



รายงานการวิจัยและพัฒนา

เรื่อง

การศึกษาการนำตัวตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และการพัฒนาแนวทางการป้องกัน

ผู้วิจัย : นายแพทย์ธนู ขาติธนานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฯ
นางธีราพร มณีนาถ
นางวัชณี หัตถพนม
นายอินทรศักดิ์ หอวิจิตร

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กองสุขภาพจิต

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ทุนอุดหนุน : มูลนิธิจิตเวชศาสตร์สงเคราะห์ ประจำปี 2533

พฤษภาคม 2534.

รายงานการวิจัยและพัฒนา เรื่อง

การศึกษาการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
และการพัฒนาแนวทางการป้องกัน

Research and Development for the Prevention of suicide
Among in Patients of Khon Kaen Neuro-Psychiatric Hospital

ผู้วิจัย : นายแพทย์ธนู ชาคิตนันท์
นายแพทย์ 8 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
นางธีราพร มณีมาก
พยาบาลวิชาชีพ 6 หัวหน้าตึกผู้ป่วยแผนกเร่งรัดบำบัดทั่วไป
นางวัชณี หัตถกพนม
พยาบาลวิชาชีพ 6 หัวหน้าตึกผู้ป่วยแผนกเร่งรัดบำบัดชาย
นายอินทรศักดิ์ หอวิจิตร
นักจิตวิทยา 6 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ผู้ศึกษาเอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง :

นางเสงี่ยม	สารบัณฑิตกุล	พยาบาลวิชาชีพ 7
นายทิพากร	บุญใหญ่ใหญ่	นักจิตวิทยา 7
นางสุพิน	พิมพ์เสน	พยาบาลวิชาชีพ 6
นางวรางรัตน์	ทะมั่งกลาง	พยาบาลวิชาชีพ 6
นางสาวบังอร	ศรีเนตรพัฒน์	พยาบาลวิชาชีพ 6
นางสาวจรัญ	อึ้งสราญ	พยาบาลวิชาชีพ 6
นางสาวเพ็ญจิต	เลี้ยวลิขิต	พยาบาลวิชาชีพ 6

ที่ปรึกษา ผศ.อรณ จิระวัฒน์กุล
หัวหน้าภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ความนำ

การฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เป็นเหตุการณ์ที่พบได้ในโรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่ง ทั้งในประเทศไทย และในต่างประเทศ ทั้ง ๆ ที่โรงพยาบาลจิตเวชเอง เป็นสถานที่สำหรับรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตรวมทั้งผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ทุกโรงพยาบาลก็มีมาตรการในการป้องกันดูแลผู้ป่วยในเรื่องการฆ่าตัวตายอยู่แล้วทั้งสิ้น แต่มาตรการต่าง ๆ เหล่านี้มักสร้างขึ้นจากข้อมูลตัวเลขที่ได้จากการศึกษาในต่างประเทศหรือจากประสบการณ์ของแต่ละโรงพยาบาลเอง อย่างไรก็ตามการศึกษาย่างจริงจังถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชของไทยฆ่าตัวตาย ยังมีไม่มาก ทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาบริการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม คณะผู้วิจัยจึงหวังว่า การศึกษาครั้งนี้จะส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อการนำไปพัฒนาบริการของโรงพยาบาลจิตเวชโดยทั่ว ๆ ไปได้ต่อไป

นางสมทิ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

คณะผู้วิจัย

- 5 ก.ก. 2534

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาและพัฒนาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลครั้งนี้ สำเร็จลง ได้ด้วยแรงสนับสนุนจากหลาย ๆ ฝ่าย ที่สำคัญคือ มูลนิธิจิตเวชศาสตร์สงเคราะห์ที่อนุมัติเงินสนับสนุนการดำเนินงานครั้งนี้เป็นเงิน 4,500 บาท

ขอขอบคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลด้านวิชาการ พยาบาลหัวหน้าตึก หัวหน้าฝ่ายจิตวิทยาคลินิกและอื่น ๆ อีกหลายท่านที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล เอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งช่วยออกความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ขอขอบคุณ พ.ศ.อรุณ จิระวัฒนกุล หัวหน้าภาควิชาชีวสถิติ และประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติต่าง ๆ

ความช่วยเหลือต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้งานศึกษาและพัฒนาชิ้นนี้สำเร็จลงได้ หากยังมีข้อบกพร่องใด ๆ ในงานชิ้นนี้ ผู้วิจัยขอน้อมรับผิดที่เกิดขึ้นทั้งหมด และหากผู้ใดเห็นว่างานชิ้นนี้เป็นประโยชน์สามารถนำไปดัดแปลงใช้ป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชได้ ก็ขอให้กุศลกรรมนั้นจงเกิดแก่ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนโดยทั่วกัน

คณะผู้วิจัย

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

พฤษภาคม 2534

บทคัดย่อ

เป็นโครงการวิจัย และพัฒนา (Research and Development Program) เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยได้รับการสนับสนุนทุนการวิจัยจากมูลนิธิจิตเวชศาสตร์สงเคราะห์ ประจำปี 2533

คณะผู้วิจัย ได้ศึกษาย้อนหลังปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ.2529 ถึง 2531 พบว่ามีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ 7 ราย และพยายามฆ่าตัวตายอีก 45 ราย ปัจจัยที่วิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือการมีความคิดฆ่าตัวตาย และการอยู่ในสภาวะไร้คู่ครองของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยอื่น ๆ พบว่ามีความสัมพันธ์เป็นระดับรายตัว (Univariate) และยังพบว่าผลการวิเคราะห์จากการศึกษาครั้งนี้ มีทั้งที่คล้ายกัน และแตกต่างจากการศึกษาในท้องถิ่น ๆ

จากผลการศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้เสนอแนะรูปแบบวิธีดำเนินการเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล เพื่อให้โรงพยาบาลจิตเวชต่าง ๆ นำไปพิจารณาดำเนินการตามความเหมาะสมต่อไป

Abstract

This is a research and development program for the prevention of suicide among in - patients of psychiatric hospital. The funding of this program is supported partly by the Jittavejsartsongkrao Foundation, and the rest by the budget of Khon Kaen Neuro-Psychiatric hospital.

7 Patients who committed suicide and 45 patients who attempted suicide in Khon-Kaen Neuro-Psychiatric hospital during the year 1986 - 1988 were studied retrospectively. Having the idea of suicide and living alone without spouses and childrens are two most significant factors found in this study. Other factors are only significant in univariate level. Some factors gave similar results whereas others were different from other studies

The researchers made use of the findings in the formulation of suicide prevention plan. The effectiveness of this plan has yet to be tested.

The researchers,
Khon Kaen Neuro-Psychiatric hospital
May , 1991

สารบัญ

หน้า

คำนำ

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อ

Abstract

สารบัญ

สารบัญตาราง

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

ข้อจำกัดในการวิจัย

คํานิยมศัพท์เฉพาะ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

บทที่ 2 เอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

ข

ค

ฆ

ง

จ

ช

1

1

3

3

3

4

5

6

9

9

9

10

10

10

พิมพ์ที่
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

- 5 ก.ก. 2534

สร 009๑๗

C1.

บทที่ 4 ผลการวิจัย	11
หมวดที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป	12
หมวดที่ 2 วิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	22
หมวดที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะกลุ่มศึกษาที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ	27
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	37
สรุป	38
อภิปรายผล	39
ข้อเสนอแนะ	43
บรรณานุกรม	47
ภาคผนวก	50
แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย	51

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ของเพศ กลุ่มอายุ และสถานภาพสมรส ของผู้ป่วยใน ในกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม	12
2	จำนวน ร้อยละ ของการศึกษา อาชีพของผู้ป่วยใน ในกลุ่ม ศึกษาและกลุ่มควบคุม	14
3	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม จำแนกตาม หอผู้ป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา และการวินิจฉัยโรค	16
4	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม จำแนกตาม ประวัติการใช้สารเสพติด การทําร้ายผู้อื่น การมีบุตร และประวัติ การพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน	18
5	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม จำแนกตามการรักษา ทางจิตสังคม และมีความคิดฆ่าตัวตาย	20
6	จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มศึกษาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในใหม่ของ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ปี พ.ศ. 2529 - 2531 โดย จำแนกตามการวินิจฉัยโรค	21
7	แสดงการวิเคราะห์ Univariate ของปัจจัยเสี่ยง 6 ปัจจัย ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา	22
8	แสดงการวิเคราะห์ Univariate ของปัจจัยเสี่ยง 6 ปัจจัย ได้แก่ การมีบุตร ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการทําร้าย ผู้อื่น ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย การรักษาทางจิตสังคม การมี ความคิดฆ่าตัวตาย	24

		หน้า
9	แสดงการวิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย	26
10	จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา (โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จกับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ จำนวน ตาม เพศ กลุ่มอายุ และสถานภาพสมรส	27
11	จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา (โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ กับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ) จำนวน ตามการศึกษา อาชีพ	29
12	จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา (โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จกับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ) จำนวน ตามผู้ป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา และการวินิจฉัยโรค	31
13	จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา (โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ กับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ) จำนวน ตามประวัติการใช้สารเสพติด การทำร้ายผู้อื่น การมีบุตร	33
14	จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา (โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ กับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ) จำนวนตาม ผู้ป่วยที่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย และ การรักษาทางจิตสังคม	34
15	จำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา (โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ กับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ) จำนวนตามวิธี การที่ฆ่าตัวตาย และสถานที่ฆ่าตัวตาย ช่วงเวลา และจำนวนวันที่ เข้ารับการรักษาก่อนลงมือฆ่าตัวตาย	35

บทที่ 1 บทนำ

1. ความเบ้เมาและความสำคัญของปัญหา

ในสภาวะสังคมปัจจุบันปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ นับวันจะเพิ่มจำนวน และทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ประชาชนจำนวนมากเกิดภาวะตึงเครียดจนเกิดอาการของโรคจิตโรคประสาท หรือสภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ปกติขึ้น จากสถิติรายงานของผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นมีจำนวนมากขึ้นตลอด เช่น ในปี พ.ศ. 2529 มีผู้ป่วยนอก 68,867 คน และในปี พ.ศ. 2531 มีจำนวนผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นเป็น 79,968 คน เป็นต้น และจากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2527 พบว่า ประชากรในโลกอย่างน้อย 40 ล้าน คน กำลังเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง การฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาและเครื่องชี้วัดที่สำคัญทางสุขภาพจิต สถิติของสหรัฐอเมริกา รายงานว่า มีผู้ที่ฆ่าตัวตายประมาณ 12 ราย ต่อประชากร 1 แสนคนต่อปี และในจำนวนนี้เป็นเพศหญิงในอัตรา 5.4 รายต่อประชากร 1 แสนคน และเป็นเพศชายในอัตรา 18 ราย ต่อประชากร 1 แสนคน (Hyman, 1988)

สำหรับสถิติอัตราการฆ่าตัวตาย ในประเทศไทย ช่วงระหว่างปี 2527-2531 อัตราการฆ่าตัวตายในแต่ละปีมีการเปลี่ยนแปลงทั้งขึ้นและลงสลับกันโดยในปี 2531 มีอัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ 6.3 รายต่อประชากรแสนคนเทียบกับอัตราการฆ่าตัวตาย 6.0 รายต่อประชากรแสนคนในปี 2527 ทั้งนี้ อัตราการฆ่าตัวตายของเพศชายยังคงสูงกว่าเพศหญิงมาโดยตลอด เมื่อเปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตายในแต่ละภูมิภาคปรากฏว่า ในปี 2531 ภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด คือเท่ากับ 10.7 รายต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ภาคกลางมีอัตรา 7.0 ส่วนภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อัตราการฆ่าตัวตายเท่ากับ 4.4 และ 3.9 รายต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2533)

ปัจจุบัน การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอย่างหนึ่งของคนที่อยู่ในวัยแข็งแรง หรือวัยทํานานเป็นอันดับ 11 ของการตายทั้งหมด และเป็นอันดับ 2 ของการตายในวัยรุ่น (H.L.P. Risnik and Harvey Ruben, 1975) การฆ่าตัวตายเป็นการทําลายชีวิตตนเอง ก่อนเวลาอันควรเป็นไปตามธรรมชาติ และเป็นเหตุให้ประเทศชาติต้องสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าโดยเปล่าประโยชน์

โดยทั่วไปการฆ่าตัวตายนั้นเกิดจาก สภาวะหรือเหตุการณ์ในการดำเนินชีวิตที่บุคคลนั้น ๆ ไม่สามารถจะทนหรือเผชิญได้จัดอยู่ในกลุ่มของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอย่างรุนแรง จากการศึกษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 40 ราย (ศรี เกศมณี, 2526) พบว่าสาเหตุของการฆ่าตัวตายคือ คับแค้นใจในความเป็นอยู่ ผิดหวังในความรัก แก้ปัญหาไม่ตก เจ้านายดุด่า ขาดที่พึ่ง มีปัญหาการเงิน เป็นต้น ถูกโกง น้อยใจในความต่ำต้อยของตัวเอง น้อยใจสามีหรือภรรยา และพ่อแม่ทะเลาะกัน นอกจากนี้ สุชาติ พหลภาคย์ และผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์ (2527) ได้ศึกษาการฆ่าตัวตายในสังคมไทย พบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 40.7 มีประวัติเคยมีอาการทางจิตประสาทจนต้องไปรักษาที่หน่วยงานจิตเวช และร้อยละ 30.7ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จกำลังได้รับยาจิต ประสาทหรือยาบำบัดรักษาการติดสารเสพติด และเมื่อพิจารณาถึงสาเหตุการตายในโรงพยาบาลจิตเวชแล้ว พบว่า การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งเช่นกัน Roy (1982) พบว่า ร้อยละ 33.3 ผู้ที่ฆ่าตัวตายเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง และอีกร้อยละ 18.8 เป็น โรคจิตทางอารมณ์ที่มีอาการกำเริบอย่างเรื้อรัง

สหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยจิตเภทฆ่าตัวตายสำเร็จปีละประมาณ 3,800 ราย และจากการศึกษาติดตามประมาณว่าผู้ป่วยจิตเภทวาระร้อยละ 10 เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (วิจารณ์ วิชัยยะ , 2533 อ้างถึง Miles, 1977) จะเห็นได้ว่าในปีหนึ่ง ๆ มีผู้ป่วยจิตเภทฆ่าตัวตายไปเป็นจำนวนไม่น้อย สำหรับในประเทศไทยสถิติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิต ยังไม่เคยมีใครได้ทำการศึกษาไว้

จากสถิติดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าสาเหตุการตายที่สำคัญของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช คือการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลที่มีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันบำบัดรักษาพยาบาลตลอดจนฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้มีอาการทางจิต ภายในเขตปกครองที่ 4 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ได้แก่ จังหวัดเลย อุดรธานี หนองคาย กาฬสินธุ์ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และขอนแก่น รวม 7 จังหวัด จนถึงปี พ.ศ. 2531 มีเตียงสำหรับรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 300 เตียง ในปี พ.ศ. 2531 มีผู้ป่วยมารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ยประมาณ 74,285 ราย (ปี พ.ศ. 2529-2531) และรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเฉลี่ยประมาณ 5,094 ราย (ปี พ.ศ. 2529 - 2531) และในช่วง 3 ปีเดียวก่อนนี้มีผู้ป่วยในของโรงพยาบาล พยายามฆ่าตัวตายทั้งสำเร็จ และไม่สำเร็จ ทั้งสิ้น 52 ราย ในจำนวนนี้ 7 รายตายจริง อีก 45 ราย ช่วยไว้ได้ทัน เฉลี่ยในช่วง 3 ปีนี้มีการพยายามฆ่าตัวตาย ปีละประมาณ 17 - 18 ราย และฆ่าตัวตายสำเร็จปีละ 2.3 ราย

ในฐานะที่โรงพยาบาลจิตเวชเป็นโรงพยาบาลที่เป็นสถานที่ช่วยเหลือและรักษา ผู้ที่มีปัญหาทางจิต ซึ่งรวมทั้งผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายด้วย และการที่มีผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

ฆ่าตัวตายเช่นนี้ บ่งให้เห็นว่า ยังมีจุดอ่อนบางอย่าง ในบริการของโรงพยาบาล ซึ่งสมควรได้รับการแก้ไข แต่เนื่องจากยังไม่เคยมีการวิเคราะห์ปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทยมาก่อน คณะผู้วิจัย จึงได้จัดทำโครงการนี้ขึ้น เพื่อหาปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฆ่าตัวตาย และจะได้ความรู้ที่ได้ไปใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่รับไว้รักษา เพื่อโรงพยาบาลจะได้ทำหน้าที่ในฐานะหน่วยงานช่วยเหลือผู้ทุกข์ทรมานใจเหล่านั้นได้อย่างสมบูรณ์ยิ่งขึ้นตามวัตถุประสงค์ต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย
- 2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย
- 2.3 เพื่อศึกษาวิธีการ และรายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ
- 2.4 เพื่อหาผลการศึกษาที่ได้รับสร้างแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

3. ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง จากทะเบียนประวัติการรักษาของผู้ป่วยในทุกราย ที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งที่สำเร็จ และไม่สำเร็จในปี พ.ศ. 2529-2531 ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

4. ข้อจำกัดในการวิจัย

- 4.1 เป็นการศึกษาทางด้านสังคมศาสตร์มากกว่าด้านการแพทย์
- 4.2 เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นเท่านั้น แต่มีการนำปัจจัยและสถิติของโรงพยาบาลจิตเวชอื่นมาเปรียบเทียบเชิงวิเคราะห์บ้าง เป็นบางส่วน
- 4.3 เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย โดยศึกษาประวัติทั้งขณะอยู่ที่บ้านและอยู่ในโรงพยาบาล โดยไม่ได้สัมภาษณ์จากผู้ป่วยหรือญาติโดยตรง

5. คำนยามศัพท์

เด็กบุบง	เป็นเด็กผู้ป่วยแรกที่มีอาการทั้งทางจิตและทางกาย และมี สถานภาพทางสังคมดี โดยอาการต่างๆ ดังกล่าวเป็นผู้ป่วย ไม่ว่านายมากมีทั้งผู้ป่วยชาย และหญิง
เด็กชงโค	เป็นเด็กผู้ป่วยชายที่มีอาการตั้งแต่เฉียบพลันจนถึงกึ่งเรื้อรัง และมีระดับอาการตั้งแต่เอะอะวุ่นวายจนถึงอาการสงบ
เด็กศรีตรัง	เป็นเด็กผู้ป่วยหญิงที่มีอาการตั้งแต่เฉียบพลันจนถึงกึ่งเรื้อรัง และเรื้อรัง และมีระดับอาการตั้งแต่เอะอะวุ่นวายจนถึง อาการสงบ
เด็กโนรี	เป็นเด็กผู้ป่วยชายที่มีอาการตั้งแต่กึ่งเรื้อรังจนถึงเรื้อรัง ที่ มีอาการทางจิตที่ยังต้องการดูแลโดยสม่ำเสมอ
ดอนตูชาย	เป็นผู้ป่วยชายที่เรื้อรังที่ยังสามารถได้รับการฟื้นฟูสภาพจิต ใจโดยกิจกรรมทางอาชีพบำบัด
Attempted Suicide	หมายถึงผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตาย ขณะเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น แต่ไม่ประสบความสำเร็จ
Committed Suicide	หมายถึงผู้ป่วยจิตเวชที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ขณะเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
Suicidal Idea	หมายถึงผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดจะฆ่าตัวตาย โดยที่เคยลง มือกระทำ หรือไม่กระทำก็ตาม
ประวัติการเสพยาเสพติด	หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติเคยใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ เหล้า กัญชา ยาม้า ทินเนอร์ กาว เฮโรอีน เป็นต้น
Depression	หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น depression โดยไม่คำนึงการวินิจฉัยทางจิตเวชอื่น ๆ
Psychosis อื่น ๆ	หมายถึง โรคจิตต่าง ๆ ที่แพทย์ให้การวินิจฉัยนอกเหนือจาก โรค Schizophrenia
Schizophrenia	หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็น โรคจิตชนิดหนึ่ง ตาม ICD9
โรคอื่น ๆ	หมายถึง โรคอื่น ๆ ทางจิตเวชที่พบในกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการ ศึกษานอกจาก 3 กลุ่ม ดังกล่าว ข้างต้น
การรักษาทางจิตสังคม	หมายถึง การช่วยเหลือทางด้านสภาพจิตใจ ของผู้ป่วยทาง จิตเวชด้วยวิถีทางจิตวิทยา และสังคมวิทยา เช่น การ

ปรึกษาแนะแนวจิตบำบัดรายบุคคลและรายกลุ่ม กลุ่มกิจกรรม
บำบัดต่าง ๆ และครอบครัวบำบัด เป็นต้น

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 6.1 เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่จะฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวช
- 6.2 ลดอัตราการฆ่าตัวตายโดยทั่วไปและฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่น
- 6.3 เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวข้องต่อไป

บทที่ 2

เอกสาร และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การฆ่าตัวตาย หรืออัตวินิบาตกรรม เป็นความสูญเสียที่สำคัญอย่างหนึ่งของสังคม ซึ่งจะเห็นว่ามีการศึกษาถึงการฆ่าตัวในเอกสาร และตำราทางจิตเวชของประเทศต่าง ๆ ไว้มาก แฮนคอฟฟ์ (Hankoff, 1982) จำแนกสาเหตุที่บุคคลพยายามฆ่าตัวตายออกเป็น 3 ลักษณะคือ ลักษณะแรกอาจเป็นบุคคลที่มีสภาพจิตที่ท้อแท้สิ้นหวัง ลักษณะที่สองเป็นโรคจิตที่หลงผิดคิดทำลายตนเอง และลักษณะที่สามเกิดจากอารมณ์ชั่ววูบเพราะความโกรธรุนแรง ขาดความยับยั้งชั่งใจ ในสังคมไทยการฆ่าตัวตาย พบว่ามีสถิติค่อย ๆ สูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2520 มีอัตราการฆ่าตัวตาย 5.9 คน ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มเป็น 7 ต่อ 100,000 ในปี 2522 แนวโน้มการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้นทั้งในประเทศไทย และประเทศอื่น ๆ จะขนานไปกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ และสังคมเพราะเมื่อสังคมพัฒนาทางด้านวัตถุมากขึ้น ผู้คนก็จะต้องต่อสู้ดิ้นรนมากขึ้น ผู้ที่ล้มเหลวปรับตัวไม่ได้จะเกิดความเครียดมาก หรือสิ้นหวังและเมื่อรู้สึกว่าการมีชีวิตขาดความหมายที่จะคงอยู่ต่อไป ความตายจึงกลายเป็นทางออกทางหนึ่งของบุคคลเหล่านั้น (ธนู ชำดีธนานนท์, 2524)

ในประเทศไทยมีการศึกษาและรายงานเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลต่าง ๆ อยู่พอสมควรทั้งฝ่ายกายและฝ่ายจิต ทางฝ่ายกายจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีการศึกษาของ เกษียร ภัทธานนท์ และคณะ (2527) ที่หน่วยอุบัติเหตุ ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งพบว่าในช่วง 19 มกราคม 2515 ถึง 7 มิถุนายน 2524 มีผู้ป่วย ฆ่าตัวตาย 47 ราย เป็นชาย 29 ราย หญิง 18 ราย ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 16 - 25 ปี (ร้อยละ 51) อายุต่ำสุด 7 ปี สูงสุด 71 ปี

สาวตรี อัมมวงศ์กรชัย (2530) ศึกษาผู้ป่วยฆ่าตัวตายที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ช่วง 1 มกราคม 2529 ถึง 31 ธันวาคม 2530 พบว่า ในจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตาย 59 ราย เป็นหญิงมากกว่าชายในอัตรา 3 ต่อ 1 57 ใน 59 ราย อยู่ในกลุ่มอายุ 15-50 ปี อายุเฉลี่ย 25.27 ปี 6 ราย เป็นผู้ป่วยที่เคยรักษาทางจิตเวชมาก่อน

ขุนแผน ศรีกุลวงศ์ (2533) รายงานผลการศึกษาผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหนองคาย ระหว่าง 1 มกราคม 2531 ถึง 31 กรกฎาคม 2533 พบว่ามีจำนวน 120 ราย มีอัตราหญิงต่อชาย เป็น 2 ต่อ 1 ส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า 30 ปี และใช้วิธีกินยาหรือสารพิษมากที่สุด

ทางฝ่ายจิต สุวัทนา อารีพรุด (2518) ศึกษาผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีรุนแรงและต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล 40 ราย พบว่า ร้อยละ 15 เป็นหญิง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 45 เป็นโสด กลุ่มที่มีการศึกษาน้อยกว่า บ.4 ฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มอื่น ร้อยละ 47.5 เคยพยายามมาก่อนนอกนั้นทำเป็นครั้งแรก และเพศหญิงนิยมใช้วิธีกินยาหรือสารพิษ

สมภพ เรืองตระกูล (2533) เรียงลำดับผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไว้ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง
2. โรคจิต โดยเฉพาะที่มีอาการหวาดกลัว ระแวง หลงผิดว่ามีคนบงการร้าย หรือมีประสาทหลอน เป็นเสียงบอกให้ฆ่าตัวตาย
3. ผู้ป่วยติดสุรา หรือติดยาเสพติด
4. หญิงหลังคลอดที่มีอาการซึมเศร้าในระยะ 6 เดือนแรก

สำหรับสถิติที่พบจากโรงพยาบาลจิตเวชต่าง ๆ ในประเทศไทยช่วงปี พ. ศ. 2529 - 2531 พบว่า ผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ใช้วิธีผกคอตาย เหวดึก (24.00-8.00น.) เป็นช่วงที่ฆ่าตัวตายได้สำเร็จมากที่สุด ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยชายมากกว่าหญิง มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ มีสภาพการสมรสเป็นโสด หรือไร้คู่ครอง

ในต่างประเทศ แฮร์ริส (Fitzpatrick 1983 อ้างถึง Harris 1966) ได้ศึกษาการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชชายในโรงพยาบาลจิตเวช พบว่าคนผิวดำฆ่าตัวตายน้อยกว่าคนผิวดำ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง คือผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือเคยพยายามฆ่าตัวตายกับกลุ่มที่ไม่เสี่ยง เนื่องจากไม่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย และไม่เคยพยายามฆ่าตัวตายก่อน พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างในด้านอายุ และการศึกษา

