

แนวโน้มและการคัดกรองผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

Trends and Assessment of Suicidal Behavior

ปริยศ กิตติธีระศักดิ์*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120

Priyoth Kittiteerasack*

Faculty of Nursing, Thammasat University, Rangsit Centre,

Klong Nueng, Khlong Luang, Pathum Thani 12120

บทคัดย่อ

พฤติกรรมฆ่าตัวตายจัดว่าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศและต่างประเทศ สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันพบอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึง 6.03 คนต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิตที่กำหนดไว้ โดยพบมากที่สุดในกลุ่มวัยผู้ใหญ่/วัยทำงาน รองลงมาได้แก่กลุ่มวัยรุ่น/วัยเรียน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้เกิดผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจต่อประเทศอย่างมาก การแก้ไขปัญหาวินิจฉัยพฤติกรรมฆ่าตัวตายนั้นควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองความคิดฆ่าตัวตายเป็นอันดับแรก เนื่องจากการความคิดฆ่าตัวตายนั้นมีความสำคัญในการทำนายการเกิดพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จตามมา แต่พบว่าผู้ช่วยเหลือหรือผู้ใกล้ชิดส่วนใหญ่กลับขาดความรู้และประสบการณ์ในการคัดกรองอย่างถูกต้อง อาจทำให้ปัญหาการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ดังนั้นการพัฒนาทักษะและความรู้ให้กับผู้ช่วยเหลือหรือผู้ใกล้ชิดจึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญ รวมทั้งการใช้แบบคัดกรองที่เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่สามารถเข้าถึงความคิดของผู้ที่ฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันทั่วถึงและเป็นที่ควรได้รับการพัฒนาต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมฆ่าตัวตาย, ความคิดฆ่าตัวตายแบบคัดกรอง, ความคิดฆ่าตัวตาย

Abstract

Suicidal behavior is a crucial mental health problem and likely to continue deteriorating in the country and abroad. Especially, Thailand is currently the suicide rate was as high as 6.03 (per 100,000), which is higher than the limit. The first is found in the adult/youth work, followed by adolescent/school age and likely to increase continuously. As a result, social and economic impact on countries tremendously. The priority remedy

of suicidal behavior should concentrate on screening of suicidal ideation because the suicidal ideation is significant in anticipating the suicide attempt and completed suicide. Whereas, It was found that the assistant or the intimate are lack of both knowledge and experiences to support properly. Therefore, it is expected to focus on developing the skills and knowledge of all assessor, whether, the screening tools are another way to effectively and promptly approach of those who have suicidal behavior and should be developed in further.

Key words: suicidal behavior, suicidal ideation, scale of suicidal ideation

1. เนื้อเรื่อง

พฤติกรรมการฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายตนเอง (suicide behavior) เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนรุนแรง และพบบ่อยในสังคมปัจจุบัน อันเนื่องมาจากสภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปอยู่ตลอดเวลา ส่งผลกระทบให้บุคคลเกิดความเครียด หากบุคคลนั้นเป็นผู้ที่มีพื้นฐานทางอารมณ์มั่นคง มีความยืดหยุ่น ปรับตัวได้ดี จะสามารถจัดการกับความเครียดนั้น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่มีพื้นฐานทางอารมณ์ที่ไม่มั่นคง ขาดความยืดหยุ่น หรือมีการปรับตัวไม่ดี ก็จะทำให้ความเครียดนั้นมีระดับรุนแรงมากขึ้น จนอาจก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตต่าง ๆ ตามมา ผลสุดท้ายหากปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นยังไม่สามารถแก้ไขได้ ก่อปรกัจะมีปัญหาอื่นที่รุนแรงเพิ่มเติม อาจทำให้เกิดภาวะสิ้นหวัง ท้อแท้ ขาดพลังในตนเอง จนกลายเป็นภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการทำร้ายตนเองตามมา

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานถึงแนวโน้มของโรคซึมเศร้าไว้ว่าจะทวีความรุนแรงขึ้น และกลายเป็นการเจ็บป่วยที่สำคัญอันดับต้น ๆ ของโลก ซึ่งหนึ่งในผลกระทบที่ตามมาจากปัญหาดังกล่าว คือ ปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสำเร็จที่ในปัจจุบันได้กลายมาเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก 1 ใน 10 อันดับแรก [1] และการเสียชีวิตจากการฆ่าตัว

