

ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องในการทำร้ายตนเอง

ณัฏฐญา พัฒนะวานิชนันท์ พย.ม*

ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ พบ., ประด.(ระบาดวิทยา)**

รุจิรา ศิริวัฒนา วท.ม.***

บทคัดย่อ: การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องในการทำร้ายตนเองสภาวะการณ ด้านสุขภาพกาย จิต สังคม และเศรษฐกิจ ตลอดจนความต้องการการช่วยเหลือของผู้ทำร้ายตนเอง ในเขตตรวจราชการ ที่ 3 โดยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ เคส-คอนโทรล (case-control study) ศึกษาผู้ที่มาใช้บริการใน สถานบริการ สาธารณสุข เขตตรวจราชการที่ 3 ระหว่าง 1 มกราคม-31 ธันวาคม 2550 กลุ่มที่ศึกษา (case group) เป็นผู้ที่ทำร้าย ตนเองแต่ไม่เสียชีวิต จำนวน 43 คน (33.6%) และกลุ่มควบคุม (control group) เป็นผู้ป่วยทั่วไป จำนวน 85 คน (66.4%) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือแบบสัมภาษณ์ระดับบุคคลผู้ทำร้ายตนเอง ปี พ.ศ.2550 ของกรมสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Odd ratio) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบ ลอจิสติก ในการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยวและตัวแปรเชิงซ้อน

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ทำร้ายตนเองแต่ไม่เสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (65.1% และ 34.9%) อายุระหว่าง 30-39 ปี (27.9%) สถานภาพสมรส คู่ มากกว่าโสด (62.8% และ 27.9%) ประกอบอาชีพรับจ้างหรือ ใช้แรงงาน และเกษตรกรรม (32.6 %และ 27.9%) ได้รับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาหรือประถมศึกษา (46.5%) ใช้วิธีการรับประทานยาเกินขนาดมากที่สุด (39.5%) มีสาเหตุกระตุ้นจาก ปัญหาอันน้อยใจคนใกล้ชิดที่ดูต่ำ (48.8%) และปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด (30.2%) โดยมีลักษณะของเหตุกระตุ้นเนื่องจากมีปัญหาชีวิตสะสมมานาน และมาก จนถึงขีดสุด (51.2%) กลุ่มที่ศึกษามีโรคประจำตัว (18.7%) ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และปวดข้อเข่า/ ปวดหลังเรื้อรัง (50.0%, 37.5%, และ 12.5%) มีภาวะซึมเศร้า (46.5%) พักอาศัยร่วมกับบุคคลที่ติดสุรา (37.2%) และติดสารเสพติด (4.7%) ความต้องการช่วยเหลือของผู้ทำร้ายตนเอง ที่ควรได้รับการช่วยเหลือเพิ่มเติมมากที่สุด คือ สุขภาพจิต (34.9%) รองลงมาคือความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด (30.2%) และเศรษฐกิจ (23.3%) ปัจจัยเสี่ยง ต่อการทำร้ายตนเอง ได้แก่ การมีภาวะซึมเศร้ามากกว่า 6 อาการขึ้นไป 14.3 เท่า (95% C.I. เท่ากับ 0.02 ถึง 0.26) ปัญหาทะเลาะ ขัดแย้งกับคนใกล้ชิด 7.3 เท่า (95% C.I. เท่ากับ 0.05 ถึง 0.26) อาศัยร่วมกับคนดื่มสุรา 7.3 เท่า (95% C.I. เท่ากับ 0.04 ถึง 0.48) และ ดื่มสุรา 5.2 เท่า (95% C.I. เท่ากับ 0.06 ถึง 0.62) ปัจจัยปกป้องการทำร้าย ตนเองได้แก่ การยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียงในการดำรงชีวิต 9 เท่า (95% C.I.เท่ากับ 2.54ถึง 31.79) เท่าของกลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ ควรมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองโดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ส่งเสริมความสัมพันธ์ ที่ดีกับคนในครอบครัวและคนใกล้ชิด ยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียงในการดำรงชีวิตตลอดจนสนับสนุนให้เกิดการมี ส่วนร่วมของคนในชุมชนให้มากยิ่งขึ้น

วารสารสภาการพยาบาล 2551; 23(3) 61-71

คำสำคัญ: ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง การทำร้ายตนเอง

* ผู้อำนวยการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 กรมสุขภาพจิต

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** นักจิตวิทยา ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 กรมสุขภาพจิต

