


แนวทางการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
จากผลกระทบการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)
(ฉบับร่างครั้งที่ 1)



โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต

แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
จากผลกระทบการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)
(ฉบับร่าง)

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

คำนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วทั่วโลก จากสถานการณ์ดังกล่าวส่งผลต่อชีวิตและมีผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ การคมนาคม ตลอดจนความเป็นอยู่ของประชาชน ส่งผลให้เกิดภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ นับเป็นปัญหาสำคัญด้านสุขภาพจิต

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต จึงได้จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากการได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) สำหรับบุคลากรสาธารณสุข ในหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นแนวทางในการค้นหา ประเมิน ติดตามเยี่ยมและให้การช่วยเหลือจิตใจประชาชนเบื้องต้น รวมทั้งส่งเสริมการรักษาได้รวดเร็ว ส่งผลให้ประชาชนปลอดภัย ปลอดภัยลดการสูญเสีย และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือนี้จะเป็นประโยชน์ ต่อบุคลากรสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำ

เมษายน 2563

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทนำ	1
ความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตายในสถานการณ์ COVID-19	1
บทที่ 2	5
ระบบการดูแลและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากการได้รับผลกระทบ การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19	5
แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากผลกระทบการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานบริการ	6
บทบาทระดับโรงพยาบาลส่งเสริมระดับตำบล(รพ.สต.)	7
บทบาทระดับโรงพยาบาลชุมชน	12
บทบาทของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์	15
แนวทางการให้บริการการเยี่ยมบ้านผู้มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองจากผลกระทบการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส โคโรนา 2019	19
บทที่ 3	24
แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากผลกระทบการแพร่ระบาดแพ รระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	24
ปัจจัยเสี่ยงและเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช	26
การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	29
การดูแลต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายซ้ำ	30
แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย งานบริการผู้ป่วยนอก	31
บทที่ 4	34
ภาวะหมดไฟจากการทำงานและแนวทางการช่วยเหลือ	
บรรณานุกรม	35
ภาคผนวก	38

บทนำ

ความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตายในสถานการณ์ COVID-19

ความสำคัญและปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีการระบาดในวงกว้างในสาธารณรัฐประชาชนจีนตั้งแต่เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562 เป็นต้นมาโดยเริ่มจากเมืองอู่ฮั่นมณฑลหูเป่ย์ประเทศจีนและมีการแพร่กระจายของเชื้ออย่างรวดเร็ว

องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงได้ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) แนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค วันที่ 11 มีนาคม พ.ศ.2563 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นลักษณะการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) ขณะนั้นเชื่อกันว่ามีผู้ติดเชื้อกว่า 121,000 คนและเสียชีวิตไปกว่า 4,300 คน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เริ่มแพร่เข้าสู่ประเทศไทยตั้งแต่ต้นเดือน มกราคม พ.ศ.2563 โดยผู้เดินทางท่องเที่ยวชาวจีนจากเมืองอู่ฮั่นมณฑลหูเป่ย์ประเทศจีนพร้อมกับการแพร่เชื้ออย่างรวดเร็วไปยังประเทศต่าง ๆ ในทุกภูมิภาค

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาเป็นภาวะวิกฤติ ก่อให้เกิดความเครียดในประชาชนซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ กลัวการติดเชื้ออาจเกิดความรู้สึกหวาดระแวงคนรอบข้าง คนใกล้ชิด สถานการณ์เปลี่ยนแปลงรายวันพบว่ามีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น นโยบายรัฐบาลปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์เกือบทุกวัน อาจทำให้มีอาการตื่นตระหนกนอกจากนี้ยังพบว่าการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม เช่น การปิดโรงงาน การปรับลดจำนวนพนักงาน ตกลงงาน ขาดรายได้ ไม่ได้รับเงินเยียวยา ไม่รู้ว่าสถานการณ์นี้จะจบลงเมื่อไร นอกจากนี้ประชาชนยังได้รับผลกระทบจากมาตรการในการควบคุมโรค บางคนเกิดความทุกข์ ความรู้สึกกดดันนานๆ การเจ็บป่วยและหันมาทำร้ายตัวเองด้วยการฆ่าตัวตายเพื่อยุติปัญหาต่างๆ สาเหตุต่างๆเหล่านี้ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของคนไทยเป็นจำนวนมากโดยจะเห็นได้จาก การสำรวจภาวะเครียด ของกรมสุขภาพจิต พบว่าบุคลากรสาธารณสุข 8 ใน 10 คน และประชาชน 4 ใน 10 คน มีความเครียดและกังวลจากการทำงานซึ่งจะมีแนวโน้มทำให้บุคลากรสาธารณสุขมีความเหนื่อยล้า หหมดพลัง หหมดพลัง สูญเสียพลังทางใจและนำไปสู่ภาวะหมดไฟ (Burnout) สำหรับประชาชนอาจทำให้ความเครียด (Stress) เพิ่มขึ้นและอาจเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เช่นโรคซึมเศร้า (Depression) เพิ่มขึ้น นอกจากนี้พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้น ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงมีนาคม โดยเปรียบเทียบข้อมูลของ ปี2562 กับ ปี2563 พบว่าจำนวนประชากรที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ(Suicide) เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 20 องค์การอนามัยโลกได้มีรายงานเมื่อต้นปี 2020 ว่าทั่วโลกมีคนป่วยเป็นโรคซึมเศร้าประมาณ 264 ล้านคน นอกจากนี้ยังมีโรควิตกกังวล ซึ่งในสหรัฐอเมริกา มีรายงานผู้ป่วยวิตกกังวลโดย The Anxiety and Depression Association of America สูงถึง 18.1% ของประชากร หรือประมาณ 40 ล้านคน (อภิสมัย ศรีรังสรรค์, 2563) ในประเทศไทยพบอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจากปี 2560 คือ 6.03 ต่อประชากรแสนคน เป็น 6.32 ต่อประชากรแสนคน

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นจึงได้จัดทำคู่มือช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากการได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ โดยการคัดกรอง ประเมิน การดูแลช่วยเหลือและการส่งต่อ ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าว

การแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีดังนี้

1. การแพร่กระจายจากสัตว์สู่สัตว์
2. การแพร่กระจายจากสัตว์สู่คน
3. การแพร่กระจายจากคนสู่คน

การแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่จากคนสู่คน มีการแพร่กระจาย โดยละอองฝอยของเชื้อ ผ่านทางการไอ จาม เหมือนเชื้อกลุ่มไข้หวัดใหญ่ (Droplets transmission) สัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่ง แล้วมาสัมผัสบริเวณจมูก ปาก ตา (Contacts transmission)

อาการ

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่าอาการโควิด-19 ที่สังเกตได้ง่ายๆ ด้วยตัวเองมี 6 อาการหลักๆ ด้วยกัน ดังนี้ (WHO, 2020)

1. มีไข้
2. เจ็บคอ
3. ไอแห้งๆ
4. น้ำมูกไหล
5. หายใจเหนื่อยหอบ
6. "ไม่ได้กลิ่น - ไม่รู้รส "เป็นอาการ" โควิด-19" ที่พบได้ชัดเจนกว่าอาการอื่นๆ

บางรายมีอาการแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ โดยทางด้านแพทย์อาจจะตรวจสอบเพิ่มเติม ด้วยการเอกซเรย์ปอด แล้วพบว่าปอดบวมอักเสบร่วมด้วย หากมีอาการหนักมากๆ อาจอันตรายถึงอวัยวะภายในต่าง ๆ ล้มเหลว (ส่วนมากมักพบว่าติดเชื้อในระยะหลัง ๆ แล้ว)

กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19

- เด็กเล็ก (แต่อาจไม่พบอาการรุนแรงเท่าผู้สูงอายุ)
- ผู้สูงอายุ
- คนที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง
- คนที่มีภูมิคุ้มกันผิดปกติ หรือกินยากดภูมิต้านทานโรคอยู่
- คนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมาก (คนอ้วนมาก)
- ผู้ที่เดินทางไปในประเทศที่เสี่ยงติดเชื้อ
- ผู้ที่ต้องทำงาน หรือรักษาผู้ป่วย ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือโควิด - 19 อย่างใกล้ชิด

เกณฑ์การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

1. มีประวัติเดินทางกลับจาก/ไปยัง/อาศัยอยู่ประเทศกลุ่มเสี่ยง
2. อุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียส ร่วมกับมีอาการผิดปกติที่ระบบทางเดินหายใจเช่น ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หอบเหนื่อย ปอดอักเสบ อย่างไรก็ตามทราบสาเหตุ
3. มีประวัติใกล้ชิด หรือสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ เช่น คนในครอบครัวเพิ่งกลับจากประเทศกลุ่มเสี่ยง
4. ทำอาชีพที่ต้องพบปะชาวต่างชาติจำนวนมาก เช่น คนขับแท็กซี่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ลูกรือสายการบิน เป็นต้น

การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) มีดังนี้

1. ตีมน้ำอุ่นเมื่อรู้สึกกระหายน้ำ (เด็ก 30-50 ซีซี, ผู้ใหญ่ 50-80 ซีซี)
2. หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ป่วย ไม่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่ไอจาม น้ำมูกไหล เหนื่อยหอบ เจ็บคอ

3. หลีกเลี้ยงการอยู่ในสถานที่แออัด
4. สวมใส่หน้ากากอนามัย เมื่ออยู่ในที่ชุมชน
5. ไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว ฯลฯ
6. หลีกเลี้ยงการเข้าไปในตลาดค้าสัตว์ และไม่สัมผัสหรือใกล้กับสัตว์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สัตว์ที่ป่วยตาย
7. หมั่นล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอด้วยน้ำสบู่ หรือแอลกอฮอล์ เจลล้างมือ
8. ห้ามรับประทานของดิบ รับประทานอาหารที่สะอาดปลอดภัย มีสารอาหารครบถ้วน
9. รับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ๆ ใช้ช้อนกลาง ไม่ทานอาหารที่ทำจากสัตว์หายาก
10. นอนพักผ่อนให้เพียงพอ

การดำรงอยู่ของเชื้อไวรัสโควิด -19

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ได้เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการดำรงอยู่ของเชื้อไวรัสโควิด -19 ที่มีโอกาสอยู่บนพื้นต่างๆ โดยได้ อ้างอิงจาก นพ.พิเชฐ บัญญัติ รองอธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ดังนี้

1. เชื้อไวรัสโควิด -19 ที่อยู่ในละอองฝอยน้ำมูก น้ำเสมหะ น้ำลาย น้ำตา จะอยู่รอดในอากาศได้เพียง 5 นาที
2. เชื้อไวรัสโควิด -19 มีชีวิตอยู่ในน้ำได้นาน 4 วัน
3. เชื้อไวรัสโควิด -19 มีชีวิตอยู่ในบริเวณ พื้น โตะ ลูกบิดประตู ได้นาน 7-8 ชั่วโมง
4. เชื้อไวรัสโควิด -19 อยู่ในผ้าหรือกระดาษทิชชูได้นาน 8-12 ชั่วโมง
5. เชื้อไวรัสโควิด -19 อยู่ในวัสดุพื้นเรียบได้นาน 24-48 ชั่วโมง
6. เชื้อไวรัสโควิด -19 อยู่ในอุณหภูมิต่ำกว่า 4 องศาเซลเซียส ได้นาน 1 เดือน

คำจำกัดความ

1. การฆ่าตัวตาย (Suicide)

หมายถึง การกระทำของบุคคลที่มุ่งให้ตนเองจบชีวิตด้วยตนเอง

2. พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal behavior)

หมายถึง การกระทำใดๆก็ตามหากดำเนินต่อไปจนสำเร็จก็จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงจนถึงแก่ความตายได้ โดยพฤติกรรมการฆ่าตัวตายนี้นั้นมักจะมีองค์ประกอบต่างๆ เช่น ความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) วางแผนฆ่าตัวตาย (Suicidal plan) พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (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 ผู้กระทำความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองจริงและกระทำสำเร็จ

9. ความตั้งใจฆ่าตัวตาย (Suicidal intent)

หมายถึง ผู้กระทำความตั้งใจที่จะทำร้ายตนเองหรือจบชีวิตตนเองด้วยการตาย

กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (กรมควบคุมโรค, 2563)

1. ผู้ที่ถูกกักตัวและมีความเครียด /วิตกกังวล
2. ประชาชนทั่วไปที่เกิดความกังวล
3. ครอบครัวและผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีความเครียด /วิตกกังวล
4. ผู้ปกครองที่ต้องดูแลเด็กที่อยู่ในบ้าน ในช่วงที่โรงเรียนปิดที่มีความเครียด /วิตกกังวล
5. ผู้ป่วย/ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น
6. ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง
7. กลุ่มที่มีสภาพจิตใจเปราะบาง เช่น ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ติดยาเสพติด ผู้พิการ
8. ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 เช่น ตกงาน ขาดรายได้ ไม่ได้รับเงินเยียวยา

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นแก่นราชนครินทร์

บทที่ 2

ระบบการดูแลและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากการได้รับผลกระทบการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนาน ก่อให้เกิดความกดดัน ความวิตกกังวล และเครียดส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของคนไทยเป็นจำนวนมากและนำมาซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีแนวโน้มเกิดภาวะเหนื่อยล้าทางอารมณ์ หดใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา หรือเกิดการเจ็บป่วยทางจิตเวชได้ จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงต้องมีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตอย่างเร่งด่วนโดยอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนในทุกเขตสุขภาพ ทำการประเมินภาวะสุขภาพจิตคัดกรองกลุ่มเสี่ยง นำเข้าสู่ระบบบริการให้การให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และติดตามดูแลต่อเนื่องจนหมดความเสี่ยงเพื่อมุ่งเน้นให้ประชาชน ครอบครัว และชุมชน ปลอดภัยจากการฆ่าตัวตาย

