คู่มือ
การป้องกันและช่วยเหลือ ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

จัดทำโดย

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข

ISBN 974-293-864-4

16 ต.ค. 2543

คู่มือ

การป้องกันและช่วยเหลือ ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

จัดทำโดย

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข

ISBN 974-293-864-4

16 ตุลาคม 2543

คำนำ

การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นการกระทำของบุคคลที่มุ่งหวังให้ตนเองจบชีวิตลง หรือหลุดพ้นจากความบีบคั้น ความคับข้องใจในชีวิต การกระทำดังกล่าวเป็นสาเหตุการตายที่ไม่พึงปรารถนา และจัดได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่รุนแรงที่สุด

ผลของการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายไม่เพียงแต่ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตของตนเอง หรือการบาดเจ็บ พิการ จากการทำร้ายตนเองเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อปัจจัยอื่น ๆ ทั้งด้านภาวะจิตใจของบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของประเทศชาติ ซึ่งเป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ไปโดยเปล่าประโยชน์ทั้งที่บุคคลนั้นยังมีโอกาสทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติได้อีกมาก

จากการสำรวจเพื่อประเมินภาวะการฆ่าตัวตายของประชาชน ในเขตกรุงเทพฯ และภูมิภาค พบว่ามีอัตราความชุกของประชาชนที่มีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 3.1 และร้อยละ 7.06 ตามลำดับ(กรมสุขภาพจิต 2542) และปัญหาด้านสุขภาพจิตของมนุษย์นับวันจะมีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกกล่าวว่า ภายในปี 2020 ปัญหาสุขภาพจิตของมนุษย์จะกลายเป็นปัญหาสำคัญ 1 ใน 3 อันดับแรก

กรมสุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ได้ตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหาดังกล่าว จึงจัดให้มีการดำเนินงานในโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเน้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ สถาบันการศึกษา ผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไป เพื่อให้มีความพร้อมในการป้องกันและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเป็นการส่งเสริมการใช้ศักยภาพของชุมชนให้เกิดประโยชน์ เพื่อลดปัญหาการฆ่าตัวตายของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

นายแพทย์อภิชัย มงคล

16 ตุลาคม 2543

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
ความหมายของการฆ่าตัวตาย	1
คำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย	1
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	1
กลไกของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย	2
สาเหตุของการฆ่าตัวตาย	3
การประเมินผู้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย	5
ความเชื่อความเป็นจริงเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	7
หลักการป้องกันและช่วยเหลือ	8
รูปแบบการช่วยเหลือ	10
ปฏิกิริยาของครอบครัวผู้สูญเสีย	11
การให้การช่วยเหลือครอบครัว	13
หน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจและสังคม	23
บรรณานุกรม	26
คณะผู้จัดทำ	27

การช่วยเหลือผู้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย สำหรับบุคลากรในสถานบริการสาธารณสุข

ความหมายของการฆ่าตัวตาย (Suicide) ความหมาย เป็นการกระทำที่เป็นการทำลายชีวิตของตนเองโดยเจตนา ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น กินยา ใช้อาวุธ ใช้ผ้าหรือเชือก แบ่งออกเป็น

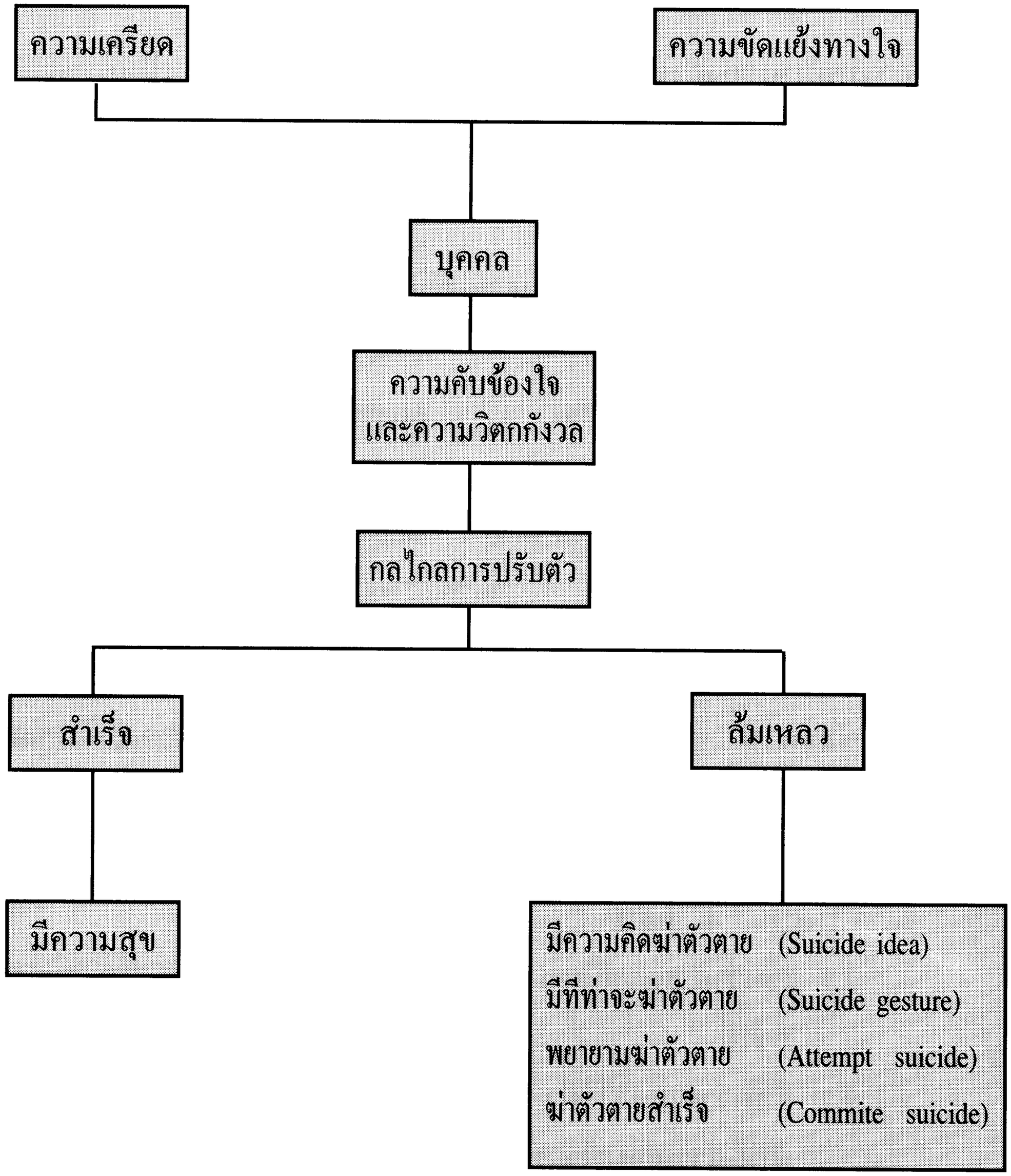
คำศัพท์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

