

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนา ให้ถึงชีวิตในวัยรุ่นตอนปลาย

FACTORS ASSOCIATED WITH NON-SUICIDAL SELF-INJURY AMONG LATE ADOLESCENTS

โสรดา วงศ์สร้อย* ขวัญพนมพร ธรรมไทย และสมบัติ สกุลพรรณ

Sorada Wongsoi*, Kwaunpanomporn Thummathai and Sombat Skulphan

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิตในวัยรุ่นตอนปลายกับปัจจัยส่วนบุคคล เหตุการณ์ด้านลบในชีวิต ปัญหาสุขภาพจิต และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นอายุ 15 – 19 ปี จำนวน 136 คนที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายแห่งหนึ่งในภาคกลางของประเทศไทย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต (Self-Harm Inventory: SHI) 3) แบบสอบถามเหตุการณ์สำคัญในชีวิต 4) แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต (Depression Anxiety Stress Scale: DASS-21) และ 5) แบบสอบถามความรู้สุขภาพจิตฉบับวัยรุ่น (Mental Health Literacy Questionnaire–Young People: MHLq-YP) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และค่าสหสัมพันธ์แบบพ้อยท์-ไบซีเรียล ผลการวิจัยพบว่า จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 45.59 ของกลุ่มตัวอย่างเคยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิต การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิตในวัยรุ่นตอนปลาย มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิต ($r_{pb} = 0.652, p < .001$) เหตุการณ์ด้านลบในชีวิต ($r_{pb} = 0.557, p < .001$) การสูบบุหรี่ ($r_{pb} = 0.360, p < .001$) การดื่มแอลกอฮอล์ ($r_{pb} = 0.357, p < .001$) และอาการทางร่างกาย ($r_{pb} = 0.419, p < .001$) ขณะที่ความรู้สุขภาพจิตด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิตในวัยรุ่นตอนปลาย ($r_{pb} = -0.265, p = .003$)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Mueang District, Chiang Mai Province 50200

*corresponding author e-mail: soradawong11@gmail.com

Received: 13 July 2025; Revised: 30 September 2025; Accepted: 3 October 2025

DOI: <https://doi.org/10.14456/lsej.2025.19>

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิต การลดพฤติกรรมเสี่ยง และการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่น เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันต่อไป

คำสำคัญ: การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิต เหตุการณ์ด้านลบในชีวิต ปัญหาสุขภาพจิต ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

Abstract

This descriptive correlational study aimed to examine the relationships between non-suicidal self-injury (NSSI) among late adolescents and personal factors, negative life events, mental health problems, and mental health literacy. The participants were 136 adolescents aged 15 – 19 years who were studying at a high school in the central region of Thailand. The research instruments included: (1) a personal information questionnaire, (2) the Self-Harm Inventory (SHI), (3) the Stressful Life Events Questionnaire, (4) the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21), and (5) the Mental Health Literacy Questionnaire for Young People (MHLQ-YP). Data were analyzed using descriptive statistics and point-biserial correlation. The results showed that 45.59% of the participants ($n = 62$) had engaged in NSSI. Non-suicidal self-injury (NSSI) among late adolescents showed a significant positive correlation with: mental health problems ($r_{pb} = 0.652, p < .001$); negative life events ($r_{pb} = 0.557, p < .001$); problem behaviors, such as smoking ($r_{pb} = 0.360, p < .001$) and alcohol consumption ($r_{pb} = 0.357, p < .001$); and physical symptoms ($r_{pb} = 0.419, p < .001$). In contrast, mental health literacy regarding self-help strategies was negatively associated with non-suicidal self-injury among late adolescents ($r_{pb} = -0.265, p = .003$). This study highlights the importance of promoting mental health, reducing risky behaviors, and enhancing mental health literacy among adolescents as a preventive approach for the future.

Keywords: non-suicidal self-injury, negative life events, mental health problems, mental health literacy

บทนำ

การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิต (Non-suicidal Self-injury: NSSI) เป็นพฤติกรรมที่วัยรุ่นตั้งใจทำร้ายตนเองโดยมีเจตนาเพื่อก่อให้เกิดบาดเจ็บทางร่างกายและจิตใจโดยไม่มุ่งหวังให้ถึงแก่ชีวิต การทำร้ายตนเองในลักษณะนี้พบได้บ่อยในวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นเข้าสู่ผู้ใหญ่และเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ และสังคมอย่างรวดเร็ว รวมทั้งความท้าทายจากสภาพแวดล้อมที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบัน (Gholamrezaei et al., 2017; Zetterqvist, 2020)

