การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตในวัยรุ่น: คุณลักษณะของโรคและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน
Non-suicidal Self-injury among Adolescents: Characteristics and Assessment Instruments

นภัสสร ยอดทองดี* รัศมิ์สุนันท์ จันทรภักดี**
Naphatsorn Yotthongdi,* Russunan Jantarapakdee**
* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จ.ชัยนาท
* Boromarajonani College of Nursing Chai Nat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Chai Nat Province
** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จ.ชลบุรี
** Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi Province
** Corresponding Author: russunan@gmail.com

บทคัดย่อ

การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตเป็นภัยคุกคามทางสุขภาพจิตที่แพร่หลายในหมู่วัยรุ่น โดยพบว่าการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตนั้นมีอัตราที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในประชากรกลุ่มนี้ อีกทั้งวัยรุ่นส่วนใหญ่ที่มีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตมักมีความเสี่ยงสูงที่จะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยผู้ใหญ่ได้ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่เปราะบาง มีความยากลำบากในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ประกอบกับมีทักษะด้านการเผชิญปัญหา การสื่อสารและการจัดการปัญหาที่มีประสิทธิภาพไม่เท่ากับวัยผู้ใหญ่ ส่งผลต่อการจัดการอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมผ่านพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิต หมายถึง การจัดการกับอารมณ์เชิงลบผ่านพฤติกรรมเพื่อทำให้ร่างกายบาดเจ็บโดยมิได้มีเจตนาต่อการเสียชีวิต ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ดีอาการเจ็บป่วยนี้มีความคล้ายคลึงกับความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพชนิดก้ำกึ่ง จึงทำให้การวินิจฉัยมีความซับซ้อนและไม่ครอบคลุม ส่วนใหญ่มักจะถูกวินิจฉัยด้วยการทำร้ายตนเอง ภาวะการปรับตัวผิดปกติ หรือการพยายามฆ่าตัวตาย แต่พอได้สัมภาษณ์และซักประวัติมักพบเหตุผลของการทำร้ายตนเองเพื่อระบายอารมณ์โกรธหรืออารมณ์ไม่พอใจที่มิได้เจตนาให้เสียชีวิต ในต่างประเทศใช้คู่มือวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (DSM-5) เพื่อวินิจฉัยการเจ็บป่วยโรคนี้โดยมีเกณฑ์ที่ชัดเจนซึ่งพบว่าแตกต่างกับประเทศไทย ที่ใช้บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (ICD-10) ร่วมกับยังไม่มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมดังกล่าวที่ชัดเจน และเหมาะสมกับบริบทวัยรุ่นไทยอย่างแพร่หลาย ดังนั้นการทำความเข้าใจในพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตในกลุ่มวัยรุ่นและการให้ความสำคัญต่อการประเมินและคัดกรองจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับทุกหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องกับวัยรุ่น อาทิ ครอบครัว ชุมชน สถานศึกษาและโรงพยาบาล การเลือกใช้

Received: January 28, 2024; Revised: March 12, 2024; Accepted: March 15, 2023

เครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตในวัยรุ่นที่เหมาะสมจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะหากมีการประเมินที่ถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็วย่อมจะช่วยคัดกรองพฤติกรรมดังกล่าว เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มปัจจัยปกป้อง เฝ้าระวังไม่ให้เกิดความรุนแรงหรือความสูญเสียจากการทำร้ายตนเอง รวมถึงสามารถช่วยเหลือวัยรุ่นในกลุ่มเสี่ยงได้ทันท่วงทีและลดโอกาสเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยผู้ใหญ่ลงได้

คำสำคัญ: การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิต การฆ่าตัวตาย เครื่องมือประเมิน การคัดกรอง วัยรุ่น

Abstract

Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) is a prevalent mental health threat among adolescents. It's found that NSSI rates steadily increase within this demographic. Additionally, adolescents engaging in NSSI behavior are more likely to exhibit suicidal behavior in adulthood. Since adolescence is a vulnerable period characterized by difficulties in emotion and behavior regulation, coupled with insufficient problem-solving, communication, and coping skills compared to adults, ineffective emotional management through self-injury behavior often ensues. NSSI also refers to the act of managing negative emotions through behavior that causes physical harm to the body, without any intention of causing death. This mental health condition has gained recognition in recent years. However, it shares similarities with borderline personality disorder, making diagnosis complex and incomplete. Typically, it's diagnosed alongside self-harm, adjustment disorder, or suicide attempts. Interviews and history-taking often reveal that self-injury serves as a coping mechanism for anger or dissatisfaction without suicidal intent. In other countries, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5) is used for diagnosing with clear criteria, which differs from Thailand where the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10) is used, along with no clear assessment instrument suitable for the prevalent Thai adolescent context. Therefore, understanding NSSI among adolescents and emphasizing the importance of assessment and screening are essential for all units involved with adolescents including families, communities, schools, and hospitals. Choosing appropriate instrument for assessing NSSI in adolescents is crucial because accurate and rapid assessments can help screen such behaviors, reduce risk factors, enhance protective factors, monitoring to prevent violence or loss resulting from self-injury can also help intervene with at-risk adolescents promptly and reduce the likelihood of suicidal behavior in adulthood.

Keyword: non-suicidal self-injury, NSSI, suicidal, instrument, screening, adolescents

บทนำ

การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิต (Non-Suicidal Self-Injury: NSSI) เป็นการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา เนื่องจากการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตนั้นเป็นปรากฏการณ์ที่มีความสำคัญทางคลินิกซึ่งมีความแตกต่างจากพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตจัดเป็นสาเหตุอันดับห้าของการเจ็บป่วยและความพิการในกลุ่มวัยรุ่นทั่วโลกที่มีอายุระหว่าง 10 - 19 ปี[1] มีการรายงานก่อนหน้านี้พบการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตในกลุ่มวัยรุ่นสูงถึงร้อยละ 13 - 29[2-3] ปัญหาจากการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะกลุ่มประชากรวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีอายุระหว่าง 15 - 29 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มนักเรียนและนักศึกษามหาวิทยาลัย[4] นอกจากนี้มีการศึกษาแบบวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis)[5] พบว่า ร้อยละ 38.9 ของนักเรียนทั่วโลกเคยมีประสบการณ์การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตอย่างน้อย 1 ครั้ง กล่าวได้ว่าการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตถือเป็นภัยคุกคามทางสุขภาพจิตที่แพร่หลายในหมู่วัยรุ่นทั้งในชุมชนและในสถานพยาบาล ซึ่งพบว่ามีอัตราความชุกตลอดชีวิต ร้อยละ 17 - 60[6] อีกทั้งยังมีผลการศึกษาในวัยรุ่นที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตเวชมีความชุกในการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 60 และร้อยละ 50 เคยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตซ้ำๆ[7]