ตายนี้จัดเป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 3 อันดับแรกในกลุ่มประชากรอายุ 15-44 ปี แต่เป็นสาเหตุการตายในอันดับที่ 2 ในประชากรกลุ่มอายุ 10-24 ปี นอกจากนี้ยังพบผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทั่วโลกประมาณ 10-20 ล้านคน และมีผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายจากผู้ใกล้ชิดอีกประมาณ 50-120 ล้านคน [2,3]

พฤติกรรมการฆ่าตัวตายจึงกลายเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตมีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ดังเช่นในช่วงปี พ.ศ. 2540 องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่ามีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 400,000 คนต่อปี หรือวันละ 1,096 คน [4] แต่ปัจจุบันกลับพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่สูงมากถึงปีละ 1 ล้านคน [5] จึงทำให้มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 1 คนในทุก 40 วินาที และผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเหล่านี้ มักจะมีญาติใกล้ชิดอีกกว่า 20 ราย ที่พยายามฆ่าตัวตายตาม [6] นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในแต่ละปีเพิ่มขึ้นถึง 20 เท่า และบางประเทศมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงมากขึ้นจากเดิมกว่าร้อยละ 60 [7]

สำหรับทวีปเอเชีย นั้นพบว่าอัตราการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 60 ของการฆ่าตัวตายทั่วโลก และมีประชากรประมาณ 60 ล้านคนได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมดังกล่าวที่เกิดขึ้นในแต่ละปี [3] โดยเฉพาะในประเทศไทยนั้น พบแนวโน้ม

การฆ่าตัวตายสูงขึ้นเช่นเดียวกัน โดยคิดเป็นอันดับที่ 4 ในทวีปเอเชีย [8] และเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตอันดับที่ 4 ของประเทศ [9] จากข้อมูลทางระบาดวิทยาเพื่อศึกษาความชุกชั่วชีวิตของความผิดปกติทางจิตทั่วประเทศไทย พบความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 3.1 ซึ่งนับเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตอันดับที่ 5 [10] จากข้อมูลการฆ่าตัวตายของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2554 มีคนไทยฆ่าตัวตายทั้งสิ้น 3,873 ราย แยกเป็น ชาย 2,985 คน และหญิง 888 คน คิดเป็น 6.03 คนต่อประชากรแสนคน [6] แสดงให้เห็นถึงอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยที่เพิ่มมากขึ้นกว่า 2 เท่า จากในอดีต

จากรายงานและข้อมูลทางสถิติที่สำคัญบ่งชี้ให้เห็นถึงอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้นในทุกพื้นที่ของประเทศ เช่น ในปี พ.ศ. 2550 จังหวัดเชียงใหม่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึง 14.45 ต่อประชากรแสนคน จังหวัดจันทบุรีมีอัตราการฆ่าตัวตาย 12.12 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2551 พบอัตราการฆ่าตัวตายในจังหวัดแม่ฮ่องสอนสูงถึง 15.37 ต่อประชากรแสนคน และที่จังหวัดระยองพบ 12.35 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2552 จังหวัดเชียงรายมีผู้ฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นถึง 16.10 ต่อประชากรแสนคน โดยเฉพาะจังหวัดระยองเพิ่มสูงขึ้นเท่ากับ 16.02 ต่อประชากรแสนคน ส่วนในปี พ.ศ. 2553 จังหวัดลำพูนเป็นพื้นที่ที่พบอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดถึง 20.02 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาพบว่า จังหวัดต่าง ๆ ทั่วทุกพื้นที่ของประเทศไทย เช่น เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน จันทบุรี ระยอง สุโขทัย อุทัยธานี และจังหวัดอื่น ๆ มีอัตราการฆ่าตัวตายโดยเฉลี่ยสูงกว่า 10 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าอัตราที่กำหนดไว้คือ 6 คนต่อประชากรแสนคน แสดงว่าอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้นมากในทุก

ภูมิภาคของประเทศไทย [11]

