



หลักสูตร

3 ทมอ



สำหรับ
ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health



กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
Division of Mental Health Promotion and Development



3 หมอ



สำหรับ
ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน



กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
Division of Mental Health Promotion and Development

ชื่อหนังสือ หลักสูตร 3 หมอสำหรับป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน
พิมพ์ครั้งที่ 1 สิงหาคม 2565
จัดพิมพ์โดย กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต
พิมพ์ที่ บริษัท บียอนด์ พับลิชชิง จำกัด
จำนวนพิมพ์ 500 เล่ม

คำนำ

สถานการณ์ทางสังคมและภาวะวิกฤตตลอด 3 ปีที่ผ่านมา ยังส่งผลกระทบทำให้เกิดความเครียดและแนวโน้มของการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้นอย่างน่าเป็นห่วง ดังนั้นการผลักดันให้เกิดกลไกการดูแลสุขภาพเชิงรุกให้กับประชาชน มุ่งหวังให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและการดูแลอย่างทั่วถึง รวดเร็ว ครอบคลุมประชาชนทั่วทั้งประเทศผ่านทีม 3 หมอที่กระจายอยู่ในชุมชนสามารถดูแลประชาชนได้มากถึง 30 ล้านคนจึงมีบทบาทและความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเฝ้าระวัง และให้การช่วยเหลือดูแล เพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในชุมชน

หนังสือฉบับนี้ จึงเป็นหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับบุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่จะเป็นวิทยากรใช้จัดอบรมให้กับทีม 3 หมอให้สามารถนำไปปรับใช้ดูแลประชาชนในชุมชน โดยที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย รวมไปถึงการเสริมสร้างทักษะการแนะนำ ช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย รวมไปถึงการดูแลรักษาโรค การเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการฆ่าตัวตาย เพื่อช่วยลดปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในชุมชนได้อีกทางหนึ่งต่อไป

สารบัญ

เนื้อหาความรู้ที่สำคัญ

บทที่ 1	สถานการณ์ ความจำเป็น ความเข้าใจและทัศนคติในปัญหาการฆ่าตัวตาย	1
บทที่ 2	บทบาทหน้าที่ 3 หมอ ในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตาย	7
บทที่ 3	แนวทางการส่งต่อ ติดตามและรายงานผล	9
บทที่ 4	ทักษะและกระบวนการในการช่วยเหลือ	11

หลักสูตรสำหรับฝึกอบรบ

บทนำ		15
แผนการสอนที่ 1	ปัญหาการฆ่าตัวตาย: สถานการณ์ องค์ความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ และมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย	16
แผนการสอนที่ 2	บทบาทหน้าที่ 3 หมอ ในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตาย	19
แผนการสอนที่ 3	แนวทางการส่งต่อ ติดตามและรายงานผล	30
แผนการสอนที่ 4	การคัดกรอง แนะนำ/ให้คำปรึกษาอย่างง่ายเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	39
แผนการสอนที่ 5	การวินิจฉัยและการรักษาเบื้องต้นโรคทางจิตเวชที่สัมพันธ์กับปัญหาการฆ่าตัวตาย และการแนะนำ/ให้คำปรึกษาอย่างง่าย สำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	53



บทที่ 1

สถานการณ์ ความจำเป็น ความเข้าใจและทัศนคติ ในปัญหาการฆ่าตัวตาย



- วิกฤติโควิด 19 ที่ยาวนานถึง 3 ปี ได้ส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรงและทำให้คนที่ความเครียดสูง
- อัตราการฆ่าตัวตาย (ตามใบมรณะบัตร) มีแนวโน้มสูงขึ้นกว่า 20% ซึ่งหมายความว่าอัตราการคิดฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายนี้อาจสูงมากเช่นกัน (5-20 เท่า)
- แม้อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจะอยู่ในระดับสูง แต่ก็เน้นการให้การรักษาทายายังคงขาดการดูแลด้านสังคมจิตใจ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง คือผู้ป่วยโรคจิต โรควิตกกังวลและติดยา/ยาเสพติด
- เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCDs) ที่มีความรุนแรงและแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แม้จะเข้าถึงบริการ แต่ก็ขาดบริการด้านสังคมจิตใจ จึงทำให้ผู้ป่วย NCDs จำนวนมากมีปัญหามสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ซึ่งสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายร่วมด้วย
- ผู้ที่มีปัญหามสุขภาพจิตโดยไม่ป่วย มีการเข้าถึงบริการด้านสังคมจิตใจ เช่น การให้คำปรึกษาในระดับต่ำมาก
- การดื่มสุรา (แม้จะไม่ได้เป็นผู้ติดยา) จะมีส่วนทำให้ลดความยับยั้งชั่งใจและทำให้ผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย กระทำการฆ่าตัวตายได้

โดยสรุปสถานการณ์ปัจจุบัน มีผู้ที่มีปัญหามสุขภาพจิตจนถึงขั้นมีความคิดฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายนสำเร็จมีอุบัติการณ์สูงมาก โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงทั้ง 2 กลุ่มคือ 1) ผู้ป่วย NCDs 2) โรคจิตเวชเรื้อรัง รวมถึงกลุ่มที่ประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ กลุ่มตกงาน เป็นหนี้ ขาดรายได้ กลุ่มที่มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนรอบข้างที่มีแนวโน้มของความพยายามฆ่าตัวตายนี้อาจเพิ่มสูงขึ้น เช่นกัน โดยทุกกลุ่มได้รับการดูแลด้านสังคมจิตใจ โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาน้อยมาก แม้ 2 กลุ่มแรก จะเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพที่เน้นการรักษาทางยาก็ตาม

ดังนั้น หัวใจสำคัญของการป้องกันการฆ่าตัวตายนี้อาจต้องทำในชุมชน โดยเฉพาะกับกลุ่มที่มีปัญหามสุขภาพจิต แต่ยังไม่พัฒนาไปสู่การป่วยทางจิต และกลุ่มเสี่ยงต่างๆ รวมถึงในสถานบริการโดยเฉพาะกับกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังทางกายและทางจิต การป้องกันการฆ่าตัวตายนี้อาจเป็นการป้องกันปัญหามสุขภาพจิตต่างๆ ด้วย

โดยการมีความเข้าใจและทักษะในเรื่องนี้ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

หลักสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

1) การฆ่าตัวตายไม่ได้แสดงว่าไม่ต้องการมีชีวิตอยู่ แต่เป็นการแสดงความท้อแท้สิ้นหวัง และเกิดขึ้นชั่วคราว เมื่อได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมก็สามารถกลับมาเข้มแข็งและใช้ชีวิตปกติได้

ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในการฆ่าตัวตาย ก็คือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต (ความเครียดจากสัมพันธภาพ/หนี้สิน) ผู้ป่วยเรื้อรังทางกายและทางจิต

2) พฤติกรรมการฆ่าตัวตายมี 3 ระดับ



การป้องกันแต่เนิ่นๆ คือการช่วยเหลือผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย

3) การสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

➔ ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายจะนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ การค้นหาและช่วยเหลือจึงควรเริ่มจากจุดนี้โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงทั้ง 3 กลุ่ม

➔ เนื่องจากคนที่มีความคิดฆ่าตัวตายในส่วนตัวของจิตใจต้องการความช่วยเหลือ ดังนั้นการถามและให้คำปรึกษาแนะนำจึงมีความสำคัญ

➔ แต่คนทั่วไปมักจะคิดว่าการถามถึงความคิดฆ่าตัวตายจะเป็นการไปกระตุ้นให้คิดฆ่าตัวตายซึ่งไม่เป็นความจริง ในทางตรงกันข้าม การถามจะช่วยให้ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้พูดและได้รับการช่วยเหลือได้ทันท่วงที

➔ การช่วยเหลือเบื้องต้นคือการให้ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายรู้สึกว่าได้การรับฟังและช่วยเหลืออย่างจริงจัง ขณะเดียวกันก็ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจให้มีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาและเปลี่ยนการคิดฆ่าตัวตาย

4) การช่วยเหลือในชุมชน มีบุคลากรสำคัญคือ “3 หมอ” โดยเริ่มจากอสม. ที่ใกล้ชิดบุคคลและครอบครัว บุคลากรรพ.สต. ซึ่งให้ความช่วยเหลือในระดับบริการ First Care และหมอครอบครัวที่ให้บริการทางการแพทย์และบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง



1. ความเข้าใจและทัศนคติในปัญหาการฆ่าตัวตาย

ความเชื่อ

- “คนที่พูดเรื่องการฆ่าตัวตายมักจะไม่ฆ่าตัวตายจริงๆหรอก”
- “การฆ่าตัวตายเกิดขึ้นมาทันทีแบบไม่มีปี่มีขลุ่ย”
- “คนที่คิดจะฆ่าตัวตายมีความคิดจะตายอย่างแน่นอน 100 %”
- “เมื่อผู้ใดคิดเรื่องการฆ่าตัวตายแล้วก็จะเป็นอย่างนั้นไปตลอด เปลี่ยนแปลงไม่ได้”
- “เมื่อวิกฤติชีวิตผ่านพ้นไปและอาการซึมเศร้าดีขึ้นความเสี่ยงฆ่าตัวตายก็หมดไป”
- “การฆ่าตัวตายเกิดขึ้นบ่อยในฤดูหนาวและกับคนในบางเศรษฐกิจทางสังคม”

ความจริง

“คนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ มักส่งสัญญาณเตือนอย่างชัดเจน ก่อนจะกระทำแล้ว”

“คนที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะสื่อสารทางคำพูดหรือการกระทำที่กำลังคิดเกี่ยวกับเรื่องการฆ่าตัวตายอยู่”

สิ่งที่พูด...เป็นสัญญาณเตือน

- สิ้นหวัง - “จะอยู่ไปทำไม ไม่มีทางที่มันจะดีขึ้น”
- รู้สึกผิด - “ทั้งหมดเป็นความผิดของฉันเอง ฉันสมควรโดนตำหนิ”
- อยากหลีกหนี - “ฉันทนรับมันอีกไม่ไหวแล้ว”
- โดดเดี่ยว - “ฉันอยู่แค่ตัวคนเดียว...ไม่มีใครสนใจฉัน”
- เสียชื่อเสียง - “ฉันรู้สึกเสียหน้าอย่างรุนแรง...ไม่มีทางกลับไปเป็นเหมือนเดิมได้อีก”
- ไม่มีทางช่วยเหลือ - “ไม่มีทางที่จะทำให้มันดีไปกว่านี้ ฉันทำอะไรไม่ได้แล้ว”

พูดเรื่องการฆ่าตัวตายหรือความตาย

พูดเรื่องการวางแผนฆ่าตัวตาย

“คนที่ฆ่าตัวตายมักมีความรู้สึกต่อสู้กันระหว่างความต้องการมีชีวิตอยู่กับการฆ่าตัวตาย”

“ความคิดฆ่าตัวตายส่วนใหญ่สามารถเปลี่ยนแปลงได้แต่ในบางรายก็อาจไม่สามารถเปลี่ยนแปลงกลับได้”

“เมื่ออาการซึมเศร้าดีขึ้น มีพลังกลับคืนมา แต่หากยังมีความสิ้นหวังอยู่ก็สามารถฆ่าตัวตายได้ง่ายขึ้น”



เมื่อใคร พยายามฆ่าตัวตาย ควรรับความช่วยเหลือ?

การเฝ้าระวังในผู้ใหญ่

1. รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา
2. รู้สึกว่างเปล่าหรือหมดเรี่ยวแรงอย่างมาก
3. ฝันร้าย/มีปัญหาการนอน
4. ความรู้สึกยังรุนแรง เช่น **รู้สึกผิด**/ถูกทอดทิ้ง
5. **ไม่มีใคร**ที่จะเล่าระบายได้
6. **หลีกเลี่ยงการรับรู้**ความรู้สึกโดยการทำให้ยุ่งอยู่ตลอดเวลา
7. ไม่สามารถควบคุมความ**โกรธ**หรือความ**เจ็บปวด**ได้
8. พฤติกรรมที่ถดถอยลง เช่น การ**สูบบุหรี่**, การ**ดื่ม**หรือการ**กิน**
9. ซ้ำ**ยานอนหลับ**/ คลายเครียดกินเอง
10. **คิดมาก**ขึ้นเรื่องความตายหรือการฆ่าตัวตาย



การเฝ้าระวังในวัยรุ่น

1. แยกตัวจากสังคมอย่างชัดเจน
2. พุดจาสื่อสาร**น้อยลง**
3. **โกรธ**เกรี้ยวตลอดเวลา
4. พุดเรื่องความ**ตายบ่อยๆ**



การเฝ้าระวังในเด็ก

1. เข้า**นอนยาก**
2. **สะดุ้ง**ตื่นกลางดึก
3. **ปัสสาวะ**รดที่นอน
4. กลับไปมีพฤติกรรม**ถดถอย**กว่าวัย

ผู้ดูแล ควรพูด/ทำอะไรดี... กับผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย?



บันได 8 ขั้น ป้องกันฆ่าตัวตาย

1. มองปัญหาการฆ่าตัวตายว่าเป็นเรื่องต้องจัดการอย่างจริงจัง
2. บอกคนใกล้ชิดเสมอ “เกิดอะไรขอให้บอก”
3. ฟังอย่างตั้งใจและเสนอความช่วยเหลือ
4. เก็บสิ่งที่อาจใช้เป็นอาวุธ
5. อย่าให้คนที่มีความเสี่ยงอยู่ลำพัง
6. พยายามชี้ทางเลือกด้านบวกที่หลากหลาย
7. อย่าสัญญาว่าจะเก็บเป็นความลับ
8. ขอความช่วยเหลือจากบุคลากรที่เชี่ยวชาญ



เกิดอะไรขึ้นกับ ญาติ ครอบครัว ผู้ใกล้ชิด “หากมีคนใกล้ชิดฆ่าตัวตาย”

ความรู้สึก	ความคิด	พฤติกรรม
<ul style="list-style-type: none"> ๑ ซ็อก ๑ โกรธ ๑ รู้สึกผิด ๑ เศร้า ๑ กลัว ๑ อื่นๆ เช่น รู้สึกถูกทรยศ/ทอดทิ้ง หรือ อับอาย 	<p>“ทำไมเค้าถึงทำอย่างนั้น”</p> <p>VS</p> <p>“ทำไมเราไม่รู้ว่ามันจะเกิดขึ้น”</p>	<ul style="list-style-type: none"> ๑ กินได้น้อย ๑ นอนไม่หลับ ๑ ออาการปวด ๑ ไม่มีสมาธิ ๑ ไม่มีเรี่ยวแรง

สิ่งที่ญาติ ครอบครัว ผู้ใกล้ชิด ควรพูด/ทำ ?

1. อย่ากังวลว่าจะพูดอะไรดี แค่แสดงให้เห็นว่าเราเข้าใจโดยฟังอย่างตั้งใจ
2. อย่าปล่อยไว้เนิ่นนาน
3. ติดตามดูเป็นระยะ
4. อย่าตื่นตกใจเมื่อมีการพูดถึงผู้ตาย ให้โอกาสได้พูดถึงผู้ตาย
5. อย่าพยายามบอกว่า “ให้เลิกคิดถึงผู้ตาย” เพราะมันต้องใช้เวลา
6. ยินยอมให้มีโอกาสได้ร้องไห้



ทัศนคติที่ควรปรับเปลี่ยนของสังคม

อคตินี้เป็นของกลุ่มมนุษย์
ผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย
จิตใจอ่อนไหว อ่อนแอ ไม่ปรับตัว
ไม่เผชิญปัญหา



- ๑ สังคมมีส่วนในการรักษาเป็นอย่างมาก ในขณะที่บางส่วนยังมีอคติ มองว่าหากเป็นผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย เป็นผู้มีปัญหาในการใช้ชีวิตในสังคม
- ๑ มองว่าเป็นคนอ่อนแอ
- ๑ การฆ่าตัวตายซ้ำ เป็นปัญหาครอบครัวไม่ดูแลเพียงพอ

ทัศนคติ (ที่เป็นบวก) ของผู้ดูแล

ผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตายก็คือมนุษย์ปุถุชนคนหนึ่ง ต้องการปรับเปลี่ยนพัฒนาตัวเองเมื่อเผชิญปัญหาชีวิต ปัญหาสุขภาพจิต เช่นเดียวกับคนทั่ว ๆ ไป ถ้ามองว่าการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาหนึ่งก็สามารถมองอย่างเท่าเทียมได้กับปัญหาสุขภาพกายอื่นๆ การดูแลมุ่งเน้นไปที่การช่วยเหลือบุคคลในฐานะเป็นคน มิใช่เน้นการรักษาให้หยุดทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตายเพียงอย่างเดียว แต่ควรทำความเข้าใจ เคารพ บังเอิญบุคคล มีปัญหาและทางออกแตกต่างกันทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ต้องการโอกาสได้รับความเห็นใจจากสังคม



บทที่ 2

บทบาทหน้าที่ 3 หมอ ในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตาย

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) : หมอ 1

อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นบุคคลสำคัญ และเป็นคนในพื้นที่ที่มีความใกล้ชิดกับชุมชน

- ๑ ค้นหา คัดกรอง เฝ้าระวัง ติดตาม ผู้ที่มีความเสี่ยง/ผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตายได้ โดยไม่เป็นการคุกคาม
- ๑ ให้คำแนะนำปรึกษาในผู้ที่มีความเสี่ยง/ผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตายได้
- ๑ จูงใจให้ผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย และครอบครัว เข้ารับการดูแลในระบบสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง
- ๑ บอกต่อให้กับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เข้ามาดูแลต่อเนื่อง



บทบาท หน้าที่บุคลากร sw.สต. : หมอ 2

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบุคคลสำคัญ ในการติดตาม เยี่ยมบ้าน ประสานช่วยเหลือ ผู้ป่วย ชุมชน รพ.

1. การคัดกรอง มีการบูรณาการ

1.1 คัดกรอง ผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย ในกลุ่มเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพกาย จิต สังคม ครอบครัว เศรษฐกิจ

1.2 วิเคราะห์สาเหตุ ช่วยแนะนำการแก้ปัญหา ลดปัจจัยเสี่ยง ทางกายและจิตใจ และเสริมปัจจัยปกป้องผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย ช่วยสรุปรายงาน รง506DS

2. การดูแล ช่วยเหลือและให้คำแนะนำ

เยียวยา/ให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย และครอบครัว

3. การติดตามประสานความช่วยเหลือ และส่งต่อผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตายในชุมชน ทั้งกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ไปรับบริการตามความเหมาะสม ทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข



บทบาทหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)

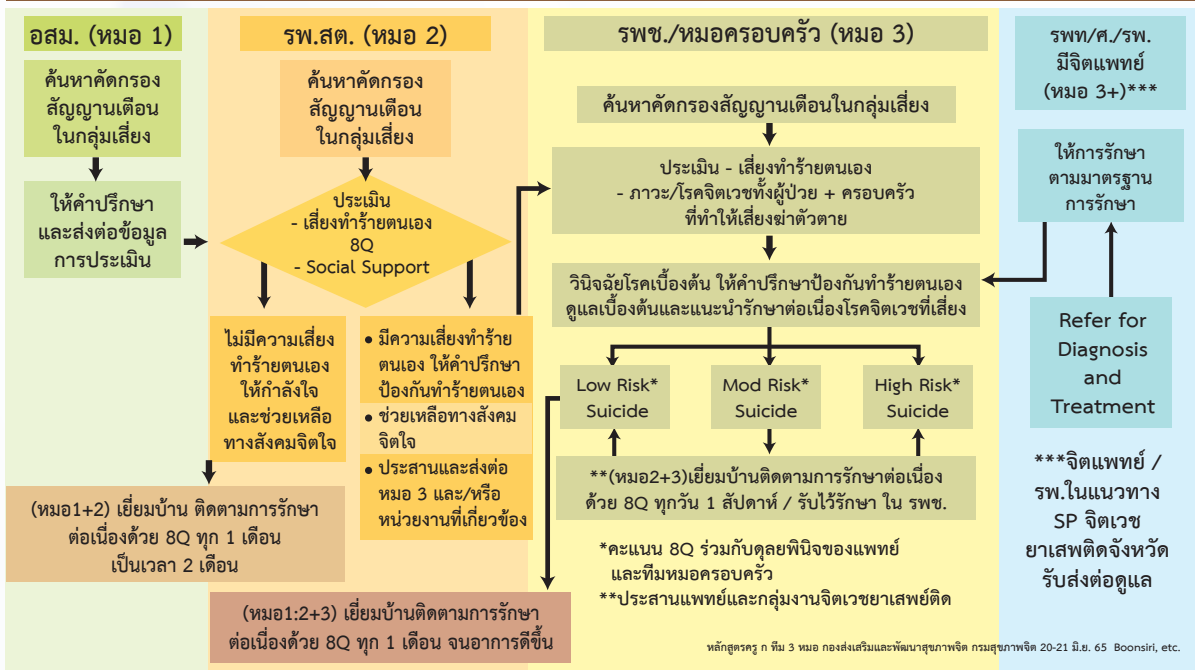
1. การควบคุมป้องกันแก้ไขปัญหาผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย ในพื้นที่
2. รวบรวมสรุปรายงาน รง506s
3. ตรวจสอบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย ในพื้นที่
4. กำกับ ติดตาม ประเมินผล ตลอดจนสนับสนุนวิชาการและการประสานความร่วมมือ ให้งานเฝ้าระวังผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย ในชุมชนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีม รพช.: หมอ 3

หมอครอบครัวและทีม เจ้าหน้าที่ รพช. เป็นบุคคลสำคัญ ในการบูรณาการงานสุขภาพจิตปฐมนูมิ ให้ประชาชนเข้าถึงบริการและติดตามต่อเนื่อง

1. การวางแผนระบบการให้ดูแลผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย ต่อเนื่องในชุมชน
2. วินิจฉัยและรักษาเบื้องต้นปัญหา โรค/ปัจจัยเสี่ยงใน ผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย รวมทั้งลดปัญหาโรค/ปัจจัยเสี่ยงในครอบครัว
3. การให้คำแนะนำ ป้องกัน ดูแล ติดตาม ในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งกระตุ้น การตระหนักรู้ ความเข้าใจ ในการดูแล ผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย ในครอบครัว ชุมชน สังคม
4. การติดตาม เฝ้าระวัง และส่งต่อผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย ทั้งกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ไปรับบริการเฉพาะทาง ตามความเหมาะสม

ผังไหล กระบวนการดูแลของทีม 3 หมอ กรณีผู้ป่วยเคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย (Attempted Suicide)



บทที่ 3

แนวทางการส่งต่อ ติดตามและรายงานผล

บทนี้จะ เป็นบทที่อธิบายให้เห็นถึงความจำเป็นและแนวทางของการดูแลเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่องในชุมชน ภายหลังจากที่ทีม 3 หมอได้ให้การดูแลจิตใจ ช่วยเหลือเบื้องต้นแล้ว ทีม 3 หมอจำเป็นต้องส่งต่อข้อมูลการช่วยเหลือ ตลอดจนประสานหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการเข้ามาให้การช่วยเหลือที่ตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง ทั้งนี้การให้การช่วยเหลือในกรณีที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง เพราะการดูแลเพียง 1-2 ครั้ง อาจไม่สามารถช่วยแก้ปัญหาได้อย่างครบถ้วน

ดังนั้นการติดตามจากทีม 3 หมอและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงมีความสำคัญต่อผู้มีปัญหาความเครียด หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย ทั้งในด้านการให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาและติดตามให้รักษาตัวอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านสร้างกำลังใจและส่งเสริมบทบาทของคนในครอบครัวในการช่วยเฝ้าระวัง และร่วมกันดูแลก็จะเป็นโอกาสให้กลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ มีความเข้มแข็งทางจิตใจมากยิ่งขึ้น

หากชุมชนโดยอสม.และรพ.สต. ร่วมกันดำเนินการป้องกันความเครียดหรือการฆ่าตัวตายในชุมชน ก็จะเป็นการปฏิบัติงานที่สำคัญในการลดปัญหาความเครียด และลดความพยายามฆ่าตัวตายของคนในชุมชนให้ลดลงได้ แต่ที่สำคัญกว่านั้นคือ ทำให้ชีวิตเหล่านี้กลับมามีคุณค่ากับตนเอง ครอบครัวและชุมชนสืบไป ยิ่งกว่านั้นการดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงแม้จะไม่ถึงขั้นฆ่าตัวตาย แต่ก็จะทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งในการดูแล และเกื้อกูลซึ่งกันและกัน รวมทั้งสร้างกลไกในชุมชนในการดูแลกันให้เข้มแข็งโดยเชื่อมประสานเป็นอย่างดีกับระบบบริการด้านสาธารณสุขและบริการอื่นๆ ทางารแพทย์ที่มีทีมหมอครอบครัวเป็นกำลังสำคัญ



ส่งเสริมสุขภาพจิต



อสม./อสส.(ทมอ 1)

ดูแลเชิงรุก “เกาะประตูบ้าน

- เยี่ยมบ้าน กลุ่มเสี่ยงและญาติ
- สังเกตสัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่าตัวตาย
- ให้การช่วยเหลือแนะนำเบื้องต้นแก่กลุ่มเสี่ยงและญาติ ครอบครัว
- ส่งต่อข้อมูลให้กับ รพ.สต. (ทมอ 2)

ฐานข้อมูลผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในชุมชน



จัดกิจกรรมส่งเสริมปัจจัยปกป้องลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน



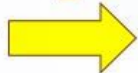
ติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

รพ.สต.(ทมอ 2)

ส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง

- ประเมินด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ร่วมกับนักการสังคม
- สัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่าตัวตาย
- ให้การปรึกษา ช่วยเหลือเบื้องต้น
- ค้นหาปัจจัยเสี่ยงในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อหาทางช่วยเหลือ
- ปรึกษา ส่งต่อแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ทมอ 3) กรณีพบความเสี่ยงสูง/มีความจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคที่เกี่ยวข้อง



หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)



รพ.สต.(ทมอ 2)

ส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง

- ให้คำปรึกษาแก่ หมอ2 เกี่ยวกับการดูแล
- วินิจฉัย รักษาโรคร่วมที่สัมพันธ์กับปัญหาการฆ่าตัวตาย เช่น ติดสุรา สารเสพติด ฯลฯ
- ส่งต่อแพทย์เฉพาะทางจิตเวช กรณีที่พบอาการทางจิตรุนแรง/เสี่ยงสูง



บำบัดรักษาเฉพาะทาง (ญาติภูมิ/ถนิตยภูมิ)



ส่งต่อบริการ Telepsychiatry



แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว(ทมอ 3)

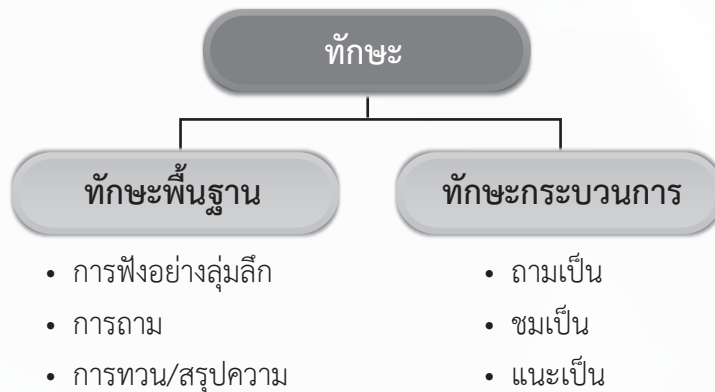
- ให้คำปรึกษาแก่ หมอ2 เกี่ยวกับการดูแล
- วินิจฉัย รักษาโรคร่วมที่สัมพันธ์กับปัญหาการฆ่าตัวตาย เช่น ติดสุรา สารเสพติด ฯลฯ
- ส่งต่อแพทย์เฉพาะทางจิตเวช กรณีที่พบอาการทางจิตรุนแรง/เสี่ยงสูง



บทที่ 4

ทักษะและกระบวนการในการช่วยเหลือ

ทักษะและกระบวนการในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาความเครียดหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย



1) ทักษะพื้นฐาน :

ที่สำคัญคือ การฟังอย่างลุ่มลึก ซึ่งเป็นการฟังอย่างใส่ใจประกอบด้วย

- ทำทีในการรับฟัง โดยการสบตา พยักหน้า
- ฟังได้ทั้งความคิดและความรู้สึก โดยเฉพาะน้ำเสียง ท่าทาง ระยะห่าง/สัมผัส

ทักษะพื้นฐานเหล่านี้มีความจำเป็น จะส่งเสริมให้ตลอดการสื่อสารกับผู้ที่มีปัญหาอันจะทำให้เกิดความไว้วางใจ การนำปัญหามาเล่าให้ฟัง และยอมรับในการหาทางออก

นอกจากนี้ยังต้องมีทักษะในการถาม โดยเฉพาะการถามปลายเปิด เพื่อสำรวจปัญหา ค้นหาข้อมูล และกระตุ้น/ค้นหาแรงจูงใจ และการถามปลายปิด โดยใช้ในการถามเพื่อยืนยัน ความชัดเจนในสิ่งที่มีความสำคัญร่วมไปกับการสื่อสารที่ช่วยให้เกิดการเชื่อมโยงไปสู่ปัญหาและสาเหตุที่ลึกลงไปด้วยการทวนความ และสรุปความ ทั้งนี้การถามด้วยคำถามปลายปิด ควรใช้ในสถานการณ์ที่จำเป็นเพื่อต้องการคำยืนยันเท่านั้น

ทักษะการทวนและสรุปความ เป็นอีกทักษะหนึ่งที่มีความจำเป็น โดยใช้ในการทวนความหรือสะท้อนความ เพื่อติดตามการสนทนาหรือเน้นสิ่งที่มีความหมายสำคัญ และเพื่อการสรุปความ โดยเป็นการขมวดการสนทนาและนำการสนทนาเข้าสู่ประเด็น