กลุ่มเป้าหมาย

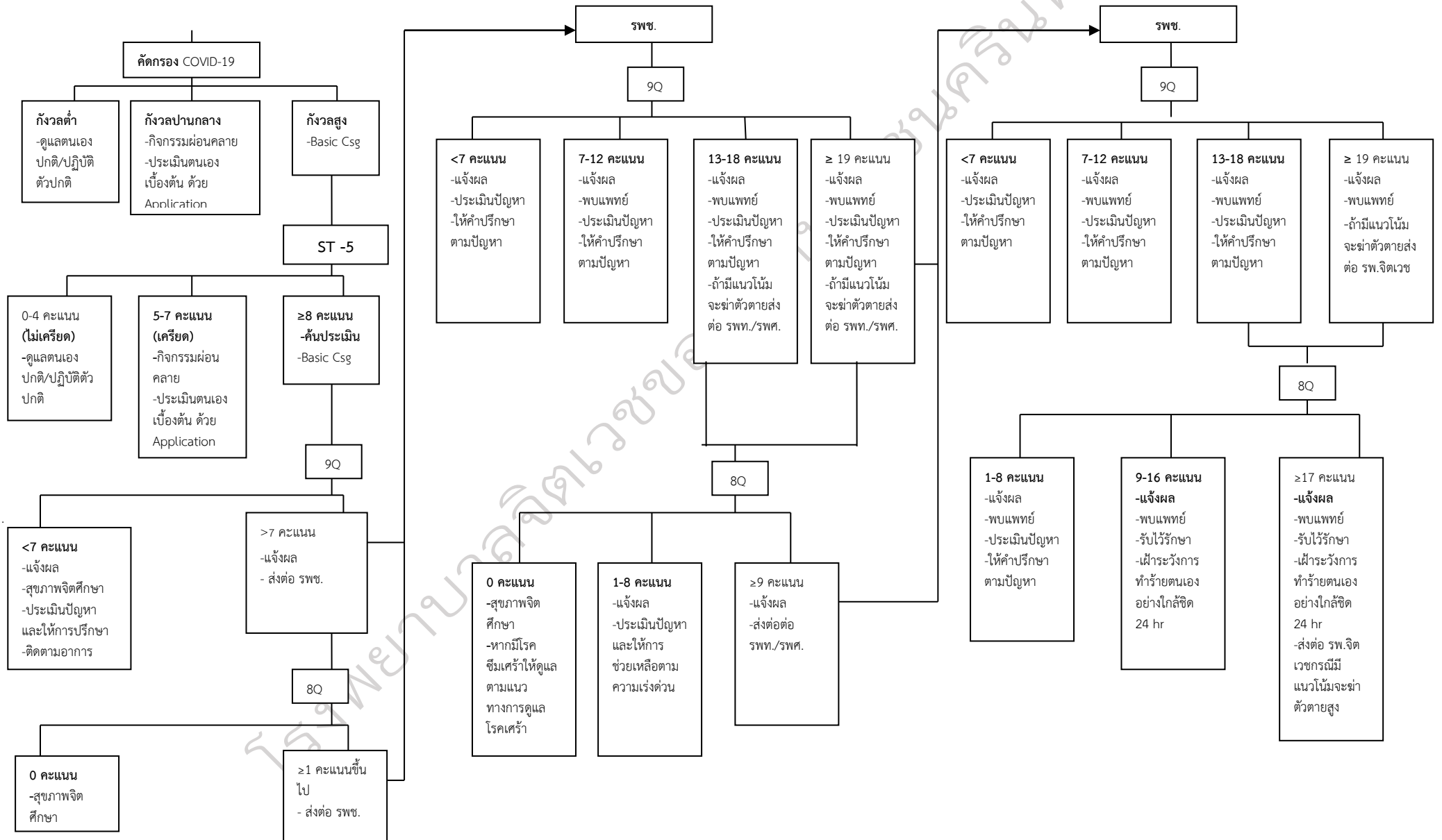
- ประชาชนทั่วไป
- ผู้ถูกกักตัว (Quarantine) ได้แก่ผู้ถูกกักตัวที่บ้าน ผู้ป่วยติดเชื้อรักษาหายกลับบ้าน
- ผู้อ่อนด้อยเปราะบางทางสังคม เช่น ผู้มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือทางจิต คนพิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้มีปัญหาทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง นักโทษ เป็นต้น
- บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากผลกระทบการแพร่ระบาดฯ

ระบบดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากผลกระทบการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ประกอบด้วย หน่วยบริการสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมประจำตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. การค้นหา คัดกรอง ประเมินถึงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
2. การช่วยเหลือดูแลด้านสังคมจิตใจ
3. การส่งต่อ ติดตามเยี่ยมบ้าน

แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากผลกระทบการแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานบริการ



**แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากผลกระทบการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมระดับตำบล (รพ.สต.)**

แนวทางการดำเนินงานดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากผลกระทบการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับหน่วยงานระดับโรงพยาบาลส่งเสริมระดับตำบล ดังนี้

1.1 การค้นหาบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ให้การช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ และส่งต่อเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเกินศักยภาพในการดูแลรักษา

1.2 ประเมิน การคัดกรอง การช่วยเหลือและการส่งต่อ

1.3 ติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ อสม. แกนนำชุมชน ได้ทำการส่งต่อ หรือ ประเมินสุขภาพจิตในกลุ่มที่มารับบริการบริการโดยคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงจากการส่งต่อ(Refer) จาก รพ.ชุมชน/ รพ.ทั่วไป/ รพ.ศูนย์

เครื่องมือคัดกรองและการประเมินกลุ่มเสี่ยง ๆ ได้แก่

1. แบบคัดกรองความกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
2. แบบประเมินความเครียด (ST-5)
3. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)
4. แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

กิจกรรมเพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายๆ สำหรับหน่วยงานระดับรพ.สต.

การประเมินและการคัดกรอง	กิจกรรมและการช่วยเหลือ	หมายเหตุ
<p>1. แบบคัดกรองความกังวลต่อเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)</p> <p>การแปลผล ระดับ 5-6 คะแนน : มีความกังวลในระดับต่ำ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลแจ้งผลการประเมินความกังวลต่อเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แก่ผู้ป่วยและญาติ 2. พยาบาลให้คำแนะนำการดูแล/การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการติดตามข้อมูลข่าวสารอย่างมีสติ ไม่เกินวันละ 1-2 ชั่วโมง เฉพาะแหล่งข่าวที่น่าเชื่อถือ 3. พยาบาลให้คำแนะนำการดูแล/การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความกังวล เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ อื่น ๆ 4. พยาบาลให้คำแนะนำการดูแล/การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 	<p>สอดคล้องไปตามคุณลักษณะของผู้ที่ทำการประเมินฯ</p>

การประเมินและการคัดกรอง	กิจกรรมและการช่วยเหลือ	หมายเหตุ
<p>การแปลผล ระดับ 7-11 คะแนน : มีความกังวลในระดับปานกลาง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลแจ้งผลการประเมินความกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แก่ผู้ป่วยและญาติ 2. พยาบาลให้คำแนะนำการดูแล/การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความกังวลเช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ อื่น ๆ 3. พยาบาลให้คำแนะนำการดูแล/การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการ ครอบนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 4. พยาบาลให้คำแนะนำการดูแล/การปฏิบัติตัวกรณีผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหากมีความกังวลใจสามารถเข้าไปใช้บริการ Application สบายใจ (Sabaijai), Sati Application เพื่อประเมินตนเองเบื้องต้น และทราบแหล่งช่วยเหลือด้านจิตใจ 5. พยาบาลให้คำแนะนำการดูแล/การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยถ้าผู้ป่วยยังมีความกังวลสูง สามารถปรึกษาสายด่วนสุขภาพจิต1323 ติดต่อขอรับบริการด้านสุขภาพจิตในหน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน หากท่านมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สบายใจจนไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ 	<p>สอดคล้องไปตามคุณลักษณะของผู้ที่ทำการประเมินฯ</p>
<p>การแปลผล ระดับ ≥ 12 คะแนน : มีความกังวลในระดับเสี่ยงสูง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลแจ้งผลการประเมินความกังวล ต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) 2. พยาบาลให้การปรึกษาเบื้องต้น (Basic Counseling) 3. พยาบาลประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมินความเครียด 5 ข้อ (ST-5) 	<p>สอดคล้องไปตามคุณลักษณะของผู้ที่ทำการประเมินฯ</p>
<p>2. แบบประเมินความเครียด</p>		

การประเมินและการคัดกรอง	กิจกรรมและการช่วยเหลือ	หมายเหตุ
<p>5 ข้อ (ST-5) การแปลผล ระดับ 0-4 คะแนน : ไม่มีความเครียดในระดับที่ ก่อให้เกิดปัญหาตัวเอง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลแจ้งผลการประเมินความเครียดแก่ผู้ป่วยและญาติ 2. พยาบาลให้คำแนะนำการดูแล/การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติว่าเป็นความเครียดในชีวิตประจำวัน ไม่เกิดปัญหาสุขภาพของตนเองและท่านยังสามารถช่วยดูแลบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวและชุมชนได้ด้วย 	
<p>การแปลผล ระดับ 5-7คะแนน : สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด หรือมีเรื่องไม่สบายใจ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลแจ้งผลการประเมินความเครียดแก่ผู้ป่วยและญาติ 2. พยาบาลให้คำปรึกษาผู้ป่วย 3. พยาบาลแนะนำวิถีคลายเครียด โดยการหายใจ 4. พยาบาลให้คำแนะนำการดูแล/การปฏิบัติตัวกรณีผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหากมีความกังวลใจสามารถเข้าไปใช้บริการ Application สบายใจ (Sabaijai), Sati Application เพื่อประเมินตนเองเบื้องต้น และทราบแหล่งช่วยเหลือด้านจิตใจ 	
<p>การแปลผล ระดับมาก ≥ 8 คะแนน : มี ความเครียดสูงในระดับที่มีผลต่อ เสียต่อร่างกาย เช่นปวดศีรษะ นอนไม่หลับ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลแจ้งผลการประเมินความเครียดแก่ผู้ป่วยและญาติ 2. ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม พุดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกให้กำลังใจ 3. พยาบาลให้บริการการปรึกษาเบื้องต้น (Basic Csg.) 4. แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) 	
<p>3.แบบประเมินโรคซึมเศร้า</p>		

การประเมินและการคัดกรอง	กิจกรรมและการช่วยเหลือ	หมายเหตุ
<p>(9Q)</p> <p>การแปลผล ระดับ < 7 คะแนน : ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า หรือมี อาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย มาก</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลให้แจ้งผลการประเมินเรื่องโรค ซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยและญาติ 2. ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่อง โรคซึมเศร้า 3. แนะนำวิธีการคลายเครียดด้วยตนเอง เช่น การพูดคุยระบายความรู้สึก การนวด การฟัง เพลง การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 4. แนะนำออกกำลังกาย 30-45 นาที อย่าง น้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง 5. ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม พูดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้ กำลังใจ <ul style="list-style-type: none"> - ให้การปรึกษา (Counseling) - การให้การปรึกษาโดยการแก้ไขปัญหา (PST: Problem Solving Therapy) - การบำบัดประคับประคองจิตใจ (Psycho Support) - การบำบัด Cognitive behaviour therapy (CBT) 6. พยาบาลติดตามอาการผู้ป่วยตามระบบการ ดูแลของแต่ละสถานบริการ 	<p>สอดคล้องไปตาม คุณลักษณะของ ผู้ทำการประเมินฯ</p>
<p>การแปลผล ระดับ > 7 คะแนน ขึ้นไป : มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับ น้อย (7-12คะแนน)/ระดับปาน น้อย (13-18)กลาง/ระดับรุนแรง (≥19คะแนนขึ้นไป)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลให้แจ้งผลการประเมินเรื่องโรค ซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยและญาติ 2. พยาบาลประเมินต่อด้วย แบบประเมินการ ฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) 3. ส่งต่อ รพ.ชุมชน เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษา ในมาตรฐานระดับทุติยภูมิ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สอดคล้องไปตาม คุณลักษณะของ ผู้ทำการประเมินฯ 2. ส่งต่อ รพช.
<p>3.) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)</p> <p>การแปลผล ไม่มีคะแนน (0 คะแนน) :ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลให้แจ้งผลการประเมินการ ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)แก่ผู้ป่วยและญาติ 	

การประเมินและการคัดกรอง	กิจกรรมและการช่วยเหลือ	หมายเหตุ
	2. พยาบาลประเมินโรคทางจิตเวชหากมีโรคซึมเศร้าให้ดูแลตามแนวทางการดูแลโรคเศร้า	
การแปลผล คะแนน ≥ 1 คะแนน : มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย 1-8 คะแนน) / ระดับปานกลาง (9-16คะแนน) /รุนแรง (≥ 17 คะแนน)	1. พยาบาลให้แจ้งผลการประเมินการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)แก่ผู้ป่วยและญาติ 2. ส่งต่อ รพ.ชุมชน เพื่อรับบริการตามปัญหา	1. ส่งต่อรพ.ชุมชน 2. ลงรง 506 s กรณีที่พบว่ามีการทำร้ายตนเอง

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
จากผลกระทบทการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลชุมชน

ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลชุมชน มีแนวทางแนวทางการดูแลช่วยเหลือ ดังนี้

1. กรณีผู้ป่วยรายใหม่ ให้บริการโดยใช้แบบประเมิน
 - 1.1 แบบคัดกรองความกังวลต่อเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
 - 1.2 แบบประเมินความเครียด (ST-5)
 - 1.3 ประเมินแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q)
 - 1.4 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)
2. กรณีรับผู้ป่วยส่งต่อจาก รพ.สต.
 - 2.1 ประเมินแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q)
 - 2.2 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากผลกระทบทการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลชุมชน

