

# การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU-9)

ประภาส อุครานันท์\*

อภิชัย มงคล\*\*

ทวี ตั้งเสรี\*\*

วัชณี หัตถพนม\*

ไพรวลัย รัมย์ชัย\*

ไพลิน ปรัชญคุปต์\*

\*โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

\*\*กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา และศึกษาความเที่ยง ความตรงของแบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะคือ 1) การประชุมวางแผนปรับปรุงแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายฉบับเดิม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหา และนำไปทดสอบภาษาในชุมชน 2) การศึกษาความแม่นยำของแบบคัดกรอง โดยศึกษาความสอดคล้องในการวินิจฉัยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของจิตแพทย์ 4 ท่าน และประชุมเจ้าหน้าที่ก่อนเก็บข้อมูล จากนั้นนำแบบคัดกรองไปเก็บข้อมูลจากประชาชนในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ที่มีปัญหาเศรษฐกิจและมีกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ อายุ 15-65 ปี สื่อสารกับผู้วิจัยได้รู้เรื่อง เป็นผู้อยู่อาศัยในหมู่บ้านที่ศึกษาอย่างน้อย 1 ปี และให้ความร่วมมือในการวิจัย มีจำนวน 859 คน สัมภาษณ์ทุกคนตามแบบคัดกรองก่อนพบจิตแพทย์ 1 ท่าน เพื่อสัมภาษณ์ด้วย M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) หมวด C (suicidality) การวิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value, accuracy, ROC curve, prevalence เป็นต้น ระยะเวลาในการศึกษาดังแต่ ธันวาคม 2553 ถึง กันยายน 2554 ผลการศึกษา พบว่า จิตแพทย์ตรวจพบผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 44 คน ปรกติ 815 คน ความซุกของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 5.1 แบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมี 3 องค์ประกอบคือ 1) แผนการและความพยายามในการฆ่าตัวตาย (previous attempted suicide and plan) 2) ปัจจัยความเครียด (stressor) และ 3) การดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol consumption) มีคำถาม 9 ข้อ ค่าความเที่ยงภายในข้อคำถาม Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.56 ค่าจุดตัดที่เหมาะสมคือ 1 คะแนนขึ้นไป โดยมีค่าความไวร้อยละ 75.0 ความจำเพาะร้อยละ 82.3 คุณค่าการทำนายผลบวกร้อยละ 18.6 คุณค่าการทำนายผลลบร้อยละ 98.4 ความถูกต้องของการทดสอบร้อยละ 82.0

**คำสำคัญ:** การพัฒนาแบบคัดกรอง, ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

## บทนำ

แนวโน้มปัญหาการฆ่าตัวตายของประเทศไทยใน พ.ศ. 2544 - 2553 มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นและลดลงตามสภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้น

จากน้ำมือมนุษย์ และภัยธรรมชาติต่าง ๆ<sup>(1)</sup> สถานการณ์ทั่วโลกใน พ.ศ. 2545 มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 877,000 คน คิดเป็นร้อยละ 1.5 ของภาวะโรค ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่าใน พ.ศ.

2563 จะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 1.53 ล้านคน หรือมีผู้พยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นประมาณ 10-20 เท่าของผู้ฆ่าตัวตาย นั่นคือจะมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน ทุก 20 วินาที และพยายามฆ่าตัวตาย 1 คน ทุก 1-2 วินาที<sup>(2)</sup>

โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของการฆ่าตัวตาย และมีแนวโน้มของการเกิดโรคเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 5 หรือมากกว่า 3 ล้านคน โดยผู้ที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 60 ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าคนปกติ 3 เท่า<sup>(3)</sup> แสดงให้เห็นว่าการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ มีผลกระทบต่อทั้งตนเอง ครอบครัว และประเทศชาติ โดยการฆ่าตัวตายสำเร็จของคน 1 คน จะมีผลกระทบต่อคนอื่นอีกอย่างน้อย 5 คน ได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนสนิท คนรัก ดังนั้นถ้าในประเทศไทยมีการฆ่าตัวตายสำเร็จปีละประมาณ 4,000 คน จะมีผู้รับผลกระทบที่ต้องทุกข์ทนกับการสูญเสียถึงปีละไม่ต่ำกว่า 20,000 คน<sup>(4)</sup> กรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหาดังกล่าว จึงมีนโยบายและแผนงานเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหานี้อย่างต่อเนื่อง ด้วยการจัดทำโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในช่วงปีงบประมาณ 2544 - 2553 ดำเนินการทั่วประเทศโดยมีโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ มีกิจกรรมอย่างหนึ่งที่สำคัญของโครงการ คือ เน้นการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเข้าสู่ระบบ เพื่อให้ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างทันที่

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์ได้พัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และแบบคัดกรอง ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ครั้งแรกใน พ.ศ. 2546<sup>(5)</sup> โดยมีข้อคำถามแบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 10 ข้อ เมื่อนำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา พบว่า คำถามบางข้อมีความซ้ำซ้อนกัน จำนวนข้อคำถามมีมากเกินไป และบางข้อคำถามเป็นอาการที่ปรากฏทั่วไปในโรคทางกาย

จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายฉบับใหม่ขึ้นในปี 2551<sup>(6)</sup> และจากการประเมินผลการนำไปใช้พบว่า จำนวนข้อคำถามในแบบคัดกรองฉบับใหม่เกี่ยวกับเรื่องการฆ่าตัวตายมีจำนวนข้อน้อยเกินไป (2 ข้อ) ขาดประเด็นสัญญาณเตือน (warning sign) ที่สำคัญเพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนัก และสามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ได้ตั้งแต่ระยะแรก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์ จึงได้พัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายครั้งนี้ เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้คัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงในชุมชนต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเที่ยงและความแม่นยำ โดยเฉพาะค่าความไว ความจำเพาะของแบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

### วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การประชุมวางแผนพัฒนาแบบคัดกรอง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และนำไปทดสอบภาษาในชุมชน ดังนี้

1.1 การหาค่า odds ratio [OR] รายข้อ (ข้อ 1-10) จากฐานข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปี 2546 ระหว่างผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและผู้ที่ไม่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซึ่งวินิจฉัยโดยจิตแพทย์

1.2 ศึกษาฐานข้อมูลจากพื้นที่ที่เคยนำแบบคัดกรองไปใช้ โดยคัดเลือกผู้ที่ได้รับการประเมินด้วยแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปี 2546 และมีความเสี่ยง จำนวน 116 คน แล้วติดตามผลต่อไปอีก 1 ปีเพื่อดูการฆ่าตัวตายซ้ำ พบว่าพยายามฆ่าตัวตาย 14 คน ไม่พยายามฆ่าตัวตาย 102 คน นำมาคำนวณหาค่า odds ratio [OR] รายข้อเช่นเดียวกัน โดยพิจารณาข้อคำถามที่มีค่า OR ตั้งแต่ 3 เท่าขึ้นไปให้คงข้อคำถามนั้นไว้

1.3 การศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสาร และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง<sup>(7-11)</sup> เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามเพิ่มขึ้นจากแบบคัดกรองเดิม

1.4 นำผลการดำเนินงานข้อ 1.1 - 1.3 ที่ได้มาพิจารณาร่วมกับการจัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ครั้ง และได้แบบคัดกรองฉบับร่าง 1 (จำนวน 16 ข้อ)

1.5 ส่งแบบคัดกรองฉบับร่าง 1 พร้อมคู่มือให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นจิตแพทย์ จำนวน 12 ท่าน เพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยกำหนดว่าแต่ละข้อคำถามต้องมีค่า CVI ตั้งแต่ 0.83 ขึ้นไป<sup>(12,13)</sup> ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยการยุบข้อคำถามที่ความหมายใกล้เคียงกันรวมเป็นข้อเดียว ได้แบบคัดกรองฉบับร่าง 2 (จำนวน 15 ข้อ)

1.6 นำแบบคัดกรองฉบับร่าง 2 ไปทดสอบภาษากับผู้ที่มีเสียงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำไปใช้ โดยการสัมภาษณ์ตามแนวข้อคำถามและตามความเข้าใจในเนื้อหาแต่ละข้อ ในผู้ที่มีเสียงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 5 คน ญาติ จำนวน 5 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 10 คน นอกจากนี้ได้สนทนากลุ่ม (focus group) จำนวน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 10 คน และกลุ่มประชาชนทั่วไป จำนวน 10 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น หลังจากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามเนื้อหาจากการทดสอบภาษาได้แบบคัดกรองฉบับร่าง 3 (จำนวน 14 ข้อ)

ระยะที่ 2 การศึกษาความแม่นยำของแบบคัดกรองโดยมีการเตรียมความพร้อมก่อนการศึกษา ดังนี้

2.1 การศึกษาความสอดคล้องการวินิจฉัยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของจิตแพทย์ 4 ท่านโดยใช้ M.I.N.I. หมวด C ในผู้ป่วยและญาติ 10 คน ซึ่งจิตแพทย์แต่ละคนไม่ทราบข้อมูลการวินิจฉัยซึ่งกันและกัน ต้องได้ค่า kappa statistic 0.85 ขึ้นไป จึงจะถือว่าดี

มากหรือค่อนข้างสมบูรณ์<sup>(14,15)</sup> ดำเนินการในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2554

2.2 การศึกษาความแม่นยำของแบบคัดกรองโดยเก็บข้อมูลจากประชาชนในชุมชนที่มีปัญหาเศรษฐกิจมาก หรือชุมชนที่มีผู้ที่มีเสียงต่อการฆ่าตัวตายในจังหวัดขอนแก่น โดยกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณตามสูตร<sup>(16)</sup>

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

$$Z_{\alpha/2} = 1.96 \text{ (confidence level} = 0.05)$$

$$d = \text{ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (maximum error)}$$

เท่ากับ 10% ของค่าความไวของเครื่องมือหรือเท่ากับ  $0.10 \times 0.85$  เท่ากับ 0.085

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าจากสูตร} &= \frac{(1.96)^2(0.85)(0.15)}{(0.085)^2} \\ &= 68 \text{ คน} \end{aligned}$$

จากการพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปี 2551<sup>(6)</sup> พบว่า ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน ร้อยละ 8.2 ฉะนั้น ต้องศึกษาประชากร 829 คน แต่จากการศึกษาจริงได้ 859 คน

