

# สารจากนายกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยฉบับแรกได้พิมพ์ออกเผยแพร่ เมื่อปี พ.ศ.2503 ภายหลังจากที่สมาคมฯ ได้ก่อตั้งมาแล้ว 7 ปี จนบัดนี้วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ได้พิมพ์ออกเผยแพร่มาแล้วครบ 50 ปีบริบูรณ์ และขึ้นปีที่ 51 ในปี พ.ศ.2549 นี้ นับว่าเป็นวารสารทางวิชาการด้านจิตเวชศาสตร์ที่มีอายุยาวนานฉบับหนึ่งของภูมิภาคอาเซียน

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาของวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ได้มีการพัฒนาและก้าวหน้ามาโดยตลอด นับว่าเป็นสินทรัพย์ (asset) ที่มีค่ายิ่งของสมาคมฯ และของวงการจิตเวชศาสตร์ในประเทศไทย

ปัจจุบันได้มีการจัดลำดับความน่าเชื่อถือของวารสารทางวิชาการที่ตีพิมพ์ทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทยด้วย โดยวิธีการวัดอย่างหนึ่งซึ่งเป็นที่นิยมกันคือการดูค่าดัชนีผลกระทบการอ้างอิงทางวิชาการ (impact factor) ของวารสารนั้นๆ โดยดัชนีนี้ เป็นการวัดค่าความถี่ของการอ้างอิงบทความวารสารในแต่ละปี หรือหมายถึงความถี่ที่บทความในวารสารนั้น จะถูกอ้างอิงหรือถูกนำไปใช้

และเป็นที่น่ายินดีที่จะแจ้งให้ผู้อ่านวารสารสมาคมฯ ได้ทราบว่า ในการประกาศ Thai Citation Index (TCI) ประจำปี พ.ศ.2545 และ พ.ศ.2546 นั้น วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยของเราได้รับการจัดลำดับให้อยู่ในลำดับต้น ๆ ทั้ง 2 ปีจากจำนวนวารสารทางวิชาการของประเทศไทยเกือบร้อยเล่ม โดยในปี พ.ศ.2545 วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยอยู่ในลำดับที่หนึ่ง คู่กับวารสารการพยาบาล ส่วนในปี พ.ศ.2546 วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ได้ลำดับที่ 2 รายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องนี้ ท่านผู้อ่านสามารถเข้าไปชมได้ที่โฮมเพจศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย ([http://www.kmutt.ac.th/jif/public\\_html/index.html](http://www.kmutt.ac.th/jif/public_html/index.html))

ในนามของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ผมและคณะกรรมการอำนวยการสมาคมทุกคน ซึ่งรวมทั้งประธานแผนกวารสาร (หรือบรรณาธิการวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย) คนใหม่คือ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล เราขอตั้งปณิธานว่าเราจะรักษาไว้ซึ่งคุณภาพและการได้รับการยอมรับทางวิชาการ รวมทั้งธำรงไว้ซึ่งการถูกอ้างอิงหรือถูกนำไปใช้ของวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยนี้ให้ดียิ่งขึ้นและอยู่ในลำดับต้น ๆ ตลอดไป

**พิเชฐ อุดมรัตน์**

นายกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

มีนาคม 2549

# บรรณาธิการแถลง

วารสารสมาคมฉบับที่ 1 ปีที่ 51 เริ่มต้นด้วยสารจากนายกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยท่านใหม่คือ ศาสตราจารย์นายแพทย์พิเชฐ อุดมรัตน์ เพื่อเน้นความสำคัญของวารสารสมาคมและเชิญชวนสมาชิกส่งบทความ ซึ่งฉบับนี้มีเนื้อหาเกี่ยวกับงานวิจัยการฆ่าตัวตายของประเทศออสเตรเลียและของประเทศไทยจากผู้พิมพ์หลายท่าน เพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจขนาดของปัญหาการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย รวมทั้งแนวทางการเฝ้าระวังปัญหาดังกล่าวจากตัวอย่างโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้อ่านได้ทราบ และเกิดความคิดสำหรับการทำวิจัยในเรื่องนี้ต่อไป