การประเมินและการคัดกรอง	กิจกรรมและการช่วยเหลือ	หมายเหตุ
1. แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) แปลผล ระดับ < 7 คะแนน : ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า	1. พยาบาลให้แจ้งผลการประเมินเรื่องโรคซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยและญาติ 2. พยาบาลค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคมและให้บริการการปรึกษาที่เร่งด่วนตามปัญหา เช่น <ul style="list-style-type: none"> - ให้การปรึกษา (Counseling) - การให้การปรึกษาโดยการแก้ไข้ปัญหา (PST: Problem Solving Therapy) - การบำบัดประคับประคองจิตใจ (Psycho Support) - การบำบัด Cognitive behaviour therapy (CBT) -พยาบาลติดตามและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง	สอดคล้องไปตามคุณลักษณะของผู้ที่ทำการประเมินฯ
แปลผล ระดับ 7-12 คะแนน : มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย	1. พยาบาลให้แจ้งผลการประเมินเรื่องโรคซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยและญาติ 2. พบแพทย์เพื่อวินิจฉัยแจ้งผลการวินิจฉัยของแพทย์แก่ผู้ป่วยและญาติ 3. แพทย์พิจารณาให้การรักษาด้วยยาอารมณ์เศร้า (Antidepressant) ตามแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้า 4. พยาบาลค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคมและให้บริการการปรึกษาที่เร่งด่วนตามปัญหา เช่น	สอดคล้องไปตามคุณลักษณะของผู้ที่ทำการประเมินฯ

การประเมินและการคัดกรอง	กิจกรรมและการช่วยเหลือ	หมายเหตุ
	<ul style="list-style-type: none"> - ให้การปรึกษา (Counseling) - การให้การปรึกษาโดยการแก้ไขปัญหา (PST: Problem Solving Therapy) - การบำบัดประคับประคองจิตใจ (Psycho Support) - การบำบัด Cognitive behaviour therapy (CBT) 	
<p>แปลผล ระดับ 13-18 คะแนน :มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลให้แจ้งผลการประเมินเรื่องโรคซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยและญาติ 2. พบแพทย์เพื่อวินิจฉัยและการรักษาด้วยยาต้านเศร้าด้วยยาอารมณ์เศร้า (Antidepressant) ตามแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้า 3. พยาบาลค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคมและให้บริการการปรึกษาตามปัญหา เช่น <ul style="list-style-type: none"> - ให้การปรึกษา (Counseling) - การให้การปรึกษาโดยการแก้ไขปัญหา (PST: Problem Solving Therapy) - การบำบัดประคับประคองจิตใจ (Psycho Support) - การบำบัด Cognitive behaviour therapy (CBT) <p>-กรณีที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายสูงให้ส่งต่อ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาในมาตรฐานระดับตติยภูมิ</p> <p>-ประเมินต่อด้วย แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. สอดคล้องไปตามคุณลักษณะของผู้ที่ทำการประเมินฯ 2. ส่งต่อ รพศ./รพท.
<p>แปลผล ระดับ ≥ 19 คะแนน:มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. พยาบาลให้แจ้งผลการประเมินเรื่องโรคซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยและญาติ 2. พบแพทย์เพื่อวินิจฉัยและการรักษาด้วยยาต้านเศร้าด้วยยาอารมณ์เศร้า (Antidepressant) ตามแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้า 3. พยาบาลค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคมและให้บริการการปรึกษาตามปัญหา เช่น <ul style="list-style-type: none"> - ให้การปรึกษา (Counseling) - การให้การปรึกษาโดยการแก้ไขปัญหา (PST: Problem Solving Therapy) - การบำบัดประคับประคองจิตใจ (Psycho Support) - การบำบัด Cognitive behavior therapy (CBT) 4. กรณีที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายสูงให้ส่งต่อ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาในมาตรฐานระดับตติยภูมิ 5. กรณีผู้ป่วยไม่ประสงค์ไปรักษาที่ไปรักษาต่อ โรงพยาบาล 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สอดคล้องไปตามคุณลักษณะของผู้ที่ทำการประเมินฯ 2. ส่งต่อ รพศ./รพท.

การประเมินและการคัดกรอง	กิจกรรมและการช่วยเหลือ	หมายเหตุ
	<p>ศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ให้ติดตามประเมินผล 1-2 สัปดาห์ เพื่อปรับยาให้เร็วขึ้น พร้อมทั้งเฝ้าระวังประเมินการฆ่าตัวตายในแต่ครั้งที่มาติดตามการรักษา</p> <p>6. พยาบาลประเมินต่อด้วย แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)</p>	
<p>3. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)</p> <p>แปลผล</p> <p>0 คะแนน : ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย</p>	<p>1. พยาบาลแจ้งผลการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แก่ญาติและผู้ป่วย</p> <p>2. พยาบาลให้สุขภาพจิตศึกษา</p> <p>3. ถ้ามีโรคซึมเศร้าให้ดูแลตามแนวทางตามแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้า</p> <p>4. พยาบาลติดตามประเมินผล</p>	
<p>แปลผล</p> <p>1-8 คะแนน :</p> <p>มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย</p>	<p>1. พยาบาลแจ้งผลการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แก่ญาติและผู้ป่วย</p> <p>2. พยาบาลค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคมและให้การช่วยเหลือปัญหาทุกข้อใจเร่งด่วน เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้การปรึกษา (Counseling) - การให้การปรึกษาโดยการแก้ไข้ปัญหา (PST: Problem Solving Therapy) - การบำบัดประคับประคองจิตใจ (Psycho Support) - การบำบัด Cognitive behavior therapy (CBT) <p>3. ถ้ามีโรคซึมเศร้าให้ดูแลตามแนวทางตามแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้า</p> <p>4. พยาบาลติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง</p>	
<p>แปลผล</p> <p>> 9 คะแนนขึ้นไป :แนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับ 9-16คะแนน (ระดับปานกลาง) / ระดับ > 17คะแนน (รุนแรง)</p>	<p>1. พยาบาลแจ้งผลการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แก่ญาติและผู้ป่วย</p> <p>2. พยาบาลให้คำแนะนำญาติให้มีญาติดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด</p> <p>3. ส่งต่อ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาในมาตรฐานระดับตติยภูมิ</p>	<p>1. สอดคล้องไปตามคุณลักษณะของผู้ที่ทำการประเมินฯ</p> <p>2. ส่งต่อรพช./รพช.</p> <p>3. ลงรง 506 s กรณีที่พบว่ามีการทำร้ายตนเอง</p>

**แนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากผลกระทบการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
สำหรับหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์**

ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับหน่วยบริการระดับโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ มีแนวทางการดูแลช่วยเหลือ ดังนี้

1. กรณีผู้ป่วยรายใหม่ ให้บริการโดยใช้แบบประเมิน
 - 1.1 แบบคัดกรองความกังวลต่อเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
 - 1.2 แบบประเมินความเครียด (ST-5)
 - 1.3 ประเมินแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q)
 - 1.4 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)
2. กรณีรับผู้ป่วยส่งต่อจาก รพ.สต.
 - 2.1 ประเมินแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q)
 - 2.2 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

กิจกรรมเพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สำหรับหน่วยงานระดับ รพท./รพศ.

การประเมินและการคัดกรอง	กิจกรรมเพื่อการดูแลช่วยเหลือ	ส่งต่อ/ช่องทาง
1. แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) แปลผล ระดับ 7-12 คะแนน :มีความซึมเศร้าระดับน้อย (Major depression mild)	1. พยาบาลให้แจ้งผลการประเมินเรื่องโรคซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยและญาติ 2. แพทย์ให้ยาต้านเศร้าต้านอาการซึมเศร้า (Antidepressant) ตามแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้า 3. พยาบาลค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคมและให้บริการการปรึกษาที่เร่งด่วนตามปัญหา เช่น <ul style="list-style-type: none"> - ให้การปรึกษา (Counseling) - การให้การปรึกษาโดยการแก้ไขปัญหา (PST: Problem Solving Therapy) - การบำบัดประคับประคองจิตใจ (Psycho Support) - การบำบัด Cognitive behavior therapy (CBT) 4. แนะนำคลินิกกายเครียด / นวดแผนไทย 5. พยาบาลติดตามและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง	สอดคล้องไปตาม คุณลักษณะของ ผู้ที่ทำการ ประเมินฯ
แปลผล ระดับ 13-18 คะแนน :มีความ ซึมเศร้าระดับมาก (Major depression moderate)	1. แพทย์ให้ยาต้านเศร้าต้านอาการซึมเศร้า (Antidepressant) ตามแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้า 2. พยาบาลค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคมและให้บริการการปรึกษาที่เร่งด่วนตามปัญหา เช่น <ul style="list-style-type: none"> - ให้การปรึกษา (Counseling) - การให้การปรึกษาโดยการแก้ไขปัญหา (PST: 	1. สอดคล้องไป ตามคุณลักษณะ ของผู้ที่ทำการ ประเมินฯ 2. ส่งต่อ รพ.จิตเวช

การประเมินและการคัดกรอง	กิจกรรมเพื่อการดูแลช่วยเหลือ	ส่งต่อ/ช่องทาง
	Problem Solving Therapy) - การบำบัดประคับประคองจิตใจ (Psycho Support) - การบำบัด Cognitive behavior therapy (CBT) 3. กรณีที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายสูงให้ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาในมาตรฐานระดับตติยภูมิ	
แปลผล ระดับ ≥ 19 คะแนนขึ้นไป: ระดับ ≥ 19 คะแนน:มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (Major depression severe)	1. พยาบาลให้แจ้งญาติและผู้ป่วยถึงผลการประเมินเรื่องโรคซึมเศร้าและแนะนำแนวทางการรักษา 2. แพทย์ให้ยาต้านเศร้าต้านอาการซึมเศร้า (Antidepressant) ตามแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้า 3. กรณีที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายสูงให้ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาในมาตรฐานระดับตติยภูมิ	1. สอดคล้องไปตามคุณลักษณะของผู้ที่ทำการประเมินฯ 2. ส่งต่อ รพ.จิตเวช
2. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) แปลผล คะแนน 1-8 คะแนน : มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย	1. พยาบาลแจ้งผลการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แก่ญาติและผู้ป่วย 2. แพทย์ให้การวินิจฉัยและรักษาด้วยยา 3. พยาบาลค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคมและให้การช่วยเหลือปัญหาทุกข้อใจเร่งด่วน เช่น - ให้การปรึกษา (Counseling) - การให้การปรึกษาโดยการแก้ไขปัญหา (PST: Problem Solving Therapy) - การบำบัดประคับประคองจิตใจ (Psycho Support) - การบำบัด Cognitive behavior therapy (CBT) 4. ถ้ามีโรคซึมเศร้าให้ดูแลตามแนวทางตามแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้า 5. พยาบาลติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง	
แปลผล ระดับคะแนน 9-16 คะแนน มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง	1. พยาบาลแจ้งผลการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แก่ผู้ป่วยและญาติ 2. แพทย์ให้การวินิจฉัย รักษาด้วยยา และพิจารณาอยู่รักษาในโรงพยาบาล - กรณีรับไว้รักษา	1. สอดคล้องไปตามคุณลักษณะของผู้ที่ทำการประเมินฯ 2. ลงรง 506 s

การประเมินและการคัดกรอง	กิจกรรมเพื่อการดูแลช่วยเหลือ	ส่งต่อ/ช่องทาง
	<ul style="list-style-type: none"> ● เฝ้าระวังการการทำร้ายตนเองอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ● ให้การดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามแนวทางของแต่ละสถานบริการ <p>- กรณีไม่รับไว้รักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> ● พยาบาลแนะนำให้ญาติเข้าใจและวิธีการช่วยเหลือเฝ้าระวังที่ถูกต้อง พร้อมทั้งมีญาติดูแลอย่างใกล้ชิด <p>3. พยาบาลค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคมและให้การช่วยเหลือปัญหาทุกขใจเร่งด่วน เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้การปรึกษา (Counseling) - การให้การปรึกษาโดยการแก้ไขปัญหา (PST: Problem Solving Therapy) - การบำบัดประคับประคองจิตใจ (Psycho Support) - การบำบัด Cognitive behavior therapy (CBT) <p>4. พยาบาลประเมินโรคทางจิตเวชหากมีโรคซึมเศร้าให้ดูแลตามแนวทางที่กำหนด</p> <p>5. พยาบาลติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>กรณีที่พบว่ามีการทำร้ายตนเอง</p>
<p>แปลผล รับคะแนน ≥ 17 คะแนนขึ้นไป : มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง</p>	<p>1. พยาบาลแจ้งผลการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แก่ผู้ป่วยและญาติ</p> <p>2. แพทย์ให้การวินิจฉัย รักษาด้วยยา และพิจารณาอยู่รักษาในโรงพยาบาล</p> <p>- กรณีรับไว้รักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> ● เฝ้าระวังการการทำร้ายตนเองอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ● ให้การดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามแนวทางของแต่ละสถานบริการ <p>- กรณีไม่รับไว้รักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> ● พยาบาลแนะนำให้ญาติเข้าใจและวิธีการช่วยเหลือเฝ้าระวังที่ถูกต้อง พร้อมทั้งมีญาติดูแลอย่างใกล้ชิด 	<p>1. สอดคล้องไปตามคุณลักษณะของผู้ที่ทำการประเมินฯ</p> <p>2. ส่งต่อ รพ.จิตเวช</p> <p>3. ลงรง 506 s</p> <p>กรณีที่พบว่ามีการทำร้ายตนเอง</p>

