

แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน PCU



โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ 2553

แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน PCU



โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ 2553

ชื่อหนังสือ

ที่ปรึกษา

แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน PCU

น.พ. ชาตรี	บานชื่น	อธิบดีกรมสุขภาพจิต
น.พ. ยงยุทธ	วงษ์ภิรมย์สานต์	หัวหน้ากลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
นพ. ทวี	ตั้งเสรี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชชนรินทร์
นายพงษ์ศักดิ์	สมใจ	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชชนรินทร์
รศ.ดร. สมพร	รุ่งเรืองกลกิจ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
น.พ. ปรีทรรศ	ศิลปกิจ	โรงพยาบาลสวนปรุง
พ.ญ. ปัทมา	ศิริเวช	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
น.พ. ธีรกร	จำปาทอง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชเลย ราชชนรินทร์
น.ส. ภักคนพิน	กิตติรักษนันท	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
นางกนกรัตน์	ชัยนุ	PCU บ้านแก่ง จ.ขอนแก่น
นางผ่องพรรณ	อ้วนพรหมมา	โรงพยาบาลชุมแพ จ.ขอนแก่น

กองบรรณาธิการ

นางวัชณี	หัตถพนม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นางมัลลิกา	พูนสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสิวลี	เปาโรหิตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสุวดี	ศรีวิเศษ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายไพโรวัลย์	ร่มชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

จัดพิมพ์โดย

พิมพ์ครั้งที่ 1

กลุ่มงานทรัพยากรมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์

30 กรกฎาคม 2553 จำนวน 200 เล่ม

คำนำ

กรมสุขภาพจิตร่วมกับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้นำการจัดการความรู้ (Knowledge Management : KM) มาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคน พัฒนางาน และพัฒนาองค์กร ก้าวสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization : LO) สันนิษฐานยุทธศาสตร์ที่ 1 ของ กรมสุขภาพจิตคือเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพจิต เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และให้โอกาสผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต โดยกำหนดองค์ความรู้ที่จำเป็นเรื่องแนวทางการเยี่ยมบ้าน ผู้พยายามฆ่าตัวตายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) ซึ่งเป็นบริการด่านแรกที่สามารถเข้าถึงและให้บริการเบื้องต้นแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งการเยี่ยมบ้าน มีรูปแบบที่มีความเฉพาะ ต้องใช้ความละเอียดอ่อนในการปฏิบัติงานที่แตกต่างจากการเยี่ยมบ้าน ทั่วไป เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในPCU จึงมีความจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะและศิลปะในการ ดำเนินงาน ตั้งแต่การเตรียมตัวก่อนลงเยี่ยม ดำเนินการขณะเยี่ยม และยุติ/ส่งต่อดูแลอย่างต่อเนื่อง ฉะนั้นเมื่อนำองค์ความรู้ประสบการณ์วิธีปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงาน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเมื่อนำมา ร้อยเรียง ประมวลถกแถลง แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้ได้แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่สามารถนำไปปฏิบัติให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ และสามารถนำไปขยายผลใน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

การดำเนินการในครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความร่วมมือจากบุคลากรหลายฝ่าย นายแพทย์ปริทรรศ สิลปกิจ โรงพยาบาลสวนปรุง แพทย์หญิงปัทมา ศิริเวช สถาบันจิตเวช ศาสตร์สมเด็จพระยา นายแพทย์ณัฐกร จำปาทอง โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ รศ.ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ มหาวิทยาลัยขอนแก่น นางกนกรัตน์ ชัยนุ ห้วนหน้า PCU บ้านแก อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น นางผ่องพรรณ อ้วนพรมมา โรงพยาบาลชุมแพ จ.ขอนแก่น และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่ PCU หรือสถานีนามัยจังหวัดขอนแก่น ทำให้คู่มือฉบับนี้สำเร็จเป็นรูปเล่มที่สมบูรณ์ คณะผู้จัดทำจึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ห้องสมุดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
เลขทะเบียน	001996
วันที่	1 ๒ ส.ค. 2554
เลขเรียกหนังสือ	RM 30.6
๘๙๒๗	๒๕๕๓ ๘.๗

กองบรรณาธิการ

กรกฎาคม 2553

บทที่ 1

แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตาย

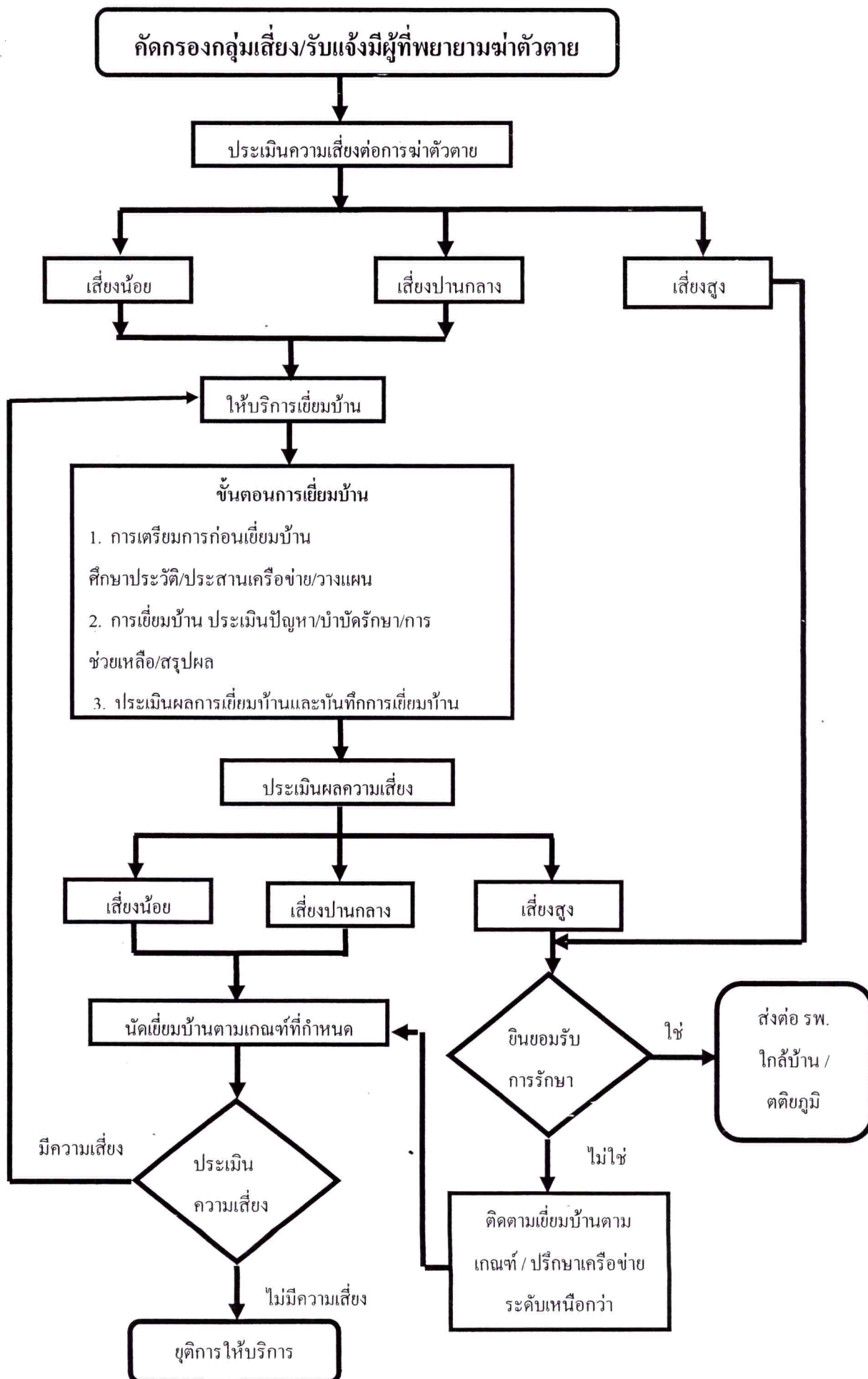
ในการจัดการความรู้ (Knowledge Management : KM) เรื่อง แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตาย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit หรือ PCU) ได้ดำเนินการเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ที่ 1 ของกรมสุขภาพจิต ในด้านการเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพจิต เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และให้โอกาสผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต โดยมีเป้าประสงค์ให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิต รวมทั้งได้รับการยอมรับในการดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม การจัดทำแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตายครั้งนี้ จึงเป็นคู่มือที่สำคัญในการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน PCU ได้ใช้ประกอบการเยี่ยมบ้านผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจทักษะที่ถูกต้องในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่งผลให้สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ และนำไปสู่การลดปัญหาการฆ่าตัวตายซ้ำ

ในการจัดการความรู้เรื่องนี้ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อ่างทอง โรงพยาบาลอ่างทอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ณ บริการปฐมภูมิในจังหวัดขอนแก่น โดยดำเนินการตั้งแต่การค้นหาความรู้ การสร้างและแสวงหาความรู้ การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ การประมวลและกลั่นกรองความรู้ การเข้าถึงข้อมูล การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ และการเรียนรู้ โดยใช้เวลาในการดำเนินงานประมาณ 10 เดือน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2552 - กันยายน 2553 ซึ่งได้ดำเนินการตามแผนที่กำหนดทุกประการ จากผลการดำเนินงานได้แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน PCU ซึ่งได้นำเสนอตามลำดับดังนี้

1. ผังกระบวนการ (Flow Chart) แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตาย
2. แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตาย
3. ภาพรวมผลการจัดการความรู้ แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน PCU

ผังกระบวนการแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตาย

สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการปฐมภูมิ (PCU)



แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตาย สำหรับเจ้าหน้าที่ในสถานบริการปฐมภูมิ

ในการดำเนินการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตาย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการปฐมภูมิ มีแนวทางในการดำเนินการ ดังนี้

1. คัดกรองกลุ่มเสี่ยง / รับแจ้งมีผู้พยายามฆ่าตัวตาย

1.1 กรณีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมารับบริการที่สถานบริการปฐมภูมิ เช่น ผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง ผู้สูญเสีย ผู้พิการ ผู้ที่ตกงาน ผู้ที่ใช้สุราและสารเสพติด หรือผู้ที่ตกอยู่ในภาวะวิกฤติทางอารมณ์ เป็นต้น ให้ใช้แบบคัดกรอง 2Q ที่มีอยู่ใน Family Folder คัดกรองเบื้องต้น

1.2 กรณีรับแจ้งมีผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตายจากญาติ/อสม./ผู้นำชุมชน/พยาบาลจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ทั้งที่มาแจ้งที่สถานบริการปฐมภูมิ ด้วยตนเอง หรือรับแจ้งจากทางโทรศัพท์/จดหมาย/หนังสือส่งต่อ (Refer)

2. ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

กรณีที่ผู้ป่วยคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง 2Q แล้วพบว่า 2 Q ให้ผลบวก (Positive) (มีคะแนน 1 คะแนนขึ้นไป) ให้ใช้แบบประเมินซึมเศร้า (9Q) และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) ซึ่งแบบประเมิน 9Q สามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับน้อย ปานกลาง และมาก และแบบประเมิน 8Q สามารถแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในระดับน้อย ปานกลาง และสูง

3. ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หากพบว่า

3.1 เสี่ยงสูง ให้ประเมินต่อไปว่าผู้ป่วยและญาติยินยอมให้ส่งต่อไปรับการรักษา ณ โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือไม่ ซึ่งบุคลากรในสาธารณสุขต้องใช้ความสามารถในการโน้มน้าวให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงผลดีของการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นรวดเร็วและป้องกันอาการกำเริบซ้ำได้

3.2 ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หากพบว่า เสี่ยงน้อย และเสี่ยงปานกลาง ให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัว

4. การให้บริการเยี่ยมบ้าน มี 3 ขั้นตอน คือ การเตรียมการก่อนเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมบ้าน การประเมินผลการเยี่ยมบ้านและบันทึกการเยี่ยมบ้าน ดังนี้

4.1 การเตรียมการก่อนเยี่ยมบ้าน โดยการเตรียมข้อมูล ประสานเครือข่ายดังนี้

4.1.1 การเตรียมข้อมูลโดยการศึกษาประวัติผู้ป่วยและวางแผนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และบุคคลในครอบครัว เช่น ข้อมูลทั่วไป ประวัติการเริ่มป่วยและการรักษา ประวัติ ครอบครัวและกรรมพันธุ์ ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการฆ่าตัวตายในอดีต กลไกการเกิดปัญหาและพฤติกรรม การเผชิญปัญหา สิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจและสัมพันธภาพ ในครอบครัว และชุมชน เป็นต้น

4.1.2 การเตรียมตนเองของทีมสุขภาพ ควรมีความรู้ ทักษะที่ดีต่อการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

4.1.3 การประสานเครือข่ายและครอบครัวก่อนลงเยี่ยมบ้าน โดยการประสาน อสม. ที่รับผิดชอบบ้านผู้ป่วยเพื่อนัดหมายการลงเยี่ยม

4.1.4 การวางแผนการเยี่ยมบ้านโดยประชุมร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อวางแผนการลง เยี่ยมที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา

4.2 การเยี่ยมบ้าน ทีมสุขภาพผู้ลงเยี่ยมปฏิบัติตามกระบวนการดังนี้

การประเมินปัญหา ซึ่งมีการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

4.2.1 การสร้างสัมพันธภาพ

4.2.2 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

4.2.3 การประเมินสัญญาณเตือน (Warning sign) เช่นการพูดสั่งลา การเขียน จดหมายสั่งลา เป็นต้น

4.2.4 การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

4.2.5 การค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น ศาสนา ความเชื่อ บุคคลที่ผู้ป่วยรักและ ผูกพัน คุณค่าในตัวเองของผู้ป่วย

4.2.6 การประเมินการรักษาด้วยยาและผลข้างเคียงของยา

4.2.7 การค้นหาปัญหาด้านต่างๆของผู้ป่วยขณะดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน

4.3 การบำบัดรักษาและการช่วยเหลือ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

4.3.1 นุรณาการแผนการช่วยเหลือและให้การช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ เช่น กรณี พบผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีปัญหาในโรคซึมเศร้าในระดับปานกลาง ควรได้รับการบำบัดรักษา ด้วยยา หรือกรณีมีปัญหาการขาดกำลังใจหรือขาดเป้าหมายในการดำรงชีวิต คิดว่าปัญหาที่เผชิญอยู่ ไม่สามารถแก้ไขได้ เป็นต้น หากพบว่ามีปัญหาเหล่านี้ ก็ร่วมแก้ไขปัญหากับผู้ป่วยและครอบครัว (ตัวอย่างการแก้ไขปัญหาศึกษาได้ในบทที่ 2 ความรู้ในการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตาย)

4.3.2 ภายหลังการเยี่ยมบ้าน ควรสรุปผลการเยี่ยมบ้านให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ ถึงความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วย การช่วยเหลือในเรื่องใดที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะประสานงาน ให้ และนัดหมายการเยี่ยมบ้านในครั้งต่อไป

4.4 การประเมินผลการเยี่ยมบ้าน และการบันทึกการเยี่ยมบ้าน ทุกครั้งที่เยี่ยมบ้านเรียบร้อยแล้ว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรประเมินผลการเยี่ยมบ้านและบันทึกการเยี่ยมบ้านทุกครั้งตามแบบฟอร์มที่แนบอยู่ในภาคผนวก สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งของการเยี่ยมบ้านคือ ผู้ป่วยหรือญาติควรยินยอมให้เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเยี่ยมบ้านได้ โดยลงลายชื่อการยินยอมให้เยี่ยมบ้านเป็นลายลักษณ์อักษรในครั้งแรกที่เยี่ยมบ้าน ในกรณีที่ไมยินยอมให้เยี่ยมบ้าน การดำเนินการในกรณีเช่นนี้สามารถศึกษาได้จากบทที่ 2 ความรู้ในการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตายได้เช่นกัน

5. ภายหลังการเยี่ยมบ้าน ทีมสุขภาพจิตที่ลงเยี่ยมบ้าน ควรประเมินผลให้ได้ว่า ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับใด เพื่อจะได้พิจารณาติดตามเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

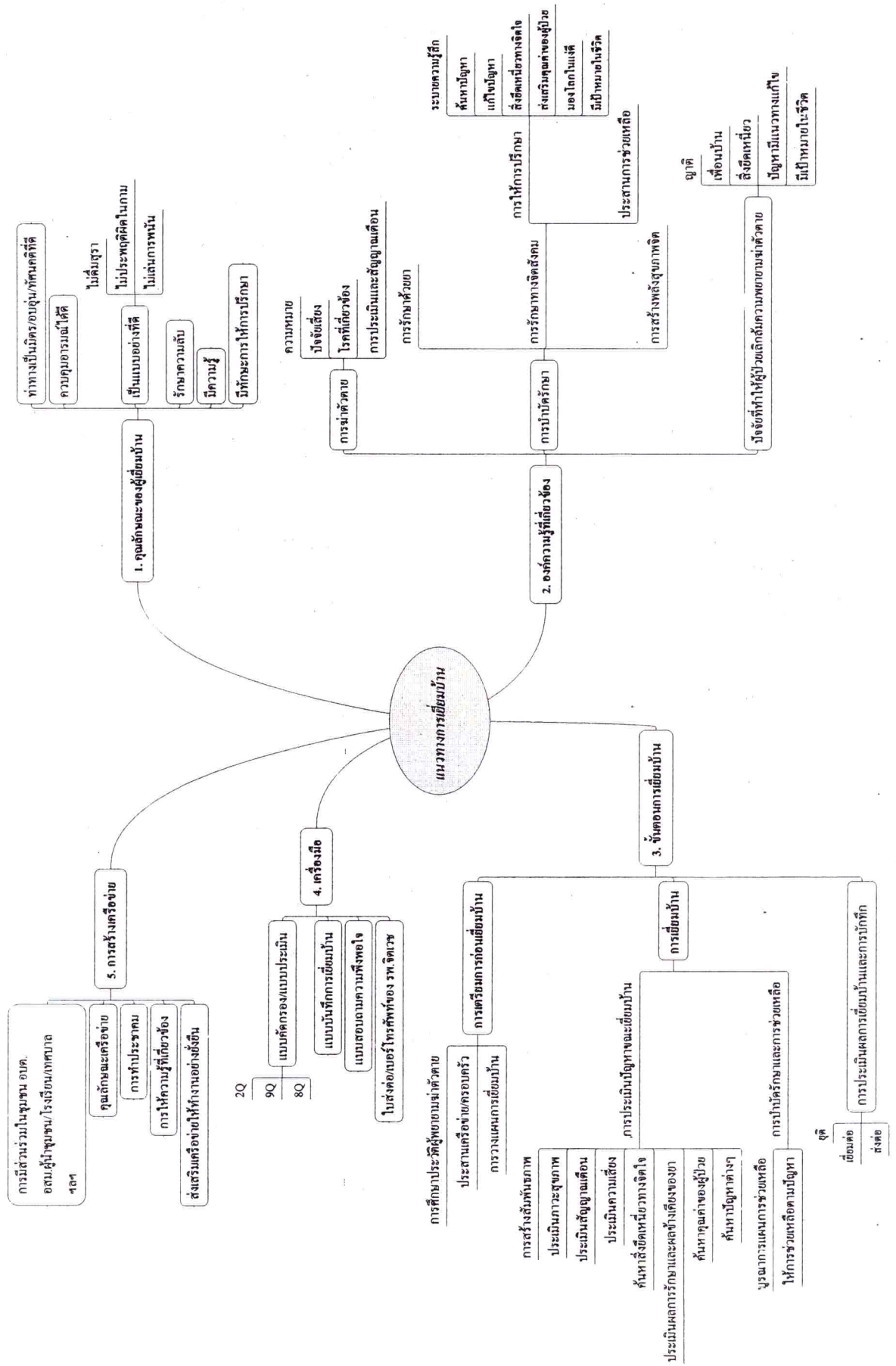
5.1 ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับน้อย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และ/หรือมอบหมายให้ อสม. ติดตามเยี่ยมบ้าน

5.2 ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาลจะติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และมอบหมายให้ อสม. ติดตามเยี่ยม โดยให้ข้อมูลและแนะนำญาติให้เฝ้าระวังติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

5.3 ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาลจะติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยให้การช่วยเหลือเบื้องต้นตามสภาพปัญหา แนะนำให้ญาติดูแลใกล้ชิด และ/หรือส่งต่อโรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อให้การรักษาพยาบาลแก้ไขภาวะฉุกเฉินและส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกนรินทร์

5.4 กรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง แต่ไม่ยินยอมรักษาอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกนรินทร์ หรือกรณีที่ได้รับการประสานงานจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกนรินทร์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาลติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ครอบครัว พิจารณาให้การดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหา แนะนำให้ญาติดูแลใกล้ชิดตามคู่มือการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและติดตามเยี่ยมอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ควรปรึกษาแนวทางการบำบัดรักษากับเครือข่ายระดับเหนือกว่า เพื่อให้การช่วยเหลือบำบัดรักษาตามสภาพปัญหาอื่นๆ จะสามารถช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้ ภายหลังการเยี่ยมบ้านทุกครั้ง ผู้ป่วยที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเมินได้ว่าไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อาจจะยุติการเยี่ยมบ้านได้ แต่ควรฝากให้ อสม. ติดตามดูแลช่วยเหลือครอบครัวเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่อาจเกิดขึ้นได้อีก โดยติดตามเยี่ยมทุก 1, 3, 6 เดือน และ 1 ปี

ภาพรวมผลการจัดการความรู้แนวทางการเชื่อมโยงบ้านผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน PCU



บทที่ 2

ความรู้ในการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ในบทนี้จะกล่าวถึงกระบวนการเยี่ยมบ้าน ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ส่วนใหญ่ๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผังกระบวนการเยี่ยมบ้านของบริการปฐมภูมิ

ส่วนที่ 2 ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน ซึ่งได้มาจากการถอดบทเรียนของประสบการณ์การปฏิบัติจริง ร่วมกับความรู้ที่ได้จากเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งช่วยให้ผู้อ่านเห็นภาพการทำงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น ตลอดจนการแก้ปัญหาจากการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยล้มเลิกความคิดฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 4 ญาติ พลังสำคัญในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

ส่วนที่ 5 คุณลักษณะของผู้ที่ติดตามเยี่ยมครอบครัวผู้พยายามฆ่าตัวตาย

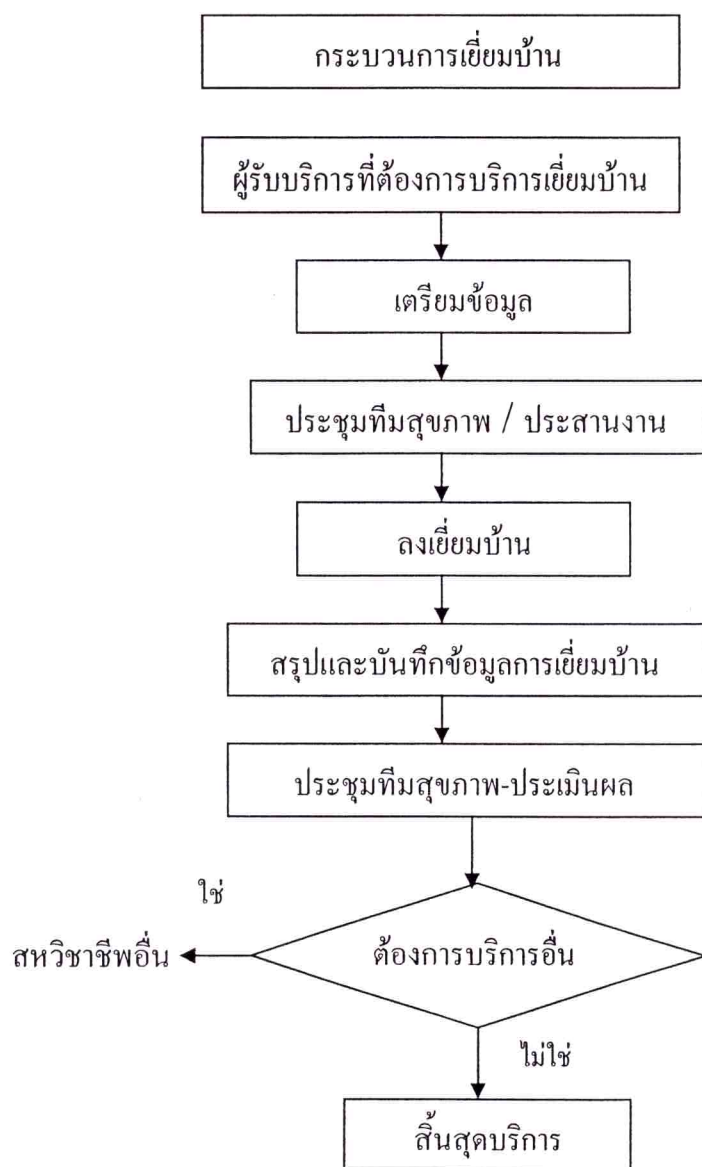
ส่วนที่ 6 การสร้างเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย

ส่วนที่ 1 ผังกระบวนการเยี่ยมบ้านของบริการปฐมภูมิ ซึ่งสำเร็จ แห้งกระโทก และ รุจิรา มังคละศิริ (2545 อ้างใน อุทัยวรรณ สุกิมานิล, 2550) ได้กล่าวถึงว่าการเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมสำคัญกิจกรรมหนึ่งในการบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อการดูแลผู้รับบริการ (กลุ่มเสี่ยง กลุ่มด้อยโอกาส ผู้ป่วย) และครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง
2. เพื่อรู้จักและเข้าใจ สภาพปัญหาและวิถีชีวิตของผู้รับบริการและครอบครัว
3. เพื่อให้บริการ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู) แก่ผู้รับบริการและครอบครัว
4. เพื่อประเมินศักยภาพ และเสริมสร้างการดูแลตนเอง (self care) ของผู้รับบริการและครอบครัว

แผนภูมิที่ 1 แสดงผังกระบวนการเชื่อมบ้านของบริการปฐมภูมิ



การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ให้บริการได้รู้จักและเข้าใจผู้รับบริการและครอบครัว เป็นการค้นหาศักยภาพของครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม นอกจากนี้กิจกรรมการเยี่ยมบ้านยังเป็นการติดตามผู้ป่วย ผู้รับบริการที่ต้องการบริการต่อเนื่อง หรือมีปัญหาที่ต้องการดูแล เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยขาดนัด นอกจากนี้การเยี่ยมผู้ป่วยที่กลับจากโรงพยาบาลก็เป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการเยี่ยมบ้าน

ตาราง แสดงวิธีปฏิบัติในกระบวนการเยี่ยมบ้านและการบันทึกเอกสาร

วิธีปฏิบัติในกระบวนการเยี่ยมบ้านและการบันทึกเอกสาร

วิธีปฏิบัติ	เอกสาร / บันทึก
1. พยาบาลแจ้ง Family Nurse (FN)	- แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน
2. FN ศึกษาข้อมูลผู้รับบริการและครอบครัวจาก FF , Chronic card , OPD card ไปส่งตัวที่ตอบกลับ	- FF , OPD card , Chronic card - คู่มือการเยี่ยมบ้าน
3. ประชุมทีมสุขภาพทำ pre-conference เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ในการลงเยี่ยม	
4. ประสานกับเครือข่ายสุขภาพในชุมชน	
5. FN เตรียมอุปกรณ์และสิ่งต้องใช้ในการเยี่ยมบ้านพร้อมทั้งยานพาหนะที่จะใช้ในการเยี่ยมตามคู่มือการเยี่ยมบ้าน	
6. FN สร้างสัมพันธภาพและแจ้งวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมแก่ผู้รับบริการและครอบครัว	
7. FN ค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหตามคู่มือและมาตรฐานการเยี่ยมบ้านให้บริการ (4 มิติ) คือ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามความเหมาะสม	
8. ค้นหาศักยภาพของผู้รับบริการ ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม เพื่อเสริมสร้างการดูแลตนเอง	
9. นัดหมายการบริการครั้งต่อไปและยุติการเยี่ยมบ้าน	

วิธีปฏิบัติ	เอกสาร / บันทึก
10. บันทึกการเยี่ยมบ้านในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน 11. ประชุมทีมสุขภาพ ทำ post conference เพื่อประเมินกระบวนการเยี่ยมบ้านและผลลัพธ์บริการ 12. กรณีที่จำเป็นต้องส่งต่อหรือปรึกษาสหวิชาชีพอื่น เช่น นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ FN/FD จะเป็นผู้ประสานระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และสหวิชาชีพอื่นเพื่อดำเนินการต่อ 13. ในกรณีที่ปัญหาสิ้นสุด ให้ยุติบริการนั้นได้ 14. สรุปผลการเยี่ยมบ้านทั้งหมดลงใน OPD card ผู้ป่วย	หมายเหตุ FN = Family Nurse FD = Family Doctor FF = Family Folder

ส่วนที่ 2 ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน ในการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตาย สามารถแบ่งกระบวนการเยี่ยมบ้านเป็น 3 ขั้นตอนใหญ่ๆ คือ การเตรียมการก่อนเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมบ้าน การประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนเยี่ยมบ้าน

1. ศึกษาประวัติผู้พยายามฆ่าตัวตาย ดังนี้

- 1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ บ้านที่อยู่อาศัย สมาชิกในครอบครัว
- 1.2 ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาเจ็บป่วยมานานกี่ปี ด้วยโรคอะไร การรักษาในปัจจุบันทั้งโรคทางกายและโรคทางจิตเวช
- 1.3 ประวัติครอบครัวและกรรมพันธุ์
- 1.4 ประวัติการใช้สารเสพติด
- 1.5 สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย
- 1.6 ประวัติการฆ่าตัวตายในอดีต
- 1.7 กลไกการเกิดปัญหาและพฤติกรรมการเผชิญปัญหา
- 1.8 สิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ (ศาสนา ความเชื่อ และบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย)
- 1.9 สัมพันธภาพในครอบครัว ชุมชน
- 1.10 ความคิด ความเชื่อของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช
- 1.11 ทักษะคติของคนในชุมชนที่มีต่อการฆ่าตัวตาย

2. การประสานเครือข่ายและครอบครัวก่อนลงเยี่ยมบ้าน

ประสาน อสม. ที่รับผิดชอบบ้านผู้ป่วย ถึงกำหนดการเยี่ยมบ้านและรายละเอียดของผู้ป่วย เช่น อาการ การรักษาและสาเหตุที่ต้องเยี่ยมบ้าน มอบหมายให้ อสม. ประสานวัน เวลาในการเยี่ยมบ้านและร่วมเยี่ยมบ้านด้วยกันตามวัน เวลาที่นัดหมาย นอกจากนี้ประสานข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ป่วยและครอบครัวที่จะลงเยี่ยมจาก อสม. เพื่อประกอบการเยี่ยม ในกรณีที่ญาติและผู้ป่วยยินยอมให้เยี่ยมบ้าน ประสาน อสม. เพื่อเตรียมแผนที่บ้านผู้ป่วยก่อนการเยี่ยม และเมื่อทีมที่ติดตามเยี่ยมไปเยี่ยมบ้านตามกำหนด ต้องให้ผู้ป่วยหรือญาติเซ็นอนุญาตให้เยี่ยมบ้านได้ ในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้านด้วย

3. วางแผนการเยี่ยมบ้าน

3.1 ประชุมวางแผนการเยี่ยมบ้าน โดยการรวบรวมข้อมูลจากทุกแหล่ง และประเมินปัญหาว่าผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องอะไรบ้าง วางแผนการช่วยเหลือ ดูแลที่สอดคล้องกับปัญหา ตลอดจนหาแนวทางในการประเมินผลด้วย

3.2 การมอบหมายงานในการวางแผนการเยี่ยมบ้าน สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ หากมีผู้ติดตามเยี่ยมหลายคน ควรมีการมอบหมายงานที่ชัดเจนว่าใครรับผิดชอบเรื่องใด และดำเนินการตามนั้น เช่น การประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวขณะติดตามเยี่ยม การประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงานในชุมชนเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว การติดตามผลการรักษาผลข้างเคียงของยาและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การดำเนินงานตามแผนการติดตามเยี่ยมที่วางไว้ เป็นต้น แต่ถ้าหากทีมที่ติดตามเยี่ยมมีเพียงคนเดียวก็อาจไม่ต้องคำนึงถึงเรื่องนี้ เพราะสามารถดำเนินการด้วยตนเองได้

3.3 ทักษะคติของทีมที่ติดตามเยี่ยม ควรมีการประเมินทัศนคติของทีมที่ติดตามเยี่ยม หากพบว่าทีมทัศนคติลบต่อผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย ควรปรับทัศนคติ และให้ตระหนักถึงความสำคัญของการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประโยคคำพูดที่พบได้ในสมาชิกทีมที่ติดตามเยี่ยม ซึ่งบอกลถึงทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย ได้แก่

“กินเหล้าขนาดนี้ พาไปรักษาหลายครั้งยังกินเหล้าเหมือนเดิม เมียถึงเบื่อก็สมควรหอรอกที่เมียทิ้งไป”

“สร้างปัญหาให้ครอบครัว ก็สมควรหอรอกที่ครอบครัวเบื่อก่อน ไม่อยากดูแล”

“ถ้าผู้ป่วยอยากตาย แล้วพยายามฆ่าตัวตายถ้าป่วยขนาดนี้ก็ไม่น่าช่วยเหลือ ก็ควรปล่อยให้เขาตายตามที่เขาต้องการ จะไปเหนี่ยวรั้งทำไม”

ในการแก้ไขเรื่องนี้ต้องค้นหาความคิด ความเชื่อของบุคลากรที่มีความคิดเช่นนั้น และทำความเข้าใจ แก้ไขทัศนคติจากทางลบให้เป็นทางบวก เช่น

“แต่ละคนที่คิดและกระทำการฆ่าตัวตายคงคิดว่าไม่มีทางออกหมด หหมดหนทางต่อสู้อย่างไร เป็นความคิดที่เกิดขึ้นได้ในขณะที่มีความทุกข์ใจอย่างมาก เราเป็น

เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้ ต้องช่วยเหลือให้เขาผ่านพ้นและกลับมาใช้ชีวิตเหมือนเดิมให้ได้ เพราะว่าถ้าเรามีความรู้ แต่ยังไม่ช่วยแล้วใครจะช่วยคนเหล่านี้”

ขั้นตอนที่ 2 การเยี่ยมบ้าน

ในการประชุมวางแผนการเยี่ยมบ้าน ถ้าพบว่าทีมที่ติดตามเยี่ยมมีทัศนคติทางลบ หัวหน้าทีมควรทำความเข้าใจถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยที่ทีมสุขภาพไปเยี่ยมได้

1. การประเมินปัญหาขณะเยี่ยมบ้าน โดยการดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้

1.1 การสร้างสัมพันธภาพ ดำเนินการ โดย

1.1.1 กล่าวสวัสดีและทักทายในเรื่องต่างๆ ไป เช่น

“สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ.....ตำแหน่ง มาพร้อมกับ

เจ้าหน้าที่.....ตำแหน่ง.....”