ความคิดอยากตาย	Ideal Suicide
การพยายามฆ่าตัวตาย	Attempt suicide
การฆ่าตัวตายสำเร็จ	Committed suicide
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	Suicidal risk

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

1. **ซัลลิแวน** (Sullivan) กล่าวว่า คนฆ่าตัวตายเกิดจากเขาไม่สามารถขจัดความคับข้องใจซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้
2. **ชไนด์แมนและคณะ** (Schneidman, et al) เชื่อว่าผู้ที่คิดฆ่าตัวตายแบ่งเป็น 4 กลุ่ม
   2.1 เชื่อว่าการตายเป็นการเปลี่ยนชีวิตใหม่ ชาติหน้าจะมีความสุขมากกว่านี้
   2.2 รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่เห็นคุณค่าของชีวิตที่จะอยู่ต่อไป หรือผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางกายรุนแรง การตายจึงเป็นการหลีกหนีความเจ็บปวด
   2.3 มีอาการโรคจิต ฆ่าตัวตายเพราะมีประสาทหลอนหรือหลงผิด
   2.4 ฆ่าตัวตายด้วยความโกรธแค้น พยาบาท ต้องการให้ผู้อื่นสำนึกผิด

กลไกของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย



สาเหตุของการฆ่าตัวตาย

1. **ฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง** ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า รู้สึกผิดมาก บาป ฆ่าตัวตายเพื่อลงโทษตัวเอง
2. **ฆ่าตัวตายเนื่องจากมีอาการทางจิต** เช่นมีอาการประสาทหลอน หลงผิด เพ้อคลั่ง ผู้ป่วยอาจฆ่าตัวตายเพื่อหนีภาวะหลอนที่เป็นอันตรายต่อตนเอง หรือทำตามที่ประสาทหลอนสั่งให้ทำ
3. **ฆ่าตัวตายเนื่องจากสภาพแวดล้อม** ความเจริญทางด้านวัตถุยิ่งมาก สุขภาพจิตของคนกลับเสื่อมลง ความเหงาก็เป็นสาเหตุหนึ่งของการฆ่าตัวตาย ในประเทศสหรัฐอเมริกาคนที่พยายามฆ่าตัวตายรายหนึ่งสารภาพว่าเขากระทำการฆ่าตัวตายเพราะความเหงา
4. **ฆ่าตัวตายเนื่องจากการเลียนแบบ** ข่าวสารจากสื่อมวลชนที่ลงข่าวการฆ่าตัวตาย มีส่วนชักจูงให้ผู้ป่วยเลียนแบบการฆ่าตัวตายได้
5. **ฆ่าตัวตายเพื่อประท้วงหรือเรียกร้องความสนใจ** เช่นขัดแย้งกับพ่อแม่ ผิดหวังเรื่องความรักหรือถูกขัดใจ ไม่ได้ดังใจก็ฆ่าตัวตาย

ผู้คิดฆ่าตัวตาย มองการฆ่าตัวตายว่าเป็นทางออกเพียงทางเดียวของปัญหาที่เขาเผชิญอยู่ คนเหล่านี้มักกำลังเผชิญกับความเจ็บปวดทางจิตใจที่ทำให้รู้สึกทนไม่ได้ รู้สึกถูกบีบคั้นทำให้มองไม่เห็นทางออก จึงตัดสินใจฆ่าตัวตายเพื่อหยุดการรับรู้และคิดว่าการตายเป็นการหยุดความทุกข์และความเจ็บปวดทั้งหมด

ลักษณะผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1. **ผู้ที่เจตนาฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ** (attempted suicide) พบได้ในทุกแผนก เช่น ดื่มยาฆ่าแมลง ผูกคอ เชือดข้อมือ กระโดดตึก เป็นต้น
2. **มีความตั้งใจฆ่าตัวตายชัดเจน** โดยพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ ต่อไปนี้
   - ทำในสถานที่หรือเวลาที่ยากแก่การพบเห็นหรือช่วยเหลือ
   - เตรียมการเรื่องทรัพย์สินจดหมายลาตาย
   - เตรียมการเรื่องการฆ่าตัวตาย เช่น หาซื้อยามาสะสมไว้ใช้
   - วิธีการที่รุนแรง
3. **เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน** พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนและการกระทำครั้งที่ 2 มักเกิดภายในเวลา 90 วัน หลังจากครั้งแรก ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนมีโอกาสจะทำได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่ยังไม่เคยทำมาเลย
4. **โรคทางกาย** พบว่าโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งใน 3 โรคต่อไปนี้มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้คิดฆ่าตัวตาย
   - โรคที่รักษาไม่หาย โดยเฉพาะโรคเอดส์
   - โรคทางกายระยะสุดท้าย
   - โรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทรมาน
5. **โรคทางจิตเวช** พบว่าโรคทางจิตเวชโรคใดโรคหนึ่งใน 4 โรคต่อไปนี้มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้คิดฆ่าตัวตาย