การประเมินและการคัดกรอง	กิจกรรมเพื่อการดูแลช่วยเหลือ	ส่งต่อ/ช่องทาง
	<p>3. พยาบาลค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคมและให้การช่วยเหลือปัญหาทุกข้อใจเร่งด่วน เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้การปรึกษา (Counseling) - การให้การปรึกษาโดยการแก้ไขปัญหา (PST: Problem Solving Therapy) - การบำบัดประคับประคองจิตใจ (Psycho Support) - การบำบัดCognitive behavior therapy (CBT) <p>4. พยาบาลประเมินโรคทางจิตเวชหากมีโรคซึมเศร้าให้ดูแลตามแนวทางที่กำหนด</p> <p>5. กรณีที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายสูงให้ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาในมาตรฐานระดับตติยภูมิ</p>	

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

แนวทางการให้บริการการเยี่ยมบ้านผู้มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองจากผลกระทบการแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมสำคัญกิจกรรมหนึ่งในการบริการ เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ให้บริการได้รู้จักและเข้าใจ ผู้รับบริการและครอบครัว เป็นการค้นหาศักยภาพของครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม นอกจากนี้ยังเป็นการติดตามผู้ป่วย ผู้รับบริการที่ต้องการบริการต่อเนื่อง หรือมีปัญหาที่ต้องการการดูแล เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยขาดนัดนอกจากนี้การเยี่ยมผู้ป่วยที่กลับจากโรงพยาบาลก็เป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการเยี่ยมบ้าน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อการดูแลผู้รับบริการ (กลุ่มเสี่ยง กลุ่มด้อยโอกาส ผู้ป่วย) และครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง
2. เพื่อรู้จักและเข้าใจสภาพปัญหาและวิถีชีวิตของผู้รับบริการและครอบครัว
3. เพื่อให้บริการ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู) แก่ผู้รับบริการและครอบครัว
4. เพื่อประเมินศักยภาพและเสริมสร้างการดูแลตนเอง (Self care) ของผู้รับบริการและครอบครัว

ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน

ในการเยี่ยมบ้านผู้มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองจากผลกระทบการแพร่ระบาดฯสามารถแบ่งกระบวนการเยี่ยมบ้าน มี 3 ขั้นตอน คือ การเตรียมการก่อนเยี่ยมบ้าน การเยี่ยมบ้าน การประเมินผลการเยี่ยมบ้านและการบันทึกการเยี่ยมบ้าน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนเยี่ยมบ้าน

1. ศึกษาประวัติผู้มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองดังนี้

- 1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศอายุ การศึกษา อาชีพ บ้านที่อยู่อาศัย สมาชิกในครอบครัว
- 1.2 ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา เจ็บป่วยมานานกี่ปี ด้วยโรคอะไร การรักษาในปัจจุบันทั้งโรคทางกาย

และโรคทางจิตเวช

1.3 ประสานเครือข่ายดังนี้

- ประวัติครอบครัวและกรรมพันธุ์
- ประวัติการใช้สารเสพติด
- สาเหตุที่ทำให้มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
- ประวัติการฆ่าตัวตายในอดีต
- กลไกการเกิดปัญหาและพฤติกรรมการเผชิญปัญหา
- สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ (ศาสนา ความเชื่อ และบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย)
- สัมพันธภาพภายในครอบครัว และชุมชน
- ทักษะคติของคนในชุมชนที่มีต่อการฆ่าตัวตาย

2. การประสานเครือข่ายและครอบครัวก่อนลงเยี่ยมบ้าน : ประสาน อสม. ที่รับผิดชอบบ้านผู้ป่วยถึง กำหนดการเยี่ยมบ้านและรายละเอียดของผู้ป่วย เช่น อาการ การรักษาและสาเหตุที่ต้องเยี่ยมบ้าน มอบหมายให้อสม.ประสานวัน เวลา ในการเยี่ยมบ้านและร่วมเยี่ยมบ้านด้วยกันตามวัน เวลาที่นัดหมาย นอกจากนี้ประสานข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ป่วยและครอบครัวที่จะลงเยี่ยมจาก อสม. เพื่อประกอบการเยี่ยม ในกรณีที่ยาติและผู้ป่วยยินยอมให้เยี่ยมบ้านประสาน อสม. เพื่อเตรียมแผนที่ผู้ป่วยก่อนการเยี่ยม และเมื่อทีมติดตามเยี่ยมไปเยี่ยมบ้านตามกำหนดต้องให้ผู้ป่วยหรือญาติเซ็นอนุญาตให้เยี่ยมได้

3.วางแผนการเยี่ยมบ้าน

3.1 ประชุมวางแผนการเยี่ยมบ้าน โดยการรวบรวมข้อมูลจากทุกแหล่ง และประเมินปัญหาว่าผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องอะไรบ้าง วางแผนการช่วยเหลือ ดูแลให้สอดคล้องกับปัญหา ตลอดจนหาแนวทางในการประเมินผล

3.2 การมอบหมายงานในการวางแผนเยี่ยมบ้าน สิ่งสำคัญที่สุด คือ หากมีผู้ติดตามเยี่ยมหลายคน ควรมีการมอบหมายงานที่ชัดเจนว่าใครรับผิดชอบเรื่องอะไร และให้ดำเนินการตามนั้น เช่น การประเมินปัญหาของผู้ป่วยของผู้ป่วยและครอบครัวขณะติดตามเยี่ยม การประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงานในชุมชนเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว การติดตามผลการรักษา ผลข้างเคียงของยาและการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การดำเนินงานตามแผนการติดตามเยี่ยมที่วางไว้ เป็นต้น แต่ถ้าหากทีมติดตามเยี่ยมมีเพียงคนเดียวก็อาจไม่คำนึงถึงเรื่องนี้ เพราะสามารถดำเนินการด้วยตนเองได้

3.3 ทักษะคติของทีมที่ติดตามเยี่ยม ควรมีการประเมินทัศนคติของทีมที่ติดตามเยี่ยม หากพบว่าทัศนคติลบต่อผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย ควรปรับทัศนคติ และให้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประโยคคำพูดที่พบได้ในสมาชิกทีมที่ติดตามเยี่ยม บอกถึงทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย ได้แก่ “สร้างปัญหาให้ครอบครัว ก็สมควรที่ครอบครัวเปื้อน”

ในการแก้ไขเรื่องนี้ต้องค้นหาความคิดความเชื่อของบุคลากรที่มีความคิดเช่นนั้น และทำความเข้าใจ แก่ไขทัศนคติจากทางลบให้เป็นบวก เช่น

“แต่คนที่คิดและกระทำการฆ่าตัวตายคงคิดว่ามีทางออกหมดหนทางต่อสู้อต่อไปในขณะที่มีความทุกข์อย่างมาก”

“เราเป็นเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้ต้องช่วยเหลือเขาให้ผ่านพ้นไปและกลับมาใช้ชีวิตเหมือนเดิมให้ได้เพราะเรามีความรู้แต่ยังไม่ช่วยแล้วใครจะช่วยคนเหล่านี้”

ขั้นตอนที่ 2 การเยี่ยมบ้าน

ในการประชุมวางแผนเยี่ยมบ้าน ถ้าพบว่ามีทีมที่ติดตามเยี่ยมบ้านมีทัศนคติทางลบ หัวหน้าทีมควรทำความเข้าใจถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยในทีมได้

1. การประเมินปัญหาขณะเยี่ยมบ้าน โดยการทำงานตามขั้นตอนดังนี้

1.1 การสร้างสัมพันธภาพ ดำเนินการโดย

1.1.1 กล่าวสวัสดีทักทายในเรื่องทั่วไป เช่น

“สวัสดีค่ะดิฉันชื่อ.....ตำแหน่ง.....”

“มาพร้อมเจ้าหน้าที่.....ตำแหน่ง.....”

“รับประทานอาหารเช้าหรือยังคะ”

“เป็นอย่างไรบ้างขณะอยู่บ้านช่วงนี้” “สุขสบายดีไหม”

1.1.2 แจ้งวัตถุประสงค์ของการเยี่ยม โดยเน้นที่ประโยชน์ที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับจากการติดตามเยี่ยมเป็นสำคัญ เช่น

“วันที่มีสุขภาพมาเยี่ยมคุณ.....และครอบครัว เพื่อติดตามผลการรักษาว่าเป็นอย่างไร มีปัญหาอะไรหรือไม่ เพื่อเราจะได้ร่วมมือกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น”

1.2 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยการประเมินภาวะสุขภาพการและสุขภาพจิตและการดำรงชีวิตในชุมชน แนวทางในการประเมินขึ้นอยู่กับข้อมูลพื้นฐานเดิมที่ได้รับ ถ้าผู้ป่วยให้ความร่วมมือก็ประเมินจากผู้ป่วยเป็นหลัก ประเด็นคำถาม ได้แก่ “ทุกวันนี้อาการเป็นอย่างไรบ้าง”

1.3 การประเมินสัญญาณเตือน (Warning sign) เช่น การพูดสั่งลา การเขียนจดหมายสั่งลาการเก็บข้าวของบริจาคเพราะคิดว่าไม่จำเป็นต้องใช้แล้วในชาตินี้ การเก็บอาวุธหรืออุปกรณ์ในการทำร้ายตนเอง ส่วนใหญ่ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนมักจะใช้วิธีการเดิม ๆ เจ้าหน้าที่ที่ไปเยี่ยมจึงควรตระหนักในเรื่องนี้ สำหรับข้อมูลในเรื่องเหล่านี้ส่วนใหญ่จะได้จากญาติผู้ป่วย

1.4 การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยการประเมินจาก

1.4.1 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือ

1.4.2 ประเมินร่วมกับการสอบถามผู้ป่วยว่ายังมีความคิดทำร้ายตัวเองให้ถึงแก่ชีวิต

1.5 การค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของผู้ป่วย เพื่อช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยให้ดำรงชีวิตอยู่ต่อไป โดยไม่คิดฆ่าตัวตายซึ่งอาจแบ่งออกเป็น 2 เรื่องใหญ่ๆ

1.5.1 สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่เกี่ยวกับศาสนา ความเชื่อ ศาสนาทุกศาสนาเชื่อว่าการฆ่าสัตว์เป็นบาป การฆ่าตัวตายก็เป็นบาปเหมือนกัน ในทางตรงกันข้ามอาจถ้าพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับสิทธิต่างๆที่เชื่อถือว่าการฆ่าตนเองเพื่อการเกิดไปสู่ภพที่ดีกว่าในชาติหน้า ก็จำเป็นต้องค้นหาเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือเช่นกัน

1.5.2 สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับบุคคล เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยาและบุตร หรือบุคคลอันเป็นที่รัก บุคคลเหล่านี้มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ถ้าทราบว่าผู้ป่วยฆ่าตัวตายจะรู้สึกเสียใจ ห่วงใย ผู้ป่วยอาจได้คิดเพราะมีบุคคลเหล่านี้ที่รักและผูกพันกับผู้ป่วยเสมอมา

1.6 การประเมินการรักษาด้วยยาและผลข้างของยา โดยการสอบถามถึงยาที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ในปัจจุบัน และขอดูยาที่ผู้ป่วยเก็บเอาไว้ ตรวจสอบเม็ดยาที่เหลืออยู่ในซองว่าครบหรือไม่ หรือมีมากกว่าปกติให้ผู้ป่วยลองจัดยาให้ดูในแต่ละมื้อว่ามีอะไรบ้าง และตรวจสอบว่าผู้ป่วยจัดยาได้ถูกต้องหรือไม่ ในการประเมินผลการรักษาและผลข้างเคียงของยา

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

1.8 การค้นหาปัญหาต่างๆของผู้ป่วยขณะดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน นอกเหนือจากที่กล่าวแล้วข้างต้น เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือ เช่น มีความสามารถในการประกอบอาชีพแต่ไม่มีงานทำปัญหาครอบครัวไม่เข้าใจ ตำหนิ และตอกย้ำความผิดพลาดในอดีต ความขัดแย้งกับคนในครอบครัวหรือสังคม ชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วย

2. การบำบัด รักษาและการช่วยเหลือ ดำเนินการดังนี้

2.1 การบูรณาการแผนกช่วยเหลือ โดยการนำแผนกช่วยเหลือตามการวางแผนเดิมที่วางไว้ก่อนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย บูรณาการร่วมกับปัญหาที่ประเมินได้ขณะติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และแก้ไขตามปัญหาที่เกิดขึ้นและการประเมินผล ในที่นี้จะกล่าวถึงการแก้ไขปัญหาเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยพิจารณาผลการสอบถามผู้ป่วยพบว่า

2.1.1 ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คะแนนแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเท่ากับ 0 คะแนน และการสอบถามผู้ป่วยและญาติพบว่าไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย และไม่มีสัญญาณเตือนต่างๆที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยจะฆ่าตัวตาย

2.1.2 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การประเมินแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยใช้คำถาม 8 Q (รายละเอียดศึกษาจากภาคผนวก)และจากการสอบถามผู้ป่วยและญาติ มีความคิดฆ่าตัวตาย มีแผนการพยายามฆ่าตัวตายชัดเจน มีวิธีฆ่าตัวตายที่รุนแรง และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ เช่น การใช้ปืนยิง การผูกคอตาย การใช้มีดแทงหรือกรีดข้อมือ การกระโดดจากที่สูงหรือกระโดดน้ำตาย สำหรับเวลาหรือสถานที่ เป็นเวลาและสถานที่ที่สามารถทำได้สำเร็จโดยง่าย นอกจากนี้ยังขาดเป้าหมายและสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่ทำให้ต้องการมีชีวิตอยู่ต่อไปในกรณีพบว่าผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้การช่วยเหลือดังนี้

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ความรู้สึกที่ทำให้ตนเองไม่สบายใจ ทุกข์ใจและนำไปสู่การฆ่าตัวตาย โดยการฟังอย่างตั้งใจ ไม่ได้แย้ง แต่ใช้วิธีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดระบายออกมามากที่สุด เทคนิคที่ใช้คือ การฟัง การสะท้อนความรู้สึก การทวนความ การเรียบและการสรุป