“รับประทานอาหาร.....แล้วยัง”

“เป็นอย่างไรบ้างขณะอยู่บ้านช่วงนี้” “สุขสบายดีไหม”

“วันนี้อยู่บ้านกับใครบ้าง”

“วันนี้เรามาเยี่ยมคุณและครอบครัว มาถามข่าวคราวว่าเป็น

อย่างไร”

1.1.2 แจ้งวัตถุประสงค์ในการติดตามเยี่ยม โดยเน้นที่ประโยชน์ที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับจากการติดตามเยี่ยมเป็นสำคัญ เช่น

“วันนี้ทีมสุขภาพมาเยี่ยมคุณ.....และครอบครัว เพื่อติดตามผลการรักษาว่าเป็นอย่างไร มีปัญหาอะไรหรือไม่ เพื่อเราจะได้ร่วมมือกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น”

1.2 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยการประเมินภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตขณะดำรงชีวิตในชุมชน แนวทางในการประเมินขึ้นอยู่กับข้อมูลพื้นฐานเดิมที่ได้รับ ถ้าผู้ป่วยให้ความร่วมมือก็จะประเมินจากผู้ป่วยเป็นหลัก ประเด็นคำถามที่ควรถาม ได้แก่

“ทุกวันนี้อาการเป็นอย่างไรบ้าง”

“อาการที่เป็นปัญหาและรบกวนการใช้ชีวิตประจำวันมีหรือไม่” (ถ้าตอบว่ามีอาการ) ให้ถามต่อว่า “มีอาการอะไรและแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างไร ผลเป็นอย่างไร”

1.3 ประเมินสัญญาณเตือน (Warning sign) เช่น การพูดสั่งลา การเขียนจดหมายสั่งลา การเก็บข้าวของบริจาคเพราะคิดว่าไม่จำเป็นต้องใช้แล้วในชาตินี้ การเก็บสะสมอาวุธหรืออุปกรณ์ในการทำร้ายตนเอง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เคยพยายามฆ่าตัวตายโดยวิธีการใดก็มักจะใช้วิธีการเดิมๆ ฉะนั้นอุปกรณ์หรืออาวุธที่เก็บไว้เพื่อทำร้ายตนเองก็ใช้วิธีการเดิม เจ้าหน้าที่ที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยจึงควรตระหนักในเรื่องนี้ สำหรับข้อมูลในเรื่องเหล่านี้ส่วนใหญ่จะได้จากญาติผู้ป่วย

1.4 การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยการประเมินจาก

1.4.1 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือ

1.4.2 ประเมินร่วมกับการสอบถามผู้ป่วยว่ายังคงมีความคิดทำร้ายตนเอง

หรือไม่ เช่น

“ขณะนี้ยังมีความคิดทำร้ายตนเองให้ถึงแก่ชีวิตหรือไม่”

“ความคิดที่จะทำร้ายตนเองเกิดขึ้นรุนแรงในช่วงเวลาใด”

“จะทำร้ายตนเองโดยวิธีใด”

“มีช่วงใดที่ไม่มีความคิดเหล่านี้”

“มีเหตุผลหรือสาเหตุอะไรที่ทำให้ไม่มีความคิดเหล่านี้”

คำถาม 2 คำถามสุดท้ายเพื่อค้นหาศักยภาพของผู้ป่วยที่ช่วยให้ตนเองลดความคิดวนเวียนเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง

1.5 การค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ เพราะช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจผู้ป่วยให้ดำรงชีวิตอยู่ต่อไป โดยไม่คิดฆ่าตัวตาย ซึ่งอาจแบ่งออกเป็น 2 เรื่องใหญ่ๆ คือ

1.5.1 สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจเกี่ยวกับศาสนา ความเชื่อ ศาสนาทุกศาสนา เชื่อว่าการฆ่าสัตว์เป็นบาป การฆ่าตัวตายก็เป็นบาปเช่นกัน ในทางตรงข้ามอาจค้นพบความเชื่อเกี่ยวกับสิทธิต่างๆ ที่เชื่อถือว่าการฆ่าตนเอง เพื่อการเกิดไปสู่ภพที่ดีกว่าในชาติหน้า ก็จำเป็นต้องค้นหาเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือเช่นกัน

1.5.2 สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับบุคคล เช่น พ่อแม่ สามี ภรรยา และบุตร หรือบุคคลอันเป็นที่รัก บุคคลเหล่านี้ที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ถ้าทราบว่าผู้ป่วยฆ่าตัวตายจะรู้สึกเสียใจ ห่วงใย ผู้ป่วยอาจได้คิดเพราะมีบุคคลเหล่านี้ที่รักและผูกพันกับผู้ป่วยเสมอมา

1.6 การประเมินการรักษาด้วยยาและผลข้างเคียงของยา โดยการสอบถามถึงยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ในปัจจุบัน และขอดยาที่ผู้ป่วยเก็บเอาไว้ ตรวจสอบเม็ดยาที่เหลืออยู่ในซองว่าครบหรือไม่ หรือมีมากกว่าปกติให้ผู้ป่วยลองจัดยาให้ดูในแต่ละมื้อว่ามีอะไรบ้าง และตรวจสอบว่าผู้ป่วยจัดยาถูกต้องหรือไม่ ในการประเมินผลการรักษาและผลข้างเคียงของยา อาจใช้คำถามว่า

“ยาชุดนี้กินแล้วอาการเป็นอย่างไร”

“มีอาการใดที่ยังคงเป็นปัญหา”

“แก้ไขอาการที่เป็นปัญหาในเบื้องต้นอย่างไร”

ในการประเมินเรื่องเหล่านี้ข้อมูลที่พบว่าเป็นปัญหาจะได้นำไปแก้ไขปัญหามา และการช่วยเหลือต่อไป

1.7 การค้นหาคุณค่าของผู้ป่วยขณะดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน เช่น คุณค่าหรือความสามารถในการทำงานหารายได้เพื่อดำรงชีวิตในครอบครัว ความสามารถในการช่วยเหลือครอบครัว เช่น การทำงานบ้าน ปลูกผักสวนครัว ทำนา ทำไร่ เลี้ยงวัว เป็ด ไก่ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำมาสู่การชื่นชมให้กำลังใจผู้ป่วยให้เห็นคุณค่าของตนเอง

1.8 การค้นหาปัญหาด้านต่างๆ ของผู้ป่วยขณะดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือ เช่น มีความสามารถในการประกอบอาชีพ แต่ไม่มีงานทำ ปัญหาครอบครัวไม่เข้าใจ ดำเนิน และตอกย้ำความผิดพลาดในอดีต ความขัดแย้งกับคนในครอบครัว หรือสังคม ชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วย

2. การบำบัด รักษาและการช่วยเหลือ ดำเนินการดังนี้

2.1 การบูรณาการแผนการช่วยเหลือ โดยการนำแผนการช่วยเหลือตามการวางแผนเดิมที่วางไว้ก่อนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย บูรณาการร่วมกับปัญหาที่ประเมินได้ขณะติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และแก้ไขตามปัญหาที่เกิดขึ้นและการประเมินผล ในที่นี้จะกล่าวถึงการแก้ไขปัญห เฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยพิจารณาผลการสอบถามผู้ป่วยพบว่า

2.1.1 ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คะแนนแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเท่ากับ 0 คะแนน และการสอบถามผู้ป่วยและญาติพบว่าไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย และไม่มีสัญญาณเตือนต่างๆ ที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยจะฆ่าตัวตาย

2.1.2 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การประเมินแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้คำถาม 8Q (รายละเอียดศึกษาได้ในภาคผนวก) และจากการสอบถามผู้ป่วยและญาติมีความคิดฆ่าตัวตาย มีแผนการพยายามฆ่าตัวตายชัดเจน มีวิธีการฆ่าตัวตายที่รุนแรง และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้สำเร็จ เช่น การใช้ปืนยิง การผูกคอตาย การใช้มีดแทงหรือกรีดข้อมือ การกระโดดจากที่สูงหรือการกระโดดน้ำตาย สำหรับเวลาและสถานที่เป็นเวลาและสถานที่ที่สามารถทำได้สำเร็จโดยง่าย นอกจากนี้ยังขาดเป้าหมายและสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่ทำให้ต้องการมีชีวิตต่อไป

ในกรณีพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้การช่วยเหลือดังนี้

1) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ความรู้สึกที่ทำให้ตนเองไม่สบายใจ ทุกข์ใจและนำไปสู่การฆ่าตัวตาย โดยการฟังอย่างตั้งใจ ไม่ได้แย้ง แต่ใช้วิธีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดระบายออกมามากที่สุด เทคนิคที่ใช้ได้ผลดีคือ การฟัง การสะท้อนความรู้สึก การทวนความ การเรียบ การสรุปความ

2) ให้ผู้ป่วยบอกถึงผลกระทบของการฆ่าตัวตาย ทั้งประโยชน์และผลเสียของการฆ่าตัวตายว่ามีผลกระทบต่อตนเอง ญาติหรือคนในครอบครัวอย่างไรบ้าง

3) เชื่อมโยงความคิดหรือการกระทำที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย
สำเร็จกับสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่ผู้ป่วยยึดถือเป็นอย่างไร ผู้ที่ผู้ป่วยรักและผูกพันจะรู้สึกอย่างไร
เช่น

“เท่าที่ฟังยายเล่ายายรักลูกมาก ลูกก็รักยายมากถ้ายาย
เป็นอะไรไปเสียคน ลูกจะอยู่อย่างไร”

“คุณนับถือศาสนาพุทธและคุณก็บอกว่าการฆ่าตัวตาย
เป็นบาป เป็นสิ่งไม่ดี แต่คุณยังคงมีความคิดจะพยายามฆ่าตัวตายอีก คุณมีความคิดเห็นอย่างไรกับ
เรื่องนี้”

“ส่งสารลูกนะลูกยังเล็กอยู่ ถ้าคุณเป็นอะไรไปแล้วลูกๆ
จะอยู่กับใคร คนอื่นจะรักลูกเราแค่ไหนก็ไม่เท่าคนเป็นแม่รักและห่วงใยดอก”

“คุณเสียใจมากเมื่อรู้ว่าสามีนอกใจคุณ คุณไม่คิดอยากมี
ชีวิตอยู่ คุณใช้ชีวิตอยู่กับสามี 8 ปี และคุณรู้สึกผูกพันกับเขามาก แล้วความรู้สึกของคุณแม่ที่รักและ
เลี้ยงดูช่วยเหลือคุณมาตลอด 30 ปี จะเป็นอย่างไร ถ้ารู้ว่าลูกพยายามฆ่าตัวตายและไม่ได้อยู่กับท่าน
อีกต่อไป”

“ ถ้าคุณแม่ของคุณทราบว่าคุณหย่ากับสามีกับทราบข่าว
ว่าคุณทำร้ายตนเองจนเสียชีวิต คุณคิดว่าข่าวไหนที่คุณแม่เสียใจมากที่สุด”

4) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า เพื่อให้ผู้ป่วยมี
กำลังใจในการดำรงชีวิต โดยนำศักยภาพในตัวผู้ป่วยที่ค้นหาได้มาชื่นชม เช่น

“คุณเป็นคนเก่งมีความสามารถจากการทำงานในอดีต
คุณบอกว่าคุณช่วยเหลือคนที่ตกทุกข์ได้ยากมาตลอด และแต่ละคนก็ผ่านพ้นปัญหาวิกฤตในชีวิตได้
ด้วยดี มีความสุข ขณะนี้คุณคงต้องใช้ความสามารถเหล่านี้มาช่วยตนเองให้ผ่านพ้นปัญหาทุกข์ใจให้
ได้เช่นกัน ซึ่งฉันคิดว่าคุณสามารถทำได้แน่นอน”

“เท่าที่คุยกับคุณและญาติพบว่าคุณทำงานรับผิดชอบ
ครอบครัวได้ดี ไม่มีขาดตกบกพร่องทั้งงานบ้าน การดูแลลูกและสามี การประกอบอาชีพ และทุก
คนในครอบครัวก็มีความสุขที่คุณกลับมาเหมือนเดิมอีก”

5) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ดี โดยการมองจุดดี
จุดเด่นที่ตนเองมีอยู่และชื่นชมจุดเด่นเหล่านั้น ย่อมทำให้เกิดกำลังใจในการดำรงชีวิตมากกว่าการ
มองจุดด้อยของตนเองและเปรียบเทียบกับคนอื่นที่เหนือกว่าเราตลอดเวลา ฉะนั้นถ้าเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขค้นหาจุดเด่นและนำมาชื่นชม ตลอดจนกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองตนเองในแง่บวกและมอง
ผู้อื่นที่ด้อยกว่าย่อมเกิดกำลังใจในการดำรงชีวิต เช่น

“เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับคุณไม่ได้มีเฉพาะคุณคนเดียว มีหลายคนในหมู่บ้านนี้ก็เป็นเช่นคุณตามที่คุณบอก แต่คุณยังมีโอกาสดีกว่าอีกหลายคน คือ คุณมีบ้าน มีรถ มีญาติพี่น้อง มีลูกคอยดูแลช่วยเหลือคุณตลอดมา”

6) การวางเป้าหมายในชีวิต ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักมองตนเองว่าสิ้นหวัง (Hopelessness) ไม่รู้จะอยู่ต่อไปทำไม ปัญหาที่มีอยู่มากมายท่วมทับจนไม่สามารถแก้ไขได้เลย (Helplessness) และตนเองก็ไม่มีค่า ไม่มีประโยชน์กับใครต่อไป (Worthlessness) ฉะนั้นการแก้ไขปัญหาก็ต้องคำนึงถึง 3 เรื่องนี้ด้วย โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยวางเป้าหมายในการดำรงชีวิตต่อไป เช่น

ผู้รับบริการ “ฉันคงต้องต่อสู้ต่อไปเพื่อเป็นหลักให้ลูก ถึงลูกจะไม่มีพ่อแต่ยังมีแม่อยู่ ฉันจะพยายามทำหน้าที่ให้ดีที่สุด เพื่อให้ลูกได้เรียนหนังสือ เป็นเด็กดี มีอนาคต”

7) การแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยที่มีความพยายามฆ่าตัวตายเพราะคิดว่าตนเองไม่มีทางออกปัญหานี้ใหญ่หลวงนัก ฉะนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยได้มองเห็นปัญหาว่ามีปัญหาอะไรบ้าง และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาว่าปัญหาใดควรแก้ไขก่อนหลัง หรือบางปัญหาเมื่อแก้ไขเรื่องนี้ได้แล้ว ปัญหาอื่นๆ ก็จะหมดไป เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรช่วยผู้ป่วยในเรื่องนี้ แต่การแก้ไขปัญหาก็เป็นผู้ป่วยเองและญาติร่วมกันแก้ไข

8) ความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่มีค่าและไม่มีประโยชน์ต่อครอบครัว สังคม บางครั้งเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่คิดไปเอง การพิสูจน์ความคิด ตามเรื่องนี้โดยการให้คนในครอบครัวบอกความรู้สึกที่แท้จริงแก่ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกดีขึ้น อย่างไรก็ตามการพิสูจน์ความคิด ความเชื่อเรื่องนี้ต้องดำเนินการภายใต้การสอบถามความคิด ความรู้สึกของญาติและสังคมก่อน ถ้าเป็นความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยในทางที่ดีก็ให้บอกความรู้สึกนี้ต่อผู้ป่วย แต่ถ้าเป็นความรู้สึกทางลบก็ควรให้การปรึกษากับญาติเพื่อทราบสาเหตุที่ทำให้ญาติหรือสังคมมีมุมมองอย่างนั้น และหาทางแก้ไขปัญหาจากความรู้สึกทางลบ เป็นความรู้สึกทางบวก

9) การลดความคิดวนเวียนเกี่ยวกับเรื่องที่ทำให้ทุกข์ใจ ผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักคิดวนเวียนแต่เรื่องที่ทำให้ตนเองทุกข์ใจ ไม่สบายใจตลอดเวลา เมื่อไม่สามารถลดความทุกข์ในเรื่องนี้เพราะการคิดวนเวียนมักต่อเติมเรื่องที่คิดให้ทุกข์ใจมากยิ่งขึ้น ทำให้มีความรู้สึกท้อแท้หมดหนทางแก้ไข ไม่มีทางออก ฉะนั้นสิ่งสำคัญต้องให้ผู้ป่วยหากิจกรรมทำเพื่อให้งานชิ้นนั้นสำเร็จ จากประสบการณ์การติดตามเยี่ยมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ให้เหตุผลที่เป็นข้อดีในเรื่องนี้ว่า

“ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือคิดฆ่าตัวตายต้องให้เขาทำงานให้เพลิดเพลินไป อาจให้ทำงานกับลูก กับครอบครัว หรือทำงานร่วมกับเพื่อนๆ จะได้ไม่

เวลาคิดเรื่องอื่นนอกกลุ่มนอกทาง อีกอย่างเป็นการไม่ให้เขาอยู่คนเดียว เขาจะได้ข้อคิดว่ามีคนรักและห่วงเขาอยู่นะ”

10) ปัญหาการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยา หากพบว่าผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง ต้องถามถึงเหตุผล หรือความคิด ความเชื่อมั่น และแก้ไขปัญหาคตามาคที่ค้นหาได้ ในกรณีผู้ป่วยมีผลข้างเคียงของยา และพบว่าถ้าปฏิบัติตามคำแนะนำเบื้องต้นแล้ว (รายละเอียดการช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น อยู่ในภาคผนวก) ไม่ดีขึ้นต้องประสานงานกับแพทย์ผู้รักษาเพื่อปรับเปลี่ยนยา อย่างไรก็ตามหากพบว่ามีผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น ทั้งที่รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างถูกต้อง ก็ต้องพิจารณาประสานแพทย์ผู้รักษาเพื่อปรับเปลี่ยนยาต่อไป

11) การทำหน้าที่เป็นผู้ประสานความช่วยเหลือให้แก่ผู้ป่วย ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว บางครั้งอาจพบว่า ผู้ป่วยมีเรื่องที่ต้องการความช่วยเหลือ เช่น การหางานทำเพื่อมีรายได้ การทำบัตรผู้พิการ การทำบัตรผู้สูงอายุ เป็นต้น เจ้าหน้าที่ควรทำหน้าที่เป็นผู้ประสานความช่วยเหลือกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น สวัสดิการสังคมของเทศบาล ประชานชุมชน เจ้าของโรงงานต่างๆในพื้นที่ หรือพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัดนั้นๆ เพื่อให้เกิดการดำเนินการช่วยเหลือในเรื่องดังกล่าว

หมายเหตุ ในกรณีที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยแล้วพบว่าผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความช่วยเหลือ ตามข้อ 4-11 อย่างไรก็ตามหากมีความจำเป็นอาจให้เบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วยหรือครอบครัวได้ติดต่อกับเจ้าหน้าที่เมื่อมีเหตุการณ์ที่ต้องการความช่วยเหลือ

3. การสรุปผลการเยี่ยมบ้าน

การสรุปผลการเยี่ยมบ้านและยุติการเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง ในการเยี่ยมบ้านหากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ดำเนินการเยี่ยมบ้านครบตามแผนที่วางไว้ ให้สรุปผลการเยี่ยมบ้านให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ โดยเริ่มจากอาการและปัญหาที่พบจากการติดตามเยี่ยมและการแก้ไข ปัญหา และผลเป็นอย่างไรในแต่ละครั้ง นัดหมายการติดตามเยี่ยมในครั้งต่อไป เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวถามปัญหาที่ยังไม่ได้ถามหรือค้างคาใจ และให้แสดงความรู้สึกต่อการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งนี้ของเจ้าหน้าที่ก่อนกล่าวลาและยุติการเยี่ยม

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล ในการประเมินผลการเยี่ยมบ้านของทีมสุขภาพภายหลังการเยี่ยมบ้าน ควรประเมินร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อพิจารณาว่าควรส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยงานอื่น เยี่ยมบ้านต่อไป หรือยุติการเยี่ยมบ้าน

3.1 การพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยงานอื่น ในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ถึงแม้ว่าให้การช่วยเหลือตามขั้นตอนดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้ป่วยยังมีความพยายามฆ่าตัวตายเช่นเดิม การแนะนำให้ญาติผู้ป่วยดูแลอย่างใกล้ชิด และคอยให้กำลังใจ เป็นที่

ปรึกษาแก่ผู้ป่วยมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในขณะที่เวลานี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรปรึกษาหน่วยงานที่เหนือกว่า เช่น โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด หรือโรงพยาบาลจิตเวชที่ใกล้บ้านเพื่อปรึกษาแนวทางการรักษาเบื้องต้น ซึ่งบางครั้งแพทย์ต้องปรับแผนการรักษาทั้งกินยาและยาฉีด แนะนำวิธีการช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น แต่บางครั้งก็อาจจำเป็นต้องนำผู้ป่วยไปรับบริการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชใกล้บ้านต่อไป ฉะนั้นการตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรรักษาอยู่ที่บ้านหรือรับการรักษาในโรงพยาบาล ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจร่วมกันกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในระดับเหนือกว่า

3.2 การยุติการเยี่ยมบ้าน การพิจารณาว่าสมควรยุติการเยี่ยมบ้านหรือไม่ ควรพิจารณาจากคะแนนแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายว่า ปัจจุบันผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแล้ว พิจารณาร่วมกับการประเมินอาการจากการสอบถามผู้ป่วยว่าไม่มีความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายด้วย มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติ จึงยุติการเยี่ยมบ้าน อย่างไรก็ตามควรให้ อสม. ที่รับผิดชอบดูแลต่อเนื่อง หากพบอาการที่ผิดปกติตามแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ว่ามีคะแนนอยู่ในกลุ่มเสี่ยงก็ให้ประสานงานให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบ เพื่อประเมินอาการและเริ่มกระบวนการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องต่อไป อย่างไรก็ตามหากเคยพยายามฆ่าตัวตายเร็วๆ นี้ ทีมสุขภาพจิตที่ติดตามเยี่ยมต้องเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 3 เดือน เนื่องจากมีงานวิจัยยืนยันว่าผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะกระทำการซ้ำภายใน 3 เดือน หรือ 90 วัน โดยในช่วงที่มีปัญหามักอาจเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

การสรุปรายงานภายหลังการติดตามเยี่ยม ภายหลังการติดตามเยี่ยมทุกครั้ง ควรทำสรุปรายงานการติดตามเยี่ยมบ้าน และหากต้องเยี่ยมต่อไป ควรวางแผนด้วยว่าต่อไปจะติดตามเรื่องอะไรบ้าง เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวก็เป็นสิ่งสำคัญ เพราะเป็นการประเมินผลการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ และนำผลการประเมินที่ได้รับมาปรับปรุงคุณภาพบริการต่อไป

ส่วนที่ 3 ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยล้มเลิกความคิดฆ่าตัวตาย

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เคยพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ และภายหลังล้มเลิกความคิดฆ่าตัวตาย เนื่องจากปัจจัยดังนี้

3.1 ญาติผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยและญาติมีความสัมพันธ์ที่ดี ดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน เป็นที่ปรึกษาปัญหา รับฟังปัญหา ช่วยแก้ไขปัญหา ให้กำลังใจ ไม่ตำหนิ คอยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งสัญญาณเตือน เช่น ผู้ป่วยพูดบอบบ่อยๆ ว่าเบื่อ อยากอยู่คนเดียว ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร ถ้าญาติสนใจสิ่งที่เกิดขึ้น และสอบถามด้วยความห่วงใย คอยช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ แต่ไม่ให้เฝ้าผู้ป่วยมากเกินไป จนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกระแวง ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ฆ่าตัวตาย ในทางตรงข้ามถ้าญาติมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับผู้ป่วย มีความ

ขัดแย้งกัน ไม่พูดคุยกันในครอบครัว และมีพฤติกรรมในทางตรงกันข้ามกับที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ป่วยค่อนข้างเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ ตัวอย่างเช่น

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า ญาติบ่นตำหนิ

“สมควรตายแล้วมึง ผัวทิ้งมึงไปก็ทำให้กูลำบากไปด้วย ต้องคอยดูแลพาไปหาหมอ แล้วยังมาฆ่าตัวตายอีก ไม่คิดถึงคนอื่นเลยว่าเขาห่วงขนาดไหน”

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็สามารถใช้คำพูดสะท้อนมุมมองด้านบวกให้ผู้ป่วยเห็น

“ที่ญาติพูด บ่น คุณก็เพราะญาติรักและห่วงใย อยากให้คุณกลับมาเหมือนเดิม”

3.2 ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ได้แก่

3.2.1 คนในครอบครัว อยากอยู่เพื่อลูก เพื่อหลาน ซึ่งอยู่ในความดูแลของตนเอง เช่น สามีเป็นโรคกระดูกทับเส้น ทำให้เดินไม่สะดวก ถ้าตัวเองเป็นอะไรไปครอบครัวคงลำบาก

3.2.2 ศาสนา คำสั่งสอนของศาสนาถือว่าการฆ่าตัวตายเป็นบาป จึงคิดว่าต่อไปจะไม่ทำอีกแล้ว

3.3 เพื่อนบ้านเข้าใจ ให้กำลังใจ เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ตนเองฆ่าตัวตาย โดยการผูกคอตาย เพื่อนบ้านรีบเข้ามาช่วยเหลือ ตัดเชือก และช่วยกันแก้เชือก บีบนวด ให้อาบน้ำ และบอกว่า “อย่าทำแบบนี้อีก ลูกยังเล็กอยู่ กำลังเรียน ถ้าเจ้าไม่อยู่แล้วใครจะเป็นคนดูแลมัน สงสารมันนะใครจะดูแลลูกได้ดีได้เท่าแม่ไม่มีหรอก”

3.4 ปัญหาที่ทำให้ทุกข์ใจมีแนวทางแก้ไข เช่น ปัญหาเรื่องหนี้สิน ครอบครัวช่วยกันวางแผนจะหารายได้ เพื่อแก้ไขปัญหาระยะนี้ หรือการปรับตัวปรับใจได้ภายหลังการสูญเสียของรักหรือบุคคลอันเป็นที่รัก โดยมองว่าการสูญเสียที่เกิดขึ้นไม่ใช่เกิดกับเราเพียงคนเดียว แต่มีโอกาสดังเกิดขึ้นได้กับทุกคนถ้าเรายังอดทนสู้ และมีชีวิตอยู่ต่อไปปัญหาต่างๆ ย่อมได้รับการแก้ไขเสมอ

3.5 คำพูดหรือการเตือนสติจากผู้บำบัด ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลายคนเคยไปรับบริการการปรึกษาจากโรงพยาบาล การได้ข้อคิดจากผู้บำบัดทำให้เลิกล้มการพยายามฆ่าตัวตายลงได้ เช่น คำพูดที่เตือนสติว่า

“ความรักที่คุณเสียไปเป็นความรักของสามีซึ่งมาใช้ชีวิตอยู่กับคุณไม่กี่ปี และสามีก็ไปมีภรรยาใหม่ แล้วไม่คิดหวนกลับมาหาคุณ แต่คุณยังมีความรักที่ให้คุณ ห่วงใยคุณมาตลอดอายุ 30 ปีของคุณ คือ คุณพ่อและคุณแม่ อยากให้คุณคิดถึงความรักที่คุณยังคงมีอยู่ และเป็นกำลังใจให้คุณเสมอมาด้วย”

“เท่าที่ฟังคุณเล่าทุกคนในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และทีมการรักษาพยาบาล ห่วงใย และพยายามช่วยเหลือคุณเมื่อคุณพบความสูญเสียในชีวิต แต่คนที่ต้องทำให้สำเร็จและผ่านพ้นเรื่องนี้ไปให้ได้คือ ตัวคุณเอง”

3.6 ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการดำรงชีวิต ส่วนใหญ่ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายเดิมอาจไม่มีเป้าหมายในชีวิตว่าจะมีอนาคตอย่างไร อยู่เพื่อใคร มีชีวิตต่อไปทำไม การช่วยให้

ผู้พยายามฆ่าตัวตายวางแผนมาอย่างดีชัดเจน เช่น อยู่เพื่อเป็นที่พึ่งของลูก ของบิดา มารดา อยู่เพื่อให้คนในครอบครัวเป็นที่ปรึกษา เป็นกำลังใจเพื่อให้ลูกสำเร็จการศึกษา มีครอบครัว เลี้ยงดูหลาน เป็นต้น

ส่วนที่ 4 ญาติพลังสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

4.1 การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้เวลาเยี่ยมหรือดูแลผู้ป่วยไม่มากนัก แต่ผู้ที่ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา คือ ญาติผู้ป่วยนั่นเอง การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน จึงเป็นสิ่งสำคัญมาก ซึ่งควรปฏิบัติดังนี้

4.1.1 ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยดื่มเหล้า เพราะทำให้อาการกำเริบ ควบคุมตัวเองไม่ได้ และอาจพยายามฆ่าตัวตาย เพราะขาดสติในการควบคุมตนเอง

4.1.2 วางแผนแก้ไขปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ใจจนเป็นต้นเหตุให้ฆ่าตัวตาย เช่น มีหนี้สินมาก กู้วางแผนหาเงินใช้หนี้ร่วมกันเท่าที่ความสามารถของญาติจะทำได้ หรือการขอประណอมหนี้กับเจ้าหนี้

4.1.3 นำผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ให้อยู่ว่างๆ เช่น ทำงาน ทำนา หาปลา นอกจากนี้การพาผู้ป่วยเข้าวัดฟังเทศน์ ฟังธรรม นั่งสมาธิ เพราะคนไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ การเข้าวัดจะได้ข้อคิดจากคำสั่งสอนของศาสนา โดยเฉพาะเรื่องการทำร้ายตัวเองถึงกับสูญเสียชีวิตเป็นบาปอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว อาจคิดวนเวียนแต่เรื่องที่ ทำให้ตนเองเป็นทุกข์

4.1.4 ไม่พูดว่ากล่าว หรือตำหนิในสิ่งที่ผิดพลาดในอดีต แต่คอยให้กำลังใจ เป็นที่ปรึกษา และระบายความทุกข์ใจของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น

ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย “ฉันไม่มีทางออกเจ้าหนี้ยกยทวงถาม คอยบีบคั้น ฉันคิดว่าฆ่าตัวตายคงพ้นทุกข์”

ญาติ (สามี) “พอผมฟังอย่างนี้ก็เข้าใจเขา ปรับตัวเอง คอยรับฟังเขา และให้กำลังใจ หนัที่เกิฉขึ้นเราจะพยายามหามาใช้ เราต้องช่วยกันก็คงผ่านพ้นไปได้”

“ลูกเรายังเล็กอยู่ ถ้าเจ้าเป็นอะไรไปครอบครัวจะเป็นอย่างไร”

4.1.5 สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น สีหน้าที่เศร้าซึมและร้องไห้บ่อยกว่าเดิม พูดถึงเรื่องความตายบ่อยๆ และมีการวางแผนฆ่าตัวตาย มีคำพูดหรือสัญญาณเตือนว่าผู้ป่วยจะฆ่าตัวตาย เช่น การสั่งลาคนในครอบครัว สะสมอุปกรณ์ในการฆ่าตัวตาย อาการซึมเศร้า เปลี่ยนเป็นร่าเริงผิดปกติ สิ่งเหล่านี้เป็นความเสี่ยงที่สำคัญ ซึ่งญาติควรมีความรู้ ความเข้าใจในการสังเกตอาการเหล่านี้ และประสานงานให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบเพื่อให้การดูแลรักษาอย่างทันท่วงที

4.2 ปัญหาที่พบได้ในการเยี่ยมบ้านผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

4.2.1 กรณีญาติไม่ยอมให้เจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้าน มีวิธีการแก้ปัญหา หลายวิธี ดังนี้

1) ให้ อสม. ไปเยี่ยมเบื้องต้นก่อน เพราะ อสม. จะคุ้นเคยกับญาติ ภายหลัง อสม. เยี่ยมบ้านแล้ว ให้รายงานอาการให้ทราบ ในการเยี่ยมบ้านควรให้ความรู้เบื้องต้นแก่ อสม. ในการพูดคุย ซักถาม และใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย นำไปใช้ในการประเมินผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย นอกจากนี้ควรหาข้อมูลเพิ่มเติมจาก อสม. ว่าเพราะอะไร จึงไม่ยอมให้เจ้าหน้าที่ไปเยี่ยม ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการเยี่ยมบ้านต่อไป

2) นอกจากวิธีที่ 1 แล้ว อาจใช้วิธีการที่ 2 โดยการศึกษาจาก family folder ว่าในครอบครัวมีใครเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ หรือไม่ หรือมีโครงการใดที่ต้องรณรงค์ในช่วงนี้ เช่น การกำจัดลูกน้ำยุงลาย การค้นหากลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง เจ้าหน้าที่เข้าไปเยี่ยมผู้ป่วย โดยใช้กลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ก่อน โดยเยี่ยมผู้ป่วยโรคทางกาย หรือดำเนินงานตามโครงการที่รณรงค์ เมื่อเกิดความคุ้นเคย และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จึงติดตามเยี่ยมผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในครอบครัว

อย่างไรก็ตาม การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ความคุ้นเคย ความไว้วางใจกับคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบ ควรทำเป็นประจำและสม่ำเสมอ เพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ และดูแลคนในชุมชนตั้งแต่เกิดจนตายอยู่แล้ว และสิ่งสำคัญของการไปเยี่ยมครอบครัวผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ต้องทำให้เขามั่นใจและเชื่อใจว่าเราไปเพื่อให้ความช่วยเหลือ ไม่ได้ไปจ้องจับผิด หรือตำหนิคนในครอบครัวถึงปัญหาที่เกิดขึ้น

4.2.2 ญาติผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีปัญหาสุขภาพจิต

ในการเยี่ยมบ้านผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หากพบว่าญาติที่ดูแลผู้ป่วยมีความเครียด เบื่อหน่ายไม่เข้าใจในการดูแลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ติดตามเยี่ยม ควรดำเนินการดังนี้

1) ประเมินภาวะสุขภาพ เปิดโอกาสให้ญาติเล่าถึงอาการ ความรู้สึก หรือปัญหาที่เกิดขึ้น และสรุปประเด็นปัญหาที่สำคัญ โดยใช้กระบวนการให้การปรึกษา บางครั้งอาจจำเป็นต้องใช้กับญาติผู้ป่วยด้วยเครื่องมือที่ช่วยในการประเมิน เช่น แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือแบบวัดความเครียด (รายละเอียดในภาคผนวก)

2) ให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นตามประเด็นปัญหา บางครั้งญาติต้องการความช่วยเหลือในการประสานงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ เช่น การทำใบรับรองความพิการ บัตรสวัสดิการผู้สูงอายุ หรือประสานงานด้านอาชีพ ควรช่วยเหลือในด้านการประสานงานเท่าที่ทำได้ ช่วยให้สัมพันธภาพและความไว้วางใจต่อบุคลากรสาธารณสุขดียิ่งขึ้น

3) หากประเมินพบว่าญาติอยู่ในขั้นเจ็บป่วยสมควรได้รับการรักษา ควรให้คำแนะนำแก่ญาติถึงช่องทางการไปรับบริการที่ PCU หรือผู้อำนวยการแนะนำให้ญาติไปรับบริการตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

4) ในการติดตามเยี่ยมครอบครัวผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ขอให้คำนึงถึงเสมอว่า ญาติเป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน การให้กำลังใจในสิ่งที่ญาติทำได้ดี ย่อมเป็นกำลังใจที่สำคัญให้ญาติ และผู้พยายามฆ่าตัวตายดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขในชุมชนสืบไป

ส่วนที่ 5 คุณลักษณะของผู้ที่ติดตามเยี่ยมครอบครัวผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

5.1 คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่ PCU ที่ไปเยี่ยมบ้านผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

5.1.1 มีท่าทีเป็นมิตร อ่อนน้อม ถ่อมตน ยิ้มแย้มแจ่มใส ไม่แสดงท่าทีเหนือกว่า หรือแสดงตนไปเป็นนาย การไหว้ทักทายผู้ป่วยและญาติขณะไปเยี่ยมบ้านก็ช่วยให้ญาติและครอบครัวรู้สึกดีที่เราไปพบแบบญาติ

5.1.2 ไม่อคติกับผู้ป่วยจิตเวช หรือมีทัศนคติในทางลบกับผู้ป่วย คิดว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่ต้องการช่วยเหลือ เพื่อให้เขาได้ปรับตัวและสามารถดำรงชีวิตอยู่

5.1.3 รักษาความลับของผู้ป่วย

5.1.4 ควบคุมอารมณ์ตนเองได้ดี เพราะการเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วย อาจถูกผู้ป่วยก้าวร้าว ทั้งกริยา ท่าทาง คำพูด ต้องควบคุมอารมณ์ พร้อมทั้งจะช่วยเหลือ ไม่ใช่แสดงท่าทางกลัวผู้ป่วย หรือทะเลาะกับผู้ป่วยหรือครอบครัว

5.1.5 ประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดีในการครองตน ถูกต้องตามจารีต ประเพณีในชุมชน เช่น ไม่ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ไม่เล่นการพนัน ไม่ผิดลูกเมียใคร หรือนอกใจสามี เพราะการเป็นผู้ให้บริการในชุมชน จะเป็นที่รู้จักอย่างกว้างขวางของคนในชุมชน การประพฤติดนที่ดีทำให้คนในชุมชนเชื่อถือ ศรัทธาและเชื่อมั่นในบริการดูแลช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

5.2 คุณลักษณะของเครือข่ายในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในชุมชน

การสร้างเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือดูแลผู้ที่ฆ่าตัวตายในชุมชน เครือข่ายในที่นี้อาจหมายถึง อสม. จิตอาสา ญาติผู้ป่วย หรือผู้นำชุมชน ซึ่งควรมีลักษณะ ดังนี้

5.2.1 ทำงานเสียสละ จริงใจ ไม่หวังผลตอบแทน เพราะการทำงานโดยหวังว่าจะได้รับค่าตอบแทนเป็นเงิน จะเกิดปัญหาว่าเมื่อไม่มีเงินก็ไม่ทำงาน ฉะนั้น การสร้างคุณค่าในการทำงานที่สำเร็จ โดยการชื่นชมในการทำสิ่งดีๆ ให้เกิดในสังคมจะเป็นความสุขที่ยั่งยืนกว่า

5.2.2 ไม่อคติกับผู้ป่วยจิตเวช หรือมีทัศนคติในทางลบกับผู้ป่วยจิตเวช เพราะการมีอคติกับผู้ป่วย จะแสดงออกได้ทั้งทางพฤติกรรมการแสดงออกและการพูดจา ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ได้

5.2.3 เป็นมิตรกับคนอื่น ชุมชนให้ความเคารพนับถือ

1. ให้ความรู้ทักษะที่จำเป็นในการดูแลช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายแก่เครือข่ายอย่างสม่ำเสมอในรูปแบบของการอบรม สอนงาน ประชุมสัมมนาเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ก่อนลงมือปฏิบัติจริง

2. เสริมสร้างแรงจูงใจ และคุณค่าในการทำงานแก่เครือข่าย โดยเน้นการชื่นชม ผู้ที่ปฏิบัติงานได้ดีในที่ประชุม เพื่อเป็นแบบอย่างแก่คนอื่นๆ ในชุมชน ในการแข่งขันกันทำสิ่งดีๆ ให้เกิดขึ้น การเสริมสร้างแรงจูงใจ อาจทำได้ตั้งแต่การชมเชย การให้รางวัลหรือการให้ไปประกาศเกียรติคุณ โล่เกียรติยศ เป็นต้น

3. มีการติดตามผลการดำเนินงานในการประชุมประจำเดือน โดยให้รายงานผลการค้นหา กลุ่มเสี่ยง การช่วยเหลือ การส่งต่อ และสรุปผลการดำเนินงาน

4. มีการนำเสนอผลการดำเนินงานในภาพรวมทุก 3-6 เดือน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในชุมชนของตนเอง และชุมชนอื่นๆ สนับสนุนให้มีการขยายผลการดำเนินการเพิ่มเติม เพื่อต่อยอดการดำเนินการที่มีอยู่ให้ดียิ่งขึ้น

5. ศึกษาดูงานในชุมชนอื่นๆ ที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาบริการของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

6. การหาช่องทางเมื่อมีโอกาที่จะให้เครือข่ายมีแหล่งสนับสนุนต่างๆ เท่าที่ทำได้ เช่น การขอสนับสนุนค่าอาหารจากเทศบาลให้เครือข่าย หรือการบูรณาการโครงการกรมสุขภาพจิต เพื่อให้ได้งบประมาณดำเนินการ โดยแทรกอยู่ในกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ตามวัย ก็ช่วยให้ชุมชนและเครือข่ายตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ เช่น วันสงกรานต์ มีการรดน้ำดำหัวขอพรผู้สูงอายุ ก็ใช้แบบประเพณีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไปประเพณีผู้สูงอายุ และให้การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อผลการประเมินพบว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยง

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การสร้างความเข้มแข็งทางใจ. การประชุมวิชาการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 8 เรื่อง “เสริมสร้างชีวิต ฝ่าวิกฤติโลกนี้”. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2551.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการให้การปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี : สำนักงานกิจการโรงพยาบาลการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2546.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี RQ พลังสุขภาพจิต. นนทบุรี : สำนักสุขภาพจิตสังคม; 2552.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. พลังสุขภาพจิตเปลี่ยนวิกฤตเป็นโอกาส. สำนักสุขภาพจิตสังคม : นนทบุรี; 2553.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการประชุมเรื่อง การบริหารรายงานการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทางกาย. โรงแรมมารวยการ์เด็น กรุงเทพฯ ; 2553.
- กัลยา โสภากุล. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลสวนปรุง. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. สุขภาพทางจิตวิญญาณ. กรุงเทพฯ : สำนักงานวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.); 2545.
- จุมภฏ พรหมสีดา. การใช้จิตเวชสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2547.
- ชนิกา เจริญจิตต์กุล. จิตวิญญาณ : การดูแล. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ; 2539.
- ณัฐกร จำปาทอง. จิตเวชบูรณาการสู่ผู้เชี่ยวชาญปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น : คลังนาวิทยา; 2552.
- ทวี ตั้งเสรี, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, รัชชัย ฤกษ์ประกรกิจ, กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, วรสรรพ ปรัชญคุปต์ และคณะ. การพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. ขอนแก่น: พระธรรมขันธ์; 2550.
- บุญยก พธิพรอนันต์. ฆ่าตัวตายเพราะโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ : ส.เจริญการพิมพ์; 2550.
- พรจันทร์ สุวรรณชาติ. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลในมิติจิตวิญญาณ. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2534.
- พีระศักดิ์ เลิศตระการนนท์. จิตวิญญาณ จิตธรรม จิตเหนือสำนึก. (Online) Available from :

- <http://www.Thaipost.Net/sunday2081109213205>. [2003 Oct 7].
- ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. จิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน. เชียงใหม่ : นันทพันธ์; 2542.
- มาโนช หล่อตระกูล. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์; 2546.
- มาโนช หล่อตระกูล. พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ : อุษาการพิมพ์; 2546.
- สมภพ เรืองตระกูล. โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2546.
- สมศรี เตกฉัตร. สร้างความหวังเติมกำลังใจผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย. ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2552. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2552.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. การพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์ปออง; 2545.
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. สุขภาพทางสังคมและจิตวิญญาณ. นนทบุรี : เซ็นจูรี่; 2544.
- อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม. สุขภาพจิตทางวิญญาณ. (Online) Available from : http://www.jogandjoy.com/html/columns_march/souli.html. [2003 October 7]
- อุทัยวรรณ สุกิมานิล. การบริการปฐมภูมิ (Primary Care). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สร้างสื่อ; 2550.
- Ameling A, and Povilonis M. Spirituality meaning, mental health and nursing. Journal of Psychosocial Nursing 2001; 394: 15-20.
- Anandarajah G, and High E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a tool for spiritual. Am Fam Physician 2001;63:81-9.
- Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, Katz II, Schonberg HC, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. JAMA 2004;291:1081-1091.
- Carington J. Spirituality and recovery : relationships between levels of spirituality, contentment, and stress during recovery from alcoholism in AA. Alcoholism Treatment Quarterly 1989; 6: 151-156.
- Carroll S. Spirituality and purpose in life in alcoholism recovery. Journal of Studier on Alcohol 1993; 54:297 -301.
- Ciechanowski P, Wagner E, Schmalin K. Community integrated home-based depression treatment in older adults : a randomized controlled trial. JAMA 2004; 291(13) : 1569-77.
- Eugene S. Suicide attempts and recent life events. Arch Gen Psychiatry 1975; 32(3) : 327-333.

- Mathew R, Fromgi J, Wison W & Mather V. A retrospective study of the concept of spirituality understood by recovering individual. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1996; 131 :67-73.
- Medowell D, Galanter M, Goldfarb L. Medical student and patient attitudes toward religion and spirituality in the recovery process. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1996; 22:549-561.
- Puchalski C. Medical schools teach compassion though talking a spiritual history. *Spirituality & Medicine Connection* 1999; 3: 1-3.
- Shuler P, Gelbery L, & Brown M. The effects of spiritual/religious practices on psychological well being among inner- city homeless women. *Nurse Practitioner Forum* 1994; 5: 106 – 113.
- Shafranske E, Maloney H. Clinical psychologists' religious and orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy* 1990; 27(1) : 72-78.

ภาคผนวก

1. โครงการ การจัดการความรู้ แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตาย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน PCU
2. ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย
3. แบบฟอร์มที่ใช้ในการเยี่ยมบ้าน
 - 3.1 แบบประเมินความเครียด
 - 3.2 แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน
 - 3.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการเยี่ยมบ้าน
4. คณะทำงาน

ภาคผนวก 1

โครงการ การจัดการความรู้

แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตาย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน PCU

1. หลักการและเหตุผล

การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม ในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย และสุขภาพใจของประชาชน ทำให้คนบางคนเกิดความทุกข์ ความรู้สึกถูกกดขี่กดดันการ จนเกิดการเจ็บป่วยทางจิตและหันมาทำร้ายตนเองด้วยการฆ่าตัวตายเพื่อยุติปัญหาต่างๆ ประกอบกับความเชื่อ และค่านิยมของคนในสังคมที่มองว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องน่าละอาย เป็นเรื่องภายในครอบครัวที่น่าปกปิด และเป็นเสมือนตราบาป (Stigma) ส่งผลให้ผู้ป่วยทางจิตเหล่านี้ไม่สามารถเข้ารับการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ และมีโอกาสทำร้ายตนเองซ้ำๆ มากยิ่งขึ้น การฆ่าตัวตายจึงเป็นปัญหาสังคมที่นำมาซึ่งความสูญเสียทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจแก่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ในอดีตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันกรมสุขภาพจิตและเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ได้มีการดำเนินการเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่องและครบวงจรด้วยรูปแบบที่หลากหลาย ได้แก่ การคัดกรองเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษา การทำจิตบำบัดรายบุคคล การทำจิตบำบัดรักษารายกลุ่ม รวมทั้งการเยี่ยมบ้าน อย่างไรก็ตาม การเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตายซึ่งมีรูปแบบที่มีความเฉพาะ ต้องใช้ความละเอียดอ่อนในการปฏิบัติที่แตกต่างจากการเยี่ยมบ้านทั่วไป เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานต้องมีทั้งความรู้ ทักษะและศิลปะในการดำเนินงาน ตั้งแต่การเตรียมตัวก่อนการลงเยี่ยม การดำเนินการขณะเยี่ยม และการยุติหรือส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การจัดการความรู้โดยการรวบรวมความรู้ เทคนิค วิธีการปฏิบัติที่ดีทั้งจากผู้ปฏิบัติงาน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้ดูแล และผู้พยายามฆ่าตัวตาย แล้วนำมาเรียบเรียง ประมวลถกแถลง ตลอดจนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และยกระดับความรู้เป็น “แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตาย” จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

“แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตาย” สำหรับผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit หรือ PCU) ซึ่งเป็นบริการด่านแรกที่สามารถเข้าถึงและให้บริการเบื้องต้นแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้ ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการปฐมภูมิ (PCU) มีแนวทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน เหมาะสมต่อการนำไปใช้จริงมากยิ่งขึ้น ผู้ปฏิบัติงานเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ครอบครัว และชุมชนมีภูมิคุ้มกันทางใจ สามารถเผชิญปัญหา และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เป็นการบริหารความเสี่ยงการบริหารจัดการทรัพยากรที่เน้นความคุ้มค่า คุ้มทุน และประโยชน์ของผู้รับบริการเป็นสำคัญ เป็นปัจจัยหนึ่งของการทำงานที่แสดงถึงความสำเร็จของการ

พัฒนาระบบมาตรฐานการดูแล ที่มีความเชื่อมโยงจากระบบบริการไปสู่ชุมชนอย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน และจะนำผลไปสู่การลดปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับประเทศต่อไป

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสถานบริการปฐมภูมิ (PCU) มีแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีรูปแบบเดียวกัน

2.2 ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานหยุดปัญหาการฆ่าตัวตายซ้ำลง

3. ตัวชี้วัด

3.1 ร้อยละ 90 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป้าหมายมีระดับความพึงพอใจต่อแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตายในระดับมากขึ้นไป

3.2 ร้อยละ 80 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายในพื้นที่เป้าหมายได้รับการบำบัดรักษาและเฝ้าระวังดูแลอย่างต่อเนื่อง

4. กลุ่มเป้าหมาย มีการทดลองใช้คู่มือฉบับนี้

4.1 ผู้รับบริการที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ไม่น้อยกว่า 3 คน

4.2 ผู้ปฏิบัติงานทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานสถานบริการปฐมภูมิ (PCU) จังหวัดขอนแก่นและญาติ/ ผู้ป่วยดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย รวมกันไม่น้อยกว่า 18 คน

5. วัน เวลา สถานที่

- ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2552 - กันยายน 2553 (รวม 10 เดือน)

- สถานที่: สถานบริการปฐมภูมิในจังหวัดขอนแก่น

6. การดำเนินงาน แบ่งเป็น 3 กิจกรรม คือ

6.1 กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตาย (ฉบับร่าง) โดยสืบค้นจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Explicit Knowledge) และองค์ความรู้จากผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย ตลอดจนผู้ป่วยที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน (Tacit Knowledge) (ธันวาคม 2552 – มีนาคม 2553)

6.2 กิจกรรมที่ 2 การนำแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตาย (ฉบับร่าง) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดลองใช้ในการปฏิบัติจริง และประเมินผล (เมษายน 2553 – มิถุนายน 2553)

6.3 กิจกรรมที่ 3 การเผยแพร่แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตายฉบับสมบูรณ์

6.3.1 เผยแพร่แนวทางการเยี่ยมบ้านในตลาดนัด KM กรมสุขภาพจิต

(กรกฎาคม 2553)

6.3.2 ขยายผลทดลองใช้แนวทางฯ ใน 6 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

(สิงหาคม - กันยายน 2553)

7. การประเมินผล

7.1 ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ป้องกันการทำร้ายตัวเองซ้ำ

7.2 ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยกันดูแล และเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตาย เพิ่มขึ้นและมีความพอใจในการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ในระดับดีขึ้นไปร้อยละ 80

7.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป้าหมาย มีแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตาย เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีความพึงพอใจในแนวทางการเยี่ยมบ้านอยู่ในระดับมากขึ้นไป ร้อยละ 90

8. ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ป้องกันการทำร้ายตัวเองซ้ำ

8.2 ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยกันดูแลและเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตาย เพิ่มขึ้น

8.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป้าหมาย มีแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตาย เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

8.4 ได้องค์ความรู้ซึ่งสามารถขยายผลและนำไปเผยแพร่ทั่วประเทศ

8.5 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการลดลง

ภาคผนวก 2

ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย

คู่มือการดำเนินงานฉบับนี้ คณะผู้จัดทำได้รวบรวมความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายดังต่อไปนี้

1. ความหมายของการฆ่าตัวตาย
2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
3. โรคที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย
4. การประเมินและสัญญาณเตือน
5. การรักษาด้วยยาและผลข้างเคียงของยา
6. กระบวนการให้การปรึกษา
7. สิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ
8. ความรู้เกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient :RQ)
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความหมายของการฆ่าตัวตาย

ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร (2542) กล่าวว่า การฆ่าตัวตายคือการกระทำโดยรู้ตัวเพื่อทำลายตนเอง โดยผู้ที่ฆ่าตัวตายเชื่อว่าการกระทำเช่นนี้เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด การฆ่าตัวตายจัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่พบบ่อย ผู้รักษาคควรให้ความสำคัญกับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทุกราย เพราะความผิดพลาดในการประเมินและการดูแลรักษาอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

มาโนช หล่อตระกูล (2546) ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายคือการกระทำเพื่อปลิดชีวิตของตนเองโดยเจตนา บุคคลที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือบ่งเียนุทำให้ตนเองเสียชีวิต (แต่ไม่มีเจตนาจะตายจริงๆ) ไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตายจนกว่าจะมีข้อมูลที่บ่งว่าการกระทำนั้นๆ เพื่อจบชีวิตของตนเอง

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2545) ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายว่า การฆ่าตัวตาย หรือใช้คำว่าอัตวินิบาตกรรม หมายถึง การที่บุคคลทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุดด้วยตัวของตัวเอง และไม่ใช่อุปัทเหตุนั้นซึ่งเรียกกลุ่มนี้ว่าฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนคำว่า การพยายามฆ่าตัวตาย เป็นการแสดงถึงการที่บุคคลพยายามทำร้ายตนเอง แต่ไม่ได้หวังผลว่าจะตายไปจริงๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมี

การพยายามฆ่าตัวตายบ่อยครั้ง แต่มักไม่มีสถิติแน่นอนเพราะไม่ได้มาขอรับการรักษาอย่างตรงไปตรงมา ซึ่งเรียกกลุ่มนี้ว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตาย

สรุป การฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุดด้วยตัวของตัวเองโดยเจตนาและไม่ใช่อุบัติเหตุ โดยผู้ที่ฆ่าตัวตายเชื่อว่าเป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดแล้ว

นักวิชาการได้แบ่งการฆ่าตัวตายออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. การพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) หมายถึงผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แต่ในที่สุดยังไม่ถึงแก่ชีวิต ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่ยังอยู่ในวัยหนุ่มสาว ทำด้วยความหุนหันพลันแล่น หรือทำเพราะต้องการประท้วง ต้องการให้ผู้อื่นรู้สึกผิด เพราะรู้สึกโกรธ หรือหาทางออกกับสถานการณ์ในขณะนั้นไม่ได้

2. การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) หมายถึงผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยซึ่งมีความผิดปกติทางจิตเวชมาก่อน ที่พบบ่อยคือเป็นจากโรคซึมเศร้า

การแบ่งโดยวิธีนี้เป็นการแบ่งในทางปฏิบัติ เนื่องจากผู้ที่ญาตินำมาพบแพทย์จะเป็นผู้ที่ได้กระทำการลงไปแล้วแต่ยังไม่เสียชีวิต อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายอาจตายโดยมิได้ต้องการฆ่าตัวตายจริง หากด้วยความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ทำให้ใช้วิธีที่รุนแรง หรือผู้อื่นไม่อาจช่วยเหลือได้ทันในทำนองเดียวกัน ผู้ป่วยบางรายต้องการฆ่าตัวตายจริง แต่ใช้วิธีการที่ไม่รุนแรง หรือมีผู้ช่วยเหลือได้ทันและนำส่งแพทย์ ผู้ป่วยประเภทนี้จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำสูงกว่าผู้ที่ทำเพื่อประท้วงหรือเรียกร้องความสนใจจากผู้อื่น

คำศัพท์ต่างๆ ที่สำคัญเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

suicide idea หมายถึง ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย เป็นการแสดงออกทางความคิดที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย หรือการทำลายตนเองในลักษณะการพูด การเขียน งานด้านศิลปะ แต่ไม่มีความตั้งใจหรือการกระทำจริง

suicidal attempt หมายถึง การพยายามฆ่าตัวตาย ปัจจุบันนิยมเรียก parasuicide หมายถึง บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย แต่ยังไม่สำเร็จ

committed suicide หมายถึง การฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง การฆ่าตัวตายที่มีผลทำให้เสียชีวิต

suicidal gesture หมายถึง การมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยมีเป้าหมายอื่นที่มีใช้การเสียชีวิต เช่น การเรียกร้องความสนใจ เป็นต้น

suicidal risk หมายถึง ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

suicidal plan หมายถึง แผนการที่จะลงมือฆ่าตัวตาย

2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การตัดสินใจฆ่าตัวตายของคน ๆ หนึ่งเป็นผลมาจากหลายสาเหตุรวม ๆ กัน มิได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งโดยเฉพาะ และสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดส่วนใหญ่มาจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่อยากอยู่เป็นภาระของคนใกล้ชิด หรือเกิดอาการทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่ อีกหลายราย ถ้าไม่เจ็บป่วยอาจเป็นเพราะความรู้สึกเหงา สับสน โดดเดี่ยว ผิดหวัง สุดท้ายเกิดอาการซึมเศร้า หรือเรียกว่า “ภาวะซึมเศร้า” “โรคซึมเศร้า” และจากการรวบรวมข้อมูลพบว่า ในประเทศไทยมากกว่าร้อยละ 60 ของการฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากโรคซึมเศร้า และการติดสุรา หรือสารเสพติดเรื้อรัง ซึ่งนักวิชาการได้กล่าวถึง ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไว้ดังนี้

สมภพ เรืองตระกูล (2546) กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไว้ดังนี้

- 1) สถานภาพสมรส ผู้ที่แต่งงานจะมีโอกาสเสี่ยงต่ำ แต่ผู้ที่เป็นโสด หย่าร้าง และเป็นหม้ายมีโอกาสเสี่ยงสูง โดยเฉพาะผู้ที่เป็นหม้ายตั้งแต่อายุน้อย จะมีโอกาสเสี่ยงสูงมากภายในระยะเวลา 1 ปี หลังจากคู่ครองเสียชีวิต
- 2) ศาสนา ศาสนาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย เช่น ผู้นับถือศาสนาคริสต์นิกายโปรเตสแตนต์ จะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้นับถือศาสนาคริสต์นิกายคาทอลิกและยิว ทั้งนี้เนื่องจากมีข้อห้ามเรื่องการฆ่าตัวตายที่บัญญัติไว้ในศาสนาต่างๆ ไม่เหมือนกัน สำหรับประเทศไทยมีข้อห้ามในศาสนาไว้ว่าการฆ่าตัวตายเป็นบาป จึงมีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ
- 3) สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ มีรายงานว่าผู้ที่ตกงาน โดยเฉพาะผู้ชายจะมีโอกาสฆ่าตัวตายสูง
- 4) เพศ อัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายเมื่อเปรียบเทียบกับเพศหญิงเท่ากับ 3:1
- 5) อายุ ในประเทศต่างๆ ทั่วโลกอัตราการฆ่าตัวตายจะสูงในผู้สูงอายุ แต่ในประเทศไทยโดยเฉพาะในระยะ 3 ปีมานี้ตั้งแต่วิกฤตเศรษฐกิจอัตราการฆ่าตัวตายกลับพบสูงในเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งมีอายุระหว่าง 15-24 ปี โดยมีสาเหตุที่สำคัญคือ
 - 5.1) เป็นโรคซึมเศร้า
 - 5.2) ติดสารเสพติด
 - 5.3) มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ

6) มีวิถีชีวิตที่เครียดและยุ่งยากลำบาก พบว่าในผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีความยุ่งยาก ลำบากและความเครียดนามาก่อนในอัตราสูง โดยปัญหาในชีวิตจะมีความแตกต่างกันตามอายุของผู้ป่วยและโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

7) โรคทางกาย จัดว่าเป็นความเครียดที่มีความสำคัญต่อการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะโรคทางกายเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย พบร้อยละ 10 ของคนวัยหนุ่มสาว ร้อยละ 25 ของวัยกลางคน และร้อยละ 35 ของวัยสูงอายุ โรคทางกายที่พบได้บ่อยที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ได้แก่ โรคหัวใจ วัณโรค เบาหวาน HIV เป็นต้น

8) ประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว ผู้ป่วยซึ่งมีประวัติบุคคลในครอบครัวฆ่าตัวตายจะมีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไป โดยมีรายงานว่า ร้อยละ 6 ของผู้ฆ่าตัวตายมีบิดาหรือมารดาฆ่าตัวตายเช่นกัน

9) การฆ่าตัวตายและความผิดปกติทางชีวเคมีทางสมอง ในปัจจุบันจากการศึกษาพบว่า ในสมองของผู้ฆ่าตัวตายมีความผิดปกติของสารเคมีในสมองคือระดับของสารเซโรโตนินลดต่ำลง ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการควบคุมอารมณ์และมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงร่วมกับเกิดอารมณ์เศร้าและฆ่าตัวตาย

10) โรคทางจิตเวช ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย มี 4 โรคคือ

10.1) โรคซึมเศร้า จากการศึกษาเกือบทุกรายงานทั่วโลก พบว่า ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะฆ่าตัวตายสำเร็จ

10.2) โรคจิตเภท ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะฆ่าตัวตายสำเร็จ

10.3) ดิสสารเซพติด ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง เพศชายมีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไป 8 เท่า และผู้ป่วยเพศหญิงมีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่า 15 เท่า

10.4) บุคลิกภาพผิดปกติ พบว่า ร้อยละ 3-18 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีความผิดปกติของบุคลิกภาพชนิดที่พบบ่อยคือต่อต้านสังคมและบุคลิกภาพชนิดคาบเส้น

ดังนั้น บุคคลที่ควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีดังนี้

1. เจตนาฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ เช่น กินยาฆ่าแมลง ผูกคอ เชือดข้อมือ กระโดดตึก เป็นต้น

2. มีความตั้งใจฆ่าตัวตายชัดเจน เช่น

- ทำในสถานที่หรือเวลาที่ยากต่อการพบเห็นหรือช่วยเหลือ
- เตรียมการเรื่องทรัพย์สิน จดหมายลาตาย

- เตรียมการเรื่องฆ่าตัวตาย เช่น หาซื้อยามาสะสมไว้
- ใช้วิธีการฆ่าตัวตายที่รุนแรง

3. เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน จากสถิติพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนและการกระทำครั้งที่ 2 มักเกิดภายในเวลา 90 วันหลังจากครั้งแรก นอกจากนี้ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนมีโอกาสจะทำได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่ยังไม่เคยทำ

