

รายงานการวิจัย

เรื่อง

การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

โดย

น.พ.ทวี

พ.ญ.กนกวรรณ

พ.ญ.ทัศนีย์

นางวัชนี

น.ส.วราภรณ์

นางสุพิน

ตั้งเสรี

กิตติวัฒนากุล

กุลอนะพงศ์พันธ์

หัตถพนม

รัตนวิศิษฐ์

พิมพ์แสน

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

เลขทะเบียน 20 040008
วันที่ 12 ส.ค. 2547

ได้รับรางวัลที่ 2

ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิต และการพัฒนางานสุขภาพจิตในชุมชน

ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546

เลขใบกำกับภาษี 19. 100181 01910
0546

รายงานการวิจัย การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
(The Validity Study for Suicidal Risk Screening Test)

โดย	น.พ.ทวี	ตั้งเสรี
	พ.ญ.กนกวรรณ	กิตติวัฒนากุล
	พ.ญ.ทัศนีย์	กุลจนะพงศ์พันธ์
	นางวัชณี	หัตถพนม
	น.ส.วราภรณ์	รัตนวิศิษฐ์
	นางสุพิน	พิมพ์เสน

เจ้าของ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
 สภานิติบัญญัติตามพระราชบัญญัติ

ISBN 974 - 91840 - 4 - 1

พิมพ์ครั้งที่ 1 วันที่ 30 กันยายน 2546

จำนวน 200 เล่ม

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์ 95 ถนนรื่นรมย์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะๆ ที่ 1 ศึกษาความตรงตามเนื้อหา โดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ครั้ง พัฒนาแบบคัดกรองฉบับร่าง นำไปทดสอบภาษาที่ใช้โดยการทำ Focus group 10 กลุ่มจาก 5 ภาค ของประเทศ ระยะที่ 2 เป็นการวิเคราะห์คำถาม ศึกษาอำนาจจำแนก การวิเคราะห์ปัจจัย และการศึกษาความตรงตามสภาพโดยเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการ ที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 131 คน กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะถูกสัมภาษณ์ด้วยแบบคัดกรอง 10 ข้อ และเข้าพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยว่า เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือไม่ โดยจิตแพทย์ใช้ MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) ฉบับภาษาไทยช่วยในการ วินิจฉัยโรค ระยะที่ 3 การหาค่าความสอดคล้องในการวินิจฉัยโรค ของจิตแพทย์ 2 ท่าน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก จำนวน 36 คน โดยพบจิตแพทย์ 2 ท่าน ที่ละคนแพทย์แต่ละท่าน ไม่ทราบประวัติเก่าของผู้ป่วย ระยะที่ 4 การศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือโดยการเก็บข้อมูลจาก ประชาชนที่อยู่อาศัย ณ ตำบลท่ากระเสริม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 715 คน กลุ่มตัวอย่าง แต่ละคนจะถูกสัมภาษณ์ด้วยแบบคัดกรอง และผู้ที่มีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนน พบจิตแพทย์ทุกราย สำหรับคะแนน 0 คะแนน จะแบ่งตามกลุ่มอายุ และสุ่มเข้าพบแพทย์เพียง 30 % ระยะเวลาในการเก็บ ข้อมูล พฤษภาคม 2546 - มิถุนายน 2546 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย Sensitivity, Specificity, PPV, NPV, Accuracy, Prevalence เป็นต้น

ผลการวิจัย

1.) แบบคัดกรองมี 3 องค์ประกอบ คือ 1) Suicidal intention 2) Severe stress 3) Medical component มีคำถาม 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) 0.719 มีอำนาจจำแนกระหว่างคนปกติ และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P<0.001$ 2.) ความสอดคล้องในการวินิจฉัยโรค ตรงกันของจิตแพทย์ 2 ท่าน มีค่า Kappa statistic = 0.788 ($P<0.001$) 3.) สำหรับ Cut off point ที่เหมาะสมของแบบคัดกรองฉบับนี้ คือ 2 คะแนนขึ้นไป มีค่าความไว 84.2 % ความจำเพาะ 88.0 % PPV 28.3 % NPV 99.0 % Accuracy 87.8 % ความชุกของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในชุมชน 5.3 %

ข้อเสนอแนะ

เป็นแบบคัดกรองที่ใช้ในการคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่สะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้ช่วย คัดกรองกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ในชุมชนและสามารถช่วยเหลือเบื้องต้นได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการสูญเสียชีวิต ของผู้ที่อยู่ในกลุ่มเหล่านี้

Abstract

The objective of this study was to validity for suicidal risk screening test.

Methodology :

Descriptive study of 4 phases ; phase 1) the study of content validity by conducting three meetings of experts to develop the draft of the screening test and tried out with 10 focus groups from 5 regions of the country. Phase 2) includes item analysis, discriminative power, factor analysis and concurrent validity. 131 subjects were interviewed by the 10 item screening test. The Thai Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) was used by the psychiatrists to analyze the suicidal risk. Phase 3) includes the agreement study between the diagnosis of the two psychiatrists. 36 out-patients were selected. Each individual had to see two psychiatrists one by one. The psychiatrists didn't know the history of the patient. Phase 4) includes the validity study of the instrument, conducted by collection the data from 715 people residing at Ta Kraserm Sub-district, Namphong District, Khon Kaen. Each subject was interviewed with the screening test. Each with 1 point up needs to see the psychiatrists. But only 30% of the participants who get 0 point would be randomly selected to see the psychiatrists. The data were collected from May to June 2003. The data were then analyzed by using the descriptive statistics, sensitivity, specificity, PPV, NPV, accuracy, prevalence etc.

Result :

1) The screening test contains 3 components including 1) Suicidal intention 2) Severe stress 3) Medical component. There are 10 items. Cronbach's alpha coefficient is 0.719 The discriminative power between the normal people and the person with suicidal risk is significantly different at $P < 0.001$. 2) The agreement study of the two psychiatrists Kappa Statistics is 0.788 ($P < 0.001$) 3) The validity of suicidal risk screening test in community, the proper cut off point = 2, with sensitivity = 84.2%, specificity = 88.0% positive predictive value = 28.3%, negative predictive value = 99.0%, the accuracy of test = 87.8% prevalence of suicidal risk in community = 5.3%

Recommendation :

The test can be used to screen the persons under suicidal risk. It is convenient and easy to be applied in any community settings so that the public health personnel can prevent the risky person at the early stage.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นโครงการย่อยในโครงการการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซึ่งได้รับงบประมาณ สนับสนุนการดำเนินการวิจัยจาก กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2546 รายงานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์จากบุคลากร ดังต่อไปนี้

รศ.พ.ญ.สุวรรณ	อรุณพงศ์ไพศาล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.น.พ.ธวัชชัย	กฤษณะประกรกิจ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.น.พ.วีระชัย	โค้วสุวรรณ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
น.พ.จุมภฏ	พรมสิดา	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6 กรมสุขภาพจิต
ผศ.พ.ญ.พูนศรี	รังษิณี	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อาจารย์แก้วใจ	คำสุข	หน่วยระบาดวิทยา มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษา ให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานวิจัยอย่างยิ่ง

ในด้านการเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนาม ก็ได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนการดำเนินงานด้วยดีจากบุคลากรทางการแพทย์ นักระบาดวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด และเจ้าหน้าที่สถานีนอนมัย บ้านท่ามะเค็ด สถานีนอนมัยตำบลท่ากระเสริม อำเภอคำชะอี จังหวัดขอนแก่น ตลอดจนผู้นำชุมชน จึงทำให้ การเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนาม แล้วเสร็จตามกำหนด ทุกท่านและทุกหน่วยงานที่ได้กล่าวนามมาแล้วข้างต้นล้วนมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้การวิจัย สำเร็จลงได้ตามจุดมุ่งหมายทุกประการ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่าน มา ณ โอกาสนี้

ทวี ตั้งเสรี และคณะ

30 กันยายน 2546

	สารบัญ	หน้า
บทคัดย่อ		ก
Abstract		ข
กิตติกรรมประกาศ		ค
สารบัญ		ง
สารบัญตาราง		ฉ
สารบัญภาพ		ช
บทที่ 1 บทนำ		
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา		1
คำถามการวิจัย		5
วัตถุประสงค์		5
ขอบเขตของการวิจัย		5
นิยามศัพท์		6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ		7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง		
ความหมายของการฆ่าตัวตาย		9
อาการของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย		10
ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย		11
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย		18
กรอบแนวคิดในการวิจัย		27
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย		
ลักษณะของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง		29
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย		31
การเก็บรวบรวมข้อมูล		33
การวิเคราะห์ข้อมูล		36

บทที่ 4 ผลการวิจัย		
ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์คำถาม การศึกษาอำนาจจำแนก	การวิเคราะห์ปัจจัย	39
และการศึกษาความตรงตามสภาพ		
ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์คำถาม การศึกษาอำนาจจำแนก	การวิเคราะห์ปัจจัย	48
และการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการ		
ฆ่าตัวตายในการศึกษา ณ บ้านท่ามะเดื่อ บ้านท่ากระเสริม		
อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น		
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ		
สรุปผลการวิจัย		68
อภิปรายผล		71
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้		76
ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป		77
บรรณานุกรม		79
ภาคผนวก		83

๕
สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
14. การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้องของการทดสอบและความชุกของความเสียหายต่อการฆ่าตัวตาย (n=715)	60
15. การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้องของการทดสอบและความชุกของความเสียหายต่อการฆ่าตัวตายโดยจำแนกตามเพศหญิง (n=526)	62
16. การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าการทำนาย ความถูกต้องของการทดสอบและความชุกของความเสียหายต่อการฆ่าตัวตายโดยจำแนกตามเพศชาย (n=189)	64

น
สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าการทำนายผลบวก คุณค่าการทำนายผลลบ ของ RSQ 4 คำถาม	25
2. จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ทำการศึกษโดยจำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส อายุ และระดับการศึกษา (n=131)	41
3. จำนวน ร้อยละของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย นอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่ทำการศึกษา (n=131)	43
4. แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยถัดคำถาม ความแปรปรวนถัดคำถาม ความสัมพันธ์ ของแต่ละคำถามกับคะแนนรวม และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือถัด ถัดคำถาม (n=131)	45
5. การศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ไม่เสี่ยงและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ณ ดิถีผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ (n=131)	46
6. ค่า factor loading ของรายการคำถามในแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง (n=131)	48
7. การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้องของการ ทดสอบความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n=131)	49
8. จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง บ้านท่ามะเดื่อและบ้านท่ากระเสริม ที่ทำการศึกษโดยจำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส และอายุ (n=715)	51
9. จำนวน ร้อยละของประวัติการเคยฆ่าตัวตาย (n=715)	55
10. แสดงการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแต่ละข้อคำถาม (Internal Consistency) ของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยใช้ Conbach's Alpha Coefficient (n=715)	56
11. การศึกษาเปรียบเทียบคะแนนของกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและกลุ่ม ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย t - test (n=715)	56
12. ค่า Factor Loading ของรายการคำถามในแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง (n=715)	58
13. ค่า Eigenvalue และ Total percent of variance ของแบบคัดกรองความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย	59

ภาพที่	สารบัญญภาพ	หน้า
1. กรอบแนวคิดในการพัฒนา Suicidal Risk Screening Test		28
2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้รับบริการ ณ ดิಕ್ಕผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์		33
3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ณ ดิಕ್ಕผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในการศึกษา Agreement study		34
4. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ณ บ้านท่ามะเดื่อ บ้านท่ากระเสริม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น		35
5. การกระจายของคะแนนแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยง (n=131)		46
6. ROC Curve ของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n=131)		54
7. การกระจายของคะแนนแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยง (n=715)		56
8. ROC Curve Analysis of Suicidal Risk Screening Test (Case = 38 Non - Case = 677)		61
9. ROC Curve Analysis of Suicidal Risk Screening Test for Female (Case =32 Non - Case = 494)		63
10. ROC Curve Analysis of Suicidal Risk Screening Test for Male (Case = 6 Non-Case = 183)		65

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and rationale)

ปัจจุบันปัญหาการฆ่าตัวตาย กลายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลกโดยทุกปีมีคนเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 1 ล้านคนหรือกล่าวได้ว่าทุก 40 วินาที จะมีประชากรทั่วโลกฆ่าตัวตาย 1 คน โดยผู้ชาย มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้หญิงประมาณ 4 ต่อ 1 ปี พ.ศ. 2544 องค์การอนามัยโลกชี้ว่าการฆ่าตัวตายเป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุการตายของประชากรวัย 15 - 34 ปี ซึ่งมีสาเหตุเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า จิตเภทและติดสารเสพติด (ประชา พรหมนอก, 2546) ปัญหาการฆ่าตัวตายจึงมีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ เมื่อพิจารณาเฉพาะ การฆ่าตัวตายในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1993 พบว่ามีประมาณ 11.2 ต่อ 100,000 ประชากร หรือ 31,230 คน ได้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (National Center for Health Statistics, 1994) อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นยังไม่ค่อยแน่นอนนัก เพราะการพยายามฆ่าตัวตายเป็นเรื่องยากที่จะพบความจริงเนื่องจากแบบฟอร์มที่อธิบายถึงการตายที่มาจากสาเหตุการฆ่าตัวตายเพิ่งมีการพัฒนาไม่กี่ปี (Centers for Disease Control, 1988) ประมาณว่ามีประชาชน 210,000 คน พยายามฆ่าตัวตาย ในแต่ละปีผลที่ได้รับพบว่ากว่า 10,000 คน มีความพิการอย่างถาวร และมีจำนวน 155,500 คน ได้มาพบแพทย์ จำนวนวันที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล 259,200 วัน สูญเสียวันในการทำงาน 630,000 วัน และมากกว่า 115 ล้านเหรียญสหรัฐเป็นเงินค่าใช้จ่ายในการรักษา (Rosenberg, et al, 1987) ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นผู้ชายอายุ 65 ปีขึ้นไป แต่การพยายามฆ่าตัวตายพบว่ามีจำนวนมากกว่าในผู้หญิง และพบในอายุ 20 - 24 ปี (Baker, et al, 1992) นอกจากนี้อัตราวัยรุ่นฆ่าตัวตายพบว่าเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิมในไม่กี่ปีที่ผ่านมา (Centers for Disease Control and Prevention, 1995) การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายในอันดับ 3 ของวัย 15 - 24 ปี (National Center for Health Statistics, 1994) เช่นเดียวกับการเป็นสาเหตุนำของการสูญเสียชีวิตในแต่ละปี (Centers for Disease Control and Prevention, 1993) นอกจากนี้จำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จในวัยรุ่นซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนก็เช่นเดียวกัน (Gould, et al, 1990)

จากรายงานของ Samaritans ในประเทศอังกฤษซึ่งมีประชากรประมาณ 60 ล้านคนมีจำนวนใกล้เคียง กับประเทศไทยพบว่ามีผู้ฆ่าตัวตาย 6,300 คน คิดเป็น 2 เท่าของอุบัติเหตุทางรถยนต์ และเป็น 12 เท่าของผู้เสียชีวิตจากการถูกฆาตกรรม โดยเฉลี่ยแล้ว ทุกๆ ประเทศแม้ว่าจะมีหรือไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจก็ตาม การฆ่าตัวตายก็ยังคงมีอยู่ จะมากหรือน้อยอาจขึ้นอยู่กับปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ ซึ่งทำให้มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น (กรมสุขภาพจิต , 2541)

สำหรับปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทยจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศในช่วง 4 - 5 ปีที่ผ่านมา มีการขยายตัวสูงอย่างต่อเนื่องของสังคมเศรษฐกิจไทย และเมื่อประสบกับปัญหาภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบทำให้เกิดปัญหามากมายไม่ว่าจะเป็นปัญหาการว่างงาน บุคคลถูกเลิกจ้างงานสูง ทำให้เกิดความเครียด ต้องดิ้นรนในการประกอบอาชีพ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อภาวะจิตใจของประชากร ทั้งบุคคลที่ประสบปัญหาการเลิกจ้าง ครอบครัว และบุคคลอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นอันมาก

จากสภาพการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ทำให้บุคคล ต้องพยายามดิ้นรนหาทางออกให้กับตนเองด้วยวิธีการต่างๆ ประชาชนส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ความไม่ปลอดภัยในทรัพย์สิน ความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม การแข่งขัน แก่งแย่งในเชิงธุรกิจ ความบีบรัดตัวในทางเศรษฐกิจและความกดดันในคุณภาพชีวิตของวัฒนธรรมไทย ปัญหาเหล่านี้รุมเร้า ประชาชนตลอดเวลาบั่นทอนทั้งกำลังกาย กำลังใจทุกขณะ ประชาชนเกิดความเครียดสูง และอาจรุนแรงถึงขั้นมีอาการโรคจิต จากสถิติการฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคจิต และปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ (ปรีชา อินท, 2538 อ้างใน อภิชัย มงคล และคณะ , 2543)

การมีวิถีชีวิตที่เครียด และมีความยุ่งยาก ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของบุคคล นอกจากนี้ยังพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เหตุการณ์การสูญเสียที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคล การหย่าร้าง การตกงาน ทำให้บุคคลแต่ละคนไม่สามารถทนทานต่อความเครียดและความวิตกกังวลได้ก่อให้เกิดโรคทางจิตเวชที่สำคัญคือ โรคทางอารมณ์ มีการใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดปัญหาการฆ่าตัวตายตามมา นอกจากนี้การนำเสนอข่าวของสื่อมวลชนก็ทำให้เกิดการเลียนแบบการฆ่าตัวตาย ดังเช่น การเสนอภาพและประเด็นข่าวการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น ก่อให้เกิดความตื่นตระหนก และความกังวลใจแก่ครอบครัวที่มีลูกหลานอยู่ในวัยนี้อย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นการกระโดดตึก การใช้สารพิษ การแขวนคอตายจากปัญหาความผิดหวังในชีวิต การเสนอข่าวดังกล่าวนี้ อาจโน้มน้าวให้วัยรุ่นคนอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงอยู่แล้วเกิดพฤติกรรมเลียนแบบได้

การพยายามฆ่าตัวตายมักเป็นสาเหตุการตายที่ไม่พึงปรารถนา แม้ว่าจะเป็นการกระทำที่เป็นสิทธิส่วนบุคคลที่มนุษย์พึงกระทำได้และเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่มนุษย์ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แต่ในปัจจุบันจัดเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่รุนแรงที่สุดที่แสดงให้เห็นถึงการขาดความสุข การได้รับความกดดัน มีความรู้สึกเศร้าเสียใจ และสิ้นหวัง ใคร่คนช่วยเหลือ และผลของการพยายามฆ่าตัวตายไม่เพียงแต่ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตหรือผลเสียแก่ตนเองเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อปัจจัยด้านอื่นๆ อีก เช่น จิตใจของตนเองและครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมของญาติมิตร ครอบครัวของบุคคลแวดล้อมและสังคมของเขาตามมา (มานิดา สิงห์จิต และคณะ, 2542)

จากสภาพปัญหา สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่กล่าวนี้ ส่งผลให้ประชาชนมีปัญหาการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น โดยพบว่าในช่วงเวลา 2 - 3 ปีที่ผ่านมา อัตราของผู้ฆ่าตัวตายในประเทศไทยได้เพิ่มสูงขึ้น และมากกว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า แต่ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

จากสถิติการฆ่าตัวตายในต่างประเทศจะพบในผู้สูงอายุ มากกว่า 55 ปีขึ้นไป แต่ในประเทศไทย ตั้งแต่เกิดเหตุการณ์วิกฤตเศรษฐกิจเป็นต้นมา อัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดพบในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งมีอายุระหว่าง 15 - 24 ปี โดยอายุที่พบบ่อยในผู้หญิง คือ ระหว่าง 15 - 19 ปี และในผู้ชายคือ ระหว่าง 20 - 24 ปี อัตราการฆ่าตัวตาย ของผู้ชายต่อผู้หญิงเท่ากับ 3 : 1 ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิง คือ ผู้ชายมักใช้วิธีการที่รุนแรง ในการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้หญิง (สมภพ เรืองตระกูล, 2543)

จากการรายงานอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนของประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2524 - 2544 เมื่อพิจารณาแยกตามเพศพบว่าเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน และสูงกว่าเพศหญิง โดยเพิ่มจาก 7.6 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2524 เป็นอัตรา 11.9 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2544 ในขณะที่เพศหญิงอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มลดลงจาก 7.3 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2524 เหลือ อัตรา 3.6 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2544 และเมื่อพิจารณาสัดส่วนการฆ่าตัวตายของเพศชายต่อเพศหญิง พบว่าเพิ่มมากขึ้นจาก 1.04 : 1.0 ในปี พ.ศ. 2524 เป็น 3.3 : 1.0 ในปี พ.ศ. 2544 โดยพบว่ามีมากขึ้นถึง 3 เท่า

เมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มอายุและเพศ พบว่าเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่มอายุ 25 - 29 ปี สูงสุด ส่วนเพศหญิงมีอัตราการฆ่าตัวตายค่อนข้างใกล้เคียงกัน คือ พบมากในกลุ่มอายุ 25 - 29 ปี และ 20 - 24 ปี ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่ามีอัตราค่อนข้างสูง อาจจะเนื่องมาจากผู้สูงอายุมักพบภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายได้

อัตราการฆ่าตัวตายในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันมาก และเป็นประเด็นที่ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมพื้นที่ที่บริเวณภาคเหนือตอนบนและชายฝั่งทะเลตะวันออกเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายของคนไทยสูงที่สุด ในขณะที่เขตพื้นที่ภาคใต้และตอนบนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำที่สุด (กรมสุขภาพจิต , 2544)

เมื่อพิจารณาเฉพาะจำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คน ในช่วงปี พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2545 ที่ผ่านมา พบว่าสถิติการพยายามหรือฆ่าตัวตายของประชาชนในปี พ.ศ. 2544 มีจำนวน 22,684 ราย คิดเป็นอัตรา 36.41 ต่อประชากร 100,000 คน และในปี พ.ศ. 2545 มีจำนวน 21,177 ราย คิดเป็นอัตรา 33.72 ต่อประชากร 100,000 คน ถึงแม้ว่าอัตราการพยายามหรือฆ่าตัวตายจะลดลงเล็กน้อย แต่ปัญหาการพยายามหรือฆ่าตัวตายยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญและควรให้ความสนใจ เนื่องจากก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งต่อ บุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และประเทศชาติอย่างมาก โดยการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุหนึ่งของการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ก่อนวัยอันควร และก่อให้เกิดความสะเทือนใจ แก่ญาติพี่น้องและเพื่อนฝูงของผู้ตาย ในงานสุขภาพจิตมีตัวชี้วัดหลายตัว และอัตราการฆ่าตัวตายเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของสุขภาพจิตที่เชื่อถือได้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยที่สูงขึ้นเรื่อยๆ และมักแก้ปัญหาคด้วยการทำร้ายตนเอง ในแง่การเมืองการปกครอง อัตราการฆ่าตัวตาย จะเป็นดัชนีบ่งบอกถึงสภาพความล้มเหลวในการพัฒนาประเทศได้อีกด้วย

เมื่อศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการฆ่าตัวตายที่มีต่อภาระของโรคที่มีต่อโลกและจำนวนปี ที่สูญเสียชีวิตไป อันเนื่องจากการตายก่อนวัยอันสมควร Murray และ Lopez (1996) ได้พัฒนาดัชนีที่เรียกว่า DALY (disability adjusted life year) เพื่อใช้ในการประเมินภาระโรค (Burden of disease) อันเนื่องจากการตายก่อนวัยอันสมควร รวมทั้งภาวะการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความจำกัดในการดำเนินชีวิต ข้อดีของดัชนีตัวนี้คือ การนำความสูญเสียอันเนื่องจากการตายมาคิดรวมกับปัญหาอันเนื่องมาจากการ เจ็บป่วยโดยที่ 1 DALY หมายถึงการสูญเสียการมีสุขภาพดีไป 1 ปี คำนวณจากดัชนีหลัก 2 ตัว คือ YLL (year of life lost) คือ จำนวนปีที่สูญเสียชีวิตไปอันเนื่องจากการตายก่อนวัยอันสมควร และ YLD (year lived with disability) คือ จำนวนปีที่ต้องมีชีวิตอยู่กับความพิการหรือทุพพลภาพจากโรค จากการศึกษา ดังกล่าวพบว่า ภาระของโรคจากการคาดการณ์ในการศึกษานี้ อีก 20 ปีข้างหน้า ปัญหาสุขภาพจิตจะทวี ความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่ว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนา และเชื่อว่าโรคไร้เชื้อ จะเป็นสาเหตุการตายของประชากรถึง 7 ใน 10 ของการตายในประเทศกลุ่มที่พัฒนาแล้ว เรียกได้ว่าเป็นยุค ของการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา ซึ่งสาเหตุการตายที่เกิดจากโรคไร้เชื้อ ถือว่าเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยเฉพาะปัญหาการฆ่าตัวตาย

สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2541 พบว่าจำนวนปีที่สูญเสียชีวิตไปอันเนื่องจากการตายก่อน วัยอันสมควร (YLLs) โดยรวมคือ 10,350,749 ปี โดยเพศชายต้องสูญเสียจำนวนปีเพราะเหตุการณ์ตายก่อนวัย อันสมควร 6,275,639 ปี ซึ่งสาเหตุการตายในเพศชายใน 25 อันดับแรกพบว่าการฆ่าตัวตายเป็นอันดับที่ 6 โดยมี YLLs 240,198 เพศหญิงต้องสูญเสียจำนวนปีเพราะเหตุการณ์ตายก่อนวัยอันสมควรโดยรวม 4,075,110 ปี สาเหตุการตายในเพศหญิงใน 25 อันดับแรก พบว่าการฆ่าตัวตายเป็นอันดับที่ 10 และมี YLLs เท่ากับ 107,824 ปี ซึ่งเมื่อพิจารณาสาเหตุการตายในภาพรวมของประเทศพบว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายในอันดับที่ 8 จาก 25 อันดับแรกของสาเหตุการตายทั้งหมด (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, ม.ป.ป. อ้างในจันทร์เพ็ญ ชูประภารณ, 2543)

การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำของบุคคลที่มุ่งหวังให้ตนเองจบชีวิตลงหรือหลุดพ้นจากความ บิบบัณความคับข้องใจที่รุนแรงในชีวิตโดยมีพฤติกรรมที่ตรงไปตรงมา หรือการกระทำทางอ้อมการกระทำ ทางอ้อม ที่เป็นการฆ่าตัวตาย มีมากมาย เช่น การขับรถเร็ว การใช้ชีวิตเสี่ยงมากๆ เป็นต้น การฆ่าตัวตายในที่นี้ หมายถึง การฆ่าตัวตายที่เป็นพฤติกรรมทางตรง ในบางความหมาย การฆ่าตัวตายจะรวมถึงการฆ่าตัวเอง และการฆ่าผู้อื่น (สมชาย จักรพันธุ์, อ้างใน กรมสุขภาพจิต, 2541)

ผู้ป่วยซึ่งคิดฆ่าตัวตายเป็นจำนวนมากจะเปลี่ยนใจไม่คิดฆ่าตัวตาย เมื่อแพทย์ให้การช่วยเหลือ และการรักษาที่ถูกต้องผู้ป่วยส่วนใหญ่จะพ้นจากอันตรายและหายเป็นปกติได้ ดังนั้น การเฝ้าระวังผู้ที่มีปัญหา เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจึงเป็นวิธีการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายที่ดีวิธีหนึ่ง

ปัญหาการฆ่าตัวตาย และการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย และปรากฏอยู่ในสังคมและชุมชนต่างๆ อยู่เสมอ คนที่ฆ่าตัวตายเป็นคนที่ไม่ได้รับความกดดันจากปัญหาใดๆ และปัญหาที่เกิดขึ้นมักไม่ได้เกิดจากปัญหาเพียงอย่างเดียว แต่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากหลายปัญหาร่วมกัน จนหาทางออกไม่ได้ บุคคลเหล่านี้มักร้องขอความช่วยเหลือไม่ทางตรงก็ทางอ้อม หากบุคคลในครอบครัว ชุมชน หรือผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วย ตลอดจนบุคลากรทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุขมีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ

ตระหนักในความสำคัญของปัญหา และมีความสามารถในการประเมินผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สามารถประเมินได้ในเบื้องต้น ให้การช่วยเหลือ ตลอดจนให้คำแนะนำได้อาจช่วยให้บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผ่านพ้นวิกฤต และรอดพ้นจากการฆ่าตัวตายได้

ดังนั้นการพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการคัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะเป็นแนวทางในการค้นหาและช่วยเหลือเบื้องต้น โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาเครื่องมือที่จะสามารถนำไปใช้ได้โดยง่าย โดยประชาชนทั่วไป สามารถใช้ประเมินตนเอง หรือบุคคลที่ใกล้ชิด ที่สงสัยว่าจะมีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข สามารถนำเครื่องมือนี้ไปประเมิน เพื่อค้นหาและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายได้ในระดับหนึ่ง และช่วยลดผลกระทบจากการสูญเสียชีวิตที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งมีผลต่อสังคม เศรษฐกิจ และมนุษยชาติ โดยรวม

คำถามการวิจัย (Research question)

ค่าความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีค่าเท่าใด โดยเฉพาะค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าการทำนายผลบวก คุณค่าการทำนายผลลบ ความถูกต้องของการทดสอบเมื่อเปรียบเทียบกับ การวินิจฉัยโรคของแพทย์

วัตถุประสงค์ (Objectives)

เพื่อศึกษาค่าความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าการทำนายผลบวก คุณค่าการทำนายผลลบ ความถูกต้องของการทดสอบเมื่อเปรียบเทียบกับ การวินิจฉัยโรคของแพทย์

ขอบเขตของการวิจัย (Delimitation)

1. เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ซึ่งเป็นการศึกษา ณ จุดเวลาใด เวลาหนึ่ง (Cross - sectional study) แบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะ คือ

1.1 ศึกษาความตรงตามเนื้อหา ทำการพัฒนาแบบคัดกรองฉบับร่างจำนวน 10 ข้อ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 17 คน ประชุมร่วมกัน 3 ครั้ง

