

ลักษณะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย: การศึกษาในผู้ป่วยที่รับปรึกษา ของกลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

นพพร อิทธิวิศกุล พ.บ.*

จินตนา ประวีณวงศ์วุฒิ ป.พยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย*

บทคัดย่อ : งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับปรึกษาของกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ข้อมูลได้จากแบบบันทึกประวัติผู้ป่วยที่รับปรึกษาระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2539 จำนวน 177 คน พบสัดส่วนของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1:1.21 อยู่ในช่วงอายุ 11-86 ปี ช่วงอายุ 20-39 ปีพบมากที่สุดร้อยละ 49.2 มีสถานะภาพสมรสคู่และโสดร้อยละ 59 และ 33 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและจบการศึกษาระดับประถมศึกษา วิธีการที่ใช้มากคือกินสารพิษร้อยละ 54 พบเคยพยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 10.2 ฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 20.3 ปัญหาที่เป็นสาเหตุกระตุ้นสำคัญคือปัญหาความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น adjustment disorders เคยมีโรคทางจิตเวชร้อยละ 20 มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัวร้อยละ 18 และคนในครอบครัวเคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 4.5 ผู้ป่วยมีการใช้สุราเป็นประจำร้อยละ 52

Abstract : **Characteristic of Patients with Suicidal Behavior: a Study in Consultation Service of Psychiatric Department, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital**
Notchaporn Ittivisavakul, M.D.,* Jintana Praweenwongwut, R.N.*
*Psychiatric Department, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital
Nakhon Ratch Hosp Med Bull 1998;22:103-9.

The aim of this study was to determine the characteristics of patients with suicidal behavior in consultation service of Psychiatric Department, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital during January 1 to December 31, 1996. The data of 14 defined characteristics of 177 patients were corrected. The ratio between male and female in suicide attempt patients was 1:1.21. The age of patients ranged from 11 to 86 years and the most common interval was 20-39 years (49.2%). Fifty nine percent of the patient were married and thirty three percent were single. Most of them were employee, primary school graduated. The most frequent method was poison ingestion (54%). The family relation problem was the major precipitating cause. The most common diagnosis was adjustment disorders. The suicidal patients had history of psychiatric illness (20%), family history of psychiatric illness (18%) and family history of suicidal behavior (4.5%). Fifty two percent were alcohol drinkers.

ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมาอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับโดยมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 3.8 ต่อประชากรแสนคนต่อปีในปี พ.ศ. 2511 มาเป็น 6.7 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2536¹ อัตราการฆ่าตัวตายในสังคมเป็นปรอทที่บ่งชี้ถึงสภาวะสุขภาพจิตของบุคคลในสังคม เพราะการฆ่าตัวตายเป็นผลของความผิดปกติทางอารมณ์ความคิดและจิตใจโดยตรง² ปัญหาการฆ่าตัวตายของคนไทยในปัจจุบันจึงน่าจะมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น เป็นปัญหาสาธารณสุขและปัญหาของสังคมที่มีความสำคัญ³ พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (suicidal behavior) โดยทั่วไปหมายถึง ความคิดหรือการกระทำใดๆก็ตามซึ่งถ้ากระทำสำเร็จแล้วจะนำมาซึ่งอันตรายหรือความตายของบุคคลนั้น

พฤติกรรมฆ่าตัวตายแบ่งออกเป็น ความคิดอยากตายหรือจะฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) การขู่จะฆ่าตัวตาย (suicidal threat) การพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) และการฆ่าตัวตายสำเร็จ (complete suicide)⁴ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจากการรับปรึกษาผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาจากหอผู้ป่วยต่างๆในโรงพยาบาล ปัญหาที่ปรึกษาได้แก่ ผู้ป่วยที่มาด้วยพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่ต้องสูญเสียอวัยวะอัมพาตจากการได้รับอุบัติเหตุ ผู้ป่วยที่มีประวัติติดสุรา ยาเสพติดและมีอาการทางจิตจากการใช้สารนั้นๆ และผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอื่นๆ จากสถิติ 3 ปีย้อนหลังผู้ป่วยที่มาด้วยพฤติกรรมฆ่าตัวตายเท่ากับ 245, 228 และ 260 รายในปี พ.ศ. 2537, 2538 และ 2539 ตามลำดับ ผู้ป่วยรับปรึกษาที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเฉลี่ยร้อยละ 49.2 ของผู้ป่วยที่รับปรึกษาทั้งหมด ผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ยเดือนละ 20 รายงานวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในแง่ระบาดวิทยาในผู้ป่วยที่รับปรึกษาของกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ผู้ป่วยและวิธีการ

กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ให้การบริการรักษาผู้ป่วยนอกและรับปรึกษาผู้ป่วยในจากหอผู้ป่วยต่างๆ โดยที่ทางกลุ่มงานไม่มีหอผู้ป่วยเฉพาะทางจิตเวช สำหรับผู้ป่วยที่มาด้วยการพยายามฆ่าตัวตายจะผ่านการรักษาจากแผนกฉุกเฉิน จากนั้นผู้ป่วยจะถูกส่งไปตามแผนกต่างๆ ส่วนมากเข้ารับการรักษากับหอผู้ป่วยอายุรกรรม การรับปรึกษาผู้ป่วยมี 2 วิธีคือ (1) ทีมจิตเวชรักษาผู้ป่วยทุกคนที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั้ง 5 หอ โดยค้นหาผู้ป่วยใหม่และรับดูแลรักษาทุกวันจันทร์ถึงศุกร์โดยไม่ต้องเขียนใบขอปรึกษาผู้ป่วย (2) ทีมจิตเวชรับปรึกษาผู้ป่วยจากใบขอปรึกษาผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยต่างๆ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่ทีมจิตเวชดูแลระหว่างเดือนมกราคม-ธันวาคม 2539 ทำการศึกษาโดยพยาบาลจิตเวชสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือญาติใกล้ชิด (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ประวัติได้) และบันทึกประวัติโดยใช้แบบบันทึกผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีความครอบคลุมข้อมูลที่ควรทราบในการดูแลผู้ป่วย มีการทำความเข้าใจที่ถูกต้องและตรงกันแก่ผู้บันทึกข้อมูล ส่วนการวินิจฉัยและการรักษานักจิตแพทย์ นำข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกประกอบด้วยข้อมูล 4 หมวด 14 ตัวแปร ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร : เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา (2) ข้อมูลพฤติกรรมฆ่าตัวตาย : วิธีการที่ใช้ประวัติพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ลักษณะพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (3) ปัญหาทางกาย จิต สังคม : ปัญหาที่เป็นสาเหตุกระตุ้นปัญหาที่ประสบในชีวิต (4) ข้อมูลทั่วไปด้านคลินิก : การวินิจฉัยโรค ประวัติความเจ็บป่วยในอดีต ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการใช้ยา-สุรา-สารเสพติด มารวมและวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ จำแนกจำนวน ร้อยละ อัตราส่วน

ผลการศึกษา

ยอดผู้ป่วยรับปรึกษาที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในปี พ.ศ. 2539 เท่ากับ 260 คน ได้ตัวอย่างผู้ป่วย 177 ราย จำนวนที่หายไปเนื่องมาจาก (1) ผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่มียาติ

(2) ผู้ป่วยเสียชีวิต มีญาติแต่ไม่สามารถให้ประวัติได้ (3) ผู้ป่วยกลับก่อนที่จะได้บันทึกประวัติทั้งที่โดยแพทย์ที่ตึกอนุญาตหรือโดยจิตแพทย์อนุญาตและไม่ได้มาติดตามการรักษา

จำนวนผู้ป่วยที่รับรักษาและได้ประวัติครบถ้วน 177 ราย มีลักษณะดังนี้ เป็นชาย 80 ราย หญิง 97 ราย มีสัดส่วนชาย:หญิง = 1:1.21 อายุตั้งแต่ 11-86 ปี เฉลี่ย 33.2 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 15.3) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ มีอาชีพรับจ้างและเกษตรกร จบประถมศึกษา (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร

	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	80 (45.2)
หญิง	97 (54.8)
อายุ (ปี)	
< 19	37 (20.9)
20-39	87 (49.2)
40-59	39 (22.0)
> 60	14 (7.9)
สถานภาพสมรส	
โสด	59 (33.3)
คู่	104 (58.8)
หย่า	2 (1.1)
หม้าย	12 (6.8)
อาชีพ	
รับจ้าง	70 (39.6)
เกษตรกร	54 (30.5)
ไม่มีงานทำ	28 (15.8)
นักเรียน/นักศึกษา	15 (8.5)
ค้าขาย	10 (5.6)
การศึกษา	
ประถมศึกษา	127 (71.8)
มัธยมศึกษา	32 (18.1)
อาชีวศึกษา	5 (2.8)
ไม่ได้เรียนหนังสือ	11 (6.2)
ไม่ทราบ	2 (1.1)

วิธีการที่ผู้ป่วยใช้จำแนกรายวิธีได้ 3.1 วิธีแบ่งเป็นหมวด 4 หมวดได้แก่ (1) ใช้สารพิษมากที่สุดส่วนใหญ่เป็นการใช้ยาฆ่าแมลงร้อยละ 36.7 (2) ใช้หลายวิธีร่วมกันส่วนใหญ่เป็นเหล้าร่วมกับสารพิษโดยเฉพาะยาฆ่าแมลงร้อยละ 15.8 (3) ยาเกินขนาด นิยมใช้ยาแก้ปวดพาราเซตามอล ยานอนหลับ (4) ทำร้ายร่างกาย ส่วนใหญ่ผูกคอตายว่าเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนร้อยละ 10.2 การฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 20.3 แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

	จำนวน (ร้อยละ)
วิธีการที่ใช้	
ใช้สารพิษ	96 (54.2)
ใช้หลายวิธีร่วมกัน	38 (21.5)
ใช้ยาเกินขนาด	34 (19.2)
ทำร้ายร่างกาย	9 (5.1)
ประวัติพฤติกรรมฆ่าตัวตาย	
ไม่เคย	156 (88.1)
เคย	18 (10.2)
ไม่ทราบ	3 (1.7)
ลักษณะพฤติกรรมฆ่าตัวตาย	
พยายามฆ่าตัวตาย	141 (79.7)
ฆ่าตัวตายสำเร็จ	36 (20.3)

ปัญหาที่เป็นสาเหตุกระตุ้นจนนำมาสู่การพยายามฆ่าตัวตายที่สำคัญ 4 อันดับแรกคือ (1) ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 31.6 ได้แก่การมีปากเสียงทะเลาะกันระหว่างพ่อ-แม่-ลูก ไม่รับฟังความต้องการความรู้สึกของกันและกัน ทำให้อีกฝ่ายรู้สึกผิด (2) ปัญหาความสัมพันธ์กับคู่ครอง ร้อยละ 28.8 ได้แก่ ไม่พอใจในพฤติกรรมของแต่ละฝ่ายเรื่องชู้สาว มีภรรยาน้อย การติดสุรา ไม่เป็น

ที่พึ่งไม่รับผิดชอบครอบครัว (3) การมีโรคทางจิตเวชร้อยละ 10.2 ได้แก่ โรคจิตหรือเคยมีอาการทางจิต มีอาการทางจิตจากการใช้สุรายาเสพติด (4) การใช้การติดสุรายาเสพติดร้อยละ 6.8 มีการใช้สุราเป็นประจำพบว่าผู้ป่วยมักมีปัญหาที่ต้องประสบในขณะหนึ่งๆ หลายด้านพร้อมกัน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัญหาทางกาย-จิต-สังคม

ลักษณะปัญหา	ปัญหาที่เป็นสาเหตุกระตุ้น	ปัญหาที่ประสบในชีวิต
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน
ความสัมพันธ์กับคู่ครอง	51 (28.8)	66
ความสัมพันธ์กับเพื่อน	7 (4.0)	7
ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว	56 (31.6)	64
การใช้ ติดสุรา ยาเสพติด	12 (6.8)	58
การทำงาน/การเรียนรู้	2 (1.1)	16
การเงิน	10 (5.6)	58
มีโรคทางกาย	7 (4.0)	17
มีโรคทางจิตเวช	18 (10.2)	33
การเสียชีวิตของคนใกล้ชิด	0	3
ปัญหาอื่นๆ	9 (5.1)	8
ไม่ทราบสาเหตุ	5 (2.8)	2

