



# ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทย: การสำรวจระดับชาติ

หวาน ศรีเรือนทอง พบ.\*, ธรณินทร์ กองสุข พบ.\*, วท.ม., วชิระ เพ็งจันทร์ พบ.\*\*,  
พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ พบ.\*\*, เกษราภรณ์ เคนบุปผา วท.ม.\*,  
รุ่งมณี ยิ่งยีน วท.ม.\*, สุพัตรา สุขาวท พย.ม.\*, จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน รป.ศ.\*

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาอัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของคนไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง  
**วิธีการศึกษา** เป็นการสำรวจระดับชาติแบบภาคตัดขวาง สัมภาษณ์ตัวต่อตัวกับคนไทยในชุมชน  
ทั้งชายและหญิง อายุ 15-59 ปี จำนวน 17,140 ราย ซึ่งได้จากการสุ่มแบบ Stratified-cluster sampling  
เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2551 เครื่องมือที่ใช้ คือ Mini International  
Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยทีมนักวิจัยภาคสนาม  
ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการนำข้อมูลที่ได้มา  
ถ่วงน้ำหนัก สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงด้วยค่าความถี่ ร้อยละ proportions, standard error, การ  
ประมาณค่าประชากร และประมาณยอดรวมโดยใช้การคำนวณที่สอดคล้องกับการเลือกตัวอย่าง  
เชิงความน่าจะเป็น

**ผลการศึกษา** ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้งประเทศ พบ ร้อยละ 7.3 จำแนกเป็นความเสี่ยงระดับ  
น้อย ร้อยละ 6.0 ความเสี่ยงระดับปานกลางร้อยละ 0.6 และความเสี่ยงระดับสูงร้อยละ 0.7 เพศหญิง  
มีความเสี่ยงร้อยละ 8.6 เพศชายมีความเสี่ยงร้อยละ 5.2 ภาคเหนือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมาก  
ที่สุดร้อยละ 8.8 กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มอายุ 35-44 ปี พบร้อยละ  
8.1 กลุ่มสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 11.5 กลุ่มว่างงาน ร้อยละ 13.8 กลุ่มผู้ป่วย  
จิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ ผู้ป่วยโรคผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการทางจิตร่วม  
(Mood disorder with psychotic features) และผู้ป่วยไบโพลาร์ในระยะ manic episode  
พบร้อยละ 87.9 และร้อยละ 64.3 ตามลำดับ

**สรุป** การเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในคนไทยควรเน้นในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง คือ ประชากร  
ในภาคเหนือ ที่เป็นผู้หญิง ว่างงาน ผู้ที่ว่างงาน และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย  
โรคผิดปกติทางอารมณ์ เช่น โรคซึมเศร้าและโรคไบโพลาร์

**คำสำคัญ** อัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คนไทย การสำรวจระดับชาติ

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2554; 56(4): 413-424

\* โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

\*\* กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



# The Suicidality in Thai population: A National survey

*Wan Sriruenthong M.D.\**, *Thoranin Kongsuk M.D., M.Sc.\**,  
*Wichira Pangchuntr M.D.\*\**, *Punnapa Kittirattanapaiboon M.D.\*\**,  
*Kedsaraporn Kenbubpha M.Sc.\**, *Rungmanee Yingyeun M.Sc.\**,  
*Supattra Sukawaha M.N.S.\**, *Jintana Leejongpermpoon MPA.\**

## ABSTRACT

**Objectives:** To study the rate of suicidality and factors related to the Thai people.

**Methodology:** Nationally representative faceto-face household survey based on a stratified clustered sampling of people aging 15 to 59 ( $n = 17,140$ ). The data were conducted between June and August 2008 using Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) module C. Suicidality and general information questionnaire by trained psychiatric professionals. The data analysis was determined by means adjusted weight of rate generalized to Thai population and analyzed with descriptive statistical methods by attaining percentage of mean, proportions, standard errors, population estimation and probability inference from the data.

**Results:** The overall national rate of suicidality accounted for 7.3%, the severity risk of suicide was found mild 6.0%, moderate 0.6% and severe 0.7%. The highest risk of suicide was found in the north (8.8%, severe degree 1.3%) females (8.6%), age of 35 to 44 (8.1%), separated, divorced or widowed (11.8%), being unemployed (13.8%), mood disorders with psychotic features (87.9%), current manic episode (64.3%).

**Conclusions:** For effective surveillance and prevention of suicide in Thailand's population, the focus should be on the population of Northern provinces, females, those in productive age, being unemployed and those concurrently having mental disorders particularly, mood disorders.

**Keywords:** suicidality, Thai, national survey

J Psychiatr Assoc Thailand 2011; 56(4): 413-424

\* Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health.

\*\* Ministry of Public Health.