อ้างอิงจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 - 2563[8] ถึงพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของประชากรในประเทศไทยซึ่งได้กล่าวรวมถึงพฤติกรรมการทำร้ายตนเองด้วย พบว่า มีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.03 เป็น 7.37 ต่อประชากร 100,000 คน อีกทั้งการศึกษาของ อัจฉรา ตราชู, ฐิตวี แก้วพรสวรรค์ และ สิรินัดดา ปัญญาภาส[9] พบว่า วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15 - 18 ปี เป็นช่วงอายุที่มีการทำร้ายตนเองมากที่สุด (ร้อยละ 74.1) รองลงมาพบในวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 12 - 15 ปี (ร้อยละ 23.2) ส่วนใหญ่พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยร้อยละ 14.3 โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำร้ายตนเองมากที่สุด คือ ปัญหาความสัมพันธ์แบบคู่รัก (ร้อยละ 41.1) รองลงมา คือ ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว (ร้อยละ 32.1) และส่วนใหญ่นิยมใช้การทำร้ายตนเองด้วยการรับประทานยาที่เกินขนาด (ร้อยละ 44.6) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุโณทัย สิงห์ตาแก้ว, นุจรี ไชยมงคล และ ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์[10] ที่พบว่าร้อยละ 45.9 ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี เคยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง 3 - 14 ครั้ง ในช่วงเวลา 6 เดือน โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำร้ายตนเองมากที่สุด คือ ความเครียด รองลงมา คือ ปัญหาสัมพันธภาพในโรงเรียน รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในยุคศตวรรษที่ 21 และสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ที่เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในการดำเนินชีวิต ย่อมส่งผลต่อความเครียดและการปรับตัวในวัยรุ่น[11] อีกทั้งยังทำให้วัยรุ่นเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้เป็นอย่างดี เกิดสังคมออนไลน์ที่มีโอกาสเสี่ยงจะได้รับผลกระทบจากการรังแกกันในโลกออนไลน์ได้ (Cyber bullying)[12] หากปรับตัวไม่เหมาะสมอาจนำไปสู่การเบี่ยงเบนด้านพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง และก่อให้เกิดโรคทางจิตเวชในวัยรุ่นได้

ความหมายของการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิต คือ การกระทำโดยเจตนาที่ผ่านความคิดหรือไตร่ตรองไว้ล่วงหน้าซึ่งนำไปสู่การทำลายเนื้อเยื่อในร่างกายให้บาดเจ็บด้วยเหตุผลที่มิได้มีเจตนาต่อการเสียชีวิต[13] โดยพฤติกรรมในการทำร้ายตนเองที่พบบ่อย ได้แก่ การตี (Hitting) การเจาะ (Punching) การเผา (Burning) การทุบศีรษะตนเอง (Head banging) การกรีดหรือตัด (Cutting) การหยิกหรือเกาให้เลือดออก (Scratching) เป็นต้น[14]

ในประเทศไทยใช้บัญชีจำแนกทางสถิติโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision: ICD-10) ซึ่งก่อนหน้านี้ยังไม่มีการลงรหัสวินิจฉัย ICD-10 สำหรับการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิต แต่จะมีการมีลงรหัสวินิจฉัยสำหรับการเจตนาทำร้ายตนเอง (Intention self-harm) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อได้ทำร้ายตนเองเพื่อระบายความคับข้องใจแล้วมักจะรู้สึกผ่อนคลาย สบายใจ และกลับมาเหมือนปกติ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดังกล่าวจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจากการที่บุคคลรอบข้างพาเข้ามารับการรักษา เช่น เพื่อน ครูอาจารย์ และครอบครัว ในประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลอุบัติการณ์ที่เพียงพอ โดยข้อมูลที่พบมักจะรวมไปกับพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการพยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal attempt) ดังนั้นหากผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลวัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจถึงพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิต และสามารถประเมินพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างรวดเร็ว จะสามารถวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างทันท่วงที แต่อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal behavior) มีลักษณะคล้ายกันมาก จึงอาจส่งผลให้การประเมินพฤติกรรมดังกล่าวเกิดความคลาดเคลื่อนและจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ลักษณะของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตมีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละแนวคิด จึงส่งผลให้การประเมินพฤติกรรมดังกล่าวมีการใช้เครื่องมือที่แตกต่างกันไปตามมุมมองของแต่ละบุคคล นอกจากนี้การเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตในวัยรุ่นที่เหมาะสมในแต่ละบริบทมีความจำเป็นอย่างยิ่ง หากมีการประเมินที่ถูกต้องแม่นยำ และรวดเร็วย่อมส่งผลต่อการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดความรุนแรงหรือสูญเสียจากพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างทันท่วงที

บทความฉบับนี้ผู้เขียนได้รวบรวมข้อมูลผ่านการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ เพื่ออธิบายคุณลักษณะของการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิต การวินิจฉัย ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม รวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมนี้ในวัยรุ่น เพื่อให้ทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพ โรงเรียน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตในวัยรุ่นได้อย่างตรงเป้าหมายและมีประสิทธิภาพ

คุณลักษณะของการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิต

พฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายมักมีลักษณะคล้ายกันมาก ในสมัยก่อนพฤติกรรมการทำร้ายตนเองนั้นรวมไปถึงพฤติกรรมการจงใจทำร้ายตนเองเพื่อถึงแก่ชีวิต และพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ไม่สามารถหาเหตุผลได้ แต่ปัจจุบันนักวิจัยและผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกส่วนใหญ่ แบ่งเกณฑ์พฤติกรรมการทำร้ายตนเองจาก “ความตั้งใจหรือการเจตนาที่จะเสียชีวิต” กับ “การมิได้เจตนาที่จะเสียชีวิต”[15-16] คุณลักษณะที่สำคัญของการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิต เชื่อว่าเป็นเหตุผลที่แสดงออกเพื่อลดอารมณ์หรือความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้นจากภายในจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในบุคคลนั้นๆ ผ่านการแสดงออกทางพฤติกรรมที่ทำร้ายตนเอง[16] ในต่างประเทศได้ให้คำนิยามเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตไว้หลากหลาย เช่น Self-harm, Self-injurious behaviors (SIB), Self-hitting, Parasuicide,

Self-mutilation เป็นต้น พฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิต แบ่งออกเป็น 4 ด้าน[16] ดังนี้

1. ด้านเจตนา (Intention) กล่าวได้ว่า บุคคลที่มีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตมักจะทำร้ายตนเองเพื่อระบายอารมณ์หรือความคับข้องใจเพียงเท่านั้น

