พฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตและปัจจัยเสี่ยงในนักศึกษาพยาบาล

*ชมพูนุท กาบคำบา พย.ม.**
*เนตรชนก แก้วจันทา ปร.ด****
*สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ปร.ด***

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์ของการวิจัย: เพื่อศึกษาค่าร้อยละการเกิดและปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี ปีการศึกษา 2563

การออกแบบการวิจัย: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง

วิธีดำเนินงานวิจัย: กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีจำนวน 133 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตามความสะดวก เครื่องมือที่ใช้วิจัยได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย 2) แบบสอบถามพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต และ 3) แบบสอบถามเหตุการณ์สำคัญในชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และหาปัจจัยเสี่ยงด้วยวิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบลอจิสติกโดยนำตัวแปรเข้าแบบ enter method

ผลการวิจัย: พฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในนักศึกษาพยาบาลในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาอยู่ที่ร้อยละ 36.1 รูปแบบพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ที่พบความถี่มากที่สุดคือ มีพฤติกรรมจงใจทำให้ตนเองตกอยู่ในความสัมพันธ์ที่ถูกปฏิเสธ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถูกตำหนิหรือใช้คำพูดดูถูกจากพ่อแม่ กังวลต่อการฝึกปฏิบัติ สูญเสียบุคคล สัตว์ หรือสิ่งของอันเป็นที่รัก และภาวะซึมเศร้า แต่มีเพียงภาวะซึมเศร้าเท่านั้นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (OR=2.57, 95%CI=1.05–6.29)

ข้อเสนอแนะ: การเฝ้าระวังและคัดกรองพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตโดยเฉพาะกลุ่มนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งจำเป็น รวมถึงการให้ความตระหนักต่อการป้องกันและคัดกรองผลกระทบอื่น ๆ ที่จะตามมาในกลุ่มนักศึกษาที่มีพฤติกรรมจงใจทำให้ตนเองตกอยู่ในความสัมพันธ์ที่ถูกปฏิเสธจากคนรัก หรือการเปลี่ยนคู่นอนบ่อย

วารสารสภาการพยาบาล 2565; 37(1) 146-160

คำสำคัญ: ทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต/ ปัจจัยเสี่ยง/ นักศึกษาพยาบาล

วันที่ได้รับ 25 ต.ค. 64 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 24 พ.ย. 64 วันที่รับตีพิมพ์ 17 ธ.ค. 64

**ผู้ประสานการพิมพ์เผยแพร่ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น: E-mail: chompoo@kku.ac.th*
***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*
****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

Non-Suicidal Self-Harm Behaviour and Risk Factors amongst Undergraduate Nursing Students

*Chompoonoot Kabkumba, MSN**

*Netchanok Kaewjanta, Ph.D. (Nursing) ***

*Somporn Rungreangkulkij, Ph.D. (Nursing) ****

Abstract:

Objective: To study the percentage and risk factors of non-suicidal self-harm behaviour amongst undergraduate nursing students in the school year 2020, during the two-week period leading to the time of the research

Design: Cross-sectional descriptive study

Methodology: A total of 133 undergraduate nursing students were included in this study using convenience sampling. Research instruments consisted of 1) Patient Health Questionnaire-9 (Thai version); 2) Self-Harm inventory (Thai-version); and 3) Stressful Life Event questionnaire. The data were analysed using descriptive statistics and multiple regression analysis with the Enter Method.

Results: During the two-week period leading to the time of the research, non-suicidal self-harm behaviour was found in 36.1% of the subjects. The most frequent type of non-suicidal self-harm behaviour was the act of intentionally putting oneself in a rejected relationship. The factors found to be in a statistically significant relationship with non-suicidal self-harm behaviour amongst the subjects were: 1) a history of alcohol consumption; 2) rebukes or insults by parents; 3) anxiety about the practicum; 4) loss of beloved persons, pets, or objects; and 5) a state of depressive disorder. Of these, a state of depressive disorder was the major risk factor accounting for the non-suicidal self-harm behaviour amongst the subjects during the two weeks up to the time of the research (OR = 2.57, 95% CI = 1.05-6.29).

Recommendations: Monitoring and screening for non-suicidal self-harm behaviour are highly necessary, especially amongst students with symptoms of depressive disorder. Also important are the building of an awareness of such behaviour and the screening of other factors that could affect students who have sexual-partner-changing behaviour or a tendency for intentionally making themselves rejected by their partners.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2022; 37(1) 146-160

Keywords: non-suicidal self-harm behaviour; risk factors; nursing students

Received 25 October 2021, Revised 24 November 2021, Accepted 17 December 2021

**Corresponding Author, Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, E-mail: chompoo@kku.ac.th*

***Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University*

****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การทำร้ายตนเองเป็นประเด็นสุขภาพที่สาธารณสุขทั่วโลกให้ความสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรอายุ 15-29 ปี ซึ่งรวมกลุ่มนักศึกษา[1] การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต (non-suicidal self-harm behavior) หมายถึง การจงใจ ตั้งใจกระทำการใด ๆ ที่ทำให้ร่างกายตนเองได้รับบาดเจ็บ โดยการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่มิได้มีเจตนาให้ตนเองเสียชีวิต[2-5] เช่น การกรีดผิวหนังตามร่างกาย การทุบตีศีรษะตนเอง การอดอาหาร การตีทุบตามร่างกายของตนเอง[6] ปัจจุบันมีรายงานสถิติการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตค่อนข้างสูงในกลุ่มประชากรช่วงอายุดังกล่าว ผ่านการศึกษาแบบวิเคราะห์อภิมานจากหลายประเทศ เช่น ผลการวิเคราะห์อภิมานของ Ciprino และคณะ พบว่านักศึกษาในมหาวิทยาลัยมีประสบการณ์ทำร้ายตนเองอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิตถึงร้อยละ 38.9[2] ในขณะที่การวิเคราะห์อภิมานของ Aggarwal และคณะ พบความชุกของการทำร้ายตนเองของกลุ่มนักศึกษาในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา อยู่ในช่วงร้อยละ 15.5 ถึง 31.3[6] และการศึกษาแบบวิเคราะห์อภิมานในปี 2019 ของ Lim และคณะ พบมีความชุกของการทำร้ายตนเองอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิตในกลุ่มประชากรวัยรุ่นทั่วไปและกลุ่มที่ศึกษาในวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยที่ร้อยละ 22.1 (95% CI: 16.9-28.4%) ในขณะที่ความชุกของการทำร้ายตนเองในช่วง 12 เดือนอยู่ที่ร้อยละ 19.5 (95% CI: 13.3-27.6%) และยังพบว่าทวีปเอเชียเป็นทวีปที่มีความชุกของการทำร้ายตนเองอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิตและในช่วง 12 เดือนสูงที่สุด จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าการทำร้ายตนเองในกลุ่มวัยรุ่นนักศึกษายังคงมีอย่างต่อเนื่อง[1]

