

คุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย  
(SSI-Thai Version 2014)\*

PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE THAI VERSION OF THE SCALE  
FOR SUCIDAL IDEATION (SSI-THAI VERSION 2014)

ปริยศ กิตติธีระศักดิ์, พย.ม. (Priyoth Kittiteerasack, MSN)\*\*

เกสร มุ้ยจีน, พย.ม. (Kasorn Muijeen, MSN)\*\*\*

**Abstract**

**Objectives:** Suicide is a global challenge. It poses a serious public health problem worldwide and becomes the tenth most common cause of death in the world. In Thailand, the suicide rate has increased continuously. Screening for suicidal ideation is important since it can be used to prevent suicide behavior. The objective of this research was to test the psychometric properties of the Scale for Suicide Ideation, Thai version (SSI-Thai Version 2014).

**Methods:** 200 individuals aged between 18-60 years who had exhibited suicide behavior were purposively selected from the Bangkok metropolitan area. The 19 Items of the Scale for Suicide Ideation in a Thai Version 2014 (SSI-Thai Version 2014) was used in this project. Frequency, percentage, content validity index, Cronbach's alpha coefficient, and item discrimination were used for data analyses.

**Results:** The major findings were as follows. Most of the samples were single females aged between 18-29 years, were at the undergraduate level, and had indigent economic status. Results from the instrument testing showed that the SSI-Thai Version 2014 had content validity index (CVI) of .89. The Cronbach's alpha coefficient of the instrument was .81. An index of item discrimination was more than 2.

**Conclusion:** The results showed that SSI-Thai Version 2014 had high quality accordingly with the original version and was able to assess suicidal ideation in the general population.

**Keywords:** Suicidal ideation, Scale for Suicide Ideation, SSI-Thai Version 2014

**บทคัดย่อ**

**วัตถุประสงค์:** การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่ท้าทายและส่งผลกระทบต่อระบบ

\* การศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ 2556

\*\*อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

\*\*\*อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สุขภาพทั่วโลก ปัจจุบันการฆ่าตัวตายกลายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 1 ใน 10 ของการเสียชีวิตทั่วโลก สำหรับในประเทศไทยพบอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องการคัดกรองความคิดฆ่าตัวตายเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองจึงมีความสำคัญมากการวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai Version 2014)

**วิธีการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนอายุ 18-60 ปี จำนวน 200 ราย ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายแบบต่างๆ ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยได้จากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai Version 2014) จำนวน 19 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยคือ การวิเคราะห์หาค่าความตรง ค่าความเที่ยง และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ

**ผลการศึกษา:** พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีสถานภาพโสดอายุระหว่าง 18-29 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและมีสถานะทางเศรษฐกิจไม่พอใช้ ในส่วนของการทดสอบแบบประเมิน SSI-Thai Version 2014 พบค่าความตรงเชิงเนื้อหา = .89 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Cronbach's alpha (coefficient) = .81 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อมากกว่า 2

**สรุป:** แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย ที่ได้จากการศึกษานี้เป็นแบบประเมินฉบับหนึ่งที่มีคุณภาพสอดคล้องกับมาตรฐานของแบบประเมินต้นฉบับและสามารถนำไปใช้ประเมินความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มประชากรทั่วไป

**คำสำคัญ:** ความคิดฆ่าตัวตายแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย SSI-Thai Version 2014

### ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญและพบมากในปัจจุบัน คือ ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย องค์การอนามัยโลก (WHO) และธนาคารโลกได้คาดว่าในปี 2020 โรคซึมเศร้าจะทวีความรุนแรงขึ้นและทำให้ปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตายกลายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในประชากรทั่วโลก 1 ใน 10 อันดับแรก (กรมสุขภาพจิต, 2552) แต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 1 ล้านคน คิดเป็นอัตราการตาย 16 ต่อแสนประชากร หรือมีผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทุก ๆ 40 วินาที (เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, 2555: World Health Organization, 2013) ในทวีปเอเชียพบอัตราการฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 60 ของการฆ่าตัวตายทั่วโลก (BBC News Asia, 2011) สำหรับประเทศไทย ถึงแม้ว่าจะไม่ใช่ประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในทวีปเอเชียแต่กลับพบสถิติการฆ่าตัวตายในระดับสูงเช่นกัน ในช่วงปี พ.ศ. 2550 พบอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ระดับ 5.9 ต่อแสนประชากรหรือเฉลี่ย 10 คนต่อวัน และในปี 2554 อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยได้เพิ่มขึ้น เป็น 6.03 แสนประชากร หรือเฉลี่ยเกือบ 4,000 คนต่อปี (ทวี ตั้งเสรี, 2556.) และจากสถิติล่าสุดจากโครงการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าในปี 2555 อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยอยู่ที่ 6.2 ต่อแสนประชากร (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2557) ในแต่ละปีจึงมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 4,500-5,500 ราย และถ้านับจำนวนผู้ที่