2. บอกถึงผลกระทบของการฆ่าตัวตาย ทั้งประโยชน์และผลเสียของการฆ่าตัวตายว่ามีผลกระทบต่อตนเอง ญาติหรือคนในครอบครัวอย่างไรบ้าง

3. เชื่อมโยงความคิดหรือการกระทำที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จกับสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่ผู้ป่วยยึดถือเป็นอย่างไร ผู้ที่ผู้ป่วยรักและผูกพันจะรู้สึกอย่างไร

4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดำรงชีวิตโดยนำศักยภาพในตัวผู้ป่วยที่ค้นหาได้ชื่นชม การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองโลกในแง่ดี โดยการมองจุดดีจุดเด่นที่ตัวเองมีอยู่ และชื่นชมจุดเด่นเหล่านั้น ย่อมทำให้เกิดกำลังใจในการดำรงชีวิตมากกว่าการมองจุดด้อยของตัวเองและเปรียบเทียบกับคนอื่นที่เหนือกว่าเราตลอดเวลา ฉะนั้นถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขค้นหาจุดเด่นและนำมาชื่นชมตลอดจนกระตุ้นให้ผู้ป่วยมองตนเองในแง่บวกและมองคนอื่นที่ด้อยกว่าย่อมเกิดกำลังใจในการ การเป้าหมายในชีวิต ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักมองตัวเองว่าสิ้นหวัง (Hopelessness) ไม่รู้ว่าจะอยู่ต่อไปทำไม ปัญหาที่มีอยู่มากทลายท่วมทับจนไม่สามารถแก้ไขได้เลย (Helplessness) และตนเองก็ไร้ค่า ไม่มีประโยชน์กับใครต่อไป (Worthlessness) ฉะนั้นการแก้ไขปัญหา ก็ต้องคำนึงถึง 3 เรื่องนี้ด้วย โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยวางเป้าหมายในการดำรงชีวิตต่อไป เช่น “ฉันคงต้องต่อไปเพื่อเป็นหลักให้ลูก ถึงลูกจะไม่มีพ่อแต่ยังมีแม่อยู่ ฉันจะพยายามทำหน้าที่ให้ดีที่สุด เพื่อให้ลูกได้เรียนหนังสือเป็นเด็กดี มีอนาคต”

5. การแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยที่มีความพยายามฆ่าตัวตายเพราะคิดว่าตนเองไม่มีทางออก ปัญหาที่ใหญ่หลวงนัก ฉะนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยได้มองเห็นปัญหาว่าปัญหามีปัญหามีปัญหาอะไรบ้าง และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาว่าปัญหาว่ปัญหาว่ปัญหาว่ใดควรแก้ไขก่อนหลัง หรือบางปัญหาเมื่อแก้ไขเรื่องนี้ได้แล้ว ปัญหาอื่นๆก็จะหมดไป เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงควรช่วยผู้ป่วยในเรื่องนี้ แต่การแก้ไขปัญหาก็เป็นผู้ป่วยเองและญาติร่วมกันแก้ไข

6. ความรู้สึกที่ตนเองไม่มีค่าและไม่มีประโยชน์ต่อครอบครัว สังคม บางครั้งเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยคิดไปเอง การพิสูจน์ความคิด ตามเรื่องนี้โดยการให้คนในครอบครัวบอกความรู้สึกที่แท้จริงแก่ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกดีขึ้น อย่างไรก็ตามการพิสูจน์ความคิด ความเชื่อเรื่องนี้ต้องดำเนินการภายใต้การสอบถามความคิด ความรู้สึกของญาติและสังคมก่อน ถ้าเป็นความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยในทางที่ดีก็ให้บอกความรู้สึกนี้ต่อผู้ป่วย แต่ถ้าเป็นความรู้สึกลบควรให้การปรึกษากับญาติเพื่อทราบสาเหตุที่ทำให้ญาติหรือสังคมมีมุมมองอย่างนั้น และหาทางแก้ไขปัญหาจากความรู้สึกลบเป็นความรู้สึกบวก

7. ลดความคิดวนเวียนเกี่ยวกับเรื่องที่ทำให้ทุกข์ใจ ผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายส่วนใหญ่คิดวนเวียนแต่เรื่องที่ทำให้ตนเองทุกข์ใจ ไม่สบายใจตลอดเวลา เมื่อไม่สามารถลดทุกข์ในเรื่องนี้เพราะการคิดวนเวียนมักต่อเติมเรื่องที่ดีให้ทุกข์ใจมากขึ้น ทำให้ความรู้สึกว่าหมดหนทางแก้ไข ไม่มีทางออก ฉะนั้นสิ่งสำคัญต้องหากิจกรรมให้ผู้ป่วยทำ เพื่อให้งานชิ้นนั้นสำเร็จ จากประสบการณ์การเยี่ยมบ้านทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ให้เหตุผลที่เป็นข้อดีในเรื่องนี้ว่า

“ผู้พยายามฆ่าตัวตาย หรือคิดฆ่าตัวตายต้องให้เขาทำงานให้เพลิดเพลินไปอาจให้ทำงานกับลูก กับครอบครัว หรือทำงานร่วมกับเพื่อนๆ จะได้ไม่มีเวลาคิดเรื่องอื่นนอกกลุ่มนอกรทาง อีกอย่างเป็นการไม่ให้เขาอยู่คนเดียว เขาจะได้ขบคิดว่ามีคนรักและห่วงเขาอยู่นะ”

8. ปัญหาการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยา หากพบว่าผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง ต้องถามถึงเหตุผล หรือความคิด ความเชื่อมั่น และแก้ไขปัญหามาที่ค้นหาได้ ในกรณีผู้ป่วยมีผลข้างเคียงของยา และพบว่าปฏิบัติตามคำแนะนำเบื้องต้นแล้ว (รายละเอียดการช่วยเหลือเบื้องต้นอยู่ภาคผนวก) ไม่ดีขึ้นต้องประสานงาน

กับแพทย์ผู้รักษาเพื่อปรับเปลี่ยนยา อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น ทั้งที่รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างถูกต้อง ก็ประสานแพทย์ผู้รักษาเพื่อปรับเปลี่ยนยาต่อไป

9. การทำหน้าที่เป็นผู้ประสานความช่วยเหลือให้แก่ผู้ป่วย ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว บางครั้งอาจพบว่า ผู้ป่วยมีเรื่องที่ต้องการความช่วยเหลือ เช่น การหางานทำเพื่อหารายได้ การทำบัตรผู้พิการ การทำบัตรผู้สูงอายุ เป็นต้น เจ้าหน้าที่ควรทำหน้าที่เป็นผู้ประสานความช่วยเหลือกับผู้เกี่ยวข้อง เช่น สวัสดิการสังคมของเทศบาล ประธานชุมชน เจ้าของโรงงานต่างๆ ในพื้นที่ หรือพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ประจำจังหวัดนั้นๆ เพื่อให้เกิดการดำเนินการช่วยเหลือในเรื่องดังกล่าว

หมายเหตุ ในกรณีที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยแล้วพบว่าผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้เจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือ ตามข้อ 4) ถึง ข้อ 11) อย่างไรก็ตามหากมีความจำเป็นอาจให้เบอร์โทรผู้ป่วยหรือครอบครัวได้ติดต่อกับเจ้าหน้าที่เมื่อมีเหตุการณ์ที่ต้องการความช่วยเหลือ

3. การสรุปการเยี่ยมบ้าน

สรุปการเยี่ยมบ้านและยุติการเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง ในการเยี่ยมบ้านหากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ดำเนินการเยี่ยมบ้านตามแผนที่วางไว้ ให้สรุปการเยี่ยมบ้านให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบ โดยเริ่มจากอาการและปัญหาที่พบจากการติดตามเยี่ยมและการแก้ไขปัญหา และผลเป็นอย่างไรในแต่ละครั้ง นัดหมายการติดตามเยี่ยมครั้งต่อไป เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวถามปัญหาที่ยังไม่ได้ถามหรือค้างคาใจ และให้แสดงความรู้สึกต่อการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งนี้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนกล่าวลาและยุติการเยี่ยม

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล

ในการประเมินผลการเยี่ยมบ้านของทีมเยี่ยมบ้าน ควรประเมินร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อพิจารณาว่าควรส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยงานอื่น เยี่ยมบ้านต่อ หรือยุติการเยี่ยมบ้าน

3.1 การพิจารณาส่งต่อ ในกรณีที่พบว่า ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ถึงแม้ว่าให้การช่วยเหลือตามขั้นตอนแล้ว ผู้ป่วยยังมีความพยายามฆ่าตัวตายเช่นเดิม การแนะนำให้ญาติผู้ป่วยดูแลใกล้ชิดและคอยให้กำลังใจ เป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยมีความจำเป็นอย่างยิ่ง และในขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรปรึกษาหน่วยงานที่เหนือกว่า เช่น โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลจิตเวชใกล้บ้านต่อไป ฉะนั้นการตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรจะอยู่รักษาที่บ้านหรือรับการรักษาในโรงพยาบาล ขึ้นอยู่กับกาดตัดสินใจร่วมกันกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในระดับเหนือกว่า

3.2 การยุติการเยี่ยมบ้าน การพิจารณาว่าสมควรยุติการเยี่ยมบ้านหรือไม่ ควรพิจารณาจากคะแนนแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายว่า ปัจจุบันผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแล้ว พิจารณาร่วมกับการประเมินอาการจากการสอบถามผู้ป่วยว่าไม่มีความเครียดและการพยายามฆ่าตัวตายด้วย มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต และดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติจึงยุติการเยี่ยมบ้าน อย่างไรก็ตามควรให้ อสม. ที่รับผิดชอบดูแลต่อเนื่อง หากพบอาการที่ผิดปกติตามแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ว่ามีคะแนนอยู่ในกลุ่มเสี่ยงก็ให้ประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบ เพื่อประเมินอาการและเริ่มกระบวนการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องต่อไป

การสรุปรายงานภายหลังการติดตามเยี่ยม ภายหลังการติดตามเยี่ยมทุกครั้ง ควรสรุปรายงานการติดตามเยี่ยมบ้าน หากต้องเยี่ยมต่อไป ควรวางแผนด้วยว่าจะติดตามเรื่องอะไรบ้าง เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง การประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเป็นการประเมินการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ และนำผลการประเมินที่ได้รับมาปรับปรุงคุณภาพบริการต่อไป

บทที่ 3

แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากผลกระทบการแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลกระทบจากการแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อผู้ป่วยโรคจิตเวช จากการสำรวจจำนวนผู้เข้ารับบริการด้านจิตเวชทั้งในระบบผู้ป่วยใน-นอกของสถานบริการสังกัดกรมสุขภาพจิต 20 แห่ง พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันและโรงพยาบาลจิตเวชในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 จำนวน 61,235 ราย ซึ่งลดลงจากเดือนมกราคม 88,923 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 31 และจำนวนผู้ป่วยในของสถาบันและโรงพยาบาลจิตเวชช่วงเดือนเมษายน 10,319 ราย ลดลงจากเดือนมกราคม 19,685 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 47.6 และคาดการณ์ว่าหลังจากในเดือนมิถุนายนนี้เป็นต้นไป อาจจะมีจำนวนคนใช้บริการรายใหม่เพิ่มมากขึ้นกว่าเดิมได้จากหลายปัจจัย จากความเครียดทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าเดิม จำนวนผู้ป่วยใช้บริการมากขึ้นจนอาจทำให้กระทบต่อคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ และจำนวนผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลอาจมากขึ้น จากการรักษาไม่ต่อเนื่องและขาดยา เพื่อรองรับบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับโรงพยาบาลในวิถีชีวิตรูปแบบใหม่นี้ โดยพัฒนาระบบต่างๆ บนพื้นฐานเพื่อให้ผู้รับบริการจะได้รับประโยชน์ด้านบริการสุขภาพจิตอย่างสูงสุด เช่น การจัดระบบจองคิว นัดหมายออนไลน์ คลินิกสังเกตอาการระบบทางเดินหายใจ การนัดหมายคนไข้ในลักษณะที่มีการเหลื่อมเวลา การรับบริการส่งยาทางไปรษณีย์หรือร้านขายยา รวมไปถึงการรับยาผ่านระบบ Drive thru เพื่อรักษาระยะห่างอีกด้วย

เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากผลกระทบการแพร่ระบาดฯ ให้ได้การบำบัดรักษาอย่างมีมาตรฐานแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต โดยอ้างอิงจากแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยได้มีการประยุกต์ให้มีความสอดคล้องไปกับสถานการณ์การแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นมาตรฐานในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตขณะทำงานได้มีการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางเวชปฏิบัติต่างๆ ที่มีความน่าเชื่อถือเพื่อให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในด้านการคัดกรอง การประเมิน การดูแลรักษาและการป้องกันในการให้บริการผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและเพื่อตอบสนองนโยบายกรมสุขภาพจิตในการพัฒนาโรงพยาบาลจิตเวชสู่มาตรฐานความเป็นเลิศ

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่ รพท./รพศ. ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน ตลอดจนการติดตามการดูแลรักษาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติ

ทีมสหวิชาชีพ ที่มีหอผู้ป่วยจิตเวชในหน่วยงาน ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช เภสัชกร นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข และนักโภชนาการที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป

กำหนดปัญหาทางคลินิก (Formulate strategy)

ลักษณะของปัญหาทางคลินิกในผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สามารถแบ่งเป็น 3 หัวข้อสำคัญ ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงและเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

1.1 ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

1.2 เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

- แบบคัดกรองความกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
- แบบประเมินความเครียด (ST-5)
- แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)
- แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

2. การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.1 การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยยา

2.2 การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยไม่ใช้ยา

2.3 การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยจิตสังคม

3. การดูแลต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายซ้ำ

3.1 การดูแลต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ที่ได้ผลกระทบจากสถานการณ์จากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

4. แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย งานบริการผู้ป่วยนอก

1. ปัจจัยเสี่ยงและเครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

1.1 ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

1.1.1 ปัจจัยเสี่ยงทั่วไป (General risk factors)

การมีความคิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายในปัจจุบัน มีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ผู้ที่มีความรุนแรงทางด้านอารมณ์ การมีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดี หรือผู้ที่มีโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post-traumatic stress disorder) และภาวะซึมเศร้ากับภาวะอารมณ์ที่รุนแรงจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้อื่น

ผู้ป่วยโรคทางจิตเวช (โรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า โรคบุคลิกภาพผิดปกติ) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงและจากการศึกษาในผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่ามีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง (Severely depressed) ซึ่งความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ได้แก่ สุขภาพไม่ดี (Very poor health) มีโรคเรื้อรังทางกาย มีการศึกษาในระดับต่ำ (Low education) มีประวัติการดื่มสุราและผู้ป่วยที่มีผลข้างเคียงจากการได้รับยาต้านโรคจิต (Extra pyramidal side effects / Akathisia) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้สูงขึ้น

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติเคยรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ด้วยพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงและจะมีความเสี่ยงมากที่สุด ที่ในช่วง 1-2 สัปดาห์แรกของการนอนโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าอาการทางคลินิกมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันหรือในอดีตมีประวัติการพยายามทำร้ายตนเอง มีความรู้สึกสิ้นหวัง มีความรู้สึกผิด มีอารมณ์เศร้า มีประวัติบุคคลในครอบครัวฆ่าตัวตาย และเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทร่วมกับโรคซึมเศร้านอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมวุ่นวาย (Severe agitation) ของผู้ป่วยจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้สูงขึ้น

วิธีการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยใน แบ่งได้ดังนี้

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

2. อุปกรณ์ที่ผู้ป่วย ใช้ในการพยายามฆ่าตัวตาย 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 ส่วนวิธีการฆ่าตัวตายพบว่าผู้ชายจะใช้วิธีการฆ่าตัวตายที่รุนแรงกว่าเพศหญิง

1.1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับโรคทางจิตเวช (Mental illness related to suicidal risk) ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชสามารถจำแนกตามการวินิจฉัยโรคต่าง ๆ ดังนี้

Mood disorder

จากการศึกษาในผู้ป่วย Mood disorders พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงมากขึ้น ได้แก่ มีภาวะสิ้นหวัง มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมีระดับการศึกษาต่ำ ใช้และติดบุหรี่มีโรค ร่วมทางจิตเวช ได้แก่ Post-traumatic stress disorder (PTSD), Panic disorders, Obsessive compulsive disorders, Anxiety disorders มีประวัติบุคคลในครอบครัว พยายามฆ่าตัวตาย และพบว่าในผู้ป่วย เพศหญิงจะมีความเสี่ยงมากกว่าเพศชาย รวมทั้ง พันธุกรรมมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายนอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วย Mood disorder ที่มีโรคบุคลิกภาพผิดปกติร่วม จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากเป็น 2 เท่าวิธีการฆ่าตัวตายที่พบมากที่สุด คือ การแทงตนเองและยังพบว่าความตั้งใจ (Intent) ที่จะตายมีความสัมพันธ์กับระดับการทำงานที่มากขึ้นของสมองซีกขวาบริเวณ Ventrolateral prefrontal cortex, Orbitofrontal cortex, Rostral insula และ Dorsal striatum

สำหรับในผู้ป่วย Bipolar disorder พบปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสรุปได้ดังนี้

- 1) ลักษณะทางสังคมและประชากร พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย Bipolar disorder มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะ ในช่วง Depressive episode
- 2) พันธุกรรม พบว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติครอบครัวมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายและมีปัญหาโรคทางด้านอารมณ์ (Major affective disorder) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งยีนที่พบและเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ Tryptophan hydroxylase และ Tryptophanhydroxylase
- 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 ที่ฆ่าตัวตายและไม่ฆ่าตัวตายแตกต่างกันที่ 0.05 µg/dl
- 5) ปัจจัยด้านจิตใจ พบว่า ความสิ้นหวังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อฆ่าตัวตายที่สำคัญมากในผู้ป่วย Depressive episode และมักเกิดขึ้นในช่วงแรกของการเจ็บป่วย
- 6) ปัจจัยด้านศาสนาและความเชื่อ พบว่า ผู้ที่มีความเคร่งครัดและเชื่อเกี่ยวกับศาสนา มาก จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงนอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วย Bipolar disorder ที่มีการศึกษาในระดับต่ำ มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่น ๆ มีความผิดปกติทางด้านบุคลิกภาพมีสถานภาพหย่าร้าง มีการดื่มแอลกอฮอล์และผู้ที่ติดบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น

Psychosis

จากการศึกษาพบว่า การคิดฆ่าตัวตายและการคิดทำให้ตนเองบาดเจ็บ การคิดทำร้ายตนเองในผู้ป่วยโรคจิตมีความชุกที่สูงมาก ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก (First Episode Psychosis) ร่วมกับมีโรคทางอารมณ์ โรคร่วมทางจิตเวชอื่น มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช มีการใช้สารเสพติดชนิดต่างๆ มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย มีความเชื่อด้านลบเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต มีอาการทางจิตที่รุนแรงและไม่ได้รับการรักษา ทำให้เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก (First episode psychosis)

พบอัตราการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก มากกว่าร้อยละ 10 โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภท มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าโรคจิต อื่นๆ 2.7 เท่า และโรคจิตเภทครั้งแรก (First episode schizophrenia) ที่อยู่ในระยะการรักษาช่วง 1 ปีแรก จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงร้อยละ 60 และยังสัมพันธ์กับการหยั่งรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง (Insight) ความสิ้นหวัง และภาวะซึมเศร้าหลังจากเกิดการเจ็บป่วยทางจิต

นอกจากนี้ยังพบว่า ช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วยและการรักษา มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย โดยแบ่งเป็นระยะได้ ดังนี้

1) ความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายในระยะเริ่มต้นของการป่วยเป็นโรคจิตครั้งแรก (Early phase of first episode psychosis)

2) ความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายหลังจากเริ่มการรักษา

3) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังรักษา 1 เดือน

4) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในช่วงการกลับมารักษาซ้ำ

ผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรก มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จในช่วง 1 ปีแรกของการรักษา และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเมื่อมีระยะของการป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาเป็นเวลานาน มีอายุมาก มีอาการป่วยทางจิตเป็นเวลานาน มีอาการทางบวกและอาการทางจิตรุนแรง 17 ไม่ร่วมมือในการรักษา มีอาการทางจิตในช่วงติดตามผล และการกลับมารักษาซ้ำบ่อย ๆ มากกว่า 5 ครั้ง

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเวช

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการทางลบ (Negative symptoms) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่มีอาการทางบวก (Positive symptoms) ในขณะที่อาการของโรคจิตที่รุนแรงมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายด้วยเช่นกันรวมทั้งผู้ที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้นโดยผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตผิดปกติทางอารมณ์และในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า มีการใช้สารเสพติด มีอาการประสาทหลอน มีอาการทางลบ มีภาวะหวาดระแวง และมีอาการหลงผิดร่วม จะทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยโรคจิต เพศชายมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเพศหญิงผู้ป่วยที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 3 ครั้งจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จที่สูงขึ้น ส่วนวิธีการในการฆ่าตัวตายพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทพยายามฆ่าตัวตาย ด้วยวิธีการกระโดดจากที่สูงมากที่สุดและผู้ป่วยที่เคยมีประวัติโรคจิต ร่วมกับมีโรคบุคลิกภาพผิดปกติแบบ borderline จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น

Substance related disorders

ผู้ป่วยที่มีการใช้สุราและสารเสพติดในทางที่ผิด และผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดร่วมกับมีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วยจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น

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 MDD

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติที่เคยมีประวัติทำร้ายตนเอง มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว ขาดทักษะการแก้ปัญหาทางสังคม มีภาวะสิ้นหวัง อารมณ์ไม่คงที่ เคยมีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช มีพฤติกรรมต่อต้านทางสังคม มีปัญหาการปรับตัวทางสังคม ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบ Narcissistic มีประวัติได้รับความรุนแรงในวัยเด็ก และได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น

2. การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.1 การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยยา

2.1.1. Antipsychotics

การรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายด้วยยาในเวชปฏิบัติปัจจุบันการทบทวนหลักฐานทางวิชาการพบว่าในผู้ป่วย Schizophrenia และ Schizoaffective disorder ยา Clozapine สามารถลดพฤติกรรมทำร้ายตัวเองของผู้ป่วยได้

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

Clozapine

มีผลข้างเคียงเรื่อง Agranulocytosis มีอุบัติการณ์ในการเกิด 0.8% (95% CI 0.61-0.99) ในระยะเวลา 12 เดือน และ 0.91% (95% CI 0.62-1.20) ในระยะเวลา 18 เดือน

การใช้ยา Clozapine ในระยะยาวจะพบอุบัติการณ์ในการเกิด Agranulocytosis เท่ากับ 1.64% ในระหว่างปีที่ 6 ถึง ปีที่ 11 และอุบัติการณ์ในการเกิด Neutropenia เท่ากับ 19.8% ในระหว่าง ปีที่ 8 ถึงปีที่ 11

2.1.2. Mood Stabilizers

Lithium

มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วย Mood disorders ในผู้ป่วย Depressive disorder การให้ Lithium เป็นยาเสริม (Adjunctive treatment) สามารถช่วยป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้

โรคในกลุ่ม Affective disorder spectrum (Bipolar I/II disorder, Schizoaffective disorder, Bipolar disorder NOS) พบว่า Lithium และ Anti convulsant มีประสิทธิภาพในการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

การให้การรักษาคต่อเนืองระยะยาว (Continued treatment) ด้วย Lithium มีประสิทธิภาพ ในการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วย Mood disorders

การให้การรักษาคต่อเนืองระยะยาว (Continued treatment) ด้วย Valproate มีประสิทธิภาพในการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วย Bipolar disorder และจากการเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วย Bipolar disorder พบว่า Lithium และ Valproate ให้ผลที่เหนือกว่า Atypical antipsychotics แต่ประสิทธิภาพระหว่าง Lithium และ Valproate ได้ผลที่แตกต่างกันในแต่ละการศึกษา

Antidepressants

พฤติกรรมฆ่าตัวตายพบได้บ่อยในผู้ป่วย Major depression และการได้รับการรักษาด้วยยา Antidepressants ตั้งแต่ช่วงแรกของความเจ็บป่วยพบว่าผลการรักษาจะมีประสิทธิภาพที่ดี

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

ยา Antidepressants กลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) และกลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCAs) มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายเช่น Fluoxetine 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)

เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการรักษาของยา ในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายผลการศึกษาค่อนข้างหลากหลายอย่างไรก็ตามพบว่ายากลุ่ม SSRI และ TCAs มีประสิทธิภาพดีในการรักษาผู้ป่วย กลุ่มนี้มีรายงานพบว่า ยา Antidepressants กลุ่ม SSRIs อาจเพิ่ม Suicidal risk ในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นบางรายดังนั้นจึงต้องระมัดระวังในการให้ยากกลุ่มนี้ในผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่นแต่ไม่พบรายงานดังกล่าวในผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่

2.1.3 Ketamine

Ketamine (N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptors antagonist) มีประสิทธิภาพในการลด Depressive symptoms และลดความคิดฆ่าตัวตาย

ผู้ป่วย Major depressive disorder และผู้ป่วย Treatment resistance depression พบว่า การให้ Ketamine infusion มีประสิทธิภาพในการลดความคิดฆ่าตัวตายได้

2.2 การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยไม่ใช้ยา

Electroconvulsive therapy (ECT)

ผู้ป่วย Unipolar depression ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากหลักฐานทางวิชาการ พบว่าการรักษาด้วย ECT ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลดลง (ในคำถาม ข้อ 3 ของข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ของ Hamilton depression rating scale โดยร้อยละ 38.2 มีค่าคะแนนลดลงในสัปดาห์แรก (ECT 3 ครั้ง) และร้อยละ 61.1 ค่าคะแนนลดลงในสัปดาห์ที่ 2 (ECT 6 ครั้ง)

2.3 การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยจิตสังคม

จากการสืบค้นหลักฐานทางวิชาการการดูแลรักษาทางจิตสังคมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีดังนี้ เช่น

- ให้การปรึกษา (Counseling)
- การให้การปรึกษาโดยการแก้ไขปัญหา (PST: Problem Solving Therapy)
- การบำบัดประคับประคองจิตใจ (Psycho Support)
- การบำบัด Cognitive behavioral therapy (CBT)

3. การดูแลต่อเนื่องเพื่อเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายซ้ำ

การดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีหลากหลายวิธีแต่วิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำได้แก่

- 3.1 การดูแลด้วยการจัดการรายกรณี (Case Management)
- 3.2 วิธีติดตามทางโทรศัพท์ (Telephone management)
- 3.3 การติดตามเยี่ยม (home visit)

เกณฑ์การคัดเข้าสู่แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และพิจารณาตามแผนการรักษาโดยแพทย์ตามความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

4. แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย งานบริการผู้ป่วยนอก

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
	<p style="text-align: center;">กรณีผู้ป่วยนอก</p> <p>1. ระดับคะแนน 1-8 คะแนน :มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย (ดูแลแบบผู้ป่วยนอก)</p> <p>2.ระดับคะแนน 9-16 คะแนน มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง (แพทย์พิจารณาดูแลแบบผู้ป่วยนอก)</p>	
พยาบาลคัดกรอง	<p>1.คัดกรองผู้รับบริการที่มาด้วยตนเองทุกรายดังต่อไปนี้ด้วยคำถามดังนี้</p> <p style="text-align: center;">1.กรณีผู้ป่วยรายใหม่ ประเมินด้วย</p> <p>1.1. แบบคัดกรองความกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)</p> <p>1.2. แบบประเมินความเครียด (ST-5)</p> <p>1.3. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)</p> <p>1.4. แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)</p> <p style="text-align: center;">2.กรณีรับผู้ป่วยส่งต่อจาก รพช. ประเมินด้วย</p> <p>2.1ประเมินแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q)</p> <p>2.2แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)</p> <p>2.พยาบาลแจ้งผลการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แก่ญาติและผู้ป่วย</p> <p>3.ส่งพบแพทย์</p>	<p>1. แบบคัดกรองความกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)</p> <p>2. แบบประเมินความเครียด (ST-5)</p> <p>3. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)</p> <p>4. แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)</p>
จิตแพทย์	1. แพทย์ให้การวินิจฉัยและรักษาด้วยยา	1. ใบตรวจรักษา
นักจิตวิทยาคลินิก	<p>1.ตรวจและประเมินสภาพจิต</p> <p>2.ให้การบำบัดรายกรณี</p>	1. ใบตรวจรักษา
เภสัชกร	<p>1. ให้การปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยเน้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย กรณีมีญาติแนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลการรับประทานยาเพื่อลดการนำยาไปใช้อย่างผิดวิธี</p> <p>2. บันทึกเก็บประวัติการใช้ยา และติดตามความสม่ำเสมอการรับประทานยา ความปลอดภัย และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</p> <p>3. กรณีพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ดำเนินการโดย</p> <p>3.1 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย/ญาติ</p> <p>3.2 กรณีอาการไม่พึงประสงค์มีความรุนแรง และ/หรือผู้ป่วยประสงค์ปรับเปลี่ยนการรักษา ส่งพบแพทย์เพื่อพิจารณาปรับยา</p>	1. ใบคำปรึกษาเรื่องยา

4. แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย งานบริการผู้ป่วยนอก

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
พยาบาลจิตเวชหลังพบแพทย์	<p>แนวทางการดูแล</p> <ol style="list-style-type: none"> พยาบาลค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคมและให้การช่วยเหลือปัญหาทุกข้อใจเร่งด่วน เช่น <ul style="list-style-type: none"> ● ให้การปรึกษา (Counseling) ● การให้การปรึกษาโดยการแก้ไขปัญหา (PST: Problem Solving Therapy) ● การบำบัดประคับประคองจิตใจ (Psycho Support) ● การบำบัด Cognitive behavior therapy (CBT) พยาบาลนัดหมายมาF/U ส่งต่อ รพช. / รพ.สต. เพื่อติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ลงบันทึกการพยาบาล 2. ออกใบนัด 3. ลงแบบรายงาน รง 506s กรณีที่พบว่ามีการทำร้ายตนเอง
	<p>กรณีผู้ป่วยใน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ระดับคะแนน 9-16 คะแนน มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง (แพทย์พิจารณาดูแลแบบผู้ป่วยใน) เช่น - ผู้ป่วยไม่มีคนดูแล 2. ระดับคะแนน ≥ 17 คะแนนขึ้นไป: มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง 	
พยาบาลคัดกรอง	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) 2. พยาบาลแจ้งผลการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแก่ผู้ป่วยและญาติ และให้ญาติดูแลใกล้ชิด 3. ส่งพบแพทย์ 	แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)
จิตแพทย์	<ol style="list-style-type: none"> 1. แพทย์ให้การวินิจฉัย รักษาด้วยยา และพิจารณาอยู่รักษาในโรงพยาบาล 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ใบตรวจรักษา 2. doctor order sheet 3. ใบเซ็นยินยอมรักษา
นักจิตวิทยาคลินิก	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจและประเมินสภาพจิต 2. ให้การบำบัดรายกรณี 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ใบตรวจรักษา
เภสัชกร	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้การปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยเน้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย กรณีมีญาติแนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลการรับประทานยาเพื่อลดการนำยาไปใช้อย่างผิดวิธี 2. บันทึกเก็บประวัติการใช้ยา และติดตามความสม่ำเสมอการ 	ใบคำปรึกษาเรื่องยา

4. แนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย งานบริการผู้ป่วยนอก

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
	<p>รับประธานยา ความปลอดภัย และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</p> <p>3. กรณีพบอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ดำเนินการโดย</p> <p>3.1 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย/ญาติ</p> <p>3.2 กรณีอาการไม่พึงประสงค์มีความรุนแรง และ/หรือผู้ป่วยประสงค์ปรับเปลี่ยนการรักษา ส่งพบแพทย์เพื่อพิจารณาปรับยา</p>	
<p>พยาบาลจิตเวช ในหอผู้ป่วย</p>	<p>1. เฝ้าระวังการการทำร้ายตนเองอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง แบบ 1ต่อ 1</p> <p>2. ส่งต่อเวร</p> <p>3. ให้การรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา</p> <p>4. ประเมินความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ จากการสังเกตและการสนทนา หากพบว่าผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง พยาบาลค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคมและ ให้การช่วยเหลือปัญหาทุกข้อใจเร่งด่วน เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้การปรึกษา (Counseling) - การให้การปรึกษาโดยการแก้ไขปัญหา (PST: Problem Solving Therapy) - การบำบัดประคับประคองจิตใจ (Psycho Support) - การบำบัด Cognitive behavior therapy (CBT) <p>5.กรณีที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายสูง รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ส่งต่อ โรงพยาบาลจิตเวช เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาในมาตรฐานระดับตติยภูมิ</p> <p>6. พยาบาลนัดหมายมา F/U พร้อมให้คำแนะนำการดูแลและการปฏิบัติตนขณะอยู่บ้าน</p> <p>7.ส่งต่อ รพช. / รพ.สต. เพื่อติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>1. บันทึกทางการพยาบาล</p> <p>2. ใบกิจกรรมบำบัด</p> <p>3. ลง แบบรายงานรง 506s กรณีที่พบว่ามีการทำร้ายตนเอง</p> <p>4. ใบ refer</p>

บทที่ 4

ภาวะหมดไฟจากการทำงานและแนวทางการช่วยเหลือ

ผลกระทบจากระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และมาตรการในการควบคุมโรค มีผลทำให้คนในสังคมที่ร่วมกันต่อสู้กับภาวะวิกฤตการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เกิดขึ้นมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน มีโอกาสเกิดความกดดัน ความเครียด และความวิตกกังวล ส่งผลต่อสุขภาพจิตของคนไทยจำนวนมาก ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการสำรวจภาวะเครียด (Stress) ของกรมสุขภาพจิต พบว่าบุคลากรสาธารณสุข 8 ใน 10 คน และประชาชน 4 ใน 10 คน มีความเครียดและกังวลจากการทำงาน ซึ่งมีแนวโน้มทำให้บุคลากรสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติงานต้องปฏิบัติงาน มีความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ รู้สึกหมดพลังหมดหวัง สูญเสียพลังทางจิตใจ และนำไปสู่ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (Burnout) (แนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 . กรมสุขภาพจิต 8 พ.ค. 2563)

ภาวะหมดไฟในการทำงาน

ภาวะหมดไฟในการทำงาน คือ ภาวะการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังในการทำงาน โดยมีอาการหลัก 3 อาการ ได้แก่

1. ด้านอารมณ์ : มีความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ รู้สึกสูญเสียพลังงานทางจิตใจ
2. ด้านความคิด : มองความสามารถในการทำงานของตนเองในเชิงลบ ขาด ความรู้สึกประสบความสำเร็จ
3. ด้านพฤติกรรม : มองความสัมพันธ์ในที่ทำงานไปในทางลบ รู้สึกเห็นห่างจากคนอื่นเช่น ผู้ร่วมงาน

สัญญาณเตือนว่าคุณ หมดไฟแล้ว

1. ด้านอารมณ์ : หดหู่ ซึมเศร้า หงุดหงิด โมโหง่าย อารมณ์แปรปรวน ไม่พอใจในงานที่ทำ
2. ด้านความคิด : มองคนอื่นในแง่ลบแง่ร้าย โทษคนอื่นเสมอ ระวัง หนีปัญหา ไม่จัดการปัญหา สงสัยและไม่เชื่อในศักยภาพของตนเอง
3. ด้านพฤติกรรม : ขาดความกระตือรือร้น หุนหันพลันแล่น บริหารจัดการเวลาไม่ได้ ไม่อยากตื่นไปทำงาน ทำมาสายจนผิดสังเกตติดต่อกัน ไม่มีสมาธิในการทำงาน ไม่มีความสุขในการทำงาน

การดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะหมดไฟ

1. พัฒนาทักษะในการจัดการปัญหา และความยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ต่าง ๆ รวมถึงทักษะการสื่อสาร เจรจาต่อรอง การยืนหยัดเพื่อรักษาสิทธิอันชอบธรรมของตนเอง
2. ยอมรับความแตกต่างของคน และเปิดใจรับฟังความคิดเห็นที่อาจไม่ตรงกัน ไม่ด่วนตัดสินคนอื่น
3. แสวงหาความช่วยเหลือ และอาจหาที่ปรึกษา (coach and mentor) ร่วม
 - กิจกรรมทางสังคม และกิจกรรมเพื่อสุขภาพ
 - ออกกำลังกายและนอนหลับพักผ่อน
 - รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และดื่มน้ำให้เพียงพอ
 - ลดความเครียดลงโดยใช้วิธีที่คุ้นเคย เช่น ฟังเพลง ฟีกสมาธิ ฯลฯ
 - มีความยืดหยุ่นต่อสถานการณ์
 - ใช้เวลาให้สมดุลระหว่างหน้าที่การงานและชีวิตส่วนตัว
 - ปรึกษาพูดคุยกับคนรอบข้าง หรือ ถ้ามีภาวะความเครียดสูง
 - สามารถโทรปรึกษาสายด่วนสุขภาพจิต 1323 หรือพบควรปรึกษาจิตแพทย์

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. **ความรู้เกี่ยวกับโควิด-19**. สืบค้นออนไลน์
<https://ddc.moph.go.th/Viralpneumonia> และ TYRC EIDCC. วันที่ 16 เมษายน 2563.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). **รายงานสถานการณ์โควิด-19**. สืบค้นออนไลน์
www.ddc.moph.go.th. วันที่ 16 เมษายน 2563.
- กรมควบคุมโรคและสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย. **ความรู้เบื้องต้น Coronavirus Disease 2019**.
สืบค้นออนไลน์ https://tmc.or.th/covid19/covid19_for_people.php วันที่ 16 เมษายน 2563.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2363). **แบบคัดกรองตนเองสำหรับผู้สงสัยโรคไวรัสโคโรนา
2019(COVID -19)**. สืบค้นออนไลน์ <https://www.dms.moph.go.th/> วันที่ 16 เมษายน 2563.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). **คู่มือการปฏิบัติงาน ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจทุกระดับ: ผู้
ประสบภาวะวิกฤตการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19)**.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากร
สาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง)**. ฉบับปรับปรุงพิมพ์ครั้งที่2: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร
แห่งประเทศไทยจำกัด.
- กองการพยาบาลสาธารณสุข. (2555). **คู่มือการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)**. สำนักอนามัย
กรุงเทพมหานคร.
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข. (2563). **ท้องที่นอกราชอาณาจักรที่เป็นเขตติดโรคติดต่ออันตราย**. เล่ม 137
ตอนพิเศษ 52 ง, หน้า13.
- นวลชนิชย์ลิขิตลือชา และคณะ. (2557). **เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร
แห่งประเทศไทย**. สำนักการพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข.
- นวลชนิชย์ลิขิตลือชา, ชีรพรสถิตอังกูรและทิพย์สุดาลาภภักดี. (2556). **การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน Home
Ward**. พิมพ์ครั้งที่1: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. สำนักการพยาบาลสำนักงาน
ปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข
- นิตยา จรัสแสง, สมจิตร์มณีกันนท์, วิจิตรา พิมพ์นิത്യและสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. **ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัว
ตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์.วารสาร
สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**. 2554; 56 (2) :129-35
- หวาน ศรีเรือนทอง, ธรฉัตร กองสุข, วชิระ เฟื่องจันทร์, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, เกษราภรณ์ เคนบุปผา,
รุ่งมณี ยิ่งยืน, สุพัตรา สุขาว, จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน. **ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของคนไทย สํารวจ
ระดับชาติ.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**.2554;
56(4):413-24
- ไพจิตรวราชิต.(2554). **คู่มือบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: สํานักนโยบายและ
ยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**.
- ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์. **โรคโควิด-19 กับมิติสุขภาพจิตกรมสุขภาพจิต**. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้น
ออนไลน์ <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30243> วันที่ 23 มีนาคม 2563.
- ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). **9วิธีดูแลจิตใจในช่วงภัยโควิด -19**. สืบค้นออนไลน์
<https://www.thaidmh-elibrary.org/album/5327/> วันที่ 16 เมษายน 2563.
- รพีพรรณ รัตนวงศ์นรา มอร์ด. (2563). **วิธีป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)**. ว่าไรดีเพื่อสุขภาพ

- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2562). **แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย**. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วัชณี หัตถพนม และคณะ. (2553). **แนวทางการเยี่ยมบ้านผู้พยายามฆ่าตัวตายสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน PCUงานวิชาการ กลุ่มงานทรัพยากรมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.พิมพ์ครั้งที่2.**
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2563).**สู้! โควิด-19 ไปด้วยกัน คู่มือการดูแลสำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งแรก เมษายน 2563.**
- สรสพร จวงษ์. (2563).**คำแนะนำด้านสุขภาพจิตในช่วงการระบาดของ COVID-19 Mental Health Considerations during COVID-19 Outbreak**.สืบค้นออนไลน์
- WHO. (2020). **Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 51**.on web https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10. 23 April 2020.
- Zhang J., Wu W., Zhao X., &Zhang W.,(2020). **Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. Precis Clin Med. 2020 Mar 25;3(1):3–8.**