พฤติกรรมการทำร้ายตนเองถือเป็นปัญหาพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนเกิดจากหลายสาเหตุ จากการทบทวนวรรณกรรมพบมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในกลุ่มนักเรียน นักศึกษาหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น เพศหญิงพบอัตราการทำร้ายตนเองสูงกว่าเพศชาย อายุที่เพิ่มขึ้น[7] การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์[8] การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย[2] 2) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความผิดปกติทางอารมณ์ ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า[9-10] 3) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ปัญหาสัมพันธภาพกับครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อนหรือคนรัก[6,11] พ่อแม่หย่าร้าง หรือไม่ได้อยู่อาศัยกับพ่อแม่[12] คณะที่เรียนโดยเฉพาะในสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ[5] ผลการเรียน[1] ระดับชั้นปี ปัญหาการเงิน ปัญหาการเรียน ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว[11] ความกังวลเกี่ยวกับรสนิยมทางเพศ การถูกกระทำรุนแรงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ[2] การถูกกลั่นแกล้ง[13] ดังการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการตกเป็นเหยื่อและถูกกลั่นแกล้งจากเพื่อนเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมทำร้ายตัวเองในกลุ่มวัยรุ่น[14] และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (stressful life events)[15] ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวมาทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ใจ (emotional suffering) เครียด กดดัน วิตกกังวล แต่ไม่สามารถหาทางระบายอารมณ์ออกมาได้ จึงต้องหันมาระบายอารมณ์กับร่างกายของตนเอง ซึ่งพฤติกรรมทำร้ายตนเองของวัยรุ่นเป็นการกระทำที่มุ่งหวังให้ตนเองหลุดพ้นไปจากความเครียด กดดันหรือความคับข้องใจในชีวิต[16] อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยอื่นยังมีขัดแย้งดังข้อมูลข้างต้น ตัวอย่างเช่น เพศไม่สัมพันธ์กับการทำร้ายตนเองในกลุ่มนักศึกษา[9] นักศึกษาที่อายุน้อยมีความสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเองมากกว่านักศึกษาที่มีอายุมากกว่า[1] อารมณ์เศร้าหรือภาวะซึมเศร้าเท่านั้นที่สัมพันธ์กับการทำร้ายตนเอง[4] ในขณะที่บางงานวิจัยพบเฉพาะความวิตกกังวลที่มีความสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเอง[3] เป็นต้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากความแตกต่างของลักษณะประชากร บริบทที่ศึกษาทำให้ผลการศึกษาแตกต่างกัน ดังนั้นจึงไม่อาจสรุปได้อย่างชัดเจนว่าปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในนักศึกษา

Klonsky, Muehlenkamp[17] ได้สรุปและอธิบายกลไกของพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต (function of self-injury) ที่มีผลต่อจิตใจของผู้เลือกลงมือทำร้ายตนเองโดยมีจุดมุ่งหมายที่แตกต่างกัน *ดังนี้ 1) การจัดการอารมณ์ (affect regulation) เพื่อหยุดหรือปลดปล่อยอารมณ์ด้านลบ เช่น เศร้า โกรธ วิตกกังวล ความรู้สึกไม่มั่นคงที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ 2) การลงโทษตัวเอง (self-punishment) ซึ่งมักจะเชื่อมโยงกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหรือความเคารพตนเองลดลง ดังนั้นบุคคลจะปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมต่อตนเองตามที่บุคคลนั้นเชื่อหรือให้ความหมายว่าเป็นการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม 3) การมีอิทธิพลเชิงความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (interpersonal influence) เพื่อต้องการมีอิทธิพลต่อบุคคลอื่น เช่น คนรัก เพื่อน ในการควบคุมหรือต่อรองให้ได้ในสิ่งที่ตนเองต้องการ หรือขอความช่วยเหลือ 4) การทำให้มีตัวตน (anti-dissociation) เพื่อให้เกิดความรู้สึกถึงการมีตัวตนผ่านการทำร้ายตนเอง 5) การต่อต้านการฆ่าตัวตาย (anti-suicide) เพื่อหยุดความคิดหรือความต้องการฆ่าตัวตาย โดยทำร้ายตนเองไม่ให้ถึงแก่ชีวิต 6) การสร้างขอบเขตความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal Boundaries) เพื่อยืนยันตัวตนผ่านการแยกตนเองในเชิงความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น หรือสิ่งแวดล้อม การแยกตนเองจากบุคคลอื่นนี้จะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกมีตัวตนมีอิสระที่สามารถควบคุมตนเองได้และ 7) การแสวงหาความตื่นเต้น (sensation seeking) อาจเกิดเมื่อบุคคลต้องการแสวงหาความตื่นเต้นจากการทำร้ายร่างกายตนเอง ทั้งนี้บุคคลที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตอาจใช้กลไกมากกว่าหนึ่งวิธีร่วมกันได้ในคราวเดียวกัน*[17-18]

