



พฤติกรรมทำร้ายตนเองในเด็กและวัยรุ่น ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช

อัจฉรา ตราชู พบ.*, วิฑูรย์ แก้วพรสวรรค์ พบ.**, สิริรัตดา ปัญญาภาส พบ.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาลักษณะพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและได้มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ในช่วงปี พ.ศ.2548-2552

วิธีการศึกษา ศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ด้วยพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2548 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 จำนวน 112 คน โดยเก็บข้อมูลลักษณะพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง รวมถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความตั้งใจฆ่าตัวตายถูกนำมาวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ ได้แก่ chi-square test, Fisher's exact test, stepwise logistic regression analysis, odd ratio, 95% confident interval

ผลการศึกษา ผู้ป่วยทั้งหมด 112 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.7) อายุระหว่าง 15-18 ปี (ร้อยละ 74.1) สถานภาพโสด (ร้อยละ 84.8) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 58.9) อาชีพที่พบสองอันดับแรก คือนักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ 67) และอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 20.5) ผู้ป่วยร้อยละ 58.0 มี supporting system ที่คอยช่วยเหลือได้ ผู้ป่วยร้อยละ 23.2 มีโรคทางจิตเวช โรคที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 14.3) ส่วนใหญ่ทำร้ายตนเองเป็นครั้งแรก (ร้อยละ 69.6) เหตุกระตุ้นที่พบมาก คือ การมีปัญหากับคนรัก (ร้อยละ 41.1) และการมีปัญหากับสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 32.1) วิธีการทำร้ายตนเองที่พบมากที่สุด คือ กินยาเกินขนาด (ร้อยละ 44.6) และกินสารเคมี (ร้อยละ 24.1) ส่วนใหญ่ทำร้ายตนเองด้วยอารมณ์ชั่ววูบ / ไม่ได้วางแผน (ร้อยละ 93.8) เมื่อดูที่เจตนาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 18.8 เท่านั้นที่ทำร้ายตนเองเพราะตั้งใจฆ่าตัวตาย เมื่อวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจฆ่าตัวตาย ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และการมีโรคทางจิตเวช โดยเพศหญิงมีความตั้งใจฆ่าตัวตายเป็น 5.48 เท่าของชาย ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่มากกว่าประถมศึกษา มีความตั้งใจฆ่าตัวตายเป็น 7.17 เท่าของผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า และ ผู้มีโรคทางจิตเวช มีความตั้งใจฆ่าตัวตายเป็น 3.75 เท่าของผู้ที่ไม่มีโรคทางจิตเวช

สรุป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจฆ่าตัวตายของเด็กและวัยรุ่น ได้แก่ เพศหญิง ระดับการศึกษาที่สูงกว่าประถมศึกษา และการมีโรคทางจิตเวช

คำสำคัญ suicidal behavior, children, adolescents

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(4): 323-332

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ



Suicidal Behavior in Children and Adolescents who Received Treatment at Siriraj Hospital

Ajchara Trachoo M.D.*, Titawee Kaewpornsawan M.D.**,
Sirinadda Panyapas M.D.**

ABSTRACT

Objective : To study characteristics and associated factors of suicidal behavior in children and adolescents who received treatment for such behavior at Siriraj Hospital during 2006-2012.

Materials and Methods : This was a descriptive study. Subject data was collected from outpatient and inpatient records, retrospectively. The study sample included 112 children and adolescents, aged 18 years or less; all of whom exhibited suicidal behavior and received treatment at Siriraj Hospital from January 2005 to December 2009. Data pertaining to subject characteristics and associated factors relating to suicidal behavior were collected. Associations between factors and intentions to die were analyzed by the following statistical evaluation methods: chi-square test, Fisher's exact test, stepwise logistic regression analysis, odd ratio, and the 95% confident interval.

