

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาพฤติกรรมฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองของผู้ป่วยออทิสติก ในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์

วันรับ : 29 มกราคม 2565

วันแก้ไข : 6 พฤษภาคม 2565

วันที่ตอบรับ : 9 พฤษภาคม 2565

อนัญญา สิริรัตนันท์, พ.บ.

โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาพฤติกรรมฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองของผู้ป่วยออทิสติก

วิธีการ : เป็นการศึกษาย้อนหลัง ทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยโรคออทิสติกตามเกณฑ์ DSM-V ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (SSI) และทำร้ายตนเอง (NSSI) ที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ ระหว่างเดือนมกราคม 2560 ถึง ธันวาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มของปัจจัยพื้นฐานและเหตุการณ์ก่อนเกิดพฤติกรรมด้วย chi-square test และ t-test

ผล : กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 59 คน ในจำนวนนี้ 9 คน (ร้อยละ 15) อยู่ในกลุ่ม SSI และ 50 คน (ร้อยละ 85) อยู่ในกลุ่ม NSSI กลุ่ม SSI มีอายุ 11 - 14 ปี ($\bar{X} = 13.8$, 95% CI = 11.8 - 13.2) กลุ่ม NSSI มีอายุ 6 - 54 ปี ($\bar{X} = 12.3$, 95% CI = 11.6 - 16.0) ทั้งกลุ่ม SSI และ NSSI มีสัดส่วนของเพศหญิงต่อชายเท่ากับ 2 : 7 กลุ่ม SSI มีระดับการศึกษาและระดับความสามารถสูงกว่า และมีโรคร่วมทางจิตเวชมากกว่ากลุ่ม NSSI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โรคที่พบร่วมมากที่สุดในกลุ่ม SSI คือ โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 77.8) เหตุกระตุ้นก่อนหน้าพฤติกรรม SSI ได้แก่ ปัญหาครอบครัวและสัมพันธ์กับเพื่อนหรือการถูกกลั่นแกล้ง โรคร่วมที่พบมากที่สุดในกลุ่ม NSSI ได้แก่ โรคสมาธิสั้น (ร้อยละ 54)

สรุป : พฤติกรรม SSI และ NSSI ในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุการณ์แตกต่างกัน ผู้ให้การรักษาควรให้ความสำคัญกับความแตกต่างของพฤติกรรมสองรูปแบบนี้ เพื่อการวางแผนป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ การให้ความช่วยเหลือและการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสม

คำสำคัญ : ปัจจัยเสี่ยง, พฤติกรรมฆ่าตัวตาย, พฤติกรรมทำร้ายตัวเอง, ออทิสติก

ติดต่อผู้นิพนธ์ : อนัญญา สิริรัตนันท์; e-mail: doctorjib.ananya@gmail.com

Original articles

A study of suicidality and self-injury in patients with Autism at Yuwaprasart Waithayopathum hospital

Received : 29 January 2022

Revised : 6 May 2022

Accepted : 9 May 2022

Ananya Sinrachatanant, M.D.

Yuwaprasart Waithayopathum Child and Adolescent Psychiatric Hospital,
Department of Mental Health

Abstract

Objective: To study suicidal self-injury (SSI) and non-suicidal self-injury (NSSI) behaviors in patients with autism.

Methods: This retrospective study used secondary data from medical records of patients diagnosed with DSM-V autism spectrum disorders and admitted with SSI and NSSI between January 2017 and December 2019. Data were analyzed by using descriptive statistics (frequency and percentage). Demographics, autism severity, and precipitating events were compared between groups using chi-square test and t-test.

Results: Of 59 subjects, 9 (15%) had SSI and 50 (85%) had NSSI. The SSI group aged between 11 - 14 years old (\bar{X} = 13.8, 95% CI = 11.8 -13.2). The NSSI group aged between 6 - 54 years old (\bar{X} = 12.3, 95% CI = 11.6 - 16.0). Both groups had female to male sex ratio of 2 : 7. The SSI group had significantly higher educational attainment, function, and psychiatric comorbidities than the NSSI group. The most common comorbidity in the SSI group was depression (77.8%). Most common precipitating events before SSI were conflicts with family members and classmates, and being bullied. The most common comorbidity in the NSSI group was ADHD/disruptive behavior disorder (54%).

Conclusion: The underlying features and triggering events of SSI and NSSI were different. Understanding the difference between the two types of self-harm behaviors in autistic people are essential for effective prevention of recurrence, intervention, and long-term care.

Keywords: autism spectrum disorders, non-suicidal self-injury (NSSI), risk factors, suicidal self-injury (SSI)

Corresponding author: Ananya Sinrachatanant; e-mail: doctorjib.ananya@gmail.com

ความรู้เดิม : กลุ่มออทิสติกที่มีพฤติกรรม SSI และ NSSI ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมักถูกมองว่าเป็นผู้ป่วยประเภทเดียวกันและได้รับการดูแลรักษาตามความรุนแรงของพฤติกรรมเป็นหลัก

ความรู้ใหม่ : กลุ่มออทิสติกที่มี SSI และ NSSI มีความแตกต่างกันทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดพฤติกรรม ดังนั้น ผู้ป่วยออทิสติกทั้ง 2 กลุ่มควรได้รับการเฝ้าระวังและความช่วยเหลือที่แตกต่างกัน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การดูแลรักษาผู้ป่วยออทิสติกที่มีอายุเข้าช่วงวัยรุ่นควรประกอบด้วย การเฝ้าระวัง การประเมิน การค้นหาปัญหาสัมพันธ์สภาพของผู้ป่วยกับครอบครัว เพื่อน และครู และการส่งเสริมทักษะทางสังคมและทักษะการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับระดับความสามารถของผู้ป่วย