นอกจากนี้ยังมีบทความที่น่าสนใจเกี่ยวกับภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานผิดปกติในผู้ป่วยไทยที่รักษาด้วยลิเทียม และบทความฟื้นฟูทางวิชาการเกี่ยวกับบูรณาการดูแลภาวะสูญเสียการได้ยินและเสียงในหู ซึ่งช่วยให้ผู้อ่านได้ เข้าใจการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ไม่ว่าจะผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับยาแล้วเกิดผลกระทบทางกาย หรือผู้ป่วยโรคทางกาย ที่มีปัญหาจิตเวช

อย่างไรก็ตามวารสารสมาคมฉบับนี้ดำเนินการโดยคณะทำงานชุดใหม่ของสมาคมจิตแพทย์ ซึ่งเริ่มรับมอบหมายให้ดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม 2549 อีกทั้งดิฉันเพิ่งรับหน้าที่เป็นประธานวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย เป็นประสบการณ์ครั้งแรกที่ไม่เคยทำมาก่อน เมื่อมีความจำเป็นที่จะต้องจัดพิมพ์วารสารสมาคมฯ ให้ทันตามกำหนดเวลา จึงทำให้วารสารฉบับนี้อาจมีข้อบกพร่องหรือผิดพลาดเกี่ยวกับภาษา ตัวสะกด ในบทนิพนธ์ต่างๆ ดิฉันขออภัยขอรับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและหวังว่าฉบับต่อไปข้อผิดพลาดดังกล่าวจะน้อยลงหรือไม่มีเลย รวมถึงขออภัยรับคำวิพากษ์วิจารณ์บทนิพนธ์จากผู้อ่านเพื่อปรับปรุงให้วารสารสมาคมฯ ได้พัฒนาดียิ่งขึ้นจนได้มาตรฐานระดับสากล

ท้ายสุดนี้คณะทำงานชุดใหม่อีกทั้งกองบรรณาธิการ มีความยินดีและขอเชิญชวนสมาชิกส่งบทความที่ต้องการจะตีพิมพ์เผยแพร่มาที่

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล

บรรณาธิการ

มีนาคม 2549



# การป้องกันการฆ่าตัวตาย: ในมุมมองจาก ออสเตรเลีย

Chee Ng, MBBS, MMed (Psych), FRANZCP, MD\*

## บทคัดย่อ

ในประเทศออสเตรเลียมีรายงานอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่า 2,500 ราย ต่อปี และมีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มผู้ชายวัยหนุ่ม มีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตาย จากงานวิจัยหลายชิ้นที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยร่วมกันทั้งชีว-จิต-สังคมวิทยาและเศรษฐกิจ ทำให้เข้าใจสาเหตุของการฆ่าตัวตายอย่างมากมาย จึงนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดแผนกลยุทธ์ สำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติในประเทศออสเตรเลีย ซึ่งใช้วิธีการประสานงาน จากหลายองค์กรหลายระดับร่วมกับความร่วมมือของประชาชน โดยมีวัตถุประสงค์คือ เพื่อส่งเสริม ปัจจัยป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในแต่ละชุมชน พบว่ามีความจำเป็นต้องเพิ่ม การสนับสนุนและพัฒนางานบริการระดับบุคคลและกลุ่มเสี่ยงเพื่อเพิ่มศักยภาพของระบบ บริการโดยเฉพาะที่สถานบริการระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชน แนวทางการป้องกันการ ฆ่าตัวตายในประเทศออสเตรเลีย ได้แก่การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต มาตรการลดการเข้าถึง อาวุธหรือเครื่องมือที่ใช้สำหรับฆ่าตัวตาย มาตรการเกี่ยวกับสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ ระบบ บริการช่วยเหลือคนในยามวิกฤติ การคัดกรองและช่วยเหลือผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต การเพิ่ม ขีดความสามารถของคนในชุมชนในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต การเพิ่มประสิทธิภาพใน การจัดการปัญหาการใช้สุราและยาเสพติด สิ่งสำคัญสำหรับกิจกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตาย อยู่ที่การกำหนดเป้าหมายอย่างรอบคอบ มีการปรับวิธีการเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการ ของพื้นที่และมีการประเมินผลอย่างถูกต้องเหมาะสมโดยใช้ข้อมูลที่ได้นำไปพัฒนาจนเกิดการ ปฏิบัติที่ดี