2. ด้านแรงจูงใจ (Motivation) กล่าวได้ว่า บุคคลที่มีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตมักจะทำร้ายตนเองโดยไม่ได้มีแรงจูงใจต่อการเสียชีวิตแต่อย่างใด

3. ด้านทัศนคติ (Attitude) กล่าวได้ว่า บุคคลที่มีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตมักจะมีทัศนคติเชิงบวกต่อการมีชีวิตแต่จะมีทัศนคติเชิงลบต่อความตายมากกว่า

4. ด้านความถี่ของพฤติกรรม (Frequency and lethality of behavior) กล่าวได้ว่า บุคคลที่มีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตมักจะใช้วิธีการทำร้ายตนเองที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการตายต่ำ เช่น การหยิก การกัด การเผา เป็นต้น

ในอดีตที่ผ่านมาการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิต มักถูกมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของความผิดปกติทางจิตเวชในส่วนของความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพชนิดก้ำกึ่ง (Borderline personality disorder) ที่อยู่ในกลุ่มของความผิดปกติด้านการแสดงออกทางอารมณ์ โดยมีอารมณ์ลบเป็นหลัก จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า บุคคลที่มีพฤติกรรมดังกล่าว มักมีการแสดงอาการของความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพชนิดก้ำกึ่งมากกว่าบุคคลที่ไม่มีพฤติกรรมนั้น จึงมีการเชื่อมโยงพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตว่าเกี่ยวข้องกับ ความเครียด ภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ[17-18]

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาในวัยรุ่น

จากแนวคิดทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคมของอีริคสัน (Psychosocial Theory) อธิบายว่า เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมที่ชัดเจน การให้ความสำคัญกับบริบททางสังคมจะส่งผลต่อพัฒนาการด้านทางอารมณ์ บุคลิกภาพของบุคคล ความเบี่ยงเบนทางอารมณ์และสังคมของวัยรุ่น การแสดงพฤติกรรมคุกคามต่อชีวิตนั้นเป็นผลมาจากพัฒนาการที่ไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ[19] นอกจากนี้ในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรรมการทำร้ายตนเองมักจะมีทักษะการแก้ปัญหาที่ต่ำ การปรับตัวไม่ค่อยดี และมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับครอบครัว เพื่อน และสังคม ส่งผลให้ไม่สามารถเรียนหนังสือหรือทำงานร่วมกับกลุ่มเพื่อนได้ อีกทั้งยังพบว่า ปัจจัยทางด้านชีววิทยา สารสื่อประสาท ปัญหาจากการเลี้ยงดู ประสบการณ์ความเครียดที่ต้องเผชิญ ความกดดัน และการถูกรังแกก็ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาได้ สามารถสรุปดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีววิทยาและสารสื่อประสาท (Biological and neurotransmitter factors)

ความเครียดและอารมณ์ เป็นผลมาจากการทำงานของระบบประสาทและสมองในส่วน Hypothalamic-pituitary-adrenocortical (HPA axis) และการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมองส่วน Prefrontal cortex ซึ่งเป็นสมองส่วนที่รับมือกับการเผชิญสถานการณ์ที่ตึงเครียด ซึ่งร่างกายจะหลั่งสารเคมีตอบสนองความเครียดนั้น คือ สารคอร์ติซอล (Cortisol) ที่เพิ่มขึ้น[20] โดยเฉพาะในวัยรุ่นที่เผชิญปัญหาความเครียด เช่น การถูกทอดทิ้ง การถูกทารุณกรรม การถูกล่วงละเมิดทางเพศ ร่างกายจะหลั่งสารคอร์ติซอลได้อย่างรวดเร็วและสูงขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความคิดหมกมุ่น กังวล อารมณ์แปรปรวน และหงุดหงิดง่าย และสารคอร์ติซอลยังเหนี่ยวนำ

สารเคมีที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ให้บุคคลสามารถคิดฆ่าตัวตายหรือไม่เจตนาตายได้อีกด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า การทำงานของสารสื่อประสาทที่ผิดปกติย่อมส่งผลต่อการควบคุมอารมณ์ที่ผิดปกติด้วย[20] เช่น ซีโรโตนิน (Serotonin) โดปามีน (Dopamine) และนอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) เป็นต้น จากการศึกษาของ John Mann พบว่า สารเคมีในสมองของคนที่มีความคิดฆ่าตัวตาย มีสารสื่อประสาทซีโรโตนินในระดับน้อยกว่าคนปกติ[21] นอกจากนี้การศึกษาปัจจัยด้านพันธุกรรมและสารสื่อประสาท พบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตมากกว่าเพศชาย[22-23] อีกทั้งการใช้สารเสพติด บุหรี่ รวมถึงการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตด้วย[24]

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factors)

การเปลี่ยนแปลงสภาวะทางอารมณ์ย่อมส่งผลกับพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อารมณ์ด้านลบมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งอารมณ์ซึมเศร้าที่มักเป็นการวินิจฉัยหลักที่พบบ่อยที่สุดในพฤติกรรมนี้[17] ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าถือว่ามีความสัมพันธ์มากที่สุด รองลงมา คือ ภาวะวิตกกังวลและโรคจิต ที่มีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของพฤติกรรมนี้[23-24] อย่างไรก็ตาม ในวัยรุ่นที่มีบุคลิกภาพที่ผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (Borderline personality disorder) โรคทางอารมณ์ (Mood disorders) ปัญหาจากการรับประทาน (Eating disorders) รวมถึงอาการทางจิตประสาท (Psychosis) ย่อมส่งผลต่อความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง[15] และนอกจากนี้ยังพบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูในวัยเด็ก การถูกทอดทิ้ง การถูกทารุณกรรม การถูกล่วงละเมิดทางเพศ และการใช้ความรุนแรงในครอบครัวทั้งจากการพูดและการกระทำเป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนามากขึ้น[25]

3. ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ (Interpersonal factors)

ปัจจัยที่มีเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิต ได้แก่ ปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดจากครอบครัว พ่อแม่หรือผู้ปกครอง และปัญหาสัมพันธภาพที่เกิดจากสังคมภายในโรงเรียนหรือชุมชน ซึ่งมีการศึกษา พบว่า การไม่ได้รับความใส่ใจ การถูกทำร้ายความรู้สึกในวัยเด็ก การเพิกเฉยต่อปัญหาของพ่อแม่ที่มีต่อลูกเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับเกิดพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิต[26] นอกจากนี้ยังมีการศึกษา พบว่า ปัญหาสัมพันธภาพในวัยรุ่นที่มีความเกี่ยวโยงกับสังคมโรงเรียนย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตในวัยรุ่นด้วย เช่น ปัญหาความรุนแรงในโรงเรียน ปัญหาสัมพันธภาพแบบคู่รักในวัยเรียน (Romantic relationship) การกลั่นแกล้ง (Bullying) และการกลั่นแกล้งทางอินเทอร์เน็ต (Internet bullying) รวมไปถึงการมีกลุ่มเพื่อนที่มีประสบการณ์เคยทำร้ายตนเองมาก่อนร่วมด้วย[27]

การวินิจฉัยการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิต

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association: APA)[18] ได้มีการกล่าวถึงข้อโต้แย้งในการวินิจฉัยว่า การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตควรเป็นกลุ่มอาการที่แยกจากโรคอื่นๆ อีกทั้งคู่มือวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:

DSM-5) ได้อธิบายถึงพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตว่า เป็นการกระทำที่ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือการทำร้ายตนเอง โดยปราศจากความคิดในการฆ่าตัวตายแต่เป็นการกระทำเพื่อบรรเทาอารมณ์เชิงลบเท่านั้น อย่างไรก็ดี ในต่างประเทศได้ใช้คู่มือการวินิจฉัยนี้เพื่อวินิจฉัยการเจ็บป่วยจากพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิต ซึ่งแตกต่างกับประเทศไทยที่ส่วนใหญ่ใช้บัญชีจำแนกทางสถิติโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (ICD-10)[17] ที่จะมีการลงรหัสวินิจฉัยการตั้งใจทำร้ายตนเอง (Intention self-harm) โดยใช้รหัส X60-X84 อย่างไรก็ดีคู่มือวินิจฉัยและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (DSM-5)[18] ได้แนะนำว่า หากต้องการวินิจฉัยพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตใน ICD-10 ให้ลงด้วยรหัส R45.88 (Non-suicidal self-injury, Non-suicidal self-mutilation, Self-inflicted injury without suicidal intent) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอาการและอาการแสดงที่ครอบคลุมความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมและอยู่ในกลุ่มของความผิดปกติด้านบุคลิกภาพและการควบคุมพฤติกรรม (Disorders of personality and impulse control) หากไม่มีการกลับมาทำร้ายตนเองซ้ำจะใช้การลงบันทึกที่รหัส Z91.52 (Personal history of non-suicidal self-harm) แต่ทว่าพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตนั้นเป็นลักษณะของความผิดปกติทางสุขภาพจิตที่มีความเบี่ยงเบน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อได้ทำร้ายตนเองเพื่อระบายความคับข้องใจแล้วมักจะตามมาด้วยอารมณ์ผ่อนคลาย มีความสุข รู้สึกกลับมาเหมือนปกติ จึงมักไม่เข้ารับการรักษา จากการสอบถามข้อมูลบุคลากรทีมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดังกล่าวจะมาโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการรักษาก็ต่อเมื่อแสดงพฤติกรรมทำร้ายตนเองบ่อยขึ้นและมีความรุนแรงจนบุคคลรอบข้างนำส่งโรงพยาบาล ดังนั้นพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตในวัยรุ่นไทยอาจจะเป็นกลุ่มประชากรที่ไม่ได้รับการเปิดเผยหรือเข้าถึงการบริการเพื่อการวินิจฉัยและรับการรักษา (Hidden populations) รวมถึงมีความเป็นไปได้ที่ยังไม่ได้คัดกรองหรือประเมินอย่างกว้างขวางมากนัก จึงทำให้อุบัติการณ์การเกิดโรคนี้ในประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลที่เพียงพอ แต่ทั้งนี้มีการศึกษามากมายในต่างประเทศอาทิ ประเทศจีน เกาหลี ญี่ปุ่น เวียดนาม เป็นต้น พบว่า ประชากรวัยรุ่นมีอัตราการเกิดพฤติกรรมนี้สูงมาก บทความนี้ผู้เขียนจึงขอกล่าวถึงเกณฑ์การวินิจฉัยพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5)[18] ดังนี้

เกณฑ์ A: บุคคลนั้นได้มีพฤติกรรมที่แสดงถึงเจตนาในการทำให้ร่างกายมีเลือดออก ฟกช้ำ หรือความเจ็บปวด เช่น การตัด การเผา การแทง การตี รวมไปถึงการข่วนตัวเองที่มากกว่าปกติ โดยเป็นเวลา 5 วันหรือมากกว่านั้น ซึ่งมีความมุ่งหวังต่อพฤติกรรมนั้นว่าก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายแม้เพียงเล็กน้อยหรือปานกลางเท่านั้น (มิได้มีเจตนาที่จะเสียชีวิต)

หมายเหตุ: บุคคลที่แสดงพฤติกรรมนั้นสามารถบอกหรือระบุถึงการไม่ได้มีเจตนาที่จะเสียชีวิตได้ หรือสามารถวิเคราะห์ได้จากการบอกเล่าของบุคคลนั้นที่รับรู้ว่า พฤติกรรมที่แสดงออกในการทำร้ายตนเองซ้ำๆ ไม่ได้ส่งผลต่อการเสียชีวิต

เกณฑ์ B: บุคคลนั้นได้มีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองตามข้อใดข้อหนึ่งหรือมากกว่า ดังต่อไปนี้

1.1 กระทำพฤติกรรมเพื่อบรรเทาการรับรู้หรือความรู้สึกด้านลบ

1.2 กระทำพฤติกรรมเพื่อใช้ในการปัญหาด้านสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง

1.3 กระทำพฤติกรรมเพื่อก่อให้เกิดความรู้สึกสบายใจและการรับรู้ในด้านบวก

หมายเหตุ: การบรรเทาหรือการตอบสนองที่บุคคลนั้นต้องการมักจะเกิดขึ้นในระหว่างหรือหลังจากที่ได้ทำร้ายตนเองแล้ว และบุคคลนั้นมักจะแสดงรูปแบบของพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงการพึ่งพาการกระทำนั้นซ้ำๆ

เกณฑ์ C: พฤติกรรมการตั้งใจทำร้ายตนเองนั้นมักมีความสัมพันธ์กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1.1 มีความยากลำบากในสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอื่นหรือเกิดความคิดความรู้สึกด้านลบขึ้น เช่น ภาวะซึมเศร้า (Depression) ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) ความกดดัน (Tension) ความโกรธ (Anger) การวิจารณ์ตนเอง (Self-criticism) เป็นต้น ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานก่อนแสดงพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

1.2 ก่อนที่แสดงพฤติกรรมทำร้ายตนเอง มักจะมีความคิดหมกมุ่นกับพฤติกรรมที่ตั้งใจจะทำร้ายตนเองซ้ำๆ และยากต่อความควบคุม

