



กรมสุขภาพจิต
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

แนวทางเวชปฏิบัติ
การป้องกันและดูแลรักษา
ผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
Clinical Practice Guideline
for Prevention and Management
in Psychiatric Patients with Suicide Behaviors

M165

5น

3

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



เอกสารภายในที่ถูกลบคุม		
รหัสเอกสาร : S-OT-003		☒ คัดฉบับ
แก้ไขครั้งที่ : 01 จำนวนหน้า.....		☐ สำเนาที่.....
ประกาศใช้ :/...../.....		
จัดทำโดย	ทบทวนโดย	อนุมัติโดย
จิราพันธ์	กรวิมล	

เอกสารควบคุมของหน่วยงาน
ห้องสมุด

คำนำ

การพัฒนาหน่วยบริการสู่การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับประเทศ (Excellence Center) เป็นนโยบายหลักของกรมสุขภาพจิต เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีความเชี่ยวชาญทางการบริการและวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีการพัฒนาหน่วยบริการสู่ความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จึงพัฒนารูปแบบการให้บริการ โดยการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Clinical Practice Guideline: CPG) โดยมีเป้าหมายเพื่อเป็นแนวทางสำหรับ สหวิชาชีพในโรงพยาบาลจิตเวชระดับ Supra - Specialist Service เพื่อใช้ประโยชน์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้อย่างมีมาตรฐาน โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน แนวเวชปฏิบัติฉบับนี้เป็นคำแนะนำที่เป็นสากลในการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ขอขอบคุณทีมวิทยากรนำโดยนายแพทย์ธรณินทร์ กองสุข และคณะ ที่ถ่ายทอดแนวคิดและหลักการจัดทำแนวเวชปฏิบัติรายโรคของกรมสุขภาพจิตในครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณในความตั้งใจและความเสียสละเวลาของคณะทำงาน คณะผู้เชี่ยวชาญและ คณะที่ปรึกษาทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เลขที่..... 004620

วันที่..... พ.ศ. ๖3

เลขที่เอกสาร..... พ. ๖๓ 165

ร ๙๒๕ พ 2563

'JVKK Library



004620

1/หอผู้ป่วยจิตเวช -- ผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ช่วยแพทย์ -- มร. รักษ

ผู้ช่วยแพทย์ -- มร. ปองกัน

มร. ช่างตีทอง -- มร. มิ่งขวัญ และ ดอญ

มร. ช่างตีทอง -- มร. ช่างตีทอง

สารบัญ

คำนำ	หน้า
สารบัญ	ก
เป้าหมาย	ข
วัตถุประสงค์	1
กลุ่มเป้าหมาย	1
บทนำ	1
น้ำหนักของคำแนะนำ	2
ขั้นตอนการจัดทำเวชปฏิบัติ	4
คำจำกัดความและคำนิยาม	4
Topic และ Clinical problems	5
Topic 1 ปัจจัยเสี่ยงและเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช	6
Topic 1.1 ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช	7
Topic 1.2 เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช	7
Topic 2 การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	15
Topic 2.1 การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยยา	17
Topic 2.2 การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยไม่ใช้ยา	20
Topic 2.3 การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยจิตสังคม	21
Topic 3 การดูแลต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายซ้ำ	22
บรรณานุกรม	23
แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	34
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
- เกณฑ์การคัดเข้าสู่แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	35
- แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายงานบริการผู้ป่วยนอก	36
- แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายงานบริการผู้ป่วยใน	45
- แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน	52
- แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของสหวิชาชีพ	56
- รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	64
- คณะผู้จัดทำ	76
- ภาคผนวก	78

เป้าหมาย

เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน เรื้อรัง และรุนแรง ได้รับการบำบัดรักษาอย่างมีมาตรฐาน

วัตถุประสงค์

แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายฉบับนี้จัดทำขึ้น เพื่อเป็นมาตรฐานในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต คณะทำงานได้มีการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางเวชปฏิบัติต่างๆ ที่มีความน่าเชื่อถือ เพื่อให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในด้านการคัดกรอง การประเมิน การดูแลรักษาและการป้องกันในการให้บริการผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและเพื่อตอบสนองนโยบายกรมสุขภาพจิตในการพัฒนาโรงพยาบาล จิตเวชสู่มาตรฐานความเป็นเลิศ

กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลตามแนวทางเวชปฏิบัติ

ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน ตลอดจนการติดตามการดูแลรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติ

ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช เภสัชกร นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด นักวิชาการสาธารณสุขและนักโภชนาการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช

บทนำ

จากข้อมูลของ WHO 2016 พบว่าทุกปีจะมีคนที่ฆ่าตัวตายมากกว่า 800,000 คน ในช่วง 45 ปีที่ผ่านมา พบอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 และพยากรณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2563 บุคคลที่ฆ่าตัวตายมีจำนวนปีละ 1.5 ล้านราย และยังพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายทุกคนเคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตาย อันดับ 2 ของกลุ่มประชากรอายุ 15-29 ปี โดย ร้อยละ 75 ของกลุ่มที่ฆ่าตัวตายพบในประเทศที่มีรายได้ต่ำ วิธีการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ที่พบมากที่สุด ได้แก่ การกินยาฆ่าแมลง ผูกคอ และการใช้ปืนยิงตัวตาย นอกจากนี้องค์การอนามัยพบความสัมพันธ์ระหว่างการฆ่าตัวตายกับการเจ็บป่วยทางจิตเวชโดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคซึมเศร้า และโรคที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด หลายครั้งการฆ่าตัวตายเกิดจากอาการหุนหันพลันแล่น (Impulsive) และเกิดภาวะวิกฤติของชีวิต เพราะไม่สามารถเผชิญกับความเครียดและภาวะวิกฤติได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การมีประสบการณ์เกี่ยวกับความขัดแย้ง การได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ การถูกทารุณกรรม การสูญเสีย ความรู้สึกโดดเดี่ยว ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นอย่างมาก

ในประเทศไทยพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี 2561 รอบ 6 เดือนแรกมีสัดส่วน 3.14% ต่อประชากร 1 แสนคน ส่วนรอบ 6 เดือนหลัง 3.18% ต่อประชากร 1 แสนคน และในปี 2562 รอบ 6 เดือนแรก อยู่ที่ 3.08% ต่อประชากร 1 แสนคน เฉลี่ยประมาณ 11-12 รายต่อวัน และส่วนใหญ่อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 45 ปี โดยเป็นเพศชาย 80.4% ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ในปี 2561-2562 พบเป็นปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ 53.04%, ปัญหาจากสุรา 29%, โรคทางกาย 25.7% ปัญหาด้านเศรษฐกิจ 19%, โรคทางจิต 12% และโรคซึมเศร้า 7.8% และพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะกลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำใน 1 ปี ถึง 94.27% การฆ่าตัวตายและพฤติกรรมฆ่าตัวตายนับเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขและด้านสังคมที่พบมากในปัจจุบัน นับว่าเป็นปัญหาสำคัญของโลก จาก การเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบันทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ประชาชนเกิดวิกฤตทางจิตใจ ไม่สามารถปรับตัวได้เกิดความเครียด ความคับข้องใจ จนเกิดปัญหาการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายมุ่งมั่นที่จะพัฒนาไปสู่ การเป็นศูนย์กลางความเชี่ยวชาญในการพัฒนางานสุขภาพจิตของประเทศ เพิ่มความเป็นเลิศ ในงานบริการสุขภาพจิต และจิตเวชที่รุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน ในระดับตติยภูมิขั้นสูง พัฒนาสู่ความเชี่ยวชาญความเป็น Excellence Center ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีการพัฒนาหน่วยบริการสู่ความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จึงได้พัฒนารูปแบบการให้บริการ โดยการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายขึ้น (Clinical Practice Guideline: CPG) โดยมีเป้าหมายเพื่อเป็นแนวทางสำหรับทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลจิตเวชระดับ Supra-Specialist Service เพื่อใช้ประโยชน์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้อย่างมีมาตรฐาน โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน แนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ให้คำแนะนำ (Recommendation) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ (Outcome) ที่เป็นสากลในการป้องกัน

และดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กระบวนการพัฒนาแนวเวชปฏิบัตินี้มีความน่าเชื่อถือ เนื่องจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีมาตรฐาน ทันสมัย สามารถมั่นใจในความถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยการสืบค้นหลักฐานวิชาการอย่างมีระบบมีการประเมินคุณภาพของหลักฐานตามหลักการทางวิชาการ ได้รับการตรวจประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ และนำไปสู่ผลลัพธ์คือ ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับประโยชน์อย่างสูงสุด และมีคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อีกทั้งมีความสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานในสังกัดกรม ส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนี้ จะเป็นเครื่องมือส่งเสริมด้านคุณภาพของการให้บริการที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ผู้ป่วยได้รับการบริการดูแลบำบัดรักษา และการส่งต่อไปยังชุมชนได้อย่างครบวงจร

น้ำหนักของคำแนะนำ

การกำหนดความเข้มแข็งของคำแนะนำแบ่งเป็น 2 ระดับ

1. **Strong recommendation** หมายถึง คำแนะนำที่มั่นใจว่า มีความแตกต่างกันชัดเจนระหว่างผลพึงประสงค์กับผลไม่พึงประสงค์ในการปฏิบัติ Intervention ตามคำแนะนำผู้ป่วยเกือบทั้งหมดในสถานการณ์เช่นนั้น จำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติตามคำแนะนำนี้ มีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ไม่ต้องการ แพทย์ตัดสินใจได้ว่า ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดควรจะได้รับ การปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือได้รับ intervention นี้สำหรับผู้กำหนดนโยบายสามารถนำคำแนะนำนี้ ไปปรับเป็นนโยบายได้ในเกือบทุกสถานการณ์ และสำหรับราชการ สถาบัน หรือหน่วยงานประเมินคุณภาพการบริการสุขภาพสามารถใช้คำแนะนำนี้ไปเป็นเกณฑ์ประเมินคุณภาพการดูแลด้านสุขภาพได้

2. **Weak recommendation (Condition recommendation)** หมายถึง คำแนะนำนั้นให้ผลพึงประสงค์จากการปฏิบัติ intervention ใกล้เคียงกับผลไม่พึงประสงค์ หรืออาจเกิดขึ้นได้เท่ากับผลไม่พึงประสงค์ หรือผลพึงประสงค์อาจเกิดขึ้นได้ไม่แน่นอน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในสถานการณ์นั้นควรได้รับการปฏิบัติตามคำแนะนำนี้ แต่หลายคนไม่จำเป็นต้องได้ แพทย์ต้องเตรียมการมากขึ้นเพื่อช่วยผู้ป่วยตัดสินใจ (ตามค่านิยม/ความชอบ) และต้องการการตัดสินใจร่วมกัน สำหรับผู้กำหนดนโยบายจำเป็นต้องมีการอภิปรายกันมากขึ้นในประเด็นนั้นและต้องการการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการตัดสินใจหากจะกำหนดเป็นนโยบาย

ขั้นตอนการจัดทำเวชปฏิบัติ

ขั้นตอนในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Clinical Practice Guideline : CPG) ตามแนวทาง GRADE Working Group

1. จัดลำดับความสำคัญปัญหาทางคลินิกและกำหนดขอบเขต
2. สร้างกรอบคำถามและกำหนดผลลัพธ์ทางคลินิกเบื้องต้น
3. ค้นหาและคัดเลือกหลักฐานวิชาการ
4. ทบทวนผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ
5. ประเมินคุณภาพของหลักฐานวิชาการของแต่ละผลลัพธ์และสรุปผลที่ได้
6. ประเมินคุณภาพหลักฐานวิชาการโดยรวม
7. จัดทำคำแนะนำสำหรับ CPG

คำจำกัดความ

1. การฆ่าตัวตาย (Suicide)

หมายถึง การกระทำของบุคคลที่มุ่งให้ตนเองจบชีวิตด้วยตนเอง

2. พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal behavior)

หมายถึง การกระทำใดๆก็ตามหากดำเนินต่อไปจนสำเร็จก็จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตายได้ โดยพฤติกรรมการฆ่าตัวตายนี้นั้นมักจะมียุทธศาสตร์ประกอบต่างๆ เช่น ความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) วางแผนฆ่าตัวตาย (Suicidal plan) พฤติกรรมขู่ฆ่าตัวตาย (Suicidal threats) พยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal attempts) ไปจนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed Suicide)

3. ความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation)

หมายถึง ความคิดที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

4. วางแผนฆ่าตัวตาย (Suicidal plan)

หมายถึง การวางแผนฆ่าตัวตาย แต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำ

5. การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal attempts)

หมายถึง การกระทำต่อตนเองโดยมุ่งหวังให้จบชีวิตแต่ไม่สำเร็จ

6. การทำร้ายตนเอง (Self-harm)

หมายถึง การตั้งใจทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บ ไม่ได้ประสงค์ให้จบชีวิต

7. แสร้งกระทำการฆ่าตัวตาย (Suicide gestures)

หมายถึง การพยายามฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเองที่ไม่รุนแรง ไม่ตั้งใจจะจบชีวิตตนเอง ทำให้ผู้กระทำไม่ได้รับบาดเจ็บหรือบาดเจ็บเล็กน้อย พฤติกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้กระทำยังอยากมีชีวิตอยู่ต่อและต้องการการช่วยเหลือ

8. การฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed or committed suicide)

หมายถึง ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองจริงและกระทำสำเร็จ

9. ความตั้งใจฆ่าตัวตาย (Suicidal intent)

หมายถึง ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะทำร้ายตนเองหรือจบชีวิตตนเองด้วยการตาย

Topic และ Clinical problems

Topic กำหนดขึ้นจากการทบทวนวิเคราะห์ปัญหาทางคลินิกด้านการป้องกันและการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อนำไปสู่การกำหนดหัวข้อหรือ Topic จากการประชุมของทีมนิสิตวิชาชีพได้ข้อสรุปของจำนวนและลักษณะของปัญหาทางคลินิกแบ่งเป็น 3 topics หลักดังนี้
กำหนดปัญหาทางคลินิก (Formulate strategy)

Topic 1 ปังจัยเสี่ยงและเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

Topic 1.1 ปังจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

Topic 1.2 เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

Topic 2 การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

Topic 2.1 การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยยา

Topic 2.2 การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยไม่ใช้ยา

Topic 2.3 การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยจิตสังคม

Topic 3 การดูแลต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายซ้ำ

Topic 1 ปัจจัยเสี่ยงและเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

Topic 1.1 ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช จากการสืบค้นบทความวิจัยพบบทความเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช แบ่งเป็น ปัจจัยเสี่ยงทั่วไป (General risk factors) และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรค (Risk factors associated with diagnosis) ดังนี้

1.1.1. ปัจจัยเสี่ยงทั่วไป (General risk factors)

การมีความคิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายในปัจจุบัน มีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน¹ ผู้ที่มีความรุนแรงทางด้านอารมณ์ การมีสัมพันธภาพที่ไม่ดี หรือผู้ที่มีโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post-traumatic stress disorder) และภาวะซึมเศร้ากับภาวะอารมณ์ที่รุนแรง (Depressive syndrome with intense affective states) จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้อื่น²

ผู้ป่วยโรคทางจิตเวช (โรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า โรคบุคลิกภาพผิดปกติ) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง³ และจากการศึกษาในผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง (Severely depressed ซึ่งความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ได้แก่ สุขภาพไม่ดี (Very poor health) มีโรคเรื้อรังทางกาย มีการศึกษาในระดับต่ำ (Low education) มีประวัติการดื่มสุรา⁴ และผู้ป่วยที่มีผลข้างเคียงจากการได้รับยาต้านโรคจิต (Extra pyramidal side effects / Akathisia) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้สูงขึ้น¹

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติเคยรับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง¹ และจะมีความเสี่ยงมากที่สุดในช่วง 1-2 สัปดาห์แรกของการนอนโรงพยาบาล⁵ นอกจากนี้ยังพบว่าอาการทางคลินิกมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันหรือในอดีต มีประวัติการพยายามทำร้ายตนเอง มีความรู้สึกสิ้นหวัง มีความรู้สึกผิด มีอารมณ์เศร้า มีประวัติบุคคลในครอบครัวฆ่าตัวตาย และเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทร่วมกับโรคซึมเศร้า⁶ นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมวุ่นวาย (Severe agitation) ของผู้ป่วยจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้สูงขึ้น⁷

วิธีการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยใน แบ่งได้ดังนี้

1. วิธีการในการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ การทำให้ขาดอากาศหายใจ (Suffocation) การได้รับสารพิษ (Self-poisoning) การทำให้เสียเลือดจนตาย (Exsanguinations) และ กระโดดจากที่สูง (Jumping)

2. อุปกรณ์ที่ผู้ป่วยใช้ในการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ เสื้อหรือชุดชั้นใน ถูพลาสติก ผ้าปูที่นอน ที่รัดผม สายโทรศัพท์ และการใช้ยา

3. สถานที่ที่ผู้ป่วยจะพยายามฆ่าตัวตายได้บ่อย ได้แก่ ห้องนอน ห้องอาบน้ำ ห้องน้ำ และการฆ่าตัวตายนอกตึกผู้ป่วย

4. ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า เกิดขึ้นสูงสุดในช่วงเวลา 18.00 น. และ 21.00 น. ในช่วงกลางคืน และ เวลา 11.00 น. และ 13.00 น. ในช่วงกลางวัน

5. ลักษณะทางเพศของผู้ป่วย พบว่า ผู้หญิงจะมีความถี่ต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชาย ส่วนวิธีการฆ่าตัวตายพบว่าผู้ชายจะใช้วิธีการฆ่าตัวตายที่รุนแรงกว่าเพศหญิง⁸

Recommendation

ปัจจัยเสี่ยงทั่วไป (General risk factor)

- มีความคิดด้านลบ
- มีความคิดฆ่าตัวตาย
- มีความปรารถนาที่จะตาย
- มีประวัติการพยายามทำร้ายตนเอง
- มีการวางแผนที่จะฆ่าตัวตาย
- มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย
- มีประวัติบุคคลในครอบครัวฆ่าตัวตาย
- มีการแยกตัวเองจากครอบครัว เพื่อน และสังคม
- มีการวางแผนฆ่าตัวตายและคิดที่จะทำตามแผนที่วางไว้
- มีความถี่ในการเกิดความคิดฆ่าตัวตายซ้ำๆ
- มีความรุนแรงทางด้านอารมณ์
- มีความรู้สึกสิ้นหวัง
- มีอาการวิตกกังวลรุนแรง
- มีความรู้สึกผิด
- มีอารมณ์เศร้า
- มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง
- มีการนอนหลับที่ผิดปกติ
- มีพฤติกรรมวุ่นวายมาก
- ผู้ป่วยโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD)
- ผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกับโรคซึมเศร้า
- ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงในช่วง 1-2 สัปดาห์แรกของการรับไว้รักษา

1.1.2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับโรคทางจิตเวช (Mental illness related to suicidal risk)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชสามารถจำแนกตามการวินิจฉัยโรคต่าง ๆ ดังนี้

Mood disorder

จากการศึกษาในผู้ป่วย Mood disorders พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงมากขึ้น ได้แก่ มีภาวะสิ้นหวัง มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย⁹ มีระดับการศึกษาต่ำ ใช้และติดบุหรี่ มีโรคร่วมทางจิตเวช ได้แก่ Post-traumatic stress disorder (PTSD), Panic disorders, Obsessive compulsive disorders, Anxiety disorders มีประวัติบุคคลในครอบครัวพยายามฆ่าตัวตาย และพบว่าในผู้ป่วยเพศหญิงจะมีความเสี่ยงมากกว่าเพศชาย รวมทั้งพันธุกรรมมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย¹⁰ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วย Mood disorder ที่มีโรคบุคลิกภาพผิดปกติร่วม จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากเป็น 2 เท่า¹¹ วิธีการฆ่าตัวตายที่พบมากที่สุด คือ การแทงตนเอง¹² และยังพบว่าความตั้งใจ (Intent) ที่จะตายมีความสัมพันธ์กับระดับการทำงานที่มากขึ้นของสมองซีกขวา บริเวณ Ventrolateral prefrontal cortex, Orbitofrontal cortex, Rostral insula และ Dorsal striatum¹³

สำหรับในผู้ป่วย Bipolar disorder พบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสรุปได้ดังนี้¹⁴

- 1) ลักษณะทางสังคมและประชากร พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย Bipolar disorder มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะ ในช่วง Depressive episode
- 2) พันธุกรรม พบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติครอบครัวมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายและมีปัญหาโรคทางด้านอารมณ์ (Major affective disorder) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งยีนที่พบและเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ Tryptophan hydroxylase 1 (TPH 1) และ Tryptophan hydroxylase 2 (TPH 2)
- 3) ผู้ป่วยโรค Bipolar disorder ร่วมกับการใช้สุราและสารเสพติดจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น
- 4) ปัจจัยด้านชีวภาพ พบว่าระดับ Cortisol ในผู้ป่วย Bipolar disorder ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีค่าสูงกว่าผู้ป่วย Bipolar disorder ที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในผู้ป่วยที่เคยฆ่าตัวตายโดยเฉพาะในช่วงระยะ Euthymic พบระดับของ Cortisol level ในผู้ป่วย Bipolar disorder ที่ฆ่าตัวตายและไม่ฆ่าตัวตาย แตกต่างกันที่ 0.05 µg/dl
- 5) ปัจจัยด้านจิตใจ พบว่า ความสิ้นหวังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อฆ่าตัวตายที่สำคัญมากในผู้ป่วย Depressive episode และมักเกิดขึ้นในช่วงแรกของการเจ็บป่วย
- 6) ปัจจัยด้านศาสนาและความเชื่อ พบว่า ผู้ที่มีความเคร่งครัดและเชื่อเกี่ยวกับศาสนา มาก จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วย Bipolar disorder ที่มีการศึกษาในระดับต่ำ มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ มีความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพ⁷ มีสถานภาพหย่าร้าง มีการดื่มแอลกอฮอล์⁹ และผู้ที่ติดบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น¹⁵

Recommendation

Mood disorder

ผู้ป่วยกลุ่ม Mood Disorder มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้นเมื่อ

- มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ ได้แก่ Personality disorder, Anxiety disorder, Post-traumatic stress disorder (PTSD), Panic disorder, Obsessive - compulsive disorders, Substance related disorders
- มีการศึกษาในระดับต่ำ
- มีประวัติบุคคลครอบครัวมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
- สถานภาพหย่าร้าง
- มีความเชื่อศรัทธาและเคร่งครัดทางศาสนา
- เพศหญิง
- มีความรู้สึกสิ้นหวัง