สำหรับรูปแบบพฤติกรรมทำร้ายตนเองอาจจะมีความแตกต่างกันในกลุ่มเพศ วัย และสังคมวัฒนธรรม[8,19-20] จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยไม่ปรากฏมีการศึกษาวิจัยเพื่อทำความเข้าใจถึงรูปแบบการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในกลุ่มวัยรุ่น มีเพียงการศึกษาในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มารับการบำบัดรักษาและมีประวัติเคยฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ พบวิธีทำร้ายตนเองด้วยการกินยาเกินขนาด (ร้อยละ 44.6) และกินสารเคมี (ร้อยละ 24.1) มีความถี่มากที่สุด ส่วนใหญ่ทำร้ายตนเองด้วยอารมณ์ชั่ววูบ/ไม่ได้วางแผน[21] สอดคล้องกับข้อมูลการพยายามฆ่าตัวตายของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปีของโรงพยาบาลขอนแก่น พ.ศ. 2557-2558 พบวิธีที่ใช้มากที่สุด คือ กินสารเคมี และกินยาเกินขนาด[20] ในต่างประเทศพบรูปแบบพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่แตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น นักศึกษาชาวแอฟริกาใต้มักใช้วิธีตีตัวเอง มีพฤติกรรมเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ โทษศีรษะตนเอง กินยาเกินขนาด ขับรถโดยประมาท กรีดตนเองมากที่สุด และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงที่สุดในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 21 ปี[8] นักเรียนสัญชาติแอฟริกัน-อเมริกันมีแนวโน้มทำร้ายตนเองด้วยวิธีเผาหรือตัดอวัยวะของตนเองมากกว่าคนผิวขาว[3] กลุ่มนักศึกษาชาวจีนใช้วิธีขีดข่วน ตัด และแทง[5] สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบกลุ่มนักศึกษาในประเทศแถบเอเชีย ได้แก่ อินเดีย ตุรกี อินโดนีเซีย และญี่ปุ่น ใช้รูปแบบพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่พบบ่อย ได้แก่ ตีตนเอง ขีดข่วน เจาะ และกัดตนเอง[3] หากพิจารณารูปแบบพฤติกรรมทำร้ายตนเองตามเพศพบว่ากลุ่มวัยรุ่นเพศหญิงมีแนวโน้มของพฤติกรรมทำร้ายตนเองด้วยการใช้สารเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่าเพศชาย[8] และมีแนวโน้มทำร้ายตนเองในรูปแบบซ้อนเร้น (hidden or covert) เช่น ขีดข่วน ตัดหรือกรีดแขน กรีดข้อมือตนเอง ส่วนเพศชายมีแนวโน้มทำร้ายตนเองในรูปแบบที่เปิดเผย (overt) เช่น ชกต่อยตัวเองหรือสิ่งของ ใช้ศีรษะโขกกับสิ่งของ[22] เป็นต้น

สำหรับในประเทศไทยพบว่ายังไม่มีการศึกษาการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในนักศึกษามหาวิทยาลัยหรือในกลุ่มวัยรุ่นไทย จากประสบการณ์

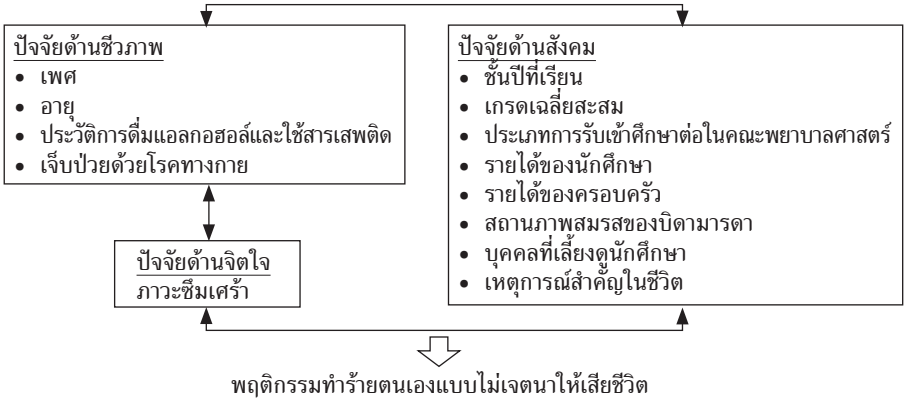
การทำงานในคณะพยาบาลศาสตร์ของผู้วิจัยพบว่ามีจำนวนนักศึกษาที่ทำร้ายตนเองมากขึ้นทุกปี ดังสถิติที่บันทึกไว้ในปีการศึกษา 2561- 2563 มีจำนวน 10 ราย 12 ราย และ12 รายตามลำดับ ในจำนวน 12 รายของปีการศึกษา 2563 เป็นนักศึกษารายใหม่ 5 ราย[23] สถิติที่บันทึกนี้ส่วนใหญ่มักเป็นกรณีที่รุนแรงที่อาจารย์นิเทศหรือเพื่อนสังเกตเห็นความผิดปกติได้ หรือเป็นกรณีที่นักศึกษาแจ้งต่ออาจารย์เมื่อมีอาการรุนแรงแล้ว จึงเป็นไปได้ว่าจำนวนนักศึกษาพยาบาลที่ทำร้ายตนเองอาจสูงกว่าที่บันทึกไว้ นอกจากนี้ที่ผ่านมาทางคณะฯ ยังไม่มีการเก็บข้อมูลนี้อย่างเป็นระบบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความจำเป็นในการศึกษาสถานการณ์การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตของนักศึกษาพยาบาลเพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมหรือโครงการในการส่งเสริมและป้องกันพฤติกรรมการทำร้ายตนเองในกลุ่มนักศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาค่าร้อยละการเกิดและปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี ปีการศึกษา 2563

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดแบบจำลองชีวจิตวิทยาสังคม (biopsychosocial model) ของ Engel มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในนักศึกษาพยาบาล Engel อธิบายว่าปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านสังคมมีอิทธิพลต่อการเกิดการเจ็บป่วยหรือเงื่อนไขทางสุขภาพของบุคคล[24] และปัจจัยทั้งสามนี้ยังมีความสัมพันธ์ต่อกันที่ส่งผลให้บุคคลเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพได้[25] จากทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในกลุ่มนักเรียนและนักศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ (เพศ อายุ[7] การดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติด[8] การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย[2]) ปัจจัยด้านจิตใจ (ภาวะซึมเศร้า[9-10]) และปัจจัยด้านสังคม (ชั้นปีที่เรียน[11] เกรดเฉลี่ยสะสม[1] ประเภทการรับเข้าศึกษาต่อ รายได้ของนักศึกษาและครอบครัว[11] สถานภาพสมรสของบิดามารดา บุคคลที่เลี้ยงดูนักศึกษา[12] เหตุการณ์สำคัญในชีวิต[2,6,11,13,15] ซึ่งมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดแบบจำลองชีวจิตวิทยาสังคมดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยตามแนวคิดแบบจำลองชีวจิตวิทยาสังคมของ Engel ประยุกต์จาก Cieza และ Bickenbach[25] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม

วิธีการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ระดับปริญญาตรีที่ลงทะเบียนเรียนภาคการศึกษาต้น ปีการศึกษา 2563 ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ถึง 4 จำนวน 692 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวนโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วน ในกรณีที่ทราบจำนวนประชากรของ ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์[26] (ภาพที่ 1) ที่ระดับความเชื่อมั่น (confidence level) เท่ากับ 1.96 ความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ 0.05 ระดับของความแปรปรวน (degree of variability) ที่กำหนดแน่นอนที่ 0.5 (p=0.5) เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาในประเด็นนี้มาก่อนในประเทศไทย การแทนค่าสถิติที่ได้จากการศึกษาในต่างประเทศอาจไม่เหมาะสม ด้วยเหตุผลความแตกต่างด้านบริบทสังคมและวัฒนธรรม นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้สูตรในการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างของ ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์[26] เพื่อลดปัญหาจำนวนการตอบกลับของแบบสอบถามที่น้อยกว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จำนวน 308 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี sampling technique (convenience sampling)

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่

1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Patient Health Questionnaire-9 Thai version: PHQ-9) ที่พัฒนาโดยมาโนช หล่อตระกูลและคณะ[27] ข้อคำถามเป็นการถามอาการที่พบในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบบทดสอบนี้เป็นที่ยอมรับและแพร่หลายในการใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าซึ่งสามารถใช้ได้กับผู้ที่อายุ 18 ปีขึ้นไป โดยมีค่าความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ที่ร้อยละ 84 และ 77 ตามลำดับ[28]

2) แบบสอบถามพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต (Self-Harm Inventory: SHI) ที่พัฒนาโดย Sansone และคณะ เป็นแบบรายงานด้วยตนเอง (self-report) มีคำถามจำนวน 21 ข้อ (ต้นฉบับมี 22 ข้อผู้วิจัยตัดคำถามข้อ 14 ออก "คุณจงใจเว้นระยะห่างจากพระเจ้าของคุณเพื่อเป็นการลงโทษตัวเอง" เพื่อให้เครื่องมือมีความเหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ) ลักษณะการตอบเป็นใช่/ไม่ใช่ ผู้พัฒนาเครื่องมือนี้อนุญาตให้ใช้เครื่องมืออย่างเป็นสาธารณะโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ[29] ผู้วิจัยได้ดำเนินการแปลเครื่องมือตามกระบวนการแปลของ Brislin[30]และเพิ่มความเจาะจงด้านระยะเวลาที่สอบถามพฤติกรรมทำร้ายตนเองในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ ผลการตรวจสอบความเท่าเทียมด้านความหมายระหว่าง SHI ฉบับดั้งเดิมและฉบับแปลย้อนกลับ จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 ท่าน พบว่าเครื่องมือทั้งสองฉบับมีความเท่าเทียมกันด้านความหมายมากถึงมากที่สุด ผลทดสอบค่าความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายในด้วย Kuder-Richardson coefficient (KR-20) พบว่าค่าสัมประสิทธิ์ทั้งฉบับเท่ากับ 0.615

3) แบบสอบถามเหตุการณ์สำคัญในชีวิต (stressful life event questionnaires) ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์สำคัญในชีวิตต่อการเกิดการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในนักศึกษา มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อที่เกี่ยวกับประสบการณ์เหตุการณ์สำคัญในชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์

(Index of Item– Objective Congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.66 – 1 และมีค่าความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายในทั้งฉบับได้เท่ากับ 0.775

การเก็บรวบรวมข้อมูล โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เลขที่ HE632171 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน-ตุลาคม 2563 ซึ่งอยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ทำให้คณะพยาบาลศาสตร์ปรับการจัดการเรียนการสอนเป็นการเรียนภาคทฤษฎีแบบออนไลน์ทั้งหมด นักศึกษาจึงเรียนจากที่บ้านหรือหอพัก ดังนั้นการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างจึงใช้ช่องทางการสื่อสารแบบออนไลน์ เช่น เฟสบุ๊คชั้นปี ไลน์แอพพลิเคชั่นชั้นปี เว็บไซต์ของคณะฯ เป็นต้น รวมทั้งแผ่นประชาสัมพันธ์โครงการฯ ซึ่งมี QR Code รายละเอียดโครงการฯ ติดตามสถานที่ต่าง ๆ เพื่อประชาสัมพันธ์โครงการฯ เมื่อนักศึกษาสนใจเข้าร่วมโครงการฯ นักศึกษาสามารถเข้าสู่ลิงค์ของโครงการฯ โดยใช้สมาร์ทโฟนหรือคอมพิวเตอร์เข้าถึงเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครเพื่ออ่านรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการฯ ทั้ง 4 ช่องทางนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการพร้อมกัน เมื่อครบสองสัปดาห์หลังจากเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการตอบกลับแบบสอบถาม และพบว่ามีการตอบกลับแบบสอบถามเพียง 48 คน (คิดเป็นร้อยละ 13.31 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด) ผู้วิจัยจึงขอให้หัวหน้าชั้นปีแจ้งข่าวและประชาสัมพันธ์โครงการฯ แก่นักศึกษาอีกครั้ง เมื่อครบสองสัปดาห์หลังจากประสานงานกับหัวหน้าชั้นปีครั้งที่สองผู้วิจัยจึงยุติการเก็บข้อมูล ได้รับแบบสอบถามกลับจำนวนทั้งสิ้น 181 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูล เหตุการณ์สำคัญในชีวิต ภาวะซึมเศร้า ร้อยละการเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตใช้การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์คราวละปัจจัย (univariate analysis) ด้วยสถิติ Chi-square และ Simple logistic regression และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตแบบคราวละหลายปัจจัย (multivariate analysis) ด้วย multiple logistic regression โดยนำตัวแปรเข้าแบบ Enter method

