



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้สูงอายุไทย

Factors Associated with Re-Attempted Suicide among Thai Elderly

ศักรินทร์ แก้วเห้า*, ไพรวลัย รมซ้าย*, พิมพินิดา กุลสุนทราลัย*, อำไพ โพธิ์คำ*, สุนิศา เจือหนองแขง*

Sakarin Kaewhao*, Priwan Romsai*, Pimnida Koolsoontaralai*, Ampai Phokhum*, Sunisa Juanongwaeng*

* โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

* Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำของผู้สูงอายุไทย

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ Matching case control study ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุไทยที่พยายามฆ่าตัวตายและลงทะเบียนในแบบรายงาน 506S ในปี พ.ศ.2560 โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ศึกษา คือผู้สูงอายุที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำจำนวน 41 ราย กลุ่มควบคุม คือ ผู้สูงอายุที่พยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก จำนวน 56 ราย โดยจับคู่ตามเพศช่วงอายุและภูมิภาค เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประเมินพุทธิปัญญา คัดกรองการดื่มสุราและสารเสพติด อาการวิตกกังวลและซึมเศร้า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความเจ็บปวด การสนับสนุนทางด้านสังคม ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวการเข้าถึงบริการสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และเชิงอนุมานสำหรับข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องเป็นค่า Odds ratio with 95% CI ด้วย simple conditional logistic regression และ conditional multiple logistic regression backward stepwise

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.1) สมรส (ร้อยละ 62.9) จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 83.5) ว่างาน (ร้อยละ 60.8) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 89.7) เมื่อวิเคราะห์ตัวแปรแบบพหุสัมพันธ์พบว่า การมีโรคประจำตัว [Odds ratio = 0.04 (95% CI =0.002-0.83)] การใช้สารเสพติด [Odds ratio = 0.02 (95% CI =0.001-0.44)] พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว [Odds ratio = 0.06 (95% CI =0.004-0.79)] และการได้รับการรักษาทางเล็อก [Odds ratio = 0.02 (95% CI =0.001-0.44)] เป็นปัจจัยทำนายการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำของผู้สูงอายุไทยได้ร้อยละ 40 (Pseudo R²= 0.40)

สรุป ปัจจัยที่ทำนายการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำของผู้สูงอายุไทย ได้แก่ การมีโรคประจำตัว การใช้สารเสพติด พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว และการได้รับการรักษาแพทย์ทางเล็อก

คำสำคัญ ผู้สูงอายุ การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ภาวะซึมเศร้า

Corresponding author: ศักรินทร์ แก้วเห้า

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2563; 65(3): 301-314

ABSTRACT

Objective : To study factors associated with re- attempted suicide among Thai elderly.

Method : The matching case- control study was conducted. The subjects were recruited Thai elderly with attempted suicide and registered in the 506S system during 2017. Cases were selected 41 re- attempted suicide while 56 single attempted suicide controls were matched by gender, age and domicile. Instruments included the structured interview questionnaire consisting of demographic data, screening for cognitive function, alcohol and substance use, anxiety and depression, activities of daily living, pain, social support, domestic violence, health care accessibility. Data analysis used descriptive statistics and inferential statistics for risk and protective factors: Odds ratio (OR) with 95% CI with simple conditional logistic regression and conditional multiple logistic regression backward stepwise.

Result : Samples were predominantly female (71.1%), married (62.9%), primary education (83.5%), unemployed (60.8%), having underlying illness (89.7%). The conditional multiple logistic regression backward stepwise analysis revealed their underlying illness [Odds ratio = 0.04 (95% CI =0.002-0.83)], substance use [Odds ratio = 0.02 (95% CI =0.001-0.44)], domestic violence [Odds ratio = 0.06 (95% CI = 0.004-0.79)] and alternative medicine [Odds ratio = 0.02 (95% CI =0.001-0.44)] was a predictor of re-attempted suicide with pseudo $R^2 = 0.40$

Conclusion : Significant factors associated with re-attempted suicide among Thai elderly are their underlying illness, domestic violence, substance use and alternative medicine.

Keywords : elderly, re-attempted suicide, depression

Corresponding author: Sakarin Keohao

J Psychiatr Assoc Thailand 2020; 65(3): 301-314

บทนำ

ในปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลกเช่นเดียวกับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด (ไม่รวมแรงงานข้ามชาติ) 66 ล้านคนในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุ 12 ล้านคน หรือร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด¹ แต่ระบบสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุไทยยังมีน้อย ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัวและเกิดความเครียดตามมาและบางส่วนเป็นปัญหำนำมาซึ่งพฤติกรรมการทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าคนที่มีอายุ 25 ปีลงมาคิดเป็น 3 เท่า และจากรายงานสถิติการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลกพบอัตราการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปในเพศชายมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 19.2 เป็น 55.7 ต่อแสนประชากร และเพศหญิงมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 5.6 เป็น 18.8 ต่อแสนประชากร โดยมีสัดส่วนการฆ่าตัวตายระหว่างเพศชายและเพศหญิงอยู่ในช่วง 3:1 และ 4:1²

อัตราการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกับผลสำรวจทั่วโลก จากสถิติของศูนย์ป้องกันกาฆ่าตัวตายแห่งชาติระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคิดเป็น 8.19, 9.84 และ 8.89 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าอัตราการฆ่าตัวตายในประชากรทั่วไปคิดเป็น 6.08, 6.07 และ 6.47 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และสูงกว่าตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิตที่ตั้งเป้าให้อัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน 6.30 ต่อแสนประชากร ข้อมูลการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุจากแบบรายงาน 506S กรมสุขภาพจิต (รง.506S) ปี พ.ศ. 2560 จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 2,275 ราย ในจำนวนนี้จำแนกเป็นผู้สูงอายุที่มีความคิดฆ่าตัวตายจำนวน 814 ราย ร้อยละ 35.78 ผู้สูงอายุที่พยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก จำนวน 1, 327 ราย ร้อยละ 58.33 และผู้สูงอายุที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป)

จำนวน 134 ราย ร้อยละ 5.89 สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายจำแนกตามช่วงวัยที่พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายของผู้สูงอายุ (75-79 ปี) มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้นคิดเป็น 9.11 ต่อแสนประชากร และเป็นอันดับที่ 2 รองจากคนที่มีอายุอยู่ในช่วง 35-39 ปี ที่มีอัตราการฆ่าตัวตาย 9.55 ต่อแสนประชากร³

พฤติกรรมกาฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่ซับซ้อนซึ่งบางคนอาจมีปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน จากการทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุประกอบไปด้วย การทำกิจกรรมลดลง ความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การใช้สุราและสารเสพติด การเจ็บป่วยทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล ความบกพร่องทางปัญญา มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน สถานภาพหม้ายหรือหย่าร้าง ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม การถูกละเลยและการถูกกระทำรุนแรงหรือความขัดแย้งในครอบครัว⁴⁻⁹ ส่วนปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ได้แก่ การแต่งงาน การสนับสนุนทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ในชุมชน ความเชื่อที่มีคุณค่าทางจิตวิญญาณการร่วมกิจกรรมทางศาสนา และความสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข¹⁰⁻¹⁴

ในปี พ.ศ.2561 ข้อมูลการสำรวจภาวะการทำงานของประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประมาณร้อยละ 37 ของผู้สูงอายุไทยยังคงทำงานคิดเป็นแรงงานสูงอายุประมาณ 4.4 ล้านคน จากผู้สูงอายุทั้งหมด 12 ล้านคน สัดส่วนกำลังแรงงานของไทย พบว่าช่วงอายุ 55-59 ปีอยู่ที่ร้อยละ 78 วัยสูงอายุ 60-64 ปี อัตราลดลงเหลือเพียงร้อยละ 59 ข้อมูลจากการสำรวจฯ นี้ แสดงว่า ผู้สูงอายุในช่วงอายุ 60-64 ปี ซึ่งส่วนมากยังมีสุขภาพและสมรรถนะด้านต่างๆ ที่น่าจะมีความสามารถในการทำงานต่อไปได้จำนวนมากถึงร้อยละ 41 ที่ "ไม่ได้ทำงาน" หรือ "หยุดทำงาน" ทำให้กลายเป็นภาระในการดูแลของครอบครัว

ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุคนไทยมีจำนวนจำกัด จึงทำการศึกษาเรื่องนี้โดยตั้งคำถามวิจัยว่า ภาวะบกพร่องทางพุทธิปัญญา ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล การใช้สารเสพติด ความเจ็บปวดด้านร่างกาย ความรุนแรงในครอบครัว ความบกพร่องในการทำหน้าที่ขั้นพื้นฐาน การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้สูงอายุไทยหรือไม่ เพื่อนำผลวิจัยที่ได้ไปวางระบบการป้องกันช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำของผู้สูงอายุไทย อันได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล การใช้สารเสพติด ความเจ็บปวด ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง ความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน การไม่เข้าถึงบริการสุขภาพ เปรียบเทียบกับผู้พยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยปกป้องต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำของผู้สูงอายุไทย อันได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การได้รับการรักษาแพทย์ทางเลือก เปรียบเทียบกับผู้พยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายซ้ำกับผู้พยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก (matching case control study)

กลุ่มประชากรศึกษา คือ ผู้สูงอายุคนไทยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่เคยพยายามฆ่าตัวตายและลงทะเบียนในระบบ รง. 506S ระหว่างวันที่ 1 มกราคม-31 ธันวาคม 2560

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 เป็น กลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (cases) จำนวน 41 ราย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ (1) เป็นผู้สูงอายุที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และกระทำซ้ำในระหว่างวันที่ 1 มกราคม-31 ธันวาคม 2560 (2) พุดคุยสื่อสารกับผู้วิจัยรู้เรื่อง ไม่เป็นใบ้ หรือหูหนวก (3) สมัครใจที่จะเข้าร่วมการศึกษาและให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือ (1) มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยปัญญาอ่อน อัลไซเมอร์จนไม่สามารถสื่อสารได้ (2) มีอาการโรคจิตระยะกำเริบรุนแรง (3) มีอาการโรคทางกายรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ (4) ไม่สามารถติดตามได้เนื่องจากย้ายถิ่นที่อยู่หรือเสียชีวิต

กลุ่มที่ 2 เป็นผู้สูงอายุที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก (controls) ในระหว่างวันที่ 1 มกราคม-31 ธันวาคม 2560 จำนวน 56 ราย โดยจับคู่เพศเดียวกัน ช่วงอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปีและอยู่ในเขตสุขภาพเดียวกัน กับกลุ่มที่ 1