พยายามทำร้ายตนเองทั้งหมด โดยรวมทั้งผู้ที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิตจะพบว่ามีจำนวนสูงถึง 25,000 -27,000 รายต่อปี (อภิชัย มงคล, 2549)

กรมสุขภาพจิตรายงานถึงอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากรตามจังหวัดต่าง ๆ ในช่วงปี 2552-2553 พบอัตราการฆ่าตัวตายสูงในทุกภูมิภาคของประเทศ และกรุงเทพมหานครเป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่มีการฆ่าตัวตายสูงที่สุดเมื่อรวบรวมจากรายงานสรุปข่าวประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในช่วงปี 2553 จนถึงปัจจุบัน (กรมสุขภาพจิต, 2553; กรมสุขภาพจิต, 2554; โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2557) นอกจากนี้การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายแต่ละครั้งยังส่งผลกระทบต่อคนในสังคมประมาณ 100 คน (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และ พิเชฐ อุดมรัตน์, 2544) และหากมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงถึง 7 ต่อแสนประชากรจะทำให้สูญเสียเชิงเศรษฐศาสตร์ต่อประเทศถึง 4 พันล้านบาท (สุภรัตน์ เอกอักษิน, 2545)

ผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (suicidal behavior) สามารถประเมินได้จากความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) เป็นอันดับแรก เพราะเป็นจุดเริ่มต้นในการนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempted) และการฆ่าตัวตายสำเร็จ (suicide completed) (Schneider et al., 1991) การมีความคิดฆ่าตัวตายก็เพียงพอว่าจะที่จับว่าบุคคลนั้นมีความเสี่ยงและต้องได้รับความช่วยเหลือ เพราะหากบุคคลมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเกิดขึ้นแล้ว ย่อมแสดงถึงการดูแลที่ล่าช้า และไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการค้นหาความคิดฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเพื่อให้การดูแลจึงเป็นวิธีที่เหมาะสมและทันทั่วถึง (Beck, Kovacs,

& Weissman, 1979) การประเมินความคิดฆ่าตัวตายจึงเป็นวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการฆ่าตัวตาย เนื่องจากผู้ที่คิดฆ่าตัวตายนั่นส่วนใหญ่มิมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนใจไม่ลงมือกระทำ หากได้รับความช่วยเหลือที่ถูกต้อง การเฝ้าระวังจึงเป็นวิธีการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดีที่สุดวิธีหนึ่ง (ทวี ตั้งเสรี และคณะ, 2546) อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายนับบ่อยครั้งที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือที่ถูกต้องเพราะวิธีการขอความช่วยเหลือมักมีรูปแบบที่หลากหลาย และมักแสดงออกในทางอ้อม ทำให้ผู้ช่วยเหลือที่ขาดประสบการณ์ไม่สามารถประเมินความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างถูกต้องและผู้ช่วยเหลือบางส่วนยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายอยู่มาก ส่งผลให้บุคคลเหล่านั้นต้องเผชิญกับปัญหาลำพัง ผลักดันความคิดฆ่าตัวตายให้รุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จนแสดงออกเป็นพฤติกรรมฆ่าตัวตายตามมา

การประเมินความคิดฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพมีความสำคัญอย่างยิ่ง จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายที่ใช้ในประเทศไทยนั้น พบว่ามีหลากหลายแต่ก็ยังมีข้อจำกัดต่าง ๆ ดังนี้ *แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย* ที่กรมสุขภาพจิต (2545) พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สามารถใช้งานได้ง่ายแต่ข้อคำถามที่มีจำนวนน้อยทำให้ไม่สามารถบอกความรุนแรงพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นได้อย่างครอบคลุม ในปีต่อมา ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) ได้พัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (DS10) ขึ้น มีจำนวน 10 ข้อ ใช้ร่วมกับแบบประเมินซึมเศร้า 15 ข้อ รวม 25 ข้อ แต่บาง

ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับโรคทางกายและมีความซ้ำซ้อน เครื่องมือชุดนี้จึงมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ และเพื่อปรับปรุงข้อจำกัดของแบบวัด DS10 ทวีตังเสรี และคณะ (2552) ได้พัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายฉบับปี 2009 หรือ DS8 เพื่อลดความซ้ำซ้อนโดยเหลือคำถาม 8 ข้อ แบ่งออกเป็นคัดกรองภาวะซึมเศร้า 6 ข้อ และคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2 ข้อ แต่เครื่องมือนี้สามารถวัดองค์ประกอบของการฆ่าตัวตายได้ด้านเดียวเท่านั้น คือ suicidal intention จึงทำให้ยังมีข้อจำกัดในการทำนายพฤติกรรมและความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเช่นกัน

ในปี 2548 พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ มธุริน คำวงศ์ปิ่น (2548) ได้ทำการแปลและทดสอบเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Intervention Version 5.00) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลกและสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ซึ่งพบว่าการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างของประชากรจำนวนน้อย และยังไม่ได้นำไปขยายผลการศึกษาต่อ เพื่อใช้ในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป ลักษณะข้อคำถามค่อนข้างยุ่งยาก การสัมภาษณ์ใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน และไม่น่าจะใช้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง แต่น่าจะเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช หลังจากนั้นสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับองค์กรด้านสาธารณสุขได้เผยแพร่แนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และ ถัดดา ดำริการเสถียร, 2553) โดยการคัดกรองด้วยระบบ 2-9-8Q ซึ่งเป็นระบบการประเมิน 3 ขั้นตอน

เริ่มต้นประเมินด้วยแบบวัดโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) หากคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหมายถึงเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) หากพบว่า มีคะแนนสูงกว่า 7 คะแนน ให้ทำการคัดกรองต่อด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) อีกครั้งหนึ่งเพื่อแยกระดับความรุนแรงและให้การดูแลต่อไป แต่พบว่ามีขั้นตอนที่ยุ่งยาก บ่อยครั้งที่กระบวนการขาดความต่อเนื่อง ลำบาก และผู้ใช้ต้องมีความเข้าใจ ความชำนาญ และมีประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือ นอกจากนี้ในปี 2547 ปรีศ กิตติธีระศักดิ์ ได้ทำการแปลแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของ เบค และคณะ (Beck, Steer, & Ranieri, 1988) เป็นภาษาไทย และนำไปใช้ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS พบว่ามีข้อจำกัดในด้านกระบวนการแปลเครื่องมือที่ไม่ได้ผ่านการตรวจสอบด้านภาษา อันอาจทำให้เกิดความไม่สอดคล้อง สื่อสารได้ไม่ตรงประเด็น และมีการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค จึงไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรทั่วไปได้

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าแบบประเมินการฆ่าตัวตายในประเทศไทยนั้น มีข้อจำกัดในการนำไปใช้และต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การศึกษาครั้งนี้ ได้นำแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (Scale for Suicide Ideation: SSI) ของ เบค และคณะ (Beck et al., 1979) มาเป็นต้นฉบับในการแปลและศึกษาคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai Version 2014) แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายนี้ เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ออกประเมินตอบด้วยตนเอง พัฒนามาจากแนวคิดที่ครอบคลุมองค์ประกอบของการฆ่าตัวตาย สามารถทำนายความ

รุนแรงของการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้และเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ มีการแปลเพื่อใช้งานในหลากหลายภาษา รวมทั้งนำไปใช้ในการพัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายอื่น ๆ หลากหลาย (Brown, 2013; Goldston, 2010) แบบประเมิน SSI-Thai Version 2014 นี้จึงน่าจะเป็นหนึ่งในแบบประเมินที่จะเอื้อประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาลในการพัฒนาการบริการเชิงรุกมากขึ้นเพื่อสามารถป้องกันปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำผลการพัฒนาที่ได้ไปเผยแพร่เพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างกว้างขวางต่อระบบสุขภาพของประเทศไทย