จากข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทย เป็นสิ่งที่ยืนยันได้ถึงปัญหาทางสุขภาพจิตที่ทวีความรุนแรงขึ้นมาก โดยเป็นที่น่าสังเกตว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่เพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปีนั้นได้เปลี่ยนไปตามประชากรบางกลุ่ม ในช่วงปี พ.ศ. 2540 พบอัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยผู้ใหญ่และวัยทำงานสูงที่สุด คาดการณ์ว่าสาเหตุเกิดจากวิกฤติการณ์ภาวะเศรษฐกิจในประเทศไทย แต่ในช่วงระหว่างกลางปี พ.ศ. 2440 - 2550 นั้น พบอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงมากขึ้นในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS ทำให้สาเหตุของการฆ่าตัวตายในประเทศไทยแตกต่างไปจากประเทศอื่น ๆ ซึ่งนักวิชาการหลายคนคาดการณ์ว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากการติดเชื้อ HIV/AIDS เป็นสาเหตุสำคัญในช่วงเวลานั้น [12,13] แต่ในปัจจุบันกลับพบว่ากลุ่มที่มีการฆ่าตัวตายสูงกลับมีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ จากช่วงอายุ 20-30 ปี กลายเป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยเรียนที่อยู่ในช่วงอายุ 15-19 ปี โดยในปี พ.ศ. 2554 พบว่าวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปี มีกลุ่มที่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 3.43 รายต่อประชากรแสนคน และมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ ถึงแม้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่นจะเป็นอันดับที่ 2 รองจากวัยผู้ใหญ่ แต่กลับเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน และเป็นวัยที่มีความสำคัญต่ออนาคตของประเทศ โดยวัยรุ่นชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าวัยรุ่นหญิงเป็น 3 เท่า และร้อยละ 51.1 ของผู้ฆ่าตัวตายนี้อยู่ในระหว่างวัยเรียน วิธีที่วัยรุ่นใช้มากที่สุดถึงร้อยละ 75.29 คือ วิธีการผูกคอตาย ส่วนจังหวัดที่พบวัยรุ่นฆ่าตัวตายสูงสุด คือ นครราชสีมา ขอนแก่น อุตรดิตถ์ เชียงราย และเชียงใหม่ [5,11]

การแก้ปัญหาการพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายในประเทศไทยจึงควรมุ่งเน้นไปยังกลุ่มวัยผู้ใหญ่/วัย

ทำงานและกลุ่มวัยรุ่น/วัยเรียนเป็นสำคัญ ถึงแม้ว่ารายงานทางสถิติทั้งหมดดังที่กล่าวมาไม่ได้สรุปสาเหตุของการฆ่าตัวตายอย่างแน่ชัด แต่สาเหตุของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้นน่าจะมีการแตกต่างกันในแต่ละช่วงกลุ่มวัย โดยในกลุ่มวัยรุ่นใหญ่/วัยทำงานนั้นคาดว่าอาจเกิดจากปัญหาทางเศรษฐกิจที่ก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังและรุนแรง แต่ไม่ได้รับการแก้ไขหรือช่วยเหลืออย่างถูกวิธี สะสมเป็นเวลานานจนทำให้เกิดเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต เกิดเป็นภาวะซึมเศร้า และเมื่อยังไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสม จึงนำมาสู่การเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายตามมา เนื่องจากโดยส่วนใหญ่แล้วพฤติกรรมการฆ่าตัวตายมักเกิดขึ้นในผู้ที่มีอาการของโรคซึมเศร้าแต่ไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง สอดคล้องกับอัตราการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย โดยเฉลี่ยย้อนหลัง 3 ปี พบว่ามีเพียงร้อยละ 3.94 ที่เข้าถึงบริการและได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ [6] แสดงถึงช่องว่างของการเข้าถึงบริการที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่ได้รับการช่วยเหลือจนเกิดเป็นพฤติกรรมการฆ่าตัวตายตามมา ยังผลให้อัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยนี้มีจำนวนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สำหรับในกลุ่มวัยรุ่น/วัยเรียน ที่พบอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับ 2 แต่เป็นกลุ่มที่ภาครัฐให้ความสำคัญเนื่องจากเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศนั้น พบว่าสาเหตุของการฆ่าตัวตายยังไม่มี ความชัดเจนมากพอ เนื่องจากรูปแบบของการฆ่าตัวตายนั้นเป็นลักษณะพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการตัดสินใจที่กะทันหันเมื่อประสบภาวะวิกฤต มากกว่าเป็นปัญหาสุขภาพจิตหรือการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีอยู่แล้ว [5] จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายต่อการพัฒนาระบบการช่วยเหลือเป็นอย่างยิ่ง ในการที่จะวางแผนดูแลให้กลุ่ม

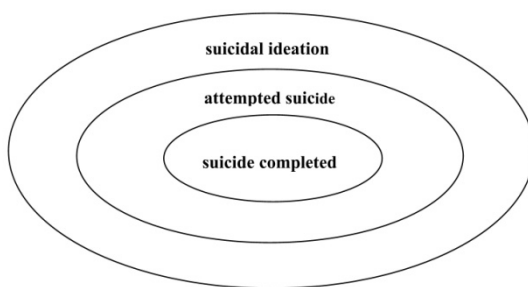
วัยเปราะบางเหล่านี้รอดพ้นจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

