10.14456/dmhjournal.2008.7

รายงานเบื้องต้น สัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะทางสุขภาพของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

*เขมิกาญจน์ ไพฑูรย์, พย.ม.**
*ถนอมศรี อินทนนท์, กศ.ม.***
*วันดี สุทธรังษี, ปร.ด.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัว และภาวะทางสุขภาพของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วัสดุและวิธีการ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนตุลาคม 2547 - เดือนมีนาคม 2548 ตอบแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว และภาวะสุขภาพของผู้พยายามฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผล ผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 98 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง อายุเฉลี่ย 25 ปี มีค่าเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับมาก ด้านการขาดความยืดหยุ่นในครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง และด้านความบกพร่องในการปฏิบัติตามบทบาท อยู่ในระดับเล็กน้อย ค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า สุขภาพจิตวิญญาณ สุขภาพจิต และสุขภาพสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนสุขภาพร่างกาย อยู่ในระดับเล็กน้อย

สรุป ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับมาก จึงควรฝึกทักษะการสื่อสารให้แก่ประชาชนในบริบทต่างๆ เช่น การสื่อสารระหว่างบิดามารดาและบุตร ระหว่างพี่น้อง ระหว่างคู่สมรส เป็นต้น และควรพัฒนาทักษะการสื่อสารภายในครอบครัวผู้พยายามฆ่าตัวตายให้มีประสิทธิภาพ เพื่อเยียวยาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้พยายามฆ่าตัวตาย

คำสำคัญ : พยายามฆ่าตัวตาย ภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว

* โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Preliminary report
Family relationships and health status of attempted suicide clients in Suratthani Hospital

*Khamikan Paitoon, M.Ns.**
*Tanomsri Intanon, M.Ed.***
*Wandee Suttharangsee, Ph.D.***

Abstract

Objective The objective of this descriptive research was to study family relationships and health status of attempted suicide clients.

Materials and methods Subjects were specific selected from attempted suicide clients who came to receiving treatment at Suratthani Hospital from October 2004 to March 2005. A family relationship and a health status questionnaire were used in this study. Data were analyzed using descriptive statistics: frequency, percentages, mean, and standard deviaiton.

Results There were 98 attempted suicide clients were female and had average age twenty five years. They had family relationship at a moderate level. For each part, ineffective communication had the highest mean score followed by inflexible family structure and role performance deficit. The men score of health status were at a moderate level. Spiritual health had the highest mean score, followed by emotional health and social health, whereas physical health had the lowest mean score.

Conclusion Attempted suicide clients had ineffective communication among family at the high level, therefore, it is recommended for the training communication skills for people in various settings such as communication skill among parents and children, among siblings, and among spouses. And training communication skills in family for therapy and rehabilitation attempted suicide clients.

Key words : attempted suicide, family relationships, health status

* Surattani Hospital
** Faculty of Nursing Songkla University

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตาย 10 อันดับแรกในทุกกลุ่มอายุเกือบทุกประเทศในโลก[1] คนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเฉลี่ยปีละ 4,100-5,000 คน หรือประมาณวันละ 16-20 ราย[2] สถิติการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2546-2548 มีจำนวนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายคิดเป็น 40.19, 41.1 และ 41.2 ต่อแสนประชากรตามลำดับ[3] การพยายามฆ่าตัวตายเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตที่มีผลกระทบให้ร่างกายและจิตใจเสียสมดุล เพราะผู้พยายามฆ่าตัวตายมักจะได้รับผลที่เกิดจากการกระทำ คือ เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ[4]

จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย มีปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัว[5] นอกจากนี้ยังพบว่าการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพ เป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการพยายามฆ่าตัวตาย โดยผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังจะมีความเสี่ยงสูงต่อการพยายามฆ่าตัว และจากการศึกษาจิตพยาธิสภาพของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายพบว่า ร้อยละ 97.2 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช คือ ซึมเศร้า และวิตกกังวล[6] จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีระหว่างเดือนตุลาคม 2546 - เดือนมกราคม 2547 พบว่า สาเหตุสำคัญของการพยายามฆ่าตัวตายคือ ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว และปัญหาการเจ็บป่วย[7] ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัญหาดังกล่าว เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายต่อไป