งานป้องกันการฆ่าตัวตายยังคงเป็นงานที่ทำทนายและมีความสลับซับซ้อน จำเป็นต้องใช้ ความร่วมมือจากหลายฝ่ายด้วยความมุ่งมั่น เสมอต้นเสมอปลาย กระทำอย่างต่อเนื่อง ทุกระดับ ทั้งภาครัฐและเอกชนในชุมชน

**คำสำคัญ :** การป้องกัน, การฆ่าตัวตาย, ปัจจัยเสี่ยง, ยุทธศาสตร์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 51 ฉบับที่ 1 หน้า 3-10



# Suicide Prevention: Perspectives from Australia

*Chee Ng, MBBS, MMed (Psych), FRANZCP, MD\**

---

## Abstract

There are over 2500 deaths by suicide recorded each year in Australia and the rising suicide rates for younger men have been a particularly worrying trend. Although numerous risk and protective factors have been studied, a multimodal model consisting of biological, psychiatric or psychological, and socio-economic factors appear to be appropriate to understanding the aetiology of suicide. The national strategic framework for suicide prevention in Australia use and intersectoral, multi-level and population approach. The aims are to enhance and resilience protective factors while reducing risk factors across the community. There is need to increase support and services for individuals and groups at risk through enhancing the capacity of service systems especially in primary care and community-based services. Specific interventions included the increase in mental health literacy, reduce access to means, media strategies, crisis support services, early detection and treatment of mental disorders, increase access to mental health services, and improved management of alcohol and drug problems. It is important that suicide prevention activities are carefully targeted, adapted appropriately to local needs and properly evaluated to improve the evidence base for good practice. Suicide prevention remains a challenging and complex task, which is likely to benefit from a consistent, sustained and collaborative approach across all levels of government and community.

**Key words :** suicide, prevention, risk factors, strategies

**J Psychiatr Assoc Thailand 2006; 51 (1): 3-10**

---

\* St Vincent's Mental Health Service and The Melbourne Clinic, Department of Psychiatry, University of Melbourne, Melbourne, Australia

## Introduction

In the year 2000, WHO estimated that there are about 815,000 suicides worldwide. The rate of suicide attempts was thought to be about 20 times higher. In the last few decades, large increases in suicide rates were seen in the Western world especially for the young males. Since the late 1990's declines in global trend suicide rate have been reported in young adults, middle-aged females and older adults. However, in comparing the fluctuating rates of suicide, it is important to take into consideration that the official suicide data tends to under-estimate the true suicide rates.

## Suicide trends in Australia

In terms of overall trends of suicide in Australia, the rate peaked at 15.7 per 100,000 in 1960s before dropping to 10.7 per 100,000 in the 1970s. There was subsequently a steady increase in the 1990s, which then peaked in 1997 at the rate of 14.6 deaths 100,000. However, between 1997 and 2001 the age standardised rate of registered suicide fell by 15%.<sup>1</sup> Men of all age groups were far more likely than women to die from suicide. For instance, in 1998 the rates for men were 23.0 per 100,000 compared with only 5.7 per 100,000 deaths in women. In fact, the ratio of male to female suicides rose from 2:1 in the 1950s to 4:1 in the 1990s.

Internationally, Australian suicide rates are comparable with other Western nations.<sup>2</sup> The suicide rates for males in Australia ranked fourth for the age group 15-24, and eighth for the age group 25-34 in the world. For females, the Australian rates ranked number eighth for the age group 15-24. In the last decade, suicide accounted for over 80,000 years of potential lives lost and for 2.6% - 4.5% of all causes of deaths in

Australia. The methods of suicide most prevalent have been hanging followed by poisoning including motor vehicle exhausts.

The rising suicide rates for younger males have been a growing concern for the community and government. Between 1964 to 1997, there was a 3-fold increase in suicide rate for 15-24 year old males. This led Australia to implement a national suicide prevention strategy in 1995 using an inter-sectoral and multi-disciplinary approach<sup>3</sup>. Other high-risk groups included the 25-34 year age group (20.6 per 100,000 in 2001), and young males in rural areas, which peaked in 1992 at 37.7 per 100,000. Furthermore, suicide rates among Aboriginal people have also risen where the rate was 26 per 100,000 in 1998-2000.

