรก็ตาม Van der Sande และคณะไม่ได้กล่าวถึงการลดอัตราการกระทำซ้ำในระยะสั้น (ประมาณ 72 ชั่วโมงหลังการทำร้ายตนเอง)

การศึกษาเรื่องนี้จึงมีประโยชน์ในการพัฒนาวิธีการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ป่วยที่ทำร้ายตนเอง หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย คัดกรองภาวะทางจิตเวชที่พบบ่อย และพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยมายังจิตแพทย์ได้อย่างเหมาะสม²

วัตถุประสงค์และวิธีการ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study design) โดยมีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

การเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แหล่งที่มาของประชากร (Source of study population) ได้มาจากผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

เกณฑ์การคัดเลือกประชากร ได้แก่ เป็นผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติด้วยปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง แล้วส่งปรึกษามายังแผนกจิตเวชตามมาตรฐานการบริการ ผู้ป่วยสามารถพูดคุยด้วยวาจาหรือสื่อสารทางการเขียนกับจิตแพทย์ผู้สัมภาษณ์ได้

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าใจคำถามสัมภาษณ์ได้ เช่น มีข้อจำกัดทางเขาวนปัญญาอย่างมากหรือมีอาการทางจิตรุนแรงจนไม่สามารถให้ความร่วมมือได้ รวมถึงผู้ที่มีปัญหา

อันอาจส่งผลต่อความถูกต้องของข้อมูล เช่น ภาวะสับสน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. จิตแพทย์ผู้สัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลจำนวน 1 คน
2. แบบบันทึกข้อมูลซึ่งประกอบด้วย demographic data วิธีการทำร้ายตนเอง สาเหตุ precipitating causes ปัจจัยที่สนับสนุนหรือป้องกันการฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเอง
3. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตาม DSM-IV-TR

วิธีการเก็บข้อมูล

ค้นหาเพิ่มประวัติของผู้ป่วยที่มารับการรักษาเนื่องจากการพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองย้อนหลังประมาณ 2 เดือนเพื่อทดสอบแบบบันทึกข้อมูล และไปข้างหน้าเป็นเวลา 11 เดือนตั้งแต่เดือนมกราคม - พฤศจิกายน 2548

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลต่าง แล้วได้นำมาวิเคราะห์ดังนี้ วิเคราะห์ prevalence of depression และ 95% confidence interval การจำแนกชนิดของโรคทางจิตเวช ใช้ค่าจำนวน ร้อยละ และ 95% confidence: Interval การจำแนกลักษณะของประชากรที่พยายามฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองซึ่งมีความเสี่ยงต่อการกระทำซ้ำหรือใช้วิธีการที่รุนแรงกว่าประชากรทั่วไป ใช้ค่าจำนวน ร้อยละ ปัจจัยอื่นๆ ใช้ค่าจำนวน ร้อยละ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ศึกษามีรวมทั้งสิ้น 92 คน เป็นเพศหญิง:เพศชายประมาณ 2:1 สถานภาพส่วนใหญ่ยังไม่ได้สมรสซึ่งคิดเป็นร้อยละ 60 และ

สามารถแยกออกได้เป็นกลุ่มที่อาศัยกับคู่ครอง (ยังไม่ได้จดทะเบียนสมรส):ไม่ได้อาศัยกับคู่ครองเท่ากับ 1:2 ช่วงอายุที่มารับการรักษามากที่สุดคือวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 21-30 ปี) ซึ่งถือเป็นครึ่งหนึ่งของจำนวนประชากรทั้งหมด รองลงมาคือวัยรุ่น (อายุ 16-20 ปี) ซึ่งคิดเป็น 1 ใน 4 ของประชากรทั้งหมด ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ประมาณร้อยละ 25 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพและถูกจ้างโรงงาน (ดูตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากรที่ศึกษา