4. มีโรคทางกาย พบว่าโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งต่อไปนี้จะมีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้คิดฆ่าตัวตาย

- โรคที่รักษาไม่หาย โดยเฉพาะโรคเอดส์
- โรคทางกายระยะสุดท้าย เช่น มะเร็ง ไตวาย
- โรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทรมาน

5. โรคทางจิตเวช โรคใดโรคหนึ่งใน 4 โรคต่อไปนี้จะมีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้คิดฆ่าตัวตาย

- โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)
- โรคจิต (Psychosis) ที่มีความหวาดระแวง หลงผิดคิดว่าคนปองร้าย หนูแ้วว ประสาทหลอน
- กลุ่มผู้ใช้สุรา (Alcohol dependence, Alcohol withdrawal, Alcohol induce psychosis, Delirium tremens) ร่วมกับมีความรู้สึกว่าคุณเองไม่มีค่า เมื่อเผชิญปัญหาชีวิตอาจแก้ปัญหาด้วยการฆ่าตัวตายได้
- บุคลิกภาพผิดปกติ (Personality disorder) มักเป็นกลุ่มผู้มีอารมณ์อ่อนไหว วู่วาม หุนหันพลันแล่น หรือเรียกร้องความสนใจจากผู้อื่น

3. โรคที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

โรคที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย อาจมีหลายโรคที่เกี่ยวข้อง ในที่นี้จะขอกกล่าวถึงเฉพาะภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าเท่านั้น

3.1 ภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 50 โดยเฉพาะในผู้ที่มีอาการรุนแรง และมีประวัติเคยทำร้ายตนเองมาก่อน มุมมองทางการแพทย์เชื่อว่าผู้ป่วยทางจิตเวชที่คิดฆ่าตัวตาย เมื่อรักษาจนภาวะทางจิตดีขึ้น ส่วนใหญ่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จะลดลง การรักษาที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย และการเจ็บป่วยทางจิตเวชก็ถือเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายด้วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

โรคซึมเศร้า หรือโรคอารมณ์เศร้า เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกทางจิตใจ และพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากปกติในลักษณะตรงกันข้ามกัน ซึ่งจะแตกต่างจากอาการเศร้าเบื่อ เศร้า ซึ่งจะสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนเป็นบางโอกาส ถ้าจะวิเคราะห์ปัจจัยทั้งทางด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และด้านชีวเคมีในร่างกายคนเราที่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้านั้น มีสาเหตุดังนี้ (ปณณภพ สิทธิพรอนันต์, 2550)

3.1.1 ความบกพร่องของสารสื่อสมอง ในสมองนอกจากมีไขมัน และเส้นประสาทแล้ว ยังมีสารเคมีหลายชนิดวิ่งไปมาระหว่างเซลล์สมอง ทำหน้าที่ส่งสัญญาณและควบคุมระบบฮอร์โมนของร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อกระบวนการคิด เรียนรู้ การจำ และความรู้สึก ไปจนถึงการกำหนดให้ร่างกายแสดงอารมณ์ หรือควบคุมความประพฤติ แต่เมื่อระบบสัญญาณในสมองเกิดลัดวงจร หรือไม่ทำตามหน้าที่เดิมแล้ว สภาพจิตใจ และความรู้สึกนึกคิดก็จะผิดปกติไปด้วยเช่นกัน

3.1.2 ความผิดปกติของฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ ต่อมไร้ท่อในร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนเข้ามาในกระแสเลือด เช่น ต่อมไทรอยด์ในคนที่ป่วยโรคต่อมไร้ท่อผิดปกติก็มักจะมี ความผิดปกติของอารมณ์ด้วย เมื่อต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยเกินไปก็ทำให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งอารมณ์ผิดปกติที่เกิดจากโรคต่อมไทรอยด์นี้จะหายไปได้ถ้าแก้ไขระดับฮอร์โมนให้ปกติ

3.1.3 การถ่ายทอดทางพันธุกรรม จากการศึกษาครอบครัวหลายครอบครัวที่มีอัตราการเกิดโรคอารมณ์ซึมเศร้าสูง ทำให้นักวิทยาศาสตร์สามารถสรุปได้ว่า เกิดการถ่ายทอดทางพันธุกรรมในโรคซึมเศร้าบางชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งชนิดที่มีอาการกำเริบหลายๆ ครั้ง นอกจากนั้นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงจะพบในผู้มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดใกล้ชิด (พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตายาย หรือพี่น้องบิดามารดาเดียวกัน) มากกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 1 – 3 เท่า แต่อย่างไรก็ตาม พันธุกรรมเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งในอีกหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า

3.1.4 ขาดการช่วยเหลือจากคนแวดล้อม แรงสนับสนุนหรือการใส่ใจจากสังคม รอบตัวผู้ป่วย นับเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่สาเหตุของโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่อยู่คนเดียว อ้างว้าง มีเพื่อนน้อย รวมทั้งครอบครัวมีปัญหาภายใน มักจะมีแนวโน้มพัฒนาอารมณ์ไปสู่โรคซึมเศร้าได้ง่ายกว่าคนปกติ และเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับโรคซึมเศร้าแล้วนั้น ผู้ป่วยจะปลีกตัวเองออกจากสังคม แยกตัวเองออกมาอยู่อย่างเดียวดาย ตัดความสัมพันธ์กับผู้อื่นที่เคยรู้จักด้วยการ โดยเดียวตัวเองจึง

เป็นทางออกที่ดีที่สุดสำหรับหนีปัญหา และจบปัญหา กลุ่มผู้ป่วยที่พบมากในกรณีที่ขาดความช่วยเหลือจากคนแวดล้อมคือ คนชราที่เกษียณอายุ หรืออยู่ในสถานสงเคราะห์

3.1.5 เพศหญิงมีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ตามสถิติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้หญิงมักป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าชายถึง 2 เท่า แต่สถิติของการฆ่าตัวตาย ผู้ชายฆ่าตัวตายมากกว่าผู้หญิงถึง 4 เท่า การที่ผู้หญิงเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าชาย ที่เป็นเช่นนี้ไม่ใช่เพราะผู้หญิงมีปัญหาบ่อย แต่ผู้ชายมักมีแนวทางในการแก้ปัญหาแตกต่างจากผู้หญิง เช่น หันหน้าไปพึ่งอบายมุข หันไปทำงาน หรือหาสิ่งอื่นมาทดแทนความรู้สึกซึมเศร้า เป็นต้น แต่ผู้หญิงจะมีทางออกน้อยกว่าชาย จึงมักเก็บปัญหาไว้ในใจ เมื่อไม่ค่อยมีโอกาสได้ผ่อนคลายและเก็บปัญหาไว้มากเข้า จึงระเบิดออกมากลายเป็นโรคซึมเศร้า

3.1.6 การเปลี่ยนแปลงระดับของฮอร์โมน จากผลการวิจัย ผู้หญิงเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะมีฮอร์โมนเพศสูงขึ้น ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ในผู้หญิงที่เริ่มมีประจำเดือนระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนจะกระตุ้นสารเคมีในสมอง ที่ควบคุมอารมณ์ ดังนั้นฮอร์โมนเพศหญิงจึงมีส่วนเพิ่มอัตราการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้หญิงมักจะตอบสนองต่อฮอร์โมนความเครียด คอร์ติซอล ได้ง่ายกว่าเพศชายอีกด้วย

3.1.7 อายุ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลโดยตรง คือคนที่มียายุ 65 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้ามากกว่าคนปกติ และต้องพิจารณาปัจจัยอื่นประกอบด้วย

3.1.8 การดื่มสุรา เป็นที่แน่นอนว่าสุรามีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ถ้าบุคคลนั้น ๆ มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย อยู่ภายในแล้ว การดื่มสุราเข้าไปจะยิ่งไปกระตุ้นทำให้เกิดอาการเศร้ามากขึ้น รุนแรง และน่ากลัว

3.1.9 การสูบบุหรี่ คนที่เป็นโรคซึมเศร้ามักจะสูบบุหรี่ สองสิ่งนี้จะเสริมกัน และยิ่งส่งผลเสียเป็นเท่าทวี

3.1.10 การติดยาเสพติด โรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงมีความสัมพันธ์กับการติดยาอย่างชัดเจน โดยเฉพาะพวกฝิ่น สารกระตุ้นสมอง คนที่ติดยา ยิ่งใช้ยามากเท่าใด บ่อยเท่าใดก็จะยิ่งทำให้เกิดโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงมากขึ้นเท่านั้น

3.1.11 โรคทางจิตเวชอื่น เช่น โรคย้ำคิดย้ำทำ โรคกินผิดปกติ โรคกลัวอ้วน ฯลฯ โรคเหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้เช่นกัน

3.1.12 โรคทางร่างกายอื่นๆ ในผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือโรคที่ยังไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจ สิ้นหวัง รู้สึกไม่มีประโยชน์ ไม่มีความสุขที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป รวมทั้งความกังวลในการตกเป็นภาระของบุคคลใกล้ชิด มีแนวโน้มที่จะคิดสั้นปลิดชีวิตตัวเองให้พ้นจากความรู้สึกทุกข์ทรมานเช่นนี้ได้ อย่างง่าย ๆ

3.1.13 สาเหตุทางด้านสังคม ปัญหาทางด้านสังคม เป็นปัญหาที่หลายคนในสังคมต้องเผชิญร่วมกัน เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ การแก่งแย่งแข่งขันกันในสังคม ความสับสนวุ่นวาย เป็นต้น ความรู้สึกแปลกแยก หรือถูกกีดกันจากสิ่งแวดล้อมทางสังคม ส่งผลให้เกิดความเครียด จนกระทั่งเกิดภาวะซึมเศร้าในบุคคลได้

3.1.14 ความรู้สึกสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ย่อมสร้างความรู้สึกผิดหวัง ท้อแท้ ก่อใจให้กับผู้ที่ต้องสูญเสียเป็นธรรมดา แต่บางคนที่ไม่สามารถยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ ไม่สามารถหันหน้าเผชิญกับความเป็นจริงได้ ความรู้สึกเช่นนี้จะชักนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้

3.1.15 ความเครียด เป็นความผิดปกติเพียงเล็กน้อยในการทำงานของสารเคมีในสมอง หรืออาจเรียกว่าเป็นความผิดปกติทางจิตขั้นอ่อน ๆ เท่านั้น หากปล่อยทิ้งไว้อาจเป็นผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย และพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด

3.1.16 ความวิตกกังวล หรือการคิดใจจดใจจ่ออยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง กระวนกระวายกับสิ่งที่คิด เหล่านี้ส่งผลให้เกิดความเครียด ซึ่งอาจสะสมเร็ว และส่งผลร้ายได้ในระยะเวลาไม่นาน

3.1.17 บุคลิกเฉพาะอย่าง กลุ่มบุคลิกภาพผิดปกติเรียกว่า “บุคลิกภาพผิดปกติแบบซึมเศร้า” (depressive personality disorder) มักเป็นคนมองโลกในแง่ร้าย และเชื่องซึม มักชอบตำหนิตัวเอง และผู้อื่น คนกลุ่มนี้จะมองโลกว่ามีแต่ความโหดร้าย ไม่มีใครสนับสนุนตนเอง มองตนเองเป็นคนไร้ค่า มองอนาคตอย่างไร้ความหวัง

3.1.18 ญาติผู้ป่วยที่ผันตัวเองมาสู่โรคซึมเศร้า นอกจากผู้ป่วยแล้ว ญาติผู้ป่วยก็เป็นอีกคนหนึ่งที่ต้องให้ความสนใจ และให้ความช่วยเหลือ เพราะหากญาติผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจในธรรมชาติของโรคที่ผู้ป่วยต้องเผชิญแล้ว เขาจะเกิดความสับสน ทำให้ท้อแท้ และทุกข์ทรมานใจ ตลอดจนเกิดความเครียดในที่สุด

3.2 อาการของโรคซึมเศร้า

การวินิจฉัยว่าบุคคลหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้านั้น อาการของโรคซึมเศร้าเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนมาก เนื่องจากอาการทางกาย หรือพฤติกรรมที่แสดงออกว่าผิดปกติไปจากเดิม เช่น เฉื่อยชา เชื่องซึม หรือขาดสมาธิ มักไม่เชื่อมโยงกับอาการป่วยทางจิตใจ จนยากในการวินิจฉัยว่า

ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ทั้งนี้แพทย์ได้พยายามหาวิธีหรือเกณฑ์บ่งชี้เบื้องต้นว่าผู้ป่วยเข้าข่ายว่า กำลังมีความซึมเศร้าหรือไม่ ดังนี้

- 3.2.1 มีอาการ โศกเศร้าเสียใจ หดอาลัยตายอยากในชีวิต
- 3.2.2 ความกระตือรือร้น และความสนุกสนานในกิจกรรมที่เคยทำทั้งหมด หรือเกือบทั้งหมดลดลงอย่างมาก มีอาการเฉื่อยชา
- 3.2.3 มีอารมณ์แปรปรวนอ่อนไหวง่าย และเปลี่ยนแปลงแบบขึ้นๆ ลงๆ
- 3.2.4 น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน โดยมีน้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นทั้ง ๆ ที่ไม่ได้ควบคุมอาหาร หรือลดน้ำหนัก หรือความอยากอาหารลดลง ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยบางรายอาจมีน้ำหนักหรือความอยากอาหารเพิ่มขึ้นเกือบทุกคน
- 3.2.5 มีอาการนอนไม่หลับ หรือหลับบ่อยมากนานผิดปกติเกือบทุกวัน
- 3.2.6 ความสามารถในการคิดถดถอย หรือสมาธิไม่ดี หรือไม่สามารถตัดสินใจได้ และอาการนี้เป็นอยู่เกือบทุกวัน
- 3.2.7 อ่อนเพลียไม่มีแรง
- 3.2.8 การเคลื่อนไหวของร่างกายเปลี่ยนไป โดยมีอาการกระวนกระวายอยู่ไม่นิ่งมากกว่าปกติหรือเคลื่อนไหวช้าลง รวมทั้งความคิดช้าลงหรือฟุ้งซ่านมากขึ้นเกือบทุกวัน ทั้งนี้จะตัดสินใจโดยการสังเกตจากผู้อื่น
- 3.2.9 รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หรือมีความรู้สึกที่ตนเองผิดไม่ใช่มากเกินไปเหตุเกือบทุกวัน ที่ไม่ได้เกิดจากการดำเนินตัวเองหรือความรู้สึกผิดเพราะป่วย
- 3.2.10 เกิดอาการประสาทหลอน หูแว่ว
- 3.2.11 รู้สึกมองโลกในแง่ร้ายอย่างมาก
- 3.2.12 ความจำเสีย จำอะไรไม่ค่อยได้
- 3.2.13 คิดเรื่องฆ่าตัวตายซ้ำ ๆ หรือคิดเรื่องฆ่าตัวตายโดยอาจจะไม่มีการวางแผนการที่แน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือวางแผนการฆ่าตัวตาย

3.3 การรักษาภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า

การรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชมักใช้แนวปฏิบัติแบบองค์รวม (holistic approach) หรือแบบชีวจิตสังคม (biopsychosocial model) คือมีทั้งการรักษาทางร่างกาย (somatic treatment) การรักษาทางจิตใจ (psychological treatment) และการรักษาทางสังคม (social treatment) ผสมผสานเข้าด้วยกัน (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2542)

4. การประเมินและสัญญาณเตือน

มีการพูดถึงสิ่งที่ควรประเมินในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายไว้มากมาย แต่โดยสรุปแล้วมีที่สำคัญอยู่ 3 หัวข้อ ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วย ในการประเมินจริง ๆ ในผู้ป่วยแต่ละราย

4.1 ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) พบว่าผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย มีเหตุการณ์ที่กดดันต่อตนเองภายในช่วง 6 สัปดาห์ ก่อนการพยายามฆ่าตัวตาย มากกว่าผู้ป่วยที่ depress อย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญ ตัวอย่างเหตุการณ์ที่กดดัน เช่น ความสูญเสียคนใกล้ชิด ปัญหา ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด ปัญหาด้านเศรษฐกิจหรือการทำงาน เป็นต้น การที่ต้องถามในเรื่อง ของปัจจัยกระตุ้นนั้น มีความสำคัญอยู่ 3 ประการ ได้แก่

4.1.1 ปัจจัยกระตุ้น บางอย่าง พบในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สูง เช่น การฆ่าในผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเวชเรื้อรัง

4.1.2 การเข้าใจถึงปัญหาที่มากระทบต่อผู้ป่วย ทำให้สามารถเข้าใจผู้ป่วย ได้ดีขึ้น เห็นถึงแนวคิดของผู้ป่วยต่อปัญหา และแนวทางการแก้ปัญหาของเขา

4.1.3 หากสาเหตุของความกดดันที่มากระตุ้นให้มีพฤติกรรมนี้เป็นจาก ปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น การชักประวัติเพิ่มเติมในด้านนี้เป็นสิ่งสำคัญ อาจจำเป็นต้อง สัมภาษณ์บุคคลที่ผู้ป่วยมีปัญหาด้วยเพื่อที่จะได้ประเมินปัญหาได้ตรงตามจริงมากขึ้น

4.2 สิ่งกระตุ้นใจ (Motivation) ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมิได้อยากตายจริง ๆ ไปทั้งหมด โดยเฉพาะในวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาว ซึ่งโดยมากพบว่า เป็นเพราะต้องการให้สิ่งที่ตนเอง กระทำส่งผลต่อผู้อื่น (เช่น เพื่อเรียกร้องความสนใจ เพื่อให้คนอื่นรู้สึกผิด) เพราะความโกรธไม่มี ทางแสดงออก หรือเพื่อหนีจากบางสถานการณ์ ลักษณะของ motivation นี้มีผลต่อการวางแผน ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ท้อแท้ หดหู่ ฆ่าตัวตายเพราะอยากตาย มองไม่เห็นทางอื่นอีก ผู้ป่วยเช่นนี้ ต้องให้การช่วยเหลือโดยด่วน จำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด ความต้องการฆ่าตัว ตาย (suicidal intent) นี้มีได้หลายระดับ จึงต้องประเมินจากพฤติกรรมของผู้ป่วยก่อนการฆ่าตัวตาย ด้วย ตัวอย่างของการมีความต้องการฆ่าตัวตายสูง ได้แก่ ผู้ป่วยที่วางแผนอย่างรอบคอบ เขียน จดหมายลาตาย แอบจัดการเรื่องทรัพย์สิน ทำการขณะไม่มีผู้อื่นอยู่ ใกล้เคียง

4.3 ความรุนแรงของอาการทางกาย (lethality) ความรุนแรงของอาการมีผลต่อ การวางแผนการรักษาทางกาย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจไม่จำเป็นต้องมีความเสี่ยง เสมอไป ควรประเมินจากพฤติกรรมการฆ่าตัวตายร่วมด้วย โดยเฉพาะการกินยาซึ่งเป็นสิ่งที่ประเมิน

ยากว่าผู้ป่วยทราบหรือไม่ว่ายาตัวไหนมีอันตรายอย่างไร กินแล้วถึงตายหรือไม่ แต่ถ้าเป็นการฆ่าตัวตายโดยการยิงตัวตาย กระโดดจากที่สูง ก็ค่อนข้างจะแน่ใจว่าผู้ป่วยมีความต้องการฆ่าตัวตายสูง

สัญญาณเตือนหรือปัจจัยสำคัญ

4.3.1 depressive disorders ทั้ง major depression หรือ adjustment disorder with depressed mood

4.3.2 ความพยายามฆ่าตัวตายนั้่นมักพบในวัยหนุ่มสาว หากเกิดในผู้ที่มิอายุมักจะสัมพันธ์กับปัญหาที่รุนแรง โดยเฉพาะ depression หรือ substance abuse

4.3.3 ต้องการตายจากปัญหาในตนเอง โดยทั่วไปแล้วผู้พยายามฆ่าตัวตายนั้่นเป็นเพราะต้องการอะไรบางอย่างจากภายนอก หากการกระทำนั้นส่วนใหญ่เป็นมาจากปัญหาภายใน เช่น hopelessness, severe guilt จะมีความเสี่ยงสูง

4.3.4 มีสิ่งกระตุ้นความคิดฆ่าตัวตายในช่วงนั้น การฆ่าตัวตายในขณะที่ประสบปัญหาอาจเป็นจากการหนีปัญหา โกรธ ไม่ทราบจะทำอย่างไร

4.3.5 การมีทำทีหรือคำพูดที่สื่อถึงเรื่องการฆ่าตัวตายในผู้ป่วย mood disorders หากญาติ หรือคนใกล้ชิดบอกว่ามีลักษณะเช่นนี้ ควรให้ความสนใจอย่างจริงจัง

4.3.6 ผู้ป่วยที่คิดถึงวิธีการฆ่าตัวตายที่รุนแรง และมีโอกาสเกิดขึ้นได้ เช่น ผู้ป่วยบอกว่าวันสองวันนี้จะรอข้ามทางรถไฟข้างบ้าน เห็นรถไฟวิ่งผ่าน มีความคิดอยู่หลายครั้งว่าอยากจะวิ่งให้รถไฟชน ผู้ป่วยเช่นนี้ต้องรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล

4.3.7 ผู้ป่วย substance abuse ที่มีประวัติการสูญเสียคนใกล้ชิดในช่วงใกล้ ๆ นี้

4.3.8 ผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีสัญญาณเตือนว่าอาจจะเกิดความพยายามฆ่าตัวตาย คือผู้ป่วยที่มีเสียงสั่งให้ฆ่าตัวตายมีความเสี่ยงสูง

4.3.9 จากการติดตามผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ใน 2 ปี พบว่าร้อยละ 13-35 จะทำอีก และฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 0.9-2.5 ต่อปี ส่วนใหญ่จะเกิดภายใน 1 ปีโดยสูงสุดภายในช่วง 3 เดือนแรกหลังจากพยายามฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โรคที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย การประหม่นและสัญญาณเตือน สามารถสรุปความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ ดังตาราง

Factor	High-risk category	Low-risk category
<u>1. Demographic</u>		
เพศ	ชาย	หญิง
อายุ	ผู้หญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าแต่ผู้ชาย กระทำสำเร็จมากกว่าผู้หญิง ผู้ชาย อายุมากกว่า 45 ปี ผู้หญิง อายุระหว่าง 25-55 ปี	
สถานภาพการสมรส	หม้าย หย่าร้าง แล้วอยู่คนเดียวจะมี risk เพิ่มเป็น 4-5 เท่าของคนที่ไม่แต่งงาน หม้ายจะ มี risk สูงสุดในช่วง 1 ปีแรกของการเป็น หม้าย	โสด คู่
การทำงาน	ว่างงาน หรือ ปลดเกษียณแล้ว	ยังคงมีงานทำอยู่
ฐานะทางเศรษฐกิจ	ทั้งสูงมากและต่ำมาก และในผู้ที่มีการ เปลี่ยนฐานะอย่างรวดเร็วทันที	ปานกลาง
สภาพการอยู่อาศัย	คนเดียว	อยู่กับครอบครัว
<u>2. Mental status examination</u>	1. ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามาก โดยเฉพาะถ้า มี vegetative sign ของ depression เช่น เบื่ออาหาร นอนหลับยาก ความต้องการทางเพศ ลดลง นอนหลับยาก ตื่นขึ้นมาดึก ๆ และ ตื่นเช้ากว่าปกติ psychomotor retardation, ไม่มี future plan, รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า, หด หวัง, ไม่มีใครช่วยได้และผู้ป่วยที่มี anxiety, anger และ agitation ร่วมด้วย 2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด โดยเฉพาะถ้าร่วมกับ 2.1 มีอารมณ์ซึมเศร้า 2.2 มีหิวแหว่งเป็นเสี่ยงให้ฆ่าตัวเอง 2.3 มี paranoid delusion 2.4 มี Delusion of sin and guilt	

Factor	High-risk category	Low-risk category
<u>3. Clinical History</u>		
ประวัติครอบครัว	มีประวัติญาติในครอบครัวฆ่าตัวตาย	ไม่มี
การฆ่าตัวตาย	โดยเฉพาะญาติที่เป็นโรคจิตทางอารมณ์	
การฆ่าตัวตาย	3 ใน 4 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมี	ไม่มี
หรือเคยพยายามลงมือทำมาก่อน	ประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง	ไม่มี
วิธีที่ผู้ป่วยใช้	มาก่อน	
	แขวนคอ ใช้ปืนยิงตนเอง กระโดดจากที่สูง	รับประทานยาเล็ก ๆ
	กระโดดน้ำตาย รับประทานยาอันตราย และ	น้อยๆ ใช้มีดกรีดตนเอง
	รับประทานยาปริมาณมาก	
lethality of attempt	การพยายามซึ่งจะมีผลทำให้ผู้ป่วยตาย ถ้าไม่	ผู้ป่วยร้องขอความ
	มีใครไปพบและพาไปรับการรักษา	ช่วยเหลือ
จดหมายลาตาย	มี	ไม่มี
พินัยกรรม	มี	ไม่มี
recent loss	-มีการตายหรือแยกกันอยู่ของคนรัก	ไม่มี
	-การสูญเสียสถานภาพทางการทำงาน	
โรคทางร่างกาย	อวัยวะพิการ acute or chronic condition	ไม่มี
	ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนก่อนที่จะมีการฆ่า	
	ตัวตายมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะมี	
	อาการเจ็บปวดมาก	
โรคทางจิตเวช	มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช เช่น มีความ	ไม่มี
	ผิดปกติของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม	
	หรือเป็นโรคประสาท	

5. การรักษาด้วยยาและผลข้างเคียงของยา

สำหรับการรักษาด้วยยาในที่นี้จะกล่าวถึงยารักษาโรคซึมเศร้าและโรคจิตที่ใช้กันบ่อยๆ เท่านั้น

5.1 ยารักษาโรคซึมเศร้า เป็นที่ยอมรับว่าการรักษาด้วยยาที่ได้ผลดี คือ ยาด้านเศร้า (Antidepressants) ในปัจจุบันยาด้านเศร้าแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 4 กลุ่ม คือ (จุมภฏ พรหมเสิดา, 2547 : ฌฐกร จำปาทอง, 2552)

5.1.1 กลุ่ม Tricyclic ได้แก่ Amitriptyline , Imipramine , Nortriptyline, Clomipramine , lomipramine

5.1.2 กลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) ได้แก่ Fluoxetine, Fluvoxamine, Sertraline, Escitalopram

5.1.3 กลุ่ม Monoamine oxidase inhibitor (MAOI) ได้แก่ Moclobemide

5.1.4 กลุ่มใหม่หรือกลุ่ม new generation มีกลไกการออกฤทธิ์ที่ต่างไปจาก 3 กลุ่มแรก ได้แก่ Tianeptine, Bupropion, Venlafaxine, Mirtazapine, Duloxetine

ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะยาในกลุ่มที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มีโอกาสใช้ในชุมชน ซึ่งมีเพียง 2 กลุ่ม คือ Tricyclic และ SSRIs

ยาด้านเศร้ากลุ่ม Tricyclic (Tricyclic Antidepressants : TCA)

ยาในกลุ่มนี้เป็นยากลุ่มแรกและดั้งเดิม มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคและภาวะซึมเศร้าไม่ต่างไปจากยาในกลุ่ม SSRIs หรือแม้แต่กลุ่มอื่น ปัญหาของยาในกลุ่มนี้คือเรื่องผลข้างเคียงและมีข้อควรระวังในการใช้ยามาก จิตแพทย์บางท่านในปัจจุบันไม่นิยมใช้ยาในกลุ่มนี้ในการรักษาโรคหรือภาวะซึมเศร้าเท่าใดนัก อย่างไรก็ตามในเวชปฏิบัติพบว่านิยมนำยาในกลุ่มนี้ในข้อบ่งชี้อื่น เช่น ภาวะวิตกกังวล อาการปวด นอนไม่หลับ เป็นต้น

ผลข้างเคียงของการใช้ TCA

- 1) ง่วงซึม
- 2) Anticholinergic effects เหมือนกับที่พบในยาด้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม
- 3) Postural hypotension
- 4) น้ำหนักเพิ่ม

ข้อควรระวังในการใช้ TCA

- 1) ผู้ป่วยต้อหิน ชนิดมุมปิด (closed angle glaucoma)

- 2) ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจล้มเหลว โรคของกล้ามเนื้อหัวใจ
- 3) ผู้ป่วย delirium หรือผู้ป่วยที่มีภาวะสับสน (confusion)
- 4) ผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต
- 5) ผู้ป่วยโรคลมชัก
- 6) ผู้ป่วยตั้งครรภ์และให้นมบุตร

การใช้ TCA ในการรักษาและภาวะซึมเศร้าและข้อบ่งชี้อื่นๆ

TCA ยังคงเป็นยาที่มีประสิทธิภาพดี ในการรักษาโรคและภาวะซึมเศร้า ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ ถ้าจะให้มีประสิทธิภาพดังกล่าวจะต้องใช้ TCA ในขนาดสูงคือประมาณ 75-150 mg ของ Amitriptyline หรือ Imipramine ซึ่งแน่นอนว่าการใช้ TCA ในขนาดสูงเช่นนี้ ผู้ป่วยย่อมมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงดังกล่าวข้างต้นได้มาก อย่างไรก็ตาม การเริ่มต้นด้วยขนาดต่ำ (25 mg/day) และค่อยปรับยาซ้ำๆ (เพิ่มครั้งละ 25-50 mg ทุก 3-5 วัน) ก็อาจช่วยลดผลข้างเคียงได้

ทุกวันนี้จิตแพทย์หลายๆท่านไม่นิยมใช้ TCA เป็นยาตัวแรกในการรักษาภาวะซึมเศร้า เหตุผลเนื่องจาก

- 1) ผลข้างเคียงดังได้กล่าวไปแล้ว
- 2) การส่งยากลับบ้านจำนวนมากๆ ผู้ป่วยอาจนำไปใช้ในการทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย ซึ่งการรับประทานยากลุ่ม TCA ครั้งละมากๆ มีผลต่อการทำงานของระบบการนำไฟฟ้าของหัวใจ และมีอันตรายถึงชีวิต
- 3) ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยด้วยโรคทางฝ่ายกายมีโอกาสดังกล่าวข้างเคียงจากยากลุ่ม TCA ได้มาก นอกจากนี้ยากลุ่ม TCA ยังมีข้อบ่งชี้อื่นๆ ได้แก่ อาการปวด อาการวิตกกังวล นอนไม่หลับ ซึ่งการใช้ยากลุ่ม TCA เพื่อรักษาอาการเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องใช้ขนาดสูงเหมือนกับที่ใช้ในภาวะซึมเศร้ากล่าวคือ ประมาณ 10-75 มิลลิกรัมต่อวัน ก็ถือว่าเพียงพอ ข้อบ่งชี้ในจุดนี้เป็นที่นิยมมากที่สุดในการเลือกใช้อยากลุ่ม TCA ในปัจจุบัน

ยาด้านเศร้ากลุ่ม SSRIs

ปัจจุบันยาในกลุ่มนี้นับได้ว่านิยมใช้มากที่สุด เหตุเพราะมีผลข้างเคียงน้อยกว่ายากลุ่ม TCA มาก และมีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะซึมเศร้าดีไม่ต่างจาก TCA ยาในกลุ่มนี้ที่มีใช้ในประเทศไทยคือ

- 1) Fluoxetine (Prozac[®], Fulox[®])
- 2) Fluvoxamine (Fluvoxin[®])

- 3) Paroxetine (Seroxat[®])
- 4) Sertraline (Zoloft[®], Serlift[®])
- 5) Escitalopram (Lexapro[®])

ยาในกลุ่มนี้ตัวที่หมดอายุสิทธิบัตรแล้วคือ Fluoxetine และอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติด้วย ทำให้ทุกวันนี้เราสามารถผลิตยาตัวนี้ได้เอง ราคาขายจึงลดลงมาก ผู้ป่วยจิตเวชสามารถเข้าถึงยาตัวนี้ได้โดยง่าย เนื่องจากมีขายอยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่

ในที่นี้ขอกล่าวถึงเฉพาะ Fluoxetine เนื่องจากเป็นยาตัวเดียวที่มีโอกาสได้ใช้ในชุมชน

