

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

# พฤติกรรมการทำร้ายตนเองของผู้ป่วย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ชาญชัย ปวงนิยม

กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทางประชากร ปัญหา สาเหตุ และพฤติกรรมการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ใน พ.ศ. 2549-2551 จำนวน 113 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์มาตรฐานที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบ ไคสแควร์ เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีนัยสำคัญ การศึกษาพบผู้ป่วย หญิง 69 คน ชาย 44 คน อัตราส่วน ระหว่าง หญิงต่อชาย เท่ากับ 1.57 : 1 เหตุการณ์ที่พบบ่อย คือ การทะเลาะกับคนใกล้ชิด ผิดหวังในความรัก หึงหวงและ น้อยใจที่ถูกดำเนิน ร่วมกับภาวะซึมเศร้า วิธีการที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ กินสารเคมี และกินยาเกินขนาด เนื่องจากอยู่ใกล้มือ หยิบฉวยได้ง่าย ความสัมพันธ์ของตัวแปรกับเพศ พบว่า เพศชาย มีการดื่มสุรา ใช้สารเสพติด กินสารเคมี และเลือกใช้วิธีที่อาจทำให้เสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง ส่วนเพศหญิงมีระดับการศึกษา, โรคประจำตัว และใช้วิธีกินยาเกินขนาดมากกว่าเพศชาย ความสัมพันธ์ของตัวแปรกับกลุ่มอายุ พบวัยผู้ใหญ่มากที่สุด รองลงมาเป็นวัยรุ่นและวัยชราอายุน้อยที่สุด ความแตกต่างในแต่ละวัย ในวัยรุ่น หญิงมากกว่าชาย 3.7 เท่า ใช้วิธีกินยาเกินขนาดเป็นส่วนใหญ่ วัยผู้ใหญ่ หญิงมากกว่าชายเล็กน้อย ใช้วิธีรุนแรงมากขึ้น โดยมากกว่าครึ่งกินสารเคมี ส่วนวัยชรา ชายมากกว่า หญิง 2 เท่า ใช้วิธีกินสารเคมีทั้งหมด การวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึง ปัญหา สาเหตุ และพบว่าพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่บีบบังคับ ขาดทักษะในการแก้ไขปัญหา และการสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นส่วนวิธีการที่เลือกใช้ขึ้นอยู่กับ เพศ วัย ภูมิภาคทางอารมณ์ และภาวะซึมเศร้า โดยมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีที่รุนแรงเมื่ออายุมากขึ้น ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนเพื่อการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

**คำสำคัญ:** พฤติกรรม, การทำร้ายตัวเอง, เพศ, กลุ่มอายุ

## บทนำ

เนื่องจากสถานการณ์ของโลกในปัจจุบัน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิตของมนุษยชาติไปอย่างมาก จากวิถีชีวิตแบบดั้งเดิมที่เรียบง่ายไปสู่สังคมที่ซับซ้อน พัฒนาการหลาย ๆ ด้าน แม้จะทำให้

มนุษย์มีชีวิตที่สุขสบายขึ้น แต่ในมุมนกลับก็ทำให้หลายคนไม่สามารถปรับตัวรับกับสภาพการเปลี่ยนแปลงอันรวดเร็วนี้ได้ สังคมแบ่งเป็นหลายระดับชั้น สังคมในเมืองใหญ่แตกต่าง และแปลกแยกไปจากสังคมชนบท และแม้ในสังคมเดียวกันนั้นก็ยังมีกลุ่มบุคคลหลายระดับ

ในสังคมของผู้ร่ำรวย ก็ยังมีผู้ที่ร่ำรวยมาก มีทรัพย์สินสมบัติล้นเหลือ ผู้ร่ำรวยปานกลาง และผู้ร่ำรวยทั่วไป ในชนชั้นกลาง ก็ยังมีความหลากหลายเช่นกัน ส่วนกลุ่มผู้ยากจนซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ของโลก ล้วนมีความลำบากในการดำรงชีวิต มีความอยากที่จะหลุดพ้นจากความยากจน แต่ไม่สามารถพัฒนาตนเองได้เนื่องจากขาดโอกาสในการศึกษา ชีวิตจึงวนเวียนอยู่ในวงจรชีวิตแบบเดิม ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น เล่นการพนัน เสพสารเสพติด ขยายบริการทางเพศ นำมาซึ่งโรคเอดส์ สุขภาพทรุดโทรม ต้องดิ้นรนเข้าสู่เมืองใหญ่ เพื่อเสี่ยงโชค การเลือกคู่ครอง เป็นไปตามค่านิยมใหม่ แต่งงานเร็ว หย่าร้างมาก มีบุตรซึ่งไม่สามารถดูแลเองได้ จำเป็นต้องได้รับการเลี้ยงดูจากญาติผู้ใหญ่ซึ่งเข้าสู่วัยชรา ที่ไม่สามารถให้การอบรมดูแลได้ดีเพียงพอ เด็กจึงเติบโตขึ้นมาโดยขาดความอบอุ่น ทำให้มีบุคลิกภาพแปรปรวน วุฒิภาวะน้อย ขาดการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งมีผลทำให้การปรับตัวต่อความเครียดได้ไม่ดีและมีภาวะซึมเศร้าแอบแฝงมากมาย ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการทำร้ายตนเอง และการพยายามฆ่าตัวตาย ในรูปแบบต่าง ๆ สอดคล้องกับรายงานของ Fergusson และคณะ<sup>(1)</sup> ได้ศึกษาเด็ก 1,265 คนที่เกิดและเติบโตในประเทศ นิวซีแลนด์ เมื่อติดตามในระยะยาวเป็นเวลา 21 ปี พบว่า ร้อยละ 28.8 มีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 7.5 เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว โดยที่กลุ่มนี้มีประวัติเติบโตท่ามกลางปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม พ่อแม่หย่าร้าง ไม่มีความผูกพันระหว่างพ่อแม่ลูก เสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิดทางเพศ มีบุคลิกภาพแปรปรวน มีภาวะซึมเศร้าและติดยาเสพติด ส่วน Grover และคณะ<sup>(2)</sup> ได้ทำการศึกษาในวัยรุ่น 102 คนพบว่า เมื่อมีความเครียดเรื้อรังและขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาจะมีความเสี่ยงที่จะพยายามฆ่าตัวตายสูงขึ้น ข้อมูลของประเทศไทยโดยกรมสุขภาพจิต พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายในคนไทยในอดีตอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง ปี 2539 มีอัตรา 8.1 ต่อประชากร 100,000 คน นำมาซึ่งความ