## บทนำ

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประชากรโลกราว 1 ล้านคนฆ่าตัวตายในทุกๆ ปี เฉลี่ย 3,000 รายต่อวัน ซึ่งในช่วง 45 ปีที่ผ่านมา อัตราการฆ่าตัวตายทั่วโลกเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 และพยากรณ์ว่า ภายในปี พ.ศ. 2563 คนที่ฆ่าตัวตายจะมีจำนวนปีละ 1.5 ล้านคน<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทย จากรายงานการฆ่าตัวตายที่ผ่านมาพบว่ามีจำนวนของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงถึง 4,000 รายต่อปี ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จกว่า 50,000 ราย เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าหญิงถึง 4 เท่า แต่เพศหญิงมีแนวโน้มที่คิดจะฆ่าตัวตายได้ง่ายและมีจำนวนมากกว่าชาย ภาคเหนือของไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด ช่วงอายุที่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสูงส่วนใหญ่อยู่ในวัยหนุ่มสาวที่เป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญของประเทศ<sup>2</sup>

ในทางจิตเวชศาสตร์จะแยกการฆ่าตัวตายสำเร็จจากการพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่างกัน มีศัพท์รวมเรียกว่า “Suicidality” ซึ่งมีความหมายครอบคลุมถึง ความคิดและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ทั้งฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) และการพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) รวมถึงการคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) หรือการสื่อสารการฆ่าตัวตาย (suicidal communication) การฆ่าตัวตาย (suicide) หมายถึง การกระทำที่มุ่งทำร้ายตนเองให้ได้รับอันตรายจนเสียชีวิตได้ โดยมีความตั้งใจจะตายอย่างชัดเจนแน่นอน และการฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) หมายถึง การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ส่วนการพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) หมายถึง การกระทำที่มุ่งทำร้ายตนเองให้ได้รับอันตรายแต่ไม่ถึงเสียชีวิต โดยมีความตั้งใจจะตายอย่างชัดเจนแน่นอน เช่นกัน<sup>3</sup>

การป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของประเทศไทยดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยกรมสุขภาพจิตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ถึงแม้ในช่วง 5 ปี แรกทำให้

อัตราการฆ่าตัวตายลดลง แต่ช่วงปี พ.ศ. 2550 กลับมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอีก ปัญหาที่สำคัญในการวางแผนแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายคือ การขาดข้อมูลระดับประเทศ การรายงานการฆ่าตัวตายในระบบสาธารณสุขยังไม่ครบถ้วนและขาดความถูกต้อง อีกทั้งการฆ่าตัวตายเมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ ยังมีอัตราอุบัติการณ์ที่ต่ำมาก เช่น อัตราการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2550 เป็น 5.97 ต่อแสนประชากร การศึกษาวิจัยในประชากรต้องใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากจึงจะได้ผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญ และเพียงการได้มาซึ่งข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จประโยชน์ที่ได้ยังไม่เพียงพอในการแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตาย องค์การอนามัยโลกให้ข้อเสนอแนะว่าการระบุได้ว่า ผู้ใดเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแล้วให้ การส่งเสริมป้องกันให้ความช่วยเหลือ และเฝ้าระวัง จะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายได้ดีกว่า ซึ่งในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าของไทย แม้จะมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องแต่จำนวนของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จยังคงติดอันดับ 16 ของโลก<sup>4,5</sup>

ข้อมูลเกี่ยวกับ suicidality ทั้งความคิดและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายที่สามารถบอกถึงความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในประชากรจึงมีความสำคัญสำหรับการวางแผนป้องกัน แต่ข้อมูลนี้ไม่สามารถหาได้ในรายงานปกติ จึงจำเป็นต้องดำเนินการสำรวจระดับประเทศ ดังนั้น ในปี 2551 กรมสุขภาพจิตเห็นความจำเป็น จึงให้การสนับสนุนงบประมาณการสำรวจความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ภายใต้โครงการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี 2551 ซึ่งมี นพ.วิริยะ เฟื่องจันทร์ เป็นประธาน และ นพ.ธรณินทร์ กองสุข เป็นหัวหน้าคณะทำงาน รวมทั้งได้งบประมาณเพิ่มเติมจากแผนวิจัยบูรณาการ: การพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหและป้องกันความสูญเสียเนื่องจากโรคซึมเศร้า ระยะที่ 1

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอัตราความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทยทั่วประเทศ

## วิธีการศึกษา

เป็นการสำรวจ (descriptive survey) เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตัวต่อตัวในชุมชน (face to face interview in community)

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรเป้าหมาย (target population)** คือ ประชากรไทยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 15-59 ปี ที่มีภูมิลำเนาในทุกภาคของประเทศไทย รวมถึงกรุงเทพมหานคร ยกเว้นจังหวัดชายแดนภาคใต้ 3 จังหวัดคือ ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีภาวะวิกฤติจากการก่อการร้ายรุนแรงก่อให้เกิดสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ไม่ปกติและไม่ปลอดภัยสำหรับการเข้าไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ ครอบคลุมเฉพาะประชากรที่อาศัยในครัวเรือนส่วนบุคคลเท่านั้น ไม่รวมประชากรที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนสถาบัน เช่น วัด หอพัก โรงเรียน โรงพยาบาล สถานสงเคราะห์ ค่ายทหาร เป็นต้น