ข้อดีของ Fluoxetine

1. ผลข้างเคียงน้อยกว่ายาในกลุ่ม TCA มาก กล่าวคือ มีผลข้างเคียงเรื่องง่วงซึม Anticholinergic, Hypotension น้อย (อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่กินยา Fluoxetine ในช่วงเช้าบางคนพบว่ามีอาการง่วงซึมในช่วงกลางวัน ซึ่งไม่สามารถอธิบายได้ในทางทฤษฎี)
2. เป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยด้วยโรคทางฝ่ายกายและผู้สูงอายุ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ถ้าไปใช้ TCA จะมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงสูงกว่าที่ใช้ยาในกลุ่ม SSRIs มาก
3. ยาที่ผลิตในประเทศ (Local made) เข้าถึงได้ง่าย ราคาถูก (ปัจจุบันราคาประมาณเม็ดละ 1 บาท)
4. ไม่ทำให้เกิดน้ำหนักเพิ่ม ในทางตรงกันข้าม มีฤทธิ์ทำให้เบื่ออาหารค่อนข้างมาก (ความจริงที่เกิดขึ้นคือ คลินิกลดความอ้วนชื่อดังหลายๆ แห่ง ใช้ยา Fluoxetine เป็นยาตัวแรกในการลดน้ำหนัก ซึ่งไม่ใช่ประโยชน์ทางการแพทย์ของยา Fluoxetine)
5. ได้ผลในการรักษาโรคกลุ่มวิตกกังวล รวมทั้งอาการปวด
6. บริหารง่าย ไม่ต้องปรับขนาดยาบ่อยๆ

ข้อเสียของ Fluoxetine

ผลข้างเคียงของยา ได้แก่

- ผลต่อระบบประสาท ทำให้มีอาการปวดศีรษะ กระวนกระวายอยู่ไม่นิ่งนอนไม่หลับ
- ผลต่อระบบทางเดินอาหาร อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย
- ผลทางเพศ ทำให้หลังช้า ไม่ถึงจุดสุดยอด ความต้องการทางเพศลดลง (เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่หยุดใช้ยาหรือเปลี่ยนยา)

การใช้ยา Fluoxetine ในการรักษาภาวะซึมเศร้า

เริ่มให้ Fluoxetine 20 mg ในตอนเช้าพร้อมกับอาหาร ควรปรับยาเพิ่มเมื่อไม่ได้ผล ในการรักษาภายใน 2-4 สัปดาห์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบสนองต่อขนาดยา 20-40 mg/day

5.2 ยารักษาโรคจิต ในปัจจุบันมี 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มดั้งเดิม (Conventional or Typical antipsychotics) กลุ่มใหม่ (Atypical antipsychotics) แต่เนื่องจากยากกลุ่มใหม่มีราคาสูงมาก และไม่มีแบบที่ผลิตภายในประเทศออกมามากนัก (เนื่องด้วยข้อจำกัดของสิทธิบัตรยา) จึงสามารถบอกได้ว่า ในบริบทของโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่แล้ว ยังคงมีการใช้ยากกลุ่มเดิมกันอย่างกว้างขวาง

ความจริงแล้วในปัจจุบันมียากกลุ่ม Atypical antipsychotic ที่หมดอายุสิทธิบัตรแล้ว 2 ขนาน ได้แก่ Clozapine และ Risperidone นั้นหมายถึงเราสามารถผลิตยาทั้ง 2 ขนานนี้ ภายในประเทศได้ ซึ่งจะทำให้ราคาถูกลงมาก ปัจจุบันยาทั้ง 2 ตัวได้ถูกบรรจุอยู่ในบัญชียาหลัก แห่งชาติ และองค์การเภสัชกรรมเป็นผู้ผลิตยาทั้ง 2 ตัว สำหรับยา Clozapine ผลิตในประเทศไทย นานแล้ว แต่ Risperidone จะผลิตให้ผู้ป่วยใช้ได้ในเดือนพฤษภาคม 2553 สนับสนุนงบประมาณ โดย สปสช. ซึ่งทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดและวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคจิตในประเทศไทยจาก แต่ก่อนเป็นอย่างมาก

ข้อดีของยา Clozapine

1. เป็นยากกลุ่มใหม่ที่ไม่ต้องกังวลกับเรื่องผลข้างเคียง EPS
2. ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพสูงกว่ายาตัวอื่นๆ ในการรักษาโรคจิตเภท และสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทได้
3. ผลิตยาได้เองในประเทศ ราคาถูก ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ง่าย

ข้อเสียของยา Clozapine

ทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อการสร้างเม็ดเลือดขาว ทำให้ระดับเม็ดเลือดขาว ต่ำลงได้ พบได้น้อยกว่า 1% ของผู้ที่ใช้ยา แต่ถือว่ามีความสำคัญ เพราะภาวะนี้มีอันตรายถึงชีวิต เป็นสาเหตุให้ผู้ที่กินยา Clozapine ต้องเจาะเลือด (CBC) เพื่อดูระดับเม็ดเลือดขาวก่อนการใช้ยา และทุกสัปดาห์ในช่วง 18 สัปดาห์แรกที่กินยา หลังจากนั้นให้เจาะเลือดทุก 1 เดือน ไปตลอด ระยะเวลาที่ยังคงกินยาอยู่ ก่อนการสั่งใช้ยา หากเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 3,500 / cumm จะให้ยาไม่ได้ และระหว่างช่วงที่ผู้ป่วยกินยา หากเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 3,500 / cumm ต้องหยุดยาทันที หรือ Neutrophil ต่ำกว่า 1,500 / cumm

อย่างไรก็ตามระหว่างช่วงที่ผู้ป่วยกินยา หากเม็ดเลือดขาวต่ำกว่า 3,500 / cumm ให้ส่งต่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาลจิตเวชทันที

ในต่างประเทศโดยเฉพาะในประเทศพัฒนาแล้วที่ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงยาได้ง่าย กลับพบว่าไม่นิยมการใช้ยา Clozapine เท่าใดนัก สาเหตุหลักเป็นเพราะผลข้างเคียงเรื่องภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำดังที่กล่าว ยา Clozapine จึงมีข้อบ่งใช้เพียงเฉพาะในผู้ป่วยรายที่ดื้อต่อการรักษาด้วยยาอื่น หรือไม่สามารถทนผลข้างเคียงของยาที่ใช้ยู่ได้เท่านั้น ซึ่งแนวทางดังกล่าวได้กลายเป็นมาตรฐานของการใช้ยา Clozapine ที่จิตแพทย์ทั่วไปถือปฏิบัติ

- ผลข้างเคียงอื่นๆ เช่น ง่วงนอน น้ำลายไหลมาก ความดันต่ำ ผลต่อกล้ามเนื้อหัวใจ เป็นต้น

ความแตกต่างของยาในกลุ่มดั้งเดิมกับยาใหม่ที่เราเห็นได้ชัดเจน คือ เรื่องของผลข้างเคียงเป็นที่ยอมรับกันว่ายาในกลุ่มดั้งเดิมทำให้เกิดผลข้างเคียงได้มาก โดยเฉพาะในเรื่อง Extrapyramidal symptoms (EPS) , Anticholinergic symptoms และอื่นๆ เช่น ผลข้างเคียงในระบบต่อมไร้ท่อ แต่ดูเหมือนผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นดังกล่าว ก็ไม่ได้ทำให้บุคลากรทางด้านจิตเวชในประเทศไทยเกิดอคติกับยาในกลุ่มดั้งเดิมแต่อย่างใด สาเหตุเป็นเพราะผลข้างเคียงที่ว่า สามารถป้องกันและแก้ไขได้ แม้ว่าจะเกิดขึ้นแล้วก็น้อยมากที่จะเป็นอันตรายถึงชีวิต เมื่อเทียบกับราคาที่สูง เหตุผลสมผลและผลการรักษาเป็นที่ประจักษ์ ก็นับว่ายาในกลุ่มดั้งเดิมสามารถบรรลุเป้าหมายเชิงประสิทธิภาพ และประสิทธิผลได้ดีทีเดียว

ยาในกลุ่มดั้งเดิมที่เป็นยาเกินและใช้กันแพร่หลาย ได้แก่ Haloperidol, Perphenazine , Trifluoperazine, Chlorpromazine, Thioridazine

ยาในกลุ่มดั้งเดิมที่เป็นยาฉีด ได้แก่ Fluphenazine decanoate, Haloperidol decanoate, Flupentixol depot, Zuclopenthixol acetate (ที่พบเห็นกันในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีเพียง Fluphenazine decanoate และ Haloperidol decanoate)

ต่อไปจะกล่าวถึงผลข้างเคียงที่มีความสำคัญ ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงเพียง Extrapyramidal, Anticholinergic และ Sedative side effects

Extrapyramidal Symptoms (EPS) และแนวทางแก้ไขปัญหา

1. Acute dystonia ได้แก่ อาการกล้ามเนื้อบิดเกร็งอย่างทันที พูดหรือกลืนลำบาก ตาเหล่อก คอบิด หลังแอ่น อาการเกิดขึ้นหลังกินยาใหม่ๆ ในไม่กี่ชั่วโมงหรือภายในไม่กี่วัน

เจ้าหน้าที่ประจำ สถานีอนามัย (สอ.) หรือ PCU หลายท่านเคยเล่าให้ฟังว่า ญาติผู้ป่วยนำผู้ป่วยมารักษาด้วยอาการนี้ค่อนข้างบ่อย แต่ที่สำคัญคือเกือบทั้งหมดพบว่าญาติมีท่าทีตกใจมาก กลัวว่าผู้ป่วยจะเป็นอะไรไป กลัวว่าจะตาย ญาติผู้ป่วยบางรายเข้าใจว่าเป็นอาการชัก ผู้ป่วยบางรายมีอาการเกิดขึ้นที่บ้าน เมื่อญาติพบเข้าก็บอกว่าแพ้ยา และไม่ยอมให้ผู้ป่วยกินยาอีกเลย (ไม่มาพบแพทย์ด้วย) ผลเสียก็เกิดขึ้นตามมามากมายหลังจากขาดยา จริงอยู่ที่ว่าอาการ acute dystonia อาจทำให้ผู้ที่ไม่เคยพบเห็นรู้สึกตื่นกลัวได้ไม่น้อย อย่างไรก็ตามมักไม่ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต มีบ้างที่ทำให้เกิดอาการกลืนเสียงหดร่ง (laryngospasm) แล้วเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นตามมา แต่ก็พบได้น้อยมากๆ

แนวทางแก้ไขปัญหา

1.1 สิ่งแรกที่แนะนำแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่พบเจอผู้ป่วยที่มีอาการลักษณะนี้คือ ให้ความมั่นใจกับญาติและผู้ป่วยว่าอาการนี้เกิดขึ้นจากยา (ซึ่งเกิดได้จากทั้งยาเกินและยาผิด) อาการจะเกิดขึ้นไม่นานและไม่มีอันตรายถึงชีวิต จากนั้นก็ประเมินสัญญาณชีพ (vital signs) ดูว่ามีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นหรือไม่และคอยให้ยารักษา

1.2 ยารักษาที่ได้ผลเร็วและมีประสิทธิภาพสูง คือ Benztropine (Cogentin®) 2 mg เข้ากล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดดำ ถ้าไม่มียาดังกล่าวให้ใช้ Diazepam ชนิดฉีด 10 mg เข้าหลอดเลือดดำช้าๆ ซึ่งให้ผลในการรักษาใกล้เคียงกัน ถ้าไม่มียาดังกล่าวข้างต้นเลย ก็ให้ใช้ Trihexyphenidyl หรือ Benzhexol ชนิดกินที่ผู้ป่วยมีอยู่แล้วจากที่แพทย์สั่ง ขนาด 2-5 mg แต่อาจใช้เวลาค่อนข้างนาน บางรายอาจไม่ตอบสนองอย่างชัดเจน ให้ส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลใกล้เคียงที่อยู่ใกล้เคียง เพื่อให้ได้รับยานี้ดังกล่าวข้างต้น

1.3 โดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เว้นแต่มีอาการเป็นแล้วเป็นอีก กินข้าวไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ซึ่งในกรณีนี้ควรพิจารณาลดขนาดยาต้านโรคจิตชนิดกินลงหรือเปลี่ยนชนิดยา อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ มีบทบาทสำคัญที่สุดในการลดความตึงเครียดของญาติและผู้ป่วย รวมทั้งให้การรักษาเบื้องต้นเท่าที่ทรัพยากรจะอำนวย

2. Akathisia เป็นความกระวนกระวายใจ (Psychological agitation) ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายืนนิ่งไม่ได้ นั่งไม่ติด ต้องเดินไปมา ขยับแขนขาตลอดเวลา พบได้ในช่วง 2-3 สัปดาห์แรกของการรักษา ที่สำคัญคือแยกจากอาการของโรคจิต หลายครั้งที่ผู้รักษาเข้าใจว่าเป็นอาการโรคจิตกำเริบ จึงปรับขนาดยาเพิ่ม ทำให้อาการดังกล่าวเลวลง คำพูดที่มักได้ยินจากผู้ป่วยที่เกิดอาการนี้คือ

“บ่เป็นตาอยู่” ฉะนั้นควรนึกถึงผลข้างเคียงของยาในเรื่องนี้ด้วย กรณีถ้ามีอาการ ยาที่ใช้แก้และหาได้ง่ายในชุมชน คือ Diazepam เริ่มจากขนาด 2 mg และปรับตามอาการเพื่อคุม akathisia

แนวทางแก้ไขปัญหา

อาการนี้รักษาได้โดย สอ./PCU เพราะยาที่ได้ผลดีคือ Propranolol 30-120 mg ต่อวัน (เช่น Propranolol (10) 1 X 4 pc) และอย่าลืมให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ป่วย

3. Parkinsonism อาการคล้ายคลึงกับที่พบในผู้ป่วยพาร์กินสัน คือ ผู้ป่วยจะเคลื่อนไหว เชื่องช้า เดินไม่แกว่งแขน มีอาการสั่น สีหน้าไม่บอกอารมณ์ คูแฉ่งที่เหมือนหุ่นยนต์

แนวทางแก้ไขปัญหา

รักษาด้วย Anticholinergic drugs ซึ่งได้แก่ Trihexyphenidyl หรือที่เรารู้จักกันดีคือ ยา Benzhexol นั้นเอง ซึ่งแพทย์มักสั่งให้ผู้ป่วยพร้อมกับยาด้านโรคจิตอยู่แล้ว

4. Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) มีอาการไข้สูง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง และมี สัญญาณชีพ (vital signs) เปลี่ยนแปลง อาการนี้แม้พบได้น้อยกว่าร้อยละ 1 แต่ไม่มีอันตรายถึงชีวิต ถ้าได้รับการประเมินและ ได้รับการช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

แนวทางแก้ไขปัญหา

โดยเบื้องต้นแนะนำให้สงสัย NMS ในผู้ป่วยที่มีอาการกล้ามเนื้อเกร็งมากๆ (อาจคล้าย dystonia แต่จะเป็นต่อเนื่องและยาวนานกว่า) ร่วมกับมีไข้ ชีพจรเร็ว ถ้าเจออาการดังกล่าว ก็ควรส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนหรือ โรงพยาบาลที่มีอายุรแพทย์ประจำอยู่ก็จะเป็นการดี

5. Tardive dyskinesia (TD) พบบ่อยในผู้สูงอายุที่กินยาด้านโรคจิตมาเป็นเวลานาน (มากกว่า 1 ปี) ได้แก่ อาการเคี้ยวปาก ทำปากขมุบขมิบ ทำลิ้นม้วน ไปมาในปาก เอาลิ้นดันแก้ม แลบลิ้นออกมาอย่างควบคุมไม่ได้

TD ต่างจาก EPS ทั้ง 4 อย่างข้างต้นตรงที่มักเกิดกับผู้ที่กินยามานานๆ สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด แต่แน่นอนว่าไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต เพียงแต่รบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยเฉพาะสายตาของคนรอบข้างและผู้พบเห็น

แนวทางแก้ไขปัญหา

หากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ใดพบเห็นอาการดังกล่าว ก็ควรส่งไปพบแพทย์เพื่อ ประเมินอีกครั้ง ผู้ป่วยหลายรายที่อาการไม่หายขาด (โดยมากเป็นผู้สูงอายุ) แต่อาการก็ลดน้อยลง หลังจากปรับลดยาด้านโรคจิต หรือเปลี่ยนยาเป็นยาด้านโรคจิตชนิดใหม่

Anticholinergic symptoms

เนื่องจากในเวชปฏิบัติ แพทย์นิยมสั่งจ่ายยาที่มีฤทธิ์ Anticholinergic ควบคู่ไปกับยาด้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม เพื่อป้องกันการเกิด EPS ยาที่มีฤทธิ์ Anticholinergic ได้แก่ Trihexyphenidyl, Benztropine ยาจิตเวชหลายตัวรวมทั้งยาด้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมเองก็มีฤทธิ์ Anticholinergic ด้วยเช่นกัน เพียงแต่มีฤทธิ์มากน้อยแตกต่างกันไปเช่นเดียวกับ EPS ผลข้างเคียงที่เป็นอาการ Anticholinergic สามารถพบเห็นได้ทั่วไป และไม่เป็นที่น่าตื่นตระหนกแต่อย่างใด (เว้นแต่กรณีที่ทำให้เกิดอาการสับสนในผู้สูงอายุ) โดยทั่วไปได้แก่ อาการ

- ปากแห้ง คอแห้ง
- ตาพร่า
- ท้องผูก บางรายอาจมาด้วยอาการท้องอืดแน่นท้อง
- ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะลำบาก
- อาการสับสน ซึ่งมีความเสี่ยงในผู้สูงอายุและผู้ที่มีรอยโรคในสมองหรือพยาธิสภาพในสมอง

แนวทางแก้ไขปัญหา

1. ควรให้คำแนะนำ และส่งต่อไปพบแพทย์เพื่อทำการปรับขนาดยา พึงระลึกว่าอาการดังกล่าวจะดีขึ้นเมื่อปรับลดยาหรือหยุดยา
2. สำหรับอาการปากแห้ง คอแห้ง แนะนำให้ผู้ป่วยจิบน้ำบ่อยๆ หรืออมลูกอมเพื่อลดอาการคอแห้ง แต่ก็ต้องระวังปัญหาเรื่องฟันผุตามมาด้วย
3. สำหรับอาการท้องผูก อาจแก้ไขเบื้องต้นด้วยการแนะนำให้รับประทานอาหารประเภทกากใย และดื่มน้ำมากๆ ตลอดจนออกกำลังกายด้วย จะช่วยให้อาการท้องผูกดีขึ้น

ผลข้างเคียงอื่นๆ

ที่น่าสนใจ คือ อาการง่วงซึม (Sedation) ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนแปลงท่าทาง (Postural hypotension) สำหรับการแก้ปัญหาในเรื่องนี้ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าทางด้วยความระมัดระวัง เพราะอาจหน้ามืดเซล้มได้ ซึ่งยาแต่ละตัวมีฤทธิ์ดังกล่าวมากน้อยแตกต่างกัน ดังจะได้อธิบายต่อไป

ผลข้างเคียงในยาด้านโรคจิตแต่ละชนิด

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถคาดการณ์ถึงผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาด้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมได้ จึงขออธิบายพอสังเขปดังนี้

ยาด้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม หากแบ่งตาม potency จะแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ยากลุ่ม potency สูง ได้แก่ Haloperidol, Trifluoperazine, Fluphenazine, Bromperidol ยากลุ่มนี้ทำให้เกิด EPS ได้มาก ในขณะที่อาการ anticholinergic อาการง่วงและ postural hypotension ต่ำ หรือพบได้น้อย
2. ยากลุ่ม potency ต่ำ ได้แก่ Chlopromazine, Thioridazine ยากลุ่มนี้ทำให้เกิด EPS ได้น้อย ในขณะที่มีอาการ anticholinergic อาการง่วง และ postural hypotension ได้มาก
3. ยากลุ่ม potency ปานกลาง ได้แก่ perphenazine ยากลุ่มนี้ทำให้เกิดอาการข้างเคียงดังกล่าวข้างต้นอยู่ในระดับปานกลาง

ขนาดในการรักษาของยาต้านโรคจิต (ขนาดที่ใช้เพื่อรักษาโรคจิต)

ชื่อยา	ขนาดในการรักษา (mg/day)	Potency
ยาเกิน Chlopromazine	200 - 600	ต่ำ
Thioridazine	200 - 600	ต่ำ
Haloperidol	5 - 20	สูง
Trifluoperazine	5 - 30	สูง
Perphenazine	8 - 64	กลาง
ยานัด Fluphenazine decanoate	12.5 - 100 ทุก 2 - 4 สัปดาห์	สูง
Haloperidol decanoate	50 - 300 ทุก 4 สัปดาห์	สูง

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตด้วยยานัดชนิดออกฤทธิ์ยาว

ความสำคัญของยานัดต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาว ก็คือฉีดไปแล้วสามารถออกฤทธิ์ได้ยาวจริงๆ โดยทั่วไปประมาณ 3-4 สัปดาห์ ซึ่งเหมาะกับการใช้ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาต้านโรคจิตอย่างต่อเนื่อง และไม่ค่อยยอมกินยา

ยานัดต้านโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาว ที่พบได้บ่อยในชุมชนได้แก่ Fluphenazine decanoate 25,50 mg และ Haloperidol decanoate 50,100 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 2 หรือทุก 4 สัปดาห์ ผลข้างเคียงจะคงอยู่ยาวนานกว่า ตามการออกฤทธิ์ของยา

เนื่องจากผู้ป่วยฉีดยาเองที่บ้านไม่ได้ จึงต้องนำยามาให้บุคลากรทางสาธารณสุขฉีดให้เสมอๆ จึงเป็นโอกาสที่เจ้าหน้าที่ สอ. หรือ PCU จะได้จับบันทึกการฉีดยาของผู้ป่วยเอาไว้ ซึ่งทำให้สามารถตรวจสอบได้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับยานัดแต่ละรายมาฉีดยาตามนัดหรือไม่ ผู้ป่วยรายที่เคย

มานิดยาทุกๆ เดือน จู่ๆ หายหน้าหายตาไป 2-3 เดือน ก็สมควรลงไปตรวจสอบดูว่าขาดยาหรือไม่ ไปติดตามการรักษากับแพทย์หรือไม่ เกิดผลข้างเคียงจากยานิดหรือไม่

ปัญหาอีกอย่างหนึ่งคือเรื่องความรู้ความเข้าใจในการใช้ยานิดของบุคลากรสาธารณสุขเอง (ตัวผู้ป่วยมักไม่ค่อยมีปัญหา เพราะคุ้นเคยกับยานิดดีแล้ว) บุคลากรสาธารณสุขบางท่านไม่กล้าให้นิดยาให้เพราะเห็นว่าเป็นยาจิตเวช นิดไปแล้วกลัวผู้ป่วยจะเป็นอะไรไป (เป็นเรื่องจริงที่บุคลากรสาธารณสุขหลายๆ ท่านยังคงเชื่อว่า ยาจิตเวชไม่แตกต่างอะไรจากยาอันตราย) อย่างที่ได้กล่าวไปแล้วว่า ยานิดต้านโรคจิตมีผลข้างเคียงที่ไม่ได้แตกต่างไปจากยาอื่น (ยกเว้นเรื่องปวดสะโพกบริเวณที่ฉีดยา) เพียงแต่ยาอื่นพอหยุดยาแล้วร่างกายก็ขับออกได้หมดภายในไม่กี่วัน แต่ยานิดชนิดออกฤทธิ์ยาวนาน นิดแล้วนิดเลย กว่าร่างกายจะขับยาออกได้หมดต้องรอกันเป็นเดือน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมักมีข้อสงสัยว่า “จะฉีดยาอย่างนี้ตลอดชีวิตเลยหรือ?” สำหรับเหตุผลในเรื่องนี้ถ้าผู้ป่วยไม่กังวลเรื่องการถูกฉีดยา การฉีดยาเดือนละครั้งตลอดชีวิตฟังดูดีกว่าการกินยาวันละ 8 เม็ด 10 เม็ด ทุกวันตลอดชีวิตเป็นไหนๆ

6. กระบวนการให้การปรึกษา

ในการให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาทางด้านจิตใจ ทักษะพื้นฐานในการให้บริการปรึกษาจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องมีความรู้และทักษะในการให้การปรึกษา ซึ่งในที่นี้จะใช้กระบวนการให้การปรึกษาของกรมสุขภาพจิต (2546) ดังนี้

6.1 ความหมายของการให้การปรึกษา

การให้การปรึกษาเป็นกระบวนการที่อาศัยสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้รับการปรึกษา ด้วยการสื่อสารสองทางจนเกิดความร่วมมือ โดยผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ให้การช่วยเหลือด้วยการใช้คุณสมบัติของผู้ให้การปรึกษา ทักษะต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้รับการปรึกษาได้ใช้ศักยภาพของตนเองในการสำรวจตัวเอง เพื่อทำความเข้าใจ และสามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริง สาเหตุของปัญหาและความต้องการ ตลอดจนสามารถหาวิธีการแก้ไขปัญหา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนปรับตัวให้ดีขึ้นได้ด้วยตนเอง

การให้การปรึกษามีหลากหลายวิธี หลายทฤษฎี ในที่นี้จะเรียนรู้เฉพาะแบบที่ยึดถือผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง (Client Centered) ที่ยึดถือเช่นนี้ เพราะตามหลักมนุษยนิยม (Humanistic Approach) ให้ความสำคัญแก่เพื่อนมนุษย์ทุกคนที่มีศักยภาพในตนเอง มีความรับผิดชอบ ผู้ที่ให้ความสำคัญแก่ผู้มารับบริการเป็นต้นตำรับ Client-centered counseling นี้คือ Carl R Rogers

6.2 วัตถุประสงค์ของการให้การศึกษา

การให้การศึกษามีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ ดังนี้คือ

- 6.2.1 ช่วยให้ผู้รับการศึกษาก่อการเรียนรู้ เข้าใจตนเอง และเข้าใจปัญหาของตน
- 6.2.2 ช่วยให้ผู้รับการศึกษามีทักษะในการแก้ปัญหา และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างฉลาดและเหมาะสมกับตน
- 6.2.3 สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์

6.3 ลักษณะเฉพาะของการให้การศึกษา

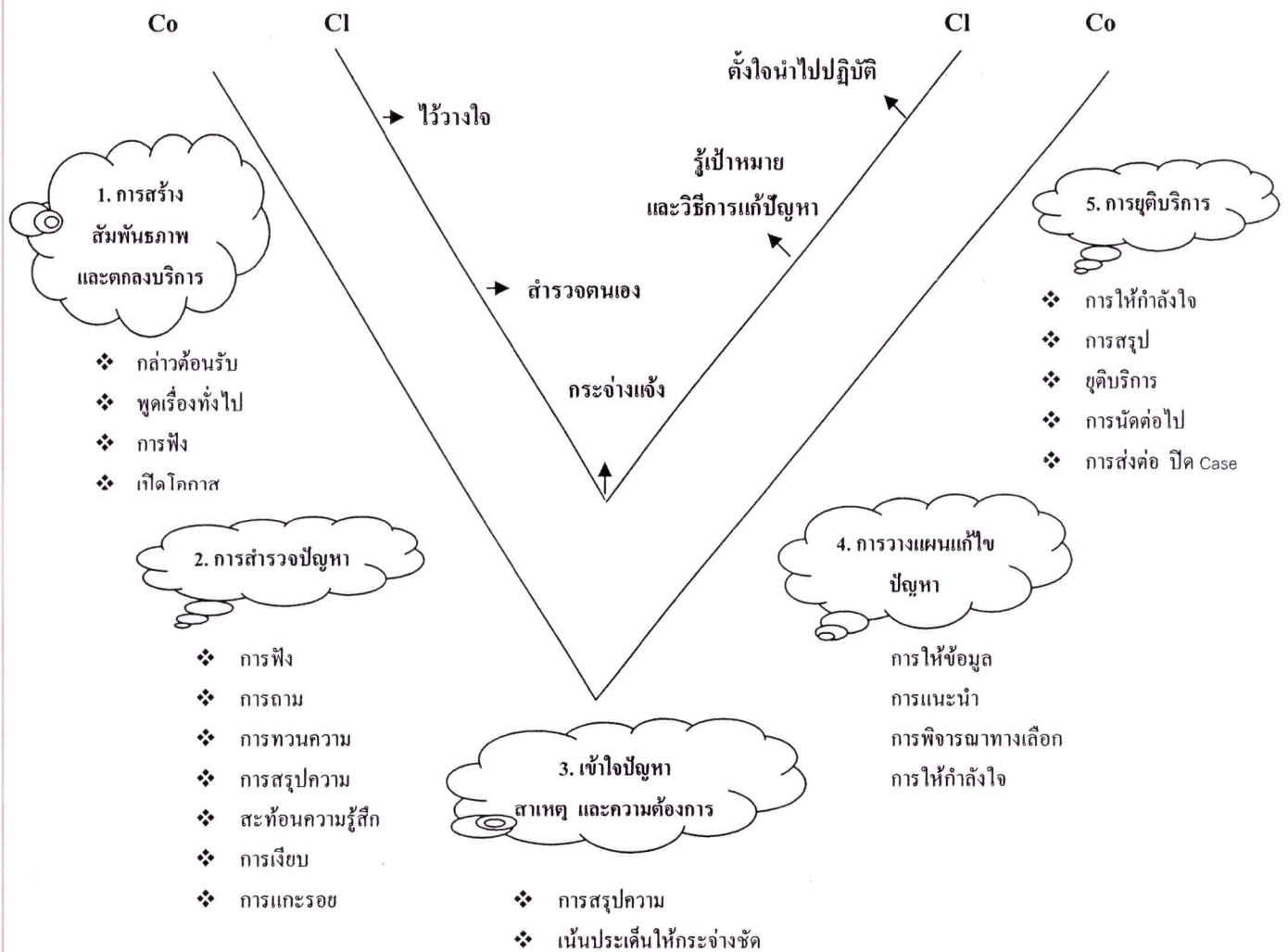
- 6.3.1 เป็นการให้ความช่วยเหลือในปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม อันประกอบด้านความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผู้รับการศึกษานั้น การให้ความช่วยเหลือจะเน้นการแก้ไขปัญหาก็ให้มีความสำคัญในเรื่องอารมณ์ ความรู้สึกที่จะเป็นตัวที่สืบค้นต่อไปถึงปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และส่งผลไปถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 6.3.2 เน้นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับการปรึกษา ตลอดจนกระบวนการให้การศึกษา เพื่อให้ผู้ให้การศึกษาเกิดความไว้วางใจ ผ่อนคลาย กล้าเปิดเผยตนเอง ยอมรับรู้ตลอดจนทำความเข้าใจและแก้ไขปัญหามาของตนเอง
- 6.3.3 เน้นการสื่อสารสองทาง เป็นการสร้างความเข้าใจให้ตรงกันระหว่างผู้ให้และผู้รับการปรึกษา โดยผู้ให้การศึกษาเอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาได้แสดงออกและแลกเปลี่ยนความรู้สึกที่อยู่ภายในความคิดและเรื่องราวที่เกี่ยวข้อง ที่สื่อด้วยคำพูดและท่าทาง ซึ่งข้อมูลที่ได้จะต้องได้จากผู้รับการปรึกษาไม่ใช่ได้จากการคาดคะเนหรือคาดเดาเอาเอง ดังนั้นจะต้องมีการซักซ้อมทำความเข้าใจและทำความเข้าใจให้ตรงกันเป็นระยะๆ ตลอดจนกระบวนการให้การศึกษา
- 6.3.4 เป็นกระบวนการที่มีการพูดคุยกันอย่างมีเป้าหมาย มีขั้นตอนและมีการใช้ทักษะที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับโอกาส จังหวะ และสถานการณ์ที่ผู้ให้การศึกษาจะเลือกใช้
- 6.3.5 ยึดผู้รับการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง คือ ให้ความสำคัญต่อความรู้สึกนึกคิด ปัญหาความต้องการของผู้รับการปรึกษาในขณะนั้น นอกจากนี้การรับรู้ปัญหาการตัดสินใจเลือกและการแก้ไขปัญหามุ่งอยู่บนศักยภาพของผู้รับการปรึกษาเป็นสำคัญ
- 6.3.6 เน้นปัจจุบัน เป็นการเน้นปฏิบัติที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด และความเชื่อที่มากกระทบในปัจจุบัน คือ ที่นี่ และเดี๋ยวนี้ จากท่าที และคำพูดของผู้รับการปรึกษาในขณะนี้

ส่วนเรื่องราวที่เป็นอดีต เช่น ปัญหาที่เกิดจากการอบรมเลี้ยงดูนั้น ถือว่าเป็นสิ่งที่ผ่านพ้นไป และเรื่องราวในอนาคตเป็นสิ่งที่ยังมาไม่ถึง ปัจจุบันเท่านั้นที่สำคัญ และเมื่อผู้รับการปรึกษาได้ตระหนักถึงสิ่งที่กำลังทำอะไรอยู่จริงในขณะนี้และเดี๋ยวนี้แล้ว ผู้รับการปรึกษาจะสามารถตัดสินใจที่จะกระทำการที่เป็นประโยชน์แก่ตัวเขาได้ คือสามารถแก้ไขได้ หรือเลือกปฏิบัติได้ในปัจจุบัน