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai Version 2014) โดยการทดสอบความตรงค่าความเที่ยง และค่าอำนาจจำแนก

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการศึกษามีขั้นตอนดังนี้

1. แปลแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (Scale for Suicide Ideation : SSI) ของ เบค และคณะ (Beck et al., 1979) จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (forward translation) และใช้ชื่อเป็น แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai Version 2014)

2. อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา 2 ท่าน พิจารณาความถูกต้อง จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

3. ส่งแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอีก 2 ท่าน

ทำการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (backward translation) จากนั้นร่วมกันพิจารณากับผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อปรับปรุงฉบับภาษาไทยอีกครั้งเพื่อให้มีความหมายใกล้เคียงกับแบบประเมินต้นฉบับมากที่สุด

4. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]): ผู้ทรงคุณวุฒิทางวิชาการจำนวน 6 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ ประกอบไปด้วยแพทย์ผู้ชำนาญทางด้านจิตเวช 2 ท่าน อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์และทำงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน

5. นำเครื่องมือไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วจึงเก็บข้อมูลจริงในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐบาล คือ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (ในการเก็บข้อมูลจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาจะมีบุคลากรของสถาบันเป็นที่ปรึกษาในระหว่างการเก็บข้อมูล) ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2556-เมษายน 2557 โดยติดต่อประสานงานกับบุคลากรประจำหน่วยงานเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวนทั้งสิ้น 200 คน เป็นผู้ที่มิอายุระหว่าง 18-60 ปี สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะ ได้ตอบรู้อเรื่อง เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายรูปแบบต่าง ๆ ทั้งการมีความคิดฆ่าตัวตายหรือการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งสามารถพบได้ในทุกหน่วยบริการภายใน

โรงพยาบาล เช่น หอผู้ป่วยต่าง ๆ คลินิก หน่วยเยี่ยมบ้านหรือแผนกฉุกเฉิน โดยกลุ่มตัวอย่างจะถูกคัดออกหากมีการปฏิเสธ ไม่ยินยอมให้ข้อมูล หรือขอยุติการร่วมโครงการได้ตลอดเวลาในทุกกรณี ในขั้นตอนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ สอบถามถึงความสมัครใจและคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการ จะประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างอธิบายขั้นตอนและวิธีการตอบแบบสอบถามให้สมบูรณ์ หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่พร้อมจะพิจารณาเข้าเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่เหมาะสมต่อไป การเก็บข้อมูลจะกระทำแบบหนึ่งต่อหนึ่ง ภายหลังจากเก็บข้อมูลผู้รับบริการแต่ละรายเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจเบื้องต้นทุกราย หากกลุ่มตัวอย่างมีความจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือมากขึ้นหรือมีคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในระดับรุนแรงจะส่งต่อเพื่อรับการบำบัดรักษาต่อไป การเข้าร่วมโครงการวิจัยจะสิ้นสุดทันทีหากกลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจให้ข้อมูลไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งก่อนหรือในระหว่างทำแบบสอบถามก็ตามโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย และการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาแต่อย่างใด เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนจึงนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(Cronbach's alpha coefficient) และค่าอำนาจจำแนกเป็นรายชื่อ

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.7) มีอายุเฉลี่ยระหว่าง 18-29 ปี (ร้อยละ 73.2) สถานภาพโสดเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.1) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 48.2) สถานะทางเศรษฐกิจส่วนใหญ่ไม่พอใช้ (ร้อยละ 50.9) คะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายเท่ากับ 14.5

จากผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมีดังนี้

1. ค่าความตรง ผลจากการนำแบบวัด SSI-Thai Version 2014 ที่ได้ผ่านกระบวนการแปลและแปลย้อนกลับนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน (ตารางที่ 1) พบว่ามีค่า CVI = .89
2. ค่าความเที่ยง ผลการทดสอบเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบค่าความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient = .80 และในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 200 คน พบค่าความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient = .81
3. ค่าอำนาจจำแนกรายชื่อผลการวิเคราะห์ พบว่าคำถามทุกข้อมีค่าอำนาจจำแนกมากกว่า 2 ( $p < .001$ )