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกและเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข การฆ่าตัวตายของคน ในสังคมเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงสภาวะสุขภาพจิตของคนที่ท้อแท้สิ้นหวัง หมดความอดทนที่จะอยู่ในโลกต่อไป ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองแต่ไม่สำเร็จหลังจากที่ได้รับการช่วยเหลือปลอดภัยแล้ว มักมีปัญหาดังกล่าว ตามมาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีบางส่วนได้รับผลกระทบจากการกระทำ เช่น สูญเสียสมองส่วนความจำ ระบบอวัยวะของร่างกายเสียสมดุลและประสาทสั่งการไม่ประสานสัมพันธ์ถึงขั้นพิการและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องเป็นภาระให้กับญาติและสมาชิกในครอบครัวดูแลต่อไปบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายหากถูกสมาชิกในครอบครัวทอดทิ้งไม่สนใจดูแลหรือถูกซ้ำเติมให้รู้สึกผิด มีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำอีก¹ ส่งผลถึงสภาพเศรษฐกิจ ชีวิตความเป็นอยู่และภาพลักษณ์ของชุมชน การสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ก่อนวัยอันควร และเป็นทีละทีจนขวัญแก่คนในชุมชนจะเห็นได้ว่าปัญหาการฆ่าตัวตายมีผลกระทบนานับประการ การป้องกันการฆ่าตัวตายจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากเป็นการลดความสูญเสียดังกล่าว

สำหรับประเทศไทย อัตราการฆ่าตัวตายโดยรวมอยู่ประมาณ 7-8 คนต่อแสนประชากรต่อปี เมื่อพิจารณาสถิติอัตราการฆ่าตัวตาย 5 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 จนถึงปี พ.ศ.2548 พบสถิติคือ 8.2, 7.7, 7.1, 6.9 และ 6.4 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุด 11.96 รายต่อแสนประชากร²และถ้านับจำนวนผู้ที่ทำร้ายตนเองทั้งหมดทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต จะพบว่ามีจำนวนรวมสูงถึง 25,000-27,000 รายต่อปี³ ก่อให้เกิด

ความสูญเสียต่อครอบครัวสังคม และประเทศชาติอย่างมาก ความสูญเสียเฉพาะอันเนื่องมาจากการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเฉพาะเพศชาย ในปี พ.ศ.2542 คำนวณเป็นความสูญเสียได้เท่ากับ 147,988 DALYs หรือคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจได้น้อย 5,500 ล้านบาทต่อปี การลดปัญหานี้ลงได้เพียงร้อยละ 10 จะสามารถลดความสูญเสียได้น้อย 500 ล้านบาทต่อปี⁴

กรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและได้ดำเนินงานโครงการดูแลช่วยเหลือและป้องกันปัญหานี้อย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ พ.ศ. 2544 จนถึงปัจจุบันและจัดให้มีระบบการบริหารจัดการความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้โดยการสร้างระบบบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังและการศึกษาวิจัยปัญหาในแง่มุมต่างๆ โดยเริ่มศึกษา เชิงลึกในปี พ.ศ. 2548 พบว่าผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิตในปัจจุบันประมาณ 1 ใน 3 ต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมในเรื่องการทำงานและรายได้เป็นลำดับแรกรองลงมาเป็นเรื่องการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ผลการพยากรณ์ความคิดทำร้ายตนเองซ้ำในเพศหญิงและเพศชายโดยใช้สมการถดถอยลอจิสติกชี้ว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการมีความคิดทำร้ายตนเองซ้ำของเพศหญิง ได้แก่ มีอาการซึมเศร้า (4.8 เท่าของผู้ไม่มีอาการซึมเศร้า) การมีอาการโรคจิต (4.4 เท่าของผู้ไม่มีอาการโรคจิต) สำหรับปัจจัยเสี่ยงต่อการมีความคิดทำร้ายตนเองซ้ำในเพศชายได้แก่ มีอาการโรคจิต (7.4 เท่าของผู้ไม่มีอาการโรคจิต) ความคาดหวังในการทำร้ายตนเองให้ตาย (5.4 เท่าของผู้ไม่มีความคาดหวัง) และพบว่าคะแนนเหตุผลของการมีชีวิตอยู่เป็นปัจจัยปกป้องต่อการมีความคิดทำร้ายตนเองซ้ำทั้งในเพศหญิงและชาย⁵

จากรายงานประจำปีศูนย์สุขภาพจิตที่ 8⁶ พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในเขตตรวจราชการที่ 3 ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2549 พบว่าแนวโน้มลดลงตามลำดับ ดังนี้ 8.44, 7.62 และ 7.10 ต่อแสนประชากร แต่อัตราทำร้ายตนเองไม่สำเร็จ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 36.87, 45.36 และ 45.97 ต่อแสนประชากร ซึ่งเกินเกณฑ์ของประเทศ แม้ว่าผลการศึกษาทางระบาดวิทยาในระดับประเทศที่ผ่านมา ทำให้เราทราบถึงขนาดและความสำคัญของปัญหานี้ อย่างไรก็ตามยังมีข้อมูลอีกหลายประการที่มีส่วนสำคัญต่อการเข้าใจปรากฏการณ์นี้ โดยเฉพาะข้อมูลด้านลึกในระดับพื้นที่เขตบริการสาธารณสุข ซึ่งการเข้าใจปัจจัยเหล่านี้ จะช่วยให้พื้นที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องในการทำร้ายตนเอง
2. ศึกษาสภาวะการณด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตสังคม และเศรษฐกิจ ของผู้ทำร้ายตนเอง
3. ศึกษาความต้องการการช่วยเหลือของผู้ทำร้ายตนเอง