เนื่องจากการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ไม่ได้เป็นแค่เพียงผลเสียที่เกิดขึ้นกับตัวบุคคลที่กระทำเท่านั้น แต่ยังกระทบถึงระบบครอบครัวและสังคมโดยรวมเช่นกัน เพราะเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในกลุ่มครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงก็จะทำให้เกิดความเครียดและมีผลทำให้บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวทั้งหมดมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย ดังนั้นหากมีสมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างแน่นอน โดยเฉพาะการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายตามมา นอกจากนั้นการฆ่าตัวตายยังเป็นตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพจิตของประเทศในภาพรวม ซึ่งการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายแต่ละครั้งจะส่งผลกระทบต่อคนในสังคมประมาณ 100 คน [14] และถ้ามีอัตราสูงถึง 7 ต่อประชากรแสนคน จะทำให้สูญเสียเชิงเศรษฐศาสตร์ต่อประเทศถึง 4 พันล้านบาท [15] จึงควรมีแนวทางป้องกันและแก้ไขภาวะวิกฤตในชีวิตของบุคคลเหล่านี้

จากข้อมูลดังกล่าว เห็นได้อย่างชัดเจนว่าปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทยนั้นแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นใหญ่/วัยทำงานและกลุ่มวัยรุ่น/วัยเรียน ซึ่งเป็นช่วงวัยที่ถือเป็นกำลังหลักในการพัฒนาและผลักดันประเทศให้ก้าวหน้าต่อไป ซึ่งการช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายนับถือว่าเป็นหน้าที่หลักของบุคลากรทางสุขภาพ แต่จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายแม้กระทั่งคนในครอบครัว เนื่องจากการเข้าถึงผู้ที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายก่อนที่จะลงมือกระทำเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง การคัดกรองหรือค้นหาความผิดปกติฆ่าตัวตายจึงเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม โดยเฉพาะในผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

(suicidal behavior) ในรูปแบบต่าง ๆ นั้น สามารถประเมินได้จากความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) เป็นอันดับแรก เพราะถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นในการนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempted) และการฆ่าตัวตายสำเร็จ (suicide completed) ได้ [16] ดังนั้นหากบุคคลไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมเมื่อเกิดความคิดฆ่าตัวตาย อาจนำไปสู่การเกิดเป็นพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายตามมา โดยเฉพาะในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่มีการวางแผนหรือวิธีการไว้เป็นแนวทางนั้นนับว่ามีอันตรายอย่างมาก เพราะจะเป็นหนทางที่นำไปสู่การกระทำพฤติกรรมตามที่วางแผนไว้เพื่อจบชีวิตตนเองในที่สุด [17] และหากทำไม่สำเร็จหรือยังไม่เสียชีวิต แต่ความคิดนี้ยังคงอยู่ก็อาจก่อให้เกิดปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ๆ เป็นประจำ จนเกิดการสูญเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายตามมาในที่สุด [18]

ดังที่กล่าวมาว่าความคิดฆ่าตัวตายนั้น ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายไปถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ ผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายรูปแบบต่าง ๆ ย่อมเกิดความคิดฆ่าตัวตายเป็นอันดับแรก ดังนั้นการแยกพฤติกรรมฆ่าตัวตายชนิดต่าง ๆ จึงไม่มีความสำคัญนักเพราะการที่บุคคลมีความคิดฆ่าตัวตายก็เพียงพอแล้วที่จะบอกว่าบุคคลนั้นมีความเสี่ยงและต้องได้รับความช่วยเหลือ หากบุคคลมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเกิดขึ้นแล้ว ย่อมแสดงถึงการช่วยเหลือที่ล่าช้าและไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการค้นหาความคิดฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นย่อมเป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมและทันทั่วถึง [19] โดยความเชื่อมโยงของความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมการทำร้ายตนเองแบบต่าง ๆ นั้นมีความเชื่อมโยงสอดคล้องกัน ซึ่งแสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจน ดังนี้



รูปที่ 1 แผนภาพแสดงพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (suicidal behavior) และส่วนที่เหลื่อมล้ำกัน

จากรูปที่ 1 ผู้เขียนได้สรุปให้เห็นว่า พฤติกรรมฆ่าตัวตายทุกรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นความคิดฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย หรือแม้แต่การฆ่าตัวตายสำเร็จนั้น เป็นพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกันอย่างต่อเนื่อง มีความสอดคล้องและเหลื่อมล้ำกันอยู่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้อย่างชัดเจน ผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายสำเร็จมักเป็นผลสืบเนื่องมาจากบุคคลผู้นั้นเคยเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นทั้งหมดเกิดมาจากจุดตั้งต้นก็คือการมีความคิดฆ่าตัวตายนั่นเอง ดังนั้นการที่บุคคลมีความคิดฆ่าตัวตายจึงเป็นมูลเหตุสำคัญเพียงพอแล้วที่จะบ่งชี้ได้ว่าบุคคลนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายตามมา หากสามารถรับรู้ถึงความคิดฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นได้เร็วเพียงใด ก็จะสามารทำให้ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายลดลงได้มากขึ้นเช่นกัน