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ 1) มีอายุ 15-65 ปี 2) สื่อสารกับผู้วิจัยได้รู้เรื่อง 3) ยินดีให้ความร่วมมือในกระบวนการวิจัย 4) เป็นผู้ที่อาศัยในหมู่บ้านขณะทำการศึกษาอย่างน้อย 1 ปี ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) ออกจากการวิจัยก่อนครบกระบวนการ 2) โรคสมองเสื่อม 3) โรคจิตระยะรุนแรง และ 4) เมาสูราหรือยาเสพติด

การเก็บรวบรวมข้อมูลคณะผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจงผู้เก็บข้อมูล ประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 25 คน (23 มีนาคม 2554) โดยทำความเข้าใจวิธีการเก็บข้อมูล ทดลองใช้เครื่องมือโดยการสลับคู่กันถามตอบ อภิปราย ชักถามกรณีมีข้อ

สงสัย หรืออุปสรรค และแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ออกเก็บข้อมูลวิจัย อ.เมือง อ.อุบลรัตน์ อ.บ้านไผ่ อ.น้ำพอง อ.พระยืน จังหวัดขอนแก่น โดยกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนต้องพบพยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์เพื่อสัมภาษณ์ด้วย แบบคัดกรอง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างพบจิตแพทย์ 1 คน เพื่อดำเนินการวินิจฉัยว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือไม่ โดยใช้ M.I.N.I. ช่วยในการวินิจฉัย โดยจิตแพทย์ไม่ทราบคะแนนจากแบบคัดกรอง (blind technique) ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เมษายน-มิถุนายน 2554 (รูปที่ 1)

สถิติที่ใช้ในการศึกษา ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อคำถามโดยใช้การวิเคราะห์ปัจจัย ศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าการทำนายผลบวก คุณค่าการทำนายผลลบ ความถูกต้องของการทดสอบ หาค่า ROC curve ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ และความชุกของโรค ระยะเวลาในการศึกษา ธันวาคม 2553 - กันยายน 2554

### การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

คณะผู้วิจัยได้ส่งโครงการวิจัยให้คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน (ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช)

กรมสุขภาพจิต พิจารณาและอนุญาตให้ทำการวิจัยเรียบร้อยแล้ว ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัย หมายเลข 53/2554

### ผลการศึกษา

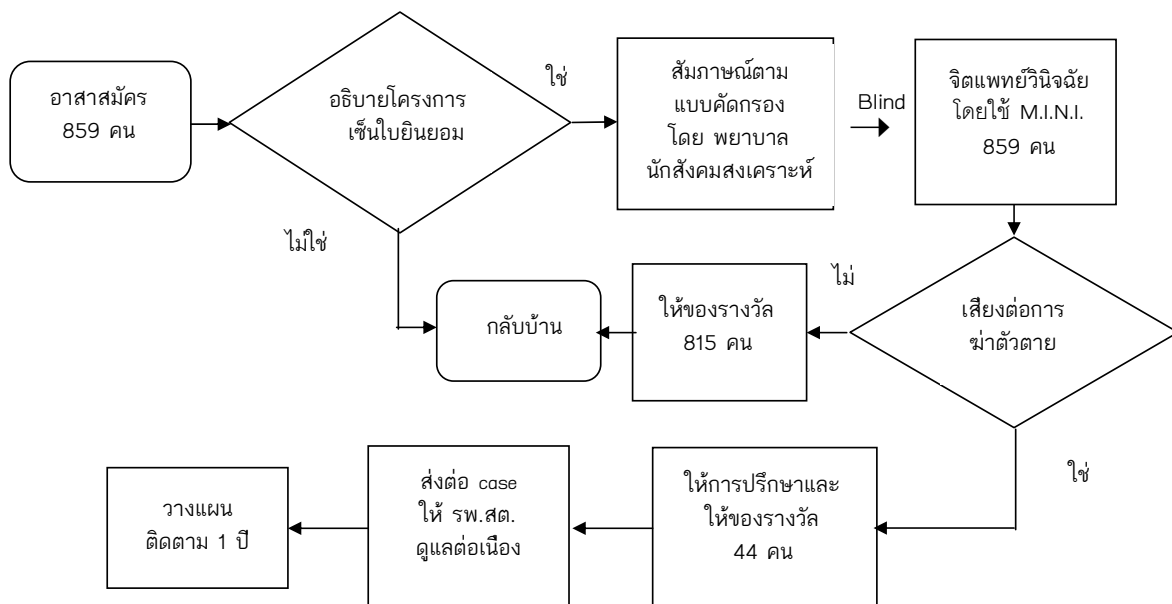
ผลการศึกษาระยะที่ 1 ได้คำถามเริ่มต้น 14 ข้อ ประกอบด้วย 4 domains (warning sign, suicidal idea & intention, previous attempted suicide และอื่น ๆ (ตารางที่ 1)

#### ผลการศึกษาระยะที่ 2

2.1 ค่าความสอดคล้องในการวินิจฉัยตรงกันของจิตแพทย์จำนวน 4 ท่าน ได้ค่า kappa statistic เท่ากับ 0.86,  $z = 7.36$ ,  $p < 0.001$  (ตารางที่ 2)