## Risks factors in suicide

As found in a number of studies, mental health factors appear to be the most important risk factors for suicide. Psychological autopsy studies post-suicide revealed a range from 28% to 98% of those who suicided had a mental illness. In another study by Triller et al.<sup>4</sup> 33% young people who died and 40% who attempted suicide had a previous psychiatric diagnosis. A three years study by chipps et al.<sup>5</sup> found that the risk of suicide was 10 times greater in psychiatric patients than that of the general population. Furthermore about 90% older people who attempted suicide or died by suicide in Australia have a history of mental disorder<sup>6</sup>. Furthermore those in inpatient psychiatric care or are recently discharged were also found to have higher suicide risk.<sup>7</sup> One of the strongest indicators of likely suicide is a previous suicide attempt or deliberate self-harm.<sup>7,8</sup> Young people who had attempted

suicide had a risk of suicide 30 times greater than the general population.<sup>9</sup>

Other suicide risk reported in literature include alcohol and substance abuse,<sup>10</sup> unemployment, socio-economic disadvantage and low educational achievement.<sup>11</sup> The Royal Commission into Aboriginal Deaths in Custody<sup>12</sup> also stressed that legal problems, imprisonment or behaviour leading to conflict with the law was a suicide risks particularly for the Aboriginal people in Australia. Other risk factors such as access to lethal methods (eg guns), recent losses, marital breakdown, death and interpersonal loss are also important to consider. In addition, economic depression, unemployment and poverty are associated with increased suicide rates. In a study in Australia<sup>13</sup>, the male suicide rates and unemployment rates matched each other in the previous 3 consecutive decades.

Apart from risk factors, protective factors are also important to consider. For example, connectedness to family and school<sup>14</sup>, responsibility for children and family<sup>15</sup>, the presence of an adult for a young person, a spouse or partner<sup>16</sup>, and personal resilience and problem-solving skills<sup>17</sup> have been identified as protective factors against suicide. The maintenance of good physical and mental health, economic security in older age, strong spiritual or religious faith, and social integration<sup>10</sup> are also additional protective factors. In particular, Goldney<sup>8</sup> pointed out that early identification and treatment of psychiatric illness is a key preventive factors. In contrast to predisposing factors, precipitating factors or immediate triggering factors of suicide are also relevant to consider. These events including relationship breakdown, financial problems, marital separation or divorce, interpersonal problem, sexual difficulties, stressful events or physical

illness may precipitate an impulsive act of suicide.

In considering the complex aetiology of suicide, a multimodal - model consisting of biological, psychiatric or psychological, and socio-economic factors appear to be appropriate. The interplay of these factors may involve genetic factors, family and personality issues, presence of mental disorder, life crisis and cultural issues. There is also a multifaceted pathway to suicide where Bonner and Rich<sup>18</sup> describe a process of high environmental stress leading to depression, suicidal thoughts, hopelessness and finally the act of suicide, which is also influenced by issues of poor problem solving, loneliness, poor social support and beliefs that suicide is an option. Hence, any suicide prevention strategy would need to be broad - based to address the wide spectrum of contributing factors and aetiological issues.

## National suicide Prevention Strategies

National Suicide Prevention Strategies (NSPS) are defined as a comprehensive set of strategies implemented at a country level that are fully integrated and multi-faceted. Countries that first adopted such national strategies have been Finland (1986), Sweden (1993), Norway (1994), Australia (1995), N.Z. (1998), UK (2002) and US (2001). Australia and New Zealand took a broaden public health approach, while Norway and England focus on high-risk groups. Therefore, the emphasis may vary from one country to another eg Australia adopted an early intervention approach while Finland focussed more specifically on substance abuse.

Although the NSPS are multi-faceted, they share common components while include assessment of attempted suicide, crisis intervention, detection and

treatment of mental illness, access to mental health services, alcohol and drugs programs, school-based programs, media and public education, reduced access to lethal means, increase training in suicide prevention and postvention. In Australia the NSPS begun in 1999, which was built on the former National Youth Suicide Prevention Strategy (1995-1999). The aims are to enhance resilience and protective factors while reducing risk factors across the community. There are a diverse range of programs involving families, schools, local communities, consumer and carer's groups, local government, private industry and nongovernment organisations. Developed by National Advisory Council of Suicide Prevention (NACSP) the LIFE (living is for life) Framework guides the NSPS<sup>19</sup>. In addition, the strategy funds a number of major national initiatives using population-based approaches with an emphasis on community capacity building under several streams. These include community initiative to foster resilience and reduce risk factors, strategies to increase awareness of suicide prevention activities and interventions focussing on indigenous communities.