พยายามแก้ไขปัญหาของรัฐบาล โดยเฉพาะกรมสุขภาพจิตได้มีโครงการเพื่อช่วยเหลือ และบรรเทาปัญหาฆ่าตัวตาย โดยสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายลงได้เรื่อย ๆ โดยลดลงเหลือ 6.4, 5.77 ต่อประชากร 100,000 คน ใน ปี 2548 และปี 2549 ตามลำดับ แต่หลังจากปี 2549 ถึงปัจจุบันมีอัตราเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยในปี 2550 มีอัตรา 5.96, ปี 2551 มีอัตรา 5.95 ต่อประชากร 100,000 คน อัตราการฆ่าตัวตาย ในจังหวัดเพชรบุรี ก็มีอัตราที่สูงเช่นกัน ในปี 2548 มีอัตรา 6.63 ต่อ ประชากร 100,000 คน ปี 2549 มีอัตรา 8.31 ต่อ ประชากร 100,000 คน ปี 2550 มีอัตรา 5.46 ต่อ ประชากร 100,000 คน และปี 2551 มีอัตรา 5.44 ต่อ ประชากร 100,000 คน<sup>(3)</sup>

ในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาในเรื่องนี้ เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ การศึกษาการพยายามฆ่าตัวตาย<sup>(4-9)</sup> การศึกษาการฆ่าตัวตายสำเร็จ<sup>(10,11)</sup> และการศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม<sup>(12)</sup> ซึ่งก็พบว่า มีความแตกต่างกันในหลายด้าน ที่เห็นได้ชัดเจน คือ พบว่า กลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และใช้วิธีการที่ไม่รุนแรง<sup>(6-8)</sup> ในทางตรงกันข้าม ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มักพบในเพศชายมากกว่า และใช้วิธีการที่รุนแรง<sup>(11)</sup> มีการวางแผนเตรียมการ และมักพบร่วมกับการมีโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า<sup>(13,14)</sup> โรคจิต และการติดยาเสพติด<sup>(15)</sup>

ผู้วิจัยได้ตั้งวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาข้อมูลทางประชากร ปัญหา สาเหตุ และพฤติกรรมการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี หาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีนัยสำคัญและเปรียบเทียบผลการศึกษากับการศึกษาอื่น ในที่นี้ เลือกที่จะใช้คำว่า "พฤติกรรมการทำร้ายตนเอง" แทนที่จะใช้ "การพยายามฆ่าตัวตาย" เนื่องจากเห็นว่า เป็นคำที่มีความหมายกว้างกว่าและเหมาะสมที่จะใช้ เนื่องจากในประสบการณ์การทำงานพบว่า มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง ยืนยันว่าที่มีพฤติกรรม การทำร้ายตนเองนั้น ขณะที่ลงมือกระทำไม่ได้คิดถึงผลที่

ตามมา และไม่ได้คิดถึงการฆ่าตัวตาย เพียงแต่ต้องการ หลุดพ้นจากเหตุการณ์ในขณะนั้นเท่านั้น องค์การอนามัยโลกประมาณว่า ผู้ทำร้ายตนเองมีจำนวนมาก กว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ประมาณ 10-20 เท่า<sup>(14)</sup> ดังนั้น พฤติกรรมการทำร้ายตนเองในสังคมไทยจึงน่าจะมี ความชุก ความหลากหลายของปัญหา และสาเหตุ มากกว่า การฆ่าตัวตายทั้งที่ไม่สำเร็จ และสำเร็จ ในจังหวัด เพชรบุรี พบว่าอัตราการฆ่าตัวตาย ในปี 2549 มีอัตรา ที่สูงขึ้นจากปี 2548 จึงได้มีแนวคิดที่จะพัฒนา การให้บริการแก่ผู้ที่มารับบริการในเรื่องนี้ ควบคู่ไปกับการวิจัย โดยดำเนินการให้สอดคล้องกับแนวทางของ กรม สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ พยายามทำร้ายตนเองให้ได้เรียนรู้วิธีการปรับตัว และ สามารถแก้ไขปัญหาระยะชีวิตได้ดีขึ้นโดยไม่กลับไปทำร้าย ตนเองอีก โดยหวังว่าอัตราการฆ่าตัวตาย และอัตราการ ฆ่าตัวตายของจังหวัดเพชรบุรีในอนาคตน่าจะลดลง ได้

## วิธีการศึกษา

### วัตถุประสงค์

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ทำร้ายตนเอง ทั้งที่ห้องตรวจโรค ผู้ป่วยนอก คลินิก จิตเวช ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยที่รับปรึกษาจากแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 3 ปี ในระยะ พ.ศ. 2549 - 2551 ทุกราย รวมจำนวน 113 ราย

ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับคำชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ วิธีการของการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนการรับรองว่าจะเก็บข้อมูล ของผู้ป่วยเป็นความลับ ไม่นำไปทำให้เกิดความเสียหาย แก่ผู้ป่วยและผู้ป่วยต้องยินยอมให้สัมภาษณ์โดยสมัครใจ การปฏิเสธไม่ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ครั้งนี้จะไม่ทำให้ เสียสิทธิ์ในการใช้บริการทางสุขภาพใด ๆ ของทางราชการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสัมภาษณ์

ที่พัฒนาและทดสอบมาตรฐานโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ประเภทการทำร้าย ตนเอง ผู้ให้สัมภาษณ์ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ชื่อ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ที่อยู่ รายได้ของครอบครัว โรงพยาบาล แรกที่ไปรับบริการ ระบบการส่งต่อ การนัด การเยี่ยม ติดตามและความพึงพอใจ

2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ ทำร้ายตนเอง ได้แก่ วัน เดือน ปีและช่วงเวลาที่เกิดเหตุ ปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจ เหตุกระตุ้น สาเหตุ สถานที่เกิดเหตุ วิธีการที่ใช้ เหตุผลที่ใช้วิธีนั้น ๆ การวางแผน การเข้าใจถึงผลลัพธ์ของการกระทำ พฤติกรรมการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น โรคประจำตัว อาการที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าและโรคจิตสองสัปดาห์ก่อน เกิดเหตุ อุปนิสัย ประวัติการทำร้ายตนเองในอดีต การใช้สุราและสารเสพติด โรคทางจิตเวชของตนเองและ ครอบครัว ประวัติครอบครัวที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง/ การฆ่าตัวตาย สุขภาพทางกาย/ทางใจ และการกินยา ในปัจจุบัน

### วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบไป ช่างหน้า (prospective descriptive study)

โดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. การเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย สำหรับกรณีที่ ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ให้เก็บข้อมูลจากญาติที่ ทราบประวัติของผู้ป่วยโดยบุคลากรของกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีซึ่งได้รับการ อบรมจากกรมสุขภาพจิต มีประสบการณ์จนมีความ ชำนาญ และมีผู้ตรวจสอบความถูกต้องของการเก็บข้อมูล อีกครั้งหนึ่ง

2. แบ่งการวิเคราะห์ ออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยพยายามทำร้าย

ตนเองทุกราย ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ใน พ.ศ. 2549-2551

2.2 ข้อมูล แยกตามเพศ เป็นหญิง และชาย

2.3 ข้อมูล แยกตามช่วงอายุเป็นวัยรุ่น (15-20 ปี) วัยผู้ใหญ่ (21-60 ปี) และวัยชรา (มากกว่า 60 ปี)

3. การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ได้แล้ว นำมาตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ และความถูกต้องของการตอบแต่ละข้อในแบบสัมภาษณ์ทุกชุด และนำไปวิเคราะห์โดยใช้ โปรแกรม SPSS for windows version 17.0

3.1 ใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ หาจำนวนร้อยละ/ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

3.2 ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ในการหาความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยการทดสอบ ไคสแควร์ (chi-square test) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลทั่วไป

มีผู้ป่วยจำนวน 113 คน เป็นหญิง 69 คน ชาย 44 คน ไม่มีผู้ใดเสียชีวิต ผู้ป่วยให้สัมภาษณ์เองเกือบทั้งหมด ทุกคนมีเชื้อชาติไทย อายุเฉลี่ย 29.96SD 13.567 ปี อายุต่ำสุด 15 ปี และสูงสุด 79 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.8 ในภาพรวมส่วนใหญ่ อยู่ในวัยผู้ใหญ่ การศึกษาระดับ มัธยมศึกษา สถานภาพสมรส คู่ มีบุตร/ธิดา เคยมีชีวิตคู่มาก่อน อาชีพหลัก รับจ้าง มิงานทำ อยู่กับครอบครัวที่เป็นบ้านเดี่ยว รายได้ของครอบครัว ประมาณ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน เพียงพอต่อการใช้จ่าย ประมาณ สองในสาม ไม่มีเงินสะสม และมีหนี้สิน (ตารางที่ 1) ผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า เป็นโรงพยาบาลแรก ร้อยละ 66.4 ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น ร้อยละ 33.6 หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาครั้งแรกแล้วมีการนัดผู้ป่วยให้ไปตรวจเพิ่มเติม หรือติดตามผลการรักษา ร้อยละ 96.5

### 2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพยายามทำร้ายตนเอง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ทำให้

ไม่สบายใจมาก่อน เหตุกระตุ้นที่ทำให้ทำร้ายตนเอง ที่พบได้บ่อย คือ การทะเลาะกับคนใกล้ชิด ผิดหวังในความรัก/หึงหวง และน้อยใจที่คนใกล้ชิดคิดว่ากล่าว/ตำหนิ การทำร้ายตนเองใช้วิธีกินสารเคมีและกินยาเกินขนาดจำนวนใกล้เคียงกัน สารเคมีที่ใช้มากที่สุดคือยาฆ่าแมลง นอกจากนั้นเป็น ยาฆ่าหญ้า/วัชพืช น้ำยาล้างห้องน้ำ น้ำยาล้างจานและยาเบื่อหนู ตามลำดับ ในกลุ่มที่กินยาเกินขนาด ใช้ยาแก้ปวดมากที่สุด ยาอื่น ๆ ที่ใช้คือ ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ ยาแก้แพ้ และบางราย กินยารวมกันหลายชนิด เหตุผลที่เลือกใช้วิธีข้างต้นคือ อยู่ใกล้มือ สามารถหยิบฉวยได้ง่าย มักเกิดเหตุในบ้าน ส่วนใหญ่ไม่ได้คิดวางแผน ไม่มีการบอกหรือแสดงท่าทีจะทำร้ายตนเอง ไม่ได้ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นในรอบ 1 เดือน หรือพยายามทำร้ายตนเองมาก่อน ขณะลงมือกระทำมากกว่าครึ่งเล็กน้อย เข้าใจถึงผลลัพธ์ของการกระทำว่าจะจะทำให้เสียชีวิตได้ การติดสุรา และการดื่มสุราก่อนเกิดเหตุพบได้ไม่มาก อย่างไรก็ตามเมื่อสอบถามถึงอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้า และโรคจิตในช่วง 2 อาทิตย์ ก่อนเกิดเหตุ พบว่า มีอาการถึงร้อยละ 77.9 และ 33.6 ตามลำดับ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว/โรคร้ายแรง ร้อยละ 28.3 เคยได้รับการรักษาที่คลินิกจิตเวช/โรงพยาบาลจิตเวช ร้อยละ 9.7 อุปนิสัยที่พบได้บ่อยในการศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นคนร่าเริง เจ้าอารมณ์ หุนหันพลันแล่น และเจียบเจย ประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ป่วย เคยทำร้ายตนเองมาก่อน และในกลุ่มนี้พบว่าการทำร้ายตนเอง ในช่วง 3 เดือนก่อนครั้งนี้ ร้อยละ 34.8 มีคนในครอบครัวของผู้ป่วยทำร้ายตัวเอง หรือฆ่าตัวตาย (ทั้งสำเร็จและไม่สำเร็จ ร้อยละ 17.7 ในจำนวนนี้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 30 คนในครอบครัวผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยทางจิตเวช ร้อยละ 7.1 ช่วงเดือนที่มีการทำร้ายตนเองมาก คือ ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม ร้อยละ 38.0 เดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม ร้อยละ 26.5 ช่วงเวลา ที่ทำร้ายตนเอง ที่พบมากที่สุดคือช่วง 18.00-23.59 ร้อยละ 37.2 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n = 113 ราย)

ข้อมูล	ราย (%)	ข้อมูล	ราย (%)
<b>เพศ</b>		<b>ที่อยู่</b>	
หญิง	69 (61.1)	อำเภอเมือง	47 (41.6)
ชาย	44 (38.9)	อำเภออื่น ๆ	66 (58.4)
<b>กลุ่มอายุ (ปี)</b>		<b>สถานภาพการทำงาน</b>	
15-20 (วัยรุ่น)	28 (24.8)	มีงานทำ	80 (70.8)
21-60 (วัยผู้ใหญ่)	79 (69.9)	ตกงาน	33 (29.2)
> 60 (วัยชรา)	6 (5.3)	<b>สถานภาพการพักอาศัย</b>	
<b>ระดับการศึกษา</b>		อยู่คนเดียว	28 (24.8)
ไม่ได้เรียน	2 (1.8)	อยู่กับเพื่อน	10 (8.9)
ประถมศึกษา	44 (38.9)	อยู่กับครอบครัว	71 (62.8)
มัธยมศึกษาตอนต้น	22 (19.5)	อื่น ๆ	4 (3.5)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	36 (31.8)	<b>ประเภทที่อยู่</b>	
ปริญญาตรี	9 (8.0)	บ้านเดี่ยว	88 (77.9)
<b>สถานภาพสมรส</b>		ห้องแถว/ตึกแถว	13 (11.5)
โสด	49 (43.4)	อื่น ๆ	12 (10.6)
คู่	56 (49.6)	<b>รายได้ของครอบครัว (บาทต่อเดือน)</b>	
หม้าย	4 (3.5)	ไม่มีรายได้	1 (0.9)
หย่า/แยกกันอยู่	4 (3.5)	3,000 - 5,000	15 (13.3)
<b>การมีชีวิตคู่ ใน อดีต</b>		5,001 - 10,000	46 (40.7)
เคยมี	78 (69.0)	10,001 - 20,000	29 (25.6)
ไม่เคยมี	35 (31.0)	20,001 - 50,000	20 (17.7)
<b>การมีบุตร/ธิดา</b>		> 50,000	2 (1.8)
มี	89 (78.8)	<b>รายได้รวมของครอบครัว</b>	
ไม่มี	24 (21.2)	พอ	77 (68.1)
<b>อาชีพหลัก</b>		ไม่พอ	36 (31.9)
เกษตรกรรม	12 (10.6)	<b>เงินสะสม</b>	
รับจ้าง	40 (35.4)	มี	47 (41.6)
แม่บ้าน	15 (13.3)	ไม่มี	66 (58.4)
ค้าขาย /กิจการส่วนตัว	9 (8.0)	<b>การมีหนี้สิน</b>	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5 (4.4)	มี	66 (58.4)
นักศึกษา/นักเรียน	25 (22.1)	ไม่มี	47 (41.6)
ว่างงาน	7 (6.2)		

พฤติกรรมการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพยายามทำร้ายตนเอง (n = 113 ราย)

ปัจจัย	ราย (%)	ปัจจัย	ราย (%)
<b>สุขภาพของผู้ป่วย</b>		<b>เหตุผลที่เลือกใช้วิธีทำร้ายตนเอง</b>	
มีการเจ็บป่วย	71 (62.8)	อยู่ใกล้มือ/หยิบฉวยได้ง่าย	76 (67.3)
สบายดี	42 (37.2)	เป็นวิธีที่ไม่ธรรมดา	14 (12.4)
<b>การใช้ยา</b>		เคยเห็นคนอื่นใช้	5 (4.4)
กิน	54 (47.8)	หาซื้อได้ง่าย	3 (2.6)
ไม่กิน	59 (52.2)	ไม่ตอบ	15 (13.3)
<b>ช่วงเวลาที่ทำร้ายตนเอง</b>		<b>การคิดวางแผนมาก่อน</b>	
06.00-11.59 น.	28 (24.8)	ไม่ได้คิดมาก่อน	102 (90.3)
12.00-17.59 น.	30 (26.5)	คิดมาก่อน	11 (9.7)
18.00-23.59 น.	42 (37.2)	<b>การเข้าถึงผลลัพธ์ของวิธีการที่ใช้</b>	
24.00-05.59 น.	13 (11.5)	ทำให้เสียชีวิตได้	61 (54.0)
<b>เหตุกระตุ้นที่ทำให้ทำร้ายตนเอง</b>		ทำให้เสียชีวิตไม่ได้	52 (46.0)
ทะเลาะกับคนใกล้ชิด	35 (31.0)	<b>การบอก/แสดงท่าที ทำร้ายตนเองมาก่อน</b>	
ผิดหวังในความรัก/หึงหวง	27 (23.9)	มี	28 (24.8)
น้อยใจที่คนใกล้ชิดดูค่า/ตำหนิ	26 (23.0)	ไม่มี	85 (75.2)
ปัญหา เศรษฐกิจ/ขาดงาน/ขัดสน	12 (10.6)	<b>การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น</b>	
ซึมเศร้า	7 (6.2)	<b>ในช่วง 1 เดือนก่อนการทำร้ายตนเอง</b>	
อื่น ๆ	6 (5.3)	ไม่มี	91 (80.5)
<b>บริเวณที่เกิดเหตุ</b>		มี	22 (19.5)
ภายในบ้านตนเอง	88 (77.9)	<b>การดื่มสุราก่อนเกิดเหตุ</b>	
ที่อื่น ๆ	25 (22.1)	ไม่มี	88 (77.9)
<b>วิธีการที่ทำร้ายตนเอง</b>		มี	25 (22.1)
กินสารเคมี	56 (49.6)	<b>อาการที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์</b>	
กินยาเกินขนาด	52 (46.0)	มี	88 (77.9)
แขวนคอ/ผูกคอ	5 (4.4)	ไม่มี	25 (22.1)
<b>การพยายามทำร้ายตนเองมาก่อน</b>		<b>อาการที่บ่งชี้ถึงโรคจิตในช่วง 2 สัปดาห์</b>	
ไม่เคย	90 (79.6)	มี	38 (33.6)
เคย	23 (20.4)	ไม่มี	75 (66.4)
<b>ประวัติครอบครัว</b>		<b>การติดสุรา และสารเสพติด</b>	
มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง	20 (17.7)	ไม่มี	96 (85.0)
ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง	93 (82.3)	มี	17 (15.0)

ตารางที่ 3 ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อแยกผู้ป่วยตามเพศ (ชาย n = 44 ราย หญิง n = 69 ราย)

ตัวแปร	ชาย ราย (%)	หญิง ราย (%)	p-value
<b>กลุ่มอายุ (ปี)</b>			
15-20 (วัยรุ่น)	6 (13.6)	22 (31.9)	0.047
21-60 (วัยผู้ใหญ่)	34 (77.3)	45 (65.2)	
> 60 (วัยชรา)	4 (9.1)	2 (2.9)	
<b>ระดับการศึกษา</b>			
ไม่ได้เรียน	1 (2.3)	1 (1.5)	0.002
ประถมศึกษา	27 (61.3)	17 (24.6)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	7 (15.9)	15 (21.7)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8 (18.2)	28 (40.6)	
ปริญญาตรี	1 (2.3)	8 (11.6)	
<b>อาชีพหลัก</b>			
เกษตรกร	6 (13.6)	6 (8.7)	0.003
รับจ้าง	21 (47.8)	19 (27.5)	
แม่บ้าน	4 (9.1)	11 (15.9)	
ค้าขาย / กิจการส่วนตัว	3 (6.8)	6 (8.7)	
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	1 (2.3)	4 (5.8)	
นักศึกษา/นักเรียน	3 (6.8)	22 (31.9)	
ว่างงาน	6 (13.6)	1 (1.5)	
<b>โรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง</b>			
ไม่มี	37 (84.1)	44 (63.8)	0.019
มี	7 (15.9)	25 (36.2)	
<b>การดื่มสุรา</b>			
ไม่ดื่ม	15 (34.1)	51 (73.9)	< 0.001
นาน ๆ ครั้ง	16 (36.4)	14 (20.3)	
ดื่มประจำ	13 (29.5)	4 (5.8)	
<b>การเคยใช้สารเสพติด</b>			
ไม่เคย	30 (68.2)	66 (95.7)	< 0.001
เคย	14 (31.8)	3 (4.3)	
<b>ดื่มสุราก่อนทำร้ายตนเอง</b>			
ไม่ดื่ม	25 (56.8)	63 (91.3)	< 0.001
ดื่ม	19 (43.2)	6 (8.7)	
<b>ใช้วิธีการที่อาจทำให้เสียชีวิต</b>			
ไม่ใช้	12 (27.3)	40 (58.0)	0.001
ใช้	32 (72.7)	29 (42.0)	
<b>ใช้วิธีกินยาทำร้ายตนเอง</b>			
ไม่ใช้	39 (88.6)	22 (31.9)	< 0.001
ใช้	5 (11.4)	47 (68.1)	
<b>ใช้วิธีกินสารเคมีทำร้ายตนเอง</b>			
ไม่ใช้	9 (20.5)	48 (69.6)	< 0.001
ใช้	35 (79.5)	21 (30.4)	
<b>การมีเงินสะสม</b>			
มี	12 (27.3)	35 (50.7)	0.014
ไม่มี	32 (72.7)	34 (49.3)	

