

# บทที่ 21

- แนวทางเวชปฏิบัติในผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหา  
ทำร้ายตนเองในเวชปฏิบัติทั่วไป

รศ.นพ. มาโนช หล่อตระกูล

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



## คำนำ

แนวทางเวชปฏิบัติในผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาทำร้ายตนเองในเวชปฏิบัติทั่วไปนี้ จัดทำขึ้นจากการทบทวนเอกสารด้านพฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตายตลอดจนคำแนะนำขององค์กรต่างๆ โดยในการเขียนแนวทางเวชปฏิบัตินี้ได้คำนึงถึงบริบทของการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย

การทำร้ายตนเอง (deliberate self-harm) ในที่นี้หมายถึงการที่ผู้ป่วยจงใจให้เกิดอันตรายแก่ตนเอง โดยการกินสารพิษ หรือโดยการทำร้ายตนเอง เช่น ใช้มีดกรีดแขน แขนวนคอ กระโดดจากที่สูง วิ่งให้รถชน เป็นต้น ทั้งนี้ไม่ว่าจะมีวัตถุประสงค์ใดๆ ก็ตาม

## ประเด็นสำคัญในคำแนะนำ

### ทำทีในการช่วยเหลือ

- ควรวางใจเป็นกลาง ไม่ตัดสินถูกผิดในสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า มีท่าทีต้องการช่วยเหลือ
- ให้เกียรติผู้ป่วย ชักถามปัญหาทางจิตใจในที่เป็นส่วนตัวเท่าที่จะทำได้
- พบญาติหรือผู้ใกล้ชิดทุกครั้ง เพื่อจะได้ทราบเหตุการณ์ต่างๆ จากมุมมองของญาติ

### การประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำ

ระดับความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามลำดับความเร่งด่วนของปัญหา

#### ความเสี่ยงสูง

- ใช้วิธีการที่รุนแรง เช่น ปืน แขนวนคอ
- ยังมีความคิดทำร้ายตนเองอยู่ แม้ให้การช่วยเหลือแล้ว
- ซึมเศร้ามาก รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

#### ความเสี่ยงปานกลาง

- ยังมีความคิดทำร้ายตนเองอยู่ สองจิตสองใจ
- มีปัญหากดดันรุนแรง และยังไม่ได้รับการแก้ไข
- มีประวัติทำร้ายตนเองเมื่อเร็วๆ นี้

#### ความเสี่ยงต่ำ

- ใช้วิธีการไม่รุนแรง
- ไม่คิดทำร้ายตนเองอีก
- เหตุการณ์กดดันได้รับการแก้ไข

### โรคทางจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำสูง

- โรคทางจิตเวชที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำสูง คือ โรคซึมเศร้า และโรคจิต

### การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

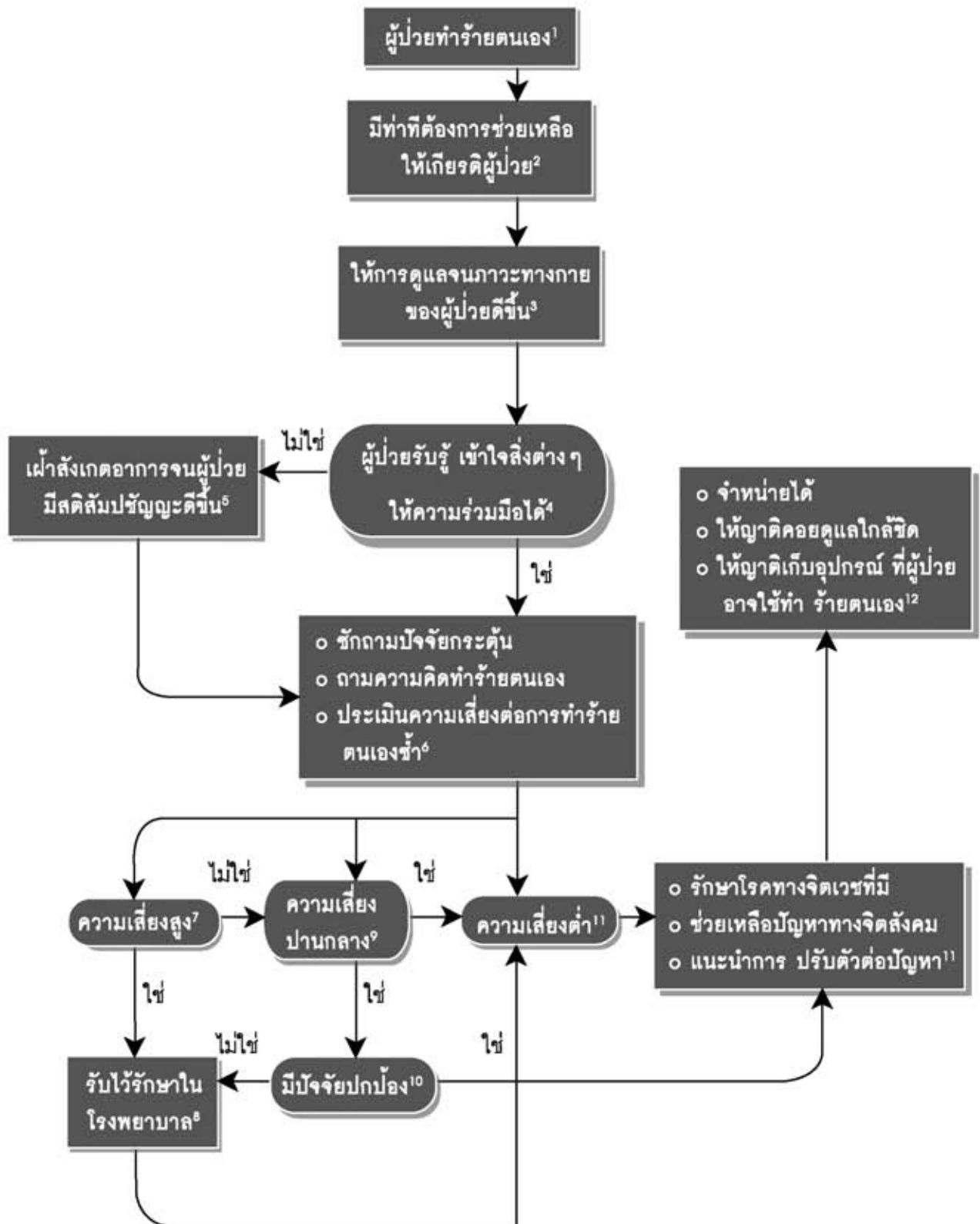
- ป้องกันผู้ป่วยจากการทำร้ายตนเองอีก
- ให้การรักษาที่เหมาะสมทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- มีมาตรการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองในโรงพยาบาล

### แนวทางการช่วยเหลือทางจิตใจ

- ให้กำลังใจ เสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นทางแก้ปัญหาแบบอื่นๆ
- ชักนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา



Flowchart การประเมินและการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาทำร้ายตนเอง





### คำอธิบาย flowchart

1. ผู้ที่ทำร้ายตนเองไม่ว่าจะจากวัตถุประสงค์ใดๆ ก็ตาม
2. ทำที่ต่อผู้ป่วยที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยเต็มใจร่วมมือ
3. หากภาวะทางกายไม่รุนแรง ขณะรอการตรวจรักษาควรให้ผู้ป่วยอยู่ในที่ๆ ปลอดภัย มีญาติหรือเจ้าหน้าที่คอยระวังดูแลตลอด เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองอีก
4. ผู้ป่วยสามารถรับรู้เรื่องที่แพทย์ซักถาม ไม่สับสน ตอบตรงคำถาม แสดงความคิดเห็นได้
5. ผู้ป่วยมีแนวอาการทางกายคงที่แล้ว แต่ยังไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ ยังไม่ควรให้กลับบ้านที่ ได้รับสังเกตอาการจนผู้ป่วยพอพูดคุยได้เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อไป
6. ประเมินโดยการสังเกตและถามว่าจะอะไรทำให้ผู้ป่วยคิดทำร้ายตนเอง ขณะนี้ผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรบ้าง ยังมีความรู้สึกไม่อยากอยู่หรืออยากทำร้ายตนเองอีกไหม ถ้ากลับบ้านจะทำอย่างไรต่อไป ประเมินปัจจัยเสี่ยงตามหัวข้อในคำแนะนำ
7. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงให้รับไว้ในโรงพยาบาลโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ยังมีความคิดทำร้ายตนเองสูงอยู่
8. รับผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ในใบคำสั่งแพทย์ให้เขียน suicidal precaution เพื่อให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการตามมาตรการป้องกันผู้ป่วยทำร้ายตนเองในโรงพยาบาล
9. หากไม่แน่ใจว่าความเสี่ยงสูงหรือปานกลาง ให้ถือว่ามีความเสี่ยงสูงไว้ก่อน
10. บังคับปกป้องได้แก่ หากกลับบ้านมีคนดูแลได้ตลอด ไม่มีลักษณะหุนหันพลันแล่น และการตัดสินใจไม่บกพร่อง ผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยปกป้องดังกล่าว ควรรับไว้ในโรงพยาบาล
11. เลี่ยงการให้ยาที่อันตรายสูงหากกินเกินขนาด ไม่ควรให้ยาปริมาณมาก กำชับให้ญาติเป็นผู้เก็บยา
12. ขณะจำหน่ายผู้ป่วยควรกำชับญาติให้คอยดูแลใกล้ชิดในช่วง 2-3 วันแรก เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ยังมีความเสี่ยงอยู่