		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	62	67.4
	ชาย	30	32.6
อายุ	<16 ปี	6	6.52
	16-20 ปี	26	28.26
	21-30 ปี	45	48.91
	31-40 ปี	8	8.70
	41-50 ปี	2	2.17
	มากกว่า 50 ปี	5	5.43
การศึกษา	กำลังศึกษา	21	22.8
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	60	65.2
	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	8	8.7
อาชีพ	นักศึกษา	23	25.1
	รับราชการ	2	2.2
	ลูกจ้างโรงงาน	14	15.2
	ลูกจ้างบริษัทเอกชน	9	9.8
	กิจการส่วนตัว	3	3.3
	รับจ้างทั่วไป	16	17.4
	ว่างงาน	19	20.7
สถานภาพ	แม่บ้าน	1	1.5
	โสดอยู่กับคู่รัก	20	21.8
	โสดไม่อยู่กับคู่รัก	43	46.7
	สมรส	23	25.0
	แยกกันอยู่, ม่าย, หย่า	5	5.4

2. อัตราการป่วยทางจิตเวชในกลุ่มตัวอย่าง

ประมาณ 3 ใน 4 ของประชากรทั้งหมด ไม่มีประวัติอาการด้านจิตเวชมาก่อนมีประวัติซึ่งเข้าได้กับอาการของโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 8.7 มีประวัติเข้าได้กับอาการของโรควิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 4.3 ซึ่งเท่ากับกลุ่มที่มีอาการโรคจิต กว่าครึ่งหนึ่งไม่เคยใช้สารเสพติดใดๆ มาก่อน แต่มีประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบร้อยละ 32.6 และสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 12

เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ เกือบครึ่งหนึ่ง วินิจฉัย adjustment disorder (ร้อยละ 42.4) รองลงมา ร้อยละ 25 ไม่มีการวินิจฉัยทางจิตเวช การวินิจฉัยในกลุ่ม depressive disorder พบร้อยละ 8.7 การวินิจฉัยในกลุ่ม psychotic disorder ร้อยละ 4.3 การวินิจฉัยในกลุ่ม substance related disorder ร้อยละ 3.3 การวินิจฉัยในกลุ่มบุคลิกภาพผิดปกติร้อยละ 2.2 และอื่นๆ ร้อยละ 1.1 (ตารางที่ 2)

เมื่อพิจารณาจากอายุตามการวินิจฉัยพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่วินิจฉัยโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วงอายุมากกว่า 50 ปี ในระหว่างที่กลุ่ม adjustment disorder ร้อยละ 87.2 อยู่ในช่วงอายุ 16-30 ปี

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยหลักทางจิตเวชของกลุ่มประชากร

การวินิจฉัย	จำนวน	ร้อยละ	95% CI
No diagnosis	23	25.0	24.65 - 25.35
Adjustment disorder	39	42.4	42.05 - 42.75
กลุ่ม depressive disorder	8	8.7	8.35 - 9.05
กลุ่ม anxiety disorder	1	1.1	0.75 - 1.45
กลุ่ม psychotic disorder	4	4.3	3.95 - 4.65
Substance related disorder	3	3.3	2.95 - 3.65
Personality trait หรือ disorder	2	2.2	1.85 - 2.55
อื่นๆ	1	1.1	0.75 - 1.45
ไม่มีข้อมูล	11	21.9	

3. วิธีการที่ใช้ในการทำร้ายตนเอง

วิธีการที่ผู้ป่วยใช้ทำร้ายตนเองแบ่งออกได้เป็น

1 กินยาเกินขนาด ยาแก้หวัดและพาราเซตามอลมีการใช้เพื่อทำร้ายตนเองสูงที่สุด เมื่อเทียบกับการทำร้ายตนเองทุกวิธี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 40 ของการทำร้ายตนเองทั้งหมดและเป็นร้อยละ 59.7 ของการกินยาเกินขนาด รองลงมาคือใช้ยานอนหลับซึ่งมีจำนวนร้อยละ 21 ของการกินยาเกินขนาด

2 กินสารพิษ ร้อยละ 37 ของประชากรที่ทำร้ายตนเองทั้งหมดใช้วิธีนี้ ครึ่งหนึ่งของประชากรที่กินสารพิษใช้วิธีกินน้ำยาล้างห้องน้ำซึ่งคิดเป็นร้อยละ 20 ของการทำร้ายตนเองทั้งหมด และเป็นร้อยละ 52.9 ของการกินสารพิษ รองลงมาคือยาฆ่าแมลงและยาเบื่อสัตว์ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 14.7 ของการกินสารพิษ