2) ทักษะกระบวนการ

เป็นการนำหลักของการสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการต่อสู้ชีวิตต่อไป โดยค้นหาแรงจูงใจที่สำคัญในตนเองที่ผู้ให้ความช่วยเหลือสามารถใช้การสื่อสารดึงแรงจูงใจเหล่านี้ออกมา

การสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจมีทั้งส่วนที่เป็นทักษะและกระบวนการแต่เพื่อให้ง่ายต่อการเรียนรู้และนำมา ใช้งานในชุมชนและบริการพื้นฐาน จึงได้มีการพัฒนาการสื่อสารให้เป็นทั้งทักษะและกระบวนการไปด้วยกันเรียกว่าทักษะกระบวนการ

หัวใจสำคัญของการสร้างแรงจูงใจคือทุกคนมีแรงจูงใจอยู่ภายในแต่อาจถูกมองข้ามไปหรือไม่ตระหนัก เพราะจากความเครียดจากปัญหาต่างๆ มาบดบัง การสื่อสาร/สนทนา จึงทำหน้าที่ในการดึงแรงจูงใจเหล่านี้ ออกมาและรักษาแรงจูงใจเหล่านี้ไว้

บทบาทของการสื่อสารก็คือทำให้ผู้ที่ยังไม่ตระหนักเกิดแรงจูงใจและรักษาแรงจูงใจนั้นไว้ และหากมีการสูญเสียแรงจูงใจ ก็ยังใช้การสื่อสารเพื่อกลับมาสร้างแรงจูงใจใหม่

ทักษะกระบวนการเป็นการบูรณาการทั้งทักษะและกระบวนการเข้าด้วยกัน โดยมีทักษะพื้นฐาน โดยเฉพาะการฟังเป็นพื้นฐานตลอดการสื่อสาร ทักษะกระบวนการในการสื่อสารสร้างแรงจูงใจให้ผู้มีความเครียดหรือความคิดฆ่าตัวตายกลับมามีแรงจูงใจที่จะสู้ชีวิตต่อไป เปลี่ยนความเครียดหรือความคิด ฆ่าตัวตายที่เดิมมีอยู่ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนภายหลังจากการแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพแล้ว ดังนี้



วงจรของแรงจูงใจ

(1) **ถามเป็น** เป็นทักษะการถามเพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาและแรงจูงใจในตนเอง ประกอบด้วย

1.1 **ถามเพื่อประเมินความเครียดหรือความคิดฆ่าตัวตาย** เป็นคำถามปลายปิดที่จะช่วยให้รู้ว่ามีความเครียดหรือความคิดฆ่าตัวตายหรือไม่ และมีความรุนแรงแค่ไหน (เคยพยายามหรือไม่)



1.2 ถามเพื่อค้นหาศักยภาพ/แรงจูงใจทางบวก เป็นการถามปลายเปิดเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสำคัญต่อชีวิตของผู้มีปัญหา



จากคำถามปลายเปิดนี้และการฟังอย่างลุ่มลึกผู้มีปัญหาจะสามารถเล่าเรื่องราวสำคัญที่เป็นแรงจูงใจให้ต่อสู้และประกอบชีวิตตนเอง ซึ่งมักจะเป็นแรงจูงใจ 3 ประเภท ดังต่อไปนี้

1. รัก/เป็นห่วง **ครอบครัว**
2. รับผิดชอบ **ต่อการทำงานและการหาเลี้ยงครอบครัว**
3. ยึดมั่นในหลักศาสนาหรือใส่ใจในการดูแลตนเอง

ซึ่งเมื่อฟังอย่างลุ่มลึกจะสามารถจับประเด็นได้ และนำไปสู่ขั้นตอนต่อไปคือการชมเป็น

(2) **ชมเป็น** เป็นทักษะการสรุปความที่ได้จากการถามและฟังอย่างใส่ใจ เพื่อค้นหาศักยภาพและแรงจูงใจ โดยนำประเด็นที่สรุปได้มาย้ำและแสดงความชื่นชม

- ครอบครัว** เช่น คุณเป็นคนที่ห่วงใย ลูก/ครอบครัว
- การทำงาน** เช่น คุณเป็นคนที่มีความรับผิดชอบในการทำงาน/เสาหลักของครอบครัว
- ตนเอง** เช่น คุณเป็นคนที่มีความยึดมั่นในศาสนา คุณเป็นคนที่ใส่ใจสุขภาพ

(3) **แนะเป็น** เป็นการให้คำแนะนำที่ตรงกับปัญหา/ความจำเป็น

1) **ประเมินภาวะสุขภาพจิต** หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพจิตที่มีปัญหา เช่น 8Q (สำหรับความคิดฆ่าตัวตาย หรือ 9Q (สำหรับภาวะซึมเศร้า)

2) **การเชื่อมโยงเข้ากับบริการต่อเนื่อง** โดยบริการในระดับเฉพาะทางที่มีสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพจิตในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

3) **การรักษาแรงสนับสนุนทางสังคม** เช่น การขออนุญาตเชื่อมโยงกับครอบครัว เยี่ยมบ้าน หรือนัดหมายให้ถี่มากขึ้น เป็นต้น

สรุปแนวทางการสื่อสาร

ขั้นตอน	ประเด็น
1) ถามเป็น เช่น สัมพันธภาพและสำรวจปัญหา 	<ul style="list-style-type: none"> • สร้างสัมพันธภาพ การคุยถึงปัญหาที่ประสบอยู่ • ถามเพื่อประเมินความเครียดหรือความคิดฆ่าตัวตาย เช่น “มีอะไรทำให้เครียด” “รู้สึกเป็นทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ไหม” • ถามเพื่อค้นหาแรงจูงใจทางบวก เช่น “ทั้ง ๆ ที่มีความเครียดหรือความทุกข์มาก อะไรทำให้ยังพยายามอยู่ต่อไป”
2) ชมเป็น เสริมศักยภาพและแรงจูงใจในการต่อสู้ชีวิต 	สรุปตามข้อ 3 ประเด็นมาแสดงความชื่นชม <ul style="list-style-type: none"> • ครอบครัว เช่น “คุณเป็นคนที่ห่วงใย ลูก/ครอบครัว” • การงาน เช่น “คุณเป็นคนที่มีความรับผิดชอบในการทำงาน” “คุณเป็นเสาหลักของครอบครัว” • ตนเอง เช่น “คุณเป็นคนที่มีความยึดมั่นในศาสนา” “คุณเป็นคนที่ใส่ใจสุขภาพ”
3) แนะนำเป็น ให้คำแนะนำที่ตรงกับปัญหา/ความจำเป็น	<ul style="list-style-type: none"> • ประเมินภาวะสุขภาพจิตด้วย 8Q (ความคิดฆ่าตัวตาย) 9Q (ซึมเศร้า) • การเชื่อมโยงเข้ากับบริการต่อเนื่องที่มีบุคลากรด้านสุขภาพจิต • การรักษาแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและผู้ช่วยเหลือ

3) ทักษะการสื่อสารกับบุคคลและครอบครัว

ครอบครัวเป็นปัจจัยเกื้อหนุนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียดและความคิดฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตาม แต่ละครอบครัวมีความพร้อมไม่เท่ากัน ที่สำคัญคือจะต้องมีการประเมินครอบครัวว่ามีการทำหน้าที่ที่สามารถช่วยเหลือครอบครัวได้หรือไม่ โดยทั่วไปแม้ครอบครัวจะไม่สมบูรณ์ แต่ก็มักจะมีบุคคลอย่างน้อย 1 คน ที่ผู้มีปัญหาที่มีความผูกพันด้วย การทำความเข้าใจกับบุคคล ดังกล่าวถึงปัญหาของกลุ่มเสี่ยง/มีปัญหา และให้เขามีบทบาทเบื้องต้นตามหลักปฐมพยาบาลทางใจ โดยเฉพาะใส่ใจ ระวัง และหากมีอะไรน่าเป็นห่วงก็เชื่อมโยงกับ 3 หมอในชุมชน

หลักสูตรการฝึกอบรม

กำหนดการฝึกอบรม

หลักสูตร 1 วัน (6 หัวข้อ)

15 นาที (9.00-9.15 น.)	1.15 ชั่วโมง (9.15-10.30 น.)	45 นาที (10.30-11.15 น.)	45 นาที (11.15-12.00 น.)	ห้องย่อย 2 ห้อง	
				ห้อง 1 : อสม./รพ.สต.	ห้องที่ 2: แพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว
บทนำ	แผนการสอนที่ 1	แผนการสอนที่ 2	แผนการสอนที่ 3	แผนการสอนที่ 4	แผนการสอนที่ 5
ความสำคัญของ 3 หมอ และ เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ของการพัฒนา ทีม 3 หมอ	ปัญหาการฆ่าตัวตาย: สถานการณ์ องค์ความรู้ ความเข้าใจ ที่คนคิด และมาตรการป้องกัน แก้ไขปัญหา การฆ่าตัวตายใน ประเทศไทย	บทบาทหน้าที่ 3 หมอ ในการดูแล ช่วยเหลือ ผู้ที่มีปัญหา การฆ่าตัวตาย	การส่งต่อ ติดตาม และรายงานผล	การเฝ้าระวัง/ คัดกรอง แนะนำ/ ให้คำปรึกษาอย่างง่าย เพื่อป้องกันปัญหา การฆ่าตัวตาย	การวินิจฉัยและการรักษา เบื้องต้นโรคทางจิตเวช ที่สัมพันธ์กับปัญหา การฆ่าตัวตาย และ การแนะนำให้คำปรึกษา อย่างง่าย สำหรับแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว
เมื่อสอนเสร็จสิ้นกระบวนการทั้งแผน 4 และ 5 ให้มีการสรุปทบทวนสิ่งที่ 3 หมอต้องทำต่อเนื่อง ในชุมชน (5 นาที)					

บทนำ

ความสำคัญของ 3 หมอ และเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ของการพัฒนาทีม 3 หมอ

เวลา 15 นาที

วัตถุประสงค์

อธิบายความสำคัญของทีม 3 หมอในการดูแลสุขภาพจิตประชาชน รวมถึงเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ความจำเป็นของการพัฒนาศักยภาพให้กับทีม 3 หมอในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายที่อยู่ในชุมชน

สาระสำคัญ

ทีม 3 หมอถือเป็นทีมที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลประชาชน โดยเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข คือการที่ทีม 3 หมอสามารถดูแลประชาชนได้ครอบคลุมไม่น้อยกว่า 30 ล้านคนทั่วประเทศ ดังนั้นทีม 3 หมอ จึงเป็นกลไกสำคัญอย่างยิ่งต่อการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายและสามารถให้การช่วยเหลือดูแลเพื่อลดปัญหา การฆ่าตัวตายของประชาชนทั่วทั้งประเทศได้

กิจกรรม

- 5 นาที 1. บรรยายนโยบาย เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขต่อทีม 3 หมอ (ใบความรู้ที่ 1)
- 10 นาที 2. บรรยายภาพรวมการปฏิบัติงานร่วมกันของทีม 3 หมอในมิติของการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตและการบำบัดรักษา (ใบความรู้ที่ 1)

ใบความรู้ที่ 1

ความสำคัญของทีม 3 หมอ

ปัจจุบันการดูแลสุขภาพประชาชนโดยเน้นไปที่การดูแลรักษาผู้ป่วยในสถานพยาบาลไม่ใช่คำตอบของระบบสาธารณสุขที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพกายและใจที่ดีอีกต่อไป การดูแลสุขภาพเชิงรุกที่เข้าถึงประชาชนได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุมในชุมชนจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญของการเสริมสร้างการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน

ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายสำคัญ ผ่านกลไกระบบสุขภาพปฐมภูมิ ให้ทีม 3 หมอ ซึ่งประกอบไปด้วย หมอที่ 1 หมอประจำบ้าน หรือ อสม. หมอที่ 2 หมอสาธารณสุขหรือบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหมอที่ 3 หมอประจำครอบครัวหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สามารถให้การดูแลประชาชนคนไทยได้ครอบคลุมไม่น้อยกว่า 30 ล้านคนทั่วประเทศ ตามแนวคิด “คนไทยทุกคนมีหมอประจำตัว” เพื่อให้ประชาชนสามารถได้รับการดูแล ช่วยเหลือและเข้าถึงบริการทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต ครอบคลุมในมิติส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา

ดังนั้นการส่งเสริมให้ทีม 3 หมอมีความรู้ มีศักยภาพ และสามารถเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะปัญหาการฆ่าตัวตาย ซึ่งถือเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงและส่งผลกระทบในวงกว้างทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม จึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ทีม 3 หมอสามารถเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย และให้การดูแลช่วยเหลือได้อย่างทันที่

ส่งเสริมสุขภาพจิต



อสม./อสส. (หมอ 1)
ดูแลเชิงรุก “เคาะประตูบ้าน”

- เยี่ยมบ้าน กลุ่มเสี่ยงและญาติ
- สังเกตสัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่าตัวตาย
- ให้การช่วยเหลือและนำเบื้องต้นแก่กลุ่มเสี่ยงและญาติ ครอบครัว
- ส่งต่อข้อมูลให้กับ รพ.สต. (หมอ 2)

ฐานข้อมูลผู้ที่เคยพยายาม
ฆ่าตัวตายในชุมชน



จัดกิจกรรมส่งเสริมปัจจัยปกป้อง
ลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน

ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย



บำบัดรักษาเฉพาะทาง (กฤตยภูมิ/กฤตยภูมิ)



หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)

รพ.สต. (หมอ 2)

- ประเมินด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ร่วมกับการสังเกตสัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่าตัวตาย
- ให้การปรึกษา ช่วยเหลือเบื้องต้น
- ค้นหาปัจจัยเสี่ยงในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อหาทางช่วยเหลือ
- ปรึกษา ส่งต่อแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว (หมอ 3) กรณีพบความเสี่ยงสูง/มีความจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคที่เกี่ยวข้อง

ติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ส่งต่อบริการ
Telepsychiatry



**แพทยเวชศาสตร์
ครอบครัว (หมอ 3)**

- ให้คำปรึกษาแก่ หมอ 2 เกี่ยวกับกรณีดูแล
- วินิจฉัย รักษาโรคร่วมที่สัมพันธ์กับปัญหาการฆ่าตัวตาย เช่น ติดยา สารเสพติด ฯลฯ
- ส่งต่อแพทยเฉพาะทางจิตเวช กรณีพบอาการทางจิตรุนแรง/เสี่ยงสูง

แผนการสอนที่ 1

ปัญหาการฆ่าตัวตาย: สถานการณ์ องค์ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และ มาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

เวลา 1.15 ชม.

วัตถุประสงค์

อธิบายสถานการณ์และความจำเป็นในการป้องกันการฆ่าตัวตาย รวมถึงสร้างทัศนคติการรับรู้ต่อปัญหาการฆ่าตัวตายที่ถูกต้อง

สาระสำคัญ

รายละเอียดตามเนื้อหาในบทที่ 1 เรื่อง สถานการณ์และความจำเป็น กลุ่มเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้องที่สัมพันธ์กับปัญหาการฆ่าตัวตาย

กิจกรรม

- 5 นาที 1. จับคู่ผู้เข้าอบรมทำ pre-test (ใบกิจกรรมที่ 1.1)
- 10 นาที 2. บรรยายนำ สถานการณ์และความจำเป็นตามบทที่ 1
- 30 นาที 3. บรรยายแนวคิดการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย กลุ่มเสี่ยงและปัจจัยปกป้องที่สัมพันธ์กับปัญหาการฆ่าตัวตาย (ใบความรู้ที่ 1.1)
- 5 นาที 4. ให้จับคู่ผู้เข้าอบรมตามคู่เดิมและฝึกทำ Post-test (ใบกิจกรรมที่ 1.1) และลองสุ่มถามผู้เข้าอบรม 1-2 คน/อภิปราย/สรุปผลร่วมกัน
- 10 นาที 5. จับคู่ ผู้เข้าอบรม ถาม-ตอบ เกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย (ใบกิจกรรมที่ 1.2) และบรรยายเพื่ออธิบายทัศนคติที่ถูกต้องที่มีต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย (ใบความรู้ที่ 1.2)
- 10 นาที 6. ทัศนคติของผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลและประชาชนที่มีต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย (ใบความรู้ที่ 1.3)
- 5 นาที 7. สุ่มถามความคิดเห็นและสรุป (ใบกิจกรรมที่ 1.2)

ใบกิจกรรมที่ 1.1

1. วิทยากรให้ผู้เข้าอบรมจับคู่กับคนนั่งข้างๆ ลองอ่านข้อความและช่วยกันตอบทั้งหมด 7 ข้อ ดังนี้

ขอให้จับคู่กันทำ ก่อนอบรม และหลังอบรม

คำถาม	ก่อน		หลัง	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
1. การฆ่าตัวตายถือว่าเป็นโรคชนิดหนึ่ง				
2. แนวโน้มของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง				
3. การวิเคราะห์ข้อมูลจากการเฝ้าระวังและการสอบสวนโรคจะช่วยในการรู้สาเหตุและปัจจัยร่วมของการฆ่าตัวตาย				
4. การต้องเผชิญกับวิกฤตในชีวิต ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย				
5. การถูกละเลยในวัยเด็ก เป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย				
6. ชุมชนที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุนซึ่งกันและกันเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญต่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย				
7. การเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว ไม่ได้ช่วยลดปัจจัยเสี่ยง				



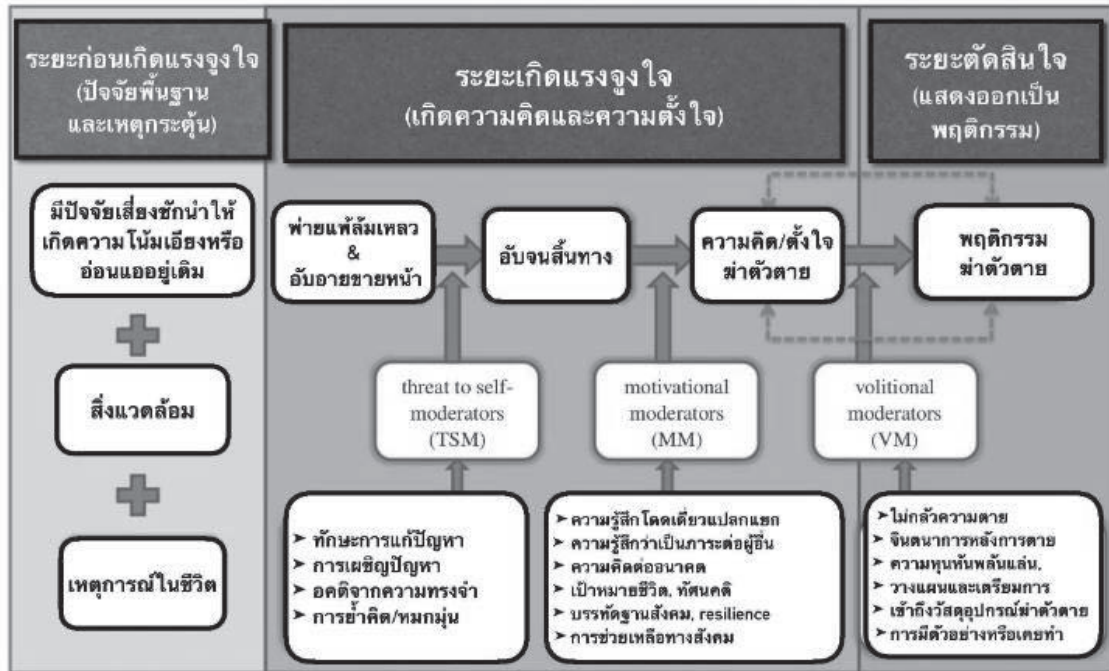
2. หลังจากที่ทุกคนทำแบบทดสอบ Pre-Test เสร็จแล้ว วิทยากรบรรยายเนื้อหาที่เกี่ยวข้องภายในบทเรียนที่ 1 และเมื่อบรรยายเสร็จ ให้ผู้เข้าอบรมจับคู่ทำ Post-test อีกครั้ง พร้อมทั้งสุ่มถามผู้เข้าอบรม 2-3 คน ก่อนจบแผนการสอนที่ 1

เฉลย

ข้อ	ใช่	ไม่ใช่	คำอธิบาย
1		✓	การฆ่าตัวตายไม่ใช่โรคแต่มีรหัสสำหรับลงเพื่อวินิจฉัย
2	✓		การฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากปัจจัยกระตุ้น เช่นวิกฤตต่างๆ มีมากขึ้น
3	✓		การที่มีข้อมูลจากการเฝ้าระวังและสอบสวนโรค จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สาเหตุและสถานการณ์ของปัญหาการฆ่าตัวตาย นำไปสู่การวางแผนในการให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง
4		✓	การเผชิญกับวิกฤตถือเป็นปัจจัยกระตุ้นที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ที่มีความเสี่ยงอยู่เดิมตัดสินใจฆ่าตัวตาย
5	✓		การถูกทารุณกรรมในวัยเด็กเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้บุคคลมีความเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเองได้มากขึ้น หากมีปัจจัยกระตุ้นเข้ามากระทบ
6	✓		ชุมชนที่คอยดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยให้ผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือ ดูแล รู้สึกไม่โดดเดี่ยว
7	✓		การเข้าถึงบริการที่รวดเร็วเป็นการเพิ่มปัจจัยปกป้องที่จะช่วยให้ผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายได้รับการดูแลที่รวดเร็ว ทันที

ใบความรู้ที่ 1.1

โมเดลอธิบายพฤติกรรมการณ์การฆ่าตัวตาย ของ RORY O' CONNOR



O'Connor RC, Kirtley OJ. 2018 The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Phil. Trans. R. Soc. B* 373: 20170268. <http://dx.doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>

ข้อเสนอแนะมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย

1. มาตรการลดอคติและตราบาบ

ข้อเท็จจริง อุปสรรคของการป้องกันการฆ่าตัวตายและช่วยเหลือผู้รอดชีวิต/ญาติ อย่างหนึ่งคือการที่สังคมมีอคติต่อผู้ที่ฆ่าตัวตายและผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้ผู้ฆ่าตัวตายและญาติรู้สึกเป็นตราบาบ ต้องปกปิด ไม่อยากรับการช่วยเหลือ

วิธีการ สร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง ปรับเปลี่ยนประเด็นอคติ (การฆ่าตัวตายเป็นการขอความช่วยเหลือและต้องการคนรับฟัง)

2. มาตรการขจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น

ข้อเท็จจริง ผู้พยายามฆ่าตัวตายนั้จะมีปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ 1) วิกฤติชีวิตที่รู้สึกพ่ายแพ้ล้มเหลวอับอายขายหน้าร่วมกับรู้สึกอับจนหนทาง 2) ฤทธิ์ของสารเสพติด 3) อาการโรคจิตเวชกำเริบ 4) ข่าวการฆ่าตัวตายนหากไม่ขจัดหรือบรรเทาจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายซ้ำจนเสียชีวิต (ปัจจัยกระตุ้นที่เพิ่มมาในช่วง covid คือ ขาดปัจจัย 4 และการถูกทวงหนี้)



วิธีการ 1) ช่วยขจัดหรือแก้ไขบรรเทาวิกฤติชีวิต เช่น การบำบัดทางจิต ให้การปรึกษาด้านกฎหมาย/การเงิน/ปัญหาการเลี้ยงชีพ

- 2) แก้ไขภาวะ intoxication และนำผู้ติดสารเสพติดเข้าสู่กระบวนการรักษา
- 3) รักษาอาการของโรคจิตเวชโดยเร็ว แล้วติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง
- 4) ยับยั้งหรืองดการเสนอข่าวฆ่าตัวตายที่ลงรายละเอียด

3. มาตรการขจัดหรือลดปัจจัยเสี่ยง

ข้อเท็จจริง ผู้ที่มีวิกฤติชีวิตไม่ได้คิดฆ่าตัวตายทุกคนแต่คนที่ปัจจัยเสี่ยงมีโอกาสสูงที่จะเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ดังนั้นหากจะป้องกันต้องทราบปัจจัยเสี่ยงเพื่อวางมาตรการขจัดหรือลดทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว องค์กร และชุมชนหรือสังคม (ที่บุคคลนั้นเกี่ยวข้อง)

วิธีการ ค้นหาและประเมิน ปัจจัยเสี่ยงทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเพื่อลดหรือขจัด หากมีโรคจิตเวช/ติดสุราสารเสพติด/มีปัญหาบุคลิกภาพ ให้นำเข้าสู่กระบวนการรักษาจนทุเลา แล้วติดตามดูแลไม่ให้กลับซ้ำ รวมทั้งนำเสนอจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาแก้ไขปัญหาบุคลิกภาพรักษาและควบคุมอาการของโรคทางกายที่มี

ปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อย

1. โรคจิตเวช
2. ติดสุราหรือสารเสพติด
3. โรคทางกายรุนแรง/เรื้อรัง
4. บุคลิกภาพหุนหันพลันแล่น
5. ตนเองและคนในครอบครัวเคยฆ่าตัวตาย
6. มี childhood trauma เช่น ในวัยเด็กถูกทารุณทางกาย ทางเพศ ทางอารมณ์หรือถูกทอดทิ้ง ละเลย

4. มาตรการสร้างและเสริมปัจจัยปกป้อง

ข้อเท็จจริง ผู้ที่มีวิกฤติในชีวิตหรือผู้ที่เคยฆ่าตัวตาย หากมีปัจจัยปกป้องที่แข็งแรงจะช่วยป้องกันการคิดและกระทำฆ่าตัวตาย ดังนั้นต้องเสริมและสร้างให้มีความเข้มแข็งในทุกระดับ (บุคคล ครอบครัว ชุมชน)

วิธีการ 1) **ประเมิน** ปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวข้องระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน อย่างน้อย 5 ปัจจัย การปรับตัวและทักษะการเผชิญ/แก้ปัญหา การมีความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องไม่ถูกต้อง ความผูกพันแน่นแฟ้น อบอุ่นในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน อยู่ในชุมชนที่เกื้อหนุนช่วยเหลือกันดี เข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้ง่าย 2) **สร้างปัจจัยปกป้องที่ยังไม่มี** เช่น ทักษะการเผชิญ/แก้ปัญหาแก่กลุ่มเสี่ยง life skill อื่นๆ ที่ขาด แนะนำกิจกรรมสร้างความผูกพันในครอบครัว สนับสนุนวัคซีนใจในครอบครัวและชุมชน 3) **เสริมปัจจัยปกป้องที่มีอยู่ให้แข็งแรง** เช่น การสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

5. มาตรการสร้างและเสริมด้านกัน

ข้อเท็จจริง มีผลวิจัยชัดเจนว่า หากการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสถานที่ใช้ฆ่าตัวตายที่ไม่สะดวกหรือหาได้ยากจะลดอัตราการฆ่าตัวตาย

วิธีการ ค้นหาและประเมินด้านกันที่มีอยู่ สร้างและเสริมด้านกันให้แข็งแรง เช่น ออกแบบการเก็บอุปกรณ์ให้ล็อคแน่นหนา เช่น เชือก ยาฆ่าแมลง สถานที่ที่มีความเสี่ยงให้ เช่น ระเบียงมีราวกัน มีก๊อถ่วงจรปิด มีรูป. ที่ผ่านทักษะการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

6. มาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

ข้อเท็จจริง ปัญหาสุขภาพจิตและโรคจิตเวชมีอยู่ทั้งในส่วนของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้น เช่น ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชและการมีปัญหามูลสารพิษ เพราะปัจจัยกระตุ้นให้ฆ่าตัวตายที่สำคัญคืออาการกำเริบของโรคจิตเวชและฤทธิ์ของสารเสพติด หรือเมื่อมีวิกฤติในชีวิตก็จะเกิดความทุกข์ใจ ดังนั้น การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่สะดวกจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงหรือขจัดบรรเทาปัจจัยกระตุ้นและแก้ไขความทุกข์ใจ

วิธีการ จัดให้มีบริการสุขภาพจิตที่ครอบคลุม จัดบริการสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิในทุก รพ.สต รพ.ช รพท. มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตอย่างเพียงพอสำหรับการบริการทุกระดับ เพิ่มช่องทางพิเศษในการเข้าถึง

7. มาตรการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย

ข้อเท็จจริง การฆ่าตัวตายไม่ใช่เรื่องบังเอิญ และไม่ได้เกิดกับทุกคน จึงต้องการสาเหตุและปัจจัยเพื่อป้องกัน ส่วนใหญ่การฆ่าตัวตายจะมีสัญญาณเตือน จึงควรมีการเฝ้าระวังเพื่อช่วยเหลือทันเวลาที่ การสอบสวนโรค เป็นเครื่องมือที่ช่วยรวบรวมข้อมูลสาเหตุปัจจัยที่จะนำไปสู่การควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา ลุกลาม

วิธีการ 1) ระบุกลุ่มเสี่ยงแล้วประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตายและติดตามเฝ้าระวัง 2) ระวังเชิงรุก โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติใกล้ชิด และคนในชุมชนร่วมมือกันเฝ้าสังเกตสัญญาณเตือนในผู้ที่เสี่ยง และให้การช่วยเหลือทันที โดยทีมสุขภาพจิตครอบรุมญาติและคนในชุมชนที่มีกลุ่มเสี่ยงให้สามารถสังเกตสัญญาณเตือนและมีทักษะการเข้าหารับฟังช่วยเหลือเบื้องต้น 3) จัดให้มีศูนย์รับแจ้งเหตุฆ่าตัวตาย 24 ชม. และมีช่องทางสื่อสารที่สะดวกรวดเร็ว เช่น โทรศัพท์ โลก หรือวิทยุสื่อสารระหว่างญาติผู้พบเห็นกับเจ้าหน้าที่ สำหรับการแจ้งเหตุเมื่อพบสัญญาณเตือน หรือมีเหตุกระทำรุนแรงต่อตนเอง เพื่อการช่วยชีวิตและการสอบสวนโรค