1.2 วิเคราะห์คำถาม ศึกษาอำนาจจำแนก วิเคราะห์ปัจจัย และศึกษาความตรงตามสภาพ (concurrent validity) ของแบบคัดกรองกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการ ณ ดิक्ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 131 คน ในวันที่ 6 - 15 พฤษภาคม 2546

1.3 ศึกษาความสอดคล้องในการวินิจฉัยโรคตรงกันของจิตแพทย์ 2 คน โดยใช้ MINI ฉบับภาษาไทย (Mini International Neuropsychiatric Interview) เป็นเครื่องมือประกอบการวินิจฉัยโรคของแพทย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการ ณ ดิक्ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 36 คน ในวันที่ 19 - 21 พฤษภาคม 2546

1.4 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยศึกษาจากผู้ที่อยู่อาศัย ณ บ้านท่ามะเดื่อ บ้านท่ากระเสริม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 715 คน ในวันที่ 7 - 15 มิถุนายน 2546 ขนาดตัวอย่าง ได้มาจากการคำนวณจากสูตร

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทุกระยะ คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.2 จิตแพทย์ 2 ท่าน

2.3 MINI ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลโดย แพทย์หญิงพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะซึ่งทำการศึกษาวิจัยเรียบร้อยแล้ว

3. การศึกษานี้ใช้แบบคัดกรองกับกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป

นิยามศัพท์ (Definition)

1. ความไว (sensitivity) หมายถึง โอกาสที่เครื่องมือใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย จะเป็นผลบวกในคนที่ป่วยเป็นโรค (positivity in disease)

2. ความจำเพาะ (specificity) หมายถึง โอกาสที่เครื่องมือใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย จะเป็นผลลบในคนปกติ (negativity in health)

3. คุณค่าของการทำนายผลบวก (positive predictive value) หมายถึง โอกาสที่ผู้ป่วยจะเป็นโรคเมื่อผลทดสอบเป็นบวก

4. คุณค่าของการทำนายผลลบ (negative predictive value) หมายถึง โอกาสที่จะไม่เป็นโรคเมื่อผลทดสอบเป็นลบ

5. ความถูกต้องของการทดสอบ (accuracy) หมายถึง อัตราส่วนที่การทดสอบใหม่ให้ผลสอดคล้อง กับการทดสอบมาตรฐานต่อจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทดสอบทั้งหมด

6. ความชุกของโรค (prevalence) หมายถึง อัตราส่วนของประชากรที่เป็นโรคต่อประชากรทั้งหมดที่นำมาศึกษา เมื่อเปรียบเทียบการทดสอบกับการตรวจมาตรฐาน

7. การศึกษาความตรงตามสภาพ (concurrent validity) หมายถึง การศึกษาความถูกต้องในการทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานหรือการตรวจมาตรฐาน

8. การตรวจมาตรฐาน (gold standard) หมายถึง การตรวจวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์และลงความเห็นว่าคุณป่วยเป็นโรคหรือไม่เป็นโรคโดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง MINI ยึดเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ตาม DSM IV และ ICD - 10

9. ROC Curve (Receiver Operating Characteristic) หมายถึง การหาจุดตัด (cut off point) ที่เหมาะสม ระหว่าง True positive rate (sensitivity) และ False positive rate (1 - specificity) และ plot ได้เป็น curve ถ้า curve นี้มีลักษณะเลื่อนไปทางมุมบนด้านซ้ายมากแสดงว่าการทดสอบนั้นได้ผล เพราะว่าให้ค่า True positive rate สูงในขณะที่ False positive rate ต่ำหรือดูจากพื้นที่ใต้ ROC Curve เพื่อเลือกจุดตัดที่เหมาะสม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Utilization)

1. มีแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่สามารถใช้กับประชาชนทั่วไป ตั้งแต่อายุ 15 ปี ขึ้นไป ซึ่งผ่านการศึกษาค่า ความไว ความจำเพาะ คุณค่าการทำนาย ความถูกต้องของการทดสอบ และผ่านการทดสอบความง่ายและสะดวกต่อการนำไปใช้ในชุมชนจริงๆ เรียบร้อยแล้ว
2. สามารถนำแบบคัดกรองนี้เป็นเครื่องมือในการค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกป้องกันการสูญเสียชีวิตของกลุ่มเสี่ยง
3. บุคลากรทางสาธารณสุข เช่น พยาบาลในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัย หน่วยบริการปฐมภูมิ หรืออาจารย์ในโรงเรียนต่างๆ สามารถนำเครื่องมือนี้ไปใช้ในการคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ระยะแรก เพื่อให้การบำบัด รักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป
4. เป็นเครื่องมือในการศึกษาระบาดวิทยาปัญหาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประเทศไทย อีกด้วย
5. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาครั้งต่อไป

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยได้นำเสนอโดยแบ่งหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ความหมายของการฆ่าตัวตาย
2. อาการของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
3. ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความหมายของการฆ่าตัวตาย

มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง คิชฌามิช (2542) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย คือ การกระทำโดยรู้ตัวเพื่อทำลายตนเอง โดยผู้ที่ฆ่าตัวตายเชื่อว่าการกระทำเช่นนี้เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด การฆ่าตัวตายจัดว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่พบบ่อย ผู้รักษาควรให้ความสำคัญกับผู้ฆ่าตัวตายทุกรายเพราะความผิดพลาดในการประเมิน และการดูแลรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

สุกมล วิภาวิพลกุล (2542) ได้ให้ความหมายของการฆ่าตัวตาย คือ การกระทำเพื่อปลิดชีวิตของตนเองโดยเจตนา บุคคลที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือบ่งเียนุทำให้ตนเองเสียชีวิต (แต่ไม่มีเจตนาจะตายจริง) ไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตายจนกว่าจะมีข้อมูลที่บ่งว่าการกระทำนั้นๆ เพื่อจบชีวิตของตนเอง

คำศัพท์ต่างๆ ที่สำคัญเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

Suicidal idea	หมายถึง ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย
Suicidal attempt	หมายถึง การพยายามฆ่าตัวตาย
Suicidal plan	หมายถึง แผนการที่จะลงมือฆ่าตัวตาย
Committed suicide	หมายถึง การฆ่าตัวตายสำเร็จ
Suicidal risk	หมายถึง ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2545) ได้ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายดังนี้

การฆ่าตัวตาย (Suicide) หรือใช้คำว่า อัตวินิบาตกรรม หมายถึง การที่บุคคลทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุด ด้วยตัวของตัวเองและไม่ใช่อุบัติเหตุ ซึ่งเรียกกลุ่มนี้ว่า ผู้ฆ่าตัวตายได้สำเร็จ (Suicide completers) ส่วนคำว่า การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempt) เป็นการแสดงถึงการที่บุคคลพยายาม ทำร้ายตนเอง แต่ไม่ได้หวังผลว่าจะตายไปจริงๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีการพยายามฆ่าตัวตายบ่อยครั้ง แต่มักไม่มีสติดีแน่นอน เพราะไม่ได้มาขอรับการรักษา อย่างตรงไปตรงมา ซึ่งเรียกกลุ่มนี้ว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempter)

สรุป การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำเพื่อปลิดชีวิตของตนเองด้วยตัวของตัวเองโดยเจตนาและไม่ใช่อุบัติเหตุ โดยผู้ที่ฆ่าตัวตายเชื่อว่าการกระทำ เช่นนี้เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด

2. อาการของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2543) กล่าวว่า อาการที่บ่งถึงความเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายสูง ได้แก่ อาการเศร้าก่อนข้างรุนแรง ท้อแท้ เบื่อหน่ายไปหมด นอนไม่หลับคิดมาก รู้สึกไร้ค่า หรือหมดหวัง มีโรคจิตหูแว่วเป็นเสียงสั่ง (command) ให้กระโดดตึกหรือตัดมือ เป็นต้น มีการสูญเสีย ญาติมิตรคนใกล้ชิดเร็วๆ นี้ (recent loss) และโดยเฉพาะเป็นผู้ป่วยชายสูงอายุ โสด หม้าย หรืออาศัยอยู่คนเดียว ดิดสุราเรื้อรัง หรือใช้สารเสพติด พยายามฆ่าตัวตายมาหลายครั้ง มีโรคทางจิตหรือทางร่างกายเรื้อรัง ที่ทุกข์ทรมาน มีนิสัย หุนหันวู่วาม อารมณ์รุนแรง ควบคุมอารมณ์ได้ไม่ดีอาจพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อประชดผู้อื่นด้วยอารมณ์ ชั่ววูบ แต่รุนแรงหรือพลาดพลัง ถึงเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยเช่นนี้มักจะเอายาที่ได้รับจากแพทย์ไปกินเกินขนาด หรือมีการวางแผน เช่น เขียนจดหมายลาตาย จัดการทรัพย์สิน เป็นต้น ครอบครัวยกย่องให้ความสำคัญกับคำพูด บ่นอยากตาย หรือการพยายามฆ่าตัวตายรุนแรง ดูเหมือนไม่ตั้งใจจริง เพราะผู้ป่วยอาจทำได้จริงๆ หรือกระทำซ้ำอีกด้วยวิธีรุนแรงขึ้น

ผู้ป่วยที่ซึมเศร้ามากคิดฆ่าตัวตายรุนแรง ครอบครัวไม่สามารถดูแลได้อาจจำเป็นต้องได้รับไว้ในโรงพยาบาลซึ่งผู้ป่วย ร้อยละ 80 อาการดีขึ้นได้ในเวลา 2 - 3 สัปดาห์ หลังได้รับยาต้านเศร้า และสามารถกลับไป ปฏิบัติหน้าที่การงานได้อย่างปกติดังเดิม

สวนีย์ เกียรติแก้ว (2545) ได้สรุปอาการของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไว้ดังนี้ อาการแสดงของผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่ได้แสดงออกอย่างชัดเจน หรือจัดกลุ่มอาการได้เช่นเดียวกับปัญหาทางจิตเวชประเภทอื่นๆ แต่เป็นการประมวลอาการ และอาการแสดงที่มีข้อบ่งชี้หรือแนวโน้มนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้มาก ดังนี้

1. บุคคลที่ฆ่าตัวตายส่วนมากได้พยายามส่งสัญญาณของความกดดัน และความทุกข์ต่างๆ ให้ผู้อื่นรู้ โดยเชื่อว่าเกือบ 2 ใน 3 ได้พยายามสื่อสารความตั้งใจจะตายให้ผู้อื่นรับรู้ ซึ่งการสื่อสารอาจตรงไปตรงมา เช่น รายงานหรือบอกถึงวันที่ตนเองจะตาย หรืออาจไม่ตรงไปตรงมา เช่น กล่าวว่า “เธอคงไม่ต้องมาเหนื่อยกับฉันอีกต่อไปแล้ว”

2. ผู้ป่วยที่แสดงอาการเด่นชัดของอารมณ์เศร้า (depression) โดยเชื่อว่า การคิดถึงการฆ่าตัวตายเกิดได้สูงมากทุกช่วงเวลาที่มมีอาการซึมเศร้า ซึ่งบุคคลส่วนมากอาจคิดว่า ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายจะเกิดสูงสุด ในช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น (recovery phase) เพราะผู้ป่วยเริ่มรับรู้ปัญหาตนเองและมีพลังที่จะฆ่าตนเองได้ แต่ในความจริงแล้ว ผู้ป่วยคิดถึงการฆ่าตัวตายได้ตลอดเวลาจึงไม่ควรไว้ใจ

3. บุคคลที่แยกตัวจากสังคม หรือแสดงท่าทีของความรู้สึกหมดหวัง (hopelessness) โดยพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายได้สำเร็จมีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และจากผู้ที่ฆ่าตัวตายได้สำเร็จนี้ 1 ใน 6 ราย มีการทิ้งข้อความของการจะฆ่าตัวตาย หรือวางแผนการฆ่าตัวตายเอาไว้

4. บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดต่างๆ รวมถึงการใช้ alcohol โดยพบว่าร้อยละ 40 ของผู้ฆ่าตัวตาย ตรวจพบว่ามี alcohol ในกระแสเลือดถึง ร้อยละ 90

5. ผู้ป่วยในระยะกลับบ้าน (post hospitalization) ตอนที่เตรียมตัวออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนมาก ทั้งป่วยทางกายและทางจิตมักมีอาการต่างๆ ดีขึ้น แต่จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะเริ่มมีความรู้สึกต่างๆ ไม่ตัวอย่างรวดเร็ว และทำการฆ่าตัวตายในช่วงติดตามการรักษาได้สูง ในช่วง 6 เดือน 1 ปี และ 2 ปี

สรุป อาการของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้าก่อนเข้ามารักษา อาการเด่นชัด เช่น เบื่อหน่าย หือแพ้รู้สึกรู้ค่าหรือหมดหวัง แยกตัวจากสังคม เป็นโรคจิตมีหูแว่วเป็นเสียงสั่งให้ทำร้ายตัวเอง หรือฆ่าตัวตาย มีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักอย่างปัจจุบันทันด่วน ติดสารเรื้อรัง ใช้สารเสพติดพยายามฆ่าตัวตาย มาหลายครั้ง มีนิสัยหุนหันว้าวใจ ควบคุมตนเองไม่ดี มีการวางแผนฆ่าตัวตาย และมีสัญญาณเตือน โดยการพูดบ่น และเขียนจดหมาย เป็นต้น

3. ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สมภพ เรืองตระกูล (2543) กล่าวถึง ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่

1. สภาพสมรส ผู้ที่แต่งงานจะมีโอกาสเสี่ยงต่ำ แต่ผู้ที่เป็นโสด หย่าและเป็นม่ายจะมีโอกาสเสี่ยงสูง โดยเฉพาะผู้ที่เป็นม่ายตั้งแต่อายุน้อยๆ จะมีโอกาสเสี่ยงสูงมากภายในระยะ 1 ปีภายหลังการเสียชีวิต

2. ศาสนา ศาสนาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย เช่น พบว่าผู้นับถือศาสนาโปรเตสแตนต์ จะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้นับถือศาสนาคาทอลิกและยิว ทั้งนี้เนื่องจากมีข้อห้ามการฆ่าตัวตายที่บัญญัติไว้ ในศาสนาต่างๆ ไม่เหมือนกันสำหรับประเทศไทยมีข้อห้ามไว้ในศาสนาว่าการฆ่าตัวตายเป็นบาป จึงมีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ

3. สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ มีรายงานว่าผู้ที่ตกงานโดยเฉพาะผู้ชายจะมีโอกาสฆ่าตัวตายสูง

4. เพศ อัตราการฆ่าตัวตายในผู้ชายเมื่อเทียบกับผู้หญิงเท่ากับ 3 : 1

5. อายุ ในประเทศต่างๆ ทั่วโลกอัตราการฆ่าตัวตายจะสูงในผู้สูงอายุ แต่ในประเทศไทย โดยเฉพาะในระยะ 3 ปีมานี้ตั้งแต่มีวิกฤตเศรษฐกิจอัตราการฆ่าตัวตายกลับพบสูงในเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งมีอายุระหว่าง 15 - 24 ปี สาเหตุของการฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่นที่สำคัญ 3 ประการ คือ

ก. เป็นโรคซึมเศร้า

ข. ติดสารเสพติด

ค. มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ

6. มีวิถีชีวิตที่เครียดและมีความยุ่งยากลำบาก พบว่าในผู้ที่ฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จจะมีความยุ่งยากลำบาก และความเครียดนำมาก่อนในอัตราที่สูง โดยปัญหาในชีวิตจะมีความแตกต่างกันตามอายุของผู้ป่วย และโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

ก. ในผู้ป่วยวัยหนุ่มและกลางคน ปัญหาที่พบบ่อยที่สุดคือปัญหาเกี่ยวกับหน้าที่การงาน เศรษฐกิจ และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ซึ่งเป็นผลมาจากป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า และเสพติด

ข. ในผู้สูงอายุปัญหาที่พบบ่อยคือการเจ็บป่วยและการสูญเสีย ชนิดของการสูญเสียที่สำคัญ ได้แก่ ความเศร้าโศกเสียใจการเกษียณอายุและร่างกายเกิดความพิการจากโรค

7. โรคทางกาย โรคทางกายจัดว่าเป็นความเครียดที่มีความสำคัญต่อการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะ ในผู้สูงอายุ โดยพบว่าโรคทางกายเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายพบใน ร้อยละ 10 ของคนวัยหนุ่มสาว ร้อยละ 25 ของวัยกลางคน และ ร้อยละ 35 ของผู้สูงอายุ

อนึ่งการหมกมุ่นกังวลของผู้ป่วยว่าตนมีสุขภาพไม่ดีหรือเป็นโรคร้ายแรงก่อนหน้านี้ที่จะฆ่าตัวตายเป็นเวลาสัปดาห์ หรือหลายเดือนนั้นพบว่าเป็นอาการหลงผิดหรือวิกลจริตของผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง โดยคิดไปเองว่าตนเป็นโรคมะเร็ง ซึ่งความจริงแล้วผู้ป่วยไม่ได้เป็นโรคมะเร็งแต่อย่างใด

จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 25 - 70 ของผู้ป่วยซึ่งฆ่าตัวตายสำเร็จมีโรคทางกาย และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายถึง ร้อยละ 10 - 50

โรคทางกายซึ่งพบบ่อยได้แก่โรคมะเร็ง โรคของระบบประสาท เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคลมชัก โรคสมองเสื่อม และศีรษะได้รับบาดเจ็บ

โรคทางกายชนิดอื่นๆ คือ แผลในกระเพาะอาหารและตับแข็ง

8. ประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว ผู้ป่วยซึ่งมีประวัติครอบครัวมีคนฆ่าตัวตายจะมีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไปโดยมีรายงานว่า ร้อยละ 6 ของผู้ฆ่าตัวตายมีบิดาหรือมารดาฆ่าตัวตาย เช่นกัน

นอกจากนี้ยังพบว่าญาติของผู้ป่วยซึ่งฆ่าตัวตาย มีอัตราการเป็นโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตายสำเร็จสูง มีความสัมพันธ์กันชัดเจนระหว่างการฆ่าตัวตายกับโรคซึมเศร้าโดยการศึกษาของชาวอามิช ซึ่งไม่มีพฤติกรรมรุนแรง ไม่เสพสารเสพติด มีการช่วยเหลือจากชุมชนเป็นอย่างดี และแทบจะไม่มีคนตกงานเลย พบว่า ร้อยละ 92 ของผู้ซึ่งฆ่าตัวตายสำเร็จป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

จากการศึกษาคู่แฝดพบว่าคู่แฝดซึ่งเกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งฆ่าตัวตายอีกคนจะมีโอกาสฆ่าตัวตาย ด้วยสูงกว่าคู่แฝดซึ่งเกิดจากไข่คนละใบ

อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้ป่วยซึ่งฆ่าตัวตายมักเป็นโรคทางจิตเวชด้วยดังนั้นจึงไม่สามารถบอกได้โดยแน่นอนว่าพันธุกรรมเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายโดยตรงหรือเป็นสาเหตุของโรคทางจิตเวช

9. การฆ่าตัวตายและความผิดปกติทางชีวเคมีของสมอง ในปัจจุบันจากการศึกษาพบว่าในสมองของผู้ฆ่าตัวตายมีความผิดปกติของสารเคมีคือมีระดับของสารเซโรโทนิน (Serotonin) ลดต่ำลงซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการควบคุมอารมณ์และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงร่วมกับเกิดอาการซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย

10. โรคทางจิตเวช

โรคทางจิตเวชซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายมีด้วยกัน 4 โรคคือ

1. โรคซึมเศร้า
2. โรคจิตเภท
3. ตีตสารเสพติด
4. บุคลิกภาพผิดปกติ

ก. โรคซึมเศร้า จากการศึกษากลับทุกรายงานทั่วโลกพบว่า ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะฆ่าตัวตายสำเร็จ

ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งฆ่าตัวตายสำเร็จมีดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยเพศชาย เป็นโสดและใช้ชีวิตอยู่คนเดียวเป็นปัจจัยเสี่ยงสูง
2. มีอาการนอนไม่หลับและไม่สนใจดูแลตัวเอง
3. มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ถ้าเป็นผู้หญิงจะมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนหลายครั้ง

4. ขาดบิดามารดาตั้งแต่วัยเด็ก
5. มีเรื่องบาดหมางในชีวิตสมรส
6. มีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง
7. ขาดความสุขโดยสิ้นเชิง
8. มีความคิดฆ่าตัวตาย
9. ใช้สารเสพติดโดยเฉพาะสุรา

อนึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและมีความคิดอยากตายซึ่งแพทย์ได้ให้ออกจากโรงพยาบาลและไปรักษาตัวต่อที่บ้านมีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตายภายในเวลา 3 เดือน หลังออกมาจากโรงพยาบาล ด้วยเหตุนี้แพทย์ต้องแนะนำให้ญาติพี่น้องให้ดูแลผู้ป่วยเป็นพิเศษ ในช่วงเวลาดังกล่าว

ข. โรคจิตเภท จากการศึกษพบว่า ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทฆ่าตัวตายสำเร็จ ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีดังนี้

1. เป็นผู้ชาย
2. อายุน้อยกว่า 30 ปี
3. มีอาการซึมเศร้าและมีความรู้สึกไร้ค่าและสิ้นหวัง
4. ไม่มีงานทำ
5. เพิ่งออกจากโรงพยาบาลโดยเฉพาะในระยะเวลา 2 - 3 สัปดาห์ หรือ 2 - 3 เดือน
6. มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน
7. อาการของโรคทรุดลงตามลำดับ

ค. ติดสารเสพติด จากการศึกษพบว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง เพศชายมีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไป 8 เท่า และผู้ป่วยเพศหญิงมีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่าถึง 15 เท่า

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังเท่ากับ ร้อยละ 15

ระยะเวลาเฉลี่ยของการป่วยด้วยโรคพิษสุราเรื้อรังก่อนฆ่าตัวตายในผู้ชายเท่ากับ 20 ปี และในผู้หญิงเท่ากับ 12 ปี อย่างไรก็ตามโอกาสที่จะฆ่าตัวตายจะสูงขึ้นตามอายุของผู้ป่วย

ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมี 7 ประการคือ

1. ดื่มสุราต่อเนื่อง
2. มีอาการของโรคซึมเศร้าโดยพบว่า ร้อยละ 72 ของผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า
3. มีความตั้งใจจะฆ่าตัวตายและบอกให้ผู้อื่นทราบ

4. ขาดการช่วยเหลือจากสังคม
5. ไม่มีงานทำ
6. อยู่ตัวคนเดียว
7. มีโรคแทรกซ้อนทางกายร้ายแรง

สำหรับผู้ป่วยซึ่งคิดฆ่าตัวตายนั้นมีปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2 ประการคือ (1) มีอาการซึมเศร้า และ (2) ประสิทธิภาพทางด้านต่างๆ ลดลง เช่น การเรียน หน้าที่การงานและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึ่งคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไป 5 - 20 เท่า

ง. บุคลิกภาพผิดปกติ พบว่า ร้อยละ 3 - 18 ของผู้ซึ่งฆ่าตัวตายสำเร็จมีความผิดปกติของบุคลิกภาพชนิดที่พบบ่อยคือ (1) ต่อด้านสังคม และ (2) บุคลิกภาพชนิดคาบเส้น

1. บุคลิกภาพชนิดต่อด้านสังคม มีลักษณะสำคัญดังต่อไปนี้

1. ไม่เคารพกฎระเบียบของสังคม
2. มีพฤติกรรมหลอกลวงหรือฉ้อฉล
3. มีอารมณ์หุนหันพลันแล่น
4. มีอารมณ์หงุดหงิดและก้าวร้าว
5. ไม่ให้ความปลอดภัยต่อตนเองและผู้อื่น
6. ขาดความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน
7. ไม่ใส่ใจต่อความผิดที่ได้กระทำลงไป

2. บุคลิกภาพชนิดคาบเส้น (borderline) มีลักษณะสำคัญดังต่อไปนี้

1. มีมนุษยสัมพันธ์ไม่ใช้อย่างมาก
2. มีความสับสนเกี่ยวกับเอกลักษณ์ของตน
3. ขาดการควบคุมอารมณ์ เช่น เล่นการพนันและรับประทานอาหารจุ
4. มีความคิดหรือพฤติกรรมว่าอยากตายบ่อยๆ
5. อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย
6. มีความรู้สึกเจ็บแสบอยู่เสมอ
7. มีอารมณ์หงุดหงิดโกรธง่ายอยู่เป็นประจำ
8. เมื่อถูกทอดทิ้งจะรู้สึกไม่สบายใจอย่างมากและอาจพยายามฆ่าตัวตาย

รวิชัย กฤษณะประกรกิจ (2544) กล่าวถึงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไว้ว่าการที่สามารถประเมินแนวโน้มที่บุคคลหนึ่งจะฆ่าตัวตายนั้น เรียกว่า การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicide risk) เป็นทักษะที่มีความสำคัญที่ผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ต้องทราบเพราะเป็นแนวทางการตัดสินใจให้ความช่วยเหลือเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ในปัจจุบันได้มีการศึกษาปัจจัยที่บ่งบอกความเสี่ยงที่บุคคลนั้นจะฆ่าตัวตายเป็นจำนวนมาก ซึ่งจะมีทั้งปัจจัยในแง่ของบุคคล การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและทางจิต ปัจจัยด้านครอบครัว สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนา ภาวะเศรษฐกิจ ซึ่งจะแยกกล่าวทีละด้าน ดังนี้

1. ข้อมูลด้านประชากร

พบอัตราการฆ่าตัวตายสูงในเพศชาย แม้ผู้หญิงจะพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชาย แต่ผู้ชายจะฆ่าตัวตาย สำเร็จสูงกว่า 3 - 4 เท่า แสดงว่าผู้ชายที่คิดฆ่าตัวตายจะมีความตั้งใจแน่วแน่ และใช้วิธีการที่รุนแรงมากกว่าผู้หญิง นอกจากนี้การฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งมักสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า การป่วยเรื้อรัง การขาดการประคับประคองจากญาติและครอบครัว กลุ่มที่อยู่ในภาวะหย่าร้าง หม้ายผู้ที่ตกงาน จะมีการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นด้วย

2. ด้านประวัติ

ประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน เป็นปัจจัยที่บ่งบอกความเสี่ยงสูงที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่ง จากการเฝ้าติดตามผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย จะพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงมากในช่วง 5 ปี คือ พบผู้หญิงที่ตายจากการฆ่าตัวตายซ้ำสูงเป็น 60 เท่า และผู้ชายสูง 40 เท่าของการตายตามธรรมชาติในกลุ่มที่เคยฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ กลุ่มเหล่านี้จะยังเพิ่มความเสี่ยงขึ้นอีก

ประวัติการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว ทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มเป็น 3 เท่า หรือการได้พบเห็นหรือรู้จักกับบุคคลที่ฆ่าตัวตาย ก็จะเพิ่มความเสี่ยงขึ้นด้วย

ประวัติในวัยเด็กที่เกี่ยวกับการถูกระงับทางเพศ ไม่ว่าจะเป็นการล่วงเกินทางเพศ การถูกรังแกทางร่างกาย การถูกความบีบคั้นทางอารมณ์ เหล่านี้เป็นปัจจัยให้เด็กเหล่านั้นเติบโตขึ้นมา มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

3. ด้านชีวภาพ

สารสื่อประสาทที่ชื่อว่า serotonin ในสมองมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายอารมณ์เศร้า และความก้าวร้าวของมนุษย์ ผู้ที่มีระดับของ serotonin ในสมองต่ำจะสัมพันธ์กับอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้บทบาทของสาร dopamine และ noradrenaline ก็อาจมีส่วนร่วมด้วยแต่อย่างไรก็ตาม การที่จะทราบระดับของสารเหล่านี้ในสมองนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะต้องใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่ซับซ้อนเท่านั้น จึงไม่สามารถนำปัจจัยนี้มาใช้ในการทำนายการฆ่าตัวตายในบุคคลทั่วไปได้

4. การป่วยทางจิตเวช

พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า 90 % จะป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งทางจิตเวช ในจำนวนนี้มี 45 - 70% ที่ป่วยด้วยโรคทางอารมณ์ โดยเฉพาะโรคอารมณ์เศร้า และ 25% เป็นผู้ติดสุรา นอกจากนี้ยังมีโรคจิตเภท ความผิดปกติของบุคลิกภาพ การใช้ยาและสารเสพติด

อาการทางจิตที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ความคิดฆ่าตัวตาย ความคิดฆ่าผู้อื่น อารมณ์เศร้า โดยเฉพาะเมื่อมีความคิดตำหนิตนเองรุนแรง มองตนเองว่าไม่มีค่า มีความคิดสิ้นหวัง (hopelessness) คิดว่าไม่มีใครช่วยได้ (helplessness) ผู้ที่มีอารมณ์เศร้ารุนแรง มักจะคิดตำหนิ และโทษตนเอง มีความหม่นหมอง หดหู่ความรู้สึกสนุก ขาดความกระตือรือร้น อารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลนั้นรู้สึกเป็นทุกข์ใจ รู้สึกถูกกดขี่จนต้องคิดฆ่าตัวตายว่าเป็นทางออกของปัญหาและความรู้สึกที่เป็นทุกข์นั้น

ในผู้ป่วยโรคจิต ที่มีความคิดหวาดระแวงว่าคนจะมาทำร้ายนั้น อาจจะคิดฆ่าตัวตาย เพื่อหนีจากความกลัวหรือคิดว่าจะเป็นการดีกว่าที่จะฆ่าตัวตายก่อนที่จะถูกคนอื่นมาฆ่าผู้ป่วยบางรายฆ่าตัวตายเพราะได้ยินเสียงแว่วสั่งให้ทำ ซึ่งผู้ป่วยที่กำลังเป็นโรคจิตอยู่นั้น จิตใจมักจะคล้อยตามเสียงแว่วที่ได้ยินจนเสียความสามารถในการคิด อย่างมีเหตุผลไป

