

Mini review

เรื่อง

- โรคข้อเสื่อม
- วัณโรค
- ความรุนแรงและทำร้ายผู้อื่น
- ซึมเศร้า
- ภาวะฆ่าตัวตาย

โรคข้อเสื่อม

Osteoarthritis (โรคข้อเสื่อม)

รศ.นพ.บุญสิน ตั้งตระกูลวนิช
ภาควิชา ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ฯ
คณะแพทยศาสตร์
ม.สงขลานครินทร์

• สถานการณ์ปัญหาของโรค (Burden)

โรคข้อเสื่อมเป็นภัยเงียบที่คุกคามคือประชากรสูงอายุทั่วโลกเช่นเดียวกับประเทศไทย¹ อุบัติการณ์ของโรคนี้อาจมีความแตกต่างกันขึ้นกับรูปแบบของการศึกษา กลุ่มประชากรที่ศึกษา เชื้อชาติ เกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค โดยภาพรวมพบว่ามีอุบัติการณ์ของโรคข้อเข่าเสื่อมในคนเอเชียสูงกว่าชาวตะวันตก ขณะที่อุบัติการณ์ของโรคข้อสะโพกเสื่อมในชาวตะวันตกสูงกว่าชาวเอเชีย^{2,4} ในประเทศไทยมีความชุกของโรคข้อเสื่อมประมาณร้อยละ 30-50% ในประชากรที่มีอายุมากกว่า 50 ปีโดยพบข้อเข่าเสื่อมเป็นตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุด³ โรคข้อเสื่อมมีผลกระทบต่อสังคมไทยเป็นอย่างมาก โดยจากการสำรวจโดยคณะทำงานศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงกระทรวงสาธารณสุขในปี 2542 พบว่าโรคข้อเข่าเสื่อมในประเทศไทยมีภาระโรคอยู่ในลำดับที่ 6 ในเพศหญิง และลำดับที่ 16 ในเพศชาย เมื่อเปรียบเทียบกับโรคทั้งหมดของประเทศ นอกจากนี้เนื่องจากอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยที่สูงขึ้นรวมทั้งอุบัติการณ์ของโรคอ้วนที่เพิ่มขึ้น ทำให้เป็นที่คาดการณ์ได้ว่าโรคข้อเสื่อมจะเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมากยิ่งขึ้นในอนาคต

• สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง (Determinants)

โรคข้อเสื่อมเกิดจากหลายปัจจัย (multifactorial) โดยเกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้งด้านที่เปลี่ยนแปลงได้ (modifiable risk factor) และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (unmodifiable risk factor) โดยข้อเสื่อมในแต่ละตำแหน่งมีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ ภาวะอ้วน (obesity) ภัยอันตรายต่อข้อ (injury) การใช้ข้อมากเกินไป (repetitive use) ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ได้แก่ อายุ เพศ และพันธุกรรม เป็นต้น มีหลักฐานพบว่าภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคข้อเข่าและข้อสะโพกเสื่อมมากกว่าข้อนิ้วมือและข้อไหล่ ส่วนอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคข้อเสื่อมในทุกตำแหน่ง ขณะที่พันธุกรรมเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคข้อนิ้วมือและข้อสะโพกเสื่อม ทั้งนี้เพศหญิงพบมีอุบัติการณ์การเกิดโรคข้อเข่าและข้อนิ้วมือเสื่อมมากกว่าเพศชาย (ตารางที่ 1)^{6*} นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆที่ยังไม่สามารถหาข้อสรุปได้ว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคข้อเสื่อมหรือไม่ ได้แก่ เชื้อชาติ (ethnicity) การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) ภาวะโภชนาการ (nutrition) และการมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง (muscle weakness)

ตารางที่ 1. ปัจจัยเสี่ยงของ โรคข้อเสื่อมตามตำแหน่งพยาธิสภาพที่พบบ่อย

ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors)	ข้อเข่า	ข้อ สะโพก	ข้อไหล่	ข้อนิ้ว มือ
- ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ (modifiable)				
- ภาวะอ้วน (obesity)	+++	+	NA	+
- ภัยอันตรายต่อข้อ (injury)	+	+	+	+
- การใช้ข้อมากเกินไป (repetitive use)	+	++	NA	+
- ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (unmodifiable)				
- อายุมาก (elderly)	+	+	+	+
- เพศหญิง (female)	++	±	NA	+
- พันธุกรรม (genetic)	±	+	NA	++

± = ข้อมูลยังไม่ชัดเจน (equivocal), NA = ไม่มีข้อมูลเพียงพอในปัจจุบัน

+ = ระดับความสัมพันธ์อยู่ในเกณฑ์น้อย, ++ = ระดับความสัมพันธ์อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง,

+++ = ระดับความสัมพันธ์อยู่ในเกณฑ์มาก

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินโรคของโรคข้อเสื่อม ปัจจุบันยังขาดการศึกษาที่มีคุณภาพ แ่จากข้อมูลเท่าที่มีพบว่าการเสื่อมของข้อแตกต่างกันในแต่ละตำแหน่ง สามารถสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการเสื่อมได้เฉพาะตำแหน่งข้อเข่าและสะโพก (ตารางที่ 2).¹

ตารางที่ 2. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินโรคในข้อเข่าและข้อสะโพก

ปัจจัยเสี่ยง	ระดับความสัมพันธ์ (Strength of association)	
	ข้อเข่า	ข้อสะโพก
• เป็นหลายข้อพร้อมกัน (generalized OA)	++	+
• ภาวะอ้วน (obesity)	++	+
• ภัยอันตรายต่อข้อ (injury)	++	+
• กิจกรรมที่ทำ (physical activity)	++	++

มาตรการด้านการวินิจฉัยและการดำเนินการที่มีประสิทธิผล (Cost effective intervention)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคข้อเสื่อมทางคลินิกที่นิยมคือเกณฑ์ตาม American College of Rheumatology (ACR)¹ ซึ่งใช้เกณฑ์ทั้งอาการทางคลินิก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพถ่ายรังสี โดยเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคจะแตกต่างกันในแต่ละตำแหน่งของข้อ ซึ่งแตกต่างจากเกณฑ์ที่ใช้ในการศึกษาทางระบาดวิทยาที่ใช้ผลตรวจภาพถ่ายรังสีเป็นหลัก ทั้งนี้ควา้ติการณั้ที่ไ้เฉพาะภาพถ่ายรังสีจะสูงกว่าเกณฑ์ตาม ACR เสมอ

สำหรับแนวทางการรักษาโรคข้อเสื่อมปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน สมาคมแพทย์โรคข้อและกระดูกในประเทศยุโรป (EULAR) ได้สรุปแนวทาง (guideline) ในการรักษาโรคข้อเสื่อมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับข้อมูลทั้งทางด้านประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ค่าใช้จ่าย และความคิดจากผู้เชี่ยวชาญดังตารางที่ 3 และโดยสรุปดังนี้

1. การรักษาโรคข้อเสื่อมไม่ควรใช้วิธีเดียวกันกับผู้ป่วยโรคนี้ทุกราย แต่ควรปรับให้เหมาะกับปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรงของโรคและอาการของผู้ป่วยแต่ละราย
2. ควรใช้ยาแก้ปวดพาราเซตามอลเป็นยาตัวแรก (first line drug) กรณีที่ไม่ได้ผลให้พิจารณาใช้ NSAIDs ทั้งนี้ควรพิจารณาให้ยาป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะ หรือใช้ยากลุ่ม COX-2 NSAIDs เมื่อผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาดังกล่าวได้แก่ อายุมากกว่า 65 ปี กินยาสเตอรอยด์และ/หรือยาระงับการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) มีประวัติโรคกระเพาะเป็นแผล (peptic ulcer) หรือเคยมีเลือดออกในกระเพาะ²
3. ยาแก้ปวดชนิดมีสารอนุพันธ์สารเสพติด (opioid) มีที่ใช้กรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยา พาราเซตามอลหรือไม่สามารถใช้ NSAIDs หรือ ไม่ตอบสนองต่อ NSAIDs
4. การใช้ยาทาเฉพาะที่เช่น ยาทาที่มีส่วนผสมของ NSAIDs หรือ capsaicin มีหลักฐานว่า สามารถลดอาการของปวดได้ดี แนะนำว่าควรใช้ร่วมกับการรักษาวิธีอื่น แต่ยาทาที่มีส่วนผสมของ capsaicin อาจทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังได้

5. ยากลุ่ม DMORDs (disease modifying osteoarthritis drugs) ได้แก่ glucosamine, hyaluronic acid, diacerein สามารถลดอาการปวดและอาจเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของโรคให้ดีขึ้น สามารถเลือกใช้ได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพไม่ที่รุนแรงแต่อย่างไรก็ตามยังขาดผลการศึกษาระยะยาว (long-term study) ที่พิสูจน์ผลว่ายากลุ่มนี้สามารถเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคได้จริง¹⁰⁻¹⁴

6. การฉีดยาสเตอรอยด์เข้าข้อ (intraarticular steroid) แต่เดิมเชื่อว่าการฉีดยาประเภทนี้จะก่อให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี แต่ในปัจจุบันพบว่าการฉีดยาสเตอรอยด์เข้าข้อสามารถลดอาการปวดของผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมได้ใกล้เคียงกับการใช้ยา NSAIDs และนำไปใช้กรณีผู้ป่วยมีการอักเสบเฉียบพลันเช่นมีน้ำในข้อ (effusion) แต่ทั้งนี้ต้องแน่ใจว่าไม่มีการติดเชื้อ

7. การรักษาโดยวิธีผ่าตัดได้แก่การล้างข้อ (lavage) การส่องกล้องทำความสะอาดข้อ (arthroscopic debridement) การผ่าตัดปรับกระดูก (osteotomy) หรือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อ เทียม (arthroplasty) แม้จะไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีนัก แต่ผลการรักษาก็มีทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดี ยกเว้นการล้างข้อ และการส่องกล้องทำความสะอาดข้อ ซึ่งได้ผลเพียงระยะสั้น แนะนำว่าควรทำการผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยมีพยาธิสภาพมาก (severe osteoarthritis) ที่ไม่ตอบสนองต่อวิธีการรักษาแบบอนุรักษ์ (conservative treatment) และมีอาการปวดและสูญเสียสมรรถภาพ (disability) ที่รุนแรง

8. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (patient education) แพทย์ควรให้ความรู้ในเรื่องโรค พยาธิกำเนิดโรค การปฏิบัติตัว การลดปัจจัยเสี่ยง การออกกำลังกายรวมทั้งแนวทางการรักษาเป็นสิ่งที่ต้องกระทำแก่ผู้ป่วยทุกราย

ตารางที่ 3. เปรียบเทียบผลการรักษาโรคข้อเสื่อมวิธีต่างๆตามระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานทางการแพทย์และระดับคำแนะนำ

วิธีการรักษา	ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน* (Level of evidence)	ผลการรักษา# (Effect size)	ระดับคำแนะนำ [†] (Strength of recommendation)
- Paracetamol	IB	NA	A
- Opioid	IB	NA	B
- Conventional NSAIDs	IA	0.47-0.96	A
- COX-2 NSAIDs	IB	0.50	A
- Topical NSAIDs	IA	-0.05-1.03	A
- Glucosamine	IA	0.43-1.02	A
- Diacerein	IB	0.50	B
- Education	IB	0.25-0.35	A
- Exercise	IB	0.59-1.00	A
- Orthosis	IB	NA	B
- Intraarticular hyarulonic acid	IB	0.00-0.90	B
- Intraarticular steroid	IB	1.27	A
- Larvage	IB	0.84	B
- Arthroscopic debridement	IB	NA	C
- Osteotomy	3	NA	C
- Arthroplasty	3	NA	C

*IA: ข้อมูลจาก meta-analysis, IB: ข้อมูลจาก randomized controlled trial, 3: ข้อมูลจาก descriptive study

NA: ไม่สามารถประเมินได้เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูล

[†]A: Strong recommend B: moderate recommend C: recommend in some circumstance

หัวข้อประเด็นที่ควรมีการวิจัย (Challenging research questions)

แม้ว่ามีงานวิจัยและองค์ความรู้เรื่อง โรคข้อเสื่อมเพิ่มขึ้นอย่างมากในรอบ 50 ปีที่ผ่านมา แต่โรคข้อเสื่อมก็ยังเป็นโรคที่ทำนาย เนื่องจากยังขาดองค์ความรู้เหล่านี้ (knowledge gap) ได้แก่

1. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ประเด็นที่ยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงด้านพันธุกรรม (genetic) ด้านโภชนาการรวมถึงปัจจัยด้านอาชีพกับการเกิดโรคข้อเสื่อม
2. เกณฑ์ที่ใช้ในการวิจัยเรื่องการรักษาโรค ควรมีการศึกษาหาข้อสรุปหรือหาแนวทางที่เป็นแนวทางเดียวกันในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคข้อเสื่อม เพื่อที่จะสามารถนำข้อมูลจากการศึกษามาเปรียบเทียบกันได้
3. ปัจจัยที่สามารถทำนาย (predictor) การตอบสนองต่อผลการรักษา ด้วยวิธีต่างๆ ซึ่งรวมทั้งปัจจัยทางด้าน ชีวภาพ สังคม และจิตใจ เพื่อจะนำไปสร้างกลยุทธ์ในการดูแลผู้ป่วย
4. การศึกษาทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (economic evaluation) ยังมีค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาประเภท cost-utility ซึ่งจะสามารถใช้ในการกำหนดนโยบายระดับประเทศ (health policy)
5. การศึกษาผลของการรักษาในระยะยาว (long-term study) โดยเฉพาะยากลุ่มใหม่ ที่มีราคาแพง ได้แก่ COX-2 NSAIDs และ DMORDs
6. การศึกษาในด้านการป้องกัน (prevention) ยังมีจำนวนน้อยมาก ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเรื่อง การป้องกันโรคข้อเสื่อมวิธีต่างๆว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลหรือไม่เพียงไร
7. การศึกษาด้านการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในภาพรวม เช่น การศึกษาเรื่อง การเข้าถึงการได้รับบริการ (accessibility) ในประเทศไทยเช่น การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียม หรือความต้องการทางการแพทย์ที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need)
8. การศึกษาประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพของการแพทย์แบบไทย เช่น การนวด การประคบ การใช้สมุนไพร หรือ สปา เป็นต้น

สรุป

โรคข้อเสื่อมยังเป็นปัญหาของมนุษยชาติ มนุษย์คงต้องใช้สรรพกำลัง (resource) เพื่อหาหนทางแก้ไข ป้องกันโรคที่มาพร้อมกับการที่มนุษย์มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น การแก้ไขปัญหาดังกล่าว ต้องการการแก้ไขอย่างเป็นระบบและเป็นแบบองค์รวม (holistic) อย่างไรก็ตามในอนาคตถ้ามีการพัฒนาชาติที่สามารถเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคที่มีประสิทธิภาพ หรือสามารถใช้วิธีรักษาด้วยยีน (gene therapy) สำเร็จก็อาจทำให้โรคข้อเสื่อมไม่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศอีกต่อไปในอนาคต

Website ที่น่าสนใจ

1. WWW.cochranelibrary.com: treatment of osteoarthritis
2. WWW.clinicalevidence.com: risk factor, diagnosis of osteoarthritis
3. WWW.firstconsult.com: overview of osteoarthritis
4. WWW.sciencedirect.com: epidemiology of osteoarthritis

เอกสารอ้างอิง

1. Arden N. Osteoarthritis: Epidemiology. Best Pract Res Clin Rheum 2000;20:3-25.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of arthritis in United States. MMWR. 2001;50:334-336.
3. Chaiamnuy S, Dermawan J, Muirden K, Assawatanabodee P. Epidemiology of rheumatic disease in rural Thailand: A WHO-ILAR COPCORD study. J Rheumatol 1998;25:1382-1387.
4. Kuptiniratsaikul V, Tosayanonda O, Nilganuwong S, Thamlikitkul V. The epidemiology of osteoarthritis of the knee in elderly patients living an urban area of Bangkok. J Med Assoc Thai 2002; 85:154-161.
5. คณะทำงานศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง. ภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย ปี2542. สำนักพิมพ์ Bask Digital กทม. 2547.
6. Felson DT, Zhang T. An update on the epidemiology of knee and hip osteoarthritis with a view to prevention. Arthritis Rheum 1998; 41:1343-1355.
7. Felson DT, Lawrence RS, Dieppe PA, et al. Osteoarthritis: New insight. Ann Int Med 200;133:635-646.
8. Sarzi-Puttini P, Cimmino MA, Scarpa R, et al. Osteoarthritis: An overview of the disease and its treatment strategies. Sem Arthritis Rheum.2005; 35(suppl 1):1-10.
9. Jordan KM, Arden NK, Doherty M, et al. EULAR recommendation 2003: An evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a task force of the studies committee for international clinical studies including therapeutic trial (ESCISIT) Ann Rheum Dis 2003;62:1145-1155.
10. Felson DT. Osteoarthritis of the Knee. N Eng J Med.2006; 354:841-848.
11. Lo GH, LaValley M, McAlindon T, Felson DT. Intra-articular hyaluronic acid in treatment of knee osteoarthritis: a meta-analysis. JAMA 2003;290:3115-3121.

12. Bellamy N, Campbell J, Robinson V, Gee T, Bourne R, Wells G. Viscosupplementation for the knee. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;2:CD005321
13. McAlindon T, Formica M, LaValley M, Lehmer M, Kabbara K. Effectiveness of glucosamine for symptoms of knee osteoarthritis: Results from an internet-based randomized double-blind controlled trial. *Am J Med* 2004;117:643-649.
14. Clegg DO, Reda DJ, Harris CL, et al. Glucosamine, chondroitin sulfate, and the two in combination for painful knee osteoarthritis. *N Engl J Med* 2006;354:795-808.