8. มาตรการสร้างเครือข่ายช่วยเหลือจากหลากหลายวิชาชีพ

ข้อเท็จจริง ปัญหาและวิกฤติชีวิตที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายมีหลากหลาย ทั้งปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เศรษฐกิจ กฎหมาย การงาน การเรียนและสุขภาพ ดังนั้นการช่วยเหลือต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขาอาชีพ การมีส่วนร่วมของญาติและชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การช่วยเหลือประสบผลสำเร็จ

วิธีการ ส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายช่วยเหลือ ไม่ว่าจะในรูปแบบของอาสาสมัคร หรือแต่งตั้งในรูปคณะกรรมการ จากหลายอาชีพ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกฎหมาย นักการเงิน นักพัฒนาชุมชน ตำรวจ สร้างช่องทางการติดต่อสื่อสาร ในเครือข่ายที่สะดวก รวดเร็ว รวมถึงมีจุดประสานงานที่ชัดเจน มีการประชุมทีมเครือข่ายหรือคณะกรรมการดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ



ใบกิจกรรมที่ 1.2

1. ให้ผู้เข้าอบรมตอบคำถามเกี่ยวกับทัศนคติ ความเชื่อในเรื่องของการฆ่าตัวตาย โดยให้ทุกคนทำเครื่องหมายในช่องเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ในแต่ละข้อคำถาม เฉพาะส่วนของก่อนอบรม
2. วิทยากรบรรยายความรู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดภายในเนื้อหาส่วนนี้
3. ให้ผู้เข้ารับการอบรมตอบคำถามเกี่ยวกับทัศนคติ ความเชื่อในเรื่องของการฆ่าตัวตาย โดยให้ทุกคนทำเครื่องหมายในช่องเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ในแต่ละข้อคำถาม เฉพาะส่วนของหลังอบรม
4. สุ่มถามผลที่ได้เปรียบเทียบกับระหว่าง ก่อน และ หลังอบรม
5. วิทยากรสรุปเนื้อหาความสำคัญ

ขอให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ความเชื่อ	ก่อนอบรม		หลังอบรม	
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
“คนที่พูดเรื่องการฆ่าตัวตายมักจะไม่ใช่ฆ่าตัวตายจริงๆหรอก”				
“การฆ่าตัวตายเกิดขึ้นมาทันทีแบบไม่มีปี่มีขลุ่ย”				
“คนที่คิดจะฆ่าตัวตายมีความคิดจะตายอย่างแน่นอน 100 %”				
“เมื่อผู้ใดคิดเรื่องการฆ่าตัวตายแล้วก็จะเป็นอย่างนั้นไปตลอด เปลี่ยนแปลงไม่ได้”				
“เมื่อวิกฤติชีวิตผ่านพ้นไปและอาการซึมเศร้าดีขึ้นความเสี่ยงฆ่าตัวตายก็หมดไป”				
“การฆ่าตัวตายเกิดขึ้นบ่อยในฤดูหนาวและกับคนในบางเศรษฐกิจทางสังคม”				

ใบความรู้ที่ 1.2

ความเข้าใจ เรื่องการฆ่าตัวตาย

ความเชื่อ	ความจริง
“คนที่พูดเรื่องการฆ่าตัวตายน่าจะไม่ใช่ตัวตายจริงๆหรอก”	<p>“คนที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะสื่อสารทางคำพูดหรือการกระทำที่กำลังคิดเกี่ยวกับเรื่องการฆ่าตัวตายอยู่”</p> <p>สิ่งที่พูด...เป็นสัญญาณเตือน</p> <ul style="list-style-type: none"> • ลึกลับ - “จะอยู่ไปทำไม ไม่มีทางที่มันจะดีขึ้น” • รู้สึกผิด - “ทั้งหมดเป็นความผิดของตัวเอง ฉันสมควรโดนตำหนิ” • อยากหลีกหนี - “ฉันทนรับมันอีกไม่ไหวแล้ว” • โดดเดี่ยว - “ฉันอยู่แค่ตัวคนเดียว...ไม่มีใครสนใจฉัน” • เสียชื่อเสียง - “ฉันรู้สึกเสียหน้าอย่างรุนแรง...ไม่มีทางกลับไปเหมือนเดิมได้อีก” • ไม่มีทางช่วยเหลือ - “ไม่มีทางที่จะทำให้มันดีไปกว่านี้ ฉันทำอะไรไม่ได้แล้ว” • พูดเรื่องการฆ่าตัวตายหรือความตาย • พูดเรื่องการวางแผนฆ่าตัวตาย
“การฆ่าตัวตายเกิดขึ้นมาทันทีแบบไม่มีปี่มีขลุ่ย”	“คนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่มักส่งสัญญาณเตือนอย่างชัดเจนทางคำพูด หรือการกระทำบางอย่างก่อนจะกระทำแล้ว”
“คนที่คิดจะฆ่าตัวตายมีความคิดจะตายอย่างแน่นอน 100 %”	“คนที่ฆ่าตัวตายมักมีความรู้สึกต่อสักระหว่างความต้องการมีชีวิตอยู่กับการฆ่าตัวตาย และในหลายๆครั้งผู้ที่คิดฆ่าตัวตาย คิดหาทางออกของปัญหาไม่ได้จึงตัดสินใจที่ลงมือฆ่าตัวตาย”
“เมื่อผู้ใดคิดเรื่องการฆ่าตัวตายแล้วก็จะไปเช่นนั้นไปตลอด เปลี่ยนแปลงไม่ได้”	“ความคิดฆ่าตัวตายส่วนใหญ่สามารถเปลี่ยนกลับได้แต่ในบางรายก็อาจไม่สามารถเปลี่ยนกลับได้ ดังนั้น ผู้ดูแลหรือคนใกล้ชิดต้องหมั่นเฝ้าระวังและดูแลอย่างต่อเนื่อง และช่วยกับผู้ที่คิดฆ่าตัวตายแก้ต้นตอของปัญหา”
“เมื่อวิกฤติชีวิตผ่านพ้นไปและอาการซึมเศร้าดีขึ้นความเสี่ยงฆ่าตัวตายก็หมดไป”	“เมื่ออาการซึมเศร้าดีขึ้นก็จะมีพลังในการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้นกลับคืนมา อย่างไรก็ตาม หากสาเหตุของปัญหาและความสิ้นหวังยังคงอยู่ก็สามารถฆ่าตัวตายได้ง่ายขึ้น”
“การฆ่าตัวตายเกิดขึ้นบ่อยในฤดูหนาวและกับคนในบางเศรษฐกิจทางสังคม”	“การฆ่าตัวตายเกิดขึ้นได้ของทุกฤดูกาล และเกิดขึ้นได้กับคนทุกคนในสังคม ไม่ว่าจะจนหรือรวย ขึ้นอยู่กับสาเหตุของปัญหาและความสามารถในการเผชิญปัญหาของแต่ละคนมากกว่า”



ใบความรู้ที่ 1.3

เมื่อใคร พยายามฆ่าตัวตาย ควรรับความช่วยเหลือ?

การเฝ้าระวังในผู้ใหญ่

1. รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา
2. รู้สึกว่างเปล่าหรือหมดเรี่ยวแรงอย่างมาก
3. ฝันร้าย/มีปัญหาการนอน
4. ความรู้สึกยังรุนแรง เช่น รู้สึกผิด/ถูกทอดทิ้ง
5. ไม่มีใครที่จะเล่าระบายได้
6. หลีกเลี่ยงการรับรู้ความรู้สึกโดยการทำให้ยุ่งอยู่ตลอดเวลา
7. ไม่สามารถควบคุมความโกรธหรือความเจ็บปวดได้
8. พฤติกรรมที่ถดถอยลง เช่น การสูบบุหรี่, การดื่มหรือการกิน
9. ซ้อยานอนหลับ/ คลายเครียดกินเอง
10. คิดมากขึ้นเรื่องความตายหรือการฆ่าตัวตาย



การเฝ้าระวังในวัยรุ่น

1. แยกตัวจากสังคมอย่างชัดเจน
2. พูดจาสื่อสารน้อยลง
3. โกรธเกรี้ยวตลอดเวลา
4. พูดเรื่องความตายบ่อยๆ



การเฝ้าระวังในเด็ก

1. เข้านอนยาก
2. สะดุ้งตื่นกลางดึก
3. ปัสสาวะรดที่นอน
4. กลับไปมีพฤติกรรมถดถอยกว่าวัย

ผู้ดูแล ควรพูด/ทำอย่างไรดี... กับผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย?



บันได 8 ขั้น ป้องกันฆ่าตัวตาย

1. มองปัญหาการฆ่าตัวตายว่าเป็นเรื่องต้องจัดการอย่างจริงจัง
2. บอกคนใกล้ชิดชัดเจนว่า “เกิดอะไรขอให้บอก”
3. ฟังอย่างตั้งใจและเสนอความช่วยเหลือ
4. เก็บสิ่งที่มีโอกาสใช้เป็นอาวุธ
5. อย่าให้คนที่มีความเสี่ยงอยู่ลำพัง
6. พยายามชี้ทางเลือกด้านบวกที่หลากหลาย
7. อย่าสัญญาว่าจะเก็บเป็นความลับ
8. ขอความช่วยเหลือจากบุคคลากรที่เกี่ยวข้อง

เกิดอะไรขึ้นกับ ญาติ ครอบครัว ผู้ใกล้ชิด “หากมีคนใกล้ชิดฆ่าตัวตาย”

ความรู้สึก	ความคิด	พฤติกรรม
<ul style="list-style-type: none"> ๑ ซ็อก ๑ โกรธ ๑ รู้สึกผิด ๑ เศร้า ๑ กลัว ๑ อื่นๆ เช่น รู้สึกถูกทรยศ/ทอดทิ้ง หรือ อับอาย 	<p>“ทำไมเค้ายิงทำอย่างนั้น”</p> <p>VS</p> <p>“ทำไมเราไม่รู้ว่ามันจะเกิดขึ้น”</p>	<ul style="list-style-type: none"> ๑ กินได้น้อย ๑ นอนไม่หลับ ๑ อาการปวด ๑ ไม่มีสมาธิ ๑ ไม่มีเรี่ยวแรง

สิ่งที่ญาติ ครอบครัว ผู้ใกล้ชิด ควรพูด/ทำ ?

1. อย่ากังวลว่าจะพูดอะไรดี แค่แสดงให้เห็นว่าเราเข้าใจโดยฟังอย่างตั้งใจ
2. อย่าปล่อยไว้นาน
3. ติดตามดูเป็นระยะ
4. อย่าตื่นตกใจเมื่อมีการพูดถึงผู้ตาย ให้โอกาสได้พูดถึงผู้ตาย
5. อย่าพยายามบอกว่า “ให้เลิกคิดถึงผู้ตาย” เพราะมันต้องใช้เวลา
6. ยินยอมให้มีโอกาสได้ร้องไห้



ทัศนคติที่ควรปรับเปลี่ยนของสังคม

อคตินี้เป็นของกลุ่มมนุษย์
ผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย
จิตใจอ่อนไหว อ่อนแอ ไม่ปรับตัว
ไม่เผชิญปัญหา



- ๑ สังคมมีส่วนในการรักษาเป็นอย่างมาก ในขณะที่บางส่วนยังมีอคติ มองว่าหากเป็นผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย เป็นผู้มีปัญหาในการใช้ชีวิตในสังคม
- ๑ มองว่าเป็นคนอ่อนแอ
- ๑ การฆ่าตัวตายซ้ำ เป็นปัญหาครอบครัวไม่ดูแลเพียงพอ

ทัศนคติ (ที่เป็นบวก) ของผู้ดูแล

ผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตายก็คือมนุษย์ปุถุชนคนหนึ่ง ต้องการปรับเปลี่ยนพัฒนาตัวเองเมื่อเผชิญปัญหาชีวิต ปัญหาสุขภาพจิต เช่นเดียวกับคนทั่ว ๆ ไป ถ้ามองว่าการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาหนึ่งก็สามารถมองอย่างเท่าเทียมได้กับปัญหาสุขภาพกายอื่นๆ การดูแลมุ่งเน้นไปที่การช่วยเหลือบุคคลในฐานะเป็นคน มิใช่เน้นการรักษาให้หยุดทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตายเพียงอย่างเดียว



แผนการสอนที่ 2

บทบาทหน้าที่ 3 หมอ ในการดูแลช่วยเหลือ ผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตาย

เวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อให้เข้าใจบทบาท แนวทางการปฏิบัติงานของทีม 3 หมอในพื้นที่ในการปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตาย และทบทวนขอบเขตการช่วยเหลือตามกรอบของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562

สาระสำคัญ

บทบาทการทำงานร่วมกันของทีม 3 หมอในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในชุมชน และความรู้เกี่ยวกับการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562

กิจกรรม

- 15 นาที 1. บทบาทการปฏิบัติงานของทีม 3 หมอในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน (ใบความรู้ที่ 2.1)
- 10 นาที 2. แบ่งกลุ่ม 3-4 คน แลกเปลี่ยนบทบาทของ 3 หมอกับกลุ่มเสียงต่างๆ (ใบกิจกรรมที่ 2.1)
- 15 นาที 3. สุ่มถามความคิดเห็นและสรุป (ใบกิจกรรมที่ 2.1)
- 5 นาที 4. ทบทวนความรู้และขอบเขตการให้การช่วยเหลือตามพรบ. สุขภาพจิต ด้วยวิดีโอความยาว 5 นาที (ใบความรู้ 2.2)***

***เนื้อหาทางเลือกที่วิทยากรสามารถเลือกบรรยายเพิ่มเติมได้ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมเข้าใจสิทธิ์และขอบเขตของการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนได้มากยิ่งขึ้น

ใบความรู้ที่ 2.1

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) : หมวด 1

อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นบุคคลสำคัญ และเป็นคนในพื้นที่ที่มีความใกล้ชิดกับชุมชน

- ค้นหา คัดกรอง เฝ้าระวัง ติดตาม ผู้ที่มีความเสี่ยง/ผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตายได้ โดยไม่เป็นการคุกคาม
- ให้คำแนะนำปรึกษาในผู้ที่มีความเสี่ยง/ผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตายได้
- จูงใจให้ผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย และครอบครัว เข้ารับการดูแลในระบบสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง
- บอกต่อให้กับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เข้ามาดูแลต่อเนื่อง



บทบาทหน้าที่บุคลากร sw.สต. : หมวด 2

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นบุคคลสำคัญ ในการติดตาม เยี่ยมบ้าน ประสานช่วยเหลือ ผู้ป่วย ชุมชน รพ.



1. การคัดกรอง มีการบูรณาการ

1.1 คัดกรอง ผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย ในกลุ่มเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพกาย จิต สังคม ครอบครัว เศรษฐกิจ

1.2 วิเคราะห์สาเหตุ ช่วยแนะนำการแก้ปัญหา ลดปัจจัยเสี่ยง ทางกายและจิตใจ และเสริมปัจจัยปกป้องผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย ช่วยสรุปรายงาน รง506DS

2. การดูแล ช่วยเหลือและให้คำแนะนำ

เยียวยา/ให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย และครอบครัว

3. การติดตามประสานความช่วยเหลือ และส่งต่อผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตายในชุมชน ทั้งกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ไปรับบริการตามความเหมาะสม ทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข

บทบาทหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)

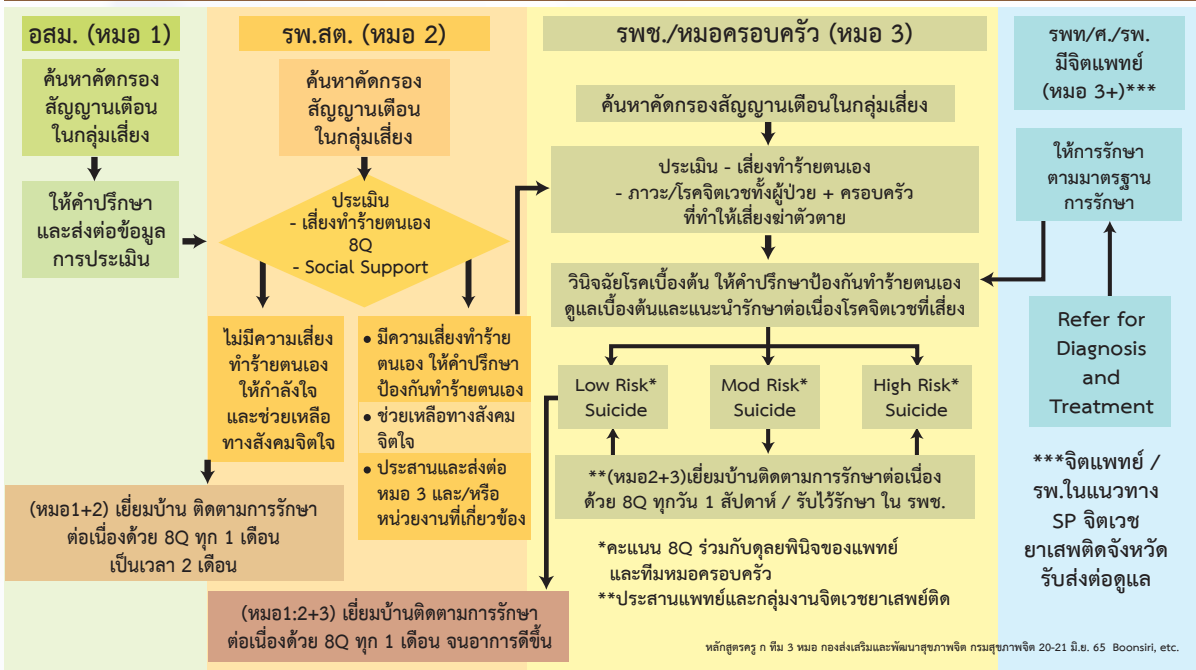
1. การควบคุมป้องกันแก้ไขปัญหาผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย ในพื้นที่
2. รวบรวมสรุปรายงาน รง506s
3. ตรวจสอบข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย ในพื้นที่
4. กำกับ ติดตาม ประเมินผล ตลอดจนสนับสนุนวิชาการและการประสานความร่วมมือ ให้งานเฝ้าระวังผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย ในชุมชนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

บทบาทหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีม รพช.: หมอ 3

หมอครอบครัวและทีม เจ้าหน้าที่ รพช. เป็นบุคคลสำคัญ ในการบูรณาการงานสุขภาพจิตปฐมภูมิ ให้ประชาชนเข้าถึงบริการและติดตามต่อเนื่อง

1. การวางแผนระบบการให้ดูแลผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย ต่อเนื่องในชุมชน
2. วินิจฉัยและรักษาเบื้องต้นปัญหา โรค/ปัจจัยเสี่ยงใน ผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย รวมทั้งลดปัญหาโรค/ปัจจัยเสี่ยงในครอบครัว
3. การให้คำแนะนำ ป้องกัน ดูแล ติดตาม ในพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งกระตุ้น การตระหนักรู้ ความเข้าใจ ในการดูแล ผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย ในครอบครัว ชุมชน สังคม
4. การติดตาม เฝ้าระวัง และส่งต่อผู้ทำร้ายตนเอง/พยายามฆ่าตัวตาย ทั้งกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ไปรับบริการเฉพาะทาง ตามความเหมาะสม

ผังไหล กระบวนการดูแลของทีม 3 หมอ กรณีผู้ป่วยเคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย (Attempted Suicide)



ใบกิจกรรมที่ 2.1

แบ่งกลุ่ม 3-4 คน แลกเปลี่ยนบทบาทของ 3 หมอกับกลุ่มเสียงต่างๆ

กลุ่มเสียง	หมอ1 อสม.	หมอ2 รพ.สต.	หมอ3 แพทย์เวชศาสตร์ฯ
ผู้มีปัญหาความเครียด			
โรคเรื้อรังทางกาย เช่น เบาหวาน ความดัน			
โรคเรื้อรังทางจิต เช่น โรควิต ซึมเศร้า สารเสพติด เป็นต้น			

ตัวอย่างบทบาทของ 3 หมอในการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่างๆ

กลุ่มเสี่ยง	หมอ1 อสม.	หมอ2 รพ.สต.	หมอ3 แพทย์เวชศาสตร์ฯ
ผู้มีปัญหาความเครียด	<ul style="list-style-type: none"> - สอบถาม พูดคุยเกี่ยวกับปัญหาความเครียด - เผื่อระวังตามสัญญาณเตือนความเสี่ยงฆ่าตัวตาย - ส่งต่อข้อมูลให้กับ รพ.สต. หากพบความเสี่ยงฆ่าตัวตายจากสัญญาณเตือน 	<ul style="list-style-type: none"> - คัดกรองความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8Q - ส่งต่อแพทย์เวชศาสตร์ หากพบว่ามีความเสี่ยงจาก 8Q - ให้การปรึกษา แนะนำช่วยเหลือเบื้องต้น - ตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีปัญหาและความต้องการช่วยเหลือด้านอะไร เพื่อหาทางช่วยเหลือต่อไป 	<ul style="list-style-type: none"> - วินิจฉัยรักษา ตามสภาพปัญหาที่พบ
โรคเรื้อรังทางกาย เช่น เบาหวาน ความดัน	<ul style="list-style-type: none"> - สอบถาม พูดคุยให้การดูแลทางกายเบื้องต้น เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง - ช่วยติดตามการกินยาของผู้ป่วย - เผื่อระวังตามสัญญาณเตือนความเสี่ยงฆ่าตัวตาย - ส่งต่อข้อมูลให้กับ รพ.สต. หากพบความเสี่ยงฆ่าตัวตายจากสัญญาณเตือน 	<ul style="list-style-type: none"> - ให้การรักษา โรคเรื้อรัง ติดตามการกินยาและการมาพบแพทย์ตามนัดหมาย - คัดกรองความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8Q - ส่งต่อแพทย์เวชศาสตร์ หากพบว่ามีความเสี่ยงจาก 8Q - ประสานท้องถิ่นเข้ามาดูแลเรื่องสวัสดิการที่เกี่ยวข้อง 	<ul style="list-style-type: none"> - วินิจฉัยรักษา ตามสภาพปัญหาโรคเรื้อรังที่พบ - ให้การรักษาปัญหาทางจิตใจที่พบร่วมกับโรคเรื้อรัง
โรคเรื้อรังทางจิต เช่น โรคจิต ซึมเศร้า สารเสพติด เป็นต้น	<ul style="list-style-type: none"> - เผื่อระวังตามสัญญาณเตือนความเสี่ยงฆ่าตัวตาย - ส่งต่อข้อมูลให้กับ รพ.สต. หากพบความเสี่ยงฆ่าตัวตายจากสัญญาณเตือน 	<ul style="list-style-type: none"> - ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ความช่วยเหลือ - คัดกรองความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8Q - ส่งต่อแพทย์เวชศาสตร์ หากพบว่ามีความเสี่ยงจาก 8Q 	<ul style="list-style-type: none"> - วินิจฉัยรักษา โรคและปัญหาที่พบ - ประสานส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงรุนแรงกับโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ



ใบความรู้ที่ 2.2

คลิปวิดีโอประกอบการบรรยายให้ความรู้พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562



สื่อ พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562 โดยกรมสุขภาพจิต
<https://www.youtube.com/watch?v=9Ku34mIYWfI>

สาระสำคัญ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไข เพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562



พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551
และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ประกาศใช้เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ประกาศใช้เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2562 มีผลบังคับใช้วันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 ได้กำหนดมาตรการเกี่ยวกับการคุ้มครองประชาชนให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันเพื่อควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมทุกภาคส่วน

ทำไมเราต้องมีพระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ

- คุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์
- คุ้มครองสังคม ให้ปลอดภัยจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้มีป่วยทางจิต
- คุ้มครองบุคลากรด้านสุขภาพ ให้ปลอดภัยตามแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนตามกฎหมาย
- มีแนวปฏิบัติไปในทางเดียวกัน

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มุ่งเน้นให้ประชาชน และบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ได้รับการคุ้มครองสิทธิ และเข้าสู่กระบวนการดูแล 5 มิติสุขภาพ



ประเด็นสำคัญในพระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ



หมวด 3 การบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต

ส่วนที่ 1 ผู้ป่วย

ลักษณะผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ (มาตรา 22)

1. ผู้ที่มีภาวะอันตราย



- ✔ พฤติกรรมที่แสดงออกโดยความผิดปกติทางจิต
- ✔ น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง
- ✔ ต่อตนเอง ต่อผู้อื่น หรือต่อทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น

2. มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

- ✔ ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา
- ✔ ไม่เข้าใจลักษณะความเจ็บป่วยของตัวเองซึ่งต้องได้รับการรักษา
- ✔ ไม่ตระหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ตนตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษาทันที

9

ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยคดี

กระบวนการในการบำบัดรักษาบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งอยู่ระหว่างการไต่สวนมูลฟ้อง หรือการพิจารณาคดีหรือภายหลังที่ศาลมีคำพิพากษาในคดีอาญา เป็นกระบวนการที่เพิ่มเข้าจากที่มีกำหนดไว้แล้วในบทบัญญัติในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและมีความสมบูรณ์

ส่วนที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

คณะกรรมการสถานบำบัดรักษามีคำสั่งตามมาตรา 29 (2) ให้บุคคลนั้นต้องได้รับการรักษา ณ สถานที่อื่นนอกจากสถานบำบัด โดย

- 1) แจ้งให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยรับตัวผู้ป่วยไปดูแล
- 2) กรณีที่ไม่มีผู้รับดูแลให้แจ้งหน่วยงานด้านสงเคราะห์และสวัสดิการที่จังหวัดและเอกชน
- 3) แจ้งให้พนักงานเจ้าหน้าที่ติดตามดูแล ประสานงานและช่วยเหลือในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตาม (1) และหน่วยงานตาม (2) แล้วรายงานให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาทราบ

ให้ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคสังคม ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิต

ผู้รับดูแลผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการให้คำปรึกษาแนะนำ มีกรอบর্মทักษะ การจัดการศึกษา และการส่งเสริมอาชีพ ตลอดจนความช่วยเหลืออื่นใดเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยต่อไปได้

10



ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้โดย...

