

นิพนธ์ต้นฉบับ

Prevalence and associated factors of non-suicidal self-injury among high school students in Mueang district, Nakhon Ratchasima Province

Nidchanan Attaraphadung, Chaloempong Thunyapipat

Department of Pediatrics, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

Received February 19, 2025 Revised June 24, 2025 Accepted June 24, 2025

Abstract

Background: Non-suicidal self-injury (NSSI) has increased around the world which affects physical, mental health, and long-term relationships. At present, studies in Thailand were still limited.

Objectives: To study prevalence and associated factors of NSSI among junior high school students in Mueang district, Nakhon Ratchasima Province.

Method: Descriptive cross-sectional study gathered information by stratified sampling method on high school students aged 11 – 15 years old at the affiliated schools in the secondary educational service area office Mueang District, Nakhon Ratchasima Province between May 1, 2024 – December 31, 2024. The collected data included demographics data, The Brief NSSI Assessment Tool, Patient health questionnaire for adolescent, Resilience inventory 9, and revised UCLA loneliness scale 6, all in Thai version.

Results: The total number of students were 1,388 cases and 436 (31%) cases reported at least one NSSI. Factors significantly associated with NSSI included female gender, being a victim of bullying, neglectful, depression, high levels of loneliness, and low resilience.

Conclusion: NSSI is found to be high among junior high school students in Mueang District, Nakhon Ratchasima Province, and is related to many factors, especially depression.

Keywords: NSSI, Suicide, Adolescent, Depression, Self injury

**ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพฤติกรรมทำร้ายตัวเองที่ไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตาย
ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา**

นิชนันท์ อัคระผดุง, เถลิงพงศ์ ธัญพิพัฒน์

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: พฤติกรรมทำร้ายตัวเองที่ไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่พบบากขึ้นทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และผลกระทบเชิงลบต่อความสัมพันธ์ระยะยาว ปัจจุบันการศึกษาในประเทศไทยยังมีจำนวนจำกัด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตัวเองที่ไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อายุ 11 - 15 ปี ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ระหว่าง 1 พฤษภาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2566 เก็บข้อมูลทั่วไป แบบสอบถาม The Brief NSSI Assessment Tool, Patient health questionnaire for adolescent (PHQ-A), Resilience inventory 9 (RI-9), revised UCLA loneliness scale 6 (RULS-6) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา: นักเรียนจำนวน 1,388 คน พบว่า 436 คน (ร้อยละ 31) มีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตาย ปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมดังกล่าวคือ เพศหญิง การเคยถูกล้อแกล้งรังแก การเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกโดดเดี่ยวที่สูง และการมีความสามารถในการปรับตัวน้อย

สรุป: พฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตายพบได้สูงในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้านโดยเฉพาะอาการซึมเศร้า

คำสำคัญ NSSI, Suicide, Adolescent, Depression, Self injury

บทนำ

พฤติกรรมทำร้ายตัวเองที่ไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตาย (Non-suicidal self-injury; NSSI) คือ ภาวะที่ผู้ป่วยกระทำบางอย่างเพื่อให้เกิดการบาดเจ็บของร่างกาย เช่น ทำให้เลือดออก หรือเกิดความเจ็บปวดด้วยวิธีต่างๆ โดยการกระทำดังกล่าวคาดหวังเพื่อให้เกิดการบาดเจ็บแก่ร่างกายเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยตั้งใจไม่ให้ถึงแก่ชีวิต เพื่อคลายความรู้สึกด้านลบ แก้ไขปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือทำให้เกิดความรู้สึกด้านบวก ซึ่งในที่นี้ไม่รวมการกระทำเพื่อความสวยงามของร่างกาย (เช่น การสัก) การกระทำ ตามความเชื่อของสังคม ศาสนา ไม่รวมถึงการกัดเล็บหรือดัดผมใด ๆ โดยผู้ป่วยจะต้องมีความรู้สึกหรือ ความคิดด้านลบเกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง โดยความคิดดังกล่าวเกิดขึ้นซ้ำ ๆ วนไปวนมาอย่างที่ชัดเจน แม้ว่าจะเกิดหรือไม่เกิดเหตุการณ์ดังกล่าวขึ้นก็ตาม นอกจากนี้เหตุการณ์ดังกล่าว ยังส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมานหรือทำให้เสียหน้าที่การทำงาน การใช้ชีวิตในสังคม ซึ่งไม่ได้เป็นผลมาจากโรคทางจิตเวช การใช้ยารักษาโรคหรือผลจากการใช้หรือถอนยาเสพติด¹