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอันดับสองของประเทศไทยรองจากอุบัติเหตุ สติดิอัตรการฆ่าตัวตายภาพรวมในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 เท่ากับ 7.37 ต่อประชากร 100,000 คน โดยมีคนไทยฆ่าตัวตายสำเร็จ 4,822 คน¹ ข้อมูลปี พ.ศ. 2563 พบว่า อัตราส่วนของการฆ่าตัวตายสำเร็จของเพศชายเท่ากับ 12.27 ต่อ 100,000 ประชากร ในขณะที่เพศหญิงเท่ากับ 2.68 ต่อ 100,000 ประชากร² ข้อมูลปี พ.ศ. 2561 พบว่า ช่วงอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดคือ 30 - 49 ปี³ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จของคนไทย ประกอบด้วย ปัญหาด้านความสัมพันธ์ ได้แก่ ความน้อยใจ การถูกดูต่ำตำหนิ การทะเลาะกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 48.7 ความรัก การหึงหวง ร้อยละ 22.9 การต้องการคนใส่ใจดูแล ร้อยละ 8.4 ปัญหาด้านจิตเวช ได้แก่ การดื่มสุรา ร้อยละ 19.6 อาการมีเมฆาตสติระหว่างทำร้ายตนเอง ร้อยละ 6.0 อาการทางจิต ร้อยละ 7.4 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 6.5 และ การทำร้ายตนเองซ้ำ ร้อยละ 12.0⁴

ประเทศไทยมีความชุกของโรคออทิสติกในประชากรอายุระหว่าง 0 - 5 ปี เท่ากับร้อยละ 0.1 คิดเป็นผู้ป่วยออทิสติกประมาณ 16,694 คน⁵ อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยออทิสติกอายุ 2 - 5 ปีเข้ารับบริการทางสาธารณสุขในประเทศไทยจำนวน 5,604 ราย⁶ คิดเป็นร้อยละ 30 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ไม่เข้าถึงบริการตั้งแต่เริ่มต้นทำให้ผู้ป่วยออทิสติกไม่ได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างเหมาะสม ทั้งการกระตุ้นพัฒนาการ การช่วยเหลือทางด้านภาษา การปรับตัว การเรียนรู้ รวมถึงความเข้าใจบริบททางด้านสังคมต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการปรับตัว เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์และพฤติกรรม จนนำไปสู่การทำร้ายตัวเองและการพยายามฆ่าตัวตาย⁷

พฤติกรรมการทำร้ายตัวเองในผู้ป่วยออทิสติกแยกออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) suicidal self-injury (SSI) หรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย คือ ความตั้งใจในการทำร้ายตัวเองเพื่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต⁸ และ 2) non-suicidal self-injury (NSSI) หรือ พฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง ที่ผู้กระทำตั้งใจให้เกิดอันตรายต่อร่างกายของตนเองโดยไม่ได้มีเจตนาถึงขั้นเสียชีวิต และไม่ได้กระทำไปเพราะความเชื่อ⁹ การทำร้ายตัวเอง ประกอบด้วย การกรีดตามร่างกาย ขีดข่วน จี้ด้วยความร้อน ชกหรือทุบตีตัวเอง เพื่อให้ร่างกายบาดเจ็บ การทำร้ายตัวเองอาจเป็นการแสดงออกถึงสัญญาณบางอย่าง เช่น การขอความช่วยเหลือ การระบายอารมณ์ หรือการเรียกร้องความสนใจ¹⁰ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกอาจมีข้อจำกัดในเรื่องของระดับสติปัญญาและการสื่อสาร รวมถึงพฤติกรรมทำร้ายตัวเองที่ทำให้ถึงแก่ความตายอาจไม่ตรงไปตรงมา ทำให้การแยกระหว่างพฤติกรรม SSI และ NSSI ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นไปด้วยความยากลำบาก

การศึกษาก่อนหน้านี้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกรายงานว่า ร้อยละ 10 - 70 ของกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกมีความคิดในการฆ่าตัวตาย^{7,11-22} ในขณะที่พฤติกรรมฆ่าตัวตายพบได้ร้อยละ 10 - 50²¹ ผู้ป่วยออทิสติกที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมักเป็นผู้ที่มีความสามารถสูง (high-function) มีระดับสติปัญญาปกติหรือดี หรือเป็นผู้ป่วย

กลุ่ม aspergers มีโรคร่วมทางจิตเวช ได้แก่ ซึมเศร้า วิตกกังวล และภาวะ mania มีปัญหาพฤติกรรม เช่น การควบคุมอารมณ์ของตนเอง ความหุนหันพลันแล่น การปรับตัว การแยกตัว การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน และการถูกล้อเลียนและการเป็นเหยื่อในการล้อเลียน กลุ่มอายุที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดคือ วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในขณะที่ความแตกต่างระหว่างเพศยังมีความขัดแย้งกันในแต่ละการศึกษา¹¹⁻²⁴ การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรม NSSI ในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกพบว่ามีความชุกร้อยละ 30 - 50^{7,25-29} โดยการทำร้ายตัวเองในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกมักเป็นการโหมกศีรษะ ข่วน หยิก แกะสะเก็ดแผล กัด ดึงผม และขูดขีดตามผิวหนัง ซึ่งมักพบในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกที่มีความสามารถต่ำ (low-function) มีระดับสติปัญญาต่ำ มีปัญหาเรื่องการควบคุมอารมณ์ และมีความไวต่อการกระตุ้นด้วยสิ่งเร้า^{7,25-29}