**การคำนวณขนาดตัวอย่าง** ใช้สูตร  $n = (Z)^2 pq/d^2$  สำหรับประมาณค่าสัดส่วน

**แผนการสุ่มตัวอย่าง** ที่ใช้เป็นแบบ Stratified Three - Stage sampling โดยมี กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ เป็นชั้นภูมิ รวมทั้งสิ้น 5 ชั้นภูมิและสุ่มตัวอย่างแบบเลือกตามช่วงอายุ 5 กลุ่ม คือ 15-24, 25-34, 35-44, 45-54 และ 55-59 ช่วงอายุละ 5 ตัวอย่างชาย 3 หญิง 2 หรือ ชาย 2 หญิง 3 รวมเป็น 25 ตัวอย่างต่อหนึ่งหมู่บ้านหรือชุมชนอาคาร กระจายตัวอย่างในพื้นที่ 25 จังหวัด

**การเลือกกลุ่มตัวอย่าง** แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน **ขั้นที่หนึ่ง** ทำการเลือกเขต/จังหวัดตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (systematic sampling) ได้เขตตัวอย่าง 37 เขต กระจายไปในแต่ละชั้นภูมิ **ขั้นที่สอง** ในแต่ละเขต/จังหวัดตัวอย่างได้ทำการเลือกชุมชนอาคารตัวอย่างสำหรับในเขตเทศบาล และหมู่บ้านตัวอย่างสำหรับนอกเขตเทศบาลอย่างอิสระต่อกัน โดยให้ความน่าจะเป็นในการเลือกเป็นปฏิภาคกับจำนวนครัวเรือนของชุมชนอาคาร/หมู่บ้านนั้นๆ (PPS-systematic sampling) ได้ชุมชนอาคาร/หมู่บ้านตัวอย่าง จำนวน 152 ชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน **ขั้นที่สาม** ในแต่ละชุมชนอาคาร/หมู่บ้านตัวอย่าง ได้ทำการเลือกประชาชนที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปีขึ้นไป ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (systematic sampling) ได้ประชาชนตัวอย่าง จำนวน 17,100 ตัวอย่าง เป็นชาย 8,500 ราย หญิง 8,600 รายกระจายไปในแต่ละชั้นภูมิ

**2. เครื่องมือในการสำรวจ** ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่พัฒนาขึ้นเพื่อแสดงถึงสถานะสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นเฉพาะตัวบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ

2.2 เครื่องมือ Mini international neuropsychiatric structure interview; M.I.N.I.<sup>6</sup> เป็นเครื่องมือสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความความตรงด้านเนื้อหา ภาษา และเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวชที่เปรียบเทียบกับ การวินิจฉัยของจิตแพทย์และใน module C. เป็นส่วนของ Suicidality โดยหัวข้อสัมภาษณ์ประกอบด้วย suicidal idea, suicidal plan และ suicidal attempt แล้วรวมคะแนนที่ได้จำแนกเป็นความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3 ระดับคือ น้อย (คะแนน 1-8) ปานกลาง (คะแนน 9-16) และรุนแรง (คะแนน  $\geq 17$ )

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 การเตรียมทีมนักวิจัยภาคสนาม จำนวน 204 ราย ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และ นักจิตวิทยาของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต เป็นผู้สัมภาษณ์ด้วย M.I.N.I. โดยผู้สัมภาษณ์คัดเลือกจากผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานจิตเวชไม่น้อยกว่า 5 ปี ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือ M.I.N.I. ซึ่งมีการอบรมอย่างเข้มข้นในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2551 มีการทดสอบค่าความเที่ยงตรง ความเที่ยงตรงระหว่างผู้สัมภาษณ์ (inter-rater reliability) ก่อนการเก็บข้อมูล โดยมีค่า Kappa=0.61-1.00 เป็นระดับดี-ดีมาก<sup>3,7</sup> รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2551 โครงการผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช) กรมสุขภาพจิต เมื่อวันที่ 4 กรกฎาคม 2551

3.2 ตรวจสอบความถูกต้องตามรายชื่อและจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่มารอให้สัมภาษณ์ให้ตรงตามบัญชีรายชื่อที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างจากคณะทำงานกลาง ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นไปตามบัญชีรายชื่อและไม่ครบจำนวน ได้ทำการสุ่มใหม่ด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างไม่มีตัวตน ในกรณีที่ผลการสัมภาษณ์ด้วย Mini international neuropsychiatric structure interview; M.I.N.I. พบว่า มีความผิดปกติ มีการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อพบจิตแพทย์เพื่อให้การรักษาต่อไป

3.3 การตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ ได้ดำเนินการตรวจสอบ 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 โดยนักวิจัยภาคสนามผู้สัมภาษณ์ ทำการตรวจสอบหลังสัมภาษณ์เสร็จทุกหมวดคำถามและขอสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมกรณีไม่ครบถ้วน ครั้งที่ 2 โดยหัวหน้าทีมภาคสนามทำการตรวจสอบก่อนออกจากพื้นที่ และขอสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมถ้าไม่ครบถ้วน ครั้งที่ 3 โดยหัวหน้าทีมนักวิจัย

หรือผู้รับผิดชอบตรวจสอบข้อมูลในการสำรวจของแต่ละหน่วยวิจัยก่อนส่งคณะทำงานกลางกรมสุขภาพจิต ถ้าไม่ครบถ้วนก็จะประสานพื้นที่ขอข้อมูลเพิ่มเติม