- **โรคซึมเศร้า** (major depressive disorder) อาจมีความกดดันหรือไม่ก็ได้ ผู้ป่วยมีอารมณ์ซึมเศร้าหรือเบื่อหน่าย ที่มักเป็นตลอดวันนานกว่า 2 สัปดาห์ ร่วมกับมีอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร สมาธิบกพร่อง หรือรู้สึกตนเองไร้ค่า เป็นต้น พบว่าผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายกว่าครึ่งมีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย
- **โรคจิต** (Psychosis) อาจมีความหวาดระแวง หลงผิดคิดว่ามีคนปองร้าย ประสาทหลอน ที่สำคัญคือ หูแว่วมีเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง
- **ผู้ติดสุรา** (alcoholism) มักจะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว ประกอบกับฤทธิ์ของสุราที่มีผลต่อสมองเมื่อเผชิญปัญหาชีวิต เกิดความเครียดอาจทำให้มีอารมณ์เศร้าหรือหงุดหงิดได้ง่ายและอาจรุนแรงจนเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้
- **บุคลิกภาพผิดปกติ** (personality disorder) มักเป็นกลุ่มที่มีอารมณ์อ่อนไหว ไม่มั่นคง หุนหันพลันแล่น หรือสนใจแต่ตนเองเรียกร้องต้องการความสนใจจากผู้อื่นทำให้มีการกระทำโดยขาดความยั้งคิดได้

การประเมินผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

การประเมินพฤติกรรมของผู้ที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย จำเป็นต้องอาศัยความพยายามในการสังเกตพฤติกรรม จากสถิติที่มีผู้ศึกษาไว้ปรากฏว่า ร้อยละ 70 ของผู้ที่คิดฆ่าตัวตาย ได้แสดงหรือพูดถึงการทำลายตนเอง บางคนเขียนจดหมายลาตาย สะสมยา หรือสะสมอาวุธ

การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ปัจจัยที่ใช้พิจารณา	เสี่ยงน้อย	เสี่ยงมาก
1. แผนการฆ่าตัวตาย	คิดว่าอยากจะตายแต่ยังไม่มีแผนชัดเจน	มีการวางแผน เตรียมอุปกรณ์ เช่นเชือก ปืน กำหนดเวลาแน่นอน
2. ประวัติความพยายามฆ่าตัวตาย	ไม่เคย หรือเคย แต่ใช้วิธีไม่อันตราย	เคยพยายามฆ่าตัวตาย หรือใช้วิธีการที่เป็นอันตราย รุนแรง
3. การดำเนินชีวิต	ความคิดเศร้าใจ ท้อแท้ แต่ยังพอมีหวัง มีความสุข มองเห็นทางออกได้	รู้สึกสิ้นหวัง ไร้ค่า ซึมเศร้ารุนแรง หรือเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นโรคร้ายแรง
4. การวินิจฉัยทางจิตเวช	ไม่พบอาการเจ็บป่วยทางจิตเวชที่รุนแรง	เจ็บป่วยทางจิตเวชโดยเฉพาะ โรคซึมเศร้า โรคจิต ติดเหล้า ใช้สารเสพติด
5. แหล่งให้ความช่วยเหลือ	มีผู้สนใจและพร้อมให้ความช่วยเหลือ	ไม่มีญาติ / หรือมีแต่มีความสัมพันธ์ไม่ดี และไม่พร้อมให้ความช่วยเหลือ

ความเชื่อ / ความเป็นจริงเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

ความเชื่อ	ความจริง
1. ผู้ที่พูดถึงการฆ่าตัวตาย มักจะไม่ตายจริง	1. ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมักจะเคยแสดงท่าที หรือบอกเป็นนัยก่อนที่จะฆ่าตัวตาย เราจึงต้องให้ความสนใจอย่างจริงจังกับผู้ที่พูดถึงการฆ่าตัวตาย
2. การฆ่าตัวตายถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้	2. พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ไม่มีการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ แต่โรคซึมเศร้าซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย มีการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้
3. การถามว่ามีความคิดฆ่าตัวตายหรือไม่ อาจเป็นการชี้โพรงให้กระรอก	3. การถามเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย จะช่วยลดความกดดัน ความกังวลใจ ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายมีอยู่ และมีหลายรายที่รู้สึกโล่งใจเมื่อได้พูดถึงความคิดฆ่าตัวตาย และคลายความเครียดลง จนไม่คิดฆ่าตัวตาย
4. ถ้าผู้ป่วยเคยพยายามฆ่าตัวตายแล้วไม่สำเร็จเขาจะไม่ฆ่าตัวตายอีก	4. ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จในโอกาสต่อมาอาจจะพยายามทำจนสำเร็จ
5. วัยรุ่นมักไม่มีปัญหาอะไรจนถึงกับคิดฆ่าตัวตาย	5. ปัญหาที่วัยรุ่นเผชิญ อาจมากหรือรุนแรงได้ไม่แตกต่างจากผู้ใหญ่

ความต้องการด้านจิตใจของผู้คิดฆ่าตัวตาย

- ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายต้องการความเห็นอกเห็นใจ และต้องการผู้เข้าใจปัญหาและความรู้สึกของเขาแต่ไม่ต้องการถูกซ้ำเติมจากคนรอบข้าง
- ผู้คิดฆ่าตัวตายต้องการคนที่หวังดี ยินดีรับฟังและช่วยเหลืออย่างจริงใจ
- ผู้คิดฆ่าตัวตายต้องการระบายความทุกข์ออกมาไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง เช่น การพูด เขียน ร้องไห้ หรือทำร้ายตนเอง
- ผู้คิดฆ่าตัวตายต้องการคนที่มีเวลาให้กับเขา ให้ความสนใจและเอาใจใส่ดูแล เนื่องจากเขาจะมีความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยวเดียวดายมากกว่าปกติ
- กรณีผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่มีไม่เหมาะสม เช่น เรียกร้องความสนใจ ว่นวาย หวาดระแวง แสดงถึงความต้องการความเข้าใจเหตุผลของการกระทำ

ผู้คิดฆ่าตัวตายส่วนหนึ่งไม่ได้มารับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยตรง แต่อาจมาด้วยสาเหตุอื่น ๆ ซึ่งผู้รักษาควรตระหนัก และให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