การศึกษาในประเทศไทยถึงลักษณะและปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรม SSI และ NSSI ในผู้ป่วยออทิสติกยังมีรายงานน้อย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ให้บริการมักจัดผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มนี้ไว้ในประเภทเดียวกันและให้การดูแลตามความรุนแรงของพฤติกรรมเป็นหลัก โดยไม่ได้คำนึงถึงลักษณะและปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันของพฤติกรรม SSI และ NSSI ซึ่งต้องการการคัดกรองป้องกัน และการดูแลรักษาที่แตกต่างกัน ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบลักษณะและปัจจัยเสี่ยงระหว่างกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกที่มีพฤติกรรมการทำร้ายตัวเองแบบ SSI และ NSSI และ 2) บรรยายลักษณะของผู้ป่วยออทิสติกที่มีความเสี่ยงต่อพฤติกรรม SSI เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางเฝ้าระวังและจำแนกพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยออทิสติกทั้งสองกลุ่ม

วิธีการ

เป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยการทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยโรค autistic spectrum disorder ตามเกณฑ์ DSM-V ประกอบด้วย autistic disorder, asperger's disorder และ pervasive developmental disorder NOS ซึ่งมีรหัสการวินิจฉัยตาม

ICD-10 ระบุเป็น F84.0 - F84.9 ที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ โดยการศึกษาได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์ เลขที่ 005/64 ลงวันที่ 15 มกราคม 2564

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยออทิสติกทั้งหมดที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะ SSI และ NSSI ระหว่างเดือน มกราคม 2560 - ธันวาคม 2562 กรณีผู้ป่วยมีการนอนโรงพยาบาลซ้ำในช่วงเวลาที่ศึกษาจะใช้ข้อมูลจากการนอนโรงพยาบาลครั้งแรกเท่านั้น ผู้วิจัยเป็นผู้ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในทั้งฉบับ ประกอบด้วย บันทึกของแพทย์เจ้าของไข้ โรงพยาบาลผู้ชักประวัติที่แผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลเจ้าของไข้ที่หอผู้ป่วย และสหวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงนักจิตวิทยาที่ประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับจิตแพทย์

พฤติกรรมทำร้ายตนเองได้จากบันทึกการชักประวัติผู้ป่วย หรือบันทึกการชักประวัติพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูใกล้ชิด ในกรณีผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการสื่อสาร ร่วมกับรายงานการประเมินสภาพจิตของผู้ป่วยตามมาตรฐานการตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลพฤติกรรมทำร้ายตนเองและความคิดที่เกี่ยวข้องและเจตนาของการทำร้ายตนเอง โดยประเมินความสอดคล้องระหว่างบันทึกของแพทย์ พยาบาล และนักจิตวิทยา แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีพฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง (SSI) และกลุ่มที่มีพฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง (NSSI) โดยตรวจสอบบันทึกการชักประวัติผู้ป่วยหรือผู้ปกครองในเวชระเบียน หากมีข้อความที่ระบุว่ามีความคิดอยากตาย และตั้งใจทำร้ายตัวเองเพื่อให้ถึงแก่ความตายจะจัดไว้ในกลุ่ม SSI หากไม่มีประวัติดังกล่าวปรากฏจะจัดไว้ในกลุ่ม NSSI

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังรวบรวมประวัติเหตุการณ์กระทบกระเทือนทางจิตใจในอดีตโดยอิงรายชื่อเหตุการณ์ตามแบบประเมิน adverse childhood events (ACEs) ฉบับภาษาไทย³⁰ และเหตุการณ์กระตุ้นก่อนเกิดพฤติกรรม SSI และ NSSI โดยตรวจสอบในเวชระเบียนว่ามีการบันทึกเหตุการณ์ดังกล่าวหรือไม่ หากไม่มีการบันทึกจะถือว่าผู้ป่วยไม่มีเหตุการณ์ดังกล่าว ระดับความสามารถของโรคออทิสติก

ประเมินจาก ความสามารถในการใช้ภาษาและการสื่อสาร ความสามารถในการเข้าสังคมและสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเอง แบ่งเป็น ความสามารถระดับสูง (high-function) หมายถึง มีความสามารถในการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสาร มีความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย และความสามารถระดับต่ำ (low-function) หมายถึง ไม่มีคำพูดหรือมีภาษาที่สามารถใช้ในการสื่อสารเพียงเล็กน้อย ไม่มีหรือมีความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อย ต้องอาศัยผู้อื่นในการดำรงชีวิตมากหรือค่อนข้างมาก ข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม SSI และ NSSI ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ข้อมูลของบิดามารดา ความรุนแรงของโรคออทิสติก และโรคร่วมทางจิตเวช

การวิเคราะห์ข้อมูล แจกแจงข้อมูลพื้นฐานและพฤติกรรมฆ่าตัวตายด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยพื้นฐานและเหตุการณ์ก่อนเกิดพฤติกรรมระหว่างผู้ป่วย 2 กลุ่มด้วย chi-square test และ t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 59 คน ในจำนวนนี้ 9 คน (ร้อยละ 15) อยู่ในกลุ่ม SSI และ 50 คน (ร้อยละ 85) อยู่ในกลุ่ม NSSI กลุ่ม SSI มีอายุตั้งแต่ 11 - 14 ปี (\bar{X} = 13.8, 95% CI; 11.8 - 13.2) กลุ่ม NSSI มีอายุตั้งแต่ 6 - 54 ปี (\bar{X} = 12.3, 95% CI; 11.6 - 16.0) สัดส่วนของเพศหญิงและชายในกลุ่ม SSI และ NSSI ไม่แตกต่างกัน เท่ากับ 2 : 7 กลุ่ม SSI มีการศึกษาและระดับ function ของโรคออทิสติกสูงกว่ากลุ่ม NSSI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของโรคร่วมทางจิตเวช โดยกลุ่ม SSI มีร้อยละของโรคร่วมทางจิตเวชอย่างน้อย 1 โรคและโรคซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่ม NSSI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่ม NSSI มีร้อยละของโรคสมาธิสั้น (ADHD)/disruptive behavior disorder สูงกว่ากลุ่ม SSI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการ

อยู่ร่วมกันกับครอบครัวและข้อมูลพื้นฐานของบิดามารดาของ ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน แสดงดังตารางที่ 1

กลุ่ม SSI มีร้อยละของการมีเหตุการณ์ในชีวิตที่กระทบจิตใจที่ผ่านมาและเหตุการณ์กระตุ้นก่อนเกิดพฤติกรรมมากกว่ากลุ่ม NSSI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนร้อยละของ NSSI ที่มีมาก่อนหน้าและพฤติกรรมกระตุ้นตัวเองไม่แตกต่างกัน แสดงดังตารางที่ 2

กลุ่มตัวอย่าง 9 คนที่มี SSI มีอายุระหว่าง 11 - 14 ปี ประกอบด้วยเพศชายร้อยละ 77.8 เพศหญิงร้อยละ 22.2 เกือบทั้งหมดอยู่ในระบบการศึกษา มีเพียง 1 คนที่ขณะเก็บข้อมูลวิจัยไม่ได้เรียนหนังสือ ทุกคนมีระดับอาการของโรคออทิสติกอยู่ในกลุ่ม high-function ทุกคนมีโรคร่วมทางจิตเวชตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป และไม่มีคนใดใช้สารเสพติด ร้อยละ 77.8 บิดามารดาแยกทางกัน ในจำนวนนี้ร้อยละ 11.1 อาศัยอยู่กับปู่ย่า อายุเฉลี่ยปัจจุบันของบิดาของผู้ป่วย คือ 40.3 ปี (95% CI; 34.7 - 45.8) ปี อายุเฉลี่ยปัจจุบันของมารดา คือ 38.1 ปี (95% CI; 34.6 - 41.7) บิดาของผู้ป่วยร้อยละ 22.2 ดิสุราและร้อยละ 22.2 เป็นโรคจิตเวช มารดาของผู้ป่วยร้อยละ 11.1 เป็นโรคจิตเวช แสดงดังตารางที่ 3

กลุ่ม SSI ทุกคนมีเหตุการณ์ในชีวิตที่กระทบจิตใจที่ผ่านมาตั้งแต่ 1 เหตุการณ์ขึ้นไป โดยร้อยละ 88.9 มีปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือถูกกลั่นแกล้ง ร้อยละ 33.3 มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว และร้อยละ 11.1 มีปัญหาการเรียนและไม่สมหวังในความรัก นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 66.7 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้เคยมีประวัติ NSSI นำมาก่อน โดยในกลุ่มที่เคยมี NSSI นำมาก่อน ร้อยละ 50.0 เคยกรีดร่างกาย ร้อยละ 33.4 เคยข่วนตัวเอง และร้อยละ 16.7 เคยกัดตัวเอง สาเหตุกระตุ้น NSSI ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ร้อยละ 66.6 เกิดจากความหงุดหงิด ร้อยละ 16.7 เกิดจากโดนขัดใจ และร้อยละ 16.7 ไม่มีสาเหตุ ร้อยละ 88.9 ของกลุ่ม SSI รายงานว่ามีเหตุการณ์กระตุ้นพฤติกรรมอย่างน้อย 1 สาเหตุ โดยร้อยละ 50.0 เกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ร้อยละ 37.5 เกิดจากปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือถูกกลั่นแกล้ง ร้อยละ 25.0 เกิดจากปัญหาการเรียน ในขณะที่ร้อยละ 11.1 แจ้งว่าไม่มีสาเหตุแต่ทำไปเพราะอารมณ์ชั่ววูบ แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่ม SSI และ NSSI

ลักษณะ	SSI (ร้อยละ) n = 9	NSSI (ร้อยละ) n = 59	p-value
อายุ (ค่าเฉลี่ย)	13.8	12.3	.56
เพศ			.64
หญิง	2 (22.0)	11 (22.2)	
ชาย	7 (78.0)	39 (77.8)	
ระดับการศึกษา			.004
ไม่ได้เรียน	1 (11.1)	16 (32.0)	
การศึกษาพิเศษ	0 (0)	10 (20.0)	
อนุบาล	0 (0)	1 (2.0)	
ประถมศึกษา	2 (22.2)	18 (36.0)	
มัธยมต้น	6 (66.6)	5 (10.0)	
ระดับความสามารถ			< .001
high function	9 (100.0)	18 (36.0)	
low function	0 (0)	32 (64.0)	
โรคร่วมทางจิตเวช			
โรคร่วมทางจิตเวชอย่างน้อย 1 โรค	9 (100.0)	30 (60.0)	.022
โรค ADHD/disruptive behavior disorder	1 (11.1)	27 (54.0)	.027
โรคทางอารมณ์ (mood disorder)*	7 (77.8)	3 (6.1)	< .001
โรคซึมเศร้า	7 (77.8)	1 (2.0)	< .001
โรคอารมณ์แปรปรวน	0 (0)	2 (4.0)	.55
บิดามารดาสมรส/อยู่ด้วยกัน	2 (22.2)	29 (59.2)	.06
อาศัยอยู่ร่วมกับ			.09
บิดามารดา	2 (22.2)	29 (59.2)	
บิดาหรือมารดา	6 (66.7)	15 (30.6)	
ญาติ	1 (11.1)	5 (10.2)	

SSI = suicidal self-injury, NSSI = non-suicidal self-injury, ADHD = attention deficit hyperactivity disorder, * ได้แก่ โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) และ bipolar disorder

ตารางที่ 2 เหตุการณ์ก่อนหน้าที่ทำให้เกิดภาวะ SSI และ NSSI

ลักษณะ	SSI (ร้อยละ)	NSSI (ร้อยละ)	p-value
เหตุการณ์ในชีวิตที่กระทบจิตใจที่ผ่านมา	9 (100.0)	15 (30.0)	< .001
NSSI ที่มีมาก่อนหน้า	6 (66.7)	17 (34.0)	.134
พฤติกรรมกระตุ้นตัวเอง	0 (0)	4 (9.1)	1
เหตุการณ์กระตุ้นก่อนเกิดพฤติกรรม	8 (88.9)	0 (0)	< .001