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA 10.0 นำข้อมูลที่ได้อ้างอิงน้ำหนัก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนประชากรระดับภาคและระดับประเทศ โดยใช้การคำนวณที่สอดคล้องกับการเลือกตัวอย่างเชิงความน่าจะเป็นในการถ่วงน้ำหนักจะมีการดำเนินการทั้ง 3 รูปแบบ ได้แก่ design weight, gender weight, and response weight และหาค่า standard error โดยใช้ Taylor-series linearization<sup>8</sup>

4.2 ใช้สถิติเชิงพรรณนาคือร้อยละ proportion และ standard error พร้อมทั้ง 95% confidence interval

### ผลการศึกษา

1. อัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายภาพรวมทั้งประเทศ พบว่า คนไทยอายุ 15-59 ปี ทั้งประเทศ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรวมทุกระดับความรุนแรงร้อยละ 7.3 ประมาณการจำนวนประชากรที่มีความเสี่ยง 3,545,695 ราย จำแนกเป็นความเสี่ยงระดับน้อยร้อยละ 6.0 ความเสี่ยงระดับปานกลางร้อยละ 0.6 ความเสี่ยงระดับสูงร้อยละ 0.7 ภาคเหนือมีอัตราความเสี่ยงรวมทุกระดับมากที่สุด ร้อยละ 8.8 รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร พบร้อยละ 8.5 ส่วนภาคที่มีอัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อยสุดคือ ภาคกลาง พบร้อยละ 5.3 แต่เปรียบเทียบประมาณการประชากรในแต่ละภาคจะพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีประชากรเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าทุกภาคคือ 1,627,925 ราย ถึงแม้จะมีอัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น อันดับ 3 เนื่องจากฐานประชากรมีมากกว่า (ตารางที่ 1)

2. อัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามลักษณะทั่วไปของคนไทย พบว่า คนไทยอายุ 15-59 ปี เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 8.9 ชายพบร้อยละ 5.2 ซึ่งเพศหญิงมีอัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าชาย คิดเป็นสัดส่วน 1.7:1 และเพศหญิงมีความเสี่ยงระดับสูง 2 เท่าของชาย โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงระดับสูงร้อยละ 0.9 ส่วนชายพบร้อยละ 0.4 คนไทยรวมเพศชายและหญิงอายุ 35-44 ปี พบมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรวมทุกระดับความรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 8.1 แต่พบว่ากลุ่มอายุ 35-44 ปี และกลุ่มอายุ 55-59 ปี มีความเสี่ยงระดับสูงเท่ากันคือ ร้อยละ 1.0 ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามพบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูงมากกว่าทุกศาสนา คือร้อยละ 1.1 แต่เมื่อรวมความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทุกระดับความรุนแรงพบว่าผู้ที่นับถือศาสนาพุทธมีอัตราความเสี่ยงมากที่สุดร้อยละ 7.4 ผู้ที่มีสภาพสมรสแยกกันอยู่/หม้าย/หย่าร้างจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุดร้อยละ 11.8 คน ผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาเอก/โทมีความเสี่ยงมากกว่าทุกระดับการศึกษา

ร้อยละ 22.0 แต่กลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือพบว่า มีความรุนแรงระดับสูงมากกว่ากลุ่มการศึกษาอื่นคือร้อยละ 2.3 คนว่างงานมีความเสี่ยงมากที่สุดร้อยละ 13.8 และมีความรุนแรงระดับสูงมากกว่าทุกอาชีพ (ตารางที่ 2 และ 3)

3. อัตราความเสี่ยงการฆ่าตัวตายกับโรคจิตเวชในคนไทย จากผลการประเมินด้วย M.I.N.I. พบว่า อัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยเป็นโรคจิตเวชมีมากกว่าคนปกติหลายเท่า และเมื่อเทียบกับในโรคจิตเวชด้วยกันจะพบว่า โรค mood disorder with psychotic features มีอัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรวมความรุนแรงทุกระดับมากที่สุด ร้อยละ 87.9 คิดเป็น 12 เท่าของประชากรไทยทั่วไป รองลงมาคือ manic episode พบร้อยละ 64.3 และ major depressive episode พบร้อยละ 58.5 แต่สำหรับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีความรุนแรงระดับสูงจะพบในผู้ป่วย major depressive episode และ psychotic disorders มากที่สุดในอัตราเท่ากัน คือ ร้อยละ 20.4 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 แสดงระดับความรุนแรง และประมาณการจำนวนประชากรของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของคนไทยอายุ 15-59 ปี จำแนกตามภาค