NSSI พบได้บ่อยในช่วงอายุ 13-15 ปี จากการศึกษาในต่างประเทศช่วง พ.ศ. 2532-2561 พบว่าความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต (life-time prevalence) คิดเป็นร้อยละ 22.1 และความชุกใน 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 19.5^{2,3} พฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้มีการทำร้ายตนเองซ้ำ ๆ ปัญหาในการเข้าสังคม ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดความตั้งใจในการฆ่าตัวตายในอนาคตด้วย⁴ โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับ NSSI ได้แก่ เพศหญิง การถูกเพื่อนรังแก การใช้สารเสพติด จำพวกบุหรี่ยาและกัญชา การติดเกม อาการซึมเศร้า ความรู้สึกโดดเดี่ยว^{4,5} การมีความสามารถในการยืดหยุ่นปรับตัว (resilience) ที่ต่ำ⁶ เป็นต้น

สำหรับข้อมูลในประเทศไทย กลุ่มงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่นสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้ทำการศึกษารูปแบบและลักษณะของ NSSI ในผู้ป่วยวัยรุ่นอายุ 10-18 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจำนวน 145 คน พบว่าความชุกของ NSSI คิดเป็นร้อยละ 22.8 โดยสัมพันธ์กับเพศหญิง กำลังศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 มีภาวะสมาธิสั้นและภาวะซึมเศร้าอยู่เดิม และมีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว รูปแบบของ NSSI ที่พบมากที่สุด คือ การเกาหรือหยิกผิวหนัง เหตุผลของ NSSI ที่พบสูงสุด คือ ทำเพื่อระบายความเครียดหรือระบายความรู้สึกกดดัน โรคทางจิตเวชที่พบร่วมกับ NSSI ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และภาวะผิดปกติทางจิตใจภายหลังอันตราย⁷

วัตถุประสงค์

ศึกษาข้อมูลความชุก รูปแบบ ลักษณะปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยป้องกัน (ได้แก่ ความสามารถในการยืดหยุ่นปรับตัว) ของพฤติกรรมทำร้ายตัวเองที่ไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตายในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการศึกษา

ใช้การศึกษาแบบพรรณนาโดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ โดยประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว และแบบสอบถามดังต่อไปนี้ (โดยแบบสอบถามทั้งหมดได้ขออนุญาตทางผู้จัดทำแล้ว)

The Brief Non-suicidal Self-injury Assessment Tool Thai-version สร้างโดย The Cornell Research Program on Self-injury and Recovery แปลโดยเวณี อุบลศรี และศิริรัตน์ อุพารดินนท์ กลุ่มงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พ.ศ. 2563⁷ เป็นแบบสอบถามรูปแบบ NSSI เหตุผลของพฤติกรรม ความถี่ และตำแหน่งในการทำร้ายตนเอง เป็นต้น

Patient Health Questionnaire, Adolescent, PHQ-A Thai-version⁸ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยวิมลวรรณ ปัญญาว่อง, โชนิศา ภาวะสุทธิไพสิฐ และรัตนศักดิ์ สันติธาดากุล หน่วยงานสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ พ.ศ. 2561 คะแนนเต็ม 24 คะแนน โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่มคือ ไม่มีภาวะซึมเศร้าเลย (เมื่อคะแนนอยู่ในช่วง 0-4) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (เมื่อคะแนนอยู่ในช่วง 5-9) มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (เมื่อคะแนนอยู่ในช่วง 10-14) มีภาวะซึมเศร้ามาก (เมื่อคะแนนอยู่ในช่วง 15-19) และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (เมื่อคะแนนอยู่ในช่วง 20-24)

6-Item Revised UCLA Loneliness Scale, RULS-6 Thai-version⁹ แบบทดสอบวัดความรู้สึกโดดเดี่ยว 6 ข้อ พัฒนาโดย Dr.Daniel W. Russell และแปลภาษาไทยโดยทินกร วงศ์ปการันย์ หน่วยจิตบำบัดและจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยแต่ละข้อจะให้ผู้ตอบแบบสอบถามให้คะแนนตามความคิดความรู้สึก ซึ่งตอบได้ตั้งแต่ 1 – 4 คะแนน โดย 1 คะแนนคือไม่เคยเลย และ 4 คะแนนคือเป็นประจำ คะแนนรวมทั้งหกคนน้อยที่สุดคือ 6 คะแนน และมากที่สุดคือ 24 โดยคะแนนที่มากขึ้นหมายถึงมีความรู้สึกที่โดดเดี่ยวที่มาก

Resilience Inventory 9, RI-9¹⁰ แบบทดสอบวัดความสามารถในการยืดหยุ่นปรับตัวพัฒนาโดย ทินกร วงศ์ปการันย์ และณัทย์ วงศ์ปการันย์ หน่วยจิตบำบัดและจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยแต่ละข้อจะให้ผู้ตอบแบบสอบถามให้คะแนนตามความคิดความรู้สึก ซึ่งตอบได้ตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน โดย 1 คะแนนคือไม่ตรงเลย และ 5 คะแนนคือตรงกับตัวฉันมากที่สุด คะแนนรวมทั้งหกคนน้อยที่สุดคือ 9 คะแนนและมากที่สุดคือ 45 โดยคะแนนที่มากขึ้นหมายถึงมีความสามารถในการยืดหยุ่นปรับตัวที่มาก