### 3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรจำแนกตามเพศ

ผู้ป่วยหญิง 69 คน ชาย 44 คน อัตราส่วน หญิงต่อชาย เท่ากับ 1.57:1 มี 11 ตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อจำแนกตามเพศ (ตารางที่ 3)

ภาพรวมของผู้ป่วยชาย อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 77.3 วัยรุ่น ร้อยละ 13.6 และวัยชรา ร้อยละ 9.1 การศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ อาชีพ รับจ้างมากที่สุด มีโรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง ร้อยละ 15.9 ดื่มสุราประจำ ร้อยละ 29.5 เคยใช้สารเสพติด ร้อยละ 31.8 มีการดื่มสุราก่อนทำร้ายตนเอง ร้อยละ 43.2 เลือกใช้วิธีที่อาจทำให้เสียชีวิต สูงถึง ร้อยละ 72.7 โดยใช้วิธีกินสารเคมีมากที่สุด

ภาพรวมของผู้ป่วยหญิง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยชาย พบวัยรุ่นมากขึ้น ระดับการศึกษาสูงกว่า ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษา/นักเรียน มีโรคประจำตัว/โรคเรื้อรังมากกว่า 2 เท่า ดื่มสุราประจำและ เคยใช้สารเสพติดน้อย มีการดื่มสุราก่อนทำร้ายตนเอง ร้อยละ 8.7 เลือกใช้วิธีการที่อาจทำให้เสียชีวิตน้อยกว่า และใช้วิธีกินยาเกินขนาดมากที่สุด

### 4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรจำแนกตามกลุ่มอายุ

ผู้ป่วยวัยรุ่น 28 คน วัยผู้ใหญ่ 79 คน และวัยชรา 6 คน อัตราส่วน วัยรุ่น:วัยผู้ใหญ่:วัยชราเท่ากับ 4.7:13.2:1 มี 10 ตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ (ตารางที่ 4)

ผู้ป่วยวัยรุ่น (24.8%) เป็นหญิง 22 คน ชาย 6 คน อัตราส่วน หญิงต่อชาย เท่ากับ 3.7:1 ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษา และเกือบทั้งหมดไม่ได้ดื่มสุราก่อนเกิดเหตุ มีการเจ็บป่วยที่ต้องกินยา ร้อยละ 67.9 ซึ่งสัมพันธ์กับวิธีการทำร้ายตนเอง ด้วยการใช้ยาเกินขนาดมากที่สุด

ผู้ป่วยผู้ใหญ่ (69.9%) เป็นหญิง 45 คน ชาย 34 คน อัตราส่วนหญิงต่อชาย เท่ากับ 1.3:1 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด ส่วนใหญ่ไม่ได้ดื่มสุราก่อนเกิดเหตุ ใช้

วิธีกินสารเคมี มากกว่ากินยาเกินขนาดเล็กน้อย สารเคมีที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นยาฆ่าแมลง

ผู้ป่วยวัยชรา (5.3%) เป็น หญิง 2 คน ชาย 4 คน อัตราส่วน หญิงต่อชาย เท่ากับ 1:2 ครั้งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพและดื่มสุราก่อนเกิดเหตุ เลือกใช้วิธีกินสารเคมีทั้งหมด สารเคมีที่ใช้มีหลากหลายชนิดเช่น ยาฆ่าแมลง ยาเบื่อหนู น้ำยาล้างห้องน้ำ และกรด/ด่าง

### วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ทำร้ายตนเองและมาใช้บริการที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 113 คน อัตราส่วน หญิง:ชาย เท่ากับ 1.57:1 ในช่วงวัยรุ่น อัตราส่วน สูง ถึง 3.7:1 ในวัยผู้ใหญ่ ลดลงเหลือ 1.3:1 และในวัยชรา อัตราส่วน กลับเป็น 1:2 ผลการศึกษานี้เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษา ในภูมิภาคใกล้เคียง พบว่าสอดคล้องกันในเรื่อง เพศหญิงมีการทำร้ายตนเองมากกว่าเพศชาย เช่น การศึกษาของคงเดช ลิโทชวลิต ที่โรงพยาบาลห้วยพลู จังหวัดนครปฐม ได้ อัตราส่วน หญิง:ชาย เท่ากับ 2:1<sup>(4)</sup> การศึกษาของสมภพ เรืองตระกูล ที่โรงพยาบาล ศิริราช ได้ อัตราส่วน หญิง : ชาย เท่ากับ 1.9:1<sup>(7)</sup> การศึกษาในภาค ตะวันออกโดย ประยุกต์ เสรีเสถียร ที่โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดระยอง ได้ อัตราส่วนหญิง:ชาย เท่ากับ 2.58:1<sup>(5)</sup> การศึกษาในภาคใต้ โดย สาวิตรี อักษรณักรชัย ที่มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ ได้ อัตราส่วนหญิง:ชาย เท่ากับ 3:1<sup>(6)</sup> การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดย สุชาติ พหลภาคย์ ที่มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ อัตราส่วนหญิง:ชาย เท่ากับ 2.3:1<sup>(8)</sup> ในส่วนภูมิภาคเหนืออื่น ๆ กลับมีอัตราส่วนที่แตกต่างจากภูมิภาคอื่นอย่างเห็นได้ชัดเจน โดยในการศึกษาของไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร ที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่าการพยายามฆ่าตัวตายในชาย มีมากกว่าหญิง ในอัตราส่วนชาย:หญิง เท่ากับ 1.28: 1<sup>(12)</sup> ส่วนการศึกษาของประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ที่โรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่ประชาชนุเคราะห์ พบว่า อัตราส่วนการพยายามฆ่าตัวตาย หญิง:ชาย เท่ากับ 1.06:1 โดยที่ใน



ตารางที่ 4 ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อแยกผู้ป่วยตามกลุ่มอายุ