Results : Of the 112 patients studied, most were female (68.7 %), aged between 15-18 years (74.1 %), single (84.8 %), with an educational level above primary school (58.9 %). The two most common occupations were students (67 %) and laborers (20.5 %), and most (58.0 %) have a supporting system to help them. 23.2 % of the sample had psychiatric problems, with the most common being depressive disorders (14.3 %). Most (69.6 %) conducted self-harm for the first time. The most common motivating events were described as, "love affair problems" (41.1 %) and "personal conflicts with close ones" (32.1 %). The most common methods of committing self-harm were described as, "ingesting overdosed drugs" (44.6%) and "ingesting chemicals" (24.1 %). Most (93.8 %) conducted self-harm impulsively with no premeditated plan. Regarding intent, only 18.8 % had a genuine intention to die. Factors that were found to be associated with intentions to die were gender, educational level, and psychiatric disorders. Notable factor ratios included: female to male (5.48:1); educational level above primary school to primary school and lower (3.17:1); and, underlying psychiatric disorders to no psychiatric disorders (3.75:1).

Conclusion : Factors that were found to be associated with intentions to die included: female gender, educational level above primary school, and psychiatric disorders.

Keywords: suicidal behavior, children, adolescents

J Psychiatr Assoc Thailand 2013; 58(4): 323-332

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

** Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในสหรัฐอเมริกาและทั่วโลก ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่าสามหมื่นคนในสหรัฐอเมริกา และประมาณหนึ่งล้านคนทั่วโลก การฆ่าตัวตายจึงถือว่าเป็นหนึ่งในสาเหตุต้นๆ ของการเสียชีวิต องค์การอนามัยโลกรายงานว่า การฆ่าตัวตายเกิดขึ้นประมาณ 16.7 รายต่อแสนประชากรต่อปี และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่ 14 ของประชากรทั่วโลก การฆ่าตัวตายจึงเป็นปัญหาการทำร้ายตนเองที่ก่อให้เกิดผลกระทบมากที่สุดในประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยเหตุนี้ทางองค์การอนามัยโลกและรัฐบาลของประเทศสหรัฐอเมริกาจึงมีการรวบรวมข้อมูลความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่ไม่ถึงแก่ชีวิตเพื่อช่วยในการวางแผนกลยุทธ์ทางสาธารณสุขและนโยบายทางสุขภาพรวมทั้งไปถึงการติดตามการตอบสนองต่อนโยบายและความพยายามในการป้องกันการฆ่าตัวตาย¹

จากข้อมูลสถิติการฆ่าตัวตายของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2552 มีอัตราการฆ่าตัวตาย 5.97 รายต่อแสนประชากร จังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุด ได้แก่ เชียงราย 16.1 รายต่อแสนประชากร รองลงมา คือ ระยองและน่าน 16.02 และ 14.07 รายต่อแสนประชากร ตามลำดับ² จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2550 พบว่า เด็กและวัยรุ่นที่มีอายุ ตั้งแต่ 24 ปี ลงไป เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 13.7 ของผู้ฆ่าตัวตายทั้งหมด จัดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในช่วงวัยนี้ เนื่องจากเป็นวัยที่พบโรคเครียดที่ทำให้เสียชีวิตได้น้อยกว่าวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ³

การศึกษาของสุวรรณี พุทธิศรี และมาโนช หล่อตระกูล จากสถิติการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่นระหว่างปี พ.ศ. 2539-2546 พบว่า วัยรุ่นอายุ 20-24 ปี มีการฆ่าตัวตายสูงสุด ได้แก่ 12.4 รายต่อ

แสนประชากร ตามด้วยวัยอายุ 15-19 ปี อัตรา 7.5 รายต่อแสนประชากร ในขณะที่เด็กอายุ 10-14 ปี นั้น พบได้น้อยมาก คือเพียง 0.6 รายต่อแสนประชากร นอกจากนี้พบว่า เพศชายมีสัดส่วนการฆ่าตัวตายมากกว่าหญิง⁴