SSI = suicidal self-injury, NSSI = non-suicidal self-injury

ตารางที่ 3 แสดงรายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยในออทิสติกที่มีภาวะ SSI แยกเป็นราย

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
ข้อมูลพื้นฐาน									
อายุ	12	12	11	11	14	12	12	14	13
เพศ	ชาย	ชาย	ชาย	ชาย	หญิง	ชาย	ชาย	ชาย	หญิง
ชั้นเรียน	ประถมศึกษา	มัธยมต้น	ประถมศึกษา	ไม่ได้เรียน	มัธยมต้น	มัธยมต้น	มัธยมต้น	มัธยมต้น	มัธยมต้น
ระดับความสามารถ	High Fn	High Fn	High Fn	High Fn	High Fn	High Fn	High Fn	High Fn	High Fn
การวินิจฉัยและโรคร่วม									
โรคร่วม 1	adjustment disorder	MDD	ADHD	MDD	MDD	MDD	MDD	adjustment disorder	MDD
โรคร่วม 2		school refusal	MDD	gaming addiction		PTSD			
สาเหตุติด	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
ครอบครัว									
สถานะครอบครัว	สมรส, อยู่ด้วยกัน	แยกทางกัน	แยกทางกัน	สมรส, อยู่ด้วยกัน	แยกทางกัน	แยกทางกัน	แยกทางกัน	แยกทางกัน	แยกทางกัน
อยู่กับ	อยู่กับพ่อแม่	อยู่กับแม่	อยู่กับแม่	อยู่กับพ่อแม่	อยู่กับแม่	อยู่กับแม่	อยู่กับแม่	อยู่กับปู่ย่า	อยู่กับพ่อ
ประวัติบิดา									
อายุบิดา (ปี)	54	35	43	44	39	35	ไม่ระบุ	35	37
การศึกษาบิดา	ปวช.	มัธยมต้น	มัธยมปลาย	มัธยมปลาย	ไม่ระบุ	มัธยมต้น	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ	มัธยมต้น
อาชีพบิดา	ธุรกิจส่วนตัว	รับจ้าง	รับจ้าง	ธุรกิจส่วนตัว	ไม่ระบุ	ธุรกิจส่วนตัว	ไม่ระบุ	ว่างงาน	ธุรกิจส่วนตัว
โรคจิตเวชบิดา	ไม่มี	MDD	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	schizophrenia	ไม่มี
สาเหตุติดบิดา	ไม่มี	ไม่มี	สุรา	ไม่มี	ไม่ระบุ	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	สุรา
ประวัติมารดา									
อายุมารดา (ปี)	39	35	41	43	41	35	33	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
การศึกษามารดา	มัธยมปลาย	มัธยมปลาย	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	ปริญญาตรี	ปวช	ปริญญาตรี	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
อาชีพมารดา	ธุรกิจส่วนตัว	รับจ้าง	ธุรกิจส่วนตัว	ว่างงาน	ธุรกิจส่วนตัว	รับจ้าง	รับราชการ	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
โรคจิตเวชมารดา	ไม่มี	ไม่มี	MDD	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ
สาเหตุติดมารดา	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่ระบุ	ไม่ระบุ

SSI = suicidal self-injury, MDD = major depressive disorder, PTSD = post-traumatic stress disorder

ตารางที่ 4 แสดงเหตุการณ์กระตุ้นที่ทำให้เกิดภาวะ SSI ในครั้งปัจจุบันและประวัติการเกิดเหตุการณ์ NSSI ครั้งก่อนหน้า

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
เหตุการณ์ในชีวิตที่กระทบกระเทือนจิตใจ									
เหตุการณ์ 1	ความสัมพันธ์กับเพื่อน	ถูกลั่นแกล้ง	ความรุนแรงในครอบครัว ถูกลั่นแกล้ง	การเรียนตก ออกหัก	ความสัมพันธ์กับเพื่อน	ความรุนแรงในครอบครัว ถูกลั่นแกล้ง	ความรุนแรงในครอบครัว ถูกลั่นแกล้ง	ความสัมพันธ์กับเพื่อน	ถูกลั่นแกล้ง
เหตุการณ์ 2									
ประวัติการทำร้ายตัวเองที่ไม่ใช่การฆ่าตัวตาย									
NSSI ที่มีมาก่อนหน้าประเภทของ NSSI	มี ชวน	มี ชวน	ไม่มี ไม่มี	ไม่มี ไม่มี	มี กรีดร่างกาย	มี กัด	มี กรีดร่างกาย	มี กรีดร่างกาย	ไม่มี ไม่มี
สาเหตุกระตุ้น NSSI	หงุดหงิด	หงุดหงิด	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	หงุดหงิด	ถูกขัดใจ	หงุดหงิด	ไม่มี
พฤติกรรมการกระตุ้นตัวเอง	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
เหตุการณ์กระตุ้นการทำร้ายตัวเองด้วยการฆ่าตัวตาย									
สาเหตุ 1	ความสัมพันธ์กับเพื่อน	ความสัมพันธ์ในครอบครัว	ความสัมพันธ์ในครอบครัว	ถูกลั่นแกล้ง ปัญหาการเรียน	ความสัมพันธ์กับเพื่อน	ความสัมพันธ์ในครอบครัว	ความสัมพันธ์ในครอบครัว	อารมณ์ชั่ววูบ	ปัญหาการเรียน
สาเหตุ 2									