ในบางกรณี การฆ่าตัวตายเกิดจากความเชื่อความศรัทธาอย่างมกมายในลัทธิบางอย่าง เช่นกรณีการฆ่าตัวตายหมู่ของผู้เลื่อมใสลัทธิประสูวรรค์ (Heaven's Gate) จำนวน 39 คน ที่เมือง Rancho Sanata Fe ซึ่งถือว่าต้องฆ่าตัวตายเพื่อปลดปล่อยวิญญาณของตนออกจากร่างกายที่จำกัดนี้ไปสู่สถานะที่สูงขึ้น โดยจะไปกับมนุษย์ต่างดาว ที่เดินทางมาพร้อมกับดาวหาง Hale - Bopp ผู้เลื่อมใสลัทธิมักเป็นคนหนุ่มสาวที่ออกจากบ้าน เพื่อแสวงหาทางจิตวิญญาณ โดยมีความรู้สึกกวิตกกังวล ซึมเศร้าและรู้สึกว่าตนเองแปลกแยกจากสังคม จึงเป็นการง่ายที่จะหลงเชื่อ ตามผู้นำลัทธิเหล่านี้

ในวัยรุ่นที่มีปัญหาจากครอบครัวมีความคับข้องใจจากการไม่สามารถปรับตัวในสังคมวัยรุ่นเหล่านี้ มักจะมีพฤติกรรมที่เสี่ยงอันตราย การชกต่อย การทำร้ายร่างกายตนเอง เช่น การขับรถเร็วอย่างบ้าบิ่น การทำหายกัน เสี่ยงอันตราย การชกต่อย การทำร้ายร่างกายตนเอง เช่น ใช้มีดกรีดและทรมานตนเองในรูปแบบต่างๆ ซึ่งอาจเรียกว่า พฤติกรรมกึ่งการฆ่าตัวตาย (parasuicide)

ผู้ที่ฆ่าตัวตายจำนวนไม่น้อยที่มาพบแพทย์ ในช่วงเวลาก่อนการลงมือกระทำ ในการศึกษาย้อนหลัง ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จนั้น มีประมาณ 30% ที่มาพบแพทย์ 1 สัปดาห์ก่อนหน้าจะเสียชีวิต โดยที่กลุ่มนี้จะมีการป่วยทางจิตเวช มีปัญหาสุขภาพร้ายแรง หรืออยู่ในภาวะโศกเศร้าจากการสูญเสียคู่สมรส ดังนั้นแพทย์จึงควรที่จะถามถึงความคิดในการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่แพทย์สังเกตพบปัจจัยเสี่ยงบางอย่าง หรือสงสัยว่าจะมี เพื่อเป็นการให้การช่วยเหลือได้ในระยะเริ่มแรก

5. อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม

ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ระหว่างผู้ปกครองพ่อแม่ หรือระหว่างเด็กกับพ่อแม่ ทำให้เด็กหนีออกจากบ้านท่องเที่ยวไปตามลำพัง เด็กเหล่านี้มักมีประวัติถูกข่มขืน และทารุณกรรมจากบุคคลใกล้ชิด ในครอบครัว จนเด็กรู้สึกไม่มีความสุข เมื่อหนีออกจากบ้านก็จะมีปัญหาทางเพศตามมาได้แก่ การตั้งครรภ์ การถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัญหาอาชญากรรมและยาเสพติด ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเด็กวัยรุ่นทั้งสิ้น

การที่สังคมมีทัศนคติ ขอมรับต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เช่น การเสนอข่าวการฆ่าตัวตายบ่อยครั้ง โดยปราศจากการชี้ให้เห็นปัญหาเบื้องหลังของการฆ่าตัวตาย มองเห็นไปว่า การฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่ใครๆใช้เพื่อหนีจากปัญหาที่แก้ไขไม่ตก ทำให้เพิ่มการฆ่าตัวตายในสังคมนั้นได้ โดยที่ในความเป็นจริงแล้ว พฤติกรรมฆ่าตัวตาย เป็นการแสดงออกสุดท้ายของปัญหาหลายปัญหาที่สะสมมาเป็นเวลานาน แต่ละบุคคลล้วนมีอยู่แตกต่างกัน จึงไม่ใช่สิ่งที่จะลอกเลียนแบบจากกันและกันได้ การเสนอข่าวสู่สังคมนั้น ควรชี้ให้เห็นด้านตรงข้ามด้วย คือ การรู้จักปรับตัวแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นการรักษาความเจ็บป่วยทางจิตใจ การรณรงค์ให้หน่วยงานของภาครัฐ เอกชน ยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมากขึ้น รวมทั้งองค์กรทางศาสนาที่จะให้การชี้แนะแนวทางด้านจิตวิญญาณ เพื่อบุคคลจะได้มีทัศนคติที่เห็นคุณค่า

มีความรัก ความอ่อนโยนต่อชีวิตของตน รู้ว่าการมีชีวิตอยู่นั้น มีคุณค่าต่อตนเองและผู้อื่นเช่นใด เห็นใจ และเข้าใจจิตใจของตนที่กำลังมีความทุกข์ และมีความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญห และหากแก้ไขไม่ได้ก็เรียนรู้ที่จะยอมรับความเป็นจริง

สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2545) ได้สรุปปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไว้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ

1.1 ชีววิทยาของการฆ่าตัวตาย (Biology of suicide) จากการศึกษาผู้ที่เสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย พบว่ามีระดับสาร 5 - hydroxyindole acetic acid (5 - HIAA) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาท ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าในน้ำไขสันหลังมีระดับต่ำลง จึงเชื่อว่าบุคคลฆ่าตัวตายเพราะตกอยู่ในอารมณ์ซึมเศร้า

1.2 การเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ (physical and psychiatric illness) โดยเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่ม affective disorder ผู้ป่วยที่มีปัญหาในด้านการนอนไม่หลับที่รุนแรง ผู้ที่ติดสุราเรื้อรัง หรือสารเสพติดเมื่อเกิดอาการขาดสารเสพติด (withdrawal symptoms)

สำหรับการเจ็บป่วยทางร่างกาย มักเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่ทุกข์ทรมาน การเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และการเจ็บป่วยที่ทำให้ไร้สมรรถภาพ โดยเฉพาะความสามารถทางเพศ รวมถึงการป่วยเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย และโรค AIDS

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม

2.1 ด้านจิตวิเคราะห์ (psychodynamic approach) เป็นการอธิบายถึงความเข้มแข็งของตัวตน (ego) ในการจัดการและการเผชิญปัญหาของความขัดแย้งต่างๆ ผู้ที่มีชื่อเสียงคือ Sigmund Freud กล่าวถึงการฆ่าตัวตาย ว่าเป็นบทบาทหนึ่งของการทำงานของจิตใจในจิตได้สำนึกที่พยายามจัดการกับแรงขับของความก้าวร้าว หันเข้ามาทำโทษตัวเอง เป็นการเลือกใช้กลไกทางจิตแบบโทษตนเอง (introjection)

2.2 ด้านสังคมวิทยา (sociological approach) นักสังคมวิทยาที่สนใจเรื่องการฆ่าตัวตายชื่อ Emile Durkheim ได้ศึกษาสาเหตุการฆ่าตัวตายของบุคคล โดยการวิเคราะห์จากปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสภาพสังคมที่บุคคลนั้นดำรงอยู่ และแบ่งเป็นกลุ่มๆ ดังนี้

Altruistic suicide บุคคลฆ่าตัวตายตามกฎหมาย หรือประเพณีของสังคมนั้นๆ เช่น การทำ hara - kiri หรือ suttee (การเผาตัวตายแบบฮินดู)

Egoistic suicide บุคคลฆ่าตัวตายเป็นเพราะ ตนเองรู้สึกว่าไม่มีความผูกพันกับสังคม หรือบุคคลที่แยกตัวจากสังคม

Anomic suicide บุคคลฆ่าตัวตายเนื่องจาก มีการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต เช่น การสูญเสีย

สรุป ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีหลักๆ 2 ด้าน คือ

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่
 - 1.1 ชีววิทยาของการฆ่าตัวตาย
 - 1.2 การเจ็บป่วยทางร่างกาย โรคเรื้อรัง โรคเรื้อรังต่างๆ ที่พบบ่อย ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคของระบบประสาท เป็นต้น
 - 1.3 การเจ็บป่วยทางจิตใจ
2. ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่
 - 2.1 ด้านจิตวิเคราะห์
 - 2.2 ด้านสังคมวิทยา
3. นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ได้แก่
 - 3.1 สถานภาพสมรส
 - 3.2 ศาสนา
 - 3.3 สถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจ
 - 3.4 เพศ
 - 3.5 อายุ
 - 3.6 วิถีชีวิตที่เครียดและมีความยุ่งยาก
 - 3.7 ประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว
 - 3.8 โรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท คิดสารเสพติด

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

4.1 งานวิจัยภายในประเทศไทย

มานิต ศรีสุรภานนท์ และคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาเรื่อง เครื่องวัดทางจิต : ข้อควรพิจารณาสำหรับผู้ใช ซึ่งได้นำเสนอข้อควรพิจารณาพื้นฐานที่ผู้ใช้เครื่องวัดให้ความสนใจในการประเมินเครื่องวัดทางจิตเวช โดยสรุปแล้ว ผู้ใช้เครื่องวัดควรเริ่มพิจารณาจากภาพรวมของเครื่องวัด (overview of measure) ก่อนว่าเครื่องวัดนั้นๆ เหมาะสำหรับงานที่ผู้ใช้นำไปใช้หรือไม่ หากพิจารณาแล้วว่าเหมาะสม ก็ควรพิจารณาคุณสมบัติอื่นๆ ของเครื่องวัดต่อไป ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อของเครื่องวัด (items of the measure) ความเชื่อมั่น (reliability) ความแม่นยำ (validity) กลุ่มตัวอย่าง (sample) ที่ใช้ในการหาความเชื่อมั่นและความแม่นยำ และการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง (response to change) หลังจากพิจารณาโดยถี่ถ้วนแล้วผู้ใช้อาจสามารถเลือกใช้เครื่องวัดที่เหมาะสมกับเวชปฏิบัติหรืองานวิจัยของตนเองได้ นอกจากนี้ ผู้ใช้เครื่องวัดยังสามารถที่จะประเมินเครื่องวัดทางจิตที่มีผู้พัฒนาขึ้นใหม่ว่าเครื่องวัดใหม่มีข้อดีกว่าเครื่องวัดเดิมที่มีอยู่แล้วหรือไม่อย่างไร

กรมสุขภาพจิต (2545) ในปี 2540 ประเทศไทยประสบกับภาวะวิกฤตเศรษฐกิจส่งผลให้สุขภาพจิตของคนไทยจำนวนมากเปลี่ยนแปลงไป เกิดปัญหาสุขภาพจิตระดับต่างๆ เช่น วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า บางรายคิดฆ่าตัวตายถึงขั้นสำเร็จ กรมสุขภาพจิตเป็นกรมวิชาการที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพจิตของคนไทย จึงได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีเครื่องมือในการประเมินซึมเศร้าร่วมด้วย โดยขั้นตอนในการพัฒนาเครื่องมือได้ดำเนินการเฉพาะการพัฒนาเครื่องมือและศึกษาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญในวงการจิตแพทย์ตรวจสอบเท่านั้น จากนั้นนำไปทดลองใช้ และปรับปรุง แก้ไขก่อนนำไปใช้จริงทั่วประเทศ โดยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มี 4 คำถาม ดังนี้

1. คุณมีเรื่องกดดันหรือคับแค้นใจหรือไม่
2. คุณรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายสิ้นหวังหรือไม่
3. คุณรู้สึกเป็นทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไปหรือไม่
4. ขณะนี้คุณมีความคิดฆ่าตัวตายหรือหาวิธีฆ่าตัวตายหรือไม่ การแปลผล ถ้าตอบมีในข้อ 1 หรือ 2 หมายถึง ผู้ป่วยอาจมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือเป็นโรคซึมเศร้า ควรประเมินโรคซึมเศร้า ตามแบบประเมิน ถ้าตอบในข้อ 3 หรือ 4 หมายถึงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2546) ได้ทำการศึกษาแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง เพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช โดยได้นำเครื่องมือของนายแพทย์ Sheehan DV and Leerubier Y. ชื่อ Mini International Neuropsychiatric Interview English Version 5.00 , 2002 มาแปลเป็นภาษาไทย และทำการศึกษาตามกระบวนการวิจัย ในเครื่องมือฉบับนี้มีคำถามเกี่ยวกับการวินิจฉัยว่าอยู่ในกลุ่ม Suicidal Risk Current ดังนี้

แบบสอบถามเกี่ยวกับการทำร้ายตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

	คะแนน	
1. คิดว่าคุณน่าจะตายไปเสียดีกว่าหรืออยากให้ตัวเองตายไป หรือไม่	ไม่ใช่	ใช่ 1
2. อยากทำร้ายตนเองหรือไม่	ไม่ใช่	ใช่ 2
3. คิดฆ่าตัวตายหรือไม่	ไม่ใช่	ใช่ 6
4. มีแผนการที่จะฆ่าตัวตายหรือไม่	ไม่ใช่	ใช่ 10
5. พยายามฆ่าตัวตายหรือไม่	ไม่ใช่	ใช่ 10
6. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา : คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่	ไม่ใช่	ใช่ 4

การแปลผล SUICIDE RISK CURRENT

- 1 - 5 คะแนน น้อย ☐
- 6 - 9 คะแนน ปานกลาง ☐
- ≥ 10 คะแนน มาก ☐

4.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

เรย์โนลด์ส (Raynolds W, 1987 ; Raynolds, 1999) ได้พัฒนาเครื่องมือที่ชื่อว่า Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ) มีคำถาม 30 คำถามในการประเมินความถี่ของความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่น วัยรุ่นจะถูกถามถึง อัตราความถี่ซึ่งปรากฏโดยแบ่งออกเป็น 7 ช่วงคะแนนจากเกือบทุกวัน จนถึงไม่เคยเลย จุดตัดของคะแนน จะใช้ตัดสินว่าระดับความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายนั้นจะต้องพบจิตแพทย์ เพื่อประเมินอาการ สำหรับเด็กที่อยู่ในระดับมัธยมต้นลงมา จะมีการประเมินโดยใช้ SIQ - JR ซึ่งคล้ายคลึงกับ SIQ แต่สั้นกว่า คือ มีเพียง 15 ข้อ ถ้ามีคะแนน 41 คะแนนหรือมากกว่าถือว่ามีความสำคัญ (31 คะแนน หรือมากกว่า สำหรับของ SIQ - JR)

นักวิชาการต่างประเทศหลายท่านได้กล่าวถึง Risk Factor for Suicide ในวัยรุ่นใหญ่ (Klerman, 1987 ; Mann ,1987 ; Jacobs, 2000 ; Mortensen, Agerbo, et al., 2000) ว่า

การค้นพบปัจจัยเสี่ยงที่แน่นอนจะสามารถช่วยจำแนกผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ การเพิ่มปัจจัยเสี่ยงสำหรับการฆ่าตัวตายจะสัมพันธ์กันกับ

1. เพศชาย
2. หม้าย หย่าร้าง หรือโสด (ยังไม่แต่งงาน)
3. ขาด หรือ เพิ่งสูญเสียแหล่งสนับสนุนทางสังคม
4. ไม่มีงานทำเร็วๆ นี้ (ว่างงาน)
5. สถานทางสังคม หรือ เศรษฐกิจแย่ลง
6. มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช (Major affective disorder, Schizophrenia, Personality disorder) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชรวมกันหลายโรค
7. การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย
8. มีประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว
9. มีความยุ่งยากในจิตใจ และ/หรือมีความรู้สึกสิ้นหวังในระดับสูง
10. มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน
11. ใช้สุราและสารเสพติด
12. มีปืนไว้ในครอบครอง

เบค และคณะ (Beck, et al, 1979 ; Beck, et al, 1988) ได้พัฒนาเครื่องมือสำคัญที่มีศักยภาพในการประเมิน ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายชื่อว่า Beck Scale for Suicidal Ideation (BSS) หากพบว่าคะแนนของ BSS มีคะแนนสูง เป็นตัวบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการซักถามรายละเอียดเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วย หรือเกี่ยวกับสิ่งที่คุกคามผู้ป่วย การวางแผนฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการแนะนำการรักษา ที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังแนะนำให้ใช้ BSS ร่วมกับ BHS (Beck Hopelessness Scale) และ BDI- II (Beck Depression Inventory) เพราะว่าเจ้าหน้าที่ ควรพิจารณาอาการของ Depression และความรู้สึกสิ้นหวังเมื่อมีน้ำหนักของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง การนำแบบทดสอบมาใช้ร่วมกันทำให้ผลของการประเมินเป็นผลบวกเทียม (false positive) และผลลบเทียม (false negative) ลดลง

BSS สามารถใช้ในการคัดกรองและประเมินความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ BSS เป็นเครื่องมือที่วัดทัศนคติและพฤติกรรมซึ่งเจ้าหน้าที่สามารถใช้ในการประเมินผู้ป่วย ร่วมกับการปฏิบัติงานตามปกติได้ เพื่อประเมินผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในทางคลินิกด้วยแบบวัด ความคิดฆ่าตัวตายมี 19 ข้อ ซึ่งสามารถใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีเจตนาฆ่าตัวตายได้แบบวัดนี้สามารถใช้จำแนกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญและเป็นเครื่องมือที่ใช้เฝ้าระวังผู้ป่วยในช่วงของการช่วยเหลือ และบำบัดรักษาได้อีกด้วย คำถาม 19 ข้อ มีดังนี้

1. คุณต้องการมีชีวิตอยู่
2. คุณต้องการตาย
3. เหตุผลที่คุณต้องการมีชีวิตอยู่หรือต้องการตาย
4. ความต้องการที่จะลงมือกระทำหรือพยายามฆ่าตัวตาย
5. ความต้องการที่จะตายโดยทางอ้อม
6. ช่วงเวลาของการมีความคิดฆ่าตัวตายหรือต้องการตาย
7. ความถี่ของการฆ่าตัวตาย
8. เจตคติที่มีต่อความคิดและความต้องการตาย
9. การควบคุมการกระทำการฆ่าตัวตาย
10. สิ่งคุกคามที่มีต่อการพยายามฆ่าตัวตาย
11. เหตุผลที่พิจารณาในการพยายามฆ่าตัวตาย
12. มีการวางแผนโดยเฉพาะในการพยายามฆ่าตัวตาย
13. โอกาสและความง่ายต่อการพยายามฆ่าตัวตาย
14. ความสามารถในการกระทำการฆ่าตัวตาย
15. ความคาดหวังต่อการกระทำการฆ่าตัวตาย
16. การเตรียมการในการลงมือฆ่าตัวตาย
17. การเขียนจดหมายลาตาย
18. คาดหวังว่าสุดท้ายตนเองต้องตายจากการกระทำนั้นๆ (หมายรวมถึงการทำประกันชีวิต และการตัดสินใจอย่างเด็ดขาด)
19. ปิดบังความตั้งใจฆ่าตัวตายไม่ให้ใครทราบ

คะแนนต่ำสุดของ BSS = 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 38 คะแนน ผลรวมของคะแนนทุกข้อหากพบว่า มีคะแนนสูงเป็นข้อบ่งชี้ว่ามีความตั้งใจหรือมีความคิดฆ่าตัวตายมาก โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.89 และพบว่าเครื่องมือนี้มีความสัมพันธ์กับแบบวัดภาวะซึมเศร้า

Hockberger and Rothstein (1988) ได้ปรับเปลี่ยน SAD PERSONS Scale จากฉบับเดิมซึ่งพัฒนา โดย Patterson และคณะซึ่งแบบวัดนี้สามารถช่วยผู้ที่ไม่ใช่จิตแพทย์ จำแนกผู้ป่วยที่อาจมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

ตัวแปรของ SAD PERSONS ได้แก่

1. S : sex
2. A : age
3. D : depression
4. P : previous attempts or psychiatric care
5. E : excessive alcohol or drug use
6. R : rational thinking loss
7. S : separated divorced or widowed
8. O : organized or serious attempt
9. N : no social support
10. S : stated future intent

การแปลผล	คะแนนต่ำสุด 0	คะแนน มากที่สุด 14 คะแนน
	คะแนน 0 - 5	คะแนน ปลอดภัยสามารถจำหน่ายได้
	6 - 8	คะแนน ควรไปรักษาโรคทางจิตเวชโดยด่วน
	9 - 14	คะแนน อาจต้องอยู่รักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

Center for Disease Control and Prevention (1998) ได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายชื่อ Risk of Suicide Questionnaire (RSQ) ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 14 ข้อ พัฒนามาจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยรวมถึงการทบทวนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นใช้วิธีการสัมภาษณ์ด้วยบุคลากร ทางสุขภาพจิตระดับอาวุโส และคำถามนี้นำมาจากศูนย์ควบคุมโรคและการป้องกันพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงของวัยรุ่น คำถามดังกล่าวจะมีการทบทวนและปรับปรุงโดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิทางสุขภาพจิต ผู้วิจัยทางด้านบริการสุขภาพ และใช้วิธีการสำรวจโดยใช้ในเด็กและวัยรุ่น การพัฒนาข้อคำถามจะทำการทดสอบนำร่องในการวินิจฉัยภาวะฉุกเฉินในเด็กและวัยรุ่นโดยเจ้าหน้าที่และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะ โดยสอบถามผู้ป่วยจิตเวช และไม่ใช่ผู้ป่วย คำถามทั้งหมดจะมีคำตอบว่า ใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ตอบ ถ้าเด็กปฏิเสธไม่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถาม ให้ พ่อ แม่ ผู้ปกครองสามารถให้คำตอบได้ตามความเหมาะสม คำถาม 14 ข้อ ได้แก่

1. คุณพยายามทำร้ายตนเอง
2. คุณพยายามฆ่าตัวตาย
3. คุณกำลังดื่มสุราหรือสารเสพติด (ระหว่างพยายามฆ่าตัวตาย)
4. ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณมีความคิดเกี่ยวกับการทำร้ายตนเอง
5. ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย
6. ขณะนี้คุณมีความคิดเกี่ยวกับการทำร้ายตนเอง
7. คุณคิดว่าคุณต้องการความช่วยเหลือเพื่อให้คุณปลอดภัย

8. คุณเคยพยายามทำร้ายตนเองในอดีต
9. คุณเคยตัดสินใจฆ่าตัวตายในอดีต
10. ในอดีตคุณเคยได้รับการรักษาจากการพยายามฆ่าตัวตาย
11. ในเร็วๆ นี้มีใครบางคนทำให้คุณตาย
12. คุณทราบไหมว่ามีบางคนฆ่าตัวตาย
13. ไม่กี่สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณมีเรื่องทุกข์ใจอย่างมาก
14. คุณใช้สุราหรือสารเสพติด

ไวน์ (Vining, 1995) ได้นำเสนอตารางคะแนนสำหรับ Suicide Risk Assessment : The Samaritans โดยสมาริตันได้ใช้วิธีการให้คะแนนในแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งพัฒนาจากการดำเนินงานของ New York Suicide Prevention Centre Risk Assessment Scale และนำมาจาก Los Angeles Suicide Prevention Centre คะแนนของแบบประเมินที่ได้ถ้ามีคะแนน 20 คะแนนหรือมากกว่าเป็นตัวบ่งชี้ว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะอันตรายอย่างมาก (imminent danger) และไม่ควรให้อยู่คนเดียวต้องได้รับการรักษา คะแนน 14 - 19 คะแนนเป็นตัวบ่งชี้ว่า อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง (high risk) จะต้องพบผู้ที่มีความรู้เพื่อให้การช่วยเหลือ คะแนน 6 - 13 คะแนนเสี่ยงปานกลาง และ 1 - 5 คะแนนเสี่ยงเล็กน้อย สำหรับ Suicide Risk Assessment ของ Samaritans มีดังนี้

ตัวบ่งชี้สู่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบบเฉียบพลัน

- | | |
|---|---------|
| 1. มีวิธีการฆ่าตัวตายซึ่งตายได้ทันที | 8 คะแนน |
| 2. มีวิธีการฆ่าตัวตายที่อันตรายแต่ไม่ตายในทันที | 7 คะแนน |
| 3. มีการวางแผนฆ่าตัวตายในอนาคตซึ่งตายได้ในทันที | 6 คะแนน |
| 4. มีวิธีการวางแผนการฆ่าตัวตายในอนาคตแต่ไม่รุนแรง | 5 คะแนน |
| 5. วางแผนฆ่าตัวตายแบบมีเงื่อนไขเหมือนเล่นเกม | 4 คะแนน |
| 6. วางแผนฆ่าตัวตายแบบเรียกร้องความสนใจ | 4 คะแนน |
| 7. มีความคิดฆ่าตัวตายแต่ยังไม่วางแผน | 3 คะแนน |
| 8. มีความคิดฆ่าตัวตายแต่ยังไม่ชัดเจน | 2 คะแนน |
| 9. ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย | 1 คะแนน |

การเพิ่มคะแนนความเสี่ยงถ้าเกี่ยวข้องกับข้อคำถามเหล่านี้

- | | |
|--|---------|
| 1. เคยฆ่าตัวตายมาก่อน หรือพยายามฆ่าตัวตายแบบเรียกร้องความสนใจ | |
| 4 คะแนน หรือน้อยกว่า | |
| 2. เคยมีปัญหาด้านสัมพันธภาพ ถูกแยกจากสังคมหรือถูกปฏิเสธเร็วๆ นี้ (แต่ละเรื่อง) | 3 คะแนน |
| 3. ไม่มีความหวังหรือความศรัทธาเชื่อถือในสิ่งใดๆ (แต่ละเรื่อง) | 3 คะแนน |

- | | | |
|--|---|-------|
| 4. ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า | 2 | คะแนน |
| 5. ดิสดาสเฟตติคหรือเหล้า | 2 | คะแนน |
| 6. มีความเชื่อเรื่องเกี่ยวกับความหมายของการตาย | 2 | คะแนน |
| 7. มีเรื่องราวเกี่ยวกับการเสื่อมเสียชื่อเสียง | 2 | คะแนน |
| 8. อายุมากกว่า 60 ปี เป็นผู้ชาย/ เจ็บป่วย/ มีการเจ็บปวดเรื้อรัง
(แต่ละเรื่อง) | 1 | คะแนน |

Holly (2000) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Getting to YEESS : development and testing of the Yale Evaluation of Elderly Suicidality Scale (YEESS) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาเครื่องมือ YEESS 2) ทดสอบ YEESS กับกลุ่มตัวอย่างในผู้สูงอายุ 3) เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงร่วมซึ่งนำไปสู่การเพิ่มคะแนนใน YEESS ผลการศึกษาพบว่า YEESS ประกอบด้วย 3 domain ได้แก่ 1) เจตคติต่อการฆ่าตัวตาย 2) การเรียกร้องต่อการฆ่าตัวตายทางอ้อม 3) ความคิดฆ่าตัวตาย การวางแผน การฆ่าตัวตาย และการพยายามฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาได้เครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงในผู้สูงอายุซึ่งช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้ตั้งแต่ระยะแรก ผลการศึกษาที่ได้สามารถพัฒนาการช่วยเหลือกลุ่มคนเหล่านี้ได้ในอนาคต

Lisa และคณะ (2001) ได้ทำการวิจัยเรื่อง Detecting suicide risk in a Pediatric Emergency Department : development of a brief screening tool. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือในการคัดกรองความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่น โดยศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่ Pediatric Emergency Department จำนวน 155 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) Risk of Suicide Questionnaire (RSQ) 14 ข้อ ซึ่งเป็นเครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และต้องการพัฒนาให้เหลือเพียงคำถามสั้นๆ เพื่อใช้ในการถามผู้ป่วยในแผนกนี้ และไม่ก่อให้เกิดภาระแก่เจ้าหน้าที่ที่ต้องใช้เครื่องมือนี้ในการคัดกรองผู้ป่วย 2) Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ) ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ในการประเมินความถี่ของความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ซึ่งวัยรุ่นจะถูกถามและให้ตอบคำถามโดยให้คะแนนของอาการที่ปรากฏตั้งแต่ 0 - 7 คะแนน ซึ่งจะมีคำตอบให้เลือกว่า เกือบทุกวัน ถึง ไม่มีอาการเลย โดย SIQ จะเป็นเครื่องมือ มาตรฐานที่ใช้ในการศึกษาความตรงตามเกณฑ์สัมพันธ์ (Criterion related validity) เพื่อศึกษาความถูกต้องกับ RSQ โดยจะลดคำถามของ RSQ ให้เหลือคำถามน้อยที่สุด ผลการศึกษาพบว่า หากใช้คำถามของ RSQ เพียง 4 คำถามจะให้ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่า การทำนายผลบวก คุณค่า การทำนายผลลบ และ Area under ROC curve ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าการทำนายผลบวก คุณค่าการทำนายผลลบของ RSQ 4 คำถาม

Combination Item	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV	c Statistic *
1 5 8 13	0.98	0.37	0.55	0.97	0.87
1 5 9 13	0.97	0.42	0.56	0.94	0.87
1 5 8 9	0.94	0.56	0.62	0.92	0.87
1 5 6 11	0.94	0.57	0.63	0.92	0.87
1 5 6 8	0.92	0.56	0.62	0.90	0.87
1 5 6 9	0.89	0.65	0.67	0.88	0.86
1 5 6 12	0.84	0.63	0.64	0.84	0.86
1 5 11 12	0.94	0.46	0.57	0.90	0.86
1 5 6 13	0.92	0.44	0.56	0.88	0.86
1 5 7 13	0.95	0.51	0.60	0.93	0.86

* c Statistic = area under the receiver operating characteristic curve

สำหรับคำถามของ RSQ สามารถศึกษาในการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในบทนี้ได้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1999) ได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินทางคลินิกของโรคทางจิตเวช ซึ่งเรียกว่า Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry หรือ SCAN ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้นำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาแบบคัดกรองเฉพาะส่วนที่ 6,7,8 ดังนี้

ส่วนที่ 6 Depressed mood and ideation

เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกซึมเศร้า ไม่สนุกสนาน ร่าเริงเช่นเคย และเกี่ยวกับความคิดในแง่ลบ ต่อเหตุการณ์ต่างๆ และต่อตัวเอง รวมถึงความคิดฆ่าตัวตายด้วย มี 17 ข้อ ตัวอย่างเช่น

- คุณอยากร้องไห้บ่อยๆ
- คุณรู้สึกไม่สนุกสนานแม้ว่าสิ่งนั้นเคยทำให้คุณมีความสุข คุณรู้สึกเช่นนี้มานานเท่าใด
- คุณมีความคิดทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย
- คุณมีแนวโน้มที่จะตำหนิตัวเองต่อสิ่งที่คุณคิด ทำ รู้สึกผิดหรืออับอายในตนเอง
- คุณมีความเชื่อมั่นในตัวเองอย่างไร
- คุณรู้สึกต่ำต้อย ไร้ค่า
- คุณต้องการอยู่คนเดียว กำลังวังชาหรือการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง

ส่วนที่ 7 ความคิด สมาธิ พลังงาน ความสนใจ
เป็นคำถามเพื่อประเมิน cognition มี 9 ข้อ เช่น

- คุณมีสมาธิดีเหมือนก่อน
- คุณพบว่าความคิดคุณช้าลง
- คุณทำอะไรก็ขาดเรื่องช้ากว่าปกติ
- คุณไม่มีความสนใจในงาน หรือกิจกรรมต่างๆ
- คุณรู้สึกว่าไม่สามารถจัดการกับสิ่งต่างๆ ได้

ส่วนที่ 8 Bodily functions มีคำถามทั้งหมด 12 คำถาม เช่น ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร น้ำหนักของร่างกายคุณเพิ่มหรือลดลง คุณมีปัญหาในการนอน คุณต้องกินยานอนหลับ คุณรู้สึกไม่พึงพอใจในการนอนของคุณ คุณเคยตื่นเช้ากว่าปกติ คุณนอนหลับมากในเวลากลางวัน และทำให้คุณมีปัญหาในการนอนในเวลากลางคืนซึ่งคุณไม่สามารถแก้ไขได้ การนอนของคุณถูกรบกวนโดยการฝันหรือฝันร้าย คุณสนใจเรื่องเพศน้อยกว่าปกติหรือไม่ คุณพบว่าคุณไม่ยินดีในการมีเพศสัมพันธ์ หรือรู้สึกทุกข์ใจหรือไม่สามารถแสดงความรู้สึกพึงพอใจ

Australian Institute for Suicidal Research and Prevention (2002) ได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมิน ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายชื่อว่า Suicide Risk Assessment ซึ่งแบ่งปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 2 กลุ่มคือ 1) ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) 2) ปัจจัยป้องกัน (Protective factors) โดยแบ่งระดับการวัดออกเป็น 3 คำตอบ คือ ไม่มีความเสี่ยง เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง สำหรับการแปลผลการประเมินจะแปลผลออกเป็น 3 ระดับเช่นกัน คือ เสี่ยงน้อย เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูงสำหรับคำถามมีดังนี้

ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ประกอบไปด้วยเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ

1. บ้านและภาวะสุขภาพ
2. การศึกษาและการทำงาน
3. กิจกรรมที่ทำ /ความทะเยอทะยาน (กระตือรือร้น)
4. อารมณ์ขณะประเมิน
5. สิ้นหวัง (สูญเสียความหวัง)
6. สิ่งเสพติด และเหล้า
7. ความคิดฆ่าตัวตาย
8. ความสะดวกในการใช้วิธีการฆ่าตัวตาย
9. เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน
10. การวางแผนฆ่าตัวตาย /ความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย

ปัจจัยป้องกัน (Protective factors)

1. การสนับสนุนทางสังคม
2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
3. คุณค่า และมาตรฐานของชีวิต
4. ความสามารถในการแก้ปัญหา
5. ความศรัทธาในศาสนา
6. เอกลักษณ์ทางวัฒนธรรม
7. สถานภาพสมรส
8. ความรับผิดชอบต่อครอบครัว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

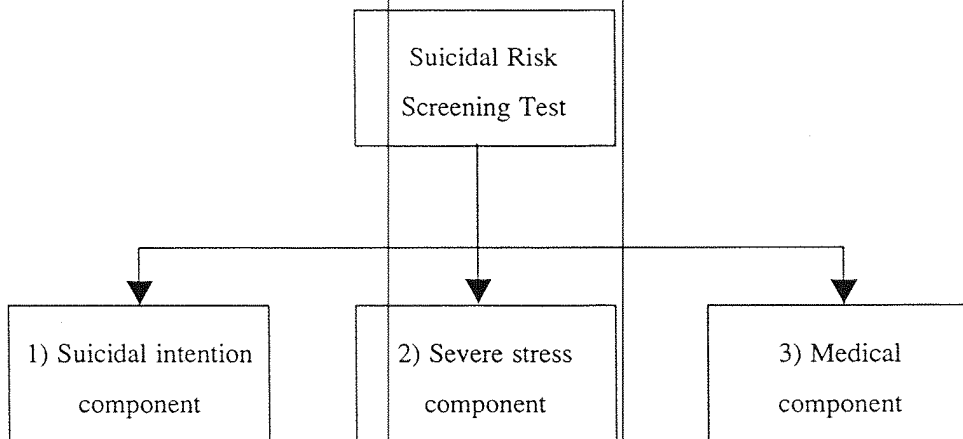
จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า สามารถจัดกลุ่มปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้บุคคลฆ่าตัวตาย ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่ฆ่าตัวตาย เพศ สถานภาพสมรส อายุ
2. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ มีความผิดปกติของชีวเคมีในสมอง
3. มีความเครียดอย่างรุนแรง เช่น มีเรื่องกดดัน ขับแค้นใจ สูญเสียของรัก คนรักบุคคลอันเป็นที่รัก ทรัพย์สิน เงินทอง หน้าที่การงาน หรือเกียรติยศศักดิ์ศรีในสังคม อาจมีเรื่องที่ทำให้ต้องเสื่อมเสียชื่อเสียง
4. มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและโรคทางจิตเวช อาจเป็นโรคร้ายแรง เรื้อรัง ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต หรือการมีประวัติเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุการฆ่าตัวตายมาก่อน
5. มีความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย เช่น เป็นทุกข์มากจนไม่อยากมีชีวิตอยู่ สิ้นหวัง ไร้ค่า กำลังมีความคิดฆ่าตัวตายหรือวางแผนฆ่าตัวตาย
6. ปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น มีคนในครอบครัวมีประวัติการฆ่าตัวตาย ขาดที่พึ่ง หรือสูญเสียแหล่งสนับสนุนทางด้านสังคม มีประวัติการใช้สารเสพติดหรือสุรา มีปิ่นไว้ในครอบครอง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นคณะผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย โดยพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประกอบด้วย 3 องค์ประกอบดังนี้

1. Suicidal intention component หมายถึง มีการแสดงเจตนา หรือตั้งใจ กระทำการฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน
2. Severe stress component หมายถึง มีภาวะเครียดอย่างรุนแรงอาจเกิดจากมีเรื่องทุกข์ใจ กดดัน ขับข้องใจอย่างมาก หรือมีการสูญเสียของรัก (บุคคล สิ่งของ หน้าที่การงาน)
3. Medical component หมายถึง มีประวัติที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายและจิตเวช ที่ร้ายแรง เรื้อรังจนมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือประวัติการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุ การฆ่าตัวตายมาก่อน

สำหรับปัจจัยในข้อ 1 คือข้อมูลทั่วไป เนื่องจากค่อนข้างกว้างไม่เฉพาะเจาะจงกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากนัก จึงไม่ได้นำมาเป็นองค์ประกอบร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยข้อ 2 ปัจจัยทางด้านชีวภาพซึ่งเป็นปัจจัยเกี่ยวกับสารเคมีในสมอง ซึ่งเป็นเรื่องไม่สามารถประเมินได้โดยการสัมภาษณ์หรือซักถาม จึงไม่ได้นำมาเป็นองค์ประกอบในการศึกษาเช่นกัน ปัจจัยที่ 6 ปัจจัยด้านอื่นๆ ไม่ได้ทำการศึกษาเช่นกันเนื่องจากบางข้อในปัจจัยนี้ นำไปเป็นข้อคำถามใน Component ที่ 1 เช่น การมีปิ่นไว้ในครอบครอง จะเปลี่ยนแปลงคำถามใหม่ให้เกี่ยวข้องกับการมีความคิดฆ่าตัวตาย และนำไปเป็นข้อคำถามใน Component 2 เรื่องการใช้เครื่องดืมแอลกอฮอล์ โดยอธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลมีความเครียดรุนแรง อาจหลีกเลี่ยงความเครียดโดยการเสพสารเสพติดหรือดืมเหล้า เพื่อหนีความทุกข์นั้น หรืออาจอธิบายว่าผู้ที่ดืมเหล้าอาจขาดสติยังคิดจนกระทำการฆ่าตัวตายได้ สำหรับการขาดที่พัก หรือสูญเสียแหล่งสนับสนุนทางสังคมก็ผนวกเป็นคำถามในเรื่องการสูญเสียของรัก หรือบุคคลอื่นเป็นที่รัก ฉะนั้นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจึงประกอบด้วย 3 Component ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการพัฒนา Suicidal Risk Screening Test

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research design)

การศึกษาค้นคว้าความต้องการของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เป็นการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross - sectional study)

ลักษณะของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and sampling)

ในการศึกษานี้ได้แบ่งการศึกษาก่อเป็น 4 ระยะ ซึ่งแต่ละระยะมีลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันดังนี้

1. การศึกษาระยะที่ 1 (Phase I)

การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและศึกษาความตรงตามเนื้อหา โดยการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Review literature) และประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ 17 คน เป็นจิตแพทย์ 7 คน พยาบาลจิตเวช 10 คน จำนวน 2 ครั้ง โดยพัฒนาเครื่องมือฉบับร่างจาก SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry Version 2.1) ของ WHO (1999) และของกรมสุขภาพจิต (2545) ที่เคยพัฒนาไว้

1.1 นำเครื่องมือไปทดสอบภาษาโดยทำ Focus group 5 ภาค (ภาคเหนือ กลาง ตะวันออกเฉียงเหนือ ตะวันออกและภาคใต้) รวม 10 กลุ่ม เป็นผู้รับบริการจากสถานอนามัย 5 กลุ่ม จากโรงพยาบาลชุมชน 5 กลุ่ม เนื่องจากต้องนำเครื่องมือไปใช้กับประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1.2 ปรับปรุงเครื่องมือโดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ ครั้งที่ 3 ในวันที่ 10 มีนาคม 2546 เพื่อพิจารณาผลการทำ Focus group และได้เครื่องมือฉบับร่าง 10 ข้อ

2. การศึกษาระยะที่ 2 (Phase II)

ทำการศึกษา Item analysis, Discriminative power, Factor analysis และ Concurrent validity โดยเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ วันที่ 6 - 15 พฤษภาคม 2546 กลุ่มตัวอย่าง 131 คน มีการเปรียบเทียบกับผลการวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมาจากแนวคิดที่ว่า ค่าถาม 1 ข้อ ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 5 - 10 คน (Streiner, Norman, 1995)

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. อายุ 15 ปีขึ้นไป
2. สื่อสารกับผู้วิจัยได้รู้เรื่อง
3. ยินดีให้ความร่วมมือในกระบวนการวิจัย

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่คัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) เป็นผู้ที่ออกจากการวิจัยก่อนครบกระบวนการ

3. การศึกษาระยะที่ 3 (Phase III)

การหาค่าความสอดคล้องในการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์ 2 คน (Agreement study) เก็บข้อมูลจาก ผู้รับบริการจิตผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 36 คน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง เช่นเดียวกับการศึกษาระยะที่ 2

4. การศึกษาระยะที่ 4 (Phase IV)

การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรอง (Validity study) โดยเก็บข้อมูลจากชุมชนบ้านท่ามะเค็ด บ้านท่ากระเสริม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

4.1 คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง เช่นเดียวกับการศึกษา ระยะที่ 2 แต่เพิ่ม Inclusion criteria อีก 1 ข้อ คือ เป็นผู้อาศัยในหมู่บ้านขณะทำการศึกษาน้อย 1 ปี

4.2 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดย

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 (\text{Sens}) (1-\text{Sens})}{d^2}$$

$$Z_{\alpha/2} = \text{ระดับความเชื่อมั่น } 95\% = 1.96$$

$$\text{Sens} = \text{ค่าความไวของแบบคัดกรอง (Sensitivity) ที่ต้องการ คือ } 85\%$$

$$d = \text{ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (Acceptable error) เท่ากับ } 20\% \text{ ของ ค่าความไวของเครื่องมือ หรือเท่ากับ } 0.20 \times 0.85 = 0.17$$

$$\text{แทนค่าจากสูตร } n = \frac{(1.96)^2 \times 0.85 \times 0.15}{(0.17)^2} = 17 \text{ คน}$$

จากการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตระดับจังหวัด ปี 2542 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ ,2543) พบว่ามีความคิดฆ่าตัวตาย 2.7%

ฉะนั้นผู้ป่วย 2.7 คน มาจากประชากร 100 คน ถ้าต้องการศึกษาผู้ป่วย 17 คน มาจากประชากร

$$\frac{100 \times 17}{2.7} = 629.6 \text{ คน}$$

ต้องทำการศึกษาน้อย 630 คน แต่จากการเก็บข้อมูลจริงเก็บได้ 715 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Tool and measurements)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย

1. แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งทำการพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือโดยมีวิธีการดังนี้

1.1 การศึกษาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นจิตแพทย์ 7 ท่าน และพยาบาลจิตเวช 10 ท่าน ณ ห้องประชุมรจริพิพัฒน์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ สำหรับจิตแพทย์ ประกอบด้วย

1.1.1 น.พ.ทวี	ตั้งเสรี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
1.1.2 พ.ญ.กนกวรรณ	กิตติวัฒนากุล	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
1.1.3 พ.ญ.ทัศนีย์	กุลชนะพงศ์พันธ์	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
1.1.4 น.พ.จุมภฏ	พรมสีดา	ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 6
1.1.5 รศ.พ.ญ.สุวรรณา	อรุณพงศ์ไพศาล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
1.1.6 รศ.น.พ.ธวัชชัย	กฤษณะประกรกิจ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
1.1.7 ผศ.พ.ญ.พูนศรี	รังษิณี	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สำหรับพยาบาลจิตเวช 10 ท่าน เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 10 ปี โดยทำการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ครั้งในวันที่ 18, 25 ตุลาคม 2545 ในการประชุมดังกล่าวได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำมาพิจารณาสาระสำคัญประกอบการพัฒนาเครื่องมือในครั้งนี้ด้วย โดยเครื่องมือที่สำคัญและนำมาเป็นแกนหลักในการพิจารณาร่วมด้วย ได้แก่ Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (1999) ของ World Health Organization (WHO) และเครื่องมือเดิมของกรมสุขภาพจิตที่เคยพัฒนาเอาไว้ได้เครื่องมือเริ่มต้นจำนวน 5 ข้อ

จากนั้นนำเครื่องมือที่ได้ไปทำการทดสอบภาษาเพื่อให้ทุกภาคสามารถสื่อความหมายได้เข้าใจตรงกัน โดยการทำ Focus group ในทุกภาคของประเทศรวมจำนวน 10 กลุ่ม ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้ โดยในแต่ละภาคทำ Focus group จำนวน 2 กลุ่มเป็นผู้รับบริการที่สถานีนอนมัย 1 กลุ่ม และผู้รับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน 1 กลุ่ม กลุ่มละประมาณ 8 - 12 คน ทั้งนี้เนื่องจาก เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาครั้งนี้จะนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้ ใช้เวลาดำเนินงานในระยะนี้ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2545 - มกราคม 2546 นำผลการทำ Focus group ที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาและคำพูดที่สามารถสื่อคำถาม ที่ต้องการคำตอบในแบบคัดกรองนี้

จัดให้มีการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิอีก 1 ครั้ง ในวันที่ 10 มีนาคม 2546 เพื่อปรับปรุงคำถามในแบบคัดกรองตามผลการทำ Focus group ทั่วประเทศ ได้คำถามในแบบคัดกรองฉบับร่าง จำนวน 10 ข้อ

1.2 การวิเคราะห์คำถาม การศึกษาอำนาจจำแนกของแบบคัดกรองระหว่างกลุ่มที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และคนปกติ การวิเคราะห์ปัจจัย การศึกษาความตรงตามสภาพ และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้กับผู้รับบริการ ณ ดิಕ್ಕผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ในวันที่ 6 - 15 พฤษภาคม 2546 จำนวน 131 คน (เป็นคนปกติ 88 คน ผู้ป่วย 43 คน ในการคัดเลือกผู้ป่วย โดยศึกษา จากประวัติ และการวินิจฉัยโรคของผู้มารับบริการว่ามีประวัติเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมาก่อน ส่วนคนปกติจะเป็นผู้ป่วย ที่มารับบริการด้วยโรคอื่นๆ หรือญาติผู้ป่วย) โดยใช้หลักการที่ว่า การสร้างคำถาม 1 คำถามต้องใช้ตัวอย่างอย่างน้อย 5 - 10 คน (Streiner and Norman, 1995) ผลการศึกษาพบว่า แบบคัดกรองนี้ยังคงมี 10 คำถาม เช่นเดิม แต่มีการปรับปรุงคำถามให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น และเป็นแบบคัดกรองที่มีอำนาจจำแนก ระหว่างผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและคนปกติ โดยมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แบบคัดกรองนี้มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1.) Depression component 2.) Suicidal intention component 3.) Severe stress component 4.) Alcohol abuse component และมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.756 ผลการศึกษาความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) เพื่อหาจุดตัดที่จะคัดกรองผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงเข้าพบแพทย์ในชุมชน ผู้ทรงคุณวุฒิเลือกจุดตัดที่ 1 คะแนนให้เข้าพบแพทย์ทุกคนในการศึกษาระยะต่อไป รายละเอียดศึกษาได้ในบทที่ 4 ตารางที่ 7

1.3 การวิเคราะห์คำถาม การศึกษาอำนาจจำแนกของแบบคัดกรองระหว่างผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และคนปกติ การวิเคราะห์ปัจจัย ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และความถูกต้องของเครื่องมือ (Validity study)

เนื่องจากเครื่องมือฉบับนี้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มประชาชนทั่วไป จึงทำการศึกษาแบบคัดกรองอีกครั้งในประชากรที่อยู่อาศัย ณ บ้านท่ามะเค็ด บ้านท่ากระเสริม ตำบลท่ากระเสริม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 715 คน ที่เลือกสถานที่นี้เป็น สถานที่ทำการการศึกษา เนื่องจากเป็นที่ที่เคยประสบอุทกภัยมาก่อน จึงอาจมี Case ที่มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเข้าสู่ระบบการศึกษาได้ทำการศึกษาดังแต่วันที่ 7 - 15 มิถุนายน 2546 ผลการศึกษา ที่ได้จะนำเสนอในบทที่ 4 ต่อไป

1.4 การให้คะแนนในแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบบคัดกรองทั้งหมดมี 10 ข้อ มีคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ มี และ ไม่มี โดยถ้าตอบว่า มีอาการในข้อใดให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่มีให้ 0 คะแนน

2. จิตแพทย์ (Gold standard) ในการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์จะใช้แนวทางการวินิจฉัยโรค โดยใช้ MINI ฉบับภาษาไทย (Mini International Neuropsychiatric Interview) ซึ่งทำการศึกษาโดยแพทย์หญิง พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2546) สำหรับจิตแพทย์ 2 ท่านได้แก่

พ.ญ.กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล นายแพทย์ 7 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

พ.ญ.ทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์ นายแพทย์ 6 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

การศึกษาค่าความพ้องในการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์ 2 ท่าน (Agreement study) เป็นวิธีการวัดความเชื่อมั่นอีกแบบหนึ่ง เพื่อพิจารณาว่าแพทย์ทั้ง 2 ท่าน วินิจฉัยโรคในผู้ป่วยคนเดียวกัน จะให้ผลสอดคล้องกันหรือไม่ โดยให้ตรวจวินิจฉัยผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตาม ICD - 10 หรือ DSM IV แก่ผู้ที่มีประวัติรับบริการ ณ ดิกรผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในวันที่ 19 - 20 พฤษภาคม 2546 จำนวน 36 คน ผลการศึกษาพบว่า ได้ค่าความพ้องในการวินิจฉัยโรคตรงกันของแพทย์ 2 ท่าน เท่ากับ 0.788 (Kappa = 0.788 $P < 0.001$) การแปลผลค่า Kappa statistic (Landis, J.R. & Koch, G.G, 1977) ดังตาราง

Kappa statistic	Strange of Agreement
< 0.00	แย่ (Poor)
0.00 - 0.20	น้อย (Slight)
0.21 - 0.40	พอใช้ (Fair)
0.41 - 0.60	ปานกลาง (Moderate)
0.61 - 0.80	เกือบดี (Substantial)
0.81 - 1.00	ดีมาก/ค่อนข้างสมบูรณ์ (Almost Perfected)

จากตารางพบว่า ความพ้องในการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์ 2 ท่านในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในเกณฑ์เกือบดี (Substantial)

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting data)

ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

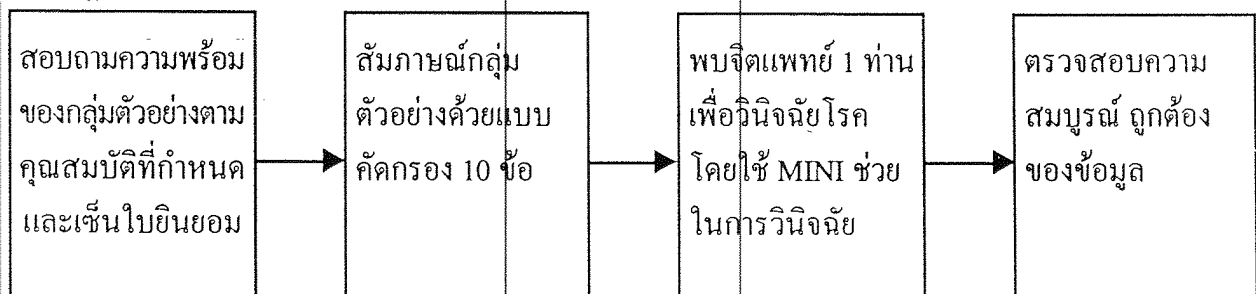
1. การเก็บข้อมูลในระยะที่ 1

การวิเคราะห์คำถาม การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และคนปกติ การวิเคราะห์ปัจจัย และการศึกษาความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) เก็บรวบรวมข้อมูล ณ ดึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ดังนี้

1.1 ประชุมทีมงานเพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูลจำนวน 8 คน เป็นจิตแพทย์ 2 คน และพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค 6 คน โดยทำความเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ทดลองฝึกปฏิบัติ การสัมภาษณ์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ก่อนลงมือเก็บข้อมูล

1.2 เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการดึกผู้ป่วยนอก จำนวน 131 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด ตั้งแต่วันที่ 6 - 15 พฤษภาคม 2546 โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลตามภาพที่ 2 ดังนี้

ภาพที่ 2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้รับบริการ ณ ดึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



หมายเหตุ ผู้รับบริการพบแพทย์โดยแพทย์ไม่ทราบผลคะแนนจากแบบคัดกรอง และไม่มีประวัติของผู้รับบริการ (Blind technique) เนื่องจากอาจเกิดปัญหาจากการวินิจฉัยโรคเดิมที่ผู้ป่วยเก่าได้รับในกรณีเป็นผู้ป่วยเก่าอาจเกิดอคติ (Bias) ในการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยได้ จิตแพทย์จึงมีเพียงชื่อและนามสกุล ผู้ป่วยอยู่ในมือเท่านั้น

2. การเก็บข้อมูลในระยะที่ 2

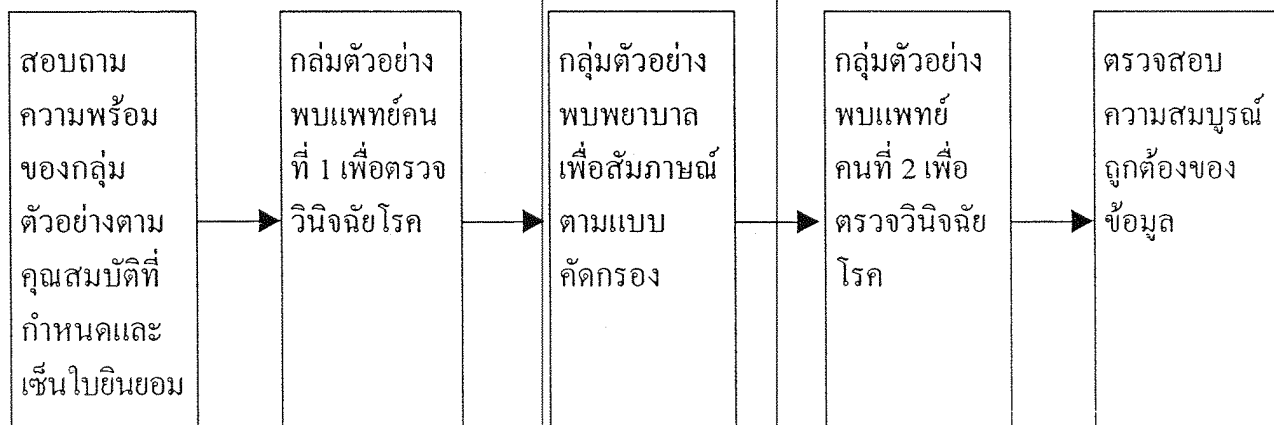
การศึกษาความสอดคล้องในการวินิจฉัยโรคตรงกันของจิตแพทย์ (Gold standard) จำนวน 2 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยนอกจำนวน 36 คน ในช่วงวันที่ 19 - 21 พฤษภาคม 2546

2.1 ดำเนินการประชุมเตรียมความพร้อมเช่นเดียวกับข้อ 1.1 โดยผู้เข้าร่วมประชุมเป็นพยาบาลวิชาชีพ 4 คน และจิตแพทย์ 2 คน

2.2 จิตแพทย์ 2 คน ตกลงทำความเข้าใจในการใช้ MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลและทำการศึกษาโดย แพทย์หญิงพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2546) (ได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์ คือ Sheehan, DV & Leerubier Y, MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW ENGLISH VERSION 5.00, 2002) ซึ่งเป็นเครื่องมือในการช่วย วินิจฉัย ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.3 เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มีารับบริการ ณ ดิกรผู้ป่วยนอกจำนวน 36 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลตามภาพที่ 3 ดังนี้

ภาพที่ 3 ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ณ ดิกรผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในการศึกษา Agreement study



- หมายเหตุ
1. จิตแพทย์ทั้ง 2 ท่าน ไม่ทราบผลการวินิจฉัยโรคซึ่งกันและกัน
 2. จิตแพทย์ทั้ง 2 ท่าน ไม่ทราบคะแนนจากแบบคัดกรอง
 3. จิตแพทย์ไม่มีประวัติผู้รับบริการประกอบการวินิจฉัยโรค

3. การเก็บข้อมูลในระยะที่ 3

เป็นการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองในชุมชนโดยดำเนินการดังนี้

3.1 ติดต่อประสานงานกับสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สาธารณสุขอำเภอน้ำพอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยบ้านท่ามะเดื่อ สถานีอนามัยท่ากระเสริม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินงานวิจัย

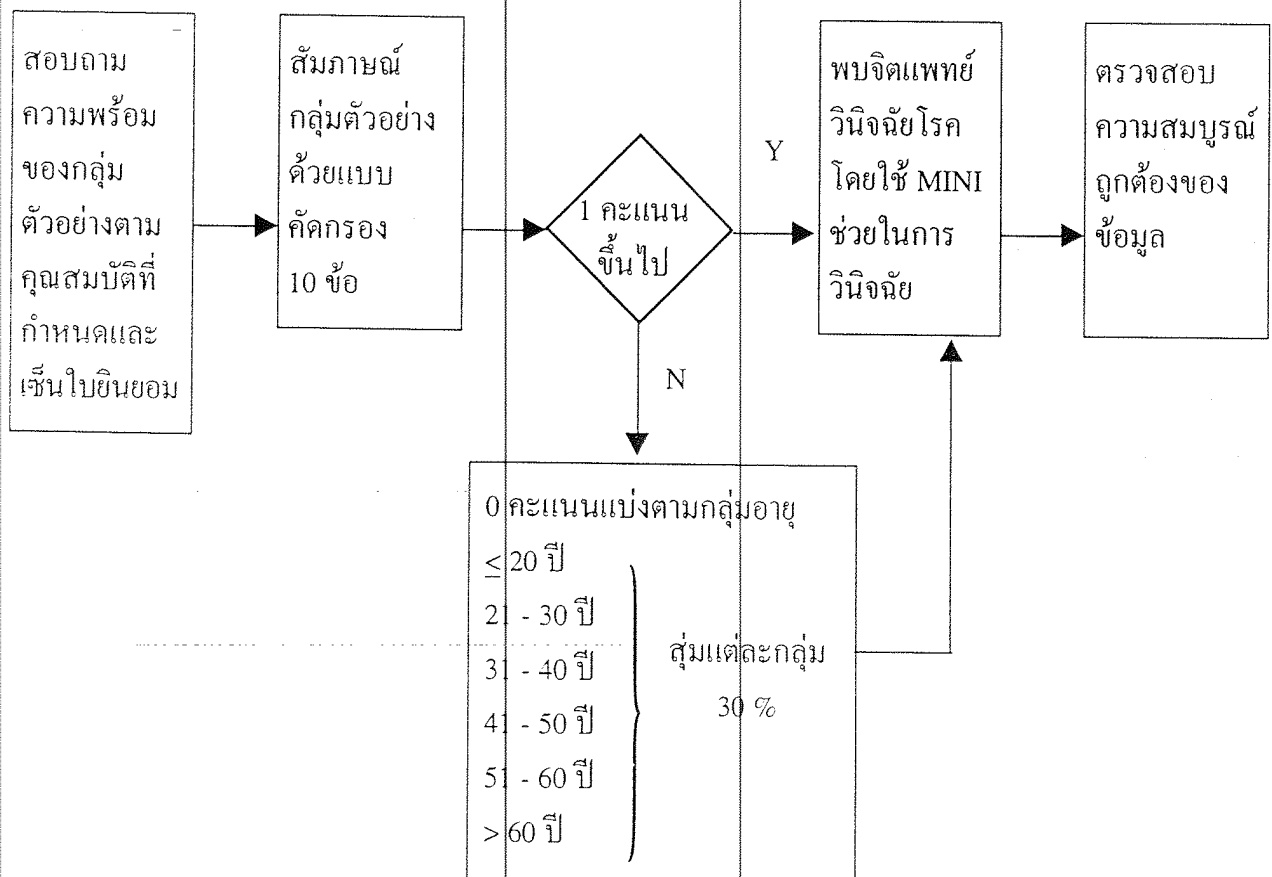
3.2 ประชุมทีมงานเพื่อเตรียมความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชนโดยการทำ ความเข้าใจ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการใช้แบบคัดกรองตลอดจนทดลองปฏิบัติการเก็บข้อมูล