2.2 การวิเคราะห์ปัจจัย และการศึกษาความแม่นยำตรงของแบบคัดกรอง

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.00 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 34.34 อายุเฉลี่ย 49.20 ปี (SD 13.13) สถานภาพสมรสคู่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 71.01 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.34 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 69.27 มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ



รูปที่ 1 กระบวนการเก็บข้อมูลวิจัยในชุมชนและการดูแลช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SU-9)

47.38 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 11.29 มีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายคือปัญหาครอบครัว ร้อยละ 3.14 ร้อยละ 5.12 โดยมีความเสี่ยงเล็กน้อย ร้อยละ 3.96 เสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 0.81 และเสี่ยงสูง ร้อยละ 0.35 จำนวนครั้งที่พยายามฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง จำนวน 9 คน พยายามฆ่าตัวตาย 2 ครั้ง จำนวน 1 คน และพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 30 ครั้ง จำนวน 1 คน วิธีการฆ่าตัวตายที่

การศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 1 จำนวนข้อคำถามโดยการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ

รายการประเมิน	ไม่มี	มี
<b>domain 1 warning sign</b>		
1. ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านดื่มสุรานั้นเพื่อลดความทุกข์ใจ		
3. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก (คนรัก สุขภาพ ทรัพย์สินเงินทอง ชื่อเสียง หน้าที่การงาน การเรียน ฯลฯ)		
4. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านทุกข์ทรมานกับโรคเรื้อรังหรือโรคเรื้อรัง		
10. ท่านได้เขียนจดหมายสั่งลา หรือบอกให้คนใกล้ชิดทราบถึงความคิดฆ่าตัวตายของท่าน		
<b>domain 2 suicidal idea &amp; intention</b>		
8. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเป็นทุกข์อย่างมากจนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป		
9. ขณะนี้ท่านกำลังคิดฆ่าตัวตาย		
11. 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการวางแผนถึงวิธีการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่ามีให้ระบุวิธีการ.....)		
12. ใน 1-3 วันนี้ ท่านคิดวางแผนการฆ่าตัวตายเกือบตลอดเวลา		
13. ท่านคิดจะลงมือฆ่าตัวตายโดยไม่บอกให้ใครทราบ		
14. ท่านไม่ต้องการให้ใครมาช่วยชีวิต (ขณะที่กำลังฆ่าตัวตาย)		
<b>domain 3 previous attempted suicide</b>		
6. ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย		
7. ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุการทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย		
<b>domain 4 อื่น ๆ</b>		
2. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของท่าน (ด้านครอบครัว การเรียน การงาน ชุมชน สังคม ฯลฯ) แย่ลงกว่าเดิม		
5. ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในด้วยการเจ็บป่วยทางจิต		

ตารางที่ 2 การวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์ในผู้ป่วย 10 คน

จิตแพทย์	ปกติ	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	รวม
คนที่ 1	8	0	2	0	10
คนที่ 2	8	0	2	0	10
คนที่ 3	8	0	2	0	10
คนที่ 4	7	1	2	0	10

หมายเหตุ kappa statistic 0.86, z = 7.36, p < 0.001

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในจังหวัดขอนแก่น (n = 859 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	146	17.00
หญิง	713	83.00
<b>อายุ (ปี)</b>		
≤ 20	55	6.40
21- 30	40	4.66
31- 40	81	9.43
41- 50	214	24.91
51- 60	295	34.34
> 60	174	20.26
อายุเฉลี่ย 49.20 (SD 13.13) อายุน้อยที่สุด 15 มากที่สุด 65		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	105	12.23
คู่อยู่ด้วยกัน	610	71.01
คู่แยกกันอยู่	13	1.51
หม้าย / หย่าร้าง	131	15.25
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	5	0.58
ประถมศึกษา	630	73.34
มัธยมศึกษาตอนต้น	78	9.08
มัธยมศึกษาตอนปลาย	100	11.64
ต่ำกว่าปริญญาตรี	15	1.75
ปริญญาตรี	14	1.63
อื่น ๆ (ระบุ)	17	1.98
<b>อาชีพ</b>		
เกษตรกรรวม	595	69.27
รับจ้าง	79	9.20
ค้าขาย	32	3.73
งานบ้าน	77	8.96
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	8	0.93
ว่างงาน	14	1.63
ตอบมากกว่า 1 อาชีพ	2	0.23
อื่น ๆ (ระบุ)	52	6.05
<b>ปัญหาด้านสุขภาพ</b>		
ไม่มี	452	52.62
มี	407	47.38