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ระหว่างปี ค.ศ. 2016-2019 พบอัตราการเสียชีวิตจากการทำร้ายตนเองในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปีอยู่ในระดับสูง โดยเฉลี่ย 4.66 ถึง 5.95 คนต่อแสนประชากร (World Health Organization [WHO], 2023) สำหรับในประเทศไทย สถิติการเสียชีวิต จากการทำร้ายตนเองในวัยรุ่นช่วงอายุเดียวกันอยู่ระหว่าง 2.97 ถึง 4.51 คนต่อแสนประชากร และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากอุบัติเหตุทางถนนและการถูกทำร้ายร่างกาย (Ministry of Public Health, Strategy and Planning Division, 2023) วัยรุ่นตอนปลายเป็นวัยที่มีความเปราะบางต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า จากประสบการณ์ในชีวิตที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาการ เช่น การถูกกลั่นแกล้ง การเผชิญเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ รวมทั้งปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้สารเสพติดและการดื่มแอลกอฮอล์ (Wang et al., 2022) ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิตในวัยรุ่นอย่างชัดเจน นอกจากนี้แล้ว การทำร้ายตนเองในวัยรุ่นยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่นำไปสู่ความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยผู้ใหญ่ (Olsson et al., 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิต ในวัยรุ่นได้แก่ เพศหญิง อาการทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตใจ ประสบการณ์ไม่พึงประสงค์ ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ซึมเศร้าและวิตกกังวล รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้สารเสพติดและความรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำ (Wang et al., 2022) โดยเพศหญิงมีโอกาสทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิตมากกว่าเพศชายประมาณ 2 - 2.5 เท่า อาการทางร่างกายที่เชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพจิต เช่น ปวดศีรษะ ปัญหาการนอนไม่หลับ ใจสั่น และอาการทางจิตใจ เช่น ความเครียด ซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความคิดฆ่าตัวตาย เป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิต การเผชิญกับเหตุการณ์ด้านลบในวัยเด็กและวัยรุ่น เช่น ประสบความรุนแรงในครอบครัว รวมถึงการถูกกลั่นแกล้งจากเพื่อน อาจส่งผลให้วัยรุ่นตอนปลายเกิดความทุกข์ ความคับข้องใจ หรืออารมณ์ด้านลบ จึงอาจเลือกใช้วิธีการระบายอารมณ์กับร่างกายของตนเองเพื่อเป็นการปลดปล่อยอารมณ์ดังกล่าว (Kabkhamba et al., 2021) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy) ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญในการช่วยลดความเสี่ยงของการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย วัยรุ่นที่มีความรอบรู้ด้าน

สุขภาพจิตสูงมีโอกาสเผชิญกับอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายน้อยกว่าวัยรุ่นที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำอย่างมีนัยสำคัญ (Guo et al., 2023)

จากการศึกษาที่ผ่านมา งานวิจัยในประเทศไทย โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในวัยรุ่น เช่น ปัญหาความสัมพันธ์กับคนรักและครอบครัว ความเครียด และพฤติกรรมเสี่ยงเช่นการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มุ่งเน้นเฉพาะการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิตในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งเป็นช่วงวัยที่พบอัตราสูงสุด การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิตในวัยรุ่นตอนปลายนั้น ส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพด้านออกเป็น 3 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ และ 3) ด้านสังคม ซึ่งแต่ละด้านล้วนส่งผลกระทบต่ออย่างลึกซึ้งและเชื่อมโยงกัน โดย 1) ด้านร่างกาย วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองอาจประสบกับผลกระทบทางกายภาพอย่างรุนแรง เช่น บาดแผล แผลเป็นถาวร การเสียเลือดจำนวนมาก การติดเชื้อ รวมทั้งอาจนำไปสู่ภาวะพิการหรือทุพพลภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อลักษณะของตนเองและการดำเนินชีวิตในระยะยาว โดยจากข้อมูลของ Singthakaew et al. (2020) พบว่า มีจำนวนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการทำร้ายตนเองถึง 24,924 ครั้ง มีอุบัติการณ์ 35.6 ต่อประชากร 100,000 คน ค่ารักษาพยาบาลรวมสูงสุดถึง 149,672,190 บาท และมีระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.9 ± 6.7 วัน ซึ่งสะท้อนถึงภาระด้านสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมดังกล่าวได้อย่างชัดเจน 2) ด้านจิตใจ พฤติกรรมทำร้ายตนเองก่อให้เกิดผลกระทบทางอารมณ์อย่างรุนแรง วัยรุ่นมักเผชิญกับความรู้สึกผิด ความละอาย ความโกรธ และความรู้สึกไร้ค่า ตลอดจนการเสียดสีพฤติกรรมเหล่านี้จนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อีกทั้งยังเกิดตราบาภายในจิตใจตนเอง (internal stigmatization) ส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีความสำคัญเพื่อระบุปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิตในวัยรุ่นตอนปลาย
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล เหตุการณ์ด้านลบในชีวิต ปัญหาสุขภาพจิต และความรู้ด้านสุขภาพจิตกับการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิตในวัยรุ่นตอนปลาย