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระบาดวิทยาผู้ทำร้ายตนเองปี พ.ศ. 2550 ของกรมสุขภาพจิต เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบเคส-คอนโทรล ศึกษาผู้ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตตรวจราชการที่ 3 จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์ อุทัยธานี กำแพงเพชร และพิจิตร จังหวัดละ 3 อำเภอ ได้กลุ่มตัวอย่างจากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 128 รายแบ่ง

เป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ศึกษา (case group) จำนวน 43 คน โดยเลือกจาก “ผู้ทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต” รายใหม่ ที่มีอาการพ้นขีดอันตรายแล้ว (ไม่นับรวมผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต) และยินดีเข้าร่วมการวิจัยและกลุ่มควบคุม (control group) จำนวน 85 คน โดยเลือกจาก “ผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำร้ายตนเอง” ในช่วง ระหว่าง 1 มกราคม-31 ธันวาคม 2550 ที่มาใช้บริการ ณ สถานบริการสาธารณสุขและช่วงเวลาเดียวกันกับกลุ่มที่ศึกษา เป็นเพศเดียวกันและมีอายุต่างกันไม่เกิน 2 ปี สัดส่วนระหว่างจำนวน case ต่อ control เท่ากับ 1:2

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ระบาดวิทยาผู้ทำร้ายตนเอง พ.ศ. 2550 ซึ่งพัฒนาและทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือแล้วโดยกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข แบบสัมภาษณ์นี้มีเนื้อหาครอบคลุมประเด็นต่างๆ ดังนี้ 1) ข้อมูลจากระบบการบันทึกแผ้วร้าง (รง.506.DS) 2) ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย 3) สภาวะด้านเศรษฐกิจ 4) สภาวะด้านสังคม 5) การดื่มสุราและใช้สารเสพติด 6) สภาวะสุขภาพกายในปัจจุบัน 7) เหตุการณ์การทำร้ายตนเอง และความ ต้องการความช่วยเหลือของผู้ทำร้ายตนเอง 8) สภาวะทางสุขภาพจิตใจ 9) ประสบการณ์และทัศนคติต่อการทำร้ายตนเอง 10) ทุนทางสังคม และ 11) แผนการชีวิตในอนาคตของผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรม และมีความเข้าใจเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์เป็นอย่างดี และเป็นผู้ที่มีความสามารถในการให้บริการด้านการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้หลังจากสัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของผู้ถูกวิจัย ได้ดำเนินการดังนี้

1. ความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้จัดทำคำชี้แจงให้กลุ่มเป้าหมายทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตในการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอมการให้สัมภาษณ์ นอกจากนี้ได้แจ้งให้ทราบว่ากลุ่มเป้าหมายมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้โดยไม่เสียสิทธิการรักษาพยาบาลใดๆ

2. การปกปิดข้อมูล ผู้วิจัยใช้ระบบการเข้ารหัสข้อมูลและนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลในระดับบุคคล เพื่อป้องกันผลกระทบใดๆ ที่จะเกิดแก่กลุ่มเป้าหมายได้

3. การใช้ประโยชน์จากข้อมูล ผู้วิจัยใช้ข้อมูลและผลการวิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานโครงการดูแลและช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมาย เพื่อลดปัญหาการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายเท่านั้น ไม่มีการใช้ข้อมูลและผลการวิจัยในกรณีอื่นใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะกลุ่มตัวอย่างและแจกแจงสถานะทางสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ (odd ratio) โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติก (multiple logistic regression)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างของผู้ทำร้ายตนเองทั้งหมดเป็นคนไทย (100.0%) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (65.1% และ 34.9%) มีอายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปีและ 40-49 ปี (27.9% และ 25.6%) มีสถานภาพสมรสคู่ มากกว่าโสด (62.8% และ 27.9%) ประกอบอาชีพรับจ้างหรือใช้แรงงานและเกษตรกรรวม (32.6% และ 27.9%) ตกงาน (9.3%) ได้รับความศึกษา

ต่ำกว่าระดับประถมศึกษาหรือ ประถมศึกษา (46.5%) มัธยมศึกษาตอนปลาย (32.6%) และไม่ได้เรียนหนังสือ (2.3%)

1.2 ลักษณะการทำร้ายตนเองส่วนใหญ่ทำร้ายตนเอง (93.0%) ถูกคนอื่นทำร้ายร่วมด้วย (7.0%) เช่นถูกทุบตีมาก่อนจนทนไม่ไหวจึงทำร้ายตนเองและไม่มีการทำร้ายคนอื่นร่วมด้วย (100.0%) ส่วนใหญ่เป็นการทำร้ายตนเองครั้งแรก (81.4%) และทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้ง (18.6%)

1.3 วิธีการทำร้ายตนเอง ส่วนใหญ่ใช้วิธีกินยาเกินขนาด (39.5%) รองลงมา คือ กินสารกำจัดแมลง (18.6%) กินสารกำจัดวัชพืช (18.6%) และสารเคมีอื่นๆ (18.6%) เช่น สารซักฟอก สารซักล้าง เป็นต้น มีเพียงส่วนน้อยใช้วิธีผูกคอต (4.7%)