จนเกิดความมั่นใจ สำหรับผู้ที่ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค นักสังคมสงเคราะห์ และนักอาชีวบำบัด จำนวน 20 คน ซึ่งผู้ที่ทำการชี้แจงถึงขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล จะเป็นบุคคลเดียวกันตลอดในการศึกษาทุกระยะ

3.3 เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เช่นเดียวกับการศึกษาทุกระยะ แต่เพิ่มคุณสมบัติอีก 1 ข้อ คือ เป็นผู้ที่อยู่อาศัยในหมู่บ้านนั้นๆ ขณะทำการศึกษอย่างน้อย 1 ปี เก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 715 คน ตั้งแต่วันที่ 7 - 15 มิถุนายน 2546

3.4 ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำผลการศึกษาความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) ของการศึกษา ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มาประกอบการคัดกรองผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงเข้ามาพบแพทย์ในชุมชน โดยผู้ที่มีคะแนนในแบบคัดกรอง 1 คะแนนขึ้นไปเข้าพบแพทย์ทุกคน สำหรับผู้ที่มีคะแนน 0 คะแนน จะแบ่งตามกลุ่มอายุและจะสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ในแต่ละกลุ่มอายุ กลุ่มละ 30% เข้าพบแพทย์ ดังภาพที่ 4

ภาพที่ 4 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ณ บ้านท่ามะเค็ด บ้านท่ากระเสริม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น



หมายเหตุ- 1- การดำเนินงานทุกกระบวนการดำเนินการในเวลาเดียวกัน

2. สุ่มตัวอย่างจากกลุ่มอายุ กลุ่มละ 30% โดยจับฉลากเลขที่เริ่มต้นได้เลขที่ 1 ฉะนั้นผู้ที่มีคะแนน 0 คะแนน เมื่อลงทะเบียนตามกลุ่มอายุ หมายเลขที่ต้องพบแพทย์ ได้แก่ 1,4,7,11n เข้าพบแพทย์ เพื่อวินิจฉัยโรค

3.5 กลุ่มตัวอย่างเข้าพบจิตแพทย์เพื่อวินิจฉัยว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือไม่โดยจิตแพทย์ไม่ทราบคะแนนจากแบบคัดกรอง กลุ่มตัวอย่าง 1 คน พบแพทย์เพียง 1 ท่าน

3.6 นำแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและแบบวินิจัยโรค MINI มาตรวจสอบความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูล แปลงคำตอบที่ได้จากเครื่องมือทั้งสองประเภทเป็นค่าคะแนนและนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล (Analysing data)

นำข้อมูลที่ได้ป้อนข้อมูลเข้าคอมพิวเตอร์เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS/PC⁺ และกำหนดสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การศึกษาความตรงตามโครงสร้างและการวิเคราะห์ข้อคำถาม (Construct validity and item analysis) โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) ซึ่งประกอบไปด้วย Factor loading และการวิเคราะห์คำถามโดยใช้ Correlation และ Cronbach's alpha coefficient
3. การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและคนปกติโดยใช้ mean difference และ independent t-test
4. ทดสอบความถูกต้อง (validity) ของแบบคัดกรอง (screening test) กับการวินิจัยโรคของแพทย์ (gold standard) โดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง MINI ใช้เกณฑ์การวินิจัยของ ICD - 10 และ DSM IV โดยหาค่าความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) คุณค่าการทำนายผลบวก (positive predictive value) คุณค่าการทำนายผลลบ (negative predictive value) ความถูกต้องของการทดสอบ (accuracy) ความชุกของโรค (prevalence) และค่า 95% confidence interval ของความไว ความจำเพาะ การทำนายผลบวกและลบ ตามสูตรต่อไปนี้ (เกียรตินิชัย ภูมิปัญญา และสมิตร สุตรา, ม.ป.ป.; Amitage. P., Berry. G. 1994 ; Regier. D., Burke. J., 1995)

		ผลการตรวจของแพทย์ (Gold standard)		
		เป็นโรค +	ไม่เป็นโรค -	
ผลการตรวจจากแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (screening test)	เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย +	TP a	b FP	a + b
	ไม่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย -	FN c	d TN	c + d
		a + c	b + d	

TP = True Positive ผลบวกจริง
 FP = False Positive ผลบวกเท็จ
 FN = False Negative ผลลบเท็จ
 TN = True Negative ผลลบจริง

สูตรความไวของการทดสอบ

sensitivity

$$= \frac{a}{(a + c)}$$

สูตรความจำเพาะของการทดสอบ

specificity

$$= \frac{d}{(b + d)}$$

สูตรคุณค่าของการทำนายผลบวก

positive predictive value

$$= \frac{a}{(a + b)}$$

สูตรคุณค่าของการทำนายผลลบ

negative predictive value

$$= \frac{d}{(c + d)}$$

สูตรความถูกต้องของการทดสอบ

accuracy

$$= \frac{(a + d)}{(a + b + c + d)}$$

สูตรความชุกของโรค

prevalence

$$= \frac{a + c}{(a + b + c + d)}$$

สูตร 95 % CI ของค่าความไว

S.E sens

$$= \text{sens} \pm 1.96 \text{ S.E. sens}$$

$$= \frac{(\text{sens})(1 - \text{sens})}{\sqrt{a + c}}$$

สูตร 95 % CI ของค่าความจำเพาะ

S.E spec

$$= \text{spec} \pm 1.96 \text{ S.E. spec}$$

$$= \frac{(\text{spec})(1 - \text{spec})}{\sqrt{b + d}}$$

สูตร 95 % CI ของการทำนายผลบวก

S.E pre +

$$= +\text{pre V} \pm 1.96 \text{ S.E. pre+}$$

$$= \frac{(+ \text{preV.})[1 - (+ \text{preV.})]}{\sqrt{a + b}}$$

สูตร 95 % CI ของการทำนายผลลบ

S.E pre -

$$= -\text{pre V} \pm 1.96 \text{ S.E. pre-}$$

$$= \frac{(- \text{preV.})[1 - (- \text{preV.})]}{\sqrt{c + d}}$$

ผลการวิจัย

การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้นำเสนอผลการศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ค่าถ่วง การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและคนปกติ การวิเคราะห์ปัจจัย และการศึกษาความตรงตามสภาพในการศึกษา ณ ดิಕ್ಕผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ ได้แก่

- 1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา
- 1.2 การวิเคราะห์ค่าถ่วง (Item analysis)
- 1.3 การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและผู้ที่ไม่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Discriminative power) ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ ICD - 10 และ DSM IV โดยการตรวจของจิตแพทย์
- 1.4 การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis)
- 1.5 การศึกษาความถูกต้องในการทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน (Concurrent validity) หรือการศึกษาความตรงตามสภาพ

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ค่าถ่วง การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่เป็นโรคและคนปกติ การวิเคราะห์ ปัจจัย และการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในการศึกษา ณ บ้านท่ามะเดื่อ บ้านท่ากระเสริม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

- 2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา
- 2.2 การวิเคราะห์ค่าถ่วง (Item analysis)
- 2.3 การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า (Discriminative power)
- 2.4 การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis)
- 2.5 การศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือ (Validity study)

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ค่าถ่วง การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและคนปกติ การวิเคราะห์ปัจจัย และการศึกษาความตรงตามสภาพ

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

1.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ณ ดิಕ್ಕผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 61.1 มีสถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 56.5 มีอายุอยู่ในช่วง 31 - 50 ปี ร้อยละ 49.6 อายุเฉลี่ย 42.27 (S.D.13.25) อายุน้อยที่สุด 17 ปี มากที่สุด 69 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 54.2 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 16.8 มีอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 32.1

เมื่อทำการศึกษาว่าในช่วง 1 เดือน หรือก่อนหน้านี้นี้มีปัญหาสุขภาพ (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ แล้วว่าเป็นโรค) หรือไม่ ส่วนใหญ่ตอบว่ามี ร้อยละ 60.3 โรคที่มีปัญหามากที่สุด ได้แก่ โรคทางจิตเวช ร้อยละ 51.3 รองลงมาเป็นโรคอื่นๆ (ระบุ) ร้อยละ 16.5 หมายถึง โรคภูมิแพ้ โรคผิวหนัง วัณโรคเรื้อรัง ปวดหลัง ปวดเอว คอพอก เลือดจาง ทางเดินปัสสาวะอักเสบ เป็นต้น ดังตารางที่ 2

1.1.2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ณ ดิಕ್ಕผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

จากการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยฆ่าตัวตาย ร้อยละ 94.7 เคยฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.3 สาเหตุที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มาจากปัญหาครอบครัว ร้อยละ 2.3 วิธีการที่ฆ่าตัวตายโดยการกินยาเกินขนาด ร้อยละ 1.5 และใช้วิธีการอื่นๆ (หมายถึงใช้หลายวิธีร่วมกัน) ร้อยละ 1.5 เช่นเดียวกัน เวลาที่ทำการฆ่าตัวตายเป็นเวลา 21.00 น. และไม่ระบุเวลามีจำนวนเท่าๆ กัน คือ ร้อยละ 1.5 เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้ง 2 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.5 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่ทำการรักษาโดยจำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส อายุ และระดับการศึกษา (n = 131)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	51	38.9
	หญิง	80	61.1
สถานภาพสมรส			
	โสด	28	21.4
	คู่อยู่ด้วยกัน	74	56.5
	คู่แยกกันอยู่	10	7.6
	หม้าย	11	8.4
	หย่า/ร้าง	8	6.1
อายุ			
	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	3	2.3
	21 - 30 ปี	25	19.1
	31 - 40 ปี	33	25.2
	41 - 50 ปี	32	24.4
	51 - 60 ปี	24	18.3
	มากกว่า 60 ปี	14	10.7
หมายเหตุ อายุเฉลี่ย 42.27 ปี (S.D. 13.25) อายุน้อยที่สุด 17 ปี มากที่สุด 69 ปี			
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้เรียน	2	1.5
	ประถมศึกษา	71	54.2
	มัธยมศึกษา	22	16.8
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	13	9.9
	ปริญญาตรี	15	11.5
	อื่นๆ (ระบุ)	8	6.1
รวม		131	100.0

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่ทำการศึกษโดยจำแนกตามอาชีพ ปัญหาสุขภาพ โรคที่มีปัญหา (n = 131) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกร	42	32.1
รับจ้าง	18	13.7
ค้าขาย	15	11.5
รับราชการ	8	6.1
ว่างงาน	8	6.1
อื่นๆ (ระบุ)	40	30.5
ในช่วง 1 เดือนก่อนหน้านี้มีปัญหาสุขภาพ (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค)		
ไม่มี	52	39.7
มี	79	60.3
โรคที่ท่านมีปัญหา ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ (n = 115)		
โรคหัวใจ	1	0.9
ความดันโลหิตสูง	2	1.7
โรคกระดูกและข้อ	8	7.0
เนื้องอก	1	0.9
เบาหวาน	6	5.2
โรคปอดหรือหลอดลม	2	1.7
โรคทางจิตเวช	59	51.3
โรคกระเพาะ	17	14.8
โรคอื่นๆ (ระบุ)	19	16.5
รวม	131	100.0

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
ราชนครินทร์ที่ทำการศึกษ (n = 131)

ข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	จำนวน	ร้อยละ
ท่านเคยฆ่าตัวตายหรือไม่		
ไม่เคย	124	94.7
เคย	7	5.3
สาเหตุที่ฆ่าตัวตาย (n = 7)		
ปัญหาเศรษฐกิจ	1	0.8
ปัญหาครอบครัว	3	2.3
ปัญหาการเรียน	-	-
ปัญหาความรัก	1	0.8
ปัญหาสุขภาพ	1	0.8
การสูญเสีย (ชีวิต ทรัพย์สิน บุคคล)	-	-
ปัญหาเพื่อนบ้านและสิ่งแวดล้อม	1	0.8
ปัญหาสิ่งเสพติด	-	-
อื่นๆ (ระบุ)	-	-
วิธีการฆ่าตัวตาย (n = 7)		
กินยาเกินขนาด	2	1.5
กินสารกำจัดแมลง	1	0.8
ใช้ปืน	1	0.8
วิ่งให้รถชน	1	0.8
อื่นๆ (ระบุ)	2	1.5
เวลา (n = 7)		
8.00	1	0.8
12.00	1	0.8
18.00	1	0.8
21.00	2	1.5
ไม่ระบุเวลา	2	1.5

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	จำนวน	ร้อยละ
เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายครั้งที่ 3		
เคยโดยใช้ของมีคม ของแข็ง	1	0.8
ไม่เคย	130	99.2
เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายครั้งที่ 4		
เคยโดยใช้วิธีการผูกคอ	1	0.8
ไม่เคย	130	99.2

1.2 การวิเคราะห์ค่าถาม (Item analysis)

ในการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ค่าถามในแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน ของแต่ละข้อคำถามกับคะแนนรวม ว่าคำถามใดที่บ่งบอกถึงลักษณะของสิ่งที่กำลังจะวัด น่าจะมีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมของคำถามทั้งหมด (Item total correlation) โดยความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวมควรมีค่าความสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป พบว่าข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ข้อที่ 9 เป็นทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป ข้อ 8 รู้สึกสิ้นหวังไม่มีค่าที่จะอยู่ต่อไป ข้อ 1 มีสีหน้าเป็นทุกข์ หม่นหมอง เศร้าซึม ร้องไห้ (ผู้สัมภาษณ์สังเกตพบขณะสัมภาษณ์) โดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.7237 0.7201 0.5435 สำหรับข้อที่มีค่าความสัมพันธ์ต่ำกว่า 0.2 คือ ข้อ 6 ทานดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์บ่อยครั้ง ดื่มหนักดื่มจนเมา มีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.0347 และหากตัดข้อนี้ออกค่า Cronbach's alpha coefficient จะมีค่าเพิ่มขึ้นเป็น 0.773 ซึ่งสูงกว่าค่า alpha ในภาพรวม คือ 0.756 แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเห็นตรงกันว่า การดื่มแอลกอฮอล์ยังเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินความเสี่ยงของผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ทั้งนี้เพราะแอลกอฮอล์ทำให้ขาดการยั้งคิดและอาจกระทำการฆ่าตัวตายโดยควบคุมตนเองไม่ได้ (Impulsive) จึงให้คงคำถามนี้ไว้เช่นเดิม ไม่ตัดออก รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยถำตัดคำถาม ความแปรปรวนถำตัดคำถาม ความสัมพันธ์ของแต่ละคำถาม กับคะแนนรวม และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือถำตัดคำถาม (n = 131)

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Alpha if Item Deleted
1. มีสีหน้าเป็นทุกข์ หม่นหมองเศร้าซึม ร้องไห้ (ผู้สัมภาษณ์สังเกตพบขณะสัมภาษณ์)	1.3740	2.6359	.5435	.3477	.7145
2. เป็นโรคร้ายแรงหรือเรื้อรัง และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมาก	1.5802	3.2147	.3353	.2209	.7477
3. เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุฆ่าตัวตายหรือเคยทำมาก่อน	1.6641	3.5325	.2551	.2235	.7590
5. มีการสูญเสียของรัก (คนรัก เงินทอง หรือบุคคลอันเป็นที่รัก หน้าที่การงาน)	1.5115	3.1133	.3108	.2251	.7534
6. ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์บ่อยครั้ง ดื่มหนัก ดื่มจนเมา	1.6183	3.5763	.0347	.0510	.7773
7. มีเรื่องกดดัน หรือคับข้องใจ	1.1985	2.5911	.5097	.2957	.7238
8. รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีค่าที่จะอยู่ต่อไป	1.4427	2.5102	.7201	.8855	.6786
9. เป็นทุกข์ จนไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป	1.4351	2.4938	.7237	.8827	.6774
10. กำลังคิดฆ่าตัวตาย	1.6107	3.1934	.4493	.3849	.7359

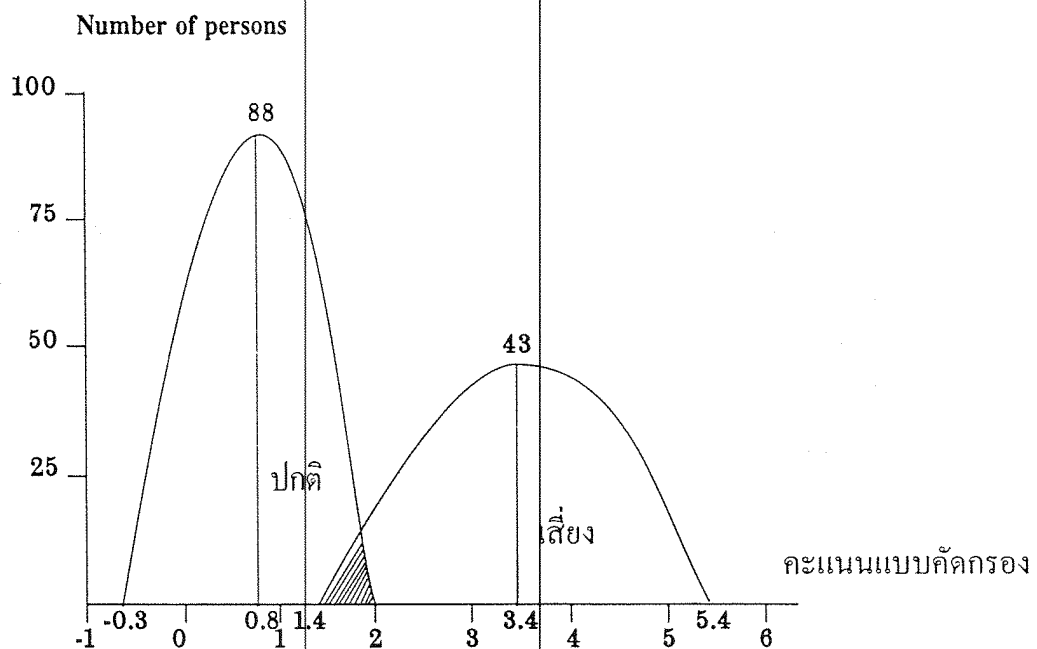
ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) = 0.756

1.3 การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้ที่ไม่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาโดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่า t เท่ากับ - 9.396 โดยคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเท่ากับ 0.83 และกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเท่ากับ 3.42 รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ไม่เสี่ยงและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ณ ดิಕ್ಕผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (n = 131)

เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	จำนวน	$\bar{x}$	S.D.	t	P-value
ไม่มีความเสี่ยง	88	0.83	1.17	- 9.396	.001
มีความเสี่ยง	43	3.42	1.98		

ภาพที่ 5 การกระจายของคะแนนแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยง (n = 131)



จากภาพที่ 5 แสดงการกระจายของคะแนนแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพบว่าในกลุ่มปกติ หรือกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีการกระจายของคะแนนแบบคัดกรอง ตั้งแต่ - 0.3 ถึง 2.0 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.8 (กลุ่มตัวอย่างปกติมีทั้งหมด 88 คน) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีการกระจายของคะแนนแบบคัดกรองตั้งแต่ 1.4 ถึง 5.4 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.4 (กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีทั้งหมด 43 คน)

1.4 การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) ของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นการศึกษาว่าแบบคัดกรองนี้มีโครงสร้างประกอบด้วย องค์ประกอบอะไรบ้างและข้อคำถามแต่ละข้อมีความสัมพันธ์หรือสอดคล้องกับข้อคำถามอื่นหรือไม่ โดยพิจารณาจากค่า factor loading ถ้าอยู่ในระดับต่ำกว่า 0.40 จะคัดข้อนั้นออกไปตลอดจนการปรับเปลี่ยนข้อคำถาม ผลการประชุมของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 Depression component

มีคำถามที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน 5 ข้อ คือ ข้อ 1 มีสีหน้าเป็นทุกข์ หม่นหมอง เศร้าซึม ร้องไห้ ข้อ 2 เป็นโรคเรื้อรัง หรือเรื้อรังและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมาก ข้อ 7 มีเรื่องกดดันหรือคับข้องใจ ข้อ 8 รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีค่าที่จะอยู่ต่อไป ข้อ 9 เป็นทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป โดยมีค่า factor loading เท่ากับ 0.701 0.705 0.588 0.737 0.727 ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 2 Suicidal intention component

มีคำถามที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน 2 ข้อ คือ ข้อ 3 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุฆ่าตัวตาย หรือเคยทำมาก่อน ข้อ 10 กำลังคิดฆ่าตัวตาย โดยมีค่า factor loading เท่ากับ 0.812 0.798 ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 3 Severe stress component

มีเพียงคำถามเดียว คือ ข้อ 5 มีการสูญเสียของรัก (คนรัก เงินทองหรือบุคคลอันเป็นที่รัก หน้าที่ การงาน) โดยมีค่า factor loading เท่ากับ 0.915

องค์ประกอบที่ 4 Alcohol abuse component

มีเพียงคำถามเดียว คือ ข้อ 6 ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์บ่อยครั้ง ดื่มหนัก ดื่มจนเมา โดยมีค่า factor loading เท่ากับ 0.865 นอกจากนี้ยังมีคำถามข้อ 4 สูญเสียวิถีชีวิตที่สำคัญอย่างไมคาดคิด ไม่สามารถหาค่า factor loading ได้เลยเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา 131 คน ไม่มีใครตอบคำถามในข้อนี้ว่า มีแต่ตอบว่าไม่มีทั้ง 131 คน จึงไม่สามารถหาค่า factor loading ได้ แต่ผู้ทรงคุณวุฒิมีมติว่าเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องประเมินกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจึงให้คงข้อคำถามนี้ไว้เช่นเดิมในการศึกษาระยะต่อไป รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่า factor loading ของรายการคำถามในแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง (n = 131)

Component	Item number	Factor loading
1 Depression	1. มีสีหน้าเป็นทุกข์ หม่นหมอง เศร้าซึม ร้องไห้ (ผู้สัมภาษณ์สังเกตพบขณะสัมภาษณ์)	0.701
	2. เป็นโรคเรื้อรังหรือเรื้อรัง และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมาก	0.705
	7. มีเรื่องกดดันหรือคับข้องใจ	0.588
	8. รู้สึกสิ้นหวังไม่มีค่าที่จะอยู่ต่อไป	0.737
	9. เป็นทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป	0.727
2 Suicidal intention	3. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุฆ่าตัวตาย หรือเคยทำมาก่อน	0.812
	10. กำลังคิดฆ่าตัวตาย	0.798
3 Severe stress	5. มีการสูญเสียของรัก (คนรัก เงินทองหรือบุคคลอันเป็นที่รัก หน้าที่การงาน)	0.915
4 Alcohol abuse	6. ทานดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์บ่อยครั้ง ดื่มหนัก ดื่มจนเมา	0.865

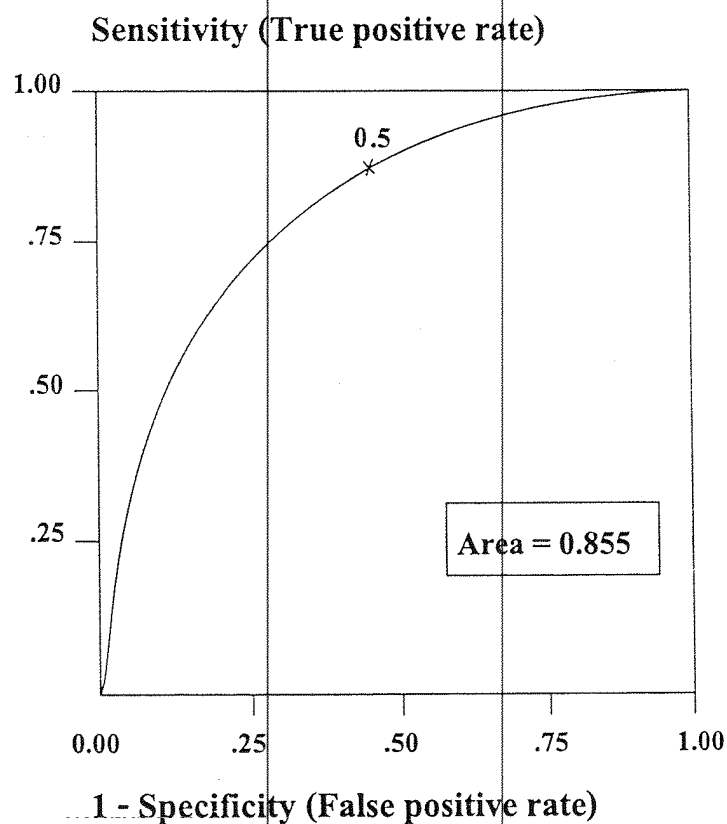
1.5 การศึกษาความถูกต้องในการทำนายภาวะซึมเศร้าโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน (Concurrent validity)

ในการศึกษาความตรงตามสภาพระหว่างแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์ โดยใช้ M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) เป็นเครื่องมือในการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า Cut off point ที่ 1 คะแนน ให้ค่าความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 90.7 (95% CI ร้อยละ 85.7 - 95.7) ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 54.6 (95% CI ร้อยละ 46.0-63.1) ค่าความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เท่ากับ ร้อยละ 66.4 โดยมีความซุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เท่ากับ ร้อยละ 32.8 รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้องของการทดสอบ ความชุก
ของความเสียหายต่อการฆ่าตัวตาย (n = 131)

Cut off point	Sensitivity 95% CI (Lower - Upper)	Specificity 95% CI (Lower-Upper)	PPV 95% CI (Lower-Upper)	NPV 95% CI (Lower-Upper)	Accuracy	Prevalence
0.5 (0/1)	90.7 85.7 - 95.7	54.6 46.0 - 63.1	49.4 40.8 - 57.9	92.3 87.1 - 96.9	66.4	32.8

ภาพที่ 6 ROC Curve ของแบบคัดกรองความเสียหายต่อการฆ่าตัวตาย (n = 131)



จากภาพที่ 6 เมื่อพิจารณา ROC curve เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสม พบว่า จุดตัดที่ 1 จะแนบเป็นค่า
ที่ให้ความไว (Sensitivity) หรือผลบวกในคนที่ป่วยโรจริง (True positive rate) ก่อนข้างสูง หรือ ร้อยละ 90.7
ในขณะที่ค่าผลบวกเท็จ (False positive rate) หรือผลบวกในคนปกติมีอัตราที่ค่อนข้างต่ำ คือ ร้อยละ 45.4
และมีคุณสมบัติของเครื่องมือในการคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเที่ยงตรงถึง ร้อยละ 85.5 (Area under
ROC curve = 0.855)

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์คำถาม การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและคนปกติ การวิเคราะห์ปัจจัย และการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในการศึกษา ณ บ้านท่ามะเดื่อ บ้านท่ากระเสริม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.6 สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 70.8 มีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 30.9 รองลงมา 51 - 60 ปี ร้อยละ 22.9 อายุเฉลี่ย 50.81 (S.D. 16.96 Median 52 ปี อายุน้อยที่สุด 15 ปี อายุมากที่สุด 98 ปี)

ในด้านอาชีพพบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรมร้อยละ 73.7 มีปัญหาสุขภาพในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 56.2 และไม่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 43.8 สำหรับปัญหาสุขภาพที่มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ได้แก่โรคอื่นๆ ร้อยละ 37.6 (ได้แก่ โรคคอพอก โรคภูมิแพ้ ผื่นหนัง ปวดหลัง ปวดเอว โรคเกี่ยวกับตา ริดสีดวง ไข้หวัดในฤดูน้ำดี เป็นต้น) รองลงมาเป็นโรคกระเพาะ ร้อยละ 18.2 โรคกระดูกและข้อ ร้อยละ 16.0

2.2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาพบว่าไม่เคยฆ่าตัวตาย ร้อยละ 99.0 เคยฆ่าตัวตาย ร้อยละ 1.0 โดยใช้วิธีการผูกคอตายและกินสารกำจัดแมลงมีจำนวนเท่าๆ กัน ร้อยละ 0.4,0.4 ตามลำดับ มีสาเหตุการฆ่าตัวตายมาจากครอบครัว ร้อยละ 0.6 เวลาที่ลงมือกระทำการ คือ เวลา 9.00 และ 14.00 น. มีจำนวนเท่าๆ กัน ร้อยละ 0.3,0.3 ตามลำดับ สถานที่ที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย คือ ห้องนอน ร้อยละ 0.6 รายละเอียดดังตารางที่ 8 - 9

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างบ้านท่ามะเดื่อ และบ้านท่ากระเสริมที่ทำการศึกษาโดยจำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส และอายุ (n = 715)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	189	26.4
	หญิง	526	73.6
สถานภาพสมรส	โสด	79	11.0
	คู่อยู่ด้วยกัน	506	70.8
	คู่แยกกันอยู่	12	1.7
	หม้าย	108	15.1
	หย่า/ร้าง	10	1.4
อายุ	ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	51	7.1
	21 - 30 ปี	39	5.5
	31 - 40 ปี	103	14.4
	41 - 50 ปี	137	19.2
	51 - 60 ปี	164	22.9
	มากกว่า 60 ปี	221	30.9
	หมายเหตุ อายุเฉลี่ย 50.81 ปี (S.D. 16.96) มีฐาน 52 ปี		
อายุน้อยที่สุด 15 ปี มากที่สุด 98 ปี			

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างบ้านท่ามะเดื่อ และบ้านท่ากระเสริมที่ทำการศึกษโดยจำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ และปัญหาสุขภาพ (n = 715) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้เรียน	39	5.5
	ประถมศึกษา	558	78.0
	มัธยมศึกษา	90	12.6
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	7	1.0
	ปริญญาตรี	5	0.7
	อื่นๆ (ระบุ)	16	2.2
อาชีพ			
	เกษตรกรรวม	527	73.7
	รับจ้าง	26	3.6
	ค้าขาย	13	1.8
	รับราชการ	4	0.6
	ว่างงาน	38	5.3
	อื่นๆ (ระบุ)	107	15.0
ในช่วง 1 เดือนก่อนหน้านี้มีปัญหาสุขภาพ (ผ่านการวินิจฉัยโรคจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค)			
	ไม่มี	313	43.8
	มี	402	56.2
รวม		715	100.0

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างบ้านท่ามะเค็ด และบ้านท่ากระเสริมที่ทำการศึกษาโดยจำแนกตามโรคที่เป็นปัญหา (ต่อ)