Psychosis

จากการศึกษาพบว่า การคิดฆ่าตัวตายและการคิดทำร้ายตนเอง การคิดทำร้ายตนเอง ในผู้ป่วยโรคจิตมีความชุกที่สูงมาก ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก (First Episode Psychosis) ร่วมกับมีโรคทางอารมณ์ โรคร่วมทางจิตเวชอื่น มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช มีการใช้สารเสพติดชนิดต่าง มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย มีความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต มีอาการทางจิตที่รุนแรงและไม่ได้รับการรักษา ทำให้เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก (First episode psychosis)

พบอัตราการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก มากกว่าร้อยละ 10 โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภท มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าโรคจิตอื่นๆ 2.7 เท่า และโรคจิตเภทครั้งแรก (First episode schizophrenia) ที่อยู่ในระยะการรักษาช่วง 1 ปีแรก จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงร้อยละ 60 และยังสัมพันธ์กับการหยั่งรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง (Insight) ความสิ้นหวัง และภาวะซึมเศร้า หลังจากเกิดการเจ็บป่วยทางจิต¹⁶

นอกจากนี้ยังพบว่า ช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วยและการรักษา มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย โดยแบ่งเป็นระยะได้ ดังนี้

1) ความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายในระยะเริ่มต้นของการป่วยเป็นโรคจิตครั้งแรก (Early phase of first episode psychosis)

Barret et al. (2010) การฆ่าตัวตายในระหว่างการรักษามีความสัมพันธ์กับช่วงที่มีภาวะซึมเศร้า (Depressive episode) การใช้สารเสพติด และการเจ็บป่วยในขณะที่อายุน้อย

Thorup et al. (2007) การฆ่าตัวตายพบมากในเพศชายที่มีอาการทางลบ (Negative symptoms) ความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนการเจ็บป่วยไม่ดี การปรับตัวทางสังคมไม่ดี ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม การติดสารเสพติดอย่างรุนแรง การว่างงาน และการอยู่คนเดียว

Conus et al. (2010) ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกในแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การประสบเหตุการณ์สำคัญในชีวิตที่ส่งผลให้เกิดความเครียด ถูกทารุณกรรมทางเพศและทางร่างกาย มีภาวะ Traumatic stress และการใช้สารเสพติด

Joa et al. (2009) ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เกิดขึ้นขณะการเจ็บป่วยในช่วงวัยรุ่น มีความสามารถในการทำหน้าที่ก่อนการเจ็บป่วยไม่ดี และไม่ได้รับการรักษาเป็นเวลานาน¹⁶

2) ความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายหลังจากเริ่มการรักษา

Barret et al. (2010) ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังจากเริ่มการรักษา ได้แก่ มีอาการแสดงของโรค การใช้สารเสพติด การไม่ตระหนักถึงการเจ็บป่วย มีความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับโรคจิต มีภาวะซึมเศร้าและมีอาการของโรคซึมเศร้า

Melle et al. (2006) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของแผนกผู้ป่วยนอก มีความสัมพันธ์กับความคิดและการวางแผนการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรกที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพบว่า มีความคิดฆ่าตัวตายภายใน 15 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมักจะมีอาการแสดงของภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีภาวะ Motor retardation มีความรู้สึกผิด และมีความรู้สึกไร้ค่าร่วมด้วย

De Hert et al. (2001) ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ผู้ป่วยเพศชาย มีภาวะซึมเศร้า มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย มีประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว มีการสูญเสียที่สำคัญภายใน 6 เดือน ไม่ร่วมมือในการรักษา มีอาการทางจิตในช่วงติดตามผล และการกลับมารักษาซ้ำบ่อย ๆ มากกว่า 5 ครั้ง¹⁶

3) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังรักษา 1 เดือน

Fedszyn et al. (2010) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังจากการรักษาจะพบสูงสุดในช่วง 1 เดือนแรก และจากการศึกษาแบบ Meta-analysis พบปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ได้แก่ เป็นเพศชาย มีอายุน้อย มีภาวะซึมเศร้า รู้สึกด้อยค่า สิ้นหวัง การไม่สนใจในการรักษา มีพฤติกรรมแสดงออกที่ไม่เหมาะสม มีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน มีประวัติครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคจิตและมีประวัติการฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัว มีการสูญเสียที่รุนแรงภายใน 6 เดือน มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ต่ำ มีการทำหน้าที่ต่าง ๆ ก่อนการเจ็บป่วยไม่ดี ขาดแหล่งสนับสนุนทางด้านสังคม ถูกสังคมทอดทิ้งและไม่ได้แต่งงาน

4) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในช่วงการกลับมารักษาซ้ำ

ผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จในช่วง 1 ปีแรกของการรักษา และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเมื่อมีระยะของการป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาเป็นเวลานาน มีอายุน้อย มีอาการป่วยทางจิตเป็นเวลานาน มีอาการทางบวกและอาการทางจิตรุนแรง¹⁷ ไม่ร่วมมือในการรักษา มีอาการทางจิตในช่วงติดตามผล และการกลับมารักษาซ้ำบ่อย ๆ มากกว่า 5 ครั้ง¹⁶

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิต

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการทางลบ (Negative symptoms) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่มีอาการทางบวก (Positive symptoms) ในขณะที่อาการของโรคจิตที่รุนแรงมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายด้วยเช่นกัน¹⁸ รวมทั้งผู้ที่มีประวัติ

การพยายามฆ่าตัวตาย จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น¹⁹ โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าผู้ป่วยโรคผิดปกติทางอารมณ์³ และในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า มีการใช้สารเสพติด มีอาการประสาทหลอน มีอาการทางลบ มีภาวะหวาดระแวง และมีอาการหลงผิดร่วม จะทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้นด้วยเช่นกัน²⁰

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคจิต เพศชายมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 3 ครั้งจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จที่สูงขึ้น²¹ ส่วนวิธีการในการฆ่าตัวตายพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทพยายามฆ่าตัวตาย ด้วยวิธีการกระโดดจากที่สูงมากที่สุด¹² และผู้ป่วยที่เคยมีประวัติโรคจิต ร่วมกับมี โรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบ borderline จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น²²

Recommendation

Psychosis

ผู้ป่วยโรค Psychosis มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้นเมื่อ

- มีความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน
- มีการพยายามทำร้ายตนเอง หรือมีการพยายามฆ่าตัวตาย
- มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย
- มีอาการทางจิตที่รุนแรงหรือมีอาการกำเริบของโรคหลายครั้ง
- มีภาวะสิ้นหวัง
- มีโรคร่วมทางจิตเวช เช่น Mood disorder, Post schizophrenia depression, Substance related disorders, Personality disorder
- ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา มีอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน
- ผู้ป่วยที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช
- ผู้ป่วยกลุ่ม First episode psychosis
- ผู้ป่วยโรคจิตเภทครั้งแรก (First episode schizophrenia)
- ผู้ป่วยโรคจิต ที่มีอาการทางลบ (Negative symptoms) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่มีอาการทางบวก (Positive symptoms)
- ผู้ป่วยโรคจิตที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงในช่วง 1 เดือนแรกของการรับไว้รักษา
- ผู้ป่วยที่มีความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต
- ผู้ป่วยที่การหยั่งรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยไม่ดี (Poor insight) และไม่ร่วมมือในการรักษา
- เพศชาย
- สติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ต่ำ
- มีการทำหน้าที่ต่างๆ ก่อนการเจ็บป่วยไม่ดี
- ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Poor supporting systems)

Substance related disorders

ผู้ป่วยที่มีการใช้สุราและสารเสพติดในทางที่ผิด และผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดร่วมกับมีโรคจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น

Recommendation

Substance related disorders

ผู้ป่วยโรค Substance related disorders มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้นดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีการใช้สุรา พบว่า มีปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดังนี้

- เป็นเพศชาย
- เป็นกลุ่มวัยกลางคน
- มีสถานภาพโสด
- เป็นผู้ที่แยกตัวจากสังคม
- ไม่มีเพื่อน
- เป็นผู้ที่กลับมาดื่มซ้ำ
- มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย
- มีประวัติใช้สุรามานาน
- มีโรคร่วมทางจิตเวช เช่น Mood disorders, Psychosis เป็นต้น
- มีประสบการณ์ในการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก
- เป็นผู้ที่มีปัญหาทางด้านสัมพันธภาพ
- เป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม
- เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและหุนหันพลันแล่น

2. ผู้ป่วยที่ใช้เฮโรอีน บุหรี่ กัญชา ผิ่น ยาบ้า

3. ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดในทางที่ผิด และมีโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย

Personality Disorder

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย Borderline personality disorder ที่มีโรคร่วมทางจิตเวชจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น โดยผู้ป่วย Borderline personality disorder with bipolar disorder มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ป่วย Bipolar disorder และพบว่าผู้ป่วย Borderline personality disorder with MDD (Major depressive disorder) มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ป่วย MDD²²

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติที่เคยมีประวัติทำร้ายตนเอง มีพฤติกรรมahunหันปล้นเล่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว ขาดทักษะการแก้ปัญหาทางสังคม มีภาวะสิ้นหวัง อารมณ์ไม่คงที่ เคยมีประวัติเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจิตเวช มีพฤติกรรมต่อต้านทางสังคม มีปัญหาการปรับตัวทางสังคม ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบ Narcissistic มีประวัติได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก และได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น

Recommendation

Personality Disorder

- ผู้ป่วยโรค Personality มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้นดังนี้
- ผู้ป่วยโรคบุคลิกภาพผิดปกติที่มีโรคร่วมทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคทางอารมณ์ มีการใช้สุราหรือ ยาเสพติด
 - มีประวัติทำร้ายตนเอง
 - มีภาวะสิ้นหวัง
 - มีอารมณ์ไม่คงที่
 - มีประวัติเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจิตเวช
 - มีประวัติได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก
 - รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง
 - มีพฤติกรรมahunหันปล้นเล่น
 - มีพฤติกรรมก้าวร้าว
 - มีพฤติกรรมต่อต้านทางสังคม
 - มีปัญหาการปรับตัวทางสังคม
 - เป็นโรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบ Borderline, Antisocial และ Narcissistic
 - เป็นผู้ที่ขาดทักษะในการแก้ปัญหา

Topic 1 ปัจจัยเสี่ยงและเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

Topic 1.2 เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

เครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช มีความหลากหลายโดยแบ่งเป็นการประเมินด้านต่างๆ ดังนี้

1. เครื่องมือในการประเมินความคิดฆ่าตัวตาย

1.1 Columbia–Suicide Severity Rating Scale (CSSRS)^{23, 18, 24}

สามารถประเมินความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช Sensitivity of 95% Specificity of 95% Positive Predictive Value (PPV) 22.4% Negative Predictive Value (NPV) 99.9% และเมื่อเปรียบเทียบ CSSRS กับ PHQ-9 item 9 ในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย PHQ-9 item 9 พบ Positive suicide risk 24% (22-26) CSSRS พบ Positive suicide risk 6% (5.0-7.4)

1.2 Beck Scale for Suicide Ideation (BSI)^{25, 26}

สามารถใช้ในการประเมินความคิดฆ่าตัวตาย มีค่า Reliability 0.88, $p < 0.001$ และสามารถนำไปประเมินความคิดฆ่าตัวตายเมื่อเปรียบกับการประเมินของ Clinician RR = 1.62

1.3 Five-item Brief Symptom Rating Scale (BSRS-5)^{27, 28}

เหมาะในการประเมินความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช มีค่า PPV 78.01% ค่า NPV 79.05%

1.4 Scale for Suicidal Ideation Thai Version (SSI Thai Version)²⁹

เหมาะในการประเมินความคิดฆ่าตัวตาย มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา = 0.89 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) = 0.81 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อมากกว่า 2

1.5 Thai Version of the PHQ-9³⁰

เหมาะในการประเมินความคิดฆ่าตัวตายสามารถประเมินความคิดฆ่าตัวตาย มีค่า Sensitivity = 0.53 และค่า Specificity = 0.9

2. เครื่องมือในการประเมินความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย

2.1 Suicide Intent Scale (SIS)³¹

คะแนน SIS แตกต่างระหว่างการฆ่าตัวตายและผู้รอดชีวิต พบว่าค่า Positive Predictive Value = 16.7% และ Area Under Curve (AUC) = 0.74 ทดสอบ SIS 4 ข้อ (ฉบับสั้น) ในการทำนายการฆ่าตัวตาย พบว่า Positive predictive value = 19% และ AUC = 0.82

3. เครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง

3.1 The Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI), The Self-Harm Behavior Questionnaire (SHBQ)³²

พบว่า $\alpha = .81-.96$, Split-half $r = .78-.98$, Test-retest $r = .65-.91$ รวมทั้งมีเครื่องมือ CART : Classification and Regression Trees Program. A 4-Question Rule³³ มีค่า Sensitivity 94% (92.1-95.0% [95% Confidence interval]) และ ค่า Specificity 25% (24.2-26.5% [95% Confidence interval])

4. แบบสัมภาษณ์ทางคลินิกเพื่อการวินิจฉัยการฆ่าตัวตาย

4.1 Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)^{34, 35, 36}

ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในปัจจุบัน (Current suicide risk) Sensitivity > 0.75, Specificity > 0.81 และ Positive predictive value > 0.81

5. เครื่องมือการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย Sad Person^{37, 38}

สามารถประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแต่มีข้อจำกัดใช้ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และไม่สามารถทำนายการพยายามฆ่าตัวตายในอนาคตได้

6. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (Psychiatric Inpatient Suicide Risk Assessment at Psychiatric Hospital; PISRA-12)³⁹

ใช้เป็นแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อนำไปสู่แนวทางในการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ตามความรุนแรงของความเสี่ยงอย่างเหมาะสมรวมทั้งดำเนินการเฝ้าระวัง (Monitor) อย่างต่อเนื่อง มีค่าความไว ร้อยละ 90.4 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 87.5 ความถูกต้องของการทดสอบ ร้อยละ 89.7 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน $\alpha = 0.81$

Recommendation

เครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

เมื่อพิจารณาในบริบทโรงพยาบาลจิตเวชเครื่องมือที่แนะนำ ได้แก่

- แบบสัมภาษณ์ทางคลินิกเพื่อการวินิจฉัยการฆ่าตัวตาย

เครื่องมือที่แนะนำให้ใช้คือ Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) (Strong Recommendation, Moderate Quality Evidence)

- แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่แนะนำให้ใช้คือ Psychiatric Inpatient Suicide Risk Assessment at Psychiatric Hospital (PISRA-12) (Strong Recommendation, Moderate quality evidence)

Topic 2 การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

Topic 2.1 การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยยา

2.1.1. Antipsychotics

การรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายด้วยยาในเวชปฏิบัติปัจจุบัน จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการพบว่าในผู้ป่วย Schizophrenia และ Schizoaffective disorder ยา Clozapine สามารถลดพฤติกรรมทำร้ายตัวเองของผู้ป่วยได้^{40, 41, 42, 43}

Clozapine และ Olanzapine มีประสิทธิภาพในการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วย Schizophrenia และ Schizoaffective disorder และจากการศึกษาพบว่า Clozapine ให้ผลที่เหนือกว่า Olanzapine โดยมีค่า RR = 0.618 (95%CI 0.411-0.93)⁴²

Clozapine มีผลข้างเคียงเรื่อง Agranulocytosis มีอุบัติการณ์ในการเกิด 0.8% (95% CI 0.61-0.99) ในระยะเวลา 12 เดือนและ 0.91% (95% CI 0.62-1.20) ในระยะเวลา 18 เดือน⁴⁴

การใช้ยา Clozapine ในระยะยาวจะพบอุบัติการณ์ในการเกิด Agranulocytosis เท่ากับ 1.64% ในระหว่างปีที่ 6 ถึงปีที่ 11 และอุบัติการณ์ในการเกิด Neutropenia เท่ากับ 19.8% ในระหว่างปีที่ 8 ถึงปีที่ 11^{45,46}

Recommendation

Antipsychotic Drugs

การดูแลรักษาผู้ป่วย Schizophrenia และ Schizoaffective disorder ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเวชปฏิบัติปัจจุบัน ยาด้านโรคจิต (Antipsychotic drug) ที่แนะนำ คือ Clozapine (Strong recommendation, High quality evidence)

เนื่องจาก Clozapine จะมีผลข้างเคียงที่สำคัญคือ Agranulocytosis ดังนั้นควรมีการติดตามผล CBC อย่างสม่ำเสมอ (Strong recommendation, Moderate quality evidence)

2.1.2. Mood Stabilizers

Lithium และ Anticonvulsants

Lithium มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วย Mood disorders^{47, 48, 49}

ในผู้ป่วย Depressive disorder การให้ Lithium เป็นยาเสริม (Adjunctive treatment) สามารถช่วยป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้⁵⁰

โรคในกลุ่ม Affective disorder spectrum (Bipolar I/II disorder, Schizoaffective disorder, Bipolar disorder NOS) พบว่า Lithium และ Anti convulsant มีประสิทธิภาพในการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตาย^{51, 52}

การให้การรักษาต่อเนื่องระยะยาว (Continued treatment) ด้วย Lithium มีประสิทธิภาพในการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วย Mood disorders⁵³

การให้การรักษาต่อเนื่องระยะยาว (Continued treatment) ด้วย Valproate มีประสิทธิภาพในการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วย Bipolar disorder และจากการเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วย Bipolar disorder พบว่า Lithium และ Valproate ให้ผลที่เหนือกว่า Atypical antipsychotics แต่ประสิทธิภาพระหว่าง Lithium และ Valproate ได้ผลที่แตกต่างกันในแต่ละการศึกษา^{54, 55, 56, 57}

Recommendation

Mood Stabilizer

การดูแลรักษาผู้ป่วย Bipolar disorder ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเวชปฏิบัติปัจจุบัน ยา Mood Stabilizer ที่แนะนำ คือ Lithium และ Valproate (Strong recommendation, High quality evidence)

การดูแลรักษาผู้ป่วย Mood disorders (Depressive disorder, Bipolar I/II disorder, Schizoaffective disorder, Bipolar disorder NOS) ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเวชปฏิบัติปัจจุบัน ยาที่แนะนำให้ใช้ คือ Lithium และ Valproate (Strong recommendation, Moderate quality evidence)

2.1.3. Antidepressants

พฤติกรรมฆ่าตัวตายพบได้บ่อยในผู้ป่วย Major depression และการได้รับการรักษาด้วยยา Antidepressants ตั้งแต่ช่วงแรกของความเจ็บป่วย พบว่าผลการรักษามีประสิทธิภาพที่ดี⁵⁸

ยา Antidepressants หลายตัวมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วย Major depression RR 0.892 (95% CI 0.66 – 1.21)⁵⁹ และลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ RR 0.57 (95% CI 0.26 – 1.25)⁶⁰

ยา Antidepressants กลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) และกลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCAs) มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เช่น Fluoxetine RR 0.62 (95% CI 0.36-1.05), Citalopram RR 0.96 (95% CI 0.66-1.40), Sertraline RR 0.97 (95% CI 0.50-1.86), Paroxetine RR 0.97 (95% CI 0.50-1.87), Amitriptyline RR 0.97 (95% CI 0.40-2.34)^{61, 62}

เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการรักษาของยา ในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาค่อนข้างหลากหลาย อย่างไรก็ตามพบว่ายาในกลุ่ม SSRI และ TCAs มีประสิทธิภาพดีในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้^{63, 64, 65}

มีรายงานพบว่า ยา Antidepressants กลุ่ม SSRIs อาจเพิ่ม Suicidal risk ในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นบางราย ดังนั้นจึงต้องระมัดระวังในการให้ยากลุ่มนี้ในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นแต่ไม่พบรายงานดังกล่าวในผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่⁶⁶

Recommendation

Antidepressants

การดูแลรักษาผู้ป่วย Major depressive disorder ผู้ป่วย Depressive symptom ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและผู้ป่วย Attempted suicide ยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาที่แนะนำ คือยากลุ่ม SSRIs (Strong recommendation, Moderate quality evidence)

เนื่องจากผลข้างเคียงที่รุนแรงของยา Amitriptyline หากมีการ Overdose จึงไม่แนะนำให้ใช้เป็น First choice ในการรักษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

2.1.4. Ketamine

Ketamine (N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptors antagonist) มีประสิทธิภาพในการลด Depressive symptoms และลดความคิดฆ่าตัวตาย^{67, 68}

ผู้ป่วย Major depressive disorder และผู้ป่วย Treatment resistance depression พบว่าการให้ Ketamine infusion มีประสิทธิภาพในการลดความคิดฆ่าตัวตายได้^{69, 70, 71}

Topic 2 การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

Topic 2.2 การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยไม่ใช้ยา

Electroconvulsive therapy (ECT)

ผู้ป่วย Unipolar depression ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากหลักฐานทางวิชาการ พบว่าการรักษาด้วย ECT ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลดลง (ในคำถามข้อ 3 ของ ข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ของ Hamilton depression rating scale) โดย ร้อยละ 38.2 มีค่าคะแนนลดลงในสัปดาห์แรก (ECT 3 ครั้ง) และ ร้อยละ 61.1 ค่าคะแนนลดลงใน สัปดาห์ที่ 2 (ECT 6 ครั้ง)^{72, 73}

Recommendation

การรักษาโดยไม่ใช้ยา

Electroconvulsive therapy (ECT)

การรักษาผู้ป่วย Unipolar depression ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการใช้ยาหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เราแนะนำการรักษาด้วยวิธี Electroconvulsive Therapy (ECT) (Strong recommendation, Low quality evidence)



Topic 2 การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

Topic 2.3 การรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยจิตสังคม

จากการสืบค้นหลักฐานทางวิชาการ การดูแลรักษาทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีดังนี้

1. การรักษาทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วไป ได้แก่ การรักษาด้วย Cognitive Therapy (CT)^{74, 75} และการรักษาด้วย Psychodynamic Interpersonal Therapy (PIT)⁷⁶

2. การรักษาทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิต ได้แก่ Cognitive Behavioral Therapy (CBT)^{77, 78, 79} และ Motivational Interviewing and Cognitive Behavioral Therapy (MI + CBT)⁸⁰

3. การรักษาทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ Cognitive Behavioral Therapy (CBT)^{81, 82}

4. การรักษาทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วย Borderline Personality Disorder ได้แก่

Cognitive Therapy (CT) มีประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Committed suicide) RR 0.76 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มรักษาแบบปกติ⁸³

Dialectical Behavior Therapy (DBT) สามารถลดความถี่และความรุนแรงของการฆ่าตัวตายได้^{84, 85}

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) สามารถช่วยพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เมื่อติดตามการรักษา 2 ปี⁸⁶