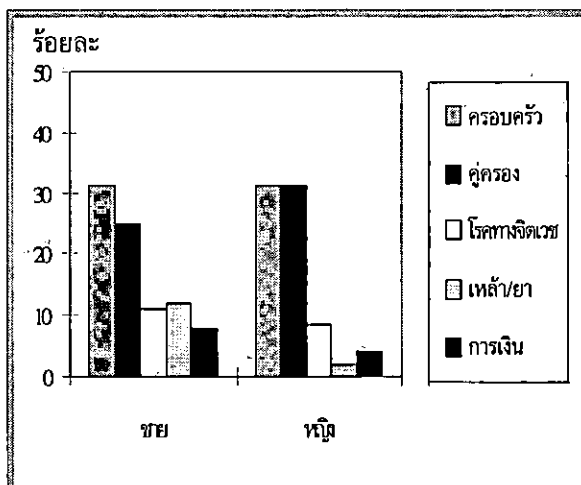
ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น adjustment disorders ร้อยละ 38.4 รองมาเป็นกลุ่ม depressive disorders ร้อยละ 31.6 เคยมีโรคทางกายในอดีตร้อยละ 26.6 โรคทางจิตเวชในอดีตร้อยละ 19.8 มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัวร้อยละ 17.7 ประมาณร้อยละ 52 ใช้สุราเป็นประจำ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปด้านคลินิก

	จำนวน (ร้อยละ)
การวินิจฉัยโรค	
Adjustment disorders	68 (38.4)
Depressive disorders	56 (31.6)
Psychotic disorders	12 (6.8)
Reaction to stress	12 (6.8)
Substance use disorder	9 (5.1)
Medical illness	8 (4.5)
Personality disorder	7 (4.0)
Unknown	5 (2.8)
โรคทางกายในอดีต	
ไม่มี	130 (73.4)
มี	47 (26.6)
โรคทางจิตเวชในอดีต	
ไม่มี	142 (80.2)
มี	35 (19.8)
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว	
ไม่มี	145 (82.3)
มี	32 (17.7)
ประวัติการติดสุรา	
ใช้เป็นประจำ	92 (51.9)
ไม่ใช้	84 (47.4)
การใช้สารเสพติดบุหรี่ ยาบ้า กาว	
เคยใช้	47 (26.6)
ไม่เคยใช้	129 (72.9)
ไม่ทราบ	1 (0.5)

ข้อมูลลักษณะผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เปรียบเทียบ เพศ ช่วงอายุ วิธีการที่ใช้ และสาเหตุกระตุ้น ชายส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-39 ปีประมาณร้อยละ 54 รองมา 40-59 ปีร้อยละ 28 หญิงส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-39

ร้อยละ 46 รองมาช่วงอายุน้อยกว่า 19 ปีร้อยละ 31 อายุมากกว่า 60 ปีน้อยกว่าร้อยละ 10 ในทั้งสองเพศพบวิธีการที่ใช้ในเพศชายร้อยละ 55 ใช้สารพิษ รองมาใช้หลายวิธีร้อยละ 34 เพศหญิงร้อยละ 53 ใช้สารพิษรองมากินยาร้อยละ 30 การทำร้ายร่างกายพบน้อยกว่าร้อยละ 10 ในทั้ง 2 เพศ ปัญหาที่เป็นสาเหตุกระตุ้นในเพศชายประมาณหนึ่งในสามเกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวรองมาจากปัญหาความสัมพันธ์กับคู่ครองร้อยละ 24 เกิดจากการใช้เหล้าร้อยละ 12.5 และโรคจิตเวชร้อยละ 11 เพศหญิงเกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวเท่ากับปัญหาความสัมพันธ์กับคู่ครองคือประมาณหนึ่งในสาม รองมาเกิดจากโรคทางจิตเวชร้อยละ 10 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