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือผู้พยายามฆ่าตัวตายผ่านมาแล้ว 1-6 เดือนที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ช่วงเวลาระหว่างเดือนตุลาคม 2547 - มีนาคม 2548 จำนวน 98 คน เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและตอบแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมของกฤษณา ศักดิ์ศรี[8] ศิริกุล อิศรานุรักษ์[9] อุมาพร ตรังคสมบัติ[10] สำนักงานตำรวจชาร์ลอต-แมคคลินเบอร์ก[11] (Charlotte-Mecklenburg Police) ฮิลล์ และสมิท[12] (Hill & Smith) ประกอบด้วย การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ความบกพร่องในการปฏิบัติตามบทบาท และการขาดความยืดหยุ่นในครอบครัว เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ มากที่สุด ค่อนข้างมาก เล็กน้อย ประกอบด้วยคำถามปลายปิด 25 ข้อ เป็นคำถามด้านลบ 20 ข้อ และด้านบวก 5 ข้อ และแบบสอบถามภาวะทางสุขภาพของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก[13] วิพุธ พูลเจริญ[14] และประเวศ วะสี[15] แบ่งเป็นสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณ เป็นข้อคำถามแบบมาตรา

ส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ มากที่สุด ค่อนข้างมาก เล็กน้อย ประกอบด้วยคำถามปลายปิด 27 ข้อ เป็นคำถามด้านลบ 22 ข้อ และด้านบวก 5 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวเท่ากับ 0.91 และแบบสอบถามภาวะสุขภาพเท่ากับ 0.83 ใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การแปลผลคะแนนระดับสัมพันธภาพในครอบครัว และระดับภาวะทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาจากช่วงคะแนนระหว่างค่าต่ำสุดและสูงสุด แล้วหารด้วยจำนวนระดับ[16] ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-2.00 คะแนนหมายถึง ปัญหาอยู่ในระดับเล็กน้อย คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.01-3.00 หมายถึง ปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.01-4.00 หมายถึง ปัญหาอยู่ในระดับมาก

ผล

ลักษณะของผู้พยายามฆ่าตัวตาย เป็นหญิงร้อยละ 78.6 มีอายุระหว่าง 12-63 ปี อายุเฉลี่ย 25 ปี (SD = 10.35) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.0 มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 56.1 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.9 อยู่ในครอบครัวขนาดเล็กที่มีสมาชิกจำนวน 2-4 คน ร้อยละ 69.5 มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 7,464 บาท (SD = 5,392.06) วิธีการฆ่าตัวตายที่ใช้มากที่สุด คือ กินยาเกินขนาด (ร้อยละ 73.5)

สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้พยายามฆ่าตัวตายมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.41, SD = 0.30) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.03, SD = 0.33) ด้านการขาดความยืดหยุ่นในครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.21, SD = 0.39) และด้านความบกพร่องในการปฏิบัติตามบทบาท อยู่ในระดับเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ย = 1.98, SD = 0.45) ส่วนภาวะทางสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.38, SD = 0.24) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตวิญญาณ (ค่าเฉลี่ย= 2.98, SD = 0.34) สุขภาพจิต (ค่าเฉลี่ย = 2.79, SD = 0.33) และสุขภาพสังคม (ค่าเฉลี่ย = 2.51, SD = 0.37) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนสุขภาพกายอยู่ในระดับเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ย = 1.23, SD = 0.45)

ตาราง ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของสัมพันธภาพในครอบครัวและระดับภาวะสุขภาพ

สัมพันธภาพในครอบครัว และภาวะสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับคะแนน
1. การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ	3.03	0.33	มาก
2. การขาดความยืดหยุ่นในครอบครัว	2.21	0.39	ปานกลาง
3. ความบกพร่องในการปฏิบัติตามบทบาท	1.98	0.45	เล็กน้อย
รวม	2.41	0.30	ปานกลาง
1. สุขภาพจิตวิญญาณ	2.98	0.34	ปานกลาง
2. สุขภาพจิต	2.79	0.33	ปานกลาง
3. สุขภาพสังคม	2.51	0.37	ปานกลาง
4. สุขภาพกาย	1.23	0.45	เล็กน้อย
รวม	2.38	0.24	ปานกลาง

วิจารณ์

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีอายุระหว่าง 12-63 ปี อายุเฉลี่ย 25 ปี (SD = 10.35) ส่วนใหญ่อยู่ในวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอย่างรวดเร็ว และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยทำงานต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติต่างๆ จากภาระงาน ภาวะเศรษฐกิจ[1] และเป็นช่วงที่แบบแผนชีวิตยังไม่มีความลงตัว ยังคงค้นหาแนวทางของชีวิตที่เหมาะสมกับตัวเอง[17] ผู้พยายามฆ่าตัวตาย อยู่ในครอบครัวขนาดเล็กที่มีสมาชิกจำนวน 2-4 คน ร้อยละ 69.5 ซึ่งมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว การมีสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวจึงจำกัดกับคนจำนวนน้อยจึงมีผลต่อการมีสัมพันธภาพในครอบครัว

โดยพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพทำให้ห่างเหินจากญาติพี่น้อง ความสัมพันธ์และความช่วยเหลือระหว่างสมาชิกลดน้อยกว่าครอบครัวขยาย อาจทำให้เกิดความว้าเหว่ และขาดความอบอุ่นได้[18]

นอกจากนี้แสดงให้เห็นว่าครอบครัวอาจจะขาดทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมาก่อน เนื่องจากเป็นการศึกษาภายหลังกระทำการพยายามฆ่าตัวตายที่เพิ่งผ่านพ้นไปประมาณ 1-6 เดือน จึงเป็นระยะเวลาของการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวในทุกๆ ด้านรวมทั้งการสื่อสาร เพราะโดยทั่วไปแล้วบุคคลต้องใช้เวลาในการปรับตัวหลังเกิดภาวะวิกฤติประมาณ 6-12 เดือน[19] ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงยังคงรับรู้

ว่าปัญหาด้านการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพในครอบครัวของตนเองนั้นอยู่ในระดับมาก

จึงสอดคล้องกับการศึกษาของประเวช ตันติพิวัฒนสกุล[20] ที่พบว่าความสัมพันธ์ความคิดฆ่าตัวตายของนักเรียนชั้นมัธยมภาคเหนือกับบรรยากาศในครอบครัวที่มีการทะเลาะกันบ่อย นีรา พรเดชวงศ์[5] ที่พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาในช่วงวัยเด็กไม่ดี ความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่ในลักษณะของการแตกแยก และมีความขัดแย้งต่อกัน และขนิษฐา และคณะ[21] ที่พบว่า โครงสร้างของครอบครัวผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีการอบรมเลี้ยงดูไม่คงเส้นคงวา บางครั้งเข้มงวด บางครั้งปล่อยปละละเลย มีการลงโทษรุนแรง ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความขัดแย้งระหว่างพ่อ แม่ ลูก และระหว่างพี่น้อง ขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และขาดการประคับประคองทางอารมณ์ต่อกัน ครอบครัวไม่มีความยืดหยุ่นไปตามวงจรชีวิตของครอบครัว ผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังสมาชิกครอบครัวพยายามฆ่าตัวตาย จะส่งผลต่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า ผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน

ส่วนภาวะทางสุขภาพของผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีปัญหาในระดับปานกลาง สุขภาพกายมีปัญหาอยู่ในระดับเล็กน้อย เนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่พัฒนาการด้านร่างกายมีความสมบูรณ์เต็มที่ อวัยวะทุกส่วนสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด[17] อย่างไรก็ตามเมื่อบุคคลพยายามฆ่าตัวตายย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ สุขภาพกายอาจเกิดการบาดเจ็บ หรือความพิการ ซึ่งความรุนแรงขึ้นกับวิธีการที่ใช้ในการทำร้ายตนเอง เช่น ความพิการของอวัยวะจากการกระโดดตึก การทำหน้าที่ของตับบกพร่องจากการรับประทานยาเกินขนาด หลอดอาหารตีบจากการดื่มน้ำยาล้างห้องน้ำ สมองเสื่อมจากการขาดออกซิเจนภายหลังการผูกคอตาย[4]

ภาวะสุขภาพจิต และสุขภาพสังคมมีปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ จรรยา ธัญญาดี[22] ที่พบว่า หลังจากที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลจนสุขภาพกายปลอดภัย และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ปรับตัวทางด้านจิตใจได้ไม่ดี มีความซึมเศร้าเหลืออยู่ การปรับตัวทางสังคมในการทำกิจกรรมเวลาว่างทั้งในและนอกบ้านต่ำ การปรับตัวทางด้านสังคม และการทำกิจกรรมตามความคาดหวังของสังคมอยู่ในระดับต่ำ

ภาวะสุขภาพจิตวิญญาณ มีปัญหาอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องครอบครัวกับการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดจันทบุรีพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะถูกสมาชิกทอดทิ้ง ไม่สนใจดูแล และถูกซ้ำเติมให้รู้สึกผิด ทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายเกิดความรู้สึกไร้ค่า ท้อแท้สิ้นหวัง และฆ่าตัวตายซ้ำอีก[23]

สรุป

สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้พยายามฆ่าตัวตายมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับมาก ด้านการขาดความยืดหยุ่นในครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง และด้านความบกพร่องในการปฏิบัติตามบทบาท อยู่ในระดับเล็กน้อย ส่วนภาวะทางสุขภาพ มีปัญหาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาสุขภาพจิตวิญญาณ สุขภาพจิต และสุขภาพสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัญหาสุขภาพกาย อยู่ในระดับเล็กน้อย