SSI = suicidal self-injury, NSSI = non-suicidal self-injury

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยออทิสติกที่มาด้วยการทำร้ายตัวเองและได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีพฤติกรรมการทำร้ายตัวเองแบบ SSI และร้อยละ 85 มีพฤติกรรมการทำร้ายตัวเองแบบ NSSI อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มพฤติกรรม SSI และ NSSI ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม กลุ่ม NSSI มีพิสัยอายุกว้างกว่ากลุ่ม SSI สอดคล้องกันกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่มักพบพฤติกรรม SSI ในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น^{12,14,18,22} พบว่ากลุ่ม SSI มีระดับการศึกษาสูงกว่าและระดับความรุนแรงของโรคออทิสติกต่ำกว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรม NSSI สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ระบุว่าออทิสติกที่มี SSI มักมี IQ ระดับปกติขึ้นไป การมีระดับสติปัญญาดีแต่มีความบกพร่องในการเข้าสังคมและมีความยากลำบากในการสร้างและคงความสัมพันธ์กับผู้อื่นอาจทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตัวเองต่ำ (low self-esteem) และคิดว่าตัวเองไม่ดีเท่าหรือแตกต่างจากคนอื่น ในขณะที่มีความเข้าใจเรื่องการทำร้ายตัวเองมากกว่ากลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคสูง^{12,13,19,22} ผู้ป่วยกลุ่มนี้บางคนอาจมีลักษณะ camouflage autism คือ กลุ่มออทิสติกที่ดูคล้ายกับมีทักษะต่าง ๆ ดี อันเนื่องมาจากพื้นฐานเดิม คือ ระดับสติปัญญาดี แต่พบว่าแท้จริงแล้วทักษะสังคมและการสื่อสารที่ดูเหมือนดีนั้นไม่ได้เป็นทักษะที่แท้จริงของผู้ป่วยที่ปฏิบัติได้หรือเข้าใจอย่างแท้จริง กล่าวคือ เกิดจากการเรียนรู้หรือเลียนแบบโดยไม่ได้เป็นการปรับตัวได้อย่างแท้จริง การที่มีภาวะ camouflage นี้ อาจทำให้ผู้ดูแลไม่ทันระวังว่าผู้ป่วยจะเกิดปัญหาเนื่องจากคิดว่าผู้ป่วยปรับตัวได้แล้ว แต่ในท้ายที่สุดแล้วผู้ป่วยออทิสติกกลุ่มนี้มักมีปัญหาการปรับตัวและการจัดการปัญหาในชีวิตประจำวันจนนำไปสู่พฤติกรรม SSI^{17,31}

พบว่าเพศชายมีการทำร้ายตัวเองทั้งแบบ SSI และ NSSI สูงกว่าเพศหญิงโดยสัดส่วนของเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 7 : 2 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Horowitz และคณะ¹⁹ ที่ทำการศึกษาผู้ป่วยในออทิสติกวัยรุ่น พบว่าร้อยละ 77 ของผู้ป่วย SSI เป็นเพศชาย และการศึกษาของ Mayes และคณะ¹⁴ และ Segers และ Rawana²¹ ที่ระบุว่าปัจจัยเสี่ยงของการเกิด

SSI คือ เพศชาย แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Hirvikoski และคณะ¹³ ที่พบว่าเพศหญิงมีอัตราการเกิด SSI และฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเพศชาย และ Mikami และคณะ²³ ที่พบว่าเพศหญิงมีอัตราการเกิดพฤติกรรม SSI สูงกว่าเพศชาย 5 เท่า ในขณะที่การศึกษาในกลุ่ม NSSI ของ Cassidy และคณะ¹⁷ และ Akram และคณะ²⁶ ระบุว่าเพศหญิงมีโอกาสเกิด NSSI มากกว่า เนื่องจากเพศหญิงมักมีระดับความรุนแรงของโรครุนแรงกว่า ดังนั้น ปัจจุบันจึงยังไม่สามารถหาข้อสรุปของความสัมพันธ์ระหว่างเพศและความเสี่ยงของพฤติกรรม SSI และ NSSI ในผู้ป่วยออทิสติกได้

กลุ่ม SSI มีโรคร่วมทางจิตเวชอย่างน้อย 1 โรคและโรคร่วมเศร้าร่วมมากกว่ากลุ่ม NSSI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่ากลุ่มออทิสติกมักจะมีแนวโน้มรายงานว่ามีภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ^{14-17,19-20,22-24} การป้องกันการทำร้ายตัวเองในกลุ่มออทิสติกจึงควรเน้นการค้นหาโรคร่วมเศร้าและภาวะการปรับตัวผิดปกติ โดยเฉพาะในผู้ที่เริ่มเข้าสู่วัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป^{12,14,18,22} ในทางกลับกันผู้ป่วยออทิสติกที่มีโรคร่วมเศร้าหรือการปรับตัวผิดปกติถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเกิด SSI สูง ควรได้รับการดูแลและการติดตามอย่างใกล้ชิด ส่วนกลุ่ม NSSI มีโรคร่วมเป็นกลุ่มสมาธิสั้นมากกว่ากลุ่ม SSI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า NSSI อาจมีความสัมพันธ์กับกลุ่มออทิสติกที่มีระดับความรุนแรงของโรคสูงกว่า^{7,25,26,29} หรืออาจเป็นการกระทำจากการตัดสินใจเพียงชั่ววูบจากโรคอาการของโรคร่วมที่มีปัญหาพฤติกรรมร่วม ต่างจากกลุ่ม SSI ที่การกระทำมักมีเหตุการณ์กระตุ้นที่เป็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนและมีเหตุการณ์ในชีวิตที่กระทบจิตใจที่ผ่านมาเป็นสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่ม NSSI ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมทำร้ายตัวเองที่รุนแรง อย่างไรก็ตาม อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่ม NSSI ซึ่งมีระดับของโรคที่รุนแรงมากกว่าไม่สามารถสื่อสารหรือบอกเล่าเหตุการณ์ในอดีตได้เท่ากับกลุ่ม SSI