วัดโรค

รายงานผลการทบทวนเรื่องวัณโรค

ดร. พญ. เพชรวรรณ พึ่งวัคมี
ศูนย์วัณโรคที่ 12 จังหวัดยะลา
สำนักงานป้องกันโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

1 บทนำ

รายงานฉบับนี้เกิดขึ้นเนื่องจากโครงการจัดลำดับความสำคัญการวิจัยด้านสุขภาพ ที่มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการสภาวิจัยแห่งชาติ สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ ให้ดำเนินการ ซึ่งในกระบวนการจัดลำดับความสำคัญ พบว่าวัณโรคอยู่ในกลุ่ม 20 อันดับแรกที่มีภาระโรค สูง (Disability Adjusted Life Year, DALY) ของประเทศ ทั้งในเพศชายและหญิง¹ จึงมีความเห็นควรให้มีการทบทวนองค์ความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับวัณโรคทั้งในและต่างประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับใช้ประกอบการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญและประเด็นวิจัยที่สำคัญต่อไป

ระหว่างปีพ.ศ. 2541-2542 ผู้รายงานได้รับทุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ให้ดำเนินการทบทวนเอกสารทางวิชาการเรื่องวัณโรค ซึ่งได้เสนอรายงานโดยละเอียดรวม 4 ฉบับ ได้แก่ สถานการณ์และการควบคุมวัณโรคในประเทศไทย² การติดเชื้อและอัตราป่วยวัณโรคของประชากรบางกลุ่มในประเทศไทย³ วัณโรคชนิดคือยาหลายขนาน (Multidrug Resistant Tuberculosis, MDR-TB)⁴ และ พัฒนาการของการควบคุมวัณโรคโดยยุทธวิธี DOTS ในประเทศไทย⁵ รายงานฉบับนี้จึงเป็นเสมือนบทสรุปที่ปรับปรุง/เพิ่มเติมเนื้อหาของบททบทวนครั้งก่อนให้เป็นปัจจุบันและเป็นไปตามข้อตกลงที่ให้เสนอเอกสารวิชาการประมาณ 5 หน้า

2 สถานการณ์ปัญหาวัณโรคในประเทศไทย (Burden)

2.1 การติดเชื้อวัณโรค

การสำรวจวัณโรคในประเทศไทยเมื่อพ.ศ. 2534-2535⁶ พบว่า ความชุกของการติดเชื้อวัณโรคทุกกลุ่มอายุ เท่ากับ 29.47%

2.2 การป่วยเป็นวัณโรค

2.2.1 ค่าประมาณในรายงานขององค์การอนามัยโลก

รายงานขององค์การอนามัยโลกฉบับปี 2549⁷ จัดประเทศไทยอยู่ลำดับที่ 18 ในกลุ่ม 22 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง (High Burden Countries) โดยมีค่าประมาณสำหรับปีพ.ศ. 2547 ดังนี้

อุบัติการณ์ของวัณโรคทุกประเภท	142	ต่อประชากรแสนคนต่อปี
อุบัติการณ์ของวัณโรคเสมหะพบเชื้อ	63	ต่อประชากรแสนคนต่อปี
ความชุกของวัณโรคทุกประเภท	208	ต่อประชากรแสนคน

2.2.2 ผลการสำรวจระดับประเทศ

การสำรวจวัณโรคในประเทศไทยเมื่อพ.ศ. 2534-2535⁶ พบว่า

ความชุกของวัณโรค โดยภาพเอกซเรย์	1.01%
ความชุกของวัณโรค โดยการข้อมเสมหะ	0.17%
ความชุกของวัณโรค โดยการข้อมเสมหะหรือเพาะเชื้อ	0.24%

กลุ่มวัณโรค กรมควบคุมโรคและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคทุกเขต จะดำเนินการสำรวจวัณโรคทั่วประเทศใหม่ในปีพ.ศ. 2549-2550

2.2.3 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบและขึ้นทะเบียนรักษา

ข้อมูลของกลุ่มวัณโรค⁸ ระบุว่าในปีพ.ศ. 2546 มีผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทรวม 52,146 ราย (เป็นวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ 27,482 ราย วัณโรคปอดรายใหม่เสมหะไม่พบเชื้อ 16,661 ราย วัณโรคนอกปอดรายใหม่ 6,369 ราย วัณโรคกลับเป็นซ้ำ 1,634 ราย)

ประเทศไทยเริ่มดำเนินการตามยุทธวิธีที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ (DOTS) เมื่อพ.ศ.2539 และครอบคลุมทั่วประเทศเมื่อปี 2544⁸ แต่กระทั่งในปี 2545 บางโรงพยาบาลยังไม่สามารถดำเนินการให้เกิดระบบรายงานวัณโรคแบบ cohort analysis ได้ ข้อมูลระดับประเทศที่สามารถใช้แสดงแนวโน้มได้จึงเริ่มตั้งแต่พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา

ในรายงานขององค์การอนามัยโลก ระบุว่าจำนวนผู้ป่วยวัณโรคในปี 2547⁷ มากกว่าในปี 2546⁹

	ปี 2546	ปี 2547
จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อ (ราย)	28,459	28,421
จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะไม่พบเชื้อ (ราย)	17,596	18,088
จำนวนผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ (ราย)	6,756	7,093
จำนวนผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (ราย)	1,693	1,704
รวม (ราย)	54,504	55,306

2.3 ผลกระทบที่มีต่อกันและกันระหว่างวัณโรคและเอดส์

2.3.1 ความชุกของการติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยวัณโรค

กองวัณโรคและศูนย์วัณโรคเขตต่างๆดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยวัณโรคปีละ 2 ครั้ง มาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2532 โดยตั้งแต่ปีพ.ศ. 2536 เป็นต้นมาได้เปลี่ยนวิธีตรวจเลือดเป็นแบบ Unlinked Anonymous Testing ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก ข้อมูลล่าสุดที่รวบรวมได้คือปีพ.ศ. 2545¹¹ พบว่าความชุกของการติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ 13.1% ส่วนรายงานขององค์การอนามัยโลก ฉบับปี 2549⁷ ประมาณค่าความชุกของการติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยวัณโรค (เฉพาะกลุ่มอายุ 15-49 ปี) ของประเทศไทยสำหรับปีพ.ศ. 2547 เท่ากับ 8.5%

ในปีพ.ศ. 2549 กลุ่มวัณโรคและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคทั้ง 12 เขต จะดำเนินการสำรวจการติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ซึ่งขึ้นทะเบียนรักษา ณ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ 14 แห่ง โดยวิธี Diagnostic Counseling and Testing

2.3.2 วัณโรคในผู้ป่วยเอดส์

ข้อมูลของสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค¹⁰ ระบุว่า ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2527 ถึง 31 มีนาคม 2549 ได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์รวม 288,672 ราย โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ได้รับรายงานมากที่สุดคือวัณโรค 85,081 ราย (29.47%)

2.4 ปัญหาวัณโรคคือยา

การเฝ้าระวังการคือยาวัณโรคซึ่งดำเนินการทั่วประเทศ มีผลดังนี้

	ครั้งที่ 1 (2539-2540) ¹¹	ครั้งที่ 2 (2544) ¹²
จำนวนตัวอย่าง	1137	1505
ความชุกของการคือยาขนานใดขนานหนึ่งในผู้ป่วยใหม่	25.4%	14.8%
ความชุกของการคือยาหลายขนานในผู้ป่วยใหม่	2.01%	0.93%

ในปีพ.ศ. 2549 กลุ่มวัณโรคและสำนักงานป้องกันควบคุมโรค กำลังดำเนินการสำรวจครั้งที่ 3

2.5 ผลการรักษาวัณโรค

ข้อมูลของกลุ่มวัณโรค⁸ ระบุว่าในปีพ.ศ. 2546 ผลการรักษากลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เสมหะพบเชื้อ มีดังนี้

¹¹ มีข้อมูลจากศูนย์วัณโรค 7 แห่ง (ขาดข้อมูลจากกองวัณโรค ศูนย์วัณโรคสกลนคร นครสวรรค์ พิษณุโลก และนครศรีธรรมราช)

2.5.1 ผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษาระยะเข้มข้น

- อัตราสมหะกลับจากบวกเป็นลบ (sputum conversion rate) ประมาณ 80% (เป้าหมายอย่างน้อย 85%)

2.5.2 ผลการรักษาเมื่อสิ้นสุดการรักษา

- อัตราการรักษาสำเร็จ (treatment success rate) 75% (เป้าหมายอย่างน้อย 85%)
- อัตราการขาดยา 9% (เป้าหมายน้อยกว่า 5%)
- อัตราตาย 11%

3 สาเหตุปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง (Determinants)

3.1 สาเหตุของวัณโรค

Robert Koch นักวิทยาศาสตร์และแพทย์ชาวเยอรมันได้นำเสนอการค้นพบว่าเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* เป็นสาเหตุของวัณโรคเมื่อวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2425¹³ ต่อมาในปีพ.ศ. 2541 มีรายงานการค้นพบลำดับของรหัสพันธุกรรม (genome sequence) ของเชื้อวัณโรค (H37Rv)¹⁴ และมีรายงานฉบับปรับปรุงเมื่อปี 2545¹⁵ ซึ่งคาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ต่อความรู้ความเข้าใจเรื่องชีววิทยาของเชื้อวัณโรค การป้องกันและการรักษาวัณโรคอย่างยิ่งต่อไป

3.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค

แบ่งเป็น 3 กลุ่ม

- ระดับของความสามารถในการแพร่เชื้อของผู้ป่วย เช่น การอยู่ในระยะแพร่เชื้อ, การได้รับการรักษา, ความถี่ของการไอ
- ระดับของการสัมผัสและความเข้มข้นของการเผชิญกับเชื้อ เช่น โอกาสที่จะใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรค, ระดับความใกล้ชิดกับผู้ป่วย, ระยะเวลาของการสัมผัสโรค
- ความไวของแต่ละบุคคล (intrinsic susceptibility)

3.3 ปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค

ผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคบางรายเท่านั้นที่จะป่วยเป็นโรค มีข้อมูลที่แสดงว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงสุดในช่วงหลังการติดเชื้อ แล้วลดลง เช่น ความเสี่ยงสะสมใน 5 ปีแรกหลังการติดเชื้อเท่ากับ 5-10% และความเสี่ยงในช่วงชีวิตที่เหลือประมาณ 5%

- ในกลุ่ม tuberculin reactors อุบัติการณ์ของวัณโรคมี 2 peaks ที่อายุ 1-4 ปี และที่ late adolescence-early adult life, อุบัติการณ์ในเพศชาย มากกว่าในเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุ แต่พบความแตกต่างระหว่างเพศมากที่สุดเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี

- ในกลุ่มที่สัมผัสโรค ความชุกของวัณโรคสูงสุดในกลุ่มที่สัมผัสกับรายป่วยที่ย้อม AFB พบเชื้อ (most infectious cases) และสัมผัสใกล้ชิด (closest contact)
- กลุ่มที่ปฏิกิริยา tuberculin มีขนาดใหญ่่มาก จะป่วยด้วยวัณโรคในภายหลังได้มากกว่า กลุ่มที่ขนาดเล็ก (กลุ่มที่ขนาดอย่างน้อย 16 มม. เกิดโรคมมากกว่า ของกลุ่มที่ขนาด 6-10 มม. มากกว่า 5 เท่า)
- กลุ่มต่อไปนี้เสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค : immunosuppression จากการรักษา หรือ เอดส์; น้ำหนักน้อย (กลุ่มที่น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน อย่างน้อย 10% เกิดโรคมมากกว่า กลุ่มที่น้ำหนักมากกว่ามาตรฐาน อย่างน้อย 10% 3.4 เท่า)
- Predisposing conditions ต่อการ reactivation หรือ reinfection ได้แก่ อายุมาก, ทุโภชนาการ, intercurrent infection, มะเร็ง, การได้ยากดภูมิคุ้มกัน, เอดส์
- Predisposing factors ต่อ progressive primary tuberculosis ได้แก่ primary site ที่ตำแหน่ง apical หรือ subapical, ภาวะขาดอาหาร, มีความเจ็บป่วยอื่นร่วมด้วย, การรักษาที่กดภูมิคุ้มกัน และที่สำคัญที่สุดคือ การติดเชื้อเอดส์ร่วมด้วย

3.4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ

แบ่งเป็น 4 กลุ่ม

- สภาพของผู้ป่วย ได้แก่ อายุมาก¹⁶
- ลักษณะของโรค ได้แก่ การมีผลเพาะเชื้อก่อนเริ่มการรักษาเป็นบวก¹⁷, การมีแผลโพรง¹⁷, การมีเชื้อคือยา
- การรักษา ได้แก่ สูตรยาที่ใช้ Thiacetazone¹⁶, ระยะของการรักษา¹⁷, การรักษาด้วยสูตรยาที่เว้นระยะ¹⁷
- การกินยาของผู้ป่วย ได้แก่ poor compliance ต่อการรักษา¹⁶

3.5 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

- สภาพของผู้ป่วย ได้แก่ อายุมาก¹⁸, น้ำหนักแรกคลอดน้อย¹⁹, มีโรคหรือภาวะอื่นร่วมด้วย เช่น ภาวะซีด¹⁹, ขาดอาหาร¹⁸, โรคไต¹⁸, โรคตับ¹⁸, การติดเชื้อ HIV^{20,21}, มะเร็ง²⁰, Silicosis²¹, ว่างาน²², ไร้อาศัย²²
- ลักษณะของโรคเป็นแบบ disseminated¹⁸
- การรักษาล่าช้า²³, ความไม่ยอมรับการรักษา²³

3.6 ปัจจัยเสี่ยงต่อการไม่ยอมรับการรักษา

แบ่งเป็น 5 กลุ่ม

- ลักษณะทางประชากร เช่น เพศชาย, อายุ (น้อยกว่า 5 ปี, ระหว่าง 15-19 ปี, มากกว่า 45 ปี), การศึกษาระดับประถมศึกษา, สถานภาพแยก/หย่า/หม้าย
- ลักษณะทางเศรษฐกิจสังคม เช่น รายได้น้อย, ขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัว, ระยะทางไกล, ไร้ที่อยู่แน่นอน,ว่างงาน
- ลักษณะของโรคและการรักษา เช่น ชนิดเสมหะไม่พบเชื้อ, ชนิดนอกปอด, ระยะเวลาการรักษา ยาว
- โรคหรือภาวะอื่นของผู้ป่วย เช่น ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด, ผู้ต้องโทษในเรือนจำ, ผู้ติดเชื้อ HIV, ผู้มีความผิดปกติทางสังคมและพฤติกรรม
- ลักษณะที่เกี่ยวกับพฤติกรรม เช่น การรับรู้ของผู้ป่วย (อาการก่อนการรักษาน้อย, ไม่พอใจผลการรักษา, ได้รับข้อมูล/คำอธิบายน้อย, ไม่มีโอกาสซักถาม, ไม่เชื่อมั่นในแพทย์ผู้รักษา), ความรู้ที่น้อย (ความรู้เกี่ยวกับระยะการรักษา, เมื่อรู้สึกดีขึ้น), ความเชื่อที่นำไปสู่พฤติกรรมเชิงลบ (ความเชื่อเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ, การรับรู้ถึงความรุนแรง, การรับรู้ถึงผลประโยชน์, ค่าใช้จ่ายในการรักษา, ศักยภาพของตัวเอง), ลืมบ่อย, เคยขาดการรักษามาก่อน
- มาตรการด้านการวินิจฉัย และการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ (cost effective intervention) ทั้งในและต่างประเทศ

3.7 การวินิจฉัย

3.7.1 การย้อมเสมหะและตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์

โอกาสในการพบเชื้อโดยการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ ขึ้นกับความเข้มข้นของเชื้อในเสมหะ²⁴ เช่น ในเสมหะที่มีเชื้อ 6,000 ตัวต่อเสมหะหนึ่งมิลลิลิตร โอกาสที่จะตรวจพบเชื้อเท่ากับ 50%, แต่ถ้ามีเชื่อน้อยกว่า 1,000 ตัวต่อเสมหะหนึ่งมิลลิลิตร โอกาสที่จะตรวจพบเชื่อน้อยกว่า 10%

สำหรับประเทศที่มีรายได้น้อยและมีความชุกของวัณโรคสูง การย้อมเสมหะแล้วตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ยังคงเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าที่สุดในการวินิจฉัยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ และการติดตามผลการรักษา²⁵

3.7.2 การเพาะเชื้อ

การเพาะเชื้อมีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยวัณโรคมากกว่าการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์²⁴ เนื่องจาก

- ในตัวอย่างที่มีจำนวนเชื้อวัณโรคน้อย เช่น การเพาะเชื้อจะให้ผลบวกได้มากกว่าการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์

- หลังการเพาะเชื้อ สามารถทำการพิสูจน์เชื้อได้ว่าเป็น Mycobacterial species
- การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ไม่สามารถแยกแยะเชื้อที่ก่อโรค กับเชื้อที่ไม่ก่อโรค แต่สำหรับประเทศที่มีความชุกของวัณโรคสูง การตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์อาจมีความจำเพาะมากกว่าการเพาะเชื้อ²⁴

3.7.3 การถ่ายภาพรังสีทรวงอก

การอ่านผลภาพรังสีทรวงอก มีข้อด้อย ดังนี้

- ความผิดพลาดของผู้อ่าน²⁴ โดยเฉลี่ย พบการอ่านต่ำกว่าความเป็นจริง 21.8% และอ่านเกินความเป็นจริง 19.5%
- ความแปรปรวนของผู้อ่านคนเดียว²⁶ พบประมาณ 27-30%
- ความแตกต่างระหว่างผู้อ่านหลายคน²⁶ พบประมาณ 19-24%

3.8 การดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ

3.8.1 การให้วัคซีน BCG

มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าน่ามากหากใช้ในประเทศที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ²⁷

3.8.2 การรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น (Short Course Chemotherapy)

มีประสิทธิภาพและคุ้มค่าน่ามาก²⁷ ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่เสมหะพบเชื้อเพื่อป้องกันการตาย 1 ราย เท่ากับ 20-57 เหรียญสหรัฐ ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยที่เสมหะพบเชื้อเพื่อรักษาชีวิตไว้ 1 ปี เท่ากับ 1-3 เหรียญสหรัฐ

3.8.3 ยุทธศาสตร์ในการควบคุมวัณโรค

ตั้งแต่ปี 2537 เป็นต้นมา ยุทธศาสตร์ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำคือ Framework for Effective Tuberculosis Control²⁸ หรือ DOTS²⁹ หรือ Expanded DOTS Framework for Effective Tuberculosis Control³⁰ มี 5 องค์ประกอบ คือ

1. ให้ความสำคัญกับงานวัณโรคอย่างยั่งยืน
2. ค้นหาผู้ป่วยด้วยการตรวจเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ที่มีระบบประกันคุณภาพ
3. รักษาด้วยระบบยาระยะสั้นมาตรฐาน โดยมีการกำกับและสนับสนุนการกินยา
4. มียาวัณโรคที่มีคุณภาพโดยไม่ขาดแคลน
5. มีระบบบันทึก/รายงานที่สามารถประเมินผลการรักษาได้

สำหรับแผนระดับโลกฉบับที่ 2 เพื่อควบคุมวัณโรค ระหว่างปี 2549-2558 มียุทธศาสตร์ใหม่³¹ ซึ่งมี 6 องค์ประกอบ คือ

1. ขยายงาน DOTS ให้มีคุณภาพ

2. พร้อมสำหรับปัญหาวัณโรค-เอชไอวี, วัณโรคคือยาหลายขนาน, และสถานการณ์เฉพาะ เช่น ภัยพิบัติต่างๆ
3. มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ
4. ครอบคลุมผู้ให้บริการดูแลสุขภาพทุกภาคส่วน เน้นเรื่องมาตรฐานนานาชาติในการดูแลสุขภาพวัณโรค (International Standards for Tuberculosis Care)
5. ทำให้ผู้ป่วยและชุมชนเข้มแข็ง โดยการมีส่วนร่วม การระดมพลังสังคม
6. ส่งเสริมการวิจัย

3.8.4 วิธีการเพิ่มความยอมรับการรักษา (Improving treatment adherence)

วิธีการที่มีหลักฐานจากงานวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial ว่าช่วยลดความไม่ยอมรับการรักษา ลดการขาดยา หรือ เพิ่มการรักษาครบกำหนด ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

- การสนทนาโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับใช้สื่อสุขศึกษาเป็นหนังสือเล่มเล็กๆ โดยบุคลากรที่มีแรงกระตุ้น (motivated staff) ค่า Relative Risk = .23 (.07-.77)³²
- การให้คำปรึกษาอย่างเข้มข้น โดยผู้ให้คำปรึกษาที่ได้รับการฝึกอบรม ค่า Relative Risk = .80 (.77-.98)³³
- การส่งจดหมายเตือนเมื่อผู้ป่วยผิดนัด ค่า Relative Risk = 1.2 (1.1-1.4)
- การให้เงินจูงใจ ร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการติดตาม ค่า Relative Risk = 1.1 (1.1-1.2)³⁴
- การนิเทศบุคลากรอย่างเข้มข้น ค่า Relative Risk = 1.2 (1.1-1.3)³⁵