หลักการป้องกันและช่วยเหลือ

1. แสดงความเต็มใจในการช่วยเหลือ ไม่ตำหนิหรือดูด่าซ้ำเติม
2. ถามถึงความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย โดยการสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา เช่น ***"ชีวิตช่วงนี้มีปัญหาหลายอย่าง เคยท้อแท้ใจหรือบางครั้งที่คิดไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือไม่, คุณเคยคิดทำร้ายตัวเองหรือไม่"***

3. สนับสนุนให้กำลังใจ สร้างความหวัง ช่วยให้เห็นว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ ให้ผู้ป่วยเห็นว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่ชีวิตจะต้องประสบกับปัญหาวิกฤติต่างๆ แต่หากผู้ป่วยมีจิตใจที่มั่นคง เข้มแข็งจะช่วยให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤติเหล่านั้นได้
4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเอง โดยให้มองข้อดีของตนเอง ความสามารถที่มีอยู่และให้รู้สึกภาคภูมิใจ ในความสามารถเหล่านั้น เช่น การเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ดี มีลูกที่น่ารักหรือกำลังประสบความสำเร็จ มีญาติหรือบุคคลใกล้ชิดที่มีความจริงใจและพร้อมให้ความช่วยเหลือ
5. ส่งเสริมให้ญาติและผู้ใกล้ชิดมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ให้ความเห็นใจในแง่มุมที่เป็นความทุกข์ของผู้ป่วย ควรมีการดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ควรปล่อยให้อยู่คนเดียว ให้ครอบครัวหรือเพื่อนมีส่วนในการดูแล และดึงความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับคนใกล้ชิด
6. เก็บสิ่งต่างๆที่อาจนำมาใช้ฆ่าตัวตาย เช่น ปืน สารเคมี เชือก มีด ของมีคม หรืออาวุธอื่นๆ
7. ไม่ละเลย หรือล้อเลียนพฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง แม้จะประเมินว่าเป็นการเรียกร้องความสนใจ เพราะการทำเช่นนั้นอาจเป็นการท้าทายให้ผู้ป่วยพยายามพิสูจน์ว่าต้องการฆ่าตัวตาย
8. ลดโอกาสในการทำร้ายตัวเองอย่างหุนหันพลันแล่น โดยให้สัญญากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าจะไม่ทำร้ายตัวเองหรือหากมีความคิดความรู้สึกอยากฆ่าตัวตาย ให้หาอะไรทำหรือพูดคุยกับคนที่รู้ใจแล้วให้รีบมาพบเจ้าหน้าที่

9. เฝ้าระวัง ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง หรือพิจารณาส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่ง
10. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ เช่น โรงพยาบาลหรือสถานีอนามัยใกล้บ้าน คลินิกให้การปรึกษา คลินิกคลายเครียดของโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือโรงพยาบาลจิตเวช สายด่วนสุขภาพจิต 1667 เป็นต้น

รูปแบบการช่วยเหลือ

การประเมินโดย * ใช้แบบสังเกตและการประเมินผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ผู้ที่มีความเสี่ยงแต่ยังไม่ลงมือกระทำ	ผู้ป่วยลงมือกระทำการฆ่าตัวตาย
1. ให้การปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และระบายความคับข้องใจ	1. ซักประวัติวิธีการฆ่าตัวตาย
2. ให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหาที่ไม่ใช่การทำร้ายตัวเอง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเองและมองข้อดีของตนเอง	2. ให้การพยาบาลตามอาการที่พบ เช่น ช่วยฟื้นคืนชีพ ล้างท้อง ทำแผล ถ้ามีพฤติกรรมเอะอะอาละวาด ไม่สงบให้ DZP 10 mg ฉีดเข้าเส้น
3. แนะนำให้ญาติ คนในครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และเก็บสิ่งต่าง ๆที่อาจนำมาใช้เป็นอาวุธในการฆ่าตัวตาย ไม่ท้าทายหรือล้อเลียนผู้ป่วย	3. ติดตามการรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น การส่งปรึกษาแพทย์ ส่งพบผู้ให้การปรึกษา การส่งตรวจสภาพจิต ตรวจพิเศษต่าง ๆ การทำกลุ่มกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสภาวะจิตใจและสร้างความภาคภูมิใจแก่ผู้ป่วย

ผู้ที่มีความเสี่ยงแต่ยังไม่ลงมือกระทำ	ผู้ป่วยลงมือกระทำการฆ่าตัวตาย
4. ส่งเสริมให้ญาติมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย เห็นใจและเข้าใจในความทุกข์ของผู้ป่วย	4. พยาบาลดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอด 24 ชม. เพื่อส่งต่ออาการให้เวรต่อไป ติดป้ายสัญลักษณ์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ดูแลให้ได้รับอาหารและยาตามแผนการรักษา กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ไม่ตำหนิหรือกล่าวโทษ
5. ควรมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง กรณีผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ารุนแรงและมีปัญหาซับซ้อนมาก ให้ส่งต่อฝ่ายจิตเวชของโรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลจิตเวช	5. วางแผนการจำหน่ายส่งกลับสู่ชุมชน ประสานงานกับบุคลากรในพื้นที่ วางแผนติดตามเยี่ยมเป็นระยะ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง
6. สร้างเครือข่ายในการช่วยเหลือใน พื้นที่ เช่น เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน อสม.	6. ลงบันทึกในแบบสำรวจและบันทึก การช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน
7. ลงบันทึกในแบบสำรวจและบันทึก การช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	7. แนะนำให้มาพบแพทย์หรือผู้ให้ปรึกษาตามนัดทุกครั้ง

ปฏิกิริยาของครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดที่เกิดขึ้นจากการฆ่าตัวตาย