ตารางที่ 3 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในจังหวัดขอนแก่น (n = 859 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัว (ที่ผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์แล้ว)</b>		
ไม่มีโรคประจำตัว	448	52.15
มีโรคประจำตัว (ได้แก่)	411	47.85
ความดันโลหิตสูง	51	5.94
โรคปอดหรือหลอดลม	8	0.93
โรคหัวใจ	8	0.93
โรคกระดูกและข้อ	34	3.96
เนื้องอก	6	0.70
เบาหวาน	41	4.77
โรคทางจิตเวช	27	3.14
โรคกระเพาะอาหาร	44	5.12
ตอบมากกว่า 1 โรค	97	11.29
อื่น ๆ (ระบุ)	95	11.06
<b>ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ได้แก่</b>		
ปัญหาครอบครัว	27	3.14
สุขภาพ	12	1.40
เศรษฐกิจ	7	0.81
การงาน/การเรียน	2	0.23
ตอบมากกว่า 1 ปัญหา	6	0.70
อื่น ๆ (ระบุ)	4	0.47
ไม่มีปัญหา	801	93.25
<b>ระดับความเสี่ยง</b>		
ไม่เสี่ยง	815	94.88
เล็กน้อย	34	3.96
ปานกลาง	7	0.81
สูง	3	0.35
<b>ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการวางแผนถึงวิธีการฆ่าตัวตาย (ระบุ) (จำนวน 6 คน)</b>		
กินยาฆ่าหญ้าชนิดรุนแรง / กินยาตาย (ไม่ระบุชนิดยา)	2	33.33
เขียนจดหมายสั่งลาและจะใช้ปืนยิงตัวตาย	1	16.67
ผูกคอตาย	2	33.33
กินยา ขับรถชน	1	16.67

พบมากที่สุดคือกินยาที่ใช้รักษาตัวเอง รองลงมาคือการผูกคอตาย และกินยาฆ่าแมลง (ตารางที่ 3)

2) การวิเคราะห์ปัจจัยของแบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในการศึกษาความตรงตามโครงสร้างของแบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยพิจารณาจากค่า factor loading ถ้าอยู่ในระดับต่ำกว่า 0.30 จะตัดข้อนั้นออกไป หรือมีการปรับเปลี่ยนข้อคำถาม ร่วมกับการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าแบบคัดกรองนี้มีความตรงตามโครงสร้างประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ 1) แผนการและความพยายามในการฆ่าตัวตาย (previous attempted suicide and plan) มี 6 ข้อ 2) ปัจจัยความเครียด (stressor) มี 2 ข้อ และ 3) การดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol) มี 1 ข้อ (ตารางที่ 4) คำถามที่ถูกตัดออก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) ใน 1 เดือนที่ผ่านมาการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของท่าน (ด้านครอบครัว การเรียน ชุมชน สังคม ฯลฯ) แย่ลงกว่าเดิม 2) ใน 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยการเจ็บป่วยทางจิตเวช (โรคจิต ซึมเศร้า ยาเสพติด ฯลฯ) 3) ใน 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยเข้ารับรักษา

ในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุการฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย 4) ใน 1-3 วันนี้ท่านคิดวางแผนฆ่าตัวตายเกือบตลอดเวลา และ 5) ท่านไม่ต้องการให้ใครมาช่วยชีวิต (ขณะที่ท่านกำลังฆ่าตัวตาย) เมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบของเนื้อหา โดยใช้ principle component analysis และ varimax rotation วิเคราะห์ total percent of variance โดยหาค่าการอธิบายความแปรปรวนของตัวแปร (eigenvalues) ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 1 และ factor loading matrix พบว่าแบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีเพียง 3 องค์ประกอบ โดยครอบคลุม percent of variance ทั้งหมดเท่ากับ ร้อยละ 58.607 (ตารางที่ 5)

3) การศึกษาความแม่นยำของแบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จุดตัดที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ 1 คะแนน มีค่าความไวหรือผลบวกในคนเป็นโรค ร้อยละ 75.0 ความจำเพาะ ร้อยละ 82.3 คุณค่าการทำนายผลบวก ร้อยละ 18.6 คุณค่าการทำนายผลลบ ร้อยละ 98.4 ความถูกต้องของการทดสอบ ร้อยละ 82.0 ความซุก

ตารางที่ 4 ค่า factor loading ของรายการคำถามในแบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง (n=859)

Component	Item number	Factor loading
1. แผนการและความพยายามในการฆ่าตัวตาย (previous attempted suicide and plan)	1. ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย	0.596
	2. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านเป็นทุกข์อย่างมากจนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป	0.570
	3. ขณะนี้ท่านกำลังคิดฆ่าตัวตาย	0.428
	4. ท่านได้เขียนจดหมายสั่งลา หรือบอกให้คนใกล้ชิดทราบถึงความคิดฆ่าตัวตายของท่าน	0.569
	5. ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการวางแผนถึงวิธีการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่ามีให้ระบุวิธีการ.....)	0.619
	6. ท่านคิดจะลงมือฆ่าตัวตายโดยไม่บอกให้ใครทราบ	0.617
2. ปัจจัยความเครียด (stressor)	7. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก (คนรัก สุขภาพ ทรัพย์สินเงินทอง ชื่อเสียง หน้าที่การงาน การเรียน ฯลฯ)	0.300
	8. ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านทุกข์ทรมานกับโรคภัยแรงหรือโรคเรื้อรัง	0.750
3. การดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol)	9. ใน 1 ปีที่ผ่านมา ท่านดื่มสุรานั้นเพื่อลดความทุกข์ใจ	0.825

Cronbach's alpha coefficient = 0.56

ตารางที่ 5 ค่า eigenvalues and total percent of variance ของแบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n=859)

com ponent	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	3.128	34.753	34.753	3.128	34.753	34.753	2.944	32.707	32.707
2	1.122	12.462	47.214	1.122	12.462	47.214	1.268	14.092	46.798
3	1.025	11.392	58.607	1.025	11.392	58.607	1.063	11.808	58.607
4	.944	10.494	69.101						
5	.744	8.268	77.368						
6	.687	7.637	85.005						
7	.577	6.413	91.419						
8	.409	4.548	95.966						
9	.363	4.034	100.00						

extraction method: principal component analysis.