1. ช่วยกันดูแลติดตามให้ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง

2. ร่วมพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยจากการถูกเอาเปรียบจากสังคม

3. เฝ้าระวังสังเกตอาการหากผิดปกติหรือมีอาการกำเริบให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่

4. ส่งเสริมอาชีพหางานอดิเรกให้ทำเพื่อฝึกสมาธิและให้ผู้ป่วยมีรายได้

5. ให้กำลังใจผู้ป่วยและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาชุมชนได้

13

ข้อปฏิบัติเมื่อพบเห็นผู้ที่มีอาการทางจิต

1. สังเกตและเฝ้าระวังอาการของความผิดปกติทางจิต

ได้แก่ หูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวงไร้เหตุผล พุดจาเพื่อเจ้า พุดจាក้าวร้าว คิดว่าตัวเองมีความสามารถพิเศษเหนือคนปกติ แต่งกายแปลกกว่าคนปกติ แยกตัวออกจากสังคม อยากฆ่าตัวตาย ทำร้ายตัวเอง ทำร้ายผู้อื่น



14



2. หากมีอาการรุนแรงและมีภาวะอันตราย หรือจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

กรณีไม่เร่งด่วน

ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
หรือสายด่วนสุขภาพจิต
โทร. 1323

กรณีมีภาวะเสี่ยง/อาการ
ทางจิตไม่ทุเลา

ส่งต่อ



โรงพยาบาลใกล้เคียง/
สถานบำบัดรักษา/โรงพยาบาลจิตเวช

กรณีเร่งด่วน

1. มีภาวะอันตราย
(ต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคม)
2. มีความจำเป็นต้องได้รับการ
บำบัดรักษา



โปรดแจ้งบุคคลหรือหน่วยงาน ดังต่อไปนี้
1669 หรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน
งานฝ่ายปกครอง (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน)
ตำรวจ อบต. เทศบาล

นำส่ง



15



แผนการสอนที่ 3

การส่งต่อ ติดตามและรายงานผล

เวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์

อธิบายแนวทางการส่งต่อ ติดตามและรายงานผลได้

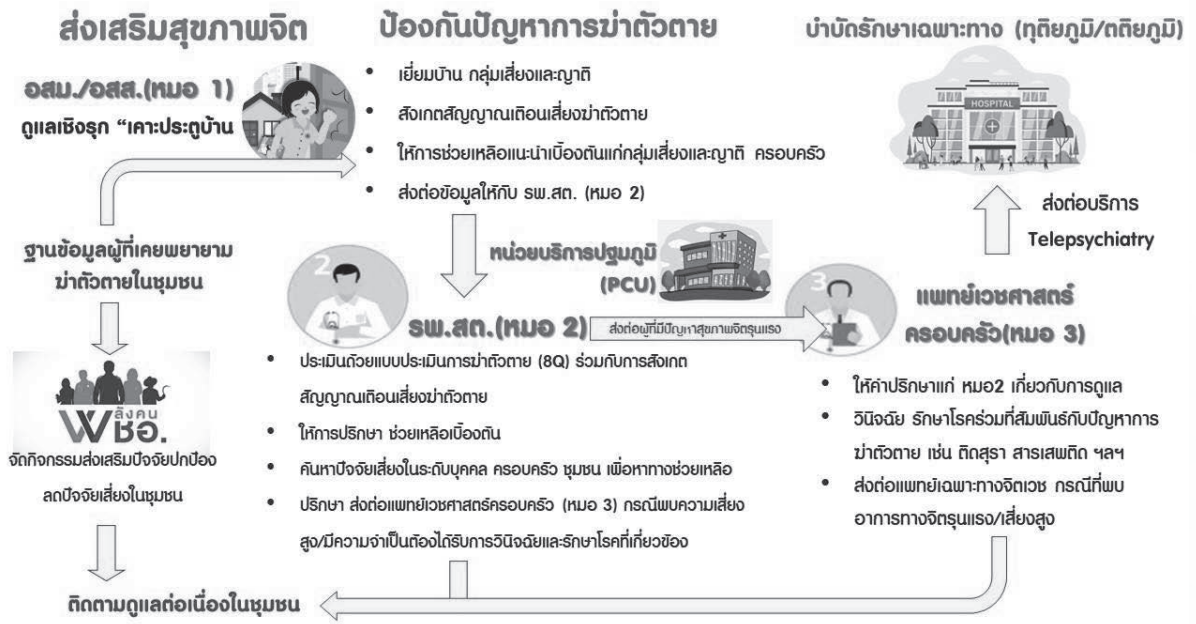
สาระสำคัญ

ช่องทางการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย และแนวทางการติดตามการดูแลต่อเนื่องในชุมชน พร้อมทั้งวิธีการรายงานผลการติดตามดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน

กิจกรรม

- 5 นาที 1. บรรยายความเชื่อมโยงการปฏิบัติงานร่วมกันในชุมชนของทีม 3 หมอ (แผนภาพความเชื่อมโยงในบทที่ 3) และบทบาทของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการช่วยเหลือเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (ใบความรู้ที่ 3.1)
- 15 นาที 2. บรรยายที่มา ความสำคัญและประโยชน์ของการคัดกรองการช่วยเหลือทางสังคมที่มีต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (ใบความรู้ที่ 3.1) และแบ่งกลุ่ม 3-4 คน ทำกิจกรรมการคัดกรองการช่วยเหลือทางสังคม Social Support Screening (ใบกิจกรรมที่ 3.1) สุ่มอภิปรายสรุป
- 10 นาที 3. บรรยายแนวทางการติดตามดูแลป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายต่อเนื่องในชุมชน และเทคนิคการติดตามเยี่ยมดูแลกลุ่มเสี่ยงในชุมชนและช่องทางการประสานขอความช่วยเหลือ สนับสนุนจากหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต (ใบความรู้ที่ 3.2)
- 10 นาที 4. จับคู่ฝึกปฏิบัติการใช้แบบติดตามการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยทีม 3 หมอ (ใบกิจกรรมที่ 3.3)
- 5 นาที 5. ชักถาม อภิปรายร่วมกัน และสรุป

ใบความรู้ที่ 3.1



ในบางปัญหาที่พบหรือปัจจัยเสี่ยงบางปัจจัย “เรา” ไม่สามารถแก้ไขได้ แต่เราสามารถ “ประสานขอความช่วยเหลือ” ให้ได้

เทศบาล/อบต.	• สนับสนุนสวัสดิการ และช่วยเหลือประชาชนที่เดือดร้อน
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	• ดูแลช่วยเหลือ ตรวจสอบเยี่ยมลูกบ้าน สื่อสารข้อมูล • รวบรวมและรายงานข้อมูลสถานการณ์ การช่วยเหลือ
รพ.สต.	• ดูแลรักษาทางจิตใจเบื้องต้น ประเมินสุขภาพจิต
กลุ่ม/ชมรม/กรรมการหมู่บ้าน	• สนับสนุน ส่งเสริมรายได้ในชุมชน • ติดตามให้ความช่วยเหลือคนในชุมชน
อสม.	• ค้นหา เฝ้าระวัง คัดกรอง ดูแลช่วยเหลือทางจิตใจ ส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยง
หน่วยงานอื่นๆ	• ช่วยเหลือตามปัญหาและความต้องการของประชาชน

การคัดกรองการช่วยทางสังคม Social Support Screening

การคัดกรองการช่วยทางสังคม Social Support Screening (ปัจจัยด้านครอบครัว สังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ อาชีพ ฯลฯ) จะเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้เราสามารถเข้าใจบริบท ปัจจัยในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่ทำให้มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย เพื่อให้สะดวกและง่ายยิ่งขึ้นในการตัดสินใจให้การช่วยเหลือประชาชนในชุมชน

โดยการคัดกรองการช่วยเหลือทางสังคมนี้ เป็นทางเลือกที่สามารถนำไปใช้เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือดูแล ผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย พร้อมทั้งสามารถเชื่อมโยงไปถึงหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่นอกเหนือจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการเข้ามาให้การช่วยเหลือต่อไป

การนำเครื่องมือนี้ไปใช้ สามารถทำได้โดยการสอบถามและสำรวจกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย/ญาติ เป็นแบบ Screening รวมถึงข้อพิจารณาในการให้ความช่วยเหลือ โดยข้อพิจารณาช่วยเหลือจะประกอบด้วย 2 ข้อพิจารณาสำคัญได้แก่

- 1) ไม่มี/ไม่พบปัญหา
- 2) ถ้าพบปัญหาให้พิจารณาต่อไปว่าปัญหาที่พบบั้นจำเป็นต้องให้ใครมาช่วยดูแล ช่วยเหลือ ดังนี้

2.1 ต้องให้การดูแลโดย 3 หมอ หมายถึง พบปัญหาตามองค์ประกอบข้อใดข้อหนึ่ง แล้วพิจารณาแล้วว่า ทีม 3 หมอสามารถให้การดูแลได้เอง ให้ระบุว่าหมอกคนไหน (1-3) ที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือ

2.2 ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขอความช่วยเหลือ หมายถึงการพบปัญหาในบางองค์ประกอบ บุคลากรสาธารณสุขไม่สามารถให้การช่วยเหลือได้ ให้ระบุเครือข่าย/หน่วยงานอื่นๆ เช่น ท้องถิ่น พม. ตำรวจ ฯลฯ เข้ามาช่วยเหลือ เป็นต้น

ใบกิจกรรมที่ 3.1

1. ให้แบ่งกลุ่ม 3-4 คน วิเคราะห์แนวทางการช่วยเหลือตามการคัดกรองการช่วยเหลือทางสังคม Social Support Screening จากตัวอย่าง Case study
2. สุ่มอภิปราย สรุปผลการคัดกรองการช่วยเหลือทางสังคม

ตัวอย่าง Case study

วิรัชชายอายุ 51 ปี อยู่บ้านกับสามี 2 คน เธอบอกกับเจ้าหน้าที่ว่า รู้สึกว่าอยากจะฆ่าตัวตาย เมื่อสอบถามเพิ่มเติมพบว่า วิรัชชายรู้สึกหมดความสนใจในชีวิต มาติดต่อกัน 4 เดือน ตลอดระยะเวลานั้นเธอมีอาการซึมเศร้าแทบตลอดทั้งวัน และเป็นติดกันทุกวัน ในหนึ่งเดือนที่ผ่านมาอาการของเธอเริ่มหนักขึ้น กว่าปกติ เธอมีน้ำหนักลดลงไป 4 กิโลกรัม (น้ำหนักปัจจุบัน 47 กิโลกรัม) โดยที่ขณะนี้เธอไม่ได้กำลังลดน้ำหนัก วิรัชชายรู้สึกไม่อยากอาหาร และมีปัญหาเรื่องการนอนหลับร่วมด้วย นอกจากนี้เกือบทุกคืนเธอจะตื่นขึ้นมากลางดึก ตอนตี 3 เป็นเช่นนี้หลายวันในตลอดทั้งสัปดาห์ (เวลาตื่นปกติของเธอคือ ตอน 6 โมงครึ่ง) เธอรู้สึกว่าตนไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ และทำงานประจำของตัวเองไม่ได้เลย สามีของวิรัชชายบอกว่าเมื่อก่อนเธอชอบไปงานสังสรรค์และดื่มสุราในปริมาณมากๆ เมื่อดื่มสุราจนมึนเมาวิรัชชายชอบทะเลาะกับลูกสาวคนโต (อายุ 28) อยู่บ่อยครั้ง โดยเฉพาะเรื่องการใช้เงิน เพราะธุรกิจของวิรัชชายได้รับผลกระทบจากโควิดจนต้องปิดกิจการและเป็นหนี้สินธนาคารหลายล้านบาท



การคัดกรองการช่วยเหลือทางสังคม Social Support Screening

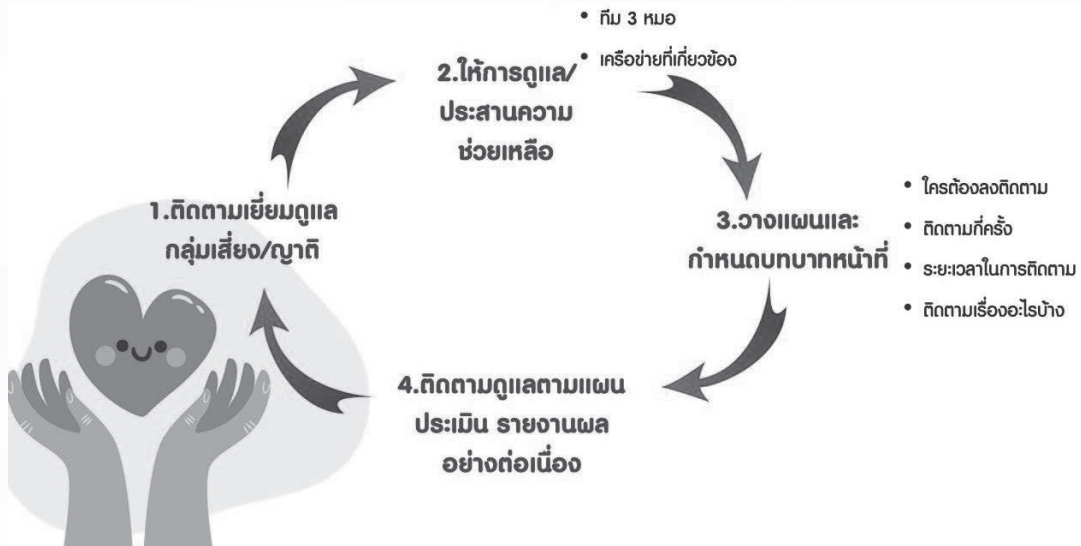
ปัจจัย	องค์ประกอบ	ไม่มี ปัญหา (✓)	ถ้ามีปัญหา	
			การดูแลโดย 3 หมอ (ระบุมือที่ต้องให้การดูแล)	ประสานหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องช่วยเหลือ (ระบุนักงาน)
บุคคล	มีประวัติทำร้ายตนเอง			
	ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า			
	ติดสุรา/สารเสพติด			
	เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง/พิการ			
ครอบครัว	มีความรุนแรงในครอบครัว			
	พ่อแม่มีประวัติติดสุรา/สารเสพติด			
	สมาชิกในครอบครัวมีประวัติทำ ร้ายตนเอง			
	ปัญหาความสัมพันธ์กับคนใน ครอบครัว			
	อยู่ลำพัง/ถูกทอดทิ้ง			
ชุมชน/ สิ่งแวดล้อม	ฐานะยากจน/เป็นหนี้/ตกงาน			
	ไม่ได้รับการสนับสนุนด้าน สวัสดิการ			
	ถูกกีดกัน/มีข้อจำกัดในการเข้าถึง บริการของรัฐ			

หมายเหตุ : หากพบปัญหา โปรดระบุว่าใครต้องดูแล และแนวทางการดูแลเบื้องต้นอย่างไร



ใบความรู้ที่ 3.2

แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน



แนวทางการติดตามดูแลป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายต่อเนื่องในชุมชนมีขั้นตอนการปฏิบัติงาน 4 ขั้นตอนสำคัญดังนี้

1. การติดตามเยี่ยมดูแลกลุ่มเสี่ยง/ญาติ เป็นขั้นตอนแรกของการดูแลจิตใจประชาชนในชุมชน โดยการติดตามเยี่ยมดูแลนั้น ทีม 3 หมอควรเตรียมตัวเพื่อติดตามเยี่ยมดูแลดังนี้

1.1 มีข้อมูลของประชาชนกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มเสี่ยงเป็นใคร อยู่ที่ไหน เสียอย่างไร ฯลฯ การเตรียมและทบทวนข้อมูลก่อนการติดตามเยี่ยม จะช่วยให้ทีมมีความเข้าใจและสามารถเตรียมความพร้อมในการดูแลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ยกตัวอย่างเช่น หากกลุ่มเสี่ยงที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย เป็นคนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือพิการ ทีมที่จะลงติดตามเยี่ยมอาจเตรียมบุคลากรที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ด้วย

1.2 วางแผนการลงติดตามเยี่ยมดูแล โดยทีมจำเป็นต้องพูดคุยวางแผนร่วมกันว่าใครบ้างจะเป็นผู้ลงติดตามเยี่ยมในชุมชน และผู้ที่ให้การติดตามเยี่ยมจะมีบทบาท หน้าที่อะไร

1.3 ทบทวนเครื่องมือ เอกสาร องค์กรความรู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันที และให้การช่วยเหลือที่ถูกต้อง เมื่อให้การติดตามดูแลประชาชนในชุมชน

1.4 ประสานวันเวลา สถานที่กับผู้นำชุมชน ญาติ ผู้ป่วย เพื่อติดตามเยี่ยมดูแลในชุมชน การประสานเรื่องดังกล่าวมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการติดตามเยี่ยมควรให้ความสำคัญกับความพร้อม ความสมัครใจ ความสะดวกหรือวิถีชีวิตของผู้ป่วยและญาติเป็นที่ตั้ง

2. ให้การดูแล/ประสานความช่วยเหลือ ตามสภาพปัญหาและความจำเป็น ในขั้นตอนนี้สามารถแบ่งได้เป็น 2 ส่วนหลักๆ ได้ดังนี้

2.1 ให้การดูแลโดยทีม 3 หมอ เป็นการติดตามดูแลโดยทีม 3 หมอ โดยมักจะแบ่งบทบาทหลักๆ

ในการดูแลได้ดังนี้ หมอที่ 1 อสม.จะมีส่วนในการเฝ้าระวัง ดูแลเบื้องต้น เป็นเสมือนคนที่คอยพูดคุยให้กำลังใจ ลดความรู้สึกเหงา ว่าแห้ว หมอที่ 2 รพ.สต. ช่วยในการคัดกรองความเสี่ยง ให้การดูแลรักษา ช่วยเหลือเบื้องต้น ตลอดจนประสานขอความช่วยเหลือกับหน่วยงานภาคส่วนอื่นๆ ให้เข้ามามีส่วนในการช่วยเหลือ หมอที่ 3 แพทย์เวชศาสตร์ฯ มีบทบาทหลักในการวินิจฉัยรักษาโรคและปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาการฆ่าตัวตาย

2.2 การให้การช่วยเหลือ โดยเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในปัญหาการฆ่าตัวตายนั้น พบว่าในหลายสาเหตุไม่สามารถช่วยเหลือได้ด้วยบุคลากรทางสาธารณสุขเท่านั้น จำเป็นต้องมีหน่วยงานภาคส่วนอื่นที่มีบทบาทในการช่วยเหลือตามสาเหตุของปัญหา เข้ามาร่วมให้การดูแลช่วยเหลือร่วมกับทีม 3 หมอ เช่น ประชาชน กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายที่ไม่มีรายได้ ไม่มีที่อยู่อาศัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจเข้ามาช่วยกันดูแล ช่วยเหลือทางสวัสดิการร่วมกับการดูแลของทีม 3 หมอ เป็นต้น

3. วางแผนและกำหนดบทบาทหน้าที่ โดยทีม 3 หมอควรวางแผนในการติดตามอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

- 3.1 จำนวนครั้งในการติดตาม
- 3.2 ควรติดตามในประเด็นอะไรบ้าง
- 3.3 ระยะเวลาในการติดตามในแต่ละครั้ง
- 3.4 ใครต้องลงติดตามดูแลช่วยเหลือบ้าง

4. ติดตามดูแลตามแผน และรายงานผลอย่างต่อเนื่อง เป็นการให้การช่วยเหลือตามแผนที่วางไว้ การติดตามอย่างต่อเนื่อง จะเป็นการติดตามดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย ญาติได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนกว่า ความเสี่ยงที่หมดไปหรือลดลงอยู่ในระดับที่ไม่มีความเสี่ยง ทั้งนี้ในการติดตามดูแลช่วยเหลือในแต่ละครั้งจำเป็นต้องรายงานผลการดูแลช่วยเหลือ เพื่อให้ทราบถึงความต่อเนื่อง ความก้าวหน้าของการช่วยเหลือ และผลลัพธ์ที่ได้จากการติดตามดูแลต่อเนื่อง

เทคนิคการเยี่ยมติดตามดูแลและข้อปฏิบัติในการติดตามดูแล

1. การเตรียมตัว

- เตรียมข้อมูลของประชาชน/กลุ่มเสี่ยงที่จะติดตาม โดยข้อมูลสำคัญที่ควรรู้ได้แก่ ประวัติการทำร้ายตนเอง รวมไปถึง ประวัติพื้นฐานทั่วไป เช่น อายุ เพศ อาชีพ ครอบครัว สถานที่อยู่ โรคประจำตัว ฯลฯ
- เตรียมความรู้ และเอกสารที่จำเป็น เช่น ทบทวนความรู้เรื่องสัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่าตัวตาย แนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อพบความเสี่ยง แบบคัดกรอง รวมถึงเบอร์โทรศัพท์ติดต่อของทีม เครือข่ายในพื้นที่ ฯลฯ
- เตรียมทีม วางแผน พูดคุยทบทวนบทบาทของทีมที่ลงติดตามเยี่ยม ตลอดจนแนวทางปฏิบัติงานร่วมกันของทีม 3 หมอที่ลงพื้นที่
- เตรียมของฝากเพื่อใช้สำหรับเยี่ยมติดตาม ให้กำลังใจเล็กๆน้อยๆ

2. ระหว่างการติดตามดูแล

- การแต่งกายสุภาพ ควรมีสีสันสดใส หลีกเลี่ยงสีดำเพราะจะทำให้บรรยากาศดูเศร้าหมอง
- ระหว่างพูดคุย เน้นการรับฟัง ให้กำลังใจ
- หลีกเลี่ยงประโยคที่ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว เช่น “ไม่เห็นเป็นอะไรเลย” “เรื่องแค่นี้เอง” “ไม่ต้องคิดมาก” “คนอื่นยังเจอหนักกว่านี้อีก” “อย่าร้องไห้” เป็นต้น เพราะคำพูดลักษณะนี้ จะทำให้คนที่เราเยี่ยมรู้สึกที่เราไม่เข้าใจเขา

- ลงติดตามครั้งเดียวดูเรื่องอื่นๆไปด้วยพร้อมกัน เช่น สุขภาพกาย จิต สภาพบ้าน สภาพแวดล้อม การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ฯลฯ เพื่อให้สามารถวางแผน และประสานความช่วยเหลือได้อย่างรอบด้าน
- ควรให้คำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับสัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่าตัวตาย การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นกับญาติ สมาชิกในครอบครัว

3. ภายหลังการติดตามดูแล

- รายงานผลการติดตามดูแลในแต่ละครั้งใน แบบรายงานติดตามฯ เพื่อเป็นข้อมูลการให้การช่วยเหลือ
- วิเคราะห์ผลการติดตามเยี่ยมดูแลร่วมกันของทีม 3 หมอ เพื่อประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยงฆ่าตัวตายและความจำเป็นในการติดตามเยี่ยมในครั้งต่อไป
- วางแผนติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกัน
- **ช่องทางสื่อสารข้อมูลความรู้สุขภาพจิต**

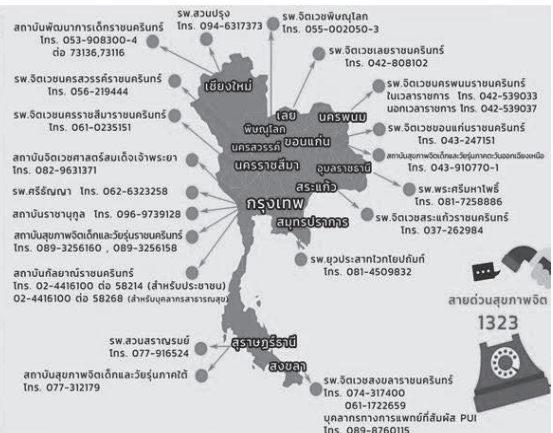


ช่องทางการหาข้อมูลความรู้เพิ่มเติม

1. เว็บไซต์กรมสุขภาพจิต: www.dmh.go.th
2. เว็บไซต์สุขภาพใจ: www.สุขภาพใจ.com
3. เว็บไซต์โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นแก่นราชนครินทร์: www.jvkk.go.th

ช่องทางสื่อสารข้อมูลความรู้สุขภาพจิต

ศูนย์สุขภาพจิต	สถานที่ตั้ง	จังหวัดที่รับผิดชอบ	เบอร์โทร
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1	เชียงใหม่	เชียงใหม่ ลำปาง แม่ฮ่องสอน เชียงราย พะเยา แพร่ น่าน	053-280-556
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2	พิษณุโลก	ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์	055-906-361, 08-2223-4457
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3	นครสวรรค์	กำแพงเพชร นครสวรรค์ พิจิตร ชัยนาท อุทัยธานี	0-5626-7289
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4	ปทุมธานี	นนทบุรี ปทุมธานี นครนายก สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง พระนครศรีอยุธยา	02-147-0902
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5	สมุทรสาคร	กาญจนบุรี เพชรบุรี นครปฐม สุพรรณบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม ประจวบคีรีขันธ์	034-710-552
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 6	ชลบุรี	สมุทรปราการ ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด	038-199-656-8
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7	ขอนแก่น	ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์	043-424-739
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8	อุดรธานี	อุดรธานี สกลนคร นครพนม เลยหนองบัวลำภู หนองคาย บึงกาฬ	042-111-412
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9	นครราชสีมา	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์	044-256-729
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10	อุบลราชธานี	อุบลราชธานี อำนาจเจริญ มุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ	045-352-500
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 11	สุราษฎร์ธานี	ระนอง ชุมพร พังงา สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต กระบี่ นครศรีธรรมราช	077-380-461 ถึง 3
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12	ปัตตานี	ตรัง พัทลุง สตูล สงขลา ปัตตานี ยะลา นราธิวาส	073-337-462
ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13	กรุงเทพฯ	กรุงเทพฯ นนทบุรี	02-236-9445, 02-236-9446



ช่องทางการประสานความร่วมมือในการทำงาน การส่งต่อ

ใบกิจกรรมที่ 3.3

1. บรรยายและให้ผู้เข้าอบรมทดลองบันทึกข้อมูลในแบบติดตาม

การติดตามดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายในชุมชน เมื่อมีการติดตามดูแลในแต่ละครั้ง สิ่งสำคัญคือการบันทึกข้อมูลการติดตามช่วยเหลือ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลการปฏิบัติงานและสามารถนำไปสู่การวางแผนการช่วยเหลือของทีม 3 หมอกับเครือข่ายในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้แบบการติดตามการดูแลช่วยเหลือเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นแบบติดตามอย่างง่าย โดยมุ่งหวังให้ทีม 3 หมอ เมื่อติดตามหรือให้การดูแลช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงในชุมชนแล้ว บันทึกข้อมูลเป็นรายคน เพื่อสามารถรวบรวมผลการดำเนินงานในภาพรวมของประเทศต่อไป ตลอดจนสามารถติดตามดูแลผลลัพธ์การช่วยเหลือของทีม 3 หมอในพื้นที่ของตนเองได้ทันที โดยข้อคำถามจะมีทั้งสิ้น 14 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 2-3 นาทีในการตอบแบบรายงานในแต่ละครั้งแบบติดตามการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ดังนี้

แนวทางการบันทึกและรายงานข้อมูล

สำหรับการบันทึก/รายงาน



- เพื่อสามารถรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานของทีม 3 หมอได้
- สามารถใช้ในการติดตามการดำเนินงาน และติดตามความต่อเนื่องในการดูแลในชุมชนได้
- ใช้ในการประเมินผลสัมฤทธิ์การนำองค์ความรู้ไปใช้
- มีข้อมูลประชาชนที่ได้รับการดูแลโดยทีม 3 หมอ
- ข้อคำถาม/ใช้ระยะเวลาสั้นๆและง่าย

ดูสรุปข้อมูลผลการรายงานด้วย Data studio
การติดตามดูแลช่วยเหลือเพื่อป้องกันปัญหา
การฆ่าตัวตายในชุมชน

สำหรับการดูรายงานผล



(กดที่นี่)<https://datastudio.google.com/s/gXLdAuqtb-A>

2. ให้อัปคู่มือทำแบบรายงานติดตามฉบับนี้ จากตัวอย่าง Case study โดยลงข้อมูลตามประเภทของแบบฟอร์มที่ตรงกับท่าน

Case study 2

คงเกียรติ ชายไทย อายุ 65 ปี เคยมีประวัติหย่าร้างมาแล้ว 3 ครั้ง เขาไม่มีลูกหรือพี่น้องให้พึ่งพา หลังการหย่าร้างของภรรยาคนที่ 3 เมื่อ 2 เดือนก่อน เขาต้องอาศัยอยู่ตามลำพังในหมู่บ้านฟ้ามีตา หนึ่งสัปดาห์ก่อน คงเกียรติมีประวัติแอดมิทที่โรงพยาบาลด้วยการกินยาพาราเซตามอลมากเกินไปขนาด (30 เม็ด) เขาได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านในละแวกใกล้เคียงในการนำส่งโรงพยาบาล หลังการปฐมพยาบาลเบื้องต้นคงเกียรติจึงกลับบ้านได้

จากการสืบค้นประวัติครอบครัว พ่อของคงเกียรติฆ่าตัวตายไปตอนที่เขายังอายุได้ 15 ปี และเมื่อ 2 ปีก่อน แม่ของเขาก็เสียชีวิตด้วยโรคชรา คงเกียรติเป็นคนตัวเล็ก มีรูปร่างผอม ไร้ผมรุงรัง ไม่โกนหนวดเครา เขามีปัญหาติดสุรามาดังแต่ยังเป็นวัยรุ่น เมื่อ 3 เดือนก่อน เขาเพิ่งโดนไล่ออกจากงานภารโรงเพราะมีปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุราและการควบคุมอารมณ์ ประกอบกับการอาศัยอยู่ตามลำพังหลังการหย่าร้าง เขาเริ่มมีอาการซึมและดื่มสุราหนักขึ้นกว่าปกติ ปัจจุบันคงเกียรติไม่ได้ประกอบอาชีพ เขาใช้ชีวิตอยู่ได้ด้วยเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเงินบริจาคของคนในหมู่บ้านที่ช่วยบริจาคมาร่วมกันเป็นครั้งคราว

หลังจากกลับมาพักฟื้นที่บ้าน เขาเอาแต่นอน ไม่พูดจาหรือสบตากับใคร เมื่อมีเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต.มาเยี่ยม เขาจะไม่ตอบคำถามในทันทีและไม่ค่อยให้ความร่วมมือ สีหน้าแววตาแสดงอารมณ์เศร้าและนิ่ง มักพูดว่าอยากตาย และเสียใจที่การฆ่าตัวตายเมื่อหนึ่งสัปดาห์ก่อนไม่สำเร็จ ที่ผ่านมามีความรู้สึกสิ้นหวังในอนาคตและเล่าว่าถึงตนเองจะตายก็ไม่มีใครสนใจ ไม่มีใครที่ช่วยเขาได้ การตายคือทางที่เขาจะหลุดพ้นจากความทุกข์และความสิ้นหวังที่เขาเผชิญอยู่

แบบรายงานการติดตาม ดูแลช่วยเหลือเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน (รายคน)

คำชี้แจง แบบรายงานนี้เป็นแบบการติดตามการดูแลช่วยเหลือเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนนี้ วัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการบันทึกการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายในชุมชน โดยเมื่อบันทึกผลแล้ว สามารถดูและติดตามผลลัพธ์ความก้าวหน้าได้ทันที ซึ่งจะมีประโยชน์ทั้งกับทีม 3 หมอ ในพื้นที่ในการวางแผนติดตามช่วยเหลือได้อย่างต่อเนื่องร่วมกัน ในขณะที่ข้อมูลจากการบันทึกนั้นจะสามารถใช้กำกับติดตามการดำเนินงานในภาพรวมได้ด้วย

โดยแบบรายงานนี้พัฒนาขึ้นให้กับทีม 3 หมอ ได้แก่ อสม./รพ.สต.และแพทย์เวชศาสตร์ฯ สามารถเข้ามาบันทึกข้อมูลได้ภายหลังจากให้การติดตามดูแลเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนแล้ว ใช้เวลาในการบันทึกประมาณ 2-3 นาทีต่อครั้ง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เขตสุขภาพที่ท่านปฏิบัติงานอยู่.....
2. จังหวัดที่ท่านปฏิบัติงาน
3. อำเภอที่ท่านปฏิบัติงาน
4. ตำบลที่ท่านปฏิบัติงาน
5. บทบาทในการปฏิบัติงานของท่าน
 อสม./อสส. รพ.สต./ศูนย์บริการสาธารณสุข
 แพทย์เวชศาสตร์/แพทย์ทั่วไป อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. คนที่ท่านให้การติดตามดูแลในครั้งนี้เป็นใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 คนที่มีประวัติเคยทำร้ายตนเอง
 สมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เคยฆ่าตัวตาย
 ติดสุรา ติดสารเสพติด
 ผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากโรคทางกายรุนแรง/โรคเรื้อรัง
 ผู้ประสบวิกฤตชีวิตใน 3 เดือน เช่น ปัญหาครอบครัว หย่าร้าง มีคดีความ จุรกิจล้ม สูญเสียบุคคลที่รัก เป็นต้น
 มีประวัติถูกทารุณในวัยเด็ก
 อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. ท่านติดตามดูแลคนนี้ ครั้งนี้เป็นครั้งที่เท่าไร
 ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 3 ครั้งที่ 4 โปรดระบุจำนวนครั้ง.....