3 วิธีอื่นๆ นอกเหนือจากการกินยาเกินขนาดและการกินสารพิษ ครึ่งหนึ่งของกลุ่มนี้ใช้วิธีกรีดร่างกายซึ่งคิดเป็นร้อยละ 5.4 ของการทำร้ายตนเองทั้งหมด มีเพียง 1 รายกระโดดจากที่สูง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 วิธีการทำร้ายตนเองโดยการกินยาเกินขนาด, กินสารพิษ, และวิธีอื่นๆ

วิธีการ	จำนวน (คน)	ร้อยละรวมทั้งหมด
กินยาเกินขนาด		
พาราเซตามอล/ ยาแก้หวัด	37	40.2
ยารักษาโรคประจำตัว	5	5.4
ยาสามัญประจำบ้าน	4	4.3
ยานอนหลับ	13	14.1
ยาอื่นๆ	3	3.3

ตารางที่ 3 วิธีการทำร้ายตนเองโดยการกินยาเกินขนาด, กินสารพิษ, และวิธีอื่นๆ (ต่อ)

วิธีการ	จำนวน (คน)	ร้อยละรวมทั้งหมด
กินสารพิษ		
น้ำยาล้างห้องน้ำ	18	19.6
ยาฆ่าแมลง/ ยาเบื่อสัตว์	5	5.4
สารเคมีทางการเกษตร	1	1.1
สารพิษอื่นๆ	10	10.9
วิธีอื่นๆ		
กรีดยางกาย	5	5.4
กระโดดจากที่สูง	1	1.1
อื่นๆ	3	3.3

4. พฤติกรรมและสาเหตุของการทำร้ายตนเอง)

ในจำนวนประชากรที่มาโรงพยาบาลเนื่องจากทำร้ายตนเอง ผู้ที่ต้องการทำเพื่อฆ่าตัวตายจริงๆมีเพียงร้อยละ 7.6 ของประชากรทั้งหมดเท่านั้น ซึ่ง 5 รายกินสารพิษ และอีก 4 รายกินยาเกินขนาด ส่วนใหญ่ทำเนื่องจากประชด น้อยใจ โกรธ หรือหุนหันพลันแล่นซึ่งคิดเป็นครึ่งหนึ่งของทั้งหมด (คิดเป็นกลุ่มกินยาเกินขนาดกินสารพิษเท่ากับ 5:3) นอกจากนั้นประมาณ 1 ใน 4 ทำเนื่องจากเครียด ไม่มีทางออก หรือต้องการหนีจากปัญหาที่เผชิญอยู่ (คิดเป็นการกินสารพิษ:กินยาเกินขนาดเท่ากับ 3:2) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สาเหตุของการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองและสาเหตุที่นำมาซึ่งการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองในครั้งนั้น (precipitating causes)

สาเหตุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สาเหตุของการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง		
ต้องการฆ่าตัวตาย	7	7.6
เครียด/ต้องการหนีหรือแก้ปัญหา/ไม่มีทางออก	24	26.1
ประชด/น้อยใจ/โกรธ/หุนหันพลันแล่น	43	46.7
ต้องการฤทธิ์ของยาโดยไม่ทราบว่าจะทำให้เกิดอันตราย	8	8.7
อื่นๆ	10	10.9
สาเหตุที่นำมาซึ่งการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองในครั้งนั้น		
ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือแฟน	42	45.7
ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว	26	28.3
ปัญหาด้านการเงิน	6	6.5
ปัญหาในสถานที่ทำงาน	4	4.3
ปัญหาเกี่ยวกับการเรียน	5	5.4
ปัญหาโรคทางกาย	5	5.4
ผลจากการใช้สุราหรือสารเสพติด	3	3.3
อื่นๆ	1	1.1