พบว่ากลุ่ม SSI มีสัดส่วนของผู้ที่อยู่ร่วมกับบิดามารดาต่ำกว่ากลุ่ม NSSI สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ระบุว่า การขาดความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวในการ

แก้ปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรม SSI ของผู้ป่วย¹⁷ ในทางกลับกันการศึกษาเดียวกันนี้ยังระบุว่าความเครียดในครอบครัวก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิด SSI ดังนั้น การอยู่ร่วมกับบิดามารดาอาจเป็นได้ทั้งเหตุกระตุ้นและลดการเกิด SSI ในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติก อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้ไม่ได้เปรียบเทียบกับผู้ป่วยออทิสติกที่ไม่มีทั้งพฤติกรรม SSI และ NSSI จึงทำให้ไม่สามารถสรุปทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการอยู่ร่วมกับครอบครัวกับการเพิ่มหรือลดความเสี่ยงของพฤติกรรม SSI หรือ NSSI ได้

การแจกแจงเหตุการณ์ในชีวิตที่กระทบจิตใจที่ผ่านมาของกลุ่ม SSI พบว่า มีการระบุปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือถูกกลั่นแกล้งเป็นปัญหาอันดับแรก ตามด้วยปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ส่วนเหตุการณ์กระตุ้นขณะเกิด SSI พบว่า เกิดจากปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวมากที่สุด รองลงมาคือปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือถูกกลั่นแกล้งสะท้อนให้เห็นว่าเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ SSI ในผู้ป่วยออทิสติกมักเกี่ยวข้องกับปัญหาสัมพันธภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาก่อนหน้า^{12,16,17,22} ดังนั้นการป้องกันการเกิด SSI ในกลุ่มออทิสติกจึงควรเน้นที่การส่งเสริมสัมพันธภาพและลดความรุนแรงในครอบครัวและในโรงเรียน

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในย้อนหลัง ดังนั้น ข้อมูลสำคัญบางอย่างอาจไม่สมบูรณ์และไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ เช่น ระดับสติปัญญา ซึ่งมีการประเมินเฉพาะผู้ป่วยบางรายเท่านั้น เนื่องจากโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์จัดทำแผนการรักษาผู้ป่วยออทิสติกตามระดับความสามารถของผู้ป่วย (functional level) ซึ่งเป็นข้อมูลประกอบวางแผนการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าการใช้ข้อมูลระดับสติปัญญา นอกจากนี้ กลุ่ม SSI ในการศึกษานี้มีจำนวนน้อย แม้เก็บข้อมูลย้อนหลังเป็นเวลา 2 ปี จึงอาจไม่เพียงพอต่อการทดสอบความแตกต่างทางสถิติ ดังนั้น การศึกษาประเด็นนี้ครั้งต่อไปจึงควรพิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยเพิ่มระยะเวลาในการเก็บข้อมูล หรือใช้ข้อมูลผู้ป่วยจากหน่วยบริการหลายแห่งร่วมกัน

สรุป

พฤติกรรม SSI ในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกที่เป็นผู้ป่วยในมักพบในช่วงวัยรุ่นตอนต้น พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีภาวะของโรคออทิสติกอยู่ในระดับ high-function พฤติกรรม SSI มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า การมีเหตุการณ์ในชีวิตที่กระทบจิตใจที่ผ่านมา และการมีเหตุการณ์กระตุ้นก่อนหน้า ในขณะที่พฤติกรรม NSSI มักจะเกิดในกลุ่มผู้ป่วยออทิสติกที่มีความรุนแรงของโรครุนแรง และมีโรคร่วมเป็นโรคสมาธิสั้น ผู้ให้การรักษาควรให้ความสำคัญกับความแตกต่างของปัจจัยของพฤติกรรม 2 รูปแบบนี้ เพื่อการวางแผนป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ การให้ความช่วยเหลือ และการดูแลต่อเรื่องที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พญ.วชิราภรณ์ อรุโณทอง ที่ปรึกษางานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. KPI กระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัด 037.1: อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ [Indicator 037.1: suicide success rate] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ธ.ค. 2564]. จาก: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1606>
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย (รายต่อแสนประชากร) ปี พ.ศ. 2540 - 2563 [Report suicide rate (income per 100,000 population) 1997 - 2020] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ธ.ค. 2564]. จาก: https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_sex.asp
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย แยกตามช่วงอายุ [Report on the number of suicides in Thailand separated by age] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม; 2563 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ธ.ค. 2564]. จาก: <https://www.dmh.go.th/report/suicide/age.asp>