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงาน

8. ท่านพบความเสี่ยงฆ่าตัวตายจากสัญญาณเตือนหรือไม่ (ข้อนี้สำหรับ อสม.)

- ไม่พบความเสี่ยงจากสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย
- พบความเสี่ยงฆ่าตัวตายจากสัญญาณเตือน

9. ความเสี่ยงฆ่าตัวตายจากสัญญาณเตือนที่ท่านพบคืออะไร (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) กรณีที่ไม่พบความเสี่ยง ไม่ต้องตอบข้อนี้ สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ (ข้อนี้สำหรับ อสม.)

<input type="checkbox"/> พูดว่าอยากตาย/ไม่อยากมีชีวิต	<input type="checkbox"/> มีปัญหาชีวิต เช่น ตกงาน สูญเสียคนรักอย่างกะทันหัน
<input type="checkbox"/> พูดด้วยน้ำเสียงวิตกกังวล/หน้าตาเศร้าหมอง	<input type="checkbox"/> ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอย่างหนัก
<input type="checkbox"/> มีอารมณ์แปรปรวน จากซึมเศร้า หงุดหงิด เป็นสบายใจอย่างผิดปกติ	<input type="checkbox"/> มีประวัติสมาชิกในครอบครัวเคยฆ่าตัวตาย
<input type="checkbox"/> แยกตัวไม่พูดกับใคร	<input type="checkbox"/> นอนไม่หลับเป็นเวลานาน
<input type="checkbox"/> เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว	<input type="checkbox"/> วางแผนการฆ่าตัวตายไว้ล่วงหน้า เช่น พุดผากฝัง ให้ช่วยดูแลคนที่เขารัก, จัดการงานและทรัพย์สินไว้แล้ว เป็นต้น
<input type="checkbox"/> พบความเสี่ยงอื่นๆ โปรดระบุ	

10. ผลการคัดกรองความเสี่ยงจากแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q (ข้อนี้สำหรับ รพ.สต.)

- ไม่พบความเสี่ยงจากแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q (0 คะแนน)
- พบความเสี่ยงฆ่าตัวตายในระดับน้อย (1-8 คะแนน)
- พบความเสี่ยงฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง (9-16 คะแนน)
- พบความเสี่ยงฆ่าตัวตายในระดับรุนแรงตั้งแต่ (17 คะแนนขึ้นไป)

11. ท่านให้ความช่วยเหลือ ดูแลด้วยวิธีใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ระดับบุคคล

- ให้ความรู้การดูแลตนเอง
- ให้คำปรึกษา แนะนำเบื้องต้น รับฟัง ให้กำลังใจ
- ติดตามดูแลให้กินยา/รับยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง
- ให้การบำบัดรักษาโรคหรือปัญหาที่สัมพันธ์อาจเป็นแรงจูงใจในการทำร้ายตนเองของผู้ป่วย เช่น ปัญหาติดสุรา ปัญหาทางจิตเวช เป็นต้น



ระดับครอบครัว

- ให้ความรู้การดูแลตนเอง/แนะนำการปฏิบัติตัว/การสังเกตสัญญาณเตือนให้แก่สมาชิกในครอบครัว
- ให้การดูแล ช่วยเหลือ ให้การปรึกษาแก่สมาชิกในครอบครัวร่วมด้วย

ระดับชุมชน

- ประสานส่งต่อการดูแลร่วมกันภายในทีม 3 หมอ (อสม., รพ.สต., แพทย์เวชศาสตร์ฯ)
- ประสานขอความร่วมมือ ในการช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ท้องถิ่น พม. ผู้นำชุมชน ตำรวจ เป็นต้น
- ปรึกษาและดูแลร่วมกับหมอเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
- ส่งต่อเข้าสู่การรักษาในโรงพยาบาลต่อไป
- อื่นๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ที่พบจากการติดตามดูแลครั้งนี้

12. ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ภายหลังจากการติดตามดูแลช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - ยังพบความเสี่ยงฆ่าตัวตายจากสัญญาณเตือน
 - พบความเสี่ยงฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q ในระดับน้อย (1-8 คะแนน)
 - พบความเสี่ยงฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q ในระดับปานกลาง (9-16 คะแนน)
 - พบความเสี่ยงฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q ในระดับรุนแรงตั้งแต่ (17 คะแนนขึ้นไป)
 - ไม่พบความเสี่ยงฆ่าตัวตายจากสัญญาณเตือน
 - ไม่พบความเสี่ยงฆ่าตัวตายจากการประเมินความคิดฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q
13. ความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ภายหลังจากการติดตามดูแลช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - ผู้ที่ได้รับการดูแลมีความรู้/มีวิธีการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น
 - ครอบครัว/ญาติ มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น
14. สุขภาพจิตของผู้ที่ได้รับการดูแล/ครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - ผู้ที่ได้รับการดูแลมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรคในชีวิตมากยิ่งขึ้น
 - ครอบครัว/ญาติ มีความเข้าใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น
 - ผู้ที่ได้รับการดูแลได้รับการติดตามการกินยา และรักษาอย่างต่อเนื่อง
 - ผู้ที่ได้รับการดูแลได้รับการรักษาส่งต่อไปยังสถานพยาบาล
 - ผู้ที่ได้รับการดูแลได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ตามสภาพปัญหาและความต้องการ เช่น ท้องถิ่นเข้ามาช่วยเรื่องสวัสดิการต่างๆ
 - ผู้ที่ได้รับการดูแลสามารถดูแลตนเอง และดำเนินชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น
 - ผู้ที่ได้รับการดูแลสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัว เพื่อน ชุมชนได้มากยิ่งขึ้น

แบบประเมินที่เกี่ยวข้อง
ในการคัดกรองความเสี่ยงจากแบบประเมินการฆ่าตัวตาย
(สำหรับ รพ.สต.)

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)

ลำดับ	ระยะเวลา		ไม่มี	มี
1	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	คิดอยากตาย หรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	อยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	0	6
		(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ให้ถามต่อ) ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้ไหมว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	ได้ 0	ไม่ได้ 8
4	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	0	9
6	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ได้พยายามฆ่าตัวตาย โดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
รวม				

การแปลผล

- 0 ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน
- 1-8 มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย
- 9-16 มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง
- ≥17 มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับรุนแรง



แผนการสอนที่ 4

การคัดกรอง แนะนำ/ให้คำปรึกษาอย่างง่ายเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

เวลา 2 ชม.

- วัตถุประสงค์**
- 1) สามารถสังเกตสัญญาณเตือนและคัดกรองปัญหาการฆ่าตัวตายได้
 - 2) ฝึกทักษะการสื่อสารพื้นฐานเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย
 - 3) ฝึกกระบวนการแนะนำและให้คำปรึกษาอย่างง่ายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

- สาระสำคัญ**
- 1) เราสามารถคัดกรองผู้มีปัญหาการฆ่าตัวตายได้ทั้งการสังเกต สัมภาษณ์ และใช้แบบสอบถาม ทั้งในระดับชุมชนและรพ.สต.
 - 2) ทักษะการสื่อสารพื้นฐานประกอบด้วย การฟังอย่างใส่ใจ การถาม การทวนและสรุปความ
 - 3) การให้คำแนะนำปรึกษาอย่างง่าย เน้นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อเปลี่ยนความคิดการฆ่าตัวตาย

- อุปกรณ์ประกอบการสอน**
- 1) สไลด์ประกอบการสอน
 - 2) ใบกิจกรรม
 - 3) คลิปวิดีโอสาธิต “แนวทางการสื่อสารในผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตาย”

เวลา

กิจกรรม

- 10 นาที 1. บรรยายเรื่องความสำคัญของการเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายในชุมชน และบรรยายเรื่อง การสังเกตสัญญาณเตือนการช่วยเหลือเมื่อพบสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย (ใบความรู้ที่ 4.1)
- 10 นาที 2. ฝึกปฏิบัติ บทบาทรพ.สต.ในการประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) และแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อพบความเสี่ยง (ใบกิจกรรมที่ 4.1)
- 10 นาที 3. อธิบายเรื่องการสื่อสาร (ใบความรู้ที่ 4.2)
- 20 นาที 4. แบ่งกลุ่ม 3 คน ฝึกทักษะการสื่อสาร 3 รอบ ได้แก่ ทักษะฟัง ถาม ทวนและสรุปความ (ใบกิจกรรมที่ 4.2)
- 15 นาที 5. บรรยายการสร้างแรงจูงใจและกระบวนการสร้างแรงจูงใจป้องกันการฆ่าตัวตาย (ใบความรู้ที่ 4.3)
- 20 นาที 6. เปิดคลิปวิดีโอสาธิตการแนะนำและให้คำปรึกษาอย่างง่าย ผู้เรียนบันทึกความเห็นลงในแบบบันทึก (ขอตรงที่จะดีกว่านี้ถ้า.....) (ใบกิจกรรมที่ 4.3)
- 30 นาที 7. แบ่งกลุ่ม 3 คน ฝึกทักษะการแนะนำคำปรึกษาอย่างง่าย 3 รอบ (ใบกิจกรรมที่ 4.4) (กรณีที่มีวิทยากรประจำกลุ่มให้แบ่งกลุ่ม 6 คน จับคู่ผลัดกันฝึกเป็น 3 รอบ)
- 5 นาที 8. สรุปกระบวนการช่วยเหลือเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับอสม.หมอบริการบ้าน และ รพสต. (ใบความรู้ที่ 4.4)

ใบความรู้ที่ 4.1

การเฝ้าระวังและคัดกรองความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

การเฝ้าระวังและค้นหาปัจจัยเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนในชุมชน เป็นกระบวนการสำคัญที่สุดของการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย เนื่องจากผู้ที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ไม่ได้แสดงออกหรือบอกตรงๆ ว่ากำลังจะฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตามผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายจะมีสัญญาณบางอย่างที่แสดงออกมา ไม่ว่าจะเป็นคำพูด อารมณ์ พฤติกรรม

ดังนั้นการที่เรามีความเข้าใจและสามารถจับสัญญาณต่างๆ ตลอดจนค้นเจอกลุ่มเสี่ยงได้ทัน่วงทีก็จะช่วยให้เราสามารถช่วยเหลือได้ก่อนคนเหล่านั้นจะตัดสินใจฆ่าตัวตาย

การเฝ้าระวังและค้นหาปัจจัยเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนในชุมชนที่จะเรียนรู้ร่วมกันจะประกอบไปด้วย 2 วิธีการดังนี้

- ➔ จับสัญญาณเตือนความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย
- ➔ คัดกรองด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)

สัญญาณเตือนความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย

- คนที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย คนเหล่านี้มักจะมีสัญญาณบางอย่างที่แสดงให้เห็น และหากเราสามารถจับสัญญาณเตือนเหล่านี้ได้ทัน่วงที เราก็จะสามารถช่วยเหลือคนเหล่านี้ได้ก่อนที่เขาจะตัดสินใจและลงมือฆ่าตัวตาย
- ดังนั้นสัญญาณเตือนความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย จึงเป็นความรู้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เป็นเสมือนประตูบานแรกที่เราจะสามารถเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงได้
- สัญญาณเตือนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายที่พบบ่อยๆ ประกอบด้วย 10 สัญญาณเตือน ดังนี้

10 สัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่าตัวตาย

1. ประสบปัญหาชีวิต โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโควิด 19 อย่างรุนแรง เช่น ล้มละลาย ตกงาน หรือสูญเสียคนที่รักกะทันหัน เป็นต้น
2. ใช้สุราหรือยาเสพติด เพราะฤทธิ์ของสุราและยาเสพติดอาจส่งผลทำให้ขาดการยับยั้งชั่งใจ ขาดสติ
3. มีประวัติคนในครอบครัวเคยฆ่าตัวตาย
4. แยกตัว ไม่พูดกับใคร เมื่ออยู่คนเดียวล่ำฟั่งทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีที่พึ่ง ไม่มีคนคอยช่วยให้กำลังใจ หรือเตือนสติ
5. นอนไม่หลับเป็นเวลานาน จะส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรม มีความตึงเครียด ความสามารถในการตัดสินใจ และควบคุมอารมณ์ก็ทำได้ลดลง



6. พุดจาด้วยน้ำเสียงวิตกกังวล หน้าตาหมองเศร้า
7. มีอารมณ์แปรปรวน จากซึมเศร้าหรือหงุดหงิดมานาน เปลี่ยนเป็นสบายใจ อย่างผิดหูผิดตา เพราะอาจเป็นสัญญาณของคนที่ตัดสินใจแล้วว่า จะฆ่าตัวตาย จึงรู้สึกโล่งและสบายใจขึ้น
8. ชอบพูดว่าอยากตายหรือไม่อยากมีชีวิตอยู่ ทั้งนี้พบว่า มีผู้ที่พูดเช่นนี้จำนวนหนึ่งที่ตัดสินใจฆ่าตัวตายจริงๆ ดังนั้นหากพบเจอคนที่พูดเช่นนี้ต้องให้ความช่วยเหลือทันที
9. เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน
10. มีการวางแผนการฆ่าตัวตายไว้ล่วงหน้า เช่น พุดฝากฝังคนข้างหลัง, จัดการงานและทรัพย์สินให้เรียบร้อย, แจกจ่ายของรักให้คนอื่น

การช่วยเหลือเมื่อพบสัญญาณเตือนความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย

1. หากพบสัญญาณเตือนข้อใดข้อหนึ่ง ต้องให้การช่วยเหลือดังนี้
 - แสดงความเต็มใจช่วยเหลืออย่างจริงจัง การเข้ามาให้ความช่วยเหลือจะช่วยให้ผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายรู้สึกว่ามีคนที่ห่วงเขาอยู่
 - ยอมรับในปัญหาของผู้ที่คิดฆ่าตัวตาย หลีกเลี่ยงการพูดว่า “ไม่เป็นไร” “ไม่เห็นมีอะไร” “เรื่องแค่นี้เอง” เพราะแต่ละคนรับรู้ต่อปัญหาได้ไม่เหมือนกัน
 - ให้กำลังใจ สร้างความหวัง ให้เห็นว่าปัญหาจะสามารถแก้ไขได้และผ่านไปได้
 - ให้คำปรึกษา ปลอดภัยให้มีสติค่อยๆ คิดหาทางแก้ไขปัญหา
 - ชักชวนให้ออกมาทำกิจกรรมอย่างอื่นร่วมกับผู้อื่น อย่าให้อยู่ตามลำพัง
 - ถ้าบุคคลนั้นไม่ใช่คนในครอบครัว ให้บอกญาติให้ดูแลอย่างใกล้ชิด
 - แนะนำช่องทางในการให้คำปรึกษา เช่น สายด่วนสุขภาพจิต 1323 หรือช่องทางให้การปรึกษา ให้ความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ หรือติดต่อหาแหล่งช่วยเหลือในพื้นที่เท่าที่จะทำได้ให้กับผู้ที่มีความเสี่ยง
2. ทั้งนี้ เทคนิคสำคัญของการพูดคุยกับกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้การช่วยเหลือนั้น อสม.สามารถใช้เทคนิค 3 เป็นได้แก่ ถามเป็น ชมเป็น แนะนำเป็น มาใช้พูดคุยได้

ใบกิจกรรมที่ 4.1

1. บรรยายเกี่ยวกับความสำคัญของการประเมินด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q

อย่างที่ทราบกันดีว่า ปัญหาการฆ่าตัวตายในบางครั้ง เราอาจไม่ทันได้สังเกตสัญญาณเตือน หรือในบางกรณี สัญญาณเตือนที่แสดงออกมาอาจไม่มากพอที่จะทำให้คนรอบข้างนึกคิดและช่วยเหลือได้ทัน ดังนั้นการประเมินเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สำคัญ สำหรับการค้นหาและเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว (ตามใบความรู้ที่ 4.1)

2. ให้ทุกคนฝึกปฏิบัติการใช้แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q

ลำดับ	ระยะเวลา		ไม่มี	มี
1	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	คิดอยากตาย หรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	อยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	0	6
		(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ) ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่ หรือบอกได้ไหมว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนี้	ได้ 0	ไม่ได้ 8
4	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	0	9
6	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7	ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ได้พยายามฆ่าตัวตาย โดยคาดหวัง /ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
รวม				

- 0 ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน
- 1-8 มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย
- 9-16 มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง
- ≥17 มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับรุนแรง



ตัวอย่าง Case สำหรับฝึกการใช้แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q

อสม.ร่วมกับ รพ.สต.ไปเยี่ยมบ้าน

นายเอ เนื่องจากนายเอมีความเครียดสูง และมีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน เมื่อประมาณ 4 เดือนที่ผ่านมา เมื่อพูดคุยกัน พบว่านายเอช่วงนี้มีมีความเครียดจากโควิดทำให้ตนเองต้องตกงาน จนบางครั้งก็รู้สึกที่ตนเองตายๆไปซะอาจจะดีกว่า แต่ก็เพียงแค่อคิดเฉยๆ ไม่ได้อยากตายจริงๆ แต่ก็ไม่รู้ว่าต่อไปจะทำอย่างไรต่อไป ไม่มีเงินมาจ่ายค่าบ้าน แถมมาทะเลาะกับภรรยาเรื่องเงินด้วยอีก ตอนนี้เครียดมาก

ชมพู่ต้องออกจากงาน เพราะบริษัทที่ทำงานอยู่ต้องปิดตัวลงจากโควิด ทำให้ชมพู่ไม่มีรายได้ ต้องกลับมาอยู่บ้านที่ต่างจังหวัดกับแม่ ตลอดช่วงเดือนที่ผ่านมา ชมพู่อยู่บ้านเฉยๆ ไม่ได้ทำอะไร วันหนึ่ง ทีม 3 หมอได้ติดตามลงเยี่ยมบ้านและมาพบกับชมพู่ เมื่อได้พูดคุยกัน ชมพู่บอกว่า รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ต้องมาคอยอาศัยคนอื่นอยู่ คิดว่ามีชีวิตอยู่ไปก็ไม่มีประโยชน์ คิดว่าถ้าตนเองตายไปก็น่าจะดี ไม่เป็นภาระของคนอื่น ตอนนี้ก็ได้เอาเสื้อผ้า ของใช้ของตัวเองเอาไปให้น้องใช้ เพราะคิดว่าเดี๋ยวถ้าตายไปแล้ว ก็ไม่ได้ใช้แล้ว คิดไว้ว่าถ้าได้ไปบอกลาพ่อกับแม่แล้วจะไปละ



กิจกรรม 4.1 แบ่งกลุ่ม 3-4 คน ลองใช้เครื่องมือคัดกรอง 8Q ตามตัวอย่าง Case อภิปรายร่วมกันใน 2 ประเด็น 1.ประเมิน 8Q ได้กี่คะแนน 2.จะให้การช่วยเหลืออย่างไร

เคสตัวอย่างที่ 1

คะแนน 8Q ที่ประเมินได้ _____

การดูแลช่วยเหลือ _____



kestตัวอย่างที่ 2
คะแนน 8Q ที่ประเมินได้ _____

การดูแลช่วยเหลือ _____

3. สรุปแนวทางการช่วยเหลือเมื่อพบความเสี่ยง

กลุ่มเป้าหมาย : กลุ่มที่มีผลรวมคะแนนจากการประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q \geq 1 คะแนนขึ้นไป

การดำเนินการตามความรุนแรง

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย (8Q = 1-8 คะแนน)
 - 1.1 ประเมินความเจ็บป่วยทางจิตเวช ถ้ามีโรคซึมเศร้าให้ดูแลตามแนวทางที่กำหนดไว้
 - 1.2 ควรปรึกษาหรือส่งต่อผู้ชำนาญด้านให้การปรึกษาหรือผู้ทำงานด้านสุขภาพจิตเพื่อให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ
2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง (8Q = 9-16 คะแนน)
 - 2.1 ให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ ช่วยแก้ไขปัญหาทุกข้อใจที่เร่งด่วน
 - 2.2 ประเมินโรคจิตเวช หากมีโรคซึมเศร้าให้ดูแลรักษาตามแนวทางที่กำหนดไว้
 - 2.3 ควรจัดให้มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด และแนะนำญาติให้เข้าใจวิธีการช่วยเหลือเฝ้าระวังที่ถูกต้อง
 - 2.4 ควรนัดติดตามเฝ้าระวังเพื่อให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจอย่างต่อเนื่อง
3. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับสูง (8Q > 17 คะแนน)
 - 3.1 ควรรักษาในโรงพยาบาลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมงหรือพิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช
 - 3.2 ให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ และช่วยแก้ไขปัญหาทุกข้อใจที่เร่งด่วน
 - 3.3 กรณีที่มีโรคซึมเศร้า ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q ได้คะแนน > 13 ให้ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชทันที



ใบความรู้ที่ 4.2

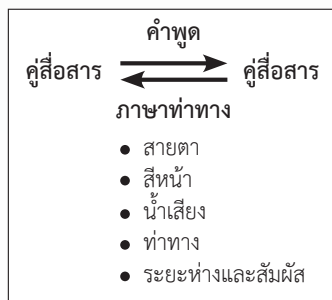
การให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาอย่างง่าย ในผู้ที่มีปัญหาฆ่าตัวตาย

การสื่อสารระหว่างบุคคลหรือการพูดจាកัน โดยเฉพาะกับคนที่ใกล้ชิดทั้งที่บ้าน ที่ทำงานและสังคม เป็นสิ่งสำคัญ หากสื่อสารกันไม่ดีจะเป็นบ่อเกิดของความขัดแย้งและอารมณ์ที่รุนแรง

การพูดคุยกันกับบุคคลที่มีสัมพันธภาพต่าง ๆ เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความเข้าใจหรือความขัดแย้งในชีวิตและการทำงาน เราจึงควรมาฝึกการสื่อสารกันสักเล็กน้อย

ก่อนอื่นต้องเข้าใจที่เราเป็นทั้งผู้รับและส่งสารในขณะที่พูดคุยกัน โดยเราสื่อความคิดผ่านคำพูดและสื่อความรู้สึก (โดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม) ผ่านทางภาษาท่าทางต่างๆ

ในความสัมพันธระหว่างบุคคล เราจะเห็นการสื่อสารซึ่งกันและกันขณะที่ฝ่ายหนึ่งพูด แต่อีกฝ่ายหนึ่ง ยังไม่ได้พูดอะไร แต่เขาก็จะสื่อสารด้วยสีหน้า ท่าทางต่างๆ การสื่อสารจึงมีทั้งที่เป็นคำพูดและที่เป็นภาษาท่าทางที่แสดงออกทั้งสายตา สีหน้า น้ำเสียง ภาษากาย ระยะห่าง และสัมผัส



องค์ประกอบ
ของการสื่อสาร

ทักษะพื้นฐาน

ที่สำคัญคือ การฟังอย่างลุ่มลึก ซึ่งเป็นการฟังอย่างใส่ใจประกอบด้วย

- ท่าทีในการรับฟัง โดยการสบตา พยักหน้า
- ฟังได้ทั้งความคิดและความรู้สึก โดยเฉพาะน้ำเสียง ท่าทาง ระยะห่าง/สัมผัส

ทักษะพื้นฐานเหล่านี้มีความจำเป็น จะส่งเสริมให้ตลอดการสื่อสารกับผู้ที่มีปัญหาอันจะทำให้เกิดความไว้วางใจ การนำปัญหามาเล่าให้ฟัง และยอมรับในการหาทางออก

นอกจากนี้ยังต้องมีทักษะในการถาม โดยเฉพาะการถามปลายเปิด เพื่อสำรวจปัญหา ค้นหาข้อมูล และกระตุ้น/ค้นหาแรงจูงใจ และการถามปลายปิด โดยใช้ในการถามเพื่อยืนยัน ความชัดเจนในสิ่งที่มีความสำคัญ รวมไปถึงการสื่อสารที่ช่วยให้เกิดการเชื่อมโยงไปสู่ปัญหาและสาเหตุที่ลึกกลงไปด้วยการทวนความและสรุปความ ทั้งนี้การถามด้วยคำถามปลายปิด ควรใช้ในสถานการณ์ที่จำเป็นเพื่อต้องการคำยืนยันเท่านั้น

ทักษะการทวนและสรุปความ เป็นอีกทักษะหนึ่งที่มีความจำเป็น โดยใช้ในการทวนความหรือสะท้อนความ เพื่อติดตามการสนทนาหรือเน้นสิ่งที่มีความหมายสำคัญ และเพื่อการสรุปความ โดยเป็นการขมวดการสนทนาและนำการสนทนาเข้าสู่ประเด็น

ใบกิจกรรม 4.2

จับกลุ่ม 3 คน แบ่งบทบาทเป็น A B และ C

★ รอบที่ 1

- A ผู้เล่า : เล่าเรื่องที่ทำให้โกรธ/ผิดหวัง/เสียใจ ที่เกิดขึ้นในชุมชน
- B ผู้ฟัง : ฝึกทักษะการฟัง โดยการฟังอย่างใส่ใจ (สบตา พยักหน้าและฟังให้ได้ทั้งความคิดและความรู้สึก จากภาษาท่าทางของ A
- C ผู้สังเกตการณ์ : สังเกตการสนทนาว่า B ฟังอย่างใส่ใจหรือไม่ และมีผลอย่างไรกับการสนทนา

จับกลุ่ม 3 คน กลุ่มเดิม เล่ารอบที่ 2 ให้สลับบทบาท ดังนี้

★ รอบที่ 2

- B ผู้เล่า : เล่าเรื่องที่ทำให้โกรธ/ผิดหวัง/เสียใจ ที่เกิดขึ้นในชุมชน
- C ผู้ฟัง : ฝึกทักษะการฟัง โดยการฟังอย่างใส่ใจ (สบตา พยักหน้าและฟังให้ได้ทั้งความคิดและความรู้สึก จากภาษาท่าทางของ B และเพิ่มคำถามทั้งปลายเปิด ปลายปิด
- A ผู้สังเกตการณ์ : สังเกตการสนทนาว่า C ฟังอย่างใส่ใจและถามปลายเปิด/ปิดอย่างเหมาะสมหรือไม่ และมีผลอย่างไรกับการสนทนา

★ รอบที่ 3

- C ผู้เล่า : เล่าเรื่องที่ทำให้โกรธ/ผิดหวัง/เสียใจ ที่เกิดขึ้นในชุมชน
- A ผู้ฟัง : ฝึกทักษะการฟัง โดยการฟังอย่างใส่ใจ การถามทั้งปลายเปิด ปลายปิด การทวนความและสรุปความ (สบตา พยักหน้าและฟังให้ได้ทั้งความคิดและความรู้สึก จากภาษาท่าทางของ C
- B ผู้สังเกตการณ์ : สังเกตการสนทนาว่า A ฟังอย่างใส่ใจ ถามที่จำเป็นและทวนความ/สรุปความหรือไม่ และมีผลอย่างไรกับการสนทนา



ใบความรู้ที่ 4.3

ทักษะกระบวนการ

เป็นการนำหลักของการสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการต่อสู้ชีวิตต่อไป โดยค้นหาแรงจูงใจที่สำคัญในตนเองที่ผู้ให้ความช่วยเหลือสามารถใช้การสื่อสารดึงแรงจูงใจเหล่านี้ออกมา

การสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจมีทั้งส่วนที่เป็นทักษะและกระบวนการแต่เพื่อให้ง่ายต่อการเรียนรู้และนำมาใช้งานในชุมชนและบริการพื้นฐาน จึงได้มีการพัฒนาการสื่อสารให้เป็นทั้งทักษะและกระบวนการไปด้วยกันเรียกว่า **ทักษะกระบวนการ**

หัวใจสำคัญของการสร้างแรงจูงใจคือทุกคนมีแรงจูงใจอยู่ในแต่อาจถูกมองข้ามไปหรือไม่ตระหนักเพราะจากความเครียดจากปัญหาต่างๆ มาบดบัง การสื่อสาร/สนทนา จึงทำหน้าที่ในการดึงแรงจูงใจเหล่านี้ออกมาและรักษาแรงจูงใจเหล่านี้ไว้



วงจรของแรงจูงใจ

บทบาทของการสื่อสารก็คือทำให้ผู้ที่ยังไม่ตระหนักเกิดแรงจูงใจและรักษาแรงจูงใจนั้นไว้ และหากมีการสูญเสียแรงจูงใจ ก็ยังใช้การสื่อสารเพื่อกลับมาสร้างแรงจูงใจใหม่

ทักษะกระบวนการเป็นการบูรณาการทั้งทักษะและกระบวนการเข้าด้วยกัน โดยมีทักษะพื้นฐาน โดยเฉพาะการฟังเป็นพื้นฐานตลอดการสื่อสาร ทักษะกระบวนการในการสื่อสารสร้างแรงจูงใจให้ผู้มีความเครียดหรือความคิดฆ่าตัวตายกลับมามีแรงจูงใจที่จะสู้ชีวิตต่อไป เปลี่ยนความเครียดหรือความคิดฆ่าตัวตายที่เดิมมีอยู่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนภายหลังจากการแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพแล้ว ดังนี้

1) ถามเป็น เป็นทักษะการถามเพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาและแรงจูงใจในตนเอง ประกอบด้วย

1.1 ถามเพื่อประเมินความเครียดหรือความคิดฆ่าตัวตาย เป็นคำถามปลายเปิดที่จะช่วยให้รู้ว่ามีความเครียดหรือความคิดฆ่าตัวตายหรือไม่ และมีความรุนแรงแค่ไหน (เคยพยายามหรือไม่)



1.2 ถามเพื่อค้นหาศักยภาพ/แรงจูงใจทางบวก เป็นการถามปลายเปิดเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสำคัญต่อชีวิตของผู้มีปัญหา



จากคำถามปลายเปิดนี้และการฟังอย่างลุ่มลึกผู้มีปัญหาจะสามารถเล่าเรื่องราวสำคัญที่เป็นแรงจูงใจให้ต่อสู้และประกอบชีวิตตนเอง ซึ่งมักจะเป็นแรงจูงใจ 3 ประเภท ดังต่อไปนี้