	ระดับความรุนแรงการเสี่ยงฆ่าตัวตาย (ร้อยละ SE)				ประมาณการจำนวนประชากร
	น้อย (1-8)	ปานกลาง (9-16)	สูง (≥17)	รวม	
กรุงเทพมหานคร	6.4 (0.58)	1.0 (0.24)	1.1 (0.33)	8.5 (0.69)	340,504
ภาคกลาง	3.7 (0.53)	0.8 (0.24)	0.7 (0.23)	5.3 (0.62)	561,036
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	6.8 (0.63)	0.5 (0.13)	0.5 (0.12)	7.7 (0.65)	1,627,925
เหนือ	7.0 (1.10)	0.5 (0.12)	1.3 (0.75)	8.8 (1.32)	719,858
ใต้	5.6 (0.55)	0.5 (0.17)	0.2 (0.07)	6.4 (0.58)	296,371
รวม	6.0 (0.36)	0.6 (0.08)	0.7 (0.15)	7.3 (0.39)	3,545,695

ตารางที่ 2 แสดงอัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของคนไทยอายุ 15-59 ปี จำแนกตามเพศและคาดประมาณการ

	ระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ SE)				คาดประมาณการ จำนวนประชากร (ราย)
	น้อย (1-8)	ปานกลาง (9-16)	สูง ( $\geq 17$ )	รวม	
<b>เพศ</b>					
หญิง	7.3 (0.50)	0.7 (0.13)	0.9 (0.25)	8.9 (0.57)	2,457,372
ชาย	4.4 (0.49)	0.5 (0.10)	0.4 (0.10)	5.2 (0.50)	1,088,322

ตารางที่ 3 แสดงอัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของคนไทยอายุ 15-59 ปี จำแนกตามลักษณะทั่วไป

	ระดับความรุนแรงการเสี่ยงฆ่าตัวตาย (ร้อยละ SE)			
	น้อย (1-8)	ปานกลาง (9-16)	สูง ( $\geq 17$ )	รวม
<b>กลุ่มอายุ (ปี)</b>				
15-24	5.3 (0.64)	0.7 (0.21)	0.6 (0.22)	6.7 (0.71)
25-34	5.6 (0.74)	0.9 (0.23)	0.5 (0.11)	7.0 (0.80)
35-44	6.7 (0.85)	0.4 (0.12)	1.0 (0.50)	8.1 (0.93)
45-54	6.5 (0.73)	0.4 (0.11)	0.6 (0.17)	7.5 (0.75)
55-59	5.8 (0.73)	0.6 (0.25)	1.0 (0.35)	7.3 (0.84)
<b>ศาสนา</b>				
พุทธ	6.1 (0.36)	0.6 (0.09)	0.7 (0.15)	7.4 (0.40)
คริสต์	1.9 (1.28)	0.8 (0.74)	0 (0.00)	2.7 (1.55)
อิสลาม	4.5 (1.85)	0.6 (0.24)	1.1 (0.89)	6.1 (2.02)
<b>สถานภาพสมรส</b>				
คู่	5.8 (0.39)	0.5 (0.90)	0.7 (0.22)	7.0 (0.45)
โสด	7.8 (0.82)	0.7 (0.17)	0.5 (0.17)	6.9 (0.85)
แยกกันอยู่/หม้าย/หย่าร้าง	9.1 (1.28)	1.3 (0.47)	1.4 (0.43)	11.8(1.41)
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ไม่ได้เรียน	9.7 (2.71)	0.4 (0.30)	2.3 (1.75)	12.5(3.18)
ประถมศึกษา	6.4 (0.51)	0.5 (0.09)	0.9 (0.27)	7.7 (0.57)
มัธยมศึกษา	5.5 (0.55)	0.7 (0.17)	0.5 (0.16)	6.8 (0.60)
ปริญญาตรี	5.7 (2.42)	0.9 (0.65)	0.1 (0.09)	6.7 (2.48)
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	5.4 (1.04)	0.5 (0.17)	0.5 (0.20)	6.4 (1.07)
ปริญญาโท/เอก	20.8(13.36)	0.0 (0.00)	1.2 (1.24)	22.0(13.28)
<b>อาชีพ</b>				
ว่างงาน	9.4 (2.33)	1.6 (0.50)	2.8 (1.38)	13.8(2.61)
งานบ้าน	7.5 (1.20)	0.5 (0.26)	0.5 (0.27)	8.5 (1.25)
นักเรียน/นักศึกษา	6.4 (1.70)	0.5 (0.21)	0.8 (0.48)	7.7 (1.75)
ค้าขาย-ธุรกิจส่วนตัว	6.8 (1.15)	0.6 (0.22)	0.7 (0.23)	8.1 (1.19)
เกษตรกรรม	5.1 (0.54)	0.3 (0.11)	0.3 (0.10)	5.6 (0.55)
รับจ้าง	5.4 (0.46)	0.6 (0.14)	0.7 (0.31)	6.8 (0.56)
พนักงานบริษัท	2.7 (2.06)	0.0 (0.00)	0.0 (0.00)	2.7 (2.06)
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ-	3.2 (1.37)	1.4 (1.28)	0.3 (0.19)	5.0 (1.85)
ข้าราชการบำนาญ				

ตารางที่ 4 อัตราความรุนแรงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของคนไทย จำแนกตามโรคจิตเวชที่ได้จากการประเมินด้วย M.I.N.I. (Mini international neuropsychiatric structure interview)