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ทำร้ายตนเองและมารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติมีจำนวน 92 คน เป็นเพศหญิง: เพศชายเท่ากับ 2:1 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประเสริฐ ผลิตผลการศึกษาและคณะ¹³ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 16-30 ปี และส่วนใหญ่ไม่มีอาการด้านจิตเวชมาก่อน แต่หากพิจารณาตามการวินิจฉัยครั้งหนึ่งของผู้ที่วินิจฉัยโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วงอายุมากกว่า 50 ปีซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ในระหว่างที่ adjustment disorder ร้อยละ 87.2 อยู่ในช่วงอายุ 16-30 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนและครอบครัวมาก

แม้ว่าส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด แต่ในกลุ่มที่เคยใช้สารเสพติดพบว่าแอลกอฮอล์เป็นสารที่มีการใช้มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาที่กล่าวว่าร้อยละ 50 ของการฆ่าตัวตายมีประวัติใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในทางที่ผิด (substance abuse)¹⁹ และพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 26 เป็นผู้ติดสุรา¹⁰ หากพิจารณาเฉพาะผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าแล้ว ร้อยละ 62.5 มีประวัติใช้สุรามาก่อนซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจใช้เพื่อลดอาการซึมเศร้าหรืออาการวิตกกังวลได้

ในกลุ่มตัวอย่างนี้ มีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8.7 ต่ำกว่าการศึกษาของ Angst และคณะ²³ ซึ่งพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้ามีประมาณร้อยละ 20-35 อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ฆ่าตัวตายโดยการทำร้ายตนเอง (deliberate self-harm) มากกว่าที่จะพยายามฆ่าตัวตายจริงๆ

เมื่อแบ่งความต้องการฆ่าตัวตายตามการวินิจฉัย พบว่าผู้ที่วินิจฉัยโรคซึมเศร่า่นั้นทำร้ายตนเองเพื่อฆ่าตัวตายจริงๆ เทียบสัดส่วนกับกลุ่มที่ทำเนื่องจากต้องการหนีปัญหาหรือประชดเท่ากับ 1:1 ในระหว่างที่ adjustment disorder พบว่าไม่มีผู้

ทำร้ายตนเองเนื่องจากต้องการฆ่าตัวตายจริงๆเลย แต่ร้อยละ 97.43 ทำเนื่องจากต้องการหนีปัญหาประชด น้อยใจ โกรธ หรือหุนหันพลันแล่น ดังนั้นหากสามารถให้การวินิจฉัยเบื้องต้นในผู้ที่ทำร้ายตนเองได้ ก็จะสามารถคาดเดาสาเหตุที่นำมาซึ่งการทำร้ายตนเองและให้ความระมัดระวังการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร่ามากขึ้น

วิธีการที่ทำร้ายตนเองสูงที่สุดคือการกินยาเกินขนาด พาราเซตามอลเป็นยาที่มีการใช้มากที่สุดในกลุ่มนี้ รองลงมาคือการกินสารพิษ และสารพิษที่ใช้บ่อยที่สุดคือน้ำยาล้างห้องน้ำ ถัดมาคือการกินยาฆ่าแมลงและยาเบื่อสัตว์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิสราเอล⁹ พบว่ายาที่วัยรุ่นใช้ในการกินเกินขนาดเพื่อฆ่าตัวตายมากที่สุดคือพาราเซตามอล ส่วนสารพิษอื่นที่ไม่ใช่ยาซึ่งนำมาใช้กินเพื่อฆ่าตัวตายมากที่สุดคือยาฆ่าแมลงและสารที่หาได้ในบ้าน (household materials)

ถึงแม้สิ่งที่น่าสนใจเป็นห่วงมากที่สุดของผู้ที่ทำร้ายตนเอง (deliberate self-harm) คือการฆ่าตัวตายสำเร็จ (committed suicide) แต่จากการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยที่ตั้งใจทำร้ายตนเองเพื่อการฆ่าตัวตายจริงๆ เพียงร้อยละ 7.6 เท่านั้น ส่วนใหญ่เป็นการทำไปโดยอารมณ์ เช่น โกรธ น้อยใจ ประชด หุนหันพลันแล่น หรือต้องการหนีปัญหา ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่คือปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด เช่น แฟนหรือครอบครัว การเน้นการควบคุมอารมณ์หรือจัดการกับปัญหาความสัมพันธ์จึงอาจเป็นกุญแจสำคัญในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเหล่านี้