รอย (Roy, 1982) ศึกษาการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ฆ่าตัวตาย ร้อยละ 33.3 เป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง ร้อยละ 18.8 เป็นโรคจิตทางอารมณ์ (Affective psychoses) ขณะมีอาการกำเริบ ร้อยละ 46.6 เคยพยายามฆ่าตัวตายนามาก่อน ร้อยละ 84.5 เป็นโสด ร้อยละ 66 เป็นผู้ว่างงานหรือตกงานและร้อยละ 65.5 มีอาการซึมเศร้า (Depression)

ไฮแมน (Hyman, 1988) เรียงลำดับปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยไว้ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เป็นโรค Major Depression
2. ผู้ป่วย alcoholism
3. ผู้ป่วยที่มีประวัติความพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน
4. ผู้ป่วยชาย
5. ผู้ป่วยอายุมาก (เพศชาย 75 ปี เพศหญิงอายุ 55-65 ปี)
6. เป็นโสด หรือเป็นหม้าย
7. ไม่มีอาชีพ หรือว่างงาน
8. มีอาการป่วย หรืออาการบาดเจ็บเรื้อรัง

จะเห็นว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชที่ศึกษาจากเอกสารต่าง ๆ เหล่านี้ มีทั้งที่คล้ายกันและขัดแย้งกัน ซึ่งน่าจะเป็นเรื่องปกติเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่แตกต่างกันในหลาย ๆ ด้าน ตลอดจนระเบียบวิธีการวิจัย และการเก็บข้อมูลก็แตกต่างกัน ผลที่ได้จึงแตกต่างกันไปบ้าง อย่างไรก็ตาม ในแง่ของข้อเสนอแนะในการป้องกันแก้ไขการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช การศึกษาเหล่านี้ กล่าวถึงไว้น้อยมาก หรือพูดแต่เพียงกว้างๆ ดังนั้นเพื่อความชัดเจนในการปฏิบัติผู้วิจัยจึงได้คัดสรรใจนาเรื่องการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชมาศึกษาโดยละเอียดอีกครั้งหนึ่ง และจะนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ มาใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานที่เป็นรูปแบบเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช ให้ได้ผลอย่างจริงจังต่อไป

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) และศึกษาเปรียบเทียบแบบ Matched Case-Control โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในช่วงเวลาเดียวกันให้มีสัดส่วนเดียวกันในแต่ละกลุ่มโรคที่พบใน Case group ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และประวัติการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย (Secondary data) จากแผนกสถิติและเวชระเบียนโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น รายละเอียดวิธีดำเนินการมีดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง *กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาสุ่มจากประชากรผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 - 2531 โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 ส่วนคือ

1.1 กลุ่มศึกษา (Case group) คือกลุ่มผู้ป่วยในที่ได้รับไว้รักษา ณ ตึกบุษบก ชงโค โนรี ศรีตรัง และศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพตอนใต้ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น การเก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ โดยการเก็บ Case ผู้ป่วยในทุก Case ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ขณะ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นทั้งที่กระทำสำเร็จ และไม่สำเร็จ ซึ่ง ได้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้งหมด 52 คน

1.2 กลุ่มควบคุม (Control group) คือกลุ่มผู้ป่วยในอื่น ๆ ที่รับไว้รักษา ณ ตึกบุษบก ชงโค โนรี ศรีตรัง และศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพตอนใต้ ในช่วงเวลาเดียวกันกับกลุ่มศึกษา และใช้วิธี Stratified Random Sampling ผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีสัดส่วนเดียวกันในแต่ละกลุ่มโรค (Schizophrenia, other Psychosis, Depression และ Other Diseases) กับกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา แต่จำนวนที่สุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมมีเป็น 2 เท่า (104 คน) ของกลุ่มศึกษา เพื่อให้ได้จำนวนผู้ป่วยมากพอที่จะวิเคราะห์ด้านสถิติได้อย่างมีนัยสำคัญ ในกรณีที่สุ่มตัวอย่างได้ผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษามากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป จะต้องนำจำนวนครั้งทุก ๆ ครั้ง ของการเข้ารับการรักษา มาสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เพื่อศึกษาเฉพาะครั้งที่จบผลากได้เท่านั้น *

✓ 2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยได้สร้างแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยใน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 หมวด คือ

2.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ การมีบุตร ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการทําร้ายผู้อื่น ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย เคยมีความคิดฆ่าตัวตายหรือไม่

2.2 ประวัติเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ดึกที่ผู้ป่วยอยู่รักษา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษ การวินิจฉัยโรคของแพทย์ การรักษาทางจิตสังคม

2.3 รายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย จำนวนตามวิธีการที่ฆ่าตัวตาย สถานที่ที่ฆ่าตัวตาย ช่วงเวลา จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาก่อนลงมือฆ่าตัวตาย

3. การรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาทั้งหมด 156 คน และเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมกราคม ถึง มิถุนายน พ. ศ. 2533

4. สถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

4.1 ใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละสำหรับบรรยายข้อมูลทั่วไป ประวัติเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

4.2 หาค่า Odd Ratio เพื่อวัดความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในแต่ละตัวแปร เพื่อหากลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงกับกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำหรือไม่มีความเสี่ยง ปัจจัยที่นำมาศึกษาเหล่านี้ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการศึกษ การมีบุตร การใช้สารเสพติด ประวัติการทําร้ายผู้อื่น ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย การรักษาทางจิตสังคม และการมีความคิดฆ่าตัวตาย

4.3 นำตัวแปรทั้งหมดมาวิเคราะห์ Multivariate analysis ด้วย Multiple logistic Regression เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย

5. วิธีวิเคราะห์ข้อมูล ใช้ทั้งการวิเคราะห์ด้วยมือเป็นร้อยละ และใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งใช้โปรแกรมดังต่อไปนี้

5.1 ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป EPI INFO VERSION 5 สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด เพื่อแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ Odd Ratio และหาค่า 95% Confidence Interval

5.2 ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป EPILOG เพื่อวิเคราะห์ Multiple logistic Regression

บทที่ 4 ผลการวิจัย

ข้อมูลที่รวบรวมจากการวิจัย ได้นำมาวิเคราะห์ออกมาเป็น 3 หมวดด้วยกันคือ

- หมวดที่ 1 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม โดยจำแนกตามความถี่ และร้อยละ
- หมวดที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กับกลุ่มที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งการวิเคราะห์ Multivariate เพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย
- หมวดที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูล เฉพาะกลุ่มศึกษาที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยจำแนกตามความถี่และร้อยละ ดังผลต่อไปนี้

หมวดที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของเพศ กลุ่มอายุ และสถานภาพสมรสของผู้ป่วยในในกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ปี พ.ศ.2529-2531

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1 เพศ				
ชาย	29	55.8	60	57.7 ✓
หญิง	23	44.2	44	42.3
2 กลุ่มอายุ				
5 - 14 ปี	1	1.9	5	4.8
15 - 24 ปี	24	46.2	34	32.7
25 - 44 ปี	24	46.2 (92.4%)	46	44.2
45 - 64 ปี	3	5.7	18	17.3
65 ปีขึ้นไป	-	-	1	1
3 สถานภาพสมรส				
โสด	37	71.2	44	42.3
คู่	9	17.3	48	46.2
แยกกันอยู่ หย่าร้าง				
หม้าย	6	11.5	12	11.5
รวม	52	100	104	100

จากตารางที่ 1 เพศ พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คือ ร้อยละ 55.8 และ 57.7 ตามลำดับ

กลุ่มอายุ ในกลุ่มศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ (92.4%) อยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 15-44 ปี และมีเพียงร้อยละ 1.9 ของผู้ป่วย ในกลุ่มศึกษามีอายุระหว่าง 5-14 ปี ใน

กลุ่มควบคุมพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 15-44 ปี มากที่สุดเช่นกัน คือมีถึงร้อยละ 76.9 ของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ทั้งหมด โดยแยกเป็นผู้ป่วยในช่วงอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 32.7 และผู้ป่วยในช่วงอายุ 25-44 ปี ร้อยละ 44.2 และมีเพียงร้อยละ 4.8 ของกลุ่มควบคุมที่มีอายุระหว่าง 5-14 ปี

สถานภาพสมรส ในกลุ่มศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ยังอยู่ในสถานะการสมรสมีเพียงร้อยละ 17.3 ของผู้ป่วยทั้งหมด ขณะที่ผู้ป่วยที่เป็นโสดมีอยู่ร้อยละ 71.2 และผู้ป่วยที่ต้องอยู่คนเดียวเพราะสถานะการแยกกันอยู่หย่าร้าง หม้าย มีอยู่อีกร้อยละ 11.5 ของผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาทั้งหมด

ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโสด และคู่ มีจำนวนใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 42.3 และ 46.2 ตามลำดับ และทั้งในกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมมีอัตราการแยกกันอยู่ หย่าร้าง หม้าย เท่า ๆ กัน คือร้อยละ 11.5

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ของการศึกษา อาชีพของผู้ป่วยใน ในกลุ่มศึกษา และ
กลุ่มควบคุม โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ปี พ.ศ. 2529-2531

ข้อมูลเกี่ยวกับ	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา				
ไม่ได้เรียน	1	1.9	3	2.9
ประถมศึกษา	38	73.1	77	74
มัธยมศึกษา	9	17.3	15	14.4
อาชีวศึกษา	3	5.8	6	5.8
มหาวิทยาลัย	1	1.9	3	2.9
อาชีพ				
นักเรียน นักศึกษา	3	5.8	4	3.8
แม่บ้าน	1	1.9	1	1
รับราชการ	2	3.8	9	8.6
รับจ้าง	3	5.8	19	18.2
ค้าขาย	2	3.8	5	4.8
ในปกครอง	-	-	1	1
ว่างงาน	5	9.6	1	1
ทนาย	34	65.4	63	60.6
บรรพชิต	2	3.8	1	1
รวม	52	100	104	100

จากตารางที่ 2 พบว่าในเรื่อง การศึกษา ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจบการศึกษา
ระดับประถมศึกษาร้อยละ 73.1 และ ร้อยละ 74 ตามลำดับ รองลงมา จบการศึกษาใน
ระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 17.3 และ 14.4 น้อยที่สุดคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ และจบมหา-

วิทยาลัย มีจำนวนเท่ากันทั้ง 2 ระดับ คือ ร้อยละ 1.9 และ 2.9 ทั้งในกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมตามลำดับ

สำหรับในด้านอาชีพ ทั้งสองกลุ่มมีอาชีพที่พบบ่อยมากที่สุดคือร้อยละ 65.4 ในกลุ่มศึกษา และ 60.6 ในกลุ่มควบคุม ที่น่าสนใจคือลำดับสองของกลุ่มศึกษาคือพวกว่างงาน (ร้อยละ 9.6) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีว่างงานเพียงร้อยละ 1 ข้อแตกต่างที่น่าสนใจอีกจุดหนึ่งระหว่างสองกลุ่มคือ อาชีพที่มีรายได้ (รับราชการ รับจ้าง ค้าขาย) ของกลุ่มศึกษาดำกว่ากลุ่มควบคุมทุกอาชีพนั้นคือ กลุ่มศึกษารับราชการร้อยละ 3.8 เปรียบเทียบกับ 8.6 ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษามีอาชีพรับจ้างร้อยละ 5.8 เปรียบเทียบกับ 18.2 ในกลุ่มควบคุม ส่วนอาชีพค้าขายในกลุ่มศึกษามีร้อยละ 3.8 เปรียบเทียบกับ 4.8 ในกลุ่มควบคุม สำหรับอาชีพที่ไม่มีรายได้ (นักเรียน นักศึกษา แม่บ้าน บรรพชิต) ของกลุ่มศึกษาทั้งหมดกลับสูงกว่ากลุ่มควบคุมผลการศึกษานี้บ่งว่า กลุ่มศึกษาทั้งกลุ่ม ยกเว้นอาชีพ ทานาเป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านอาชีพและรายได้มากกว่ากลุ่มผู้บ่าวที่ไม่มีพฤติกรรมด้านการฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม จำนวนตามหอผู้ป่วย
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษ และการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยในโรงพยาบาล
จิตเวชขอนแก่น ปี พ.ศ.2529-2531

ข้อมูลเกี่ยวกับ	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หอผู้ป่วย				
ติดบุษบง	8	15.4	31	29.8
ติดชงโค	18	34.6	43	41.4
ติดศรีตรัง	18	34.6	30	28.8
ติดโนรี	6	11.5	-	-
ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทอนดู่	2	3.9	-	-
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษ				
ครั้งที่ 1	32	61.5	82	78.8
ครั้งที่ 2	11	21.2	18	17.3
ครั้งที่ 3	6	11.5	4	3.9
ครั้งที่ 4	2	3.9	-	-
ครั้งที่ 7	1	1.9	-	-
การวินิจฉัยโรค				
Schizophrenia	27	51.9	54	51.9
Psychosis อื่น ๆ	13	25.0	26	25
Depression	3	5.8	6	5.8
Other Diseases	9	17.3	18	17.3
รวม	52	100	104	100