**ตารางที่ 1** แสดงข้อคำถามและระดับคะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 6 ท่าน ต่อแบบประเมินความคิด  
ฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai Version 2014)

| คำถาม                                                                    | ระดับคะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 6 ท่าน |   |   |   |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---|---|---|---|---|
|                                                                          | 1                                     | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1. ท่านอยากมีชีวิตอยู่                                                   | 4                                     | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 |
| 2. ท่านอยากจบชีวิต                                                       | 4                                     | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| 3. เหตุผลของการอยากมีชีวิตอยู่หรืออยากจบชีวิต                            | 3                                     | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 |
| 4. ความต้องการที่จะลงมือพยายามทำร้ายตนเอง                                | 4                                     | 2 | 3 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ความต้องการทำร้ายตนเองทางอ้อม                                         | 4                                     | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| 6. ช่วงเวลาของการมีความคิดที่อยากทำร้ายตนเอง                             | 3                                     | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| 7. ความถี่ของการคิดทำร้ายตนเอง                                           | 4                                     | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 |
| 8. ทักษะต่อความคิดทำร้ายตนเอง                                            | 4                                     | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| 9. การควบคุมพฤติกรรมหรือความคิดที่อยากลงมือทำร้ายตนเอง                   | 4                                     | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 |
| 10. สิ่งต่าง ๆ ที่ช่วยยับยั้งการพยายามทำร้ายตนเอง เช่น ครอบครัว<br>ศาสนา | 1                                     | 2 | 4 | 2 | 3 | 4 |
| 11. เหตุผลที่คิดอยากพยายามทำร้ายตนเอง                                    | 3                                     | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 |
| 12. การวางแผนหรือการกำหนดวิธีการในการทำร้ายตนเอง                         | 4                                     | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 13. โอกาสที่จะทำร้ายตนเองตามวิธีการที่ได้ไตร่ตรองไว้                     | 3                                     | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| 14. ความรู้สึกที่มีต่อความสามารถในการพยายามทำร้ายตนเอง<br>ให้สำเร็จ      | 4                                     | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| 15. ความคาดหวังว่าอาจเกิดความพยายามที่จะลงมือทำร้ายตนเอง<br>จริงๆ        | 4                                     | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 16. การเตรียมพร้อมสำหรับการพยายามทำร้ายตนเองในขณะนี้                     | 4                                     | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 |
| 17. การเขียนข้อความหรือจดหมายลาตาย                                       | 4                                     | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 |
| 18. สิ่งสุดท้ายที่อยากทำก่อนจบชีวิตตนเอง เช่น ประกันชีวิต,<br>พินัยกรรม  | 4                                     | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 |
| 19. การโกหกหรือปิดบังความคิดพยายามทำร้ายตนเอง                            | 4                                     | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 |

### การอภิปรายผลการวิจัย

คุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai Version 2014) ที่ถูกแปลและแปลย้อนกลับและผ่านการปรับปรุงด้านภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษา 4 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 6 ท่าน พบว่ามีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาถึง .89 แสดงให้เห็นว่าแบบประเมิน SSI-Thai Version 2014 นี้มีความสอดคล้องของคำถามและสาระของมิติที่ต้องการวัดในระดับที่สูงและเป็นที่ยอมรับ เมื่อนำมาทดสอบหาความเที่ยงจากการหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) = .80 และเมื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงพบค่า Cronbach's alpha coefficient = .81 นับได้ว่าแบบประเมินชุดนี้มีค่าความเที่ยงสูง มีความตรงตามเนื้อหาและครอบคลุมมิติที่ต้องการวัด และจากการวิเคราะห์เพื่อหาความจำแนกรายข้อ พบว่าคำถามทุกข้อมีค่าอำนาจจำแนกมากกว่า 2

เมื่อทำการเปรียบเทียบคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai Version 2014) กับแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (SSI) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาอื่นๆ โดย Matti et al. (2005) ได้ศึกษาถึงคุณสมบัติของการวัดทางจิตวิทยาและการใช้งานทางคลินิกของแบบประเมิน SSI โดยตรวจสอบหาความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือในประเทศฟินแลนด์จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 218 คน พบว่าแบบประเมิน SSI ฉบับนี้มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .95 นอกจากนี้ Nailah (2008) ได้นำแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายนี้ ไปแปล