6.3.7 ไม่มีคำตอบสำเร็จรูปหรือตายตัว เนื่องจากการให้การปรึกษาเป็นเรื่องของการสื่อสารระหว่างผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษา ผลสิ้นสุดของการให้การปรึกษา อาจจบลงในขณะที่ใดก็ได้ ขึ้นอยู่กับความต้องการ การตัดสินใจเลือกและศักยภาพ ตลอดจนแรงจูงใจของผู้รับการปรึกษาเป็นสำคัญ ซึ่งเป็นปัญหาเฉพาะบุคคล

6.3.8 การให้การปรึกษา ไม่ใช่การแนะแนว การสั่งสอนอย่างเดียว หรือการตัดสินใจถูกหรือผิด แต่การให้การปรึกษาเป็นการช่วยให้ผู้รับการปรึกษามีแนวทางแก้ไขปัญหา สามารถพิจารณาทางเลือกได้มากขึ้น และตัดสินใจง่ายขึ้น โดยผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ที่พยายามดึงศักยภาพของผู้รับการปรึกษาที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด แต่ในขณะเดียวกันผู้ให้การปรึกษาอาจให้ข้อมูลในส่วนที่ขาด หรือแนะนำได้เฉพาะบางกรณีที่เกี่ยวข้องกับหลักการปฏิบัติตัวที่เป็นความรู้ที่จำเป็น

กระบวนการให้การปรึกษา



หมายเหตุ

Co = Counsellor

CI = Client

หมายถึง ผู้ให้การปรึกษา

หมายถึง ผู้รับการปรึกษา

6.4 กระบวนการให้การปรึกษา มี 5 ขั้นตอน ดังนี้

6.4.1 การสร้างสัมพันธภาพ และตกลงบริการ

การสร้างสัมพันธภาพ : เพื่อสร้างความไว้วางใจ คำนึง อ่อนใจ มีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ให้การปรึกษา เชื่อมั่นในผู้ให้การปรึกษา นำไปสู่การเปิดเผยปัญหา และความรู้สึกที่แท้จริงโดยใช้ทักษะ เช่นการทักทาย (Greeting) การพูดเรื่องทั่วไป (Small talk) การใส่ใจ (Attending) และการเปิดประเด็น (Opening)

ตกลงบริการ : เพื่อมีความเข้าใจตรงกันในองค์ประกอบต่างๆ ของการให้การปรึกษา (ระยะเวลา ประเด็น บทบาท ความลับ) ทำให้การให้การปรึกษามีทิศทาง นำสู่การเข้าใจปัญหา สาเหตุ และความต้องการ

6.4.2 การสำรวจปัญหา : เป็นขั้นตอนที่ผู้ให้การปรึกษาเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาเล่าถึงปัญหาต่างๆ ทำให้ผู้รับการปรึกษาได้เรียนรู้ถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเอง เป็นการสำรวจตนเอง เห็นปัญหาที่แท้จริง พบสาเหตุของปัญหาและรับรู้ความต้องการของตนเอง

6.4.3 เข้าใจปัญหา สาเหตุ และความต้องการ : เป็นขั้นตอนที่ผู้ให้การปรึกษาจัดเรียงเชื่อมโยงข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการสำรวจปัญหาร่วมกับผู้รับการปรึกษา เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจปัญหา สาเหตุ และความต้องการของตนเอง เพื่อประกอบในการวางแผนแก้ไข

6.4.4 การวางแผนแก้ไขปัญหา เพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ทำให้ทราบปัญหาไหนเป็นปัญหาหลัก เร่งด่วน ของผู้รับการปรึกษา และวางแผนแก้ไขตามลักษณะของปัญหา

6.4.5 การยุติบริการ เป็นการยุติการปรึกษาในแต่ละครั้ง (ยุติ Session) และยุติเพื่อสิ้นสุดการให้การปรึกษา (ยุติ Case) การตรวจสอบความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้ให้และผู้รับการปรึกษาในสิ่งที่ได้พูดคุยกัน กำหนดแนวทางปฏิบัติและการนัดหมาย

6.5 ทักษะพื้นฐานในการให้คำปรึกษา

ทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการให้การปรึกษา มีดังนี้คือ

6.5.1 การฟัง (Listening)

ความหมาย การฟัง : การที่ผู้ให้การปรึกษารับฟังความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่มีต่อปัญหาของผู้รับการปรึกษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้ระบายความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่เป็นปัญหาและได้เรียนรู้เข้าใจตนเองและผู้อื่น สามารถเข้าใจในสิ่งที่ปัญหา ยอมรับ และแยกแยะความรู้สึกทั้งบวกและลบของตนเอง รวมทั้งมีการใช้ศักยภาพตัดสินใจเลือกทางแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง
2. เพื่อให้ผู้ให้การปรึกษา สามารถจับประเด็นสำคัญในปัญหาของผู้มารับการปรึกษา และแกะรอยตามปัญหาของผู้รับการปรึกษา
3. เพื่อให้ผู้ให้การปรึกษาและผู้รับการปรึกษาเกิดความเข้าใจในปัญหาตรงกัน

แนวทางการใช้การฟัง

ลักษณะการฟังอย่างใส่ใจ (Active Listening) คือ ตั้งใจฟังต่อเนื้อหาสาระ และอารมณ์ของผู้รับการปรึกษาที่แสดงออกมา การฟังอย่างใส่ใจ หรือ (L-A-D-D-E-R) หมายถึง

L = LOOK มองประสานสายตา ตั้งใจฟัง มีสติ และพยายามจับประเด็นสำคัญในปัญหาของผู้รับการปรึกษา

A = ASK ชักถามในจุดที่สงสัยในประเด็นปัญหา และแกะรอยตามประเด็นปัญหาของผู้รับการปรึกษา

D = DON'T INTERRUPT ไม่แทรกหรือขัดจังหวะถ้าในกรณีผู้รับการปรึกษาพูดมากและวกวน ใช้การสรุปประเด็นปัญหาเป็นช่วงๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ

D = DON'T CHANGE THE SUBJECT ไม่เปลี่ยนเรื่อง ให้แกะรอยตามประเด็นปัญหาของผู้รับการปรึกษาไปแต่ละประเด็น ไม่เปลี่ยนเรื่องไปมา

E = EMOTION ใส่ใจการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้รับทั้ง verbal และ non-verbal เช่น พยักหน้า พุดคะ คว้า

R = RESPONSE แสดงสีหน้า ท่าทางตอบสนอง

ผลที่เกิดจากการใช้การฟัง

1. ถ้าผู้ให้การปรึกษาฟังมากเกินไป การให้การปรึกษาจะขาดการร่วมกันหาแนวทาง ที่จะให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจปัญหา สาเหตุความต้องการ
2. ถ้าผู้ให้การปรึกษาฟังน้อยเกินไป และพูดมากจะเป็นการรวบรัดเข้าสู่จุดหมายของการให้การปรึกษาอย่างรวดเร็ว ผู้รับการปรึกษาไม่มีโอกาสได้ระบายความคิด ความรู้สึก เป็นการตอบสนองผู้ให้การปรึกษามากกว่าผู้รับการปรึกษา

3. เป็นวิธีการสื่อสารให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจว่า ผู้ให้การปรึกษากำลังใส่ใจ และสนใจเรื่องที่ผู้รับการปรึกษาพูด

6.5.2 การสังเกต

ความหมาย การสังเกตเป็นทักษะการใส่ใจ เพื่อรับรู้ในเรื่องพฤติกรรมต่างๆ ที่ผู้รับการปรึกษาได้แสดงออกมา ไม่ว่าจะเป็นการสังเกตกิริยาท่าทาง คำพูด ภาษาที่ใช้ รวมทั้งความขัดแย้งที่เกิดขึ้น ทั้งความขัดแย้งในคำพูดและความขัดแย้งระหว่างคำพูดกับพฤติกรรมที่แสดงออกมา

แนวทางปฏิบัติ

1. การสังเกต ผู้ให้การปรึกษาควรสังเกตสิ่งต่อไปนี้

1.1 พฤติกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการแสดงอารมณ์หรือความคิดที่ไม่ได้เป็นคำพูด เช่น ท่าทาง สีหน้า น้ำเสียง การเคลื่อนไหวของมือ ฯลฯ

1.2 คำพูดและภาษาที่ใช้ สังเกตว่าผู้รับการปรึกษาพูดเน้นถึงเรื่องราวหรือประเด็นใดเป็นสำคัญ สำเนียงภาษาที่ใช้แสดงความรู้สึกหรือระดับอารมณ์อย่างไร เช่น “ฉันอยากฆ่าตัวตาย...เบื่อโลก...ไม่มีใครเห็นใจ....อยู่คนเดียวไร้ญาติ.....ตายดีกว่า...จะได้หมดทุกข์”

1.3 ความขัดแย้ง

- ความขัดแย้งในพฤติกรรมที่แสดงออกมา เช่น หัวเราะทั้งที่น้ำตาไหลอาบแก้มในเวลาเดียวกัน

- ความขัดแย้งในคำพูด เช่น “ฉันมีชีวิตที่น่าเบื่อหน่าย วันๆ ไม่ได้ทำอะไรที่เป็นทาง เดี่ยวไปโน้น เดี่ยวมานี่ ไปต่างจังหวัด...ต่างประเทศ...โอ๊ยเบื่อๆ แต่ก็เหมือนกันนะ”

- ความขัดแย้งระหว่างคำพูดกับพฤติกรรม เช่น
คำพูด : “ไม่เสียใจหรือเรื่องแค่นี้” (น้ำเสียงกระด้าง ริมฝีปากสั่น กัดฟันพูด)

คำพูด : “ดีใจจังที่จะได้ไปเที่ยว.....ฉลองวันครบรอบแต่งงาน”(ท่าทางเฉย ดวงตา เสวี่ ก้มหน้าหลบสายตา)

1.4 ความสอดคล้องระหว่างคำพูดกับพฤติกรรม เช่น

คำพูด : “ผมอดไม่ได้ที่จะคิดถึงคุณแม่ที่เสียไป”
(น้ำตาไหล)

คำพูด : “ผมดีใจที่ได้พบคุณในวันนี้” (ยิ้ม ท่าทาง กระตือรือร้น)

1.5 พฤติกรรมที่แสดงออกมาในระหว่างการเจียบ ซึ่งทำให้ผู้ให้การปรึกษาเข้าใจความหมายของการเจียบของผู้รับการปรึกษา ว่าเป็นการเจียบในทางลบ หรือทางบวก

2. การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) โดยการแปลความหมาย พฤติกรรมต่างๆ ที่ผู้รับการปรึกษาแสดงออกมา ให้เป็นภาษาพูดตามความเหมาะสม เช่น

ผู้ให้การปรึกษา: “คุณคิดว่าคุณทำใจได้แล้ว แต่น้ำเสียงและแววตาของคุณดูยังสะเทือนใจ เมื่อพูดถึงเรื่องนี้”

ผู้ให้การปรึกษา : “คุณยิ้มดูสบายใจขึ้นที่หาทางแก้ไขได้”

3. การเจียบเพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้ถึงสิ่งที่ได้พูดหรือแสดงออกมา

4. สังเกตปฏิกิริยาของผู้รับการปรึกษาหลังจากที่ได้รับข้อมูลย้อนกลับ

ในกรณีที่ข้อมูลนั้นถูกต้องหรือตรงประเด็นผู้รับการปรึกษา มักจะพูดต่อและขยายความในสิ่งเหล่านี้ แต่ถ้าข้อมูลไม่ตรงประเด็นหรือผู้รับการปรึกษายังไม่พร้อมที่จะเปิดเผยในเรื่องนั้นๆ เขาก็จะเจียบ

ผลที่ได้รับ

1. เป็นวิธีการแสดงความเข้าใจความคิดและความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาอย่างลึกซึ้ง
2. ทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความไว้วางใจในผู้ให้การปรึกษามากขึ้น
3. เปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาได้พูดต่อในสิ่งที่ เป็นประเด็นสำคัญๆ

6.5.3 ทักษะคำถาม (Questions)

ความหมาย การถามเป็นทักษะสำคัญในการให้โอกาสผู้รับการปรึกษาได้บอกถึงความรู้สึกและเรื่องราวต่างๆ ที่ต้องการจะปรึกษา ช่วยผู้ให้การปรึกษาเข้าใจปัญหาของผู้รับการปรึกษามากขึ้น ตลอดจนผู้รับการปรึกษาได้ใช้เวลาคิดคำนึงเข้าใจปัญหาของตนเอง

คำถามแบ่งออกเป็น 2 ประเภท

1. **คำถามปลายปิด** เป็นการถามเพื่อทราบข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับผู้รับการปรึกษา ซึ่งจะมีลักษณะคล้ายการสอบสวนและการซักถาม การถามลักษณะนี้จะได้คำตอบเพียงสั้นๆ

2. คำถามปลายเปิด เป็นการถามที่ไม่กำหนดขอบเขตในการตอบ ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสพูดถึงความคิด ความรู้สึก และสิ่งที่เป็นปัญหาตามความต้องการของตนเอง การถามลักษณะนี้ผู้ตอบจะพูดอย่างเต็มที่และสะดวกใจ ทำให้ทราบเรื่องราวต่างๆ มากมาย

แนวทางปฏิบัติ

โดยทั่วไปแล้วควรใช้คำถามเปิดมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้โอกาสผู้รับการปรึกษาได้สำรวจถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเองอย่างกว้างขวาง คำถามเปิดนี้ยังมีประโยชน์ในแง่ที่ผู้รับบริการจะไม่รู้สึกรำคาญจากการถาม ส่วนคำถามปิดควรใช้ตามความจำเป็นเมื่อต้องการทราบคำตอบเฉพาะ เพราะคำถามปิดไม่ค่อยเอื้อให้เกิดการเปิดเผยตนเอง ได้ข้อมูลน้อย และมักจะได้อำตอบเพียง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”

หมายเหตุ

การใช้คำถามที่ขึ้นต้นด้วย “ทำไม” มักทำให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความรู้สึกว่าตนเองกำลังถูกตำหนิ ซึ่งอาจจะทำให้กระทบกระเทือนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการปรึกษาได้ นอกจากนั้นการใช้คำถามลักษณะนี้ มักจะนำไปสู่การหาเหตุผลต่างๆ ซึ่งเหตุผลนั้นอาจมีบางส่วนที่ไม่เป็นจริงได้ ดังนั้นคำถามว่า “ทำไม” จึงไม่ค่อยเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในช่วงการปรึกษา

6.5.4 การเงียบ

ความหมาย เป็นช่วงระยะเวลาระหว่างการปรึกษาที่ไม่มีการสื่อสารด้วยวาจาระหว่างผู้ให้การศึกษาและผู้รับการปรึกษา ระหว่างการปรึกษามี 2 ลักษณะ

1. การเงียบ ที่ไม่มีเสียงใดๆ จากทั้ง 2 ฝ่าย เป็นการเงียบที่แสดงให้เห็นว่าผู้พูดต้องการเวลาเพื่อคิดหรือแสดงความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงการพูดถึงประเด็นนั้นๆ
2. การเงียบที่มีเสียงบางอย่าง เช่น เสียงอึม เสียงพูดที่ขาดๆ หายๆ ตะกุกตะกัก ซึ่งแสดงถึงอารมณ์และอาการวิตกกังวล

แนวทางปฏิบัติ ในการปฏิบัตินั้นจะต้องพิจารณาว่าการเงียบที่เกิดขึ้นเป็นการเงียบทางบวกหรือการเงียบทางลบ

1. การเงียบทางบวก เป็นการเงียบที่ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้ใช้ความคิด ได้ระบายความรู้สึกมากขึ้น

1.1 การเว้นจังหวะของการพูด ซึ่งอาจจะแสดงว่า ได้พูดถึงข้อคิดหรือประเด็นนั้นๆ จบแล้ว และกำลังคิดถึงเรื่องที่จะพูดต่อไป เช่น การเว้นจังหวะพูดหลังจากที่เข้าใจถึงสิ่งที่เป็นปัญหาของตนเองแล้วและกำลังคิดว่าจะทำอย่างไรต่อไป

ในกรณีที่ความเจ็บสละท่อนถึงผู้รับการปรึกษากำลังครุ่นคิด ผู้ให้การปรึกษาไม่ควรรบกวนความเจียนั้น การเว้นจังหวะการพูดนั้นอาจแสดงว่า ผู้รับการปรึกษาคิดอะไรไม่ออกหรือสับสนตัวเอง ในกรณีเช่นนี้ผู้ให้การปรึกษาควรจะสรุปเรื่องราวต่างๆ ที่ได้พูดไปแล้วโดยใช้คำถามเปิดเกี่ยวกับประเด็นนั้นๆ

1.2 การเจียนด้วยการรู้สึกเจ็บหรือเสียใจ ในขณะที่ผู้รับการปรึกษากำลังรู้สึกเจ็บและไม่พร้อมที่จะพูดหรือแสดงความรู้สึกของตนเอง ผู้ให้การปรึกษาไม่ควรเร่งหรือบังคับ แต่ควรให้กำลังใจ ใช้การสะท้อนความรู้สึก หรือถามถึงความหมายของการเจียน ซึ่งอาจจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถพูดต่อไป

1.3 การเจียนเพื่อรอคอยให้ผู้ให้การปรึกษาพูดอะไรบางอย่าง ไม่ว่าจะเป็น การให้กำลังใจ การให้ข้อมูล หรือการวินิจฉัยปัญหาของตนเอง ในกรณีนี้ผู้ให้การปรึกษาอาจใช้ทักษะการตีความหรือคำถาม

1.4 การเจียนเพื่อคิด ผู้รับการปรึกษาอาจต้องการเวลาคิดและทำความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ให้การปรึกษาได้พูดออกมา ในกรณีนี้ผู้ให้การปรึกษาไม่ควรรบกวน หรือขัดจังหวะของกระแสความคิดนั้น แต่ควรรอจนกระทั่งผู้รับการปรึกษาพร้อมที่จะพูดต่อไป

1.5 การเจียนเพื่อพักฟื้นจากความเหน็ดเหนื่อย หลังจากผู้รับการปรึกษาได้แสดงถึงสิ่งที่เป็นอารมณ์ หรือความรู้สึก เช่น การร้องไห้ ช่วงเวลาที่เจียนเพื่อหยุดพักนี้ ผู้ให้การปรึกษาควรให้การยอมรับและใช้การเจียนในลักษณะที่แสดงถึงการร่วมรับรู้และเข้าใจ

2. การเจียนทางลบ เป็นการเจียนที่แสดงถึงความขลาดอาย ความไม่สบายใจ ความกลัว หรือการต่อต้าน การปฏิเสธ โดยทั่วไปแล้วการเจียนในช่วงระยะแรกของการปรึกษามักสะท้อนถึงความไม่สบายใจ หรือสับสน ผู้ให้การปรึกษาควรให้การยอมรับและใช้ทักษะการให้กำลังใจ

2.1 การเจียนที่แสดงถึงความไม่สบายใจ เช่น ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาไม่ได้สมัครใจมาด้วยตนเอง แต่มาเพราะถูกบังคับ หรือในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาที่มีการศึกษาต่ำและรู้สึกอาย หรือขลาดกลัวต่อการสนทนากับผู้ให้การปรึกษา ดังนั้นผู้ให้การปรึกษาควรพูดถึงเรื่องต่างๆ ไป เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาลายความวิตกกังวล จนกระทั่งเขาสามารถค่อยๆ เล่าถึงเรื่องราวของตนเองได้

2.2 การเขียนเพราะไม่อยากพูดเรื่องของตัวเอง บางครั้งผู้รับการปรึกษาใช้การเขียนเป็นการเล่นเกมส์หรือเป็นกลวิธี เพื่อดูว่าใครจะเป็นฝ่ายพูดก่อน ในกรณีนี้ควรพูดถึงการตกลงบริการในการปรึกษา โดยเฉพาะเรื่องการรักษาความลับ และบทบาทความรับผิดชอบ หรือพูดถึงเรื่องทั่วไป และการให้กำลังใจ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อกระบวนการให้การปรึกษา

ผลที่จะได้รับ

การที่ผู้ให้การปรึกษาใช้การเขียนทางบวกจะเป็นประโยชน์ต่อการปรึกษาดังนี้

1. การเขียนในการให้คำปรึกษาจะเกิดผลก็ต่อเมื่อผู้ให้การปรึกษา ใช้การเขียนเพื่อหาจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน เช่น เพื่อทำให้จังหวะในการปรึกษาสงบลง หรือให้เวลาผู้รับการปรึกษาได้คิด
2. เป็นการแสดงถึงความเข้าใจที่มีต่อผู้รับการปรึกษาโดยแสดงให้เห็นว่าเข้าใจพฤติกรรมของเขา
3. เป็นการเน้นความสนใจที่ผู้รับการปรึกษา ให้เกียรติเขา ให้เวลาคิด และช่วยเขาให้รับผิดชอบในกระบวนการปรึกษา
4. การเขียนเป็นวิธีหนึ่งในการให้โอกาสและให้กำลังใจแก่ผู้รับการปรึกษาเพื่อให้เขาได้พูด

6.5.5 การทวนซ้ำ

ความหมาย เป็นการพูดในสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาได้บอกเล่าอีกครั้งหนึ่ง โดยไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าในแง่ของภาษาหรือความรู้สึกที่แสดงออกมา เพื่อ

1. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้เข้าใจชัดเจนขึ้นในสิ่งที่เขาต้องการปรึกษา
2. เป็นวิธีการที่จะสื่อถึงความใส่ใจ ความเข้าใจของผู้ให้การปรึกษาที่มีต่อผู้รับการปรึกษา ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่เข้าใจ เป็นที่ยอมรับ เกิดความอบอุ่นใจ
3. ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเปิดเผยตนเองมากขึ้นและพูดต่อไป
4. เป็นการตรวจสอบว่าสิ่งที่ผู้ให้การปรึกษาได้ยินนั้นถูกต้องหรือไม่

การทวนซ้ำ แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. ทวนซ้ำอย่างเดียวกับสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาพูด หรือการทำซ้ำทุกคำ
2. ทวนซ้ำแบบเปลี่ยนหรือเพิ่มสรรพนามของผู้รับการปรึกษา

3. ทวนซ้ำเฉพาะประเด็นที่สำคัญเพียงส่วนเดียว

4. ทวนซ้ำแบบสรุป โดยใช้ถ้อยคำน้อยลง ขณะเดียวกันยังคงสาระสำคัญ

เดิมอยู่

แนวทางปฏิบัติ

1. ผู้ให้การปรึกษาจะทวนซ้ำหรือให้ข้อมูลย้อนกลับเฉพาะสาระสำคัญที่ผู้รับการปรึกษาสื่อสารออกมาเท่านั้นและหลีกเลี่ยงที่จะเพิ่มเติมความคิดเห็นของผู้ให้การปรึกษา

2. ในขณะที่ผู้รับการปรึกษากำลังแสดงความคิดเห็นและความรู้สึก ผู้ให้การปรึกษา อาจแทรกคำพูดที่เป็นการทวนซ้ำความเฉพาะส่วนสำคัญสั้นๆ ถึงสิ่งที่รับรู้ก็ได้

3. การทวนซ้ำอาจจะรวมถึงความรู้สึกเข้าไปด้วยก็ได้ ถ้าความรู้สึกนั้นเป็นสาระสำคัญของผู้รับการปรึกษา

4. การทวนซ้ำตลอดเวลาจะทำให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกอึดอัด ไม่แน่ใจในความสามารถของผู้ให้การปรึกษา ดังนั้นจึงอาจใช้ลักษณะการทวนซ้ำแบบต่างๆ สลับกันไปในการสนทนา

5. ถ้าผู้ให้การปรึกษาทวนซ้ำอย่างถูกต้อง ผู้รับการปรึกษาก็จะตอบสนองด้วยการพยักหน้าหรือการตอบรับ และบ่อยครั้งก็จะพูดต่อหรือขยายความในสิ่งที่ได้กล่าวมาแล้ว ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง ผู้ให้การปรึกษาอาจจะถามด้วยคำถามเปิด โดยการรวบรวมเรื่องสำคัญๆ ที่ทวนซ้ำมาเป็นคำถาม

ผลที่ได้รับ

1. ชูใจให้ผู้รับการปรึกษาพูดต่อ

2. ตรวจสอบว่าผู้ให้การปรึกษาเข้าใจในสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาสื่อสาร

ถูกต้องหรือไม่

3. ทำให้ผู้รับการปรึกษาชัดเจนในสิ่งที่พูดมากขึ้น

4. ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาพูดมาก จะเป็นการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาไม่เล่าซ้ำ ในสิ่งที่พูดมาแล้ว ซึ่งทำให้กระบวนการให้การปรึกษามีประสิทธิภาพและรวดเร็วขึ้น

6.5.6 การสะท้อนความรู้สึก

ความหมาย การสะท้อนความรู้สึก เป็นการรับรู้ความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆ ที่ผู้รับการปรึกษาได้แสดงออกมา ไม่ว่าจะเป็นด้วยวาจา หรือกิริยาท่าทาง และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างชัดเจนด้วยภาษาพูดให้ผู้รับการปรึกษาได้รับฟัง เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความเข้าใจในสิ่งที่ปัญหาที่แท้จริงของตนเอง เนื่องจากว่าปัญหาของผู้รับการปรึกษานั้นมักเกิดจาก

ความรู้สึกที่มีต่อประสบการณ์ต่างๆ เป็นส่วนใหญ่ การสะท้อนความรู้สึกจะช่วยขยายขอบเขตในการมองสภาพการณ์ของตนเองได้ชัดเจนและเป็นจริงมากขึ้น

แนวทางปฏิบัติ

1. พยายามสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกมา ลักษณะคำพูด น้ำเสียง และท่าทางที่จะสะท้อนความรู้สึก
2. หาคำศัพท์เกี่ยวกับความรู้สึกที่ตรงกับความรู้สึกของเขามากที่สุด เพื่อสามารถสื่อความรู้สึกได้อย่างชัดเจน โดยการใช้ภาษาง่ายๆ
3. ไม่ควรใช้คำว่า “รู้สึก” บ่อยครั้งและไม่ใช้คำศัพท์เกี่ยวกับความรู้สึกซ้ำๆ ควรหาวิธีเปลี่ยนลักษณะคำพูด
4. การใช้ทักษะนี้ต้องทำในทันทีที่ผู้รับการปรึกษาแสดงความรู้สึกของเขาออกมา เพื่อให้เขาได้รับรู้ตนเองอย่างชัดเจนและเป็นจริง

ผลที่ได้รับ

1. ช่วยลดความรู้สึกต่อปัญหา ซึ่งมีผลทำให้ผู้รับการปรึกษามองสภาพการณ์ต่างๆ อย่างเป็นจริงมากขึ้น
2. ผู้รับการปรึกษาจะเกิดความไว้วางใจผู้ให้การปรึกษา
3. ผู้รับการปรึกษากล้าเปิดเผยตนเอง สามารถรับผิดชอบตนเอง มีอิสระในการเลือกสิ่งที่พึงพอใจ ทำให้สามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

6. 5.7 การสรุปความ

ความหมาย การสรุปความเป็นการรวบรวมสิ่งที่เกิดขึ้นในระหว่างการให้บริการปรึกษา หรือเมื่อยุติการให้การปรึกษา โดยใช้คำพูดสั้นๆ ให้ได้ใจความสำคัญทั้งหมด ซึ่งจะมีทั้งการสรุปเนื้อหาความรู้สึกและกระบวนการให้การปรึกษา

แนวทางปฏิบัติ

1. ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาพูดยาว ผู้ให้การปรึกษาสมควรที่จะสรุปเนื้อหา และความรู้สึกสำคัญที่ผู้รับการปรึกษาได้แสดงออกมา เพื่อให้การปรึกษาเป็นไปในทิศทางที่ชัดเจนยิ่งขึ้น สามารถจับประเด็นสำคัญได้
2. ทุกครั้งที่มีการปรึกษาเกิดขึ้น ก่อนจบการปรึกษาดำเนินการสรุปประเด็นต่างๆ ในการปรึกษา
3. เมื่อมีการปรึกษาหลายครั้ง ก่อนเริ่มกระบวนการให้การปรึกษาในครั้งที่สองและครั้งต่อไป ผู้ให้การปรึกษาอาจสรุปสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครั้งก่อน

4. ในกรณีที่ใช้การปรึกษาใช้เวลามากกว่าหนึ่งครั้ง ในครั้งสุดท้ายควรสรุปสิ่งต่างๆ ทั้งหมดของการปรึกษาที่ผ่านมาตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงครั้งสุดท้าย

ผลที่ได้รับ

1. ทำให้ผู้รับการปรึกษาชัดเจนในประเด็นต่างๆ ที่ได้พูดออกมา
 2. ทำให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกว่าการปรึกษานี้ได้ผลและมีประโยชน์
- เนื่องจากการสรุปช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเห็นภาพทั้งหมด
3. การสรุปครั้งสุดท้ายเป็นการย้ำประเด็นสำคัญๆ ซึ่งจะมีผลต่อกระบวนการคิดของผู้รับการปรึกษาหลังจากเสร็จสิ้นการปรึกษา

7. สิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำนิยามคำว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่เป็นสุขทางกาย ภาวะที่เป็นสุขทางใจ ภาวะที่เป็นสุขทางสังคม และภาวะที่เป็นสุขทางจิตวิญญาณ ซึ่งทั้งสี่มิตินี้มีได้แยกจากกันหากแต่เชื่อมโยงเกี่ยวเนื่องในกันและกันอย่างแยกไม่ออก แต่บุคลากรที่ทำหน้าที่ดูแลภาวะสุขภาพของผู้มารับบริการมักจะละเลยมิติทางจิตวิญญาณของผู้รับบริการ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการยึดติดกับรูปแบบการรักษาแบบแยกส่วน ทำให้ขาดการมองบุคคลในรูปแบบองค์รวม หรือจากการที่บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญของมิติจิตวิญญาณของผู้รับบริการ แต่หลีกเลี่ยงไม่กล้าสัมผัส เนื่องจากขาดความรู้ที่ถูกต้อง ในที่นี้ได้อธิบายความหมายของจิตวิญญาณ หรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจของผู้รับบริการ และได้เสนอแนวทางการพัฒนาด้านจิตวิญญาณในการเข้าถึงซึ่งจิตวิญญาณของผู้รับบริการ เช่น การประเมินสุขภาวะด้านจิตวิญญาณของบุคคล แนวทางการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ และวิธีประเมินผลว่าผู้รับบริการได้รับการตอบสนองด้านจิตวิญญาณแล้วหรือไม่ (ชนิกา เจริญจิตต์กุล, 2539)

7.1 ความหมายของจิตวิญญาณ

พรจันทร์ สุวรรณชาติ (2534) ได้ให้ความหมายของคำว่า จิตวิญญาณ ที่นำมาใช้ในวิชาชีพการพยาบาลว่าหมายถึง พลังชีวิตของคนซึ่งแสวงหาจุดหมายหมายของสัมพันธภาพและการมีชีวิตรอด เป็นจิตวิญญาณที่แสวงหาจุดหมายหมายของความรัก ความไว้วางใจ ความหวัง และการให้อภัยแก่ตนเองและผู้อื่น

ประเวศ วะสี ได้ให้คำจำกัดความว่า จิตวิญญาณ คือจิตชั้นสูง จิตที่ลดความเห็นแก่ตัว จิตที่เห็นแก่ผู้อื่น จิตที่เข้าถึงสิ่งสูงสุด คือนิพพานหรือพระผู้เป็นเจ้า (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544)

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2545) ได้แยกคำว่า จิต กับ จิตวิญญาณ ว่า จิต คือ ความสบายใจ ความสนุกสนาน ไม่เครียด คำว่าจิตวิญญาณ มีความหมายถึง เป้าหมายสูงสุดของชีวิตคืออะไร ซึ่งสอดคล้องกับ Ameling and Povilonis (2001) ที่ให้คำนิยามจิตวิญญาณว่า “เป็นการค้นหาความหมายของชีวิต” (Meaning Making) เช่น ฉันเป็นใคร ฉันอยู่ที่นี้เพราะอะไร สิ่งต่างๆเหล่านี้มีความหมายอย่างไรต่อฉัน และ อะไรคือสิ่งที่ฉันหวังจะทำในช่วงเวลาที่เหลืออยู่บนโลกนี้