เบญจพร ปัญญาพงศ์ ได้รวบรวมข้อมูลการฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่น พบว่า ในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กและวัยรุ่นน้อย ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของเด็กและวัยรุ่นเป็นสิ่งที่จะต้องทำอย่างยิ่งเพื่อการป้องกันและการจัดการปัญหาดังกล่าว⁵

จากสถิติผู้ป่วยอายุไม่เกิน 18 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชด้วยพฤติกรรมการทำร้ายตนเองหรือการพยายามฆ่าตัวตายในช่วงปี พ.ศ. 2548-2552 พบว่ามีจำนวนถึง 112 ราย การเข้าใจลักษณะของพฤติกรรมดังกล่าวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (retrospective descriptive study) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชด้วยพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2548 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2552 ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยเก็บข้อมูลลักษณะพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง รวมถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความตั้งใจฆ่าตัวตายถูกวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS 15.0 ในการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติพรรณนาแบบร้อยละ, chi-square test, Fisher's exact test,

stepwise logistic regression analysis, odd ratio, 95 % confident interval (p-value น้อยกว่า 0.05 ถือว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ)

พฤติกรรมทำร้ายตนเอง ในที่นี้หมายถึง พฤติกรรมที่ทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บโดยเจตนากระทำเอง ไม่ใช่อุบัติเหตุ ทั้งแบบรุนแรงและไม่รุนแรง ทั้งที่ตั้งใจฆ่าตัวตายหรือทำเพื่อวัตถุประสงค์อื่นที่ไม่ได้ต้องการให้ถึงแก่ชีวิต รวมถึงการกระทำอันเนื่องมาจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์

วิธีการศึกษาได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 112 ราย เป็นเพศชาย 35 ราย (ร้อยละ 31.3) หญิง 77 ราย (ร้อยละ 68.7) อายุเฉลี่ย คือ 16 ปี (SD 2.13) อายุน้อยที่สุด คือ 3 ปี 7 เดือน มากที่สุด คือ 18 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 15-18 ปี (ร้อยละ 74.1) รองลงมา คือ 12-15 ปี (ร้อยละ 23.2) สถานภาพโสดพบได้ 95 ราย (ร้อยละ 84.8) ส่วนสถานภาพสมรสหรืออยู่ร่วมกับคนรัก พบ 17 ราย (ร้อยละ 15.2) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 66 ราย (ร้อยละ 58.9) รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษา 30 คน (ร้อยละ 26.8) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ 109 ราย (ร้อยละ 97.3) มี 2 ราย (ร้อยละ 1.8) นับถือศาสนาคริสต์ แล 1 ราย (ร้อยละ 0.9) นับถือศาสนาอิสลาม อาชีพที่พบมากที่สุด คือ นักเรียน/นักศึกษา 75 ราย (ร้อยละ 67) รองลงมา คืออาชีพรับจ้าง 23 ราย (ร้อยละ 20.5) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว / ญาติ 67 ราย (ร้อยละ 59.8) รองลงมาอยู่กับคนรัก / คู่สมรส 12 ราย (ร้อยละ 10.2) (ตารางที่ 1)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัวพบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง 13 ราย (ร้อยละ 11.6) ที่มีภาวะผิดปกติทางกาย ในจำนวนนี้เป็นโรคหอบหืด 4 ราย โรคภูมิแพ้ 3 ราย โรคเอดส์ 1 ราย ไมเกรน 2 ราย โรคเลือด (chronic ITP) 1 ราย อาการอ่อนแรงซีกซ้ายจากเส้นเลือดอุดตัน 1 ราย และภาวะโรคธาลัสซีเมีย 1 ราย มีกลุ่มตัวอย่าง 26 ราย (ร้อยละ 23.2) ที่มีโรคทางจิตเวช ที่พบมากที่สุดคือกลุ่มโรคซึมเศร้า 16 ราย (ร้อยละ 14.3) รองลงมาคือ บุคลิกภาพผิดปกติ 2 ราย (ร้อยละ 1.8) โรคเครียดร่วมกับบุคลิกภาพผิดปกติ 2 ราย (ร้อยละ 1.8) โรคอารมณ์แปรปรวน 1 ราย (ร้อยละ 0.9) สติปัญญาบกพร่อง 1 ราย (ร้อยละ 0.9) โรคกลุ่มพฤติกรรมต่อต้าน 1 ราย (ร้อยละ 0.9) สมาธิสั้น 1 ราย (ร้อยละ 0.9) ภาวะการเรียนรู้บกพร่อง 1 ราย (ร้อยละ 0.9) และภาวะ hyperventilation 1 ราย (ร้อยละ 0.9) ข้อมูลการใช้สารเสพติดในปัจจุบัน พบกลุ่มตัวอย่างเพียง 21 ราย ที่ใช้สารเสพติด ได้แก่ ใช้นูรี 6 ราย (ร้อยละ 5.3) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 8 ราย (ร้อยละ 7.1) ใช้ทั้งนูรีและแอลกอฮอล์ 7 ราย (ร้อยละ 6.3)