### คำอธิบายเพิ่มเติม คำแนะนำ

### ท่าทีในการช่วยเหลือ

- ท่าทีของแพทย์ในการซักถามผู้ป่วยมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยมักรู้สึกที่ไม่เป็นที่ต้องการของใคร กลัวถูกแพทย์ตำหนิหรือมองว่าตนสร้างปัญหาให้คนอื่น ฯลฯ และแพทย์มักรู้สึกว่าผู้ป่วยทำตัวเองเมื่อเทียบกับผู้ป่วยอื่นที่ไม่ได้อยากป่วย คุณคนอื่นจะต้องการความช่วยเหลือมากกว่า
- แพทย์ควรมีท่าทีที่เป็นมิตร ให้ความสนใจ รับฟัง ต้องการช่วยเหลือเขาเช่นเดียวกับผู้ป่วยอื่น
- พึงวางใจเป็นกลาง ระวังอคติ ไม่ตัดสินถูกผิดในสิ่งที่ผู้ป่วยเล่าหากแต่ให้ความสำคัญกับความทุกข์ใจอันเป็นสิ่งที่นำมาสู่การกระทำของผู้ป่วย
- ให้เกียรติผู้ป่วย การซักถามปัญหาในจิตใจควรทำในที่ที่เป็นส่วนตัวเท่าที่จะทำได้ เนื่องจากบางเรื่องเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ผู้ป่วยอาจอับอายหรือไม่อยากให้คนอื่นหรือญาติทราบ
- พบญาติหรือผู้ใกล้ชิดทุกครั้ง เพื่อจะได้ทราบเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นโดยญาติอาจมีมุมมองต่างไปจากผู้ป่วย จากข้อมูลหลายๆ แหล่งทำให้ประเมินปัญหาได้ตรงขึ้น



### การประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำ

ระดับความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามลำดับความสำคัญเร่งด่วนของปัญหา ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและปานกลาง คือผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงในระดับนับตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป โดยยังมีหลายข้อก็จะมีความเสี่ยงสูง

#### ความเสี่ยงสูง

- ใช้วิธีการที่รุนแรง เช่น ปีน แขนวคอ
- ยังมีความคิดทำร้ายตนเองอยู่สูง แม้ให้การช่วยเหลือแล้ว
- ซึมเศร้ามาก รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง
- มีโรคซึมเศร้า หรือมีอาการของโรคจิต เช่น หูแว่ว

#### ความเสี่ยงปานกลาง

- ยังมีความคิดทำร้ายตนเองอยู่ สองจิตสองใจ
- มีปัญหากดดันรุนแรง และยังไม่ได้รับการแก้ไข
- มีประวัติทำร้ายตนเองเมื่อเร็วๆ นี้
- มีความเจ็บป่วยทางกาย

#### ความเสี่ยงต่ำ

- ใช้วิธีการไม่รุนแรง
- ไม่คิดทำร้ายตนเองอีก
- เหตุการณ์กดดันได้รับการแก้ไข
- ทำเพื่อเรียกร้องความสนใจ

### โรคทางจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำสูง

- พบมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำสูง ในโรคซึมเศร้า และโรคจิต
- ลักษณะสำคัญของโรคซึมเศร้า ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าหรือเบื่อหน่ายติดต่อกันนานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ร่วมกับอาการต่อไปนี้มากกว่า 4 อาการ เบื่ออาหาร, นอนไม่หลับ, ภาวะวุ่นวายหรือเชื่องช้า, อ่อนเพลีย, รู้สึกตนเองไร้ค่า, สมาธิความจำแย่ลง และคิดถึงเรื่องการตายบ่อยๆ
- ผู้ป่วยโรคจิตที่มีความเสี่ยง คือ ผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากความระแวงว่ามีคนปองร้าย ภาวะวุ่นวายใจมาก หรือหูแว่วเสียงคนบอกให้ทำร้ายตนเอง

### การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

- ป้องกันผู้ป่วยจากการทำร้ายตนเองอีก
- ให้การรักษาที่เหมาะสมทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- มีมาตรการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองในโรงพยาบาล
  - สถานที่ ให้ผู้ป่วยอยู่ห้องรวม เติงอยู่ห่างหน้าต่าง โถงโถงเคาน์เตอร์ พยาบาล ระวังสถานที่ลับตาคน ห้องที่ไม่ได้ใช้ให้ใส่กุญแจ
  - อุปกรณ์ ให้เก็บของมีคม แก้ว ขาม เข็ม สายน้ำเกลือ ตรวจสอบว่าผู้ป่วยไม่ได้เอาของมีคมมาจากที่อื่น



**บุคลากร** มีการลงบันทึกพฤติกรรมและความเสี่ยงของผู้ป่วยในแต่ละเวร ให้ญาติทราบถึงแนวทางปฏิบัติในการเยี่ยมผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องยินยอมต่อหน้าเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง

**ให้ผู้ป่วยอยู่ในสายตาดตลอด** แม้แต่เมื่อผู้ป่วยเข้าห้องน้ำจะมีให้ลงกลอนประตู หากพยาบาลไม่เพียงพอควรให้ญาติอยู่ด้วยแทน โดยให้คำแนะนำแนวทางในการดูแลแก่ญาติ

- ประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองทุกวัน พิจารณาให้ผู้ป่วยกลับบ้านเมื่อประเมินแล้วความเสี่ยงต่ำ

### การช่วยเหลือทางจิตใจ

- ให้กำลังใจ เสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นทางแก้ปัญหาแบบอื่นๆ
- ชักนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา

### เอกสารแนะนำอ่านเพิ่มเติม

1. มาโนช หล่อตระกูล. การพยายามฆ่าตัวตาย. คลินิก 2539 ;12 : 555-60.
2. มาโนช หล่อตระกูล, เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา, ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล. แนวทางการรักษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. ใน : ปราโมทย์ สุคนิษย์, พิเชฐ อุดมรัตน์, บรรณารักษ์. แนวทางการ ดูแลรักษาโรคทางจิตเวช 2544. กรุงเทพมหานคร : ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและกรมสุขภาพจิต ; 2544: 123-43.
3. American Psychiatric Association. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Arlington (VA) : American Psychiatric Association;2003.
4. Australasian College for Emergency Medicine and The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Management of Deliberate Self Harm in Young People Available. <http://www.accm.org.au/open/documents/youthsuicide.pdf> (accessed September 3,2005)
5. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry 1997;170 : 205-28.
6. Hawton K. Assessment of suicide risk. Br J Psychiatry 1987;150 : 145-53.
7. Hawton K, Townsend E, Arensman E, Gunnell D, House A, van Heeringen K. Psychosocial versus pharmacological treatments for deliberate self harm. Cochrane Database Syst Rcv. 2000;(2): CD001764.
8. Hirschfeld RMA. Algorithm for the evaluation and treatment of suicidal patients. Prim Psychiatry. 1996 ; 3 : 26-9.
9. Isacsson G, Rich CL. Management of patients who deliberately harm themselves. BMJ 2001 : 322 (7280) : 213-5.
10. Kishi Y, Kathol RG. Assessment of Patients Who Attempt Suicide Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2002; 4 : 132-6.



11. National Collaborating Centre for Mental Health. Self-harm the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. London: National Institute for Clinical Excellence; 2004.
12. Risk management foundation in the Harvard Medical Institutions. Guidelines for identification assessment, and treatment planning for suicidality, In: Jacobs DG, ed. The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention. San Francisco: Jossey-Bass Publication. 1999 : 372-8.
13. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Deliberate Self-harm. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self-harm. Aust N Z J Psychiatry. 2004;38: 868-84.
14. Vijayakumar L, Rajkumar S. Are risk factors for suicide universal? A case-control study in India. Acta Psychiatry Scand.1999; 99: 407-11.