ตารางที่ 6 การศึกษาความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความแม่นยำตรงของการทดสอบและความชุกของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน (n=859)

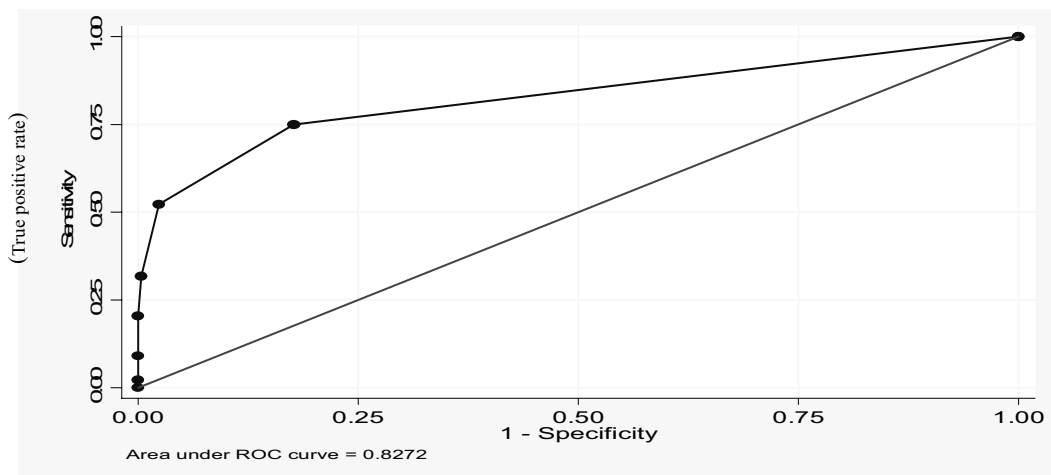
cut off point	sensitivity 95 %CI (lower-upper)	specificity 95 %CI (lower-upper)	PPV 95 %CI (lower-upper)	NPV 95 %CI (lower-upper)	accuracy	prevalence
1	75.0 72.1-77.9	82.3 79.8-84.9	18.6 16.0-21.3	98.4 97.5-99.2	82.0	
2	52.3 49.0-55.6	97.7 96.7-98.7	54.8 51.4-58.1	97.4 96.4-98.5	95.3	5.1
3	31.8 28.7-35.0	99.6 99.2-100.0	82.4 79.9-84.9	96.4 95.2-97.7	96.2	
4	20.5 17.8-23.1	100.0 100.0-100.0	100.0 100.0-100.0	95.9 94.6-97.2	95.9	

ของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.1 และเมื่อพิจารณา ROC curve พบว่าเครื่องมือมีความเที่ยงตรงในการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน ร้อยละ 82.7 (area under ROC curve = 0.827) (ตารางที่ 6 และรูปที่ 2)

### วิจารณ์

แบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้จากการศึกษานี้มี 9 ข้อ พบว่า คำถามส่วนใหญ่มีความใกล้เคียงกับหลายการศึกษา ได้แก่ เครื่องมือการประเมินทางคลินิกขององค์การอนามัยโลก<sup>(8)</sup> แบบประเมินความ





รูปที่ 2 ROC curve ของแบบคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ตั้งใจฆ่าตัวตายของ Beck<sup>(7)</sup> และเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช M.I.N.I. ฉบับภาษาไทย<sup>(17)</sup> เนื่องจากผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวมาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาเครื่องมือ เมื่อพิจารณาค่าจุดตัดที่เหมาะสมจากการศึกษาครั้งนี้อยู่ที่ 1 คะแนนขึ้นไป ผลการศึกษาที่ได้ใกล้เคียงกับแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต<sup>(5)</sup> และแบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (DS8)<sup>(6)</sup> คือ ถ้าตอบว่ามีตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป หมายถึงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายควรได้รับการช่วยเหลือทันที แต่อาจมีความแตกต่างคือมีสัญญาณเตือนมากกว่าทุกฉบับที่เคยศึกษาไว้<sup>(5,6)</sup>

เครื่องมือฉบับนี้มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 75.0 และมีค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 82.3 ซึ่งถือว่าค่อนข้างสูง แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะค่าความไวของเครื่องมือฉบับนี้เปรียบเทียบกับฉบับปี 2546 พบว่าต่ำกว่าฉบับปี 2546 ร้อยละ 9.25 ทั้งนี้เนื่องจากมีข้อคำถามใน M.I.N.I. ที่จิตแพทย์ใช้ช่วยในการวินิจฉัย คือตลอดชีวิตที่ผ่านมาคุณเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนหรือไม่ ซึ่งหากตอบว่าใช่จะถูกแปลผลว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับน้อยทันที ในขณะที่แบบคัดกรองนี้ใช้คำถามว่า ใน 1 ปี ที่ผ่านมาท่านเคยทำร้ายตัวเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย จากข้อคำถามที่แตกต่าง