Mentalization – Base Treatment (MBT) มีประสิทธิภาพในการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempts) RR 0.66 และยังสามารถป้องกันการทำร้ายตนเอง (Self harm) RR 0.54⁸⁷

Recommendation

การรักษาด้วยจิตสังคม

ในบริบทของโรงพยาบาลจิตเวช การป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป ผู้ป่วยโรคจิตเภท/โรคจิต ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วย Borderline personality disorder

การรักษาด้วยจิตสังคมที่แนะนำคือ การรักษาด้วย Cognitive Behavioral Therapy (CBT) (Strong recommendation, High quality evidence)

Topic 3 การดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

การดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีหลากหลายวิธี แต่วิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ได้แก่

1. การดูแลด้วยการจัดการรายกรณี (Case Management)⁸⁸

พบว่า มีประสิทธิภาพในการลดความคิดฆ่าตัวตายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 6 เดือนและ 12 เดือน ($p < 0.05$) และยังช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ ภาวะซึมเศร้าลดลง 6 เดือนและ 12 เดือน ($p < 0.01$)

2. วิธีติดตามทางโทรศัพท์ (Telephone management)^{89, 90, 91, 92}

มีประสิทธิภาพในการลดการฆ่าตัวตายซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ดี เมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษาแบบปกติ (RR 0.639)

3. วิธีการติดตามทางไปสการ์ด

เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับติดตามด้วยวิธีการติดตามทางโทรศัพท์พบว่า สามารถลดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้ (RR 0.875)^{93, 94}

นอกจากนี้ยังพบปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ การขาดการติดต่อ (Being out of contact) (OR 7.9, 95% CI 1.87–33), อยู่คนเดียว (Living alone) (OR 5.8, 95% CI 1.4–23), ความเครียดจากการทำงาน (Work stresses) (OR 5.4, 95% CI 1.5–18), เข้ารับการรักษาด้วยการทำร้ายตนเอง (Admission for deliberate self-harm) (OR 3.2, 95% CI 1.3–7.8), ถูกบังคับรักษา (Compulsory admission) (OR 3.1, 95% CI 1.1–8.7), มีประวัติทำร้ายตนเอง (Previous deliberate self-harm) (OR 2.3, 95% CI 1.07–5.05)⁸⁵

ในผู้ป่วย Bipolar มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูงหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยพบว่ามีความสัมพันธ์หลังจากเข้ารับการรักษาด้วย Depressive episodes รวมไปถึงการมีประวัติพยายามทำร้ายตนเอง⁹⁵

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง ได้แก่ มีประวัติการทำร้ายตนเอง (OR 3.15) อาการซึมเศร้า (OR 2.70) และการฆ่าตัวตายหลังจากจำหน่าย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในระดับเล็กน้อย ได้แก่ ความคิดฆ่าตัวตาย (OR 2.47) การไม่ได้วางแผนการจำหน่าย (OR 2.44) ความยากลำบากในการใช้ชีวิตในสังคมปัจจุบัน (OR 2.23) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Major depression (OR 1.91) และเป็นเพศชาย (OR 1.58)⁹⁶

Recommendation

วิธีการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

วิธีการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำที่มีประสิทธิภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อคำนึงถึงความเหมาะสมในบริบทของโรงพยาบาลจิตเวช แนะนำวิธีการติดตามทางโทรศัพท์ (Telephone management) (Strong recommendation, Moderate quality evidence)

บรรณานุกรม

1. Dong JYS, Ho TP, Kan CK. A case-control study of 92 cases of in-patient suicides. *J Affect Disord*. 2005 Jul;87(1):91–9.
2. McClure JR, Criqui MH, Macera CA, Ji M, Nievergelt CM, Zisook S. Prevalence of suicidal ideation and other suicide warning signs in veterans attending an urgent care psychiatric clinic. *Comprehensive Psychiatry*. 2015 Jul;60:149–55.
3. Bakst S, Braun T, Hirshberg R, Zucker I, Shohat T. Characteristics of suicide completers with a psychiatric diagnosis before death: A postmortem study of 98 cases. *Psychiatry Research*. 2014 Dec 15;220(1):556–63.
4. Yi S-W, Hong J-S. Depressive symptoms and other risk factors predicting suicide in middle-aged men: a prospective cohort study among Korean Vietnam War veterans. *PeerJ*. 2015;3:e1071.
5. Stewart D, Ross J, Watson C, James K, Bowers L. Patient characteristics and behaviours associated with self-harm and attempted suicide in acute psychiatric wards. *J Clin Nurs*. 2012 Apr;21(7–8):1004–13.
6. Large M, Smith G, Sharma S, Nielssen O, Singh SP. Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2011 Jul;124(1):18–29.
7. Bryan CJ, Hitschfeld MJ, Palmer BA, Schak KM, Roberge EM, Lineberry TW. Gender differences in the association of agitation and suicide attempts among psychiatric inpatients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014 Dec;36(6):726–31.
8. Bowers L, Dack C, Gul N, Thomas B, James K. Learning from prevented suicide in psychiatric inpatient care: An analysis of data from the National Patient Safety Agency. *International Journal of Nursing Studies*. 2011 Dec 1;48(12):1459–65.
9. Coryell W, Kriener A, Butcher B, Nurnberger J, McMahon F, Berrettini W, et al. Risk factors for suicide in bipolar I disorder in two prospectively studied cohorts. *Journal of Affective Disorders*. 2016 Jan;190:1–5.

10. Antypa N, Souery D, Tomasini M, Albani D, Fusco F, Mendlewicz J, et al. Clinical and genetic factors associated with suicide in mood disorder patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2016 Mar;266(2):181–93.
11. Jylhä P, Rosenström T, Mantere O, Suominen K, Melartin T, Vuorilehto M, et al. Personality disorders and suicide attempts in unipolar and bipolar mood disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2016 Jan;190:632–9.
12. Kimura R, Ikeda S, Kumazaki H, Yanagida M, Matsunaga H. Comparison of the clinical features of suicide attempters by jumping from a height and those by self-stabbing in Japan. *Journal of Affective Disorders*. 2013 Sep 5;150(2):695–8.
13. Minzenberg MJ, Lesh TA, Niendam TA, Yoon JH, Cheng Y, Rhoades RN, et al. Control-related frontal-striatal function is associated with past suicidal ideation and behavior in patients with recent-onset psychotic major mood disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2015 Dec;188:202–9.
14. Costa L da S, Alencar AP, Neto PJN, Santos M do SV dos, da Silva CGL, Pinheiro S de FL, et al. Risk factors for suicide in bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2015 Jan 1;170:237–54.
15. Ducasse D, Jaussent I, Guillaume S, Azorin JM, Bellivier F, Belzeaux R, et al. Increased risk of suicide attempt in bipolar patients with severe tobacco dependence. *Journal of Affective Disorders*. 2015 Sep 1;183:113–8.
16. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Lester D, Shrivastava A, Girardi P, et al. Suicide risk in first episode psychosis: A selective review of the current literature. *Schizophrenia Research*. 2011 Jun 1;129(1):1–11.
17. Mitter N, Subramaniam M, Abidin E, Poon LY, Verma S. Predictors of suicide in Asian patients with first episode psychosis. *Schizophrenia Research*. 2013 Dec;151(1–3):274–8.
18. Gill KE, Quintero JM, Poe SL, Moreira AD, Brucato G, Corcoran CM, et al. Assessing suicidal ideation in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*. 2015 Jul;165(2–3):152–6.

19. Preti A, Meneghelli A, Pisano A, Cocchi A. Risk of suicide and suicidal ideation in psychosis: Results from an Italian multi-modal pilot program on early intervention in psychosis. *Schizophrenia Research*. 2009 Sep;113(2-3):145-50.
20. Kjelby E, Sinkeviciute I, Gjestad R, Kroken RA, Løberg E-M, Jørgensen HA, et al. Suicidality in schizophrenia spectrum disorders: the relationship to hallucinations and persecutory delusions. *Eur Psychiatry*. 2015 Oct;30(7):830-6.
21. Carlborg A, Jokinen J, Nordström A-L, Jönsson EG, Nordström P. Attempted suicide predicts suicide risk in schizophrenia spectrum psychosis. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2010 Jan;64(1):68-72.
22. Zeng R, Cohen LJ, Tanis T, Qizilbash A, Lopatyuk Y, Yaseen ZS, et al. Assessing the contribution of borderline personality disorder and features to suicide risk in psychiatric inpatients with bipolar disorder, major depression and schizoaffective disorder. *Psychiatry Research*. 2015 Mar;226(1):361-7.
23. Viguera AC, Milano N, Laurel R, Thompson NR, Griffith SD, Baldessarini RJ, et al. Comparison of Electronic Screening for Suicidal Risk With the Patient Health Questionnaire Item 9 and the Columbia Suicide Severity Rating Scale in an Outpatient Psychiatric Clinic. *Psychosomatics*. 2015 Sep;56(5):460-9.
24. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults. *AJP*. 2011 Dec;168(12):1266-77.
25. Pinninti N, Steer RA, Rissmiller DJ, Nelson S, Beck AT. Use of the Beck Scale for Suicide Ideation with psychiatric inpatients diagnosed with schizophrenia, schizoaffective, or bipolar disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 2002 Sep 1;40(9):1071-9.
26. Healy DJ, Barry K, Blow F, Welsh D, Milner KK. Routine use of the Beck Scale for Suicide Ideation in a psychiatric emergency department. *General Hospital Psychiatry*. 2006 Jul 1;28(4):323-9.
27. Wu C-Y, Lee J-I, Lee M-B, Liao S-C, Chang C-M, Chen H-C, et al. Predictive validity of a five-item symptom checklist to screen psychiatric morbidity and suicide

- ideation in general population and psychiatric settings. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2016 Jun 1;115(6):395-403.
28. Lung F-W, Lee M-B. The five-item Brief-Symptom Rating Scale as a suicide ideation screening instrument for psychiatric inpatients and community residents. *BMC Psychiatry*. 2008;8:53.
 29. กิตติธรรษัฎ์ ป, มัยจิน ะ. คุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai Version 2014) PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE THAI VERSION OF THE SCALE FOR SUICIDAL IDEATION (SSI-THAI VERSION 2014). *THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH*. 2015;29(1):93-102.
 30. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*. 2008 Dec;8(1):46.
 31. Stefansson J, Nordström P, Jokinen J. Suicide Intent Scale in the prediction of suicide. *Journal of Affective Disorders*. 2012 Jan 1;136(1):167-71.
 32. Fliege H, Kocalevent R-D, Walter OB, Beck S, Gratz KL, Gutierrez PM, et al. Three assessment tools for deliberate self-harm and suicide behavior: evaluation and psychopathological correlates. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006 Jul 1;61(1):113-21.
 33. Cooper J, Kapur N, Dunning J, Guthrie E, Appleby L, Mackway-Jones K. A Clinical Tool for Assessing Risk After Self-Harm. *Annals of Emergency Medicine*. 2006 Oct 1;48(4):459-66.
 34. Phunnapa Kittirattanapaiboon, Maturin Khamwongpin. The Validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I)-Thai version. 3. 2005;13:Journal of Mental Health of Thailand.
 35. นิตยา จรัสแสง, สมจิตร มณีกานนท์, วิจิตรา พิมพ์นิทย์ และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2554; 56 (2) :129-35
 36. หวาน ศรีเรือนทอง, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, รุ่งมณี ยิ่งยิม, สุพัตรา สุขาว, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของคนไทย สำนวระดับชาติ.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.2554; 56(4):413-24

37. Warden S, Spiwak R, Sareen J, Bolton JM. The SAD PERSONS scale for suicide risk assessment: a systematic review. *Arch Suicide Res.* 2014;18(4):313–26.
38. Bolton JM, Spiwak R, Sareen J. Predicting suicide attempts with the SAD PERSONS scale: a longitudinal analysis. *J Clin Psychiatry.* 2012 Jun;73(6):e735-741.
39. ขนิษฐา สนเท่ห์. การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช.
40. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol (Oxford).* 2010 Nov;24(4 Suppl):81–90.
41. Modestin J, Dal Pian D, Agarwalla P. Clozapine Diminishes Suicidal Behavior: A Retrospective Evaluation of Clinical Records. *The Journal of Clinical Psychiatry.* 2005;66(4):534–8.
42. Meltzer HY, Alphs L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry.* 2003 Jan;60(1):82–91.
43. Spivak B, Shabash E, Sheitman B, Weizman A, Mester R. The effects of clozapine versus haloperidol on measures of impulsive aggression and suicidality in chronic schizophrenia patients: an open, nonrandomized, 6-month study. *J Clin Psychiatry.* 2003 Jul;64(7):755–60.
44. Alvir JM, Lieberman JA, Safferman AZ, Schwimmer JL, Schaaf JA. Clozapine-induced agranulocytosis. Incidence and risk factors in the United States. *N Engl J Med.* 1993 Jul 15;329(3):162–7.
45. Ratanajamit C, Musakopas C, Vasiknanonte S, Reanmongkol W. Incidence and risk for neutropenia/agranulocytosis among clozapine users: A retrospective cohort study. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2010 Jun;14(2):109–15.
46. Kang B-J, Cho M-J, Oh J-T, Lee Y, Chae B-J, Ko J. Long-term patient monitoring for clozapine-induced agranulocytosis and neutropenia in Korea: when is it safe to discontinue CPMS? *Hum Psychopharmacol.* 2006 Aug;21(6):387–91.

47. Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disord*. 2006 Oct;8(5 Pt 2):625–39.
48. Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am J Psychiatry*. 2005 Oct;162(10):1805–19.
49. Guzzetta F, Tondo L, Centorrino F, Baldessarini RJ. Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007 Mar;68(3):380–3.
50. Lauterbach E, Felber W, Müller-Oerlinghausen B, Ahrens B, Bronisch T, Meyer T, et al. Adjunctive lithium treatment in the prevention of suicidal behaviour in depressive disorders: a randomised, placebo-controlled, 1-year trial. *Acta Psychiatr Scand*. 2008 Dec;118(6):469–79.
51. Yerevanian BI, Koek RJ, Mintz J. Lithium, anticonvulsants and suicidal behavior in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2003 Feb;73(3):223–8.
52. Yerevanian BI, Koek RJ, Mintz J. Bipolar pharmacotherapy and suicidal behavior. Part I: Lithium, divalproex and carbamazepine. *J Affect Disord*. 2007 Nov;103(1–3):5–11.
53. Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013 Jun 27;346:f3646.
54. Oquendo MA, Galfalvy HC, Currier D, Grunebaum MF, Sher L, Sullivan GM, et al. Treatment of suicide attempters with bipolar disorder: a randomized clinical trial comparing lithium and valproate in the prevention of suicidal behavior. *Am J Psychiatry*. 2011 Oct;168(10):1050–6.
55. Collins JC, McFarland BH. Divalproex, lithium and suicide among Medicaid patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2008 Apr 1;107(1):23–8.
56. Ahearn EP, Chen P, Hertzberg M, Cornette M, Suvalsky L, Cooley-Olson D, et al. Suicide Attempts in Veterans with Bipolar Disorder During Treatment with Lithium, Divalproex, and Atypical Antipsychotics. *J Affect Disord*. 2013 Feb 15;145(1):77–82.

57. Søndergård L, Lopez AG, Andersen PK, Kessing LV. Mood- stabilizing pharmacological treatment in bipolar disorders and risk of suicide. *Bipolar Disord.* 2008 Feb;10(1):87–94.
58. Mulder RT, Joyce PR, Frampton CMA, Luty SE. Antidepressant treatment is associated with a reduction in suicidal ideation and suicide attempts. *Acta Psychiatr Scand.* 2008 Aug;118(2):116–22.
59. Olfson M, Marcus SC. A case-control study of antidepressants and attempted suicide during early phase treatment of major depressive episodes. *J Clin Psychiatry.* 2008 Mar;69(3):425–32.
60. Martinez C, Rietbrock S, Wise L, Ashby D, Chick J, Moseley J, et al. Antidepressant treatment and the risk of fatal and non-fatal self harm in first episode depression: nested case-control study. *BMJ.* 2005 Feb 19;330(7488):389.
61. Tiihonen J, Lönqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Tanskanen A, Haukka J. Antidepressants and the risk of suicide, attempted suicide, and overall mortality in a nationwide cohort. *Arch Gen Psychiatry.* 2006 Dec;63(12):1358–67.
62. Søndergård L, Kvist K, Lopez AG, Andersen PK, Kessing LV. Temporal changes in suicide rates for persons treated and not treated with antidepressants in Denmark during 1995-1999. *Acta Psychiatr Scand.* 2006 Sep;114(3):168–76.
63. Rubino A, Roskell N, Tennis P, Mines D, Weich S, Andrews E. Risk of suicide during treatment with venlafaxine, citalopram, fluoxetine, and dothiepin: retrospective cohort study. *BMJ.* 2007 Feb 3;334(7587):242.
64. Jick SS, Dean AD, Jick H. Antidepressants and suicide. *BMJ.* 1995 Jan 28;310(6974):215–8.
65. Coupland C, Hill T, Morriss R, Arthur A, Moore M, Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of suicide and attempted suicide or self harm in people aged 20 to 64: cohort study using a primary care database. *BMJ.* 2015 Feb 18;350:h517.
66. Barbui C, Esposito E, Cipriani A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. *CMAJ.* 2009 Feb 3;180(3):291–7.

67. Caddy C, Giaroli G, White TP, Shergill SS, Tracy DK. Ketamine as the prototype glutamatergic antidepressant: pharmacodynamic actions, and a systematic review and meta-analysis of efficacy. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2014 Apr;4(2):75–99.
68. Serafini G, Howland RH, Rovedi F, Girardi P, Amore M. The role of ketamine in treatment-resistant depression: a systematic review. *Curr Neuropsychopharmacol*. 2014 Sep;12(5):444–61.
69. DiazGranados N, Ibrahim LA, Brutsche NE, Ameli R, Henter ID, Luckenbaugh DA, et al. Rapid resolution of suicidal ideation after a single infusion of an N-methyl-D-aspartate antagonist in patients with treatment-resistant major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2010 Dec;71(12):1605–11.
70. Price RB, Iosifescu DV, Murrough JW, Chang LC, Al Jurdi RK, Iqbal SZ, et al. Effects of ketamine on explicit and implicit suicidal cognition: a randomized controlled trial in treatment-resistant depression. *Depress Anxiety*. 2014 Apr;31(4):335–43.
71. Ballard ED, Ionescu DF, Vande Voort JL, Niciu MJ, Richards EM, Luckenbaugh DA, et al. Improvement in suicidal ideation after ketamine infusion: relationship to reductions in depression and anxiety. *J Psychiatr Res*. 2014 Nov;58:161–6.
72. Fink M, Kellner CH, McCall WV. The role of ECT in suicide prevention. *J ECT*. 2014 Mar;30(1):5–9.
73. Kellner CH, Fink M, Knapp R, Petrides G, Husain M, Rummans T, et al. Relief of expressed suicidal intent by ECT: a consortium for research in ECT study. *Am J Psychiatry*. 2005 May;162(5):977–82.
74. Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive Therapy for the Prevention of Suicide Attempts: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2005 Aug 3;294(5):563.
75. Ghahramanlou-Holloway M, Bhar SS, Brown GK, Olsen C, Beck AT. Changes in problem-solving appraisal after cognitive therapy for the prevention of suicide. *Psychol Med*. 2012 Jun;42(6):1185–93.
76. Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Mendel E, et al. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ*. 2001 Jul 21;323(7305):135–8.

77. Bateman K, Hansen L, Turkington D, Kingdon D. Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from a randomized controlled trial. *Suicide Life Threat Behav.* 2007 Jun;37(3):284–90.
78. Tarrier N, Kelly J, Maqsood S, Snelson N, Maxwell J, Law H, et al. The cognitive behavioural prevention of suicide in psychosis: A clinical trial. *Schizophrenia Research.* 2014 Jul;156(2–3):204–10.
79. Peters E, Landau S, McCrone P, Cooke M, Fisher P, Steel C, et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy for psychosis in a routine clinical service. *Acta Psychiatr Scand.* 2010 Oct;122(4):302–18.
80. Barrowclough C, Haddock G, Wykes T, Beardmore R, Conrod P, Craig T, et al. Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial. *BMJ.* 2010 Nov 24;341(nov24 3):c6325–c6325.
81. Weitz E, Hollon SD, Kerkhof A, Cuijpers P. Do depression treatments reduce suicidal ideation? The effects of CBT, IPT, pharmacotherapy, and placebo on suicidality. *Journal of Affective Disorders.* 2014 Oct;167:98–103.
82. Christensen H, Farrer L, Batterham PJ, Mackinnon A, Griffiths KM, Donker T. The effect of a web-based depression intervention on suicide ideation: secondary outcome from a randomised controlled trial in a helpline. *BMJ Open.* 2013 Jun 1;3(6):e002886.
83. Davidson KM, Tyrer P, Norrie J, Palmer SJ, Tyrer H. Cognitive therapy v. usual treatment for borderline personality disorder: prospective 6-year follow-up. *Br J Psychiatry.* 2010 Dec;197(6):456–62.
84. McMain SF, Links PS, Gnam WH, Guimond T, Cardish RJ, Korman L, et al. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2009 Dec;166(12):1365–74.
85. Kan C-K, Ho T-P, Dong JYS, Dunn ELW. Risk factors for suicide in the immediate post-discharge period. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007 Mar;42(3):208–14.

86. Davidson K, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H, et al. The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *J Pers Disord*. 2006 Oct;20(5):450–65.
87. Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2009 Dec;166(12):1355–64.
88. De Leo D, Heller T. Intensive Case Management in Suicide Attempters Following Discharge from Inpatient Psychiatric Care. *Australian Journal of Primary Health*. 2007 Dec 1;13.
89. Cebrià A, Uribe I, Pàmias M, Escayola A, Garcia-Pares G, Punti J, et al. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: Controlled study in a Spanish population. *Journal of affective disorders*. 2012 Dec 6;147.
90. Cedereke M, Monti K, Ojehagen A. Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. *Eur Psychiatry*. 2002 Apr;17(2):82–91.
91. Noh D, Park Y-S, Oh EG. Effectiveness of Telephone-Delivered Interventions Following Suicide Attempts: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016 Feb 1;30(1):114–9.
92. Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*. 2006 May 27;332(7552):1241–5.
93. Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, D'Este C. Postcards from the EDge: 5-year outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning. *Br J Psychiatry*. 2013 May;202(5):372–80.
94. Beautrais AL, Gibb SJ, Faulkner A, Fergusson DM, Mulder RT. Postcard intervention for repeat self-harm: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2010 Jul;197(1):55–60.

95. Isometsä E, Sund R, Pirkola S. Post-discharge suicides of inpatients with bipolar disorder in Finland. *Bipolar Disord*. 2014 Dec;16(8):867–74.
96. Large M, Sharma S, Cannon E, Ryan C, Nielssen O. Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: a systematic meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011 Aug;45(8):619–28.

แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เกณฑ์การคัดเข้าสู่แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1. พิจารณาตามความเสี่ยง

1.1 เคยพยายามฆ่าตัวตาย (ใน 3 เดือน)

Suicide attempt: การกระทำต่อตนเองโดยมุ่งหวังให้จบชีวิตแต่ไม่สำเร็จ

1.2 มีความคิดฆ่าตัวตายและ/ หรือวางแผนฆ่าตัวตาย (ใน 3 เดือน)

Suicide Ideation/Plan: ความคิดที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย/ การวางแผนฆ่าตัวตายแต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำ

1.3 เคยทำร้ายตนเอง (ใน 3 เดือน)

Self-harm: การตั้งใจทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บไม่ได้ประสงค์ให้จบชีวิต

1.4 โรคทางจิตเวช ได้แก่ Schizophrenia/ Major depressive disorder/Bipolar disorderที่มีอาการแสดงของโรคที่กำลังกำเริบ/รุนแรง(ตามดุลพินิจของแพทย์)ร่วมกับเคยมีประวัติทำร้ายตนเองและ/หรือ มีความคิดฆ่าตัวตาย/วางแผนฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตายมาก่อน / ประเมินาที่จะตาย

2. พิจารณาตามแผนการรักษาโดยแพทย์

มีคำสั่งแพทย์ให้เข้าสู่ “แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย” โดยมีลายลักษณ์อักษรอ้างอิง เช่น CPG-SUI , Suicide precaution , ประเมินด้วย M.I.N.I: Suicide เป็นต้น ใน OPD card หรือ Doctor order sheet

แผนผัง : แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายงานบริการผู้ป่วยนอก

ผู้รับผิดชอบ

ผู้รับบริการ

เอกสาร

เจ้าหน้าที่เวชระเบียน

ออกใบตรวจรักษา

ใบตรวจรักษา

คัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ไม่เสี่ยง

เกณฑ์ในการคัดกรอง

เสี่ยง

บริการตามปกติ

พยาบาลวิชาชีพ

ผู้ป่วยเก่า

ผู้ป่วยใหม่

นักสังคมสงเคราะห์
พยาบาลวิชาชีพ

ประเมิน SUI-1/MINI

วินิจฉัยทางสังคม
(SW) ประเมิน SUI-1/MINI

-แบบประเมิน Sui-1,
MINI -Suicide

Low risk/Moderate risk/High risk suicide

-แบบประเมิน Sui-1

พบแพทย์
ประเมิน Risk & Protective factor
วางแผนการรักษา

-แนวทางเวชปฏิบัติ
สำหรับแพทย์ทั่วไป
กรมสุขภาพจิต 2549

แพทย์

IPD-case

พยาบาลวิชาชีพ

รับไว้รักษา

N

นักจิตวิทยาคลินิก

ห่อผู้ป่วยใน

บริการหลังพบแพทย์

ตรวจทางจิตวิทยา

พยาบาลวิชาชีพ
สหวิชาชีพ

1. สุขภาพจิตศึกษา
2. Psychosocial intervention
3. เชนไม่ยินยอมอยู่รักษาในใบ
ตรวจรักษา

Low risk

Moderate risk
/High risk

1. สุขภาพจิตศึกษา
2. Psychosocial intervention
3. เชนไม่ยินยอมอยู่รักษาในใบ
ตรวจรักษา
- แนะนำดูแลใกล้ชิด
- ประสานศูนย์เครือข่าย

-ใบตรวจรักษา
สหวิชาชีพลง
บันทึกการ
ให้บริการใน
-ใบตรวจรักษา
ใบส่งต่อผู้ป่วย
จิตเวชเพื่อการ
ดูแลต่อเนื่องใน
ชุมชน (online)

Refer รับยาใกล้บ้าน

N

Y

พยาบาลจิตเวชชุมชน
นักสังคมสงเคราะห์

ดูแลต่อเนื่องใน/นอกเขตรับผิดชอบ

- ในเขต->ประสานงานจิตเวชชุมชน
- นอกเขต->ประสานนักสังคมสงเคราะห์

ทะเบียนผู้ป่วย
Suicide-> OPD

นัด F/U / ติดตามผลการรักษา

ให้คำแนะนำการใช้
ยา->เภสัชกร

เภสัชกร

รับยา

แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายงานบริการผู้ป่วยนอก

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
เจ้าหน้าที่ เวชระเบียน	การออกใบตรวจรักษา 1. ออกใบตรวจรักษาและค้นแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตาม CPG-SUI (กรณีรายเก่า) 2. ส่งใบตรวจรักษาพร้อมแฟ้มประวัติผู้ป่วยให้งานบริการจิตเวชฉุกเฉิน กรณีซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน กรณีเป็นผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปส่งต่องานบริการก่อนพบแพทย์	- บัตรคิว - บัตรประจำตัว ผู้รับบริการ/ใบ นัด -สัญลักษณ์ระบุ ในระบบ Online /ใบ ตรวจรักษา - ป้ายชี้บ่งผู้ป่วย
พยาบาล	การคัดกรอง 1. คัดกรองผู้รับบริการที่มาด้วยตนเองทุกรายดังต่อไปนี้ด้วยประโยคคำถามดังนี้ - ใน 3 เดือนที่ผ่านมาคุณเคยพยายามฆ่าตัวตายใช่หรือไม่ - ใน 3 เดือนที่ผ่านมาคุณเคยคิดอยากตาย(ปรารถนาที่จะตาย)/เคยคิดฆ่าตัวตาย/วางแผนฆ่าตัวตายหรือไม่ - ใน 3 เดือนที่ผ่านมาคุณเคยทำร้ายตัวเองหรือไม่ 2. กรณีพบผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลงบันทึกข้อมูลในใบตรวจรักษา และติดป้ายชี้บ่งผู้ป่วย CPG-SUI(สีเหลือง)และป้ายสัญลักษณ์ทางด่วน(สีชมพู)	- บัตรคิว - ใบชี้บ่งสิทธิ การรักษา - ใบส่งตัว/ใบ แจ้งความ/คดี ความ - ใบตรวจรักษา - ป้ายชี้บ่งผู้ป่วย - บัตรคิว - บัตรประจำตัว ผู้รับบริการ/ใบ นัด - แบบฟอร์ม บันทึกผลการคัด กรองและวัด สัญญาณชีพ
พยาบาล	การประเมินและการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดังนี้ 1. ประเมินด้วยแบบบันทึกข้อมูลสำหรับการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายSUI-1 2. ประเมินด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.-Suicide) และลงคะแนน ในใบตรวจรักษา - กรณีผู้ป่วยเก่ามีความเสี่ยงระดับ Low-Moderate risk ติดสัญลักษณ์ทางด่วน(สีชมพู) สื่อสารและส่งต่องานบริการก่อน-หลังพบแพทย์ดูแลต่อไป	-แบบบันทึก ข้อมูลSUI-1 - M.I.N.I.- Suicide

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
พยาบาลจิตเวช ฉุกเฉิน นักสังคมสงเคราะห์	- กรณีผู้ป่วยเก่ามีความเสี่ยงระดับ High risk ติดสัญลักษณ์ฉุกเฉิน(สีแดง)เคลื่อนย้ายผู้ป่วยและญาติให้บริการที่ห้องจิตเวชฉุกเฉินดูแลต่อไป - กรณีผู้ป่วยใหม่ ประเมิน M.I.N.I.-Suicide ผู้ป่วยมีความเสี่ยงระดับ Low-Moderate risk ติดสัญลักษณ์ทางด่วน(สีชมพู) และผู้ป่วยมีความเสี่ยงระดับ High risk ติดสัญลักษณ์ฉุกเฉิน(สีแดง) สื่อสารให้งานบริการก่อน-หลังพบแพทย์	
แพทย์	การวินิจฉัยโรค 1. ให้การวินิจฉัยโรคและโรคร่วม คัดแยกโรคหรือภาวะความผิดปกติทางกายที่ต้องรีบแก้ไขเพื่อส่งต่อโรงพยาบาลฝ่ายกาย หมายเหตุ: กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ได้รับการรักษาโดยแพทย์ภายใน 15 นาที - กรณีผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินรอได้ ได้รับการรักษาโดยแพทย์ภายใน 30 นาที 2. ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและ ลงความเห็นระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 3. ให้การดูแลรักษา/วางแผนการรักษาที่เหมาะสมตามระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย	- เวชระเบียน ผู้ป่วยนอก - แบบบันทึก ข้อมูล SUI-1 - M.I.N.I.- Suicide - ใบส่งตัวผู้ป่วย - ใบรับรองแพทย์
แพทย์ ทีมสหวิชาชีพ	ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับสูง (High risk) - M.I.N.I.-Suicide ≥ 17 คะแนน - M.I.N.I.-Suicide < 17 คะแนน ร่วมกับมีอาการของโรคทางจิตเวชกำเริบที่รุนแรง ได้แก่ Schizophrenia, Major depressive disorder, Bipolar disorder, ผู้ป่วย SMI-V - M.I.N.I.-Suicide 9-16 คะแนน ร่วมกับมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีภาวะของโรคจิต บุคลิกภาพผิดปกติอย่างรุนแรง ใช้สารเสพติด ภาวะสิ้นหวัง ป่วยทางกายเรื้อรัง 1. จัดให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ตามปัญหาและความจำเป็นเร่งด่วน 2. ให้การตรวจวินิจฉัย/การบำบัดรักษาที่เหมาะสมตามระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 3. ติดสัญลักษณ์ฉุกเฉิน(สีแดง) เคลื่อนย้ายผู้ป่วยและญาติให้บริการที่ห้องจิตเวชฉุกเฉินดูแลต่อไป 4. ให้การดูแลรักษาโรคทางจิตเวชด้วยยา ร่วมกับการบำบัดด้านจิตสังคมตามปัญหาโดยทีมสหวิชาชีพ	- เวชระเบียน ผู้ป่วยนอก - ใบส่งตัวผู้ป่วย - แนวทางการปฏิบัติสำหรับ ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน - ใบรับรองแพทย์ - ระเบียบปฏิบัติการ พยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
พยาบาลหลังพบแพทย์	กรณีรักษาแบบผู้ป่วยนอก 1. พิจารณาการรักษาด้วยยา 2. พยาบาลหลังพบแพทย์ส่งต่อทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บริการการบำบัดทางสังคมจิตใจตามสภาพปัญหา ได้แก่ ศูนย์จิตประภัสร์หน่วยจิตสังคมบำบัด กลุ่มงานจิตวิทยา กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ งานอาชีวบำบัด เพื่อให้ Psychosocial intervention ได้แก่ - การให้คำปรึกษา - การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมรายบุคคล (CBT) - การจัดการปัญหา (Problem Solving Therapy) - ให้การปรึกษาครอบครัว/ครอบครัวบำบัด (Family therapy) - จัดบำบัดตามสภาพปัญหา เช่น เพิ่ม Self esteem - การบำบัดโดยใช้แนวคิดซาตียร์ (Satir's model) - Mindfulness Base Therapy Counseling (MBTC) - การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ที่มีปัญหาการใช้สุราและยาเสพติด 3. ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องโรค อาการ การรักษา และการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และ/หรือทำบทบาทได้ตามปกติโดยญาติ/ครอบครัวสามารถประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง 4. กรณีผู้ป่วยและญาติยินยอมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งต่อข้อมูลในแบบฟอร์มใบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่งานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนในระบบ OPD-IPD online 5. กรณีผู้ป่วยและญาติไม่ยินยอมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้าน บันทึกข้อมูลลงในใบตรวจรักษา นัดติดตามผลการบำบัดรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ 6. ติดสติ๊กเกอร์สีเหลือง CPG-SUI ที่มุมซ้ายด้านล่างแฟ้มประวัติผู้ป่วยเพื่อการสื่อสาร ดูแลติดตามต่อเนื่อง 7. ทำการระบุว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติ CPG-SUI ในระบบ Online โดยระบุที่ ช่อง “เฝ้าระวัง” ว่า CPG-SUI เริ่ม..... 8. นัดติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาและความเสี่ยงเพื่อติดตามความเสี่ยงหรือแนวโน้มการฆ่าตัวตายอย่างใกล้ชิด กรณีแพทย์รับไว้รักษา (ญาติ/ผู้ป่วยยินยอมอยู่รักษา) 1. บันทึกประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิตใน Psychiatric History, Mental Status Examination สั่งการรักษาการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุด admit 2. บันทึกข้อบ่งชี้ในการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล	- ระเบียบ ปฏิบัติการ บริการผู้ป่วย ก่อนและหลังพบ แพทย์ - คู่มือการ ให้บริการผู้ป่วย นอกโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่น ราชชนรินทร์
		CPG-SUI ฉบับประเมินอาการ เดือนปี/บว / ปี/ค เดือนปีครบ

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
	3. พยาบาลประเมินสุขภาพ BPRS SAVE IC และตรวจร่างกาย พร้อมลงบันทึก และส่งต่อความเสี่ยง อาการสำคัญ แผนการรักษาพยาบาลต่องานบริการผู้ป่วยใน 4. ติดป้ายชี้ บ่ง CPG-SUI บนใบสำเนาใบคำสั่งการรักษา (Doctor's Order sheet) เพื่อสื่อสารให้เภสัชกรทราบ กรณีแพทย์รับไว้รักษา (ญาติและผู้ป่วยไม่ยินยอมอยู่รักษา) 1. รายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 2. ให้ข้อมูลญาติเกี่ยวกับการดูแล และเฝ้าระวังความเสี่ยงขณะอยู่บ้าน 3. ให้ญาติเซ็นไม่ยินยอมอยู่รักษาในใบตรวจรักษา 4. ผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ ประสานงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ผู้ป่วยนอกเขตรับผิดชอบ ประสานนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงและดูแลต่อเนื่องในชุมชนต่อไป โดยส่งต่อข้อมูลในแบบฟอร์ม ใบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยส่งต่อชุมชนในระบบ OPD-IPD online	- ใบตรวจรักษา - Psychiatric History, - Mental Status Examination - Doctor's order sheet - เกณฑ์การประเมิน - ภาวะแทรกซ้อนทางกายสำหรับแพทย์/พยาบาล - แบบบันทึกความก้าว หน้าและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพ - ใบรับรองแพทย์
แพทย์ พยาบาล	ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง(Moderate Risk) -M.I.N.I.-Suicide 9-16 คะแนน -M.I.N.I.-Suicide < 9 คะแนน ร่วมกับมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีภาวะของโรคจิต บุคลิกภาพผิดปกติอย่างรุนแรง ใช้สารเสพติด ภาวะสิ้นหวัง ป่วยทางกายเรื้อรัง 1. จัดให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ตามปัญหาและความจำเป็นเร่งด่วน 2. ให้การตรวจวินิจฉัย/การบำบัดรักษาที่เหมาะสมตามระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 3. กรณีผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง การตัดสินใจบกพร่อง ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ และ/หรือไม่มีญาติ ติดสัญลักษณ์ฉุกเฉิน(สีแดง) เคลื่อนย้ายผู้ป่วยและญาติให้บริการที่ห้องจิตเวชฉุกเฉินดูแลต่อไป 4. กรณีผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้ พุดคุยสื่อสารรู้เรื่อง และ/หรือมีญาติดูแล ประเมินอาการผู้ป่วยและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยบำบัดรักษาที่งานบริการก่อนและหลังพบแพทย์ 5. ให้การดูแลรักษาโรคทางจิตเวชด้วยยา ร่วมกับการบำบัดด้านจิตสังคมตามปัญหาโดยทีมสหวิชาชีพ	- ระเบียบปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน - ระเบียบปฏิบัติการบริการผู้ป่วยก่อนและหลังพบแพทย์ - คู่มือการให้บริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
แพทย์ พยาบาล งานบริการก่อน และหลังพบแพทย์	กรณีรักษาแบบผู้ป่วยนอก 1. พิจารณาการรักษาด้วยยา 2. พยาบาลหลังพบแพทย์ส่งต่อทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บริการการบำบัดทางสังคมจิตใจตามสภาพปัญหา ได้แก่ ศูนย์จิตประภัสสรหน่วยจิตสังคมบำบัด กลุ่มงานจิตวิทยา กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ งานอาชีวบำบัด เพื่อให้ Psychosocial Intervention ได้แก่ - การให้คำปรึกษา - การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมรายบุคคล (CBT) - การจัดการปัญหา (Problem Solving Therapy) - ให้การปรึกษารอบครัว/ครอบครัวบำบัด (Family therapy) - จัดบำบัดตามสภาพปัญหา เช่น เพิ่ม Self esteem - การบำบัดโดยใช้แนวคิดซาตียร์ (Satir's model) - Mindfulness Base Therapy Counseling (MBTC) - การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ที่มีปัญหาการใช้สุราและยาเสพติด 3. ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องโรค อาการ การรักษา และการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและ/หรือทำบทบาทได้ตามปกติโดยญาติ/ครอบครัวสามารถประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง 4. กรณีผู้ป่วยและญาติยินยอมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้านส่งต่อข้อมูลในแบบฟอร์มใบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช เพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนที่งานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนในระบบ OPD-IPD online 5. กรณีผู้ป่วยและญาติไม่ยินยอมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้าน ให้บันทึกข้อมูลลงในใบตรวจรักษา นัดติดตามผลการบำบัดรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ 6. ติดสติ๊กเกอร์สีเหลือง CPG-SUI ที่มุมซ้ายด้านล่างแฟ้มประวัติผู้ป่วยเพื่อการสื่อสาร ดูแลติดตามต่อเนื่อง 7. ทำการระบุว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติ CPG-SUI ในระบบ Online โดยระบุที่ ช่อง “เฝ้าระวัง” ว่า CPG-SUI เริ่ม..... 8. นัดติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาและความเสี่ยงเพื่อติดตามความเสี่ยงหรือแนวโน้มการฆ่าตัวตายอย่างใกล้ชิด กรณีแพทย์รับไว้รักษา (ญาติ/ผู้ป่วยยินยอมอยู่รักษา) 1. บันทึกประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิตใน Psychiatric History, Mental Status Examination สังเกตรักษาการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุด admit 2. บันทึกข้อบ่งชี้ในการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล	จิตเวชชนบท ราชนครินทร์ CPG-SUI ความปลอดภัย เขียนพิมพ์ / DIC เขียนที่..... - ใบตรวจรักษา- Psychiatric History, Mental Status Examination - Doctor's order sheet

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
	3. พยาบาลประเมินสุขภาพ ความเสี่ยงและสมรรถนะผู้ป่วยประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายพร้อมลงบันทึก และส่งต่อความเสี่ยงอาการสำคัญแผนการรักษาพยาบาลต่องานบริการผู้ป่วยใน 4. ติดป้ายชี้บ่ง CPG-SUI บนใบสำเนาใบคำสั่งการรักษา (Doctor's Order sheet) เพื่อสื่อสารให้เภสัชกรทราบ กรณีแพทย์รับไว้รักษา (ญาติและผู้ป่วยไม่ยินยอมอยู่รักษา) 1. รายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 2. ให้ข้อมูลญาติ ในการดูแล และเฝ้าระวังความเสี่ยงขณะอยู่บ้าน 3. ให้ญาติเซ็นไม่ยินยอมอยู่รักษาในใบตรวจรักษา 4. ประสานงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนเพื่อเฝ้าระวังในชุมชนต่อไป โดยส่งต่อข้อมูลในแบบฟอร์มใบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยส่งต่อชุมชนในระบบ OPD-IPD online	- เกณฑ์การประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายสำหรับแพทย์/พยาบาล - แบบบันทึกความก้าวหน้าและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพ
พยาบาลแพทย์ พยาบาลงานบริการก่อนและหลังพบแพทย์ แพทย์	ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับต่ำ (Low Risk) - M.I.N.I.-Suicide ≤ 8 คะแนน 1. จัดให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ตามปัญหาและความจำเป็นเร่งด่วน 2. ให้การตรวจวินิจฉัย/การบำบัดรักษาที่เหมาะสมตามระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย - ให้การดูแลรักษาโรคทางจิตเวชด้วยยาาร่วมกับให้สุขภาพจิตศึกษา - นัดติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม 3. ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องโรค อาการ การรักษา และการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและ/หรือทำบทบาทได้ตามปกติโดยญาติ/ครอบครัวสามารถประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง 4. ติดสติ๊กเกอร์สีเหลือง CPG-SUI ที่มุมซ้ายด้านล่างแฟ้มประวัติผู้ป่วยเพื่อการสื่อสารการดูแลติดตามต่อเนื่อง และนัดติดตามผลการบำบัดรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ทำการระบุว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติ CPG-SUI ในระบบ On-line โดยระบุที่ ช่อง “เฝ้าระวัง” ว่า CPG-SUI เริ่ม..... กรณีแพทย์รับไว้รักษา (ญาติ/ผู้ป่วยยินยอมอยู่รักษา) 1. บันทึกประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิตใน Psychiatric History, Mental Status Examination ส่งการรักษารับเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุด admit 2. บันทึกข้อบ่งชี้ในการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล	CPG-SUI ตรวจประเมินอาการ เดือน/ปี / ปี เดือนที่ครบ - สติ๊กเกอร์สีเหลือง - Psychiatric History, Mental Status Examination - Doctor's order sheet

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
พยาบาลงานจิตเวช ฉุกเฉินและรับไว้ รักษา	3.พยาบาลประเมินสุขภาพ ความเสี่ยงและสมรรถนะผู้ป่วยประเมิน ภาวะแทรกซ้อนทางกายพร้อมลงบันทึก และส่งต่อความเสี่ยงอาการ สำคัญแผนการรักษาพยาบาลต้องงานบริการผู้ป่วยใน 4.ติดป้ายชี้บ่ง CPG-SUI บนใบสำเนาใบคำสั่งการรักษา (Doctor's Order sheet) เพื่อสื่อสารให้เภสัชกรทราบ 5.ติดสติ๊กเกอร์สีเหลือง CPG-SUI ที่มุมซ้ายด้านล่างแฟ้มประวัติผู้ป่วย 6.ทำการระบุว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติ CPG-SUI ในระบบ On-line โดยระบุที่ ช่อง “เฝ้าระวัง” ว่า CPG-SUI เริ่ม.....และ ลงทะเบียนในทะเบียนผู้ป่วยรับไว้รักษา กรณีแพทย์รับไว้รักษา (ญาติและผู้ป่วยไม่ยินยอมอยู่รักษา) 1. รายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 2. ให้ข้อมูลญาติ ในการดูแล และเฝ้าระวังความเสี่ยงขณะอยู่บ้าน 3. ให้ญาติเซ็นไม่ยินยอมอยู่รักษาในใบตรวจรักษา 4. ประสานงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน เพื่อเฝ้าระวังใน ชุมชนต่อไป โดยส่งต่อข้อมูลในแบบฟอร์มใบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช เพื่อการ ดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยส่งต่อชุมชนในระบบ OPD-IPD online	- เกณฑ์การ ประเมิน ภาวะแทรกซ้อน ทางกายสำหรับ แพทย์/พยาบาล - แบบบันทึก ความก้าว หน้า และวางแผน จำหน่ายผู้ป่วย จิตเวชโดย ทีมสหวิชาชีพ - ใบตรวจรักษา
เภสัชกร	1. ให้การปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยเน้นให้ผู้ป่วย รับประทานยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย กรณีมีญาติ แนะนำให้ญาติมีส่วน ร่วมในการดูแลการรับประทานยาเพื่อลดการนำไปใช้อย่างผิดวิธี 2. บันทึกเก็บประวัติการใช้ยา และติดตามความสม่ำเสมอการ รับประทานยา ความปลอดภัย และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา 3. กรณีพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ดำเนินการโดย 3.1 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย/ญาติ 3.2 กรณีอาการไม่พึงประสงค์มีความรุนแรง และ/หรือผู้ป่วย ประสงค์ปรับเปลี่ยนการรักษา ส่งพบแพทย์เพื่อพิจารณาปรับยา	แบบบันทึกการ ให้คำปรึกษา ด้านยาใน Pharmacist's SOAP Note

