

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสมุทรปราการ

กนกพร สาคร*, ทศนีย์ สุริยะไชย*

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมุทรปราการ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสมุทรปราการ

วิธีการศึกษา การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง ในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้ารายใหม่ ที่มารับการรักษาที่แผนกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมุทรปราการทั้งหมด ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 257 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว ประวัติความเจ็บป่วย ลักษณะพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า Children's Depression Inventory (CDI) ในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 15 ปี แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ในผู้ป่วยอายุ 15 - 18 ปี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา chi-square test, t-test, Fisher's Exact test, Mann-Whitney U test, binary logistic regression

ผลการศึกษา ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าทั้งหมด 257 ราย ค่าอายุมัธยฐาน 15 ปี (P25-P75=13.75 - 17 ปี) พบความชุกพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ร้อยละ 59.9 วิธีการทำร้ายตนเองที่พบมากที่สุด ได้แก่ การใช้ของมีคม ร้อยละ 69.5 กินยาเกินขนาด ร้อยละ 37.2 ทุบตีตนเอง ร้อยละ 25.3 เจตนาทำร้ายตนเองที่พบมากที่สุด ได้แก่ ระบายอารมณ์ ร้อยละ 85.1 ตั้งใจฆ่าตัวตาย/เสียชีวิต ร้อยละ 44.2 ประชด/เรียกร้องความสนใจ ร้อยละ 8.4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มีความคิดอยากตายหรือความคิดฆ่าตัวตาย (OR=3.091, 95% CI=1.749 - 5.462, $p<0.001$) และระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (OR=3.569, 95% CI 1.908 - 6.675, $p<0.001$)

สรุป ความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสมุทรปราการ พบได้ร้อยละ 59.9 ปัจจัยการมีความคิดอยากตายหรือความคิดฆ่าตัวตาย และระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าสัมพันธ์กับความเสี่ยงของพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

คำสำคัญ โรคซึมเศร้า พฤติกรรมทำร้ายตนเอง เด็กและวัยรุ่น

Corresponding author: กนกพร สาคร

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมุทรปราการ

E-mail: praewsakorn@gmail.com

วันรับ : 16 กันยายน 2567 วันแก้ไข : 10 พฤศจิกายน 2567 วันตอบรับ : 13 พฤศจิกายน 2567

Prevalence and Associated Factors of Self-harm in Children and Adolescent Patients with Depressive Disorder at Samutprakarn Hospital

Kanokporn Sakorn*, Tussanee Suriyachai*

**Department of Psychiatry and Drugs, Samutprakarn Hospital*

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence and associated factors of self-harm in children and adolescent patients with depressive disorder at Samutprakarn Hospital.

Method: This retrospective analytic study was done on 257 records of the patients with first diagnosed depressive disorder aged 8 - 18 years old who attended Samutprakarn Hospital from January 2021 to December 2023. Demographic, illness history, self-harm history, family and psychosocial data were collected. The Children's Depression Inventory (CDI) and 9 Questions Depression rating scale (9Q) were used to categorize the severity of depression in patients aged less than 15 years old and patients aged 15 - 18 years old respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square, *t*-test, Mann-Whitney U test and binary logistic regression.

Result: 257 records of children and adolescent patients with depressive disorder were included, with a median age 15 years old (P25-P75=13.74 - 17 year), the prevalence of self-harm was 59.9%. The most common methods included using sharp objects 69.5%, taking overdosed drugs 37.2%, and hitting oneself 25.3%. The most common self-injurious intentions were venting emotions 85.1%, intending to commit suicide/death 44.2% and sarcastic/seeking attention 8.4%. The two factors that were statistically significant associated with self-harm were death wish/suicidal ideation (AOR=3.091, 95% CI=1.749 - 5.462, $p<0.001$) and severity of depressive symptoms (AOR=3.569, 95% CI 1.908 - 6.675, $p<0.001$).

Conclusion: The prevalence of self-harm in children and adolescent patients with depression at Samutprakarn hospital was 59.9%. Death wish/suicidal ideation and the severity of depressive symptoms were significantly related to the risk of self-injurious behavior in this group of patients.

Keywords: depression, self-harm, children and adolescents

Corresponding author: Kanokporn Sakorn

E-mail: praewsakorn@gmail.com

Received 16 September 2024 Revised 10 November 2024 Accepted 13 November 2024

บทนำ

โรคซึมเศร้าจัดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับความสำคัญในเด็กและวัยรุ่นปัจจุบัน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการมึนเศร้าหมดความสนใจหรือความเพลิดเพลิน เบื่อหน่าย รู้สึกไร้ค่า ท้อแท้ รวมไปถึงสมาธิ การกิน การนอนเปลี่ยนแปลง โดยอาการดังกล่าวรบกวนต่อหน้าที่และการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย¹ การศึกษา meta-analysis ในปี พ.ศ. 2564 ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น อายุ 10 - 19 ปีทั่วโลก พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น ร้อยละ 8 และอาการของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24 ในช่วงปี พ.ศ. 2544 - 2553 เป็นร้อยละ 37 ในช่วงปี พ.ศ. 2554 - 2563 โดยตะวันออกกลาง ทวีปแอฟริกา และทวีปเอเชีย มีรายงานอาการของภาวะซึมเศร้าสูงสุด และวัยรุ่นเพศหญิงรายงานอาการของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย²

