การฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่น

นิจวรรณ อึ้งรังษีโสภณ พ.บ., ว.ว.จิตเวชศาสตร์*

บทคัดย่อ

ปัจจุบันอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในเด็กและวัยรุ่นเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายประเทศทั่วโลก ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่น คือ การเจ็บป่วยทางจิตเวช ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว และประวัติปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว วิธีที่ใช้ในการฆ่าตัวตายสำเร็จในเด็กและวัยรุ่นชายนิยมใช้อาวุธปืนยิงตัวตาย ในขณะที่เพศหญิงนิยมรับประทานสารพิษ วิธีลดอัตราการฆ่าตัวตายที่ดีที่สุดคือการป้องกันในระดับปฐมภูมิ วิธีช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายคือการประเมินอย่างมีประสิทธิภาพและลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

Abstract

Suicide in Children and Adolescents

Nitchawan Ungrungseesopon MD

Department of Psychiatry, BMA Medical College and Vajira Hospital

Suicidal rate of child and adolescent is rapidly increasing in many countries around the world. Factors precipitate risks of suicide of child and adolescent include psychiatric illnesses, history of suicidal attempt, family history of psychiatric illnesses and relationship in the family. Most common suicidal method among male is gun fire, while female is toxic ingestion. Best way to prevent suicide is primary prevention, to help suicide attempters is to effectively assess and to reduce risk of further suicide.

Key words: suicide, children, adolescents

บทนำ

การฆ่าตัวตายถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ และการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้นจากเดิมในหลายประเทศทั่วโลกโดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่น ในสหรัฐอเมริกาพบอัตราการฆ่าตัวตายในช่วงอายุ 15 ถึง 19 ปี เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 3.6 ในระหว่างปี ค.ศ. 1979 ถึง 1998[1] ในประเทศไทยรายงานสถิติการฆ่าตัวตายของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าเด็กและวัยรุ่นมีสถิติการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น กลุ่มที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุดอยู่ในช่วงอายุ 15 ถึง 24 ปี ซึ่งอยู่ในวัยมัธยมศึกษาจนถึงอุดมศึกษา[2-4] มีรายงานผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย 485 คน ของโรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์[5] พบว่าเป็นผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นถึงร้อยละ 40 ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่จะมีสัญญาณเตือนนำมาก่อน

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

แต่พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายกลับเพิ่มสูงขึ้นในวัยนี้[6] คงต้องพิจารณาว่าเพราะเหตุใดจึงไม่สามารถป้องกันการฆ่าตัวตายได้ ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษามากมายที่กล่าวถึงวิธีการป้องกันการฆ่าตัวตาย ดังนั้นผู้เขียนจึงได้รวบรวมข้อมูลและการศึกษาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่นตั้งแต่ระบาดวิทยา อายุ เพศ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของการฆ่าตัวตายทั้งในด้านชีวภาพ จิต และจิตสังคม วิธีการที่นิยมเลือกใช้ ตลอดจนการป้องกันและช่วยเหลือ โดยหวังว่าจะเป็นประโยชน์ในการหาทางป้องกัน และแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย รวมทั้งลดอัตราการฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่นลง

ระบาดวิทยา

ในสหรัฐอเมริกาพบว่าปัจจุบันมีวัยรุ่นประมาณ 2,000 คน ฆ่าตัวตายสำเร็จ และประมาณ 2,000,000 คนที่พยายามฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายถือเป็นสาเหตุการตายอันดับสามในช่วงอายุ 15 ถึง 24 ปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับหกในช่วงอายุ 15 ถึง 19 ปี[1] ตามสถิติขององค์การอนามัยโลกรายงานว่าอัตราการฆ่าตัวตายในช่วงอายุ 5 ถึง 14 ปี ในปี ค.ศ. 1995 เท่ากับ 0.5 ต่อแสนประชากรในเพศหญิง และ 0.9 ต่อแสนประชากรในเพศชาย ในช่วงอายุ 15 ถึง 24 ปี เท่ากับ 12 ต่อแสนประชากรในเพศหญิงและ 14.2 ต่อแสนประชากรในเพศชาย ซึ่งจะเห็นได้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงวัยรุ่น ดังแสดงในรูปที่ 1[7]