1. รัก/เป็นห่วง ครอบครัว
2. รับผิดชอบ ต่อการงานและการหาเลี้ยงครอบครัว
3. ยึดมั่นในหลักศาสนาหรือใส่ใจในการดูแลตนเอง

ซึ่งเมื่อฟังอย่างลุ่มลึกจะสามารถจับประเด็นได้ และนำไปสู่ขั้นตอนต่อไปคือการชมเป็น


2) ชมเป็น เป็นทักษะการสรุปความที่ได้จากการถามและฟังอย่างใส่ใจ เพื่อค้นหาศักยภาพและแรงจูงใจ โดยนำประเด็นที่สรุปได้มาย้ำและแสดงความชื่นชม

- ครอบครัว** เช่น คุณเป็นคนที่ห่วงใย ลูก/ครอบครัว
- การทำงาน** เช่น คุณเป็นคนที่มีความรับผิดชอบในการทำงาน/เสาหลักของครอบครัว
- ตนเอง** เช่น คุณเป็นคนที่มีความยึดมั่นในศาสนา คุณเป็นคนที่ใส่ใจสุขภาพ

3) แนะนำเป็น เป็นการให้คำแนะนำที่ตรงกับปัญหา/ความจำเป็น

- 1) **ประเมินภาวะสุขภาพจิต** หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพจิตที่มีปัญหา เช่น 8Q (สำหรับความคิดฆ่าตัวตาย หรือ 9Q (สำหรับภาวะซึมเศร้า)
- 2) **การเชื่อมโยงเข้ากับบริการต่อเนื่อง** โดยบริการในระดับเฉพาะทางที่มีสหวิชาชีพด้านสุขภาพจิตในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ
- 3) **การรักษาแรงสนับสนุนทางสังคม** เช่น การขออนุญาตเชื่อมโยงกับครอบครัว เยี่ยมบ้านหรือนัดหมายให้ถี่มากขึ้น เป็นต้น

สรุปแนวทางการสื่อสาร

ขั้นตอน	ประเด็น
<p>1) ถามเป็น เช่น สัมพันธภาพและสำรวจปัญหา</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • สร้างสัมพันธภาพ การคุยถึงปัญหาที่ประสบอยู่ • ถามเพื่อประเมินความเครียดหรือความคิดฆ่าตัวตาย เช่น “มีอะไรทำให้เครียด” “รู้สึกเป็นทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ไหม” • ถามเพื่อค้นหาแรงจูงใจทางบวก เช่น “ทั้ง ๆ ที่มีความเครียดหรือความทุกข์มาก อะไรทำให้ยังพยายามอยู่ต่อไป”
<p>2) ชมเป็น เสริมศักยภาพและแรงจูงใจในการต่อสู้ชีวิต</p> 	<p>สรุปตามข้อ 3 ประเด็นมาแสดงความชื่นชม</p> <ul style="list-style-type: none"> • ครอบครัว เช่น “คุณเป็นคนที่ห่วงใย ลูก/ครอบครัว” • การงาน เช่น “คุณเป็นคนที่มีความรับผิดชอบในการทำงาน” “คุณเป็นเสาหลักของครอบครัว” • ตนเอง เช่น “คุณเป็นคนที่มีความยึดมั่นในศาสนา” “คุณเป็นคนที่ใส่ใจสุขภาพ”
<p>3) แนะนำเป็น ให้คำแนะนำที่ตรงกับปัญหา/ความจำเป็น</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ประเมินภาวะสุขภาพจิตด้วย 8Q (ความคิดฆ่าตัวตาย) 9Q (ซึมเศร้า) • การเชื่อมโยงเข้ากับบริการต่อเนื่องที่มีบุคลากรด้านสุขภาพจิต • การรักษาแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและผู้ช่วยเหลือ

ใบกิจกรรม 4.3

แบบสังเกตการณ์การชมวิดีโอการให้คำปรึกษาอย่างง่าย แนวทางการสื่อสารในผู้ที่มีปัญหาฆ่าตัวตาย

กระบวนการสื่อสาร	ขอบตรงที่	จะดีกว่านี้ถ้า
ถามเป็น : สร้างสัมพันธภาพ ถามถึงปัญหา ถามเพื่อค้นหา		
ชมเป็น : สรุปและชื่นชม (ครอบครัว การงาน ตนเอง)		
แนะเป็น : ให้ตรงตามสภาพ ปัญหาของแต่ละคน		



ใบกิจกรรม 4.4

1. หลังชมคลิปวิดีโอสารคดี “แนวทางการสื่อสารในผู้ที่มีปัญหาฆ่าตัวตาย”
2. แบ่งกลุ่ม 3 คน ผลัดกันฝึกปฏิบัติเป็นผู้ให้คำปรึกษา, ผู้รับบริการ และผู้สังเกตการณ์ 3 รอบ โดยครอบคลุม 3 ปัญหาดังนี้
 - ความเครียด : ปัญหาเศรษฐกิจ, ครอบครัว
 - โรคเรื้อรังทางกาย: เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง
 - โรคเรื้อรังทางจิต: โรคจิต, โรคซึมเศร้า เสพติดสุรา/สารเสพติด

รอบที่ 1 A เป็นผู้รับบริการ B เป็นผู้ให้คำปรึกษา C เป็นผู้สังเกตการณ์

รอบที่ 2 B เป็นผู้รับบริการ C เป็นผู้ให้คำปรึกษา A เป็นผู้สังเกตการณ์

รอบที่ 3 C เป็นผู้รับบริการ A เป็นผู้ให้คำปรึกษา B เป็นผู้สังเกตการณ์

ในกรณีที่มีวิทยากรประจำกลุ่ม ให้แบ่งกลุ่ม 6 คน

ผลัดกันแสดงบทบาทที่ละคู่ โดยแบ่งบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา และผู้ที่มีปัญหาจนมีความคิดฆ่าตัวตาย โดยครอบคลุม 3 ปัญหาข้างต้น

ใบความรู้ที่ 4.4

สรุปกระบวนการช่วยเหลือเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับ อสม. หมอประจำบ้าน และ รพ.สต.

โดย อสม. หมอประจำบ้าน

1. ติดตามเยี่ยมบ้าน
2. สังเกตความเสี่ยงจากสัญญาณเตือนฯ
3. ให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น
4. ใช้เทคนิค 3 เป็น (ถามเป็น ชมเป็น แนะนำเป็น) ในการพูดคุยกับกลุ่มเสี่ยงและญาติ
5. ส่งต่อข้อมูล สถานการณ์ให้กับเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. (หมอสาธารณสุข) เพื่อให้การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง
6. บันทึกข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านด้วยแบบรายงานการติดตาม ดูแลช่วยเหลือเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนผ่านทาง QR Code ที่กำหนด ***จำเป็น***
7. วางแผนติดตามเยี่ยมบ้านดูแลซ้ำ ร่วมกับเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. (หมอสาธารณสุข)

โดย รพ.สต. หมอสาธารณสุข

1. ติดตามเยี่ยมบ้าน/รับข้อมูลส่งต่อมาจาก อสม.
2. สังเกตความเสี่ยงจากสัญญาณเตือนฯ
3. ประเมินกลุ่มเสี่ยงด้วย 8Q
4. คัดกรองความช่วยเหลือทางสังคม
5. ให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น
6. ใช้เทคนิค 3 เป็น (ถามเป็น ชมเป็น แนะนำเป็น) ในการพูดคุยกับกลุ่มเสี่ยงและญาติ
7. ส่งต่อข้อมูลสถานการณ์ปัญหาให้กับ แพทย์เวชศาสตร์ (หมอครอบครัว) เพื่อให้การดูแลรักษา
8. ประสานหน่วยงาน องค์กรนอกระบบสาธารณสุขให้ความช่วยเหลือในประเด็นที่เกี่ยวข้อง
9. บันทึกข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านด้วยแบบรายงานการติดตาม ดูแลช่วยเหลือเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนผ่านทาง QR Code ที่กำหนด ***จำเป็น***
10. วางแผนติดตามเยี่ยมบ้านดูแลซ้ำ ร่วมกับอสม./แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว



แผนการสอนที่ 5

การวินิจฉัยและการรักษาเบื้องต้นโรคทางจิตเวชที่สัมพันธ์กับปัญหาการฆ่าตัวตาย และการแนะนำ/ให้คำปรึกษาอย่างง่าย สำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

เวลา 2 ชม.

วัตถุประสงค์

- 1) ฝึกทักษะการสื่อสาร รวมทั้งกระบวนการแนะนำและให้คำปรึกษาอย่างง่ายเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาความเครียดหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย
- 2) สามารถวินิจฉัยและให้การรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นในรายที่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับโรคจิตเวชที่สัมพันธ์กับปัญหาการฆ่าตัวตายได้ รวมทั้งสามารถให้คำแนะนำผู้ป่วย ครอบครัว และ/หรือญาติ เพื่อเฝ้าระวังดูแลรักษาอาการ/โรคทางจิตเวชและผลข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเวชของผู้ป่วยได้

สาระสำคัญ

- 1) ทักษะพื้นฐานประกอบด้วย การฟังอย่างใส่ใจ การถาม การทวนและสรุปความ
- 2) การให้คำแนะนำปรึกษาอย่างง่าย เน้นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการเห็นคุณค่าในตนเองเพื่อเปลี่ยนความคิดการฆ่าตัวตาย ซึ่งต้องใช้ทักษะกระบวนการที่ประกอบด้วย การถามเป็น ชมเป็น และแนะเป็น
- 3) การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวชที่สัมพันธ์กับปัญหาการฆ่าตัวตายเน้นใน 4 กลุ่มโรคหลัก ได้แก่ 1) Depressive Disorders 2) Alcohol Use Disorders 3) Psychotic Disorder และ 4) Substance Use Disorders

เวลา	กิจกรรม
30 นาที	1. บรรยายและฝึกปฏิบัติทักษะการสื่อสารและการแนะนำ/ให้การปรึกษาอย่างง่ายเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (ใบความรู้ที่ 5.1 และใบกิจกรรมที่ 5.1)
10 นาที	2. บรรยายเรื่องโรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับปัญหาการฆ่าตัวตาย (ใบความรู้ที่ 5.2 และใบความรู้ที่ 5.3)
75 นาที	3. บรรยายและฝึกปฏิบัติการวินิจฉัยโรคจิตเวชที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย รวมทั้งการรักษาและการส่งต่อเคส 4 กลุ่มโรคหลัก: - โรคซึมเศร้า (Depressive Disorders) - AUD: Alcohol Use Disorders - โรคจิต (Psychotic Disorder) - SUD: Substance Use Disorders (ใบกิจกรรมที่ 5.2, 5.3, 5.4 และ 5.5)
5 นาที	4. สรุปและอภิปรายผล

ใบความรู้ที่ 5.1

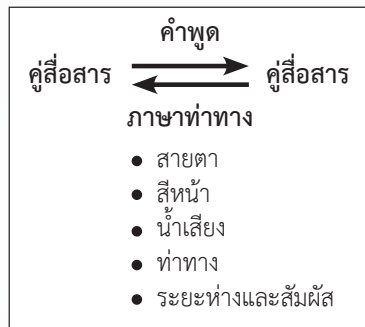
ทักษะการสื่อสารและการแนะนำ/ให้คำปรึกษาอย่างง่าย

การสื่อสารระหว่างบุคคลหรือการพูดจกกัน โดยเฉพาะกับคนใกล้ชิดทั้งที่บ้าน ที่ทำงานและสังคมเป็นสิ่งสำคัญ หากสื่อสารกันไม่ดีจะเป็นบ่อเกิดของความขัดแย้งและอารมณ์ที่รุนแรง

การพูดคุยกันกับบุคคลที่มีสัมพันธภาพต่างๆ เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดความเข้าใจหรือความขัดแย้งในชีวิตและการทำงาน เราจึงควรมาฝึกการสื่อสารกันเล็กน้อย

ก่อนอื่นต้องเข้าใจที่ว่าเป็นทั้งผู้รับและส่งสารในขณะที่พูดคุยกัน โดยเราสื่อสารความคิดผ่านคำพูดและสื่อความรู้สึก (โดยรู้ตัวหรือไม่ก็ตาม) โดยผ่านภาษาท่าทางต่าง ๆ

ในความสัมพันธระหว่างบุคคล เราจะเห็นการสื่อสารซึ่งกันและกันขณะที่ฝ่ายหนึ่งพูด แต่อีกฝ่ายหนึ่งยังไม่ได้พูดอะไร แต่เขาก็จะสื่อสารด้วยสีหน้า ท่าทางต่างๆ การสื่อสารจึงมีทั้งที่เป็นคำพูดและที่เป็นภาษาท่าทางที่แสดงออกทั้งสายตา สีหน้า น้ำเสียง ภาษากาย ระยะห่าง และสัมผัส



องค์ประกอบ
ของการสื่อสาร

ทักษะและกระบวนการในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาความเครียดหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยทักษะพื้นฐาน ได้แก่ ทักษะการฟัง การถาม การทวนความและสรุปความ และทักษะกระบวนการ ได้แก่ ถามเป็น ชมเป็น และแนะเป็น

ทักษะพื้นฐาน

ทักษะการฟัง ที่สำคัญ คือ การฟังอย่างลุ่มลึก ซึ่งเป็นการฟังอย่างใส่ใจประกอบด้วย

- ท่าทีในการรับฟัง โดยการสบตา พยักหน้า
- ฟังได้ทั้งความคิดและความรู้สึก โดยเฉพาะน้ำเสียง ท่าทาง ระยะห่าง/สัมผัส

ทักษะพื้นฐานเหล่านี้มีความจำเป็น จะส่งเสริมให้ตลอดการสื่อสารกับผู้ที่มีปัญหาอันจะทำให้เกิดความไว้วางใจ การนำปัญหามาให้ฟัง และยอมรับในการหาทางออก

นอกจากนี้ยังต้องมี**ทักษะในการถาม** โดยเฉพาะการถามปลายเปิด เพื่อสำรวจปัญหา ค้นหาข้อมูล และกระตุ้น/ค้นหาแรงจูงใจ และการถามปลายปิด โดยใช้ในการถามเพื่อยืนยัน ความชัดเจนในสิ่งที่มีความสำคัญ ร่วมไปกับการสื่อสารที่ช่วยให้เกิดการเชื่อมโยงไปสู่ปัญหาและสาเหตุที่ลึกลงไปด้วยการทวนความและสรุปความ ทั้งนี้การถามด้วยคำถามปลายปิด ควรใช้ในสถานการณ์ที่จำเป็นเพื่อต้องการคำยืนยันเท่านั้น

ทักษะการทวนและสรุปความ เป็นอีกทักษะหนึ่งที่มีความจำเป็น โดยใช้ในการทวนความหรือสะท้อนความ เพื่อติดตามการสนทนาหรือเน้นสิ่งที่มีความหมายสำคัญ และเพื่อการสรุปความ โดยเป็นการขมวดการสนทนาและนำการสนทนาเข้าสู่ประเด็น

ทักษะกระบวนการ

ทักษะกระบวนการเป็นการนำหลักของการสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interview) เพื่อสร้างแรงจูงใจในการต่อสู้ชีวิตต่อไป โดยค้นหาแรงจูงใจที่สำคัญในตนเองที่ผู้ให้ความช่วยเหลือสามารถใช้การสื่อสารดึงแรงจูงใจเหล่านี้ออกมา



วงจรของแรงจูงใจ

การสื่อสารเพื่อสร้างแรงจูงใจมีทั้งส่วนที่เป็นทักษะและกระบวนการแต่เพื่อให้ง่ายต่อการเรียนรู้และนำมาใช้งานในชุมชนและบริการพื้นฐาน จึงได้มีการพัฒนาการสื่อสารให้เป็นทั้งทักษะและกระบวนการไปด้วยกันเรียกว่าทักษะกระบวนการ

หัวใจสำคัญของการสร้างแรงจูงใจคือทุกคนมีแรงจูงใจอยู่ในแต่อาจถูกมองข้ามไปหรือไม่ตระหนัก เพราะจากความเครียดจากปัญหาต่างๆ มาบดบัง การสื่อสาร/สนทนา จึงทำหน้าที่ในการดึงแรงจูงใจเหล่านี้ออกมาและรักษาแรงจูงใจเหล่านี้ไว้

บทบาทของการสื่อสารก็คือทำให้ผู้ที่ยังไม่ตระหนักเกิดแรงจูงใจและรักษาแรงจูงใจนั้นไว้ และหากมีการสูญเสียแรงจูงใจ ก็ยังใช้การสื่อสารเพื่อกลับมาสร้างแรงจูงใจใหม่

ทักษะกระบวนการเป็นการบูรณาการทั้งทักษะและกระบวนการเข้าด้วยกัน โดยมีทักษะพื้นฐาน โดยเฉพาะการฟังเป็นพื้นฐานตลอดการสื่อสาร ทักษะกระบวนการในการสื่อสารสร้างแรงจูงใจให้ผู้มีความเครียดหรือความคิดฆ่าตัวตายกลับมามีแรงจูงใจที่จะสู้ชีวิตต่อไป เปลี่ยนความเครียดหรือความคิดฆ่าตัวตายที่เดิมมีอยู่ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนภายหลังจากการแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพแล้ว ดังนี้

1) ถามเป็น เป็นทักษะการถามเพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาและแรงจูงใจในตนเอง ประกอบด้วย

1.1 ถามเพื่อประเมินความเครียดหรือความคิดฆ่าตัวตาย เป็นคำถามปลายเปิดที่จะช่วยให้รู้ว่ามีความเครียดหรือความคิดฆ่าตัวตายหรือไม่ และมีความรุนแรงแค่ไหน (เคยพยายามหรือไม่)



1.2 ถามเพื่อค้นหาศักยภาพ/แรงจูงใจทางบวก เป็นการถามปลายเปิดเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสำคัญต่อชีวิตของผู้มีปัญหา



จากคำถามปลายเปิดนี้และการฟังอย่างลุ่มลึกผู้มีปัญหาจะสามารถเล่าเรื่องราวสำคัญที่เป็นแรงจูงใจให้ต่อสู้และประกอบชีวิตตนเอง ซึ่งมักจะเป็นแรงจูงใจ 3 ประเภท ดังต่อไปนี้

1. รัก/เป็นห่วง ครอบครัว
2. รับผิดชอบ ต่อการงานและการหาเลี้ยงครอบครัว
3. ยึดมั่นในหลักศาสนาหรือใส่ใจในการดูแลตนเอง

ซึ่งเมื่อฟังอย่างลุ่มลึกจะสามารถจับประเด็นได้ และนำไปสู่ขั้นตอนต่อไปคือการชมเป็น


2) ชมเป็น เป็นทักษะการสรุปความที่ได้จากการถามและฟังอย่างใส่ใจ เพื่อค้นหาศักยภาพและแรงจูงใจ โดยนำประเด็นที่สรุปได้มาย้ำและแสดงความชื่นชม

- ครอบครัว** เช่น คุณเป็นคนที่ห่วงใย ลูก/ครอบครัว
- การทำงาน** เช่น คุณเป็นคนที่มีความรับผิดชอบในการทำงาน/เสาหลักของครอบครัว
- ตนเอง** เช่น คุณเป็นคนที่มีความยึดมั่นในศาสนา คุณเป็นคนที่ใส่ใจสุขภาพ

3) แนะนำเป็น เป็นการให้คำแนะนำที่ตรงกับปัญหา/ความจำเป็น

- 1) **ประเมินภาวะสุขภาพจิต** หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพจิตที่มีปัญหา เช่น 8Q (สำหรับความคิดฆ่าตัวตาย หรือ 9Q (สำหรับภาวะซึมเศร้า)
- 2) **การเชื่อมโยงเข้ากับบริการต่อเนื่อง** โดยบริการในระดับเฉพาะทางที่มีสหวิชาชีพด้านสุขภาพจิตในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ
- 3) **การรักษาแรงสนับสนุนทางสังคม** เช่น การขออนุญาตเชื่อมโยงกับครอบครัว เยี่ยมบ้านหรือนัดหมายให้ถี่มากขึ้น เป็นต้น

สรุปแนวทางการสื่อสาร

ขั้นตอน	ประเด็น
<p>1) ถามเป็น เช่น สัมพันธภาพและสำรวจปัญหา</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • สร้างสัมพันธภาพ การคุยถึงปัญหาที่ประสบอยู่ • ถามเพื่อประเมินความเครียดหรือความคิดฆ่าตัวตาย เช่น “มีอะไรทำให้เครียด” “รู้สึกเป็นทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ไหม” • ถามเพื่อค้นหาแรงจูงใจทางบวก เช่น “ทั้ง ๆ ที่มีความเครียดหรือความทุกข์มาก อะไรทำให้ยังพยายามอยู่ต่อไป”
<p>2) ชมเป็น เสริมศักยภาพและแรงจูงใจในการต่อสู้ชีวิต</p> 	<p>สรุปตามข้อ 3 ประเด็นมาแสดงความชื่นชม</p> <ul style="list-style-type: none"> • ครอบครัว เช่น “คุณเป็นคนที่ห่วงใย ลูก/ครอบครัว” • การงาน เช่น “คุณเป็นคนที่มีความรับผิดชอบในการทำงาน” “คุณเป็นเสาหลักของครอบครัว” • ตนเอง เช่น “คุณเป็นคนที่มีความยึดมั่นในศาสนา” “คุณเป็นคนที่ใส่ใจสุขภาพ”
<p>3) แนะนำเป็น ให้คำแนะนำที่ตรงกับปัญหา/ความจำเป็น</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ประเมินภาวะสุขภาพจิตด้วย 8Q (ความคิดฆ่าตัวตาย) 9Q (ซึมเศร้า) • การเชื่อมโยงเข้ากับบริการต่อเนื่องที่มีบุคลากรด้านสุขภาพจิต • การรักษาแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัวและผู้ช่วยเหลือ

ใบกิจกรรม 5.1

จับกลุ่ม 3 คน แบ่งบทบาทเป็น A B และ C

★ รอบที่ 1

- A ผู้เล่า : เล่าเรื่องที่ทำให้โกรธ/ผิดหวัง/เสียใจ ที่เกิดขึ้นในชุมชน
- B ผู้ฟัง : ฝึกทักษะการฟัง โดยการฟังอย่างใส่ใจ (สบตา พยักหน้าและฟังให้ได้ทั้งความคิดและความรู้สึก จากภาษาท่าทางของ A
- C ผู้สังเกตการณ์ : สังเกตการสนทนาว่า B ฟังอย่างใส่ใจหรือไม่ และมีผลอย่างไรกับการสนทนา

จับกลุ่ม 3 คน กลุ่มเดิม เล่ารอบที่ 2 ให้สลับบทบาท ดังนี้

★ รอบที่ 2

- B ผู้เล่า : เล่าเรื่องที่ทำให้โกรธ/ผิดหวัง/เสียใจ ที่เกิดขึ้นในชุมชน
- C ผู้ฟัง : ฝึกทักษะการฟัง โดยการฟังอย่างใส่ใจ (สบตา พยักหน้าและฟังให้ได้ทั้งความคิดและความรู้สึก จากภาษาท่าทางของ B และเพิ่มคำถามทั้งปลายเปิด ปลายปิด
- A ผู้สังเกตการณ์ : สังเกตการสนทนาว่า C ฟังอย่างใส่ใจและถามปลายเปิด/ปิดอย่างเหมาะสมหรือไม่ และมีผลอย่างไรกับการสนทนา

ชมวิดีโอแนวทางการสื่อสาร ในผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตาย จับกลุ่ม 3 คน กลุ่มเดิม เล่ารอบที่ 3 ให้สลับบทบาท ดังนี้

★ รอบที่ 3

- C ผู้เล่า : เล่าเรื่องเกี่ยวกับการมีปัญหาทำให้ไม่อยากมีชีวิตอยู่
- A ผู้ฟัง : ฝึกทักษะกระบวนการ : ถามเป็น ชมเป็น แนะนำเป็น
- B ผู้สังเกตการณ์ : สังเกตการสนทนาว่าเป็นไปตามกระบวนการหรือไม่ และมีผลอย่างไรกับการสนทนา



ใบความรู้ที่ 5.2

โรคทางจิตเวชและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย

จากการรายงานข้อมูลในปี พ.ศ. 2564 โดยกลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน กรมสุขภาพจิต พบ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ตามแบบจำลอง biopsychosocial ดังนี้

Biological

- เพศชาย ฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง 5 เท่า
 - เพศชายอัตรา 12.19 ต่อประชากรแสนคน
 - เพศหญิงอัตรา 2.68 ต่อประชากรแสนคน
- กลุ่มวัยที่มีการฆ่าตัวตายสูง คือ กลุ่มวัยทำงาน รองลงมา คือ กลุ่มผู้สูงอายุ
- * ช่วงอายุที่มีการฆ่าตัวตาย 3 อันดับแรก
 1. อายุ 35 -39 ปี = 12.0 ต่อประชากรแสนคน
 2. อายุ 40-44 ปี = 11.2 ต่อประชากรแสนคน
 3. อายุ 30-34 ปี = 10.1 ต่อประชากรแสนคน
- **อายุต่ำสุดที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย คือ 11 ปี (3 คน)
- ***อายุสูงสุดที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย คือ 95 ปี (1 คน)

- กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย (NCDs) 29.2%
 - เบาหวาน - ความดันโลหิตสูง
 - โรคหลอดเลือดสมอง
 - โรคร่วม (Comorbidity)
 - ครอบครัวยุติประวัติด้านจิตหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย

Psychological

- มีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์รุนแรงในชีวิต
- มีปัญหาความสัมพันธ์ 50.4%
 - น้อยใจถูกดูต่ำ
 - ความรักหึงหวง
 - ทะเลาะกับคนใกล้ชิด
- โรคทางจิตเวช 24.2% (โรคจิต, ซึมเศร้า)
- ตัดยาเสพติด 10.4%
- ติดสุรา 21.2%

Social

- ปัญหาเศรษฐกิจ 28.5%
 - ตกงาน, ยากจน, มีหนี้สินล้นพ้นตัว
- ขาดแรงสนับสนุนและการช่วยเหลือสังคม
- การนำเสนอข่าวสารที่ไม่มีการควบคุมความเหมาะสมของเนื้อหา (Copycat Suicide)
- ผลกระทบจาก COVID-19 8.1%

สถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จที่น่าสนใจ

- เพศชาย 78.1%
- อาชีพ รับจ้าง/แรงงาน 33.5%
- วิธีการ: ผูกคอ (90.7%), ยากำจัดวัชพืช (4.4%), สารเคมีและสารพิษอื่น (1.6%)
- มีสัญญาณเตือน 24.2%
- ประวัติดีๆทำร้ายตนเอง 25.51%
- ทำร้ายผู้อื่นร่วมด้วย 1.6%
- ผู้เคยผู้พยายามฆ่าตัวตายมาก่อน 10%
- RQ ต่ำกว่า 15.5 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง

โรคนทางจิตเวช สาเหตุคืออะไร?