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตร

$$n_{case} = \left[\frac{z_{1-\alpha} \sqrt{p_1(1+p_1)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + p_2 q_2}}{\Delta} \right]^2$$

$$p_1 = P(exposure|case), q_1 = 1 - p_1$$

$$p_2 = P(exposure|control), q_2 = 1 - p_2$$

$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2 r}{1+r}, \bar{q} = 1 - \bar{p}, r = \frac{n_{control}}{n_{case}}$$

$$p_1 = \frac{p_2 OR}{1+p_2(OR-1)}$$

โดยกำหนดค่า

$$P(exposure|case) = 0.76$$

$$P(exposure|control) = 0.53$$

$$\text{Ratio (controls/case)} = 2 \text{ OR} = 4$$

$$\text{Alpha} = 0.05, Z(0.975) = 1.959964$$

$$\text{Beta} = 0.20, Z(0.80) = 0.8416212$$

$$\text{Sample size: Cases} = 52, \text{Controls} = 104$$

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามสำหรับสัมภาษณ์ตัวต่อตัวแบ่งเป็น 10 ส่วน ดังนี้

1. **แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป** จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา โรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย และการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาและหาหมอประจำ

2. **แบบประเมินพหุปัญญา Thai Mental State Examination (TMSE)** ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข¹⁵ ใช้เป็นแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.80 มีข้อคำถาม 6 ส่วน คือ การรับรู้ (orientation) 6 คะแนน การจดจำ (registration) 3 คะแนน ความใส่ใจ (attention) 5 คะแนน การคำนวณ (calculation) 3 คะแนน ด้านภาษา (language) 10 คะแนน และการระลึกได้ (recall) 3 คะแนน คะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยมีจุดตัด (cut of point) ≤ 23 คะแนน ถือว่ามีภาวะสมองเสื่อม

3. **แบบคัดกรองประสบการณ์การตีตราสุขภาพและการใช้สารเสพติด (ASSISTV3.1)** ซึ่งพัฒนาโดยคณะผู้เชี่ยวชาญด้านสารเสพติดขององค์การอนามัยโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-2550 ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงและความแม่นยำในการคัดกรองแล้ว โดยมีค่า internal consistency (Chronbach's alpha) เท่ากับ 0.80 และนำเข้ามาใช้ในประเทศไทยโดยเครือข่ายวิชาการด้านสารเสพติดภาคใต้ตอนล่างในช่วงปี พ.ศ. 2551-2552¹⁶ แบบคัดกรองมี 8 ข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดในช่วงชีวิตของผู้ถูกสัมภาษณ์ และในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา โดยถามความถี่ของการใช้ ความต้องการหรือแรงผลักดันอย่างรุนแรงที่จะใช้สาร บ่อยเพียงไร ผลกระทบต่อสุขภาพอย่างไร ความถี่ ของการไม่สามารถทำกิจกรรมที่ควรทำได้ตามปกติ เนื่องจากการใช้สารเสพติด คนอื่นแสดงความเป็นห่วง ต่อการใช้สาร

เสพติดหรือไม่ ความพยายามลดหรือหยุดการใช้สารเสพติดแต่ไม่ประสบความสำเร็จรวมถึง การใช้สารเสพติดชนิดผิด แต่ละคำถามจะมีค่าคะแนน ตั้งแต่ 0-6 คะแนน จุดตัดเพื่อแยกระดับความเสี่ยง แบ่งตามชนิดสารเสพติด คือสุรา ค่าคะแนนระหว่าง 0-10 หมายถึงเสี่ยงเล็กน้อย 11-22 หมายถึงเสี่ยงปานกลาง 23 ขึ้นไป หมายถึงเสี่ยงสูง ส่วนสารเสพติดอื่น ค่าคะแนนระหว่าง 0-3 หมายถึงเสี่ยงเล็กน้อย 4-22 หมายถึงเสี่ยงปานกลาง 23 ขึ้นไป หมายถึงเสี่ยงสูง

4. **แบบประเมินอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า (Thai-HAD)** ใช้วัดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าแปลงจากฉบับภาษาอังกฤษของ Zigmond และ Snaith โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ¹⁷ โดยในการศึกษาครั้งนี้ได้คัดเลือกเฉพาะคำถามสำหรับวัดอาการวิตกกังวล 7 ข้อ ซึ่งเป็นข้อที่เป็นเลขคี่ทั้งหมดการให้คะแนนคำตอบแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale มีคะแนนข้อละตั้งแต่ 0-3 คะแนน พิสัยของคะแนนตั้งแต่ 0-21 คะแนน โดยแบ่งเป็นช่วงของคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้ (1) 0-7 คะแนนถือว่าไม่มีภาวะวิตกกังวล (2) 8-10 คะแนนถือว่ามีความวิตกกังวลแต่ยังไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่ชัดเจน (doubtful cases) (3) 11-21 คะแนนถือว่ามีความวิตกกังวลที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (cases) การคิดคะแนนและแปลผล ในการศึกษาครั้งนี้จะถือคะแนนรวมตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป ว่ามีความวิตกกังวลความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ ได้ทำการศึกษาเครื่องมือในผู้ป่วย พบว่า ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของทั้ง 2 sub-scale อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86 สำหรับ anxiety sub-scale

5. **แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (TGDS-15)** จำนวน 15 ข้อซึ่งพัฒนาโดย ณพทัย วงศ์ปกรันย์¹⁸ ปี พ.ศ. 2553 ได้ทำการศึกษาเครื่องมือในผู้สูงอายุ 130 ราย สำหรับค่าความเชื่อมั่น (reliability)