ในประเทศไทยจากสถิติระหว่างปี พ.ศ. 2535 ถึง 2539 วัยรุ่นอายุระหว่าง 15 ถึง 19 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายและเพศหญิงเท่ากับ 9.8 และ 7.0 ต่อประชาการแสนคนตามลำดับ แต่ไม่อาจทราบจำนวนของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่แท้จริงได้ เนื่องจากปัญหาในการบันทึกการวินิจฉัย[8]

อายุ

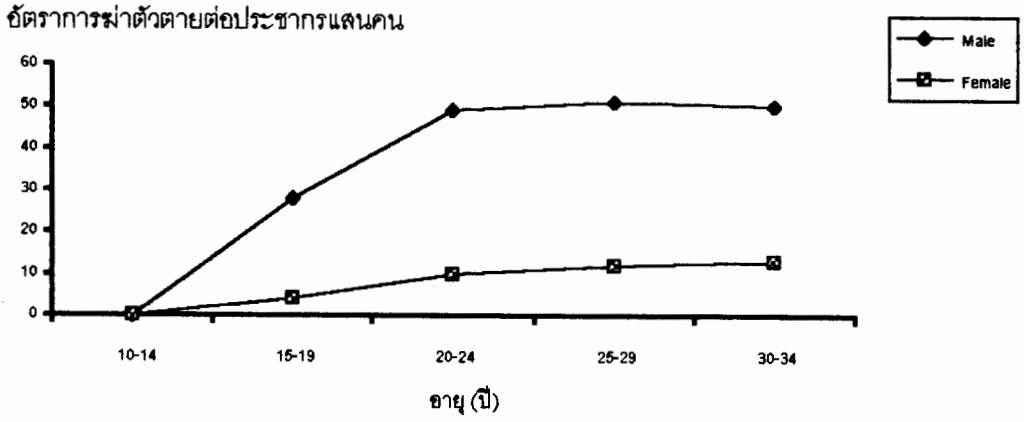
โดยทั่วไป การฆ่าตัวตายสำเร็จพบได้ไม่มากนักในเด็กและวัยรุ่นตอนต้น ในสหรัฐอเมริกา การศึกษาในปี ค.ศ. 2000 พบว่าช่วงอายุระหว่าง 10 ถึง 14 ปี พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 1.5 ต่อแสนประชากร อายุที่พบมากที่สุดอยู่ระหว่าง 12 ถึง 14 ปี ช่วงอายุ 15 ถึง 19 ปี พบ 8.2 ต่อแสนประชากร ซึ่งพบเป็น 5 เท่าของช่วงอายุข้างต้น จะเห็นได้ว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จพบได้ยากในเด็ก อาจเนื่องมาจากปัจจัยหลักที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายที่พบได้บ่อยคือภาวะซึมเศร้า และการใช้ยาหรือสุราต่างๆ มักพบในผู้ใหญ่และวัยรุ่นมากกว่าในเด็ก[9]

เพศ

การฆ่าตัวตายสำเร็จพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 4 เท่าในขณะที่ความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายพบบ่อยในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 4 เท่า[10] ในอเมริกา ยุโรป ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์พบว่าในช่วงอายุ 15 ถึง 19 ปี เพศชายมีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิงขณะที่ประเทศในแถบเอเชียการศึกษายังไม่ชัดเจน พบว่าประเทศสิงคโปร์อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่สองเพศใกล้เคียงกัน การศึกษาในประเทศอื่นๆ แถบนี้ในปัจจุบันมีแนวโน้มใกล้เคียงกับประเทศทางแถบตะวันตก ยกเว้นประเทศจีนที่พบอัตราการฆ่าตัวตายในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย[9]

ปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย

ปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพ หลายการศึกษาสนับสนุนว่าพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย หุนหันพลันแล่นและพฤติกรรมก้าวร้าวมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของสารสื่อประสาทซีโรโทนิน[10] การศึกษาปัจจุบันพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่มีความผิด



รูปที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างปี ค.ศ. 1991-2000

ปกติของปริมาณ serotonin 1 A receptor และ serotonin transporter receptor ใน prefrontal cortex และใน dorsal raphe nucleus สาเหตุของการฆ่าตัวตายที่เป็นผลจากปัจจัยทางชีวภาพ อธิบายโดยใช้หลัก stress - diathesis model นั่นคือ ผู้ที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายจะมีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายอยู่แล้วจากปัจจัยทางชีวภาพ เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นความเครียดจะเป็นตัวกระตุ้นบุคคลเหล่านี้ให้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ปัจจัยเสี่ยงทางชีวภาพอีกกรณีหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย คือความผิดปกติทางพันธุกรรมพบว่าพฤติกรรมการฆ่าตัวตายเกิดจากมีความผิดปกติของยีนส์ที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมการทำงานของสารสื่อประสาทซีโรโทนิน[9] หลายการศึกษาสนับสนุนว่าความผิดปกติของ tryptophan hydroxylase (TPH) gene[9-11] เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

ปัจจัยเสี่ยงทางจิต การเจ็บป่วยทางจิตเวชถือเป็นปัจจัยที่มีน้ำหนักมากที่สุดในการบ่งชี้ความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายสำเร็จ[3,10,12,13] ร้อยละ 50 ถึง 75 ของเด็กและวัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายสำเร็จพบมีโรคทางอารมณ์ โรคทางอารมณ์ที่พบบ่อยที่สุดคือโรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าพบได้บ่อยในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในขณะที่ disruptive disorder พบในเพศชายมากกว่า ประมาณหนึ่งในสี่ถึงสองในสามของวัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมักได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดสารเสพติดร่วมด้วย นอกจากนี้การฆ่าตัวตายเนื่องจากโรคจิตเภทและโรคบุคลิกภาพผิดปกติพบในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมากกว่าในวัยรุ่น[7,9] แต่ adjustment disorder พบว่าเป็นสาเหตุการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นมากกว่าในวัยผู้ใหญ่[14] ในส่วนของประเทศไทยพบว่าเด็กและวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายนั้นมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้าของผู้มีความคิดฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็น adjustment disorder with depress mood โดยร้อยละ 55.6 มีอาการซึมเศร้าอย่างชัดเจน ได้แก่ ร้องไห้บ่อย เบื่อหน่าย แยกตัว เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ[6,14-17]

ปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคม

1. ประวัติครอบครัว จากการศึกษาย้อนหลังในวัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งมีปัญหาการหย่าร้างในครอบครัว ประวัติการฆ่าตัวตายสำเร็จหรือพยายามฆ่าตัวตายในครอบครัวพบแตกต่างกันไประหว่างร้อยละ 2 ถึง 30[7] ปัญหาโรคทางจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและการใช้สารเสพติดในครอบครัวพบได้บ่อย[7,9,18,19] หลายการศึกษาสนับสนุนว่าในเด็กและวัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายสำเร็จลักษณะครอบครัวจะมีปัญหาในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบิดามารดา[7]

2. ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ประมาณ 1 ใน 3 ของเด็กและวัยรุ่นที่ฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่ามีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนและมากกว่า 2 ใน 3 ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะส่งสัญญาณเตือนก่อนลงมือกระทำ[12,13,20] มีการศึกษาในเด็กและวัยรุ่นจำนวน 4,677 คน พบว่า ร้อยละ 75 ไม่เคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ร้อยละ 6 พยายามฆ่าตัวตายบ่อยๆ ร้อยละ 15 มีการพยายามฆ่าตัวตายเพียงครั้งเดียวหรือเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ส่วนใหญ่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำบ่อยๆ และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนมักพบประวัติความรุนแรงก้าวร้าวหรือการใช้สารเสพติดในครอบครัวมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำบ่อยๆ มักมีประวัติโรคทางจิตในครอบครัวและกลุ่มนี้จะพบภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มอื่นๆ[1] บางการศึกษากล่าวว่าอัตราเสี่ยงของการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นระหว่าง 3 - 30 เท่าในผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน โดยเฉพาะในเด็กชายจะเพิ่มขึ้นถึง 30 เท่าในขณะที่เด็กหญิงเพิ่มขึ้นเพียง 3 เท่า[9]

นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคมอื่นๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดการฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่นแต่ละคน ได้แก่ ภาวะวิกฤตหรือความเครียดจากการเลี้ยงดู การสูญเสียความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ปัญหาที่โรงเรียน[1,9]

วิธีที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสัมพันธ์กับวิธีที่ใช้ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละเพศและแต่ละประเทศ การศึกษาในหลายประเทศทั่วโลกพบว่าในช่วงอายุ 15-24 ปี ฆ่าตัวตายสำเร็จด้วยวิธีการใช้อาวุธปืนยิงตัวตายถึงร้อยละ 34 ในเด็กละวัยรุ่นพบว่าวิธีการที่นิยมใช้ในการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือการใช้ปืนยิงตัวตายซึ่งพบในเด็กและวัยรุ่นเพศชายในสหรัฐอเมริกา ประเทศในแถบตะวันตกและประเทศตุรกี[1,7,9,12,21] ส่วนในเด็กและวัยรุ่นเพศหญิงวิธีที่นิยมใช้คือรับประทานสารพิษ[1,7,9,22,23] ในประเทศที่มีกฎหมายการครอบครองอาวุธปืนที่เข้มงวดจะพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในเด็กและวัยรุ่นน้อยกว่าประเทศที่มีกฎหมายที่หละหลวม และประเทศที่เคยอนุญาตให้ใช้ปืนกันอย่างกว้างขวางเมื่อออกกฎหมายเข้มงวดเรื่องการครอบครองอาวุธปืนจะพบมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง[1,9,24]

การป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ปัญหาการฆ่าตัวตายของเด็กและวัยรุ่นมีผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิดของพ่อแม่ ผู้ปกครอง เพื่อนฝูงและผู้ใกล้ชิดซึ่งนับเป็นการสูญเสียทรัพยากรบุคคลก่อนวัยอันสมควร หลายการ

ศึกษาพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายในวัยนี้ ส่วนใหญ่จะขอความช่วยเหลือหรือส่งสัญญาณเตือนบางประการก่อนลงมือกระทำ ฉะนั้นการสังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงในเด็กและวัยรุ่นจึงมีความสำคัญ อีกประการหนึ่งการให้การช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายที่ห้องฉุกเฉินมีความสำคัญอย่างมาก มีรายงานว่าร้อยละ 32.6 ของวัยรุ่นเหล่านี้ต้องกลับมาที่ห้องฉุกเฉินอีกในช่วง 6 เดือนถัดมาโดยเป็นการพยายามฆ่าตัวตายอีกครั้งถึงร้อยละ 24.1 นอกจากนี้โอกาสที่วัยรุ่นเหล่านี้จะกลับมารับการช่วยเหลือในคลินิกปกติตามนัดนั้นเป็นไปได้ยาก สิ่งที่ควรปฏิบัติในห้องฉุกเฉิน ควรดำเนินการดังต่อไปนี้[8,13,20]

1. การประเมิน ซักถามเพื่อประเมินข้อมูลสำคัญในการวางแผนการรักษาตามหัวข้อ MALPRACTICE ซึ่งอาจต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลถ้ามีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย

หัวข้อ	ข้อมูลสำคัญ
M Mental Health	การเจ็บป่วยการรักษาทางจิตเวชที่ผ่านมาของวัยรุ่นและครอบครัว
A Attempts	เคยคิดหรือพยายามกระทำมานานเพียงใด
L Lethality	ความตั้งใจทำ ความรุนแรงของวิธีการ หรือแผนจะทำซ้ำ
P Plans	เป้าหมายอื่นในชีวิตเช่นเรียนหรืองาน
R Risk-taking behaviors	มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบาดเจ็บเช่นใช้ปืน ขับรถเร็ว หรือไม่
A Alcohol and drugs	มีการใช้สารขณะพยายามกระทำหรือเป็นนิสัยหรือไม่
C Conflict	ปัญหาขัดแย้งระหว่างเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัว
T Trauma	เคยถูกทารุณกรรม หรือเพิ่งสูญเสียคนรักหรือไม่
I Impulsivity	ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเอง
C Community resources	การมีที่พึ่งอื่นในสังคมไม่ว่าครอบครัว เพื่อน ครู โรงเรียน
E Exposure	มีคนรู้จักกระทำการฆ่าตัวตายหรือรับรู้ข่าวการฆ่าตัวตายของคนอื่นๆในช่วงนั้น

2. สนับสนุน ให้กำลังใจ สร้างความหวัง ช่วยให้เห็นว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ หากผู้ป่วยมีจิตใจที่มั่นคงเข้มแข็งจะช่วยให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติเหล่านั้นได้

3. ส่งเสริมให้ญาติและผู้ใกล้ชิดมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย

4. เก็บสิ่งต่างๆที่อาจนำมาใช้ฆ่าตัวตายเช่น สารเคมี ยาต่างๆเชือก มีด ของมีคมหรืออาวุธอื่นๆ

5. ลดโอกาสในการทำร้ายตัวเองอย่างหุนหันพลันแล่น พบว่าบุคคลที่ควบคุมตัวเองไม่ดี วู่วาม เมื่อทนต่อความขัดแย้งไม่ได้จะเสี่ยงต่อการเลือกวิธีการฆ่าตัวตายที่ใกล้มือ การครอบครองยาหรือสารพิษในบ้านจึงเพิ่มความเสี่ยงในคนที่มีบุคลิกหุนหันพลันแล่น

6. ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นจากข้อมูลทั้งหมด ในกรณีที่มีโรคทางจิตเวช ควรให้การรักษาโรคนั้นไปได้เลย

7. การนัดดูแลรักษาต่อ ควรนัดไม่เกิน 1 สัปดาห์ และไม่จ่ายยาปริมาณมากเมื่อจำหน่าย

ในแง่ของการป้องกันควรส่งเสริมสุขภาพจิตให้ประชาชนตระหนักว่าการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาใกล้ตัวและทำการค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนหรือในโรงเรียนเพื่อป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ถือเป็นการป้องกันเชิงรุกในการลดอัตราการฆ่าตัวตาย[4]

สรุป

อัตราการฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่นเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างรวดเร็วในหลายประเทศทั่วโลก วิธีลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่ดีที่สุด คือ การป้องกัน หลักการป้องกันที่สำคัญและมีประสิทธิภาพ คือ การลดปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย ในเด็กและวัยรุ่นพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีน้ำหนักในการเพิ่มอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การเจ็บป่วยทางจิตเวชโดยเฉพาะโรคทางอารมณ์และการติดสารเสพติด ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว และประวัติปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวระหว่างเด็กและวัยรุ่นกับผู้ปกครอง บิดา มารดา การป้องกันจะไม่ประสบความสำเร็จถ้าผู้รักษาไม่ได้ให้ความสำคัญในการลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ ในการป้องกันระดับปฐมภูมิจึงควรมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ เพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายลงมากกว่าที่จะให้การช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายมาแล้วแต่เพียงอย่างเดียว