พฤติกรรมทำร้ายตนเอง หมายถึง การกระทำให้ตัวเองได้รับอันตรายโดยไม่ถึงแก่ชีวิต ไม่เกี่ยวกับแรงจูงใจและความตั้งใจฆ่าตัวตาย^{3,4} พบความชุกประมาณร้อยละ 14 - 21 ในวัยรุ่นทั่วโลกซึ่งมีความแตกต่างกันตามปัจจัยทางเพศ เชื้อชาติ สังคม⁵ โดยพบพฤติกรรมทำร้ายตนเองในเด็กและวัยรุ่นมีอัตราส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย^{4,6} และมีความชุกในทวีปเอเชียสูงกว่าทวีปอื่น⁶ พฤติกรรมทำร้ายตนเองจัดเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ในหลายภาวะทางจิตเวช (transdiagnostic phenomenon)^{3,7} โดยพบมากในผู้ป่วยที่มีโรคทางอารมณ์ มีหลายการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้า พฤติกรรมทำร้ายตนเอง และความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย⁸⁻¹⁰

ปัจจุบันในประเทศไทยพบสถานการณ์ภาวะสุขภาพจิตและพฤติกรรมทำร้ายตนเองในเด็กและวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้นและเป็นปรากฏการณ์ทางสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ⁹ ในปี พ.ศ. 2563 วิมลวรรณ และคณะ ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย อายุ 11 - 19 ปี พบว่า ร้อยละ 17.5 ของวัยรุ่นไทยมีภาวะซึมเศร้า โดยมีความคิดอยากตาย ร้อยละ 20.5 มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.1 และเคยพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 6.4 วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายมีโอกาสที่จะมีภาวะซึมเศร้ามักกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 9.8 เท่า¹¹

งานวิจัยหลายฉบับพบว่าภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเองพบร่วมกัน ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวพบทั้งในการศึกษาประชากรทั่วไปและผู้ป่วยจิตเวช การทำร้ายตนเองอย่างต่อเนื่องพบสูงในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้า ในขณะที่เดียวกันมีการศึกษาผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย

สูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 10 เท่า³ ประเทศออสเตรเลียสำรวจสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในประเทศพบว่า ร้อยละ 47 เด็กและวัยรุ่นอายุ 12 - 17 ปี ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และร้อยละ 19.7 เคยพยายามฆ่าตัวตายในช่วง 12 เดือน¹² อย่างไรก็ตามการศึกษาความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองมีจำกัด และมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษาสูง^{13,14} ปัจจัยที่มีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้า ได้แก่ ความรุนแรงของอาการ^{15,16} ระยะเวลาที่มีอาการซึมเศร้า¹⁷ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองมีความคิดฆ่าตัวตาย^{15,18} และพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า¹⁸ มีประวัติสมาธิในครอบครัวมีโรคทางจิตเวชมากกว่า มีปัญหาเรื่องการจัดการอารมณ์มากกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง^{15,18,19}

เนื่องจากในปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาขึ้นเพื่อสำรวจความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสมุทรปราการ เพื่อเป็นข้อมูลให้บุคลากรทางการแพทย์ได้เข้าใจถึงพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้า และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์โดยเก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective analytic study) เก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้ารายใหม่ทุกราย ที่มารับการรักษาที่แผนกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมุทรปราการ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ อายุไม่เกิน 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ ตามเกณฑ์ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5) และลงรหัสโรค ICD-10 F 32.0 - F 32.9 และมีเกณฑ์คัดออก คือ มีประวัติได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคซึมเศร้าจากที่อื่นมาก่อน หรือมีข้อมูลเฉพาะเจาะจงไม่สมบูรณ์ได้แก่ ไม่สามารถค้นหระเบียนได้ ไม่มีการบันทึกคะแนน CDI หรือ 9Q การคัดเลือกลักษณะตัวอย่างจะคัดเลือกผู้ป่วยทั้งหมดที่เป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้า โดยไม่มีการสุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึกข้อมูล แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

- ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวทางกาย

- ข้อมูลพื้นฐานด้านสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ผู้ป่วยกับผู้ดูแลหลัก สถานภาพสมรสของบิดา มารดา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย

- ข้อมูลที่ได้จากบันทึกเวชระเบียน ได้แก่ ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการซึมเศร้า ความคิดอยากตายหรือฆ่าตัวตาย อาการทางจิต โรคจิตเวชร่วม ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด/แอลกอฮอล์

- Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย²⁰ เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 27 ข้อ สำหรับเด็กอายุ 10 - 15 ปี ให้ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินตนเองเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยแต่ละข้อมี 3 ตัวเลือก 0 - 2 คะแนน ตามระดับตามความรุนแรงของอาการ มีคะแนนรวม 0 - 54 คะแนน จุดตัดภาวะซึมเศร้า 15 คะแนนขึ้นไป มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.83 มีค่าความไวร้อยละ 78.7 ค่าความจำเพาะร้อยละ 91.3 ค่าความถูกต้องร้อยละ 87²¹ Bang และคณะ ทำการศึกษาจุดตัดและการแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าจากเครื่องมือ CDI ในวัยรุ่นเกาหลีใต้ อายุ 12 - 16 ปี ดังนี้²²

15 - 19 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

20 - 24 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าปานกลาง

≥25 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

การศึกษานี้ใช้จุดตัดที่ 15 คะแนนขึ้นไป บ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้าและแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าตามการศึกษาข้างต้น

- แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)²³ ใช้เพื่อประเมินอาการและความรุนแรงของโรคซึมเศร้า สำหรับผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก 0 - 4 คะแนน มีจุดตัดโรคซึมเศร้า 7 คะแนนขึ้นไป มีค่าความไวร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 83.12 ค่าความถูกต้องร้อยละ 83.29 ค่า positive likelihood ratio = 5.10 ค่า ROC area 0.897 (95%CI 0.85 - 0.943) และสามารถแบ่งระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าได้ ดังนี้

<7 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7 - 12 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย
13 - 18 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง
≥19 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมทำร้ายตนเอง โดยผู้วิจัย

ได้ดัดแปลงมาจากแบบรายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง (รง.5065 Version 11) ประกอบด้วย การมีประวัติทำร้ายตนเอง ระยะเวลาที่ทำร้ายตนเองล่าสุดก่อนมาโรงพยาบาล ความถี่พฤติกรรมทำร้ายตนเองช่วง 1 ปี วิธีการทำร้ายตนเอง เจตนาทำร้ายตนเอง บังคับกระตุ้นให้ลงมือทำร้ายตนเอง บังคับป้องกัน ได้แก่ การมีเป้าหมายในชีวิตจากตนเอง การมีเป้าหมายในชีวิตจากบุคคลสำคัญในครอบครัว มีที่ปรึกษาสามารถให้ความช่วยเหลือปรึกษาหารือในเรื่องต่างๆ และความเชื่อทางศาสนาหรือวัฒนธรรมที่ยึดถือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS version 24.0 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลสูญหายแต่ละตัวแปรคิดเป็นร้อยละ 0 - 3.2 ซึ่งไม่เกินร้อยละ 5 ของขนาดตัวอย่างทั้งหมด จึงเลือกใช้วิธีการจัดการข้อมูลแบบ Listwise deletion โดยแสดงจำนวนประชากรที่นำมาวิเคราะห์ในกรณีที่ตัวแปรนั้นมีข้อมูลสูญหายในตาราง (ตารางที่ 1 และ 2) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่อนำเสนอความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (เพศ ระดับการศึกษา โรคร่วมทางกาย สถานภาพสมรสบิดามารดา ลักษณะครอบครัวผู้ป่วยปัจจุบัน) ลักษณะอาการโรคซึมเศร้า (ความรุนแรงของอาการ ความคิดอยากตายหรือฆ่าตัวตาย อาการทางจิต (psychotic symptoms) โรคจิตเวชร่วม ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว ประวัติการใช้สารเสพติด/แอลกอฮอล์) ความถี่พฤติกรรมทำร้ายตนเองช่วง 1 ปีที่ผ่านมา วิธีการทำร้ายตนเอง เจตนาทำร้ายตนเอง บังคับกระตุ้นให้ลงมือทำร้ายตนเอง บังคับป้องกัน ในรูปแบบของจำนวน และร้อยละ อายุ ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการซึมเศร้า ระยะเวลาที่เริ่มมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง นำเสนอเป็นค่ามัธยฐาน เปอร์เซนไทล์ที่ 25 - 75 (P25 - P75) สถิติเชิงอนุมาน ใช้ Chi-square test หรือ

Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลพื้นฐานที่เป็นข้อมูลเชิงกลุ่ม และใช้สถิติ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test ในกรณีที่ข้อมูลต่อเนื่อง โดยนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติมาหาทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง โดยใช้สถิติ Binary logistic regression เพื่อหาทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง โดยผลการทดสอบถือว่า มีนัยทางสถิติเมื่อค่า P-value < 0.05 รายงานค่า Odds Ratio (OR) และ 95% Confidence Interval (95% CI)

งานศึกษาฉบับนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ เลขที่ Sh02167