ปราชญ์ และคณะ [20] ได้ศึกษาาระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและอัตราการฆ่าตัวตายในปี พ.ศ. 2554 พบว่ามีอัตราการลงมือทำร้ายตนเองสูงถึง 51.5 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการทำร้ายตนเองมากกว่า 1 ครั้ง เท่ากับ 5.5 ต่อประชากรแสนคน ดังนั้นหากพิจารณาตามกระบวนการของการ

เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายจะพบว่าอัตราของการฆ่าตัวตายสำเร็จที่พบจากแหล่งข้อมูล รายงาน และสถิติต่าง ๆ นั้น เป็นเพียงส่วนหนึ่งของพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นเพียงพฤติกรรมรูปแบบสุดท้ายที่เกิดขึ้นก่อนเสียชีวิต แต่มีกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายเพื่อให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่สามารถกระทำสำเร็จอีกมาก ซึ่งบุคคลเหล่านี้ย่อมเป็นส่วนหนึ่งในกลุ่มของผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายเกิดขึ้นมาก่อน โดยผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายเหล่านี้สามารถลงมือกระทำการฆ่าตัวตายได้ตลอดเวลาหากมีปัจจัยกระตุ้นที่รุนแรง และหากไม่สามารถคัดกรองความคิดฆ่าตัวตายได้หรือการดูแลเป็นรูปแบบของการรับมือกับปัญหา อาจทำให้บุคคลเหล่านี้ไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันทั่วถึง

การค้นหาความคิดฆ่าตัวตายโดยการคัดกรองความเสี่ยงนั้น จึงเป็นวิธีการที่จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถตั้งตัวจนการฆ่าตัวตายของบุคคลกลุ่มนี้และให้การช่วยเหลือป้องกันได้อย่างทันทั่วถึงเนื่องจากผู้ที่คิดฆ่าตัวตายเป็นจำนวนมากจะเปลี่ยนใจไม่คิดฆ่าตัวตายเมื่อได้รับความช่วยเหลือที่ถูกต้อง การเฝ้าระวังจึงเป็นวิธีการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายที่ดี [21] ซึ่งวิธีการที่เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในการประเมินหรือคัดกรองปัญหาทางด้านสุขภาพจิตนั้นคือการคัดกรองโดยการสัมภาษณ์และการใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรอง

อย่างไรก็ตามการคัดกรองโดยการสัมภาษณ์หรือสังเกตนั้น ต้องอาศัยประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญสูง เนื่องจากพฤติกรรมการฆ่าตัวตายมักมีรูปแบบซับซ้อน หากผู้คัดกรองขาดประสบการณ์อาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการประเมินความคิดฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นได้ อีกทั้งพฤติกรรมการคิดฆ่าตัวตายนั้นเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนต่อมุมมองหรือความคิดของ

คนในสังคมไทย ทำให้ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายพยายามปิดบังและไม่แสดงออกให้ผู้อื่นรับรู้ การประเมินจึงเป็นไปได้ยากมากขึ้นและเกิดความผิดพลาดได้สูง สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือบุคคลในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดกับผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นผู้ที่สามารถเข้าถึงความคิดอยากทำร้ายตนเองของคนกลุ่มนี้ได้มากที่สุด รวมทั้งครูอาจารย์ คีเจ ประจักษ์สถานวิทย์ที่อาจเป็นกลุ่มบุคคลหนึ่งที่มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นเรื่องขอความช่วยเหลือทั้งทางตรงและทางอ้อม ไม่ว่าจะเป็นทางคำพูดที่แสดงออกมาหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปที่สามารถสังเกตเห็นได้ แต่ใกล้ชิดกับผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายนี้อาจมีส่วนที่มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ไม่สามารถรับรู้หรือมองข้ามความคิดฆ่าตัวตายเป็นเหตุบังเอิญ หรือขาดประสบการณ์ในการช่วยเหลือที่ถูกต้อง [22] ทำให้บุคคลที่มีความคิดฆ่าตัวตายนี้นั้นไม่ได้รับความช่วยเหลือที่ถูกต้อง ต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ลำพัง และเมื่อมีระดับความคิดฆ่าตัวตายเป็นเหตุบังเอิญ ทำให้เกิดแรงผลักดันที่จะเปลี่ยนรูปแบบความคิดเป็นการแสดงออกทางพฤติกรรมที่รุนแรงตามมา คือ การพยายามฆ่าตัวตายเป็นเหตุบังเอิญ

การเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยเหลือเพื่อสามารถคัดกรองให้การดูแลเบื้องต้นอย่างถูกต้อง และมีระบบการส่งต่อ ไปยังบุคลากรทางสุขภาพได้ทันทั่วถึงจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ดังนั้นในพื้นที่ที่พบอัตราการฆ่าตัวตายเป็นเหตุบังเอิญควรมีระบบการถ่ายทอดความรู้ทางด้านสุขภาพจิตที่ถูกต้อง รวมทั้งการอบรมทักษะที่จำเป็นในการคัดกรองและวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสม รวมไปถึงการอบรมทักษะการสื่อสารซึ่งถือว่าเป็นพื้นฐานในการช่วยเหลือทางสุขภาพจิต เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลปัญหาการฆ่า

ตัวตายในเชิงรุก มิใช่เป็นเพียงการตั้งรับการดูแลช่วยเหลือในผู้ที่เกิดพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วเท่านั้น

ในส่วนของการใช้แบบประเมินเพื่อการค้นหาผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายนั้น ถือว่าเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายทั้งในและต่างประเทศ เนื่องจากเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย สะดวก มีประสิทธิภาพสูง และสามารถลดข้อจำกัดในด้านต่าง ๆ ผู้ประเมินได้ สำหรับประเทศไทยนั้นพบว่าไม่มีแบบวัดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายอยู่หลายฉบับ ดังนี้

1. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข [23] ซึ่งเป็นแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร่วมกับภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นสำหรับคัดกรองเพื่อให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นในผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ

2. แบบประเมินทางคลินิกในโรคประสาทและจิตเวช [21] ซึ่งจัดทำพัฒนาโดยการคัดเลือกเนื้อหา และข้อคำถามบางส่วนของแบบประเมินทางคลินิกในโรคประสาทและจิตเวชขององค์การอนามัยโลก (schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN) version 2.1 และแบบประเมินของกรมสุขภาพจิตรวมกัน ได้แก่ ส่วนที่ 6 คือส่วนของความรู้สึกรู้สึกซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย (depress mood and suicidal ideation) ส่วนที่ 7 คือส่วนของความคิด สมาธิ พลังงาน ความสนใจ เป็นคำถามเพื่อประเมินกระบวนการคิด (cognition) ส่วนที่ 8 คือ ส่วนของหน้าที่เกี่ยวกับร่างกาย (bodily function) หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงตามกระบวนการของการวิจัย พัฒนาเป็นแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อ

การฆ่าตัวตาย (suicide risk screening test) ที่มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยแบบสอบถามนี้สามารถคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ตั้งแต่บุคคลที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยผู้ที่ใช้เครื่องมือฉบับนี้จะต้องผ่านการอบรมเครื่องมือก่อนนำไปใช้ [24]

3. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ฉบับปี ค.ศ. 2009 [25] หรือ DS8 เป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และแบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในปี พ.ศ. 2546 จำนวน 8 ข้อ แบ่งออกเป็นการคัดกรองภาวะซึมเศร้า จำนวน 6 ข้อ และคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2 ข้อ

4. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง (current suicide risk) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในแบบสัมภาษณ์โรคประสาทและจิตเวชนานาชาติฉบับย่อ (mini international neuropsychiatric intervention version 5.00) ฉบับภาษาไทย ทำการแปลและทดสอบความเที่ยงและความเชื่อถือโดย พันธุ์ธนา และมธุริน [26] ซึ่งแบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อวินิจฉัยโรคทางจิต โดยพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมการใช้ M.I.N.I. ซึ่งข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายนั้นเป็นเพียงส่วนหนึ่งของแบบประเมินจากทั้งหมด 16 ชุด ซึ่งจำกัดการนำไปใช้เฉพาะพยาบาลผู้ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือเท่านั้น

5. แบบวัดความคิดฆ่าตัวตายที่พัฒนาจากแนวแบบวัดประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ Beck (Beck, Steer and Ranieri (1988) [27] โดยแปลจากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (scale for suicide ideation of Beck) และปรับข้อคำถามเพื่อใช้ในการประเมินความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ มีจำนวนทั้งสิ้น 19 ข้อ