สิ่งที่เกิดขึ้นกับบุคคลเหล่านี้ คือความโศกเศร้าซึ่งจะแตกต่างกันไปตามบุคลิกภาพ สุขภาพกายและจิต วัฒนธรรม และที่สำคัญที่สุดคือความสัมพันธ์กับบุคคลที่ตาย โดยระยะแรกจะเกิดความรู้สึกช็อก สับสน มึนงงต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ตามมาด้วยความโศกเศร้าเสียใจ ร้องไห้คร่ำครวญถึงคนตาย หมดเรี่ยวแรง เบื่ออาหาร น้ำหนักลดนอนไม่หลับตื่นกลางดึก ฝันถึงคนตาย

ความคิดโทษตัวเองมักเกี่ยวกับความรู้สึกผิดที่ได้ทำหรือไม่ได้ทำบางอย่างให้กับคนตาย บางคนรู้สึกว่าต้องการตายแทนบุคคลนั้น ถ้าความรู้สึกมีมากจะทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ใหม่กับบุคคลอื่นได้ เพราะรู้สึกผิด บางคนจะมีความรู้สึกเหมือนกับว่าบุคคลที่ตายยังมีชีวิตอยู่ โดยการเก็บสะสมข้าวของคนตายไว้ ทำในสิ่งที่คนตายอยากทำหรือเลียนแบบพฤติกรรมท่าทาง คำพูดของคนตาย บางครั้งอาจจะได้ยินเสียงแว่วได้

John Bowlby *ได้แบ่งระยะของความสูญเสียไว้ 4 ระยะ คือ*

ระยะที่ 1 ปฏิเสธความจริง ไม่เชื่อว่าคนตายได้ตายไปแล้ว หลังจากนั้นจะรู้สึกโกรธต่อต้านความจริงที่เกิดขึ้น

ระยะที่ 2 ครุ่นคิดถึงแต่คนตาย กระสับกระส่าย อาการอาจอยู่นานเป็นเดือน หรือ เป็นปี บางรายมีอารมณ์เศร้าชัดเจน

ระยะที่ 3 รู้สึกว่าความเป็นจริงของความสูญเสียเป็นสิ่งที่ไม่อาจปฏิเสธได้ จึงทำให้เกิดอารมณ์เศร้าและอาการอื่นๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับอารมณ์เศร้า เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด สิ้นหวังท้อแท้ บางคนรู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย ในช่วงนี้ความคิดคำนึงถึงคนที่ตายจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับความรู้สึกโศกเศร้า

ระยะที่ 4 ความเจ็บปวดของจิตใจ เริ่มลดลงทีละน้อย หวนกลับสู่การมีชีวิตตามปกติมีความสัมพันธ์ใหม่กับบุคคลอื่นได้ การดำเนินชีวิตปรับเปลี่ยนไปตามความเหมาะสม ความระลึกถึงคนที่ตายยังอยู่ แต่ไม่โศกเศร้าคร่ำครวญหาเหมือนเดิม จะเหลือไว้แต่ความทรงจำที่ดีต่อบุคคลนั้น

แนวทางในการช่วยเหลือครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดกับผู้ฆ่าตัวตาย

1. ช่วยให้ยอมรับความเป็นจริงของความสูญเสีย
2. เผชิญหน้ากับความเจ็บปวด โศกเศร้าจากการสูญเสียด้วยความเข้าใจ
3. การปรับตัวในสิ่งแวดล้อมใหม่ โดยไม่มีบุคคลนั้นอีกต่อไป
4. ช่วยกระตุ้นให้ผู้ที่รู้สึกสูญเสียมีกิจกรรมที่สร้างสรรค์ทำ
5. ถ้าผู้ที่รู้สึกสูญเสียมีอาการของความโศกเศร้ามาก จะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ควรได้รับการดูแล ซึ่งเป็นกระบวนการของการให้การปรึกษา เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกที่มีอยู่ออกมา ให้กำลังใจ ส่งเสริมให้ปรับตัวมีกิจกรรมใหม่ เพิ่มขึ้น