การคำนวณตัวอย่างที่จะศึกษา (sample size) คำนวณจากสูตร $N = Z_{\alpha}^2 P(1-P)/d^2$ โดย $Z_{\alpha} = 1.96$ p value 0.23 (prevalence จากงานวิจัยของเวณี อุบลศรี และศิริรัตน์ อุพารดินนท์) และ $d = 0.025$ ซึ่งเมื่อคำนวณแล้วต้องเก็บตัวอย่างที่จะศึกษาทั้งหมด 1,088 คน

ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือกโรงเรียนรัฐบาลระดับมัธยมศึกษาตอนต้นแต่ละแห่งในอำเภอเมือง จังหวัด นครราชสีมา ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) โดยแบ่งโรงเรียนออกเป็น 2 กลุ่มคือ โรงเรียนที่มีการแข่งขันสูง จำนวน 4 โรงเรียน และโรงเรียนทั่วไปจำนวน 7 โรงเรียน โดยผู้วิจัยเลือกศึกษาในโรงเรียนที่มีการแข่งขันสูงทั้งหมด และเลือกโรงเรียนทั่วไปจำนวน 4 โรงเรียน จากทั้งหมด 7 โรงเรียน โดย 3 โรงเรียนที่คัดออกเนื่องจากมีนักเรียนจำนวนน้อยกว่าโรงเรียนอื่นมาก ดังนั้นโรงเรียนทั้งหมดที่เก็บข้อมูลรวมเป็น 8 โรงเรียน ในแต่ละโรงเรียนจะเก็บจากนักเรียน 3 ระดับชั้นคือ ม.1 - ม.3 โดยในโรงเรียนที่มีการแข่งขันสูงจะสุ่มเลือกห้องเรียนพิเศษมาชั้นละ 1 ห้อง และสุ่มห้องเรียนทั่วไปมาชั้นละ 2 ห้อง และในโรงเรียนทั่วไปจะสุ่มเลือกห้องเรียนมาระดับชั้นละ 2 ห้อง เนื่องจากนักเรียนในโรงเรียนการแข่งขันสูงทั้งหมดมีจำนวนมากกว่าโรงเรียนทั่วไป จึงเลือกเก็บกลุ่มตัวอย่างในสัดส่วนมากกว่า เมื่อได้ห้องเรียนที่สุ่มเลือกแล้ว นักเรียนทั้งหมดในห้องที่ถูกสุ่มเลือกนั้นจะได้ทำแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อเก็บข้อมูล ซึ่งนักเรียนสามารถเลือกทำได้โดยสมัครใจ โดยช่วงที่เก็บข้อมูลคือ 1 พฤษภาคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566

งานวิจัยได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่ 044/2022

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนนับ ร้อยละ รวมถึงการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงคุณภาพจะประเมินผลด้วย Pearson chi-square ข้อมูลเชิงปริมาณจะประเมินผลด้วย Student t-test หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิด NSSI ด้วย multivariate logistic regression analysis โดยรายงานผลเป็น odds ratio และค่า 95%CI โดยใช้ $p \text{ value} < 0.05$ ถือว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และใช้ receiver operating characteristic (ROC) curve ในการวัดจุดตัดคะแนนภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกลึกซึ้ง และความสามารถในการยืดหยุ่นปรับตัวที่สัมพันธ์กับการมี NSSI

ผลการศึกษา

มีประชากรนักเรียนตอบแบบสอบถามทั้งหมด 1,388 คน โดยพบว่ามีผู้ที่เคยมี NSSI อย่างน้อย 1 ครั้ง เป็นจำนวน 436 คน คิดความชุกเป็นร้อยละ 31

ลักษณะของประชากรแสดงในตารางที่ 1 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.9 อายุเฉลี่ย 13.76 ± 0.9 ปี จำนวนนักเรียนจำแนกเป็นประเภทโรงเรียนการแข่งขันสูงและโรงเรียนทั่วไปมีความใกล้เคียงกัน

การประเมินภาวะ PHQ-A พบว่ามีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 903 คน (ร้อยละ 65.1) โดยมี ภาวะซึมเศร้ารุนแรง 79 คน (ร้อยละ 5.7) มีผู้มีประวัติการเคยพยายามฆ่าตัวตายในตลอดชีวิตที่ผ่านมา จำนวน 158 คน (ร้อยละ 11.4) และมีประวัติการเคยพยายามฆ่าตัวตาย ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 300 คน (ร้อยละ 21.6)