ผลการวิจัย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่ามีนักศึกษาเข้าสู่เว็บเพจโครงการฯ จำนวน 181 คน มีนักศึกษาตอบแบบสอบครบทุกส่วนจำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 45.77 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ก่อนวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ตัดข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบ “ใช่” ในคำถามข้อที่ 17 *“ฉันเคยพยายามฆ่าตัวตาย”* ออก เนื่องจากอาจเป็นพฤติกรรมจงใจทำร้ายตนเองให้เสียชีวิตซึ่งมีจำนวน 8 คน ทำให้เหลือข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์จริงจำนวน 133 คน (คิดเป็นร้อยละ 42.53 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด) ข้อมูลลักษณะกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 93.2 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 19.77 ปี (SD=1.43) กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 2 และ 1 ที่ร้อยละ 37.6 และ 33.1 ตามลำดับ ข้อมูลด้านรายได้ของนักศึกษาและครอบครัวกว่าร้อยละ 67.7 และ 63.9 มีรายได้ไม่เพียงพอ นักศึกษากว่าร้อยละ 48.9 ให้ข้อมูลเคยมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 0.8 ของนักศึกษาที่ให้ข้อมูลเคยใช้สารเสพติด รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (n=133)

ปัจจัย	รวม	
	จำนวน	(ร้อยละ)
เพศ		
หญิง	124	93.2
ชาย	4	3.0
อื่น ๆ	5	3.8
อายุ (Mean =19.77 (SD=1.43))		
น้อยกว่า 20 ปี	103	77.4
มากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	30	22.6
ชั้นปีที่ศึกษา		
ชั้นปีที่ 1	44	33.1
ชั้นปีที่ 2	50	37.6
ชั้นปีที่ 3	37	27.8
ชั้นปีที่ 4	2	1.5
เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) Mean =3.19 (SD=0.48)		
น้อยกว่า 3.00	43	32.3
มากกว่าหรือเท่ากับ 3.00	90	67.7
ประเภทการรับเข้าศึกษาต่อในคณะพยาบาลศาสตร์		
คัดเลือกคุณสมบัติ	10	7.5
สอบคัดเลือก	123	92.5
รายได้ของนักศึกษา		
ไม่เพียงพอ	90	67.7
มีเพียงพอ	39	29.3
มีเหลือเก็บ	4	3.0
สถานภาพสมรสของบิดามารดา		
คู่	100	75.2
หย่า/ม้าย	33	24.8
บุคคลที่เลี้ยงดูนักศึกษา		
พ่อและแม่	101	75.9
พ่อหรือแม่	22	16.6
ปู่ย่าหรือตายาย	10	7.5
รายได้ของครอบครัว		
ไม่เพียงพอ	85	63.9
มีเพียงพอ	45	33.8

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (n=133) (ต่อ)

ปัจจัย	รวม	
	จำนวน	(ร้อยละ)
มีเหลือเก็บ	3	2.3
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคย	68	51.1
เคย	65	48.9
ดื่มภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	15	23
ดื่มภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา	39	60
ดื่มมามากกว่า 12 เดือนที่ผ่านมา	11	17
การใช้สารเสพติด		
ไม่เคย	132	99.2
เคย	1	0.8
เสพภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	–	–
เสพภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา	1	(0.8)
เสพมามากกว่าช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	–	–

ค่าร้อยละการเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต ผลการศึกษาพบว่านักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ร้อยละ 36.1 ในจำนวนนี้พบว่านักศึกษาเพศหญิงมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตสูงกว่าเพศชายที่ร้อยละ 63.71 และ 36.29 ตามลำดับ

รูปแบบพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมจงใจทำให้ตนเองตกอยู่ในความสัมพันธ์ที่ถูกปฏิเสธมีความถี่สูงที่สุดกว่าร้อยละ 29.8 ของผู้ที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต รองลงมาคือ มีพฤติกรรมเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ และมีพฤติกรรมทำให้ตนเองอยู่ในความสัมพันธ์ที่ถูกทำร้ายทางเพศ คิดเป็นร้อยละ 17.7 และ 14.2 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รูปแบบพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต

รูปแบบพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต	รวม	
	จำนวน	ร้อยละ
จงใจทำให้ตนเองตกอยู่ในความสัมพันธ์ที่ถูกปฏิเสธ	42	29.8
เปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ	25	17.7
ทำให้ตนเองอยู่ในความสัมพันธ์ที่ถูกทำร้ายทางเพศ	20	14.2
ใช้ยาระบายในทางที่ผิดจนทำให้เกิดโทษต่อตนเอง	17	12.1
จงใจทำให้ตนเองบาดเจ็บด้วยวิธีการออกกำลังกาย	14	9.9
ดื่มแอลกอฮอล์มากจนทำให้เกิดโทษต่อตนเอง	13	9.2
จงใจไม่กินยาตามที่แพทย์สั่งเพื่อให้อาการแย่ลง	13	9.2
ทำให้ตนเองอยู่ในความสัมพันธ์ที่ถูกทำร้ายทางด้านอารมณ์	12	8.5

ตารางที่ 2 รูปแบบพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต (ต่อ)

รูปแบบพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต	รวม	
	จำนวน	ร้อยละ
อดอาหารเพื่อให้ตนเองได้รับความทรมาน	11	7.8
พยายามฆ่าตัวตาย	8	5.7*
จงใจโขก ศีรษะตนเอง	7	5
จงใจทำให้ตนเองถูกไฟหรือน้ำร้อนลวก	6	4.3
จงใจทำให้ตนเองตกงาน/จงใจให้ถูกออกจากการศึกษา	5	3.5
จงใจใช้ของมีคมทำร้ายตนเอง	4	2.8
จงใจใช้ยาในทางที่ผิดเพื่อไม่ให้เป็นไปตามแผนการรักษา	3	2.1
ตี หรือตบหน้าตนเอง	2	1.4
จงใจทำให้แผลหายช้า	2	1.4
จงใจขับขี่พาหนะให้มีความเสี่ยง	1	0.7
จงใจทรมานตนเองเพื่อให้รู้สึกแย่ด้วยการคิดลบต่อตนเอง	1	0.7
จงใจกรีด ข่วน ผิวหนังตนเอง	0	0
กินยาเกินขนาด	0	0