3.8.5 การรักษาแบบมีที่เฝ้าสังเกตกับการกินยา (Directly Observed Therapy, DOT)

DOT เป็นวิธีการหนึ่งในการเพิ่มความยอมรับการรักษา แต่มีประเด็นสำคัญที่ทำให้เกิดความสับสนเสมอ ซึ่งมีผลต่อการแปลความหมายงานวิจัยและการกำหนดนโยบาย/แนวทางปฏิบัติ

- DOT ไม่ใช่ DOTS แต่เป็นเพียงส่วนหนึ่งในองค์ประกอบหนึ่งในห้าของ DOTS
- คำจำกัดความของ DOT: ความหมายดั้งเดิมของ DOT คือการมีบุคคลที่สองหรือ DOT observer ฝึคผู้ป่วยกินยาต่อหน้า (DOT แท้ หรือ actual DOT หรือ strict DOT) แต่การนำไปใช้ อาจหมายถึง
 - การปฏิบัติที่ไม่ใช่ DOT (DOT เทียม หรือ sloppy DOT)
 - การปฏิบัติที่ไม่แน่ใจว่าเป็น DOT จึงเพิ่มมาตรการกำกับโดยเจ้าหน้าที่ เช่น การเยี่ยมบ้าน
 - การปฏิบัติที่รวม DOT และวิธีการเพิ่มความยอมรับการรักษาวิธีอื่นๆ เช่น คำลึงใจ การสนับสนุนต่างๆ สิ่งจูงใจต่างๆ (enhanced DOT)

- คำจำกัดความของ DOT observer หมายถึง บุคคลที่สองซึ่งต้องอยู่กับผู้ป่วยขณะกินยา และเฝ้ากำกับการกินยาของผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นเจ้าของบ้านที่สาธารณสุข สมาชิกในชุมชน หรือสมาชิกในครอบครัว แต่การนำไปใช้มีความหมายแตกต่างกัน
 - บุคคลที่ถูกระบุว่าเป็น DOT observer แต่ไม่เคยทำหน้าที่นั้น เช่น เพียงสอบถามเรื่องการกินยา เพียงเตือนให้กินยา เพียงจัดเตรียมยาไว้ให้ หรือ เพียงอยู่กับผู้ป่วยแต่ไม่เคยเฝ้าดูการกินยา
 - บุคคลที่เป็นมากกว่า DOT observer เช่น สอบถามอาการ ให้กำลังใจในการกินยา บันทึกการกินยา ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวันและด้านสังคมเศรษฐกิจ
- DOT ในทางปฏิบัติ (practical DOT) หรือที่ดำเนินการในงานวิจัย
 - อาจไม่ใช่ DOT แท้ หรือไม่ได้ปฏิบัติตามหลักการของ DOT
 - ไม่ใช่ DOT 100% เช่น ในหนึ่งสัปดาห์ อาจมีผู้กำกับการกินยาจริงเพียง 1-5 วัน
 - ผู้ป่วยคนหนึ่งอาจมี DOT observer ได้หลายคนหรือหลายประเภท และมีการเปลี่ยนแปลง DOT observer ระหว่างการรักษา

มีผลการวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial เปรียบเทียบ DOT กับ การกินยาเอง (self-administration) อยู่ 4 เรื่อง พบว่ามีข้อสรุปขัดแย้งกัน และผลการทำ meta-analysis ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ³⁶

- กลุ่มที่ทำ DOT มีผลการรักษาสำเร็จมากกว่ากลุ่มที่กินยาเอง^{37, 38}
- กลุ่มที่กินยาเอง มีผลการรักษาสำเร็จมากกว่ากลุ่มที่ทำ DOT ที่คลินิก³⁹
- ไม่แตกต่าง⁴⁰

4 หัวข้อประเด็นที่ควรมีการวิจัย (Challenging research questions)

4.1 ทิศทางยุทธศาสตร์ระดับนานาชาติสำหรับงานวิจัยวัณโรค⁴¹

4.1.1 สาเหตุที่ยังควบคุมวัณโรคไม่ได้

เนื่องจากการที่วัณโรคยังคงเป็นปัญหา เกิดจากความล้มเหลวในการปฏิบัติการควบคุมวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพ และอุปสรรคในการนำยุทธศาสตร์ DOTS ไปใช้ ได้แก่

- ขาดการให้พันธสัญญาของผู้ให้ทุนและรัฐบาลของประเทศที่มีภาระโรควัณโรคสูง
- ล้มเหลวในการลงทุนงบประมาณและระบบการเงินการคลัง
- ขาดแคลนบุคลากร การจัดองค์กร การจัดการ ของระบบสุขภาพและการให้บริการด้านสุขภาพ
- ขาดแคลนยา

- งานวิจัยที่ไม่สมดุล
- ข้อมูลข่าวสารไม่เพียงพอ

4.1.2 ลำดับความสำคัญของการแก้ปัญหา

สิ่งจำเป็นอันดับแรก คือ ขยายพื้นที่การนำยุทธศาสตร์ DOTS ไปใช้ และงานวิจัยที่มีความสำคัญคือ

- อันดับแรก คือ นโยบายสุขภาพและระบบสุขภาพ ที่ช่วยแก้ปัญหาและใช้ประโยชน์จากเครื่องมือที่มีอยู่
- อันดับที่สอง คือการพัฒนาเครื่องมือใหม่ๆที่สามารถแก้ไขปัญหา เช่น วิธีวินิจฉัยวัณโรคที่มีความไว ความจำเพาะ ง่าย และรู้ผลเร็ว, วิธีทดสอบความไวต่อยา rifampicin แบบเร็ว, วิธีแยกระหว่างผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีวัณโรค จากผู้ที่ไม่ได้วัณโรค, การพัฒนายาตัวใหม่, และการลดค่าใช้จ่ายในการรักษา
- อันดับที่สาม คือ การตรวจสอบงานวิจัยวัณโรคในโลกรวม (global oversight) และทำให้เกิดความสมดุล

4.1.3 ยุทธศาสตร์ที่ Special Programme for Research and Training in Tropical Disease (TDR) เน้นย้ำ ได้แก่

- งานวิจัยหลังการค้นพบ genome ของวัณโรค เน้นเรื่องเป้าหมายด้านการวินิจฉัยและการรักษา
- ยุทธศาสตร์ทางด้านสังคมพฤติกรรม รวมถึงบทบาทเรื่องเพศ
- การพัฒนาวิธีการวินิจฉัย
- การพัฒนา ยา รวมถึงการเข้าหองค์กรควบคุมเรื่องยาระดับประเทศ ในเรื่องการขึ้นทะเบียนและการค้นพบยาใหม่
- งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาและการวินิจฉัยในทางปฏิบัติ เช่น การใช้ยารวม 4 ขนาน
- การจัดตั้งสถาบันสำคัญในการศึกษาวิจัยทางคลินิกในประเทศที่มีภาระโรควัณโรคสูง รวมถึงการเสริมสร้างศักยภาพในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของกระทรวงสาธารณสุขและแผนงานวัณโรคแห่งชาติ
- ทำให้แผนงานวิจัยวัณโรคในโลกรวมมีความสมดุล โดยผ่านองค์กร Global TB Research Initiative (GTRI) และเอกสารรายงานผลการวิเคราะห์ของผู้เชี่ยวชาญในเรื่องงานวิจัยวัณโรค

4.2 การจัดการความรู้เพื่องานวิจัยวัณโรคในประเทศไทย

ตั้งแต่ปี 2542 เป็นต้นมา ประเทศไทยมีการประชุมระดับประเทศเพื่อระดมสมองเกี่ยวกับองค์ความรู้เรื่องวัณโรคและงานวิจัย อย่างน้อย 5 ครั้ง คือ

- การประชุมระดมความคิดเกี่ยวกับการวิจัยทางด้านวัณโรคและโรคติดเชื้อ Mycobacterium อื่นๆ โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ระหว่างวันที่ 21-22 มกราคม 2542^{42, 43}
- การประชุม A conference on Innovative Research Methods for TB control in the year 2000 โดยกรมควบคุมโรคติดต่อและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อ 20 เมษายน 2543
- การประชุมเรื่องการสนับสนุนการวิจัยโรควัณโรคในอนาคต โดย โครงการวิจัยและพัฒนาเพื่อการป้องกันและบำบัดโรคเขตร้อน เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2546
- การประชุมโครงการวิจัยและพัฒนาโรคเขตร้อนในเรื่องวัณโรคคือยา โดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เมื่อวันที่ 10 มิถุนายน 2547
- การประชุมเพื่อจัดทำแผนที่การศึกษาวินิจฉัยทางด้านวัณโรค โดยกรมควบคุมโรคและมูลนิธิสุขภาพจิตคนเสนา เมื่อ^{44, 45}

4.3 ประเด็นที่ควรมีการวิจัยและพัฒนาสำหรับประเทศไทย

แบ่งเป็น 7 กลุ่ม⁴ ดังนี้

4.3.1 ระบาดวิทยา

- การติดเชื้อ/ป่วยด้วยวัณโรคในกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อ HIV
- การติดเชื้อ/ป่วยด้วย Non-tuberculous Mycobacteria
- ความล่าช้าในการแสวงหาการรักษา, ความล่าช้าในการวินิจฉัย, ความล่าช้าในการรักษา
- ความไม่ยอมรับการรักษา, การแพ้ยา, การคือยา, การกลับเป็นซ้ำ, ผลการรักษา

4.3.2 การป้องกัน

- การพัฒนา/ทดสอบวัคซีนตัวใหม่
- การจัดการทางภาวะภูมิคุ้มกัน, การจัดการทางพันธุกรรม
- ประเมินวิธี/การดำเนินการต่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ในสถานที่ต่างๆ เช่น บ้าน โรงพยาบาล เรือนจำ ขนส่งมวลชน

4.3.3 การวินิจฉัย

- การวินิจฉัยการติดเชื้อวัณโรค เช่น
 - การจำแนกกระหว่างการติดเชื้อวัณโรคและการได้รับวัคซีน BCG
 - การวินิจฉัยการติดเชื้อใหม่ (recent infection)
- การวินิจฉัยการป่วยเป็นวัณโรคที่เหมาะสม

⁴ปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมจากการจัดกลุ่ม ในการประชุมจัดการความรู้เรื่องวัณโรค^{43,44}

- วัณโรคปอดเสมหะไม่พบเชื้อ, วัณโรคนอกปอด (ทั้งรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ)
โดยเฉพาะในผู้ติดเชื้อ HIV, ในเด็ก

- การวินิจฉัยการคือยาวัณโรค
 - การพัฒนาวิธีการใหม่
 - การลดความแตกต่างระหว่างผลจากห้องปฏิบัติการและผลทางคลินิก
- การวินิจฉัย Non-tuberculous Mycobacterium ที่ก่อโรค

4.3.4 การรักษา

- การพัฒนา/ทดสอบยาตัวใหม่, วิธีบริหาร/นำส่งยา
- การประเมินสูตรยาต่างๆ ทั้งสำหรับการรักษาการติดเชื้อและการป่วย โดยเฉพาะในผู้ติดเชื้อ HIV, ผู้ป่วยคือยา
- การจัดการทางภาวะภูมิคุ้มกัน, การจัดการทางพันธุกรรม
- พัฒนาและประเมินวิธีการเพิ่มความยอมรับการรักษา รวมทั้งการกำกับกับการกินยา (Directly Observed Treatment)

4.3.5 ระบบบริหารจัดการงานบริการสุขภาพ

- ระบบฐานข้อมูลวัณโรคและทะเบียนกลางวัณโรค
- เครื่องข่ายงานชั้นสูตรวัณโรคและห้องปฏิบัติการอ้างอิง เพื่องานบริการและวิจัย
- ระบบประกันคุณภาพงานชั้นสูตรวัณโรค
- การวิเคราะห์ความแตกต่างของเวชปฏิบัติจากแนวทางปฏิบัติ/มาตรฐานการดูแลรักษาวัณโรค
- ระบบการบริหารจัดการยาวัณโรค และระบบประกันคุณภาพยา
- มาตรการในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล
- รูปแบบการดำเนินงานวัณโรค สำหรับหน่วยงานระดับต่างๆ ในพื้นที่ต่างๆ
- การผสมผสานงานวัณโรคและเอคส์

4.3.6 การมีส่วนร่วมของชุมชน เครือข่ายพันธมิตร

- ประเมินการใช้สื่อ การรณรงค์ การถ่ายทอดความรู้
- การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน การระดมพลังทางสังคม
- การลดปมด้อย/ตราบาปทางสังคม (social stigma)

4.3.7 นโยบายและแผนยุทธศาสตร์วัณโรคของประเทศ

- การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ

- การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมควบคุมโรค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ องค์การเภสัชกรรม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ทบวงมหาวิทยาลัย วิทยาลัยพยาบาล วิทยาลัยสาธารณสุข สมาคมวิชาชีพ องค์การภาคเอกชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สื่อมวลชน สถาบันต่างประเทศ องค์การระหว่างประเทศ
- การใช้ประโยชน์จากระเบียบ/กฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- การพัฒนาเครือข่ายงานวิจัยหลายสถาบัน
- การสำรวจ/เฝ้าระวังระดับประเทศ เช่น ความชุกของวัณโรค การติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยวัณโรค การคื้อยา การแพ้ยา

5 แหล่งข้อมูลวัณโรคที่น่าสนใจ

5.1 Website องค์การ/หน่วยงาน/เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับงานวัณโรค

Stop TB Partnership	http://www.stoptb.org/
องค์การอนามัยโลก (หัวข้อวัณโรค)	http://www.who.int/topics/tuberculosis/en/
สมาพันธ์นานาชาติต่อต้านวัณโรคและโรคปอด (IUATLD)	http://www.iuatld.org/full_text/en/frameset/frameset.phtml
: Tuberculosis Division	http://www.tbrieder.org/
ศูนย์ป้องกันควบคุมโรค สหรัฐอเมริกา (US CDC)	http://www.cdc.gov/
: Division of Tuberculosis Elimination (DTBE)	http://www.cdc.gov/nchstp/tb/default.htm
American Lung Association	http://www.lungusa.org/site/pp.asp?c=dvLUK9O0E&b=35778
USAID	http://www.usaid.gov/our_work/global_health/id/tuberculosis/index.html
Tuberculosis Trials Consortium (TBTC)	http://www.cdc.gov/nchstp/tb/tbtc/default.htm
The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM)	http://www.theglobalfund.org/en/
Health & Development Network	http://www.hdnet.org/home.asp
The Johns Hopkins Center For Tuberculosis Research	http://qa.hopkins-tb.org/forum/main.html?section_id=221
Francis J. Curry National Tuberculosis Center	http://www.nationaltbcenter.edu/
Tuberculosis Research Center, Chennai, India	http://www.trc-chennai.org/
National Tuberculosis Institute, Bangalore, India	http://ntiindia.kar.nic.in/
The Research Institute of Tuberculosis, Japan	http://www.jata.or.jp/eindex.htm

กลุ่มวัณโรค สำนักโรคเขตร้อน วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

<http://tb.batsthai.org/> หรือ

<http://www.tbcthailand.org>

5.2 Website สำหรับค้นหาเอกสารหรือบทความทางวิชาการเรื่องวัณโรคที่ได้รับการตีพิมพ์

องค์การอนามัยโลก

<http://www.who.int/tb/publications/en/>

PubMed

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?DB=pubmed>

AMEDEO

<http://www.amedeo.com/medicine/tb.htm>

Free Medical Journals

<http://www.freemedicaljournals.com/>

International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 1997-2004

<http://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtld>

BMJ

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/collection/Tuberculosis>

Surveillance of Tuberculosis in Europe (EuroTB)

<http://www.eurotb.org/>

Indian Journal of Tuberculosis

<http://medind.nic.in/ibr/ibrm.shtml>

Thai Index Medicus

<http://161.200.96.194/>

Siriraj Medical Library

<http://www.medlib.si.mahidol.ac.th/>

ฐานข้อมูลครชนีบทความวารสารภาษาไทย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

<http://library.kku.ac.th/opacmenu1.html>

Digital Library สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

<http://library.hsri.or.th/th/index.php>

5.3 Website ที่มีข้อมูลความรู้เรื่องวัณโรค

E Medicine

<http://www.emedicine.com/emerg/topic618.htm>

Free Encyclopedia (Wikipedia)

<http://en.wikipedia.org/wiki/Tuberculosis>

The US National Library of Medicine และ The National Institutes of Health

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/tuberculosis.html>

The US Department of Labor, Occupational Safety & Health Administration

<http://www.osha.gov/SLTC/tuberculosis/index.html>

HealthFinder

<http://www.healthfinder.gov/Scripts/SearchContext.asp?topic=877>

Canada's Role in Fighting Tuberculosis

<http://collections.ic.gc.ca/tuberculosis/>

Health Protection Agency (HPA)

http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/tb/menu.htm

Mayo clinic

<http://www.mayoclinic.com/health/tuberculosis/DS00372>

พยาธิวิทยาของวัณโรค

<http://www-medlib.med.utah.edu/WebPath/TUTORIAL/MTB/MTB.html>

Genome ของวัณโรค

http://www.sanger.ac.uk/Projects/M_tuberculosis/

5.4 Website ที่มีรูปภาพหรือสื่อเกี่ยวกับวัณโรค

Image Library Stop TB Partnership

<http://stoptb.lpipserver.com/library.asp>

Microbiology Video Library

<http://www-micro.msb.le.ac.uk/video/Mtuberculosis.html>

5.5 แผ่น CD รวบรวมเอกสารอิเล็กทรอนิกส์เกี่ยวกับวัณโรค*

- Guidelines, Statements & Standards on Tuberculosis
- Tuberculosis Documentation for Health Care Professionals 2005. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union)

*สามารถขอรับสำเนาได้ที่ศูนย์วัณโรคที่ 12 ยะลา โทรศัพท์ 073 212332

เอกสารอ้างอิง

1. The Thai Working Group on Burden of Disease and Injuries. Editors: Kanitta Bundhamcharoen, Yot Teerawatananon, Theo Vos, Stephen Begg. Burden of Disease and Injuries in Thailand. Priority Setting for Policy. Ministry of Public Health. November 2002. Printing House of The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King.
2. เพชรวรรณ พึ่งรัมย์, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. สถานการณ์และการควบคุมวัณโรคในประเทศไทย : ภาพสะท้อนของการคิดและวางแผนร่วมกันของหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข. โครงการการทบทวนสถานการณ์ ผลกระทบและแนวทางแก้ไขปัญหาวัณโรคในประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข <http://library.hsri.or.th/cgi-bin/websis?from=res1&show=246&with=การป้องกันและควบคุมโรค> (ข้อมูลจาก Digital Library ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อ 15 เมษายน 2549)
3. เพชรวรรณ พึ่งรัมย์, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. การติดเชื้อและอัตราป่วยวัณโรคของประชากรบางกลุ่มในประเทศไทย : ผลการทบทวนรายงานวิจัย 62 เรื่องระหว่างพ.ศ. 2502-2541. โครงการการทบทวนสถานการณ์ ผลกระทบและแนวทางแก้ไขปัญหาวัณโรคในประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข <http://library.hsri.or.th/cgi-bin/websis?from=res1&show=248&with=การป้องกันและควบคุมโรค> (ข้อมูลจาก Digital Library ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อ 15 เมษายน 2549)
4. เพชรวรรณ พึ่งรัมย์, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. วัณโรคชนิดคือยาหลายขนาน (MDR-TB) คุกคามประเทศไทยจริงหรือ? : ผลการทบทวนรายงานการวิจัย 55 เรื่องระหว่างพ.ศ. 2511-2541. โครงการการทบทวนสถานการณ์ ผลกระทบและแนวทางแก้ไขปัญหาวัณโรคในประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข <http://library.hsri.or.th/cgi-bin/websis?from=res1&show=247&with=วัณโรค> (ข้อมูลจาก Digital Library ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อ 15 เมษายน 2549)
5. เพชรวรรณ พึ่งรัมย์, วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์. พัฒนาการของการควบคุมวัณโรคโดยยุทธวิธี Directly Observed Therapy, Short course (DOTS) ในประเทศไทยจนถึงกุมภาพันธ์ 2542. โครงการการทบทวนสถานการณ์ ผลกระทบและแนวทางแก้ไขปัญหาวัณโรคในประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข <http://library.hsri.or.th/cgi-bin/websis?from=res1&show=430&with=การป้องกันและควบคุมโรค> (ข้อมูลจาก Digital Library ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อ 15 เมษายน 2549)
6. วัลลภ ปาชนะนนท์, นิรัช หุ่นดี, นิพนธ์ อุดมระติ, ทวีศักดิ์ บำรุงตระกูล, บวรศรี บูรณะจารุ, สุนันท์ ณ สงขลา, วัชร สารีบุตร. การสำรวจวัณโรคในประเทศไทย ครั้งที่ 3 พ.ศ.2534-2535. กองวัณโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
7. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2006. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2006.362)