ข้อมูลลักษณะพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

สาเหตุกระตุ้นที่พบมากที่สุด คือ การมีปัญหากับคนรัก 46 ราย (ร้อยละ 41.1) รองลงมา คือ การมีปัญหากับสมาชิกในครอบครัว 36 ราย (ร้อยละ 32.1) วิธีการทำร้ายตนเองที่พบมากที่สุดอันดับแรก คือ กินยาเกินขนาด 50 ราย (ร้อยละ 44.6) กินสารเคมี 27 ราย (ร้อยละ 24.1) จะเห็นว่าวิธีส่วนใหญ่ที่ใช้ไม่ใช่วิธีที่รุนแรงมาก ส่วนใหญ่ทำด้วยอารมณ์ชั่ววูบหรือไม่ได้วางแผน 105 ราย (ร้อยละ 93.8) พบผู้ที่มีประวัติเคยทำร้ายตนเองมาก่อน 30 ราย (ร้อยละ 30.4) ข้อมูลด้าน supporting system พบว่า 65 ราย (ร้อยละ 58.0) มี supporting system คือมีสมาชิกในครอบครัวหรือคนรักคอยให้การดูแลและช่วยเหลือได้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา

	ลักษณะ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	35	31.3
	หญิง	77	68.7
อายุ (ปี)	3-6	2	1.8
	6-9	0	0
	9-12	1	0.9
	12-15	26	23.2
	15-18	83	74.1
สัญชาติ	ไทย	110	98.2
	กัมพูชา	1	0.9
	ชนกลุ่มน้อย (ชาวเขา)	1	0.9
สถานภาพ	โสด	95	84.8
	คู่หรืออยู่ร่วมกับคนรัก	17	15.2
ระดับการศึกษาสูงสุด	ต่ำกว่า ประถมศึกษา	3	2.7
	ประถมศึกษา	30	26.8
	มัธยมศึกษาตอนต้น	66	58.9
	มัธยมศึกษาตอนปลายและอนุปริญญา	2	1.8
	ไม่ทราบข้อมูล	11	9.8
ศาสนา	พุทธ	109	97.3
	คริสต์	2	1.8
	อิสลาม	1	0.9
อาชีพ	นักเรียน/นักศึกษา	75	67
	รับจ้าง	23	20.5
	อื่นๆ	2	1.8
	ว่างงาน	5	4.5
	ไม่ทราบข้อมูล	7	6.3
ลักษณะการอยู่อาศัย	อยู่คนเดียว	4	3.6
	อยู่กับเพื่อน	1	0.9
	อยู่กับคนรัก/ คู่สมรส	12	10.7
	อยู่กับครอบครัวหรือญาติ	67	59.8
	ไม่ทราบข้อมูล	28	25
ผู้ให้ความช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษา	มี	65	58.0
	ไม่มี	16	14.3
	ไม่ทราบข้อมูล	31	27.7
โรคทางกาย	มี	13	11.6
โรคทางจิตเวช	มี	26	23.2
การใช้สารเสพติด	ใช้	21	18.7