โรคที่เป็นปัญหา	จำนวน	ร้อยละ
โรคที่ท่านมีปัญหา ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ (n = 500)		
โรคหัวใจ	16	3.2
ความดันโลหิตสูง	28	5.6
โรคกระดูกและข้อ	80	16.0
เนื้องอก	9	1.8
เบาหวาน	41	8.2
โรคปอดหรือหลอดลม	19	3.8
อัมพาต	3	0.6
โรคทางจิตเวช	25	5.0
โรคกระเพาะ	91	18.2
โรคอื่นๆ (ระบุ)	188	37.6

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละของประวัติการเคยฆ่าตัวตาย (n = 715)

ประวัติการฆ่าตัวตาย	จำนวน	ร้อยละ
การเคยฆ่าตัวตาย		
ไม่เคยฆ่าตัวตาย	708	99.0
เคย	7	1.0
วิธีการ		
ไม่เคยฆ่าตัวตาย	708	99.0
กินยาเกินขนาด	1	0.1
กินสารกำจัดแมลง	3	0.4
ผูกคอ	3	0.4
สาเหตุ		
ไม่มี	708	99.0
ครอบครัว	4	0.6
ความรัก	1	0.1
สุขภาพ	1	0.1
อื่นๆ (ระบุ)	1	0.1
เวลาที่กระทำการฆ่าตัวตาย (n = 7)		
7.00	1	0.1
9.00	2	0.3
10.00	1	0.1
14.00	2	0.3
20.30	1	0.1
สถานที่ ที่กระทำการฆ่าตัวตาย (n = 7)		
ห้องนอน	4	0.6
ห้องอื่น	1	0.1
นอกบ้าน	2	0.3

2.3 การวิเคราะห์ค่าถาม (Item analysis)

ในการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ค่าถามในแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละข้อคำถามกับคะแนนรวม ว่าค่าถามใดที่บ่งบอกถึงลักษณะของสิ่งที่กำลังจะวัด น่าจะมีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมของค่าถามทั้งหมด (item total correlation) โดยความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวมควรมีค่าความสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป พบว่าข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ข้อที่ 8 รู้สึกสิ้นหวังไม่มีค่าที่จะอยู่ต่อไป ข้อที่ 9 เป็นทุกข์จนไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป ข้อ 1 มีสีหน้าเป็นทุกข์ หม่นหมอง เศร้าซึม ร้องไห้ (ผู้สัมภาษณ์สังเกตพบขณะสัมภาษณ์) โดยมีค่าความสัมพันธ์ เท่ากับ 0.5662 , 0.5651 และ 0.4924 ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ค่าถามโดยการศึกษาจากค่า Alpha พบว่า ในภาพรวม 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.7187 ซึ่งเป็นค่าที่สูงที่สุด แต่ถ้าหากตัดค่าถามใดค่าถามหนึ่งออกไปค่า Alpha จะลดลง จึงไม่ตัดค่าถามข้อใดออกไปคงไว้ที่ 10 ค่าถามเช่นเดิม รายละเอียด ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแต่ละข้อคำถาม (Internal Consistency) ของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้ Cronbach's Alpha Coefficient (n = 715)

Item	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item Total Correlation	Alpha if Item Deleted
1. มีสีหน้าเป็นทุกข์ หม่นหมอง เศร้าซึม ร้องไห้ (ผู้สัมภาษณ์สังเกตพบขณะสัมภาษณ์)	.5846	1.2544	.4924	.6751
2. เป็นโรคร้ายแรงหรือเรื้อรัง และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมาก	.5832	1.3106	.3931	.6954
3. เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุ ฆ่าตัวตาย หรือเคยทำมาก่อน	.6727	1.6070	.2562	.7182
4. สูญเสียอวัยวะที่สำคัญอย่าง ไม่คาดคิด (ระบุอวัยวะที่สูญเสีย.....)	.6657	1.5702	.2806	.7136
5. มีการสูญเสียของรัก (คนรัก เงินทอง หรือบุคคลอันเป็นที่รัก หน้าที่การงาน)	.5902	1.3234	.3941	.6947
6. ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์บ่อยครั้ง ดื่มหนัก ดื่มจนเมา	.6503	1.5386	.2326	.7159
7. มีเรื่องกดดัน หรือคับข้องใจ	.4308	1.0495	.4804	.6960
8. รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีค่าที่จะอยู่ต่อไป	.6308	1.3369	.5662	.6694
9. เป็นทุกข์ จนไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป	.6322	1.3421	.5651	.6702
10. กำลังคิดฆ่าตัวตาย	.6643	1.5426	.3585	.7072

Alpha = 0.7187

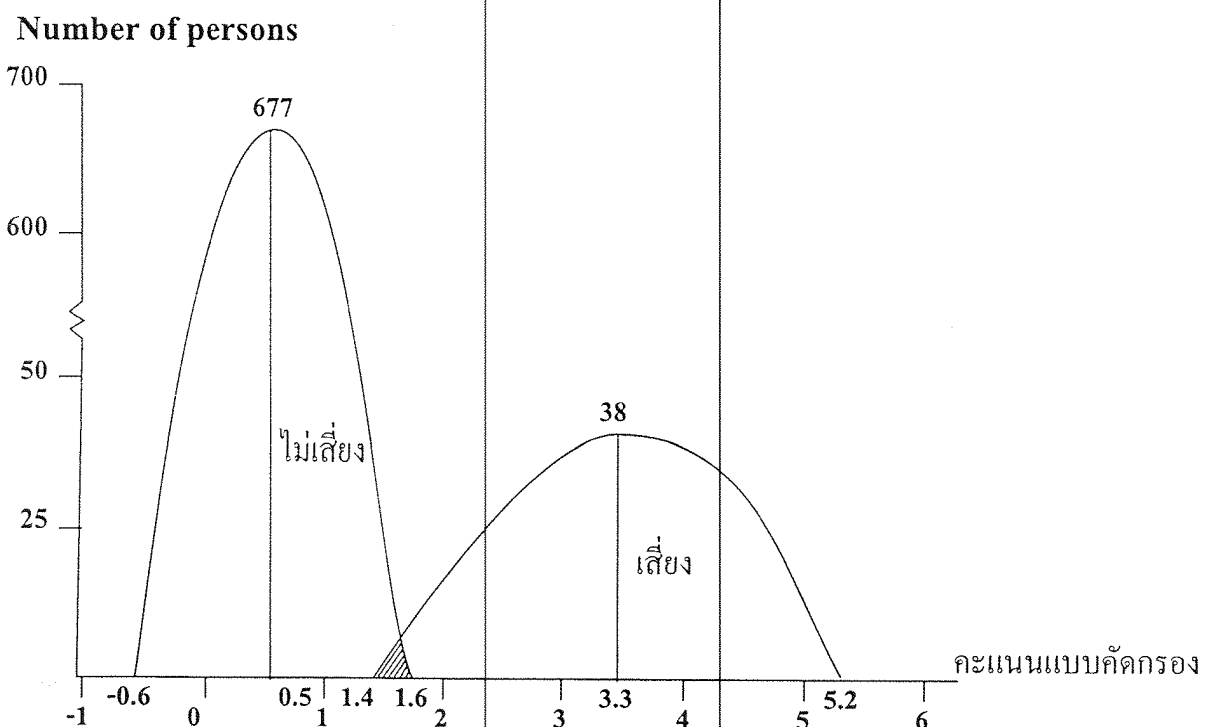
2.4 การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และคนปกติ

จากการศึกษาภาคสนามโดยใช้แบบคัดกรองสอบถามกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 715 คน แล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ให้ค่าคะแนนของแบบคัดกรองตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป เข้าพบจิตแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยโรคทุกราย ส่วนกลุ่มที่มีคะแนน 0 คะแนน จะสุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 30 ให้พบจิตแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยโรคเช่นกัน โดยกลุ่มตัวอย่างที่เหลือที่ไม่ได้พบจิตแพทย์คือ กลุ่มคะแนน 0 คะแนน assume ว่าเป็นกลุ่มที่ไม่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาอำนาจจำแนกพบว่า จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและกลุ่มคนปกติ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่า t เท่ากับ -14.623 โดยคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเท่ากับ 0.53 และกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเท่ากับ 3.29 รายละเอียดดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 การศึกษาเปรียบเทียบคะแนนของกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย t - test ($n = 715$)

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	677	0.53	1.08	- 14.623	0.001
มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	38	3.29	1.86		

ภาพที่ 7 การกระจายของคะแนนแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยง ($n = 715$)



จากภาพที่ 7 แสดงการกระจายของคะแนนแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพบว่าในกลุ่มปกติมีการกระจายของคะแนนแบบคัดกรองตั้งแต่ -0.6 ถึง 1.6 คะแนนโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.5 (กลุ่มตัวอย่างปกติมีทั้งหมด 677 คน) ในขณะที่กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีการกระจายของคะแนนแบบคัดกรองตั้งแต่ 1.4 ถึง 5.2 คะแนนโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.3 (กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีทั้งหมด 38 คน)

2.5 การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) ของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นการศึกษาว่าแบบคัดกรองนี้มีโครงสร้างประกอบด้วยองค์ประกอบอะไรบ้างและข้อคำถามแต่ละข้อมีความสัมพันธ์หรือสอดคล้องกับข้อคำถามอื่นหรือไม่ โดยพิจารณาจากค่า factor loading ถ้าอยู่ในระดับต่ำกว่า 0.40 จะตัดข้อนั้นออกไป ตลอดจนการปรับเปลี่ยนข้อคำถาม ผลการประชุมของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบที่ 1 Suicidal intention component มีคำถามอยู่ในกลุ่มเดียวกัน 3 ข้อ ได้แก่

ข้อ 8 รู้สึกสิ้นหวังไม่มีค่าที่จะอยู่ต่อไป

ข้อ 9 เป็นทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป

ข้อ 10 กำลังคิดฆ่าตัวตาย โดยมีค่า factor loading เท่ากับ 0.789, 0.814, 0.784 ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 2 Severe stress component มีคำถามอยู่ในกลุ่มเดียวกัน 4 ข้อ ได้แก่

ข้อ 1 มีสีหน้าเป็นทุกข์ หม่นหมอง เศร้าซึม ร้องไห้ (ผู้สัมภาษณ์สังเกตพบขณะสัมภาษณ์)

ข้อ 5 มีการสูญเสียของรัก (คนรัก เงินทอง หรือ บุคคลอันเป็นที่รัก หน้าที่การงาน)

ข้อ 6 ทานดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ บ่อยครั้ง ดื่มหนัก ดื่มจนเมา

ข้อ 7 มีเรื่องกดดัน หรือคับข้องใจ โดยมีค่า factor loading เท่ากับ 0.638, 0.674, 0.347, 0.739

ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 3 Medical component มีคำถามอยู่ในกลุ่มเดียวกัน 3 ข้อ ได้แก่

ข้อ 2 เป็นโรคร้ายแรงหรือเรื้อรังและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมาก

ข้อ 3 เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุการฆ่าตัวตายหรือเคยทำมาก่อน

ข้อ 4 สูญเสียอวัยวะสำคัญอย่างไม่คาดคิด (ระนาวัยวะที่สูญเสีย) โดยมีค่า factor loading เท่ากับ

0.449, 0.478, 0.836 ตามลำดับ

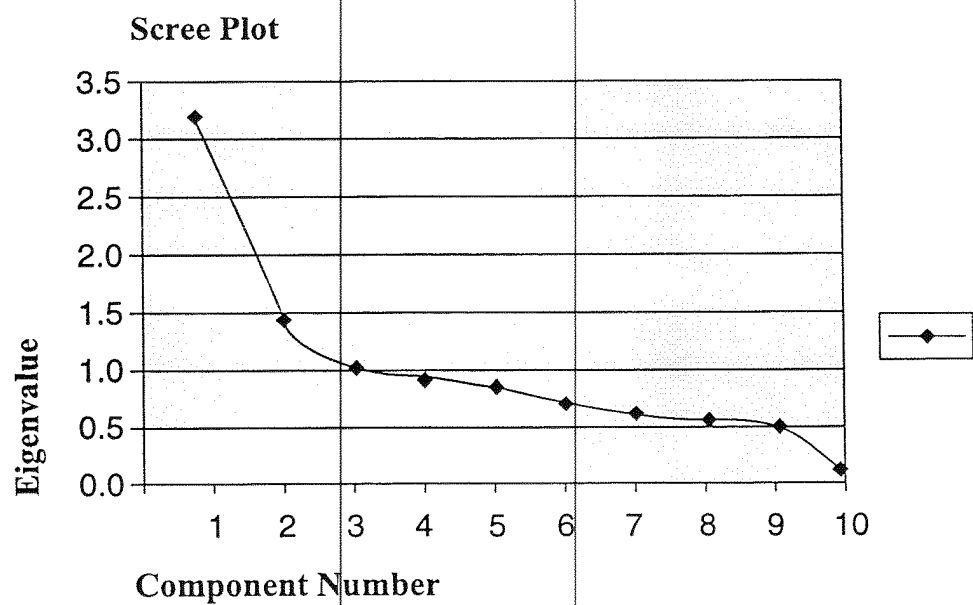
สรุป เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของเนื้อหา (Factor analysis) ว่ามีอะไรบ้างโดยใช้ Principle component analysis และ Varimax rotation วิเคราะห์ Total percent of variance โดยหาค่า Eigenvalues ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 1 และ Factor loading matrix พบว่าแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประกอบด้วย 3 องค์ประกอบครอบคลุม Percent of variance ทั้งหมด เท่ากับ ร้อยละ 56.388 ดังตารางที่ 12 - 13

ตารางที่ 12 ค่า Factor loading ของรายการคำถามในแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง (n = 715)

Component	Item number	Factor loading
1 Suicidal Intention	8. รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีค่าที่จะอยู่ต่อไป	0.786
	9. เป็นทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป	0.814
	10. กำลังคิดฆ่าตัวตาย	0.784
2 Severe Stress	1. มีสีหน้าเป็นทุกข์ หม่นหมอง เศร้าซึม ร้องไห้ (ผู้สัมภาษณ์ สังเกตพบขณะสัมภาษณ์)	0.638
	5. มีการสูญเสียของรัก (คนรัก เงินทอง หรือบุคคลอันเป็นที่รัก หน้าที่การงาน	0.674
	6. ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์บ่อยครั้ง ดื่มหนัก ดื่มจนเมา	0.347
	7. มีเรื่องกดดันหรือคับข้องใจ	0.739
3 Medical	2. เป็นโรคร้ายแรงหรือเรื้อรัง และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมาก	0.449
	3. เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุฆ่าตัวตาย หรือเคยทำมาก่อน	0.478
	4. สูญเสียอวัยวะที่สำคัญอย่างไม่คาดคิด (ระบุอวัยวะที่สูญเสีย)	0.836

ตารางที่ 13 ค่า Eigenvalue และ Total percent of variance ของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3.195	31.947	31.947	3.195	31.947	31.947	2.309	23.088	23.088
2	1.422	14.225	46.172	1.422	14.225	46.172	2.079	20.792	43.881
3	1.022	10.216	56.388	1.022	10.216	56.388	1.251	12.508	56.388
4	.947	9.465	65.854						
5	.853	8.534	74.387						
6	.712	7.117	81.504						
7	.618	6.184	87.688						
8	.554	5.545	93.233						
9	.483	4.828	98.061						
10	.194	1.939	100.00						



2.6 การศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือ (Validity study) เป็นการศึกษาจุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในภาพรวมของแบบคัดกรอง เมื่อจำแนกตามเพศชายและเพศหญิง รายละเอียดดังตารางที่ 14

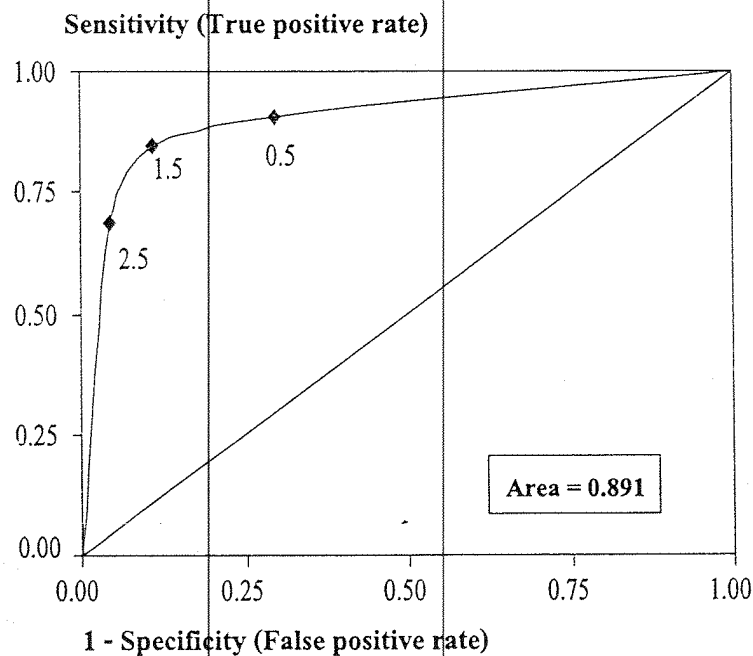
ตารางที่ 14 การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้องของการทดสอบและความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n = 715)

Cut off point	Sensitivity 95% CI (Lower - Upper)	Specificity 95% CI (Lower - Upper)	PPV 95% CI (Lower - Upper)	NPV 95% CI (Lower - Upper)	Accuracy	Prevalence
0.5 (0/1)	89.5 87.2 - 91.7	69.9 66.5 - 73.2	14.3 11.7 - 16.9	99.2 98.5 - 99.8	70.9	5.3
<u>1.5</u> (1/2)	<u>84.2</u> 81.5 - 86.9	<u>88.0</u> 85.7 - 90.4	<u>28.3</u> 25.0 - 31.6	<u>99.0</u> 98.3 - 99.7	<u>87.8</u>	
2.5 (2/3)	68.4 65.0 - 71.8	94.5 92.9 - 96.2	41.3 37.7 - 44.9	98.2 97.2 - 99.1	93.1	
3.5 (3/4)	44.7 41.1 - 48.4	97.2 96.0 - 98.4	47.2 43.6 - 50.9	96.9 95.6 - 98.2	94.4	
4.5 (4/5)	26.3 23.1 - 29.5	98.5 97.6 - 99.4	50.0 46.3 - 53.7	96.0 94.5 - 97.4	94.7	

จากตาราง พบว่าจุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ 2 คะแนน ขึ้นไป โดยให้ค่าความไว ร้อยละ 84.2 ความจำเพาะ ร้อยละ 88.0 คุณค่าของการทำนายผลบวก ร้อยละ 28.3 คุณค่าของการทำนายผลลบ ร้อยละ 99.0 ความถูกต้องของการทดสอบ ร้อยละ 87.8 ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.3

Figure 8 ROC Curve Analysis of Suicidal Risk Screening Test (Case = 38 Non -Case = 677)

Cut - off point	Sensitivity	1 - Specificity
.50	.895	.301
<u>1.50</u>	<u>.842</u>	<u>.120</u>
2.50	.684	.055
3.50	.447	.028
4.50	.263	.015



จากภาพที่ 8 เมื่อพิจารณา ROC curve เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสมพบว่าจุดตัดที่ 2 คะแนนขึ้นไป เป็นค่าที่ให้ ความไว (Sensitivity) หรือผลบวกในคนที่ เป็นโรคจริง ๆ (True positive rate) ก่อนข้างสูง (84.2%) ในขณะที่ค่าผลบวกเท็จ (False positive rate) หรือผลบวกในคนปกติมีอัตราที่ต่ำ (12.0%) และมีคุณสมบัติของเครื่องมือในการคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนเที่ยงตรงถึงร้อยละ 89.1 (Area under ROC curve = 0.891)

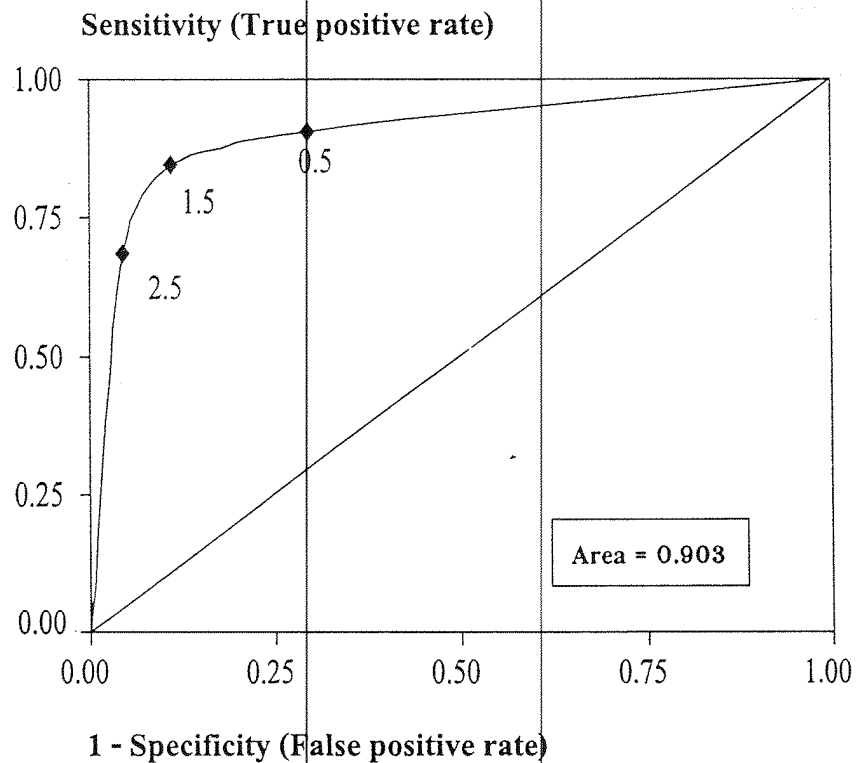
ตารางที่ 15 การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้องของการทดสอบและความชุก
ของความเสียหายต่อการฆ่าตัวตายโดยจำแนกตามเพศหญิง (n = 526)

Cut off point	Sensitivity 95% CI (Lower - Upper)	Specificity 95% CI (Lower - Upper)	PPV 95% CI (Lower - Upper)	NPV 95% CI (Lower - Upper)	Accuracy	Prevalence
0.5 (0/1)	90.6 88.1 - 93.1	70.2 66.3 - 74.2	16.5 13.3 - 19.7	99.1 98.4 - 99.9	71.5	} 6.1
<u>1.5</u> (1/2)	<u>84.4</u> 81.3 - 87.5	<u>88.9</u> 86.2 - 91.6	<u>32.9</u> 28.9 - 36.9	<u>98.9</u> 98.0 - 99.8	<u>88.6</u>	
2.5 (2/3)	68.8 64.8 - 72.7	95.6 93.8 - 97.3	50.0 45.7 - 54.3	97.9 96.7 - 99.1	93.9	
3.5 (3/4)	46.9 42.6 - 51.1	98.0 96.8 - 99.2	60.0 55.8 - 64.2	96.6 95.1 - 98.2	94.9	
4.5 (4/5)	28.1 24.0 - 32.0	99.0 98.1 - 99.8	64.3 60.2 - 68.4	95.5 93.7 - 97.3	94.7	

จากตาราง พบว่าจุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองเพศหญิงที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ 2 คะแนนขึ้นไป โดยให้ค่าความไว ร้อยละ 84.4 ความจำเพาะร้อยละ 88.9 คุณค่าของการทำนายผลบวก ร้อยละ 32.9 คุณค่าของการทำนายผลลบ ร้อยละ 98.9 ความถูกต้องของการทดสอบ ร้อยละ 88.6 ความชุกของความเสียหายต่อการฆ่าตัวตายในเพศหญิง ร้อยละ 6.1

Figure 9 ROC Curve Analysis of Suicidal Risk Screening Test for Female (Case = 32 Non - Case = 494)

Cut - off point	Sensitivity	1 - Specificity
.50	.906	.298
<u>1.50</u>	<u>.844</u>	<u>.111</u>
2.50	.688	.045
3.50	.469	.020
4.50	.281	.010



จากภาพที่ 9 เมื่อพิจารณา ROC curve เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสมพบว่าจุดตัดที่ 2 คะแนนขึ้นไป เป็นค่าที่ให้ความไว (Sensitivity) หรือผลบวกในคนที่ป่วยโรครังๆ (True positive rate) ก่อนข้างสูง (84.4%) ในขณะที่ค่าผลบวกเท็จ (False positive rate) หรือผลบวกในคนปกติมีอัตราที่ต่ำ (11.1%) และมีคุณสมบัติของเครื่องมือในการคัดกรองผู้หญิงที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนเที่ยงตรงถึงร้อยละ 90.3 (Area under ROC curve = 0.903)

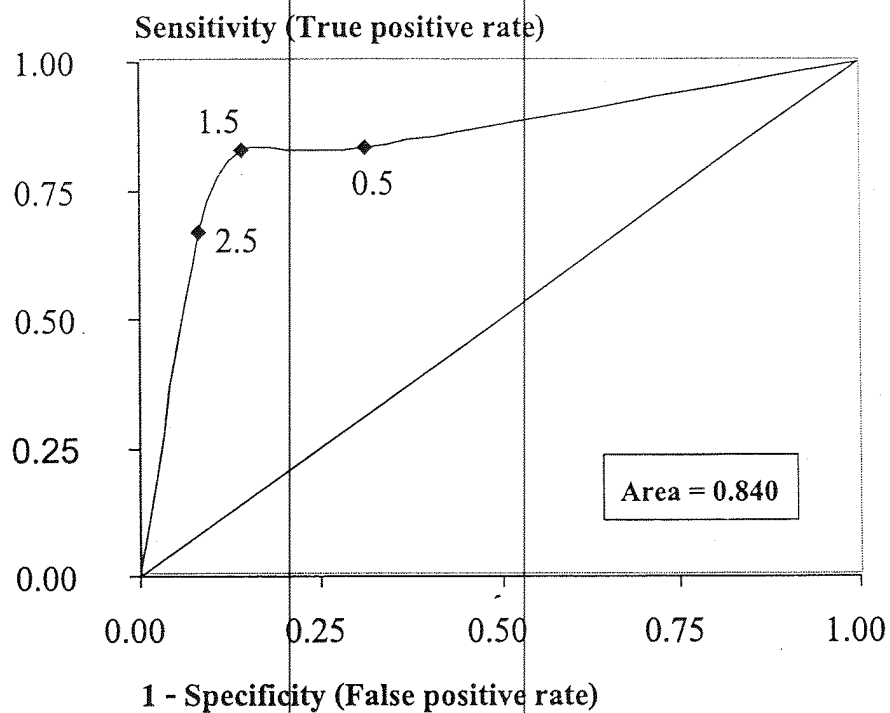
ตารางที่ 16 การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าการทำนาย ความถูกต้องของการทดสอบและความชุก
ของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยจำแนกตามเพศชาย (n = 189)

Cut off point	Sensitivity 95% CI (Lower - Upper)	Specificity 95% CI (Lower - Upper)	PPV 95% CI (Lower - Upper)	NPV 95% CI (Lower - Upper)	Accuracy	Prevalence
0.5 (0/1)	83.3 78.0 - 88.7	68.9 62.3 - 75.5	8.1 4.2 - 12.0	99.2 98.0 - 100.0	69.3	3.2
<u>1.5</u> (1/2)	<u>83.3</u> 78.0 - 88.7	<u>85.8</u> 80.8 - 90.8	<u>16.1</u> 10.9 - 21.4	<u>99.4</u> 98.2 - 100.0	<u>85.7</u>	
2.5 (2/3)	66.7 60.0 - 73.4	91.8 87.9 - 95.7	21.1 15.2 - 26.9	98.8 97.3 - 100.0	91.0	
3.5 (3/4)	33.3 26.6 - 40.1	95.1 92.0 - 98.2	18.2 12.7 - 23.7	97.8 95.6 - 99.9	93.1	
4.5 (4/5)	16.7 11.4 - 22.0	97.3 94.9 - 99.6	16.7 11.4 - 22.0	97.3 94.9 - 99.6	94.7	

จากตาราง พบว่าจุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองเพศชายที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ 2 คะแนนขึ้นไปโดยให้ค่าความไว ร้อยละ 83.3 ความจำเพาะ ร้อยละ 85.8 คุณค่าการทำนายผลบวก ร้อยละ 16.1 คุณค่าการทำนายผลลบ ร้อยละ 99.4 ความถูกต้องของการทดสอบ ร้อยละ 85.7 ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเพศชาย ร้อยละ 3.2

Figure 10 ROC Curve Analysis of Suicidal Risk Screening Test for Male (Case = 6 Non - Case = 183)

Cut - off point	Sensitivity	1 - Specificity
.50	.833	.311
<u>1.50</u>	<u>.833</u>	<u>.142</u>
2.50	.667	.082
3.50	.333	.049
4.50	.167	.027



จากภาพที่ 10 เมื่อพิจารณา ROC curve เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสมพบว่าจุดตัดที่ 2 คะแนนขึ้นไป เป็นค่าที่ให้ความไว (Sensitivity) หรือผลบวกในคนที่ป่วยโรคจริง ๆ (True positive rate) ค่อนข้างสูง (83.3%) ในขณะที่ค่าผลบวกในคนปกติมีอัตราที่ต่ำ (14.2%) และมีคุณสมบัติของเครื่องมือนี้ในการคัดกรองผู้ชายที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนเที่ยงตรงถึงร้อยละ 84.0 (Area under ROC curve = 0.840)

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ประเภทการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาค่าความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าการทำนายผลบวก คุณค่าการทำนายผลลบ และความถูกต้องของการทดสอบเมื่อเปรียบเทียบกับ การวินิจฉัยโรคของแพทย์

การศึกษานี้แบ่งการศึกษออกเป็น 4 ระยะดังนี้

1. การศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยการพัฒนาแบบคัดกรองฉบับร่างซึ่งพัฒนามาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 17 คน (จิตแพทย์ 7 คน พยาบาลจิตเวช 10 คน) ร่วมกัน 2 ครั้งในวันที่ 18, 25 ตุลาคม 2545 สำหรับแนวการสร้างคำถามส่วนใหญ่พัฒนามาจาก SCAN ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) และแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายฉบับเดิมในโครงการการป้องกันและการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต ได้คำถามฉบับร่าง 5 ข้อ นำคำถามที่ได้ไปทดสอบ ความเหมาะสมของภาษาในทุกภาคของประเทศโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ภาคละ 2 กลุ่ม รวม 10 กลุ่ม (ภาคกลาง เหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ ตะวันออกและภาคใต้) นำผลการสนทนากลุ่มที่ได้จัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้งในวันที่ 10 มีนาคม 2546 ได้คำถามฉบับร่าง 10 ข้อ