จากตารางที่ 3 เมื่อวิเคราะห์เกี่ยวกับหอผู้ป่วยพบว่าในกลุ่มศึกษา เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในตึกชงโค และตึกศรีตรังมากที่สุดและมีจำนวน เท่า ๆ กัน คือร้อยละ 34.6 ส่วนผู้ป่วยจากตึกบุษบง มีจำนวนรองลงมาคือร้อยละ 15.4 ผู้ป่วยจากตึกโนรีมีมากเป็นลำดับที่สี่ ร้อยละ 11.5 น้อยที่สุดคือผู้ป่วยชายจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพท่อน้ำมีจำนวนร้อยละ 3.9

สำหรับผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมาจากตึกชงโค บุษบง และศรีตรังตามลำดับคือ ร้อยละ 41.4 , 29.8 และ 28.8 ตามลำดับ

การวิเคราะห์จำนวนครั้งของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นพบว่าในช่วงเวลาที่ศึกษา ผู้ป่วยในทั้งสองกลุ่มเป็นผู้ป่วยที่รับไว้รักษาเป็นครั้งแรกมากที่สุดคือ ร้อยละ 61.5 ในกลุ่มศึกษาร้อยละ 78.8 ในกลุ่มควบคุม และรองลงมาในทั้งสองกลุ่มคือผู้ป่วยที่รับไว้รักษาเป็นครั้งที่สองที่น่าสังเกตคือผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา เป็นผู้ป่วยที่มีลักษณะเรื้อรังมากกว่า นั่นคือผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปมีจำนวนร้อยละ 17.3 ซึ่งต่างจากกลุ่มควบคุมซึ่งพบเพียงร้อยละ 3.9

สำหรับการวินิจฉัยโรคทั้งผู้ป่วยกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมจะมีจำนวนร้อยละที่เท่ากันทั้งนี้ เป็นผลมาจากการสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Random Sampling ในกลุ่มควบคุมซึ่งผู้วิจัยได้สุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 2 เท่า ของกลุ่มศึกษา โดยใช้การวินิจฉัยโรคในกลุ่มศึกษาเป็นหลักในการสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Schizophrenia มากที่สุดร้อยละ 51.9 รองลงมาร้อยละ 25 คือโรค Psychosis อื่นๆ น้อยที่สุด ร้อยละ 5.8 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค Depression

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุม จำนวนตามประวัติการใช้สารเสพติด การทำร้ายผู้อื่น การมีบุตร และประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ปี พ.ศ. 2529-2531

ข้อมูลเกี่ยวกับ	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การใช้สารเสพติด				
มี	14	26.9	47	45.2
ไม่มี	38	73.1	57	54.8
การทำร้ายผู้อื่น				
มี	15	28.8	22	21.2
ไม่มี	37	71.2	82	78.8
การมีบุตร				
มี	16	30.8	49	47.1
ไม่มี	36	69.2	55	52.9
การพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน				
มี	15	28.8	8	7.7
ไม่มี	37	71.2	96	92.3
รวม	52	100	104	100

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา มีประวัติการใช้สารเสพติดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมโดยใช้สารเสพติด ร้อยละ 26.9 เทียบกับ ร้อยละ 45.2 ในกลุ่มควบคุม จากการศึกษา ประวัติการทำร้ายผู้อื่นพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่มีประวัติเคยทำร้ายผู้อื่นมาก่อน คือ ร้อยละ 71.2 และ 78.8 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยที่มีประวัติเคยทำร้ายผู้อื่นมีร้อยละ 28.8 และ 21.2 ตามลำดับ

การวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยที่มี และ ไม่มีบุตร พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ร้อยละ 69.2 ไม่มีบุตร และมีเพียงร้อยละ 30.8 ที่มีบุตร ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีและ มีบุตรมีจำนวนเกือบเท่า ๆ กันคือ ร้อยละ 52.9 ต่อ 47.1

สำหรับการศึกษาประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนในผู้ป่วยกลุ่มศึกษา และ กลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 71.2 และ 92.3 ตามลำดับ และที่เหลือคิดเป็นร้อยละ 28.8 และ 7.7 เคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม จำแนกตามการรักษาทางจิตสังคม และมีความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal Idea)

ข้อมูลเกี่ยวกับ	กลุ่มศึกษา		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาทางจิตสังคม				
มี	41	78.8	73	70.2
ไม่มี	11	21.2	31	29.8
มีความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal Idea)				
มี	25	48.1	11	10.6
ไม่มี	27	51.9	93	89.4
รวม	52	100	104	100

จากตารางที่ 5 พบว่าในกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาทางจิตสังคมคิดเป็นร้อยละ 78.8 และ 70.2 ตามลำดับ และไม่ได้ได้รับการรักษาทางจิตสังคมมีจำนวนน้อยที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 21.2 และ 29.8

การศึกษามีความคิดว่าตัวตายในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยมีความคิดฆ่าตัวตายมาก่อน คือ ร้อยละ 51.9 และ 89.4 ตามลำดับ และเคยมีความคิดฆ่าตัวตายมาก่อนมีจำนวนน้อยกว่าคิดเป็นร้อยละ 48.1 และ 10.6 ที่น่าสังเกตคือผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาที่มีและไม่มีความคิดฆ่าตัวตายมีจำนวนใกล้เคียงกันคือร้อยละ 48.1 และ 51.9 ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายมีเพียงประมาณ 1 ใน 10 ของผู้ป่วยในกลุ่มทั้งหมด

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มศึกษาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยในใหม่ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นในปี พ.ศ. 2529-2531 โดยจำแนกตามการวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรค	กลุ่มที่ทำการศึกษา		ผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2529-2531	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Schizophrenia	27	51.9	4,223	54.9
Psychosis อื่น ๆ	13	25	1,149	14.9
Depression	3	5.8	54	0.7
Other Diseases	9	17.3	2,268	29.5
รวม	52	100	8,694	100

จากตารางที่ 6 จากการศึกษพบว่า เมื่อเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรค ในกลุ่มศึกษากับผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษา ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นในปี พ.ศ. 2529 - 2531 ปรากฏว่า ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการวินิจฉัยโรค Schizophrenia มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 51.9 และ 54.9 ตามลำดับ

แต่เมื่อศึกษาผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตทั้งหมด (Schizophrenia และ Psychosis อื่น ๆ) พบว่าในกลุ่มที่ทำการศึกษามีผู้ป่วยโรคจิตรวมกันถึงร้อยละ 76.9 (51.9+25) ของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ทั้งหมดเทียบกับ 69.8 (54.9+14.9) ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วงดังกล่าว

ในขณะที่เดียวกันถึงแม้ว่าผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการ Depression มีจำนวนน้อยที่สุดในทั้งสองกลุ่มก็ตาม แต่อัตราการมีอาการ Depression ในกลุ่มศึกษาก็ยังสูงกว่าในผู้ป่วยทั้งหมดที่รับไว้ศึกษาในช่วงดังกล่าวถึงประมาณ 8 เท่า

หมวดที่ 2 วิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย

คณะผู้วิจัยได้หาปัจจัยเสี่ยงทั้ง 12 ตัวแปรมาวิเคราะห์หาอัตราเสี่ยง (odd Ratio) แบบ Univariate ปรากฏผลตามตารางที่ 7 - 8 ดังนี้

ตารางที่ 7 แสดงการวิเคราะห์ Univariate ของปัจจัยเสี่ยง 6 ปัจจัย ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการปรึกษา

ปัจจัยเสี่ยง	อัตราเสี่ยง (Add Ratio)	95% Confidence Interval		P Value
		Lower Limit	Upper Limit	
1. เพศ				
หญิง				
ชาย	0.92	0.45	- 1.85	0.8108
2. กลุ่มอายุ				
มากกว่า 44 ปี				
น้อยกว่า 44 ปี	3.81	1.06	- 13.73	0.0215 *
3. สถานภาพสมรส				
คู่				
โสด แยกกันอยู่ ร้าง หย่า	4.26	1.81	- 10.03	0.0002 *
หม้าย				
4. การศึกษา				
สูงกว่าชั้นประถมศึกษา				
ประถมศึกษา	0.80	0.35	- 1.79	0.5803
5. อาชีพ				
มีอาชีพ				
ว่างงานในปกครอง	2.91	0.68	- 12.45	0.1433
6. จำนวนครั้งที่เข้ารับการปรึกษา				
เข้ารับการปรึกษาครั้งแรก				
เข้ารับการปรึกษา				
มากกว่า 1 ครั้ง	2.16	1.04	- 4.50	0.0364 *

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 7 ผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย พบว่า ในเรื่องเพศ อัตราเสี่ยงของการฆ่าตัวตายระหว่างเพศชาย และเพศหญิงไม่แตกต่างกัน (odd Ratio 0.92 และมีช่วงความเชื่อมั่นที่ 95 % ระหว่าง 0.45 - 1.85) ถึงแม้ว่าผู้ป่วยชายจะฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าผู้ป่วยหญิงถึงอัตรา 6 ต่อ 1 ก็ตาม (ดูตารางที่ 10)

กลุ่มอายุ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 44 ปี กับผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 44 ปี ขึ้นไป พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 44 ปี มีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 44 ปี ในอัตรา 3.81 เท่า มีช่วงความเชื่อมั่น 95 % ระหว่าง 1.06 - 13.73

สถานภาพสมรส จากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องอยู่คนเดียว (โสด หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่) มีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ชีวิตคู่ (สมรส) ในอัตรา 4.26 เท่าที่ช่วงความเชื่อมั่น 95 % ระหว่าง 1.81 - 10.03

การศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีพื้นฐานการศึกษาที่แตกต่างกันไม่ใช้ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

อาชีพ พบว่า ได้ผลการวิเคราะห์เช่นเดียวกับปัจจัยด้านการศึกษาคือ ไม่พบความแตกต่างในอาชีพที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายแต่อย่างใด

จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นมากกว่า 1 ครั้ง มีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาครั้งแรก ถึง 2.16 เท่า ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95 % ระหว่าง 1.04-4.50

ตารางที่ 8 แสดงการวิเคราะห์ Univariate ของปัจจัยเสี่ยง 6 ปัจจัย ได้แก่ การมีบุตร ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการทําร้ายผู้อื่น ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย การรักษาทางจิตสังคม การมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย

ปัจจัยเสี่ยง	อัตราเสี่ยง (Odd Ratio)	95% Confidence Interval		P Value
		Lower Limit	Upper Limit	
1. การมีบุตร				
มี				
ไม่มี	2.18	1.03	- 4.65	0.0372 *
2. ประวัติการใช้สารเสพติด				
ไม่มี				
มี	0.42	0.2	- 0.91	0.0220 *
3. ประวัติการทําร้ายผู้อื่น				
ไม่มี				
มี	1.554	0.699	- 3.454	0.2791
4. ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย				
ไม่มี				
มี	5.18	1.86	- 14.43	0.0006 *
5. การรักษาทางจิตสังคม				
มี				
ไม่มี	0.62	0.28	- 1.38	0.2319
6. การมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย				
ไม่มี				
มี	5.73	2.57	- 12.78	0.0000 *

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 8 จากการศึกษปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย ในเรื่องการมีบุตร พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีบุตรมีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยที่มีบุตรถึง 2.18 เท่าที่ช่วงความเชื่อมั่น 95 % ระหว่าง 1.03 - 4.65

ประวัติการใช้สารเสพติด พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดมีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยที่มีประวัติเสพติด 0.42 เท่าและช่วงความเชื่อมั่น 95 % ระหว่าง 0.2 - 0.91

ประวัติการทรมานผู้อื่น พบว่า อัตราเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีประวัติและไม่มีประวัติการทรมานผู้อื่น ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน มีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติฆ่าตัวตายถึง 5.18 เท่าที่ช่วงความเชื่อมั่น 95 % ระหว่าง 1.86 - 14.43

ประวัติการรักษาทางจิตสังคม พบว่า อัตราเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาทางจิตสังคม หรือไม่เคยได้รับการรักษาทางจิตสังคม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้ป่วยที่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายมีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายมาก่อนถึง 5.73 เท่าที่ช่วงความเชื่อมั่นระหว่าง 2.57-12.78

สรุปจากผลการวิเคราะห์แบบ Univariate (ตามตารางที่ 7 - 8) พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงเพียง 7 ตัว ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 คือ

1. กลุ่มอายุ
2. สถานภาพสมรส
3. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษ
4. การมีบุตร
5. ประวัติการใช้สารเสพติด
6. ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย
7. การมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 9 แสดงการวิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย ของผู้ป่วยในโรงพยาบาล
จิตเวชขอนแก่น ปี พ.ศ. 2529 - 2531

ตัวแปร	อัตราเสี่ยง (Odd Ratio)	95% Confidence Interval		P Value
		Lower Limit	Upper Limit	
การมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย	5.075	2.170	- 11.871	0.0002
สถานภาพสมรส	3.585	1.385	- 9.281	0.0085

จากการนำตัวแปรทั้งหมด 12 ตัวแปรมาวิเคราะห์ Multivariate Analysis ด้วย Multiple Logistic Regression พบว่ามีตัวแปรเพียง 2 ตัวแปรที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย โดยผู้ป่วยที่มีความคิด ฆ่าตัวตายมีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ถึง 5.075 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย และมีช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% ระหว่าง 2.170 - 11.871