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากร

ลักษณะข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนคน (ร้อยละ) n = 1,388
เพศโดยกำเนิด: หญิง	797 (57.9)
อายุ (ปี), mean (SD)	13.76 (0.9)
ระดับชั้นเรียน	
• ม.1 (อายุ 12-13 ปี)	442 (31.8)
• ม.2 (อายุ 13-14 ปี)	434 (31.3)
• ม.3 (อายุ 14-15 ปี)	512 (36.9)
ประเภทโรงเรียน: โรงเรียนทั่วไป	1,066 (76.1)
ประเภทแผนการเรียน: แผนการเรียนเข้มข้น	322 (23.2)
เกรดเฉลี่ย	
• น้อยกว่า 1.00	1 (0.1)
• 1.00 – 1.99	33 (2.4)
• 2.00 – 2.99	252 (18.2)
• มากกว่า 3.00	1102 (79.4)
สถานะของบิดามารดา	
• อยู่ด้วยกัน	919 (66.2)
• หย่าร้าง	270 (19.4)
• แยกกันอยู่	164 (11.8)
• หม้าย	35 (2.5)
ผู้ดูแลหลัก: บิดาหรือมารดา	166 (12.0)
รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแลหลัก	
• น้อยกว่า 15,000 บาท	378 (27.2)
• 15,001 – 25,000 บาท	553 (39.8)

ลักษณะข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนคน (ร้อยละ) n = 1,388
● 25,001 – 35,000 บาท ● มากกว่า 35,000 ประวัติการมีพี่น้อง: เป็นบุตรคนเดียว มีประวัติถูกล้อแก๊งรังแกในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ประวัติการใช้เวลากับสมาร์ทโฟน ออนไลน์ เล่นเกม ดูคลิป ● น้อยกว่า 2 ชั่วโมง	234 (16.9) 223 (16.1) 290 (20.9) 585 (42.1) 98 (7.1)
● 2-4 ชั่วโมง ● มากกว่า 4 ชั่วโมง มีประวัติการใช้สารเสพติด มีประวัติการเคยมีเพศสัมพันธ์ มีประวัติถูก Physical Abuse มีประวัติถูก Emotional abuse มีประวัติถูก Sexual abuse มีประวัติถูก Neglect การประเมิน PHQ-A ● ไม่มีภาวะซึมเศร้า ● มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ● มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ● มีภาวะซึมเศร้ามาก ● มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีประวัติการมีความคิดอยากตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีประวัติการเคยพยายามฆ่าตัวตายในตลอดชีวิตที่ผ่านมา	400 (28.8) 890 (64.1) 235 (16.9) 46 (3.3) 617 (44.4) 536 (38.6) 97 (7.0) 256 (18.4) 485 (34.9) 463 (33.4) 233 (16.8) 128 (9.2) 79 (5.7) 300 (21.6) 158 (11.4)

เมื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ NSSI (ตารางที่ 2) พบว่า เพศหญิง ประวัติการถูกล้อแก้งรังแก ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ประวัติการใช้สมาร์ทโฟนมากกว่า 4 ชั่วโมง ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการถูกทารุณกรรมทุกรูปแบบมีความสัมพันธ์กับ NSSI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.05$) ในขณะที่ประเภทโรงเรียน แผนการเรียน เกรดเฉลี่ย ผู้ดูแลหลัก สถานะของบิดามารดา รายได้ต่อเดือนของผู้ดูแลหลัก และประวัติการมีพี่หรือน้องพบว่าไม่ได้สัมพันธ์กับ NSSI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตาย

ปัจจัย	ผลการศึกษา (n = 1388)			
	กลุ่มที่มี NSSI, จำนวน (ร้อยละ) n = 436	กลุ่มที่ไม่มี NSSI, จำนวน (ร้อยละ) n = 952	OR (95%CI)	p value
เพศหญิง	329 (75.5)	468 (49.2)	3.17 (2.47-4.09)	< 0.001
มีประวัติการถูกล้อแก้งรังแก ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	198 (45.4)	256 (26.9)	2.26 (1.77-2.89)	<0.001
มีประวัติการถูกล้อแก้งรังแก ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	237 (54.4)	348 (36.5)	2.06 (1.64-2.60)	< 0.001
ประวัติการใช้เวลากับสมาร์ทโฟน ออนไลน์ เล่นเกม ดูคลิป				< 0.001
• 2-4 ชั่วโมง	98 (22.5)	302 (31.7)	1.44 (0.82-2.52)	
• มากกว่า 4 ชั่วโมง	320 (73.4)	570 (59.9)	2.49 (1.46-4.23)	
มีประวัติใช้สารเสพติด	117 (26.8)	118 (12.4)	2.59 (1.94-3.45)	< 0.001
มีประวัติถูก Physical Abuse	254 (58.3)	363 (38.1)	1.59 (1.42-1.78)	< 0.001
มีประวัติถูก Emotional abuse	259 (59.4)	277 (29.1)	1.84 (1.65-2.04)	< 0.001
มีประวัติถูก Sexual abuse	62 (14.2)	35 (3.7)	2.16 (1.66-2.80)	< 0.001
ประวัติถูก Neglect	164 (37.6)	92 (9.7)	2.79 (2.34-3.33)	< 0.001
การประเมิน PHQ-A				< 0.001
• มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	117 (26.8)	346 (36.3)	2.94 (2.05-4.21)	
• มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	102 (23.4)	131 (13.8)	6.77 (4.58-10.01)	
• มีภาวะซึมเศร้ามาก	90 (20.6)	38 (4.0)	20.60 (12.76-33.27)	