ผลการศึกษา

จากการทบทวนเวชระเบียนตามเกณฑ์คัดเข้าทั้งหมด 308 ราย พบว่าไม่สามารถค้นหาข้อมูลได้ 19 ราย ไม่มีผลแบบทดสอบ CDI 10 ราย ไม่มีผลแบบทดสอบ 9Q 23 ราย จึงเหลือกลุ่มประชากรในการศึกษาทั้งสิ้น 257 ราย เป็นผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 15 ปี 90 ราย และผู้ป่วยอายุ 15 - 18 ปี 167 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.44 ของผู้ป่วยทั้งหมด

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จากกลุ่มตัวอย่างเป็น เพศหญิง 205 ราย (ร้อยละ 79.8) เพศชาย 52 ราย (ร้อยละ 20.2) มีค่ามัธยฐานอายุคือ 15 ปี (P25 - P75 = 14 - 17 ปี) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33.9 มีโรคร่วมทางกาย ร้อยละ 12.9 สถานภาพสมรสของบิดามารดาส่วนใหญ่ หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 50.4 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 33.2 ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่เริ่มมีอาการของโรคซึมเศร้าก่อนเข้ารับการรักษา 3 เดือน (P25 - P75 = 2 - 12 เดือน) ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 74.7 มีความคิดอยากตายหรือฆ่าตัวตาย ร้อยละ 63.4 มีอาการทางจิต (psychotic symptoms) ร้อยละ 13.2 มีโรคจิตเวชร่วม ร้อยละ 7.8 มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว ร้อยละ 19.1 มีประวัติใช้สารเสพติด/แอลกอฮอล์ ร้อยละ 14.5 (ตารางที่ 1)

ข้อมูลพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง 154 ราย คิดเป็นความชุก

ร้อยละ 59.9 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.1 มีค่ามัธยฐานอายุ 15 ปี (P25 - P75 = 13.75 - 17 ปี) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความถี่พฤติกรรมทำร้ายตนเองในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 59.7 มีประวัติใช้สารเสพติด/แอลกอฮอล์ ร้อยละ 15.6 วิธีการทำร้ายตนเองที่พบมากที่สุด ได้แก่ การใช้ของมีคม ร้อยละ 69.5 กินยาเกินขนาด ร้อยละ 37.2 ทุบตีตนเอง ร้อยละ 25.3 เจตนาทำร้ายตนเองที่พบมากที่สุด ได้แก่ ระบายอารมณ์ ร้อยละ 85.1 ตั้งใจฆ่าตัวตาย/เสียชีวิต ร้อยละ 44.2 ประชด/เรียกร้องความสนใจ ร้อยละ 8.4 ปัจจัยกระตุ้น คือ ปัญหาความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ร้อยละ 68.8 ปัญหาการเรียน ร้อยละ 28.6 ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน/เพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 24.2 ปัจจัยป้องกัน ได้แก่ มีเป้าหมายในชีวิตจากตนเอง ร้อยละ 34.4 มีที่ปรึกษาสามารถให้ความช่วยเหลือปรึกษาหารือในเรื่องต่างๆ ร้อยละ 31.2 มีเป้าหมายในชีวิตจากบุคคลสำคัญในครอบครัว ร้อยละ 18.2 (ตารางที่ 2)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลสมุทรปราการ พบว่าเพศ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และความคิดอยากตายหรือฆ่าตัวตาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) แต่เมื่อพิจารณาจากกลุ่มประชากรในการศึกษานี้มีอัตราส่วนเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเพศเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ทั้งกับโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยไปวิเคราะห์ต่อยอดด้วยวิธี Binary Logistic Regression โดยควบคุมปัจจัยเรื่องเพศ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดอยากตายหรือฆ่าตัวตายมีโอกาสเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความคิดอยากตาย 3.091 เท่า (95% CI 1.749 - 5.462, p-value < 0.001) ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงโรคซึมเศร้าระดับปานกลางและรุนแรง มีโอกาสเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงโรคซึมเศร้าระดับน้อย 3.569 เท่า (95% CI 1.908 - 6.675, p-value < 0.001) (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ตารางที่ 1 ลักษณะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