สำหรับสถานภาพสมรส ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส โสด หรืออยู่คนเดียว (หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่) มีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3.585 เท่า ของผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ และมีช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% ระหว่าง 1.385 - 9.281

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายคือ การมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย และสถานภาพสมรสโสด หรืออยู่คนเดียว

หมวดที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล เฉพาะกลุ่มศึกษาที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ
เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ โดยจำแนกตามความ
ถี่และร้อยละ

ตารางที่ 10 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา (โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่ม
ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จกับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ) จำแนกตาม เพศ กลุ่มอายุ
และสถานภาพสมรส

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ		กลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	6	11.5	23	44.2	29(55.7)
หญิง	1	1.9	22	42.4	23(44.3)
กลุ่มอายุ					
5 - 14 ปี	-	-	1	1.9	1(1.9)
15 - 24	2	3.9	22	42.3	24(46.2)
25 - 44	4	7.7	20	38.5	24(46.2)
45 - 64	1	1.9	2	3.8	3(5.7)
65 ปีขึ้นไป	-	-	-	-	-
สถานภาพสมรส					
โสด	5	9.6	32	61.6	37(71.2)
คู่	2	3.8	7	13.5	9(17.3)
แยกกันอยู่ หมาย-					
หย่าร้าง	-	-	6	11.5	6(11.5)
รวม	7	13.4	45	86.6	52(100)

จากตารางที่ 10 เมื่อศึกษาเฉพาะกลุ่มศึกษา เพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จกับผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ พบว่า ผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 11.5 ของกลุ่มศึกษาทั้งหมด และมีเพียงร้อยละ 1.9 (1 คน) ที่เป็นเพศหญิง สำหรับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ พบว่า มีจำนวนใกล้เคียงกันทั้งในเพศชายและเพศหญิง คือร้อยละ 44.2 และ 42.4 ตามลำดับ เป็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับเพศชายฆ่าตัวตายได้สำเร็จมากกว่าเพศหญิงถึง 6 ต่อ 1

ในด้านกลุ่มอายุ จากการศึกษพบว่ากลุ่มอายุที่ฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในกลุ่มอายุ 25 - 44 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.7 รองลงมาพบในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี ร้อยละ 3.9 น้อยที่สุดในกลุ่มอายุ 45 - 64 ปี ร้อยละ 1.9 แต่เมื่อรวมกลุ่มอายุให้เหลือเพียง 2 กลุ่ม พบว่าผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ มีอายุต่ำกว่า 44 ปี มากที่สุดร้อยละ 11.6 และเมื่อเปรียบเทียบกับ ผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จพบว่าผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จมีจำนวนมากในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.3 รองลงมาในกลุ่มอายุ 25 - 44 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.5 และ พบได้น้อยในกลุ่มอายุ 45 - 64 ปี คิดเป็นร้อยละ 38 และพบน้อยที่สุดในกลุ่มอายุ 5 - 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.9 และ เป็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับ กลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จเมื่อรวมกลุ่มอายุจะพบมากในช่วงอายุระหว่าง 15 - 44 ปี คิดเป็นร้อยละ 80.8 ซึ่งผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายได้สำเร็จก็พบมากในช่วงอายุระหว่าง 15 - 44 ปี เช่นกัน

จากการศึกษาสถานภาพสมรส พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโสด ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 9.6 รองลงมาคือผู้ป่วยที่สมรสแล้วคิดเป็นร้อยละ 3.8 อย่างไรก็ตาม เมื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ พบว่าเป็นโสดมากที่สุดเช่นเดียวกันคิดเป็นร้อยละ 61.6 รองลงมาคือผู้ป่วยที่สมรสแล้วคิดเป็นร้อยละ 13.5 และแยกกันอยู่ หม้าย หย่า หรือร้าง ร้อยละ 11.5 ตามลำดับ แต่เมื่อรวมสถานภาพสมรสที่ต้องอยู่คนเดียวเข้าด้วยกัน (โสด แยกกันอยู่ หม้าย หย่า ร้าง) พบว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.7 และในจำนวนดังกล่าวนี้ ร้อยละ 9.6 ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ สำหรับผู้ป่วยที่สมรสแล้วพบเพียงร้อยละ 3.8 ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจากจำนวนผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดร้อยละ 17.3

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน ร้อยละ ของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา (โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ กับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ) จำแนกตามการศึกษา อาชีพ

ข้อมูลเกี่ยวกับ	กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ		กลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การศึกษา					
ไม่ได้เรียน	-	-	1	1.9	1 (1.9)
ประถมศึกษา	5	9.6	33	63.5	38 (73.1)
มัธยมศึกษา	1	1.9	8	15.5	9 (17.4)
อาชีวศึกษา	1	1.9	2	3.8	3 (5.7)
มหาวิทยาลัย	-	-	1	1.9	1 (1.9)
อาชีพ					
รับจ้าง	-	-	3	5.8	3 (5.8)
ค้าขาย	1	1.9	1	1.9	2 (3.8)
ทนาย	6	11.5	28	53.9	34 (65.4)
แม่บ้าน	-	-	1	1.9	1 (1.9)
รับราชการ	-	-	2	3.8	2 (3.8)
นักเรียน	-	-	3	5.8	3 (5.8)
บรรพชิต	-	-	2	3.8	2 (3.8)
อื่น ๆ					
(งานบ้าน ว่างงาน)	-	-	5	9.6	5 (9.6)
รวม	7	13.4	45	86.6	52 (100)

จากตารางที่ 11 เมื่อศึกษาในด้านการศึกษาของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษา ชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 9.6 รองลงมาจบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และอาชีวศึกษามีจำนวนเท่า ๆ กัน คือ ร้อยละ 1.9 จากการเปรียบ-

เทียบกลุ่มผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จผลการวิเคราะห์พบว่า ได้ผลใกล้เคียงกันกับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ คือผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มนี้จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 63.5 รองลงมาในระดับมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 15.5 และน้อยที่สุดคือ ระดับอาชีวศึกษา และมหาวิทยาลัย คิดเป็นร้อยละ 3.8 และ 1.9 ตามลำดับ

ในด้านอาชีพของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่า มีอาชีพที่หลากหลายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 11.5 รองลงมา มีอาชีพค้าขายร้อยละ 1.9 สำหรับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จพบว่า มีอาชีพที่หลากหลายที่สุดเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 53.9 ส่วนอาชีพอื่นๆ พบได้ทุกอาชีพตามลำดับ ดังนี้ งานบ้าน ว่างงาน ร้อยละ 9.6 รับจ้างร้อยละ 5.8 น้อยที่สุดคือ อาชีพค้าขาย และแม่บ้านร้อยละ 1.9

ตารางที่ 12 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา (โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ กับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ) จำนวนตามหอผู้ป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษ และการวินิจฉัยโรค

ข้อมูลเกี่ยวกับ	กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ		กลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
หอผู้ป่วย					
บุษบง	3	5.8	5	9.6	8 (15.4)
ชงโค	2	3.9	16	30.7	18 (34.6)
ศรีตรัง	1	1.9	17	32.7	18 (34.6)
โนรี	1	1.9	5	9.6	6 (11.5)
ดอนต์	-	-	2	3.9	2 (3.9)
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา					
ครั้งที่ 1	2	3.8	30	57.7	32 (61.5)
ครั้งที่ 2	3	5.8	8	15.4	11 (21.2)
ครั้งที่ 3	1	1.9	5	9.6	6 (11.5)
ครั้งที่ 4	1	1.9	1	1.9	2 (3.8)
ครั้งที่ 7	-	-	1	1.9	1 (1.9)
การวินิจฉัยโรค					
Schizophrenia	5	9.6	22	42.3	27 (51.9)
Psychosis อื่น ๆ	1	1.9	12	23.1	13 (25.0)
Depression	-	-	3	5.8	3 (5.8)
อื่น ๆ	1	1.9	8	15.4	9 (17.3)
รวม	7	13.4	45	86.6	52 (100)

จากตารางที่ 12 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจาก ตึกบุขง คิดเป็นร้อยละ 5.8 รองลงมา ได้แก่ตึกชงโค คิดเป็นร้อยละ 3.9 สำหรับตึก ศรีตรังและโนรี มีจำนวนเท่า ๆ กันคือร้อยละ 1.9 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่ สำเร็จพบว่าเป็นผู้ป่วยจากตึกศรีตรังมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 32.7 รองลงมาได้แก่ตึกชงโค คิดเป็นร้อยละ 30.7 ตึกบุขงร้อยละ 15.4 ตึกโนรีร้อยละ 9.6 และศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ ดอนตูร้อยละ 3.9 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนระหว่าง ผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จกับผู้ป่วยที่ ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จในแต่ละตึก พบว่าตึกบุขงมีอัตรา 3:5 ตึกชงโค 1:8 ตึกศรีตรัง 1:17 ตึกโนรี 1:5

จากการศึกษาจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา พบว่าผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไปมีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 9.6 รองลงมาคือครั้งที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 3.8 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ พบว่า ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรกคิดเป็นร้อยละ 57.7 รองลงมาครั้งที่ 2 คิด เป็นร้อยละ 15.4 ครั้งที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 9.6 น้อยที่สุดได้แก่ ครั้งที่ 4 และ 7 มี จำนวนเท่า ๆ กันคิดเป็นร้อยละ 1.9 เมื่อพิจารณาเฉพาะจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา โดยแบ่งเป็นครั้งที่ 1 และมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป พบว่า ในครั้งที่ 1 มีผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายไม่ สำเร็จมีจำนวนมากคิดเป็นร้อยละ 57.7 แต่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีเพียงร้อยละ 3.8 ในขณะที่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามากกว่า 1 ครั้ง ขึ้นไป ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จคิดเป็นร้อยละ 28.8 แต่ฆ่าตัวตายสำเร็จถึงร้อยละ 9.6

สำหรับการวินิจฉัยโรค พบว่าผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ เป็นโรค Schizophrenia ร้อยละ 9.6 และโรค Psychosis อื่น ๆ และโรคอื่น ๆ ในจำนวน เท่า ๆ กัน คือ ร้อยละ 1.9 ส่วนผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ ส่วนใหญ่เป็นโรค Schi- zophrenia มากที่สุด เช่นกันคิดเป็นร้อยละ 42.3 รองลงมาได้แก่โรค Psychosis อื่น ๆ ร้อยละ 23.1 และโรคอื่น ๆ ร้อยละ 15.4 น้อยที่สุดคือ Depression ร้อยละ 5.8

ตารางที่ 13 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา (โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ กับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ) จำแนกตามประวัติการใช้สารเสพติด การทำร้ายผู้อื่น การมีบุตร

ข้อมูลเกี่ยวกับ	กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ		กลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การใช้สารเสพติด					
มี	5	9.6	9	17.3	14 (26.9)
ไม่มี	2	3.9	36	69.2	38 (73.1)
การทำร้ายผู้อื่น					
มี	2	3.8	13	25	15 (28.8)
ไม่มี	5	9.6	32	61.5	37 (71.2)
การมีบุตร					
มี	2	3.9	14	26.9	16 (30.8)
ไม่มี	5	9.6	31	59.6	36 (69.2)
รวม	7	13.5	45	86.5	52 (100)

จากตารางที่ 13 เมื่อศึกษาถึงประวัติการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 9.6 เคยมีประวัติใช้สารเสพติด ซึ่งต่างกับผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติเสพยาเสพติดมาก่อนคิดเป็นร้อยละ 69.2 และมีเพียง 17.3 ที่เคยใช้สารเสพติด

ในด้านการศึกษาประวัติการทำร้ายผู้อื่นพบว่า ทั้งในกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ และกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นคิดเป็นร้อยละ 9.6 และ 61.5

สำหรับการวิเคราะห์การมีบุตร พบว่าผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนมากไม่มีบุตรคิดเป็นร้อยละ 9.6 ซึ่งสัมพันธ์กับผลการศึกษาที่ได้รับจากกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ เช่นกันว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 59.6 เป็นผู้ที่ไม่มีบุตร

ตารางที่ 14 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา (โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ กับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ) จำแนกตามผู้ป่วยที่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย และการรักษาทางจิตสังคม

ข้อมูลเกี่ยวกับ	กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ		กลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย					
มี	3	5.8	22	42.3	25 (48.1)
ไม่มี	4	7.7	23	44.2	27 (51.9)
ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย					
มี	-	-	15	28.8	15 (28.8)
ไม่มี	7	13.5	30	57.7	37 (71.2)
การรักษาทางจิตสังคม					
มี	4	7.7	37	71.1	41 (78.8)
ไม่มี	3	5.8	8	15.4	11 (21.2)
รวม	7	13.5	45	86.5	52 (100)

จากตารางที่ 14 พบว่า ผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 7.7 ไม่มีความคิดที่จะฆ่าตัวตายมาก่อน และร้อยละ 5.8 มีความคิด ฆ่าตัวตายมาก่อน สำหรับผลการศึกษาในกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จก็ได้ผลเช่นเดียวกัน คือไม่มีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 44.2 และมีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 42.3