ปัจจัย	ผลการศึกษา (n = 1388)			
	กลุ่มที่มี NSSI, จำนวน (ร้อยละ) n = 436	กลุ่มที่ไม่มี NSSI, จำนวน (ร้อยละ) n = 952	OR (95%CI)	p value
● มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง	77 (17.7)	2 (0.2)	334.95 (79.83-1405.23)	
มีประวัติการมีความคิดอยากตาย ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	213 (48.8)	87 (9.1)	9.49 (7.10-12.68)	< 0.001
มีประวัติการเคยพยายามฆ่าตัวตาย ในตลอดชีวิตที่ผ่านมา	126 (28.9)	32 (3.4)	11.68 (7.76-17.58)	< 0.001

การมีภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับการเกิด NSSI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภาวะซึมเศร้ามากและภาวะซึมเศร้ารุนแรงสัมพันธ์กับ NSSI คิดเป็น 20.60 (95%CI 12.76-33.27) และ 334.95 เท่า (95%CI 79.83-1405.23) ตามลำดับ ในขณะที่ประวัติการมีความคิดอยากฆ่าตัวตายทั้งในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และในช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับ NSSI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคิดเป็น 9.49 (95%CI 7.10-12.68) และ 11.68 เท่า (95%CI 7.76-17.58) ตามลำดับ

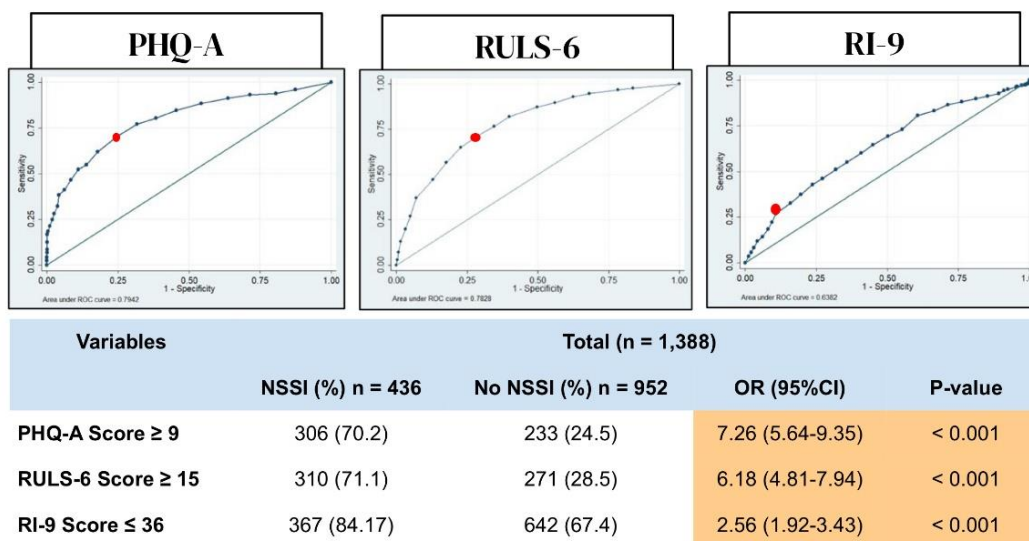
เมื่อนำปัจจัยที่สัมพันธ์มาทำการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ (multivariate logistic regression) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับ NSSI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value < 0.05) คือ เพศหญิง การถูกล้อแก้งรังแกในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา การเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย การมีภาวะซึมเศร้า การมีความคิดอยากตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และมีประวัติการเคยพยายามฆ่าตัวตายในตลอดชีวิตที่ผ่านมา ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ (multivariate logistic regression)

ปัจจัย	การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis)		การวิเคราะห์แบบพหุ (Multivariate analysis)	
	Unadjusted OR (95%CI)	p value	Adjusted OR (95%CI)	p value
เพศหญิง	3.17 (2.47-4.09)	< 0.001	2.38 (1.74-3.26)	< 0.001
มีประวัติการถูกล้อแก้งรังแก ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	2.26 (1.77-2.89)	<0.001	1.74 (1.18-2.57)	0.005