1.4 สาเหตุกระตุ้นให้ทำร้ายตนเอง คือน้อยใจ คนใกล้ชิดที่ดูต่ำ (48.8%) รองลงมาคือทะเลาะกับคนใกล้ชิด (30.2%) ปัญหาจากงาน ขัดสนและตกงาน (20.9%) ปัญหาความรัก/หึงหวง (18.6%) และดื่มสุรามาก (9.3%) เป็นต้น

1.5 ลักษณะของเหตุการณ์ เป็นสาเหตุหรือมีส่วนให้ทำร้ายร่างกาย คือ มีปัญหาชีวิตที่สะสมมานานและมากจนถึงขีดสุด (51.2%) โดยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาถูกคนใกล้ชิด ชุบฉับนินทาว่าร้ายในทางเสียหายจนรู้สึกอับอาย (34.9%)

2. สุขภาพกาย จิตใจ สังคม และ เศรษฐกิจของผู้ทำร้ายตนเอง

2.1 ด้านสุขภาพกาย พบว่าผู้ทำร้ายตนเองมีโรคประจำตัว (18.7%) โรคที่พบมากที่สุด คือความดันโลหิตสูงเบาหวาน และปวดข้อ/เข่า/หลังเรื้อรังและอัมพาต (50.0%, 37.5%, และ 12.5% ตามลำดับ) ผู้ทำร้ายตนเองมีสาเหตุจากการเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติเรื้อรัง (39.5%) รักษาไม่หายเป็นเวลานานก่อให้เกิดความเครียดและไม่ต้องการเป็นภาระของคนใกล้ชิด

2.2 ด้านสุขภาพจิตใจ พบว่า ผู้ทำร้ายตนเองป่วยเป็นโรคจิต (2.33%) มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ หรือ เจ้าหน้าที่ (46.5%) บริการสุขภาพที่ผู้ทำร้ายตนเองได้รับ ส่วนใหญ่ เป็นการให้คำปรึกษา (97.7%) รองลงมา คือให้คำแนะนำญาติ (55.8%) และการให้เอกสารความรู้ และยาแก้เศร้า กลุ่ม Amitriptyline/Nortriptyline (18.6%) ยาลดวิตกกังวล (11.6%) และยาแก้เศร้า Fluoxetine (2.3%) ตามลำดับผู้ทำร้ายตนเอง ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (86.0%) ไม่ได้รักษาในโรงพยาบาลและไม่คิดที่จะทำร้ายตนเองซ้ำ (72.1%) และมากกว่า 1 ใน 4 ที่ยังไม่แน่ใจและไม่ตอบ (27.9%) ซึ่งอาจเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังต่อไป ส่วนเหตุผลของ ผู้ทำร้ายตนเองในการที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า การทำร้ายตนเองไม่ใช่ทางแห่งการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องควรใช้ปัญญา (18.6%) ไม่อยากให้ครอบครัวต้องเสียใจ มีปมด้อย (17.7%) และการทำร้ายตนเองเป็นบาป ผิดหลักศาสนา (16.4%) โดยผู้ทำร้ายตนเองส่วนใหญ่ให้คะแนนเหตุผลการมีชีวิตอยู่ เฉลี่ย 5.77 (S.D.=1.09) ผู้ที่ทำร้ายตนเองกว่าครึ่ง (56.0%) มีผลงานหรือการกระทำในอดีตหรือข้อดีในตัวเองที่รู้สึกภาคภูมิใจ

2.3 ด้านสังคม พบว่า ผู้ทำร้ายตนเองส่วนใหญ่ไม่พอใจสถานภาพสมรส (41.9%) ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเคยมีปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด (58.1%) ถูกคนใกล้ชิดขู่ข่มขืนนิทว่าร้ายในทางเสียหายจนรู้สึกอับอาย (34.9%) เคยถูกทำร้ายร่างกายทุบตี (7.0%) ตั้งใจทำร้ายตนเองให้เสียชีวิต (41.9%) กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งไม่ตั้งใจทำให้ตนเองเสียชีวิต (44.2%) โดยส่วนใหญ่ทำไปด้วยอารมณ์ชั่ววูบ (30.2%) โดยให้เหตุผลว่าต้องการให้ตายไปเพื่อหนีจากความทุกข์ทรมาน (34.9%) หนีความอับอาย (6.9%) ส่วนน้อยไม่สามารถบอกเหตุผลการกระทำได้ (13.9%)

2.4 ด้านสารเสพติด พบว่า ผู้ทำร้ายตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่า 1 อย่าง (25.6%) โดยพฤติกรรมที่พบมากที่สุดคือ ดิบบุหรี (18.6%) และติดสุรา (16.3%) ในช่วง 30 วันที่ผ่านมาดื่มเหล้าและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์(44.2%) ใช้สารเสพติด (4.7%) และพักอาศัยร่วมกับบุคคลที่ติดสุรา (37.2%)