1.3 แม้อาจจะไม่ได้แสดงพฤติกรรมออกมา แต่ก็มีความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับการทำร้ายตนเองบ่อยๆ

เกณฑ์ D: พฤติกรรมดังกล่าวต้องไม่ใช่พฤติกรรมที่ไม่ได้บ่งบอกถึงการต้องถูกลงโทษจากทางสังคม เช่น การเจาะตามร่างกาย การทำให้บาดเจ็บจากพิธีกรรมทางศาสนาหรือวัฒนธรรม และไม่ใช่พฤติกรรมการแกะแผลหรือการกัดเล็บตามนิ้วมือ

เกณฑ์ E: ผลจากการแสดงออกของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองนั้นก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางคลินิก ปัญหาด้านสัมพันธภาพ ด้านการศึกษาหรือด้านอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมนั้นๆ

เกณฑ์ F: พฤติกรรมการทำร้ายตนเองนั้นไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะเมื่อมีอาการของโรคจิตประสาท (Psychotic disorder) ความมึนงงสับสน (Delirium) หรืออาการถอนสารเสพติด (Substance withdrawal) อีกทั้งพฤติกรรมนี้ไม่ถือเป็นส่วนหนึ่งของความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาทพฤติกรรมโดยพฤติกรรมนี้ไม่สามารถนำมาอธิบายด้วยโรคจิตเวชอื่นๆ ได้ เช่น ออทิสติก (Autism spectrum withdrawal) การพร่องทางสติปัญญา (Intellectual developmental disorder) เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาในวัยรุ่น

ในต่างประเทศการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตได้รับความสนใจมาก โดยเฉพาะเมื่อไม่กี่ปีที่ผ่านมา สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ออกมาให้ความเห็นว่า การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตควรเป็นกลุ่มอาการที่แยกจากโรคอื่นๆ[19] ดังนั้นจึงได้มีนักวิชาการหลายท่านได้พัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตในแต่ละช่วงวัย ในบทความนี้ผู้เขียนขอกล่าวเฉพาะแบบประเมินบางส่วนที่ใช้ในการประเมินการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตในกลุ่มวัยรุ่น เพื่อเป็นแนวทางในการคัดกรองหรือประเมินการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตในกลุ่มวัยรุ่นไทย

1. แบบประเมิน The Brief Non-Suicidal Self-Injury Assessment Tool (BNSSI-AT) Thai version พัฒนามาจาก Whitlock และคณะ[28] โดยใช้แนวคิด conceptualizing the relationship of NSSI to Self-Injurious Thoughts and Behaviors (STB) ของ Nock และคณะ[29] ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตในกลุ่มนักศึกษาและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ประกอบด้วย 12 องค์ประกอบ (Modules) และ 39 ข้อ ได้แก่ 1) การคัดกรองตามพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง (Self-injury form) 2) รูปแบบลักษณะการทำร้ายตนเอง (Functions) 3) ความถี่และการกระทำล่าสุด (Recency and frequency) 4) อายุที่เริ่มมีอาการ

(Age of onset) 5) ตำแหน่งบาดแผล (Wound locations) 6) แรงจูงใจเบื้องต้น (Initial motivations) 7) ระดับความรุนแรง (Severity) 8) วิธีการทำร้ายตนเอง (Practice patterns) 9) ความเคยชินและการรับรู้ (Practice patterns) 10) การเปิดเผยข้อมูลของพฤติกรรม (NSSI disclosure) 11) ประสบการณ์การรักษา (NSSI treatment experiences) และ 12) กระบวนการคิดและความรู้ที่เคยได้รับ (Personal reflections and advice) ซึ่ง Whitlock และคณะ[28] ได้นำแบบประเมินนี้ไปศึกษาในกลุ่มนักศึกษาในมหาวิทยาลัย พบว่า แบบประเมินนี้มีค่าความเที่ยงและความแม่นยำสูง (ICC = 0.91, p = .01) อย่างไรก็ดี แบบประเมินนี้ไม่ได้ออกแบบมาในรูปแบบของมาตรวัด (Scale) และจำนวนข้อคำถามที่มากเกินไปอาจส่งผลต่อความเหนื่อยล้าในการตอบแบบประเมินนี้ ได้ถูกนำไปทดลองใช้ในหลายประเทศและได้รับการแปลหลากหลายภาษา เช่น ภาษาอิตาเลียน ภาษาจีน ภาษาญี่ปุ่น รวมถึงประเทศไทยด้วย ซึ่งได้ถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย เวธนี อุบลศรี และ ศิริรัตน์ อุฬารตินนท์[30] ซึ่งมี 5 เกณฑ์การวัดตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับที่ 5 (DSM-5 criteria) ประกอบด้วยเกณฑ์ A. รูปแบบพฤติกรรม B. เหตุผลของพฤติกรรมทำร้ายตนเอง C. ความถี่และการกระทำล่าสุด (อายุที่เริ่มทำครั้งแรกและการหยุดทำ) D. ตำแหน่งบาดแผล E. ความเคยชินและการตระหนักว่าสิ่งนี้มีผลกระทบต่อชีวิต ซึ่งเป็นแบบประเมินที่วัยรุ่นสามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง (Self-report) อย่างไรก็ดีแบบประเมินนี้ยังไม่มีจุดตัด (Cut off) สำหรับการวินิจฉัย อีกทั้งจากข้อคำถามอาจต้องใช้การสัมภาษณ์ร่วมกับการประเมิน เนื่องจากแบบประเมินเป็นมาตรวัดร่วมกับข้อคำถามปลายเปิด ผู้ที่สัมภาษณ์ต้องมีความเข้าใจในข้อคำถามนั้นๆ ทั้งนี้จากการศึกษาในประเทศไทยพบแบบประเมินนี้เพียงแบบประเมินเดียวที่มีการแปลเป็นภาษาไทย