รูปที่ 1 แสดงร้อยละของปัญหาที่เป็นสาเหตุกระตุ้น จำแนกตามเพศ

เมื่อพิจารณาวิธีการที่ใช้จำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า การใช้สารพิษเป็นวิธีที่นิยมใช้ในทุกลุ่มอายุพบอยู่ในช่วงร้อยละ 55.2-50 ในเด็กและวัยรุ่น (<19 ปี) มักใช้การกินยาร้อยละ 37.8 ซึ่งมากกว่ากลุ่มอายุอื่นการใช้หลายวิธีพบมากขึ้นในกลุ่มอายุที่มากขึ้นดังนี้ อายุ 20-39 ปี อายุ 40-59 ปี และอายุ > 60 ปี เท่ากับร้อยละ 19.6, 36.9 และ 35.7 ตามลำดับ การทำร้ายร่างกายพบน้อยกว่าร้อยละ 10 ในทุกลุ่มอายุ ปัญหาที่เป็นสาเหตุกระตุ้นจำแนกตามกลุ่มอายุ อายุต่ำกว่า 19 ปีเกิดจากเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัวร้อยละ 51.4 ส่วนใหญ่เป็นปัญหากับพ่อแม่ รองมาจากเรื่องความสัมพันธ์กับเพื่อนเท่ากับเรื่องความสัมพันธ์กับคู่ครองร้อยละ 13.5 อายุ 20-39 ปีเกิดจากเรื่องความสัมพันธ์กับคู่ครองมากที่สุดร้อยละ 37.2 รองมาเป็นเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัวและเกิดจากโรคทางจิตเวชร้อยละ 26.7 และ 12.8 ตามลำดับ อายุ 40-59 ปีเกิดจากเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัวเท่ากับเรื่องความสัมพันธ์กับคู่ครองร้อยละ 23.7 รองมาคือการใช้เหล้าและยาเสพติดร้อยละ 13.1 อายุมากกว่า 60 ปีเกิดจากเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ รองมาเรื่องความสัมพันธ์กับคู่ครองร้อยละ 28.6 เกิดจากโรคจิตเวชเท่ากับโรคทางกายร้อยละ 14.3

วิจารณ์

การรวบรวมตัวอย่างโดยวิธีการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective) และยังขาดการติดตามข้อมูลของผู้ป่วยที่เสียชีวิตและผู้ป่วยที่ออกจากการรักษาในโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้มีน้อยกว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้ดูแลรักษาจริงค่อนข้างมาก (คิดเป็นร้อยละ 69) จึงทำให้มีข้อจำกัดที่จะนำผลที่ได้มาสรุปเป็นภาพรวมของโรงพยาบาล นอกจากนี้การเก็บข้อมูลส่วนใหญ่ได้จากหอผู้ป่วยอายุรกรรม ทำให้พบเรื่องการใช้สารพิษ กินยาเกินขนาดเป็นจำนวนมาก วิธีการอื่นๆ เช่น การทำร้ายร่างกายเป็นจำนวนน้อย แต่อย่างไรก็ตามจากสถิติของโรงพยาบาลวิธีการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นการใช้สารพิษ

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยพบมีการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของเพศชาย:หญิง ดังงานวิจัยที่ผ่านมามีการเปลี่ยนแปลงในช่วงสองทศวรรษนี้พบผู้ป่วยฆ่าตัวตายเป็นเพศชายมากขึ้น เพศหญิงน้อยลง ดังการศึกษาปี พ.ศ. 2526, 2528, 2530 และ 2537 พบชาย:หญิง = 3:1,⁵ 2.8:1,² 2.3:1⁶ และ 2.3:1⁹ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของประเทศ แต่สัดส่วนที่เปลี่ยนไปนี้มีจำนวนชายและหญิงใกล้เคียงกันอาจเป็นผลมาจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเพศหญิงใช้วิธีไม่รุนแรงอาจไม่ได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหรือออกจากการรักษาเร็ว ขณะที่เพศชายใช้วิธีรุนแรงมีโอกาสเข้าสู่กลุ่มตัวอย่างได้สูงกว่า การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากลักษณะสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยน

ไปทำให้เพศหญิงสามารถพึ่งพาตนเองได้มาก มีศักยภาพในการปรับตัวตามสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เพศชายยังต้องมีความรับผิดชอบครอบครัวมีภาระและความเครียดมากกว่า^{7,8} พบว่าเพศหญิงจะกระจายตัวอยู่ในช่วงอายุที่น้อยกว่าเพศชาย โดยภาพรวมสัดส่วนสอดคล้องกับการศึกษาในที่อื่นๆ^{8,9,10} คือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20-39 ปี) มากที่สุดและมากในทั้งสองเพศ ช่วงนี้เป็นวัยแรงงานที่เริ่มพึ่งพิงตัวเองบางคนอยู่ในช่วงที่สร้างครอบครัว เป็นวัยที่จะต้องปรับตัวเข้ากับปัญหาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการทำงาน การเงิน ครอบครัว แต่ในบางการศึกษา⁷ พบว่ากลุ่มอายุ 46-65 ปีมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ในด้านสถานภาพสมรส โสดยังคงพบในสัดส่วนที่สูงถึงหนึ่งในสามแต่พบในคู่มากขึ้น ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากประชากรส่วนใหญ่มีสภาพสมรสจากสถิติของจังหวัดนครราชสีมาในปี พ.ศ. 2537⁹ พบโสดร้อยละ 33.3 คู่ร้อยละ 62.3 อย่างไรก็ตามมีรายงานที่พบผู้ที่แต่งงานแล้วพยายามฆ่าตัวตายมากขึ้นเกิดจากกลุ่มนี้ต้องรับภาระดูแลทั้งตนเองและครอบครัว ต้องการความมั่นคงในสถานภาพทางเศรษฐกิจ ต้องเผชิญกับปัญหาในการดูแลครอบครัว^{7,8} สภาพของปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ เรื่องความมั่นคงในชีวิตสมรส สามีมีภรรยาบ่อย การพนันติดเหล้า เรื่องการเงิน กลุ่มผู้ใช้แรงงานและไม่มีรายได้จัดเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับปัญหาทางฐานะและเศรษฐกิจมากมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย⁶ แต่มีผู้ศึกษาว่าการศึกษาและอาชีพไม่ได้ช่วยลดหรือเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย⁸ หรือกล่าวได้ว่าสามารถพบการฆ่าตัวตายได้ทุกอาชีพ⁷

พบว่าการใช้สารพิษเป็นวิธีที่นิยมใช้มากในทุกเพศและกลุ่มอายุทั้งนี้เพราะการใช้สารพิษเป็นวิธีที่สะดวกหาง่าย เป็นวิธีการที่ดูอันตราย^{6,7} สารพิษที่นิยมใช้มากที่สุดคือยาฆ่าแมลง (organophosphate)^{9,10} เพศหญิงมักใช้วิธีไม่ค่อยรุนแรงมีการกินยาเกินขนาดมากกว่าเพศชาย ขณะที่เพศชายจะทำร้ายตนเองและใช้หลายวิธีร่วมกันโดยเฉพาะใช้เหล้าร่วมด้วย^{6,10} ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นมักจะใช้ยาโดยเฉพาะยาแก้ปวดพาราเซตามอล ยานอนหลับ⁴ การเลือกใช้วิธีใดขึ้นกับความสะดวกในการหาวัตถุนั้นมาใช้ ความรุนแรงของวิธีที่ใช้ เคยพบเห็นวิธีการเช่นไรมาก่อน ความตั้งใจในการคิดฆ่าตัว

ตาย สภาพจิตใจของผู้ป่วยซึ่งจะเลือกวิธีการที่บรรลุนความประสงค์ของตนเอง⁶ ผลของความรุนแรงในการเลือกใช้วิธีใดๆ มีหลายรายที่ไม่สอดคล้องกับความตั้งใจจะฆ่าตัวตาย¹⁰ พฤติกรรมฆ่าตัวตายพบเป็นการฆ่าตัวตายซ้ำ ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาอื่นๆ ซึ่งพบผู้ป่วยฆ่าตัวตายเคยพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 42.96 และพบผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วร้อยละ 22.98 การฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เกิดจากการใช้ยาฆ่าแมลง ยากำแมลงกับเหล้า พบว่ามีโอกาสเสียชีวิตสูงจาก airway obstruction, pneumonia และพบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีการติดเหล้า มีโรคทางกายเรื้อรังและมีโรคทางจิตเวชซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย⁸

การฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ถูกกระตุ้นด้วยความขัดแย้งของความสัมพันธ์ในครอบครัวและคู่ครอง^{2,6} ในสภาพสังคมปัจจุบันสมาชิกครอบครัวมีเวลาให้กันน้อยลง แต่ละคนต้องช่วยเหลือตนเองมากขึ้น⁷ ปัญหาทางสังคมมีผลกระทบต่อความรู้สึกทางจิตใจทำให้มีปัญหาทางด้านการปรับตัวมีลักษณะการตัดสินใจโดยใช้อารมณ์ ในทางจิตวิทยาความไม่พึงพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลใกล้ชิด ความขัดแย้งในครอบครัวก่อให้เกิดความสูญเสียและความรู้สึกถูกทอดทิ้ง การถูกปฏิเสธ ทำให้เกิดความก้าวร้าวต่อตนเองจนถึงขั้นทำร้ายตนเอง^{2,6}

ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นปัญหาในการปรับตัว (adjustment disorders) ซึ่งความคิดฆ่าตัวตายมักหยุดหลังจากกระทำไปแล้วได้คิดถึงผลที่กระทำมาได้ว่าตนเองยังมีค่า การรักษามุ่งให้คำปรึกษาเพื่อให้สามารถจัดการกับวิกฤตในครั้งนี้ สามารถปรับตัวกับปัญหาได้ดียิ่งขึ้น กลุ่ม major psychiatric disorders (major depression, psychotic disorders, substance use disorders) พบร้อยละ 43.3 โดดเดี่ยวกับการศึกษาโดยทั่วไป^{6,8} เป็นกลุ่มที่ควรติดตามให้การรักษาต่อเนื่องและทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลถึงวิธีการดูแลรักษาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ส่วนโรคทางกายพบว่าเป็นโรคเรื้อรัง ทุพพลภาพ เสี่ยงรูปลักษณะแต่ไม่พบกลุ่มโรคใดที่เด่นชัดทั้งนี้อาจเป็นเพราะจำนวนผู้ป่วยในการศึกษายังน้อยไป

โดยสรุปการศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงลักษณะของผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซึ่งเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย การฆ่าตัวตายยังเป็นปัญหาที่สำคัญที่ควรมีการติดตามเฝ้าระวังและศึกษากลุ่มเสี่ยง ยังมีข้อจำกัดจากการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลังและการปฏิบัติงานซึ่งมีการหมุนเวียนผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว

ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้คือ พฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่ต้องมีบุคลากรทางการแพทย์หลายฝ่ายร่วมในการรักษาและช่วยเหลือผู้ป่วย การรักษาให้ผู้ป่วยรอดตายเป็นเรื่องที่สำคัญไม่แพ้การดูแลและแก้ไขปัญหาทางสังคมจิตใจซึ่งพบว่ายังมีประเด็นปัญหาในแง่เจตคติของแพทย์ผู้รักษา ปัญหาทางกายต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มา การช่วยเหลือปัญหาทางกายอย่างเต็มที่และมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยมีส่วนช่วยให้การรักษาดีขึ้น และควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในด้านกลุ่มเสี่ยงทั้งในผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในชุมชนเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข. ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2515-2536.

2. จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์. ปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย. วารสารจิตเวชศาสตร์คลินิก 2530;18(2):1-24.
3. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. ความคิดอยากฆ่าตัวตายในประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร: รายงานเบื้องต้น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540;42:77-87.
4. อุมภาพร ตรังคสมบัติ, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. พฤติกรรมฆ่าตัวตายในเด็ก: การศึกษาในผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชศาสตร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539;41:174-83.
5. ธนู ชาติธนานนท์. การฆ่าตัวตาย. วารสารแนะแนว 2527;18:72-4.
6. สุชาติ พหลภักย์. ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2530;32:111-24.
7. สุดสบาย จุลกัทพะพะ. การสำรวจภาวะฆ่าตัวตายในประเทศไทย 2533. สารศิริราช 2536;45:245-54.
8. สุชาติ พหลภักย์, ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์. วิจัยการฆ่าตัวตายในสังคมไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2527;29:163-82.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. สรุปรายงานการสอบสวนโรคผู้ป่วยฆ่าตัวตายจากสารพิษและยาจังหวัดนครราชสีมา ปี 2537. งานระบาดวิทยา, 2537.
10. ประเสริฐ รักไทยดี, สุเทพ บรรณทอง. ปัญหาการฆ่าตัวตายในสังคมไทย. สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. เอกสารอัดสำเนา, ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์.