เมื่อศึกษาถึงประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ทั้งหมด ร้อยละ 13.5 ไม่เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน สำหรับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จพบว่า ส่วนใหญ่ก็ไม่มีประวัติฆ่าตัวตายมาก่อนเช่นกันคิดเป็นร้อยละ 57.7

จากการศึกษาถึงการรักษาทางจิตสังคม ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีทั้ง ได้รับการรักษาทางจิตสังคม และ ไม่ได้รับการรักษาจิตสังคมในจำนวนที่ใกล้เคียงกันคิดเป็นร้อยละ 7.7 และ 5.8 ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 71.1 ได้รับการรักษาทางจิตสังคมก่อนลงมือกระทำการ

ตารางที่ 15 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา (โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ กับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ) จำแนกตามวิธีการที่ฆ่าตัวตาย และสถานที่ที่ฆ่าตัวตาย ช่วงเวลา และจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาก่อนลงมือฆ่าตัวตาย

ข้อมูลเกี่ยวกับ	กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ		กลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
วิธีการที่ฆ่าตัวตาย					
การทำร้ายตนเอง	1	1.9	15	28.9	16 (30.8)
ผูกคอตาย	5	9.6	13	25	18 (34.6)
กระโดดจากที่สูง	1	1.9	13	25	14 (26.9)
อื่น ๆ	-	-	4	7.7	4 (7.7)
สถานที่					
ระเบียงตึกชั้นสอง	1	1.9	16	30.8	17 (32.7)
ห้องนอนในหอผู้ป่วย	-	-	9	17.3	9 (17.3)
ห้องน้ำในหอผู้ป่วย	3	5.8	5	9.6	8 (15.4)
ห้องจำกัดพฤติกรรม	1	1.9	-	-	1 (1.9)
นอกตึก	2	3.9	10	19.2	12 (23.1)
อื่น ๆ	-	-	5	9.6	5 (9.6)
ช่วงเวลา					
8.00 - 16.00 น.	6	11.5	25	48.1	31 (59.6)
16.00 - 24.00 น.	-	-	11	21.2	11 (21.2)
24.00 - 08.00 น.	1	1.9	9	17.3	10 (19.2)
จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาก่อนลงมือฆ่าตัวตาย					
1 - 7 วันแรก	3	5.8	24	46.1	27 (51.9)
8 - 14 วัน	-	-	8	15.4	8 (15.4)
15 - 30 วัน	2	3.85	9	17.3	11 (21.15)
มากกว่า 30 วัน	2	3.85	4	7.7	6 (11.55)
รวม	7	13.5	45	86.5	52 (100)

จากตารางที่ 15 เมื่อศึกษารายละเอียด ถึงวิธีการฆ่าตัวตายในกลุ่มศึกษาพบว่า กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จใช้วิธีการผูกคอตายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 9.6 (วิธีการผูกคอตายมีทั้งการใช้เชือกที่ผูกมัดคอกัน ใช้ เลือดผ้า ผ้าปูที่นอน และเศษผ้าห่ม) รองลงมาใช้วิธีการทำร้ายตนเอง (กัดลิ้น เอาศีรษะชนของแข็ง บีบคอตเอง ลงไปนอนในอ่างน้ำเอาศีรษะจุ่มลงในอ่างน้ำ) และกระโดดจากที่สูงมีจำนวนเท่า ๆ กัน คือร้อยละ 1.9 สำหรับกลุ่มที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ ใช้วิธีการทำร้ายตนเองมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 28.9 รองลงมาใช้วิธีการผูกคอตาย และกระโดดจากที่สูงมีจำนวนเท่า ๆ กันคิดเป็นร้อยละ 25 น้อยที่สุดใช้วิธีการอื่น ๆ ซึ่งหมายถึง การรับประทานสารพิษ หรือรับประทานยาที่ใช้รักษา คิดเป็นร้อยละ 7.7

ในด้านสถานที่พบว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ใช้สถานที่ฆ่าตัวตายในห้องน้ำภายในตึกผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 5.8 รองลงมาใช้สถานที่บริเวณนอกตึกผู้ป่วย (บริเวณต้นไม้ รั้วตึก บริเวณโรงอาหารของผู้ป่วย) คิดเป็นร้อยละ 3.9 น้อยที่สุดใช้สถานที่บริเวณระเบียงตึกชั้นสอง (โดยกระโดดเอาศีรษะกระแทกพื้น) และห้องจำกัดพฤติกรรมมีจำนวนเท่า ๆ กัน คือร้อยละ 1.9

เมื่อศึกษาถึงช่วงเวลาของผู้ป่วย ลงมือฆ่าตัวตาย พบว่า กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ลงมือกระทำการในเวลเช้า (08.00-16.00 น.) คิดเป็นร้อยละ 11.5 น้อยที่สุดคือเวรดึกร้อยละ 1.9 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ ส่วนใหญ่ลงมือกระทำการในเวลเช้า (08.00 - 16.00 น.) เช่นกันคิดเป็นร้อยละ 48.1 รองลงมาคือเวรบ่าย (16.00-24.00 น.) คิดเป็นร้อยละ 21.2 เวรดึก (24.00-08.00 น.) ร้อยละ 17.3

เมื่อวิเคราะห์จำนวนวันที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลก่อนลงมือฆ่าตัวตายพบว่า กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่ลงมือฆ่าตัวตายตั้งแต่ 1 - 7 วันแรกที่เข้ามารับการรักษาคิดเป็นร้อยละ 5.8 รองลงมาคือช่วง 15 - 30 วัน และมากกว่า 30 วันที่มีจำนวนเท่า ๆ กัน คือร้อยละ 3.85 ในกลุ่มผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จพบว่าส่วนใหญ่ ลงมือกระทำการในวันที่ 1-7 ที่เข้ามารับการรักษ เช่นกันคิดเป็นร้อยละ 46.1 รองลงมาคือช่วง 15-30 วันคิดเป็นร้อยละ 17.3 และน้อยที่สุดคือช่วงที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมากกว่า 30 วัน คิดเป็นร้อยละ 7.7

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นเป็นสถานที่ช่วยเหลือ และบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวช ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วย จากการบำบัดรักษาของผู้ป่วยในโรงพยาบาล พบว่า สาเหตุการตายของผู้ป่วยที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ การฆ่าตัวตาย ซึ่งโรงพยาบาลมองเห็นว่าเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้

การศึกษาการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย และพัฒนาแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อทราบข้อมูลทั่วไป ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย วิธีการและรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย และเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาพัฒนาแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลต่อไป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) และศึกษาเปรียบเทียบแบบ Matched Case-Control โดยการรวบรวมข้อมูลจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายทุกคนในปี พ.ศ.2529-2531 ซึ่งได้กลุ่มศึกษา (Case group) ทั้งหมด 52 คน และใช้วิธี Stratified Random Sampling โดยใช้การวินิจฉัยโรคเป็นหลักเพื่อสุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม (Control group) ให้มีจำนวน 2 เท่า ของกลุ่มศึกษาหรือเท่ากับ 104 คน โดยสุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยในช่วงปีเดียวกัน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกข้อมูลที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น (ดูภาคผนวก) สำหรับสถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ สำหรับบรรยายข้อมูลทั่วไปประวัติเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย วิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายด้วย Odd Ratio และวิเคราะห์ Multivariate analysis ด้วย Multiple logistic Regression การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด ใช้การวิเคราะห์ด้วยมือ และใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป EPI INFO VERSION 5 เพื่อแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ Odd Ratio และหาค่า 95% Confidence Interval และใช้โปรแกรมสำเร็จรูป EPILOG เพื่อวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression

สรุปผลการวิจัย

✓ จากการศึกษาค้นคว้าทั่วไป ของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 55.8 เป็นเพศชายมีอายุอยู่ในช่วง 15-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 92.4 สถานภาพสมรส โสด แยกกันอยู่ หย่าร้าง หม้าย รวมกันคิดเป็นร้อยละ 82.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 73.1 มีอาชีพทำนาเป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 65.4 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคือ ด็กชงโค และศรีตรังมีจำนวนเท่า ๆ กัน คือ ร้อยละ 34.6 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาร้อยละ 61.5 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งที่ 1 และได้รับการวินิจฉัยโรค Schizophrenia คิดเป็นร้อยละ 51.9

จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายคือ การมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย และสถานภาพสมรส โสด หรืออยู่คนเดียว (หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (เมื่อวิเคราะห์แบบ Multivariate)

เมื่อวิเคราะห์แบบ Univariate พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 44 ปี มีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ป่วยอายุมากกว่า 44 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยที่มีสถานะภาพสมรสโสด แยกกันอยู่ ร้าง หย่า หม้าย มีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มากกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง มีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยที่ไม่มีบุตร มีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่มีบุตรแล้วอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติเสพยาเสพติด มีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ป่วยที่มีประวัติเสพยาเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน มีอัตราเสี่ยงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายมีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาถึงวิธีการและรายละเอียดต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ (7 ราย) พบว่าผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่ เป็น เพศชาย มีอายุในช่วง 15-44 ปี สถานภาพสมรสโสด จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพทำนา เข้ารับการรักษาคือ ด็กชงโค

บขบง รองลงมาคือ ด็ก ชงโค และด็กศรีตรัง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยโรค Schizophrenia

สำหรับวิธีการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (5 รายจากทั้งหมด 7 ราย) ใช้วิธีการผูกคอตาย โดยสถานที่ที่ใช้ในการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่กระทำการในห้องน้ำผู้ป่วย จำนวน 6 รายลงมือกระทำการในเวรเช้า (8.00-16.00 น.) และส่วนใหญ่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ในช่วง 1-7 วันแรกก่อนลงมือฆ่าตัวตาย

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นพยายามฆ่าตัวตายในระหว่างปี 2529 ถึง 2531 จำนวน 52 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 0.68 ของผู้ป่วยในทั้งหมดที่รับไว้รักษาในช่วงดังกล่าวเป็นชาย 29 ราย หญิง 23 ราย มีจำนวน 7 ราย หรือ 0.09 เปอร์เซ็นต์ ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ในประเทศไทยก็มีอัตราใกล้เคียงกัน (สถิติของโรงพยาบาลจิตเวชต่าง ๆ) อย่างไรก็ตามหนังสือ Comprehensive Psychiatry, 4th Edition (1985) ระบุตัวเลขของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชที่ฆ่าตัวตายสำเร็จว่าเป็น 0.003 ต่อปี และ Malzberg ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยใน New York State's mental Hospital ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในปี ค.ศ. 1957 - 1959 ว่ามี 34 ต่อผู้ป่วย 100,000 ราย ต่อปี นับว่าผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชของไทยยังมีอัตราที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับสถิติดังกล่าว

จากปัจจัยทั้ง 12 ตัว ที่นักศึกษาย้อนหลังเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าปัจจัยเหล่านั้นมีความสามารถในการที่จะแยกแยะความเสี่ยงในการจะฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้ในระดับที่แตกต่างกัน

ปัจจัยที่สามารถแยกแยะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ดีที่สุด (มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งแบบ univariate และ Multivariate Analysis) ในการศึกษาครั้งนี้ คือ สภาวะการไร้คู่ครอง (โสด หม้าย หย่าร้าง) กับการมีความคิดฆ่าตัวตาย (idea of suicide)

สภาวะการไร้คู่ครอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ไม่เคยแต่งงาน ซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูงจากการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ (สชาติ พลภาคย์ และ ผกาพันธ์ วุฒิภักษ์, 2527; Hyman, 1988; วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533) การไร้คู่ครองทำให้บุคคลขาดความรู้สึกผูกพันอย่างมีความหมายกับบุคคลอื่น ฉะนั้น เมื่อตกอยู่ในสภาวะจิตใจที่อ่อนแอลงจากการเผชิญปัญหาที่รุนแรง หรืออื่น ๆ ความรู้สึกที่จะต่อสู้เพื่อจะอยู่ต่อไปก็อาจหมดสิ้นลงได้โดยง่าย และนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

การมีความคิดฆ่าตัวตาย (idea of suicide) บ่งบอกถึงการมีพยาธิสภาพทางจิตที่รุนแรงจะถึงขั้นเป็นโรคจิต (Psychoses) หรือไม่เป็นโรคจิตก็ตามหากปล่อยไว้ก็อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายจริงได้ในที่สุด Ludewig.A (1980) ได้จัดให้การมีความคิดฆ่าตัวตายเป็นปัจจัยที่มีความเสี่ยงสูง

ปัจจัย 5 ตัวต่อมา ได้แก่

- ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 44 ปี
- ผู้ป่วยเก่าที่เคยเข้ารับการรักษามากกว่า 1 ครั้ง
- ผู้ป่วยที่ไม่มีบุตร
- ผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และไม่เสเพลสิ่งเสพติดอื่น ๆ
- ผู้ป่วยที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน

พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะการวิเคราะห์แบบ Univariate ซึ่งเป็นเครื่องบ่งชี้ว่าปัจจัยทั้ง 5 ตัวนี้มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยแต่ความสามารถของปัจจัยเหล่านี้ในการแยกแยะผู้ป่วยที่จะฆ่าตัวตายกับผู้ป่วยที่ไม่ฆ่าตัวตายมีไม่มาก

เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายนั้น Hyman (1988) พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายของชายจะเพิ่มขึ้นตามอายุจนถึงอายุ 75 ปี ส่วนหญิงจะเพิ่มขึ้นถึงช่วงอายุ 55-65 ปี ในขณะที่ Kessel (1965) พบอัตราการฆ่าตัวตายของทั้งชายหญิงจะสูงสุดอยู่ในช่วงอายุ 24 - 34 ปี ส่วนการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 44 ปี ฆ่าตัวตายมากกว่าผู้มีอายุเกินกว่านี้

ความสัมพันธ์ของอัตราการฆ่าตัวตายกับจำนวนครั้งที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลนั้นก็อาจจะ เป็นเพราะ เป็นการป่วยที่เรื้อรังกว่า หรือ รุนแรงกว่าพวกที่รักษาน้อยครั้ง สภาวะเช่นนี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หดหู่ ถูกทอดทิ้งหรือถูกปฏิเสธ (Reject) มากกว่าการฆ่าตัวตายเพราะฤทธิ์ของ โรคหรือ เพื่อหนีปัญหาจึงอาจเกิดได้บ่อยขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีบุตรฆ่าตัวตายมากกว่าผู้มีบุตรก็ตรงกับรายงานในหนังสือทางจิตเวชหลาย ๆ เล่ม (Comprehensive Psychiatry 4 th Edition, 1985) เป็นเพราะบุตรอาจจะ เป็นภาระความรับผิดชอบที่ยังไม่สิ้นสุดของผู้ป่วย หรือเป็นความหวังที่ยังเหลืออยู่ ความรู้สึกนี้จึงช่วยยับยั้ง หรือลดความรู้สึกที่อยากจะตายของผู้ป่วยให้น้อยลงได้

การที่พบว่าผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา หรือไม่เสเพลสิ่งเสพติดอื่น ๆ ฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ป่วยที่เสเพลเหล่านั้น ผลการศึกษานี้ นั้นว่าแตกต่างอย่างตรงกันข้ามกับการศึกษาอื่น ๆ (สมภพ เรื่องตระกูล , 2535 ; Hyman, 1988) ซึ่งผู้ศึกษายังไม่สามารถอธิบายผลที่ต่างกันได้ คงจะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น มีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนสูงกว่ากลุ่มควบคุมถึง 5.18 เท่า ซึ่งก็สอดคล้องกับผลการศึกษาอื่น ๆ (Solomon, 1977; Hendin, 1967)

ปัจจัยที่นำมาศึกษาอื่น ๆ ไม่พบความสัมพันธ์ใด ๆ ที่แน่นอนกับการฆ่าตัวตาย ปัจจัยเหล่านั้นจึงไม่สามารถนำมาใช้เป็นตัวแบ่งแยกระหว่างผู้ป่วยที่เสี่ยงกับผู้ป่วยที่ไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ อย่างไรก็ตาม วิจารณ์ วิชัยยะ (2533) และผู้ศึกษาเรื่องการฆ่าตัวตายอีกหลายราย พบว่า ผู้หญิงจะพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าชาย แต่ชายจะใช้วิธีที่รุนแรงกว่า และฆ่าตัวตายได้สำเร็จมากกว่าหญิง ในการศึกษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นผลที่ได้ก็สอดคล้องกับผลการศึกษาดังกล่าว

ในด้านอาชีพการศึกษาคั้งนี้ ได้ผลเช่นเดียวกับที่ Roy (1982) ศึกษาไว้คือ ไม่พบความแตกต่างในด้านอาชีพระหว่างกลุ่มศึกษา กับกลุ่มควบคุมแต่ก็พบว่า ผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นผู้ว่างงานหรือเป็นผู้ที่ไม่มีรายได้

Freud เคยเขียนไว้ว่า ความโกรธ และความก้าวร้าว (Anger and aggression) ถ้ามีอยู่มากอาจหาทางออกได้ในสองลักษณะคืออาจออกมาในรูปของการแสดงออกต่อบุคคลอื่น หรือต่อสังคมภายนอกทั้งทางกายหรือวาจา และอีกทางหนึ่งก็โดยการหันความโกรธ ความก้าวร้าวสู่ตนเอง ซึ่งรวมถึงการฆ่าตัวตาย ฉะนั้นผู้ที่ระบายความก้าวร้าวออกสู่บุคคลอื่นแล้ว ความก้าวร้าวในตนเองจะลดลงและจะไม่ทำร้ายตนเองหรือไม่ฆ่าตัวตาย แต่การศึกษาคั้งนี้ผลที่ได้ไม่เป็นไปตามสมมุติฐานดังกล่าว ซึ่งที่อาจพออธิบายความผันแปรจากสมมุติฐานดังกล่าว ได้ก็คือ ผู้ป่วยที่แสดงความก้าวร้าวต่อผู้อื่น ขณะอยู่ในโรงพยาบาลมักจะได้รับการตอบโต้หรือถูกลงโทษ เช่น การถูกตี หัก ถูกจับแยก หรือ ถูกรังเกียจทั้งจากเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยด้วยกัน ความโกรธความก้าวร้าวที่มีอยู่จึงไม่ลดลง แต่กลับจะเพิ่มมากขึ้น และในที่สุดก็จะหันความโกรธและความก้าวร้าวนั้นเข้าหาตัวเอง จึงทำให้อัตราการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีประวัติก้าวร้าวเหล่านี้ไม่ลดลง อย่างไรก็ตามการศึกษาผู้ป่วยก้าวร้าวเหล่านี้ในรายละเอียดอีกครั้งหนึ่ง อาจทำให้ได้ข้อเท็จจริงเพิ่มขึ้นก็ได้

ผลการศึกษาทางจิตสังคมพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายก็เช่นกันน่าจะยังไม่ใช่ว่าข้อสรุปว่าการรักษาแบบนี้เป็นสิ่งที่ไม่จำเป็น ทั้งนี้เพราะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการรักษาทางจิตสังคมมีมาก ไม่ว่าจะเป็นชนิดและความรุนแรงของโรค ความรู้ความชำนาญของผู้รักษา จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลและอื่น ๆ อย่างไรก็ตามผลที่ได้จากการศึกษาคั้งนี้ช่วยชี้ให้เห็นว่าวิธีการรักษาทางจิตสังคมที่ใช้อยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ปัจจุบันยังมีจุดอ่อนอยู่หลายอย่างที่รอการปรับปรุงแก้ไขต่อไป

การศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าจะพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่พบอาการซึมเศร้าถึง 8 เท่า (ตารางที่ 6) ก็สอดคล้องกับผลการศึกษา อื่น ๆ (สมภพ เรืองตระกูล ,2533; WHO Expert Committee,1968)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นที่พยายามฆ่าตัวตายจะใช้วิธีแขวนคอตัวเอง และวัสดุที่ใช้ในการกระทำจะเป็นเสื้อผ้าที่สวมเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 59.6 ของความพยายามฆ่าตัวตายจะเกิดในเวลเช้า (8.00 - 16.00 น.) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีอิสระในการที่จะ ไปไหนมาไหนในโรงพยาบาลได้ ส่วนในเวรอื่นผู้ป่วยจะถูกจำกัดสถานที่ให้อยู่เฉพาะภายในคอก พร้อมทั้งมีเจ้าหน้าที่คอยดูแล และพบว่าร้อยละ 51.9 ของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายจะประกอบการในช่วง 7 วันแรกหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งน่าจะเป็นเพราะในระยะนี้อาการทางจิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่จะยังรุนแรงอยู่ การปรับตัวของผู้ป่วยต่อสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลยังไม่มีดี และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ในคอกยังไม่มากพอก็เป็นได้

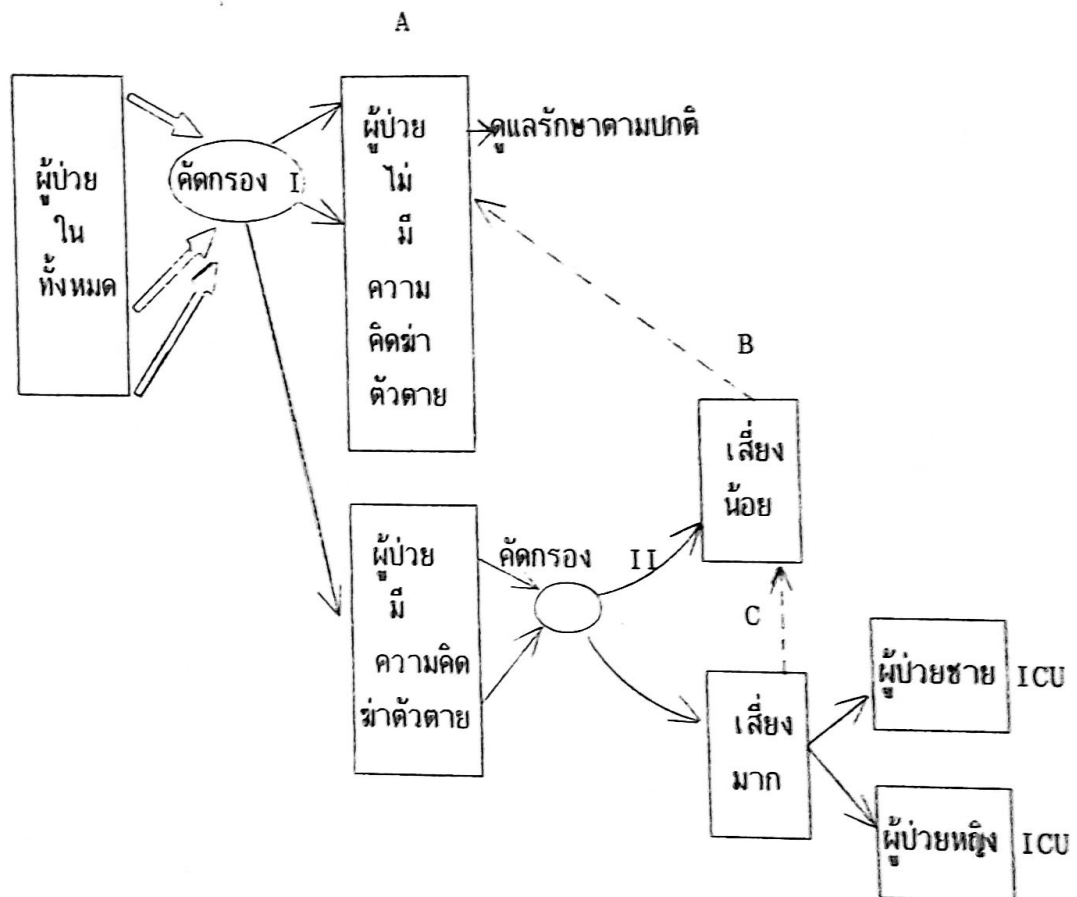
ส่วนการที่ผู้ป่วยของตึกชงโค และตึกศรีตรังพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าตึกอื่น น่าจะเป็นเพราะว่าตึกทั้งสองเป็นตึกที่รับผู้ป่วยใหม่ และมีอาการรุนแรงกว่าตึกอื่น ๆ ก็

เป็นได้

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มีทั้งที่คล้ายคลึง และที่แตกต่างจากการศึกษาอื่น สาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งคือ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) จากประวัติและรายงานต่าง ๆ ซึ่งในบางรายก็ไม่ได้มีการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยรายนั้น หรือการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นไว้โดยละเอียด ข้อมูลที่ได้มาในบางส่วน จึงน่าจะบกพร่องไปบ้าง การใช้ประโยชน์จากการศึกษาครั้งนี้จึงสมควรที่ผู้จะนำไปใช้ได้ใช้วิจารณญาณของตนเอง ตลอดจนข้อมูลจากแหล่งอื่นร่วมไปด้วย

ข้อเสนอแนะในการป้องกัน-รักษา ผู้ป่วยจิตเวชที่อาจฆ่าตัวตาย

จากผลการศึกษาเรื่องการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลครั้งนี้แผน
การป้องกัน และรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ฆ่าตัวตายอาจจะทำได้ดังแผนภูมิต่อไปนี้



นั่นคือ ผู้ป่วยจิตเวชทุกรายเมื่อรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชจะต้องได้รับการคัดกรอง I เพื่อแยกผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ออกจากผู้ป่วยที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย กระบวนการคัดกรอง I จะต้องดำเนินการทันทีที่รับผู้ป่วยไว้ประกอบด้วย การค้นหาว่าผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายหรือไม่ ซึ่งอาจทำได้โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการสังเกตพฤติกรรมโดยคัดกรองจากปัจจัย 2 ตัว คือ

ผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นโรค หรืออยู่ในสภาวะไร้คุ้มครองจากการหย่าร้าง หม้าย ถือเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

ผู้ป่วยที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ถือว่าไม่มีความเสี่ยง (กลุ่ม A)

ผู้ป่วยกลุ่ม A (ไม่เสี่ยง) จะได้รับการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลตามวิธีการปกติ

ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง จะต้องผ่านกระบวนการคัดกรอง II เพื่อแยกเป็นผู้ป่วยที่เสี่ยงน้อยหรือปานกลาง (กลุ่ม B) กับผู้ป่วยที่เสี่ยงมาก (กลุ่ม C)