และถึงแม้ผู้ที่ทำร้ายตนเองส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าและไม่เคยทำร้ายตนเองมาก่อน แต่กลุ่มเคยทำร้ายตนเองมาก่อนถึงร้อยละ 83.8 เกิดจากสาเหตุแบบเดียวกับครั้งนี้ จากผลการศึกษานี้พบว่าผู้ที่ทำร้ายตนเองในกลุ่มที่ไม่มีอาการจิตเวช, adjustment disorder กลุ่ม anxiety disorder substance related disorder และ

personality trait หรือ disorder นั้น มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระยะสั้นลดลงได้หลังได้รับคำแนะนำหรือคำปรึกษา

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางประเภทอาจต้องการดูแลเป็นพิเศษนอกเหนือจากให้คำแนะนำเนื่องจากพบว่าความเสี่ยงสูงไม่ลดลงคือผู้ป่วยกลุ่ม psychotic disorder

เช่นเดียวกับในกลุ่ม depressive disorder แม้ว่าผู้ที่ทำร้ายตนเองในกลุ่มนี้บางคนมีความเสี่ยงลดลงได้จากการให้คำปรึกษา แต่ยังมีจำนวนหนึ่งที่ยังคงมีความเสี่ยงสูง ซึ่งในรายที่ความเสี่ยงยังคงสูงอยู่นั้นอาจต้องได้รับยาต้านซึมเศร้าในการรักษาดังนั้นเพื่อความปลอดภัยสูงสุดในการรักษาผู้ป่วยทำร้ายตนเองในกลุ่ม depressive disorder จึงจำเป็นต้องให้ทั้งยาและการให้คำปรึกษา

ข้อจำกัด

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คงไม่สามารถกล่าวได้ว่าเป็นตัวแทนของผู้ที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายในชุมชนหรือในสถานพยาบาลทั่วไปได้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในชุมชนหรือสถานพยาบาลอื่นๆ เพื่อให้สามารถประมาณความชุกของโรคซึมเศร้าหรือโรคจิตเวชอื่นๆ ได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงลักษณะต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จซึ่งไม่ได้รวมอยู่ในการศึกษานี้

แม้ผลการศึกษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติจะเป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาอื่นๆ แต่การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดดังนี้

ประชากรที่ศึกษาเก็บจากผู้ป่วยที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในและปรึกษาแผนกจิตเวช ถึงแม้ผู้ป่วยในทุกรายที่ทำร้ายตนเองจะต้องปรึกษาแผนกจิตเวชก็ตาม แต่ผู้ป่วยนอกที่รับการรักษาในแผนกอื่น หรือผู้ป่วยในที่ออกจากโรงพยาบาลก่อนได้รับการประเมินจากจิตแพทย์ (เช่น ไม่สมัครใจรับการรักษาหรือเสียชีวิต) จะไม่ได้รับการนับเข้าในประชากรที่ศึกษาซึ่งอาจทำให้ข้อมูลสำคัญของประชากรในกลุ่มนี้ขาดไปได้

ไม่มีผู้ป่วยที่ทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงบางวิธี เช่น การผูกคอกหรือการใช้อาวุธปืน ซึ่งอาจเนื่องจากจำนวนประชากรที่ศึกษาไม่เพียงพอหรืออาจเกิดจากการทำร้ายตนเองสำเร็จทำให้เสียชีวิตก่อนนำส่งโรงพยาบาลก็เป็นได้

ไม่มีผู้ป่วยที่ทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงบางวิธี เช่น การผูกคอกหรือการใช้อาวุธปืน ซึ่งอาจเนื่องจากจำนวนประชากรที่ศึกษาไม่เพียงพอหรืออาจเกิดจากการทำร้ายตนเองสำเร็จทำให้เสียชีวิตก่อนนำส่งโรงพยาบาลก็เป็นได้