ของเครื่องมือ พบว่า ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) มีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.85 comparative fit test = 0.95 โดยประเมินความรู้สึกของผู้ถูกทดสอบในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถาม 15 ข้อเป็นข้อความเชิงบวกได้แก่ ข้อ 1,5,7,11,13 และเป็นข้อความเชิงลบ 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 2-4, 6, 8-10, 12, 14-15 มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน โดยให้คะแนน 1 คะแนนในข้อ ต่อไปนี้ตอบว่า "ใช่" 2-4, 6, 8-10, 12, 14-15 และตอบว่า "ไม่ใช่" 1, 5, 7, 11, 13 โดยแบ่งระดับคะแนนดังนี้ (1) 11-15 คะแนน หมายความว่า มีภาวะซึมเศร้าแน่นอน (2) 6-10 คะแนน หมายความว่า บ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้า (3) 0-5 คะแนน หมายความว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้า

6. แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่กิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Basic activity daily living: Basic ADL) แบ่งเป็น

6.1 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) (10 ข้อ) เป็นแบบสอบถามความสามารถในกิจวัตรขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ¹⁹ จาก Barthel ADL Index ของ Mahoney และ Barthele²⁰ ใช้เพื่อประเมินความสามารถ

ในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้ายการใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ผลของการประเมินสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (1) 12-20 คะแนน ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน สังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) (2) 5-11 คะแนน ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) (3) 0-4 คะแนน ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พึ่งการหรือทพพลภาพ(กลุ่มติดเตียง)

6.2 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันประเภทมีอุปกรณ์มาเกี่ยวข้อง (Instrumental ADLs) ใช้สำหรับประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้เครื่องมือช่วย²¹ จากแบบประเมิน Lowton IADL แบบประเมินประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการใช้โทรศัพท์ การเดินทาง การจ่ายซื้อของ การเตรียมมื้ออาหาร ความสามารถในการจัดการการเงิน และการดูแลงานบ้าน คะแนนเต็ม 12 คะแนนสำหรับผู้มีโทรศัพท์ คะแนนเต็ม 10 คะแนนสำหรับผู้ไม่มีโทรศัพท์ มีการแปลผลดังนี้

คะแนนรวม IADL		แปลผล
สำหรับผู้ไม่มีโทรศัพท์ (เต็ม 10 คะแนน)	สำหรับผู้มีโทรศัพท์ (เต็ม 12 คะแนน)	
0-2	0-2	ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ (Total dependence)
3-4	3-5	ภาวะพึ่งพารุนแรง (Severe dependence)
5-6	6-8	ภาวะพึ่งพานกลาง (Moderate dependence)
7+	9+	ไม่เป็นภาวะพึ่งพา (Mildly dependence)

7. แบบประเมินความเจ็บปวด เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงจาก Short-form McGill pain questionnaire ฉบับภาษาไทยของวสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล และคณะ²² เพื่อประเมินความเจ็บปวด

กับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

8. แบบสอบถามการเข้าถึงการสนับสนุนทางด้านสังคม (ASQ) (10 ข้อ) และประเภทการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (29 ข้อ) เป็น

แบบสอบถามที่ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ของขวัญสุดา บุญทศ และคณะ²³ ประกอบด้วย 5 หมวดหมู่ได้แก่ 1. ด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ 2. ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ 3. ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร 4. ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า และ 5. ด้านการมีส่วนร่วมและยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และได้นำไปทดสอบการใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีเคยพยายามฆ่าตัวตาย 30 ราย

9. แบบประเมินพฤติกรรมและระดับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว (27 ข้อ) และแบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว (27 ข้อ) ได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินระดับการกระทำ ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวของภักดีลา อธิวัฒน์²⁴ แต่ละข้อประกอบด้วยคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการกระทำ ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุแบ่งเป็น 5 ด้าน คือ ด้านอารมณ์และจิตใจ (ข้อที่ 1-10) ด้านร่างกาย (ข้อที่ 11-12) ด้านการเงินและทรัพย์สิน (ข้อที่ 13-15) ด้านการทำร้ายทางเพศ (ข้อที่ 16-18) และด้านการทอดทิ้ง (ข้อที่ 19-27) การแปลผลแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (1) 0-21.6 หมายถึง ไม่รุนแรง (2) 21.7-43.2 หมายถึง รุนแรงน้อย (3) 43.3-64.8 หมายถึง รุนแรงปานกลาง (4) 64.9-86.4 หมายถึง รุนแรงมาก (5) 86.5-108 หมายถึง รุนแรงมากที่สุด

10. แบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ (CID3.0 ชุดการรับบริการ) เป็นแบบประเมิน World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WMH-CIDI3.0) ฉบับภาษาไทย การศึกษาครั้งนี้ได้คัดเลือกเฉพาะชุดการรับบริการ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งสิ้น 133 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการโดย

1. ประชุมทีมวิจัยเพื่อวางแผนและมอบหมายความรับผิดชอบ 6 ครั้ง

2. นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อประเมินและวางแผนการเก็บข้อมูลให้มีความเหมาะสม รวมถึงปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้มีความชัดเจน ครบถ้วนและถูกต้องมากขึ้นและดำเนินการจัดประชุมเพื่อให้ความรู้แก่ทีมวิจัยภาคสนามเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้และแนวทางการเก็บข้อมูล