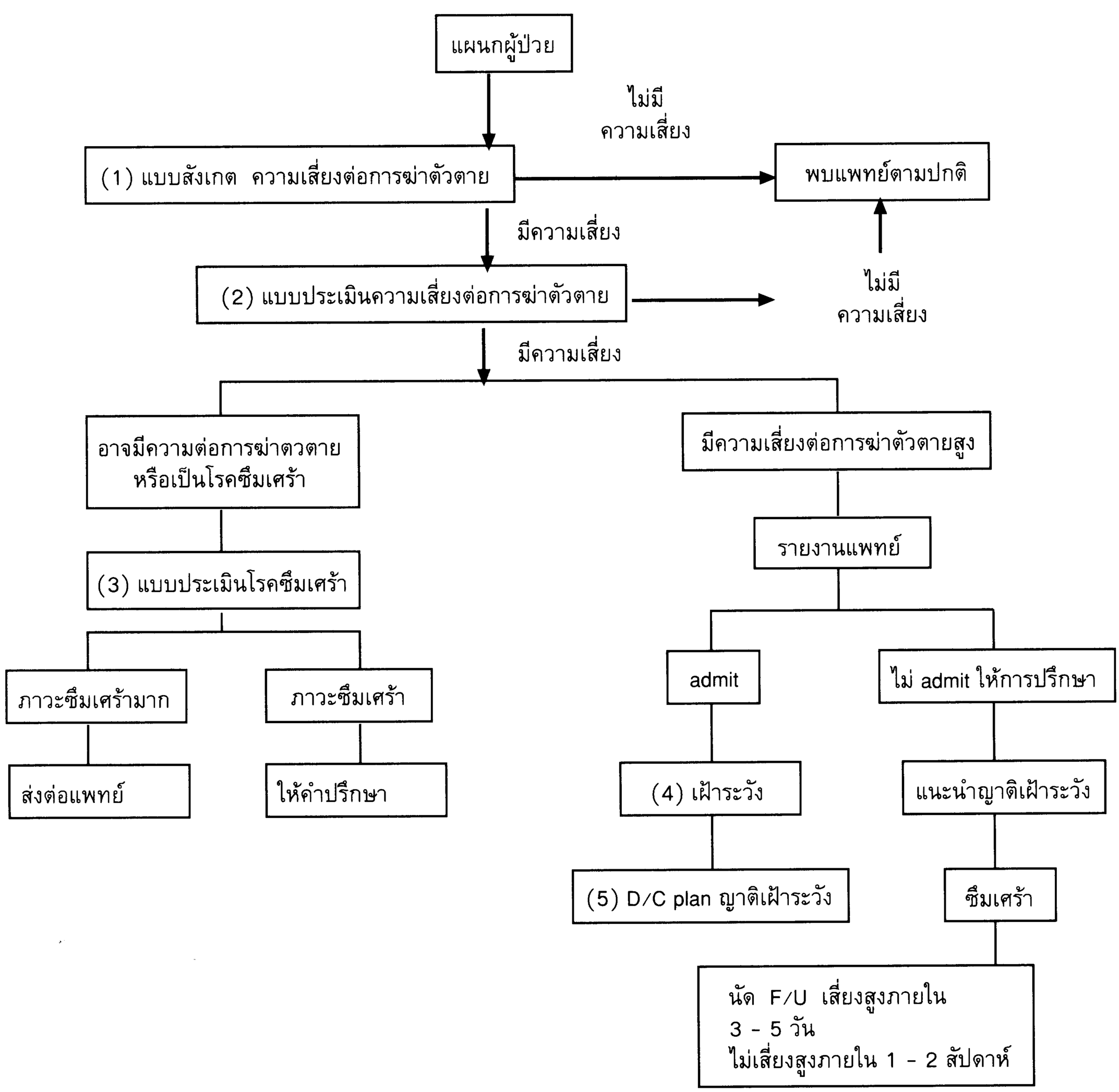
❒ ❒ ❒ ❒

แนวทางการช่วยเหลือ
เมื่อรับการรักษาที่แผนก
ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในโรงพยาบาล

การช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพบได้ ทั้งแผนกผู้ป่วย และผู้ป่วยใน ผู้ให้บริการควรให้การช่วยเหลือดังต่อไปนี้ เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

แนวทางช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยนอก

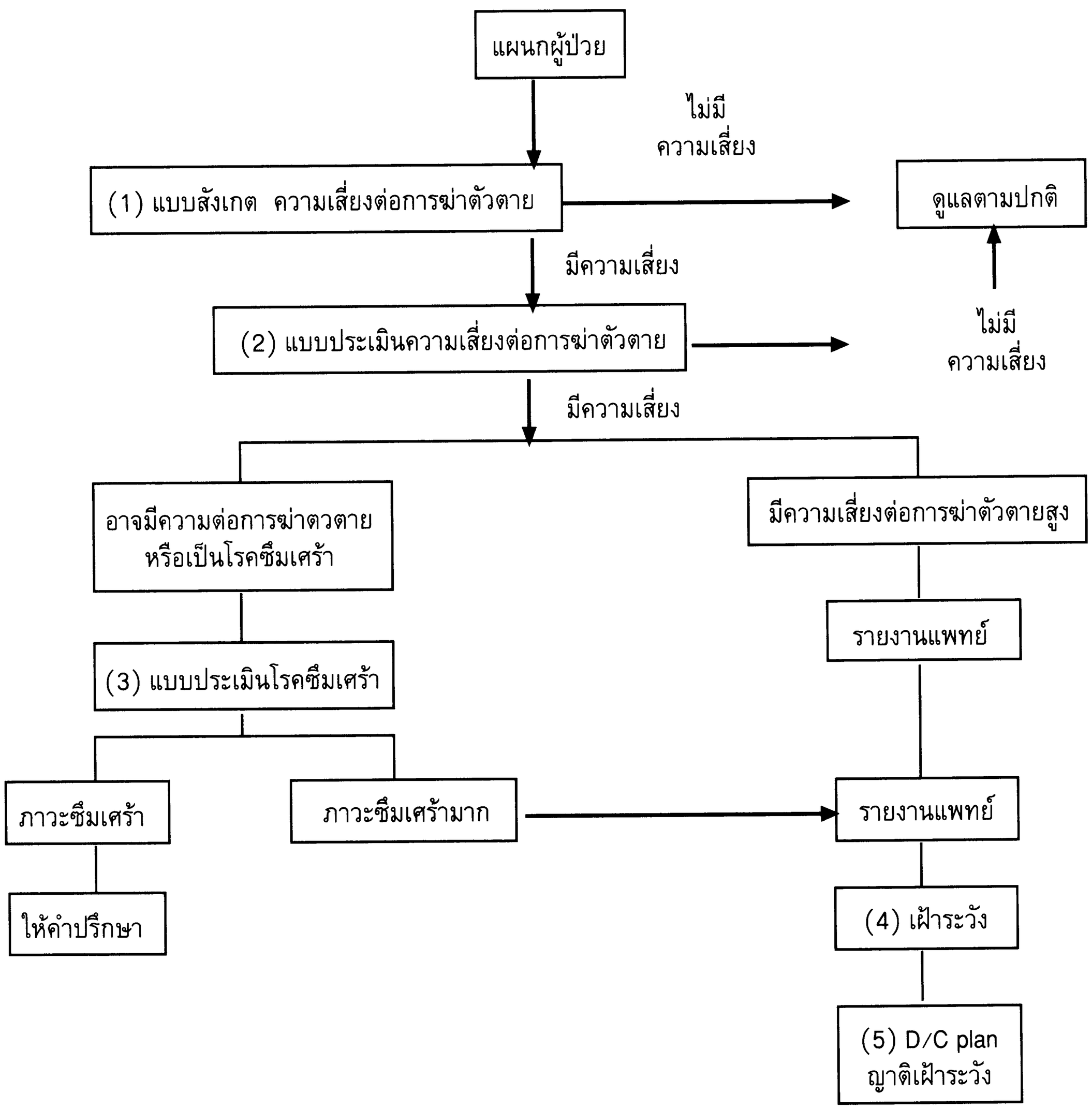


การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

กรณีผู้ป่วยนอก

1. ให้การรักษาพยาบาลตามอาการที่พบ เช่น ทำแผล เย็บแผล ล้างท้อง ฯลฯ
2. รักษาด้วยยาในกรณีเอะอะอาละวาด วุ่นวาย ไม่สงบ ให้ยาไดอาซีแพม (diaxepam) 5 - 10 มก. ฉีดเข้าเส้น
3. ถ้ามีอาการรุนแรงเกินความสามารถในการช่วยเหลือให้ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช หรือปรึกษาฝ่ายจิตเวชของโรงพยาบาล
4. กรณีที่ไม่ admit แนะนำญาติให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ตามข้อที่ควรปฏิบัติสำหรับญาติในการดูแลผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
5. กรณี admit ต้องปฏิบัติตาม suicidal precaution และการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ

แนวทางช่วยเหลือผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยใน



กรณีผู้ป่วยใน

ให้การรักษาภาวะทางจิตเวชที่พบ เช่น ยาแก้เศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า หรือยาคลายกังวลในผู้ป่วยที่เครียดมากมีปัญหาในการปรับตัว ยารักษาโรคจิตในขนาดต่ำอาจได้ผลช่วยควบคุมความยับบั้งชั่งใจในผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น โดยให้ perphenazine 4 มก. ต่อวัน หรือ haloperidol 1 มก. ต่อวัน ในผู้ป่วยบางรายที่มีความเสี่ยงสูงและปฏิเสธไม่ร่วมมือในการรักษาหรือก้าวร้าว ควรให้ผู้ป่วยสงบในช่วงแรก โดยฉีดยา diaxepam 5-10 มก. เข้าเส้นเป็นครั้งคราว

หมายเหตุ ถ้าผู้ป่วยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ต้องให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาของผู้ป่วยควรหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย

แนวทางการเฝ้าระวังผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สถานที่
1. จัดให้อยู่หอผู้ป่วยชั้นล่าง ถ้าเป็นชั้นบนไม่ให้อยู่ใกล้หน้าต่างเพื่อป้องกันการกระโดดตึก
2. ให้ผู้ป่วยอยู่ห้องรวม ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล เพื่ออยู่ในสายตาตลอด 24 ชั่วโมง

อุปกรณ์
1. ทำสัญลักษณ์ที่แฟ้มประวัติเพื่อให้เฝ้าระวังดูแลใกล้ชิด
2. บริเวณรอบเตียงผู้ป่วยให้เก็บวัสดุอุปกรณ์ที่จะนำมาทำร้ายตัวเองได้ เช่น แก้วน้ำ กระติกน้ำร้อน แจกัน เป็นต้น และบอกญาติให้ระวังด้วย

บุคลากร 1. มีการส่งเวรหรือบอกเจ้าหน้าที่ให้ระมัดระวังการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วย

2. จัดเจ้าหน้าที่เข้ามาดูแลทุกครึ่งชั่วโมงเป็นอย่างน้อยเหมือนกับผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางกายที่ต้องมีการตรวจเช็คสัญญาณชีพ (vital sign) สำหรับภาวะวิกฤตด้านจิตใจให้สังเกตและเฝ้าระวังพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อชีวิต

3. ต้องให้ข้อมูลกับญาติเพื่อญาติจะได้เฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะหากเจ้าหน้าที่มีจำกัดต้องกำชับให้ญาติดูอยู่ในสายตาตลอดเวลา แม้เวลาเข้าห้องน้ำก็อย่างให้ล็อคกลอนประตู

4. ให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง เพราะผู้ป่วยบางคนเก็บยาไว้กินฆ่าตัวตาย

การประชุมทีมผู้รักษา

- ควรมีการประชุมทีมผู้รักษาที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์พยาบาลนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วย โดยทันทีที่มีผู้ป่วยรับไว้ดูแลในโรงพยาบาล ให้ความสำคัญต่อการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
- ควรจัดทำบันทึกการรักษาพยาบาลเพื่อประโยชน์ในการติดตามรักษาและผู้มารับช่วงต่อในการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานอื่นๆ ด้วย

การส่งต่อผู้ป่วย

พิจารณาตามกรณีต่าง ๆ ดังนี้

- ☛ กรณีที่ผู้ป่วยกลับบ้าน ส่งข้อมูลของผู้ป่วยต่อฝ่ายเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาล ศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป หรือ ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย
- ☛ กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง และมีปัญหาที่ซับซ้อนมาก ให้ส่งต่อฝ่ายจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลจิตเวช

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้าน ควรพูดคุยกับญาติ เพื่อแนะนำในการดูแลผู้ป่วย เช่น รับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ระมัดระวัง เก็บอุปกรณ์ที่อาจใช้ในการฆ่าตัวตายให้มิดชิด เช่น ของมีคม ยาฆ่าแมลง ปืน และไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง พยายามชวนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นจนกว่าผู้ป่วยจะมีสภาวะเป็นปกติ

ภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านแล้ว ควรมีการวางแผนเพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะๆ เพื่อให้การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือทางจิตใจและสังคม

หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจ

1. โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านหรือสถานีอนามัยใกล้บ้าน
2. กลุ่มงานจิตเวช กลุ่มงานเวชกรรมสังคมในโรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์
3. ศูนย์ / โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต ดังนี้

3.1 **โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา**

112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพ ฯ 10600

โทร. (02) 437-7061

3.2 **โรงพยาบาลศรีธัญญา**

ถนนติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. (02) 526-3342

3.3 **โรงพยาบาลราชานุกูล**

ถนนดินแดง เขตพญาไท กรุงเทพ ฯ 10400

โทร. (02) 245-4696

3.4 **ศูนย์สุขวิทยาจิต**

75/1 ถนนพระราม 6 เขตพญาไท กรุงเทพ ฯ 10400

โทร. (02) 245-7798

3.5 **โรงพยาบาลนิติจิตเวช**

23 หมู่ 8 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 เขตทวีพัฒนา กรุงเทพ ฯ 10170 โทร. (02) 889-9082