4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561 [Public health statistics A.D. 2018] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กอง; 2562 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ธ.ค. 2564]. จาก: <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/7892>
5. ศรีวรรณ พูลสรรพสิทธิ์, เบญจพร ปัญญา, ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, ประยูรต์ เสรีเสถียร, วรวรรณ จุฑา. การศึกษาภาวะออทิสซึมในประเทศไทยและการดูแลรักษาแบบบูรณาการในระดับประเทศ [Holistic care for Thai autism]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2548;13(1): 10-6.
6. HDC: Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช [Information for responding to service plan in the field of mental health and psychiatry] [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564 [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2564]. จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=22710ed5db1ed6b12aab540a7b0753b3
7. Rattaz C, Michelon C, Baghdadli A. Symptom severity as a risk factor for self-injurious behaviours in adolescents with autism spectrum disorders. *J Intellect Disabil Res.* 2015;59(8):730-40. doi:10.1111/jir.12177.
8. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(3):264-77. doi:10.1521/suli.2007.37.3.264.
9. Westers NJ, Muehlenkamp JJ, May L. SOARS model: Risk assessment of nonsuicidal self-injury. *Contemp Pediatrics.* 2016;33(7):25-31.
10. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol.* 2010;6(1):339-63. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258.
11. Kirby AV, Bakian AV, Zhang Y, Bilder DA, Keeshin BR, Coon H. A 20-year study of suicide death in a statewide autism population. *Autism Res.* 2019;12(4):658-66. doi:10.1002/aur.2076.
12. Hannon G, Taylor EP. Suicidal behaviour in adolescents and young adults with ASD: findings from a systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2013;33(8):1197-204. doi:10.1016/j.cpr.2013.10.003.
13. Hirvikoski T, Boman M, Chen Q, D'Onofrio BM, Mittendorfer-Rutz E, Lichtenstein P, et al. Individual risk and familial liability for suicide attempt and suicide in autism: a population-based study. *Psychol Med.* 2020;50(9):1463-74. doi:10.1017/S0033291719001405.
14. Mayes SD, Gorman AA, Hillwig-Garcia J, Syed E. Suicide ideation and attempts in children with autism. *Res Autism Spectr Disord.* 2013;7(1):109-19. doi:10.1016/j.rasd.2012.07.009.
15. Dell'Osso L, Carpita B, Muti D, Morelli V, Salarpi G, Salerni A, et al. Mood symptoms and suicidality across the autism spectrum. *Compr Psychiatry.* 2019;91:34-8. doi:10.1016/j.comppsy.2019.03.004.
16. Hedley D, Uljarević M, Foley KR, Richdale A, Trollor J. Risk and protective factors underlying depression and suicidal ideation in autism spectrum disorder. *Depress Anxiety.* 2018;35(7): 648-57. doi:10.1002/da.22759.
17. Cassidy S, Bradley L, Shaw R, Baron-Cohen S. Risk markers for suicidality in autistic adults. *Mol Autism.* 2018;9:42. doi:10.1186/s13229-018-0226-4.
18. Shields MC, Akobirshoev I, Dembo RS, Mitra M. Self-injurious behavior among adults with ASD: hospitalizations, length of stay, and costs of resources to deliver care. *Psychiatr Serv.* 2019;70(6): 457-64. doi:10.1176/appi.ps.201800318.
19. Horowitz LM, Thurm A, Farmer C, Mazefsky C, Lanzillo E, Bridge JA, et al. Talking about death or suicide: prevalence and clinical correlates in youth with autism spectrum disorder in the psychiatric inpatient setting. *J Autism Dev Disord.* 2018;48(11): 3702-10. doi:10.1007/s10803-017-3180-7.

20. Cassidy S, Bradley P, Robinson J, Allison C, McHugh M, Baron-Cohen S. Suicidal ideation and suicide plans or attempts in adults with asperger's syndrome attending a specialist diagnostic clinic: a clinical cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(2):142-7. doi:10.1016/S2215-0366(14)70248-2.
21. Segers M, Rawana J. What do we know about suicidality in autism spectrum disorders? a systematic review. *Autism Res*. 2014;7(4):507-21. doi:10.1002/aur.1375.
22. Huguet G, Contejean Y, Doyen C. Troubles du spectre autistique et suicidality [Autism spectrum disorder and suicidality]. *Encephale*. 2015;41(4):362-9. French. doi:10.1016/j.encep.2014.08.010.
23. Mikami K, Inomata S, Onishi Y, Orihashi Y, Yamamoto K, Matsumoto H. Gender differences in the suicide attempts of adolescents in emergency departments: focusing on individuals with autism spectrum disorder. *Adolescent Psychiatry*. 2019;9(3):232-40. doi:10.2174/2210676609666190617144453.
24. Arwert TG, Sizoo BB. Self-reported suicidality in male and female adults with autism spectrum disorders: rumination and self-esteem. *J Autism Dev Disord*. 2020;50(10):3598-605. doi:10.1007/s10803-020-04372-z.
25. Soke GN, Rosenberg SA, Hamman RF, Fingerlin T, Robinson C, Carpenter L, et al. Brief report: prevalence of self-injurious behaviors among children with autism spectrum disorder-a population-based study. *J Autism Dev Disord*. 2016;46(11):3607-14. doi:10.1007/s10803-016-2879-1.
26. Akram B, Batool M, Rafi Z, Akram A. Prevalence and predictors of non-suicidal self-Injury among children with autism spectrum disorder. *Pak J Med Sci*. 2017;33(5):1225-9. doi:10.12669/pjms.335.12931.
27. Moseley RL, Gregory NJ, Smith P, Allison C, Baron-Cohen S. A "choice", an "addiction", a way "out of the lost": exploring self-injury in autistic people without intellectual disability. *Mol Autism*. 2019;10:18. doi:10.1186/s13229-019-0267-3.
28. Lavery C, Oliver C, Moss J, Nelson L, Richards C. Persistence and predictors of self-injurious behaviour in autism: a ten-year prospective cohort study. *Mol Autism*. 2020;11(1):8. doi:10.1186/s13229-019-0307-z.
29. Summers J, Shahrami A, Cali S, D'Mello C, Kako M, Palikucin-Reljin A, et al. Self-injury in autism spectrum disorder and intellectual disability: exploring the role of reactivity to pain and sensory input. *Brain Sci*. 2017;7(11):140. doi:10.3390/brainsci7110140.
30. Arunothong W. Prevalence of adverse childhood events (ACEs) and its relationships to life-satisfaction among patients with psychiatric disorders. *American Journal of Pediatrics*. 2020;6(4):421-7. doi:10.11648/j.ajp.20200604.15.
31. Corbett BA, Schwartzman JM, Libsack EJ, Muscatello RA, Lerner MD, Simmons GL, et al. Camouflaging in autism: examining sex-based and compensatory models in social cognition and communication. *Autism Res*. 2021;14(1):127-42. doi:10.1002/aur.2440.
32. Moseley RL, Gregory NJ, Smith P, Allison C, Baron-Cohen S. Links between self-injury and suicidality in autism. *Mol Autism*. 2020;11(1):14. doi:10.1186/s13229-020-0319-8.