แบบประเมินเหล่านี้ได้ผ่านมาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือมาแล้ว และพบว่ามีความคุณภาพของเครื่องมืออยู่ในระดับดีทั้งสิ้น ทำให้เกิดความสะดวกในการนำไปใช้ อีกทั้งยังความเที่ยงตรงและเป็นที่ยอมรับในทางวิชาการอีกด้วย

จึงเห็นได้ว่าปัญหาการฆ่าตัวตายนั้นเป็นประเด็นที่มีความละเอียดอ่อนและลึกซึ้ง อีกทั้งยังมีความซับซ้อนและเข้าถึงได้ยาก วิธีการที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาคือการป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นโดยการประเมินอย่างถูกวิธี เพราะถึงแม้ว่าปัญหาการฆ่าตัวตายนี้นั้นควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน มุ่งเน้นที่การคัดกรองหาผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายและให้การดูแลอย่างถูกต้อง ทันทีที่ก่อเกิดเป็นพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตายหรือการฆ่าตัวตายสำเร็จนั้น แต่หากวิธีการประเมินหรือเครื่องมือที่ใช้ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ก็อาจจะทำให้การคัดกรองเบื้องต้นเพื่อนำไปสู่การช่วยเหลืออย่างถูกวิธีไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร บุคลากรทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและป้องกันภาวะสุขภาพของประชาชน จึงควรให้ความสนใจในการพัฒนาทักษะการคัดกรองของตนเองและเผยแพร่ความรู้ที่ได้รับไปยังสังคม รวมทั้งการให้ความสำคัญกับการเลือกใช้เครื่องมือคัดกรองที่มีคุณภาพและนำไปใช้ได้ yay ย่อมเป็นสิ่งที่ควรระลึกถึงเสมอ

2. สรุป

ปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายในประเทศไทยเป็นปัญหาที่สำคัญและกำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จากสถิติการฆ่าตัวตายที่ผ่านมาพบอัตราของการฆ่าตัวตายที่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ และสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยกรมสุขภาพจิต โดยแปรเปลี่ยน

ไปตามกลุ่ม/วัยที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา ในปัจจุบันพบอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในกลุ่มวัยผู้ใหญ่/วัยทำงาน และกลุ่มวัยรุ่น/วัยเรียน ตามลำดับ เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มวัยรุ่น/วัยเรียน คือ กลุ่มที่มีพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายกลุ่มใหม่ที่ยังไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน จึงเป็นที่น่าสนใจถึงประชากรที่เป็นอนาคตของชาติเป็นอย่างยิ่ง สิ่งที่น่าสังเกตประการหนึ่ง คือ ถึงแม้แนวโน้มผู้ที่มีพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายเป็นมากขึ้น แต่กลับพบว่าการคัดกรองและช่วยเหลือบุคคลกลุ่มนี้ ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ หลักสำคัญของการช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายเป็น หรือกล่าวได้ว่าการคัดกรองความคิดฆ่าตัวตายและหาทางหยุดยั้งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก แต่กลับพบว่าวิธีการในการคัดกรองผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายในประเทศไทยยังมีข้อจำกัด ไม่ว่าจะเป็นทักษะของผู้ประเมินหรือผู้ใกล้ชิดที่ขาดประสบการณ์และความสามารถในการประเมินพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายเป็นที่เกิดขึ้น ดังนั้นวิธีการประเมินที่สามารถนำมาใช้ได้ต้องมีประสิทธิภาพอีกวิธีการหนึ่ง คือ การใช้แบบคัดกรองพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายเป็นที่มีคุณภาพ อย่างไรก็ตามบุคลากรทางสุขภาพควรพิจารณาความเหมาะสมของแบบประเมินที่มีแต่ละชุดและหันกลับมาให้ความสนใจเพื่อพัฒนาคุณภาพของแบบประเมินอย่างต่อเนื่อง ก่อนที่พฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายเป็นจะกลายเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนในประเทศไทยมากไปกว่านี้

3. เอกสารอ้างอิง

- [1] กรมสุขภาพจิต, รายงานอัตราฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2552, แหล่งที่มา