กันในช่วงเวลาดังกล่าว ส่งผลให้เมื่อแพทย์วินิจฉัยตาม M.I.N.I. พบว่าเสี่ยงแต่แบบคัดกรองนี้บอกว่าจะไม่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จึงเป็นเหตุผลทำให้แบบคัดกรองนี้มีความเหมาะสมในการนำไปคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เป็นปัจจุบันภายในระยะเวลา 1 ปี

นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบการศึกษานี้กับการศึกษาของ Steeg และคณะ<sup>(18)</sup> ได้พัฒนาแบบคัดกรองการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายตนเอง โดยประเมินการทำร้ายตนเองภายในระยะ 1 ปีเช่นกัน และมี cut off point เท่ากับ 1 แต่มีค่าความไวร้อยละ 95 ความจำเพาะร้อยละ 21 เนื่องจาก Steeg และคณะ<sup>(18)</sup> ใช้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น gold standard จึงทำให้มีผลการศึกษาต่างกัน อย่างไรก็ตามคณะผู้วิจัยได้วางแผนทำการศึกษาต่อไป โดยการใช้แบบคัดกรองนี้ศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายใน 1 เดือน เป็น gold standard ร่วมกับการใช้ M.I.N.I. และใช้แบบคัดกรองฉบับนี้สัมภาษณ์เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการทั่วไป โดยผู้สัมภาษณ์ไม่ทราบประวัติที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการ เป็นการศึกษาระบบ case control study ซึ่งเป็นการพัฒนาเพื่อ

ให้ได้แบบคัดกรองที่ดียิ่งขึ้น

สำหรับค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือนี้ค่อนข้างต่ำ (Cronbach's alpha coefficient = 0.56) ทั้งนี้ เนื่องจากตัวแปรในการวัดประกอบด้วยหลายมิติ (multi-dimension) หรือหลายองค์ประกอบ และมีความแตกต่างกันในแต่ละองค์ประกอบ ได้แก่ แผนการและความพยายามในการฆ่าตัวตาย ปัจจัยความเครียด และการตีความแอลกอฮอล์ ซึ่งมีผลต่อค่าความเชื่อมั่นที่ลดลง แตกต่างจากเครื่องมือที่มีข้อคำถามเป็นมิติเดียวที่สอดคล้องกัน (uni-dimension) จะทำให้ค่าความเชื่อมั่นมีแนวโน้มสูงมากกว่า ในการศึกษานี้มี 3 องค์ประกอบที่ใช้เป็นหมวดในการสร้างคำถาม ทั้งนี้เพื่อให้เครื่องมือมีความครอบคลุมการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด ดังตารางที่ 4

เมื่อพิจารณาค่า ROC curve พบว่าเครื่องมือมีความเที่ยงตรงในการคัดกรองผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนร้อยละ 82.7 ต่ำกว่าแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในอดีตที่เคยศึกษาไว้ เช่น ของ ทวี ตั้งเสรี และคณะ<sup>(5)</sup> ROC curve เท่ากับ ร้อยละ 89.1 และในปี 2551 การศึกษาของ ทวี ตั้งเสรี และคณะ<sup>(6)</sup> เช่นกัน ROC curve เท่ากับ ร้อยละ 88.8 ซึ่งต่ำกว่าประมาณ ร้อยละ 6.0 และสัมพันธ์กับค่าความไวของเครื่องมือฉบับนี้ที่ต่ำกว่าทั้ง 2 การศึกษาที่กล่าวมาแล้ว แต่มีอาการเตือน (warning sign) ที่ครอบคลุมมากกว่า

ความชุกของผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากการศึกษานี้ ร้อยละ 5.1 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ทวี ตั้งเสรี และคณะ<sup>(5)</sup> ที่พบว่าความชุกของผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.3 แต่อาจแตกต่างบ้างเล็กน้อยจากการศึกษาของ หวาน ศรีเรือนทอง และคณะ<sup>(19)</sup> พบความชุกของผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 7.7 ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลในจังหวัดขอนแก่นเท่านั้น เครื่องมือฉบับนี้อาจจะมีจุดอ่อนที่กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงและเพศชายมีสัดส่วนแตกต่างกัน (เพศหญิง ร้อยละ 83.0) กลุ่มผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีสัดส่วนน้อย และไม่ได้ทำการ

ศึกษาครอบคลุมทุกภาคของประเทศ เครื่องมือฉบับนี้สร้างขึ้นมาเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขเท่านั้น ทำให้ไม่สามารถแบ่งระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งจะต้องพัฒนาในโอกาสต่อไป

### สรุปและข้อเสนอแนะ

แบบคัดกรองผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พัฒนาโดยคำนึงถึงความสำคัญของการมีสัญญาณเตือน เพื่อให้มีการเฝ้าระวังก่อนมีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น เป็นเครื่องมือที่ง่ายและสะดวกในการนำไปใช้ สามารถนำไปคัดกรองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เป็นปัจจุบัน (ภายใน 1 ปี) เพื่อนำเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ มาโนช หล่อตระกูล มหาวิทยาลัยมหิดล รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล รองศาสตราจารย์อรุณจิรวัดณ์กุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เขียวอยู่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ดร.นายแพทย์พิทักษ์พล บุญยมาลิก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะจนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณอาจารย์แก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น พยาบาล เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ ผู้นำชุมชนทุกท่านที่ช่วยเฝ้าระวังในการเก็บข้อมูลในพื้นที่ และขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

1. ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล. ปกิณกะ การฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทย ปี 2551. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2552; 17(1):52.

2. มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2553.
3. กรมสุขภาพจิต. สถิติการเจ็บป่วยทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
4. ปุณยกภ สัทธพรอนันต์. ฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้า. ใน: เอื้อมพร สกุดแก้ว, บรรณาธิการ. โกลัหมอ. กรุงเทพมหานคร: ส.เจริญการพิมพ์; 2550.
5. ทวี ตั้งเสรี, กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, วัชณี หัตถพนม, วราภรณ์ รัตนวิศิษฐ์, ไพลิน ปรัชญกุลปต์. การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. ขอนแก่น: พระธรรมขันธ์; 2546.
6. ทวี ตั้งเสรี, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, อรุณ จิรวัดน์กุล, ชวิชัย กฤษณะประกฤษ, กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, วรสรณ์ ปรัชญกุลปต์ และคณะ. การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. ขอนแก่น: พระธรรมขันธ์; 2551.
7. Beck AT, Schuyler D, Herman J. Development of suicidal intent scales. In: Beck AT, Resnick HL, Lettieri DJ, editors. The prediction of suicide. Maryland: The Charles Press Publishers; 1974. p. 45-56.
8. Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization. Multisite intervention study on suicidal behaviours-SUPRE-MISS : components and instrument. Geneva: WHO; 2000.
9. Posner K, Brent D, Lueas C, Gould M, Stanley B, Brown G, et al. Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS). New York: Psychiatric Institute; 2008.
10. Miller IW, Norman WH, Bishop SB, Dow MG. The modified scale for suicidal ideation. [online] 2010 [cited 2010 December 1]; Available from [http://www.pgpn.or.au/pdf/MH suicide assessment \(MSSI\).pdf](http://www.pgpn.or.au/pdf/MH%20suicide%20assessment%20(MSSI).pdf) [1 December 2010].
11. NSW Health. Suicidal risk assessment and management emergency department. [online] 2010 [cited 2010 Dec 23]; Available from: URL: [http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2004/pdf/emergency\\_dept.pdf](http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2004/pdf/emergency_dept.pdf) [23 December 2010].
12. สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา : ข้อวิพากษ์และข้อเสนอแนะ วิธีการคำนวณ Content validity index: critique and recommendation for computation. พยาบาลสาร 2550;34:1-9.
13. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nursing Research 1986;35:382-85.
14. Robert FW, William RC. Statistic methods for the analysis of biomedical data. New York: Wiley; 2002.
15. Armitage G, Berry G, Matthews JNS. Statistic methods in medical research. Oxford: Blackwell; 2002.
16. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
17. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.5.0.0: January 1, 2003) ฉบับภาษาไทย (เอกสารอัดสำเนา). เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2546.
18. Steeg S, Kapur N, Webb R, Applegate E, Stewart SL, Hawton K, et al. The development of a population-level clinical screening tool for self-harm repetition and suicide : the ReACT Self-Harm Rule. Psychol Med 2012;7:1-12.
19. หวาน ศรีเรือนทอง, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, รุ่งมณี ยั่งยืน, สุพัตรา สุขาว และคณะ. ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของคนไทย: การสำรวจระดับชาติ. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท; 2554.

**Abstract    The Development of Suicidal Screening Test (SU-9)**

**Prapat Ukranan\***, **Apichai Mongkol\*\***, **Tavee Tangseree\*\***, **Watchanee Huttapanom\***, **Praiwan Romsai\***, **Pilin Pratchayakhup\*\***

\*Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, \*\*Department of Mental Health, Ministry of Public Health

*Journal of Health Science* 2012; 21:1093-1104.

The objective of this study was to develop and validate suicidal screening test. The study was cross-sectional descriptive research which divided into 2 phases. Phases 1 was expert panel meeting to modify the old version of suicidal screening test for content validity from content validity index, then pilot study in the community. Phases 2 was the concurrent validity study of diagnosis-test agreement by 4 psychiatrists and staff meeting before data collection. Qualification of Khon-Kaen provincial citizens in this study were economic problem and suicidal risk, aged 15-65 years, able to communicate with researchers, staying in the village at least 1 year and good cooperation. In all, 859 samples were interviewed by suicidal screening test before consulting 1 psychiatrist using M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) part c (suicidality). Data was analyzed by using the descriptive statistics, sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value, accuracy, ROC curve and prevalence. The study was done during December 2010 - September 2011. It was reported that there were 44 persons with suicidal risk and 815 normal persons. The prevalence of suicidal risk in this study was 5.1 percent. This suicidal screening test consisted of 3 components 1) previous attempted suicide and plan 2) stressor and 3) alcohol consumption. Internal consistency with 9 items and Cronbach's alpha coefficient was 0.56. The optimum cut-off point was the score of 1 with the sensitivity of 75.0 percent, specificity of 82.3 percent, positive predictive value of 18.6 percent, negative predictive value of 98.4 percent, and the accuracy of 82.0 percent.

**Key words:** development of screening test, suicidal risk