กระบวนการคัดกรอง II จะประกอบด้วยการค้นหาปัจจัยประกอบอื่น ๆ ที่ถือว่าเสี่ยง คือ

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| 1. การมีบุตร | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| 2. เคยพยายามฆ่าตัวตาย | ☐ เคย | ☐ ไม่เคย |
| 3. อายุ | ☐ ต่ำกว่า 44 ปี | ☐ สูงกว่า 44 ปี |
| 4. จำนวนครั้งที่รักษาในโรงจิตเวช | ☐ หลายครั้ง | ☐ ครั้งแรก |
| 5. การเสพยา บุหรี่ ګัญชา และอื่น ๆ | ☐ ไม่เสพ | ☐ เสพ |
| 6. อาชีพ และรายได้ | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| 7. อาการซึมเศร้า | ☐ มี | ☐ ไม่มี |

ผู้ป่วยที่ประกอบด้วยปัจจัยด้านขวามือเป็นส่วนใหญ่ อาจถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงน้อยหรือปานกลาง (กลุ่ม B)

ผู้ป่วยที่ประกอบด้วยปัจจัยด้านซ้ายมือเป็นส่วนใหญ่ อาจถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (กลุ่ม C)

ผู้ป่วยในกลุ่ม B นอกจากจะได้รับการดูแลรักษาตามปกติ เช่น ผู้ป่วยกลุ่ม A ยังจะได้รับการดูแลเพิ่มเติมเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยกลุ่ม B จะมีเสื้อผ้าชุดพิเศษจากผู้ป่วยอื่น เพื่อเป็นที่สังเกตของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกคน และเป็นการสะดวกในการติดตามดูแล

2. มีการจำกัดบริเวณเป็นบางเวลา โดยจำกัดให้อยู่แต่ในหอผู้ป่วยจะได้รับอนุญาตให้ออกจากบริเวณที่กำหนดได้เป็นเวลา เช่น เวลาอาบน้ำ รับประทานอาหาร ออกกำลังกาย เข้ากลุ่มเพื่อการบำบัดหรือสันทนาการ และเมื่อมีญาติมาเยี่ยม เป็นต้น ใน

การออกจากบริเวณแต่ละครั้งจะมีเจ้าหน้าที่หรือผู้ป่วยที่เลี้ยง (ผู้ป่วยที่อาการทุเลามาก และรอกกลับบ้าน) คอยดูแลใกล้ชิด เมื่อเสร็จภารกิจนั้นแล้วจะถูกพากลับสู่บริเวณที่กำหนดตามเดิม

3. กิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้เข้าร่วมจะต้องไม่เป็นกิจกรรมที่มีการใช้วัสดุ หรืออุปกรณ์ที่อาจใช้ทำอันตรายตนเองได้ โดยเฉพาะมีด กรรไกร หรือของมีคมอื่น ๆ และเมื่อเลิกกิจกรรมแล้วควรมีการตรวจค้นร่างกายเพื่อป้องกันการซุกซ่อนวัสดุเหล่านั้นเพื่อนำไปทำร้ายตนเองในภายหลังได้

4. วัสดุ บางชนิด เช่น ผ้าเช็ดตัว ผ้าผัดมือ-เท้า เช็มขัด จะต้องเก็บออกจากบริเวณที่ผู้ป่วยถูกกักบริเวณไว้ทั้งหมด

5. มีการทำ Supportive Psychotherapy ทั้งแบบรายบุคคล หรือแบบกลุ่ม เป็นรายวัน

6. แพทย์ประจำหอ จะต้องตรวจเช็คสภาพผู้ป่วยเป็นรายวัน สำหรับนอกเวลาราชการ และวันหยุด แพทย์เวร จะต้องติดตามดูแลผู้ป่วยทุกเวร

ผู้ป่วยกลุ่ม B จะได้รับการดูแลเพิ่มเติมดังกล่าวจนกว่าจะพบว่า ความคิดฆ่าตัวตายหมดไป อาการซึมเศร้าลดลง และอาการหลงผิดที่เกี่ยวกับการจะฆ่าตัวตายหมดลง จากนั้น ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาตามปกติเช่นผู้ป่วยกลุ่ม A

ในกรณีที่ผู้ป่วยกลุ่ม B มีอาการรุนแรงขึ้นในภายหลัง เช่น ความคิดฆ่าตัวตายมากขึ้น หลงผิดเรื่องการฆ่าตัวตายมากขึ้น ได้พยายามจะฆ่าตัวตาย หรือมีการแสดงการเตรียมการที่จะฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาในฐานะผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงสูง (กลุ่ม C)

ผู้ป่วยกลุ่ม C จะได้รับการดูแลรักษาเป็นพิเศษโดยแยกออกจากผู้ป่วยจิตเวชอื่น ๆ (กลุ่ม A และ กลุ่ม B) โดยถูกจัดให้อยู่ในหน่วยที่มีการดูแลใกล้ชิดเป็นพิเศษในรูปแบบของ Intensive Care Unit (ICU)

ICU ทางจิตเวชควรมีลักษณะดังนี้

1. เป็นหน่วยที่แยกเฉพาะจากหน่วยรักษาอื่น ๆ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้จะได้รับการออกแบบพิเศษในลักษณะที่ให้ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย เช่น ไม่ใช้เตียงนอน แต่ใช้การบุที่นอนกับพื้นห้อง ผ้าปูที่นอนเป็นชนิดที่ฉีกขาดยาก หน้าต่าง ช่องลมมีเหล็กตัดกั้นการปีนขึ้นติดอุปกรณ์ตัดกระแสไฟฟ้า ประตู ห้องน้ำ ห้องส้วมไม่ติดกลอน ไม่มีอ่างเก็บน้ำบนฝ้าเพดาน โดยใช้ฝักบัว กลางคืนจะเปิดไฟไว้ตามจุดต่าง ๆ ตลอดเวลาเพื่อสามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ตลอดเวลาทุกคน เป็นต้น

2. กิ่วัตรประจำถิ่น เช่นการรับประทานอาหาร อาบน้ำ รวมทั้งกิจกรรมเพื่อการบำบัดรักษา ส่วนใหญ่จะจัดในบริเวณห้องขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับอนุญาตให้ออกจากบริเวณนี้ได้เฉพาะในกรณีที่จำเป็นหรือแพทย์สั่งเท่านั้น (เช่นไปหาฟัน, X-ray) โดยจะมีเจ้าหน้าที่ติดตามดูแลใกล้ชิดตลอด

3. ผู้รับผิดชอบ ICU ประกอบด้วยทีมจิตเวชพิเศษ ที่แยกจากทีมจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วยอื่น ๆ ทีมจิตเวชประจำ ICU นี้จะคัดเลือกจากบุคลากรต่าง ๆ ที่ผ่านการอบรมทางจิตเวชแล้ว เป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์มาพอสมควร และที่สำคัญเป็นผู้ที่มีวุฒิภาวะ และทัศนคติเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงเหล่านี้

4. ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินสภาพจิต และ Supportive Psychotherapy อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (เช้า, เย็น)

5. ยาฉุกเฉินทางจิตเวช รวมทั้งเครื่องมือ เช่น เครื่อง ECT จะต้องมีพร้อมที่จะใช้ได้ตลอดเวลา

เมื่อผู้ป่วยกลุ่ม C มีอาการดีขึ้น จะถูกลดระดับการรักษามาเป็นเช่น ผู้ป่วยกลุ่ม B ก่อนที่ จะลดลงเป็นกลุ่ม A และจำหน่ายจากโรงพยาบาลต่อไป

สรุป

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของสังคม ผู้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นคนที่มีความผิดปกติทางจิตใจ แต่ในโรงพยาบาลจิตเวชเองซึ่งเป็นที่สำหรับรักษาและช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางจิต การฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่รับไว้เพื่อรักษาและช่วยเหลือก็ยังมิได้อยู่เป็นระยะ ๆ การวิเคราะห์เพื่อหาทางป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย ยังไม่ได้มีการทำอย่างเป็นระบบมาก่อน การศึกษาเป็นความพยายามในการศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชฆ่าตัวตาย ซึ่งก็พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมากกับการฆ่าตัวตายมีสองปัจจัยคือ การที่ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตาย กับการมีสภาวะการสมรสแบบโสด หรือไร้คู่ ความสัมพันธ์ของปัจจัยอื่นรองลงไป อาทิ อายุที่ต่ำกว่า 44 ปี การเคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลหลายครั้ง ผู้ป่วยที่ไม่มีบุตร ผู้ป่วยที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และผู้ป่วยที่ไม่ดื่มสุราไม่สูบบุหรี่ ก็มีความสัมพันธ์อยู่บ้างถึงจะ ไม่มากเท่าสองปัจจัยแรก ในการกำหนดแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช ผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลทั้งหมดเหล่านี้ในการวางแผน จะเน้นแนวทางการพัฒนาที่กำหนดขึ้นในงานนี้ จึงอาจถือว่าการพัฒนาเบื้องต้น การดำเนินงานจะ ได้ผลมากน้อยเพียงใด คงจะต้องมีการติดตามศึกษาและพัฒนาแก้ไข เพิ่มเติมจนกว่าจะ ได้รูปแบบที่ได้ผลและมีความเหมาะสมที่สุดต่อไป

บรรณานุกรม

- เกียร กังคานนท์ และคณะ. การศึกษาผู้ป่วยฆ่าตัวตายด้วยวิธีรุนแรง. สารคดีราช 2527 ; 36 : 7.
- ยุเมง ศรียะ, เกียรดิชัย ลาเวศ และชวรัตน์ วันทะนิตย์. ผู้ป่วยพยายาม อดวินิบาตกรรมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตนเอง. วารสารจิตเวช ขอนแก่น 2533; 4 : 31 - 37.
- เจิมศรี ชำนิจารกิจ. สถิติประยุกต์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.
- ธนู ชาคัตถนันท. วารสารสุขภาพจิตชุมชน. ชัยนาท : ศูนย์สุขภาพจิตชุมชนชัยนาท, 2524; 2.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : การพิมพ์พระนคร, 2527.
- มาลินี เหล่าไพบูลย์. สถิติอนุมาณเบื้องต้น. ขอนแก่น : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2532.
- ยุวดี ภาษา และคณะ. คู่มือวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัทคุดอร์เพาเวอร์พอยท์ จำกัด, 2531.
- โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา. สถิติผู้ป่วยฆ่าตัวตาย. นครราชสีมา : โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา, 2533.
- โรงพยาบาลนิติจิตเวช. สถิติผู้ป่วยฆ่าตัวตาย. นครปฐม : โรงพยาบาลนิติจิตเวช, 2533.
- โรงพยาบาลประสาทสงขลา. สถิติผู้ป่วยฆ่าตัวตาย. สงขลา : โรงพยาบาลประสาทสงขลา, 2533.
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. สถิติผู้ป่วยฆ่าตัวตาย. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2533.
- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. สถิติผู้ป่วยฆ่าตัวตาย. สุราษฎร์ธานี : โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2533.
- วิจารณ์ วิชัยยะ. Managment of Suicide. กรุงเทพฯ : บอสโกออฟเซต, 2533.
- ศรี เกศมณี. การศึกษาผู้พยายามท้อวินิบาตกรรม. วิทยานิพนธ์ ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2526.

- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และลดาวัลย์ รอดมณี. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : หจก.ภาพพิมพ์, 2528.
- สุชาติ พหลภาพ และผกาพันธ์ วุฒิลักษณ์. การฆ่าตัวตายในสังคมไทย : รวมบทความย่อผลงานวิจัยมูลนิธิฝน แสงสิงแก้ว. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท. ,2527.
- ส่วตรี อัมมวาทกรชัย. ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มารักษาในโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 2530 ; 5 : 275 - 280 .
- ส่วทนา อารีพรค. ความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.
- สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ. คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4 . กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว, 2533.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. เครื่องชี้ภาวะสังคม. กรุงเทพฯ : เม็ดทรายพรินต์ติ้ง, 2533.

- Fitzpatrick, J.J. Suicidology and Suicide prevention : Historical perspectives from the nursing literature. J of Psychosocial Nursing and Mental Health Service 1983 ; 21 : 20-28.
- Hankoff LD. Suicide and attempted suicide. In : Paykel ES (ed.) Handbook of effective disorders. The Guildford Press, 1982.
- Hendin H. Attempted suicide. Psychiatric Quarterly. 1950 ; 24 : 39 - 46.
- H.L.P. Risnik and Harvey L. Ruben, Emergency Psychiatric Care. Maryland : The Charles Press Publishers, Inc., 1975.
- Hyman, Steven E., Manual of psychiatric emergencies. 2 nd ed. Boston : Little, Brown and Company, 1988.
- Kaplan HI., Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry 4th edition. Baltimore : Williams and Wilkins. 1985.
- Kessel, N. and Grossman, G. Suicide in alcoholics. British Medical Journal. 1965; 275 : 1671 - 2.
- Ludwig AM. Principles of clinical psychiatry. New York: Macmillan Publishing Co., Inc. 1980.

Roy A. Suicide in chronic Schizophrenia. Br J Psychiatry 1982;

139 : 171 - 177.

Solomon, Philip, ed. Handbook of psychiatry. Japan : Lange Medical
Pub, 1974 .

WHO Expert Committee. Prevention of suicide. Public Health Papers.

No 35. geneva : WHO 1968.

ภาคผนวก

[illegible][illegible]