2. แบบประเมิน Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS) พัฒนามาจาก Klonsky & Glenn[31] โดยใช้แนวคิด functions of NSSI ของ Nock & Prinstein[32] ประกอบด้วยสองส่วน ส่วนแรกเป็นการประเมินรูปแบบพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนา 12 แบบ (NSSI behavior) เช่น การตี การตัด การเผา การกลืนสารเคมี เป็นต้น เป็นการประเมินจากการตอบจำนวนครั้ง ความถี่ในการแสดงพฤติกรรมเหล่านั้น และมีการประเมินอายุที่เริ่มเป็น (Age of onset) ประสบการณ์ความเจ็บปวดขณะทำร้ายตนเอง (The pain experience while doing self-harm) ความต้องการในการหยุดพฤติกรรมนั้น ส่วนที่สอง เป็นการประเมินองค์ประกอบของการทำร้ายตนเอง 13 ฟังก์ชัน (Potential functions of NSSI) เพื่อประเมินเหตุผลหรือประสบการณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนา เป็นข้อคำถามปรนัย จำนวน 39 ข้อ ประกอบด้วย 1) การควบคุมผลกระทบ (Affect-regulation) 2) การต่อต้านการแยกตัว (Anti-dissociation) 3) การต่อต้านเสียชีวิต (Anti-suicide) 4) ความอิสระในตนเอง (Autonomy) 5) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal boundaries) 6) บุคคลที่มีอิทธิพล (Interpersonal influence) 7) ความรู้สึกทุกข์ทรมาน (Marking distress) 8) สัมพันธภาพกับเพื่อน (Peer-bonding) 9) การดูแลตนเอง (Self-care) 10) การลงโทษตนเอง (Self-punishment) 11) การแก้แค้น (Revenge) 12) การแสวงหาความรู้สึก (Sensation seeking) 13) ความอดทน (Toughness) คำตอบเป็นมาตรวัดของลิเคิร์ท 3 ระดับ ประกอบด้วยค่าคะแนน 0 (ไม่เกี่ยวข้อง) 1 (ค่อนข้างเกี่ยวข้อง) และ 2 (เกี่ยวข้องมาก) โดยผลรวมคะแนนมากในแต่ละด้านแสดงถึงปัจจัยด้านนั้นส่งผลต่อพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนา ซึ่งแบบประเมินนี้เป็นแบบสอบถามที่วัยรุ่นสามารถตอบได้ด้วยตนเอง

ใช้ในการประเมินบุคคลที่มีอายุ 11 ปี ขึ้นไป ทั้งกลุ่มนักเรียน นักศึกษา กลุ่มวัยรุ่นทั้งในคลินิกและในชุมชน ซึ่งมีค่าความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในระดับสูง (Coefficient alphas = 0.88)[31] แบบประเมินนี้ได้รับการแปลหลากหลายภาษา เช่น ภาษาสเปน ภาษาตุรกี ภาษาเกาหลี เป็นต้น แต่ยังไม่มีการแปลเป็นภาษาไทย อย่างไรก็ดี แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินฟังก์ชันของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาซึ่งแตกต่างจากแบบประเมินอื่นๆ ที่จะโดดเด่นเรื่องการหาปัจจัยภายใน (Intrapersonal) และปัจจัยภายนอก (Interpersonal) ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิต

3. แบบประเมิน Functional Assessment of self-Mutilations (FASM) พัฒนามาจาก Nock & Prinstein[32] โดยใช้แนวคิด four-function model of NSSI ของ Bentley, Nock & Barlow[33] เป็นการประเมินความถี่ (Frequency) รูปแบบพฤติกรรม (Functions) และคุณลักษณะของการทำร้ายตนเอง (Self-mutilation behavior: SMB) ซึ่งแบบประเมินนี้ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตในกลุ่มวัยรุ่นที่เคยมีประวัติทำร้ายตนเองมาก่อน โดยวัยรุ่นประเมินตนเองได้จากการตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยการประเมินสองส่วน ได้แก่ ประเมินพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง และการประเมินเหตุผลที่นำไปสู่การทำร้ายตนเอง โดยการประเมินส่วนแรกเป็นการประเมินพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง มีจำนวน 11 ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมดังกล่าว โดยคะแนนที่ได้จากการประเมินส่วนนี้จะแบ่งเป็นการทำร้ายตนเองระดับน้อย ได้แก่ พฤติกรรมการดึงผม การแทรกวัตถุไว้ใต้เล็บหรือผิวหนัง การกัด การตี การแกะแผล การเจาะ เป็นต้น และพฤติกรรมการทำร้ายตนเองระดับปานกลางหรือรุนแรง ได้แก่ พฤติกรรมการตัด การเผา การข่วน และการสัก เป็นต้น หากบุคคลใดมีอย่างน้อย 1 อาการที่กล่าวมา ให้ทำการประเมินในส่วนที่สองได้เลย ซึ่งเป็นการประเมินเหตุผลที่นำไปสู่การทำร้ายตนเอง แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ แรงเสริมอัตโนมัติด้านลบภายในตนเอง (Autonomic negative reinforcement) แรงเสริมอัตโนมัติด้านบวกภายในตนเอง (Autonomic positive reinforcement) แรงเสริมจากสังคมด้านลบ (Social negative reinforcement) และแรงเสริมจากสังคมด้านบวก (Social positive reinforcement) ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบปรนัย จำนวน 22 ข้อ คำตอบเป็นมาตรวัดของลิเคิร์ท 4 ระดับ ประกอบด้วยค่าคะแนน 0 (ไม่เคย) 1 (นานๆ ครั้ง) 2 (บางครั้ง) และ 3 (บ่อยครั้ง) โดยผลรวมคะแนนมากในแต่ละด้านแสดงถึงเหตุผลด้านนั้นส่งผลต่อพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิต ซึ่ง Izadi-Mazidi และคณะ[34] ได้นำแบบประเมินนี้ไปทำการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นในโรงเรียนที่มีอายุระหว่าง 15 - 18 ปี พบว่า ความตรงเชิงโครงสร้างจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันในระดับที่ยอมรับได้ (χ_2/df = 1.84; RMSEA = 0.07; GFI = 0.82; AGFI = 0.77) แบบประเมินนี้เป็นการประเมินตนเอง บางครั้งอาจจะเกิดความไม่เที่ยงตรงในการตอบแบบสอบถามเนื่องจากพฤติกรรมการทำร้ายตนเองในบางข้อคำถามอาจจะเป็นสิ่งที่สังคมนั้นยังไม่สามารถยอมรับได้หากตอบตามความเป็นจริง ข้อดีของแบบประเมินนี้ คือ สามารถระบุระดับความรุนแรงจากพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและแรงเสริมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนั้นได้ แบบประเมินนี้ได้รับการแปลหลากหลายภาษา เช่น ภาษาสเปน ภาษาสวีเดน ภาษาเปอร์เซีย ภาษาเกาหลี ภาษาจีน เป็นต้น อย่างไรก็ดีแบบประเมินนี้ยังไม่มีการการแปลเป็นภาษาไทย

เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบในแต่ละเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตในวัยรุ่นตามที่เสนอในบทความนี้ สรุปได้ว่า แต่ละเครื่องมือสามารถประเมินพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิต

ได้ตรงและครอบคลุมตามคุณลักษณะทั้ง 4 ด้าน แม้เครื่องมือจะมีความเด่นชัดในการประเมินคุณลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น แบบประเมิน BNSSI-AT Thai version มีข้อคำถามที่เด่นชัดในด้านการประเมินแรงจูงใจเบื้องต้นในการทำร้ายตนเอง ส่วนแบบประเมิน ISAS มีข้อคำถามที่เด่นชัดในการประเมินความคิดหรือทัศนคติของการมีชีวิต และแบบประเมิน FASM ที่มุ่งไปที่เหตุผลหรือประสบการณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง เช่น แรงเสริมอัตโนมัติด้านบวก/ลบภายในตนเอง แรงเสริมจากสังคมด้านบวก/ลบ เป็นต้น อย่างไรก็ดีเครื่องมือส่วนใหญ่สามารถประเมินความถี่ของพฤติกรรมได้ชัดเจน เพราะมีการกล่าวถึงลักษณะรูปแบบพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง อายุที่เริ่มมีอาการ ความถี่ ระดับความรุนแรง เป็นต้น ซึ่งแบบประเมินส่วนใหญ่มักจะใช้การประเมินตนเองโดยใช้ข้อคำถามปลายเปิดร่วมกับมาตรวัด หากมีการพัฒนาเครื่องมือที่มีมาตรวัดร่วมกับระดับคะแนนอาจจะทำให้การคัดกรองพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตนั้นสะดวกและง่ายขึ้น

แนวทางการประเมินการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตในวัยรุ่นนั้น ควรให้ความสำคัญในการสังเกตอาการด้านอารมณ์ และพฤติกรรมหรือบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงของบุคคลในระยะใกล้ชิดเมื่อได้รับแรงกดดันหรือเผชิญเหตุการณ์ความเครียดที่ส่งผลต่อความคิดหมกหมุ่นที่มีอาการนำเหล่านี้ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า และแยกตัว ควรประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายด้วยตนเองและบุคคลใกล้ชิดในทันที และควรประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องเมื่อพบอาการทางความคิดอยากทำร้ายตนเอง ดังนั้นการมีความรู้ความเข้าใจคุณลักษณะของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตในวัยรุ่นร่วมกับมีความเข้าใจในหลักการเลือกใช้เครื่องมือเพื่อประเมินพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบริบท ก่อให้เกิดผลการประเมินที่มีความถูกต้องแม่นยำ และสามารถส่งต่อเพื่อให้วัยรุ่นได้รับการดูแลที่ตรงเป้าหมายและมีประสิทธิภาพ จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า เครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตแต่ละเครื่องมือจะมีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น แบบประเมิน ISAS ใช้ประเมินเพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตในวัยรุ่น แต่แบบประเมิน BNSSI-AT Thai version ใช้ในการคัดกรองตามพฤติกรรมการทำร้ายตนเองโดยอาศัยเกณฑ์คู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับที่ 5 (DSM-5) เป็นต้น ในการประเมินพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตในโรงพยาบาลนั้น ควรเริ่มประเมินตั้งแต่จุดคัดกรอง โดยให้ผู้เข้ารับบริการทำการประเมินได้ด้วยตนเอง แต่ควรมีบุคลากรทางสุขภาพคอยซักประวัติเพิ่มเติม รวมถึงให้คำแนะนำในบางข้อคำถามที่ผู้เข้ารับบริการไม่เข้าใจเพื่อให้ได้ผลการประเมินที่ถูกต้อง หรืออาจจะส่งต่อให้แพทย์วินิจฉัยแยกโรคตามเกณฑ์ DSM-5 เพื่อเป็นการประเมินผลซ้ำเฉกเช่นเดียวกับการที่เราใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าก่อนเข้าพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยอีกครั้ง ส่วนการประเมินพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตในสถานศึกษาสามารถให้นักเรียน/นักศึกษาทำการประเมินได้ด้วยตนเอง เพียงแต่ครูอาจารย์ในสถานศึกษาที่เกี่ยวข้องต้องมีความรู้ความเข้าใจหลักการประเมินของเครื่องมือที่ใช้ประเมินนั้นๆ ด้วยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แม่นยำและใช้สำหรับส่งต่อไปยังสถานพยาบาลได้หากพบความผิดปกติของพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพ โรงเรียน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมไปถึงวัยรุ่นเอง หากได้รับการอบรมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิต และหลักการเลือกใช้แบบประเมินย่อมเป็นการช่วยคัดกรองปัญหาพฤติกรรมนี้ในวัยรุ่น อีกทั้งป้องกันพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง และลดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่จะส่งผลต่อวัยผู้ใหญ่ในอนาคตลงได้ด้วย

บทสรุป

จากสถานการณ์ประเทศไทยในปัจจุบัน พฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตในวัยรุ่น ยังมีข้อมูลและอุบัติการณ์การเกิดโรคที่ไม่เพียงพอ แต่ยังพบข้อมูลพฤติกรรมการทำร้ายตนเองในกลุ่มวัยรุ่นในอัตราที่สูงขึ้นซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในอนาคต และยังพบว่าปัจจัยด้านชีววิทยาและสารสื่อประสาท ปัจจัยด้านจิตสังคม รวมไปถึงปัจจัยด้านสัมพันธภาพของวัยรุ่นล้วนมีความเชื่อมโยงกับการเกิดพฤติกรรมนี้ เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่เปราะบาง มีความยากลำบากในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ส่งผลให้มีการจัดการอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมผ่านพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง การให้ความสำคัญต่อการประเมินและคัดกรองเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับทุกหน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็นครอบครัวหรือชุมชน รวมไปถึงสถานศึกษาและโรงพยาบาล ในปัจจุบันแบบประเมินพฤติกรรมการทำร้ายตนเองมีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละแนวคิด จึงส่งผลให้การประเมินพฤติกรรมดังกล่าวมีการใช้เครื่องมือที่แตกต่างกัน ดังนั้นการเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตในวัยรุ่นที่เหมาะสมจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะหากมีการประเมินที่ถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็วย่อมส่งผลต่อการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดความรุนแรงหรือสูญเสียจากพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างทันท่วงที อย่างไรก็ดีแบบประเมินส่วนใหญ่มักจะเป็นแบบประเมินที่วัยรุ่นสามารถประเมินตนเองได้และสามารถใช้ร่วมกันได้ทั้งในหน่วยงานสถานศึกษาหรือสถานพยาบาล เพียงแต่บุคลากรและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนั้นๆ ควรมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุและอาการการเจ็บป่วยของโรคนี้ เพื่อให้การช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นได้ อีกทั้งควรมีความเข้าใจที่ถูกต้องในการเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมดังกล่าว เพื่อช่วยในการคัดกรองได้อย่างรวดเร็วและส่งต่อเข้ารับการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการนำเสนอความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิตในวัยรุ่นกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ก่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุและอาการการเจ็บป่วยของโรคนี้ อีกทั้งสามารถนำความรู้ไปประยุกต์นวัตกรรมหรือโปรแกรมเพื่อนำไปช่วยเหลือวัยรุ่นในกลุ่มเสี่ยงได้ทันท่วงที ป้องกันการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่จะส่งผลต่อวัยผู้ใหญ่ในอนาคตลงได้