ตารางที่ 2 ลักษณะพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

ปัจจัย		จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุกระตุ้น	มีปัญหากับคนรัก	46	41.1
	มีปัญหากับสมาชิกในครอบครัว	36	32.1
	มีปัญหากับเพื่อนร่วมงาน	7	6.2
	มีปัญหาการเรียน	4	3.6
	จากอาการทางจิตเวช	1	0.9
	สาเหตุอื่น	5	4.5
	ไม่มีข้อมูล	13	11.6
วิธีการทำร้ายตนเอง	กินยาเกินขนาด	50	44.6
	กินสารเคมี	27	24.1
	กระโดดน้ำ	1	0.9
	แทง/ กรีดตนเองแบบรุนแรง	9	8.0
	กรีดตนเองแบบไม่รุนแรง	11	9.8
	ต๋อยกำแพง/ กระจก	7	6.3
	ทุบ/ตีศีรษะตนเอง	3	2.7
	กินยาเกินขนาดร่วมกับกรีดข้อมือ	2	1.8
	กินสารเคมี ร่วมกับกรีดข้อมือ	2	1.8
	การวางแผน	ทำด้วยอารมณ์ชั่ววูบ/ ไม่ได้วางแผน	105
	ไปซื้อยามา	6	5.4
	มีการวางแผน	1	0.9
เจตนาของการทำร้ายตนเอง	ต้องการตาย (ตั้งใจฆ่าตัวตาย)	21	18.8
	เพื่อประชด เรียกร้องความสนใจ	67	59.8
	ทำตามอาการทางจิต	1	0.9
	ระบายอารมณ์	10	8.9
	ต้องการหลับ	8	7.1
	อื่นๆ	5	4.5
ประวัติเคยทำร้ายตนเอง	เคย	34	30.4
	ไม่เคย	78	69.6

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยต่างๆ ระหว่างกลุ่มที่ตั้งใจฆ่าตัวตาย และกลุ่มที่ไม่ได้ตั้งใจฆ่าตัวตาย พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งใจ

ฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ การศึกษา และการมีหรือไม่มีโรคทางจิตเวช มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความตั้งใจฆ่าตัวตายของผู้ป่วย (แบ่งเป็นกลุ่มที่
ตั้งใจฆ่าตัวตาย และกลุ่มที่ไม่ได้ตั้งใจฆ่าตัวตาย) โดยใช้ chi-square test

ปัจจัย		Chi-Square p-value
อายุ	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ปี มากกว่า 12 ปี ถึง 18 ปี	1.000
เพศ	หญิง ชาย	0.034*
การศึกษา	มัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	0.023*
อาชีพ	นักเรียน/ นักศึกษา ทำงาน ว่างงาน/ ยังไม่ถึงวัยทำงาน	0.911
ลักษณะการอยู่อาศัย	อยู่คนเดียว อยู่กับเพื่อน อยู่กับคนรัก/คู่สมรส อยู่กับสมาชิกในครอบครัวหรือญาติ	0.936
โรคทางจิตเวช	มี ไม่มี	0.041*
สาเหตุกระตุ้น	คนรัก ครอบครัว อื่นๆ	0.253
การเคยทำร้ายตนเองมาก่อน	เคย ไม่เคย	0.948
ผู้ให้ความช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษา	มี ไม่มี	0.332

* p<0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อทำการวิเคราะห์ต่อโดยวิธี multiple logistic regression ว่าในปัจจัยทั้งสามที่มีความเกี่ยวข้องกับ
ความตั้งใจฆ่าตัวตาย รูปแบบใดของปัจจัยดังกล่าวที่
มีความเกี่ยวข้องมากกว่า พบว่าเพศหญิง มีความตั้งใจ
ฆ่าตัวตายมากเป็นเป็น 5.48 เท่าของเพศชาย