ปัจจัย	การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis)		การวิเคราะห์แบบพหุ (Multivariate analysis)	
	Unadjusted OR (95%CI)	p value	Adjusted OR (95%CI)	p value
มีประวัติการถูกล้อแก๊งรังแก ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	2.06 (1.64-2.60)	< 0.001	0.91 (0.62-1.33)	0.62
ประวัติการใช้เวลากับสมาร์ทโฟน ออนไลน์ เล่นเกม ดูลิปมากกว่า 4 ชั่วโมง	2.49 (1.46-4.23)	< 0.001	1.25 (0.98-1.59)	0.07
มีประวัติใช้สารเสพติด	2.59 (1.94-3.45)	< 0.001	1.32 (0.92-1.90)	0.14
มีประวัติถูก Physical Abuse	1.59 (1.42-1.78)	< 0.001	1.13 (0.97-1.32)	0.12
มีประวัติถูก Emotional abuse	1.84 (1.65-2.04)	< 0.001	1.09 (0.93-1.26)	0.28
มีประวัติถูก Sexual abuse	2.16 (1.66-2.80)	< 0.001	1.24 (0.90-1.71)	0.19
ประวัติถูก Neglect	2.79 (2.34-3.33)	< 0.001	1.66 (1.33-2.07)	< 0.001
มีภาวะซึมเศร้า	6.49 (4.68-9.14)	< 0.001	2.17 (1.51-3.13)	< 0.001
มีประวัติการมีความคิดอยากตาย ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	9.49 (7.10-12.68)	< 0.001	3.06 (2.19-4.36)	< 0.001
มีประวัติการเคยพยายามฆ่าตัวตาย ในตลอดชีวิตที่ผ่านมา	11.68 (7.76-17.58)	< 0.001	3.54 (2.21-5.67)	< 0.001

เมื่อนำคะแนนของภาวะซึมเศร้า (PHQ-A) ความรู้สึกโดดเดี่ยว (RULS-6) และความสามารถในการยืดหยุ่นปรับตัว (RI-9) มาสร้าง ROC curve (รูปที่ 1) เพื่อหาจุดตัดของคะแนนที่สัมพันธ์กับการมี NSSI พบว่า ผู้ที่มีคะแนน PHQ-A มากกว่าหรือเท่ากับ 9, RULS-6 มากกว่าหรือเท่ากับ 15, RI-9 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 สัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าว คิดเป็น 7.26 เท่า (95%CI 5.64-9.35), 6.18 เท่า (95%CI 4.81-7.94), 2.56 เท่า (95%CI 1.92-3.43) ตามลำดับ



รูปที่ 1 ROC curve แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนจากแบบประเมิน PHQ-A, RULS-6, RI-9 กับ NSSI

รูปแบบของ NSSI ที่พบบ่อยที่สุด คือ การเกาหรือหยิกผิวหนังด้วยเล็บหรือวัตถุอื่น เพื่อให้มีเลือดออกหรือเกิดรอยขีดข่วนบนผิวหนังพบร้อยละ 79.5 รองลงมาคือการทุบหรือต่อยวัตถุ พบร้อยละ 58.0 การกัดตัวเองพบร้อยละ 42 และการกรีดตัวเองพบร้อยละ 39 โดยพบว่าบริเวณของร่างกายที่วัยรุ่นมีพฤติกรรม NSSI ได้แก่ แขน ข้อมือ และมือ ตามลำดับ

เหตุผลของการทำ NSSI ที่พบบ่อยที่สุด คือ เพื่อจัดการกับความรู้สึกไม่สบายใจ (ร้อยละ 75) เพื่อระบายความเครียด (ร้อยละ 72) เพื่อจัดการกับความโกรธ (ร้อยละ 59) และเพื่อให้รู้สึกว่ามีแรงกระตุ้นบางอย่าง (ร้อยละ 58)

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้พบความชุกของ NSSI ร้อยละ 31 มีค่าสูงกว่าการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมาซึ่งอยู่ระหว่างร้อยละ 7.0-22.8³ อาจอธิบายได้จากการวิจัยนี้เก็บข้อมูลในช่วงภายหลังการระบาดของโรค COVID-19 เป็นช่วงที่มีผลกระทบทางสุขภาพ สังคม และการใช้ชีวิตอย่างมาก เช่น มีการปิดเมือง มีกระบวนการเว้นระยะห่างทางสังคม ช่วงที่มีการปิดเมือง เด็กและวัยรุ่นได้รับการปรับวิธีเรียนเป็นรูปแบบออนไลน์อยู่ที่บ้าน ส่งผลให้การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการสื่อสารกับเพื่อนและครูลดลง หลังจากการระบาดของ COVID-19 ผ่านไป การเรียนของเด็กและวัยรุ่นกลับคืนสู่โรงเรียน จึงต้องมีการปรับตัวด้านการเรียนอีกครั้งจากการเรียนคนเดียวเป็นการเรียนร่วมกับเพื่อน มีการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นกลุ่ม ทำให้ต้องมีการเริ่มต้นปฏิสัมพันธ์ และต้องมีการปรับตัวมากขึ้นนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลที่เพิ่มสูงขึ้น¹¹ นอกจากนี้ในช่วงที่มีการปิดเมือง สมาชิกทุกคนอยู่ที่บ้าน