ตัวแปร	15-20 ปี ร้อย (%) (n = 28 ราย)	21-60 ปี ร้อย (%) (n=79 ราย)	>60 ปี ร้อย (%) (n=6 ราย)	p-value
<b>เพศ</b>				
ชาย	6 (21.4)	34 (43.0)	4 (66.7)	0.001
หญิง	22 (78.6)	45 (57.0)	2 (33.3)	
<b>สถานภาพสมรส</b>				
โสด	23 (82.1)	25 (31.6)	1 (16.7)	0.000
คู่	5 (17.9)	48 (60.8)	3 (50.0)	
หม้าย	0 (0)	2 (2.5)	2 (33.3)	
หย่า/แยก	0 (0)	4 (5.1)	0 (0)	
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ไม่ได้เรียน	0 (0)	0 (0)	2 (33.3)	0.000
ประถมศึกษา	7 (25.0)	35 (44.3)	2 (33.3)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	7 (25.0)	13 (16.5)	2 (33.3)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	14 (50.0)	22 (27.8)	0 (0)	
ปริญญาตรี	0 (0)	9 (11.4)	0 (0)	
<b>อาชีพหลัก</b>				
เกษตรกรกรรม	2 (7.1)	9 (11.4)	1 (16.7)	0.000
รับจ้าง	4 (14.3)	34 (43.0)	2 (33.3)	
แม่บ้าน	3 (10.7)	9 (11.4)	3 (50.0)	
ค้าขาย/กิจการส่วนตัว	0 (0)	9 (11.4)	0 (0)	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (3.6)	4 (5.1)	0 (0)	
นักศึกษา/นักเรียน	17 (60.7)	8 (10.1)	0 (0)	
ว่างงาน	1 (3.6)	6 (7.6)	0 (0)	
<b>การดื่มสุรา</b>				
ไม่ดื่ม	22 (78.6)	42 (53.2)	2 (33.3)	0.000
นาน ๆ ครั้ง	6 (21.4)	22 (27.8)	2 (33.3)	
ดื่มประจำ	0 (0)	15 (19.0)	2 (33.3)	
<b>ดื่มสุราก่อนทำร้ายตนเอง</b>				
ดื่ม	1 (3.6)	21 (26.6)	3 (50.0)	0.010
ไม่ดื่ม	27 (96.4)	58 (73.4)	3 (50.0)	
<b>มีการเจ็บป่วยที่ต้องกินยา</b>				
ไม่มี	9 (32.1)	47 (59.5)	3 (50.0)	0.000
มี	19 (67.9)	32 (40.5)	3 (50.0)	
<b>ใช้วิธีกินยาทำร้ายตนเอง</b>				
ไม่ใช่	9 (32.1)	46 (58.2)	6 (100.0)	0.000
ใช่	19 (67.9)	33 (41.8)	0 (0)	
<b>ใช้วิธีกินสารเคมีทำร้ายตนเอง</b>				
ไม่ใช่	20 (71.4)	37 (46.8)	0 (0)	0.000
ใช่	8 (28.6)	42 (53.2)	6 (100.0)	
<b>ชนิดของสารเคมีที่ใช้</b>				
ยามาหญา/วัชพืช	1 (12.5)	8 (19.0)	0 (0)	0.000
ยามาแมลง	2 (25.0)	25 (59.5)	2 (33.3)	
ยาเบื่อหนู	1 (12.5)	2 (4.8)	2 (33.3)	
น้ำยาล้างจาน/ห้องน้ำ	4 (50.0)	6 (14.3)	1 (16.7)	
กรด/ด่าง	0 (0)	1 (2.4)	1 (16.7)	

วัยผู้ใหญ่ ได้อัตราส่วน 0.71:1<sup>(8)</sup> และได้ให้การวิเคราะห์ว่า ในเขตภาคเหนือตอนบน ผู้หญิงอาจมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย น้อยกว่าเขตอื่น เนื่องจากบทบาททางสังคมและวัฒนธรรมต่างจากที่อื่น เนื่องจากผู้หญิงมีบทบาททางเศรษฐกิจและเป็นแกนกลางของครอบครัว<sup>(9)</sup>

วิธีการที่ใช้ในการทำร้ายตนเองในการศึกษาครั้งนี้พบว่าในกลุ่มวัยรุ่นหญิงมีการทำร้ายตนเองมากกว่าวัยรุ่นชาย 3.7 เท่า มักใช้วิธีการที่ไม่รุนแรง โดยส่วนใหญ่ใช้ยาแก้ปวดที่มีอยู่กินเกินขนาดตรงกับการศึกษาของ O'Rourke M และ Lifshitz M ในประเทศอิสราเอล<sup>(16,17)</sup> มีส่วนน้อยที่ใช้สารเคมี (น้ำยาล้างจาน) ซึ่งไม่มีอันตรายรุนแรงมากนัก ใช้สุรา สารเสพติดน้อย แสดงให้เห็นว่าเป็น การทำร้ายตนเอง จากการตัดสินใจชั่ววูบ เมื่อพบปัญหาแล้วไม่สามารถปรับตัวได้ดีพอ และมีวุฒิภาวะทางอารมณ์น้อย<sup>(14)</sup> ในกลุ่มวัยรุ่นนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ ที่โรงพยาบาล ศูนย์เชี่ยวชาญประชาชนุเคราะห์พบว่ามีความแตกต่างกันที่พบว่าวัยรุ่น ใช้สารพิษ (สารเคมี) ในการทำร้ายตนเองเป็นส่วนใหญ่ (66.5%)<sup>(9)</sup> เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ หญิงมีการทำร้ายตนเองมากกว่าชาย 1.3 เท่า มีการศึกษาน้อย (44.3%) มีการใช้วิธีการที่รุนแรงขึ้น คือกินสารเคมีที่เป็นยาฆ่าแมลงเป็นส่วนใหญ่ รองลงมายังคงใช้วิธีกินยาเกินขนาด ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่า แม้เมื่อมีวุฒิภาวะที่มากขึ้น แต่ภาวะความกดดันมีสูง มีทางออกได้น้อย เนื่องจากด้อยโอกาสทางสังคม เพราะมีการศึกษาน้อยทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้เกิดความเครียดสะสมจนมีอาการซึมเศร้าที่มีมากขึ้น นำไปสู่การพยายามทำร้ายตนเองด้วยวิธีการที่รุนแรงมากขึ้น<sup>(13)</sup> เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น อัตราส่วนการทำร้ายตนเอง เริ่มเปลี่ยนแปลง เป็นชายมากกว่าหญิง เป็น 2 เท่า และเลือกใช้วิธีที่รุนแรง โดยการใช้สารเคมีทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าอยากฆ่าตัวตายให้สำเร็จ<sup>(15)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์<sup>(9)</sup> และ ไพรัตน์ พฤกษชาติคุณากร<sup>(12)</sup>

เหตุกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเองในการศึกษา ของ Chiou PN และ คณะในประเทศไต้หวัน