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระหว่างเดือน เมษายน-มิถุนายน 2561 โดยสัมภาษณ์ในช่วงเวลาเดียวกันการเก็บข้อมูลทำโดยพยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานจิตเวชไม่น้อยกว่า 5 ปี ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือมาเป็นอย่างดี

4. การตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ได้ดำเนินการไปแล้วโดยนักวิจัยภาคสนามหลังสัมภาษณ์เสร็จและขอสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมกรณีไม่ครบถ้วนหลังจากนั้นหัวหน้าทีมภาคสนามทำการตรวจสอบก่อนออกจากพื้นที่ และขอสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมถ้าไม่ครบถ้วนหัวหน้าทีมนักวิจัยหรือผู้รับผิดชอบตรวจสอบข้อมูลในการสำรวจของแต่ละทีมย่อยแบบวันต่อวันเพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูลถ้าไม่ครบถ้วนก็จะประสานพื้นที่ขอข้อมูลเพิ่มเติมก่อนส่งเพื่อทำการวิเคราะห์

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ในการศึกษานี้ได้ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ คือ Odds Ratio with 95% CI ด้วย simple conditional logistic regression และ multiple conditional logistic regression backward โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 97 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.1) แต่งงาน (ร้อยละ 62.9) จบชั้น

ประถมศึกษา (ร้อยละ 83.5)ว่างงาน (ร้อยละ 60.8) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 89.7) และเมื่อจำแนกเป็น 3 กลุ่มได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	พยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก (control) (n=56)		พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (case) (n=41)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย (mean ± SD)	68.39±6.96		69.51±7.27	
เพศ				
หญิง	43	76.79	26	63.41
เขตสุขภาพ				
1	9	16.07	6	14.63
2	5	8.94	3	7.32
3	7	12.5	5	12.19
4	9	16.07	5	12.19
6	6	10.71	3	7.32
7	2	3.57	4	9.75
8	2	3.57	3	7.32
9	3	5.36	3	7.32
10	3	5.36	2	4.89
11	10	17.85	7	17.07
สถานภาพสมรส				
โสด	3	5.36	4	9.76
คู่อยู่ด้วยกัน	36	64.29	25	60.98
คู่แยกกันอยู่	2	3.57	3	7.32
หม้าย	15	26.79	6	14.63
หย่าร้าง	-	-	3	7.32
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	4	7.14	4	9.76
ประถมศึกษา	49	87.50	32	78.05
มัธยมศึกษามากกว่า 6 ปีขึ้นไป	3	5.36	3	7.32
ปวส.	-	-	-	-
ปริญญาตรี	-	-	2	4.88

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	พยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก (control) (n=56)		พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (case) (n=41)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
ว่างงาน	36	64.29	23	56.10
เกษตรกร	13	23.21	10	24.39
รับจ้าง	1	1.79	7	17.07
ค้าขาย	4	7.14	-	-
ข้าราชการบำนาญ	-	-	-	-
อื่นๆ	2	3.58	1	2.44
โรคประจำตัว	51	91.07	36	87.80
โรคทางกาย				
หัวใจวาย	1	1.79	2	4.88
ถุงลมโป่งพอง	-	-	-	-
ลมชัก	2	3.57	-	-
ต่อมลูกหมากโต	1	1.79	2	4.88
เบาหวาน	15	26.79	8	19.51
ความดันโลหิตสูง	25	44.64	12	29.27
ไขมันสูง	18	32.14	10	24.39
อัมพาต	11	19.64	-	-
ข้อเสื่อม	4	7.14	3	7.32
กระเพาะอาหาร	6	10.71	5	12.20
เก๊าท์	1	1.79	1	2.44
อื่นๆ	17	30.36	12	29.27
โรคทางจิตเวช				
Anxiety	4	7.14	1	2.44
Depression	13	23.21	16	39.02
Psychosis	2	3.57	4	9.76
Bipolar	1	1.79	1	2.44

*มีโรคประจำตัว หมายถึง การมีโรคทางกาย/ทางจิตอย่างใดอย่างหนึ่งและยังรักษาต่อเนื่อง

2. ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ

จากตารางที่ 2 แสดงว่าไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำของผู้สูงอายุไทย

อย่างมีนัยสำคัญ แต่พบแนวโน้มด้านปัจจัยปกป้อง คือ การได้รับการรักษาแพทย์ทางเลือก

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ (Simple conditional logistic regression)

Risk factor	control	case	Crude odd ratio	95%CI	Z	P-value
TMSE ≤ 23	31 (55.36)	25 (60.98)	1.14	0.48, 2.74	0.30	0.767
IADL ≤ 5 if no telephone	11 (19.64)	5 (12.20)	0.46	0.09, 2.31	-0.95	0.343
ภาวะซึมเศร้า	10 (17.86)	10 (24.39)	1.76	0.66, 4.73	1.12	0.262
ภาวะวิตกกังวล	8 (14.29)	12 (29.27)	2.53	0.92, 7.00	1.79	0.073
ปวดอย่างมีนัยสำคัญ	20 (35.71)	19 (46.34)	1.16	0.51, 2.65	0.35	0.726
โรคประจำตัว	51 (91.07)	36 (87.80)	0.54	0.12, 2.53	-0.78	0.437
การใช้สารเสพติด	18 (32.14)	12 (29.27)	0.53	0.18, 1.55	-1.16	0.247
พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว	14 (25.00)	6 (14.63)	0.54	0.16, 1.78	-1.01	0.311
การได้รับการรักษาแพทย์ทางเลือก	14 (25.00)	4 (9.76)	0.23	0.05, 1.04	-1.91	0.056
การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม	47 (83.93)	33 (80.49)	1.13	0.35, 3.64	0.20	0.843
ไม่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์	16 (28.57)	16 (39.02)	2.05	0.87, 4.86	1.63	0.102
การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	39 (69.64)	31 (75.61)	1.23	0.46, 3.30	0.41	0.680