ร่วมกันนานขึ้น มีความเครียดทางงานและการเงินจากผู้ปกครองมากขึ้น ทำให้เด็กและวัยรุ่นเผชิญกับความเครียดในครอบครัว จึงเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตที่มากขึ้น ดังในงานวิจัยของ Liu และคณะ¹² นอกจากนี้อาจมีปัจจัยทางวัฒนธรรม สภาพทางสังคม หรือเศรษฐกิจของพื้นที่ที่เก็บข้อมูลซึ่งอาจทำให้พบความชุกของ NSSI ที่แตกต่างจากการศึกษาอื่นๆ

NSSI พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jin-Young J และคณะ⁵ เนื่องจากเพศหญิงมีความเปราะบางต่อปัจจัยทางลบมากกว่าเพศชายจึงเกิดพฤติกรรมดังกล่าวมากกว่า ประวัติการถูกล้อแก้งรังแก ภาวะซึมเศร้า การเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย ความรู้สึกโดดเดี่ยว การใช้สารเสพติดและการเล่น social media มีความสัมพันธ์กับ NSSI สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tang J และคณะ¹³ เนื่องจากปัจจัยต่างๆดังกล่าวทำให้เด็กเกิดความรู้สึกทางลบแก่ตนเอง และความสามารถในการจัดการความรู้สึกทางลบยังไม่ดีพอจึงใช้ NSSI จัดการความรู้สึกทางลบ

ในทางจิตเวชปฏิบัติพบว่า NSSI กับความคิดอยากฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายพบร่วมกันได้บ่อย โดยสาเหตุของความสัมพันธ์ของ NSSI กับพฤติกรรมดังกล่าวเป็นเรื่องที่ซับซ้อนเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันหลายประการ เช่น ประวัติถูกทารุณกรรม ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ความสิ้นหวัง เป็นต้น ในทางหนึ่งพบว่า NSSI เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในอนาคต และในอีกทางหนึ่งก็พบว่า NSSI เป็นพฤติกรรมที่ถูกนำมาใช้เพื่อยุติความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือป้องกันไม่ให้อาการฆ่าตัวตาย ความสัมพันธ์นี้ไม่คงที่ สามารถเปลี่ยนได้ตามกาลเวลา¹⁴

ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน PHQ-A ที่มากขึ้นกับ NSSI พบว่าสัมพันธ์กันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ เวรนี อุบลศรี⁷ ที่พบว่าคะแนน PHQ-A มากกว่าและเท่ากับ 9 เป็นจุดคัดกรองของ NSSI ซึ่งมี sensitivity 84.8% specificity 70.5% ดังนั้นการคัดกรองและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางเป็นต้นไปอาจจะช่วยลดโอกาสเกิด NSSI ได้

การยืดหยุ่นปรับตัวหรือ resilience เป็นความสามารถในการแสดงพฤติกรรมเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ท้าทาย เป็นความเข้มแข็งภายในจิตใจที่ช่วยให้บุคคลรักษาสภาพจิตใจเชิงบวก และช่วยลดความรู้สึกด้านลบ เช่น ความโดดเดี่ยว¹⁵ นอกจากนี้ resilience ยังช่วยต้านทานผลของการคิดวนซ้ำๆ (rumination) ซึ่งเป็นกลไกที่พบใน NSSI และช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อวัยรุ่นเผชิญกับความเครียดได้¹⁶ วัยรุ่นที่มีความยืดหยุ่นปรับตัวที่สูงจึงมีโอกาสดังกล่าวเกิด NSSI ได้น้อยกว่า

รูปแบบของ NSSI ในงานวิจัยนี้ พบว่าส่วนใหญ่คือ การเกาหรือหยิกผิวหนังด้วยเล็บหรือวัตถุอื่น รองลงมาคือการกรีดตามบริเวณต่างๆของร่างกาย บริเวณที่ ทำมากที่สุด คือ แขน ข้อมือ มือ ตามลำดับ โดยสาเหตุ ส่วนใหญ่ทำเพื่อระบายความเครียดหรือความรู้สึกกดดัน เช่นเดียวกับงานวิจัยของเวรนี อุบลศรี⁷