พบว่าเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในโรงเรียน และความขัดแย้งระหว่างเด็ก/ผู้ปกครอง<sup>(18)</sup> ต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าเกิดจาก ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด ความผิดหวังในความรัก/หึงหวง และความน้อยใจคนใกล้ชิด ที่คิดว่ากล่าวคำหยาบ ซึ่งเป็นเรื่องที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน จึงไม่น่าเป็นสาเหตุที่แท้จริง แต่เป็นเพียงฟางเส้นสุดท้ายที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะ ไม่สามารถทนได้อีกต่อไป บ่งบอกถึงความเครียดสะสมของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประกอบกับข้อมูลที่พบว่าในช่วง 1 เดือนก่อนทำร้ายตนเองผู้ป่วยไม่ได้ไปหาใครหรือไปขอความช่วยเหลือจากใคร แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยอาจมีปัญหาทางด้านบุคลิกภาพขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาขาดการพัฒนาด้านการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่บีบคั้น<sup>(19)</sup> อีกทั้งเมื่อมีปัญหาที่ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติ พี่น้อง และหน่วยงานของรัฐที่ให้บริการด้านการให้คำปรึกษาได้ สะท้อนให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาด้านนี้ยังคงเป็นปัญหาของสังคมไทยอยู่ ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ผู้ป่วยใช้วิธีการทำร้ายตนเองโดยใช้สารเคมีคือ ยาฆ่าแมลง เหตุผลที่ใช้คืออยู่ใกล้มือ/หยิบฉวยได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของไพฑูริย์ ณรงค์ชัย ซึ่งศึกษาสาเหตุการฆ่าตัวตายพบที่โรงพยาบาลนครเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2532-2536 พบว่ายาที่ใช้ในการฆ่าตัวตายคือ สารเคมี และยา ซึ่งอยู่ใกล้มือและหยิบฉวยง่าย<sup>(11)</sup> แสดงให้เห็นว่า เป็นการคิดและลงมือกระทำในขณะนั้น อีกทั้งสถานที่เกิดเหตุที่พบบ่อยคือภายในบ้านของผู้ป่วยเอง แสดงว่าไม่ได้คิดวางแผนก่อนที่จะทำร้ายตนเอง หรืออาจเกิดความลังเลในการกระทำของตนเอง ตรงกับที่ Shneidman ES ได้ศึกษาพบว่าการพยายามทำร้ายตนเองในลักษณะนี้เป็นการแสดงออกเพื่อส่งสัญญาณไปยังคู่กรณี หรือผู้ใกล้ชิดเพื่อบอกถึงภาวะความกดดัน หรือเป็นสัญญาณขอความช่วยเหลือ<sup>(20)</sup> อีกทั้งช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล พบมากในช่วง 18.00-23.59 น. ร้อยละ 37.2 ใกล้เคียงกับที่พบในการศึกษาของประยุตต์ เสรีเสถียร และคณะ ที่ศึกษาในโรงพยาบาลของรัฐที่จังหวัดระยองที่พบในช่วงเวลานี้ ร้อยละ 37.3<sup>(5)</sup> อาจ

เป็นการสนับสนุนสมมุติฐานข้างต้นที่แสดงว่าผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเองในช่วงเวลาที่คนส่วนใหญ่เลิกงานและอยู่บ้าน เพื่อให้คนในครอบครัว คู่กรณี หรือผู้ใกล้ชิดได้รับทราบถึงสัญญาณขอความช่วยเหลือดังกล่าว นอกจากนี้ การศึกษาของ Deykin EY และ Weiss RD พบว่าการดื่มสุรา หรือการใช้สารเสพติดเป็นเหตุกระตุ้นให้มีการทำร้ายตนเองได้มากขึ้น<sup>(21,22)</sup> ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีการดื่มสุร่าก่อนการทำร้ายตนเองร้อยละ 22.1 ก็สนับสนุนเรื่องความตั้งใจในการลงมือกระทำของผู้ป่วยจนต้องดื่มสุร่าก่อนเพื่อให้มีความกล้าในการลงมือกระทำ

การพบอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้า ในช่วง 2 อาทิตย์ก่อนเกิดเหตุมากถึงร้อยละ 77.9 โดยไม่ได้มีทำที่และไม่ได้คิดวางแผน จะทำร้ายตนเอง ประกอบกับอุปนิสัยที่พบได้บ่อยในการศึกษาครั้งนี้ คือ ลักษณะภายนอก เป็นคนร่าเริง เจ้าอารมณ์ หุนหันพลันแล่น และเจียบเจี้ยบ น่าจะเป็นอารมณ์เศร้าแอบแฝงหรืออารมณ์เศร้าที่พบใน Adjustment disorder with depress mood สอดคล้องกับที่พบในรายงานการวิจัยของ Dieserud G และคณะ<sup>(23)</sup> (ศึกษาในประเทศ นอร์เวย์) Bhatia MS และคณะ<sup>(24)</sup> (ศึกษาในประเทศ อินเดีย) และในไทยโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ<sup>(25)</sup>

### สรุป

การวิจัยครั้งนี้ ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบถึงข้อมูลทางประชากร ปัญหา สาเหตุ และพฤติกรรมการทำร้ายตัวเองของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ใน พ.ศ. 2549-2551 ตลอดจนได้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเพศ และกลุ่มอายุ ได้เปรียบเทียบผลการศึกษากับการศึกษาอื่น โดยสรุปพบว่าพฤติกรรมการทำร้ายตนเองในการศึกษาครั้งนี้ เกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่บีบคั้น ขาดทักษะในการแก้ไขปัญหา และการสื่อสารเพื่อขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นส่วนวิธีการที่เลือกใช้ขึ้นอยู่กับ เพศ วัย วุฒิภาวะทางอารมณ์ และ

ภาวะซึมเศร้า โดยมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีที่รุนแรงเมื่ออายุมากขึ้น ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของผู้ทำการวิจัย ในส่วนที่เป็นความรู้อื่นๆทั่วไปและลักษณะเฉพาะบางอย่างของจังหวัดเพชรบุรีสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนเพื่อป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ปัญหาและพฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเพียง ส่วนหนึ่งของปัญหาในสังคมไทย ที่แสดงให้เห็นถึง ความเครียดของสังคมที่มีผลกระทบต่อคนกลุ่มหนึ่งที่ไม่สามารถหาวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมได้ เนื่องจากความอ่อนแอของสถาบันครอบครัวที่ไม่สามารถพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์และวิธีการแก้ปัญหาแก่คนในครอบครัวได้ จึงควรส่งเสริมให้มีวิธีการเลี้ยงดูเด็กและเยาวชนให้มีทักษะชีวิตในการปรับตัวเพื่อแก้ปัญหาตั้งแต่ในวัยเด็ก
2. เนื่องจากผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองบางครั้ง ยังไม่ใช้ผู้ป่วยทางจิตเวช และการมาปรึกษาบุคลากรทางจิตเวชในสังคมไทยยังไม่เป็นที่ยอมรับ อีกทั้งยังไม่ทันการ จึงควรมีช่องทางที่ผู้ที่มีปัญหาความตึงเครียดเฉียบพลันที่รู้สึกหาทางออกไม่ได้ ได้นึกถึง และสามารถขอความช่วยเหลือ เช่น สายด่วนสุขภาพจิต การส่งเสริมให้อาสาสมัครชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตมาก่อน ได้เป็นผู้ช่วยสอดส่องให้คำปรึกษาเพื่อช่วยหาทางออกให้ ส่วนในโรงเรียนควรส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่ม เพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่มีปัญหาในเรื่องต่าง ๆ
3. ควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เช่น กลุ่มนักเรียน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้แบบคัดกรองที่สั้นและใช้ง่าย เพื่อที่จะได้ให้การช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดอยากทำร้ายตนเองได้ทัน และส่งเสริมให้มีการปรับตัวที่ดีขึ้นได้
4. ควรมีการศึกษาวิจัย ในเชิงลึกเพิ่มเติม เกี่ยวกับผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองว่าเมื่อได้รับการช่วยเหลือ