* ข้อมูลส่วนนี้ไม่ถูกนำมาวิเคราะห์

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต ผลการวิเคราะห์พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ มีประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (OR=2.07, 95%CI=1.01-4.27) ถูกตำหนิหรือใช้คำพูดดูถูกจากพ่อแม่ (OR=2.37, 95%CI=1.11-5.03) กังวลต่อการฝึกปฏิบัติ (OR=2.37, 95%CI=1.11-5.03) สูญเสียบุคคล สัตว์หรือสิ่งของอันเป็นที่รัก (OR=2.35, 95%CI=1.14-4.89) ภาวะซึมเศร้า (OR=3.11, 95%CI=1.42-6.78) ดังตารางที่ 3

ปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต ผลการวิเคราะห์พบว่า มีเพียงปัจจัยภาวะซึมเศร้าที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในนักศึกษาพยาบาล (OR=2.57, 95%CI=1.05-6.29) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตของนักศึกษาพยาบาล (n=133)

ปัจจัย	การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต ช่วง 2 สัปดาห์ (n=133)				Univariate analysis		Multivariate analysis	
	ไม่		ใช่		Crude OR (95%CI)	p-value	Adjust OR (95%CI)	p-value
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ				
มีประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์						0.05*		0.22
ไม่	53	80.3	13	19.7	1		1	
ใช่	44	65.7	23	34.3	2.07 (1.01-4.27)		1.62 (0.74-3.51)	

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์และปัจจัยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตของนักศึกษาพยาบาล (n=133) (ต่อ)

ปัจจัย	การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต ช่วง 2 สัปดาห์ (n=133)				Univariate analysis		Multivariate analysis	
	ไม่		ใช่		Crude OR (95%CI)	p-value	Adjust OR (95%CI)	p-value
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ				
เหตุการณ์สำคัญในชีวิต								
- ถูกตำหนิหรือใช้คำพูดดูถูกจากพ่อแม่						0.02*		0.75
ไม่มี	64	75.3	21	24.7	1		1	
มี	27	56.3	21	43.7	2.37 (1.11-5.03)		1.15 (0.45-2.92)	
- กังวลต่อการฝึกปฏิบัติ						0.02*		0.16
ไม่มี	64	75.3	21	24.7	1		1	
มี	27	56.3	21	43.7	2.37 (1.11-5.03)		1.81 (0.79-4.14)	
- สูญเสียบุคคล สัตว์หรือสิ่งของอันเป็นที่รัก						<0.01*		0.20
ไม่มี	55	64.7	30	35.3	1		1	
มี	21	43.8	27	56.2	2.35 (1.14-4.89)		1.69 (0.74-3.86)	
ภาวะซึมเศร้า						<0.01*		0.03*
ไม่	68	80.0	17	20.0	1		1	
มี	27	56.3	21	43.7	3.11 (1.42-6.78)		2.57 (1.05-6.29)	

*p-value < 0.05, Nagelkerke R Square = 0.129

การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นครั้งแรกที่ศึกษาพฤติกรรมทำร้ายตัวเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศไทย พบค่าร้อยละของพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ร้อยละ 36.1 ซึ่งค่าร้อยละดังกล่าวนี้มีค่าสูงกว่าการศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านมา เช่น พบพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในนักศึกษามหาวิทยาลัยชาวนอร์เวย์ร้อยละ 22.6[31] และร้อยละ 27.8 ในนักศึกษาชาวแม็กซิกัน[32] ค่าร้อยละที่สูงในการศึกษานี้อาจเป็นเพราะช่วงเวลาเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด19 ที่คณะฯ ใช้นโยบายจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ทั้งหมด นักศึกษาพยาบาลจึงจำเป็นต้องปรับตัวต่อรูปแบบการเรียนแบบใหม่ และเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีที่จำเป็นต่อการเรียนออนไลน์ตลอดจนการปรับตัวด้านสังคม นักศึกษาไม่สามารถร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้องทำร่วมกันในชั้นเรียนได้ เนื่องจากต้องเว้นระยะห่างทางสังคม และอาจเครียดวิตกกังวลต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด19[33] สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบนักศึกษามีความเครียด วิตกกังวลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโควิด19 และการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19[34] หากนักศึกษาไม่สามารถปรับตัวหรือจัดการกับความเครียดและวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ อาจส่งผลให้เกิดความเครียดสะสมและความกดดันทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้นักศึกษาเลือกทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตเพื่อจัดการกับภาวะกดดันทางอารมณ์ และไม่ได้เป็น

สิ่งผิดบาปทางศาสนาดังเช่นการลงมือฆ่าตัวตาย[1] สอดคล้องกับการศึกษาของ Lim และคณะ ที่พบว่าวัยรุ่นและนักศึกษาในทวีปเอเชียแสดงพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตโดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าเป็นการระบายความรู้สึกด้านลบ จากภาวะกดดัน เรื่องการเรียน[1]

นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบพฤติกรรมทำร้ายตนเองด้วยการมีพฤติกรรมจงใจทำให้ตนเองตกอยู่ในความสัมพันธ์ที่ถูกปฏิเสธมีความถี่มากที่สุด รองลงมาคือรูปแบบพฤติกรรมทำร้ายตนเองด้วยการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยมีพฤติกรรมเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ และมีพฤติกรรมทำให้ตนเองอยู่ในความสัมพันธ์ที่ถูกทำร้ายทางเพศ สอดคล้องกับการศึกษาของ Walt ที่พบรูปแบบพฤติกรรมทั้งสามรูปแบบในนักศึกษามหาวิทยาลัยเป็นลำดับต้น ๆ[8] ทั้งนี้อาจสามารถอธิบายความเชื่อมโยงพฤติกรรมดังกล่าวกับการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตได้กล่าวคือ การแสดงพฤติกรรมจงใจทำให้ตนเองตกอยู่ในความสัมพันธ์ที่ถูกปฏิเสธอาจเกิดขึ้นเพื่อแยกขอบเขตความสัมพันธ์ ที่ทำให้บุคคลนั้นสามารถยืนยันตัวตนของตนเองในเชิงความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น และเกิดความรู้สึกมีตัวตน หรือเป็นอิสระมากขึ้นเนื่องจากสามารถควบคุมความสัมพันธ์เองได้ สำหรับพฤติกรรมทำให้ตนเองอยู่ในความสัมพันธ์ที่ถูกทำร้ายทางเพศหรือพฤติกรรมเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ อาจเกิดขึ้นเพื่อเป็นการลงโทษตนเอง (self-punishment)[17] ซึ่งเป็นการระบายอารมณ์โกรธหรืออารมณ์ไม่พอใจตนเองด้วยการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เคารพตนเอง หรือลดคุณค่าของตนเอง[18] ผ่านความเชื่อค่านิยมตามบริบทและวัฒนธรรมไทยที่เพศหญิงในวัยเรียนควรรักนวลสงวนตัว และมุ่งเน้นเรื่องการเรียนมากกว่าเรื่องความรักและเพศ

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ร้อยละ 39.1 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมาเล็กน้อย (ร้อยละ 32 และ 34.5[35-36]) อาจเป็นเพราะผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 นักศึกษาเกือบทั้งหมดเรียนที่บ้านหรือหอพักของตนเอง ซึ่งจำเป็นต้องปรับตัวในการเรียน ทั้งเนื้อหาที่เรียน รูปแบบการเรียนผ่านออนไลน์ การปรับตัวในการเรียนรู้เทคโนโลยีที่จำเป็นต่อการเรียนออนไลน์ การมีสังคมในการดำเนินชีวิตจริงลดลง ขาดการสื่อสารในกลุ่มเพื่อนที่ช่วยให้สนับสนุนให้เกิดความเข้าใจในการเรียน

ผลการศึกษานี้พบว่ามีเพียงภาวะซึมเศร้าที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้อาจสามารถอธิบายตามแนวคิดแบบจำลองชีวจิตวิทยาสังคมได้ว่า ภาวะซึมเศร้า (ปัจจัยด้านจิตใจ) เป็นสภาวะที่บุคคลตกอยู่ในความรู้สึกทุกข์ใจ คับข้องใจ หมดหวัง ท้อแท้ ล้มเหลว คุณค่าในตนเองลดลง บุคคลอาจมีภาวะซึมเศร้าจากการเสียสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง (ปัจจัยด้านชีวภาพ) หรือประสบเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต (ปัจจัยด้านสังคม) ที่ก่อให้เกิดความคับข้องใจ กดดันทางอารมณ์เป็นช่วงระยะเวลาหนึ่งโดยไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ด้านลบดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพจนพัฒนาเป็นภาวะซึมเศร้า บุคคลอาจเลือกใช้การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตเพื่อหยุดหรือปลดปล่อยอารมณ์ดังกล่าว (affect-regulation) ให้เบาบางลง[17,37] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิเคราะห์อภิมานของ Cipriano และคณะพบอารมณ์ด้านลบ เช่น อารมณ์เศร้ามักเกิดขึ้นก่อนที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตเพื่อระบายอารมณ์ด้านลบเหล่านั้นออกมา[2]

สำหรับปัจจัยอื่นได้แก่ มีประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ถูกตำหนิหรือใช้คำพูดดูถูกจากพ่อแม่ กังวลต่อการฝึกปฏิบัติ สูญเสียบุคคล สัตว์ หรือสิ่งของอันเป็นที่รัก ไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเองในนักศึกษาพยาบาล อาจสามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยดังกล่าวอาจเป็นเพียงปัจจัยกลาง (mediator factor)

ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต รวมถึงอาจเป็นปัจจัยร่วมที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้า[15] ทั้งนี้ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตอาจขึ้นอยู่กับความถี่ ระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ ระยะเวลาที่เหตุการณ์เกิดขึ้น และความสามารถของบุคคลในการจัดการความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นด้วย[15]

ข้อจำกัดในการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีขนาดเล็กคิดเป็นร้อยละ 42.53 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ซึ่งอาจส่งผลต่ออำนาจการทดลอบ (power of test) มีค่าต่ำ จึงมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อน (type 2 error) ได้ นอกจากนี้เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิงอาจมีข้อจำกัดหากนำผลการศึกษานี้ไปอ้างอิงสู่กลุ่มนักศึกษาเพศชายหรือเพศทางเลือก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการเฝ้าระวังและคัดกรองพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต โดยเฉพาะกลุ่มนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งจำเป็น รวมถึงการให้ความตระหนักต่อการป้องกันและคัดกรองผลกระทบอื่น ๆ ที่จะตามมาในกลุ่มนักศึกษาที่มีพฤติกรรมจงใจทำให้ตนเองตกอยู่ในความสัมพันธ์ที่ถูกปฏิเสธจากคนรัก หรือการเปลี่ยนคู่นอนบ่อย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย ขอนแก่นที่สนับสนุนทุนวิจัย