8. แผนยุทธศาสตร์การควบคุมวัณโรคของไทยเพื่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ 2558 (ฉบับร่าง เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2549)
9. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2005. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2005.349).
10. http://epid.moph.go.th/epi32_aids.html (ข้อมูลจาก Website ของสำนักโรคระบาดวิทยาเมื่อ 15 เมษายน 2549)
11. Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Report No. 2 Prevalence and Trends. The WHO/IUATLD Global Project on Anti-tuberculosis Drug Resistance Surveillance. Communicable Diseases, World Health Organization. Geneva 2000. (WHO/CDS/TB/2000.278)
12. Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Report No. 3 The WHO/IUATLD Global Project on Anti-tuberculosis Drug Resistance Surveillance 1999-2002. World Health Organization
13. <http://nobelprize.org/medicine/educational/tuberculosis/readmore.html> (ข้อมูลจาก website ของรางวัล Nobel Prize เมื่อ 23 เมษายน 2549)
14. Cole S.T., Brosch R., et al. Deciphering the biology of *Mycobacterium tuberculosis* from the complete genome sequence. Nature 1998 Jun 11;393(6685):537-44.
15. Camus J.C., Pryor M.J., Medigue C., Cole S.T.; Re-annotation of the genome sequence of *Mycobacterium tuberculosis* H37Rv. Microbiology 2002;148:2967-2973.
16. Johnson JL, Okwera A, Vjecha MJ, Byekwaso F, Nakibali J, Nyole S, et al. Risk factors for relapse in human immunodeficiency virus type 1 infected adults with pulmonary tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis 1997 Oct;1(5):446-53.
17. Chang KC, Leung CC, Yew WW, Ho SC, Tam CM. A nested case-control study on treatment-related risk factors for early relapse of tuberculosis. Am J Respir Crit Care Med 2004 Nov 15;170 (10):1124 -30 Epub 2004 Sep 16;170(10):1124-30.
18. Walpole HC, Siskind V, Patel AM, Konstantinos A, Derhy P. Tuberculosis-related deaths in Queensland, Australia, 1989-1998: characteristics and risk factors. Int J Tuberc Lung Dis 2003 Aug ;7 (8):742 -507(8):742-50.
19. Sacks LV, Pendle S. Factors related to in-hospital deaths in patients with tuberculosis. Arch Intern Med 1998 Sep 28;158(17):1916-22.
20. Borgdorff MW, Veen J, Kalisvaart NA, Nagelkerke N. Mortality among tuberculosis patients in The Netherlands in the period 1993-1995. Eur Respir J 1998 Apr;11(4):816-20.
21. Churchyard GJ, Kleinschmidt I, Corbett EL, Murray J, Smit J, De Cock KM. Factors associated with an increased case-fatality rate in HIV-infected and non-infected South African gold miners with pulmonary tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis 2000 Aug ;4 (8):705 -12 2000 Aug;4(8):705-12.

22. Dewan Pk, Arguin PM, Kiryanova H, Kondroshova NV, Khorosheva TM, Laserson K, et al. Risk factors for death during tuberculosis treatment in Orel, Russia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004;8(5):598-602.
23. Bustamante-Montes LP, Escobar-Mesa A, Borja-Aburto VH, Gomez-Munoz A, Becerra-Posada F. Predictors of death from pulmonary tuberculosis: the case of Veracruz, Mexico. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000 Mar ;4 (3):208 -15 2000 Mar;4(3):208-15.
24. Toman's Tuberculosis. Case Detection, treatment, and monitoring – questions and answers. Second edition. World Health Organization, Geneva 2004.
25. Technical Guide. Sputum Examination for Tuberculosis by Direct Microscopy in Low Income Countries. Fifth Edition 2000. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.
26. Garland LH. Studies on the accuracy of diagnostic procedures. *American Journal of Roentegenology and Radium Therapeutic Nuclear Medicine*, 1959, 82:25–38.
27. Murray C, Styblo K, Rouillon A. Tuberculosis. 233-259.
28. Framework for Effective Tuberculosis Control. Geneva, WHO Tuberculosis Programme. World Health Organization. (WHO/TB/94.179)
29. What is DOTS? A Guide to Understanding the WHO-recommended TB Control Strategy Known as DOTS. Geneva, World Health Organization (WHO/CDS/CPC/TB/99.270).
30. An Expanded DOTS Framework for Effective Tuberculosis Control. Stop TB Communicable Disease. Geneva, World Health Organization (WHO/CDS/TB/2002.297).
31. New Stop TB Strategy.
32. Dick, J. and C. Lombard. Shared vision--a health education project designed to enhance adherence to anti-tuberculosis treatment. *Int.J.Tuberc.Lung Dis*. 1997;1(2):181-86.
33. Liefoghe R, Suetens C, Meulemans H, Moran MB, De Muynck A. A randomised trial of the impact of counselling on treatment adherence of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999 Dec;3(12):1073-80.
34. Morisky DE, Malotte CK, Choi P, Davidson P, Rigler S, Sugland B, et al. A patient education program to improve adherence rates with antituberculosis drug regimens. *Health Educ Q* 1990;17(3):253-67.
35. Jin BW, Kim SC, Mori T, Shima T. The impact of intensified supervisory activities on tuberculosis treatment. *Tuber Lung Dis* 1993 Aug;74(4):267-72.
36. Volmink J, Garner P. Directly observed therapy for treating tuberculosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2001 ;(4):CD003343(4):CD003343.

37. Kamolratanakul P, Sawert H, Lertmaharit S, Kasetjaroen Y, Akksilp S, Tulaporn C, et al. Randomized controlled trial of directly observed treatment (DOT) for patients with pulmonary tuberculosis in Thailand. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1999 Sep;93(5):552-7.
38. Zwarenstein M, Schoeman JH, Vundule C, Lombard CJ, Tatley M. A randomized controlled trial of lay health workers as direct observers for treatment of tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4:550-554.
39. Zwarenstein M, Schoeman JH, Vundule C, Lombard CJ, Tatley M. Randomised controlled trial of self-supervised and directly observed treatment of tuberculosis. *Lancet* 1998 Oct 24;352(9137):1340-3.
40. Walley JD, Khan MA, Newell JN, Khan MH. Effectiveness of the direct observation component of DOTS for tuberculosis: a randomized controlled trial in Pakistan. *Lancet* 2001; 357:664-669.
41. TDR Strategic Direction for Research: Tuberculosis. February 2002. Special Programme for Research and Training in Tropical Disease (TDR) (ข้อมูลจาก website ของ TDR ที่ www.who.int/tdr เมื่อ 23 เมษายน 2549)
42. เอกสารประกอบการประชุมระดมความคิดเกี่ยวกับการวิจัยทางด้านวัณโรคและโรคติดเชื้อ Mycobacterium อื่นๆ ณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย วันที่ 21-22 มกราคม 2542
43. รายงานการประมวลองค์ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคและโรคติดเชื้อ Non-tuberculous Mycobacterium โดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
44. แผนที่การศึกษาวิจัยทางด้านโรควัณโรค (ฉบับร่าง) โดยกรมควบคุมโรคร่วมกับมูลนิธิสุขภาพใจคนแดน
45. แผนที่การศึกษาวิจัยทางด้านโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (ฉบับร่าง) โดยกรมควบคุมโรคร่วมกับมูลนิธิสุขภาพใจคนแดน

ทำร้ายผู้อื่นและมีความรุนแรง

Homicide and Violence การทำร้ายผู้อื่นและความรุนแรง

นพ.วารินทร์ ปงกันคำ
สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค

1. สถานการณ์ปัญหาโรค Homicide and Violence ในประเทศไทย (Burden)

ความรุนแรง (Violence) นับเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญอันหนึ่งทั่วโลก โดยในแต่ละปีพบว่า มีคนนับล้านที่เสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่เกิดจากความรุนแรง แม้ว่าในบางคนที่รอดชีวิตจากความรุนแรงนี้แต่ชีวิตที่เหลืออยู่ต้องอยู่กับความพิการถาวรตลอดไป ความรุนแรงเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในช่วงอายุ 15-44 ปีทั่วโลก พบอัตราตายร้อยละ 14 และ 7 ในผู้ชายและผู้หญิงตามลำดับ

ความรุนแรงนอกจากจะนำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิตแล้ว ความรุนแรงยังมีส่วนทำให้เกิดผลกระทบตามมาอีกหลายด้าน เช่น ภาวะซึมเศร้า การคิดสุราและสารเสพติด การสูบบุหรี่ ความผิดปกติของระบบการกินและหลับ การติดเชื้อ HIV และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

ความรุนแรง สามารถป้องกันได้ และเป็นปัญหาด้านสังคมที่หาทางแก้ไขได้ โดยทั่วไปแล้วความรุนแรงนี้พบได้เสมือนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ความรุนแรงในสังคม สามารถพบได้หลายรูปแบบ แสดงให้เห็นว่าความรุนแรงเป็นผลลัพธ์จากหลายปัจจัยที่ซับซ้อน ถูกปรับเปลี่ยนด้วยลักษณะทางของสังคมและสิ่งแวดล้อมของแต่ละพื้นที่

ในประเทศไทยมีการพัฒนาเครื่องชี้วัดภาวะ โรคและการบาดเจ็บซึ่งจัดทำโดยองค์การอนามัยโลก มีหน่วยวัดเป็นปีที่สูญเสียจากความเจ็บป่วยความพิการและการตายก่อนวัยอันควร (Disability Adjusted Life Years: DALYs) จากผลการศึกษาในปี 2542 พบว่ากลุ่มโรค Homicide and Violence เป็นหนึ่งในปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยในประชากรเพศชาย มีค่า DALYs เท่ากับ 156,371 ปี เป็นลำดับที่ 8 ของประเทศ รองจากโรค HIV/AIDS อุบัติเหตุจากรถ โรคหลอดเลือดในสมอง มะเร็งตับ โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคถุงลมโป่งพอง(COPD) ตามลำดับ

ในส่วนของภาคใต้ นั้น ปัญหาความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เริ่มมีความรุนแรงที่มากขึ้นตั้งแต่นั้นปี พ.ศ.2547 นั้น ถือได้ว่าเป็นวิกฤตครั้งที่ร้ายแรงที่สุดในประวัติศาสตร์ของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ตั้งแต่นั้นมามีเหตุการณ์ความรุนแรงตลอดทั้งปี และนับวันจะมีแต่ความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ทั้งการปล้นปืน การก่อกองโจร การเผาทำลายสถานที่ราชการ โดยเฉพาะ โรงเรียนและโรงพยาบาล รวมไปถึงการทำร้ายเจ้าหน้าที่และประชาชนผู้บริสุทธิ์เป็นรายวัน ความรุนแรงนี้เทียบได้กับ ความรุนแรงที่เกิดจากการก่อการร้ายในประเทศต่างๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลกระทบ โดยตรง ได้แก่ การสูญเสียชีวิต บาดเจ็บและพิการ รวมถึงทำให้ระบบการเข้าถึงและการให้บริการทางสาธารณสุขลดลง ส่วนผลกระทบทางอ้อมที่พบได้คือ

มีผลต่อระบบเศรษฐกิจและสังคม เช่น การเข้าพื้นที่ของทหารจำนวนมากขึ้นทำให้ระบบสังคมเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อโครงสร้างของครอบครัวเช่นการสูญเสียสมาชิกในครอบครัว อาจมีการเกิดขึ้นของค่ายผู้อพยพ เกิดบรรยากาศความตึงเครียดระยะยาวด้วย

ความรุนแรงเป็นปัญหาที่สำคัญอันหนึ่งของระบบสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะการสูญเสียชีวิตเท่านั้น แต่รวมไปถึงความโหดร้ายลักษณะอื่นที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน อีกทั้งการศึกษาด้านสาเหตุและผลกระทบด้านสังคม เศรษฐกิจ และด้านจิตใจของประชาชนมีค่อนข้างน้อย ทำให้การประเมินสถานการณ์ด้านสาธารณสุขในปัจจุบันนั้นมีความยากลำบากมาก ขณะนี้มีหลายหน่วยงานพยายามแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอยู่ การศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ จะทำให้ทราบถึงปัจจัยและผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนทางด้านนโยบายทางด้านสาธารณสุขของประเทศต่อไป

2. สาเหตุปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง (Determinants)

สาระสำคัญของการวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการข้อมูลและสังเคราะห์งานวิจัยด้านความรุนแรงในสังคมไทย ของ ศศ.ดร. นันทพันธ์ ชินถ้ำประเสริฐ ที่รวบรวมงานวิจัยศึกษาในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524-2544 จำนวน 190 เรื่อง มีข้อประเด็นที่สรุปได้ดังนี้

ผลการวิจัยเกี่ยวกับความรุนแรงต่อตนเอง ซึ่งให้เห็นว่าอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้นกลุ่มวัยรุ่นและผู้หญิงที่ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีมูลเหตุมาจากความเครียดที่เกิด จากปัญหาครอบครัวขาดทักษะในการจัดการกับปัญหาและความเครียด ตลอดจนปัญหาการเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพเมื่อประสบปัญหาวิกฤต ปัญหาการฆ่าตัวตายยังไม่ได้รับการป้องกันและแก้ไขอย่างจริงจัง ดังนั้นงานวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการและทักษะในการเผชิญปัญหาจึงเป็นสิ่งจำเป็น

การวิจัยเกี่ยวกับทารุณกรรมเด็ก พบว่า เด็กเป็นเหยื่อของความรุนแรงในครอบครัว ถูกเลี้ยงดูอย่างไม่เหมาะสม และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เห็นการใช้ความรุนแรง จะพัฒนาเป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อไป ปัญหาการทารุณกรรมเด็กในสังคมไทยยังไม่ได้รับความสนใจและตระหนักมากเท่าที่ควรการศึกษาส่วนใหญ่ระบุว่าประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจอย่างแท้จริง จึงควรผลักดันด้านกฎหมายให้เด็กได้รับการคุ้มครองจากการทารุณกรรม โดยพ่อแม่ ผู้ปกครอง และควรมีระบบและมาตรการที่เป็นรูปธรรมในเรื่องการปกป้องสิทธิเด็ก

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาความรุนแรงต่อผู้หญิงในชีวิตคู่ พบว่า แนวโน้มการวิจัยในช่วงปี พ.ศ. 2540-2544 มีความชัดเจนมากขึ้นเกี่ยวกับแนวคิดของความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากรากฐาน เรื่องเพศ (Gender based violence) มาตรฐานทางเพศสองระดับ และอิทธิพลของระบบวิธีคิดแบบชายเป็นใหญ่ ซึ่งเป็นรากเหง้าของปัญหาความรุนแรงต่อผู้หญิง แต่การวิจัยในลักษณะนี้ยังมีจำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับการวิจัยเพื่อค้นหาปัจจัยและสาเหตุของการที่ผู้หญิงถูกกระทำความรุนแรงตลอดจนผลกระทบต่อเหยื่อความรุนแรงที่สะท้อนให้เห็นแนวคิดการมองปัญหาความรุนแรงที่ปลายเหตุและไม่ได้เจาะลึกถึงรากเหง้าของปัญหาอย่างแท้จริง ผลการวิจัยถูกนำไปใช้ประโยชน์น้อยมากในการผลักดันให้เกิดการปรับปรุงแก้ไขด้านกฎหมายและระบบการให้บริการ

ตลอดจนมาตรการเพื่อพิทักษ์สิทธิและความปลอดภัยของผู้หญิงที่เป็นเหยื่อของความรุนแรง งานวิจัยด้านนี้จึงควรได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความตระหนัก และปรับวิธีคิด การมองปัญหาของสังคมใหม่

เนื่องจากการวิจัยในช่วงแรกเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศมุ่งศึกษากับชายผู้กระทำผิดทางเพศ ดังนั้น ผลการวิจัยจึงบ่งชี้ข้อมูลเพียงด้านเดียวเกี่ยวกับการข่มขืน โดยบุคคลอื่น แม้ว่านักวิชาชีพที่ให้การช่วยเหลือผู้หญิงและเด็กที่ถูกละเมิดทางเพศได้ประเมินแล้วพบว่าปัญหาการใช้ความรุนแรงทางเพศนั้นส่วนใหญ่กระทำโดยบุคคลที่รู้จัก แต่การศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความรุนแรงที่กระทำโดยบุคคลใกล้ชิด สามีและคนรัก ยังมีจำนวนน้อยมากทำให้ขาดข้อมูลหลักฐานยืนยันสถานการณ์ของปัญหาที่แท้จริง ผลการวิจัยหลายเรื่องได้สะท้อนความเชื่อและทัศนคติแฝงของนักวิจัยที่ตอกย้ำระบบวิธีคิดแบบชายเป็นใหญ่ การยอมรับมายาคติและการยอมรับวิธีปฏิบัติตามบทบาทชายหญิงที่อยู่บนมาตรฐานสองระดับในสังคมไทย นอกจากนี้ งานวิจัยหลายเรื่องยังบ่งชี้ให้เห็นข้อจำกัดทางด้านกฎหมาย การบริการทางการแพทย์และทางสังคมต่อเหยื่อของความรุนแรง ดังนั้นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพจึงควรได้รับการสนับสนุน

สำหรับการวิจัยความรุนแรงในวัยรุ่น พบว่าสาเหตุของปัญหาเกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้องและขาดความอบอุ่นในครอบครัว ส่วนผลการวิจัยความรุนแรงในสังคมและด้านอื่นๆ บ่งชี้ให้เห็นภาพรวมว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นต่อทั้งผู้หญิงและเด็กนั้นเกิดจาก โครงสร้างที่เอื้ออำนวย ข้อจำกัดของกฎหมายหรือข้อปฏิบัติในสังคมที่ก่อให้เกิดความรุนแรงในรูปแบบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างชอบธรรม ซึ่งเป็นวงจรอุปสรรคต่อการป้องกัน แก้ไขและยุติปัญหาความรุนแรงในสังคมไทย

3. มาตรการด้านการวินิจฉัย และการดำเนินการที่มีประสิทธิผล (Cost effective intervention) ทั้งในและต่างประเทศ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1995) ได้นิยามความรุนแรงไว้ดังนี้ ความรุนแรง หมายถึง การจงใจใช้กำลังหรืออำนาจทางกายเพื่อข่มขู่หรือกระทำต่อตนเอง ต่อ ผู้อื่น ต่อกลุ่ม บุคคลหรือชุมชน ซึ่งมีผลทำให้เกิดหรือมีแนวโน้มที่จะมีผลให้เกิดการบาดเจ็บ ตาย หรือเป็นอันตรายต่อจิตใจ หรือเป็นการข่มขู่การเจริญงอกงาม หรือการกีดกันหรือปิดกั้น ทำให้สูญเสียสิทธิบางประการ และขาดการได้รับในสิ่งที่สมควรจะได้รับ

"the intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment, or deprivation."