To address the complex issues of suicide in Australia, the NSPS needs to work together with other national initiatives such as the National Mental Health Strategy. The key priorities of this plan are to mainstream specialist mental health services to general health service and to transfer resources to community based treatments. 'Beyondblue: a national depression initiative was established by federal and states in March 2000 to address the growing problem of depression. It aims to increase community awareness of depression and anxiety, promote professional training to increase treatment capacity, and to support research into prevention and

treatment approaches. Another important national strategy is the National Drug Strategy was endorsed in 1998-2002. It sets out strategies to develop alliances and partnerships with all relevant sectors with the intent of providing a framework to address substance abuse by adopting a harm minimisation approach. It also utilises an intergrated approach in the prevention and management of harms associated with alcohol, prescribed drugs, illicit drugs and other substances.

In terms of suicide prevention strategies, implementation at the Victorian state level is exemplified by several developments<sup>19</sup>. Multidisciplinary support teams have been created to provide health and welfare services to at-risk students and their families, and outreach services to schools. For young people aged 16-25 at a high risk, residential rehabilitation services have been established. Area mental health services now provide a 24-hour service to emergency departments of public hospitals and deal with psychiatric crises in the community. In addition, telephone counselling services to improve the response to people who are at risk of suicide were also enhanced. There was increased effort to improve connectedness of young people by offering direct services, support to workers and education of adolescent suicide risk. Other initiatives targeting high risk of suicide groups include the development of statewide personality disorder service, substance use mental illness treatment network, intensive mobile youth outreach support positions and rural and regional counselling services for Aboriginal communities. There has been also increased research into men's access to mental health services and the treatment of depression in adolescence. Linkages with services such as acute health, drug and alcohol services and police are strengthened.

Guidelines for emergency departments to ensure effective follow-up system for people who have attempted suicide or have a serious mental illness have also been developed. Finally, training have also provided for primary health providers in recognising and treatment of depression.

### Evaluation of suicide prevention strategies

The impact of NSPS was reviewed by Australian Institute for Suicide Research and Prevention<sup>20</sup>, and the analysis of suicide trends pre- and post- NSPS shows mixed results. The study reported that with the exception of Finland, NSPS have not been associated with a clear suicide reduction overall. The impact of drug policy was also thought to be limited due to varying importance of risk factors and the relative focus on illicit drugs versus the more prevalent alcohol abuse. However, such an analysis has several limitations, which included statistical problems in comparison, individual components of NSPS were not identified, delayed onset of effect, and finally the presence of numerous factors affecting fluctuation in rates.

Nonetheless several studies have found that limiting access to means seems to be efficacious. These consist of detoxifying domestic gases<sup>21</sup> and car exhaust<sup>22</sup>; limiting quantity of medications per pack<sup>23</sup>; decrease prescription of lethal medications<sup>24</sup>; reduced drug toxicity and better medical care<sup>25</sup>; building barriers on bridges<sup>26</sup> and limiting the firearm ownership<sup>27</sup>. However, the cornerstone of suicide prevention remains the early detection and treatment of mental illness as supported by research findings of the close association of suicide with mental illness. The benefits of psychosocial strategies is recommended<sup>20</sup>. It is clear

that more systematic research is needed to identify effective means of suicide prevention.

In planning activities for suicide prevention a number of considerations should be considered. These include the following: identifying the purpose of the suicide prevention activity; identifying the target group (ranging from the whole population, to high-risk groups, and to individuals); examining the evidence base for the effectiveness a strategy; a consideration of the likely cost and benefits of the strategy and the use of a collaborative approach including relating to other sectors to provide a more integrated and effective approach<sup>19</sup>.

### Conclusion

In conclusion, it is vital that suicide prevention activities are carefully targeted, adapted appropriately to local needs properly evaluated to improve the evidence base for good practice. There is a need to increase support and services for individuals and groups at risk through enhancing the capacity of services systems especially in primary care and community-based services. Suicide prevention remains a challenging and complex task, which is likely to benefit from a consistent, sustained and collaborative approach across all levels of government and community.

### References

1. Australian Bureau of Statistics. Suicides Australia 1921-1998. ABS, Canberra. Australian Institute of Family studies (1998). Youth Suicide Prevention Programs and Activities. Australian Institute of Family Studies, Melbourne 2000.