2.5 ด้านเศรษฐกิจ พบว่า ส่วนใหญ่มีงานทำ มีรายได้เป็นฤดูกาลไม่ต่อเนื่อง (30.2%) มีเพียง 1 ใน 4 มีรายได้ประจำ (25.6%) เกือบ 1 ใน 4 ที่ไม่มีรายได้ (23.2%) และอยู่ในภาวะตกงาน/ว่างงาน (11.6%) เนื่องจากปัญหาการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2.6 ประสพการณ์และทัศนคติต่อการทำร้ายตนเองกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับฟังข่าวการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายของคนอื่นในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (51.2%) โดยเหตุการณ์ดังกล่าวมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต (13.0%) ส่วนใหญ่มีความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่ทำร้ายตนเองหรือ ฆ่าตัวตายที่แตกต่างกันไป เช่น รู้สึกสงสารและเห็นใจสมาชิกในครอบครัวของบุคคลนั้น รู้สึกว่าบุคคลนั้นน่าจะจะมีทางออกของชีวิตที่ดีกว่าการทำร้ายตนเอง ควรจะเอาตัวเองไปเปรียบกับคนที่มีความทุกข์ยากมากกว่าตน และเป็นการทำบาปผิดหลักศาสนา

2.7 ทุนทางสังคม ผู้ป่วยกว่าครึ่งยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียงในการดำรงชีวิต (58.1%) และเป็นสมาชิก/เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและเคยได้รับการช่วยเหลือจากกลุ่ม (51.2% และ 51.2%) และเคยให้การช่วยเหลือกลุ่มกิจกรรม (58.1%)

2.8 แผนการชีวิตในอนาคตพบว่า ผู้ทำร้ายตนเองเคยตั้งเป้าหมายและคาดหวังต่อชีวิตของตนเอง (62.8%) วางแผนว่าจะต้องทำอะไรบ้างเพื่อให้เป้าหมายเป็นอย่างที่คาดหวัง (55.8%)

3. ความต้องการความช่วยเหลือ

ความช่วยเหลือที่ผู้ทำร้ายตนเองต้องการมากที่สุดคือ สุขภาพจิต (34.9%) รองลงมา คือความสัมพันธ์

ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องในการทำร้ายตนเอง

กับคนใกล้ชิด (30.2%) เศรษฐกิจ (23.3%) สุขภาพทางกาย (13.9%) และการเลิกสารเสพติด (13.9%)

4. ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องในการทำร้ายตนเอง

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพยายามที่จะทำร้ายตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สุขภาพกาย ได้แก่ การมีความผิดปกติทางร่างกาย (OR=10.6) สุขภาพจิต ได้แก่ มีภาวะซึม

เศร้าตั้งแต่ 6 อาการขึ้นไป (OR=21.4) ส่วนด้านสังคมได้แก่ความพึงพอใจต่อสถานภาพสมรส และการทะเลาะและขัดแย้งกับคนใกล้ชิด (OR=10.6 และ OR=26.9) ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อรายได้ และการยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียงในการดำรงชีวิต (OR=5.5 และ OR=12.2) ส่วนปัญหายาเสพติดได้แก่การอาศัยร่วมกับคนติดสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (OR=5.0) ที่ p-value < 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพยายามที่จะทำร้ายตนเอง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพยายาม ที่จะทำร้ายตนเอง	ร้อยละ		df	OR	p-value
	Case(n=43)	Control(n=85)			
มีความผิดปกติของร่างกาย					
ไม่มี	50.00	5.00	1	10.6	<.05
มี	22.40	77.60			
พอใจต่อชีวิตสมรส					
ไม่พอใจ	41.86	10.59	1	10.6	<.05
พอใจ	58.14	89.41			
มีปัญหาทะเลาะหรือขัดแย้งกับคนใกล้ชิด					
ไม่มี	41.86	85.88	1	26.9	<..05
มี	58.14	14.12			
ดื่มเหล้า/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์					
ไม่เคย	55.81	75.29	1	5.00	<.05
เคย	44.19	24.71			
พึงพอใจในรายได้					
ไม่พอใจ	29.41	16.28	1	5.50	<.05
พอใจ	70.59	83.72			
ยึดหลักดำเนินชีวิตตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง					
ไม่ใช่	41.86	14.12	1	12.20	<.05
ใช่	58.14	85.88			
มีภาวะซึมเศร้า 6 อาการขึ้นไป					
ไม่มี	51.16	88.24	1	21.14	<.05
มี	48.84	11.76			

ปัจจัยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง

ผลการวิจัย พบว่า การมีภาวะซึมเศร้าเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง 14.3 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ตั้งแต่ 6 อาการขึ้นไป) ผู้ที่มีปัญหาทะเลาะและขัดแย้งกับคนใกล้ชิดเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง 7.3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีปัญหาทะเลาะขัดแย้งกับคนใกล้ชิด ผู้ที่อาศัยร่วมกับคนติดสุราเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง 7.3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับ

ผู้ที่ไม่เคยอาศัยร่วมกับคนติดสุรา ผู้เคยดื่มสุราเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง 5.2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่เคยดื่มสุรา

ปัจจัยปกป้องไม่ให้ทำร้ายตนเอง

ผู้ที่ยึดหลักดำเนินชีวิตตามหลักเศรษฐกิจพอเพียงช่วยป้องกันการทำร้ายตนเองได้ 9 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่ป้องกันการทำร้ายตนเอง

ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง	Case (n=43)		Control (n=85)		Adjusted OR	95% C.I. for OR	
	Yes	No	Yes	No		Lower	Upper
มีภาวะซึมเศร้า	21	22	10	75	14.29	0.02	0.26
ทะเลาะและขัดแย้งกับคนใกล้ชิด	25	18	12	73	7.26	0.04	0.48
อาศัยร่วมกับคนติดสุรา	16	27	9	76	7.33	0.04	0.48
เคยดื่มสุรา	19	24	21	64	5.21	0.06	0.62
ยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียง	25	18	73	12	-8.99	-31.79	-2.54

Hosmer and Lemeshow Test P-value = 0.80, Nagelkerke R Square = 0.58

การอภิปรายผล

ผลการศึกษครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของอภิชัย มงคล และคณะ^{5,7,8} ที่สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของผู้ทำร้ายตนเองที่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายสถานภาพสมรส (คู่) มากกว่าโสด นับถือศาสนาพุทธมีระดับการศึกษาต่ำ อาชีพเกษตรกรกรรมหรือใช้แรงงานและมีรายได้น้อย ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีการทำร้ายตนเองด้วยการรับประทานยาเกินขนาดหรือดื่มสารเคมีซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยในแถบยุโรปตะวันตกและทวีปอเมริกาเหนือที่พบว่าใช้วิธีการรับประทานยาแก้ปวดและยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทมากเป็นอันดับต้นๆ เพื่อทำร้ายตนเอง⁹ และประเทศอื่นๆ ที่มีสัดส่วนของผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมสูงมักทำร้ายตนเองโดยการดื่มสารเคมีการเกษตรเช่น

กัน เช่น ประเทศศรีลังกา ซึ่งเป็นประเทศในแถบเอเชียที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในย่านนี้ และประเทศจีน¹⁰ การที่สารที่ใช้ในการฆ่าตัวตายหาได้ง่ายนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมาก จึงควรเฝ้าระวังการเข้าถึงสารเคมีเหล่านี้ ผลการวิจัยนี้เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในระดับวิทยาการการทำร้ายตนเอง ปี พ.ศ.2547 มีความคล้ายคลึงกันเป็นส่วนใหญ่ กล่าวคือ ใช้วิธีการรับประทานยาเกินขนาด หรือรับประทานสารเคมีปราบศัตรูพืชอย่างไรก็ตามข้อมูลจากการศึกษานี้ได้จากการสอบถาม ผู้ที่รอดชีวิตเท่านั้น เหตุผลการทำร้ายตนเองของผู้ที่เสียชีวิตอาจจะแตกต่างหรือคล้ายกับผู้รอดชีวิตก็ได้ จำเป็นต้องมีการศึกษาในเรื่องนี้ต่อไปและควรติดตามเฝ้าระวังเป็นพิเศษในกลุ่มผู้ป่วยที่ตั้งใจให้เสียชีวิต (41.86%) และผู้ที่คิดทำร้ายตนเองซ้ำ (18.6%)

สุขภาพกาย สุขภาพจิตใจ สังคม และ เศรษฐกิจ ของผู้ทำร้ายตนเอง

การทำร้ายตนเองส่วนหนึ่ง มีสาเหตุจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง รักษาไม่หายรวมกับการขาดที่ปรึกษาจากบุคคลใกล้ชิดหรือคนใกล้ชิดไม่ใส่ใจ ก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง และนำมาซึ่งอารมณ์ซึมเศร้า (46.5%) และมีการทำร้ายตนเองในที่สุด จึงควรให้ความสนใจในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวและเจ็บป่วยเรื้อรังให้มากขึ้น โดยการคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้าเพื่อให้กลุ่มนี้ได้เข้าถึงบริการ ทั้งนี้รวมถึงการควบคุมปริมาณยาในการรักษาอาการเจ็บป่วย เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยใช้ยาดังกล่าวในการทำร้ายตนเองด้วยการ รับประทานยาเกินขนาดได้ ผู้ทำร้ายตนเองส่วนหนึ่ง (14%) ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการ จึงเป็นกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในการให้คำปรึกษาแก่ญาติหรือคนใกล้ชิด เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองซ้ำได้ ดังจะเห็นได้จากผู้ทำร้ายตนเองส่วนหนึ่งไม่แน่ใจว่าจะทำร้ายตนเองซ้ำ (27.9%) จึงควรให้การเฝ้าระวังในรายที่เป็นผู้ทำร้ายตนเองครั้งแรก โดยการติดตามและให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด ผู้ที่ทำร้ายตนเองกว่าครึ่งเป็นสมาชิก/เคยเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและเคยได้รับการช่วยเหลือจากกลุ่ม (51.2% และ 51.2%) และเคยให้การช่วยเหลือกลุ่มกิจกรรม (58.1%) การหากิจกรรมเสริมหรือเข้าร่วมกับชุมชนจะช่วยลดการคิดหมกมุ่นในการทำร้ายตนเอง จึงควรส่งเสริมให้การเข้าร่วมกิจกรรมหรือเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ทำร้ายตนเอง