หมายเหตุ - ปวดอย่างมีนัยสำคัญ หมายถึง มีความเจ็บปวดมากกว่า 2 ตำแหน่ง มีความเจ็บปวดทุกซักระยะจนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ปวดตลอดเวลา ปวดจนไม่สามารถหลับได้เลย รับประทานอาหารได้น้อยและทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ได้

- การใช้สารเสพติด หมายถึง Assist Score หมวดแอลกอฮอล์ > 10 และหมวดสารอื่นๆ > 3
- การได้รับการรักษาแพทย์ทางเลือก เช่น แพทย์แผนไทย/ปฏิบัติธรรมเจริญสติฯลฯ
- ภาวะซึมเศร้า หมายถึง TGDS ≥ 10
- ภาวะวิตกกังวล หมายถึง HAD-A ≥ 10
- พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว หมายถึง มีคะแนน > 1

3. การวิเคราะห์ตัวแปรพหุสัมพันธ์เพื่อดูปัจจัยทำนายการฆ่าตัวตาย

นำปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากการทบทวนวรรณกรรม มาทดสอบสมมุติฐานงานวิจัยเพื่อหา predictive factor ด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรแบบพหุสัมพันธ์ โดยตารางที่ 3

ใช้สถิติ multiple conditional logistic regression: enter และตารางที่ 4 นำค่าที่ได้จากตารางที่ 3 มาวิเคราะห์ต่อเนื่องโดย multiple conditional logistic regression: backward stepwise

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ตัวแปรแบบพหุสัมพันธ์ เพื่อดูปัจจัยทำนายการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในผู้สูงอายุ (multiple conditional logistic regression: enter)

Risk factor	β	S.E.	Z	Adjusted odd-ratio	95%CI	p-value
TMSE ≤ 23	-1.44	1.16	-1.24	0.24	0.02, 2.29	0.214
IADL ≤ 5 if no telephone	-3.12	2.10	-1.49	0.04	0.00, 2.68	0.136
ภาวะซึมเศร้า	2.93	1.75	1.67	18.68	0.61, 574.75	0.094
ภาวะวิตกกังวล	-0.21	1.04	-0.20	0.81	0.11, 6.24	0.842
ปวดอย่างมีนัยสำคัญ	1.82	0.98	1.85	6.16	0.90, 42.38	0.064
โรคประจำตัว	-7.20	3.02	-2.39	0.00	0.00, 0.27	0.017*
การใช้สารเสพติด	-6.73	2.69	-2.51	0.00	0.00, 0.23	0.012*
พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว	-3.98	1.90	-2.10	0.02	0.00, 0.77	0.036*
การได้รับการรักษาแพทย์ทางเลือก	-6.45	2.59	-2.48	0.00	0.00, 0.26	0.013*
การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม	0.53	1.47	0.36	1.70	0.09, 30.32	0.719
ไม่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์	2.17	0.98	2.20	8.73	1.27, 60.13	0.028*
การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	1.91	1.09	1.76	6.77	0.80, 57.21	0.079

*Pseudo R²=0.5160

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์หัตถ์แปรแบบพหุสัมพันธ์ เพื่ออธิบายปัจจัยทำนายการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในผู้สูงอายุ (multiple conditional logistic regression: backward stepwise)

Risk factor	β	S.E.	Z	Adjusted odd-ratio	95%CI	p-value
IADL \leq 5 if no telephone	-2.17	1.28	-1.70	0.11	0.01, 1.39	0.089
ภาวะซึมเศร้า	2.29	1.25	1.83	9.87	0.85, 115.21	0.068
โรคประจำตัว	-3.19	1.54	-2.08	0.04	0.002, 0.83	0.038*
การใช้สารเสพติด	-3.99	1.62	-2.47	0.02	0.001, 0.44	0.014*
พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว	-2.86	1.34	-2.13	0.06	0.004, 0.79	0.033*
การได้รับการรักษาแพทย์ทางเลือก	-3.88	1.56	-2.49	0.02	0.001, 0.44	0.013*
ไม่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์	1.30	0.67	1.95	3.67	0.99, 13.54	0.051

*Pseudo R²=0.4040

อภิปราย

ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ไม่พบปัจจัยเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่า การได้รับการรักษาแพทย์ทางเลือก อาจเป็นปัจจัยปกป้องได้หากขนาดกลุ่มตัวอย่างมากพอ จนถึง case : control ที่ 1:2 อย่างไรก็ตามจากค่าสถิติที่ได้ ยังมีปัจจัยที่มีค่า odd ratio มากกว่า 1 คือ ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ความเจ็บปวดอย่างมีนัยสำคัญ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การไม่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ การเข้าถึงบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Juurlink⁴ และ Ojagbemi⁶ และ Choi⁷ และ Beautrais¹² และ Waern²⁵ และ Osvath²⁶