2. Cantor C, Neulinger K, Roth J, Spinks D. The Epidemiology of Suicide and Attempted Suicide Among Young Australians. A literature review prepared for the National Health and Medical Research Council, Canberra 1998.
3. Commonwealth Department of Health and Family services. Youth Suicide in Australia: The National Youth Suicide Prevention Strategy. Australian Government Publishing Service, Canberra 1997.
4. Tiller J, Krupinski J, Burrows G, Mackenzie A, Hallenstein H, Johnstone G. A Prospective Study of Completed and Attempted Suicides in Victoria. University of Melbourne and Australian Rotary Health Research, Melbourne 1997.
5. Chipps J, Stewart G, Sayer G. Suicide mortality in NSW: clients of mental health services. New South Wales Public Health Bulletin, 1995;6(8):75-81.
6. Draper BM. Prevention of suicide in old age. Med J Aust, 1995;162(10):533-4.
7. Beautrais AL. Risk Factors Suicide and Attempted Suicide Amongst Young People. A literature review prepared for the National Health and Medical Research Council 1998.
8. Goldney R. Suicide prevention is possible: a review of recent studies. Arch Suicide Res, 1998;4:329-39.
9. Silburn S, Zubrick S, Acres J. Evaluation of an intervention to facilitate better hospital and community management of teenage deliberate self-harm admissions in Western Australia. Paper presented at the XIX Congress of the International Association for suicide Prevention, Adelaide, 23 March 1997.
10. De Leo D, Hickey PA, Neulinger K, Cantor CH. Ageing and suicide: A report to the commonwealth Department of Health and Aged Care. Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Griffith University 1999.
11. Gunnell D, Lopatzidis A, Dorling D et al. Suicide and unemployment in young people. Analysis of trends in England and Wales 1921-1995. Br J Psych 1999;175:263-70.
12. Royal Commission into Aboriginal Deaths in Custody. Overview and Recommendations. Australian Government Publishing Service, Canberra 1991.
13. Morrell S, Taylor R, Quine S, Kerr C. Suicide and unemployment in Australia 1907-1990. Soc Sci Med, 1993;36(6):749-56.
14. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Et al. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. J Am Med Assoc, 1997;278:823-32.
15. Smith J, Mercy J, Conn J. Marital Status and the risk of suicide, Am J Pub Health, 1998;78:78-80.
16. Hassan R Suicide. Explained: The Australian Experience. Melbourne University Press, Melbourne 1995.
17. Frederico M, Davis C, Barber J. Growing Up in Australia: The Role of Parents in Promoting Positive Adolescent Development. Commonwealth Department of Family and Community Services 1999.
18. Bonner RL, Rich AR. Toward a predictive model of suicidal ideation and behaviour: some preliminary data in college students. Suicide and Life Threatening Behavior, 1987;17:50-63.
19. Commonwealth of Australia. LIFE: a framework for prevention of suicide and self harm in Australia. Commonwealth Department of Health and Aged Care, Canberra 2000.
20. Australian Institute for Suicide Research and Prevention. International suicide rates-recent trends

- and implications for Australia. Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra 2003.
21. De Leo D, Evans R, Neulinger K. Hanging, firearm, and non-domestic gas suicides among males: a comparative study. *Aust N Z J Psychiatry*, 2002; 36(2):183-9.
  22. McClure GM. Changes in suicide in England and Wales, 1960-1997. *Br J Psych* 2000;176:64-7.
  23. Hawton K, Townsend E, Deeks J, Appkeby L, Gunnell D, Bennewith O, et al. Effects of legislation restriction pack sizes of paracetamol and salicylate on self-poisoning in the United Kingdom: before and after study. *Br Med J* 2001;322:1203-7.
  24. Buckley NA, Whyte IM, Dawson AH, McManus PR, Ferguson NW. Correlations between prescriptions and drugs taken in self-poisoning. Implications for prescribers and drug regulation. *Med J Aust*, 1995; 162(4):194-7.
  25. Hassan R, Tan G. Suicide trends in Australia 1901-1985: An analysis of sex differentials. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 1998;19(4):362-80.
  26. Cantor CH, Hill MA. Suicide from river bridges. *Aust N Z J Psychiatry*. 1990;24:377-80.
  27. Lambert MT& Silva PS (1998). An update on the impact of gun control legislation on suicide. *Psych Quar* 1998;69:127-34.