คำถามการวิจัย

- 1) การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิตในวัยรุ่นตอนปลายเป็นอย่างไร
- 2) ปัจจัยส่วนบุคคล เหตุการณ์ด้านลบในชีวิต ปัญหาสุขภาพจิต และความรู้ด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิตในวัยรุ่นตอนปลายหรือไม่อย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบสหสัมพันธ์ (descriptive correlational research) ระหว่างการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิตในวัยรุ่นตอนปลาย กับปัจจัยส่วนบุคคล เหตุการณ์ด้านลบในชีวิต ปัญหาสุขภาพจิต และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือวัยรุ่นตอนปลาย ที่มีอายุ 15 – 19 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา (สพม.)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือวัยรุ่นตอนปลาย ที่มีอายุ 15 – 19 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในสังกัดของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา (สพม.) แห่งหนึ่งในภาคกลาง โดยมีคุณสมบัติดังนี้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria)

1) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนโดยประเมินจากการได้ตอบได้ตรงคำถาม สมเหตุสมผล รวมทั้งมีการรับรู้วันเวลาสถานที่และบุคคลได้ถูกต้อง

2) สามารถอ่านเขียนหรือสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้

3) มีความยินดีและสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria)

1) มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นออทิสติกประเมินโดยใช้ข้อมูลจากครูประจำชั้นในบันทึกประวัตินักเรียน

2) มีปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ได้แก่ โรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 สำหรับการวิเคราะห์สหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ 0.80 และขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (effect size = 0.25) ผลคำนวณได้จำนวน 123 คน และเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 (Polit & Beck, 2017) รวมเป็น 136 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือวัยรุ่นที่มีอายุ 15 – 19 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา (สพม.) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) การสุ่มตัวแทนจากสี่ภาคเลือกมา 1 ภาค ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยใช้วิธีจับสลาก (lottery) ได้ภาคกลาง

2) สุ่มจังหวัดภาคกลางจาก 9 จังหวัด มา 1 จังหวัดโดยด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ใช้วิธีจับสลาก เพื่อเป็นตัวแทน 1 จังหวัด

3) สุ่มเลือกเลือกอำเภอ 1 อำเภอในจังหวัด จาก 6 อำเภอ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้วิธีจับสลากขึ้นมา 1 ใบ

4) สุ่มเลือก 1 โรงเรียน จาก 4 โรงเรียน ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสังกัดสังกัดของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา (สพม.) ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้วิธีจับสลากขึ้นมา 1 ใบ ได้โรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา (สพม.) แห่งหนึ่ง

5) สุ่มเลือกระดับชั้น 1 ชั้น ได้ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โดยนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีทั้งหมด 12 ห้อง ห้องละ 34 คน จึงสุ่มห้องเรียนด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยใช้วิธีจับสลาก 4 ห้อง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา คือ 136 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ชุด ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อใช้รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของวัยรุ่น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียนรู้เฉลี่ย อาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ พฤติกรรมปัญหา ได้แก่ การใช้สารเสพติด การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

2) แบบสอบถามพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิต (Self-Harm Inventory: SHI) พัฒนาโดย Sansone et al. (2010) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย Kabkhamba et al. (2021) จำนวน 21 ข้อ ใช้รวบรวมข้อมูลพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิต ข้อคำถามมีลักษณะการตอบเป็นแบบเลือกตอบว่า ใช่/ไม่ใช่ โดยสอบถามลักษณะพฤติกรรมทำร้ายตนเองในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา เช่น จงใจทำให้ตนเองถูกไฟหรือน้ำร้อนลวก อดอาหารเพื่อให้ตนเองได้รับความทรมาน การแปลผล ใช่ = 1 ไม่ใช่ = 0 แปลผล คือ เมื่อตอบ ใช่ 1 ข้อขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิต หาก ตอบ ไม่ใช่ = 0 คือ ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิตในข้อนั้น หรือตอบ ไม่ใช่ทุกข้อ แปลผล ว่าไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิต

3) แบบสอบถามเหตุการณ์สำคัญในชีวิต (Stressful Life Event Questionnaires) พัฒนาโดย Kabkhamba et al. (2021) ข้อคำถามเป็นกับเหตุการณ์ด้านลบในชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการเกิดทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในนักศึกษา เช่น สูญเสียบุคคล สัตว์ หรือสิ่งของอันเป็นที่รัก การถูกกลั่นแกล้ง จากกลุ่มเพื่อน มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยให้เลือกตอบว่า ใช่/ไม่ใช่ การแปลผล ใช่ = 1 หมายถึงเหตุการณ์นั้นเกี่ยวข้องกับการเกิดทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในนักเรียน ไม่ใช่ = 0 หมายถึงเหตุการณ์นั้นไม่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในนักเรียน

4) แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต (Depression Anxiety Stress Scale: DASS-21) ฉบับภาษาไทยนี้ได้รับการพัฒนาโดย Sawang et al. (2013) ซึ่งเป็นการประเมินความเที่ยงตรงของโครงสร้างและความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างชาวไทย โดยการแปลแบบสอบถามต้นฉบับจากภาษาอังกฤษของ Lovibond & Lovibond (1995) เป็นภาษาไทยและผู้แปลอนุญาตให้ Phitayratsathien et al. (2014) ดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถาม DASS-21 ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (7 ข้อ) ความวิตกกังวล (7 ข้อ) ความเครียด (7 ข้อ) ผู้ตอบแบบสอบถามให้คะแนนตนเองในระดับความถี่ของอาการในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยใช้มาตร 4 ระดับ (0-3) คือ 0 หมายถึงไม่ตรงกับฉันเลย 1 หมายถึง ตรงกับฉันบ้างหรือเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง 2 หมายถึงตรงกับฉัน หรือเกิดขึ้นบ่อย และ 3 หมายถึงตรงกับฉันมากหรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด แปลผลดังแสดงในตารางที่ 1 (Table 1)

Table 1 Mental health status and severity levels.

Mental Health Severity Level	Depression	Anxiety	Stress
Normal	0-4	0-3	0-7
Mild	5-6	4-5	8-9
Moderate	7-10	6-7	10-12
Severe	11-13	8-9	13-16
Extremely severe	14+	10+	17+

Remark Phitayratsathien et al. (2014)

5) แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิตในวัยรุ่น (Mental Health Literacy Questionnaire – Young People: MHLq-YP) ซึ่งพัฒนาโดย Campos et al. (2016) แห่งมหาวิทยาลัยคาทอลิกประเทศโปรตุเกส วิทยาเขตปอร์โต้ แบบสอบถามได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย Sriwichai et al. (2021) ด้วยกระบวนการแปลข้ามวัฒนธรรม (Cross-cultural translation) ตามขั้นตอนมาตรฐานจำนวน 8 ขั้นตอน แบบสอบถามฉบับนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 33 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ตั้งแต่ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง ครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การรู้และพฤติกรรมแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น 2) ความรอบรู้สุขภาพจิตด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต และ 3) ความรอบรู้สุขภาพจิตด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิตทั้งฉบับมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 33-165 คะแนน การแปลผล 129-165 คะแนน (percentile 76-100) หมายถึง มีความรอบรู้สุขภาพจิตสูง 116-128 คะแนน (percentile 25-75) หมายถึง มีความรอบรู้สุขภาพจิตปานกลาง 33-115 คะแนน (percentile 0-24) หมายถึง มีความรอบรู้สุขภาพจิตต่ำ และคะแนนรายด้าน แปลผลดังแสดงในตารางที่ 2 (Table 2)

Table 2 Mental health literacy

Mental Health Literacy Domains	High/ (points)	Moderate/ (points)	Low/ (points)
1. Knowledge and behavior in seeking initial sources of help	39-50	34-38	10-33
2. Knowledge and attitudes toward mental health problems	71-90	62-70	18-61
3. Strategies for appropriate self-help	23-30	19-22	5-18

4. การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่อนุมัติ 114/2567 ลงวันที่ 27 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 และขออนุญาตสถานศึกษาก่อนดำเนินการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิใด ๆ ของตน ข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อ และเข้ารหัสป้องกันในคอมพิวเตอร์ โดยจะทำลายข้อมูลหลังวิจัยเสร็จและตีพิมพ์ 1 ปี พร้อมทั้งมีหนังสือยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างลงนามก่อนเข้าร่วม และปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างเคร่งครัด

5. ขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ โดยรวบรวมข้อมูลทางออนไลน์ โดยใช้ Google Form ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 กันยายน 2567-มีนาคม 2568 และดำเนินการเป็นขั้นตอนตามลำดับดังต่อไปนี้

1. เมื่อได้รับการรับรองเชิงจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ผู้วิจัยได้นำหนังสือ แนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ถึงผู้อำนวยการสถานศึกษา ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการรวบรวมข้อมูลและขออนุญาตดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการวิจัย

2. เมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการสถานศึกษาแล้วผู้วิจัยได้ประสานงานเข้าพบอาจารย์ที่ปรึกษาของนักเรียนเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งเลือก เวลา และสถานที่ที่มีความเหมาะสมในการรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงเวลาคาบแนะแนว ใช้เวลาในการชี้แจงประมาณ 50 นาที ทำการเชื้อเชิญกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมงานวิจัยและสร้างสัมพันธภาพ โดยการสอบถามความสนใจอย่างอิสระในการตัดสินใจเพื่อเข้าร่วมการวิจัยทุกราย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และแจ้งให้ทราบ

การดำเนินการวิจัยนี้ไม่ใช้การให้บริการทางสาธารณสุขและไม่มีผลต่อคะแนนในการเรียน และกลุ่มตัวอย่างจะไม่เสียประโยชน์ใดๆหากไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยแจกเอกสารชี้แจงผู้ปกครองให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตผู้ปกครองและให้ผู้ปกครองลงนามอนุญาต และนำกลับมาส่งในสัปดาห์ต่อมา

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมโดยรวบรวมข้อมูลทางออนไลน์โดยใช้ Google Form โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามด้วยตนเอง

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบประเมินทั้งหมดหลังจากการเก็บข้อมูลแล้ว มีการตอบแบบสอบถามครบถ้วน จึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์และไม่มี การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างรายใหม่เพิ่ม

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลตัวแปรต้นได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เหตุการณ์สำคัญในชีวิต ปัญหาสุขภาพจิต ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยจะใช้สถิติโคลโมโกรอฟ-สมิรโนฟ (Kolmogorov-Smirnov test) แจกแจงข้อมูลหากพบว่าข้อมูลเป็นไม่ปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและใช้ค่าสหสัมพันธ์แบบพ้อยท์-ไบซีเรียล (point-biserial correlation) โดยตัวแปรไม่จำเป็นต้องเป็นโค้งปกติ เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.30 เพศชาย ร้อยละ 32.35 และเพศทางเลือก ร้อยละ 7.35 พบอาการทางกาย ร้อยละ 63.80 และมีพฤติกรรมปัญหา ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 61.76, สูบบุหรี่ ร้อยละ 9.56 และใช้สารเสพติด ร้อยละ 2.20 เคยทำร้ายตนเอง ร้อยละ 45.59 และพบปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 55.15 ดังแสดงในตารางที่ 3 (Table 3)

Table 3 Demographic Characteristics of the participants (n = 136).

Variable	Category	Number (Persons)	Percentage (%)
Gender	Male	44	32.35
	Female	82	60.30
	Non-binary/Other	10	7.35
Physical symptoms	None	59	36.20
	Present	77	63.80
Alcohol consumption	Does not drink	52	38.24
	Drinks	84	61.76
Smoking	Does not smoke	123	90.44
	Smokes	13	9.56

Table 3 Demographic Characteristics of the participants (n = 136). (cont)

Variable	Category	Number (Persons)	Percentage (%)
Substance Use	Does not use	133	97.80
	Uses	3	2.20
NSSI	Never	74	54.41
	Ever	62	45.59
Mental health status	No mental health problems	61	44.85
	Mental health problems	75	55.15

รูปแบบพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในวัยรุ่นตอนปลายโดยส่วนใหญ่ คือ จงใจทรมานตนเองเพื่อให้รู้สึกแย่ด้วยการคิดลบต่อตนเอง ร้อยละ 22.79 รองลงมา คือตี หรือตบหน้าตนเอง ร้อยละ 15.44 และจงใจทำให้ตนเองตกอยู่ในความสัมพันธ์ที่ถูกปฏิเสธ ร้อยละ 13.24 ดังแสดงในตารางที่ 4 (Table 4)

Table 4 Frequency and Percentage of non-suicidal self-Injury among late adolescents.

Non-Suicidal Self-Injury Behaviors	Number of Occurrences	Percentage (%)
Intentionally tormenting oneself to feel worse through negative thoughts	31	22.79
Hitting or slapping oneself	21	15.44
Intentionally engaging in relationships where one is rejected	18	13.24

ปัจจัยเหตุการณ์ด้านลบในชีวิตของวัยรุ่นตอนปลายที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาด้านการเงิน ร้อยละ 52.94 รองลงมาได้แก่ ทำงานไม่ทันกับงานที่ได้รับมอบหมาย ร้อยละ 50.00 และผิดหวังในเรื่องความรัก ร้อยละ 48.53 ดังแสดงในตารางที่ 5 (Table 5)

Table 5 Number and Percentage of negative life events among late adolescents.