โรคนทางจิตเวช เป็นกลุ่มของโรคที่เกิดขึ้นจากความผิดปกติหรือความบกพร่องทางจิตใจ รวมไปถึงการผิดปกติของพฤติกรรมโดยธรรมชาติที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายด้านด้วยกัน ได้แก่

1. **พันธุกรรม และร่างกาย** ที่เกิดจากการสืบทอดของผู้ที่มีปัญหาทางจิต อาจมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนทางจิตได้ง่ายกว่าคนทั่วไปเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นจากปัจจัยต่างๆ รวมไปถึงความบกพร่องของร่างกายขณะกำเนิด

2. **ความผิดปกติทางชีวเคมี** ที่เกิดจากการได้รับสารเคมีหรือสารเสพติด รวมถึงปัจจัยที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆที่มีผลต่อการสร้าง การหลั่งของสารเคมีในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทและสมอง สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตได้ง่าย

3. **ปัจจัยทางด้านสังคม** อันเกิดจากเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ รวมไปถึงภาวะแรงกดดันทางสังคมจากการใช้ชีวิต อาทิ การประสบอุบัติเหตุ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การถูกปฏิเสธจากสังคม หรือถูกซ้ำเติมในปมด้อยของตนจากสังคม เป็นต้น

4. **ปัจจัยทางด้านปัญญา และจิตใจ** ที่เกิดจากการขาดวิจรรย์ญาณในการรับฟัง การพูด การกระทำ และการตัดสินใจต่อการแก้ไขปัญหาต่างๆอย่างไม่ถูกต้อง รวมถึงภาวะทางจิตใจที่ขาดความเข้มแข็ง แน่วแน่ และอ่อนไหวง่าย สิ่งเหล่านี้มีส่วนนำมาซึ่งกระบวนการทางจิตที่ผิดปกติได้ง่าย

การลงรหัสโรคนทางจิตเวช ระบบ ICD-10

การลงรหัสในระบบ ICD-10 มีความสำคัญอย่างไร? เนื่องจากความคลาดเคลื่อนของการสรุปวินิจฉัยโรคมีผลต่อการให้รหัส ICD และส่งผลกระทบต่อรายงานผลข้อมูลที่ต่ำกว่าความเป็นจริง (Underreporting in data collection) ดังนั้นเพื่อป้องกันปัญหาการรายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากการลงรหัส ICD การทำความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับรหัสวินิจฉัยโรคของแพทย์ที่ครบถ้วนและถูกต้องจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

1. **F10-F19 Mental and Behavioral disorder due to psychoactive substance** เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การรับรู้ อันเนื่องมาจากการได้สารกระตุ้นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท จำพวก ยาเสพติด ต่างๆ ตัวอย่างโรคในหมวดนี้ ได้แก่ โรคติดสุรา ติดบุหรี่ ติดกาเฟอีน ติดยานอนหลับ ติดสารเสพติดทุกชนิด

2. **F20-F29 Psychotic disorder** เป็นกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้เป็นหลัก อาการเด่นของโรคในหมวดนี้คือ มีหูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวงกลัวในสิ่งทีอาจเป็นไปได้ หลงผิดคิดในสิ่งที่ไม่มียู่จริง ตัวอย่างโรคในหมวดนี้ ได้แก่ โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคจิตหวาดระแวง (Paranoid Schizophrenia) โรคหลงผิด (Delusion) เป็นต้น

3. **F30-F39 Mood disorder** เป็นกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์เป็นหลัก อาการเด่นคือ อารมณ์แปรปรวน ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ เศร้าหรือครีกรึ้นมากเกินปกติ ตัวอย่างโรคในหมวดนี้ ได้แก่ โรคซึมเศร้า (Depressive) โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar) โรคอารมณ์ครีกรึ้น (Mania) เป็นต้น



4. F40-F49 Neurotic, stress-related and somatoform disorder เป็นกลุ่มโรคทางระบบประสาทซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิด เป็นหลัก ตัวอย่างโรคในหมวดนี้ ได้แก่ โรควิตกกังวล (Anxiety) โรคเครียด (Stress) โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-Compulsive) โรคที่เจ็บปวดตามร่างกายอันเนื่องมาจากสาเหตุทางจิตใจ (somatoform) เป็นต้น

5. F50-F59 Behavioral disorder เป็นกลุ่มโรคที่มีพฤติกรรมผิดปกติ ได้แก่ โรคการกินผิดปกติ (eating disorder) โรคนอนไม่หลับ (Insomnia) โรคพฤติกรรมเปลี่ยน (Behavior changes)

6. F60-F69 Adult personality and behavior disorder เป็นกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรมเด่นชัด ได้แก่ โรคพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Aggressive personal disorder) โรคบุคลิกภาพแบบก้ำกึ่ง (Borderline personal disorder) โรคบุคลิกภาพแบบพึ่งพิง (Dependent personal disorder) โรคติดการพนัน (Pathological gambling) โรคผิเพศ (Transsexualism) เป็นต้น

7. X60-84 Intentional self-harm รหัสการวินิจฉัยการทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย

การลงการวินิจฉัยบันทึกรหัสการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตตามระบบ ICD-10

การทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายนั้นกระทำได้หลายวิธี แพทย์ต้องบันทึกผลที่เกิดขึ้น เช่น ลักษณะบาดแผลหรือการเจ็บป่วยหลักที่ผู้ป่วยมารับบริการเป็นการวินิจฉัยหลัก (Principal Diagnosis) และบันทึกสาเหตุภายนอกอย่างละเอียดว่าตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยวิธีใด เหตุเกิดที่สถานที่ใด และเกิดขณะกิจกรรมอะไร เป็นการวินิจฉัยร่วม (Comorbidity Diagnosis)

ขั้นตอนการลงบันทึกรหัสการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตตามระบบ ICD-10

A. แพทย์ควรบันทึกข้อมูลอย่างละเอียดจากข้อมูลทั้งหมดที่มีและควรต้องหาข้อมูลให้ละเอียดที่สุดก่อนการลงรหัสโรคบันทึกลักษณะ ตำแหน่งบาดแผลการบาดเจ็บต่าง ๆ เป็นการวินิจฉัยหลัก และบันทึกสาเหตุ*^B ที่มาของการบาดเจ็บเป็นการวินิจฉัยร่วมอย่างละเอียด ทั้งนี้สามารถรหัสวินิจฉัยรวมได้ถึง 5 หลักที่ประกอบด้วย (1) วิธีการ (2) สถานที่เกิดเหตุ (3) กิจกรรมที่ทำขณะลงมือทำร้ายตนเอง (เช่น X70.09 : Intention self-harm /by Hanging / At Home / unspecified activity)

B. *สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บ (External cause of injury and poisoning) หรือเสียชีวิตที่เกิดขึ้นนั้น ในการวินิจฉัยรหัสโรคในระบบ ICD - 10 สามารถจำแนกได้แตกต่างกันตามเจตนาของผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิต

- สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บและการได้รับพิษ (External cause of injury and poisoning) เป็นกลไกการบาดเจ็บและได้รับพิษ เป็นข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติผู้ป่วยหรือผู้ประสบเหตุว่าการบาดเจ็บหรือการได้รับพิษนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร สถานที่ใด เกิดขณะทำกิจกรรมใด ดังนั้นแพทย์ต้องระบุสาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บและการได้รับพิษทุกราย สาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บจำแนกตามรหัส ICD-10 เป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) อุบัติเหตุ W00 - X 59 2) การฆ่าตัวตาย X60 - X84 3) ถูกทำร้าย X85 - Y09 4) ไม่ทราบเหตุการณ์แน่ชัด Y10 - Y34 และ 5) สาเหตุอื่น ๆ (จลาจล ผลแทรกซ้อนจากการรักษา) Y35 - Y99

C. กรณีผู้ป่วยเคยมีประวัติทำร้ายตนเองและเคยได้รับการวินิจฉัยรหัส X60-X84 มารับบริการที่โรงพยาบาลหรือมาติดตามการรักษาอีกครั้ง ควรพิจารณาในการลงรหัส ดังนี้

> กรณีมีการพยายามฆ่าตัวตาย ควรลงรหัส ICD-10 Intention Self-Harm อีกครั้ง

> กรณีไม่มีการพยายามฆ่าตัวตาย ควรระมัดระวังในการ RE-Diagnosis Code เพราะจะทำให้ระบบฐานข้อมูล และระบบเฝ้าระวัง เข้าใจว่า คนไข้มีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ แพทย์สามารถลงวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีประวัติเคยพยายามทำร้ายตัวเอง (ฆ่าตัวตาย) ได้ โดยใช้ รหัส Z91.5 Personal history of self-harm แทนรหัสเดิม

D. กรณีผู้ป่วยที่มารับบริการยังไม่ลงมือทำร้ายตนเองแต่เป็นเพียงอาการที่แสดงเกี่ยวกับอารมณ์ ความคิดจะฆ่าตัวตายให้รหัส R 45.8 Other symptoms and signs involving emotional state Suicidal ideation (tendencies)

Case study

ตัวอย่าง: หญิงไทยอายุ 30 ปี ทะเลาะกับสามี กินยาล้างท้องน้ำ เพื่อทำร้ายตนเองที่บ้านเมื่อ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์ตรวจพบแผลบริเวณ Esophagus และ erosion ของ gastric mucosa

การวินิจฉัยหลัก Corrosion of esophagus (T28.6)

การวินิจฉัยร่วม Erosion of gastric mucosa (T28.7)

สาเหตุภายนอก กินยาล้างท้องน้ำเพื่อทำร้ายตนเอง (X69.04)



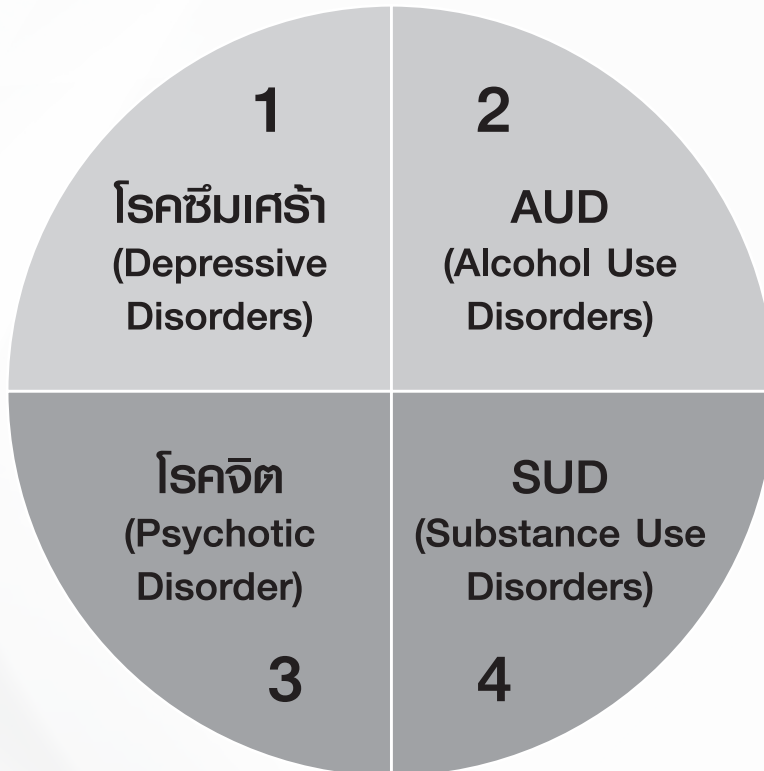
สาเหตุของโรคทางจิตเวชที่สัมพันธ์การกับฆ่าตัวตาย มีหลายประการ ได้แก่

- ➔ **Depressive Mood** อาการซึมเศร้า ผู้ที่มีอาการซึมเศร้ามาก คิดว่าตนเองไร้ค่าอยู่ไปไม่มีประโยชน์ ความรู้สึกซึมเศร้าทำให้ไม่สามารถทนอยู่กับอาการต่างๆ และพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง กลุ่มเปราะบาง
- ➔ **Psychotic Symptoms** อาการทางจิต ซึ่งมักมีอาการหูแว่ว หลงผิด และปรับตัวเข้ากับสังคมได้ลำบาก บางครั้งเกิดอาการซึมเศร้าจากการป่วยทางจิตเวชอย่างเรื้อรัง ไม่มีความหวังในชีวิตคิดอยากตายได้ หากมีหูแว่วเป็นเสียงสั่งให้ฆ่าตัวตายก็ทำตามเสียงนั้น หากสับสน มีภาพหลอน เกิดตกใจวิ่งหนีและเกิดอุบัติเหตุเหมือนฆ่าตัวตายได้
- ➔ **Alcoholic & SUD** ผู้ที่ติดเหล้าหรือสารเสพติด เกิดอาการซึมเศร้า และขาดการยับยั้งใจตัวเอง ฆ่าตัวตายด้วยความโกรธ และก้าวร้าวต่อตนเองได้ รวมทั้งกลุ่ม Comorbidity หรือ Co-occurring โรคร่วมสารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชต่างๆ เช่นอารมณ์แปรปรวนและติดเหล้า มีโอกาสทำร้ายตัวเองสูง
- ➔ **Personality Disorder** ผู้ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ จะเกิดปัญหาทางอารมณ์และความสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้ง่ายและอยากฆ่าตัวตายได้

ใบความรู้ที่ 5.3

การวินิจฉัย รักษาดูแลและส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

4 โรคจิตเวชที่มักสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ดังนี้

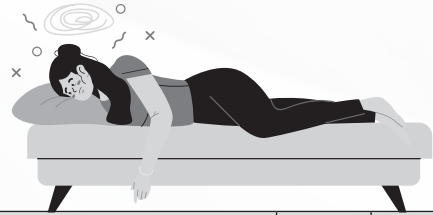


1. โรคซึมเศร้า (Depressive Disorders)

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (ขั้นต้น) 2Q

ข้อบ่งชี้การใช้

1. ผู้มีปัญหาหาสาเหตุ/สารเสพติดทุกราย
2. ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์



คำถาม	มี	ไม่มี
1. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่		
2. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่		

การแปลผลและการช่วยเหลือ

บูรณาการตามแนวทางการดูแลและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1. ถ้าตอบว่า “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อ แสดงว่า ไม่น่าจะมีภาวะซึมเศร้า

2. ถ้าตอบว่า “มี” ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ แสดงว่ามีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มจะมีภาวะ

ซึมเศร้า ต้องคัดกรอง 9Q ต่อ

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q

ข้อบ่งชี้การใช้: 1. กรณี 2Q = มี 2. ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

คำถาม ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	มีอาการ			
	ไม่มีเลย	บางวัน (< 7 วัน)	บ่อย (> 7 วัน)	ทุกวัน
1. เบื่อ ๆ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยาก หรือหลับหลับตื่นๆหรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหาร หรือกินมากไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ติดกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเอง หรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่นดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
รวมคะแนน				

การแปลผลและการช่วยเหลือ

บูรณาการตามแนวทางการดูแลและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1. ถ้าตอบว่า “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อ แสดงว่า **ไม่น่าจะมีภาวะซึมเศร้า**

2. ถ้าตอบว่า “มี” ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ แสดงว่ามีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มจะมีภาวะ

ซึมเศร้า ต้องคัดกรอง 9Q ต่อ

การแปลผลและการช่วยเหลือ

บูรณาการตามแนวทางการดูแลและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า ดังนี้

- 7-12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย

---> ให้การปรึกษาแบบสั้นควบคู่กับการบำบัดตามความรุนแรงปัญหาเสพติด/สารเสพติด

- 13-18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

---> ส่งพบแพทย์ให้การ ประเมินวินิจฉัย ดูแลช่วยเหลือควบคู่กับการบำบัดตามความรุนแรง ปัญหาเสพติด/สารเสพติด

- ตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

---> ส่งพบแพทย์ให้การประเมินวินิจฉัย ดูแลช่วยเหลือยาทางจิตเวชควบคู่กับการบำบัดตาม ความรุนแรงปัญหาเสพติด/สารเสพติด

- กรณี ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป จะเสี่ยงการฆ่าตัวตาย

---> ต้องคัดกรอง 8Q ต่อ

การช่วยเหลือภาวะซึมเศร้า

- การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ควรคัดกรองความเสี่ยงการฆ่าตัวตายด้วย
- การหาสาเหตุว่าภาวะซึมเศร้า หรือภาวะติดยา/สารเสพติด หรือสุรา ที่เป็นปัจจัยร่วม
- การประเมินอาการ มีความสำคัญ และให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม
- การรักษาโรคซึมเศร้าควรเป็นไปตามขั้นตอนการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6-12 เดือน
- ทบทวนการวินิจฉัยเป็นระยะ เช่น bipolar, depressive disorder ที่ทำให้มีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จสูง
- ยาต้านซึมเศร้าทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นได้ เช่น SSRI
- ยา SSRI ปริมาณปานกลาง : Fluoxetine 20-40 mg ,Sertraline 25-100 mg
- ยาต้านซึมเศร้า TCA ที่ใช้บ่อย ปริมาณปานกลาง : Amitriptyline 25-100 mg
Imipramine 25-100 mg
- ยาที่ช่วยผ่อนคลาย นอนหลับ ปริมาณปานกลาง : Tranmed 5 mg lorazepam 0.5 mg ,etc.



ใบกิจกรรม 5.2

จับกลุ่ม 3 – 4 คน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและฝึกปฏิบัติการวินิจฉัยแยกโรค (Differential Diagnosis) จากตัวอย่างกรณีศึกษาที่ 1 โดยใช้เวลา 3 – 5 นาที ดังนี้

ตัวอย่าง 1

ผู้ป่วยหญิง ไทย อายุ 57 ปี หม้าย ทำอาหารตามสั่งชาย มีพ่อติดเตียง ลูกชาย 1 คน และหลานสาวอีก 1 คน ที่ต้องดูแล

2 ปี ก่อน เครียด ปวดหัว ร้องไห้เป็นพักๆ เพราะปิดร้านอาหาร เนื่องระบาดโรคโควิด ขายอาหารออนไลน์ รายได้ไม่พอ จึงจำนอ้งบ้านเพื่อใช้หนี้

1 ปี ก่อน สามมีผู้หญิงอื่น ท้อแท้ สิ้นหวัง อยากตาย กินยาพาราเซต 50 เม็ด ล้างท้อง รพ.

3 เดือน ก่อนหน้านี้ สามมีเสียชีวิต ด้วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยต้องรับภาระ หนี้ที่สะสมคิดมาก นอนไม่หลับ เริ่มกินเหล้าขาว 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 1 เป๊ก

2 เดือน ก่อนหน้านี้ ลูกชายคนเดียวถูกจับคดี ยาบ้า ลูกสะใภ้แยกทาง มีหลานสาว 1 คน อยู่กับตนเอง เป็นห่วงลูกหลานมาก ว่าอนาคตจะทำอย่างไร

1 เดือนมานี้ น้ำหนักลด คลำเจอก้อนเนื้อเล็ก ๆ ที่หน้าอก ไม่เจ็บ แพทย์วินิจฉัยเป็นเนื้องอกไม่ร้ายแรง แต่รู้สึกกังวล มือสั่น ใจสั่น ไม่สมาธิ กลัวเป็นโรคร้าย

14 วันมานี้ เบื่อหน่าย นอนไม่หลับ รู้สึกสิ้นหวัง หดหู่ กินข้าวไม่ลง ไม่อยากไปไหน ยังไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย เพราะเป็นห่วงหลาน คิดตลอดว่ารู้อย่างไร แต่ก่อนน่าจะเลี้ยงลูกให้ดีกว่านี้

Differential Diagnosis

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

ใบกิจกรรม 5.2

Differential Diagnosis: Case study 1

1. Major depressive disorder
2. Adjustment disorder with depress mood ภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการปรับตัว ภาวะนี้ยังไม่รุนแรงถึงขนาดเป็นโรคซึมเศร้า เพียงแต่มีอาการของโรคซึมเศร้าเป็นบางวันที่สัมพันธ์กับความเครียดในระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือนที่ผ่านมา เช่น โรคร้าย ออกหัก ออกจากงาน ผิดหวังเสียใจเรื่องต่างๆ แต่เมื่อตัวก่อความเครียดหายไปอาการเศร้าจะกลับมาเป็นปกติ
3. Dysthymic disorder โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง ความรุนแรงของอาการน้อยกว่า major depression แต่มี อาการนานกว่า ในเด็กมักมีอาการนานเกิน 1 ปีในผู้ใหญ่มีกนานเกิน 2 ปี
4. Mixed Anxiety Depression โรควิตกกังวลผสมซึมเศร้า มีลักษณะอาการผสมกันระหว่างโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า แต่ไม่มีอาการใดชัดเจนพอที่จะใช้เป็น เกณฑ์ในการวินิจฉัยว่าเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่นเดียวกับโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยที่เป็นโรค จะประสบความทุกข์หรือความ บกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย
5. Alcohol abuse induced mood disorders อารมณ์ผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์

2. AUD: Alcohol Use Disorders

การใช้สุราที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรมและสุขภาพจิต

จากการรายงานข้อมูลเกี่ยวกับภาวะติดสุราและโรคร่วม (Alcohol Abuse Dependence and Comorbid) ของโรงพยาบาลอภัยภูรังค์เชียงใหม่ พบ lifetime suicidality อยู่ที่ร้อยละ 18.3 (Paejoie & Chaeburapa, 1996) และจากตัวอย่างกลุ่มวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราอย่างหนักในเขตภาคใต้มักพบความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempt) ในระดับที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มสุรามากกว่า 2 เท่า

Alcohol Abuse Dependence and Comorbids

- กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสุรา 120 คน พบโรคร่วมทางจิตเวช 72 คน 60.0 %
- Lifetime psychotic disorder 27.5 %
- Lifetime suicidality 18.3 %
- Lifetime manic episode 15.8 %
- Current major depressive disorder 15.0 %
- Current generalized anxiety disorder 7.5 %
- and Lifetime antisocial personality disorder

การวินิจฉัยความผิดปกติที่เกิดจากสุรา ตามระบบ ICD-10

F10.0	Alcohol intoxication*
F10.3	Alcohol withdrawal
F10.4	Alcohol withdrawal delirium
F10.5	Alcohol- induced psychotic disorder
F10.6	Alcohol-induced persisting amnesic disorder
F10.73	Alcohol-induced persisting dementia
F10.8	Alcohol-induced mood disorder/anxiety disorder/ sexual dysfunction/ sleep disorder

ระบาดวิทยาของภาวะโรคร่วม (Epidemiologic Catchment Area: ECA)

Alcohol disorder	Another mental disorder	37%
	Anxiety Disorders	19%
	Antisocial PD	14%
	Mood Disorders	13%
	Schizophrenia	4%
Antisocial PD	Substance abuse	84%
	Alcohol Disorders	74%
	Another drug disorder	42%
Schizophrenia		34%
Mood disorder	Alcohol disorder	22%
Anxiety disorder		18%

ดื่มมาตรฐาน (Standard drink) คืออะไร?

- DRINK ในแต่ละประเทศแตกต่างกันตามลักษณะเครื่องดื่มที่เป็นที่นิยม และคิดเป็นปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์
- WHO กำหนดดื่มมาตรฐานไว้เท่ากับแอลกอฮอล์ 10 กรัม
- การคำนวณดื่มมาตรฐานจะต้องทราบความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม (% หรือ ดีกรี) และปริมาณที่ดื่ม (ซีซี)

ความหมายของดื่มมาตรฐาน (STANDARD DRINK)

1 drink = alcohol 10 gram

- เบียร์ (3.5 %) 1 กระป๋อง/ขวดเล็ก เช่น สิงห์ไลท์ = 1 DRINK
- เบียร์ (5%) 3/4 กระป๋อง/ขวดเล็ก = 1 DRINK
เช่น สิงห์ เฮเนเกน ลีโอ เซียร์ ไทเกอร์ ช้างตราพ
- เบียร์ 5% 1 ขวดใหญ่: 2.5 DRINKS
- เบียร์ (6.4%) เช่น ช้าง 1/2 กระป๋อง หรือ 1/3 ขวดใหญ่ = 1 DRINK



แบบประเมินเพื่อคัดกรองปัญหาจากการดื่มสุรา CAGE Questionnaire

"ใช่" ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ถือว่ามีแนวโน้มของการติดสุรา สามารถปรึกษาแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญในการให้การประเมินและช่วยเหลือได้ต่อไป

1. "คุณเคยรู้สึกว่าคุณควรลด (Cut down) การดื่มสุราหรือไม่"
2. "คุณเคยรู้สึกรำคาญ (Annoyed) เวลาผู้อื่นวิพากษ์วิจารณ์การดื่มสุราของคุณหรือไม่"
3. "คุณเคยรู้สึกไม่ดีหรือรู้สึกผิด (Guilt) เกี่ยวกับการดื่มสุราของคุณหรือไม่"
4. "คุณเคยต้องดื่มสุราเป็นสิ่งแรกหลังตื่นนอน (Eye-opener) เพื่อให้ไม่กระวนกระวายหรือลดการเมาค้างหรือไม่" (ข้อบ่งชี้ที่มักพบในผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุรา)



Blackout

อาการหลงลืม (amnesia) ที่เกิดขึ้นชั่วขณะในช่วงที่ผู้ป่วยเมาสุรา (intoxication) ในขณะนั้นระดับความรู้สึกตัวปกติ คนรอบข้างรู้สึกว่าคุณผู้ป่วยปกติดี แต่หลังจากผู้ป่วยหายเมาแล้ว จะจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงที่เมานั้นไม่ได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงความรุนแรงในการติดสุรา

การคัดกรองผู้ที่มีปัญหาการใช้สุราที่มีความผิดปกติทางพฤติกรรมและสุขภาพจิต ใช้แบบประเมิน
ปัญหาการดื่มสุรา (Audit: Alcohol Use Disorders Identification Test)

คำชี้แจง : คำถามแต่ละข้อต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์การดื่มสุราในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยสุรา หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ สเปย์ไวน์ เป็นต้น ขอให้ตอบตามความเป็นจริง

ข้อคำถาม	0	1	2	3	4	คะแนน
1. คุณดื่มสุร่าบ่อยเพียงไร	ไม่เคยเลย	เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า	24 ครั้งต่อ เดือน	2-3 ครั้งต่อ สัปดาห์	4 ครั้งขึ้นไปต่อ สัปดาห์	
2. เลือกตอบเพียงข้อเดียว เวลาที่ดื่มสุรา โดยทั่วไปแล้วคุณดื่มประมาณเท่าไร ต่อวัน หรือ	1-2 ดื่ม มาตรฐาน	3-4 ดื่ม มาตรฐาน	5-6 ดื่ม มาตรฐาน	7-9 ดื่ม มาตรฐาน	ตั้งแต่ 10 ดื่ม มาตรฐานขึ้นไป	
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์ เช่น สิงห์ ไฮเนเกน ลีโอ เซียร์ ไทเกอร์ ช้าง ดื่มประมาณเท่าไร ต่อวัน หรือ	1-1.5กระป๋อง/ 1/2-3/4 ขวด	2-3 กระป๋อง/ 1-1.5 ขวด	3.5-4กระป๋อง/ 2 ขวด	4.5-7กระป๋อง/ 3-4 ขวด	7 กระป๋อง/ 4 ขวดขึ้นไป	
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้าเช่น แมโขง หงส์ทอง หงส์ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี ดื่มประมาณ เท่าไรต่อวัน	2-3 ฝา	1/4 แบน	1/2 แบน	3/4 แบน	1 แบนขึ้นไป	
3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มตั้งแต่ 6 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป หรือเบียร์ 4 กระป๋องหรือ 2 ขวดใหญ่ขึ้นไป หรือเหล้า วิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
4. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณพบว่า คุณไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากคุณได้เริ่มดื่มไปแล้ว	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
5. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำสิ่ง ที่คุณควรจะทำตามปกติ เพราะคุณมัวแต่ไปดื่มสุราเสีย	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
6. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณต้องรีบดื่มสุรา ทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือ ถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
7. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ดี โกรธ หรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไป ขณะที่คุณดื่มสุราเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
8. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่สามารถ จำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา เพราะว่า คุณได้ดื่ม สุราเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บ ซึ่งเป็นผล จากการดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคย แต่ไม่ได้ เกิดขึ้นใน ปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นใน ช่วงหนึ่งปีแล้ว	
10. เคยมีแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์หรือ เพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความห่วงใยต่อ การดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคย แต่ไม่ได้ เกิดขึ้นใน ปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นใน ช่วงหนึ่งปีแล้ว	
คะแนนรวม						

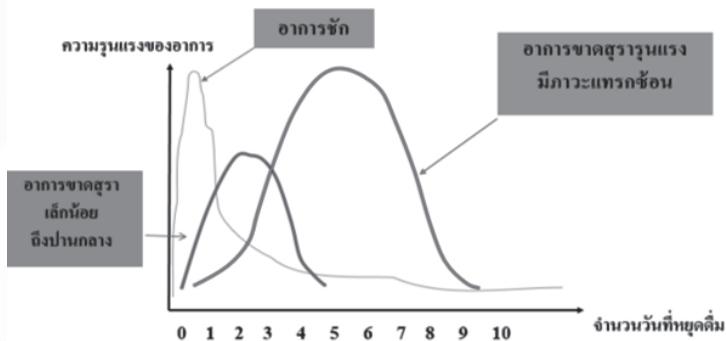
ปรับปรุงจาก สาวิตรี อัจฉนากรชัยและคณะ, 2546



การแปลผลคะแนน AUDIT

	ระดับความเสี่ยง	แนวทางการรักษา
0-7	ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ Low risk drinker	Alcohol Education: ให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นหากดื่มมากกว่านี้ และชื่นชมพฤติกรรมที่เสี่ยงต่ำ ใช้เวลาไม่มากกว่าหนึ่งนาที ตัวอย่างการให้ความรู้ : "ถ้าจะดื่มก็ไม่ควรดื่มเกินวันละสองดื่มมาตรฐาน (เหล้า 4 ฝา หรือเบียร์ 1.5 กระป๋อง หรือ ไวน์ 2 แก้ว) และต้องหยุดดื่มอย่างน้อยสัปดาห์ละสองวัน แม้ว่าจจะดื่มในปริมาณที่น้อยแค่ไหนก็ตาม คุณควรใส่ใจปริมาณการดื่ม โปรดจำไว้ว่า เบียร์หนึ่งขวด ไวน์หนึ่งแก้ว และเหล้าหนึ่งก๊ง มีปริมาณแอลกอฮอล์เท่ากัน คือ หนึ่งดื่มมาตรฐานการดื่มสุราแม้จะเพียงน้อยนิดก็มีความเสี่ยงต่อสุขภาพและเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และไม่ควรดื่มหรือดื่มน้อยกว่านี้ หากต้องขับขี่ยานพาหนะ หรือทำงานกับเครื่องจักร (ผู้หญิง: ตั้งครรภ์ วางแผนตั้งครรภ์ หรือให้นมบุตร) กำลังรับประทานยาบางชนิดที่อาจมีปฏิกิริยากับแอลกอฮอล์ อายุมากกว่า 65 ปี หรือผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย เช่น เบาหวาน ความดัน โรคตับ โรคทางจิตเวช หรือโรคอื่นๆ ควรปรึกษาแพทย์" ตัวอย่างการชื่นชม : "คุณทำได้ดีแล้วและพยายามรักษาระดับการดื่มของคุณให้ต่ำกว่าหรือไม่เกินระดับที่เสี่ยงต่ำ"
8-15	ผู้ดื่มแบบเสี่ยง Hazardous drinker หมายถึงลักษณะการดื่มสุราที่เพิ่มความเสียหายต่อผลเสียตามมาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเองหรือผู้อื่น พฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยงนี้ถือว่ามีผลสำคัญในเชิงสาธารณสุขแม้ว่าขณะนี้ผู้ดื่มจะยังไม่เกิดความเจ็บป่วยใดๆ ก็ตาม	Brief Advice or Simple Advice: การให้คำแนะนำแบบสั้น สามารถปฏิบัติได้โดยเจ้าหน้าที่ทุกระดับ 1. การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ ตัวอย่าง "ผลการประเมินปัญหาการดื่มสุราพบว่าคุณดื่มแบบเสี่ยง เนื่องจากคุณดื่ม..(ปริมาณความถี่/รูปแบบ)...." 2. การให้ข้อมูลผลกระทบจากความเสี่ยสูง ตัวอย่าง "แม้ว่าในขณะที่คุณยังไม่พบปัญหาอะไรชัดเจน แต่ลักษณะการดื่มแบบนี้เป็นการเพิ่มความเสียหายต่อสุขภาพ เช่น โรคกระเพาะ โรคตับ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนขณะเมาสุราหรือเสี่ยงต่อปัญหาครอบครัว ปัญหาอาชีพ หรือปัญหาการเงินได้" 3. การกำหนดเป้าหมายและให้คำแนะนำการดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ ตัวอย่าง "หากเป็นไปได้ คุณควรเลือกที่จะหยุดดื่ม หรือถ้ายังจะดื่มอยู่ควรดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ โดยดื่มไม่เกินวันละสองดื่มมาตรฐาน (เหล้า 4 ฝา หรือเบียร์ 1.5 กระป๋อง หรือ ไวน์ 2 แก้ว) และต้องหยุดดื่มอย่างน้อยสัปดาห์ละสองวัน คุณคิดว่า คุณจะเลือกวิธีไหนดีคะ/ครับ" 4. เสริมแรงกระตุ้น ตัวอย่าง "จริง ๆ แล้ว มันอาจไม่่ง่ายหรอกที่คุณจะลดการดื่มลงให้อยู่ภายในขีดจำกัด แต่หากคุณผลอดดื่มเกินขีดจำกัดให้พยายามเรียนรู้ว่าเพราะอะไรจึงเป็นเช่นนั้นและวางแผนป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก หากคุณระลึกเสมอถึงความสำคัญของการลดความเสี่ยงจากการดื่มลงคุณก็จะสามารถทำได้"
16-19	ผู้ดื่มแบบอันตราย Harmful use หมายถึงการดื่มสุราจนเกิดผลเสียตามมาต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต รวมถึงผลเสียทางสังคมจากการดื่ม	Brief Intervention/Brief Counseling: การให้การบำบัดแบบสั้น สามารถปฏิบัติได้โดยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมการให้คำปรึกษา การรับฟังอย่างเห็นอกเห็นใจและการเสริมสร้างแรงจูงใจ 1. การให้คำแนะนำแบบสั้น โดยการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา ประเมินปัญหาการดื่มและปัญหาที่เกี่ยวข้อง สะท้อนปัญหาและให้คำแนะนำว่าอยู่ในกลุ่มดื่มแบบเสี่ยงสูง ควรบันทึกผลหรือสถานการณ์ที่เป็นผลจากการดื่ม 2. ประเมินแรงจูงใจ ความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้คำแนะนำที่เหมาะสมตามระดับ 3. ตั้งเป้าหมาย ในการลด/ละเลิก หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4. ติดตามดูแล เพื่อติดตามพฤติกรรมดื่ม แก้ไขปัญหาอุปสรรค กำหนดวิธีการแก้ไขอย่างชัดเจน
> 20	ผู้ดื่มแบบติด Alcohol dependence	ควรได้รับการส่งต่อพบแพทย์ เพื่อการตรวจวินิจฉัยและวางแผนการบำบัดรักษา

ระยะเวลาในการเกิดอาการขาดสุรา



อ้างอิง: Saunders, 2003; โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต, n.d.