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
พยาบาล พยาบาลงาน บริการหลังพบ แพทย์	การดูแลอย่างต่อเนื่อง 1. กรณีผู้ป่วยที่ไม่มารับการรักษาตามนัด 1.1 ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง(High Risk) ประสานงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน เพื่อส่งต่อข้อมูลในใบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงและดูแลต่อเนื่องภายใน 1 วันทำการ 1.2 ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง(Moderate Risk) ประสานงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน เพื่อส่งต่อข้อมูลในใบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อส่งต่อข้อมูลในใบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงและดูแลต่อเนื่องภายใน 5 วันทำการ 1.3 ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับต่ำ(Low Risk) ประสานงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน เพื่อส่งต่อข้อมูลในใบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงและดูแลต่อเนื่องภายใน 7 วันทำการ 2. กรณีผู้ป่วยอยู่ในเขตรับผิดชอบ ประสานส่งต่อข้อมูลให้งานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน 3. กรณีผู้ป่วยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ ประสานส่งต่อข้อมูลให้นักสังคมสงเคราะห์	ใบติดตามผู้ป่วย ที่เสี่ยงต่อการฆ่า ตัวตาย เพื่อการ ดูแลที่ต่อเนื่อง
พยาบาล	การส่งต่อเพื่อไปรักษาต่อที่บ้าน (Refer) 1. กรณีผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบที่แพทย์ลงความเห็นให้ส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ลงบันทึกการส่งต่อ (Refer) ในระบบ OPD-IPD Online ส่งต่อประสานงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน 2. กรณีผู้ป่วยนอกเขตรับผิดชอบ ประสานนักสังคมสงเคราะห์เพื่อดำเนินการประสานให้หน่วยที่รับการส่งต่อทราบและให้การดูแลต่อไป	- แบบสำหรับส่ง ผู้ป่วยไป รักษาการตรวจ หรือรักษาต่อ (ใบ Refer) - ระบบ OPD- IPD Online - ใบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อการติดตาม รักษาต่อเนื่อง

แผนผัง: แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายงานบริการผู้ป่วยใน

ผู้รับผิดชอบ

พยาบาลและทีมการพยาบาล

สหวิชาชีพ
- แพทย์
- พยาบาล
- นักจิตวิทยา
- นักสังคมสงเคราะห์
- เภสัชกร
- นักโภชนาการ
- นักกิจกรรมบำบัด

- แพทย์
- พยาบาล

- พยาบาล
- เภสัชกร

- พยาบาล
จิตเวชชุมชน
- นักสังคม
สงเคราะห์

รับผู้ป่วยไว้รักษา

- รวบรวมข้อมูลด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
- ประเมินความเสี่ยงและระดับความรุนแรงต่อการฆ่าตัวตาย

ระดับสูง (High risk)
(หน้า 46)

Intensive care for suicide
(หน้า 47)

ระดับปานกลาง (Moderate risk)
(หน้า 46)

Intermediate care for suicide
(หน้า 48)

ระดับต่ำ (Low risk)
(หน้า 46)

Low risk care for suicide
(หน้า 49)

รายงานแพทย์ปรับการรักษา

ประเมินผลการดูแลบำบัดรักษา ด้วย PISRA -12
และ M.I.N.I -Suicide
อาการทุเลา มีความเสี่ยงเล็กน้อย

N

Y

รายงานแพทย์จำหน่าย

ให้สุขภาพจิตศึกษา
ผู้ป่วยและญาติ

เภสัชกรให้ความรู้เรื่องยา
ผู้ป่วยและญาติ

จำหน่าย

- ในเขต->ประสานงาน
จิตเวชชุมชน
- นอกเขต->ประสาน
นักสังคมสงเคราะห์

เอกสาร

-แบบประเมิน
ประวัติผู้ป่วยรับ
ไว้รักษา
-แบบประเมิน
M.I.N.I-Suicide,
SUI-1
-บันทึกทางการ
พยาบาล

-บันทึกเฉพาะ
ของสหวิชาชีพ
-Dr.order
sheet
(Progress note)
-แบบบันทึก
พฤติกรรมขณะ
เข้ากลุ่ม
-บันทึก
ความก้าวหน้า
แนวทางแผน
จำหน่าย
-Clinical
Patient Profile
Data base

-แบบฟอร์ม
ขอให้
ติดตามเยี่ยม
ผู้ป่วยและ
ครอบครัวที่มี
ปัญหาซับซ้อน
ในชุมชน

ข้อบ่งชี้ในการแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายงานบริการผู้ป่วยใน

ระดับความเสี่ยง	ข้อบ่งชี้
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง (High risk suicide)	ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ • M.I.N.I.-Suicide ≥ 17 คะแนน • M.I.N.I.-Suicide < 17 คะแนน ร่วมกับมีอาการของโรคทางจิตเวชกำเริบที่รุนแรง ได้แก่ Schizophrenia, Major depressive disorder, Bipolar disorder, ผู้ป่วย SMI-V • M.I.N.I.-Suicide 9-16 คะแนน ร่วมกับมีอาการซึมเศร้า รุนแรง มีภาวะของโรคจิต บุคลิกภาพผิดปกติอย่างรุนแรง ใช้สารเสพติด ภาวะสิ้นหวัง ป่วยทางกายเรื้อรัง • PISRA -12 = 15-48 คะแนน
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง (Moderate risk suicide)	ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ • M.I.N.I.-Suicide 9-16 คะแนน • M.I.N.I.-Suicide < 9 คะแนน ร่วมกับมีอาการซึมเศร้ารุนแรง มีภาวะของโรคจิต บุคลิกภาพผิดปกติอย่างรุนแรง ใช้สารเสพติด ภาวะสิ้นหวัง ป่วยทางกายเรื้อรัง • PISRA -12 = 7-14 คะแนน
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับต่ำ (Low risk suicide)	ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายข้อใดข้อหนึ่งดังนี้ • M.I.N.I.-Suicide ≤ 8 คะแนน • PISRA -12 = 1-6 คะแนน

แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายงานบริการผู้ป่วยใน

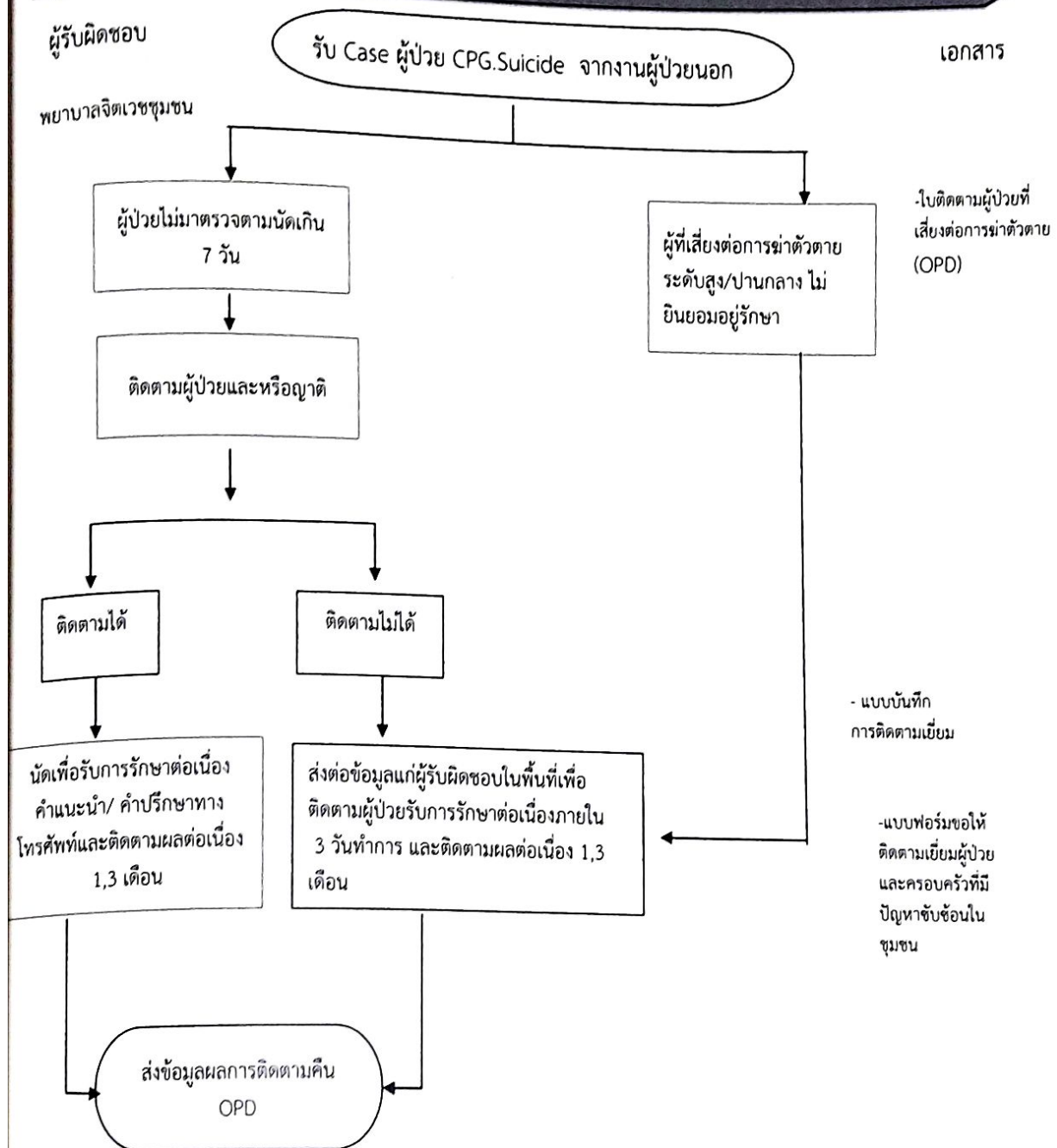
ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสารบันทึก
พยาบาลและ ทีมการพยาบาล	การเข้ารับบริการ 1. รับแจ้งผู้ป่วยรับใหม่จากงานบริการรับไว้รักษา เตรียมบุคลากรสถานที่ อุปกรณ์ เสื้อผ้าและเอกสารที่เกี่ยวข้อง 2. ตรวจสอบความถูกต้อง เอกสารผู้ป่วย เวชภัณฑ์และทรัพย์สิน 3. ปฐมนิเทศผู้ป่วยและให้ข้อมูลญาติ แผนการรักษาในโรงพยาบาล การประเมินผู้ป่วย 1. ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณผู้ป่วย จำแนกประเภท วางแผนการดูแลตามสภาพปัญหาและความต้องการ 2. ประเมินโรคแทรกซ้อน/โรคร่วมทางกายหรือพิจารณา ประสานแพทย์เพื่อพิจารณาส่งต่อกรณีอาการของโรครุนแรง 3. ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำและประเมิน PISRA-12 เพื่อแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้แก่ 3.1 ระดับสูง (High risk) 3.2 ระดับปานกลาง (Moderate risk) 3.3 ระดับต่ำ (Low risk) 4. ตรวจร่างกายวัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ตามสภาพปัญหา 5. ชักประวัติ จากญาติ/ผู้นำส่ง/ หรือผู้ป่วย 6. กรณียพบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายขณะรับไว้รักษาให้ประเมินด้วยแบบประเมิน SUI-1, M.I.N.I –Suicide, PISRA-12 เพื่อแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและวางแผนการดูแล 7. วินิจฉัยปัญหา ความต้องการและให้การรักษายาตามความจำเป็นเร่งด่วน 8. ประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน	-ชุด Admitted -แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยรับใหม่ - แบบประเมิน Sui-1 และ MINI -Suicide - บันทึกทางการพยาบาล (Nurse note) - แบบประเมิน PISRA-12
แพทย์ พยาบาล	การวางแผนและการดูแล 1. ให้การรักษาตามความเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ประเมินผลการรักษา ปรับแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยอาการสงบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง 2. วางแผนและให้การดูแลตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามระดับความเสี่ยง 2.1 การดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง (Intensive care for suicide) 2.1.1. ตรวจ วินิจฉัย และบำบัดรักษาภายใน 24 ชั่วโมง 2.1.2 ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด 1) มอบหมายให้มีผู้ดูแลแบบ 1:1	- Dr. order sheet (progress note) - Dr. order sheet (progress note) - Nurse note

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสารบันทึก
สหวิชาชีพ	2) เผื่อระวังผู้ป่วยโดยสามารถมองเห็นพฤติกรรมผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง 3) ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 15 นาที 4) ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยการสอบถามอย่างน้อย 2 ครั้งต่อเวอร์ 5) ประเมินด้วยPISRA -12 6) เมื่อพบอาการเปลี่ยนแปลง ให้การดูแลตามแผนการรักษา 7) สื่อสารทีมสหวิชาชีพ โดยติดสติ๊กเกอร์สีเหลืองที่แฟ้มประวัติผู้ป่วยและติดที่ป้ายชื่อผู้ป่วย ใส่อักษร "H" (High) และเขียนสื่อสารบนกระดาน 2.1.3. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ดังนี้ 1) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ที่กำหนดโดยเฉพาะเวลากลางคืน เช่น จัดให้ผู้ป่วยอยู่ห้องแยก/ห้องสังเกตอาการหน้าห้องพยาบาลเพื่อดูแลใกล้ชิด 2) จัดให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารในพื้นที่ที่กำหนด ได้แก่ ห้องแยก ห้องสังเกตอาการ ไม่ใช้อุปกรณ์ที่มีความแหลมคม เช่น ช้อนส้อม 3) ตรวจนับอุปกรณ์ทั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร 4) จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ไม่ให้มีอุปกรณ์ที่เป็นอันตราย ได้แก่ เชือกผูกมัด เสื้อผ้าที่ใช้แล้ว ผ้าปูเตียง เป็นต้น 2.1.4. ประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 2.2การดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง (Intermediate care for suicide)	-บันทึกความก้าวหน้าและการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพ - แบบประเมิน PISRA-12 - Clinical Patient Profile Data base
แพทย์ พยาบาล	2.2.1. แพทย์ตรวจ วินิจฉัย และบำบัดรักษากายใน 3 วันของการอยู่รักษาและทุก 1 สัปดาห์ 2.2.2. ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด ดังนี้ 1) ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยการสอบถามอย่างน้อย1ครั้งต่อเวอร์ 2) ประเมินด้วย PISRA -12 3) สื่อสารทีมสหวิชาชีพ โดยติดสติ๊กเกอร์สีเหลืองที่แฟ้มประวัติผู้ป่วย ติดที่ป้ายชื่อผู้ป่วย ใส่อักษร "M" (Moderate) และเขียนสื่อสารบนกระดาน 2.2.3. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ดังนี้ 1) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ที่กำหนดโดยเฉพาะเวลากลางคืน เช่น ให้ผู้ป่วยอยู่ห้องแยก /ห้องสังเกตอาการหน้าห้องพยาบาลเพื่อดูแลใกล้ชิด	- Dr. order sheet (progress note) - บันทึก ความก้าวหน้าและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพ - Clinical Patient Profile Data base - แบบประเมิน PISRA-12

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสารบันทึก
พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร	2) ตรวจสอบอุปกรณ์ทั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร 3) จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ไม่ให้มีอุปกรณ์ที่เป็นอันตราย ได้แก่ เชือกผูกมัด ผ้าปูเตียง เสื้อผ้าที่ใช้แล้ว เป็นต้น 2.2.4. วางแผนการบำบัดทางจิตสังคมให้ตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 2.2.5. ประสานทีมสหวิชาชีพในการวางแผนการบำบัดทางจิตสังคมตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 2.2.6. ประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมและการบำบัดทางจิตสังคมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม(Cognitive behavioral therapy) การจัดการกับอาการ (Symptom management)การพัฒนาความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง (Adherence therapy) การจัดการโดยการแก้ปัญหา (Problem solving therapy) จิตบำบัดแบบซาเทียร์ (Satir psychotherapy) เป็นต้น 2.2.7. ประสานนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้การวินิจัยทางสังคม ประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม กรณีมีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวให้คำปรึกษาครอบครัว/ครอบครัวบำบัด 2.2.8. ประสานนักกิจกรรมบำบัด/เจ้าพนักงานอาชีพบำบัด เพื่อการคัดกรอง ประเมินอาการและประเมินศักยภาพในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย วางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพและกิจกรรมบำบัด 2.2.9. ประสานนักโภชนาการ เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ วางแผนการให้โภชนาการ จัดอาหารเฉพาะโรค ติดตามการบริโภคและประเมินผล กรณีผู้ป่วยมีปัญหาทุโภชนาการและ/หรือมีโรคร่วมทางกาย 2.2.10. ประสานเภสัชกร เพื่อให้ความรู้เรื่องยา และให้คำปรึกษาด้านยา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจความจำเป็นของการใช้ยาเพื่อการรักษาและสามารถใช้อย่างถูกต้อง	
แพทย์ พยาบาล	<u>2.3 การดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับต่ำ (Low risk care for suicide)</u> 2.3.1. แพทย์ตรวจ วินิจฉัย และบำบัดรักษาทุก 1 สัปดาห์ 2.3.2. ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอด ดังนี้ 1) ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยการสอบถาม1ครั้ง/วัน และบันทึกทางการพยาบาล 2) ประเมินด้วย PISRA -12 3) สื่อสารทีมสหวิชาชีพโดยติดสติ๊กเกอร์สีเหลืองที่แฟ้มประวัติผู้ป่วย ติดที่ป้ายชื่อผู้ป่วย ใส่อักษร "L" Lowและเขียนสื่อสารบนกระดาน	- Dr. order sheet (progress note) - Nurse note -บันทึกความก้าวหน้าและการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพ - แบบประเมิน PISRA-12

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสารบันทึก
พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร	4) กรณีผู้ป่วยออกนอกพื้นที่ เช่น ไปตรวจพิเศษ ทันตกรรมกลุ่มบำบัด ทำกิจกรรมอาชีพบำบัด ต้องมีเจ้าหน้าที่ไปด้วยทุกครั้ง 2.3.3. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ดังนี้ 1) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ที่สามารถมองเห็นชัดเจนในช่วงกลางวัน 2) จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย 2.3.4. วางแผนการบำบัดทางจิตสังคมให้ตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 2.3.5. ประสานทีมสหวิชาชีพในการวางแผนการบำบัดทางจิตสังคมตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย 2.3.6. ประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมและการบำบัดทางจิตสังคมตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy) การจัดการกับอาการ (Symptom management) การพัฒนาความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง (Adherence therapy) การจัดการโดยการแก้ปัญหา (Problem solving therapy) จิตบำบัดแบบซาเทียร์ (Satir psychotherapy) เป็นต้น 2.3.7. ประสานนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้การวินิจฉัยทางสังคม ประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม กรณีมีปัญหาสัมพันธ์ภาพในครอบครัวให้คำปรึกษาครอบครัว/ครอบครัวบำบัด 2.3.8. ประสานนักกิจกรรมบำบัด/เจ้าพนักงานอาชีพบำบัด เพื่อการคัดกรอง ประเมินอาการและประเมินศักยภาพในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย วางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพและกิจกรรมบำบัด 2.3.9. ประสานนักโภชนาการ เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ วางแผนการให้โภชนาการ จัดอาหารเฉพาะโรค ติดตามการบริโภค และประเมินผล กรณีผู้ป่วยมีปัญหาทุพโภชนาการและ/หรือมีโรคร่วมทางกาย 2.3.10. ประสานเภสัชกร เพื่อให้ความรู้เรื่องยา และให้คำปรึกษาด้านยา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจความจำเป็นของการใช้ยาเพื่อการรักษาและสามารถใช้อย่างถูกต้อง	- Clinical Patient Profile Data base