4. หัวข้อประเด็นที่ควรมีการวิจัย (Challenging research questions)

จากงานวิจัยของเพ็ญจันทร์ ประดับมุข ในเรื่องความรุนแรงในครอบครัว มีข้อเสนอเพื่อพัฒนาโครงสร้างระบบวิจัยในอนาคต มีประเด็นหลายข้อที่น่าสนใจสำหรับการศึกษารื่องความรุนแรงต่างๆ เช่น

1. งานวิจัยเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดความรุนแรงประเภทต่างๆ ในสังคมไทยที่มีความไว (sensitive) และมหภาค (macro) พอเพียง

2. งานวิจัยเพื่อการพัฒนากระบวนการบริการในการบำบัดรักษาผู้ได้รับความรุนแรง (service – based research) ได้แก่การพัฒนา standard protocol ในการซักประวัติ วินิจฉัย และให้การดูแล การรักษา การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดบริการที่ตอบสนองผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงได้ อย่างองค์รวม และเป็นบริการที่มีคุณภาพสูง
3. งานวิจัยในเรื่องความรุนแรงที่กระทำกับเด็กและสตรีทั้งในเรื่องประเภทรูปแบบ ความถี่สาเหตุที่มา ปัญหา และความต้องการของผู้ถูกกระทำ ประเภทบริการที่ต้องการ
4. งานวิจัยเพื่อพัฒนากลไกด้านการวิจัยหลายสาขาวิชา (intersectoral discipline) ที่มีแผนงาน และการดำเนินงานที่ประสานและเชื่อมโยงกันในทุกระดับ
5. งานวิจัยเพื่อปรับปรุงกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวกับความรุนแรง
6. งานวิจัยที่เพื่อหารูปแบบและทางเลือก สำหรับบทบาททางศาสนา คุณค่าทางวัฒนธรรม และ การเสริมพลังทางจิตวิญญาณ และคุณธรรม เพื่อการหยุดยั้งปัญหาความรุนแรงในครอบครัว
7. สนับสนุนงานวิจัยในประเด็นสื่อมวลชน/การสื่อสารกับความรุนแรงในครอบครัว และงานวิจัยที่เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้หญิงที่รอดพ้นจากการถูกกระทำ ความรุนแรง รวมทั้งงานวิจัยที่มีประเด็นเกี่ยวกับความรุนแรงเชิงโครงสร้าง เช่น patriarchal values ซึ่งเป็นรากเหง้า ในสังคมไทย

ในส่วนของความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ การศึกษาปัจจัยและผลกระทบ มีหลายประเด็นที่น่าสนใจเช่น การสูญเสียชีวิต บาดเจ็บ และพิการ การเข้าถึงระบบการให้บริการทางสาธารณสุข โครงสร้างของสถาบันครอบครัว (เด็กกำพร้าและหญิงหม้าย) ทางด้านจิตใจ ที่เกิดจากสภาวะความตึงเครียดระยะยาว ระบบสุขภาพและอนามัยในชุมชน ระบบเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลง การเกิดขึ้นของค่ายผู้ก่อการร้าย การย้ายถิ่นฐาน และการเข้าพื้นที่ของทหารจำนวนมากขึ้นทำให้ระบบสังคมเปลี่ยนแปลงไป

5. Website ที่น่าสนใจ

1. ฐานข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยความรุนแรงในประเทศไทย
(<http://www.violence.au.edu/>)
2. องค์การอนามัยโลก - Department of Injuries and Violence Prevention
(http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/)
3. องค์การอนามัยโลก - Violence Prevention Alliance
(<http://www.who.int/violenceprevention/en/index.html>)
4. CDC - National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC)
(<http://www.cdc.gov/ncipc/default.htm>)

6. เอกสารอ้างอิง

1. นันทพันธ์ ชินล้ำประเสริฐ. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและสังเคราะห์งานวิจัย ด้านความรุนแรงในสังคมไทย. 2546. <http://www.violence.au.edu/violence.pdf> (15 สิงหาคม 2548)
2. เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. ความรุนแรงในครอบครัว (สถานะงานวิจัยและข้อเสนอ เพื่อพัฒนาโครงสร้างระบบวิจัยในอนาคต - Family Violence: State of the Art Review and Research Promoting System in the Future). นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2546. <http://library.hsri.or.th/th/index.php> (15 สิงหาคม 2548)
3. Department of Injuries and Violence Prevention, WHO.
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/ (15 สิงหาคม 2548)
4. The Thai Working Group on Burden of Disease and Injuries. Burden of Disease and Injuries in Thailand: Priority Setting for Policy. <http://203.157.19.191/BURDEN.pdf> (15 สิงหาคม 2548)

โรคซึมเศร้า

การทบทวนความรู้เรื่อง Depression

พญ. จตุพร แสงกุล

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โรคซึมเศร้าจัดเป็นโรคทางจิตเวชที่มักมีอาการป่วยเป็นช่วงๆ อาการแต่ละช่วงมักกินเวลานานเป็นเดือน มีโอกาสเป็นซ้ำได้บ่อยและอาจดำเนินโรคแบบเรื้อรังได้ จึงสร้างปัญหาให้กับชีวิตผู้ป่วยรวมถึงครอบครัวและสังคมอย่างมาก จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกถึงสถานการณ์ปัญหาโรค (Global Burden of Diseases) คาดว่าในปี ค.ศ.2020 โรคซึมเศร้าน่าจะเป็นสาเหตุอันดับที่ 2 ที่ทำให้ประชาชนเกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) สูงที่สุด รองจากสาเหตุโรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease) ¹

1. สถานการณ์ปัญหาโรคซึมเศร้าในประเทศไทย จากการศึกษาภาวะโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทย พ.ศ. 2542 พบว่าโรคซึมเศร้ามีค่า DALYs อยู่ในลำดับที่ 15 ในกลุ่มเพศชายและอยู่ในลำดับที่ 4 ในกลุ่มเพศหญิง² ส่วนการศึกษาด้านความชุกและอุบัติการณ์ของโรคจากการทบทวนข้อมูลที่มีการศึกษาในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาในประชากรหลายกลุ่มโดยใช้เครื่องมือในการศึกษาต่างกัน

การศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไปทั่วประเทศ

- อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ และคณะ³ ศึกษาในกลุ่มประชากรทุกภาคของประเทศ เมื่อ พ.ศ.2541 โดยมีประชากรตัวอย่าง 7,157 ราย ใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงจาก DSM -IV พบความชุกของโรคซึมเศร้า (major depressive episode) ร้อยละ 1.4 แยกเป็นภาคกลางร้อยละ 1.2, ภาคเหนือร้อยละ 1.4, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 1.9, ภาคใต้ร้อยละ 0.8 ส่วนความชุกของโรคซึมเศร้าแบบเรื้อรัง (dysthymia) พบร้อยละ 0.1

- วีระ ชูรุจิพร⁴ ศึกษาในกลุ่มประชากรในเขตสาธารณสุขทั่วประเทศ เมื่อ พ.ศ.2541 โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 7,342 คน ใช้ BDI (Beck Depression Inventory) เป็นเครื่องมือในการศึกษา พบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงถึงขั้นควรพบแพทย์ร้อยละ 38.1

การศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไปในพื้นที่เฉพาะ สมชาย พลอยล้อมแสง⁵ ศึกษาในกลุ่มประชากรภาคเหนือ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 830 คน ใช้ BDI เป็นเครื่องมือในการศึกษา พบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงร้อยละ 29.7

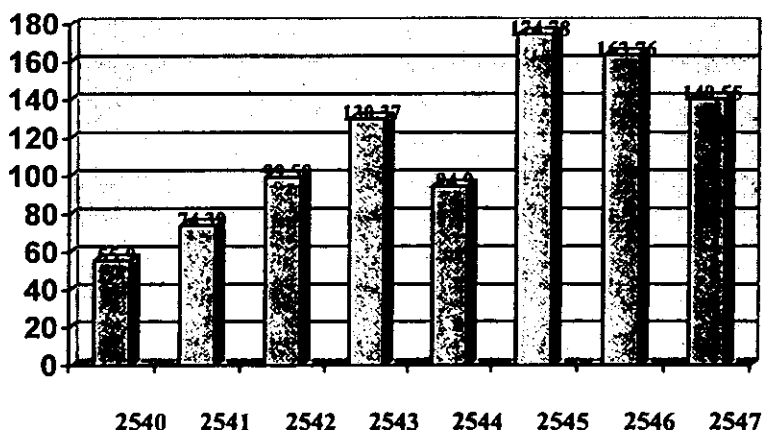
การศึกษาในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น จากการรวบรวมข้อมูลโดย สรยุทธ วาสิกนันท์⁶ พบว่าการศึกษาภาวะซึมเศร้าในเด็กส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยนิยมใช้ CDI (Children's Depression Inventory) เป็นเครื่องมือในการศึกษา พบภาวะซึมเศร้าที่มีระดับความสำคัญทางคลินิก

ร้อยละ 40.7- 49.8 โดยเป็นภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงร้อยละ 13.3- 22.5⁶ (ภาวะซึมเศร้าที่มีระดับความสำคัญทางคลินิก หมายถึง ค่า CDI ตั้งแต่ 15 ขึ้นไปและภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง หมายถึง ค่า CDI ตั้งแต่ 21 ขึ้นไป⁷)

การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ จากการรวบรวมข้อมูลโดย ทรัพย์ท วาสิกานานนท์⁶ พบว่าในประเทศไทยนิยมใช้ TGDS(Thai Geriatric Depression Scale)เป็นเครื่องมือในการศึกษา แต่ผลการศึกษากลับพบอัตราภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันมาก ตั้งแต่ร้อยละ 2.4 ถึง 84.8⁶ ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันและใช้ค่าคะแนนจุดตัดที่ต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาส่วนใหญ่มักทำในประชากรในพื้นที่เฉพาะ ซึ่งส่วนใหญ่ได้แก่ กรุงเทพมหานครและในเมืองใหญ่ เช่น การศึกษาโดย อรพรรณ ทองแดงและคณะ⁸ ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในกรุงเทพฯจำนวน 1,713 คน ใช้TGDS เป็นเครื่องมือในการศึกษา พบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 12.78

การศึกษาในผู้สูงอายุเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่อาศัยในเขตเมืองกับกลุ่มที่อาศัยในเขตชนบท ได้แก่ การศึกษาของนันทิกา ทวีชาชาติและคณะ⁹ ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยในกรุงเทพฯเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่อาศัยในจังหวัดอุทัยธานี จำนวน 711 คน ใช้ Zung self rating depressive scale เป็นเครื่องมือในการศึกษา พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองในอัตราที่น้อยกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบทเล็กน้อย (กรุงเทพฯร้อยละ 80.3 และอุทัยธานีร้อยละ 84.8) แต่ผลที่ได้แตกต่างจากการศึกษาของ กนกรัตน์ สุชะตุงคะและคณะ¹⁰ ที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในอัตราที่น้อยกว่ามากและยังพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองมีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบทถึง 2 เท่า โดยศึกษาในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยในกรุงเทพฯจำนวน 1,052 คนเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่อาศัยในจังหวัดระนองและบุรีรัมย์จำนวน 682 คน ในช่วง พ.ศ. 2539- 2541 ใช้TGDS เป็นเครื่องมือในการศึกษา พบความชุกของโรคซึมเศร้าในการศึกษานี้ร้อยละ 24.1 โดยแยกเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองร้อยละ 35.1 และในเขตชนบท ร้อยละ 17-19

การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มาับการรักษา ข้อมูลจากสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข¹¹ รายงานสถิติจากกลุ่มผู้ป่วยที่มาับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 - 2547 พบอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้า ดังนี้



แผนภูมิที่ 1 แสดงอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ.2540- 2547 (หมายเหตุ พ.ศ.2545 ขาดข้อมูลจังหวัดอุดรธานี เขต 6, พ.ศ.2547 ไม่มีรายงานของจังหวัดนครราชสีมา)

2.สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ปัจจุบันเชื่อว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า

2.1 ปัจจัยทางชีววิทยา

- ปัจจัยทางพันธุกรรม ผู้ที่มีญาติป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ได้ญาติป่วย แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้นั้นจะต้องเป็นโรคซึมเศร้าทุกคน ปัจจัยทางพันธุกรรมจึงจัดเป็นปัจจัยเสริม(predisposing factor)ที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า นั่นคือหากมีปัจจัยเสริมอื่นๆร่วมด้วยก็จะเพิ่มโอกาสที่จะเกิดโรค มีรายงานว่าลูกที่เกิดจากพ่อหรือแม่ที่ป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวน(bipolar I disorder) มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคซึมเศร้า(major depressive disorder: MDD)2-10 เท่าเมื่อเทียบกับลูกที่ไม่มีพ่อแม่ป่วย และลูกที่เกิดจากพ่อหรือแม่ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า(MDD)มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคซึมเศร้า(MDD)2-3เท่า เมื่อเทียบกับลูกที่ไม่มีพ่อแม่ป่วย¹²และความสัมพันธ์นี้จะลดลงในญาติที่อยู่ลำดับห่างๆออกไป การศึกษาในคู่แฝดชนิดไข่ใบเดียวกัน(monozygotic twin)พบว่า หากเด็กคนหนึ่งป่วยเป็นโรคซึมเศร้า คู่แฝดอีกคนจะพบความเสี่ยงถึงร้อยละ 50 ที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเช่นกัน ส่วนในคู่แฝดชนิดไข่สองใบ(dizygotic twin)พบว่าหากเด็กคนหนึ่งป่วยเป็นโรคซึมเศร้า คู่แฝดจะมีความเสี่ยงร้อยละ 10-25 ที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเช่นกัน¹² แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบ gene markerเฉพาะที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า¹²

- สารสื่อประสาทในสมอง(neurotransmitter) เชื่อว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากสารสื่อประสาทในสมองกลุ่มserotonin, norepinephrin และdopamineมีการทำงานลดลง^{12,13} ผลการศึกษาส่วนใหญ่มาจากการพบว่าปริมาณ metaboliteของสารสื่อประสาทในกลุ่มดังกล่าว มีระดับเปลี่ยนแปลงไปในผู้ป่วยซึมเศร้า และมาจากการศึกษาถึงกลไกการออกฤทธิ์ของยาในกลุ่มต่างๆที่ใช้รักษาอาการของโรคซึมเศร้า แต่อย่างไรก็ตามการทำงานของสารสื่อประสาทแต่ละกลุ่มมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและกันและมักมีการปรับตัวอยู่เสมอ การพบการทำงานที่ลดลงของสารสื่อประสาทจึงอาจเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าหรือเป็นการปรับตัวของร่างกายต่อ

ภาวะ ซึมเศร้าก็ได้

- **ฮอร์โมนในสมอง (neuroendocrine)** การเปลี่ยนแปลงของระบบฮอร์โมนอาจเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางรายมีการทำงานของระบบ hypothalamic-pituitary - adrenal สูงขึ้นหรือบางรายพบความผิดปกติในระบบ hypothalamic- pituitary -thyroid^{12,13} แต่ก็เช่นเดียวกับปัจจัยด้านสารสื่อประสาทก็ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าระบบฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าหรือภาวะซึมเศร้าทำให้การควบคุมระดับฮอร์โมนในสมองเสียไป

2.2 ปัจจัยทางจิตสังคม เป็นปัจจัยเสริมอีกปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดโรคซึมเศร้า ข้อมูลที่มักอ้างอิงถึงในตำราทางจิตเวชศาสตร์ ได้แก่ ประสบการณ์ความเครียดในวัยเด็ก เช่น การสูญเสียพ่อแม่ก่อนอายุ 11 ปี¹² แต่การศึกษาค้นคว้าก็พบว่าปัจจัยนี้มีผลน้อยต่อการเกิดโรคซึมเศร้าเมื่อเด็กโตขึ้น¹⁴, ประสบการณ์ความเครียดในชีวิตครอบครัวในวัยเด็ก เช่น ครอบครัวแตกแยก⁷ ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี¹⁵ มีผลทำให้เด็กวัยรุ่นมีอาการซึมเศร้าสูงกว่าเด็กที่ครอบครัวไม่มีปัญหาเหล่านี้

3. มาตรการด้านการวินิจฉัยและการดำเนินการที่มีประสิทธิผล

3.1 เครื่องมือที่นิยมใช้เพื่อการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า¹⁶

3.1.1 ชนิดที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน ได้แก่

- Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD หรือ HAM-D)
- Montgomery -Asberg Depression Rating Scale(MADRS)
- Geriatric Depression Scale(GDS)
- Raskin Scale

3.1.2 ชนิดที่ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน ได้แก่

- Beck Depression Inventory(BDI)
- Zung Self Rating Depression Scale(SRDS)
- Center for Epidemiologic Studies Depression Scale(CES-D)
- Profiles of Mood States(POMS)

3.1.3 ชนิดที่แพทย์และผู้ป่วยเป็นผู้ประเมิน ได้แก่

- Inventory for Depressive Symptomatology (IDS)
- Depression Outcome Module(DOM)

สำหรับในประเทศไทย จากการรวบรวมข้อมูล พบว่าในปัจจุบันเครื่องมือที่นิยมใช้ ได้แก่ BDI , CDI และ GDS โดยมีการดัดแปลงมาเป็นฉบับของไทย ได้แก่ CDI ฉบับภาษาไทย โดยมีคะแนนที่เป็นจุดตัดแยกภาวะซึมเศร้าที่มีความสำคัญทางคลินิกคือ 15 คะแนนขึ้นไปที่คะแนนนี้มี sensitivity ร้อยละ 78.7

specificity ร้อยละ 91.3 และมี accuracy ร้อยละ 87¹⁷ และ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) มี accuracy ร้อยละ 93¹⁸

3.2 การดำเนินการที่มีประสิทธิผล

การศึกษาโดย Dan Chisholm และคณะ^{19,20} ถึงการรักษาภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิผล ในภูมิภาคต่างๆ 14 เขตทั่วโลก แบ่งการรักษาเป็น 7 รูปแบบ ได้แก่ การรักษาในช่วงที่ป่วย (episodic treatment) มี 5 รูปแบบ คือการให้ยาต้านเศร้ากลุ่มดั้งเดิม (tricyclic antidepressants), การให้ยาต้านเศร้ากลุ่มใหม่ (selective serotonin reuptake inhibitors), การทำจิตบำบัด, การให้ยาต้านเศร้ากลุ่มดั้งเดิมร่วมกับการทำจิตบำบัด, การให้ยาต้านเศร้ากลุ่มใหม่ร่วมกับการทำจิตบำบัด และการรักษาในช่วงต่อเนื่อง (maintenance treatment) ซึ่งมี 2 รูปแบบ คือการให้ยาต้านเศร้ากลุ่มดั้งเดิมร่วมกับการให้การดูแลทางจิตสังคม, การให้ยาต้านเศร้ากลุ่มใหม่ร่วมกับการให้การดูแลทางจิตสังคม พบว่า การรักษาที่มีประสิทธิผลมากที่สุดที่จะช่วยลดสถานการณ์ของโรคซึมเศร้า (burden) ลงถึงร้อยละ 10-30 ได้แก่ การให้ยาต้านเศร้ากลุ่มดั้งเดิมร่วมกับการให้การดูแลทางจิตสังคม ซึ่งมีประสิทธิผล (cost effective) ดีกว่าการให้ยาต้านเศร้ากลุ่มใหม่หรือการรักษาในรูปแบบอื่นๆ ผลการศึกษานี้จะยังมีผลชัดเจนในภูมิภาคที่ประชากรมีรายได้น้อย (การศึกษานี้รวมถึงประเทศไทย ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้)