เป็นภาษาอูรดูเพื่อนำไปใช้ในประเทศปากีสถาน เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 904 คน ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือพบว่าแบบประเมินฉบับนี้มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .75 ซึ่งถือว่าเป็นการพัฒนาในการแปลข้ามภาษาในประเทศปากีสถานเป็นครั้งแรก จึงจัดว่าเป็นเครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงในระดับยอมรับได้ เช่นเดียวกับ De Man, Balkou, and Iglesias (1987) ได้ทำการแปลแบบประเมิน SSI เป็นภาษาฝรั่งเศสและมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ผ่านการแปลข้ามภาษา พบว่ามีค่ามาตรฐานของเครื่องมืออยู่ในระดับเทียบเท่ากับแบบประเมิน SSI ต้นฉบับภาษาอังกฤษ ซึ่งแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย ที่ได้รับการแปลในครั้งนี้พบว่ามีค่ามาตรฐานของเครื่องมือในระดับอันเป็นที่ยอมรับเช่นเดียวกัน

เมื่อทำการเปรียบเทียบกับแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (Scale for Suicide Ideation: SSI) ต้นฉบับของ Beck et al., (1979) พบว่าแบบวัดทั้งสองมีมาตรฐานที่ใกล้เคียงกันในด้านของความเที่ยงและความตรงของเครื่องมืออันเป็นคุณลักษณะสำคัญของแบบประเมินที่แสดงถึงคุณภาพในทางวิชาการและการเป็นที่ยอมรับ โดยแบบวัด SSI ต้นฉบับนั้นมีค่าความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient = .89 เช่นเดียวกับที่พบในงานวิจัยของ Beck, Brown, and Steer (1997) ที่ได้นำแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (SSI) ฉบับนี้มาทดสอบในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 4,063 คน ผลจากการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือพบว่ามีค่า Cronbach's alpha coefficient = .84 แสดงให้เห็นว่าแบบประเมิน SSI-Thai Version 2014 นี้จะเป็นเครื่องมือหนึ่งที่มีมาตรฐานตามแบบวัดต้นฉบับของ Beck

et al., (1979) และน่าจะเป็นแบบประเมินที่มีคุณภาพฉบับหนึ่งที่จะสามารถนำไปใช้ประเมินความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มประชากรอื่น ๆ ได้

#### ข้อเสนอแนะ

แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai Version 2014) ที่ได้จากการศึกษานี้เป็นแบบประเมินที่มีคุณภาพตามมาตรฐานฉบับหนึ่ง มีจำนวนข้อคำถามที่ไม่มากจนเกินไป มีความกระชับ สามารถวัดมิติของพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ครอบคลุม สามารถบอกระดับความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายได้ น่าจะเหมาะสมกับการนำไปใช้ประเมินความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มประชากรที่มีอายุระหว่าง 18-60 ปี

#### เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2553). รายงานอัตราฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2552. สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2556, จาก <http://www.dmh.go.th/plan/suicide/>
- กรมสุขภาพจิต. (2554). *กรมสุขภาพจิต เฝ้ารอ 10 ปี ภาคเหนือยังคงครองแชมป์ฆ่าตัวตายสูงสุด*. สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2556, จาก <http://www.forums.dmh.go.th/index.php?topic=5659.0>
- เกียรติภูมิ วงศ์รจิต. (2555). สลด สถิติฆ่าตัวตายทั่วโลก 40 วินาที/ราย ไทยเฉลี่ย 6 ต่อแสนคน. *มติชนรายวัน*. ฉบับวันที่ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2555. สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2556, จาก [http://www.matichon.co.th/news\\_detail.php?newsid=1342066699](http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1342066699)
- ทวี ตั้งเสรี. (2556). *กรมสุขภาพจิตเผยคนไทย*