ปัจจัย	รวม	ไม่มีพฤติกรรม ทำร้ายตนเอง	มีพฤติกรรม ทำร้ายตนเอง	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
	257 (100)	103 (40.1)	154 (59.9)	
เพศ				
ชาย	52 (20.2)	29 (28.2)	23 (14.9)	0.010*
หญิง	205 (79.8)	74 (71.8)	131 (85.1)	
อายุ (ปี)				
Median (P25 - P75)	15 (14 - 17)	16 (14 - 17)	15 (13.75 - 17)	0.574
ระดับการศึกษา (n=255)				
ประถมศึกษา	39 (15.3)	15 (14.7)	24 (15.7)	0.557
มัธยมศึกษาตอนต้น	87 (34.1)	32 (31.4)	55 (35.9)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	82 (32.2)	38 (37.3)	44 (28.8)	
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	47 (18.4)	17 (16.7)	30 (19.6)	
โรคร่วมทางกาย (n=256)				
มี	33 (12.9)	14 (13.6)	19 (12.4)	0.783
ไม่มี	223 (87.1)	89 (86.4)	134 (87.6)	
ปัจจัยด้านครอบครัว				
สถานภาพสมรสบิดามารดา (n=252)				
แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	108 (42.9)	44 (43.6)	64 (42.4)	0.785
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	127 (50.4)	49 (48.5)	78 (51.7)	
หม้าย	17 (6.7)	8 (7.9)	9 (6.0)	
รูปแบบครอบครัว (n=253)				
ครอบครัวเดี่ยว	84 (33.2)	35 (34.3)	49 (32.5)	0.634
ครอบครัวขยาย	37 (14.6)	17 (16.7)	20 (13.2)	
ครอบครัวพ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยว	51 (20.2)	24 (23.5)	27 (17.9)	
ครอบครัวข้ามรุ่น	30 (11.9)	9 (8.8)	21 (13.9)	
ครอบครัวผสม (ลูกติด)	20 (7.9)	6 (5.9)	14 (9.3)	
อยู่คนเดียว	6 (2.4)	2 (2.0)	4 (2.6)	
อยู่กับแฟน/คนรัก	2 (0.8)	0 (0)	2 (1.3)	
อื่นๆ	23 (9.1)	9 (8.8)	14 (9.3)	
ปัจจัยโรคซึมเศร้า				
ระยะเวลาที่มีอาการซึมเศร้า (เดือน)				
Median (P25 - P75)	3 (2 - 12)	4 (2 - 8)	3 (2 - 12)	0.817
ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า				
เล็กน้อย	65 (25.3)	42 (40.8)	23 (14.9)	<0.001*
ปานกลางและรุนแรง	192 (74.7)	61 (59.2)	131 (85.1)	

ตารางที่ 1 ลักษณะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง (ต่อ)

ปัจจัย	รวม	ไม่มีพฤติกรรม ทำร้ายตนเอง	มีพฤติกรรม ทำร้ายตนเอง	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
	257 (100)	103 (40.1)	154 (59.9)	
การมีความคิดอยากตาย				
มี	163 (63.4)	49 (47.6)	114 (74)	<0.001*
ไม่มี	94 (36.6)	54 (52.4)	40 (26)	
อาการทางจิต (psychotic symptoms)				
มี	34 (13.2)	25 (16.2)	9 (8.7)	0.082
ไม่มี	223 (86.8)	129 (83.8)	94 (91.3)	
โรคจิตเวชอื่นร่วม (n=256)				
มี	20 (7.8)	8 (7.8)	12 (7.8)	0.982
ไม่มี	236 (92.2)	94 (92.2)	141 (92.2)	
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว				
มี	49 (19.1)	18 (17.5)	31 (20.1)	0.596
ไม่มี	208 (80.9)	85 (82.5)	123 (79.9)	
ประวัติการใช้สารเสพติด/แอลกอฮอล์ (n=256)				
ใช้	37 (14.5)	13 (12.6)	24 (15.7)	0.494
ไม่ใช้	219 (85.5)	90 (87.4)	129 (87.3)	

หมายเหตุ: * หมายถึงการมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.05

เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยพบว่าเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 257 ราย มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง 154 ราย คิดเป็นความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 59.9 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในต่างประเทศของ Serra และคณะ ที่พบความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่น ร้อยละ 55.4¹⁵ และการศึกษาของ Shao และคณะ ที่พบความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 42.5¹⁸ ความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตนเองที่แตกต่างกันนี้อาจเกิดจากระเบียบวิธีการวิจัยและเกณฑ์การแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน การศึกษาของ Serra และคณะ ใช้เกณฑ์จัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง โดยใช้ข้อคำถามคัดเลือกผู้ป่วยที่พฤติกรรมทำร้ายตนเองในช่วง 6 เดือนล่าสุด ร่วมกับมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองอย่างน้อย 5 ครั้ง ในช่วงปีที่ผ่านมา¹⁵ การศึกษาของ Shao และคณะ ใช้เกณฑ์จัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยใช้เกณฑ์วินิจฉัยตาม DSM-5 ซึ่งพฤติกรรมทำร้ายตนเองต้องมีจำนวนมากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป

ในช่วงปีที่ผ่านมา¹⁸ ในขณะที่การศึกษานี้ใช้เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยพฤติกรรมทำร้ายตนเองจากการมีบันทึกในเวชระเบียนว่าผู้ป่วยประวัติทำร้ายตนเองในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยไม่ได้กำหนดจำนวนครั้ง จึงอาจส่งผลให้ความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตนเองของการศึกษานี้สูงกว่าการศึกษาข้างต้น