เอกสารอ้างอิง

1. Derouin A, Bravender T. Living on the edge: the current phenomenon of self-mutilation in adolescents. MCN Am J Matern Child Nurs. 2004 Jan-Feb;29:12-8; quiz 19-20.
2. Houston K, Haw C, Towns and E, Hawton K. General practitioner contacts with patients before and after deliberate self harm. Br J Gen Pract. 2003;53:365-70.
3. Department of Mental Health, World Health Organization. Preventing suicide: A resource for general physicians. Geneva: World Health Organization, 2000.
4. กรมสุขภาพจิต. สถิติผู้พยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ, 2546.
5. Henriques GR, Brown GK, Berk MS, Beck AT. Marked increases in psychopathology found in a 30-year cohort comparison of suicide attempters. Psychol Med. 2004; 34:833-41.
6. เสี่ยม สารบัณฑิตกุล, วรจรรย์ ทะมังกกลาง, และคณะ. การศึกษาการฆ่าตัวตาย 7 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ที่ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 4 ระหว่างวันที่ 7-9 กันยายน 2541.
7. สุรสิงห์ วิศรุตรัตน, ประเวศ ดันตีพิวัฒน์สกุล, และคณะ. การฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่ ลักษณะเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายและเปรียบเทียบ

- เทียบอัตรากับจังหวัดต่างๆ ในประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 1999 Feb-May; 7: 70-76.
8. O'Rourke M, Garland MR, McCormick PA. Ease of access is a principal factor in the frequency of paracetamol overdose. *Ir J Med Sci.* 2002;171:148-50.
 9. Lifshitz M, Gavrilov V. Deliberate self-poisoning in adolescents. *Isr Med Assoc J.* 2002; 4:252-4.
 10. ประเวศ ดันติพิวัฒน์สกุล, สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. ฆ่าตัวตาย: การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน. *กรมสุขภาพจิต: กรุงเทพมหานคร,* 2541.
 11. ศรีประภา ชัยสินธพ, วรลักษณ์ อีราโมกข์. ความคิดเห็นของคนในกรุงเทพมหานครต่อเรื่องการทำอัตวินิบาตกรรม. นำเสนอในการประชุมประจำปีราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 20, 16-17 กรกฎาคม 2535. *โรงแรมเซ็นทรัลพลาซ่า กรุงเทพมหานคร.*
 12. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง. ความคิดอยากฆ่าตัวตายในประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร: รายงานเบื้องต้น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2540; 42: 77-87.
 13. ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์, อัปษรศรี ธนไพศาล, สุพรรณิ เกกนิชะ. รายงานผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย 485 คนของโรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่ประชาชนุเคราะห์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2541; 43: 2-31.
 14. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2004;4:37.
 15. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, wasserman D. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis.* 2004;25:147-55.
 16. นชพร อธิวิศวกุล, จินตนา ประวีณวงศ์วุฒิ. ลักษณะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย; การศึกษาในผู้ป่วยที่รับปรึกษาของกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา ปี 2539. ที่ประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 6, 24-26 มิถุนายน 2541.
 17. Johnsson Fridell E, Ojehagen A, Traskman-Bendz L. A 5-year follow-up study of suicide attempts. *Acta Psychiatr Scand.* 1996;93:151-7.
 18. Osvath P, Kelemen G, Erdos MB, Voros V, Fekete S. The main factors of repetition: review of some results of the Pecs Center in the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Crisis.* 2003;24:151-4.
 19. ปราโมทย์ สุขนิชัย, พิเชฐ อุดมรัตน์. แนวทางการรักษาโรคทางจิตเวช 2544. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์ จำกัด. 2544.
 20. Van der Sande R, van Rooijen L, Buskens E, Allart E, Hawton K, van der Graaf Y, van Engeland H. Intensive in-patient and community intervention versus routine care after attempted suicide. A randomised controlled intervention study. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 35-41.
 21. van der Sande R, Buskens E, Allart E, van der Graaf Y, van Engeland H. Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 43-50.
 22. สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์. คู่มือการวัดทางจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย. 2002.
 23. Angst J, Angst F, Stassen HH. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 57-62.