จากการที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับมาก จึงควรฝึกทักษะการสื่อสารให้แก่ประชาชนในบริบทต่างๆ เช่น ทักษะการสื่อสารระหว่างบิดามารดาและบุตร ทักษะการสื่อสารระหว่างพี่น้อง ทักษะการสื่อสารในคู่สมรส เป็นต้น และควรพัฒนาเครือข่ายในชุมชน โดยการให้ความรู้และแนวทางการพัฒนาทักษะการสื่อสารภายในครอบครัวให้สามารถอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข นอกจากนี้ครอบครัวของผู้พยายามฆ่าตัวตายควรได้รับการพัฒนาทักษะการสื่อสารภายในครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ เพื่อเยียวยา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้พยายามฆ่าตัวตาย

สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาทักษะการสื่อสารภายในครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และรูปแบบการพัฒนาความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณของผู้ที่พยายามฆ่าด้วย อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัด เพราะเป็นการศึกษาย้อนหลัง ซึ่งการรับรู้ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายย่อมเปลี่ยนไปจากเดิม เนื่องจากบริบทภายในครอบครัวและภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์หญิง กมลรัตน์ วัชราภรณ์ คุณมัฐวรรณ ลี้ยุทธานนท์ และคุณรัชจนา สิงห์ทอง ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย และให้คำแนะนำในการปรับปรุงข้อคำถามให้ชัดเจนขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. ฆ่าตัวตาย: การสอบสวนการหาสาเหตุและการป้องกัน. กรุงเทพมหานคร: พลัสเพลส; 2541.
2. อภิชัย มงคล, สุพิน พิมพ์เสน, อรพิน ยอดกลาง. คู่มือการป้องกันช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. ขอนแก่น: พระธรรมขันต์; 2548.
3. กรมสุขภาพจิต. รายงานผลการดำเนินโครงการเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2548.
4. วิไล เสรีสิทธิพิทักษ์, ดวงตา ไกรภัสสร์พงษ์. การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย. วารสารโรงพยาบาลนิติจิตเวช 2537; 3: 51-9.

5. นีรา พรเดชวงศ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2538.
6. อุมาพร ตรังคสมบัติ, อรวรรณ หนูแก้ว. จิตพยาธิสภาพวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541; 43: 22-38.
7. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามทำร้ายตนเอง. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี; 2547.
8. กฤษณา ศักดิ์ศรี. มนุษยสัมพันธ์. กรุงเทพมหานคร: อักษรพิทยา; 2545.
9. ศิริกุล อิศรานุรักษ์. หลักการวางแผนงานอนามัยครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์; 2542.
10. อุมาพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ซันต้าการพิมพ์; 2544.
11. Charlotte-Mecklenburg Police. Unhealthy relationship's characteristics. Available from: http://www.charmeck.org/Departments/Police/About+Us/Special+Units/Dom-Unhealthy Relationship's Characteristics. [2004 August 14].
12. Hill L, Smith N. Self - care nursing promotion of health. 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1990.
13. WHO. Preventing suicide a resource for general physicians. [online]. Available from : http://www.WHO/MNH/MBD/00.1 [2003 April 11].
14. วิพุธ พูลเจริญ. สุขภาพ อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี; 2544.
15. ประเวศ วะสี. บนเส้นทางใหม่ การส่งเสริมสุขภาพอภิวัฒน์ชีวิตและสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน; 2541.
16. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
17. ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต. จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2541.
18. สุพัตรา สุภาพ. สังคมและวัฒนธรรมไทย ค่านิยมครอบครัว ศาสนา ประเพณี. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2542.
19. สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์ 3; 2545.
20. ประเวช ตันติพิวัฒนกุล. ความคิดฆ่าตัวตายของนักเรียนชั้นมัธยมภาคเหนือ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2543; 8: 7-25.
21. ขนิษฐา บำเพ็ญผล, บุญนำ เล้าโสภาภิรมย์, เอมอร วัฒนสิทธิ์, ศิริพรรณ วิญญูหัตถสิทธิ์. ครอบครัวกับการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดนครปฐม. วารสารจิตวิทยาคลินิค 2543; 30: 36-41.
22. จรรยา ธัญญาดี. การปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยพยายามอัตวินิบาตกรรมภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรามาธิบดี [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2537.
23. นิตยา เฉลิมกุล, ชะลอ ชูพงค์, มณทิพย์ บริสุทธิ์. ครอบครัวกับการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดจันทบุรี: การศึกษาเชิงคุณภาพ. จันทบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี; 2542.