	ระดับความรุนแรงการเสี่ยงฆ่าตัวตาย (ร้อยละ SE)			
	น้อย (1-8)	ปานกลาง (9-16)	สูง (≥17)	รวม
Major depressive episode; current	27.2 (4.34)	10.9 (2.48)	20.4 (5.11)	58.5 (4.44)
Dysthymia; current	28.3 (9.60)	0.0 (0.00)	6.4 (4.36)	34.7 (9.72)
Hypomanic episode	22.5 (7.08)	3.9 (2.81)	8.5 (4.63)	34.9 (8.03)
Manic episode; current	22.0 (11.23)	38.8 (13.56)	3.5 (3.51)	64.3 (12.56)
Panic disorder without agoraphobia; current (past month)	15.0 (8.66)	4.1 (4.17)	13.3 (8.32)	32.4 (12.90)
Panic disorder with agoraphobia; current (past month)	32.0 (14.41)	1.9 (2.01)	1.3 (1.31)	35.2 (14.74)
Agoraphobia without history of panic disorder; current	18.3 (6.38)	5.3 (3.26)	5.3 (2.93)	28.8 (7.37)
Postrumatic stress disorder; current	20.7 (7.33)	11.8 (5.79)	10.9 (5.85)	43.4 (10.75)
Alcohol dependence; current	9.5 (1.29)	0.8 (0.34)	1.6 (0.51)	12.0 (1.41)
Alcohol abuse; current	7.0 (1.88)	1.5 (0.58)	0.7 (0.33)	9.2 (1.96)
Mood disorder with psychotic features	49.8 (14.23)	26.3 (12.30)	11.8 (6.54)	87.9 (7.66)
Psychotic disorders; current	22.1 (9.25)	3.4 (3.02)	20.4 (14.53)	45.8 (12.92)
Generalized anxiety disorder; current	32.7 (8.13)	4.2 (2.46)	16.6 (8.63)	53.6 (7.91)

## วิจารณ์

ผลจากการสำรวจครั้งนี้พบอัตราความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประชากรไทยอายุ 15-59 ปี ทั้งประเทศที่อาศัยอยู่ในชุมชน ร้อยละ 7.3 คาดประมาณประชากรจำนวนมากกว่า 3 ล้านคนที่เสี่ยง แต่ถ้าเปรียบเทียบกับ การสำรวจระดับชาติในคนไทยปี พ.ศ. 2546 ที่พบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 7.68<sup>9</sup> ซึ่งลดลงเพียงเล็กน้อย และถือว่า คนไทยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาในยุโรปที่ใช้เครื่องมือ

เดียวกันกับการศึกษาของไทยในครั้งนี่คือ M.i.N.I. พบมีร้อยละ 15.4<sup>10</sup> ซึ่งอาจจะเป็นผลจากความแตกต่างทางเศรษฐกิจสังคมวัฒนธรรม และมโนทัศน์ในการดำเนินชีวิตรวมทั้งที่กรมสุขภาพจิตได้มีการแก้ปัญหาสุขภาพจิตของชาติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย และการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการที่เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งมีการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทั่วประเทศให้มีความรู้ความสามารถในการดำเนินงานเรื่องเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย รวมถึงมีการพัฒนา



เทคโนโลยี/เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง การประเมิน การดูแลรักษา และช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีแนวทางในการป้องกัน และการเฝ้าระวังได้ครอบคลุมเกือบทุกพื้นที่ มีการแยกพื้นที่ที่มีปัญหารุนแรงออกอย่างชัดเจน มีการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องการฆ่าตัวตายแก่ประชาชนทางสื่อต่างๆ และการส่งเสริมสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต<sup>11</sup> แต่อย่างไรก็ตามอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในประเทศไทยยังคงที่ไม่ลดลงและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นนั้นอาจเป็นสัญญาณแสดงว่าแนวทางเดิมที่ปฏิบัติอยู่ได้ผลไม่เพียงพอ จึงควรต้องมาทบทวนการดำเนินงาน รวมถึงวิเคราะห์สภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อปรับปรุงกลวิธีในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายให้ดีขึ้นมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จากผลการสำรวจในครั้งนี้จะพบว่า ภาคเหนือมีความเสี่ยงมากที่สุด ร้อยละ 8.8 รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 8.5 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากการสำรวจปี พ.ศ. 2546 ซึ่งพบว่า ภาคเหนือมีความเสี่ยงร้อยละ 7.84<sup>9</sup> ถึงแม้กรมสุขภาพจิตจะมีการดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งประเทศมายาวนานถึงกว่า 10 ปี มีแนวทางในการป้องกัน และการเฝ้าระวัง โดยแยกพื้นที่ที่มีปัญหารุนแรงออกอย่างชัดเจน มีการจัดรณรงค์ป้องกันการฆ่าตัวตายขึ้นเป็นระยะ แต่ก็ยังเป็นเพียงกลยุทธ์การป้องกันแบบทั่วไป (universal prevention) ส่วนการป้องกันแบบมุ่งกลุ่มเสี่ยง (selective prevention) และการป้องกันในบุคคลที่มีลักษณะที่บ่งถึงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (indicated prevention) ยังดำเนินการไม่ต่อเนื่องและไม่ชัดเจน ขาดการประเมินและวิเคราะห์การรับรู้ของเพื่อน ญาติ และผู้ดูแลผู้ป่วยในความเสียหายการฆ่าตัวตาย<sup>11</sup> รวมทั้งขาดการวิจัยระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุปัจจัยของการฆ่าตัวตายในคนไทยที่มีคุณภาพน่าเชื่อถือทำให้การแก้ไขที่มุ่งจัดการกับสาเหตุแท้จริงของการฆ่าตัวตายยังไม่เกิดขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุทำให้การแก้ไขปัญหามาตัวตายใน

ภาคเหนือในปัจจุบันยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

ส่วนลักษณะทั่วไปของคนไทยผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 8.9 มากกว่าชาย 1.7:1 สอดคล้องกับการศึกษาในปี พ.ศ. 2546 ที่พบหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 10.44)<sup>9</sup> ซึ่งมากกว่าผู้หญิงประเทศจีนที่พบร้อยละ 8.4<sup>12</sup> การที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงจะนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย จากสถิติของการพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) ในคนไทยก็พบในเพศหญิงมากกว่าชาย แต่เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) สูงกว่าเพศหญิง เพราะวิธีที่ใช้รุนแรงมากกว่า ดังนั้นทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายควรได้รับการติดตามเฝ้าระวังอย่างเข้มข้นเช่นเดียวกัน ส่วนกลุ่มอายุ 35-44 ปี มีความเสี่ยงมากที่สุด ร้อยละ 8.1 คาดประมาณการจำนวนกว่า 1 ล้านคน แตกต่างจากการศึกษาของต่างประเทศที่พบมากในกลุ่มอายุ 18-29 ปี<sup>13</sup> และมีความเสี่ยงในระดับสูงเท่ากับกลุ่มอายุ 55-59 ปี คือพบร้อยละ 1.0 ซึ่งหมายถึง วัยแรงงานและวัยเข้าสู่ผู้สูงอายุของคนไทยมีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ในด้านสถานภาพสมรสผู้ที่แยกกันอยู่/หย่าร้าง/หย่าร้างจะมีความเสี่ยงมากที่สุดร้อยละ 11.8 และถ้าเป็นการศึกษาในต่างประเทศจะพบในกลุ่มนี้มากโดยเฉพาะเพศชาย<sup>14</sup> ผู้ที่ว่างงานมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุดร้อยละ 13.8 และมีระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูงมากกว่าทุกอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นที่พบว่า ร้อยละ 56.7 ถ้าว่างงาน หรือตกงานจะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง จนถึงฆ่าตัวตายสำเร็จ<sup>15</sup>

คนไทยที่ป่วยเป็นโรคจิตเวชมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าคนทั่วไป โดยเฉพาะในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorders) ได้แก่ major depressive episode, manic episode, mood

disorder with psychotic features สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอเมริกา ที่พบว่า ผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเวช จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเกือบร้อยละ 80<sup>16</sup> และเมื่อเทียบกับในโรคจิตเวชด้วยกันจะพบว่า โรค mood disorder with psychotic features พบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรวมทุกระดับความรุนแรงมากที่สุด ร้อยละ 87.9 ซึ่งมากกว่าการศึกษาในต่างประเทศที่พบร้อยละ 42.1<sup>17</sup> รองลงมาคือ โรค manic episode (current) พบร้อยละ 64.3 ซึ่งมากกว่าผลการสำรวจในประเทศอเมริกาที่พบร้อยละ 25-50<sup>18</sup> หากพิจารณาถึงระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในการสำรวจครั้งนี้ major depressive episode และ psychotic disorder มีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูงมากกว่าทุกโรค พบในอัตราเท่ากันคือร้อยละ 20.4 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในอเมริกาพบมากกว่าคือ ร้อยละ 32<sup>19</sup> ใน major depressive disorder และ ร้อยละ 34.5 ในschizophrenia<sup>20</sup> alcohol abuse มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตเวชที่สำรวจในครั้งนั้นคือ ร้อยละ 9.2 ซึ่งเป็นอัตราที่น้อยกว่าที่ได้จากการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ดื่มสุราจนติดหรือเป็นพิษจากสุราจะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 10-73 จนถึงฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 10-69<sup>21</sup> แต่ใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศอังกฤษที่พบว่า ความเสี่ยงการเสียชีวิตชั่วชีวิตจากการฆ่าตัวตายในผู้ติดสุราพบประมาณร้อยละ 11-15<sup>22</sup>

**สรุป**

Suidality ที่หมายถึง ความคิดและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายทั้งฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) และ การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) ซึ่งเป็นความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในคนไทยอายุ 15-59 ปี มีอัตราร้อยละ 7.3 ประมาณการประชากรที่เสี่ยง 3 ล้านกว่าคน เพศหญิงมีความเสี่ยง

มากกว่าเพศชาย กลุ่มอายุ 35-44 ปี, 55-59 ปี สถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ว่างงาน ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือและประชากรภาคเหนือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเวชมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าคนทั่วไป กลุ่มผู้ป่วย mood disorders มีความเสี่ยงสูงที่สุด โดยเฉพาะ mood disorders with psychotic featureและ mania episode ส่วนผู้ป่วย major depressive episode และ psyhotic disorders จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตตามที่มีความรุนแรงระดับสูงมากที่สุด ดังนั้น จึงควรมีการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและเฝ้าระวังติดตามในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูงเหล่านี้