แผนผัง:แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

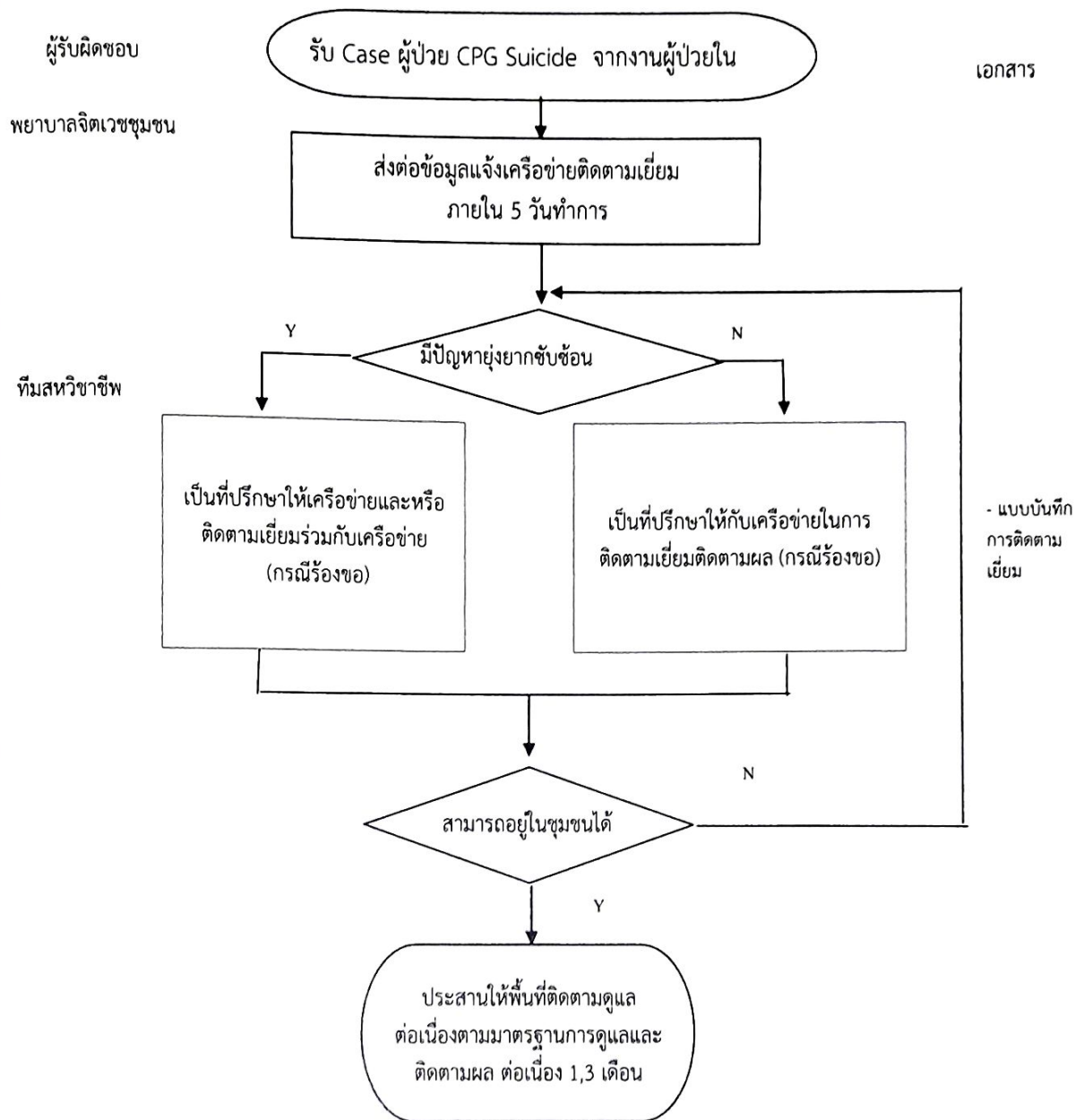


หมายเหตุ กรณีเร่งด่วนส่งต่อข้อมูลทางโทรศัพท์และส่งต่อข้อมูลทาง E-Mail ภายใน 24 ชั่วโมง

แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสารบันทึก
พยาบาลจิตเวชชุมชน	กรณีผู้ป่วยนอก -รับแจ้งผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้ 2 กรณีดังนี้ 1.ผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัดเกิน 7 วัน - รับประสานจากงานบริการผู้ป่วยนอก - ติดตามผู้ป่วยหรือญาติ • กรณีติดตามได้ให้คำแนะนำ/คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง • กรณีติดตามไม่ได้ ประสานผู้รับผิดชอบในพื้นที่ทางโทรศัพท์หรือ e-mail เพื่อให้มารับการรักษาต่อเนื่อง -ส่งข้อมูลผลการติดตามคืน OPD 2.กรณีไม่ยินยอมอยู่รักษา -รับประสานจากงานบริการผู้ป่วยนอกกรณีผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูงและระดับปานกลางไม่ยินยอมอยู่รักษา -ประสานเครือข่ายเพื่อส่งต่อข้อมูลและติดตามดูแลต่อเนื่องผ่าน E-mail และหรือทางโทรศัพท์ - คืนข้อมูลให้งานบริการผู้ป่วยนอกภายใน 3 วันทำการและติดตามผล ต่อเนื่อง 1,3 เดือน	-ใบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

แผนผังแนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย งานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน



แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย งานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสารบันทึก
	กรณีผู้ป่วยใน	
พยาบาลจิตเวชชุมชน	<u>การดูแลผู้ป่วย</u> - รับผู้ป่วยที่มีปัญหาฆ่าตัวตายจากงานผู้ป่วยใน - ตรวจสอบเอกสารและความสมบูรณ์ - ส่งต่อข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์และหรือทาง email เพื่อแจ้ง เครือข่ายติดตามเยี่ยมภายใน 5 วันทำการ	
ทีมสหวิชาชีพ	- กรณีผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนเป็นที่ปรึกษาให้เครือข่ายและหรือ ติดตามเยี่ยมร่วมกับเครือข่าย (กรณีร้องขอ)	- แบบบันทึก การติดตามเยี่ยม
ทีมสหวิชาชีพ	- กรณีผู้ป่วยไม่ยุ่งยากซับซ้อนเป็นที่ปรึกษาให้กับเครือข่ายในการ ติดตามเยี่ยม (กรณีร้องขอ)	- แบบบันทึก การติดตามเยี่ยม
	- เมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาสามารถอยู่ในชุมชนได้ให้เครือข่าย ติดตามดูแลต่อเนื่องตามมาตรฐานการดูแล และติดตามผล ต่อเนื่อง 1,3 เดือน	
ทีมสหวิชาชีพ	- กรณีผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้เป็นที่ปรึกษาให้เครือข่าย และหรือติดตามเยี่ยมร่วมกับเครือข่าย (กรณีร้องขอ)	- แบบบันทึก การติดตามเยี่ยม

แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
ของทีมสหวิชาชีพ

แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มงานเภสัชกรรม

1.วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตามคำสั่งการรักษาของแพทย์
- 1.2 เพื่อไม่ให้เกิด หรือลดการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction: ADR) ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- 1.3 เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจและสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง
- 1.4 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

2.ขั้นตอนการดำเนินงาน

2.1ผู้ป่วยนอก

- รับข้อมูลผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากบริการก่อนและหลังพบแพทย์
- ติดตาม Drug Related Problem
- บันทึกผลการติดตาม Drug Related Problem ลงใน OPD card ตามแบบ Pharmacist 's SOAP Note
- ให้บริการคำปรึกษาด้านยา (Drug Counseling) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจความจำเป็นของการใช้ยาเพื่อการรักษา และสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง และบันทึกใน OPD card ตามแบบ Pharmacist 's SOAP Note
- บริการจ่ายยากลับบ้าน

2.2ผู้ป่วยใน

- รับข้อมูลผู้ป่วยในที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากพยาบาลผู้ป่วยใน
- ติดตาม Drug Related Problem ตาม Clinical Patient Profile
- บันทึกผลการติดตาม Drug Related Problem ลงใน แบบ Pharmacist 's SOAP Note
- ให้บริการคำปรึกษาด้านยา (Drug Counseling) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจความจำเป็นของการใช้ยาเพื่อการรักษา สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง บันทึกความก้าวหน้าและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพ
- บริการจ่ายยากลับบ้าน

2.3 ผู้ป่วยที่ส่งต่อการรักษาเพื่อรับยาในพื้นที่

- จัดทำ Medication Reconciliation เพื่อส่งต่อข้อมูลยาของผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลที่ส่งและรับการส่งต่อ ซึ่งจะเพิ่มประสิทธิภาพของการส่งต่อ และผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านยาอย่างถูกต้องต่อเนื่อง

Pharmacist's SOAP Note

วันที่บันทึก

ชื่อ-นามสกุล อายุ ปี HN.....

ตึก สิทธิการรักษา

โรคประจำตัว

ประวัติแพ้ยา

SUBJECTIVE.....

.....

OBJECTIVE.....

.....

ASSESSMENT

.....

PLAN

.....

.....

ผู้บันทึก

แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกลุ่มงานจิตวิทยา

ด้านการบริการผู้ป่วยนอก

1. รับผู้ป่วยจาก 2 ช่องทาง คือ
 - 1.1 แพทย์ส่งตรวจหรือบำบัดรักษาทางจิตวิทยา
 - 1.2 พบผู้ป่วยจากการให้บริการทางจิตวิทยา
2. ให้บริการทางจิตวิทยาตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการและการร้องขอของแพทย์ ในกรณีที่นักจิตวิทยาค้นพบผู้รับบริการด้วยตนเองให้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
3. สรุปในใบรายงานตัวผู้ป่วย นัดหมายติดตามต่อเนื่อง สรุปผลการบำบัดในแบบประเมินผู้ป่วย
4. ลงทะเบียน

ด้านการบริการผู้ป่วยใน

1. รับผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการประสานการดูแลทางจิตสังคมจากแพทย์/พยาบาล หรือทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
2. ประเมินเพื่อให้การบำบัดรักษาทางจิตวิทยา
 - 2.1 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)
ผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์การคัดเข้าแนวทางการดูแล แพทย์/พยาบาลพิจารณาส่งเพื่อประเมินและบำบัดทางจิตวิทยา
 - 2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)
 - 1) มีสภาพร่างกายที่ไม่พร้อม เช่น บาดแผลรุนแรง ถูกผูกมัด อ่อนเพลียจากการอดนอน มีผลข้างเคียงจากยาที่รุนแรง, อยู่ระหว่างการรักษาด้วย ECT,
 - 2) มีอาการทางจิตรุนแรง , สมาธิไม่ต่อเนื่อง, พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง
 - 3) ภาวะปัญญาอ่อน และ/หรือพยาธิสภาพทางสมอง
3. บันทึกผลการประเมินผู้ป่วยตามแนวทางป้องกันผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในบันทึกความก้าวหน้าและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพ
4. ดำเนินการบำบัดทางจิตวิทยาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย
5. ลงทะเบียนบำบัดตามระบบ Online
6. ติดตามผลต่อเนื่องร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
กรณีประเมินเจอปัญหาที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพอื่นสามารถให้ข้อเสนอแนะในใบสื่อสารได้ เช่น พบปัญหาครอบครัวเห็นสมควรส่งนักสังคมสงเคราะห์ หรือปัญหาการจัดการกับหนูแว่วเห็นควรส่งเข้ากลุ่มการจัดการกับหนูแว่ว

ด้านการดูแลในชุมชน

1. ได้รับการประสานจากทีมสหวิชาชีพในการติดตามช่วยเหลือผู้ป่วย
2. วางแผนช่วยเหลือโดยการประชุม Case Conference ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน
3. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย
4. สรุปผลการติดตามเยี่ยมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกลุ่มงานสังคมสงเคราะห์

กรณีผู้ป่วยนอกรายใหม่

1. ประเมินผู้ป่วยใหม่ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทุกรายด้วยแบบประเมิน M.I.N.I Suicide
2. สัมภาษณ์และวินิจฉัยทางสังคม (Social Diagnosis) ประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม และ/หรือวางแผนบำบัดตามความเหมาะสมและ/หรือจัดหาแหล่งสนับสนุนทรัพยากรทางสังคมในรายที่แพทย์หรือพยาบาลส่งต่อมา
3. ให้การปรึกษาครอบครัว/ ครอบครัวบำบัดในรายที่แพทย์หรือพยาบาลส่งต่อมา
4. ประสานเครือข่ายนอกเขตบริการสุขภาพที่ 7 ในการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองตามที่พยาบาลOPD ส่งต่อข้อมูล

กรณีผู้ป่วยนอกเรื้อรัง

1. สัมภาษณ์และวินิจฉัยทางสังคม (Social Diagnosis) ประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม และวางแผนบำบัดตามความเหมาะสมและ/หรือจัดหาแหล่งสนับสนุนทรัพยากรทางสังคมในรายที่แพทย์หรือพยาบาลส่งต่อมา
2. ให้การปรึกษาครอบครัว/ ครอบครัวบำบัดในรายที่แพทย์หรือพยาบาลส่งต่อมา
3. ประสานเครือข่ายนอกเขตบริการสุขภาพที่ 7 ในการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองตามที่พยาบาลOPD ส่งต่อข้อมูล

กรณีผู้ป่วยใน

1. สัมภาษณ์และวินิจฉัยทางสังคม (Social Diagnosis) และวางแผนบำบัดตามความเหมาะสม
2. ให้การปรึกษาครอบครัว/ ครอบครัวบำบัดในรายที่แพทย์หรือพยาบาลส่งต่อมา
3. ประสานเครือข่ายนอกเขตบริการสุขภาพที่ 7 ในการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง
4. ติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมทีมสหวิชาชีพหรือเครือข่ายในรายที่ย่างยากซับซ้อน
5. ทำ case conference ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
6. พิจารณาสถานที่และ/หรือจัดหาแหล่งสนับสนุนทรัพยากรทางสังคม

แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้ามารับบริการ

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการส่งต่อจากจิตแพทย์และ/หรือพยาบาลให้การฟื้นฟูสมรรถภาพ และมีความพร้อมทางทักษะอย่างน้อย 1 ด้าน (Motor skill, Process skill, Social skill)
2. อาการทางจิตสงบ โดยมีค่าคะแนนแบบประเมิน BPRS ≤ 36
3. มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตายอยู่ในระดับเล็กน้อยลงมา โดยมีค่าคะแนนแบบประเมิน PISRA-12 ≤ 6 คะแนน
4. มีภาวะถอนพิษสุราแบบเพ้อคลั่ง (Delirium tremens) อยู่ในระดับเล็กน้อยลงมา โดยมีค่าคะแนนแบบประเมิน CIWA ≤ 7 คะแนน
5. ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการหลบหนี

กิจกรรมที่ให้บริการ

1. ประเมินศักยภาพผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อวางแผนการฟื้นฟู ฯ โดยใช้แบบประเมินศักยภาพในการทำกิจกรรม (The Assessment of Skill in Occupational Performance)
2. วางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพตามทักษะที่มีความพร้อม โดยใช้คู่มือวิเคราะห์กิจกรรม คู่มือแผนการสอนกิจกรรม
3. ให้กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามการวางแผนเป็นเวลา 2 สัปดาห์ (8 ครั้ง) พร้อมจัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมตามการวางแผน/ทักษะที่บกพร่อง
3. ประเมินผลระหว่าง/หลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ
4. ติดตามผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ
 - 4.1 การติดตามภายในโรงพยาบาล หากอาการไม่ดีขึ้น ให้ส่งกลับมาฟื้นฟูสมรรถภาพซ้ำ
 - 4.2 การติดตามในชุมชน โดยการเยี่ยมบ้านร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อประเมินการปรับตัวและการดำเนินชีวิตในชุมชนตามศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละราย

แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกลุ่มงานโภชนาการ

รับประสานจากพยาบาลกรณีพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านโภชนาการและ/หรือโรคร่วมทางกาย
กิจกรรมที่ให้บริการ

1. ประเมินภาวะโภชนาการและวินิจฉัยปัญหาโภชนาการที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
2. กำหนดปริมาณพลังงานและสารอาหารเพื่อบำบัดและแก้ปัญหาผู้ป่วยรายบุคคล
3. วางแผนและจัดบริการอาหารบำบัดรายบุคคล
4. ติดตามการบริโภคอาหารผู้ป่วย และประเมินผลเพื่อปรับแผนให้โภชนบำบัดที่ดีขึ้น
5. ให้คำปรึกษาแนะนำความรู้ด้านโภชนาการและโภชนบำบัด
6. ร่วมทำ Case conference กับทีมสหวิชาชีพ

แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายศูนย์จิตประภัสร์

ศูนย์จิตประภัสร์ เป็นหน่วยที่ให้บริการบำบัดทางจิตสังคม (Psycho-social Care Unit) ในกลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยเครื่องมือที่สำคัญคือ การให้การปรึกษาทุกรูปแบบ และการบำบัดทางจิต (Counseling and Psychotherapy)

หลักเกณฑ์การให้บริการผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน

1. ผู้รับบริการที่ถูกลงทะเบียนในระบบ CPG-Suicide ที่มีคะแนน M.I.N.I.-suicide ในระดับปานกลางขึ้นไป อาจมีหรือไม่มีคำสั่งแพทย์ก็ได้
2. ผู้รับบริการที่ถูกลงทะเบียนในระบบ CPG-suicide ที่มีคะแนน M.I.N.I.-suicide ต่ำกว่าระดับปานกลาง แต่มีคำสั่งแพทย์ส่งบำบัด
3. ผู้ป่วยในที่ลงทะเบียนในระบบ CPG-suicide ที่มีคำสั่งแพทย์ส่งบำบัด

แนวทางการบำบัดทางจิตสังคม (Counseling / Psychotherapy)

1. ประเมินประเด็นปัญหา
2. พิจารณาเลือกใช้วิธีการบำบัดทางจิตสังคมตามหลักเกณฑ์และความเหมาะสม เช่น
 - Person – Centered Counseling and Psychotherapy
 - Cognitive Behavioral Therapy for Suicide
 - Supportive Psychotherapy for suicide
 - PST
 - MBTC
 - Satir for Suicide

รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

1. Cognitive Behavioral Therapy for Suicide

การใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการบำบัดเปลี่ยนความคิดความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดปัญหาในการบำบัดและมีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชโดยช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อของตนให้เกิดความคิดที่ถูกต้องเหมาะสมและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

1. เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้รับบริการมีเชาวน์ปัญญาปกติ
2. ผู้รับบริการไม่ได้มีการรับรู้ การคิดที่ผิดปกติ ไม่มีความคิดแบบไม่ยึดหยุ่นแบบ Delusion

2. เกณฑ์คัดออก

1. เชาวน์ปัญญาบกพร่อง คือต่ำกว่า 70 ลงไป
2. ผู้รับบริการที่มีอาการทางจิตกำเริบ

3. เป้าหมาย

1. เพื่อให้ตระหนักถึงความคิดความเชื่อที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม และปรับพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม
2. สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ โดยปรับความคิดและวิธีการมองโลกของบุคคล

4. ระยะเวลา 12 Session ให้บริการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที

5. ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ

1. เปลี่ยนแปลงความคิดอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองได้
2. แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. บำบัดได้ด้วยตนเองเมื่อได้เรียนรู้วิธีช่วยเหลือตนเอง
4. มีวิธีจัดการกับปัญหาหรืออยู่กับปัญหานั้นได้

6. ข้อจำกัด / เกณฑ์ในการปิด session

1. บำบัดครบบรรลุวัตถุประสงค์ของการรักษา
2. ผู้รับการบำบัดไม่ดีขึ้นด้วยวิธี CBT ไม่สามารถปฏิบัติตามเทคนิคของ CBT ได้ (เช่น คนไข้ไม่ยึดหยุ่นทางความคิด ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความคิดได้)
3. ไม่ร่วมมือในการทำการบำบัด

2. Supportive Psychotherapy for suicide

จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapy) เป็นการบำบัดรักษาทางจิตใจเพื่อช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยให้ยังคงสภาพอยู่ได้ สำหรับบุคคลที่ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจอย่างรุนแรงจนสภาวะทางจิตใจ อารมณ์ และความสัมพันธ์ที่มีกับบุคคลอื่น ๆ ผิดไปจากเดิมส่งผลให้เกิดผลกระทบต่องานประจำวัน ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนได้ จิตบำบัดประเภทนี้ช่วยให้เขาสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์นั้น ๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

1. เกณฑ์คัดเข้า

- ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง-มาก
- มีความพรุ่งพรทางอารมณ์อย่างมาก
- สามารถสื่อสารเข้าใจได้

2. เกณฑ์คัดออก

- การรับรู้ความเป็นจริงบกพร่อง

3. เป้าหมาย

1. เพื่อประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยให้ยังคงสภาพอยู่ได้ ไม่แย่งลงไปมากกว่าเดิม
2. เพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์นั้น ๆ ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

4. ระยะเวลาดำเนินการ 1-4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที

5. ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ

- ลดความตึงเครียด/วิตกกังวล มีความสงบทางจิตใจมากขึ้น
- มีแนวทางในการแก้ไขปัญหา
- มองเห็นคุณค่าในตัวเองได้มากขึ้น

6. เกณฑ์การยุติบริการ

- ปรับตัวต่อปัญหาได้ดีขึ้น
- อาการทางจิตกำเริบ

3. Mindfulness-Based Therapy and Counseling (MBTC) for suicide

คนทุกคนต่างมีคุณสมบัติบางประการที่ดี ที่เราซึมซับจากบุคคลที่เราเคารพรัก แต่ไม่สามารถแสดงออกถึงความรักความเมตตาที่มีต่อตนเองและผู้อื่นได้ตลอดเวลา เนื่องจากความเครียด ความกังวลและความเศร้า การใช้สมาธิเป็นการสร้างความสงบทางใจ ลดความเครียด และความวิตกกังวล ส่วนสติที่ได้รับการฝึกจะทำให้สามารถทำงานด้วยใจจดจ่อ ไม่ถูกอารมณ์และความเครียดครอบงำ และสามารถพัฒนาไปสู่ปัญญาภายใน หรือความสามารถในการปล่อยวางได้

1. เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้ป่วยที่มีอาการเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า PTSD ที่สามารถร่วมการบำบัดได้ตามกำหนด
2. ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเป็นคนที่ใช้เหตุผล ต้องการการบำบัดรักษาด้วยการพัฒนาตนเองมากกว่าการใช้ยาเพียงอย่างเดียว
3. ภาวะอาการทางจิต อารมณ์ อยู่ในระยะสงบ

2. เกณฑ์คัดออก

-อยู่ระหว่างรักษาด้วยไฟฟ้าหรือ มีภาวะเพ้อจากสารเสพติด/delirium

3. เป้าหมาย

1. สามารถผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและจิตใจ ลดความเครียด วิตกกังวล และเศร้า อันนำไปสู่การฆ่าตัวตายซ้ำ
2. สามารถปรับความสัมพันธ์กับคนรอบข้างสามารถเมตตาตนเองและผู้อื่นได้

4. ระยะเวลาในการดำเนินการ

- ทั้งหมด 8 session ครั้งละ 1.30 – 2.00 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- บำบัดรายบุคคล ให้บริการทุกวันราชการ
- บำบัดรายกลุ่ม ทุกวันศุกร์ เวลา 13.30-15.30 น. สมาชิกกลุ่มประมาณ 5-10 คน

5. ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. การพัฒนาความคิด ไม่โทษสิ่งต่าง ๆ ขณะเดียวกันก็มีเจตคติที่จะพัฒนาจิตของตนเองให้เป็นอิสระจากความทุกข์ได้
2. การพัฒนาการใช้ชีวิต การใช้ชีวิตโดยความประพฤติดชอบ พุดและฟังอย่างมีสติ ปรับความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง สามารถเมตตาตนเองและผู้อื่นได้
3. การพัฒนาจิต ควบคุมจิตใจให้เกิดความสงบและตั้งมั่น เป็นการทำให้จิตได้พักอย่างเต็มที่และพร้อมที่จะพัฒนาต่อไป การพัฒนาจิตให้อยู่กับปัจจุบันด้วยการใช้สติ

6. ข้อจำกัด/เกณฑ์การปิด session

ควรเข้าร่วมโปรแกรมทั้ง 8 ครั้ง

4. การปกป้องตามแนวซาเทียร์สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Satir Model for Suicide)