References

1. Lim K-S, Wong CH, McIntyre RS, Wang J, Zhang Z, Tran BX, et al. Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: a meta-analysis. Int J Environ Res Pu. 2019 Nov 19;16(22):4581.
2. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal Self-injury: a systematic review. Front psychol [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 28]. Available from: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.01946/full?report=reader
3. Gholamrezaei M, De Stefano J, Heath NL. Nonsuicidal self-injury across cultures and ethnic and racial minorities: a review. Int J Psycho. 2017;52(4):316-26.
4. Huang Y-H, Liu H-C, Sun F-J, Tsai F-J, Huang K-Y, Chen T-C, et al. Relationship between predictors of incident deliberate self-harm and suicide attempts among adolescents. J Adolescent Health. 2017 May 1;60(5):612-8.
5. Wu D, Rockett RHI, Yang T, Feng X, Jiang S, Yu L. Deliberate self-harm among Chinese medical students: a population-based study. J Affect Disorders. 2016; 202: 137-44.
6. Aggarwal S, Patton G, Reavley N, Sreenivasan SA, Berk M. Youth self-harm in low- and middle-income countries: systematic review of the risk and protective factors. IntT J Soc Psychiatr. 2017;63(4):359-75.
7. Bennardi M, McMahon E, Corcoran P, Griffin E, Arensman E. Risk of repeated self-harm and associated factors in children, adolescents and young adults. BMC Psychiatry. 2016 Nov 24;16(1):421.
8. Walt V der F. Self-harming behaviour among university students: a south african case study. J Psychol Afr. 2016; 26(6):508-12.
9. Raza A, Abbasi NUH, Khurshid M, Ansari MI. The relationship between depression, anxiety, stress and self-harm among college students: A cross-sectional survey. Pak Armed Forces Med J. 2017;68(1):137-42.
10. Yang F-Y, Lai CY, Yen C-F, Hsu Y-Y, Zauszniewski JA. The depressive symptoms, resourcefulness, and self-harm behaviors of adolescents. J Nurs Res. 2017 Feb;25(1):41-9.

11. Kumar A, Srivastava M, Srivastava M. A situational analysis of tendency of deliberate self-harm among students. IJPSM. 2017;48(1-2):90-97.
12. Borschmann R, Becker D, Coffey C, Spry E, Moreno-Betancur M, Moran P, et al. 20-year outcomes in adolescents who self-harm: a population-based cohort study. Lancet Child Adolesc Health. 2017 Nov;1(3):195-202.
13. Guerreiro DF, Sampaio D, Figueira ML, Madge N. Self-harm in adolescents: a self-report survey in schools from Lisbon, Portugal. Arch Suicide Res. 2017;21(1):83-99.
14. Vergara GA, Stewart JG, Cosby EA, Lincoln SH, Auerbach RP. Non-suicidal self-injury and suicide in depressed adolescents: Impact of peer victimization and bullying. J Affect Disorders. 2019; 245: 744-9.
15. Tang J, Yang W, Ahmed NI, Ma Y, Liu H-Y, Wang J-J, et al. Stressful life events as a predictor for nonsuicidal self-injury in southern chinese cdolescence: a cross-sectional study. Medicine (Baltimore). 2016; 95(9): e2637
16. Chaniang S, Meuangkhwa P. Adolescent suicide risk behavior. Journal of Nursing Siam University. 2019; 20(39):121-30. (in Thai)
17. Klonsky ED, Muehlenkamp JJ. Self-injury: a research review for the practitioner. J Clin Psychol. 2007 Nov;63(11):1045-56.
18. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. Clin Psycho Rev. 2007 Mar;27(2):226-39.
19. Bhugra, D. (2013). Cultural values and self-harm [Editorial]. CRISIS. 2013; 34(4): 221-22.
20. Hataiyusuk S, Apinuntavech S. Adolescent suicide in Thailand: incidence, causes and prevention. Siriraj Med Bull. 2020; 13(1): 40-7. (in Thai)
21. Trachoo A, Kaewpornsawan T, Panyapas S. Suicidal behavior in children and adolescents who received treatment at Siriraj hospital. J Psychiatr Assoc Thailand. 2013; 58(4): 323-32. (in Thai)
22. Fitzgerald J, Curtis C. Non-suicidal self-injury in a New Zealand student population: Demographic and self-harm characteristics. New Zeal J Psychol. 2017;46(3):156-63.
23. Student Development and International Affairs. The Report of Nursing Students' information who were in the faculty of nursing caring system between 2018 and 2020. Faculty of Nursing, Khon kaen University 2020. (in Thai)
24. George E, Engel L. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatr. 1980 May 5;137(5):535-44.
25. Cieza A, Bickenbach JE. Functioning, disability and health, international classification of. In: International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences [Internet]. Elsevier; 2015 [cited 2021 Feb 18]. p. 543-9. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780080970868140814
26. Chaimay B. Sample size determination in descriptive study in public health. Thaksin University Journal. 2013;16(2):9-18. (in Thai)
27. Faculty of medicine Ramathibodi hospital Mahidol University. Patient Health Questionaire-9 Thai version [Internet]. 2018. Available from: https://med.mahidol.ac.th/th/depression_risk
28. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. BMC Psychiatr. 2008 Dec;8(1):46.
29. Sansone AR, Sansone AL. Measuring self-harm behavior with the self-harm inventory. Psychiatry (Edgmont). 2010;7(4):16-20.

30. Brisln WR. Back-translation for cross-cultural research. J Cross Cult Psychol. 1970;1(3):185-216.
31. Sivertsen B, Hysing M, Knapstad M, Harvey AG, Reneflot A, Lønning KJ, et al. Suicide attempts and non-suicidal self-harm among university students: prevalence study. BJPsych Open. 2019 Mar;5(2): e26.
32. Benjet C, Gutiérrez-García RA, Abrego-Ramírez A, Borges G, Covarrubias-Díaz A, Durán MaDS, et al. Psychopathology and self-harm among incoming first-year students in six Mexican universities. Salud Publica Mexico. 2018 Dec 19;61(1, ene-feb):16.
33. Doolan K. Student life during The COVID-19 Pandemic: Europe-wideinsights.[Internet]. 2020 [cited 2020 Feb 19]. Available from: http://www.ehea.info/Upload/BFUG_HR_UA_71_8_1_Survey_results.pdf
34. Hyseni Duraku Z, Hoxha L. The impact of COVID-19 on higher education: a study of interaction among students' mental health, attitudes toward online learning, study skills, and changes in students' life. [Internet]. 2020 [cited 2020 Feb 19]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/341599684.
35. Vatanasin D, Chupan S, Detchaiyod P. Social problem-solving and depression among nursing students. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2019;29(1):87-99. (in Thai)
36. Thongbang P. Predictive factors that influence depression amongst Sirindhorn college of public health Suphanburi. Journal of Yanasangvorn Research Institute Mahamakut Buddhist University. 2019; 10(1): 1-10. (in Thai)
37. Klonsky ED. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation. PSYCHIAT RES. 2009 Apr; 166(2-3):260-8.