4.ประเด็นที่ควรมีการวิจัยในประเทศไทย

- สถานการณ์ของปัญหาภาวะซึมเศร้าของประเทศ จากการรวบรวมข้อมูล พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่ศึกษาในประชากรกลุ่มเด็กและมักเป็นประชากรกลุ่มที่อาศัยในกรุงเทพมหานครหรือเขตเมืองใหญ่ ข้อมูลขาดความทันสมัย มีการศึกษาในส่วนภูมิภาคหรือในเขตชนบทน้อย ค่าความชุกที่มีรายงานก็มีความแตกต่างกันมากในแต่ละการศึกษา การศึกษาในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นพบความชุกของภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง ดังนั้นจึงขอเสนอให้มีการศึกษาในกลุ่มประชากรให้ทั่วถึงทั้งประเทศ ครอบคลุมกลุ่มเด็กและควรมีการศึกษาเป็นระยะๆ ให้ทันกับสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เพื่อจะได้ทราบสถานการณ์ของปัญหาและแนวโน้มของปัญหาที่แท้จริง ซึ่งจะมีประโยชน์อย่างมากต่อการกำหนดแผนนโยบายทางสุขภาพ

- สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า เนื่องจาก โรคนี้อาจเกิดจากหลายสาเหตุหรือมีปัจจัยหลายอย่างส่งเสริมกันทำให้เกิดโรค ในปัจจุบันวิทยาการความก้าวหน้าในด้านวิทยาศาสตร์ พันธุศาสตร์ วิชาพันธุศาสตร์ มีมากขึ้น จะเห็นได้จากการพบยีนใหม่ๆ ที่มีฤทธิ์ในการรักษาอาการซึมเศร้า ดังนั้นข้อมูลในส่วนของสาเหตุโดยเฉพาะปัจจัยทางชีววิทยาน่าจะพบชัดเจนยิ่งขึ้น จากการรวบรวมข้อมูล พบว่าส่วนใหญ่การศึกษาถึงปัจจัยทางชีววิทยามักเป็นข้อมูลจากต่างประเทศ มีการศึกษาในประเทศน้อย ทั้งนี้ น่าจะเนื่องมาจาก เป็นการศึกษาที่ค่อนข้างยาก ผู้ศึกษาต้องมีความรู้พื้นฐานทางด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐานที่ดี ต้องมีประสบการณ์ในการทำทดลอง ซึ่งในประเทศไทย ผู้ที่ทำการศึกษาในเรื่องภาวะซึมเศร้ามักเป็นจิตแพทย์ นักจิตวิทยาและพยาบาลจิตเวชซึ่งอาจขาดทักษะและประสบการณ์ในการทำวิจัยทางวิทยาศาสตร์ และที่สำคัญ

คงจะต้องมีเงินทุนรวมถึงระบบการสนับสนุนที่ดี ซึ่งในต่างประเทศอาจได้รับการสนับสนุนมากกว่า ดังนั้น หากต้องการส่งเสริมการศึกษาในหัวข้อนี้ อาจจะต้องมีการสนับสนุนกลุ่มผู้วิจัยที่มีความสนใจโดยเฉพาะ สนับสนุนการศึกษาเพิ่มเติมทางวิทยาศาสตร์ การศึกษาดูงานหรือวิจัยร่วมกับต่างประเทศ หรือทำวิจัยร่วมกับ นักวิทยาศาสตร์ นักเคมีหรือเภสัชกร ส่วนสาเหตุในด้านจิตสังคม แม้จะมีการศึกษากันแพร่หลายมากกว่า แต่ ผลการศึกษาก็ยังมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการขาดการควบคุมตัวแปรอื่นที่เหมาะสม

- มาตรการด้านการวินิจฉัยและการดำเนินการที่มีประสิทธิผลในการรักษาโรคซึมเศร้า จากการ รวบรวมข้อมูลโดยการสืบค้นจากฐานข้อมูลทางการแพทย์(medical database) พบเฉพาะข้อมูลที่ศึกษาโดยชาว ต่างประเทศ ซึ่งได้นำข้อมูลจากประเทศไทยและประเทศอื่นๆมาวิเคราะห์ร่วมกัน พบว่า การรักษาภาวะซึมเศร้า ที่นิยมใช้มีหลายวิธี ในปัจจุบันมีการพบยารักษาภาวะซึมเศร้าชนิดใหม่ๆมากมายที่ออกฤทธิ์แตกต่างกัน โดยยา ชนิดใหม่ๆก็มักมีราคาสูงกว่ายาชนิดเก่า ซึ่งอาจจะเกิดปัญหาต่อผู้ป่วยที่จะต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่ เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในประเทศที่ประชากรส่วนใหญ่มีรายได้น้อยหรือมีฐานะยากจน ดังนั้นจึงจำเป็นต้อง ส่งเสริมให้มีการศึกษาถึงผลการ รักษาที่แท้จริง ความปลอดภัยในการใช้ยา รวมถึงการวิเคราะห์ความคุ้มค่าใน การรักษา เพื่อจะได้เป็นแนวทางให้แพทย์ผู้รักษาพิจารณาเลือกการรักษาที่เหมาะสมที่สุดแก่ผู้ป่วยต่อไป

5. websiteที่น่าสนใจ

National Institute of Mental Health <http://www.nimh.nih.gov>

องค์การอนามัยโลก <http://www.who.int/en>

กรมสุขภาพจิต <http://www.dmh.go.th>

American Psychiatric Association <http://www.psych.org>

Dr. Evan Goldberg <http://www.psycom.net/depression.central.html>

เอกสารอ้างอิง

1. National Institute of Mental Health. The Impact of Mental Illness on Society จาก <http://www.nimh.nih.gov/publicat/burden.cfm> (สืบค้นเมื่อ เมษายน 2549)
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.สถานการณ์และแนวโน้มความเจ็บป่วยทางจิตของคนไทย จาก <http://www.dmh.go.th/trend.asp> (สืบค้นเมื่อ เมษายน 2549)
3. อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภักนพิน กิตติวิชยพันธ์และคณะ. ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544; 46: 335- 43.
4. วีระ ชูรุจิพร. วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของคนไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2542; 7: 176- 9.

5. สมชาย พลอยล้อมแสง. ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของคนไทยในเขตสาธารณสุข 10. วารสารสวนปรุง 2541; 13: 21- 30.
6. สรยุทธ วาสิกานานนท์. โรคซึมเศร้า. ใน พิเชฐ อุคมรัตน์, บรรณาธิการ. ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่1. สงขลา: ลิบบราเคอร์การพิมพ์ 2547: 125- 47.
7. อุมาพร ตรีงคสมบัติ, คุสิต ลิขนะพิชิตกุล. ภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมต้นในเขต กรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41: 162- 73.
8. Tongtang O, Sukhatunga K, Ngamthipwatthana T, et al. Prevalence and incidence of depression in the Thai elderly. J Med Assoc Thai 2002; 85: 540- 4.
9. นันทิกา ทวิชาชาติ, อรพรรณ เมฆสุภะ, ธงชัย ทวิชาชาติ. การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิต สังคม ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: เปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2533; 35: 195- 03.
10. กนกรัตน์ สุชะตุงคะ, สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน์, มงคล หลักคำและคณะ. ความซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุไทย ในชุมชนชนบทและในชุมชนเมือง. สารศิริราช 2542; 51: 232- 43.
11. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ด้านสุขภาพจิต: อัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน จาก <http://www.dmh.go.th/report/report.asp> (สืบค้นเมื่อ เมษายน 2549)
12. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 9thed. Philadelphia : Lippincotte William & Wilkins, 2003: 534- 90.
13. ดวงใจ กสานติกุล. โรคอารมณ์แปรปรวน. ใน เกษม ดันติผลาชีวะ, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2536: 348- 411.
14. Tennant C, Bebbington P, Hurry J. Parental death in childhood and risk of adult depressive disorders. Psychol Med 1980; 10: 289- 99.
15. วินัดดา ปิยะศิลป์. ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารกุมารเวชศาสตร์ 2542; 38: 27- 33.
16. Burt T, IsHak WW. Outcome measurement in mood disorders. In IsHak WW, ed. Outcome measurement in psychiatry; a critical review . 1st ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2002: 155- 90.
17. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย จาก <http://www.dmh.moph.go.th/test/cesd/depress/> (สืบค้นเมื่อ เมษายน 2549)
18. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. สารศิริราช 2537; 46: 1- 9.
19. Chisholm D, Sanderson K, Ayuso-Mateos JL et al. Reducing the global burden of depression. Br J Psychiatry 2004; 184: 393- 03.

20. Pubmed. Choosing cost-effective interventions in psychiatry: results from the CHOICE programme of the WHO. จาก <http://www.pubmedcentral.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=16633504>
(สืบค้นเมื่อ เมษายน 2549)

ภาวะผู้นำที่ตาย

—

พฤติกรรมการฆ่าตัวตายในประเทศไทย (Suicide)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สรยุทธ วาสิกันานนท์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การฆ่าตัวตายของคนเราเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทางสังคมและสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ในทุกส่วนของโลก โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายแตกต่างกันได้มากในแต่ละประเทศ ซึ่งโดยทั่วไปมักพบอัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง 2-3 เท่า (รายละเอียดตามตารางที่ 1)¹ อีกทั้งแม้แต่ในประเทศเดียวกันก็อาจพบอัตราที่แตกต่างกันได้มากในต่างช่วงเวลา เช่นในประเทศสหรัฐอเมริกาอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ยในสหัสวรรษก่อนอยู่ที่ 12.5 รายต่อประชากรแสนรายแต่ในช่วงทศวรรษที่ 1930 ซึ่งเป็นช่วงที่เศรษฐกิจตกดอยรุนแรงอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเป็น 17.5 รายต่อประชากรแสนราย²

ตารางที่ 1 อัตราการฆ่าตัวตายและสัดส่วนระหว่างเพศของประเทศต่างๆ³

ประเทศ	ปี ค.ศ. ที่รายงาน	ชาย(ต่อแสน)	หญิง(ต่อแสน)
ศรีลังกา	1991	44.6	16.8
ฟิลิปปินส์	1993	2.5	1.7
นอร์เวย์	1998	18.2	6.7
สหรัฐอเมริกา	1998	18.6	4.4
อินเดีย	1998	12.2	9.1
จีน	1998	13.4	14.8
เขตปกครองพิเศษฮ่องกง	1999	16.7	9.8
เยอรมัน	1999	20.2	7.3
ออสเตรเลีย	1999	21.2	5.1
ญี่ปุ่น	1999	36.5	14.1
เกาหลี	2000	18.8	8.3
สิงคโปร์	2000	12.5	6.4
ลิทัวเนีย	2000	75.6	16.1

การฆ่าตัวตายในประเทศไทย

การฆ่าตัวตายในประเทศไทยเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย โดยพบอัตราการฆ่าตัวตายในปีค.ศ.2545 ที่ 7.8 รายต่อประชากร 1 แสนราย¹ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นชัดเจน โดยเฉพาะในเพศชายตลอด 10 ปีที่ผ่านมา (ตารางที่ 2) จากสถิติล่าสุดในปี พ.ศ. 2547 พบอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 1 แสนรายที่ 6.9 (เพศชาย 10.5, เพศหญิง 3.3) โดยภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 1 แสนรายสูงสุดที่ 11.3 (เพศชาย 17.2, เพศหญิง 5.5)³ เช่นเดียวกับการศึกษาของ มาโนช หล่อตระกูล⁴ ที่สำรวจข้อมูลจากใบมรณบัตรในปีพ.ศ.2541-2545 พบว่าภาคเหนือของไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากร 1 แสนรายสูงสุดที่ 13.9 โดยมีสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 3.6 ต่อ 1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดสวาย จุลกัทัพพะ⁵ ที่ศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยปีพ.ศ.2533 พบว่า 3 ใน 6 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดพบในภาคเหนือ(เชียงใหม่ ลำพูน เชียงราย) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน และคณะ⁶ ที่พบว่าในปีพ.ศ.2540 จังหวัดเชียงใหม่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดคือ 27.79 ต่อประชากร 1 แสนรายและยังคงเป็นจังหวัดที่มีอัตราสูงสุดมาตลอดปีพ.ศ. 2541-2544⁴

ตารางที่ 2 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสน ระหว่างปีพ.ศ. 2535-2545 จำแนกตามเพศ¹

ปี พ.ศ.	ชาย	หญิง	รวม
2535	8.3	4.2	6.3
2536	9.1	4.3	6.7
2537	5.6	2.4	4.0
2538	10.6	3.9	7.2
2539	11.3	3.6	7.6
2540	10.7	3.2	6.9
2541	12.6	3.7	8.1
2542	13.3	3.9	8.6
2543	13.2	3.7	8.4
2544	11.9	3.6	7.7
2545	12.0	3.8	7.8

วิธีการฆ่าตัวตาย

วิธีการฆ่าตัวตายของคนไทย จากการรวบรวมข้อมูลโดย มาโนช หล่อตระกูล¹ พบว่าในระหว่างปีพ.ศ.2541-2545 พบว่าเพศชายและหญิงฆ่าตัวตายสำเร็จด้วยวิธีแขวนคอตายมากที่สุด โดยเพศชายมีอัตราตัวตายสำเร็จด้วยวิธีแขวนคอตาย 75.0 ต่อประชากร 1 ล้านราย และเพศหญิงมีอัตราตัวตายสำเร็จด้วยวิธีแขวนคอตาย 18.8 ต่อประชากร 1 ล้านราย (รายละเอียดตามตารางที่ 3) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดุจดิสบาย จุลกัทพ์พะ² ที่ศึกษาจากมรณบัตรในปีพ.ศ.2533 พบว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จใช้วิธี ผูกคอตายมากที่สุด รองลงมาคือการกินยาตาย และรองลงมาคือการยิงตัวตาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิรุจน์ คุณกิตติ³ ที่ศึกษาข้อมูลการฆ่าตัวตายจากการชันสูตรพลิกศพในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่นระหว่างปีพ.ศ.2538 ถึง 2542 จำนวน 145 รายพบการฆ่าตัวตายด้วยวิธีการแขวนคอมากที่สุด (ร้อยละ 80.7) รองลงมาคือการใช้ยาฆ่าแมลง (ร้อยละ 6.9) และการกินสารพิษ (ร้อยละ 5.5) ซึ่ง พิชิตพงษ์ อริยะวงศ์⁴ ก็ได้รายงานการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชระหว่างปีพ.ศ.2527-2544 พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในสัปดาห์แรกของการรักษาในโรงพยาบาลได้ฆ่าตัวตายด้วยวิธีผูกคอตายเช่นกัน แต่จากการศึกษาของ สุรสิงห์ วิศุทธิ์รัตน และคณะ⁵ ที่ทำการศึกษาการฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดเชียงใหม่ กลับพบผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ใช้วิธีกินสารพิษ (สารเคมี การเกษตร) มากที่สุด (ร้อยละ 48.1) รองลงมาจึงเป็นการใช้วิธีแขวนคอ (ร้อยละ 45.6)

ตารางที่ 3 วิธีการฆ่าตัวตายที่พบบ่อยในประเทศไทยปีพ.ศ. 2541-2545 (ต่อประชากรล้านคน)¹

วิธี	เพศชาย	เพศหญิง	รวม
กินยา	5.5	3.0	4.2
กินสารการเกษตร	15.5	8.0	11.7
กินสารพิษ	5.7	2.9	4.3
แขวนคอ	75.0	18.8	46.8
ใช้ปืน	7.6	0.5	4.0

ความสูญเสียจากการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 9 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในปี พ.ศ.2541⁶ จากข้อมูลการฆ่าตัวตายของประเทศไทยในปี พ.ศ.2547 มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 4,295 ราย ส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 60) เป็นวัยทำงานตั้งแต่อายุ 20 ถึง 44 ปี¹⁰ (รายละเอียดตามตารางที่ 4) ซึ่งสะท้อนความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการขาดการสร้างผลผลิตของประชากรวัยทำงานที่เสียชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ

ในเขตปกครองพิเศษฮ่องกงจากการฆ่าตัวตายในปีค.ศ.1981-2002 โดย Yip PS และคณะ¹¹ พบว่าการฆ่าตัวตายของประชากรวัย 25 ถึง 39 ปีก่อให้เกิดภาระทางสังคมและเศรษฐกิจสูงสุด โดยวัดจากค่า YLLs (years of life lost due to premature death) สำหรับคนไทย การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุของการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (YLLs) อันดับที่ 6 ในเพศชายและอันดับที่ 10 ในเพศหญิง¹

ตารางที่ 4 ร้อยละของการตายด้วยฆ่าตัวตาย จำแนกตามเพศ และอายุ พ.ศ. 2547¹⁰

อายุ (ปี)	เพศชาย (ร้อยละ)	เพศหญิง (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
10-14	0.4	0.3	0.7
16-19	3.6	1.6	5.2
20-24	7.7	2.2	9.9
25-29	10.6	2.2	12.8
30-34	10.7	2.9	13.6
35-39	10.0	3.1	13.1
40-44	8.0	2.5	10.5
45-49	6.0	1.9	7.9
50-54	5.1	2.0	7.1
55-59	3.8	1.3	5.1
60-64	2.6	1.2	3.8
65-69	2.8	0.9	3.7
70-74	2.2	1.1	3.3
75-79	1.2	0.6	1.8
80-84	0.6	0.3	0.9
>= 85	0.4	0.2	0.6

การพยายามฆ่าตัวตาย

ปัญหาการฆ่าตัวตายไม่ได้มีเฉพาะในกลุ่มประชากรที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเท่านั้น แต่ยังมีปัญหาทางด้านทางสังคมและเศรษฐกิจในกลุ่มประชากรที่พยายามฆ่าตัวตาย และในกลุ่มประชากรเสี่ยงที่มีความคิดฆ่าตัวตายด้วย ซึ่งมีอัตราสูงกว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จมาก จากการศึกษาภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรในเขต

หนองจอก กรุงเทพฯ จำนวน 826 ราย โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ¹² พบอัตราการมีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 5.3 เช่นเดียวกับการศึกษาของ เจริญ แจ่มแจ้ง และคณะ¹³ ที่สำรวจในประชากรในกรุงเทพฯ 3,000 รายพบผู้ที่เคยมีความคิดฆ่าตัวตายหรือเคยพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 5.2 ในขณะที่ประเทศไทยเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจในปีพ.ศ.2541 ธนู ชาติชนานนท์ และคณะ¹⁴ ได้สุ่มศึกษาในประชากรทั่วประเทศ ยกเว้นในกรุงเทพฯ จำนวน 7,462 ราย พบประชากรที่มีความคิดฆ่าตัวตายสูงขึ้นเป็นร้อยละ 7.5 และร้อยละ 0.34 ได้เคยพยายามฆ่าตัวตาย ในขณะที่ อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ และคณะ¹⁵ ได้สำรวจในประชากรอายุ 15-60 ปี จำนวน 7,157 ราย ใน 4 ภูมิภาคของประเทศไทย พบว่าประชากรร้อยละ 3.1 มีความคิดฆ่าตัวตาย และประชากรร้อยละ 1.0 เคยพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งจากการศึกษาในต่างประเทศ 10 ประเทศ (บราซิล, จีน, เอสโตเนีย, อินเดีย, ศรีลังกา, อิหร่าน, อัฟริกาใต้, เวียดนาม, ออสเตรเลีย, และสวีเดน) โดยองค์การอนามัยโลก¹⁶ พบประชากรมีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 2.6 ถึง 25.4 มีการวางแผนที่จะฆ่าตัวตายร้อยละ 1.1 ถึง 15.6 และเคยพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 0.4 ถึง 4.2

จากการศึกษาอัตราการมีความคิดฆ่าตัวตาย และอัตราการพยายามฆ่าตัวตายในเด็กวัยรุ่นไทย ประเวศ ดันดิพิวัฒนสกุล¹⁷ ได้สำรวจในเด็กนักเรียนมัธยม อายุ 15-19 ปีในภาคเหนือของประเทศไทยพบนักเรียนร้อยละ 13.6 มีความคิดฆ่าตัวตาย ในขณะที่ อุมพร ตรีงคสมบัติ และคณะ¹⁸ ได้ศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมต้นที่อาศัยในวัดสวนแก้วจำนวน 257 ราย พบความชุกของพฤติกรรมฆ่าตัวตายในระยะเวลา 1 ปี สูงถึงร้อยละ 34.2 โดยเป็นความคิดอยากฆ่าตัวตายร้อยละ 24.1 และเคยพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 10.1 เช่นเดียวกับ Ruangkanchanasetr S และคณะ¹⁹ ได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กวัยรุ่นอายุเฉลี่ย 15.5 ปีในกรุงเทพฯ จำนวน 2,311 ราย พบเด็กวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 19.9 มีแนวโน้มฆ่าตัวตายร้อยละ 12 และเคยพยายามฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 8 จากการศึกษาพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในนักเรียนชั้นมัธยมในภาคใต้จำนวน 8708 รายในปี พ.ศ.2545 และ 12148 รายในปีพ.ศ.2546 โดย Assanangkornchai S และคณะ²⁰ พบอัตราการมีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5 ถึง 6 ในนักเรียนชาย และร้อยละ 7 ถึง 9 ในนักเรียนหญิง พบอัตราการวางแผนการฆ่าตัวตายร้อยละ 5 ในนักเรียนชาย และร้อยละ 8 ถึง 9 ในนักเรียนหญิง และพบอัตราการพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 4 ในนักเรียนชาย และร้อยละ 6 ถึง 7 ในนักเรียนหญิง ในขณะที่ อุมพร ตรีงคสมบัติ และคณะ²¹ ได้เคยศึกษาในผู้ป่วยเด็กอายุ 10 ถึง 15 ปีจำนวน 92 รายที่ไม่เคยตรวจรักษาทางจิตเวช ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก็พบว่าผู้ป่วยเด็กร้อยละ 34.7 มีความคิดฆ่าตัวตาย แต่พบว่าเคยพยายามฆ่าตัวตายเพียงร้อยละ 2.1 อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาดูเหมือนว่าในกลุ่มประชากรเด็กวัยรุ่นจะมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย และการมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าในประชากรทั่วไปมาก

การที่มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จจำนวนมาก ช่อมเกิดภาวะโรคจากการรักษาขึ้นต้น และมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่เกิดภาวะทุพพลภาพ อันเป็นผลจากพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งจากรายงานในระหว่างปีพ.ศ.2540-2545 พบว่าดัชนีวัดค่าทุพพลภาพ โดยDALYs (disability adjusted life years) พบว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพสูงเป็นอันดับ 5 (ทั้งเพศชายและหญิง) รองจากโรคเอดส์, อุบัติเหตุจราจร, การติดยาหรือใช้สารอันตราย, และโรคจิตเภท¹

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

พฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นผลรวมของปัจจัยเสี่ยงต่างๆหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานของบุคคล (เช่น เพศ, อายุ, ประวัติการฆ่าตัวตาย), ปัจจัยจากประวัติคิดและประวัติครอบครัว, ปัจจัยภาวะการเจ็บป่วย (อาการ/โรคทางจิตเวช, อาการ/โรคทางร่างกาย), ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) เช่น ความขัดแย้งในครอบครัว การผิดหวังจากความรัก, และ ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การอยู่อาศัย วัฒนธรรม สื่อสารมวลชน

1. ปัจจัยพื้นฐานของบุคคล ในกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในประเทศไทย

1.1 ปัจจัยด้านเพศ สุธศบาย จุลกัทัพพะ⁵ ได้สำรวจในปีพ.ศ.2533 พบว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเป็น 1.8 เท่าซึ่งใกล้เคียงกับอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศในปีพ.ศ.2545 ที่พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า¹ และสัดส่วนนี้มีแนวโน้มสูงขึ้นจากอัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายสูงขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาในขณะที่เพศหญิงมีแนวโน้มฆ่าตัวตายคงที่หรือลดลง (รายละเอียดตามตารางที่ 1) แต่จากการศึกษาข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตายโดยถูกนำส่งโรงพยาบาลโดยประยูศักดิ์ เสรีสุติธร และคณะ²² พบผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นเพศหญิงมากกว่า 2.58 เท่าของเพศชาย

1.2 ปัจจัยด้านอายุ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จพบได้ในทุกอายุแต่พบสูงสุดในช่วงอายุ 25-39 ปี ในเพศชายและช่วงอายุ 30-39 ปีในเพศหญิง¹⁰ ในเด็กนักเรียนมัธยมหรือวัยรุ่นมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไป¹⁷⁻²¹ ในผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกาอัตราการฆ่าตัวตายจะสูงขึ้นมากถึง 40 ต่อประชากรแสนรายในผู้สูงอายุชาย² ซึ่งในประเทศไทยผู้สูงอายุชาย (65 ปีขึ้นไป) มีอัตราฆ่าตัวตายเพียง 0.4 ถึง 2.8 ต่อประชากรแสนราย

2. ปัจจัยจากประวัติคิดและประวัติครอบครัว

2.1 ประวัติการถูกรุณโทษทารุณในวัยเด็ก Dube SR และคณะ²³ ได้ทำการสำรวจในประชากรในชุมชน 17,337 ราย พบว่าประชากรร้อยละ 16 ในเพศชายและร้อยละ 25 ในเพศหญิงมีประวัติการถูกล่วงละเมิดทางเพศ (sexual abuse) ในวัยเด็ก กลุ่มที่มีประวัติการถูกล่วงละเมิดทางเพศในวัยเด็ก จะมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่า 2 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีประวัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาศึกษาเปรียบเทียบในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ที่มีประวัติถูกรุณโทษทารุณในวัยเด็ก ซึ่งรวมทั้งการถูกรุณโทษทารุณทางร่างกาย (physical abuse) หรือถูกล่วงละเมิดทางเพศ ในวัยเด็ก โดย Brodsky BS และคณะ²⁴ พบว่าประวัติการถูกรุณโทษทารุณกรรมในวัยเด็ก เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ก้าวร้าว (aggression) รุนแรง (impulsivity) และการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chen J และคณะ²⁵ ที่ศึกษาในเด็กนักเรียนอายุเฉลี่ย 17.2 ปีจำนวน 3,261 ราย พบว่าเด็กที่มีประวัติถูกล่วงละเมิดทางเพศ จะมีความสัมพันธ์กับ ภาวะอารมณ์ซึมเศร้า พฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตาย และดื่มสุรามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติ ข้อมูลในประเทศไทย จากการศึกษา 2 รายงานโดย อุมพร ตรีงค

สมบัติ และคณะ^{18,21} ได้ศึกษาพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในเด็กพบว่าประวัติการถูกระงับการทำร้ายเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

2.2 ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน Gururaj G และคณะ²⁶ ได้ศึกษาเปรียบเทียบ กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จกับกลุ่มประชากรทั่วไปที่อาศัยชุมชนเดียวกัน พบว่าประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ไม่เคยมีประวัติ โดยมีค่า odds ratio (ORs) = 42.62 จากการศึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น โดย สุชาติ พหลภักย์²⁷ พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 42.9 เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน จากการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย กับผู้ป่วยที่ไม่เคยฆ่าตัวตายที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจังหวัดสมุทรสงคราม โดย สุภรัตน์ เอกอัศวิน²⁸ พบว่าการที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร ตรีงคสมบัติและคณะ¹⁸ พบว่าเด็กนักเรียนที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายหลังติดตามต่ออีก 1 ปีพบว่ามีอัตราการเกิดความคิดฆ่าตัวตายขึ้นซ้ำร้อยละ 47 จากการศึกษาผู้ป่วยโรค bipolar disorders และ major depression ในต่างประเทศหลายรายงาน ต่างพบว่าประวัติการเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ใช้คาดการณ์การพยายามฆ่าตัวตายในอนาคตได้²⁹⁻³¹

2.3 ประวัติโรคจิตเวชและการฆ่าตัวตายในครอบครัว จากการศึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดย สุชาติ พหลภักย์²⁷ พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 16.1 มีพ่อและ/หรือแม่ที่เป็นโรคจิตสุรา และจากการศึกษาของ อุมพร ตรีงคสมบัติและคณะ¹⁸ พบว่าเด็กนักเรียนที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม จะพบประวัติการฆ่าตัวตาย หรือ โรคจิตเวชของคนในครอบครัวมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งจากการศึกษาแบบ meta-analysis เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วย bipolar disorders โดย Hawton K และคณะ³² ก็พบว่าประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ และจากการศึกษาของ Lopez P และคณะ³³ ที่ได้ศึกษาในผู้ป่วย bipolar I disorders พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย มีความสัมพันธ์กับประวัติญาติป่วยเป็นโรค affective disorders ของญาติ

3. ปัจจัยภาวะการเจ็บป่วย หมายถึงภาวะที่คนเราเจ็บป่วยที่ง่ายที่จะเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (vulnerability) ซึ่งได้แก่การมีอาการ/โรคทางจิตเวช หรืออาการ/โรคทางร่างกาย Juurlink DN และคณะ³⁴ ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคทั้งทางร่างกาย และ โรคทางจิตเวชในผู้ป่วยสูงอายุที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 1,354 ราย พบว่า โรคซึมเศร้า และอาการเจ็บปวดรุนแรงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงสุด (ORs 3.94 และ 4.07 ตามลำดับ) (ตารางที่ 5) เกือบร้อยละ 95 ของผู้ป่วยฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคจิตเวช² โดยเป็นโรคซึมเศวาร์้อยละ 80, โรคจิตเภทร้อยละ 10, โรค delirium หรือ dementia อีกร้อยละ 5 และผู้ป่วยเหล่านี้พบว่าร้อยละ 25 จะเป็นโรคจิตสุราด้วย² Marquet RL และคณะ³⁵ ได้ศึกษาเชิงระบาดวิทยาของการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 60 ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ทั่วไปว่าเป็นโรคซึมเศร้า ในประเทศไทยจากการศึกษาของ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน และ

คณะ⁶ ที่ทำการศึกษากำหนดความสำเร็จในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ฆ่าตัวตายร้อยละ 42.7 มีอาการภาวะซึมเศร้า , ร้อยละ 29.4 คิดเชื่อเอคส์, ร้อยละ 18.7 เป็นโรคจิตศุรา, และร้อยละ 17.8 เป็นโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 5 ปัจจัยความเสี่ยงของโรคกับการฆ่าตัวตาย แสดงข้อมูลเป็น odds ratio (95% confidence interval)³⁴

Chronic illness	Univariate	Multivariate†
Study illnesses		
Ischemic heart disease	0.92 (0.76-1.12)	NI
Congestive heart failure	1.73 (1.33-2.24)	1.36 (1.00-1.85)
Chronic lung disease	1.62 (1.37-1.92)	1.30 (1.06-1.58)
Hyperacidity syndromes	1.25 (1.09-1.47)	0.81 (0.68-0.97)
Seizure disorder	2.95 (1.89-4.61)	2.41 (1.42-4.07)
Parkinson disease	1.60 (1.00-2.55)	1.11 (0.65-1.90)
Diabetes mellitus	1.01 (0.73-1.41)	NI
Rheumatoid arthritis	1.00 (0.33-2.99)	NI
Urinary incontinence	2.02 (1.29-3.17)	1.11 (0.65-1.89)
Psychoses and agitation	5.09 (3.94-6.59)	2.60 (1.93-3.50)
Depression	6.44 (5.45-7.61)	3.94 (3.27-4.75)
Anxiety and sleep disorders	4.65 (4.07-5.32)	3.22 (3.27-4.75)
Bipolar disorder	9.20 (4.38-19.33)	3.58 (1.57-8.18)
Breast cancer	1.46 (0.46-4.57)	NI
Prostate cancer	1.18 (0.71-1.95)	NI
Moderate pain	1.91 (1.66-2.20)	1.24 (1.04-1.47)
Severe pain	7.52 (4.93-11.46)	4.07 (2.51-6.59)
Control illnesses		
Dyslipidemia	0.49 (0.37-0.65)	0.44 (0.32-0.60)
Hypothyroidism (treated)	1.08 (0.85-1.38)	NI
Glaucoma	1.19 (0.91-1.54)	NI
Gout	0.78 (0.57-1.06)	NI

Abbreviation: NI, not included in multivariate model.

จากการศึกษาเปรียบเทียบผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดย สุภรัตน์ เอกอ์ศวิน²⁸ พบว่าการที่เขามีประวัติโรคจิต และการมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย เช่นเดียวกับ ทิรรัตน์ คุปติวุฒิ และคณะ³⁶ ที่ได้ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายและความคิดฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหรือมีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 42.5 เป็นโรค adjustment disorder with depression and anxiety และร้อยละ 25 เป็นโรค major depression

จากการศึกษาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายในเด็ก โดยอุมาพร ด้รงค์สมบัติ และคณะ^{18,21} พบว่าพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายสัมพันธ์กับ โรคซึมเศร้า และการเจ็บป่วยเรื้อรังของโรคทางร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับ

การรายงานของ Pelkonen M และคณะ³⁷ ว่าการฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่นสัมพันธ์กับการเป็นโรคผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorders), การใช้สารเสพติด (substance abuse) และประวัติการเคยพยายามฆ่าตัวตาย

4. ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) ที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย จากการศึกษาของ Gururaj G และคณะ²⁶ ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จกับกลุ่มประชากรทั่วไปที่อาศัยชุมชนเดียวกัน พบว่าปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลและปัญหาไม่ลงรอยกับคู่สมรสเพิ่มความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายสำเร็จถึง 27.98 เท่า ในขณะที่ปัจจัย ล้มละลาย การเกิดความรุนแรงในบ้าน และการตกงาน เพิ่มความเสี่ยง 7.10, 6.82, และ 6.15 ตามลำดับ จากการศึกษาในชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ โดย มานิดา สิงห์จูติ³⁸ พบปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ได้แก่ ความขัดแย้งภายในครอบครัว ปัญหาเรื่องการเรียน การผิดหวังจากความรัก และปัญหาความวิตกกังวลเรื่องการคิดเชื่อเอดส์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของ มาโนช หล่อตระกูล³⁹ ที่ได้ศึกษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายด้วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์เขียงรายประชาชนเคราะห์ พบว่าปัจจัยที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย มักเป็นความขัดแย้งในครอบครัวหรือคู่ครอง โดยผู้ป่วยเพศหญิง มีปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายคือ คู่ครองนอกใจ, การถูกทุบตีโดยคนในครอบครัว, คู่ครองคิดว่าผู้ป่วยนอกใจ ส่วนปัจจัยในผู้ป่วยชายคือ ญาติผู้ใหญ่ลำเอียง ไม่เข้าใจผู้ป่วย, ภรรยาไม่ยอมรับผู้ป่วย เช่นหนีกลับไปอยู่กับพ่อแม่ แล้วไม่ยอมกลับมาอยู่ด้วย จากการศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายหรือมีความคิดอยากตายในผู้สูงอายุ โดย ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และคณะ³⁶ พบว่าปัจจัยที่ผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นสาเหตุสำคัญของความคิดอยากตายเนื่องมาจากปัญหาครอบครัว (ร้อยละ 47.5) มากที่สุด และรองลงไปคือ ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทางกาย (ร้อยละ 30) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุในประเทศสวีเดน โดย Waern M และคณะ⁴⁰ พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ ความขัดแย้งในครอบครัว, การมีโรคทางร่างกายที่รุนแรง, ความเหงา, และภาวะซึมเศร้า

5. ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม อาจเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยหรือส่งเสริมพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย เช่น

5.1 การอยู่อาศัยคนเดียว การฆ่าตัวตายเกิดขึ้นได้น้อยกว่าในคนที่แยกตัวจากสังคม (socially isolated)² Botega NJ และคณะ⁴¹ พบว่าคนที่อยู่อาศัยคนเดียวมีความเสี่ยงของการมีความคิดฆ่าตัวตายเป็น 4.2 เท่าของคนที่ไม่ได้อยู่คนเดียว Sinclair JM และคณะ⁴² ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลหรือหลังออกจากโรงพยาบาลภายใน 1 ปี พบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่คนเดียวมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง โดยมีค่า ORs = 2.11 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Marquet RL และคณะ³⁵ ที่ได้ศึกษาเชิงระบาดวิทยาของการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย พบว่าผู้ที่อยู่อาศัยคนเดียวมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จหรือพยายามฆ่าตัวตายสูง โดยมีค่า ORs = 1.99 แต่อย่างไรก็ตามไม่พบการศึกษาปัจจัยนี้ในประเทศไทย

5.2 วัฒนธรรมและศาสนา อัตราการฆ่าตัวตายในประชากรแตกต่างกันตามเชื้อชาติ วัฒนธรรม และศาสนา ในประเทศสหรัฐอเมริกาอัตราการฆ่าตัวตายในประชากรผิวขาวสูงกว่าในประชากรผิวดำ อัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่มประชากรอพยพเข้าสหรัฐฯจะสูงกว่าประชากรเชื้อชาตินั้นที่อยู่ในประเทศตนเอง และประชากรที่นับถือศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิก มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำกว่า ประชากรที่นับถือศาสนาคริสต์นิกายโปรเตสแตนต์ และศาสนาฮิว² ในประเทศที่ประชากรนับถือศาสนาอิสลามเป็นหลัก ซึ่งมีข้อห้ามตามหลักศาสนาต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่ง Morad M และคณะ³ พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่นในประเทศสำหรับจะต่ำ อัตราในประชากรนับถือศาสนาฮิวมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สูดสมาย จุลกัทัพพะ⁴ ที่ศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยปีพ.ศ.2533 พบว่า 4 ใน 6 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำสุดพบในภาคใต้ (ปัตตานี, สตูล, นราธิวาส, และยะลา) ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีประชากรนับถือศาสนาอิสลามมาก