ผู้วิจัยทดสอบสมมติฐานงานวิจัยโดยการนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด 12 ตัว ได้แก่ ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง ความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ความเจ็บปวดอย่างมีนัยสำคัญ โรคประจำตัว การใช้สารเสพติด พฤติกรรมรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว การได้รับการรักษาแพทย์ทางเลือก การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การไม่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ การเข้าถึงบริการสุขภาพ มาวิเคราะห์หาปัจจัยทำนายการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้สูงอายุด้วยวิธี multiple conditional logistic

regression: backward stepwise ผลพบว่า ปัจจัยที่มีนัยสำคัญในการทำนายการฆ่าตัวตายซ้ำคือ โรคประจำตัว [OR =0.04; (95% CI, 0.002-0.83)] การใช้สารเสพติด [OR =0.02; (95% CI, 0.001-0.44)] มีพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว [OR =0.06; (95% CI, 0.004-0.79)] และการได้รับการรักษาแพทย์ทางเลือก [OR =0.02; (95% CI, 0.001-0.44)] ที่ค่าทำนายร้อยละ 40 (Pseudo R²=0.4040) แต่ปัจจัยทั้ง 4 กลับเป็นไม่ไปเป็นปัจจัยปกป้องของการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยดังกล่าวนั้น ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์มากขึ้น เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวทำให้คนใกล้ชิดสังเกตเห็นอาการได้ ทำให้เกิดความตระหนัก ความห่วงใย จนนำไปสู่การพาผู้สูงอายุกลุ่มนี้เข้ารับการบำบัดทางการแพทย์ ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวนี้จึงได้รับการคัดกรองช่วยเหลือ ป้องกันเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายร่วมด้วย และอีกเหตุผลคือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาไม่เพียงพอด้วยเหตุหลายปัจจัยที่ควบคุมไม่ได้ ส่งผลต่อการใช้สถิติแบบ multiple conditional logistic regression: backward stepwise

การศึกษาค้นคว้านี้อาจอนุมานได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกของผู้สูงอายุไทยกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในผู้สูงอายุไทยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม⁴⁻¹³ คือ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล การใช้สารเสพติด ความเจ็บปวด ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัว ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง ความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน การไม่เข้าถึงบริการสุขภาพ น่าจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนัก และหาทางป้องกันช่วยเหลือ เผื่อระวัง ตามข้อมูลปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวมา

จุดแข็ง ในการศึกษาครั้งนี้คือ เป็น matching case control study ใน community setting ครั้งแรกในกลุ่มผู้สูงอายุที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำอย่างเป็นระบบตามระเบียบวิธีวิจัยที่พยายามควบคุมอคติจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและการวัดผล ที่มีวิจัยได้รับการฝึกอบรมเป็นระยะๆ ในการใช้เครื่องมือการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงการเขียนรายงานการวิจัยภายใต้การกำกับติดตามจากอาจารย์ที่ปรึกษา โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารอย่างเต็มที่ ที่มีวิจัยมีความมุ่งมั่น อดทน และร่วมมือตลอดการวิจัยจนสำเร็จ

ข้อจำกัดในการศึกษา

ขนาดตัวอย่างที่ได้มีน้อยกว่าที่คำนวณไว้เพราะการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างมีความยากลำบาก เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถเดินทางมาพบผู้วิจัยในสถานบริการปฐมภูมิได้ จำเป็นต้องเดินทางไปพบอาสาสมัครที่บ้าน มีการปฏิเสธจากอาสาสมัครที่เลือกถึงร้อยละ 30.24 นอกจากนี้อาสาสมัครย้ายที่อยู่ไม่สามารถติดต่อได้ เกิดเจ็บป่วยทางกายเฉียบพลัน เสียชีวิตก่อนวันสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลมีจำนวนข้อคำถามที่มากใช้เวลาในการเก็บข้อมูลนานมากกว่า 1 ชั่วโมง ความจำกัดของภาษาที่ใช้ในการสื่อความหมาย ภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ปัจจัย

เสี่ยงที่มีหลายปัจจัยที่ระบุไว้ในการศึกษาก่อนหน้านี้ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มควบคุม อีกทั้งปัจจัยภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการศึกษานี้ ไม่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ ดังนั้น จึงไม่สามารถระบุได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นโรคซึมเศร้าหรือ โรควิตกกังวลหรือไม่ ช่วงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลน้อยเกินไป เพราะต้องดำเนินงานตามกำหนดเวลาแผนโครงการที่ได้รับอนุมัติ

ข้อเสนอแนะ

1. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาแบบ Prospective cohort study โดยการติดตามผู้สูงอายุที่พยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกต่อเนื่องเป็นเวลา 2 ปี เพื่อดูปัจจัยเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำและปัจจัยปกป้อง เช่น การปฏิบัติบูชาและเคร่งครัดทางศาสนา (religiosity) และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น
2. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ใช้สารเสพติด หรือมีความรุนแรงในครอบครัว ควรได้รับการคัดกรองและติดตามอย่างต่อเนื่อง และควรมีการประเมินทางจิตเวชร่วมด้วยโดยเฉพาะ ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า
3. การให้บริการแพทย์ทางเลือกแก่ผู้สูงอายุในสถานบริการปฐมภูมิเป็นปัจจัยป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายที่สำคัญในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับการเอาใจใส่ดูแล มีการดูแลทางจิตใจเกิดความสุขสงบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติที่สนับสนุนงบประมาณดำเนินโครงการ ศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ปรึกษาในการดำเนินโครงการในทุกกระบวนการทำงานอาจารย์แก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์ ที่ปรึกษาการวิเคราะห์ข้อมูล และเจ้าหน้าที่ทุกท่านในสำนักกระบวนวิชา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่