Anandarajah and Hight (2001 อ้างใน พิระศักดิ์ เลิศระการนันท, 2546) ได้ให้ความหมายของจิตวิญญาณว่าเป็นประสบการณ์ของมนุษย์ที่ซับซ้อนและมีหลายมิติ ประกอบด้วยด้านสติปัญญา (cognitive) ประสบการณ์ (experience) และพฤติกรรม (behavior) มิติด้านสติปัญญาและปรัชญา ได้แก่ การค้นหาความหมาย วัตถุประสงค์และความจริงในชีวิต ความเชื่อและคุณค่าในสิ่งที่แต่ละบุคคลอาศัยอยู่ มิติด้านประสบการณ์และอารมณ์ ได้แก่ ความรู้สึกของการคาดหวัง ความรัก ความสัมพันธ์ ความสงบภายใน สิ่งปลอบใจและผู้ให้การสนับสนุน มิติด้านพฤติกรรม ได้แก่ สิ่งที่บุคคลแสดงออกมาจากความเชื่อทางจิตวิญญาณของแต่ละคน

สรุป จิตวิญญาณ หมายถึง พลังชีวิตของคนซึ่งแสวงหาจุดมุ่งหมายของการมีชีวิตรอด หรือเป้าหมายสูงสุดของชีวิต เป็นจิตชั้นสูงที่ลดความเห็นแก่ตัว จิตที่เห็นแก่ผู้อื่น เป็นการค้นหาความหมายของชีวิต ซึ่งประกอบด้วยมิติด้านสติปัญญา ประสบการณ์ พฤติกรรม

7.2 การดูแลด้านจิตวิญญาณ

จากที่เคยกล่าวแล้วว่า มนุษย์มีการผสมผสานของกาย จิต วิญญาณ และสังคม ซึ่งไม่สามารถแยกออกจากกันได้ แต่บางครั้งการปฏิบัติงานของพยาบาลก็อาจละเลยภาวะทางจิตวิญญาณของผู้รับบริการไป หรือกระทำไปโดยไม่เจตนา เช่น การตัดสายสิญจ์จากข้อมือผู้ป่วยออกก่อนส่งห้องผ่าตัด การเก็บพวงมาลัยหัวเตียงผู้ป่วยทิ้งเพื่อรักษาความสะอาดของสิ่งแวดล้อมโดยไม่คำนึงถึงความเชื่อและศรัทธาของผู้ป่วย หรือบางครั้งพยาบาลอาจจะละเลย หรือประเมินเพียงว่าผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธโดยไม่ได้ซักถามข้อมูล ความเชื่อหรือภูมิหลังก่อน แล้วสรุปเองว่าเขาน่าจะมีหลักธรรมตามศาสนาพุทธ จากการศึกษาการใส่ใจดูแลสุขภาวะด้านจิตวิญญาณในผู้ติดยาเสพติด ซึ่งการดูแลใส่ใจด้านจิตวิญญาณที่ศึกษา ได้แก่ ความมีสติ การเพิ่มความรู้สึกทางบวกต่อตนเอง การวางเป้าหมายของชีวิต พบว่า อัตราพฤติกรรมการเลิกสารเสพติดในกลุ่มนี้สูงขึ้น และ

มีความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้น (Carrington, 1989 ; Carroll, 1993 ; Mathew, 1996) และจากการศึกษาของ Shuler, Gelberg & Brown (1994) พบว่า ความเชื่อและการปฏิบัติที่เข้าถึงจิตวิญญาณของผู้ติดแอลกอฮอล์ จะช่วยลดความรู้สึกลึกซึ้งทางใจลงได้ และการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ เช่นการทำสมาธิ การอ่านพระคัมภีร์ การสวดมนต์ มีผลต่อสุขภาพ ทำให้เกิดการตอบสนองแบบผ่อนคลาย และการตอบสนองแบบผ่อนคลายจะทำให้เกิดผลต่อสรีระ มีการลดลงของกระบวนการเผาผลาญ การหายใจช้าลง ความดันโลหิตลดลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง หัวใจเต้นช้าลง คลื่นสมองแบบช้า (delta wave) เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาด้านสุขภาพจิตก็ยังให้ความสำคัญต่อการได้รับการประคับประคองด้านจิตวิญญาณอย่างมากอีกด้วย (McDowell, Galanter Goldfrab, 1996)

จากการศึกษาดังกล่าวพบว่า ระบบความเชื่อเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งของสภาวะทางจิตวิญญาณ ทำให้บุคคลมีพลังงานในตัว มีกำลังใจ และความหวัง นอกจากนี้ความรู้สึกผูกพันรักใคร่ การเอาใจใส่ประคับประคองต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความรู้สึกประจักษ์ในคุณค่า (Self esteem) ของบุคคล ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดูแลและเข้าถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วย อาจมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเป็นสุขสงบได้เมื่อยามเจ็บป่วย และพยาบาลควรให้ความใส่ใจมากขึ้นต่อสภาวะทางจิตวิญญาณของผู้รับบริการ เมื่อผู้รับบริการเหล่านั้นอยู่ในภาวะดังนี้ ภาวะใกล้ตาย ภาวะวิกฤต ทั้งทางกายและจิต ภาวะสูญเสีย เช่น สูญเสียอวัยวะร่างกาย สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่การทำงานทั้งแบบชั่วคราวและถาวร เป็นต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุบุคคลในวัยนี้จะตระหนักถึงภาวะร่างกายที่เสื่อมถอยยิ่งขึ้น ผู้สูงอายุจึงต้องพยายามสร้างความสมดุลระหว่างความรู้สึกที่มั่นคงในจิตใจกับความรู้สึกที่สูญเสีย การที่จะผ่านกระบวนการนี้ได้อย่างสัมฤทธิ์ผลต้องอาศัยสติปัญญาที่ฉลาดรอบคอบและความสมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ ดังนั้นเมื่อพยาบาลต้องรับผิดชอบให้การพยาบาลผู้รับบริการเหล่านี้ พึงตระหนักถึงความต้องการการตอบสนองด้านจิตวิญญาณที่มักเกิดขึ้นมากกว่าผู้รับบริการอื่นโดยทั่ว ๆ ไป

7.3 การรวบรวมข้อมูลทางด้านจิตวิญญาณ

การรวบรวมข้อมูลทางด้านจิตวิญญาณ ในลักษณะความเชื่อเฉพาะบุคคล ควรได้รับการประเมินเป็นอันดับแรกและควรประเมินร่วมกับข้อมูลด้านจิตสังคม ซึ่งเป็นข้อมูลทางด้านวัฒนธรรม ศาสนา ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลและควรจัดทำแบบประเมินให้ง่ายและสะดวกสำหรับพยาบาลที่จะใช้ประเมินในลักษณะเป็นงานประจำได้ ในที่นี้จะเสนอวิธีการประเมินสภาวะด้านจิตวิญญาณด้วยวิธี The FICA method ของคริสเตียน พูชาลสกี (Christine Puchalski)

ซึ่งเป็นนายแพทย์ประจำศูนย์การวิจัยทางคลินิกที่ได้ทำการศึกษาในผู้ที่กำลังจะตายในมหาวิทยาลัย วอชิงตัน (Puchalski, 1999) โดยมีวิธีการรวบรวมข้อมูล ดังนี้ F (Faith / Belief) , I (Importance), C (Community) , A (Address)

F (Faith and Belief) คือการประเมินความศรัทธา และความเชื่อ

ตัวอย่างคำถาม

“อะไร คือสิ่งที่คุณเชื่อและศรัทธา”

“ คุณเคยพิจารณาความเชื่อ หรือคำสอนทางศาสนาของคุณหรือไม่”

ถ้าคำตอบของผู้ป่วยบ่งบอกถึงการไม่มีความเชื่อหรือศรัทธาเฉพาะในชีวิต อาจใช้คำถามต่อไปว่า

“อะไร มีความหมายต่อชีวิตของคุณ”

ซึ่งคำตอบอาจจะได้เป็นคนสำคัญ ครอบครัว สัตว์เลี้ยง ธรรมชาติ หรืออาชีพ ก็ได้ เป็นต้น

I (Importance) ประเมินสิ่งสำคัญซึ่งเป็นความเชื่อในชีวิตของบุคคล

ตัวอย่างคำถาม

“ ใครคือคนที่สนับสนุนให้กำลังใจคุณ”

“ ใครคือบุคคลที่สำคัญที่สุดในชีวิตคุณ”

“ เมื่อคุณเกิดปัญหา คุณมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจอะไรบ้าง”

“ คุณเคยสวดมนต์ภาวนาบ้างไหม หากเคย การสวดมนต์ภาวนาช่วยคุณ

ในทางใดบ้าง”

“ ใคร หรืออะไรที่ช่วยให้คุณเข้มแข็งขึ้นหรือรู้สึกไม่สิ้นหวัง”

“ ความเชื่อของคุณมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพหรือต่อความเจ็บป่วยของคุณหรือไม่”

“ ความศรัทธาต่อศาสนาที่คุณนับถืออยู่ช่วยคุณ (เวลามีทุกข์) หรือไม่”

“ การปฏิบัติทางศาสนามีความหมายต่อคุณอย่างไร”

“ ความเจ็บป่วยของคุณตรงนี้มีผลต่อการปฏิบัติศาสนากิจของคุณบ้างมั๊ย”

“ มีหนังสือธรรมะ หรือสัญลักษณ์ทางศาสนาอะไรบ้างที่สามารถช่วย

คุณได้”

“ความเชื่อของคุณช่วยให้สุขภาพของคุณดีขึ้นหรือไม่”

C (Community) ประเมินการมีส่วนร่วมในชุมชน กล่าวคือ การเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนหรือรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน

ตัวอย่างคำถาม

“คุณมีส่วนร่วมในการประกอบพิธีทางศาสนาของชุมชนหรือไม่”

“องค์กรศาสนาหรือชุมชนมีบทบาทสำคัญในชีวิตของคุณหรือไม่”

“องค์กรศาสนาหรือชุมชนมีส่วนช่วยเหลือคุณอย่างไร”

A (Address) ประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลอย่างไร หรือความพึงพอใจต่อการช่วยเหลือ

ตัวอย่างคำถาม

“ขณะนี้คุณต้องการให้ใครมาอยู่กับคุณที่นี่หรือไม่”

“คุณพอใจที่จะให้ฉันอยู่ดูแลคุณขณะนี้หรือไม่”

“คุณต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือคุณในเรื่องใด”

คำถามเหล่านี้จะช่วยให้บุคลากรทราบว่าอะไรคือสิ่งสำคัญทางจิตวิญญาณในชีวิตผู้ป่วย และอะไรคือสิ่งที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของจิตวิญญาณในการฟื้นจากความเจ็บป่วย หรือการดำรงชีวิตต่อไป และการประเมินทางด้านจิตวิญญาณจะประสบความสำเร็จได้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เหมาะสมและตัวผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

7.4 กิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้รับบริการ

(Ameling and Povilonis, 2001) การประเมินทางด้านจิตวิญญาณ ควรจะประเมินเป็นข้อมูลประวัติส่วนตัวของผู้รับบริการ และจัดกระทำให้เป็นงานประจำอย่างหนึ่ง ข้อมูลที่สำคัญ คือ วัฒนธรรมหรือศาสนา มีอิทธิพลต่อชีวิตบุคคล เช่นเดียวกับความเชื่อเฉพาะบุคคล และการปฏิบัติตามศาสนา เป็นต้น การเข้าหาผู้รับบริการควรกระทำทันทีที่ผู้รับบริการต้องการ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจว่าพยาบาลสามารถเป็นที่พึ่งได้ยามที่ต้องการ และพยาบาลควรแสดงถึงความรู้สึกอาทร ร่วมทุกข์ ร่วมสุขกับผู้รับบริการ พยาบาลควรถามผู้รับบริการเกี่ยวกับความเชื่อ และยอมให้ผู้รับบริการพูดถึงความเชื่อของตนอย่างอิสระโดยมีท่าทีของการยอมรับและให้เกียรติ (respect and honored) และต้องระวังท่าทีขณะรับฟังด้วย เพราะผู้รับบริการอาจจะไวต่อการแสดงว่า เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย การเลือกใช้สื่อหนังสือธรรมะ คัมภีร์ เกี่ยวข้องกับศาสนาที่ผู้รับบริการนับถือ การเอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมในพิธีกรรมทางศาสนา หรือได้มีโอกาสประกอบศาสนกิจ

เช่น การเชิญพระหรือนุคคลสำคัญทางศาสนามาพูดคุย การเปิดโอกาสให้ไปวัด โบสถ์เพื่อประกอบศาสนากิจ เป็นต้น การร่วมสวดมนต์ หรือการสวดมนต์ภาวนา กิจกรรมนี้ต้องระมัดระวังใช้ให้เหมาะสมต้องเน้นการกระทำเพื่อให้ผู้รับบริการได้รู้สึกว่ามีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจไม่ใช่ให้ผู้รับบริการเกิดความคาดหวังที่ไม่เป็นความจริง เนื่องจากคิดว่าจะเกิดปาฏิหาริย์จากการที่พยายามสวดมนต์ภาวนาให้

7.5 การประเมินผลการพยาบาลทางด้านจิตวิญญาณ

พยาบาลจะรู้ได้อย่างไรว่า ผู้รับบริการได้รับการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณแล้ว Shafranske (1990) ได้เสนอ 2 องค์ประกอบในการประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของบุคคลไว้ดังนี้ คือ

1. องค์ประกอบด้านศาสนา ตัวอย่างคำตอบ “ฉันเชื่อว่า ฉันจะได้รับความคุ้มครองจากพระผู้เป็นเจ้า” “ฉันเข้าใจในกฎแห่งไตรลักษณ์” “การที่ฉันมีพระผู้เป็นเจ้า ทำให้ฉันไม่รู้สีกโศกเศร้า” “ฉันยอมรับในธรรมะของพระพุทธเจ้า”
2. องค์ประกอบด้านความหมายในชีวิต และความพึงพอใจในชีวิต ตัวอย่างคำตอบ “ฉันรู้สึกว่าชีวิตให้ประสบการณ์ที่มีค่าแก่ฉัน” “ฉันรู้สึกเต็มตื่น และพึงพอใจในชีวิต” “ฉันรู้สึกว่าชีวิตของฉันมีความหมายอย่างแท้จริง” “ฉันไม่รู้สีกว่าสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับชีวิตฉันอีกต่อไป”

สถานะที่บุคคลมีความสมบูรณ์พร้อมทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ จะทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างดี บุคคลจะรู้สึกมีความสุขในการดำรงชีวิตอยู่ตลอดเวลาและองค์ประกอบเหล่านี้มีส่วนช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกเป็นสุขสงบได้แม้ในยามเจ็บป่วย

พยาบาลมีความรู้ทางทฤษฎีทางการพยาบาลมากมาย แต่การปฏิบัตินั้นไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของจิตวิญญาณของการเป็นพยาบาล การให้การพยาบาลก็เป็นไปได้เพียงการตอบสนองด้านร่างกาย จิต สังคมเท่านั้น ดังนั้นการที่จะสัมผัสถึงจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้นั้น พยาบาลต้องมีจิตวิญญาณของการเป็นพยาบาลด้วยเพื่อใช้ในการดูแล ซึ่งพยาบาลสามารถพัฒนาตนเองได้ ดังนี้ (อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม, 2546)

1. พัฒนาตนเองให้เป็นผู้ที่มีภาวะเป็นสุขทางจิตวิญญาณ หมายถึง ภาวะที่เป็นสุข เพราะมีจิตใจที่สูงขึ้น ละเอียดปราณีตขึ้น โน้มนำไปในทางที่ดีงามเป็นศรีเมศล มีปัญญาที่เข้าใจ แยกแยะได้ในเหตุผล ดีชั่ว บาปบุญคุณโทษ ยึดมั่นในสัจธรรม ความจริง ซื่อสัตย์สุจริต ทั้งทางกาย

วาทา ใจ จิตที่ลดละความเห็นแก่ตัวลง เสียสละ เห็นแก่คนอื่น และส่วนรวมมากขึ้น มีความเมตตา
อยากให้ผู้อื่นเป็นสุข มีความกรุณา อยากช่วยผู้อื่นให้พ้นทุกข์

2. พัฒนาตนเองให้เป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจในธรรมชาติของบุคคลโดยรวม ให้
เข้าใจโครงสร้างทั้งในส่วนร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะพัฒนาบุคลิกภาพให้
แตกต่างกันไป พยาบาลจะต้องสำรวจความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของตัวเอง ทำความเข้าใจกับศาสนาและ
ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดในเรื่องชีวิต ตอบคำถามของการค้นหาความหมายของชีวิตให้ได้ และยอมรับว่าจิต
วิญญาณเป็นพลังหรือแรงผลักดันที่สำคัญในการดำเนินชีวิต

3. เข้าใจและยอมรับพฤติกรรมตามธรรมชาติของบุคคลในยามปกติและยาม
เจ็บป่วย

4. พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจในวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ภาษา และ
ศาสนาของผู้ป่วยนับถือ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงตามภูมิหลังของเขาอย่าง
เหมาะสม

5. พยาบาลจะต้องยอมรับขีดจำกัดของตนเอง และจะต้องศึกษาเพิ่มเติมเมื่อขาด
ความรู้

6. พัฒนาตนเองให้เป็นผู้ที่มีทักษะการสื่อสาร เนื่องจากพยาบาลต้องใช้ทักษะการ
สื่อสารอย่างมาก พยาบาลต้องฟังและสังเกตผู้รับบริการอย่างระมัดระวัง เนื่องจากภาวะจิตวิญญาณ
ของบุคคลมีลักษณะเฉพาะ และมีความละเอียดอ่อนมาก

สรุป

ภาวะจิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับมิติอื่น ๆ ทั้งทางด้าน
กาย จิต สังคม เมื่อใดก็ตามที่บุคคลมีภาวะเบี่ยงเบนในมิติใดมิติหนึ่งย่อมส่งผลกระทบต่อมิติอื่นๆ ด้วย
เช่นกัน ดังนั้นพยาบาลควรตระหนักและให้การดูแลบุคคลในลักษณะองค์รวม ซึ่งการพยาบาลใน
ด้านจิตวิญญาณจะประกอบรวมอยู่ในการพยาบาลด้านอื่นๆ และจะเป็นในลักษณะการสนับสนุน
เอื้ออำนวยความสะดวกตามความเชื่อของผู้ป่วย คำนึงถึงความแตกต่างของบุคคลโดยคงสภาพการ
บำบัดด้วยและชักชวนให้ผู้ป่วยศรัทธาในงานพยาบาลและทีมการรักษา สร้างสัมพันธภาพที่ดี
ยอมรับในความเชื่อของบุคคลโดยผสมกลมกลืนกับการแพทย์ในปัจจุบัน การปฏิบัติกิจกรรม
พยาบาลที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลจะต้องมีความจริงใจ มีความพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อ
ผู้ป่วยต้องการ นอกจากนั้นพยาบาลจะต้องพัฒนาความรู้ ความเข้าใจด้านจิตวิญญาณของผู้อื่น และ
ตนเองให้มีความสมบูรณ์ผาสุกอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และจากการช่วยให้ผู้รับบริการมีความ

ผาสูกทางจิตวิญญาณ จะทำให้บุคคลผู้นั้นมีพลังในตัว มีความหวังและกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้น และสุดท้ายมีส่วนช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกเป็นสุขสงบได้แม้ในยามเจ็บป่วย หรือประสบภาวะวิกฤตในชีวิต

8. ความรู้เกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient :RQ)

8.1 ความหมายของพลังสุขภาพจิต

สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552) ได้ให้ความหมายของพลังสุขภาพจิต (RQ) คือ ความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัว และฟื้นกลับสู่ภาวะปกติ ภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤต หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิต อันเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552) ได้ให้ความหมายของพลังสุขภาพจิต คือ ความสามารถของคนเราที่ใช้ในการปรับตัว และฟื้นตัวกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติได้ภายหลังที่พบเหตุการณ์รุนแรง หรือความยากลำบากในชีวิต

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552) กล่าวว่าพลังสุขภาพจิต คือ ตัวช่วยหนึ่งที่จะช่วยป้องกันเราไม่ให้สูญเสียสุขภาพจิต เมื่อถึงวันที่ชีวิตเหวี่ยงเราเข้าไปในเหตุการณ์วิกฤต ซึ่งเราควบคุมไม่ได้

จากการทบทวนความหมายของพลังสุขภาพจิต สรุปว่า พลังสุขภาพจิต คือ ความสามารถของคนที่มีอยู่แล้วในตนเอง และนำมาใช้เมื่อต้องการที่จะผ่านพ้นปัญหาอุปสรรค หรือความยากลำบากที่เกิดขึ้นในชีวิต และฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

8.2 องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพและการวิจัย พบว่า คนที่มีพลังสุขภาพจิตดี มีองค์ประกอบดังนี้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552) คือ

8.2.1 อึด ฮึด สู้

1) พลังอึด หมายถึง มีความทนทานทางอารมณ์ เมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤตขึ้น มักส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรง คนที่มีพลังสุขภาพจิตดีจึงต้องมี

- จิตใจที่มั่นคง ไม่หวั่นไหว ควบคุมจิตใจไม่ให้คล้อยตามเหตุการณ์ไปง่ายๆ

- เมื่อมีความกดดัน ความเครียดมากๆ ก็มีวิธีการระบายความกดดันออกไป เช่น มีเพื่อนพูดคุยระบายความทุกข์

- มีวิธีช่วยให้มีความอดทนกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ เช่น มีคนพูดปลอบใจ มองส่วนดี หรือคุณค่าที่มีอยู่ เพื่อปลอบใจตัวเอง คิดถึงเป้าหมายปลายทางที่ต้องการเป็นต้น

2) พลังฮึด คือ การมีขวัญและกำลังใจ การที่คนเราฝ่าฟันปัญหาอุปสรรคต่างๆ ไปได้ จำเป็นต้องมีกำลังใจมาก นอกจากกำลังใจแล้วยังต้องมีขวัญ คือ ความกล้าที่จะทำตัวให้เข้มแข็ง ฝืนใจลุกขึ้นมาสู้เพื่อเอาชนะ หรือไปสู่เป้าหมายที่ต้องการให้ได้กำลังใจ มีที่มาจาก 2 ด้าน คือ จากภายในตัวเอง การที่เป็นคนมุ่งมั่น ไม่ยอมแพ้ มีพลังใจที่จะต่อสู้ มองเห็นคุณค่าของตัวเอง และของครอบครัว มีความเชื่อว่าเหตุการณ์นี้ต้องผ่านพ้นไปเหมือนครั้งก่อนๆ ที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน

จากปัจจัยภายนอก เช่น มีคนรัก มีครอบครัว มีเพื่อน หรือหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือ เช่น มีการพูดคุยระบายความทุกข์กับคนที่รักและห่วงใย การได้รับข้อคิดสอนใจ และคำปลุกปลอบจากคนที่หวังดี การที่มีผู้รู้ช่วยชี้แนวทาง สิ่งเหล่านี้จะช่วยเพิ่มเติมความหวังและกำลังใจให้มากขึ้น แทนที่จะท้อแท้และยอมแพ้ต่อโชคชะตาชีวิตต่างๆ การคิดเชิงบวกและการรู้จักพูดคุย แบ่งปันความทุกข์ ความสุขกับคนที่รักและไว้ใจ จะช่วยให้คนไทยเป็นคนมีกำลังใจ มีแรงใจที่จะ “ฮึด” ขึ้นมาสู้กับปัญหาได้เป็นอย่างดี

3) พลังสู้ คือ การจัดการแก้ไขปัญหาได้ ปัญหาที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์วิกฤตมักเป็นเรื่องใหญ่ หนักหนา ไม่เคยแก้ไขมาก่อน การแก้ไขปัญหาในสถานการณ์วิกฤตต้องอาศัยทั้ง

- ประเมินตัวเองให้ได้ว่า อยู่ในสถานะที่จะแก้ไขปัญหาได้เองหรือไม่ บางคนจิตใจไม่อยู่กับเนื้อกับตัว ก็ต้องขอให้คนอื่นมาช่วย

- ใช้ความสามารถของตนเองที่มี เช่น การพูดจาต่อรอง การหาทางออกหลายๆ ทาง

- ขอคำปรึกษา หรือพึ่งพาความช่วยเหลือจากคนอื่น กรณีที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาดได้ด้วยตัวเองได้

ปัญหาที่เกิดจากเหตุการณ์วิกฤตมีความแตกต่างกัน บางปัญหาคือต้องอาศัยความอดทนและกำลังใจ เช่น เป็นโรคร้าย ปัญหาบางอย่างต้องอาศัยการคิดแก้ไขหาทางออก เช่น เรื่องการเงิน บางปัญหาคือว่าจะแก้ไขได้ต้องใช้เวลานาน บางปัญหามีความยุ่งยากซับซ้อน การแก้ไขต้องคิดและทำทีละขั้นตอน ทีละเปาะ มองแง่ดีหรือความสำเร็จที่เกิดขึ้นว่าเสร็จไปขั้นหนึ่งแล้ว จะได้ไม่เกิดความท้อแท้

จากองค์ประกอบพลังสุขภาพจิตข้างต้น และตัวอย่างที่ได้ยกมา แสดงให้เห็นว่าคนเราใช้พลังสุขภาพจิตแบบผสมผสาน ไม่ได้แยกส่วนหรือแยกวาระยะใด ใช้องค์ประกอบใด สำหรับความทนทานทางอารมณ์ จำเป็นมากในระยะแรกที่เผชิญสถานการณ์วิกฤต ช่วงเวลาต่อมาที่ปัญหายังคงอยู่ต้องใช้ความสามารถในการทนทานทางอารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์เช่นเดียวกับกำลังใจที่ต้องมีทุกๆ ระยะ ในระยะแรกที่จิตใจอ่อนแอ กำลังใจอาจจะมาจากคนรอบข้าง เช่น ครอบครัว เพื่อนฝูง แต่เวลาผ่านไป จิตใจมีความทนทานทางอารมณ์มากขึ้น ก็อาจจะสร้างกำลังใจด้วยตนเองได้ ส่วนการแก้ไขปัญหานั้นจำเป็นต้องอาศัยทั้งความทนทานทางอารมณ์ และกำลังใจประกอบกันไปด้วย

8.3 การสร้างพลังสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552) ได้ให้แนวคิดว่าเป็นธรรมดาที่คนเราทุกคนย่อมต้องพบกับปัญหาอุปสรรคในชีวิตบ้าง ซึ่งปัญหาอุปสรรคนั้น ก็มักจะทำให้เกิดความทุกข์ ความเครียดในจิตใจ เรื่องไหนที่เราคุ้นเคยก็สามารถแก้ไขจัดการ หรือทำใจปล่อยวางลงได้ไม่ยาก แต่ปัญหาบางเรื่องเป็นเรื่องใหญ่ หนักหนาสาหัส และไม่เคยมาคิดว่าจะเกิดกับตัวเราเอง หรือญาติพี่น้อง เช่น ตกงาน เป็นโรคร้ายแรงหรือเรื้อรัง เป็นคดีความ จัดแย้งในครอบครัวรุนแรง เป็นต้น การได้รู้แนวทางว่าจะรับมือกับปัญหานี้อย่างไร จะช่วยให้ไม่ท้อถอย เกิดพลังสุขภาพจิตที่จะฝ่าฟันปัญหาเหล่านี้ไปได้ แนวทางนี้คือ การสร้างพลังสุขภาพจิตด้วยวิธีปรับ 4 เติม 3 ซึ่งเป็นสูตรหรือเป็นแนวทางที่นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตรับรองว่า เป็นแนวทางที่ครอบคลุม และสามารถปรับใช้ได้กับภาวะวิกฤต หรือความกดดันจากสาเหตุต่างๆ มีรายละเอียดดังนี้

8.3.1 ปรับอารมณ์ เมื่อเกิดปัญหา อุปสรรคที่เป็นเรื่องใหญ่ในชีวิต คนเรามักจะตกใจและมีความรู้สึกต่างๆ ที่รุนแรง ทำให้ควบคุมตนเองไม่ได้ แนวทางอันดับแรกจึงต้องพยายามตั้งสติอยู่ในที่เงียบๆ หรือหากคนพลอบใจ หลังจากนั้นหาทางออกในการระบายความกดดันอย่างเหมาะสม เช่น การออกกำลังกายเพื่อระบายความโกรธ หันเหความสนใจไปในเรื่องอื่นเพื่อปรับอารมณ์ เมื่อใดที่รู้สึกท้อก็ควรหาวิธีจูงใจตัวเอง เช่น บอกกับตัวเองว่าเราต้องสู้ ยังมีคนที่ทุกข์กว่าเราคิดถึงความสำเร็จที่เกิดขึ้น หากอดทนต่อไปหรือใจสู้ คิดว่าหากท้อแต่อย่างนี้ไปเรื่อยๆ จะเกิดอะไรขึ้น เป็นต้น

8.3.2 ปรับความคิด การที่จิตใจสงบทำให้คนเราคิดเรื่องที่เป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น การปรับความคิดทำได้หลายวิธี เช่น เปรียบกับคนที่แย่กว่าเรา มองส่วนที่ดีที่เหลืออยู่ หรือมองว่าเป็นธรรมดาเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ การปรับความคิดจะทำให้เรายอมรับว่ามีปัญหาใหญ่ที่เกิดขึ้น และมีกำลังใจที่จะต่อสู้ต่อไป

8.3.3 ปรับการกระทำ เมื่ออารมณ์ ความคิด กลับมาเป็นปกติและมีกำลังใจที่จะต่อสู้แล้วก็ต้องลงมือทำสิ่งที่คิดไว้ เพื่อแก้ไขปัญหาลงสู่การปฏิบัติให้ชีวิตดำเนินต่อไป

8.3.4 ปรับเป้าหมาย ปัญหาที่หนักหนาอาจจะทำให้เราทำตามความต้องการไม่ได้ บางครั้งจำเป็นต้องยืดหยุ่น ปรับเป้าหมายให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ เช่น อยากเรียนสูงๆ แต่พ่อแม่ตักเตือน ลูกวัยรุ่นอาจต้องออกมาทำงานเพื่อหาเงินช่วยจุนเจือครอบครัว ส่วนเป้าหมายเรื่องเรียนต้องเลื่อนออกไปก่อน เป็นต้น การตัดสินใจจะทำอะไรก็ควรไตร่ตรองและถามตัวเองว่า การตัดสินใจนี้จะเกิดผลดีผลเสียต่อตัวเองและคนอยู่รอบข้างอย่างไร

8.3.5 เดิมศรัทธา ความเชื่อ ความศรัทธาทำให้คนเรามีจิตใจเข้มแข็งและมีความหวัง เช่น เชื่อว่าชีวิตมีขึ้นมีลง วันนี้มีปัญหามากมาย หากอดทนและพยายามแก้ไขวันหน้าคงดีขึ้น บางศาสนาให้คิดว่าความลำบากเป็นเครื่องมือทดสอบความเข้มแข็งของคนเรา ดังนั้นเราต้องอดทนและผ่านพ้นปัญหานี้ไปให้ได้ หรือเชื่อว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ถูกกำหนดมา เราต้องยอมรับและอยู่ต่อไปให้ได้ เป็นต้น

8.3.6 เดิมมิตร การผูกมิตรหรือให้ความช่วยเหลือคนอื่นเท่าที่ทำได้เป็นสิ่งสำคัญ เพราะเมื่อเราเผชิญกับปัญหาบางอย่างเกินกว่าจะรับมือได้ จะได้ขอคำปรึกษาหรือพึ่งพา บางคนอาจจะคิดเกรงใจ ไม่อยากรบกวน แก้ปัญหายู่คนเดียว แต่ถ้าเป็นเรื่องของความอยู่รอดก็มีความจำเป็นที่จะต้องเอ่ยปากขอความช่วยเหลือ

8.3.7 เดิมจิตใจกว้าง เมื่อมีปัญหาคนเรามักใช้วิธีการแก้ไขปัญหาแบบเดิมๆ ซึ่งอาจจะไม่ใช่ทางออกที่เหมาะสม การรับฟังความคิดเห็นของคนอื่น ลองศึกษาวิธีการที่แตกต่างกันออกไป หรือการเข้าใจความรู้สึก ความคิดของคนอื่นที่แตกต่างจากเรา อาจทำให้มองปัญหาได้รอบด้านขึ้น ได้ข้อมูลมากขึ้น มีจิตใจกว้างขึ้นและเห็นทางออกของปัญหามากขึ้น การแสดงออกของพลังสุขภาพจิต แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

ระดับพื้นฐาน คือ ความสามารถในการดำรงความมั่นคง ความสมดุลทางอารมณ์ ดำรงสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานไว้ได้