ซาเทียร์โมเดลมีหลักการเบื้องต้นซึ่งเหมาะกับการเตรียมการให้การบำบัดต่อผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเชื่อว่าความเป็นมนุษย์ไม่เพียงแต่มีแรงผลักดันให้มีชีวิตรอดเท่านั้น แต่ยังต้องเติบโตและพัฒนา และตระหนักถึงศักยภาพของบุคคลอีกด้วย ดังนั้น ถ้ามีผู้ที่จะฆ่าตัวตาย แสดงว่ามีบางสิ่งบางอย่างในพลังชีวิตของบุคคลนั้นอ่อนแรงลงและจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงสภาพ (Transform) ซาเทียร์โมเดลเชื่อว่าความเป็นมนุษย์มีแหล่งพลังที่มาจากภายในที่บุคคลจำเป็นต้องใช้ในการบรรลุเป้าหมาย และนำมาใช้ในช่วงเวลาที่เหมาะสมและยังเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงภายในสามารถเป็นไปได้ แม้ว่าเราไม่สามารถเปลี่ยนแปลงโลกภายนอกได้ ปัญหาไม่ใช่ปัญหา วิธีเผชิญหน้ากับปัญหาอย่างไรต่างหากเป็นปัญหา สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนสำคัญในการทำงานร่วมกับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งการบำบัดจะเน้นที่สุขภาพและการเติบโตที่มีความเป็นไปได้แทนพยาธิสภาพ

1. เกณฑ์คัดเข้า

1. สื่อสารได้ อาการทางจิตสงบมีสมาธิต่อเนื่อง
2. สมัยครใจ
3. มีปัญหาขอบเขต และบทบาทครอบครัวไม่ชัดเจน

2. เกณฑ์คัดออก

1. สงสัยปัญญาอ่อน หรืออยู่ระหว่างรักษาด้วยไฟฟ้า

3. เป้าหมาย

1. เพิ่มความเห็นคุณค่าในตนเอง
2. รับผิดชอบตนเอง
3. มีทางเลือก ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลายครั้งที่มองว่าการฆ่าตัวตายคือทางออกเดียว ดังนั้นช่วยให้มีทางเลือกที่มากกว่า และเป็นไปได้

4. มีความสงบภายในตนเองและอ่อนโยนต่อผู้อื่น

4. จำนวนครั้ง 1-4 ครั้งๆละ 45-90 นาที

5. สถานที่ห้องตรวจทางจิตวิทยา

6. วัน เวลา บริการ

ให้บริการทุกวันตามนัดหมาย โดยผู้ป่วยในสามารถส่ง-รับนัดหมายในระบบออนไลน์ ส่วนผู้ป่วยนอกรับบริการได้ทุกวันหรือนัดหมายเพื่อพบผู้บำบัด

5. การให้การปรึกษาครอบครัวหรือครอบครัวบำบัด (Family Counseling or Family Therapy)

การให้การปรึกษาครอบครัวหรือครอบครัวบำบัด เป็นกระบวนการให้การปรึกษาทั้งครอบครัวไม่ใช่เฉพาะสมาชิกที่ถูกระบุว่ามีปัญหา เพราะถือว่าครอบครัวเป็นระบบหนึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบครอบครัวจึงเป็นของส่วนรวมและเป็นความรับผิดชอบของทุกคนในครอบครัวที่จะต้องร่วมมือกันหาทางแก้ไขเพื่อให้ครอบครัวอยู่ในสถานะที่สมดุลและทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพอันเป็นแนวทางที่จะพัฒนาสมาชิกในครอบครัวให้มีการสื่อสารได้ดีและสร้างสัมพันธภาพและปรับตัวได้ดีทั้งในครอบครัวและสังคมภายนอกดังนั้นการนำครอบครัวมาร่วมในการให้การปรึกษาจึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง

1. เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและมีปัญหาด้านการสื่อสาร การปรับตัว หรือสัมพันธภาพในครอบครัวมีความขัดแย้ง

2. สามารถสื่อสารได้ดีและให้ความร่วมมือ

3. มีอาการทางจิตสงบ

2. เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือ

2. อาการทางจิตไม่สงบ

3. ไม่สามารถสื่อสารได้

3. เป้าหมาย

1. เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด และความคิดเห็นระหว่างสมาชิกในครอบครัว และเพื่อลดความขัดแย้งในครอบครัว

2. เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงสาเหตุของปัญหา ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น เข้าใจในขั้นตอน พร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการให้การปรึกษา

3. เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสในการระบายความรู้สึก ปัญหาความคับข้องใจที่มีอยู่ และครอบครัวได้มีโอกาสเรียนรู้และร่วมกันแก้ไขปัญหา

4. เพื่อช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จนสามารถอยู่ในสังคมได้ตามปกติ โดยไม่เป็นการของครอบครัวและชุมชน

5. เพื่อให้สมาชิกในครอบครัว เกิดความรู้สึกที่ดี มีความอดทนต่อความขัดแย้ง ช่วยให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการสื่อสาร การแก้ไขความขัดแย้ง การแก้ไขการปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวเองและกับระบบภายนอกเช่นเครือญาติเพื่อนฝูงและที่ทำงาน เป็นต้น

4. วัน เวลาที่ดำเนินการทุกวันจันทร์ และสามารถนัดหมายล่วงหน้าได้ตามความเหมาะสม

5. ระยะเวลาให้บริการ จำนวน 1-4 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที

6. กลุ่มปรับความคิดเพื่อชีวิตมีสุข (Cognitive Behavioral Therapy in Group)

1. เจ้าของเทคโนโลยี นางวัชนีหัตถพนม
2. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่ม
 - 2.1 ผู้ป่วยผ่านการประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (BPRS) น้อยกว่า 36 คะแนน
 - 2.2 เป็นโรคทางจิตเวชมีประวัติทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย มีเรื่องทุกข์ใจ ไม่สบายใจ หดหู่เบื่อหน่าย ท้อแท้
 - 2.3 ไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า
 - 2.4 สามารถเข้ากลุ่มได้อย่างต่อเนื่อง
3. สมาชิกกลุ่ม 8-10 คน
4. ลักษณะกลุ่ม กลุ่มปิด
5. ขั้นตอนการทำกลุ่ม
 - 5.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ ตกลงระยะเวลา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
 - 5.2 ประเมินภาวะซึมเศร้า/ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ก่อน - หลัง การเข้ากลุ่ม
 - 5.3 ใช้เทคนิค CBT เพื่อปรับความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม ท่านมองตนเองเป็นคนอย่างไร การค้นหาความคิดที่ผิดปกติ การปรับความคิดและพฤติกรรม ท่านเข้าใจความคิดเหล่านั้นอย่างไร การหยุดความคิด การเบี่ยงเบนความคิดและเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง
6. จำนวนการเข้ากลุ่ม 5 ครั้ง

7. *กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy in Group)*

1. เจ้าของเทคโนโลยีนางสาวดี ศรีวิเศษ
2. เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่ม
 - 2.1 ผู้ป่วยผ่านการประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (BPRS) น้อยกว่า 36 คะแนน
 - 2.2 เป็นโรคทางจิตเวชที่มีประวัติทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย มีเรื่องทุกข์ใจ ไม่สบายใจ หดหู่ เบื่อหน่าย ท้อแท้
 - 2.3 ไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า
 - 2.4 สามารถเข้ากลุ่มได้อย่างต่อเนื่อง
3. สมาชิกกลุ่ม 8-10 คน
4. ลักษณะกลุ่ม กลุ่มปิด
5. ขั้นตอนการทำกลุ่ม
 - 5.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ ตกลงระยะเวลา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
 - 5.2 ประเมินภาวะซึมเศร้า/ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ก่อน - หลัง การเข้ากลุ่ม
 - 5.3 ใช้เทคนิค CBT เพื่อปรับความคิด การบำบัดทางอารมณ์ และเหตุผล การให้สุขภาพจิตศึกษา การพัฒนาการรับรู้ปัญหา เป็นหลักการบำบัดที่สำคัญที่จะเพิ่มความสามารถในการยอมรับปัญหา ดังนี้
 - ครั้งที่ 1 โปรแกรมการบำบัด และความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการแก้ปัญหา
 - ครั้งที่ 2 การฝึกระบุปัญหา และทำความเข้าใจปัญหา
 - ครั้งที่ 3 การฝึกรวบรวมทางเลือกในการแก้ปัญหา และพิจารณาทางเลือก
 - ครั้งที่ 4 ฝึกตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา
 - ครั้งที่ 5 การดำเนินการแก้ปัญหา
6. จำนวนการเข้ากลุ่ม 5 ครั้ง

8. การให้การศึกษาและการบำบัดตามแนวพุทธ (Counseling and Psychotherapy Based on Buddhist)

การศึกษาและการบำบัดตามแนวพุทธคือ กระบวนการประยุกต์ใช้หลักธรรมในพุทธศาสนา โดยนำพาผู้รับบริการ ออกจากความทุกข์ไปสู่ภาวะดีทุกข์ในปัญหา เช่น ความผิดหวัง ความเสียใจ ความกังวลใจ ความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้เกิดความเพิ่มพูนภาวะอันเป็นกุศลให้มากขึ้น เช่น การยกระดับความรู้สึกอึดอัดใจ ความภาคภูมิใจ ความมุ่งมั่นมีความหวัง เป็นต้น ดังคำกล่าวที่ว่า การศึกษาแนวพุทธเป็นการพาผู้คนออกจากที่มืดไปสู่ความสว่าง หรือพาคนจากที่แคบไปสู่ที่กว้าง หรือพาจากคนที่คุมขังไปสู่อิสรภาพ หรือพาคนจากความฝันไปสู่ความเป็นจริง หรือพาคนจากที่วนเวียนไปสู่ที่สงบเย็น หรือพาคนหลงทางกลับบ้าน หรือพาคนที่กำลังหลงไปสู่การตื่น หรือพาคนจากความรู้สึกแปลกหน้าไปสู่ความเป็นเพื่อน หรือพาคนจากมายาภาพไปสู่ความรู้แจ้งในความจริงของชีวิต

1. เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้รับบริการมีวัฒนธรรมความเชื่อและความศรัทธาในพุทธศาสนา
2. ผู้รับบริการมีปัญหาทางอารมณ์เช่น ทุกข์ใจ เศร้าโศก สูญเสีย
3. ผู้รับบริการมีปัญหาภายในครอบครัว
4. ผู้รับบริการมีอาการซึมเศร้าระดับปานกลางและ/หรือ มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย
5. ผู้รับบริการติดสารเสพติดเรื้อรัง

2. เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้รับบริการที่ไม่มีความเชื่อและศรัทธาในพุทธศาสนา
2. อาการทางจิตรุนแรง

3. เป้าหมายของการให้การศึกษาและการบำบัดตามแนวพุทธ

1. เพื่อให้บุคคลรู้จักใช้ชีวิตอย่างมีสติ รู้เท่าทันความจริงให้มากที่สุด
2. เพื่อให้บุคคลสามารถมีความสุขที่เกิดจากแรงจูงใจที่เป็นอันตมะมากกว่าแรงจูงใจที่เป็นตัณหา
3. เพื่อให้บุคคลดำเนินชีวิตอย่างไม่ประมาท ดำเนินชีวิตในทางสายกลางให้ได้มากที่สุด

4. ระยะเวลา 8 ครั้ง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ ครั้งละ 60-90 นาที (อาจเพิ่มหรือลดจำนวนครั้งได้หลังจากการประเมินความก้าวหน้าของการบำบัด)

5. ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ

ผู้รับบริการสามารถแก้ไขปัญหาวิตถิได้โดยอาศัยหลักธรรมของพุทธศาสนา ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

6. ข้อจำกัด

ความล้มเหลวของการบำบัดมักจะเกิดจากปัจจัยต่างๆ เช่น ผู้รับบริการที่ยึดมั่นในวัฒนธรรมบริโภคนิยม ผู้รับบริการมีการรับรู้แบบมีอารมณ์และอคติครอบงำเหตุผลและความถูกต้อง เป็นต้น

7. การยุติบริการ / การส่งต่อ

1. การบำบัดประสบผลสำเร็จ
2. การบำบัดประสบความล้มเหลวตามลักษณะปัจจัยข้อจำกัด
3. มีอาการทางจิตรุนแรง

9. การให้การรักษาและการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavioral Therapy (REBT))

เป็นกระบวนการรักษาตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมที่มีความเชื่อว่าปัญหาของมนุษย์ไม่ได้เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกแต่เกิดจากมุมมองหรือความเชื่อของมนุษย์ที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งอารมณ์ ความรู้สึกของมนุษย์มีพื้นฐานมาจากความเชื่อ การมองและการตีความ การประเมินค่าและหลักปรัชญา

1. เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้รับบริการมีปัญหาทางอารมณ์/ เจ้าอารมณ์
2. ผู้รับบริการวัยรุ่นมีปัญหาในการคบเพื่อน
3. ผู้รับบริการมีอารมณ์ซึมเศร้าระดับปานกลางและ/หรือ มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย
4. ผู้รับบริการมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม
5. ผู้รับบริการติดสารเสพติดเรื้อรัง

2. เกณฑ์การคัดออก

มีความบกพร่องด้านการคิดรุนแรง/อาการทางจิตรุนแรง

3. เป้าหมาย

1. ลดทัศนคติที่มีผลเสียต่อตนเองเดียวกันก็สร้างหรือเพิ่มพูนปรัชญาชีวิตที่ตั้งอยู่บนหลักของเหตุผล
2. ลดความวิตกกังวลของผู้รับบริการหรืออีกนัยหนึ่งลดการตำหนิตนเอง
3. ลดความรู้สึกเป็นปฏิปักษ์หรือลดการตำหนิผู้อื่นหรือมองโลกในแง่ร้าย
4. ช่วยให้ผู้รับบริการรู้จักเข้าร่วมกิจกรรมหรือมีพฤติกรรมใหม่ที่สามารถทำจนกลายเป็นนิสัยใหม่

4. ระยะเวลา 8 ครั้งติดต่อกันครั้งละ 60-90 นาที (อาจเพิ่มหรือลดจำนวนครั้งได้หลังจากการประเมินความก้าวหน้าของการบำบัด)

5. ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ

ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจในกระบวนการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของตนเอง ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

6. ข้อจำกัด ความล้มเหลวของการบำบัดมักจะเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความเข้มข้นของสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ผู้รับบริการขาดความรับผิดชอบต่อปัญหาอารมณ์ทางลบของตนอย่างมาก/ขาดความรับผิดชอบต่อการบำบัด/หลักเสี่ยงที่จะทำการบ้าน/พฤติกรรมที่จะทำให้ตนเกิดการเปลี่ยนแปลง

7. การยุติบริการ /การส่งต่อ

1. การบำบัดประสบผลสำเร็จ
2. การบำบัดประสบความล้มเหลวตามลักษณะปัจจัยข้อจำกัด
3. มีอาการทางจิตรุนแรง

10. การให้การปรึกษาและการบำบัดแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person - Centered Counseling and Psychotherapy)

มุ่งช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษาได้พัฒนาตนเองจากบุคลิกภาพที่ไม่สอดคล้องไปสู่บุคลิกภาพที่มีความสอดคล้อง สามารถปรับตัวได้ มีสุขภาพจิตดี และมีความสอดคล้องในตัวเองอย่างสมบูรณ์ (Fully Functioning Person)

1. เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้รับบริการมีปัญหาสุขภาพกาย / สุขภาพจิตทั่วไป
2. ผู้รับบริการวัยรุ่นมีปัญหาการปรับตัว การคบเพื่อน การเรียน เป็นต้น
3. ผู้รับบริการมีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง และ/หรือ มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

2. เกณฑ์การคัดออก

มีความบกพร่องด้านการคิดรุนแรงหรือมีอาการทางจิตรุนแรง

3. เป้าหมายของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดผู้รับคำปรึกษาเป็นศูนย์กลาง

1. ผู้รับบริการเปิดรับประสบการณ์หรือปัญหาต่าง ๆ
2. ผู้รับบริการปรับตนหรือดำรงตนให้อยู่ได้ในสภาพแห่งความเป็นจริง พร้อมทั้งจะยอมรับ ปรับปรุง แก้ไขตนเอง
3. ผู้รับบริการเชื่อมั่นในสิ่งที่ตนคิดหรือตัดสินใจโดยลงมือทำในสิ่งนั้นอย่างไม่ลังเล หรือขยาด ขลาดกลัว แต่ทุ่มเทและเอาจริงเอจัง
4. ผู้รับบริการมีความเป็นอิสระ ไม่ยึดติด หรือไม่ผูกติดอยู่กับสิ่งใดจนเกินไป จนทำให้ไม่เป็นตัวของตัวเอง
5. ผู้รับบริการมีความคิดสร้างสรรค์ สามารถปรับตนด้วยการเปลี่ยนแปลงไป (Changing) ด้วยการเจริญงอกงาม (Growing) และด้วยการพัฒนา (Developing) ของสิ่งเร้าในสังคมรอบ ๆ ตัว

4. ระยะเวลา ไม่จำกัดจำนวนครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที

5. ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ

ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจในตนเอง ยอมรับตนเองอย่างไม่มีเงื่อนไข แก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

6. ข้อจำกัด

- ผู้รับบริการที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสารหรือระดับสติปัญญาต่ำเกินไป
- ผู้ให้การปรึกษา/ผู้บำบัดมีความรู้สึก/อารมณ์ร่วมมากเกินไป

7. การยุติบริการ / การส่งต่อ

1. การบำบัดประสบผลสำเร็จ
2. มีอาการทางจิตรุนแรง

หมายเหตุ การให้การปรึกษาและการบำบัดแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางมักจะถูกออกแบบให้เป็นลักษณะงานแบบ Pre-therapy หมายถึง การเริ่มต้นช่วยเหลือหรือการบำบัด ซึ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพ

11. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CBT: Cognitive Behavioral Therapy)

1. เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทุกกรณีจาก 5 ดัชนี (ขงโค, ฝ้ายคำ, ศรีตรัง เพื่องฟ้าและราชพฤกษ์) ประเมิน M.I.N.I. suicide มีระดับคะแนนทุกระดับ (mild / moderate / severe) และจากผู้ป่วยนอก
2. ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและหรือได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า
3. อายุ 16 ปีขึ้นไป
4. อาการทางจิตสงบ สื่อสารรู้เรื่อง
5. สามารถอ่านออก เขียนได้

2. เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสมอง / ผู้ป่วย MR
2. ผู้ป่วยที่มีความคิดเบี่ยงเบนรุนแรง

4. ระยะเวลา

โปรแกรมการบำบัด CBT มีการบำบัดจำนวน 5 Session ครั้งละ 60-90 นาทีขึ้นกับปัญหาของผู้ป่วย บำบัดทุกวัน จันทร์-ศุกร์ และนัดหมายหลังจำหน่าย

คณะผู้จัดทำ

1. นายแพทย์ณัฐกร	จำปาทอง	ผู้อำนวยการฯ
2. นายแพทย์ศักรินทร์	แก้วเอ้า	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
3. นายแพทย์ณสมพล	หาญดี	นายแพทย์ชำนาญการ
4. นางสาวลิลลี่	เปาโรหิตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
5. นางสาวจิรารัตน์	พิมพ์ดีด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
6. นางศุภรัตน์	เวชสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
7. นางเพ็ญศิริ	สุขอ้วน	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
8. นางกานดา	ผางค์	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ
9. นางไพลิน	ปรัชญคุปต์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ
10. นางทัศนีย์	ศิริมุกดากุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
11. นางกาญจน์กนก	สุรินทร์ชมภู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
12. นางภาวิณี	สถาพรธีระ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
13. นางณัฏฐาภรณ์	เป้าเรือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
14. นายนิมิต	แก้วอาจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
15. นายพรดลิต	คำมีสินนท์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
16. นายสุบิน	สมน้อย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
17. นางจิตระประสงค์	สิงห์นาง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
18. นางประกายดาว	โถมโสภา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
19. นางสาวโรชา	รัตนานพ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
20. นายไพรวลัย	ร่มชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
21. นางสาวเอมพทัย	ศรีจันทร์หล้า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
22. นางนิตยา	งามคุณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
23. นางศิริพร	ธงยศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
24. นายกริชนรินทร์	นาคบุตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
25. นางประคอง	นาโพทนัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
26. นางจารุนันท์	คำชมภู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
27. นางบุปผา	รุ่งเรือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
28. นางจิตต์ภินันท์	บาสขอสติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
29. นางวนิดา	บุตรรินทร์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
30. นางวัชรวัลย์	เสาร์แก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
31. นางสุมาลี	ทองครไทย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
32. นางสาวจันทร์ศิริ	มีดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
33. นางสาวจิราภรณ์	ประดิษฐ์ด้วง	นักโภชนาการชำนาญการ
34. นายสงบ	ภูแดนแก้ว	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

คณะผู้จัดทำ

35. นายสุริยา	ศิริสุข	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
36. นางณัฏฐภัค	ทานาค	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
37. นางทัศนีย์	วรรณทอง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
38. นางสาวปโยธรณ์	สิ่วสำแดง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
39. นางสาวอัญชลี	น้อยเกิด	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ
40. นางสาวสุพัฒน์ดา	สรเสนา	เภสัชกรปฏิบัติการ
41. นางสาวสุนิศา	เจือหนองแขง	นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ
42. นางพิมพ์พิรุณ	จำปาน้อย	โภชนากรชำนาญงาน
43. นางสาวชนาภรณ์	บุตรบุรี	เภสัชกร

ภาคผนวก

- แบบฟอร์มขอให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน
- แบบบันทึกการติดตามเยี่ยม
- ใบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
- ใบติดตามผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง
- แบบบันทึกข้อมูลสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SUI-1) และ M.I.N.I-Suicide
- เครื่องมือในการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล PISRA-12

แบบฟอร์มขอให้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน
เลขที่รับเรื่อง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

- ☐ ไม่ยินยอม ☐ ยินยอม
- ☐ เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ดูแลต่อเนื่อง
☐ รพ.จิตเวชขอนแก่นร่วมกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ (สสจ./รพท./รพช./รพ. สต.)
☐ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
☐ จำกัดจำนวนเจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยม.....คน
☐ ไม่จำกัดจำนวน

ปัญหาที่ต้องการให้ติดตามเยี่ยม

- ☐ schizophrenia รายใหม่ ☐ Readmitted ☐ D/S
☐ ผู้ป่วยล้นแอ่ง ☐ ผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง ☐ ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา
☐ อื่นๆ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1. ชื่อผู้ป่วย..... HN..... AN..... รับไว้ครั้งที่..... คีต.....
อายุ.....ปี เพศ..... สถานภาพสมรส..... การศึกษา..... อาชีพ.....
เลขที่..... หมู่ที่..... บ้าน..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัด..... เบอร์โทร.....
2. ชื่อผู้ดูแล..... เกี่ยวข้องเป็น..... ที่อยู่ ☐ ที่เดียวกัน
☐ อยู่คนละบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... บ้าน..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทร.....
ชื่อหน่วยงานที่ส่งต่อ..... อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

3. อาการสำคัญ

แรกรับคะแนน M.I.N.I.....