ดูแลรักษา มีการกลับไปกระทำซ้ำ หรือมีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้สนับสนุนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวชทุกท่าน ที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุนในงานวิจัยให้สำเร็จด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

1. Fergusson DM, Woodward LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *J Clin Psychol Med settings* 2000; 30(1):23-39.
2. Grover KE, Green KL, Pettit JW, Monteith LL, Garza MJ, Venta A. Problem solving moderates the effects of life event stress and chronic stress on suicidal behaviors in adolescence. *J Clin Psychol* 2009; 65(12):1281-90.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. โครงการช่วยเหลือผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. [online] [สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2552] แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.suicidethai.com/suicide/>
4. กองเดช ลิโทชวลิต, สุเพ็ญ ลิโทชวลิต. การศึกษาผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 21 ราย ในโรงพยาบาลห้วยพลู. *วารสารแพทย์เขต 7* 2533; 9:99-105.
5. ประชุกต์ เสรีเสถียร, วัชรวิทย์ อุระรัตน์, รัชวัลย์ บุญโสม. การศึกษาระบาดวิทยาของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มาใช้บริการ ในโรงพยาบาลของรัฐที่จังหวัดระยอง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2541; 43(1):14-21.
6. สาวิตรี อัยฉางกรชัย. ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มารักษา ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2530; 5:275-80.
7. สมกพ เรืองตระกูล, อรพรรณ ทองแดง, เกียรติกร แก้วหนักรังสี, กนกรัตน์ สุขะคงคะ. การศึกษาผู้ป่วยผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 105 ราย ในโรงพยาบาลศิริราช. *วารสารศิริราช* 2518; 27:317-35.
8. สุชาติ พหลภาคย์. ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มาบริการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2530; 32(3):111-24.
9. ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์, อภัยศรี ธนไพศาล, สุพรรณิ เกกนิช. รายงานผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย 485 คน ของโรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่ประชาชนุเคราะห์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2541; 43(1):2-13.
10. สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, ประเวศ ดันดิพิวัฒนสกุล, ศรีเกษ ธัญญาวิณิชกุล. การฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่ลักษณะเฉพาะของ

กลุ่มเป้าหมายและเปรียบเทียบด้วยจังหวัดต่าง ๆ ในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2542; 7:79-86.

11. ไพฑูรย์ ณรงค์ชัย. สหฤกษ์การฆ่าตัวตายนอนกรง เชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2532-2536. *เชียงใหม่เวชสาร* 2538; 34:15-21.
12. ไพรัตน์ พุกขชาติคุณากร, ปวีพรพร ศิงประกิจ. ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายสำเร็จที่มารับรักษาในโรงพยาบาลมหาชนนครเชียงใหม่ พ.ศ. 2522-2530. *สงขลานครินทร์เวชสาร* 2535; 10:101-12.
13. มาโนช หล่อตระกูล, ไชยชัย เสวี. พิมพ์ครั้งที่ 1. *กรมเทคนิคนานการ: บียอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์*; 2544.
14. ประเวศ ดันดิพิวัฒนสกุล, สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. ฆ่าตัวตาย : การสอบสวนสาเหตุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 1. *กรมเทคนิคนานการ: พลัสเพลส*; 2541.
15. มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย. ใน: *พิเชษฐ อุดมรัตน์, บรรณาธิการ. ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย*. พิมพ์ครั้งที่ 1. *สงขลา: ลิบบรเวเดอร์*; 2547. หน้า 61-81.
16. O'Rourke M, Garland MR, McCormick PA. Ease of access is a principle factor in the frequency of paracetamol overdose. *Ir J Med Sci* 2002; 171:148-50.
17. Lifshitz M, Gavrilov V. Deliberate self-poisoning in adolescents. *Isr Med Assoc J* 2002; 4:252-4.
18. Chiou PN, Chen YS, Lee YC. Characteristics of adolescent suicide attempters admitted to an acute psychiatric ward in Taiwan. *J Chin Med Assoc* 2006; 69(9):428-35.
19. Paykel ES, Prusoff BA, Myers JR. Suicidal attempts and recent life events: a controlled comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32:327-37.
20. Shneidman ES. *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press; 1996.
21. Deykin EY, Buka SL. Suicidal ideation and attempts among chemical dependence adolescents. *Am J Public Health* 1994; 84:634-9.
22. Weiss RD, Hufford MR. Substance abuse and suicide. In: *Jacobs DG, editor. The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey -Bass Publication; 1999.
23. Dieserud G, Roysamb E, Ekeberg O, Kraft P. Toward an integrative model of suicide attempt: a cognitive psychological approach suicide. *Life Threat Behav* 2001; 31(2):153-68.
24. Bhatia MS, Aggarwal NK, Aggarwal BB. Psychosocial profile of suicide ideators, attempters and completers in India. *Int J Soc Psychiatry* 2000; 46(3):155-63.
25. อุมพร ดวงสมบัติ, อรวรรณ หนูแก้ว. จิตพยาธิสภาพของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2541; 43(1):22-36.

**Abstract** Behavior of Self-harmed Patients Attending Prachomklao Hospital Phetchaburi Province

**Chanchai Puangniyom**

Psychiatric Unit, Prachomklao Hospital, Phetchaburi

*Journal of Health Science* 2011; 20:18-30.

This research had an objective to study demographic characteristics, problems, causes and behaviors of 113 self-harmed patients attending Prachomklao hospital, Phetchaburi province during the year 2007-2009. Data collections were done by using standard interview form, developed by Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Descriptive statistics and chi-square test were used to define statistical significance of variables. The results showed 69 females and 44 males. Females to males ratio was 1.57:1. The precipitating factors of self-harmed behavior were quarrel with intimate persons, disappointment with love, jealousy and feeling hurt after being blamed accompanying with depression. The most frequent methods were chemical ingestion and drug overdose due to easy access. The variables that correlated to sex showed that alcohol and drug abuse, chemicals ingestion and fatally harmful methods were found in males more than females. Females were more educated, currently affected with underlying diseases and preferred drug overdose. The variables that correlated with age group showed that adults were the most, followed by adolescents and elderly were the least. Among adolescents, there were 3.7 times more females than males, most of them used drug overdose. Among adults, there were slightly more females than males and over half of them used severe methods such as chemicals ingestion. There were twice more elderly males than females. All of them ingested chemicals. This research revealed the problems plus causes and reported that self-harmed behaviors were triggered by being unable to cope with stress, lack of both skills in problems solving and communications to seek appropriate help. The self-harmed methods depended on sex, age, emotional maturity and depression. The tendency to use more severe method increases with age. This findings can be useful in planning for the prevention and treatment to patients.

**Key words:** behavior, self-harm, sex, age group