เอกสารอ้างอิง

1. Wu D, Rockett IRH, Yang T, Feng X, Jiang S, Yu L. Deliberate self-harm among Chinese medical students: a population-based study. J Affect Disord 2016;202:137-44.
2. Brausch AM, Gutierrez PM. Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. J Youth Adolesc 2010;39:233-42.
3. Baetens I, Greene D, Van Hove L, Van Leeuwen K, Wiersema JR, Desoete A, et al. Predictors and consequences of non-suicidal self-injury in relation to life, peer, and school factors. J Adolesc 2021;90:100-8.
4. Lim K-S, Wong CH, McIntyre RS, Wang J, Zhang Z, Tran BX, et al. Global lifetime and 12-month prevalence of suicidal behavior, deliberate self-harm and non-suicidal self-injury in children and adolescents between 1989 and 2018: a meta-analysis. Int J Environ Res Public Health 2019;16(22):45-81.

5. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Non-suicidal self-injury: a systematic review. Front Psychol 2017;8:1-14.
6. Brown RC, Plener PL. Non-suicidal self-injury in adolescence. Curr Psychiatry Rep 2017;19(3):1-8.
7. Kaess M, Parzer P, Mattern M, Plener PL, Bifulco A, Resch F, et al. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of non-suicidal self-injury in youth. Psychiatry Res 2013;206(2-3):265-72.
8. Ministry of Public Health. Surveillance system for attempted self-harm in Thailand. [Internet]. [cited 2023 December 28]. Available from: https://506s.dmh.go.th/Home. (in Thai).
9. Trachoo A, Kaewpornsawan T, Panyapas S. Suicidal behavior in children and adolescents who received treatment at Siriraj hospital. J Psychiatr Assoc Thailand 2013;58(4):323-32. (in Thai).
10. Singtakaew A, Chaimongkol N, Hengudomsub P. Predicting factors of deliberated self-harm among Thai adolescents. J Royal Thai Army Nurses 2021;22(3):294-303. (in Thai).
11. Jantarapakdee R, Hengudomsub P, Vatanasin D. Psychosocial factors affecting learning behaviors among nursing students. Royal Thai Navy Medical Journal 2022;49(1):43-59. (in Thai).
12. Jeiwkok K, Wongsaeng Y, Nuamthong K, Jantasara C, Susettawat P, Tadang P, et al. Relationships between personal factors, perceptions of cyber-bullying and coping with cyber-bullying among nursing students in the Royal Thai Navy College of Nursing. Royal Thai Navy Medical Journal 2022;47(3):673-86. (in Thai).
13. Kerr P, Muehlenkamp J, Turner J. Non-suicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. J Am Board Fam Med 2010;23(2):240-59.
14. Heath NL, Toste JR, Nedecheva T, Charlebois A. An examination of non-suicidal self-injury among college students. J Ment Health Couns 2008;30:137-56.
15. Ougrin D, Tranah T, Leigh E, Taylor L, Asarnow JR. Practitioner review: self-harm in adolescents. J Child Psychol Psychiatry 2012;53(4):337-50.
16. Klonsky ED, May AM, Glenn CR. The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: converging evidence from four samples. J Abnorm Psychol 2013;122:231-7.
17. International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision [ICD-10]. [Internet]. [cited 2024 January 25]. Available from: https://www.icd10data.com/ICD10CM/Codes/R00-R99/R40-R46/R45-/R45.88.
18. American Psychiatric Association. Non-suicidal self-injury. In: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022. p. 923.
19. Sukhawaha S, Arunpongpaisal S. Risk factor and suicide theory associated with suicide in adolescents: a narrative reviews. J Psychiatr Assoc Thailand 2017;62(4):359-78. (in Thai).
20. Reichl C, Heyer A, Brunner R, Parzer P, Volker JM, Resch F, et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, childhood adversity and adolescent non-suicidal self-injury. Psychneuroendocrinology 2016;74:203-11.

21. Polpipatpong S, Chaimongkol N, Vatanasin D. Suicidal ideation in adolescent and its associated factors. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2018;26(1):40-9. (in Thai).
22. Lauw MSM, Abraham AM, Loh CBL. Deliberate self-harm among adolescent psychiatric outpatients in Singapore: prevalence, nature and risk factors. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2018;12(1):10-5.
23. Yu L, Zhao J, Zhao T, Xiao Y, Ou Q, He J, et al. Multicenter analysis on the non-suicidal self-injury behaviors and related influencing factors-a case study of left-behind children in northeastern Sichuan. J Affect Disord 2023;320: 161-8.
24. Bousoño M, Al-halabí S, Burón P, Garrido M, Ma E, Galván G, et al. Alcohol use and risk factors for self-harm behavior in Spanish adolescents. Adicciones 2021;33(1):53-62.
25. 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.
26. Thai TT, Jones MK, Nguyen TP, Pham TV, Bui HHT, Kim LX, et al. The prevalence, correlates and functions of non-suicidal self-injury in Vietnamese adolescents. Psychol Res Behav Manag 2021;14:1915-27.
27. Zhang JJ, Liu YD, Zhang H, Huang ZH, Wang F, Yang JJ, et al. Correlates of non-suicidal self-injury in adolescent psychiatric patients in China. Front Psychiatry 2022;13:864150.
28. Whitlock J, Exner-Cortens D, Purington A. Assessment of non-suicidal self-injury: development and initial validation of the Non-Suicidal Self-Injury-Assessment Tool (NSSI-AT). Psychol Assess 2014;26(3):935-46.
29. Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD. Self-Injurious thoughts and behaviors interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. Psychol Assess 2007;19:309-17.
30. Ubonsri W, Ularntinon S. The brief non-suicidal self-injury assessment tool (BNSSI-AT) Thai version. [Internet]. Bangkok: Queen Sirikit National Institute of Child Health; 2020. [cited 2023 August 2]. Available from: https://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/perch/resources/baebsxbtham-bnssi-at-thai-version.pdf.
31. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). J Psychopathol Behav Assess 2009;31(3):215-9.
32. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. J Consult Clin Psychol 2004;72:885-90.
33. Bentley KH, Nock MK, Barlow DH. The four-function model of nonsuicidal self-injury: key directions for future research. Clin Psychol Sci 2014;2(5):638-56.
34. Izadi-Mazidi M, Yanghubi H, Mohammadkhani P, Hassanabadi H. Assessing the functions of non-suicidal self-Injury: factor analysis of functional assessment of self-mutilation among adolescents. Iran J Psychiatry 2019;14(3):184-91.