วันที่รับไว้รักษา..... วันที่จำหน่าย/HV.....

การวินิจฉัยโรค.....

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ (ยกเว้น HIV ไม่ต้องลง)

5. ยาที่แพทย์ใช้การรักษาผู้ป่วยในปัจจุบัน.....

6. ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการติดตามเยี่ยม เช่น

6.1 ผู้ป่วยเคยทำร้ายตนเองมาแล้ว.....ครั้ง/วิธีการทำร้ายตนเองได้แก่.....

ขณะนี้มีความคิดทำร้ายตนเองหรือไม่ ☐ มี ☐ ไม่มี

วันจำหน่ายคะแนน MINI =.....

6.2 อาการปัจจุบันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน.....

7. ต้องการให้พื้นที่ดูแลต่อเนื่องเรื่อง.....

ส่วนที่ 2 สรุปปัญหา อาการ พฤติกรรม ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวขณะอยู่รักษาในโรงพยาบาล

ว/ด/ป	สภาพปัญหาและความต้องการ	กิจกรรมที่ดำเนินการแล้ว	ผลการดำเนินการ	ผู้บันทึก / ตำแหน่ง
	สภาพปัญหา อาการ พฤติกรรมและความต้องการ			
	☐ 1. ผู้ป่วยเฝ้าระวังทำร้ายตนเอง			
	☐ 2. ปัญหาการใช้สารเสพติด ขณะอยู่ที่บ้าน			
	☐ 3. มีแนวโน้มว่าญาติจะทอดทิ้งผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล			
	☐ 4. ผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่			
	☐ 5. ติดตามประเมินปัญหาความขัดแย้งของผู้ป่วย และครอบครัว ขณะอยู่บ้านในเรื่อง.....			
	☐ 6. ญาติ หรือชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วย			
	☐ 7. ปัญหาการล่ามจูงผู้ป่วย			
	☐ 8. Readmit			
	☐ 9. ผู้มีปัญหาคิดผิด			
	สุรา.....			
	☐ 10. อื่นๆ(ระบุ).....			

ส่วนที่ 3 กรณีดำเนินการไม่ได้ตามเวลาที่กำหนด ให้บันทึกเหตุผลความจำเป็นลงไป

ส่วนที่ 4 บันทึกต่างๆ

HN	ชื่อผู้ป่วย.....	ตึก
AN		

ใบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

บ้านผู้ป่วยมีสถานที่ใกล้เคียงคือ.....

ประเภทที่ต้องเฝ้าระวัง ☐ จิตเภทรายใหม่ ☐ ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ☐ ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา
ยินยอมให้เยี่ยมบ้าน ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

ชื่อผู้ป่วยที่ส่งต่อ..... อายุ..... ปี เบอร์โทรศัพท์.....
ที่อยู่..... หมู่ที่..... บ้าน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ชื่อญาติผู้ดูแล..... เกี่ยวข้องเป็น..... ที่อยู่ ☐ ที่เดียวกัน
อยู่คนละบ้าน เลขที่..... หมู่ที่..... บ้าน..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

ชื่อเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตที่ส่งต่อ..... ว.ค.ป. ที่ส่งต่อ.....
ชื่อหน่วยงานที่ส่งต่อ..... อำเภอ..... จังหวัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

4.1 ผู้ป่วยนอก (งาน OPD)

4.1.1 ว.ค.ป. ที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยนอก.....

4.2 ผู้ป่วยใน (งาน IPD)

4.2.1 ว.ค.ป. ที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยใน.....

4.3 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล.....

4.4 การวินิจฉัยโรค.....

4.5 ยาที่ให้ไปรับประทานต่อที่บ้าน จำนวน..... เดือน มีดังนี้

1)..... 3)

2)..... 4)

4.6 ข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยเหลือ/การพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

ผู้ป่วยนอก (งาน OPD)

ผู้ป่วยใน (งาน IPD)

4.7 คะแนนประเมิน M.I.N.I.

วันที่รับรักษา วันที่จำหน่าย

4.8 วันที่นัดหมายให้ไปรับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.....

4.9 สำหรับผู้ป่วยรายนี้มีข้อเสนอแนะในการดูแลรักษาเป็นพิเศษ เรื่อง.....

ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

- 5.1 ผู้ป่วยต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 - 2 ปี และพบแพทย์ตามนัดหมาย ห้ามขาดยาหรือปรับยาเอง หากต้องการหยุดยาหรือปรับยากฎาปรึกษาแพทย์
- 5.2 ขอความร่วมมือ ให้เครือข่ายผู้ป่วยปฏิบัติงานสุขภาพจิต ช่วยติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในช่วง 6 เดือนแรก อย่างน้อยทุก 1,3,6 เดือน
- 5.3 งดสิ่งเสพติดทุกชนิด เช่น ยาบ้า กัญชา ฝิ่น เฮโรอีน กระเทียม รวมถึงสารกระตุ้นประสาท ได้แก่ กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง เพราะเป็นสาเหตุที่ทำให้มีอาการกำเริบ และจะทำให้ฤทธิ์ข้างเคียงของยาเพิ่มมากขึ้น
- 5.4 ควรนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยคืนละ 6-8 ชั่วโมง ไม่ควรอดนอน และไม่ควรนอนกลางวัน เพราะกลางวันจะนอนไม่หลับ
- 5.5 ครอบครัวควรมีส่วนส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำงานตามความสามารถของผู้ป่วยเพราะจะช่วยให้สมาธิความสนใจของผู้ป่วยอยู่กับงาน ไม่คิดมากและสามารถรับผิดชอบตัวเองได้ ไม่เป็นภาระของครอบครัว และช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย
- 5.6 สังเกตอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น และให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม
- 5.7 ให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงสถานการณ์ ที่ทำให้เกิดความเครียด เพราะเป็นสาเหตุที่ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบได้
- 5.8 ญาติไม่ควรตำหนิอาการทางจิตของผู้ป่วย แต่ควรยอมรับและเข้าใจอาการทางจิตของผู้ป่วย
- 5.9 ให้ครอบครัวเป็นที่ปรึกษา หรือพูดคุยกับผู้ป่วยเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ
- 5.10 ญาติที่ดูแลผู้ป่วยควรหมั่นดูแลสุขภาพจิตของตนเองด้วย ถ้าเครียดมากจากการดูแลผู้ป่วยอาจแนะนำให้ฝึกคลายเครียด
- 5.11 แนะนำให้ญาติสังเกตอาการเตือนล่วงหน้าก่อนจะมีอาการกำเริบของโรค เช่น ดิ่งเครียด กระวนกระวาย ซึมเศร้า นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่ออกพบปะผู้คน มีหูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย รู้สึกตนเองไร้ค่า ย้ำคิด ย้ำทำ ตื่นเต้นเกินปกติ เป็นต้น หากพบอาการเตือนเหล่านี้ ควรสังเกตว่าผู้ป่วยรับประทานยาหรือไม่ หากแนะนำแล้ว ยังไม่รับประทานยา ให้ปรึกษาแพทย์ทันที

แบบบันทึกการติดตามเยี่ยม ☐ ผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ ☐ ผู้ป่วยสุรา ☐ ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
☐ กรณีผู้ป่วย OPD ☐ กรณีผู้ป่วยหลังจำหน่าย

รพ.สต./PCU/สถานีนามย.....ครั้งที่.....วันที่.....

1. ชื่อ - สกุล (ผู้ป่วย) ที่อยู่.....

2. ผู้ให้ข้อมูล ชื่อ-สกุล อายุ..... ปี

() 1. ผู้ป่วย () 2.ญาติผู้ป่วย () 3. เพื่อนบ้าน () 4. อื่น ๆ.....

3. ที่อยู่.....

4. ปัญหาที่ส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน.....

5. สภาพความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย.....

6. สัมพันธภาพภายในครอบครัว

☐ ดี คือครอบครัวมีการชมเชยให้กำลังใจ มองผู้ป่วยในด้านบวกส่วนใหญ่

☐ ปานกลาง คือครอบครัวมีการชมเชยบ้างแต่ยังพบการดูต่ำ ดักเตือนตำหนิ บางครั้ง

☐ ปรับปรุง คือครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ด้านลบ ได้แก่ การติเตียน ดุฎก ตำหนิ และบางครั้งผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเองหลายครั้ง

7. การดูแลต่อเนื่องในชุมชน

7.1 ด้านอาการ

☐ ไม่มีอาการหมายถึง ผู้ป่วยรู้เรื่องช่วยตัวเองได้ ดำรงชีวิตในชุมชนได้

☐ มีความสามารถจัดการความเครียด (มีที่ปรึกษาพูดคุยด้วย พักผ่อน หลีกเลี้ยงสถานการณ์ชั่วครว ทำสมาธิ สวดมนต์ ออกกำลังกาย ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฯลฯ)

☐ มีการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย ก้าวร้าว ซึมเศร้า

☐ นอนตลอดทั้งวัน ☐ ยังมีหลงผิด ☐ ยังมีประสาทหลอนหูแว่ว

☐ พูดหัวเราะคนเดียว ☐ ซึม แยกตัว ไม่พูด ☐ ก้าวร้าว เอะอะ อาละวาด

☐ อื่น ๆ

7.2 ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรื สุรา ยาบ้า ยาบำรุงกำลัง ฯลฯ)

☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้ ปริมาณ.....ความถี่.....

7.3 ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

☐ ทำได้ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

☐ ทำได้บ้าง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ

☐ ทำไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย

☐ อื่น ๆ

7.4 ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ปรับตัวเข้ากับคนในครอบครัวได้ ☐ นอนหลับได้

☐ ทำงานได้ ☐ ทำงานไม่ได้ ☐ ไม่มีงานทำ

☐ สังเกตการณ์เตือนได้ ☐ กระสับกระส่าย ☐ เครียด กังวล ☐ นอนไม่หลับ ☐ นอนมาก ☐ แยกตัวเอง

8. การกินยา

☐ สม่าเสมอ หมายถึงรับประทานยาครบถ้วนตามที่แพทย์สั่ง

☐ ไม่สม่าเสมอ หมายถึงรับประทานยาไม่ครบถ้วนตามที่แพทย์สั่ง แต่ยังมีกรรับประทานเป็นบางเวลาทุกวัน

☐ ไม่กินยา หมายถึงไม่รับประทานยาเลยทุกมื่อ

☐ มีอาการจากผลข้างเคียงของการรักษา เช่น ปากคอแห้ง น้ำลายไหล แขนขาสั่น เคลื่อนไหวช้า ตัวแข็ง ความดันโลหิตต่ำ

☐ อื่น ๆ

9. การประกอบอาชีพ

- ☐ ทำได้ หมายถึง ผู้ป่วยมีรายได้จากอาชีพ หรือสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้ทุกครั้ง
☐ ทำได้บ้าง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถช่วยครอบครัวประกอบอาชีพได้แต่ต้องมีคนกระตุ้น
☐ ทำไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้เลย

10. การประเมินต่าง ๆ

8.1 ผู้ป่วยเฝ้าระวังฆ่าตัวตาย (M.I.N.I) =คะแนน

- 8.2 ประเมินญาติ ST-5 ☐ ระดับ เครียดน้อย ☐ ระดับ เครียดปานกลาง
☐ ระดับ เครียดมาก ☐ ระดับ เครียดมากที่สุด

11. กรณีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยมีความพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองขณะอยู่บ้านหรือไม่ถ้ามีอธิบาย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้เยี่ยม

ตำแหน่ง.....

วคป. ที่ เยี่ยม.....

กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน :

โทรศัพท์ 043 - 209999 ต่อ 63148,63149

โทรสาร 043 - 224722

ใบติดตามผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

ติดตามครั้งที่.....วคป.

ระดับความเสี่ยง ☐ Mild ☐ Moderate ☐ Severe คะแนน M.I.N.I. SUICIDEคะแนน

ผู้ป่วยที่ส่งต่อ ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี HN.....

ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ชื่อหน่วยงานที่ส่งต่อ.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ผลการติดตาม.....

.....

นัดพบแพทย์..... ตรวจ ☐ วันจันทร์ ☐ อังคาร ☐ พุธ ☐ พฤหัสบดี ☐ ศุกร์

ผู้ส่ง.....

พยาบาลผู้ป่วยนอก Tel: 63112

แบบบันทึกข้อมูลสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SUI-1)*
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ตอบแบบสอบถาม () 1. ผู้รับบริการ () 2.ญาติผู้ป่วย ระบุ () 3.อื่นๆ
ชื่อ - สกุล..(ผู้ป่วย)..... อายุ.....ปี สถานภาพสมรส.....HN
ที่อยู่ หมู่ที่ บ้าน ตำบล.....อำเภอจังหวัด

2. ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่สำคัญ / เหตุผลในการคิดเข้าสู่การดูแลตาม CPG-SUICIDE

- ☐ เคยพยายามฆ่าตัวตาย(ใน 3 เดือน)*
- ☐ เคยทำร้ายตนเอง(ใน 3 เดือน)*
- ☐ มีความคิดฆ่าตัวตายและ/หรือ วางแผนฆ่าตัวตาย (ใน 3 เดือน)*
- ☐ โรคทางจิตเวช ได้แก่ Schizophrenia, Major depressive disorder หรือ Bipolar disorder ที่มีอาการแสดงของโรคที่กำเริบ/รุนแรง (ตามดุลพินิจของแพทย์) ร่วมกับมีประวัติเคยทำร้ายตนเองและ/หรือ มีความคิดฆ่าตัวตาย/วางแผนฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตายมาก่อน /ปรารถนาที่จะตาย
- ☐ *ตามคำสั่งแพทย์ให้เข้าสู่ “แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย”

3. ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย(ตลอดชีวิต)

☐ ไม่เคย ☐ เคยพยายามฆ่าตัวตายจำนวนครั้ง.....ครั้ง วิธีการ(ระบุวันเดือนปี สถานที่)
ครั้งที่ 1 วดป.....เวลา.....สถานที่.....วิธีการ.....
ครั้งที่ 2 วดป.....เวลา.....สถานที่.....วิธีการ.....
ครั้งที่ 3 วดป.....เวลา.....สถานที่.....วิธีการ.....
ครั้งที่ 4 วดป.....เวลา.....สถานที่.....วิธีการ.....

4. ประวัติโรคทางจิตเวช/โรคประจำตัว (ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ ซึมเศร้า (Major depressive disorder) ☐ จิตเภท (Schizophrenia) ☐ ติดสารเสพติด (Substance dependence)
☐ บุคลิกภาพผิดปกติ (Personality disorder) ☐ โรคประจำตัว / ความพิการ คือ.....

5. เหตุการณ์ด้านลบที่สำคัญในชีวิต (3 เดือนที่ผ่านมา)

- ☐ สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ☐ ตกงาน ล้มละลาย ☐ หย่าร้าง แยกกันอยู่ ☐ คดีความ ☐ อื่นๆ.....

6.สรุปการดูแลรักษาผู้ป่วย

รายการ	วดป.	วดป.	วดป.	วดป.
ADMIT :ข้อเสนอแนะ จากพยาบาลจิต ผู้ป่วยใน				
ECT จำนวน.....ครั้ง				
Psychotherapy ระบุ.....ผลการบำบัด				
CBT (.....) ผลการบำบัด				
PST ผลการบำบัด.....				
SATIR ผลการบำบัด.....				
Counseling ผลการบำบัด.....				
Family therapy ผลการบำบัด.....				
อื่นๆ(.....) ผลการบำบัด.....				

7. ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น เพิ่มเติม

(แพทย์).....
(สหวิชาชีพ).....

: ให้ลงคะแนนที่ประเมินได้ตามเกณฑ์ให้คะแนนในช่องคะแนนและใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ที่ตรงกับกรับรู้ของผู้ป่วย

ข้อ	ประเด็นคำถาม	เกณฑ์ให้คะแนน		วคป.	วคป.	วคป.	วคป.								
		ไม่ใช้	ใช้	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน								
ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา															
C1	คุณเคยได้รับอุบัติเหตุ หรือไม่ ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ถามต่อ	0	0												
C1a	ในอุบัติเหตุครั้งนั้น คุณได้วางแผนหรือตั้งใจที่จะทำร้ายตัวเอง ไม่ว่าโดยทำด้วยตนเองหรือให้ผู้อื่นกระทำ หรือไม่ถ้าตอบ "ใช่" ให้ถามต่อ	0	0												
C1b	ในอุบัติเหตุครั้งนั้น คุณตั้งใจที่จะให้เสียชีวิต หรือไม่	0	0												
C2	คุณคิดว่าถ้าตายไปเสียคงจะดีกว่า หรือ อยากให้ตัวเองตายไป หรือไม่	0	1												
C3	คุณอยากทำร้ายตัวเองหรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ หรือไม่	0	2												
C4	คุณมีความคิดฆ่าตัวตาย หรือไม่	0	6												
ขณะกำลังสัมภาษณ์นี้ คุณสามารถควบคุมตัวเองหรือบอกได้ว่า คุณจะไม่กระทำการฆ่าตัวตาย หรือไม่ ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ 8 คะแนน ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ถามถึงความรุนแรงและความคิดฆ่าตัวตายตามการรับรู้ของผู้ป่วย <table border="1"> <tr> <td>ความถี่</td> <td>ความรุนแรง</td> </tr> <tr> <td>บางครั้ง ☐</td> <td>เล็กน้อย ☐</td> </tr> <tr> <td>บ่อย ☐</td> <td>ปานกลาง ☐</td> </tr> <tr> <td>บ่อยมาก ☐</td> <td>รุนแรง ☐</td> </tr> </table>		ความถี่	ความรุนแรง	บางครั้ง ☐	เล็กน้อย ☐	บ่อย ☐	ปานกลาง ☐	บ่อยมาก ☐	รุนแรง ☐	8	0	ความถี่ รุนแรง ☐ ☐ ☐	ความถี่ รุนแรง ☐ ☐ ☐	ความถี่ รุนแรง ☐ ☐ ☐	ความถี่ รุนแรง ☐ ☐ ☐
ความถี่	ความรุนแรง														
บางครั้ง ☐	เล็กน้อย ☐														
บ่อย ☐	ปานกลาง ☐														
บ่อยมาก ☐	รุนแรง ☐														
C5	คุณมีแผนการฆ่าตัวตาย หรือไม่	0	8												
C6	คุณได้เตรียมการเพื่อจะทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวเอง โดยคุณคาดหวังหรือตั้งใจให้เสียชีวิต หรือไม่	0	9												
C7	คุณได้ทำร้ายตนเอง แต่ไม่ต้องการจะฆ่าตัวตาย หรือไม่	0	4												
C8	คุณเคยพยายามฆ่าตัวตาย หรือไม่	0	10												
ในขณะที่พยายามฆ่าตัวตายครั้งนี้ คุณหวังว่าจะมีคนมาช่วย หรือ จะรอดตาย หรือไม่ ☐ ถ้าตอบ "ใช่" ให้ทำเครื่องหมาย ✓ คุณคาดหวังหรือตั้งใจให้เสียชีวิต หรือไม่ ☐ ถ้าตอบ "ไม่ใช่" ให้ทำเครื่องหมาย 0				☐	☐	☐	☐								
ตลอดชีวิตที่ผ่านมา:															
C9	คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน หรือไม่	0	4												
ข้อ C2 - C9 ตอบว่า "ใช่" อย่างน้อย 1 ข้อ ใช่หรือไม่ ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ รวมคะแนน ข้อที่ตอบว่า "ใช่" ตั้งแต่ข้อ C2 - C9 และ ระบุระดับความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย ตามระดับคะแนนในกรอบการวินิจฉัย :															
คะแนนรวม															
ผู้ที่ประเมิน															
(1 - 8= ต่ำ, 9 - 16= ปานกลาง, > 17= มาก)ระดับ															
1	โรคทางจิตเวช ที่มีการแสดงของโรคที่กำเริบ/รุนแรง Schizophrenia, MDD, Bipolar disorder, ผู้ป่วยตามเกณฑ์ SMI-V	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ มี	☐ ไม่มี								
2	โรคทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีภาวะโรคจิต บุคลิกภาพผิดปกติอย่างรุนแรง ใช้สารเสพติด ภาวะสั่นไหว ป่วยทางกายเรื้อรัง (ถ้ามีให้เพิ่มความเสี่ยงอีก 1 ระดับ)	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ มี	☐ ไม่มี	☐ มี	☐ ไม่มี								
ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย															
Low risk Moderate risk High risk															
ผู้ที่ประเมิน															
เขียนให้ความเห็นเพิ่มเติมในช่องว่างด้านล่างนี้จากผลการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในครั้งนี้หรือในอนาคตอันใกล้															
คะแนน MINI ระดับ MILD				สิ้นสุดการติดตาม ☐											
คะแนน MINI ระดับ ปานกลาง ขึ้นไป หรือ ตามคำสั่งแพทย์				ติดตามต่อ ☐											

เครื่องมือในการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
PISRA-12

แบบประเมิน	ค่าคะแนน				
	0	1	2	3	4
1. คุณรู้สึกจิตใจหม่นหมองหรือเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้					
2. คุณรู้สึกไม่มีความสุข สนุกกับสิ่งที่เคยทำ					
3. คุณรู้สึกเหงาโดดเดี่ยว					
4. คุณกำลังคิดฆ่าตัวตาย					
5. คุณได้วางแผนทำร้ายตนเองหรือตั้งใจให้เสียชีวิต					
6. มีการสื่อสาร(พูด เขียน)ถึงความตั้งใจให้เสียชีวิต					
7. ขณะอยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายและต้องการให้ตนเองเสียชีวิต					
8. วันนี้มีเหตุการณ์ที่ทำให้คุณโกรธหรือไม่พอใจ น้อยใจจนควบคุมตนเองไม่ได้(อยากทำร้ายตนเอง ทำลายทรัพย์สิน)					
9. คุณได้ทำร้ายตนเอง แต่ไม่ตั้งใจให้เสียชีวิตหรือไม่(ถ้ามีวิธีการ..)					
10. มีพฤติกรรมกระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่งอยู่ไม่ติดที่					
11. คุณรู้สึกทุกข์ใจจากการเจ็บป่วยจนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป					
12. คุณรู้สึกทุกข์ทรมานกับเสียงแว่ว ภาพหลอน และหวาดกลัวคนจะมาทำร้ายจนคิดจะทำร้ายตนเองหรือไม่					

การแปลผล

• ค่าคะแนนแต่ละข้อ

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการ
- 1 คะแนน หมายถึง มีอาการเล็กน้อย
- 2 คะแนน หมายถึง มีอาการปานกลาง
- 3 คะแนน หมายถึง มีอาการมาก
- 4 คะแนน หมายถึง มีอาการมากที่สุด

การแปลผล

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 1-6 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เล็กน้อย
- 7-14 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปานกลาง
- 15-48 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มาก