ให้การสนับสนุน clean data edited and analysis นายแพทย์ณัฐกร จำปาทองผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ทีมวิจัยภาคสนามผู้ประสานงานในพื้นที่ทั่วประเทศ งานวิจัยฉบับนี้มีความสมบูรณ์เพราะทีมวิจัยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากผู้สูงอายุที่ได้รับการสัมภาษณ์ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- Prasartkul P, editor. Situation of the Thai elderly 2018. Nakhon Pathom: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2019. (in Thai).
- Innamorati M, Tamburello A, Lester D, Amore M, Girardi P, Tatarelli R, et al. Inequalities in suicide rates in the European Union's elderly: trends and impact of macro-socioeconomic factors between 1980 and 2006. *Can J Psychiatry* 2010;55(4):229-38.
- National Center of Suicide Prevention, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Thailand suicide rate report: age range [Internet]. n.d. [cited 2020 Jan 6]. Available from: <https://kku.world/zjwyi>. (in Thai)
- Juurink DN, Herrmann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med* 2004;164(11):1179-84.
- Murphy E, Kapur N, Webb R, Purandare N, Hawton K, Bergen H, et al. Risk factors for repetition and suicide following self-harm in older adults: multicentre cohort study. *Br J Psychiatry* 2012;200(5):399-404.
- Ojagbemi A, Oladeji B, Abiona T, Gureje O. Suicidal behaviour in old age - results from the Ibadan Study of Ageing. *BMC Psychiatry* 2013;13:80. doi:10.1186/1471-244X-13-80.
- Choi SB, Lee W, Yoon J-H, Won J-U, Kim DW. Risk factors of suicide attempt among people with suicidal ideation in South Korea: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2017;17(1):579. doi:10.1186/s12889-0174491-5
- Dong X, Xu Y, Ding D. Elder self-neglect and suicidal ideation in an U.S. Chinese aging population: findings from the PINE study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2017;72(suppl 1):S76-81.
- Li LW, Gee GC, Dong X. Association of self-reported discrimination and suicide ideation in older Chinese Americans. *Am J Geriatr Psychiatry* 2018;26(1):42-51.
- Lotrakul M. Suicide: management and prevention. Bangkok: Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2010. (in Thai).
- Srrienthong W, Kongsuk T, Pengchunr W, Kittirattanapaiboon P, Kenbubpha K, Yingyeun R. The suicidality in Thai population: a national survey. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2011; 56(4):413-24.
- Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P, Henare K. Suicide prevention: a review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Vol. 82. Wellington: Ministry of Health (New Zealand); 2005.

13. Rushing NC, Corsentino E, Hames JL, Sachs-Ericsson N, Steffens DC. The relationship of religious involvement indicators and social support to current and past suicidality among depressed older adults. *Aging Ment Health* 2013;17(3):366-74.
14. Kwon H-J, Jeong J-U, Choi M. Social relationships and suicidal ideation among the elderly who live alone in republic of Korea: a logistic model. *Inquiry* 2018;55:46958018774177. doi:10.1177/0046958018774177.
15. Kuha O, Vanichwarot J, Boonmepipit B, Dharmanwat N. The comparison of relation of Mini Mental Status Examination Thai version (MMSE-Thai) 2002 and Thai Mini-Mental State Examination; TMSE in dementia screening. Nonthaburi: Institute of Geriatric Medicine; 2008. (in Thai).
16. Assanangkornchai S, Tantirangsri N. The Alcohol, Smoking, Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Songkla: Epidemiology Unit, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University; 2014. (in Thai).
17. Nilchaikovit T, Lortrakul M, Phisansuthideth U. Development of Thai version of hospital anxiety and depression scale in cancer patients. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 1996;41(1):18-30.
18. Wongpakaran N, Wongpakaran T. Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from northern Thailand. *Psychogeriatrics*. 2012;12(1):11-7.
19. Jitapunkul S. Principle of geriatric medicine. Bangkok: Division of Geriatric Medicine, Internal Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 1998. (in Thai).
20. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Md State Med J* 1965;14:61-5.
21. Inprasert. Quality of life of the elderly in Klong Kachet Municipality Mueang District, Rayong Province (Thesis). Chon Buri: Graduate School of Public Administration, Burapha University; 2017. (in Thai).
22. Kitisomprayoonkul W, Klaphajone J, Kovindha A. Thai Short-form McGill Pain Questionnaire. *J Med Assoc Thai* 2006;89(6):846-53.
23. Boontoch K, Saito AS, Arunpongpaisal S. Social support in patients with schizophrenia. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2013;58(1):89-100. (in Thai).
24. Itrat P, Sawangchareon K, Tanwattanukul J, Chantapreeda N, Wattananukul S. Domestic violence in the Northeast region. Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University; 2003. (in Thai)
25. Waern M, Runeson BS, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I, et al. Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry* 2002;159(3):450-5.
26. Osvath P, Kovacs A, Voros V, Fekete S. Risk factors of attempted suicide in the elderly: the role of cognitive impairment. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2005;9(3):221-5.