2. การศึกษาระยะที่ 2 การวิเคราะห์คำถาม ศึกษาอำนาจจำแนก วิเคราะห์ปัจจัย และศึกษาความถูกต้องในการทำนายผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของแบบคัดกรองโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน (Concurrent validity) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 131 คน ในวันที่ 6-15 พฤษภาคม 2546 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว มาจากหลักการที่ว่า การสร้าง คำถาม 1 คำถาม ต้องใช้ตัวอย่างอย่างน้อย 5-10 คน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง มี inclusion criteria ในการศึกษา คือ

1. อายุ 15 ปีขึ้นไป
2. สื่อสารกับผู้วิจัยได้รู้เรื่อง
3. ยินดีให้ความร่วมมือในกระบวนการวิจัย

สำหรับ exclusion criteria ได้แก่ เป็นผู้ที่ออกจากการวิจัยก่อนครบกระบวนการ

3. การศึกษาระยะที่ 3 การหาความสอดคล้องในการวินิจฉัยโรคตรงกันของจิตแพทย์ 2 คน โดยการเก็บข้อมูลจากผู้รับบริการ ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 36 คน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับการศึกษาระยะที่ 2 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 19 - 21 พฤษภาคม 2546

4. การศึกษาระยะที่ 4 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรอง (Validity study) โดยเก็บข้อมูล จากประชาชนที่อาศัยอยู่ ณ บ้านท่ามะเค็ด บ้านท่ากระเสริม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น คุณสมบัติ ของกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับการศึกษาระยะที่ 2 แต่เพิ่ม inclusion criteria อีก 1 ข้อ คือเป็นผู้ที่อาศัยในหมู่บ้าน ขณะทำการศึกษาน้อย 1 ปี ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณจากสูตร ได้ขนาดตัวอย่างที่ต้อง ทำการศึกษาอย่างน้อย 630 คน แต่จากการเก็บข้อมูลจริงได้ 715 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 7 - 15 มิถุนายน 2546

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 10 ข้อ 2) จิตแพทย์ 2 ท่าน 3) แนวทางการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์ใช้ MINI ฉบับภาษาไทย (Mini International Neuropsychiatric Interview)

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการประชุมชี้แจงผู้เก็บข้อมูลวิจัยก่อนลงมือเก็บข้อมูลวิจัยในการศึกษาแต่ละระยะ ผู้ที่เก็บข้อมูลเป็นพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค นักสังคมสงเคราะห์ และนักอาชีวบำบัด และภายหลังการเก็บข้อมูลในแต่ละวันจะทำการตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปลงรหัส เพื่อป้อนข้อมูลเข้าคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS/PC⁺ และกำหนดสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงบรรยาย
2. การวิเคราะห์คำถาม โดยใช้ Correlation และ Cronbach's alpha coefficient
3. การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและคนปกติโดยใช้ mean difference และ independent t - test
4. การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง โดยการใช้การวิเคราะห์ปัจจัย
5. การศึกษาความสอดคล้องในการวินิจฉัยโรคตรงกันของจิตแพทย์ 2 คน ใช้ Kappa statistic
6. ศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์ (gold standard) โดยการหาค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าการทำนายผลบวก คุณค่าการทำนายผลลบ ความถูกต้องของการทดสอบ ความชุกของโรค และค่า 95% Confidence interval

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยทั้ง 4 ระยะตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2545 - 30 กันยายน 2546

สรุปผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์คำถาม การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและคนปกติ การวิเคราะห์ปัจจัย และการศึกษาความตรงตามสภาพในการศึกษาจากผู้รับบริการ ณ ดิಕ್ಕผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผลการศึกษาพบว่า

1.1 การวิเคราะห์ค่าความสัมพัทธ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวม (Corrected Item Total Correlation) ความสัมพันธ์กับทุกข้อโดยมีความสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป มีเพียงข้อเดียว คือ ข้อ 5 ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์บ่อยครั้ง ดื่มหนัก ดื่มจนเมา มีความสัมพันธ์เพียง 0.0347 แต่ผู้ทรงคุณวุฒิให้คงไว้ในการศึกษาครั้งต่อไป สำหรับค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.756

1.2 ผลการศึกษานำมาจำแนกระหว่างกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและกลุ่มปกติ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีช่วงคะแนนที่อาจให้ผลบวกเท็จ และผลลบเท็จ อยู่ในช่วง 1.4-2.0 คะแนน

1.3 ผลการศึกษาเพื่อวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) ของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพบว่า มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) Depression component 2) Suicidal intention component 3) Severe stress component 4) Alcohol abuse component ในการศึกษาครั้งนี้มีคำถาม 1 ข้อ คือข้อ 4 สูญเสียอวัยวะที่สำคัญอย่างคาดคิด ไม่สามารถหาค่า factor loading ได้เลย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง 131 คน ตอบคำถามในข้อนี้ว่า ไม่มี ทั้งหมดจึงไม่สามารถหาค่า factor loading ได้ แต่ยังคงคำถามเพื่อใช้ในการศึกษา ระยะต่อไป

1.4 การศึกษาความตรงตามสภาพ (Concurrent validity) ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อหาจุดตัดที่เหมาะสมเพื่อนำไปใช้ในการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ณ จุดตัดที่ 0.5 (0/1 หมายถึง 0 คะแนนถือว่าอยู่ในกลุ่มปกติ 1 คะแนนถือว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต้องพบแพทย์ทุกคน) มีค่าความไวร้อยละ 90.7 ความจำเพาะร้อยละ 54.6 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 49.4 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 92.3 ความถูกต้องของการทดสอบ ร้อยละ 66.4 ความชุกของความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายของผู้รับบริการ ณ ดิಕ್ಕผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ร้อยละ 32.8

2. ผลการศึกษาความสอดคล้องในการวินิจฉัยโรคตรงกันของจิตแพทย์ 2 ท่าน (Agreement study) พบว่าค่า Kappa statistic เท่ากับ 0.788 ($P < 0.001$)

3. การวิเคราะห์คำถาม การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และคนปกติ การวิเคราะห์ปัจจัย และการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในการศึกษา ณ บ้านท่ามะเค็ด บ้านท่ากระเสริม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.6 สถานภาพสมรสคู่ อยู่ด้วยกันร้อยละ 70.8 มีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 30.9 รองลงมา 51-60 ปี ร้อยละ 22.9 อายุเฉลี่ย 50.81 (SD. 16.36 Median 52 ปี Min 15 ปี Max 98 ปี) ส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 73.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.0 สำหรับประวัติการฆ่าตัวตายพบว่าเคยมีประวัติฆ่าตัวตายร้อยละ 1.1 โดยใช้วิธีการ ผูกคอตายและกินสารกำจัดแมลงมีจำนวนเท่าๆ กันร้อยละ 0.4 มีสาเหตุของการฆ่าตัวตายจากปัญหาครอบครัวร้อยละ 0.6 รองลงมา มีสาเหตุจากเรื่องความรัก สุขภาพ และอื่นๆ มีจำนวนเท่าๆ กันคือ ร้อยละ 0.1 เวลาที่ลงมือฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เวลา 9.00 และ 14.00 มีจำนวนเท่าๆ กันร้อยละ 0.3

3.2 การวิเคราะห์คำถาม พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวม (Corrected Item Total Correlation) มีความสัมพันธ์กันทุกข้อ โดยพิจารณาค่าความสัมพันธ์ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป สำหรับค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเมื่อทำการศึกษาในชุมชน เท่ากับ 0.719

3.3 การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและคนปกติพบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีช่วงคะแนนที่อาจให้ผลบวกเท็จและผลลบเท็จอยู่ในช่วง 1.4-1.6 คะแนน

3.4 การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) ของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า แบบคัดกรองนี้ประกอบด้วย 3 component คือ

1. Suicidal intention component ประกอบด้วยคำถามดังนี้ 3) รู้สึกสิ้นหวังไม่มีค่าที่จะอยู่ต่อไป 9) เป็นทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป 10) กำลังคิดฆ่าตัวตายโดยมีค่า Factor loading เท่ากับ 0.786, 0.814 และ 0.784 ตามลำดับ

2. Severe stress component ประกอบด้วยคำถามดังนี้ 1) มีสีหน้าเป็นทุกข์หม่นหมอง เศร้าซึม ร้องไห้ (ผู้สัมภาษณ์สังเกตพบขณะสัมภาษณ์) 5) มีการสูญเสียของรัก (คนรัก เงินทอง หรือบุคคลอันเป็นที่รัก หน้าที่การงาน) 6) ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์บ่อยครั้ง ดื่มหนัก ดื่มจนเมา 7) มีเรื่องกดดัน หรือคับข้องใจโดยมีค่า Factor loading เท่ากับ 0.638, 0.674, 0.347 และ 0.739 ตามลำดับ

3. Medical component ประกอบด้วยคำถามดังนี้ 2) เป็นโรคร้ายแรงหรือเรื้อรัง และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมาก 3) เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุฆ่าตัวตายหรือเคยทำมาก่อน 4) สูญเสียอวัยวะที่สำคัญอย่างไมคาดคิด (ระบุอวัยวะที่สูญเสีย) โดยมีค่า Factor loading เท่ากับ 0.449, 0.478, 0.836 ตามลำดับ

สรุป แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประกอบด้วย 3 องค์ประกอบโดยมีค่า Eigenvalues ของทั้ง 3 องค์ประกอบครอบคลุม percent of variance ทั้งหมดเท่ากับร้อยละ 56.388

3.5 การศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือ (Validity study) เป็นการศึกษาจุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า

3.5.1 จุดตัดที่เหมาะสมของแบบคัดกรองคือ 2 คะแนนขึ้นไป โดยมีค่าความไว ร้อยละ 84.2 ความจำเพาะร้อยละ 88.0 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 28.3 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 99.0 ความถูกต้องของแบบคัดกรองร้อยละ 87.8 ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 5.3 และมีคุณสมบัติของเครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนเที่ยงตรงถึง ร้อยละ 89.1 (Area under ROC curve = 0.891)

3.5.2 จุดตัดที่เหมาะสมของแบบคัดกรองเมื่อจำแนกตามเพศหญิงพบว่า 2 คะแนนขึ้นไป เช่นกัน โดยมีค่าความไวร้อยละ 84.4 ความจำเพาะร้อยละ 88.9 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 32.9 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 98.9 ความถูกต้องของแบบคัดกรองร้อยละ 88.6 ความชุกของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเพศหญิงร้อยละ 6.1 และมีคุณสมบัติของเครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเที่ยงตรงถึงร้อยละ 90.3 (Area under ROC curve = 0.903)

3.5.3 จุดตัดที่เหมาะสมของแบบคัดกรองเมื่อจำแนกตามเพศชายพบว่า 2 คะแนนขึ้นไป เช่นกัน โดยมีค่าความไวร้อยละ 83.3 ความจำเพาะร้อยละ 85.8 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 16.1 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 99.4 ความถูกต้องของแบบคัดกรองร้อยละ 85.7 ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเพศชายร้อยละ 3.2 และมีคุณสมบัติของเครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเที่ยงตรงถึงร้อยละ 84.0 (Area under ROC curve = 0.840)

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ณ บ้านท่ามะเค็ด และบ้านท่ากระเสริม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.6 สถานภาพสมรสคู่ด้วยกัน ร้อยละ 70.8 มีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 30.9 รองลงมา 51-60 ปี ร้อยละ 22.9 อายุเฉลี่ย 50.81 (SD.16.36) มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 73.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.0 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปที่ได้ในครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ อภิรัช มงคลและคณะ (2543) ซึ่งทำการศึกษา เรื่อง การศึกษา ความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนและระบาดวิทยาโรคจิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย โดยกลุ่มตัวอย่างแบบ Multi-stage cluster sampling จากประชากรที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 19 จังหวัด จำนวน 12,119 คน ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพ เกษตรกรรม แต่อาจแตกต่างกันบ้างไม่มาก ในเรื่องช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจากการศึกษาของ อภิรัช มงคล และคณะ (2544) อยู่ในช่วงอายุ 25 - 44 ปี ร้อยละ 41.8 แต่การศึกษานี้อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี และ 60 ปีขึ้นไปรวมกันร้อยละ 53.8 แต่ถ้าพิจารณาเฉพาะช่วงอายุ 21-50 ปี ในการศึกษาพบร้อยละ 39.1 ซึ่งก็ใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาถึงเหตุผลบางประการที่เกิดขึ้นในขณะที่ทำการศึกษาในชุมชน อาจเป็นเพราะในช่วงของการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นช่วงของการมีเทศกาลงานบุญประจำหมู่บ้าน มีการแข่งขันกีฬาและการแสดงหมอลำ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ไปร่วมงานดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาค้นครั้งนี้ส่วนใหญ่จึงมีอายุค่อนข้างมาก

2. การศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและคนปกติ

ผลการศึกษาอำนาจจำแนกระหว่างผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและคนปกติพบว่า คะแนนเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.001$ โดยมีการกระจายของคะแนนในกลุ่มปกติตั้งแต่ 0-1.6 และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.5 ในขณะที่กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีการกระจายของคะแนนแบบคัดกรองตั้งแต่ 1.4 - 5.2 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.3 มีคะแนนที่อาจแปลผลผิดอยู่ในช่วง 1.4 - 1.6 ซึ่งอาจแปลผลเป็นได้ทั้งกลุ่มคนปกติและกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ หากพิจารณาผลการศึกษาที่ได้รับแบบคัดกรองมีอำนาจจำแนกของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้ดี เพราะหากผลการคัดกรองพบว่าเสี่ยง จะได้รับการช่วยเหลือ บำบัดรักษาหรือส่งต่อไปยังระบบบริการสาธารณสุขตามความเหมาะสม สำหรับจุดที่อาจแปลผลผิดในช่วง 1.4-1.6 คะแนน หมายถึงอาจแปลผลว่าไม่เป็นโรคหรือไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง (False negative) แต่ความเป็นจริงอยู่ในกลุ่มเสี่ยง ทำให้ขาดการได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกซึ่งอาจมีผลเสียถึงแก่ชีวิตตามมา หรือในคะแนนช่วงดังกล่าวเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแต่ผลการคัดกรองอาจให้ผลบวก (False positive) อาจก่อให้เกิดการตื่นตกใจและกังวลใจเป็นอย่างมากได้ (ทศสนี นุชประยูร, เดิมศรี ชำนิจารกิจ, 2541) อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาในเรื่องนี้ก็ขึ้นกับวัตถุประสงค์ของการนำแบบคัดกรองไปใช้ หากต้องการได้กลุ่มเสี่ยงจำนวนมาก อาจเลือกใช้จุดตัดที่เหมาะสม 1 คะแนนขึ้นไป ก็จะช่วยลดปัญหาผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงจะไม่ถูกแปลผลว่าเป็น

คนปกติมากนักเพราะให้ค่าความไวถึงร้อยละ 89.5 แต่อาจคัดกรองเอาคนปกติเข้าสู่ระบบมากขึ้นทั้งนี้สามารถให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่ผู้ที่ถูกคัดกรองได้ว่า แบบคัดกรองนี้ช่วยในการเฝ้าระวัง (monitoring) ปัญหาทางสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นตามมาภายหลังและจะได้รับการรักษาช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างทันทั่วทั้งที่หากกลุ่มเสี่ยงมีปัญหาสุขภาพจิตจริงๆ อย่างไรก็ตามการจะกำหนดแน่นอนว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือไม่ควรผ่านการตรวจวินิจฉัยอาการและพยาธิสภาพของโรคโดยแพทย์อีกครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากการใช้เครื่องมือใดๆ ในการคัดกรองโรคควรเป็นโรคที่เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข มีวิธีการตรวจและทดสอบเหมาะสมสำหรับค้นหาผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการสำรวจค้นหาผู้ป่วยไม่ควรสูงเกินไป การสำรวจค้นหาผู้ป่วยจะต้องทำในลักษณะต่อเนื่อง (ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร, 2544) ซึ่งการพัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นส่วนหนึ่งของโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต ซึ่งได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2544 จนถึงปัจจุบัน เนื่องจากกรมสุขภาพจิตได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขในเรื่องการฆ่าตัวตายของประเทศไทยว่านับวันจะเป็นปัญหาสำคัญและทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น จึงพัฒนาเครื่องมือที่ง่าย สะดวกในการนำไปใช้ในการคัดกรองในประชาชนทั่วไป และผู้ที่มารับบริการ ณ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ นอกจากนี้ยังได้กำหนดเป็นดัชนีสำคัญในการประเมินผลการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตด้วยว่า สามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มประชากรไม่เกิน 7.7 ต่อประชากร 1 แสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2546)

3. การศึกษาการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) ของแบบคัดกรอง

ผลการศึกษาในด้านการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) พบว่าจากกรอบแนวคิดของการวิจัยซึ่งได้มาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) Suicidal intention component 2) Severe stress component 3) Medical component ถึงแม้ว่าในการศึกษา Factor analysis ณ ดึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จะได้ผลการศึกษาประกอบด้วย 4 Component คือ 1) Depression component 2) Suicidal intention component 3) Severe stress component 4) Alcohol abuse component แต่เมื่อทำการศึกษาใน phase สุดท้ายซึ่งทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างในชุมชนก็พบว่ายังคงประกอบด้วย 3 องค์ประกอบตามกรอบแนวคิดการวิจัยเช่นเดิม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ในการวางกรอบแนวคิดเริ่มต้นวางตามกรอบที่ต้องการประเมินบุคคลที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงซึ่งเป็นประชาชนทั่วไปเมื่อทำการศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไปจึงได้ตามกรอบแนวคิดเริ่มต้น อย่างไรก็ตามหากเปรียบเทียบการศึกษานี้กับ Suicidal Ideation Questionnaire หรือ SIQ ที่มีนักวิชาการได้ทำการศึกษาไว้ในต่างประเทศโดยทำการศึกษา Factor analysis เช่นกัน พบว่าประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) Suicidal ideation 2) Responses of others to suicide 3) General thoughts of death (Reynolds, 1988) ซึ่งอาจแตกต่างจากการศึกษานี้มากในปัจจัย ข้อ 2,3 แต่จะคล้ายคลึงกันเฉพาะปัจจัยในข้อ 1 เท่านั้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ SIQ ศึกษาเฉพาะความคิดฆ่าตัวตายแต่แบบคัดกรองฉบับนี้จะทำการศึกษากว้างกว่าโดยศึกษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จึงมีองค์ประกอบที่นอกเหนือความคิดฆ่าตัวตาย คือ Severe stress component และ Medical component ซึ่งหากเปรียบเทียบกับ SIQ แล้วทั้ง 3 ปัจจัยจะเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้งสิ้น

4. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรอง

จากการศึกษาแบบคัดกรองนี้ได้จุดตัดที่เหมาะสม คือ 2 คะแนนขึ้นไปหมายถึงถ้ามีคะแนน 0 - 1 คะแนนแสดงว่าไม่ได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยง แต่ถ้า 2 คะแนนขึ้นไปอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ ได้ผลการศึกษาทั้งภาพรวมของเครื่องมือ และเมื่อจำแนกตามเพศหญิง และเพศชาย เช่นเดียวกันคือ 2 คะแนนขึ้นไป อาจมีค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าการทำนายผลบวก คุณค่าการทำนายผลลบ ความถูกต้องของการทดสอบแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยดังตาราง

จุดตัด 2 คะแนนขึ้นไป	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV	Accuracy	Prevalence	Area under ROC curve
ภาพรวม	84.2	88.0	28.3	99.0	87.8	5.3	.891
หญิง	84.4	88.9	32.9	98.9	88.6	6.1	.903
ชาย	83.3	85.8	16.1	99.4	85.7	3.2	.840

จากตารางจะเห็นได้ว่าผลการศึกษาที่จุดตัด 2 คะแนนขึ้นไปใกล้เคียงกันในทุกค่ายกเว้น คุณค่าการทำนายผลบวกในเพศชายที่ได้ค่าเท่ากับร้อยละ 16.1 ซึ่งน้อยกว่าเพศหญิง และภาพรวมของเครื่องมือ สำหรับคุณค่าการทำนายผลบวกหมายถึงโอกาสที่ผู้ป่วยจะเป็นโรค เมื่อผลทดสอบเป็นบวก (ทัตสนี นุชประยูร, เดิมศรี ชำนิจารกิจ, 2541) ซึ่งอาจไม่มีความสำคัญเท่ากับค่าความไว ความจำเพาะและค่าความถูกต้องของการทดสอบ คณะผู้วิจัยจึงเลือกจุดตัดที่ 2 คะแนนโดยการพิจารณาจากค่า ROC curve ประกอบไปด้วย เพราะมีค่าความไวสูง (True positive rate) ในขณะที่ค่าผลบวกเท็จ (False positive rate) หรือผลบวกในคนปกติอัตราที่ต่ำ

นอกจากนี้ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ยังได้ค่าความไวใกล้เคียงกับค่าความไวที่ต้องการ คือ ร้อยละ 85 ซึ่งเป็นค่าความไวที่นำมาเริ่มต้นในการคำนวณ Sample Size ในการศึกษา (รายละเอียดอยู่ในลักษณะของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในบทที่ 3)

5. แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการแปลผล

ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งได้ผลใกล้เคียงกับแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต (2545) ซึ่งได้ทำการพัฒนาเอาไว้เฉพาะขั้นตอน content validity เท่านั้น พบว่ามีคำถาม 4 ข้อ คือ 1) คุณมีเรื่องกดดันหรือคับแค้นใจ 2) คุณรู้สึก ท้อแท้เบื่อหน่ายสิ้นหวัง 3) คุณรู้สึก เป็นทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป 4) ขณะนี้คุณมีความคิดฆ่าตัวตายหรือหาวิธีฆ่าตัวตาย ที่คล้ายคลึงกับ แบบคัดกรองฉบับนี้มาก หากพิจารณาคำถามของแบบคัดกรองด้านล่างซึ่งได้จากการศึกษานี้

แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยสอบถามว่า 2 สัปดาห์นี้มีเหตุการณ์ อาการหรือความคิด ความรู้สึกดังต่อไปนี้หรือไม่

รายการประเมิน	มี	ไม่มี
1. มีสีหน้าเป็นทุกข์ หม่นหมอง เศร้าซึม ร้องไห้ (ผู้สัมภาษณ์สังเกตพบขณะสัมภาษณ์)	☐	☐
2. เป็นโรคร้ายแรงหรือเรื้อรัง และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมาก	☐	☐
3. เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุฆ่าตัวตายหรือเคยทำมาก่อน	☐	☐
4. สูญเสียอวัยวะสำคัญอย่างไม่คาดคิด (ระบุอวัยวะที่สูญเสีย.....)	☐	☐
5. มีการสูญเสียของรัก (คนรัก เงินทอง หรือบุคคลอันเป็นที่รัก หน้าที่การงาน)	☐	☐
6. ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์บ่อยครั้ง ดื่มหนัก ดื่มจนเมา	☐	☐
7. มีเรื่องกดดัน หรือคับข้องใจ	☐	☐
8. รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีค่าที่จะอยู่ต่อไป	☐	☐
9. เป็นทุกข์ จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป	☐	☐
10. กำลังคิดฆ่าตัวตาย	☐	☐

การแปลผล

ตอบ (มี) ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรได้รับการบริการปรึกษาหรือพบแพทย์ และใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าควบคู่กันด้วย

จะเห็นได้ว่ามีคำถามในแบบคัดกรองฉบับนี้ ข้อ 7, 8, 9, 10 คล้ายกันกับ ข้อ 1, 2, 3, 4 ของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต (2545) นอกจากนี้คำถามข้อสุดท้ายของแบบคัดกรองนี้ ก็คล้ายคลึงกับคำถามในแบบวินิจัยโรค หรือแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในหลายเครื่องมือ ซึ่งจะใช้คำถามว่า คิดฆ่าตัวตายหรือไม่ คุณต้องการให้ตนเองตาย ช่วงเวลาของการมีความคิดฆ่าตัวตายหรือต้องการตาย ขณะนี้คุณมีความคิดเกี่ยวกับการทำร้ายตนเอง (พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2546 ; Beck, et al, 1979 ; Center for Disease Control and Prevention, 1997)

เมื่อพิจารณาคำถามที่เหลือของแบบคัดกรองฉบับนี้ในข้อ 1-6 ก็จะมีคำถามคล้ายคลึงกับเครื่องมือในการประเมินทางคลินิกของโรคทางจิตเวช หรือ SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) เนื่องจากได้เริ่มต้นพัฒนาคำถามเหล่านี้มาจาก SCAN หากพิจารณาถึงคำถามข้อ 6 ของแบบคัดกรองนี้ที่ว่า ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์บ่อยครั้ง ดื่มหนัก ดื่มจนเมาซึ่งได้ค่า factor loading ก่อนข้างต่ำ คือ 0.347 ซึ่งตามปกติแล้วคำถามข้อนี้จะต้องถูกตัดออกไป จากแบบคัดกรอง เนื่องจากการเลือกคำถามใดให้คงอยู่ต่อไปจะต้องมีค่า factor loading มากกว่า 0.4 ขึ้นไป (จิราพร เจียวอยู่, 2540 ; Everitt, 1994) แต่คำถามข้อนี้ยังคงอยู่ เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิเล็งเห็นว่า การดื่มแอลกอฮอล์จะสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายซึ่งมีเอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยหลายเรื่องสนับสนุน เช่น Risk factor ในผู้ที่ฆ่าตัวตายในวัยผู้ใหญ่พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กันกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ จะเกี่ยวข้องกับการใช้สุราและสารเสพติด (Klerman, 1987 ; Mann 1987 ; Jacobs, 2000 ; Mortensen, Agerbo, et al, 2000)

เมื่อพิจารณาคำตัดสินที่เหมาะสมจากการศึกษานี้ซึ่งอยู่ที่ 2 คะแนนขึ้นไป ผลการศึกษา ที่ได้ก็ใกล้เคียงกับแบบประเมินการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต (2545) เช่นกัน โดยมีการแปลผลว่า ถ้าตอบว่ามี ในข้อ 1 หรือ 2 หรือทั้งสองข้อหมายถึงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือเป็นโรคซึมเศร้า ควรประเมินโรคซึมเศร้าเพื่อรับการช่วยเหลือทันที แต่อาจจะให้ผลแตกต่างกันในด้านข้อคำถาม กรมสุขภาพจิตมี 4 ข้อ แต่แบบคัดกรองฉบับนี้มี 10 ข้อ

6. ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สำหรับความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในการศึกษานี้เมื่อศึกษาในชุมชนคิดเป็นร้อยละ 5.3 ซึ่งอาจมากกว่าการศึกษาของกรมสุขภาพจิตที่เคยทำการศึกษาไว้พบว่าความชุกของผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 2.7 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีปัจจัยอื่นที่ครอบคลุมมากกว่าเพียงความคิดฆ่าตัวตายอย่างเดียว ซึ่งอยู่ในองค์ประกอบ Suicidal intention เท่านั้น แต่ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ อยู่ในอีก 2 องค์ประกอบได้แก่ Severe stress component และ Medical component จึงคัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้มากกว่า

ผลการศึกษาความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เมื่อทำการศึกษาในชุมชนพบว่าเพศชายมีความชุก ร้อยละ 3.2 และเพศหญิงร้อยละ 6.1 หรืออาจกล่าวได้ว่า เพศหญิง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย ประมาณ 2 เท่าซึ่งใกล้เคียงกับนักวิชาการหลายท่าน ที่กล่าวว่า ผู้หญิงจะพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชาย แต่ผู้ชาย จะฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าผู้หญิง (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543 ; สมภพ เรืองตระกูล, 2543 ; ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, 2544)

ในการศึกษาครั้งนี้อาจมีจุดอ่อนในเรื่อง การศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือ (Validity study) ในชุมชนควรทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างทุกภาคของประเทศแต่การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาเฉพาะภาคอีสานเท่านั้น เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านงบประมาณในการดำเนินโครงการ นอกจากนี้คำตอบของแบบคัดกรองนี้มีเพียง 2 ตัวเลือก คือ มีและไม่มีอาการ ซึ่งต่างจากการศึกษาอื่นๆ ซึ่งมีหลายตัวเลือก จึงไม่อาจจำแนกความถี่ของอาการที่แตกต่างกันตั้งแต่ไม่มีอาการ จนกระทั่งมีอาการบ่อยๆ หรือรุนแรง แต่เป็นการให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบแบบคัดกรองฉบับนี้โดยประเมินตนเอง และตอบว่ามีอาการ หรือไม่มีด้วยตนเอง ทั้งนี้เพื่อให้สะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้จริงในชุมชน ซึ่งคล้ายคลึงกับเครื่องมือเดิมของกรมสุขภาพจิต (2545) ที่นำไปใช้ในโครงการ การป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งดำเนินงานโครงการตั้งแต่ปี 2544 จนถึงปัจจุบัน และได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีจากผู้ที่เกี่ยวข้องในการประเมินกลุ่มเสี่ยงว่าสะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้จริง

นอกจากนี้อาจมีจุดอ่อนในเรื่องจิตแพทย์ที่พัฒนาเครื่องมือในครั้งนี้เป็นจิตแพทย์ที่เป็นบุคคลเดียวกัน ในการตรวจวินิจฉัยโรคกลุ่มตัวอย่างทุกระยะของการศึกษาด้วย จึงอาจทำให้การวินิจฉัยโรคสอดคล้องกับแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง แต่ผู้วิจัยได้ดำเนินการภายใต้ Blind Technique ทุกขั้นตอน เพื่อแก้ไขปัญหานี้ในเรื่องนี้

ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ทำการศึกษาความตรงในการทำนาย (Predictive validity) โดยทำการศึกษาต่อไปว่า หากผลการคัดกรองพบว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในเวลาต่อมากลุ่มเสี่ยงเหล่านี้จะพยายามฆ่าตัวตายตามมาหรือไม่ คิดเป็นสัดส่วนเท่าไรของผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด ซึ่งมีการศึกษาของนักวิชาการในต่างประเทศ โดยใช้เครื่องมือ Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ) ประเมินผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น ในแผนกผู้ป่วยใน ซึ่งผลการประเมินบอกว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงและเมื่อทำการศึกษาความตรงในการทำนาย พบว่าต่อมาได้พยายามฆ่าตัวตายจริง (King, et al, 1995) สำหรับแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ฉบับนี้สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้ทั้งในกลุ่มประชาชนทั่วไป และกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำแบบคัดกรองจากการศึกษานี้ไปใช้ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยฝึกทักษะในการนำไปใช้ให้กับ อสม. ถึงวิธีการสัมภาษณ์ เพื่อคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาตั้งแต่ระยะแรกจะช่วยป้องกันการสูญเสียชีวิตของทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งมีคุณค่าในการเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติสืบไป

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจารย์สามารถนำแบบคัดกรองนี้ไปสำรวจผู้รับบริการ ณ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือจะใช้สำรวจผู้รับบริการทุกคนขึ้นอยู่กับกำลังความสามารถของหน่วยงานนั้นๆ เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง และส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาตั้งแต่ระยะแรก เช่นเดียวกับครู อาจารย์ อาจใช้แบบคัดกรองนี้คัดกรองเด็กที่อยู่ในความรับผิดชอบ จะคัดกรองเฉพาะกลุ่มเสี่ยงหรือทุกคนขึ้นอยู่กับเหตุผลและความจำเป็นของงาน แต่หากเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ก็สามารถตอบด้วยตนเองได้ และเมื่อทราบผลการประเมิน สามารถนำกลุ่มเสี่ยงที่ได้ภายหลังการประเมินเข้าสู่ระบบการรักษาต่อไป การพัฒนาแนวทางการรักษา และส่งต่ออย่างชัดเจน จะช่วยให้การคัดกรองและนำเข้าสู่ระบบการรักษาของผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. แบบคัดกรองนี้ใช้กับประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป การจะเลือกจุดตัดที่เท่าใดให้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ เช่นหากมีวัตถุประสงค์เพื่อการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดย อสม. หรือผู้นำชุมชนเป็นผู้ค้นหากลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ในหมู่บ้านตนเองอาจใช้จุดตัดที่ 1 คะแนน เพราะมีค่าความไวร้อยละ 89.5 สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้ตั้งแต่วัยแรก และเข้าสู่ระบบการส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไป แต่ถ้าหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐต้องการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษาในโรงพยาบาล อาจใช้จุดตัดที่ 2 คะแนนขึ้นไปเพราะให้ค่าความไวร้อยละ 84.2 ซึ่งอาจต่ำกว่าจุดตัดที่ 1 คะแนนขึ้นไปร้อยละ 5.3 แต่ให้ค่าความจำเพาะมากกว่า คือ ร้อยละ 88.0 มากกว่าร้อยละ 18.1 ซึ่งหมายความว่าจุดตัดที่ 2 คะแนนจะคัดกรองกลุ่มคนปกติเข้ามาสู่ระบบการรักษาน้อยกว่าจุดตัดที่ 1 คะแนน (ดังตารางที่ 14)

4. แบบคัดกรองนี้จะได้ผลตรงตามความเป็นจริงของอาการผู้ถูกประเมินหรือไม่ ขึ้นอยู่กับผู้ถูกประเมินหรือผู้ตอบแบบคัดกรอง ตอบคำถามด้วยความจริงใจหรือไม่ หากปิดบังตนเองให้คำตอบที่ไม่ตรงตามความเป็นจริงผลของการคัดกรองที่ได้ก็ไม่ถูกต้องทำให้ผู้ถูกประเมินพลาดโอกาสที่จะได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

5. หากผลการคัดกรองพบว่าผู้ถูกประเมินอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายควรใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย เพราะหากผลการคัดกรองพบว่าผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ก็สามารถส่งต่อเข้าพบแพทย์เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคและรับการรักษาอย่างถูกต้องต่อไป

6. แบบคัดกรองนี้ได้ผ่านการทดสอบภาษาในทุกภาคของประเทศแล้ว จึงสามารถใช้เครื่องมือนี้โดยใช้ภาษาเดิมในเครื่องมือสอบถามผู้รับบริการได้แต่หากเป็นจังหวัดชายแดนที่มีภาษาเฉพาะเป็นของตนเองและไม่สามารถสื่อสารโดยภาษาไทยได้ อาจต้องมีการทำ Focus group ในหมู่บ้านนั้นๆ เพื่อหาความเหมาะสมของการสื่อภาษาให้เข้าใจตรงกันก่อนทำแบบคัดกรองไปใช้

7. นำแบบคัดกรองนี้ไปทดแทนเครื่องมือเดิมที่ใช้ในโครงการ การป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากแบบคัดกรองนี้ผ่านการศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือตามกระบวนการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

8. จากผลการศึกษาพบว่าจุดตัดที่เหมาะสมของแบบคัดกรองเมื่อจำแนกตามเพศชาย เพศหญิง และภาพรวมให้ค่าความไว ความจำเพาะไม่แตกต่างกันมากนักและมีจุดตัดที่ 2 คะแนนเท่ากัน ฉะนั้นจึงใช้จุดตัดที่ 2 คะแนนหรือมากกว่าในการตัดสินใจว่าบุคคลนั้นอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (จากตารางที่ 14-16)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาระบาดวิทยาของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับเขต ภาคและระดับประเทศ โดยใช้แบบคัดกรองฉบับนี้

2. พัฒนาแบบคัดกรองความคิดฆ่าตัวตายโดยเฉพาะ และนำเครื่องมือนี้ไปศึกษาความสอดคล้อง (Agreement study) กับแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3. ศึกษาความตรงในการทำนาย (Predictive validity) ทั้งนี้การศึกษานี้ต้องดำเนินการภายใต้การดูแลช่วยเหลือที่มีคุณภาพและไม่ขัดต่อจริยธรรมของการวิจัย

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการช่วยเหลือผู้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี : เอวี พรีเมียมเทียร์, 2541.
-รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องแนวทางการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ : ร้านทีคอม, 2541.
-คู่มือการช่วยเหลือผู้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์, 2543.
-สุขภาพจิตไทย พ.ศ.2543 - 2544. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2544.
-แบบคัดกรองโรคทางจิตเวช. นนทบุรี : สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2545.
-เป้าหมายการให้บริการกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับกรมสุขภาพจิต (เอกสารแผ่นพับ). นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต, 2546.
-สาเหตุการตาย 10 อันดับแรกของประเทศไทย. Available from : <http://www.dmh.moph.go.th/report.asp> [2003 Aug 28].
- เกียรติชัย ภูมิปัญญา และสมิตร สุตรา. การทดสอบพิเศษ (Diagnostic Test). ใน : หน่วยระบาดวิทยาคลินิก คณะแพทยศาสตร์ ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์, บรรณาธิการ. การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องสถิติชีวภาพ. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ม.ป.ป.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. สุขภาพจิตคนไทยปี พ.ศ. 2543 : สถานะสุขภาพจิตคนไทย. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน, 2543.
- จิราพร เขียวอยู่. การวิเคราะห์องค์ประกอบหลักและการวิเคราะห์ปัจจัย (Principle Components and Factor Analysis). ขอนแก่น : ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2540.
- เต็มศรี ชำนิจารกิจ. สถิติประยุกต์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
- ทัสสนี นุชประยูร, เต็มศรี ชำนิจารกิจ. สถิติในวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ด่านสุทธาการพิมพ์ จำกัด, 2541.
- ธวัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ. ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี 2544. ขอนแก่น : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544.
- นิคม ถนอมเสียง. เอกสารประกอบการสอนวิชา Biostatistics in Medical Science and Health Research เรื่องการวัดความเที่ยง. ขอนแก่น : ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ม.ป.ป.
- ประชา พรหมนอก. โรคจิตรุกรหนักคนไทยป่วยกว่าล้านคน. เดลินิวส์ วันที่ 21 กรกฎาคม 2546 : 2.

- พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์. แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW. (M.I.N.I. S.0.0 : January 1, 2003) ฉบับภาษาไทย (เอกสารอัดสำเนา). เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง , 2546.
- พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, มธุริน คำวงศ์ปิ่น, สุนทรี ศรีโกไสย, ลดาวัลย์ สกฤณา. การพัฒนา Mini International Neuropsychiatric Interview ฉบับภาษาไทย. ใน : การประชุมวิชาการครั้งที่ 31 ประจำปี 2546 จากวิจัยสู่เวชปฏิบัติ ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. : ขอนแก่น ม.ป.ท., 2546.
- ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร. ระบาดวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- ภาควิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. เอกสารประกอบการอบรมวิจัยทางระบาดวิทยา. ขอนแก่น : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2536.
- มานิดา สิงห์หิรัญ, อัญชลี ศีลาเกษ, จิรังกูร ฌัฏฐังสี และศักดิ์ คำคม. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2542.
- มานิต ศรีสุรภานนท์, จำลองดิษยวนิช. ตำราจิตเวชศาสตร์ : เชียงใหม่ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542.
- มานิต ศรีสุรภานนท์และคณะ. งานวิจัยเรื่องวัดทางจิต : ข้อควรพิจารณาสำหรับผู้ใช้. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544 ; 46(2) : 127 - 36.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. คู่มือการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. ขอนแก่น : หจก.ขอนแก่นการพิมพ์, 2543.
- สมภพ เรืองตระกูล. โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2543.
- สุกมล วิภาวิพลกุล. การช่วยเหลือผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย. ใน : วัชนี หัตถพนม และสุวดี ศรีวิเศษ, บรรณาธิการ. คู่มือการปฏิบัติงานเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จังหวัดสกลนคร. ขอนแก่น : พระธรรมขันธ์, 2542 : 117 - 31.
- สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว. การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก : รัตนสุวรรณการพิมพ์, 2545.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, สาทิตริ อัยฉางค์กรชัย, ชัยชนะ นิ่มนวล และคณะ. การศึกษา การวัดความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตในชุมชนประชากรไทย (เอกสารอัดสำเนา). ขอนแก่น : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2546.
- อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, ศักดา กาญจนาวโรจน์กุล, วัชนี หัตถพนม, ภัสรา เซษฐ์โชติศักดิ์. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนและระบาดวิทยาโรคจิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น : พระธรรมขันธ์, 2543.
- อรุณ จิรวรรณกุล, บรรณาธิการ. ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : คลังน่านาวิทยา, 2534.
- Australian Institute for Suicidal Research and Prevention. Risk screening question. Available from : [http://www.qmsa.com.au/downloads/met/Satellite Broadcasts / sb_Mental Health](http://www.qmsa.com.au/downloads/met/Satellite%20Broadcasts/sb_Mental%20Health) [2002 Oct 30].
- Baker SP, O'Neill B, Ginsburg MG, et al. The injury fact book. New York : Oxford University Press, 1992 : 65 - 77.

- Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention : the scale of suicide ideation. J Consult Clin Psychology. 1979 ; 47: 343 - 52.
- Beck AT, Steer RA, Rantieri WF. Scale for suicide ideation : psychometric properties of a self - report version. J Clin Psychology. 1988 ; 44 : 499 - 505.
- Centers for Disease Control. Operational criteria for determining suicide. MMWR 1988 ; 37: 773-74, 779 - 80.
- _____. Suicide among children, adolescents, and young adults - United States, 1980 - 1991. MMWR 1995 ; 44 : 289 - 91.
- _____. Youth risk behavior surveillance : United States 1997. MMWR 1998 ; 47 : 553.
- Centers for Disease Control and Prevention. Years of potential life lost before age 65_United States, 1990 and 1991. MMWR 1993 ; 42 : 251 - 53.
- Everitt BS. Statistical methods for medical investigation. 2nd ed. London : Edward Arnold, 1994.
- Fleiss J.L., Statistical methods for rates and proportions. New York : Wiley, 1981.
- Fleiss J.L. & Cohen J. The equivalence of weighted kappa and the intraclass correlation coefficient as measures of reliability educational and psychological measurement. New York : John Wiley & Sons, 1973.
- Gould MS, Wallenstein S, Kleinman MH. Time - space clustering of teenage suicide. Am J Epidemiol 1990 ; 131 : 71 - 8.
- Hockberger RS, Rothstein RJ. Assessment of suicide potential by nonpsychiatrists using the SAD PERSONS score. J Emerg Med 1988 ; 6 : 99 - 107.
- Holly G, Prigerson. Getting to YEES : development and testing of the Yale Evaluation of Elderly Suicidal Scale (YEES). Yale : Yale University School of Medicine, 2000.
- Jacobs DG. A 52-year-old suicidal man. JAMA. 2000 ; 283 : 2693 - 99.
- King C, Franzese R, Gargan S, McGovern L, Ghaziuddin N, Naylor M. Suicide contagion among adolescents during acute psychiatric hospitalization. Psychiatric Services 1995 ; 46 : 915 - 18.
- Klerman GL. Clinical epidemiology of suicide. J Clin Psychiatry 1987 ; 48 (suppl 12) : 33 - 8.
- Landis JR & Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977 ; 33 : 159 - 74.
- Lisa MH, Philip SW, Gerald PK, et al. Detecting suicide risk in a Pediatric Emergency Department : development of a brief screening tool. Available from : [http:// www. findarticle. com](http://www.findarticle.com). [2001 May 3] : 1 - 9.

- Mann JJ. Psychobiologic predictors of suicide. *J Clin Psychiatry* 1987 ; 48 (Suppl 12) : 39 - 43.
- Mortensen PB, Agerbo E, et al. Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *Lancet* 2000 ; 335 : 9 - 12.
- Murray C, Lopez A. The global burden of disease : a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. The Harvard School of Public Health and The World Health Organization, 1996.
- National Center for Health Statistics. Annual summary of births, marriages, divorces and deaths : United States, 1993. Monthly vital statistics report ; vol 42 no 13. Hyattsville, MD : Public Health Service, 1994.
- Norman GR, Streiner DL. PDQ Statistic. Toronto : Decker Inc., 1986.
- Reynolds W. Suicide Ideation Questionnaire. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources, 1987.
- _____. Suicidal Ideation Questionnaire : professional manual. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources, 1988.
- _____. Assessment of suicidal intent in inner - city children and young adolescents : reliability and validity of the Suicide Ideation Questionnaire - JR. *School Psychol Rev* 1999 ; 28 : 17 - 30.
- Rosenberg ML, Gelles RJ, Holinger PC, et al. Violence : homicide, assault, and suicide. In : Amler RW, Dull BH, eds. Closing the gap : the burden of unnecessary illness. New York : Oxford University Press, 1987 : 164 - 78.
- Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 3rd ed. New York : Harper Collins College Publishers, 1996.
- Vining. Assessing risk of suicide. *BMJ* 1995 ; 310 : 126 - 127.
- World Health Organization. Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry version 2.1 : glossary. Geneva : WHO, 1999.
- _____. Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry version 2.1 : interview. Geneva : WHO. 1999.
- Wyatt JP : Illingworth RN, et al. Oxford handbook of accident & emergency medicine. Oxford University Press, 1999.

ภาคผนวก

- ประวัติผู้วิจัย
- แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- รายชื่อผู้วิจัยภาคสนาม

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติหัวหน้าโครงการวิจัย

- | | |
|---|--|
| 1. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) | นายทวี ตั้งเสรี |
| (ภาษาอังกฤษ) | Mr. Tavee Tangseree |
| 1.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย | - |
| 1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน | นายแพทย์ 9 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ |
| 1.3 สถานที่ทำงาน | โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422, 0-1975-0135
โทรสาร 0-4322-4722 |
| 1.4 ประวัติการศึกษา | |
| 1.4.1 แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2523 | |
| 1.4.2 วุฒิบัตรแสดงความรู้ ความสามารถเฉพาะทางในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ ในปี พ.ศ. 2529 | |
| 1.5 ผลงานวิจัย ผู้วิจัยหลัก 1 เรื่อง | |
| การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชน และระบาดวิทยาโรคจิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย (2543) | |

ประวัติผู้วิจัยหลัก

- | | |
|--|--|
| 1. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) | นางกนกวรรณ กิตติวัฒนากุล |
| (ภาษาอังกฤษ) | Mrs. Khanogwan Kittiwattanacul |
| 1.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย | - |
| 1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน | นายแพทย์ 7 |
| 1.3 สถานที่ปฏิบัติงาน | โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422, 0-1872-4140
โทรสาร 0-4322-4722 |
| 1.4 ประวัติการศึกษา | |
| 1.4.1 แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2534 | |
| 1.4.2 วุฒิบัตรแสดงความรู้ ความสามารถเฉพาะทางในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ปี พ.ศ. 2538 | |
| 1.5 ผลงานวิจัย | - |

- | | |
|---|---|
| 2. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) | น.ส. ทศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์ |
| (ภาษาอังกฤษ) | Miss. Thatsani Kunchanphongphan |
| 2.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย | - |
| 2.2 ตำแหน่งปัจจุบัน | นายแพทย์ 6 |
| 2.3 สถานที่ทำงาน | รพ. จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422, 0-1498-9845
โทรสาร 0-4322-4722 |
| 2.4 ประวัติการศึกษา | |
| 2.4.1 แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2541 | |
| 2.4.2 วุฒิบัตรแสดงความรู้ความสามารถเฉพาะทางในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
สาขาจิตเวชศาสตร์ จากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ปี พ.ศ. 2545 | |
| 2.5 ผลงานวิจัย | - |
-
- | | |
|---|--|
| 3. ชื่อ สกุล (ภาษาไทย) | นางวัชนี หัตถพนม |
| (ภาษาอังกฤษ) | Mrs. Watchanee Huttapanom |
| 3.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย | 38-20-0169 |
| 3.2 ตำแหน่งปัจจุบัน | พยาบาลวิชาชีพ 7 สำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด |
| 3.3 สถานที่ปฏิบัติงาน | โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422, 0-1975-9207
โทรสาร 0-4322-4722 |
| 3.4 ประวัติการศึกษา | ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง (เกียรตินิยม)
วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2526 |
| 3.5 ผลงานวิจัย ที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา) | |
| 3.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 9 เรื่อง | |
| (1) การศึกษาเปรียบเทียบผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตแบบปกติและแบบประหลาด | สัมมนา ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2536) |
| (2) การประเมินผลโครงการผลิตและเผยแพร่สื่อในการรณรงค์สุขภาพจิตครอบครัว ของกรมสุขภาพจิต | ในปีงบประมาณ 2538 |
| - ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกรมสุขภาพจิต ปี 2539 | |
| (3) การให้การปรึกษาก่อนการตรวจเลือด HIV แบบกลุ่มแก่หญิงมีครรภ์ ที่มารับบริการ ณ | แผนกฝากครรภ์ (2540) |
| - ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกรมสุขภาพจิต ปี 2540 | |

- (4) การศึกษาความต้องการในการพัฒนาตนเอง ด้านความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษา เรื่องโรคเอดส์ในเขต 6 (2541)
- (5) ผลการดำเนินงานการจัดอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ ในเขต 6 (2541)
- (6) การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จ. สกลนคร ใน ปี พ.ศ. 2542
- (7) ผลการดำเนินงานสุขภาพจิตจังหวัดสกลนคร ปี 2542
 - ได้รับรางวัลผลงานดีเด่น อันดับ 3 ด้านการพัฒนาบริการสุขภาพจิตและจิตเวช จากกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2542
- (8) การประเมินผลโครงการอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษา เรื่องโรคเอดส์ สำหรับ ผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน (2542)
- (9) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จังหวัดสกลนคร (2544)

3.5.2 ผู้วิจัยหลัก และผู้ร่วมวิจัย จำนวน 33 เรื่อง

- (1) การเผชิญความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต (2535)
 - ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมูลนิธิศาสตราจารย์ น.พ.ฝน แสงสิงแก้ว ปี 2534
- (2) การศึกษาผู้ป่วยหลบหนีในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2537)
- (3) การสำรวจปัญหาทางทันตสุขภาพและความต้องการบริการทางทันตกรรมผู้ป่วยจิตเวช ที่เข้ารับบริการในกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2537)
- (4) การศึกษาผลการอบรมตามโครงการเสริมสร้างพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุ (2537)
- (5) การศึกษาผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบประชุมสัมมนา ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2538)
 - ได้รับรางวัลที่ 1 ในการประกวดการวิจัยในการประชุมวิชาการ กรมสุขภาพจิต ปี 2538
- (6) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต (2538)
- (7) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตและความซุกซนของโรคจิตในชุมชน บ้านดง ต. โคกสำราญ อ. บ้านไผ่ จ. ขอนแก่น (2538)
- (8) การศึกษาการถูกทำร้ายของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2538)
- (9) การศึกษาผลการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเวชในโครงการธรรมบำบัดของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2538)
- (10) การศึกษา-ความรู้ ทักษะ และปัญหาในการปฏิบัติงาน การให้การปรึกษาในเครือข่าย เขต 6 (2538)
- (11) การศึกษากรณีอุปทานหมู่ในเด็กนักเรียนโรงเรียนบ้านประชาสุขสันต์ ตำบลขมิ้น อำเภอมือ จังหวัดสกลนคร (2539)
- (12) การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (2539)
 - ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมูลนิธิศาสตราจารย์ น.พ. ฝน แสงสิงแก้ว ปี 2538

- (13) การศึกษาการบริการส่งชื้อยาทางไปรษณีย์ ณ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่น (2539)
- (14) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิก ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2539)
- (15) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเผชิญความเครียดในชมรม ข้าราชการเกษียณอายุ จ. ขอนแก่น (2539)
- (16) การศึกษาความรู้ ทักษะ และปัญหาในการปฏิบัติงานของ อสม. ในโครงการค้นหา และดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน (2539)
- (17) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่น (2539)
- (18) การประเมินผลการอบรมหลักสูตรคลายเครียดแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขต 6 (2542)
- (19) การศึกษาความเครียด สาเหตุ วิธีการแก้ปัญหาและวิธีการคลายเครียดของเครือข่าย ผู้ปฏิบัติงาน สุขภาพจิต จังหวัดสกลนคร (2542)
- (20) การประเมินผลโครงการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน อำเภอวาริชภูมิ จังหวัด สกลนคร (2542)
- (21) การประเมินผลการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับ บุคลากรสาธารณสุข (2542)
- (22) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชน และระบาดวิทยาโรคจิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (2543)
- (23) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : กรณีพฤติกรรมรุนแรง (2543)
- (24) องค์ความรู้ที่ได้จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน (2544)
- (25) การประเมินผลโครงการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน แบบครบวงจร อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร (2544)
- (26) การศึกษาความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน (2544)
- (27) การประเมินผลโครงการ ISO 9002 : การพัฒนาคุณภาพงานบริการ ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2544)
- (28) สรุปผลการประชุมสัมมนาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จังหวัดสกลนคร (2543)
- (29) การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล) (2544)
- (30) สุขภาพจิตคนไทย : มุมมองของประชาชนชาวอีสาน (2544)
- (31) การสำรวจผู้ป่วยโรคจิตจังหวัดสกลนคร (2544)
- (32) การศึกษานโยบายเพื่อพัฒนาสุขภาพจิตคนไทย (2544)
- (33) การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจร : การประเมินผลตามกรอบ Logical Framework (2545)

หมายเหตุ ทั้งหมดที่นำเสนอเป็นผลงานที่จัดทำเป็นเอกสาร หรือเผยแพร่ในที่ประชุมวิชาการต่างๆ เรียบร้อยแล้ว

ประวัติผู้ร่วมวิจัย

- | | |
|--|--|
| 1. ชื่อ-สกุล (ภาษาไทย) | น.ส. วราภรณ์ รัตนวิจิษฐ์ |
| (ภาษาอังกฤษ) | Miss. Waraporn Ratanawisit |
| 1.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย | - |
| 1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน | พยาบาลวิชาชีพ 4 |
| 1.3 สถานที่ทำงาน | รพ. จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422, 0-9942-5016
โทรสาร 0-4322-4722 |
| 1.4 ประวัติการศึกษา | พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 1.5 ผลงานวิจัย | - |
| 2. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) | นางสุพิน พิมพ์เสน |
| (ภาษาอังกฤษ) | Mrs. Supin Pimsen |
| 2.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย | - |
| 2.2 ตำแหน่งปัจจุบัน | พยาบาลวิชาชีพ 7 |
| 2.3 สถานที่ทำงาน | รพ. จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถ.ชาตะผดุง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422 ต่อ 2313, 0-6706-1911
โทรสาร 0-4322-4722 |
| 2.4 ประวัติการศึกษา | ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง
วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา |
| 2.5 ผลงานวิจัย | |
| เป็นผู้วิจัยร่วม จำนวน 3 เรื่อง | |
| 2.5.1 เจตคติของพยาบาลต่อปัจจัยส่งเสริมคุณภาพพยาบาลจิตเวช ใน รพ.จิตเวชขอนแก่น พ.ศ. 2539 | |
| 2.5.2 รายงานการประเมินผลโครงการการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2545 | |
| 2.5.3 รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2544 | |

แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ - สกุล
2. ที่อยู่
โทรศัพท์
3. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
4. อายุ.....ปี
5. การศึกษา
() 1. ไม่ได้เรียน () 2. ประถมศึกษา () 3. มัธยมศึกษา
() 4. ต่ำกว่าปริญญาตรี () 5. ปริญญาตรี () 6. อื่นๆ ระบุ.....
6. อาชีพ (ตอบได้มากกว่า 1 อาชีพ)
() 1. เกษตรกรรม () 2. รับจ้าง () 3. ค้าขาย
() 4. รับราชการ () 5. ว่างาน () 6. อื่นๆ ระบุ.....
7. สถานภาพสมรส
() 1. โสด () 2. คู่อยู่ด้วยกัน
() 3. คู่แยกกันอยู่ () 4. หม้าย () 5. หย่า/ร้าง
8. เคยฆ่าตัวตายหรือไม่ () 1. เคย () 2. ไม่เคย
9. เคยพยายามฆ่าตัวตายในอดีต.....ครั้ง
10. ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ถ้ามี มีวิธีการอย่างไร
ครั้งที่ 1 วิธีการ.....สาเหตุ.....
เวลา.....สถานที่.....
ครั้งที่ 2 วิธีการ.....สาเหตุ.....
เวลา.....สถานที่.....
ครั้งที่ 3 วิธีการ.....สาเหตุ.....
เวลา.....สถานที่.....
ครั้งที่ 4 วิธีการ.....สาเหตุ.....
เวลา.....สถานที่.....

แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สามารถประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยสอบถามว่า 2 สัปดาห์นี้มีเหตุการณ์
อาการหรือความคิด ความรู้สึกดังต่อไปนี้หรือไม่

รายการประเมิน	มี	ไม่มี
1. มีสีหน้าเป็นทุกข์ ห่มน้ยมอง เศร้าซึม ร้องไห้ (ผู้สัมภาษณ์สังเกตพบขณะสัมภาษณ์)	☐	☐
2. เป็นโรคร้ายแรงหรือเรื้อรัง และมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมาก	☐	☐
3. เข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุฆ่าตัวตายหรือเคยทำมาก่อน	☐	☐
4. สูญเสียวัยที่สำคัญอย่างไม่คาดคิด (ระบุวัยอะที่สูญเสีย.....)	☐	☐
5. มีการสูญเสียของรัก (คนรัก เงินทอง หรือบุคคลอันเป็นที่รัก หน้าที่การงาน)	☐	☐
6. ทำนด้มเครื่องด้มประเภทแอลกอฮอล์บ่อยครั้ง ด้มหนัก ด้มจนเมา	☐	☐
7. มีเรื่องกคคณ หรือคับข้องใจ	☐	☐
8. รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีค่าที่จะอยู่ต่อไป	☐	☐
9. เป็นทุกข์ จนไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป	☐	☐
10. กำลังคิดฆ่าตัวตาย	☐	☐

การแปลผล

ตอบ (มี) ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรได้รับบริการการปรึกษา
หรือพบแพทย์ และใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าควบคู่กันด้วย

รายชื่อผู้วิจัยภาคสนาม

- | | | |
|--|----------------------------------|---------------------|
| 1. หัวหน้าทีมในการเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนาม | | |
| 1.1 | แพทย์หญิงกนกวรรณ กิตติวัฒนากุล | นายแพทย์ 7 |
| 1.2 | แพทย์หญิงทัศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์ | นายแพทย์ 6 |
| 2. ผู้ตรวจสอบข้อมูลวิจัยภาคสนาม | | |
| 2.1 | นางวัชณี หัตถพนม | พยาบาลวิชาชีพ 7 |
| 2.2 | นางไพลิน ปรัชญกุล | นักสังคมสงเคราะห์ 6 |
| 3. สมาชิกในทีมเก็บข้อมูลวิจัยภาคสนาม | | |
| 3.1 | นางละอียด ปัญโญใหญ่ | พยาบาลวิชาชีพ 8 |
| 3.2 | นางสิวลี เปาโรหิตย์ | พยาบาลวิชาชีพ 7 |
| 3.3 | นางชนิษฐา สันทะห์ | พยาบาลวิชาชีพ 7 |
| 3.4 | นายวิรัช สุตจันทร์ฮาม | พยาบาลวิชาชีพ 6 |
| 3.5 | นายวิญญู สิงห์นาง | พยาบาลวิชาชีพ 6 |
| 3.6 | นายไพรวลัย ร่มซ้าย | พยาบาลวิชาชีพ 6 |
| 3.7 | นางประคอง นาโพนทัน | พยาบาลวิชาชีพ 5 |
| 3.8 | น.ส. วราภรณ์ รัตนวิศิษฐ์ | พยาบาลวิชาชีพ 4 |
| 3.9 | น.ส. สุนันทา แสงปาก | พยาบาลวิชาชีพ 3 พ. |
| 3.10 | น.ส. ผอูนรัตน์ กลางมณี | พยาบาลวิชาชีพ 3 พ. |
| 3.11 | น.ส. พิสมัย เนื่องมัจฉา | พยาบาลวิชาชีพ 3 พ. |
| 3.12 | นายธีรยุทธ ยอดสง่า | พยาบาลเทคนิค 6 |
| 3.13 | น.ส. เขียวภา ประจันตะเสน | พยาบาลเทคนิค 6 |
| 3.14 | นางนุปลา รุ่งเรือง | พยาบาลเทคนิค 4 |
| 3.15 | น.ส. อำพร ไปสจา | นักอาชีวบำบัด 4 |
| 3.16 | น.ส. บัณฑิตา จักรโนวรรณ | นักอาชีวบำบัด 3 |