คณะผู้จัดทำ

- | | | |
|---------------------|--------------|------------------------------------|
| 1. นายณัฐกร | จำปาทอง | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ |
| 2. นางสาวลี | เปาโรหิตย์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| 3. นางสาวพนิดา | ชาปัญญา | เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน |
| 2. นางอรพิน | ยอดกลาง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 3. นางเยาวภา | ไตรพฤกษ์ชาติ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 4. นางสาววิไลลักษณ์ | ชินโน | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ |
| 5. นายปริญญา | ชะอินวงษ์ | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ |
| 6. นางอมรรัตน์ | ยาวิชัย | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 7. นางสาวสุกัญญา | เรืองสุวรรณ | นักเทคโนโลยีสารสนเทศปฏิบัติการ |
| 8. นางสาวสมเกษตรา | งามดี | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| 9. นายอริวัฒน์ | พัฒนจักร์ | เจ้าพนักงานธุรการ |
| 10. นายโตม | ธรรมสัจย์ | นักจัดการงานทั่วไป |

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นฯ

ภาคผนวก

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

แบบคัดกรองความกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

คำชี้แจง

แบบคัดกรองความกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) ฉบับนี้ พัฒนาขึ้นเพื่อใช้คัดกรอง ผู้ที่มีความกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (COVID-19) เพื่อให้สามารถช่วยเหลือและหาวิธีลดความกังวลอย่างเหมาะสมโดยไม่ใช้การวินิจฉัยหรือบ่งบอกว่ามีภาวะเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติทางจิตแต่อย่างใด

โดยในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความคิดและพฤติกรรมเหล่านี้อย่างไรบ้าง ขอให้ท่านเลือกตอบในตัวเลือกที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อที่	ความคิดและพฤติกรรมในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	คะแนน		
		1 (ไม่มี)	2 (ปานกลาง)	3 (มาก/ ประจำ)
1	ท่านรู้สึกกังวลไม่สบายใจกับการที่ต้องออกไปนอกบ้าน			
2	ท่านรู้สึกกังวลกับการเตรียมตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เช่น กักตุนอาหาร, หน้ากาก เป็นต้น			
3	ท่านนอนไม่หลับ/หรือมีปัญหาการนอน เพราะคิดเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)			
4	ท่านคิดว่าเชื้อไวรัสโคโรนา2019(COVID-19)ส่งผลกระทบต่อกรดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน			
5	ท่านคิดว่าท่านมีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มากเพียงใด			
คะแนน				
			รวมคะแนน	

การแปลผล

5-6 คะแนน มีความกังวลในระดับต่ำ

7-11 คะแนน มีความกังวลในระดับต่ำ

12 คะแนนขึ้นไป มีความกังวลในระดับสูง

5-6 คะแนน มีความกังวลในระดับต่ำ



หมายถึง ท่านมีความกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เล็กน้อยซึ่งเป็นสิ่งที่ดีเพราะจะทำให้ท่านมีความใส่ใจที่จะดูแลและป้องกันตนเองถือว่าเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนและไม่กระทบกับการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านมากนัก

การดูแล/การปฏิบัติตัว

- ควรติดตามข้อมูลข่าวสารอย่างมีสติ ไม่เกินวันละ 1-2 ชั่วโมง เฉพาะแหล่งข่าวที่น่าเชื่อถือ ไม่แชร์ ไม่โพสต์ ไม่ใช่ คำหยาบคาย
- ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของกรมสุขภาพจิตและกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- ทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความกังวล เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ อื่น ๆ
- ควรนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ
- ช่วยแนะนำความรู้ที่ถูกต้องให้กับคนที่มีความกังวลสูงหรือคนที่ยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง
- ชื่นชมให้กำลังใจ

7-11 คะแนน มีความกังวลในระดับปานกลาง



หมายถึง ท่านมีความกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ปานกลาง ซึ่งอาจจะกระทบกับการดำเนินชีวิตประจำวันในบางด้านของท่าน และมีโอกาสที่จะเพิ่มความกังวลสูงขึ้นได้หากไม่มีวิธีปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

การดูแล/การปฏิบัติตัว

- ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของกรมสุขภาพจิตและกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- ทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความกังวลเช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ อื่น ๆ
- ควรนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ
- หาเพื่อนหรือคนในครอบครัวพูดคุยขอคำปรึกษาอาจทำได้หลายวิธี เช่น โทรศัพท์หรือคุยผ่านโซเชียลมีเดีย ก็ได้
- ถ้ายังคงมีความกังวลสูง สามารถปรึกษาสายด่วนสุขภาพจิต 1323ติดต่อขอรับบริการด้านสุขภาพจิตในหน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน หากท่านมีอาการเจ็บป่วยหรือ ไม่สบายใจจนไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้

12 คะแนน ขึ้นไป มีกังวลในระดับสูง



หมายถึง ท่านมีความกังวลต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สูง จนกระทบกับการดำเนินชีวิตประจำวันของท่านอย่างมากความกังวลในระดับนี้หากคงอยู่เป็นเวลานานอาจเพิ่มโอกาสการเจ็บป่วยทางกาย มากยิ่งขึ้น ดังนั้นท่านมีความจำเป็นต้องหาทางผ่อนคลายความกังวลให้น้อยลง

แบบประเมินความเครียด 5 ข้อ (ST-5)

ให้ประเมินอาการของท่านในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (รวมทั้งวันนี้) โดยให้คะแนน 0 – 3 ที่ตรงกับ ความรู้สึกของท่าน

คะแนน	0	หมายถึง	แทบไม่มี
คะแนน	1	หมายถึง	เป็นบางครั้ง
คะแนน	2	หมายถึง	บ่อยครั้ง
คะแนน	3	หมายถึง	เป็นประจำ

ข้อที่	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา	คะแนน			
		0	1	2	3
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับ หรือนอนมาก				
2	มีสมาธิน้อยลง				
3	หงุดหงิด กระวนกระวายใจ ว่างุ่นใจ				
4	รู้สึกเบื่อหน่าย เช้ง				
5	ไม่อยากพบปะผู้คน				
รวมคะแนน					

การแปลผล

- คะแนน 0-4 เครียดเล็กน้อย
- คะแนน 5-7 เครียดปานกลาง
- คะแนน 8-9 เครียดมาก
- คะแนน 10-15 เครียดมากที่สุด

คำแนะนำ

1. **เครียดน้อย** เป็นความเครียดในชีวิตประจำวัน ซึ่งแต่ละคนสามารถปรับตัวได้เอง ไม่เกิดปัญหาสุขภาพของตนเอง และท่านยังสามารถช่วยเหลือบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวและชุมชนได้ด้วย
2. **เครียดปานกลาง** ในภาวะวิกฤตหรือภัยพิบัติ บุคคลต้องเตรียมพร้อมในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ จนทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นในระดับปานกลาง ซึ่งยังถือว่าเป็นปกติเพราะทำให้เกิดความกระตือรือร้นในการเผชิญปัญหา

การให้คำแนะนำ

- ให้พูดระบายความรู้สึก
- แนะนำวิธีคลายเครียด โดยการหายใจ
- ให้กำลังใจ ปลอบใจ
- แนะนำแหล่งช่วยเหลือ
 - สายด่วนสุขภาพจิต 1323
 - บริการสุขภาพจิต
 - แอปพลิเคชัน สติ
 - แอปพลิเคชัน สบายใจ
 - Line @jvkkhelpline

3. **เครียดมาก** ในภาวะวิกฤตหรือภัยพิบัติต่าง ๆ อาจทำให้เกิดการตอบสนองที่รุนแรงขึ้นชั่วคราว ซึ่งมักจะลดมาเป็นปกติหลังเหตุการณ์

การให้คำแนะนำ

- การฝึกการหายใจคลายเครียด
 - การพูดคุยกับคนใกล้ชิด การสวดมนต์ ไหว้พระ การช่วยเหลือผู้อื่นที่ประสบปัญหาที่จะช่วยให้ความเครียดลดลง
 - การมีความหวังว่า เราจะฝ่าฟันอุปสรรคหรือปัญหาครั้งนี้ไปได้และมองเห็นด้านบวก เช่น อย่างน้อยก็ยังรักษาชีวิตไว้ได้ มีคนเห็นใจและมีการช่วยเหลือจากฝ่ายต่าง ๆ
 - ภายใน 2 สัปดาห์ ท่านควรไปพบแพทย์เพื่อประเมินซ้ำว่าความเครียดลดลงหรือไม่ เพราะความเครียดที่มากและต่อเนื่อง อาจนำไปสู่โรควิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งจะต้องได้รับการรักษาจากแพทย์
4. **เครียดมากที่สุด** เป็นความเครียดที่รุนแรงซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะร่างกาย ทำให้อ่อนแอเจ็บป่วยง่าย และต่อภาวะจิตใจจนอาจทำให้เกิดโรควิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ทันที และได้รับการดูแลต่อเนื่องไปอีก 3 - 6 เดือน

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นแก่นรั...

แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ข้อแนะนำ

ควรถามให้ได้คำตอบที่ละเอียดถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ จากนั้นรวมคะแนนแล้วแปลผลตามตารางแปลผล ควรแจ้งผลตามแนวทางการแจ้งผลอย่างเหมาะสมพร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือการดูแลรักษาในขั้นตอนต่อไป

หมายเหตุ ให้เน้นการถามเพื่อค้นหาอาการที่มีใน ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยากหรือหลับๆตื่นๆหรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ติดกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวยึดหัวง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
คะแนนรวมทั้งหมด				

คะแนนรวม	การแปลผล
< 7	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้ารระดับน้อยมาก
7-12	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13-18	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
≥ 19	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

คะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ด้วย 8Q



แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

ลำดับ คำถาม	ระยะเวลา	คำถาม	ไม่มี	มี
1.		คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2.		อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3.	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาวันนี้	คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	0	6
		(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ) ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้ไหมว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	ได้ 0	ไม่ได้ 8
4.		มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5.		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริง ๆ	0	9
6.		ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7.		ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8.	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
คะแนนรวมทั้งหมด				

คะแนนรวม	การแปลผล
0	ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน
1-8	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย
9-16	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง
≥ 17	มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง

ถ้าคะแนน 8Q ≥ 17 ส่งต่อโรงพยาบาลมีจิตแพทย์ด่วน

ถ้าพบแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 1 คะแนน ขึ้นไปให้ส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพสต.)

แบบบันทึกการติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ ผู้ป่วยสุรา ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

กรณีผู้ป่วย OPD กรณีผู้ป่วยหลังจำหน่าย

รพ.สต./PCU/สถานีอนามัย.....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 ตักเตือนตำว่าบางครั้ง

ปรับปรุง คือครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ด้านลบ ได้แก่ การติเตียน ตูถูก ตำว่าและบางครั้งผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเองหลายครั้ง

7. การดูแลต่อเนื่องในชุมชน

7.1 ด้านอาหาร

ไม่มีอาการหมายถึง ผู้ป่วยรู้เรื่องช่วยตัวเองได้ ดำรงชีวิตในชุมชนได้

มีความสามารถจัดการความเครียด (มีที่ปรึกษาพูดคุยด้วย พักผ่อน หลีกเลี้ยงสถานการณ์ชั่วคราว ทำสมาธิ สวดมนต์ ออกกำลังกาย ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฯลฯ)

มีการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย ก้าวร้าว ซึมเศร้า

นอนตลอดทั้งวัน ยังมีหลงผิด ยังมีประสาทหลอนหูแว่ว

หุดหิ้วเราะคนเดียว ซึม แยกตัว ไม่พูด ก้าวร้าว เอะอะ อาละวาด

อื่น ๆ.....

7.2 ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่ยี่ 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

สังเกตการเตือนได้ กระสับกระส่าย เครียด กังวล นอนไม่หลับ นอนมาก แยกตัวเอง

8. การกินยา

สม่าเสมอ หมายถึงรับประทานยาครบถ้วนตามที่แพทย์สั่ง

ไม่สม่ำเสมอ หมายถึงรับประทานยาไม่ครบถ้วนตามที่แพทย์สั่ง แต่ยังมีรับประทานเป็นบางเวลาทุกวัน

ไม่กินยา หมายถึงไม่รับประทานยาเลยทุกมื้อ

มีอาการจากผลข้างเคียงของการรักษา เช่น ปากคอแห้ง น้ำลายไหล แขนขาอ่อน เหนื่อยไหวช้า ตัวแข็ง ความดันโลหิตต่ำ

อื่น ๆ.....

9. การประกอบอาชีพ

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

10. การประเมินต่าง ๆ

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

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

11. กรณีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยมีความพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองขณะอยู่บ้านหรือไม่ถ้ามีอธิบาย

.....

.....

.....

12. กรณีผู้ป่วยสุราปัญหาในการดูแล.....

.....

.....

.....

13. สรุปปัญหาของผู้ป่วยขณะติดตามเยี่ยม.....

.....

.....

.....

14. การช่วยเหลือที่ให้

- ให้สุขภาพจิตศึกษา
- ให้การปรึกษา
- การฟื้นฟูสมรรถภาพ ระบุ.....

15. การส่งต่อ

- ไม่ส่งต่อ
- ส่งต่อ เหตุผล.....
- ระบุสถานที่ส่ง.....

ลงชื่อ.....ผู้เยี่ยม

ตำแหน่ง.....

วตป. ที่ เยี่ยม.....

แบบประเมินภาวะเหนื่อยล้า หมดไฟ (Burnout)

ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ รู้สึกหมดพลัง หมดหวัง สูญเสียพลังงานทางจิตใจหรือไม่

1. แทบไม่มี
2. เป็นบางครั้ง
3. บ่อยครั้ง
4. เป็นประจำ

การแปลผล เสี่ยง = 3 คะแนนขึ้นไป

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