Negative Life Events	Number(persons)	Percentage (%)
Financial problems	72	52.94
Inability to meet assignment deadlines	68	50.00
Disappointment in romantic relationships	66	48.53

ปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นตอนปลายจำแนกตามระดับความรุนแรงพบว่า ในระดับรุนแรงที่สุด โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวล ร้อยละ 10.30 รองลงมา คือ มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5.15 และมีความเครียด ร้อยละ 0.74 ดังแสดงในตารางที่ 6 (Table 6)

Table 6 Number and Percentage of mental health status and severity levels among late adolescents (n = 136).

Mental Health Severity Level	Depression	Anxiety	Stress
Mild	21 (15.44%)	22 (16.18%)	14 (10.29%)
Moderate	15 (11.03%)	16 (11.77%)	11 (8.09%)
Severe	10 (7.35%)	9 (6.62%)	4 (2.94%)
Extremely severe	7 (5.15%)	14 (10.30%)	1 (0.74%)

วัยรุ่นตอนปลายโดยส่วนใหญ่มีความรอบรู้สุขภาพจิตอยู่ ระดับปานกลาง ร้อยละ 38.97 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านการรู้และพฤติกรรมแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ในด้านนี้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 45.59 ด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต ส่วนใหญ่มีระดับปานกลาง ร้อยละ 47.06 และด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.59 ดังแสดงในตารางที่ 7 (Table 7)

Table 7 Number and Percentage of overall and specific domains of mental health literacy (n = 136).

Mental Health Literacy Domains	High	Moderate	Low
Overall mental health literacy	42 (30.88%)	53 (38.97%)	41 (30.15%)
Knowledge and behavior in seeking initial sources of help	31 (22.79%)	43 (31.60%)	62 (45.59%)
Knowledge and attitudes toward mental health problems	26 (19.12%)	64 (47.06%)	46 (33.82%)
Strategies for appropriate self-help	43 (31.62%)	62 (45.59%)	31 (22.79%)

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เหตุการณ์ด้านลบในชีวิต ปัญหาสุขภาพจิต และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิต ในวัยรุ่นตอนปลาย ดังนี้ ปัจจัยปัญหาสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = 0.652, p < .001$) โดยพบว่า ภาวะซึมเศร้า ($r_{pb} = 0.589, p < .001$) ความวิตกกังวล ($r_{pb} = 0.598, p < .001$) และความเครียด ($r_{pb} = 0.638, p < .001$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูง ปัจจัยเหตุการณ์ด้านลบในชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb} = 0.557, p < .001$)

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า การสูบบุหรี่ ($r_{pb} = 0.360, p < .001$) และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($r_{pb} = 0.357, p < .001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญกับการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิตในวัยรุ่นตอนปลาย สำหรับอาการทางร่างกาย พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r_{pb} = 0.419, p < .001$) ปัจจัยความรู้สุขภาพจิต ในด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองอย่างเหมาะสม พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญ ($r_{pb} = -0.265, p = .003$) ดังแสดงในตารางที่ 8 (Table 8)

Table 8 Correlation between non-suicidal self-Injury in late adolescents and personal factors, life events, mental health problems, and mental health literacy (n = 136).

Variables	Correlation Coefficient (r_{pb})	p-value	Interpretation
Personal Factors			
- Gender	0.141	0.101	No significant correlation
- Physical symptoms	0.419	< 0.001	Moderate positive correlation
Problem Behaviors			
- Alcohol consumption	0.357	< 0.001	Moderate positive correlation
- Substance use	-0.071	0.409	No significant correlation
- Smoking	0.360	< 0.001	Moderate positive correlation
* Negative Life Events	0.557	< 0.001	High positive correlation
* Mental Health Problems	0.652	< 0.001	High positive correlation
- Depression	0.589	< 0.001	High positive correlation
- Anxiety	0.598	< 0.001	High positive correlation
- Stress	0.638	< 0.001	High positive correlation
Mental Health Literacy	-0.149	0.840	No significant correlation
- First aid skills and help-seeking behavior	-0.176	0.400	No significant correlation
- Knowledge and attitudes	-0.096	0.265	No significant correlation
About mental health problem			
- Self-help strategies	-0.265	0.003	Low negative correlation

อภิปรายผล

คำถามการวิจัยข้อที่ 1 การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิตในวัยรุ่นตอนปลายเป็นอย่างไร จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิต จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 45.59 และไม่เคยทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิต ร้อยละ 54.41 (74 คน)

รูปแบบพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้เสียชีวิตในวัยรุ่นตอนปลายมากที่สุดคือ จงใจฆาตกรรมตนเองเพื่อให้รู้สึกแย่ด้วยการคิดลบต่อตนเอง ร้อยละ 22.79 (31 คน) รองลงมา คือตี หรือตบหน้าตนเอง ร้อยละ 15.44 (21 คน) และจงใจทำให้ตนเองตกอยู่ในความสัมพันธ์ที่ถูกปฏิเสธ ร้อยละ 13.24 (18 คน) สอดคล้องกับการศึกษา Van der Walt (2016) รูปแบบพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิตที่พบมากที่สุดคือ ทำให้เกิดความเจ็บปวดทางจิตใจโดยคิดเป็นร้อยละ 23.4 ของกลุ่มตัวอย่าง 201 คน การทำร้ายตนเองทางอ้อม (indirect injuring) เป็นพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยไม่ก่อให้เกิดความเสียหายหรืออันตรายต่อนอวัยวะของร่างกายในทันที แต่มีแนวโน้มที่จะสะสมมากขึ้นเรื่อย ๆ จนส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจในระยะยาว และพฤติกรรมตี หรือตบหน้าตนเองเป็นการทำร้ายตนเองทางตรง (direct injuring) คือ การทำให้ร่างกายเกิดบาดเจ็บหรือเกิดความเจ็บปวด (physical self-harm) (The International Society for the Study of Self-Injury [ISSI], 2007) ลักษณะพฤติกรรมเหล่านี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Sansone et al. (2010) ซึ่งระบุว่าพฤติกรรมทำร้ายตนเองไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการทำร้ายร่างกายโดยตรง เช่น กรีด ข่วน หรือเขี่ยดินเหนียว แต่ยังครอบคลุมถึง การทำร้ายตนเองในเชิงจิตใจและสังคม เช่น การจงใจอยู่ในความสัมพันธ์ที่ทำร้ายตนเอง การกีดกันตนเองจากการรับประทานอาหาร การทำให้ตัวเองรู้สึกด้อยค่า รวมถึงการใช้พฤติกรรมที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพเป็นเครื่องมือระบายอารมณ์หรือควบคุมภาวะอารมณ์ภายใน การทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิต เป็นกลไกการเผชิญปัญหาที่ผิดปกติ (maladaptive coping mechanism) ซึ่งมักพบในบุคคลที่ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์หรือความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยพฤติกรรมเหล่านี้อาจช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายชั่วคราว หรือสร้างความรู้สึก "ควบคุมบางสิ่งได้" ในสถานการณ์ที่รู้สึกไร้หนทาง

คำถามการวิจัยข้อที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคล เหตุการณ์ด้านลบในชีวิต ปัญหาสุขภาพจิต และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิตในวัยรุ่นตอนปลายหรือไม่ อย่างไร จากการศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูงกับการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิตในวัยรุ่นตอนปลาย โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Lovibond & Lovibond (1995) ที่ชี้ว่าอารมณ์ด้านลบดังกล่าวเป็นปัจจัยกระตุ้นการทำร้ายตนเอง เหตุการณ์ด้านลบในชีวิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเหตุการณ์เชิงลบ เช่น การสูญเสีย ความขัดแย้ง เป็นแรงกระตุ้นสำคัญที่นำไปสู่ความเครียดและพฤติกรรมทำร้ายตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Kabkhamba et al. (2021) โดยชี้ให้เห็นว่าเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ส่งผลกระทบต่อทางอารมณ์มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตอาจนำไปสู่พฤติกรรมทำร้ายตนเองได้ พฤติกรรมปัญหา เช่น การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทำร้ายตัวเองอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Evans et al. (2005) การใช้สารเสพติดในวัยรุ่น โดยเฉพาะการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง โดยสารเสพติดมีแนวโน้มทำให้การควบคุมอารมณ์ลดลง

และลดความสามารถในการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล โดยการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงวัยรุ่น มักเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งเป็นปัจจัยร่วมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง (Swahn et al., 2012) โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีประสบการณ์เผชิญกับปัญหาครอบครัว ความรุนแรง หรือขาดการสนับสนุนทางสังคม อาการทางร่างกาย มีความสัมพันธ์เชิงบวก ระดับปานกลาง ซึ่งแสดงถึงความเกี่ยวข้องระหว่างปัญหาทางกายกับความเครียดและพฤติกรรมทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิต สอดคล้องกับแนวคิดของ Campo et al. (2004) เรื่อง somatization หรือการแสดงออกของความเครียดและปัญหาทางอารมณ์ออกมาในรูปของอาการทางกาย ซึ่งพบได้บ่อยในวัยรุ่นที่ไม่สามารถสื่อสารหรือจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ความรอบรู้สุขภาพจิต ด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความสัมพันธ์เชิงลบระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นที่มีทักษะในการรับมือกับความเครียดและอารมณ์มีแนวโน้มทำร้ายตนเองน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Campos et al. (2016) ซึ่งระบุว่า ความสามารถในการรับมือกับปัญหาด้านสุขภาพจิตด้วยตนเอง เป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่ช่วยให้วัยรุ่นสามารถเผชิญกับความเครียดหรือปัญหาทางอารมณ์อย่างมีประสิทธิภาพ และลดโอกาสเกิดพฤติกรรมที่ไม่สร้างสรรค์ เช่น การทำร้ายตนเอง