เอกสารอ้างอิง

1. Koplin B, Agathen J. Suicidality in children and adolescents: a review. Curr Opin Pediatr 2002; 14: 713-7.
2. สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, ศรีเกษ ธัญญาวินิชกุล. การฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่: ลักษณะเฉพาะของกลุ่มเป้าหมายและเปรียบเทียบอัตรากับจังหวัดต่างๆ ในประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545; 10: 142-50.
3. ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545; 10: 143-50.
4. Ekasawin S. The implementation of "the prevention and care in the attempted suicide patients" วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2544; 9: 148-54.
5. ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์, อัปษรศรี ธนไพศาล, สุพรรณ เกกิน. รายงานผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย 485 คน ของโรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541; 43: 2-12.
6. เสาวนีย์ พัฒนอมร, อัมพร เบญจพลพิทักษ์. ความเข้าใจของนักจัดรายการวิทยุเกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2543; 8: 162-8.
7. Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide. Pediatr Drugs 2003; 5: 243-65.
8. ปราโมทย์ สุคนิชย์. ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชเด็ก. ใน: วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น, กรุงเทพ ฯ: บริษัทบียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2545. หน้า 319-22.
9. Gould MS, Greenberg T, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003; 42: 386-405.
10. Sadock BJ, Sadock VA. Suicide. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan & Sadocks' synopsis of psychiatry: behavioral sciences , clinical psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Wiilliams and Wilkins; 2002. p. 913-20.
11. Daniel S, Pierre O, Paul L, Julien M. Molecular genetics in the analysis of suicide. Ann Med 2003; 35: 191-6.
12. แสงอุษา สุทธิธนกุล, มาโนช หล่อตระกูล. พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพ ฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2546. หน้า 2-11.
13. ยิ่งรัตน์ ตันติรังสี. การให้การปรึกษาแนะนำในผู้ป่วยฆ่าตัวตายและพฤติกรรมรุนแรง. ใน: นิจวรรณ อึ้งรังษีโสภณ, บรรณาธิการ. วิกฤตชนะได้ด้วยการให้การปรึกษา. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด; 2544. หน้า 86-98.
14. ยิ่งรัตน์ ตันติรังสี, พนททวน ชูแสงทอง, นิจวรรณ เกิดเจริญ. ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่มารับการรักษาในวชิรพยาบาล. เวชสารคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย-ศรีนครินทรวิโรฒ 2542; 6: 70-5.
15. มาโนช หล่อตระกูล. แนวโน้มการฆ่าตัวตายในสังคมไทย: แง่มุมทางเพศและช่วงวัย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541; 43: 56-82.
16. อุมาพร ตรังคสมบัติ, ดุสิต ลิกขณพิชิตกุล. ภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมต้นในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41: 162-73.
17. อุมาพร ตรังคสมบัติ, อรวรรณ หนูแก้ว. จิตพยาธิสภาพของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541; 43: 23-37.
18. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. BMJ 2002; 325: 74-8.
19. Brent DA, Oquends M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, et al. Familial pathways to early onset suicide attempt. Arch Gen Psychiatry 2002; 59: 801-7.
20. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ ฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2544. หน้า 1-9.
21. Goren S, Gurkan F, Tirasci Y. Suicide in children and adolescents at a province in Turkey. Am J Forensic Med Pathol 2003; 24: 214-7.
22. Gairin I, House A, Owens D. Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: retrospective study. Br J Psychiatry 2003; 183: 28-33.

23. วิรุจน์ คุณกิตติ, ชิติชัย เวียงสิมมา, เลียงชัย จัตุรัส. ฆ่าตัวตาย: ปัญหาจากสภาพจิต. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2000; 8: 169-78.
24. Johnson JG, Cohen P, Gould MS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. Arch Gen Psychiatry 2002; 59: 741-9.