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบคุณ นพ.ม.ล.สมชาย จักรพันธ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต (ในปีที่ดำเนินการ) ที่สนับสนุนงบประมาณดำเนินการสำรวจและเป็นพี่ปรึกษา รศ.ดุสิต สุจิราวัฒน์ คณบดีภาควิชาระบาดวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล อ.นาวาโท ดร.บุญเรือง เกิดอรุณเดช ดร.ยงยุทธ ไชยพงศ์ อ.หทัยชนก พรรคเจริญ สำนักนโยบายและวิชาการสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติที่ปรึกษาการสุ่มตัวอย่างข้อมูล การประมาณค่าลักษณะประชากร นพ.ดร.พิทักษ์พล บุญมาลิก ที่ปรึกษาการวิเคราะห์ข้อมูล ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่ง ที่วิจัยภาคสนามจากหน่วยงานทั้งในและนอกกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศ ผู้ประสานงานในพื้นที่ทั่วประเทศ ประชาชนที่รับการสัมภาษณ์ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยฉบับนี้มีความสมบูรณ์ที่ได้รับคำแนะนำข้อคิดเห็นจาก รศ.พญ.สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาในการใช้เครื่องมือการสำรวจและการวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาคั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. World Report on Violence and Health; World Health Organization: Geneva, Switzerland; 2002.
2. Kongsuk T, Loiha S, Jirawatkul S, Arunpongpaisal S, et al. The Results of Development Thai Surveillance System for Depression 2007. Ubon-Ratchathani: Sirithamoffset; 2009.
3. Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM, Bunney WE, editors. Reducing suicide: A national imperative. Washington. D.C.: The national academies press; 2002.
4. World Health Statistics Annual. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1989.
5. Ministry of Interior. Report of death cases in Thailand; 2008.
6. Kittiratanapaiboon P, Wongkomepin M. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)-Thai version. Journal of Mental Health of Thailand 2005; 13:125-35.
7. Altman DG. Practical Statistics for Medical Research. London: Chapman and Hall; 1991.
8. Keyfitz N. Estimates of sampling variance where two units are selected from each stratum. J Am Stat Assoc 1957; 52:503-10.
9. Siriwanarungsak P, Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Kittiratanapaiboon P, Charatsingha A. Prevalence of Mental disorders in Thailand: A National Survey 2003. Journal of Mental Health of Thailand 2004; 12:177-88.
10. Vera M, Reyes-Rabanillo ML, Huertas S, Juarbe D, Perez-Pedrogo C, Huertas A, et al. Suicide ideation, plans, and attempts among general practice patients with chronic health conditions in Puerto Rico. In J Gen Med 2011; 4:197-205.
11. Lotrakul M, Kongsuk T, Charatsingha A, Leejongpermpoon J. A Review Literature of Suicide. Department of Disease Control; 2008.
12. Hong Y, Li X, Fang X, Zhao R. Correlates of Suicidal Ideation and Attempt among Female Sex Workers in China. Health Care Women Int 2007; 28:490-505.
13. Posada-Villa J, Camacho JC, Valenzuela JI, Arguello A, Cendales JG, Fajardo R. Prevalence of Suicide Risk Factors and Suicide-Related Outcomes in the National Mental Health Study, Colombia. Suicide Life-Threat Behav 2009; 39:408-24.
14. Ide N Wyder M, Kolves K, Leo DD, et al. Separation as an Important Risk Factor for Suicide: A Systematic Review. [Retrieved December, 2010]. Availa <http://jfi.sagepub.com/content/31/12/1689.full.pdf+html>
15. Kuwahara S. Economic Analysis on Business Cycles and Suicide Rate - An Approach from Corporate Behavior. [Cited 2010 Oct 21]. Available from: <http://www3.grips.ac.jp/~pinc/data/10-19.pdf>
16. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental Disorders, Comorbidity and Suicidal Behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. Mol Psychiatry 2010; 15(8):868-76.

17. Fleischmann A, Bertolote JM, Belfer M, Beautrais A, Manoel Bertolote, Myron Belfer, Annette Beautrais. Completed Suicide and Psychiatric Diagnoses in Young People: A Critical Examination of the Evidence. *Am J Orthopsychiatry* 2005; 75:676-83.
18. Jamison KR. Suicide and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (Suppl 9):47-51.
19. Cash SJ, Bridge JA. Epidemiology of Youth Suicide and Suicidal Behavior. *Curr Opin Pediatr* 2009; 21:613-19.
20. Perälä J, Suominen K, Saarni S, Lönqvist J, Suvisaari JM. Epidemiology of suicide attempts among persons with psychotic disorder in the general population. *Schizophrenia Research* 2010; 124:22-8.
21. Cherpitel CJ, Borges LG, Wilcox HC. Acute Alcohol Use and Suicidal Behavior: A Review of the Literature. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 8:18S-28S
22. Murphy GE, Wetzel RD. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiat* 1990; 47:383-92.