5.3 สื่อสารมวลชน ข่าวสารเรื่องราวทั้งที่เป็นข่าว สารคดี หรือภาพยนตร์ ที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายถูกเผยแพร่สู่ประชาชนผ่านสื่อ และอาจมีผลต่อการลอกเลียนแบบ (copycat effect) ของการฆ่าตัวตาย ซึ่งองค์กรป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศออสเตรเลีย และสวีตส์ ได้ชี้แนะและได้รับความร่วมมือจากสื่อมวลชนให้ลดความถี่และเนื้อหาที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายได้สำเร็จ⁴ ในประเทศไทย ขนาน หัสศิริ⁵ ได้ศึกษาการเสนอข่าวการตายของคนที่จากการถูกฆาตกรรมและฆ่าตัวตายเฉพาะจากหน้า 1 ของหนังสือพิมพ์เพียง 2 ฉบับในเวลา 3 เดือน พบข่าวการตายของคนถึง 228 ราย ซึ่งบ่งบอกถึงสื่อมีการเสนอข่าวที่รุนแรงจำนวนมาก แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงผลกระทบจากการนำเสนอเหล่านี้

มาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตาย

จากข้อมูลปัจจัยเสี่ยงข้างต้น ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงสุคน่าจะเป็นผู้ป่วยอายุประมาณ 30 ปี มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคทางจิตเวชและฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยเองมีประวัติถูกกระทำทารุณในวัยเด็กและเคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน โดยผู้ป่วยมีภาวะอารมณ์ซึมเศร้า และกำลังมีปัญหาคัดแย้งในครอบครัว และอาศัยอยู่คนเดียว มาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายประกอบด้วย

หลักการ การคัดกรองกลุ่มประชากรเสี่ยงเพื่อการเฝ้าระวัง, การส่งเสริมกระบวนการตรวจหาโรคจิตเวช โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าเพื่อการรักษาแต่ต้น, การให้ความสำคัญของสัญญาณเตือน (warning signs) ของผู้จะฆ่าตัวตายเพื่อการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด, การส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางกิจกรรมทางสังคม ครอบครัว และศาสนา, รวมทั้งการกำกับดูแลสื่อสารมวลชนในการนำเสนอเรื่องราวที่มีความรุนแรง โดยที่ผ่านมามีกระบวนการการป้องกันการฆ่าตัวตายประกอบด้วย

1. การฝึกอบรมแพทย์ทั่วไปให้สามารถตรวจวินิจฉัยและให้การรักษากลุ่มโรคซึมเศร้าได้ เนื่องจากผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 80 เป็นโรคในกลุ่มโรคซึมเศร้า⁶ และผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 60 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งร้อยละ 91 ได้รับการรักษาโดยแพทย์ทั่วไปด้วยยาต้านอารมณ์เศร้า⁵ ผู้ป่วย bipolar disorder ในช่วงภาวะอารมณ์ซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง⁶ ซึ่ง Mitchell PB

และคณะ⁴⁷ ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าของทั้งใน bipolar disorder และ major depressive disorder พบว่าความคิดฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่เกิดในช่วงภาวะซึมเศร้าของทั้งสองโรค แม้แต่ผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งร้อยละ 9-13 เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย⁴⁹ เกือบร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเภทจะมีบางช่วงของชีวิตที่มีภาวะอาการ major depressive episode ได้เช่นกัน⁵⁰ Mann JJ และคณะ⁵¹ ได้ศึกษาแบบ systemic review พบว่าการช่วยให้แพทย์ทั่วไปสามารถตรวจหาภาวะซึมเศร้าพร้อมให้การรักษา และการจำกัดโอกาสที่ผู้ป่วยเข้าถึงอุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตาย เป็นวิธีที่พิสูจน์แล้วว่าช่วยป้องกันการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาในระดับประเทศพบว่าการเพิ่มอัตราการใช้จ่ายด้านอารมณ์เศร้าสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายลงได้^{52,53} lithium เป็นยาจัดว่ามีผลต่อต้านการฆ่าตัวตาย (antisuicide) และมีหลักฐานเพียงพอว่าสามารถลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วย bipolar disorders^{54,55}

2. การบริการโทรศัพท์สายด่วนเพื่อให้การปรึกษาสำหรับผู้มีปัญหาจิตใจ ซึ่งรวมทั้งสำหรับผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งอาจมีส่วนลดความเสี่ยงจากปัจจัยกระตุ้นที่เป็นปัญหาเฉพาะหน้าของผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ในต่างประเทศการให้การปรึกษาและการช่วยเหลือแบบประทับประคองผ่านระบบ โทรศัพท์สายด่วนพบว่าสามารถลดความคิดฆ่าตัวตายลงได้^{56,57} สำหรับในประเทศไทย ได้มีหลายโรงพยาบาลที่จัดให้บริการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ ซึ่งยังขาดการ ศึกษาถึงประสิทธิผลต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง

3. การมีองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ในการรับเรื่องร้องเรียน แจ้งเบาะแส และให้ความช่วยเหลือแก่เด็กและสตรีที่ถูกกระทำทารุณกรรม โดยเฉพาะการถูกกระทำทารุณทางร่างกายและการถูกล่วงละเมิดทางเพศในวัยเด็ก เป็นปัจจัยที่มีการศึกษาถึงผลกระทบต่อความเสี่ยงของพฤติกรรมฆ่าตัวตายต่อมา²³⁻²⁵

4. การอบรมครูเพื่อให้มีความรู้ความสามารถสังเกตพฤติกรรมของเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งสามารถใช้สอบถามแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าได้ถูกต้อง เนื่องจากเด็กนักเรียนมัธยมหรือวัยรุ่นที่มีอาการมีความคิดฆ่าตัวตาย และการพยายามฆ่าตัวตายสูง¹⁷⁻²¹ ครูจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการค้นพบปัญหา และประสานกับผู้ปกครอง แพทย์ และ/หรือหน่วยงานอื่นในการให้การความช่วยเหลือเด็ก

5. การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะซึมเศร้าแก่ประชาชนทั่วไป ซึ่งที่ผ่านมามีการให้ข้อมูลความรู้ผ่านสื่อมวลชน หนังสือพิมพ์ รายการวิทยุ โทรทัศน์ เอกสารแผ่นพับ หรือแม้แต่ในเว็บไซต์ทางอินเทอร์เน็ตบ้าง เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีอาการสามารถเข้าใจ และแนะนำช่องทางในการให้ความช่วยเหลือต่อไป

ประเด็นที่ควรมีการวิจัยในอนาคต

1. เนื่องจากการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาที่มีภาวะ โรคสูง จึงควรมีการศึกษาเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ถึงความสูญเสียเชิงมูลค่าต่อ การเกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จแต่ละราย และ

การพยายามฆ่าตัวตายในแต่ละราย เพื่อเป็นมูลค่าต้นทุนสำหรับการประเมินประสิทธิภาพของการดำเนินการเชิงป้องกันในอนาคต

2. ในขณะที่ผู้เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน เป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ^{18,26,28} โดยเฉพาะจะพบอัตราเสี่ยงใน 3 เดือนแรกของการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก² ในปัจจุบันยังขาดการศึกษาเปรียบเทียบถึงมาตรการหรือวิธีการป้องกันพฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตายในประชากรกลุ่มเสี่ยงนี้โดยเฉพาะ

3. ในขณะที่การถูกระงับการกระทำทางร่างกายและการถูกล่วงละเมิดทางเพศในวัยเด็ก เป็นปัจจัยที่มีการศึกษาถึงผลกระทบต่อการเพิ่มความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมรุนแรงและพฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตายต่อมา²³⁻²⁵ ในปัจจุบันยังขาดการศึกษานาขนาดของปัญหา การติดตามระยะยาวถึงผลกระทบจากการถูกระงับ และมาตรการการเยียวยา ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรเด็กเหล่านี้โดยเฉพาะ

4. ในปัจจุบันภายใต้โลกสังคมข่าวสาร สื่อมวลชนต่างต้องการเสรีภาพในการนำเสนอ ภาพและเนื้อหาความรุนแรง สามารถถูกนำเสนอสู่ประชาชนทุกวัยได้โดยไม่ผิดกฎหมาย จึงควรได้มีการศึกษาผลกระทบของการรับสื่อที่นำเสนอ ความรุนแรง ชี้นำขั้ว หรือเสี่ยงที่จะเป็นต้นแบบให้เอาอย่าง ต่อพฤติกรรมรุนแรงและการฆ่าตัวตาย

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย. ใน: พิเชฐ อุครรัตน์ บก. ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย สงขลา สิมบราเคอร์การพิมพ์ 2547: 61-81.
2. Sadock BJ. Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry 9th edition. . Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003: 913-22.
3. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราต่อประชากร 100,000 คน ของการตายด้วยฆ่าตัวตาย จำแนกรายภาคและเพศ พ.ศ.2543 – 2547. <http://203.157.19.191/2.3.11-47.xls> (17 เมษายน พ.ศ.2549)
4. Lotrakul M Suicide in the north of Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2005; 88(7):944-8.
5. สุดสบาย จุลกัทัพพะ การสำรวจภาวะการฆ่าตัวตายในประเทศไทย 2533 สารศิริราช 2536; 45(4): 245-54.
6. สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, ประเวศ ดันดิพิวัฒนสกุล, ศรเกษ ธีัญญาวินิชกุล การฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่ลักษณะเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายและเปรียบเทียบอัตรากับจังหวัดต่าง ๆ ในประเทศไทย วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2542; 7(2): 70-6.
7. วิรุจน์ คุณกิตติ ฆ่าตัวตาย : ปัญหาจากสภาพจิต วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2543; 8(3):

- 169-78.
8. พิจิตพงษ์ อริยะวงศ์ การฆ่าตัวตายสำเร็จ : ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลศรีธัญญา วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545; 10(3): 171-8.
 9. สรยุทธ วาสิกนันท์. โรคซึมเศร้า. ใน: พิเชฐ อุคมรัตน์ บก. ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย สงขลา ลิมบราเคอร์การพิมพ์ 2547: 127-147.
 10. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและร้อยละของการตายด้วยฆ่าตัวตาย จำแนกตามเพศ และอายุ พ.ศ. 2543 – 2547
<http://203.157.19.191/2.3.12-47.xls> (17 เมษายน พ.ศ.2549)
 11. Yip PS, Liu KY, Law CK, Law YW. Social and economic burden of suicides in Hong Kong SAR: a year of life lost perspective. *Crisis*. 2005;26(4):156-9.
 12. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง ความคิดอยากฆ่าตัวตายในประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร : รายงานเบื้องต้น วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540; 42(2): 77-86.
 13. เจริญ แจ่มแจ้ง, พนมศรี เสาร์สาร การสำรวจภาวะการฆ่าตัวตายของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยพยาบาลจิตเวช วารสารจิตวิทยาคณิศ 2540; 28(1): 1-16.
 14. ธนุชาติธนานันท์, สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย ภาวะเครียด กลไกการจัดการกับภาวะเครียดและความคิดฆ่าตัวตายของคนไทยในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2541-2542; 7(1): 29-36.
 15. อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ภัคนพิน กิตติรักษนนท์, วรพรรณ จุฑา ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544; 46(4): 335-43.
 16. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, De Silva D, et.al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med*. 2005; 35(10):1457-65.
 17. ประเวศ ดันดิพิวัฒนสกุล ความคิดฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมภาคเหนือ วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2543; 8(1): 8-16.
 18. อุมพร ด้รงค์สมบัติ, อรพรรณ หนูแก้ว จิตพยาธิสภาพของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541; 43(1): 22-38.
 19. Ruangkanasetr S, Plitponkarpim A, Hetrakul P, Kongsakon R. Youth risk behavior survey: Bangkok, Thailand. *J Adolesc Health*. 2005; 36(3):227-35.
 20. Assanangkornchai S, Sam-angsri N, Muktong A. Depression and suicide attempts in high school students in southern Thailand: comparison between 2002 and 2003 cohorts. Present in

- the 1st Asia Pacific Regional Conference of The International Association for Suicide Prevention (AISP), Bangkok, Thailand 2004,
21. อุมภาพร ตรีงคสมบัติ, คุณิต ลิขนะพิชิตกุล พฤติกรรมฆ่าตัวตายในเด็ก : การศึกษาในผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชศาสตร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41(3): 174-82.
 22. ประยูคต์ เสรีเสถียร, วัชรีย์ อุจะรัตน์, รัชวัลย์ บุญโถม การศึกษาระบาดวิทยาของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐที่จังหวัดระยอง วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541; 43(1): 14-21.
 23. Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, Giles WH Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. Am J Prev Med. 2005; 28(5):430-8
 24. Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. Am J Psychiatry. 2001; 158(11):1871-7.
 25. Chen J, Dunne MP, Han P. Child sexual abuse in China: a study of adolescents in four provinces. Child Abuse Negl. 2004; 28(11):1171-86
 26. Gururaj G, Isaac MK, Subbakrishna DK, Ranjani R. Risk factors for completed suicides: a case-control study from Bangalore, India. Inj Control Saf Promot. 2004; 11(3):183-91.
 27. สุชาติ พหลภักย์ ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2532; 30(3): 111-24.
 28. ศุภรัตน์ เอกอัสวิน การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545; 10(3): 143-150.
 29. Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A, Mann JJ. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. Am J Psychiatry. 2004 ; 161(8):1433-41
 30. Bottlender R, Jager M, Strauss A, Moller HJ. Suicidality in bipolar compared to unipolar depressed inpatients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2000; 250(5):257-61
 31. Valtonen H, Suominen K, Mantere O, Leppamaki S, Arvilommi P, Isometsa ET. Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. J Clin Psychiatry. 2005; 66(11):1456-62.
 32. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. J Clin Psychiatry. 2005; 66(6):693-704.
 33. Lopez P, Mosquera F, de Leon J, Gutierrez M, Ezcurra J, Ramirez F, et.al. Suicide attempts in bipolar patients. J Clin Psychiatry. 2001; 62(12):963-6.

34. Juurlink 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.
35. Marquet RL, Bartelds AI, Kerkhof AJ, Schellevis FG, van der Zee J. The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch General Practice 1983-2003. BMC Fam Pract. 2005; 6:45 doi: 10.1186/1471-2296-6-45.
36. สิริรัตน์ คุปติวุฒิ, สิริเกียรติ ยันตคิลก การพยายามฆ่าตัวตายและความคิดอยากตายในผู้ป่วยสูงอายุ วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541;43(1): 39-55.
37. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. Paediatr Drugs. 2003;5(4):243-65.
38. มานิดา สิงหิขจิต การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2543; 8(1): 17-25
39. มาโนช หล่อตระกูล สภาพปัญหาและการปรับตัวในชาย-หญิงผู้พยายามฆ่าตัวตาย วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544; 46(1): 37-48.
40. Waern M, Rubenowitz E, Wilhelmson K. Predictors of suicide in the old elderly. Gerontology. 200; 49(5):328-34
41. Botega NJ, Barros MB, Oliveira HB, Dalgalarondo P, Marin-Leon L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. Rev Bras Psiquiatr. 2005; 27(1):45-53.
42. Sinclair JM, Harriss L, Baldwin DS, King EA. Suicide in depressive disorders: a retrospective case-control study of 127 suicides. J Affect Disord. 2005; 87(1):107-13
43. Morad M, Merrick E, Schwarz A, Merrick J. A review of suicide behavior among Arab adolescents. Scientific World Journal. 2005; 5: 674-9.
44. Stack S. Media coverage as a risk factor in suicide. J Epidemiol Community Health. 2003; 57(4):238-40.
45. ขนาน หัสศิริ รูปแบบการมรณะในหนังสือพิมพ์ หน้า 1 วารสารสวนปรง 2535; 8(4): 44-62
46. Post RM. The impact of bipolar depression. J Clin Psychiatry. 2005; 66 Suppl 5:5-10.
47. Mitchell PB, Malhi GS. Bipolar depression: phenomenological overview and clinical characteristics. Bipolar Disord. 2004; 6(6):530-9.
49. Perenyi A, Forlano R Suicide in schizophrenia. Neuropsychopharmacol Hung. 2005; 7(3):107-17.
50. Fenton WS. Depression, suicide, and suicide prevention in schizophrenia. Suicide Life Threat Behav. 2000; 30(1):34-49

51. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, et.al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005; 294(16):2064-74.
52. Ludwig J, Marcotte DE. Anti-depressants, suicide, and drug regulation. J Policy Anal Manage. 2005; 24(2):249-72.
53. Isacsson G. Suicide prevention--a medical breakthrough? Acta Psychiatr Scand. 2000; 102(2):113-7.
54. Tondo L, Isacsson G, Baldessarini R. Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention. CNS Drugs. 2003;17(7):491-511.
55. Tondo L, Baldessarini RJ, Hennen J, Floris G, Silvetti F, Tohen M. Lithium treatment and risk of suicidal behavior in bipolar disorder patients. J Clin Psychiatry. 1998; 59(8):405-14.
56. King R, Nurcombe B, Bickman L, Hides L, Reid W. Telephone counselling for adolescent suicide prevention: changes in suicidality and mental state from beginning to end of a counselling session. Suicide Life Threat Behav. 2003; 33(4):400-11
57. Mishara BL, Houle J, Lavoie B. Comparison of the effects of four suicide prevention programs for family and friends of high-risk suicidal men who do not seek help themselves. Suicide Life Threat Behav. 2005; 35(3):329-42

แหล่งข้อมูลเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายน่าสนใจ

- 1.ฐานข้อมูลวิจัยทางสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
<http://www.dmh.go.th/abstract/>
2. Preventing Suicide: Program Activities Guide. The National Center for Injury Prevention and Control. <http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/PreventingSuicide.htm>
3. American Foundation for Suicide Prevention
http://www.afsp.org/index.cfm?fuseaction=home.viewPage&page_id=1
4. Suicide. National youth violence prevention resource center
<http://www.safeyouth.org/scripts/topics/suicide.asp>
5. National prevention for suicide strategy.
<http://www.mentalhealth.samhsa.gov/suicideprevention/default.asp>
6. National Suicide Prevention Lifeline <http://www.suicidepreventionlifeline.org/default.aspx>
7. Centre for Suicide Prevention. <http://www.suicideinfo.ca/csp/go.aspx?tabid=5>

8. Suicide and Suicide Prevention. <http://www.psychom.net/depression.central.suicide.html>
9. Suicide prevention. National Institute of Mental Health.
<http://www.nimh.nih.gov/suicideprevention/index.cfm>
10. Suicide. Medline Plus. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/suicide.html>
11. Suicide Prevention Action Network USA. <http://www.spanusa.org/>
12. Suicide & Self-harm. MentalHelp.net. http://mentalhelp.net/poc/center_index.php?id=9&cn=9
13. Some Things You Should Know About Preventing Teen Suicide American Academy of Pediatrics <http://www.aap.org/advocacy/childhealthmonth/prevteensuicide.htm>
14. Suicide. Suicide reference library.
<http://www.suicidreferencelibrary.com/subcat1~item~1.php>
15. Depression and Suicide. E-Medicine. <http://www.emedicine.com/EMERG/topic129.htm>
16. Youth Suicide Prevention Information San Pedro Youth Coalition.
<http://www.spyc.sanpedro.com/suicide.htm>
17. Samaritans. <http://www.samaritans.org.uk/>
18. Suicide. WHO. <http://www.who.int/topics/suicide/en/>
19. About Suicide Crisis Intervention. <http://www.mhsanctuary.com/suicide/>
20. Suicide. Canadian Mental Health Association.
http://www.ontario.cmha.ca/content/about_mental_illness/suicide.asp