อัตราส่วนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษานี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และยังพบอัตราส่วนพฤติกรรมทำร้ายตนเองในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่พบว่าวัยรุ่นเพศหญิงพบภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมทำร้ายตนเองสูงกว่าเพศชาย^{2,4,6,11} วิธีการที่ผู้ป่วยใช้ทำร้ายตนเองมากที่สุดสองอันดับแรก ได้แก่ การใช้ของมีคม ร้อยละ 69.5 กินยาเกินขนาด ร้อยละ 37.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ Shen และคณะ ทำการศึกษาผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าในประเทศจีน พบว่าวิธีการที่ผู้ป่วยทำร้ายตนเองมากที่สุด คือ การกรีดหรือขีดข่วนผิวหนัง ร้อยละ 87.83²⁴

การศึกษานี้พบปัจจัยการมีความคิดอยากตายหรือฆ่าตัวตายสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความ

ความคิดอยากตายหรือฆ่าตัวตายมีโอกาสเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีความคิดอยากตาย 3.091 เท่า (AOR = 3.091, 95% CI = 1.749 - 5.462, $p < 0.001$) สอดคล้องกับ

ตารางที่ 2 พฤติกรรมทำร้ายตนเอง

พฤติกรรมทำร้ายตนเอง (รวม 154 ราย)	จำนวน	ร้อยละ	พฤติกรรมทำร้ายตนเอง (รวม 154 ราย)	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			เจตนาทำร้ายตนเอง		
ชาย	23	14.9	ตั้งใจฆ่าตัวตาย/เสียชีวิต	68	44.2
หญิง	131	85.1	ประชด/เรียกร้องความสนใจ	13	8.4
อายุ (ปี)			ระบายอารมณ์	131	85.1
Median (P25 - P75)	15 (13 - 17)		ต้องการหลับ	2	1.3
ระยะเวลาที่ทำร้ายตนเองล่าสุดก่อนมาโรงพยาบาล (วัน) (n=149)			ลงโทษตัวเอง	2	1.3
Median (P25 - P75)	7 (3 - 30)		ทำตามอาการทางจิต	11	7.1
ความถี่พฤติกรรมทำร้ายตนเองช่วง 1 ปีที่ผ่านมา			อื่นๆ	7	4.5
1 ครั้ง	24	15.6	มีประวัติการใช้สารเสพติด/แอลกอฮอล์	24	15.6
2 - 4 ครั้ง	38	24.7	ปัจจัยกระตุ้น		
มากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป	92	59.7	ปัญหาความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว	106	68.8
วิธีการทำร้ายตนเอง			ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน เพื่อนร่วมงาน ครู	44	28.6
ใช้ของมีคม	107	69.5	ถูกกลั่นแกล้ง	13	9.7
กินยาเกินขนาด	48	37.2	ปัญหาความสัมพันธ์กับคนรัก	33	21.4
ใช้สารเคมีอื่นๆ	9	5.8	ปัญหาการเรียน	44	28.6
ทุบตีตนเอง	39	25.3	ปัญหาเศรษฐกิจ/การเงิน	9	5.8
ดื่ยกำแพง/กระจก	16	10.4	อาการจากโรคจิตเวช	27	17.5
ผูกคอ	9	5.8	อื่นๆ	13	8.4
กระโดดน้ำ	2	1.3	ปัจจัยป้องกัน (n=152)		
กระโดดจากที่สูง	1	0.6	มีเป้าหมายในชีวิตจากตนเอง	53	34.4
วิ่ง/นอน/กระโดดให้รถชน	2	1.3	มีเป้าหมายในชีวิตจากบุคคลสำคัญในครอบครัว	28	18.2
อื่นๆ	17	11	มีที่ปรึกษาสามารถให้ความช่วยเหลือ ปรึกษา	48	31.2
			หารือในเรื่องต่างๆ		
			อื่นๆ เช่น สัตว์เลี้ยง ศิลปินที่ชอบ	7	4.5

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองจากการถดถอยแบบโลจิสติก

ปัจจัย	Crude OR	95% CI	Adjusted OR*	95% CI	p-value
เพศ	2.232	1.204 - 4.137	2.905	1.473 - 5.729	0.002
มีความคิดอยากตาย	2.733	1.579 - 4.730	3.091	1.749 - 5.462	<0.001
ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า					
ปานกลางและรุนแรง	3.410	1.853 - 6.278	3.569	1.908 - 6.675	<0.001

หมายเหตุ: *ควบคุมปัจจัยเรื่องเพศ

การศึกษาในประเทศอิตาลีของ Serra และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵ และการศึกษาในประเทศจีนของ Shao และคณะ ที่พบว่าความคิดฆ่าตัวตายสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้า โดยมีคะแนน Beck Scale for Suicidal Ideation ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ จากการทบทวนวรรณกรรม ความคิดอยากตาย พฤติกรรมทำร้ายตนเอง และพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายเป็นปรากฏการณ์ที่มักเจอร่วมกัน แต่ยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์ได้ชัดเจน²⁵ มีแนวคิดที่พยายามอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าวว่าพฤติกรรมทำร้ายตนเองเป็นกลไกที่มีขึ้นเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย (anti-suicidal model)²⁵ ในขณะที่ยังมีแนวคิดเชื่อว่าพฤติกรรมทำร้ายตนเองนำไปสู่การฆ่าตัวตายเนื่องจากการทำร้ายตนเองซ้ำๆ ช่วยให้บุคคลนั้นลดกลไกป้องกันตนเอง จนเกิดเป็นความเคยชิน และทนต่อการทำร้ายตนเองได้รุนแรงมากยิ่งขึ้น²⁶