ระดับการศึกษาที่มากกว่าประถมศึกษา
มีความตั้งใจฆ่าตัวตาย มากเป็นเป็น 7.17 เท่าของระดับ
การศึกษา ที่ต่ำกว่า และ การมีโรคทางจิตเวช มีความ
ตั้งใจฆ่าตัวตาย มากเป็น 3.75 เท่าการไม่มีโรคทาง
จิตเวช มีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.05 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญโดยใช้ multiple logistic regression

ปัจจัย	Crude odd ratio (95% CI), p-value	Adjusted odd ratio (95% CI), p-value
เพศ : หญิง	5.40 (1.18-24.67), 0.034	5.48 (1.12-26.88), 0.036*
การศึกษา : มัธยมศึกษาขึ้นไป	6.01 (1.31-27.61), 0.023	7.17 (1.46-35.40), 0.015*
มีโรคทางจิตเวช	3.27 (1.19-8.99), 0.041	3.75 (1.19-11.85), 0.024*

* p<0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

เมื่อพิจารณาข้อมูลประชากรของการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปีที่มารับการรักษาด้วยพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15-18 ปี (ร้อยละ 74.1) ซึ่งเป็นวัยรุ่นตอนปลาย รองลงมา คือ 12 -15 ปี (ร้อยละ 23.2) แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นตอนปลายมีการทำร้ายตนเองมากกว่าวัยที่อายุน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า^{7,8,10} วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองสูงจากการศึกษาซึ่งศึกษาเฉพาะในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นพบว่า ทั้งหมดเป็นพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตของอภิชัย มงคล และคณะ ที่พบว่าผู้ทำร้ายตนเองอยู่ในช่วงกลุ่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-19 ปี ถึงร้อยละ 25.67 รองจากช่วงอายุระหว่าง 20-29 ปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 35.23 เมื่อดูข้อมูลในแต่ละภูมิภาคพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุช่วงวัยรุ่นจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นคล้ายกันเกือบทุกภูมิภาค ยกเว้นภาคกลางซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่ตอนปลายถึงวัยชรา⁶ แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือผู้ที่มาด้วยพฤติกรรมทำร้ายตนเองแล้วมารับการรักษา อาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ยอมรับว่าเหตุใดส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นผู้ที่ไม่ได้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.7 สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่ไม่

เสียชีวิตของอภิชัย มงคล และคณะ ที่พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.56 โดยทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 10-19 ปี⁶

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 84.8) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 58.9) อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวหรือญาติ (ร้อยละ 59.8) ส่วนใหญ่ยังเป็นนักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ 67) ซึ่งเหล่านี้สอดคล้องกับวัยของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้

ปัจจัยด้านโรคประจำตัว พบผู้ป่วย 26 ราย (ร้อยละ 23.2) ที่มีโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด คือ โรคกลุ่มซึมเศร้า 16 ราย (ร้อยละ 14.3) ที่เหลือเป็นภาวะอื่นๆ แต่จำนวนน้อย ซึ่งข้อมูลการศึกษาก่อนหน้านี้ก็บ่งชี้ว่าโรคทางจิตเวชเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของการฆ่าตัวตาย¹¹

เมื่อพิจารณาลักษณะพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.4) มีข้อมูลของสาเหตุกระตุ้นที่นำมาก่อนการทำร้ายตนเอง ที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับคนรัก 46 คน (ร้อยละ 41.1) รองลงมา คือ การมีปัญหากับสมาชิกในครอบครัว 36 ราย (ร้อยละ 32.1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ส่วนใหญ่แล้วการทำร้ายตนเองย่อมมีสาเหตุกระตุ้น^{12,14} และสอดคล้องกับการศึกษาของอภิชัย มงคล และคณะที่พบว่า ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดการทำร้ายตนเองสามอันดับแรกในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นคือ ความรู้สึกน้อยใจคนใกล้ชิดที่ดูต่ำ พบร้อยละ 38.55 ซึ่งกลุ่มอายุที่พบปัจจัยนี้มากที่สุด คือกลุ่มวัยรุ่น 10-19 ปี

ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด พบร้อยละ 36.13 ปัญหา
ผิดหวังในความรัก / หึงหวง พบร้อยละ 21.70⁶

ผู้ป่วย 30 ราย (ร้อยละ 30.4) เคยมีประวัติการ
ทำร้ายตนเองมาก่อน สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้
พบว่า การมีประวัติการทำร้ายตนเองมาก่อน ทำให้มีความ
เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น^{10,13}

วิธีการทำร้ายตนเองที่พบมากที่สุดสองอันดับแรก คือ
กินยาเกินขนาด 50 ราย (ร้อยละ 44.6) กินสารเคมี 27 คน
(ร้อยละ 24.1) จะเห็นว่าวิธีส่วนใหญ่ที่ใช้ไม่ใช่วิธีที่รุนแรง
มาก (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรม
การทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตของอภิชัย มงคล และคณะ
ที่พบว่า วิธีที่ใช้ทำร้ายตนเองสูงสุดสองอันดับแรก คือ
กินยาเกินขนาด ร้อยละ 47.74 ส่วนใหญ่ คือ กลุ่มวัยรุ่น
อายุระหว่าง 10-19 ปี กินสารเคมี ร้อยละ 38.62

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำด้วยอารมณ์ชั่ววูบ /
ไม่ได้วางแผน 105 ราย (ร้อยละ 93.8) แต่ในจำนวน
เหล่านั้นเมื่อดูเจตนาของการทำร้ายตนเองพบว่ามีความ
ตั้งใจฆ่าตัวตายถึง 67 ราย (ร้อยละ 59.8) แต่วิธีการ
ที่ใช้ส่วนใหญ่กลับไม่ได้รุนแรงมากนัก (ดังที่เห็นว่าใน
กลุ่มตัวอย่างไม่มีผู้ป่วยที่ใช้วิธีการฆ่าตัวตายที่รุนแรง
มากและโอกาสถึงแก่ชีวิตสูง เช่น การกระโดดจากที่สูง
การแขวนคอ เป็นต้น) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าเพศหญิงมี
แนวโน้มที่จะรับรู้และมองปัญหาว่ารุนแรงมากกว่าชาย
จึงมีโอกาสทำร้ายตนเองได้มากกว่า⁶

เมื่อนำมาวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเจตนา
ของพฤติกรรมทำร้ายตนเองซึ่งแบ่งเป็นเจตนาตั้งใจ
ฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตนเองเพียงเพราะอยากประชด
เพื่อระบายอารมณ์ หรือแค่อยากหนีไป พบว่า เพศหญิง
ทำร้ายตนเองเพราะตั้งใจฆ่าตัวตาย มากเป็น 5.48 เท่า
ของชาย ระดับการศึกษาที่มากกว่าประถมศึกษาดังใจ
ฆ่าตัวตายมากเป็น 7.17 เท่าของผู้ที่มีระดับการศึกษา
ต่ำกว่า การมีโรคทางจิตเวชตั้งใจฆ่าตัวตายมากเป็น
3.75 เท่า ของการที่ไม่มีโรคทางจิตเวช