- ยุคใหม่น่าห่วงเสี่ยงฆ่าตัวตาย*. สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2556, จาก <http://www.forums.dmh.go.th/index.php?topic=9708.0;wap2>
- ทวี ตั้งเสรี และคณะ. (2546). *การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมจันต์.
- ทวี ตั้งเสรี และคณะ. (2552). *การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย* (ฉบับปี 2009). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54(3), 287-296.
- ปราโมทย์ สุคนิชย์ และพิเชฐ อุดมรัตน์ (บรรณาธิการ). (2544). *แนวทางการรักษาโรคทางจิตเวช 2544*. ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและกรมสุขภาพจิต.
- ปริญญ์ กิตติธีระศักดิ์. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และมธุรีน คำวงศ์ปิ่น. (2548). ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview ฉบับภาษาไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 13(3), 125-135.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2557). *โครงการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย*. สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2556, จาก [https://www.suicidethai.com/web\\_jvkk\\_su/](https://www.suicidethai.com/web_jvkk_su/)
- สุภรัตน์ เอกอัศวิน. (2545). *การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม*. *วารสารสุขภาพจิตแห่ง*

- ประเทศไทย, 10, 143 – 150.
- อภิชัยมงคล. (2549). รายงานการวิจัยระดับชาติ  
ของผู้ทำร้ายตนเอง พ.ศ. 2547. การประชุม  
วิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5, 3-5  
กรกฎาคม 2549 ณ โรงแรมปรีซ์พาเลซ  
กรุงเทพมหานคร.
- อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และลัดดา คำการเสิศ.  
(บรรณาธิการ). (2553). *การจัดการความรู้  
และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรง  
พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวทาง  
การดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าและผู้มีความ  
เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย*. สหมิตรพรินต์  
แอนด์พับลิชชิง.
- BBC News Asia, (2011). *Tackling south Korea's  
high suicide rates*. Retrieved March 5,  
2014, from [http://www.bbc.co.uk/news/  
world-asia-pacific-15331921](http://www.bbc.co.uk/news/world-asia-pacific-15331921)
- Beck, A. T., Brown, G. K., & Steer, R. A. (1997).  
Psychometric characteristics of the scale  
for suicide ideation with psychiatric  
outpatients. *Behaviour Research and  
Therapy*, 35, 1039-1046.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979).  
Assessment of suicidal intention : The Scale  
for Suicide Ideation. *Journal of Consulting  
and Clinical Psychology*, 47, 343-352.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988).  
Scale for suicide ideation: Psychosometric  
properties of self-report version. *Journal of  
Clinical Psychology*, 44, 499-505.
- Brown, K. (2013). *A review of suicide assessment  
measures for intervention research with  
adults and older adults*. Retrieved March 5,  
2014, from [http://www.suicidology.org/c/  
document\\_library/get\\_file?folderId=235  
&name=DLFE-113.pdf](http://www.suicidology.org/c/document_library/get_file?folderId=235&name=DLFE-113.pdf)
- Demian, A. F., Balkou, S. T., & Iglesias, R. I. (1987).  
A French-Canadian adaptation of the Scale  
for Suicide Ideation. *Canadian Journal of  
Behavioural Science/Revue Canadienne  
des Sciences du Comportement*, 19(1),  
50-55.
- Goldston, D. B. (2010). *Assessment of suicide  
behaviors and risk among children and  
adolescents*. Retrieved March 5, 2014. From  
[http://www.suicidology.org/c/document\\_  
library/get\\_file?folderId=235&name=  
DLFE-141.pdf](http://www.suicidology.org/c/document_library/get_file?folderId=235&name=DLFE-141.pdf)
- Nailah A. (2008). *Psychometric properties and  
clinical utility of the Scale for Suicidal  
Ideation (SSI) in adolescents*. Retrieved  
April 3, 2014, from [http://www.biomed-  
central.com/1471-244X/5/8](http://www.biomed-central.com/1471-244X/5/8)
- Schneider, S. G. et al. (1991). Factors influencing  
suicide intent in gay and bisexual suicide  
ideators: Differing models for men with  
and without human immunodeficiency  
virus. *Journal of Personality and Society  
Psychology*, 61, 776-788.
- World Health Organization. (2013). *Suicide  
prevention*. Retrieved April 3, 2014, from  
[http://www.who.int/mental\\_health/preven-  
tion/suicide/suicideprevent/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html)