การศึกษานี้พบปัจจัยระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง โดยผู้ป่วยที่อาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง เพิ่มความเสี่ยงพฤติกรรมทำร้ายตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 3.569 เท่า (AOR=3.569, 95% CI 1.908 - 6.675, p-value<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองมีอาการโรคซึมเศร้ารุนแรงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{15,16,27} มีการศึกษาพบว่าระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นตัวกลางกระบวนการทางจิตวิทยาในการเปลี่ยนจากความคิดฆ่าตัวตายไปสู่การทำร้ายตนเอง²⁸ เด็กและวัยรุ่นที่มีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสูงมีอารมณ์หงุดหงิด มีปัญหาพฤติกรรม²⁹ ความภูมิใจในตนเองต่ำ มีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมากกว่าผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าที่ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง¹⁵ อย่างไรก็ตามปัจจัยดังกล่าวพบว่ามีผลสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในประชากรเด็กและวัยรุ่นทั่วไปเช่นเดียวกัน^{4,30} จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่มีอาการซึมเศร้ากับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Zubrick และคณะ ที่พบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยเด็กและ

วัยรุ่นโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง¹⁷ ความแตกต่างของผลการศึกษาอาจเกิดจากเกณฑ์การแบ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการศึกษาในกลุ่มประชากรในการศึกษาเป็นผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-5 ในขณะที่การศึกษา Zubrick ใช้แบบสอบถามจากการประเมินตนเองในการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและอาการของโรค รวมไปถึงพฤติกรรมทำร้ายตนเองของผู้ป่วย¹⁷

ข้อจำกัดของการศึกษา

1) การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังโดยการทบทวนจากเวชระเบียนที่ใช้การบันทึกลายมือเป็นหลัก ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลลงแบบบันทึกข้อมูลได้สมบูรณ์ การศึกษาต่อไปจึงควรมีการพัฒนาการเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาปัจจัยอื่นๆ ได้ครอบคลุมมากขึ้นในอนาคต

2) การศึกษานี้เก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่น แผนกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมุทรปราการเท่านั้น ไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้าทั้งหมดได้ การนำผลการศึกษาไปใช้ในบริบทอื่นจึงควรพิจารณาด้วยความระมัดระวัง

3) การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง จึงไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยที่พบว่าสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคซึมเศร้า เป็นเหตุหรือเป็นผลของพฤติกรรมทำร้ายตนเอง จึงควรมีการศึกษาติดตามระยะยาวเพื่อให้ทราบถึงบทบาท หรือกลไกพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากยิ่งขึ้นในอนาคต

สรุป

การศึกษานี้พบความชุกของพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลสมุทรปราการร้อยละ 59.9 ปัจจัยเรื่องการมีความคิดอยากตาย และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด และคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลสมุทรปราการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคนที่ช่วยให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี การศึกษานี้ผู้วิจัยไม่ได้รับทุนสนับสนุน