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำร้ายตนเองแบบไม่เจตนาให้ถึงชีวิตในวัยรุ่นตอนปลาย ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจิต เหตุการณ์ด้านลบในชีวิต การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ อาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร และนอนไม่หลับ รวมถึงระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทิศทางบวกกับพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตในวัยรุ่น โดยเฉพาะการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านอารมณ์และพฤติกรรม การลดเหตุการณ์ด้านลบในชีวิต และการเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ควรมีการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต การจัดการความเครียด และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของการทำร้ายตนเองในวัยรุ่นตอนปลาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารสถานศึกษา และนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลอย่างเต็มที่

เอกสารอ้างอิง

- Campo JV, Bridge J, Ehmann M, Altman S, Lucas A, Birmaher B, Brent DA. Recurrent pain, emotional distress, and health service use in childhood. *Journal of Pediatrics* 2004;145(6):806-813. doi:10.1016/j.jpeds.2004.08.045.
- Campos L, Dias P, Duarte A. Exploring mental health literacy: A systematic review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2016;52(1):12-20. doi:10.1111/ppc.12108.
- Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
- Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2005;35(3): 239-250. doi:10.1521/suli.2005.35.3.239.
- Gholamrezaei M, De Stefano J, Heath NL. Non-suicidal self-injury across cultures and ethnic and racial minorities: A review. *International Journal of Psychology* 2017;52(4):316-326. doi:10.1002/ijop.12230.
- Guo C, Wong K, Yu E, Guo Y. Mental health literacy and its associated factors among adolescents in China: A cross-sectional study. *BMC Public Health* 2023;23(1):1-10. doi:10.1186/s12889-023-15378-3.
- Kabkhamba C, Kaewjanta N, Rungreungkulkit S. Thai translation and adaptation of the Self-Harm Inventory (SHI) and Negative Life Events Questionnaire for adolescents. Unpublished manuscript; 2021.
- Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the depression anxiety stress scales. (2nd ed.) Sydney: Psychology Foundation; 1995.
- Ministry of Public Health, Strategy and Planning Division. Adolescent suicide and self-harm statistics report 2023. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023.
- Olfson M, Blanco C, Wang S, Laje G, Correll CU. National trends in the mental health care of children, adolescents, and adults by office-based physicians. *JAMA Psychiatry* 2018;71(1):81-90. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.3074.
- Phitayratsathien N, Suwannachatri T, Phalitphonkanpim P. Thai translation and validation of the depression anxiety stress scales (DASS-21). Unpublished manuscript; 2014.
- Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 10th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2017.
- Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. The Self-harm Inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*. 2010;1(2):33-37. doi:10.4088/PCC.v01n0203.
- Singthakaew A, Chaimongkol N, Hengudomsap P. Predictive factors of deliberate self-harm among Thai adolescents. *Royal Thai Army Nurses Journal* 2020;22(3):294-303.
- Sriwichai N, Boonchiang W, Khrueskun P. Thai translation and validation of the Mental Health Literacy Questionnaire for Young People (MHLq-YP). Unpublished manuscript; 2021.

- Swahn MH, Bossarte RM, Sullivent EE. Age of alcohol use initiation, suicidal behavior, and peer and dating violence victimization and perpetration among high-risk, seventh-grade adolescents. *Pediatrics* 2012;121(2):297-305. doi:10.1542/peds.2012-0053.
- Sawang S, Lovibond PF, Lovibond SH. The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Validation in Thai population. Unpublished manuscript; 2013.
- International Society for the Study of Self-Injury. Definition of non-suicidal self-injury. 2007. Available from: <https://www.itriples.org/aboutnssi>. Accessed April 1, 2024.
- Van der Walt F. Self-harming behavior among university students: A South African case study. *Journal of Psychology in Africa* 2016;26(6):507-512. doi:10.1080/14330237.2016.1250420.
- Wang YJ, Li X, Ng CH, Xu DW, Hu S, Yuan TF. Risk factors for non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescents: A meta-analysis *eClinicalMedicine*. 2022;46:101350. doi:10.1016/j.eclinm.2022.101350.
- World Health Organization. Adolescent health and development: Self-harm and suicide in adolescents. Geneva: WHO; 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>. Accessed June 15, 2024.
- Zetterqvist M. Non-suicidal self-injury in adolescents: Characteristics, functions and relationship to suicidal behavior. *Front Psychiatry*. 2020;11:100. doi:10.3389/fpsyt.2020.00100.