บทสรุป

พฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตายพบได้สูงในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และสัมพันธ์กับปัจจัยหลายด้าน โดยเฉพาะอาการซึมเศร้า ความยืดหยุ่นปรับตัว อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มี NSSI ลดลง ดังนั้นการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นปรับตัวแก่นักเรียน ในโรงเรียน การฝึกอบรมครูและผู้ปกครองในการสังเกตอารมณ์ซึมเศร้าและสัญญาณเตือนของ NSSI เสริมทักษะการเลี้ยงดูบุตร รวมถึงวิธีการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นอาจลด NSSI ได้ งานวิจัยนี้มีจุดแข็ง คือ มีขนาดของกลุ่มประชากรที่ศึกษาขนาดใหญ่และมาจากการสุ่มเลือกในโรงเรียนต่างๆ ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จึงเป็นตัวแทนของประชากรได้เป็นอย่างดี ข้อจำกัดของงานวิจัย คือ เป็นงานวิจัยแบบ descriptive study จึงไม่สามารถอธิบายได้ว่าปัจจัยใดเป็นสาเหตุของ NSSI ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต ได้แก่ การศึกษาดูตามระยะยาว เพื่อดูการดำเนินของ NSSI และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หรือการศึกษาแบบทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิผลของการป้องกัน NSSI ผ่านการ โปรแกรมเสริมสร้างความยืดหยุ่นปรับตัวในโรงเรียน

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนเป็นอย่างดีจากศาสตราจารย์นายแพทย์ทินกร วงศ์ปลารักษ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้แบบสอบถาม Resilient Inventory RI-9 และ 6-item Revised UCLA Loneliness Scale ฉบับภาษาไทย และผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษแพทย์หญิงศิริรัตน์ อุฬารัตน์ แพทย์หญิงเวณี อุบลศรี กลุ่มงานจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีที่ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้แบบสอบถาม The Brief Non-suicidal Self-injury Assessment Tool Thai-version ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR). Arlington, VA: American psychiatric association. 2022:923-6.
2. Hawton K, O'Connor RC, Saunders KE. Suicidal behavior and self-harm. In: Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor EA, eds. Rutter's child and adolescent psychiatry. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd. 2015:893-910.
3. Lim KS, Wong CH, McIntyre RS, Wang J, Zhang Z, Tran B, 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 Public Health*. 2019; 16:4581.
4. Giletta M, Scholte RH, Engels RC, Ciairano S, Prinstein MJ. Adolescent non-suicidal self-injury: A cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States. *Psychiatry Res*. 2012;197:66–72.
 5. Jeong JY, Kim DH. Gender differences in the prevalence of and factors related to non-suicidal self-injury among middle and high school students in south korea. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:5965.
 6. Garisch JA, Wilson MS. Prevalence, correlates, and prospective predictors of non-suicidal self-injury among New Zealand adolescents: Cross-sectional and longitudinal survey data. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015;9:1-11.
 7. เวชนี อุบลศรี, ศิริรัตน์ อุพารดินนท์. การศึกษารูปแบบและลักษณะของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ไม่ใช่เพื่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์เพื่ออุทิศแด่ความรู้ ความชำนาญสาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. 2564.
 8. Panyawong W, Pavasuthipaisit C, Santitadukul R. Validation of the Thai version of the patient health questionnaire for adolescents (PHQ-A) in adolescent psychiatric patients. *Int J Child Dev Ment Health*. 2020;8:30-40.
 9. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Pinyopornpanish M, Simcharoen S, Suradom C, Varnado P, et al. Development and validation of a 6-item revised UCLA loneliness scale (RULS-6) using rasch analysis. *Br J Health Psychol*. 2020;25:233-56.
 10. Wongpakaran N, Wongpakaran T. 9-Item resilience inventory [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 1]. Available from: <https://www.pakaranhome.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=214760232>
 11. Vadivel R, Shoib S, Halabi SE, et al. Mental health in the post-COVID-19 era: Challenges and the way forward. *Gen Psych*. 2021;34:e100424.
 12. Liu Y, Yue S, Hu X, Zhu J, Wu Z, Wang J, et al. Associations between feelings/behaviors during COVID-19 pandemic lockdown and depression/anxiety after lockdown in a sample of Chinese children and adolescents. *J Affect Disord*. 2021;284:98–103.

13. Tang J, Li G, Chen B, Huang Z, Zhang Y, Chang H, et al. Prevalence of and risk factors for non-suicidal self-injury in rural China: Results from a nationwide survey in China. *J Affect Disord.* 2018;226:188–95.
14. นิดา ลีสุวรรณ. การทำร้ายตัวเองในเด็กและวัยรุ่น (Self-harm in children and adolescents). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2025: 47-50.
15. Ungar M, Liebenberg L, Boothroyd R, Kwong W, Lee T, Leblanc JC, et al. The study of youth resilience across cultures: Lessons from a pilot study of measurement development. *Res Hum Dev.* 2008;5:166–80.
16. Wang H, Wen S, Wang Y, Zhou Y, Niu B. Rumination, loneliness, and non-suicidal self-injury among adolescents with major depressive disorder: The moderating role of resilience. *Soc Sci Med.* 2025;364:117512.