- : <http://www.dmh.go.th/plan/suicide>, 22 พฤศจิกายน 2553.
- [2] World Health Organization, Suicide Prevention, Available Source: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html, November 22, 2010.
- [3] Hendin, H., Phillips, M.R., Vijayakumar, L., Pirkis, J., Wang, H., Yip, P., Wasserman, D., Bertolote, J.M. and Fleischmann, A., 2008, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization.
- [4] มาโนช หล่อตระกูล, 2541, แนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทย : แง่มุมทางเพศและช่วงวัย, ว.สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 43: 68-81.
- [5] ไทยรัฐ, หนังสือพิมพ์รายวัน, ฉบับวันเสาร์ ที่ 8 กันยายน 2555, กรุงเทพฯ.
- [6] เกลินวิล์, หนังสือพิมพ์รายวัน, ฉบับวันศุกร์ ที่ 7 กันยายน 2555, กรุงเทพฯ.
- [7] สำนักข่าวไทย, องค์การอนามัยโลกเผยทั่วโลกมีสถิติฆ่าตัวตายปีละ 1 ล้านคน, แหล่งที่มา : <http://www.mcot.net/site/content?id=504ab7160b01da462a000018#.UKu0kGdf1KQ>, 8 กันยายน 2555.
- [8] Sanseea, L., 2003, Symptoms of depression and factors for its management in lower secondary school students in Mahasarakham Province, Thailand, The International Conference Quality of Psychiatric Mental Health Care: Nurses Making a Difference, Bangkok, p. 26.
- [9] Yunibhand, J., 2003, Quality of care in psychiatric mental health nursing, The International Conference Quality of Psychiatric Mental Health Care: Nurses Making a Difference, Bangkok.
- [10] อนุรักษ์ บันจิตยชาติ, พนมศรี เสาร์สาร, ถักนพิน กิตติรักษนันทน์ และวรวรรณ จุฑา, 2544, ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชาชนไทย, ว.สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 46: 335-343.
- [11] กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, รายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย, แหล่งที่มา : <http://www.dmh.go.th/report/suicide>, 19 พฤศจิกายน 2555.
- [12] ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล และสุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์, 2541, ฆ่าตัวตาย : การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน, โรงพิมพ์พลัสเพรส, กรุงเทพฯ, 79 น.
- [13] กรมสุขภาพจิต, 2544, สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2543-2544. กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- [14] ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และพิเชฐ อุดมรัตน์ (บรรณาธิการ), 2544, แนวทางการรักษาโรคทางจิตเวช 2544, ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- [15] สุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2545, การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม, ว.สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 10: 143-150.
- [16] Schneider, S.G., Taylor, S.E., Hammen, C., Kemeny, M.E. and Dudley, J., 1991, Factors influencing suicide intent in gay and bisexual suicide ideators: Differing models for men

- with and without human immunodeficiency virus, J. Pers. Soc. Psychol. 61: 776- 788.
- [17] Hatton, C.L., Valente, S.M. and Rink, A., 1977, Suicide: Assessment and Intervention, Prentice-Hall, New York.
- [18] Mynatt, S., 2000, Repeated suicide attempts, J. Psych. Nurs. 38: 24-33.
- [19] Beck, A.T., Kovacs, M. and Weissman, A., 1979, Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation, J. Consult. Clin. Psych. 47: 343-352.
- [20] ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ, 2547, ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในประเทศไทย, น. 139-140, การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 13, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.
- [21] ทวี ตั้งเสรี, กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, ทศนีย์ กุลชนะพงศ์พันธ์, วัชนี หัตถพนม, วราภรณ์ รัตนวิศิษฐ์ และสุพิน พิมพ์เสน, 2546, การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย, รายงานการวิจัย, โรงพิมพ์พระธรรมจันต์, ขอนแก่น.
- [22] เสาวนีย์ พัฒนอมร และอัมพร เบญจพลพิทักษ์, 2543, ความเข้าใจของนักจัดรายการวิทยุเกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น, ว.สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 8: 162-168.
- [23] กรมสุขภาพจิต, 2545, แบบคัดกรองทางสุขภาพจิต เล่มที่ 3 : แบบคัดกรองโรคทางจิตเวช, กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- [24] ยูพา วงษ์มุล, 2551, ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคเมี่ยงปากมดลูกที่เข้ารับการรักษาในศูนย์มะเร็งลำปาง, วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- [25] ทวี ตั้งเสรี, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, อรุณ จิรวัดน์กุล, ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, วรสรพ์ ปรัชญกุลป์, อาทิตย์ เล่าสู่อังกูร, ศักรินทร์ แก้วเฮ้า, วัชนี หัตถพนม, ไพลิน ปรัชญกุลป์ และอภิชัย มงคล, 2552, การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ฉบับปี 2009), ว.สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 54: 287-296.
- [26] พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น, 2548, ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview ฉบับภาษาไทย, ว.สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 13: 125-135.
- [27] ปรีช กิตติธีระศักดิ์, 2547, ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์, วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.