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มี

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

กนกพร สาคร: ทำการออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล
วิเคราะห์ข้อมูล เขียนและแก้ไขบทความ; ทศนีย์ สุริยะไชย:
ร่วมออกแบบการศึกษาและการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj hospital. Psychiatry Siriraj DSM-5. 1st ed. Sitthiraksa N, editor. Bangkok: Prayoonsamthai; 2015.
2. Shorey S, Ng ED, Wong CHJ. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Psychol* 2022; 61(2):287-305.
3. Hawton, K., O'Connor, R.C. and Saunders. Suicidal behavior and self-harm. In: Rutter M, Bishop DVM, Pine DS, Stevenson J, editors. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 6th ed. Wiley-Blackwell; 2015. p. 893-910.
4. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012; 379(9834): 2373-82.
5. Lucena NL, Rossi TA, Azevedo LMG, Pereira M. Self-injury prevalence in adolescents: A global systematic review and meta-analysis. *Child Youth Serv Rev* 2022; 142: 10663.
6. Farkas BF, Takacs ZK, Kollárovcis N. The prevalence of self-injury in adolescence: a systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2024; 33(10): 3439-58.
7. Breaux R, Dvorsky MR, Marsh NP, Green CD, Cash AR, Shroff DM, et al. Prospective impact of COVID-19 on mental health functioning in adolescents with and without ADHD: protective role of emotion regulation abilities. *J Child Psychol Psychiatry* 2021; 62(9): 1132-39.
8. Chesin MS, Galfavy H, Sonmez CC, Wong A, Oquendo MA, Mann JJ, et al. Nonsuicidal self-injury is predictive of suicide attempts among individuals with mood disorders. *Suicide Life Threat Behav* 2017; 47(5): 567-579.
9. Xiao Q, Song X, Huang L, Hou D, Huang X. Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: A meta-analysis. *Front Psychiatry* 2022; 13: 912441.
10. He H, Hong L, Jin W, Xu Y, Kang W, Liu J, et al. Heterogeneity of non-suicidal self-injury behavior in adolescents with depression: latent class analysis. *BMC Psychiatry* 2023; 23(1).
11. Panyawong W. Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 Public Health Region Received. *J Ment Heal Thail.* 2020; 28(2): 136-49.
12. Lawrence D, Johnson S, Hafekost J, Haan KB de, Sawyer M, Ainley J, et al. The mental health of children and adolescents: Report on the second Australian child and adolescent survey of mental health and wellbeing. Canberra (AU); Department of Health. 2015. 222p.
13. Kang L, Li R, Liu H, Ma S, Sun S, Zhang N, et al. Nonsuicidal self-injury in undergraduate students with major depressive disorder: The role of psychosocial factors. *J Affect Disord* 2021; 290: 102-8.
14. Wu B, Zhang H, Chen J, Chen J, Liu Z, Cheng Y, et al. Potential mechanisms of non-suicidal self-injury (NSSI) in major depressive disorder: A systematic review. *Gen Psychiatr* 2023; 36(4): e100946.
15. Serra M, Presicci A, Croce F, Marzulli L, Quaranta L, Caputo E, et al. Assessing clinical features of adolescents suffering from depression who engage in non-suicidal self-injury. *Children* 2022; 9(2): 201.
16. Qian H, Shu C, Feng L, Xiang J, Guo Y, Wang G. Childhood maltreatment, stressful life events, cognitive emotion regulation strategies, and non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with first-episode depressive disorder: direct and indirect pathways. *Front Psychiatry* 2022; 13: 838693.
17. Zubrick SR, Hafekost J, Johnson SE, Sawyer MG, Patton G, Lawrence D. The continuity and duration of depression and its relationship to non-suicidal self-harm and suicidal ideation and behavior in adolescents 12-17. *J Affect Disord* 2017; 220: 49-56.
18. Shao C, Wang X, Ma Q, Zhao Y, Yun X. Analysis of risk factors of non-suicidal self-harm behavior in adolescents with depression. *Ann Palliat Med* 2021; 10(9): 9607-13.
19. Liu RT, Walsh RFL, Sheehan AE, Cheek SM, Sanzari CM. Prevalence and correlates of suicide and nonsuicidal self-injury in children: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2022; 79(7): 718-26.
20. Trangkasombat U, Likapichitkul D. The Children's Depression Inventory as a Screen for Depression in Thai Children. *J Med Assoc Thai* 1996; 41: 222-34.
21. Department of Mental Health. Children's Depression Inventory (CDI) Thai version [Internet]. Department of Mental Health. [cited 2017 Sep 24]. Available from: <https://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=19>.
22. Bang YR, Park JH, Kim SH. Cut-off scores of the children's depression inventory for screening and rating severity in Korean adolescents. *Psychiatry Investig* 2015; 12(1): 23-8.
23. Kongsuk T, Arunpongpaissal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. *J Psychiatr Assoc Thai* 2018; 63(4): 321-334.
24. Shen Y, Hu Y, Zhou Y, Fan X. Non-suicidal self-injury function: prevalence in adolescents with depression and its associations with non-suicidal self-injury severity, duration and suicide. *Front Psychiatry* 2023; 14: 1188327.
25. Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro MR. Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: A systematic review. *PLoS One* 2016; 11(4): e0153760.
26. Pompili M, Goracci A, Giordano G, Erbutto D, Girardi P, Klonsky ED, et al. Relationship of non-suicidal self-injury and suicide attempt: A psychopathological perspective. *J Psychopathol.* 2015; 21: 348-53.



27. Tuisku V, Pelkonen M, Kiviruusu O, Karlsson L, Ruutu T, Marttunen M. Factors associated with deliberate self-harm behaviour among depressed adolescent outpatients. *J Adolesc* 2009; 32(5): 1125-36.
28. Kang B, Hwang J, Woo S II, Hahn SW, Kim M, Kim Y, et al. The mediating role of depression severity on the relationship between suicidal ideation and self-injury in adolescents with major depressive disorder. *J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry* 2022; 33(4): 99-105.
29. Luby JL, Whalen D, Tillman R, Barch DM. Clinical and psychosocial characteristics of young children with suicidal ideation, behaviors, and nonsuicidal self-injurious behaviors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2019; 58(1): 117-27.
30. Benarous X, Consoli A, Cohen D, Renaud J, Lahaye H, Guilé JM. Suicidal behaviors and irritability in children and adolescents: a systematic review of the nature and mechanisms of the association. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019; 28(5): 667-83.