ระดับที่สอง เป็นศักยภาพในการจัดการกับปัจจัยภายนอก กล่าวคือ เมื่อเจอปัญหาสามารถลุกขึ้นมาจัดการกับปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม บ่งบอกถึงการเป็นคนที่มุ่งแก้ปัญหามากกว่าติดอยู่ในกับดักของอารมณ์และความรู้สึก

ระดับที่สาม เป็นศักยภาพในการจัดการกับปัจจัยภายในตนเอง กล่าวคือ แม้ในยามที่มีความทุกข์ สิ่งต่างๆ คู่มืดมน แต่ก็ยังมีความรู้สึกว่าคุณค่า มีความมั่นใจ มีจิตใจที่เป็นอิสระ หากเชื่อว่าถ้าไม่ทอดทิ้งก็จะสามารถผ่านเรื่องราวๆ ไปได้แน่นอน

ระดับที่สี่ เป็นทักษะ บุคลิกภาพ และการแสดงออกต่างๆ ของคนที่มี RQ สูง เช่น ทักษะการใช้อารมณ์ขันเข้ามาช่วยทำให้สถานการณ์ดีขึ้น ทักษะในการสื่อสาร การขอความเห็นและคำแนะนำ ทักษะการปรับเป้าหมายของชีวิต เป็นต้น

ระดับที่ห้า เป็นระดับสูงสุด คือ ความสามารถ หรือพรสวรรค์ที่จะเปลี่ยนโชคร้ายให้กลายเป็นดีได้อย่างน่าทึ่ง เป็นการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และใช้ประสบการณ์ความผิดพลาด หรือความเจ็บปวด ไปสู่การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตนเอง ผลลัพธ์ที่ตามมาอาจมีทั้งด้านจิตใจและด้านวัตถุ เช่น ได้รับความประทับใจ หรือเกิดปิณธุ หรืออาจค้นพบหนทางใหม่ในชีวิต การงาน ครอบครัว เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการฝึกตนเอง ผู้การเป็นคนที่มีพลังสุขภาพจิตดี ได้แก่

- 1) สร้างความผูกพันและความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อน ครอบครัวญาติพี่น้อง หรือคนที่สามารถรับฟังปัญหาความคับข้องใจและให้ความช่วยเหลือเราได้
- 2) ใช้อารมณ์ขันกับสิ่งหัวเราะ คิดว่าในวิกฤตนี้มีอะไรที่น่าขำอยู่บ้าง แต่ถ้าไม่มีเลย ลองหันไปดูหนังสือหรืออ่านหนังสือการ์ตูนตลกๆ ที่ทำให้เราหัวเราะได้
- 3) เรียนรู้จากประสบการณ์ ทบทวนว่าเคยเจอปัญหานี้มาก่อนหรือไม่ และเคยจัดการอย่างไร และอย่าทำซ้ำในสิ่งที่ไม่ได้ผลในครั้งก่อน
- 4) มีความหวัง และมองโลกในแง่ดี เมื่อเราเจอสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วไม่ได้ให้คิดว่าวันนี้มีอะไรดีขึ้นบ้าง แม้จะเป็นเรื่องเล็กน้อยก็ตาม
- 5) ดูแลตัวเองทั้งทางด้านสุขภาพ ร่างกาย และอารมณ์ ทำงานอดิเรกที่ชอบ ออกกำลังกาย และนอนพักผ่อนให้มากๆ รวมทั้งรับประทานอาหารที่มีประโยชน์
- 6) ยอมรับการเปลี่ยนแปลง พยายามยืดหยุ่นเข้าไว้ อย่ายึดมั่นกับเรื่องจุกจิกเล็กน้อยที่จะกวนใจ เช่น หากมีคนมาซ้ำในการนัดหมายที่ไม่สำคัญมากก็ไม่ควรจริงจังถึงขั้นจะคลาดเวลาเลยไม่ได้ การเป็นคนตรงจนเกินไปจะเพิ่มความเครียด ความกังวล และปรับตัวยากเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่ค่อยแน่นอน
- 7) กำหนดเป้าหมายรายวัน และทำเพื่อเป้าหมายนั้น แม้ว่าจะเป็นเรื่องเล็กน้อย การกำหนดสิ่งที่ตั้งใจจะทำให้สำเร็จในวันหนึ่งๆ และทำให้ได้ จะทำให้รู้สึกว่าการประสบความสำเร็จ และรู้สึกดีกับตัวเองทุกวัน
- 8) ลงมือทำ เมื่อมีปัญหาให้คิดและวางแผนว่าจะทำอะไรถึงจะแก้ไขได้ และลงมือทำ

9) เรียนรู้สิ่งใหม่เกี่ยวกับตนเอง ยอมรับตนเองในอดีตและคิดว่าเดี๋ยวนี้เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร เราอาจจะรู้สึกชื่นชอบตัวเองในมุมมองใหม่ๆ เช่น หลังจากตกงานกลายเป็นคนที่ทำกับข้าวเก่งขึ้น

10) คิดถึงตัวเองในแง่ที่ดีขึ้น ภูมิใจในตัวเองว่าสามารถทำสิ่งต่างๆ มากมาย และมีคุณสมบัติหลายอย่างที่น่าชื่นชม

11) มองโลกให้กว้างไกล คิดถึงเรื่องของตัวเองเปรียบเทียบกับสถานการณ์ในสังคมและของโลก

9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กัลยา โสภากุล (2548) ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลสวนปรุง โดยเน้นการดูแลต่อเนื่องในชุมชนให้ทีมสุขภาพจิตติดตามผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในครั้งแรก เพราะเป็นรายที่มีความเสี่ยงสูงที่สุด อาจเกิดอันตรายหากผู้ป่วยล้มเหลวในการปรับตัวอยู่ภายนอกโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังติดตามผลการบำบัดหรือผลข้างเคียงจากการรักษา กรณีพบว่าผู้ป่วยไม่ต้องการรับการติดตามเยี่ยมในชุมชน เชื่อว่าอาจยังมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ต้องพยายามติดต่อคนที่จะสามารถประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายตนเองได้อย่างทันทั่วทั้ง

สมศรี เตกฉัตร (2552) ทำการศึกษาเรื่องสร้างความหวังเติมกำลังใจผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย โดยทำการศึกษาผู้ป่วยรายกรณี 5 คนที่มีภาวะซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตายและเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในเดือนละ 3 ครั้ง และพบว่าก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่ได้พบพยาบาลให้คำปรึกษา ทำให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีก โดยการกินยาเบื่อหนูหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 วัน จึงได้จัดทำแนวทางการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตายขึ้น และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เมื่อผู้ป่วยท้อแท้สิ้นหวังไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และได้จัดทีมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยมีความหวังที่จะมีชีวิตต่อไป สำหรับวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้ คือ 1) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตายได้มาตรฐานและใช้เป็นแนวทางเดียวกัน 2) เพื่อให้ชุมชนและญาติมีความรู้และเข้าใจและให้การช่วยเหลือและสามารถแนะนำส่งต่อได้ 3) เพื่อให้ผู้ป่วยทราบและเข้าถึงแหล่งบริการได้ โดยดำเนินการ 1) ให้ความรู้แก่ อสม. อบต. เรื่องโรคซึมเศร้าและการดูแลช่วยเหลือ 2) จัดทำแนวทางการปฏิบัติในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย 3) จัดทำแผ่นพับในการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า สังเกตอาการเตือน การดูแลด้านจิตใจ การดูแลด้านสิ่งแวดล้อมแก่ญาติ

4) ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 5) ออกเยี่ยมบ้าน 6) นัดพบพยาบาลให้คำปรึกษา ผลการดำเนินงาน การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตายมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะ 3 เดือนแรก หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นช่วงที่จะฆ่าตัวตายอีกครั้งสูง ในช่วงสัปดาห์แรกพยาบาลต้องสร้างกำลังใจ และเติมความหวังช่วยประคับประคองให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยโทรศัพท์มาบอกว่า “ไม่ไหวแล้ว หหมดแรง หากมีมืออยากแทงตัวเองให้ตาย” อีกรายหนึ่งบอกว่า “พี่หนูเบื่อชีวิต อยู่ไปก็ไม่มีประโยชน์ หนูอยากยิงตัวเองให้ตายไปพ่นๆ” ผู้ป่วยจะโทรศัพท์มาปรึกษาได้ทุกเวลาที่ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อชีวิตและท้อแท้ พยาบาลต้องเป็นที่ปรึกษา พุดคุยให้กำลังใจ ให้เวลากับผู้ป่วย จนทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงความรัก ความห่วงใย ความจริงใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย จนทำให้ผู้ป่วยมีความหวังอยากมีชีวิตอยู่ต่อไป หลังจากนั้นพยาบาลลงเยี่ยมบ้าน มีผู้ป่วยรายหนึ่งเป็น SLE มา 7 ปี กินยาเบื่อหนูมา ขณะนอนโรงพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าตามไม่ตอบ แต่พยักหน้า สีหน้าเฉยเมย ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง พยาบาลถามว่าอนุญาตให้ลงเยี่ยมบ้านไหม ผู้ป่วยแค่พยักหน้า แต่พอถึงวันนัดที่พยาบาลลงเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยเตรียมตัวนั่งรอหน้าบ้าน พอรถโรงพยาบาลขับผ่านหน้าบ้านไป ผู้ป่วยบอกให้ญาติวิ่งไปตามรถโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้ม แม้จะนอนพุดคุยก็ตาม พยาบาลประเมินการฆ่าตัวตายซ้ำ ผู้ป่วยสั่นหน้า ญาติดูแลผู้ป่วยดีมาก ปฏิบัติตามคำแนะนำจากพยาบาล ญาติสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ เฝ้าระวังอาการสัญญาณเตือน ที่ผู้ป่วยจะฆ่าตัวตาย ดูแลด้านจิตใจ ดูแลด้านสิ่งแวดล้อม นำผู้ป่วยมาพบผู้ให้คำปรึกษาตามนัดทุกครั้ง ญาติดูแลด้านการกินยาต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะ การทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และพยายามฆ่าตัวตาย หากผู้ปฏิบัติตามแนวทางการก่อนจำหน่ายผู้ป่วยต้องให้ผู้ให้คำปรึกษาพบผู้ป่วยก่อน สามารถช่วยลดการฆ่าตัวตายซ้ำ การลงเยี่ยมบ้านหากผู้ป่วยยินยอม และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ได้ตลอดเวลา เป็นการสร้างขวัญกำลังใจและความหวังกับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มีความจำเป็นและสำคัญมากที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

Bruce, et al (2004) ได้ทำการศึกษาเรื่องการลดความคิดฆ่าตัวตายและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่ซึมเศร้า ณ บริการปฐมภูมิ การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการดูแลของบริการปฐมภูมิต่อการลดความคิดฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีการจำแนกอายุออกเป็น 2 ช่วง คือ 60-74 ปี และเท่ากับหรือมากกว่า 75 ปี กลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดรักษาตามปกติ สำหรับกลุ่มทดลองได้รับการดูแลแบบการจัดการรายกรณี (Case Management) ซึ่งมีการให้ความรู้ การบำบัดรักษาด้วยยาต้านเศร้า การทำจิตบำบัด การประเมินผล โดยการประเมินความคิดทำร้ายตนเอง ระดับความซึมเศร้าก่อนเริ่มโครงการ หลังดำเนินการ 4 , 8

และ 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความคิดทำร้ายตนเองมีแนวโน้มลดลงอย่างรวดเร็ว ในระยะเวลา 4 เดือน รวมทั้งระดับภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างรวดเร็วเช่นกัน

Ciechanowski et al (2004) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การบูรณาการการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในชุมชน การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่บ้าน โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค minor depression หรือ dysthymia กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ หรืออยู่คนเดียว จำนวน 138 คน โดยสุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 72 คน ควบคุม 66 คน กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยวิธีการจัดการกับปัญหา (Problem solving treatment) การดูแลทางสังคม ทางร่างกาย ตามศักยภาพของผู้ป่วยและการรักษาด้วยยาต้านเศร้า ทำการประเมินภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตภายหลังได้รับการบำบัด 12 เดือนเปรียบเทียบกับคะแนนพื้นฐาน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีอาการซึมเศร้าลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($OR = 5.21$, $95\% CI = 2.01-13.72$) มีการหายจากภาวะซึมเศร้า (complete remission $OR = 4.96$, $95\% CI = 1.79-13.72$) และมีภาวะสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทั้งในด้านการทำหน้าที่และด้านอารมณ์ที่ผาสุก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพอสรุปได้ดังนี้

การฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุดด้วยตัวของตัวเอง โดยเจตนาไม่ใช่อุบัติเหตุ โดยผู้ที่ฆ่าตัวตายเชื่อว่าเป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดแล้ว การฆ่าตัวตายแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม

1. การพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) หมายถึง พยายามฆ่าตัวตาย แต่ยังไม่ถึงแก่ชีวิต

2. การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่

1. สถานภาพสมรส ผู้ที่เป็นโสด หม้าย หย่าร้าง มีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าผู้ที่แต่งงานแล้ว
2. ศาสนา ศาสนาพุทธมีข้อห้ามในศาสนาว่าการฆ่าตัวตายเป็นบาป จึงมีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ
3. สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ที่ตกงานโดยเฉพาะผู้ชายจะมีโอกาสฆ่าตัวตายสูง
4. เพศ อัตราการฆ่าตัวตายเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 3:1

5. อายุ ต่างประเทศอัตราการฆ่าตัวตายสูงในผู้สูงอายุ แต่ในประเทศไทยในระยะเวลา 3 ปีมานี้ พบการฆ่าตัวตายในเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น โดยมีสาเหตุสำคัญคือ
 - 5.1 เป็นโรคซึมเศร้า
 - 5.2 ติดสารเสพติด
 - 5.3 มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ
 6. มีวิถีชีวิตที่เครียดและยุ่งยากลำบาก
 7. โรคทางกาย เป็นสาเหตุที่สำคัญต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ
 8. ประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว
 9. ความผิดปกติของชีวเคมีทางสมอง คือ ระดับของสารเซโรโโทนินลดต่ำลง ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าและฆ่าตัวตายได้
 10. โรคทางจิตเวช ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย มี 4 โรค คือ
 - 10.1 โรคซึมเศร้า
 - 10.2 โรคจิตเภท
 - 10.3 ติดสารเสพติด
 - 10.4 บุคลิกภาพผิดปกติ เช่น บุคลิกภาพต่อต้านสังคม และชนิดคาบเส้น
- ฉะนั้นบุคคลควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรคำนึงถึง
1. เจตนาฆ่าตัวตายอย่างแท้จริงแต่ไม่สำเร็จ
 2. มีความตั้งใจฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน เช่นทำในสถานที่หรือเวลาที่ยากต่อการพบเห็น เตรียมจดหมายลาตาย เตรียมอุปกรณ์การฆ่าตัวตาย ใช้วิธีการที่รุนแรง
 3. เคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และจะกระทำการในครั้งที่ 2 ภายในเวลา 90 วันหลังจากครั้งแรก
 4. มีโรคเรื้อรังหรือเจ็บปวดทรมานทางกาย
 5. โรคทางจิตเวช 4 โรค ดังกล่าวข้างต้น
- โรคที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าเท่านั้น อาการของโรคซึมเศร้า มีอาการดังนี้
1. มีอาการโศกเศร้า เสียใจ หดห่อล้าตายอยากในชีวิต
 2. ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา
 3. อารมณ์แปรปรวนอ่อนไหวง่าย
 4. น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลง

5. นอนไม่หลับ หรือหลับบ่อยมากนานผิดปกติ
6. สมาธิไม่ดี ไม่สามารถตัดสินใจได้
7. อ่อนเพลียไม่มีแรง
8. กระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง หรือเคลื่อนไหวช้าลง
9. รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า
10. เกิดอาการประสาทหลอนหูแว่ว
11. รู้สึกมองโลกในแง่ร้ายอย่างมาก
12. ความจำเสียทำอะไรไม่ค่อยได้
13. คิดเรื่องฆ่าตัวตายซ้ำๆ

การรักษาภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า รักษาด้วยยาต้านเศร้า และการบำบัดทางจิตใจและทางสังคม ซึ่งส่วนมากจะให้การปรึกษาในการบำบัดรักษาทางจิตใจและสังคม

การรักษาด้วยยาและผลข้างเคียงของยา

1. ยาด้านเศร้ากลุ่ม TCA เป็นยากลุ่มแรกและดั้งเดิม มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคและภาวะซึมเศร้าไม่ต่างจากยากลุ่ม SSRIs หรือแม้แต่กลุ่มอื่นๆ ชื่อยากกลุ่มนี้ได้แก่ Amitriptyline , Imipramine Nortriptyline เป็นต้น ปัญหาของยากกลุ่มนี้คือเรื่องผลข้างเคียงและมีข้อควรระวังในการใช้ยามาก เพราะมีอาการง่วงซึม คอแห้ง ปากแห้ง ท้องผูก ตาพร่า น้ำหนักเพิ่ม ปัสสาวะลำบาก

2. ยาด้านเศร้ากลุ่ม SSRIs เป็นยาที่นิยมใช้มากที่สุด เพราะมีผลข้างเคียงน้อยกว่ายากลุ่ม TCA แต่มีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะซึมเศร้าดี ยากลุ่มนี้ที่นิยมใช้คือ Fluoxetine ผลข้างเคียงของยาได้แก่ ปวดศีรษะ กระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ผลทางเพศ ทำให้หลังช้า ไม่ถึงจุดสุดยอด

การบำบัดทางจิตใจและทางสังคม องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการบำบัด

1. สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ป่วย

ในการบำบัดรักษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเข้าใจสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ป่วย เพราะเกี่ยวข้องกับเชื่อทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งหมายถึงพลังชีวิตของคนในการแสวงหาจุดมุ่งหมายของการมีชีวิตรอด หรือเป้าหมายสูงสุดของชีวิต โดยมีวิธีการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญคือ

- 1.1 ประเมินความศรัทธาและความเชื่อ
- 1.2 ประเมินสิ่งสำคัญซึ่งเป็นความเชื่อในชีวิตของบุคคล
- 1.3 ประเมินการมีส่วนร่วมในชุมชน คือ การรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน

1.4 ประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือ

เมื่อเจ้าหน้าที่ประเมินและรวบรวมข้อมูลได้ จะต้องวางแผนและให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม โดยเน้นให้บุคคลเกิดพลังในตนเอง มีความหวังและกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้น และสุดท้ายมีส่วนช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกเป็นสุขสงบได้แม้ในยามเจ็บป่วย หรือประสบภาวะวิกฤตในชีวิต

2. พลังสุขภาพจิต คือ ความสามารถของคนที่มืออยู่ในตนเอง และนำมาใช้เมื่อต้องการที่จะผ่านพ้นปัญหาอุปสรรค หรือความยากลำบากที่เกิดขึ้นในชีวิต และฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข การที่บุคคลจะมีพลังสุขภาพจิตได้ต้องประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ

2.1 พลังฮึด คือ ความทนทานอารมณ์เมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤต คนที่มีพลังสุขภาพจิตต้องมีจิตใจมั่นคงไม่หวั่นไหว มีวิธีการระบายความรู้สึกกดดันออกไป เช่น การพูดระบายความทุกข์ใจกับเพื่อน มองส่วนดีที่ตนเองมีอยู่ คิดถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2.2 พลังฮึด คือ การมีขวัญกำลังใจ ถ้าจะฝ่าฟันอุปสรรคไปได้จำเป็นต้องมีกำลังใจอย่างมาก ซึ่งเกิดจากภายในตนเอง เห็นคุณค่าของตนเองและเชื่อว่าจะผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ ไม่ยอมแพ้ จากภายนอกตนเอง เช่น มีคนรัก ครอบครัว เพื่อนคอยให้ความช่วยเหลือ

2.3 พลังสู้ คือ การจัดการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ทั้งจากประสบการณ์เดิมที่นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาก็ หรือการแสวงหาแนวทางแก้ไขจากความร่วมมือของบุคคลที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายในชุมชน พบว่างานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ การติดตามเยี่ยมครอบครัวหรือผู้พยายามฆ่าตัวตาย เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมาก โดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรกภายหลังการพยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มคนเหล่านี้หากได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุขโดยการติดตามเยี่ยมบ้านและครอบครัว หากได้รับการอนุญาตจากครอบครัวแล้ว จะช่วยให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายผ่านพ้นภาวะวิกฤตและดำรงชีวิตในสังคมตามปกติ อย่างไรก็ตามบริการที่สำคัญสำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตายที่สามารถช่วยเหลือให้มีกำลังใจต่อสู้อต่อไป คือ บริการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วยก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน

แบบประเมินความเครียด

ระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการหรือพฤติกรรม หรือความรู้สึกต่อไปนี้เพียงใด

โปรดขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องแสดงระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน ตามความเป็นจริงมากที่สุด

อาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึก	ระดับอาการ			
	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1. นอนไม่หลับ เพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลย เพราะประสาทตึงเครียด				
4. มีความวุ่นวายใจ				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				
6. ปวดหัวข้างเดียว หรือบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง				
7. รู้สึกไม่มีความสุขหรือเศร้าหมอง				
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า				
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา				
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ				
12. รู้สึกเพลียไม่มีแรงจะทำอะไร				
13. รู้สึกเหนื่อยไม่อยากทำงาน				
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง				
15. เสียงสั่น หรือปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ				
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ				
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอยหลัง หรือไหล่				
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคยอะไร				
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ				
20. ความต้องการทางเพศหรือความสุขทางเพศลดลง				

เกณฑ์การให้คะแนน

การให้คะแนน รวมคะแนนไม่เกิน 60 คะแนน โดยจำนวนคำถาม 20 ข้อ ตอบว่า

ไม่เคยเลย = 0 คะแนน เป็นครั้งคราว = 1 คะแนน เป็นบ่อยๆ = 2 คะแนน เป็นประจำ = 3 คะแนน

ผลการประเมินความเสี่ยง

คะแนน 0 - 5	=	ท่านมีความเครียดระดับต่ำกว่าปกติ
คะแนน 3 - 17	=	ท่านมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ
คะแนน 18 - 25	=	ท่านมีความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย
คะแนน 26 - 29	=	ท่านมีความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง
คะแนน 30 - 60	=	ท่านมีความเครียดสูงกว่าปกติมาก

ควรรับคำปรึกษาจากแพทย์ พยาบาล
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
โทรศัพท์ 043-227422 ต่อห้องให้คำปรึกษา

แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน

PCU/สถานีอนามัย.....ผู้ติดตามเยี่ยม.....
ครั้งที่.....วันที่.....

ชื่อ - สกุล (ผู้ป่วย) ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....

ผู้ให้ข้อมูล ชื่อ-สกุล

() 1. ผู้ป่วย () 2.ญาติผู้ป่วย () 3. เพื่อนบ้าน อายุ..... ปี

ที่อยู่.....เบอร์โทรศัพท์.....

สรุปอาการผู้ป่วยขณะติดตามเยี่ยม

สภาพร่างกายทั่วไปและอาการของผู้ป่วย.....

.....

สภาพจิตใจ (สีหน้าท่าทางการแสดงออก,อารมณ์และความรู้สึก,สิ่งที่ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล).....

.....

สภาพสังคม / สิ่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม

.....

.....

ผลข้างเคียงของยา

() 1. ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง () 2. คอแห้ง ปากแห้ง น้ำลายไหล

() 3. ง่วงซึม เฉื่อยชา () 4. วิงเวียน หน้ามืด

() 5. ไม่มีอาการ () 6. อื่นๆ (ระบุ).....

สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ () 1. ไม่มี () 2. มี ได้แก่.....

สารเสพติดที่ใช้ในปัจจุบัน (ระบุขนาดและปริมาณต่อวันด้วย)

() 1. ดื่มเหล้า.....

() 2. ยาบ้า.....

() 3. อื่นๆ (ระบุ).....

อื่นๆ (ระบุ).....

.....

บุคคลที่ดูแลใกล้ชิดหรือเป็นที่ปรึกษาในขณะนี้.....เกี่ยวข้องเป็น.....

หมายเหตุ ผู้ป่วยหรือญาติยินยอมให้เยี่ยมบ้าน

ลงชื่อ.....

(.....)

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ให้กาเครื่องหมาย ✓ ในช่องไม่ใช่หรือใช่

ลำดับที่	ระยะเวลา	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2		อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
		คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	0	6
3		(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ให้ถามต่อ) ท่านสามารถควบคุมความคิดอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้ไหมว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	ได้ 0	ไม่ได้ 8
4		มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือ เตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริง ๆ	0	9
6		ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา	ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8		ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4

รวมคะแนน

การแปลผล

คะแนนรวม	แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน
1-8	น้อย
9-16	ปานกลาง
≥ 17	สูง

การช่วยเหลือ

คะแนน 1 – 8

1. ให้ประเมินความเจ็บป่วยทางจิตเวช
2. ควรปรึกษาหรือส่งต่อผู้ชำนาญด้านให้การปรึกษาเพื่อให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ
3. และหรือส่งต่อโรงพยาบาลใกล้บ้าน

คะแนน 9 – 16

1. ให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ ช่วยแก้ไขปัญหายุ่งยากจิตใจที่เรื้อรัง
2. ควรมีญาติดูแลอย่างใกล้ชิดและแนะนำญาติให้เข้าใจการช่วยเหลือและหรือส่งต่อโรงพยาบาลใกล้บ้าน

คะแนน ≥ 17 คะแนน

- ส่งต่อโรงพยาบาลควรรักษาในโรงพยาบาลใกล้บ้านและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง หรือส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

หมายเหตุ : ในรายที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายไม่ว่าจะมีความรุนแรงระดับใด ควรมีการติดตามผลการดูแลช่วยเหลือโดยประเมิน การฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม ร่วมกับการประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม ทุกเดือน จนกว่าคะแนนแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย เป็น 0 (โดยไม่รวมข้อ 8) จึงยุติการติดตามด้วยแบบประเมินนี้

แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

ให้นำผลการถามในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน

ลำดับที่	คำถาม	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1 – 7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุก วัน
		คะแนน 0	1	2	3
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร				
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้				
3	หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากเกินไป				
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง				
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป				
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น				
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตายไปคงจะดี				

คะแนนรวมทั้งหมด

แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

คะแนนรวม	การแปลผล
7-12	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับน้อย (Major Depression, Mild)
13-18	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Major Depression, Moderate)
≥ 19	เป็นโรคซึมเศร้า ระดับมาก (Major Depression, Severe)

การช่วยเหลือ

คะแนน 7 – 12 คะแนน

1. ประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 Q
2. ประเมินว่ามีปัญหาด้านสังคมจิตใจหรือไม่ ถ้ามีควรให้การปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหานั้นที่ทุกข์ใจ
3. ส่งต่อ รพช. หรือ รพท. ใกล้บ้านเพื่อรับการวินิจฉัยและการตรวจรักษา

คะแนน 13 – 18 คะแนน

1. ประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 Q
2. ค้นหาและประเมินปัญหาจิตสังคม ถ้ามีควรให้การปรึกษาผู้ช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหานั้นที่ทุกข์ใจ
3. ส่งต่อ รพช. หรือ รพท. ใกล้บ้านเพื่อรับการวินิจฉัยและการตรวจรักษา
4. กรณีที่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายสูง (8 Q) ให้ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการเยี่ยมบ้าน

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ
 - ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการบริการเยี่ยมบ้าน
 2. โปรดใส่เครื่องหมาย ☒ ใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ตามความเป็นจริงที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด
 3. กรณีผู้ตอบแบบสอบถามเป็นญาติ ควรเป็นญาติใกล้ชิดที่ทราบอาการของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน
 4. ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลด้วยตนเองได้ และติดตามเยี่ยมแล้วไม่มีญาติให้ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในชุมชน เช่น อสม. ผู้นำชุมชน เพื่อนบ้าน
- ตอบแบบสอบถามฉบับนี้แทน

ญาติหรือผู้ดูแลที่ให้ข้อมูล..... วันที่เก็บข้อมูล.....

ผู้ป่วยชื่อ ที่อยู่.....

ผู้เก็บข้อมูล..... ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ หรือญาติผู้ป่วย / ผู้ดูแล

ลำดับ	ข้อมูล	ส่วนของผู้วิจัย
1.	อายุ..... ปี	ID ☐
2.	เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง	Age ☐
3.	สถานภาพสมรส	Sex ☐
	☐ 1. โสด	Sta ☐
	☐ 2. คู่	
	☐ 3. หม้าย /หย่า/ แยกกันอยู่	
4.	ระดับการศึกษา	Edu ☐
	☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ 2. ประถมศึกษา	
	☐ 3. มัธยมศึกษา ☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย	
	☐ 5. ต่ำกว่าปริญญาตรี ☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี	
	☐ 7. อื่นๆ ระบุ	

คณะทำงาน

คณะทำงานและบริหารแผนการจัดการความรู้

ชื่อ-สกุล		สถานที่ปฏิบัติงาน
1. นายแพทย์ทวี	ตั้งเสรี	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
2. นายพงษ์ศักดิ์	สมใจ	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
3. นางวัชณี	หัตถพนม	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
4. นางสุพิน	พิมพ์เสน	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
5. นางมัลลิกา	พูนสวัสดิ์	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
6. นางสาวสิริภัก	สุขเสริม	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
7. นางสาวลี	เปาโรหิตย์	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
8. นางสาวรุณี	ตั้งเสรี	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
9. นางขนิษฐา	สนแท้	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
10. นางทัศนีย์	ศิริมุกดากุล	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
11. นางอรพิน	ยอดกลาง	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
12. นางปรารถนา	คำมีสินนท์	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
13. นางสาววิมลวรรณ	ฤกษ์ชนะจร	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
14. นางสาวอรรษา	ภาษา	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
15. นางสาววดี	ศรีวิเศษ	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
16. นางสาวกานดา	ผางค์	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
17. นางสาวไพลิน	ปรัชญคุปต์	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
18. นางสาวพิมพ์กุล	กำจาย	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
19. นายไพรวลัย	ร่วมชัย	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
20. นางสาวจิตภินันท์	โชคศรีมณีหิรัญ	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
21. นางสาวศิริพร	ธงยศ	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
22. นางมณีรัตน์	คงแสนคำ	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

คณะผู้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอและสถานบริการปฐมภูมิ หรือ PCU ของจังหวัดขอนแก่น)

ชื่อ-สกุล		สถานที่ปฏิบัติงาน
1. นางชุตินันท์	โคตรทัศน์	สอ.ท่าศาลา อ.มัญจาคีรี
2. นางทิพากร	ไทยดี	สอ.สว่าง อ.มัญจาคีรี
3. นางวนิดา	ประจันตะเสน	สอ.ห้วยแก อ.ชนบท
4. นางอัญชลี	มากมี	สอ.บ้านหนองม่วง อ.ชุมแพ
5. นางศศิธร	ทองคีนอก	สอ.บ้านส้มกบ อ.ชุมแพ
6. นางเกศสุดา	ฮาดแสนเมือง	สอ.บ้านป่าหม้อ อ.พระยืน
7. นางสาวสราสินี	คิดการ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูเวียง
8. นางจันทร์เพ็ญ	ไทยโคกสี	สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุบลรัตน์
9. นางปวีรศา	ชัยไกร	สอ.บ้านอุดมศิลป์ อ.อุบลรัตน์
10. นางเกศสุวรรณ	สิงหาวิทย์	สอ.หนองเรือ อ.ชุมแพ
11. นางละเอียด	ช่วยบุคคา	สอ.หนองบัว อ.บ้านฝาง
12. นางอังคณา	คำมูล	สอ. บ้านเวียงอินทร์ อ.กระนวน
13. นางสรันยา	ชาติประเสริฐ	สอ.เมืองเก่า อ.เมือง
14. นางมงคลรัตน์	แดงแก้ว	สอ.คอนบม อ.เมือง
15. นายภูวดล	แดงแก้ว	สอ. บ้านฟ้าเหลือง อ.หนองเรือ
16. นางขวัญสุดา	คำอ่อน	สอ.แดงใหญ่ อ.เมือง
17. นางอรุณ	เรืองโอชา	สอ.โนนข่า อ.พล
18. นางเบญจมาศ	หมื่นสา	สอ.โคกสี อ.เมือง
19. นายแสงมณี	สมสุข	สอ.บัวใหญ่ อ.น้ำพอง
20. นางสาวจิตาภา	อุปรี	สอ.บ้านไผ่ อ.บ้านไผ่
21. นางอรทัย	ผาบสิมมา	สอ.ห้วยยาง อ. กระนวน.
22. นางอโนทัย	สายบุญมี	สอ.นาค่าน้อย อ.อุบลรัตน์