การพยากรณ์ความคิดทำร้ายตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการคิดทำร้ายตนเอง ได้แก่มีอาการซึมเศร้า (14.3 เท่าของผู้ไม่มีอาการซึมเศร้า) ทะเลาะกับคนใกล้ชิด (7.3 เท่าของผู้ไม่มีปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด) อาศัยร่วมกับคนดื่มสุรา (7.3 เท่าของ ผู้ไม่ได้อาศัยร่วมกับคนดื่มสุรา) และดื่มสุรา (5.2เท่าของผู้

ไม่ดื่มสุรา) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อสรุปของกระทรวงสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา¹¹ ที่ระบุว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการทำร้ายตนเองคือ การมีปัญหาด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ทำให้เกิดความสูญเสียทางด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านการงานและด้านการเงินเป็นต้น ปัจจัยเสี่ยงรองลงมาคือ ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด หรือผิดหวังในเรื่องความรักและการดื่มสุราเป็นปัจจัยเสริมให้ผู้ที่ทำร้ายตนเองมีอารมณ์หุนหันพลันแล่นและกระทำการฆ่าตัวตายได้สำเร็จ ดังนั้นการออกแบบระบบการให้บริการสุขภาพจึงควรคำนึงถึงผู้ที่มาใช้บริการที่มีปัญหาดังกล่าวโดยเฉพาะควรมีการดูแลช่วยเหลือทางจิตใจและติดตามผู้มีอาการมีอาการซึมเศร้าอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องและควรให้คำปรึกษาหาทางแก้ไขปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด โดยส่งเสริมทักษะชีวิตคู่ที่ดี รวมถึงการศึกษาเพิ่มเติมเรื่องลักษณะของความขัดแย้งที่กระตุ้นให้เกิดการทำร้ายตนเองอย่างละเอียดต่อไปสำหรับการป้องกันปัญหาการทำร้ายตนเองที่มีสาเหตุมาจากสุราทั้งดื่มด้วยตนเองหรือการดื่มของบุคคลใกล้ชิดนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรวางนโยบายมาตรการควบคุมอย่างจริงจัง รวมถึงการจำกัดการโฆษณาสินค้าการขายสินค้าประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่เพื่อไม่ให้สารเสพติดเหล่านี้เข้าถึงกลุ่มคนที่ยังไม่เสพเช่น เด็กและเยาวชนได้สถานบริการสาธารณสุขควรมีมาตรการในการให้บริการบำบัดรักษาแก่กลุ่มเป้าหมายที่ใช้บริการ มีการดำเนินการเชิงรุกในการป้องกันโดยเฉพาะการส่งเสริมให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงในเด็กและเยาวชนให้มากขึ้น

จากการศึกษาพบว่าการยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียงในการดำรงชีวิตเป็นปัจจัยปกป้องต่อการทำร้ายตนเอง (9 เท่าของผู้ไม่ได้ยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียง

ในการดำรงชีวิต) โดยปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง¹² เป็นปรัชญาที่ชี้ให้เห็นถึงแนวทางการดำรงอยู่และปฏิบัติตนของประชาชนในทุกระดับตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน จนถึงระดับรัฐให้ดำเนินไปในทางสายกลาง มีความพอประมาณ มีเหตุมีผล รวมถึงต้องมีระบบภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี พอสมควรต่อการมีผลกระทบใดๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตประจำวันด้วยความอดทนความเพียร มีสติ และความรอบคอบ เพื่อให้เกิดความสมดุลและพร้อมต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้ทำร้ายตนเองมีเพียงครึ่งหนึ่งยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียงในการดำรงชีวิต (58.1%) จึงควรส่งเสริมให้ยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียงในการดำรงชีวิตเพิ่มขึ้น

จะเห็นได้ว่าการแก้ไขและป้องกันปัญหาการทำร้ายตนเองเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนสูง มีปัจจัยเสี่ยงหลายมิติ จำเป็นต้องอาศัยการให้บริการสุขภาพแบบตั้งรับและการให้บริการเชิงรุกที่มุ่งปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางสังคมและครอบครัว ส่งเสริมให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการดำเนินชีวิตในแนวเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง ตลอดจนการพัฒนาแนวทางการให้ คำปรึกษาที่ส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีของคนในครอบครัวและคนใกล้ชิด เปิดโอกาสให้ชุมชนสังคมได้มีโอกาสในการดูแลช่วยเหลือและการจัดกิจกรรมกระชับความสัมพันธ์อันดีของคนในชุมชนกับหน่วยงานสาธารณสุขให้มากยิ่งขึ้นซึ่งกิจกรรมเหล่านี้น่าจะเป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันการทำร้ายตนเองได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงสูงในการทำร้ายตนเองโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ที่อาศัยกับผู้ติดสุรา และผู้เคย

ดื่มสุราให้มากยิ่งขึ้น โดยวางแผนส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่คัดกรองอย่างต่อเนื่องเพื่อนำเข้าระบบการดูแลรักษา