3.6 **โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์**

61 ถนนสุขุมวิท อ.เมือง จ.สมุทรปราการ 10270

โทร. (02) 394-1846

3.7 **โรงพยาบาลสวนสราญรมย์**
843 ถนนพุนพิน ต.ท่าข้าม อ.พุนพิน จ.สุราษฎร์ธานี
84130 โทร. (077) 312-991

3.8 **โรงพยาบาลสวนปรุง**
131 ถนนช่างหล่อ ต.หายยา อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50000
โทร. (053) 276-750

3.9 **โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์**
212 ถนนแจ้งสนิท ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000
โทร. (045) 281-048, 312-550

3.10 **โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา**
3820 ถ.ช้างเผือก ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000
โทร. (044) 271-667-9

3.11 **โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น**
169 ถนนชาตะผดุง ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทร. (043) 227422 ต่อ 3101 หรือ 2314

3.12 **โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม**
210 หมู่ 11 ต.อาจสามารถ อ.ท่าอุเทน จ.นครพนม 48120
โทร. (042) 513-259

3.13 **ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือ**
ต.ดอนแก้ว อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่ 50180
โทร. (053) 890-245

3.14 **โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์**
2 หมู่ 4 ต.ท่าน้ำอ้อย อ.พยุหคีรี จ.นครสวรรค์ 60130
โทร. (056) 267-280

3.15 **สายด่วนสุขภาพจิต** 1667 (โทรฟรีตลอด 24 ชั่วโมง)
ในกรุงเทพฯ กดหมายเลข 1667
โทรทางไกล กดรหัส 02 และตามด้วยหมายเลข 1667

3.16 **สายด่วนกู้ใจ** (โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์)
โทร. (02) 292-1852

3.17 **สายด่วนกู้ใจ** (โรงพยาบาลวชิระ)
โทร. (02) 668-7080

3.18 **สมาคมสมาริตันส์แห่งประเทศไทย** (กรุงเทพฯ)
โทร. (02) 249-9977

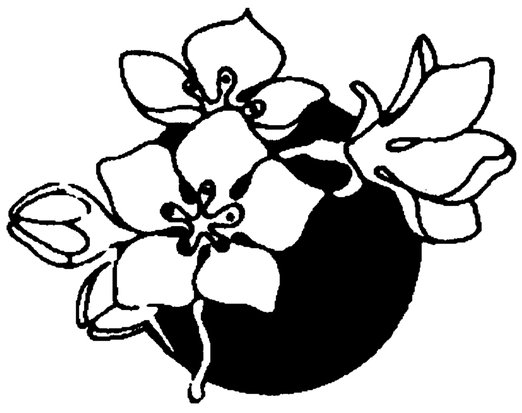
3.19 **สมาคมสมาริตันส์แห่งประเทศไทย** (เชียงใหม่)
โทร. (053) 225-977-8

3.20 **โรงพยาบาลจิตเวชเลย**

-

หน่วยให้ความช่วยเหลือทางด้านสังคม

1. ประชาสงเคราะห์อำเภอ / จังหวัด
2. สำนักงานแรงงานจังหวัด
3. พัฒนาการอำเภอ / จังหวัด
4. ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร
5. สภากาชาดไทย โทร. 1665
6. ศูนย์ร้องทุกข์กรุงเทพมหานคร โทร. 1555



บรรณานุกรม

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข . (2543). **คู่มือการช่วยเหลือผู้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย.** พิมพ์ครั้งที่2. นนทบุรี.โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). **ฝ่าวิกฤติชีวิตด้วยการปรึกษา.** (ม.ป.ท. : ม.ป.พ.).
3. คณะทำงานเครือข่ายการให้การปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์เขต6 . 2542. **สรุปผลการสัมมนาผู้ให้การปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.** พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น.โรงพิมพ์พระธรรมขันต์.
4. จินตนา ยูนิพันธ์ . (2529) **ทฤษฎีการพยาบาล.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
5. นงคราญ ผาสุก. (2535). **หลักการพยาบาลจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สุพรการพิมพ์.
6. สุกมล วิภาวีพลกุล.(2542). การช่วยเหลือผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย. **เอกสารประกอบการฝึกอบรมการให้การปรึกษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและการเจรจาต่อรองสำหรับวิทยากร พฤษภาคม 2542.**
7. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.(2543). **Case Management.** กรุงเทพ ฯ : J.S.การพิมพ์.
8. Reilly, C.E. [1998]. Cognitive Therapy for the Suicidal Patient : A case study. **Perspectives in Psychiatric Care,** 34[4], 26-31.
9. Suicide Prevention Australia [1995]. Suiocide Prevention Training and Awareness : Train the Trainer Manual.
10. Silverman, M.M,Maris , W.R.[ED]. [1995]. **Suicide Prevention Toword the year 2000.** New York: The Guilford Press.

คณะผู้จัดทำ

1.	นายแพทย์อภิชัย	มงคล	ผู้อำนวยการ	ร.พ. จิตเวชขอนแก่น
2.	นางสุพิน	พิมพ์เสน	พยาบาลวิชาชีพ 7	ร.พ. จิตเวชขอนแก่น
3.	นายแพทย์วรสรรพ์	ปรัชญคุปต์	นายแพทย์ 4	ร.พ. จิตเวชขอนแก่น
4.	นายไพรวัลย์	ร่มซ้าย	พยาบาลวิชาชีพ 5	ร.พ. จิตเวชขอนแก่น
5.	นางสาวนวพร	ตรีโอษฐ์	พยาบาลวิชาชีพ 5	ร.พ.จิตเวชขอนแก่น
6.	นางสโรชา	บางแสง	พยาบาลวิชาชีพ 5	ร.พ. จิตเวชขอนแก่น
7.	นางสาวไพลิน	โพธิ์สุวรรณ	นักสังคมสงเคราะห์ 5	ร.พ. จิตเวชขอนแก่น
8.	นางสาวระพีพร	แก้วคอนไทย	พยาบาลวิชาชีพ 4	ร.พ. จิตเวชขอนแก่น
9.	นางสาวอำพร	โปสจา	นักอาชีวบำบัด 3	ร.พ. จิตเวชขอนแก่น