ข้อจำกัดของการศึกษา

1) เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียน ซึ่งยังไม่มีการใช้แบบบันทึกข้อมูลในการประเมินพฤติกรรม
ทำร้ายตนเอง จึงต้องใช้การอ่านลายมือที่บันทึกไว้ใน
เวชระเบียนทำให้ต้องใช้เวลามากในบางราย อีกทั้งไม่
สามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนตามแบบบันทึกข้อมูล
เพราะไม่มีการบันทึกไว้ ทำให้ไม่สามารถนำปัจจัยบาง
อย่างวิเคราะห์ได้ เช่น ประวัติด้านบุคลิกภาพ ประวัติ
ครอบครัว ได้แก่ สภาพครอบครัว ความขัดแย้งใน
ครอบครัว การเลี้ยงดู ประวัติการทำร้ายตนเองของคนใน
ครอบครัว ประวัติโรคทางจิตเวชของคนในครอบครัว
รวมถึงประวัติการถูกทำร้ายหรือล่วงละเมิดทางเพศ
มาวิเคราะห์ทางสถิติได้ ซึ่งการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า
ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2) การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่มา
รักษาที่โรงพยาบาลศิริราชเพียงแห่งเดียว จึงไม่สามารถ
บ่งบอกถึงภาพรวมของการทำร้ายตนเองในเด็กและ
วัยรุ่นทั้งประเทศได้

ประโยชน์ที่ได้และข้อเสนอแนะ

แม้การศึกษานี้ไม่สามารถวิเคราะห์โดยตรงว่า
ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเอง เนื่องจาก
กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมาด้วยพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่
ไม่รุนแรงมากถึงแก่ชีวิต แต่ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ว่า
ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับเจตนาที่ต้องการฆ่าตัวตาย
การศึกษานี้ถือเป็นการศึกษาพฤติกรรมทำร้าย
ตนเองในเด็กและวัยรุ่นเบื้องต้นในโรงพยาบาลศิริราช
ซึ่งเป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การศึกษาในอนาคตซึ่งจะเป็น
ประโยชน์ในการเฝ้าระวังและป้องกันการทำร้ายตนเอง
ในเด็กและวัยรุ่นต่อไป รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือ
ในการใช้ประเมินผู้ป่วยที่มาด้วยพฤติกรรมทำร้าย
ตนเอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนมากขึ้นในการศึกษา
ในอนาคต

การศึกษาในอนาคตควรเป็นการศึกษาแบบ prospective study ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนมากขึ้นสามารถนำปัจจัยอื่นที่ไม่ได้วิเคราะห์ในครั้งนี้อาการวิเคราะห์ร่วมด้วย

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของความตั้งใจฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศหญิง ระดับการศึกษาที่สูงกว่าประถมศึกษา และการมีโรคทางจิตเวช

เอกสารอ้างอิง

- Matthew KN, Guilherme B, Evelyn JB, Christine BC, Ronald CK, Sing L. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008; 30:133-54.
- SUICIDE. COM [Internet]. Thailand : Department of Mental Health, Ministry of Public Health . [cited February 10, 2011]. Available from : <http://www.suicidethai.com/report/>.
- Lotrakul M. Suicide: management and prevention. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2010: 209.
- Suwannee P, Lotrakul M. Adolescent suicides in Thailand during 1996-2003. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2006; 51:21-8.
- Panyayong B. Suicide among children and adolescents in Thailand. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2006; 51:11-20.
- Mongkol A, Tungsaeree T, Pimsen S, Kessomboon P, Kessomboon N, Pichaikum J, Tungsaeree W. Epidemiology of Intentional Self-Harm Survivors. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2008.
- Gould MS, Kramer RA. Youth suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31 (Suppl):6-31.
- van Heeringen C. Suicide in adolescents. *Int Clin Psychopharmacol* 2001; 16 (Suppl 2):S1-6.
- Shek DT, Lee BM, Chow JT. Trends in adolescent suicide in Hong Kong for the period 1980 to 2003. *Scientific World Journal* 2005; 5:702-23.
- Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38:1497-505.
- Andrews JA, Lewinsohn PM, Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31:655-62.
- Ferrusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychol Med* 2000; 30:23-39.
- Goldston DB, Reboussin BA, Kancler C, Daniel SS, Frazier PH, Harris AE, et al. Rates and predictors of aftercare services among formerly hospitalized adolescents: a prospective naturalistic study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42:49-56.
- Osvath P, Voros V, Fekete S. Life events and psychopathology in a group of suicide attempters. *Psychopathology* 2004; 37:36-40.