2. จัดให้มีการการสนับสนุนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการลดความขัดแย้งกับคนใกล้ชิดการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพของคนในครอบครัว ตลอดจนการส่งเสริมปัจจัยปกป้องแก่ผู้พยายามทำร้ายตนเอง ดำเนินชีวิตโดยยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

3. ส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกัน ฝั่ระวัง และช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องสามารถทำนายการพยายามทำร้ายตนเองได้ระดับหนึ่งซึ่งยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น เหตุผลกรณีชีวิตอยู่ การมีส่วนร่วมในชุมชนที่ควรนำมาวิเคราะห์เพื่อให้เข้าใจปัญหานี้อย่างลึกซึ้งขึ้น เพื่อช่วยให้เห็นแนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหาการทำร้ายตนเองในระดับชุมชนได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์อภิชัย มงคลและนายแพทย์ทวี ตั้งเสรี คณะทำงานโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในการแนะนำ ให้คำปรึกษา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตลอดจนผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในเขตตรวจราชการที่ 3 และคณะทำงานศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง

เอกสารอ้างอิง

1. ประเวศ ตันติพิพัฒน์กุลและสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. การฆ่าตัวตาย: การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พลัสเพลส, 2541.
2. กรมสุขภาพจิต. สถิติสุขภาพจิต. นนทบุรี: กองแผนงาน, 2549.
3. อภิชัย มงคลและคณะ. รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาของพฤติกรรม ทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ปีการศึกษา พ.ศ.2545. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์, 2546.
4. กองแผนงาน. สถิติผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย 2540-2544. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544.
5. อภิชัย มงคล และคณะ. รายงานการศึกษาระบาดวิทยาผู้ทำร้ายตนเอง พ.ศ. 2547. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต, 2549.
6. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8. รายงานประจำปีศูนย์สุขภาพจิตที่ 8, 2549.
7. อภิชัย มงคล และคณะ. ระบาดวิทยาของพฤติกรรม ทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2547. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต, 2549.
8. อภิชัย มงคล และคณะ. รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2544 - 2546. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต, 2547.
9. Meredith TJ. Epidemiology of poisoning: pharmacology & therapeutics. 1993; 59(3): 251-6.
10. Phillips MR. et al. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. Lancet. 2002; 360: 1728 - 36.
11. U.S. Public Health Service. The Surgeon General's Call to Action to Prevent Suicide. Washington, 1999.
12. คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สำนักงาน. เศรษฐกิจพอเพียงคืออะไร. กรุงเทพฯ: คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนเศรษฐกิจโดยพอเพียง. พิมพ์ครั้งที่ 3, 2549.

Risk and Protective Factors of Self – harm Behaviours.

Nattaya Patanavanichanun MNS*

Pattapong Kessomboon MD., Ph.D (Epidemiology)**

Rujida Sirivattana M.Sc***

Abstract: This results aimed to study risk and protective factors for self-harm behaviour. The methodology was a case – control study. Population were those who conducted intentional self-harm behavior and received service from health services during 1st January to 31st December 2007. Samples were 43 cases of those who survived from self-harm for case group and 85 patients of general patients for control group. The instrument was interview questionnaire for self harm epidemiology developed by Department of Mental Health, 2007. Data analyses used were descriptive statistic, odd ratio and multiple logistic regression.

The results shown that most of survived self harm's patients were female (65.1%) , aged 30–39 (27.9%), married (62.8%), occupation were laborer and farmer (32.6 % and 27.9%), educational level under elementary education or elementary education degree (46.5%). Regarding the self-harm methods, most of them were drug over used (39.5%). The main reasons of self-harm were being upset with close one blaming (48.8%), having conflicts with the close one (30.2%), being stimulated by many and strong problems in their life (51.2%). Eighteen point seven of the subjects had health problems including high blood pressure (50.0%), diabetes mellitus (37.5%), knee and back chronic pain (12.5%), depression (46.5%), living with alcoholic person (37.2%) and drug addicted person (4.7%). It was shown that the top problems which needed help and care were “mental health” (34.9%), “relationship with close person” (30.2%) and “income problem” (23.3%). Risk and protective factors related to self-harm were analyzed by logistic regression. It was shown that depression (adjusted OR=14.3; 95%C.I. : 0.02 , 0.26), conflict of close (adjusted OR=7.3; 95%C.I. : 0.05 , 0.26), living with pusing alcoholics (adjusted OR=7.3; 95%C.I. : 0.04, 0.48) and drinking alcohols (adjusted OR=5.2; 95%C.I. : 0.06, 0.63) were risk factors (p < 0.05). Living based on the principle of sufficiency economy was a protective factor for self-harm (adjusted OR= -8.98; 95%C.I. : -31.79, -2.54) at p value < .05.

Suggestion: There should be high risks screening for self-harm group especially person who has depression. Encouragement of good relationship a mang family members and closers, applying the principle of sufficiency economy for living and encouragement of community participation were recommended.

Thai Journal of Nursing Council 2008; 23(3) 61–71

Key words: Risk and protective factors , Self- harm.

*Director of Mental Health Center 8, Department of Mental Health

**Associate Professor, Faculty of Medicine, Khon kaen University

***Psychologist, Department of Mental Health 8