การตรวจร่างกาย กรณีอาการรุนแรงมาก

ชีพจรเต้นเร็ว > 100 ครั้งต่อนาที

น้ำหนักลดหรือดูผอมแห้งจากการ
ขาดอาหารและน้ำ

ผิวหนังมี spider angiomas

ตาเหลือง ตับโต ascites

มือสั่น hyper-reflexia

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุรารุนแรง

ผู้ดื่มสุราที่...

- มีอาการขาดสุรา ขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดยังสูง
- ดื่มครั้งสุดท้ายภายใน 3 วัน
- มีปัญหาโรคทางกายหรือได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย
- ไม่มีภาวะเมาสุราทั้งที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง
- มีการใช้ยาเสพติดอื่น ๆ รวมถึงยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง
- ชีพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที

- มีอายุมากกว่า 30 ปี
- ประวัติดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมากในแต่ละครั้ง (> 150 กรัมต่อวัน) หรือ
- ดื่มมากกว่า 10 แก้วดื่มมาตรฐานต่อวัน
- คิดเป็นปริมาณเหล้าขาวมากกว่า ½ ขวดต่อวัน
- ดื่มมานานหลายปี (มากกว่า 5 ปี)
- เคยมีอาการขาดสุรารุนแรงแบบเพ้อคลั่งสับสน (Delirium Tremens)
- เคยมีอาการชักจากขาดสุรามาก่อน

หากผู้ป่วยมีข้อใดข้อหนึ่งของปัจจัยเสี่ยงให้เฝ้าระวัง

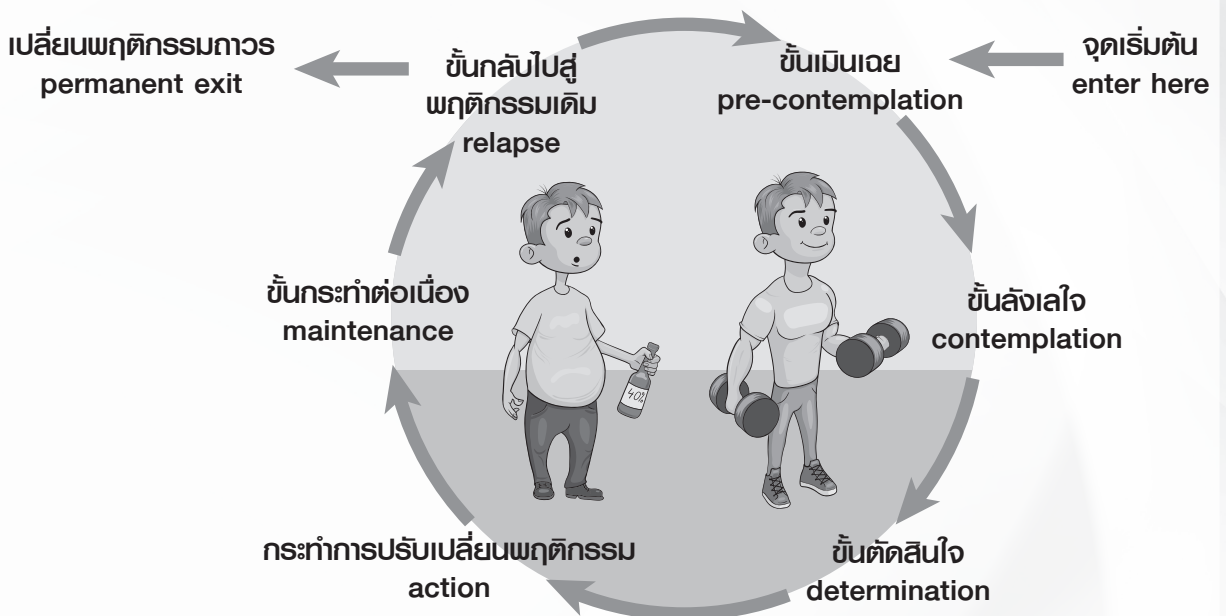
การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice: BA)

หรือการให้คำแนะนำอย่างง่าย (simple advice) เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ได้คะแนน AUDIT ระหว่าง 8-15 ที่อาจยังไม่เคยมีประสบการณ์หรือได้รับบาดเจ็บ ลักษณะผู้ป่วยคือ:

- มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่เป็นผลจากการดื่มสุรามากเกินไป และ/หรือ
- มีความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุ ได้รับบาดเจ็บ ก้าวร้าวรุนแรง มีปัญหากฎหมาย ศักยภาพการทำงาน

ลดลง หรือมีปัญหาสังคม อันเนื่องมาจากการเมาสุรา

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Stage of Change Model)



Prochaska & Di Clemente 1982

แนวทางการให้คำแนะนำแบบสั้น (BA)

1. การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback)
2. การให้ความรู้ (Provide information) ผลกระทบการดื่มแบบเสี่ยงสูง
3. การกำหนดเป้าหมาย (Establish a goal)
4. การให้คำแนะนำขีดจำกัดการดื่ม (Give advice on limit) และอธิบายความหมายดื่มมาตรฐาน”
5. การให้กำลังใจ (Provide Encouragement)

ตัวอย่างการให้คำแนะนำแบบสั้น

ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ

ผลการประเมินปัญหาการดื่มสุราพบว่าคุณดื่มแบบเสี่ยง เนื่องจากคุณดื่ม... (ปริมาณ/ความถี่/รูปแบบ)...

ให้ข้อมูลผลกระทบจากการดื่มแบบความเสี่ยงสูง

ถึงแม้ว่าขณะนี้คุณยังไม่พบปัญหาอะไรชัดเจน แต่ลักษณะการดื่มแบบนี้เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น โรคระเพาะ โรคตับ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนขณะเมาสุรา หรือ เสี่ยงต่อปัญหาครอบครัว ปัญหาอาชีพหรือปัญหาการเงินได้หากเป็นไปได้

.....

กำหนดเป้าหมายและให้คำแนะนำ

คุณควรเลือกที่จะหยุดดื่ม หรือถ้ายังจะดื่มอยู่ควรดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ โดยไม่ดื่มเกินวันละ 2 ดื่มมาตรฐาน(เหล้า 4 ฝาหรือเบียร์ 1.5 กระป๋อง หรือไวน์ 2 แก้ว) และต้องหยุดดื่ม อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 วัน คุณคิดว่าจะเลือกวิธีไหนดีครับ/คะ

เสริมแรงกระตุ้น

จริงๆแล้ว มันอาจไม่ง่ายหรอกที่คุณจะลดการดื่มลงที่ให้อยู่ในขีดจำกัด แต่หากคุณเผลอดื่มเกินขีดจำกัด ให้พยายามเรียนรู้ว่าเพราะอะไรจึงเป็นเช่นนั้นและวางแผนป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก หากคุณระลึกละเมอถึงความสำคัญของการลดความเสี่ยงจากการดื่มลงคุณก็จะสามารถทำได้

การจัดการกับแรงต้าน (Handling Resistance)

- การฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflective listening)
- การเปลี่ยนจุดเน้น หรือเปลี่ยนเรื่องคุย (Shifting focus)
- ความรับผิดชอบในตน (Responsibility or personal choice)
- การมองเชิงบวก (Reframing)
- การขัดเพื่อให้แย้ง (Paradoxical challenge)

โปรดจำไว้ว่า.....
ให้เปิดประตูเอาไว้เสมอ...

โดยสรุป ตอนนีดูเหมือนว่าคุณยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคุณ แต่ถ้าคุณอยากจะทำเกี่ยวกับเรื่องนี้เมื่อไร ในตอนไหนก็ตาม หรือเมื่อคุณเริ่มพบว่าการใช้ยาบ้าสร้างปัญหาให้กับคุณ คุณสามารถจะกลับมาหาผม/ดิฉันใหม่ได้เสมอ นะ แล้วเราค่อยคุยเรื่องนี้กันอีกทีก็แล้วกัน



สาเหตุของการเกิดปัญหาพฤติกรรมที่พบบ่อย

1. การเมา สุรา ยาหรือสารเสพติด ทำให้เกิดอาการกลัว ระวัง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ตัวเองปลอดภัย
2. ปัญหาโรคจิตเวช เช่น โรคจิต ในผู้ที่มีอาการโรคจิตจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ไม่เป็นจริง เช่น มีหูแว่ว ประสาทหลอน ระวัง ดังนั้นการตอบสนองจึงไม่เป็นไปตามสถานการณ์จริง ภาวะโรคซึมเศร้า และความคิด/พฤติกรรมฆ่าตัวตาย เป็นต้น
3. ความโกรธ ความเครียด จากปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวหรืออื่นๆ ความรู้สึกอับอายไม่เป็นธรรม ไม่ปลอดภัย
4. ความเจ็บป่วยทางกาย เช่น อุบัติเหตุทางสมอง ภาวะสับสน เป็นต้น

การดูแลรักษา

1. การดูแลแบบผู้ป่วยนอก
2. การดูแลแบบผู้ป่วยใน
3. หากดูแลแบบผู้ป่วยในไม่ได้ พิจารณา refer

เกณฑ์การ refer

1. คะแนน 8Q ≥ 17
2. มีอาการก้าวร้าวรุนแรง ไม่สามารถดูแลได้
3. มีอาการทางจิตเวชรักษาแล้วไม่ดีขึ้น
4. มีอาการถอนพิษสุรารุนแรง (AWS ≥ 15)

แนวทางการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก

- ซักประวัติตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต ให้การวินิจฉัยโรค
- ประเมินระดับสุราในเลือดใช้ Breathalyzer (ถ้าเป็นไปได้)
- ประเมินโรคทางกายและโรคจิตเวช ภาวะแทรกซ้อน
- ประเมินความเสี่ยงของการเกิดอาการถอนพิษสุรารุนแรง
- ประเมินอาการขาดสุราโดยใช้ CIWA หรือ AWS
- สูตร 95 (pulse and DBP)
- Further investigation ตามความเหมาะสม

การให้ข้อมูลการรักษาช่วงถอนพิษสุรา

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ

- ผู้ป่วยที่หยุดดื่มเกิน 5 วันและไม่มีอาการขาดสุรา โอกาสเกิดอาการขาดสุราน้อยมาก สามารถนัดติดตามอาการได้
- ถ้ามีอาการขาดสุราระดับเล็กน้อย คือ CIWA-Ar ได้ < 8 อาจไม่จำเป็นต้องให้ยาลดอาการขาดสุรา
- แต่หากผู้ป่วยดื่มภายใน 6-8 ชม.ก่อนมารักษา อาจยังไม่มีอาการได้ ต้องติดตามเฝ้าระวัง

การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

การให้ยาแบบ Fix schedule

กรณี CIWA-Ar 8-14 หรือ AWS 5-9 คะแนน และมีข้อบ่งชี้รักษาแบบผู้ป่วยนอกได้

วันที่	Chlordiazepoxide	Diazepam	Lorazepam
1	50 มก. ทุก 6-12 ชั่วโมง	10 มก. ทุก 6-12 ชั่วโมง	2 มก. ทุก 8 ชั่วโมง
2	25 มก. ทุก 6 ชั่วโมง	5 มก. ทุก 6 ชั่วโมง	2 มก. เช้า, 1 มก. เที่ยง, 2 มก. ก่อนนอน
3	25 มก. ทุก 12 ชั่วโมง	5 มก. ทุก 12 ชั่วโมง	1 มก. ทุก 8 ชั่วโมง
4	25 มก. ก่อนนอน	5 มก. ก่อนนอน	1 มก. ทุก 12 ชั่วโมง
5	10 มก. ก่อนนอน	2 มก. ก่อนนอน	1 มก. ก่อนนอน
6	หยุดยา	หยุดยา	หยุดยา

Symptomatic and support care

- SYMPTOMATIC CARE รักษาตามอาการ เช่น นอนไม่หลับ วิดกกังวล
- SUPPORTIVE CARE
 - ให้วิตามิน Thiamine 100 mg เป็นเวลา 3 วัน
 - ให้วิตามินรวม (Multivitamin) และ Folate
 - ปรับแก้ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (Potassium, Magnesium, Phosphate และ Glucose)

ถ้า CIWA-Ar > 15 หรือ AWS > 10 คะแนน ควรรักษาแบบผู้ป่วยใน

การติดตามแบบผู้ป่วยนอก

ใน 1 สัปดาห์ของระยะถอนพิษสุรา

หากเป็นไปได้ ติดตาม พบ/โทรศัพท์ ผู้ป่วยทุกวัน จนครบ 2 สัปดาห์เพื่อ

- ตรวจร่างกาย ประเมินอาการขาดสุราและให้ยา (ถ้าจำเป็น)
- ประเมินระบบประสาทและจิตเวช
- เริ่มจิตสังคมบำบัด

วันสุดท้าย ตรวจ Gamma Glutamyl Transferase (GGT) และให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการรักษาขั้นต่อไป หากคะแนน CIWA-Ar เพิ่มขึ้น > 15 หรือ AWS > 10 คะแนน ควรรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีอาการเริ่มต้นของ DTs



การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา

Symptomatic Relief

➤ การรักษาตามอาการ เพื่อบรรเทาอาการอื่นที่พบร่วม เช่น Metoclopramide, Antacid, Kaolin mixture หรือ Paracetamol

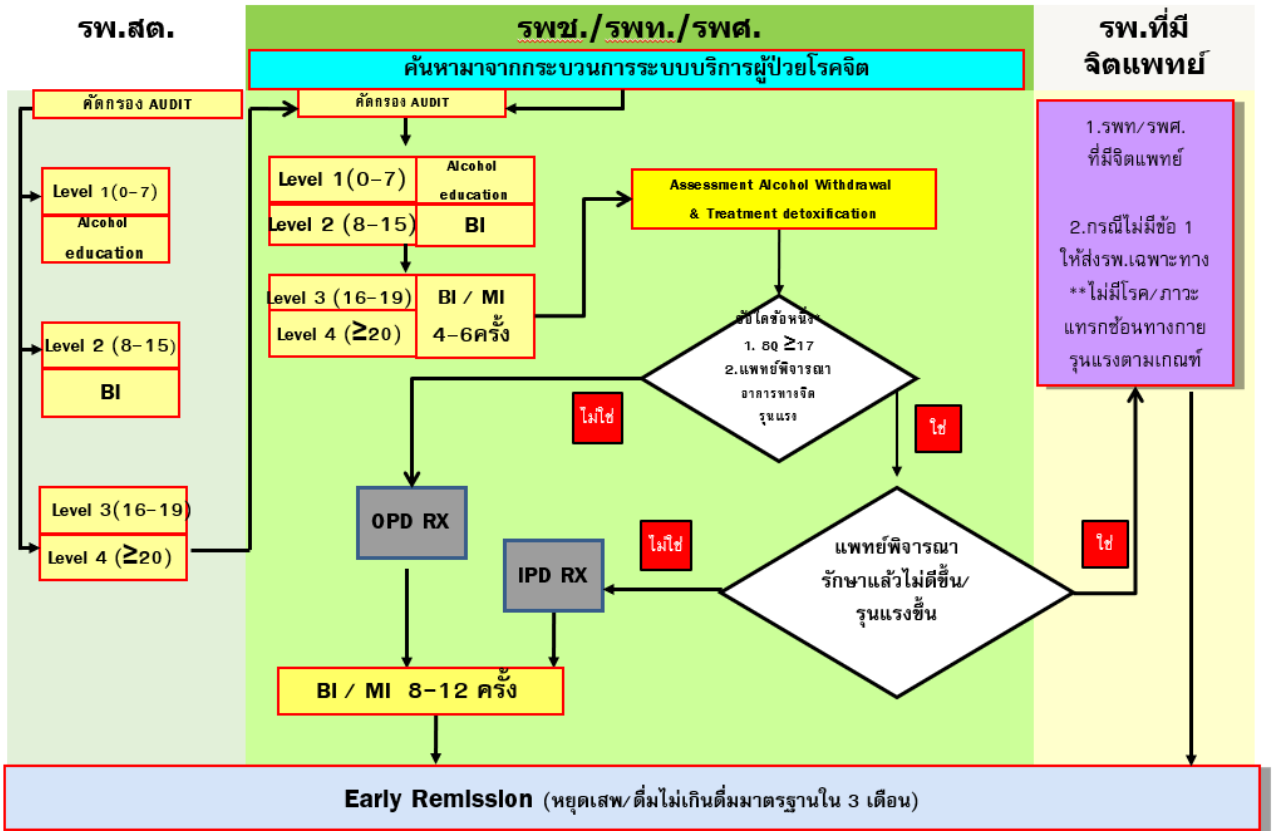
Supplements

- **Hydration:** การให้สารน้ำชดเชยน้ำตามปริมาณน้ำที่ขาด โดยให้ isotonic IV fluid
 - **Nutrition:** วิตามินเสริมเป็นการให้เพื่อทดแทนสารอาหารหรือเกลือแร่ที่บกพร่องไป เช่น Thiamine, Magnesium, Phosphate, Folate, Zinc, Vitamins A, D, E, C และ B
 - หากผู้ป่วยทานไม่ได้ ให้ NPO ไว้ก่อน เพื่อป้องกัน Aspiration วันต่อมาค่อยให้อาหารที่ High metabolic needs
 - ให้ Vitamin B1 ป้องกันการเกิดภาวะ Wernicke-Kosarkoff Syndrome
 - Thiamine ต้องให้อย่างน้อย 100 mg ต่อวัน
 - หากมีปัญหาการดูดซึมแนะนำให้ใช้วิธีฉีด
 - B1 100 mg IM or IV x 3-5 days หรือ
 - B1 100 mg oral 3 times a day
- Remark: ให้ Thiamine ก่อนให้ Dextrose หรืออาหาร

Supportive Environment

- การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้เหมาะสมในการดูแล ได้แก่ สงบ ปลอดภัย อากาศถ่ายเท สะดวก มีแสงสว่างเพียงพอ มีสิ่งรบกวนน้อย
 - มีอุปกรณ์ผูกมัดตรงชั่วคราวเมื่อจำเป็น เมื่ออาการสงบให้เลิกผูกมัด เพราะการผูกมัดนานเกินไป ผู้ป่วยตื่นมากมีผลให้เกิดไข้สูงและเกิด Rhabdomyolysis ประเมินอาการเป็นระยะ ๆ
 - Supportive counseling and reassurances
 - การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการถอนพิษและสุขอนามัยในการนอนหลับ (Sleep hygiene) ตลอดจนเทคนิคในการควบคุมพฤติกรรมและวิธีผ่อนคลายความเครียด

แผนผังกระบวนการระบบบริการ Alcohol Related Disorders



*1. แบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ($8Q$) ≥ 17 , 2. มีอาการกำเริบรื้อรุนแรง ไม่สามารถดูแลได้ 3. มีอาการทางจิตเวชรักษาแล้วไม่ดีขึ้น 4. มีอาการถอนพิษสุรารุนแรง (AWS ≥ 15)

ใบกิจกรรม 5.3

จับกลุ่ม 3 – 4 คน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นจากตัวอย่างกรณีศึกษาที่ 2 โดยใช้เวลา 3 – 5 นาที ดังนี้

ตัวอย่าง 2

ผู้ป่วยชายไทย คู่ อายุ 37 ปี

20 ปีที่ผ่านมา ต้มเหล้า 0.5 ขวดแบน มาตลอด

3 เดือน ก่อนหน้านี้ เปื่อหน่ายท้อแท้ ไม่อยาก

มีชีวิตอยู่ จึงทำร้ายตนเอง ด้วยการพยายาม

แขวนคอ

วันนี้ ทีมหมอครอบครัวมาเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย

พูดคุ้ยบ้าง ยังเศร้าอยู่บ้าง ยังกังวล เครียดลงเล

เกี่ยวกับการเลิกเหล้า อยากขอลดปริมาณ

การรักษาเบื้องต้น

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

ใบกิจกรรม 5.3

การรักษาเบื้องต้น (1-2 วัน) : Case study 2

- | | |
|--|---|
| 1. Vitamin B 100 mg 1-3 เม็ด ต่อวัน | 5. Propranolol 1-3 เม็ด ต่อวัน |
| 2. Folic acid 1 เม็ด เช้า | 6. Trazodone 50 เม็ด 0.5-1 เม็ด ก่อนนอน |
| 3. Diazepam 5 mg 1-2 เม็ด ก่อนนอน | 7. Topamax 25 1 เม็ด ก่อนนอน |
| 4. Lorazepam 0.5 mg 1 เช้า – เย็น / Chlordiazepoxide 1 เช้า เพียง เย็น ก่อนนอน | 8. Fluoxetine 20 mg 1 เม็ด |
| | 9. Haldol 0.5 mg 0.5-1 เม็ด ก่อนนอน |
| | 10. |

1. Benzodiazepam รวมกัน ไม่เกิน 120 mg DZP
2. Glucose เพียงพอ
3. Potassium เพียงพอ
4.

ตารางที่ 1 รายชื่อยา benzodiazepine โดยแบ่งตามค่าครึ่งชีวิต (half life) และความแรง (potency) และเปรียบเทียบ dose equivalent โดยประมาณและขนาดยาที่ใช้

กลุ่มยา, ชื่อสามัญ	ชื่อการค้าของยาต้นแบบ	Dose equivalent โดยประมาณ (มก.)	ขนาดยา (มก./วัน)
Long half-life, high therapeutic potency			
Clonazepam	Rivotril	0.25	0.5-4
Long half-life, low therapeutic potency			
Chlordiazepoxide	Librium	10	15-40
Diazepam	Valium	5	
Prazepam	Prasepine	10	20-60
Clorazepate	Tranxene	7.5	15-60
Flurazepam*	Dalmdorm	5	15-30
Short half-life, high therapeutic potency			
Lorazepam	Ativan	1	1-6
Alprazolam	Xanax	0.5	0.75-1
Triazolam *	Halcion	0.1-0.03	0.125-0.5
Midazolam *	Dormicum	1.25-1.7	7.5-15
Short half-life, low therapeutic potency			
Temazepam *	Euhypnos	5	15-30

* ใช้เป็นยานอนหลับ



3. โรคจิต (Psychotic Disorder)

โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ โรคจิตเภทประกอบด้วย

อาการด้านบวก (Positive symptoms) ได้แก่ 1) อาการหลงผิด (delusion) 2) อาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน (prominent hallucination) 3) การพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech) 4) พฤติกรรมแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized behavior) และ 5) พฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดปกติไปจากปกติ (catatonic behavior)

อาการด้านลบ (Negative symptoms) ได้แก่ 1) อารมณ์ทื่อ (blunted affect) และเฉยเมย 2) ความคิดอ่านและการพูดลดลง 3) ขาดความสนใจในการเข้าสังคมและกิจกรรมที่เคยสนใจ และ 4) ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว

อาการด้านความรู้คิด (Cognitive symptoms) ได้แก่ 1) ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน (executive function) ลดลง 2) ความสามารถในการคงความใส่ใจ (attention) ลดลง และ 3) ความจำเพื่อใช้งาน (working memory) บกพร่องคือความสามารถในการจดจำข้อมูลเฉพาะหน้าลดลง

โรคจิต : Psychotic Disorder (เกณฑ์ DSM-V)

ก. ผู้ป่วยจะต้องมีอาการข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ระหว่างที่กำลังป่วย

1) ความหลงผิดแปลก ๆ (เนื้อหาของความคิดเห็นได้ชัดว่าเหลวไหลและไม่มีทางเป็นจริงได้) เช่น หลงผิดว่าตนถูกควบคุมบังคับ ความคิดของตนถูกแพร่ให้คนอื่นทราบ ความคิดที่ไม่ใช่ของตนถูกนำมาใส่หัวตน เป็นต้น

2) มีความหลงผิดต่าง ๆ เช่น หลงผิดเกี่ยวกับเรื่องร่างกาย ศาสนา มี grandiose delusion, nihilistic delusion และอื่นๆ

3) หลงผิดว่าตนถูกปองร้าย หรือถูกอิจฉาริษยา

4) มีประสาทหลอนทางหู ซึ่งเป็นเสียงเดียวที่วิจารณ์พฤติกรรมหรือความคิดของผู้ป่วย หรือหลายเสียงพูดโต้ตอบกัน

5) มีประสาทหลอนทางหู ซึ่งมักจะพูดมากกว่า 1 หรือ 2 คำ เกิดขึ้นบ่อยๆ และไม่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์เศร้า หรือความรู้สึกเป็นสุข

6) การพูดไม่ต่อเนื่องเป็นเรื่องเดียวกัน มี loose association อย่างมาก ความคิดไม่มีเหตุผล หรือคำพูดมีเนื้อหาบ่อยมาก โดยเกิดร่วมกับอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ประการ คือ 6.1 อารมณ์ทื่อ (blunted) อารมณ์เฉยชา หรืออารมณ์ไม่เหมาะสม, 6.2 มีความหลงผิดหรือประสาทหลอน และ 6.3 มีลักษณะ catatonic หรือวุ่นวายอย่างเห็นได้ชัด

ข. ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่การทำงาน ความสัมพันธ์กับสังคมและการดูแลตนเองเสื่อมลง

ค. มีลักษณะของการป่วย (signs) ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 6 เดือน ในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ร่วมกับมีลักษณะบางอย่างของโรคในขณะนี้ ระยะ 6 เดือน ที่ว่าจะต้องประกอบด้วยระยะที่มีอาการของโรคชัด (ซึ่งได้แก่อาการในข้อ ก.) โดยจะร่วมกับหรือไม่ร่วมกับ prodromal หรือ residual phase ก็ได้

แบบคัดกรองโรคจิต

จงกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับอาการที่พบเห็น (ภายใน 1 เดือนจนถึงปัจจุบันมีอาการเหล่านี้หรือไม่ ถ้ามีอาการต้องมีอาการอย่างน้อย 6 เดือน และอาการที่เกิดขึ้นต้องมีอาการติดต่อกัน 1 เดือน)

อาการที่พบเห็น	จากสัมภาษณ์ญาติ	
	ไม่มี (0)	มี (1)
1. พูดเพ้อเจ้อ		
2. แต่งกายที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม		
3. ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น		
4. แยกตัวเองออกจากสังคม ไม่สูงส่งกับใคร		
5. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
6. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
7. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
8. มีพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป		
คะแนนรวม		

อาการที่พบเห็น	จากสัมภาษณ์คนใช้	
	ไม่มี (0)	มี (1)
1. หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
2. คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
3. หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
คะแนนรวม		



คะแนนรวมทั้งหมด

การแปลผลและการช่วยเหลือ บุรณาการตามแนวทางการดูแลและเฝ้าระวังภาวะโรคจิต

การให้คะแนนแบบคัดกรองโรคจิตทั้งหมด 11 ข้อ โดย

- สัมภาษณ์ญาติผู้ป่วย 8 ข้อ และ
 - สัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยหรือบุคคลที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง 3 ข้อ
- ให้คะแนน ดังนี้ ตอบ **ไม่มี** ให้ 0 คะแนน, ตอบ **มี** ให้ 1 คะแนน
- **1 คะแนนขึ้นไป ให้สงสัยว่าเป็น โรคจิต**
 - ส่งพบแพทย์ให้การประเมินวินิจฉัย ดูแลช่วยเหลือเฝ้าระวัง
 - ควบคุมกำกับการบำบัดตามความรุนแรงปัญหาหาเสพติด/สารเสพติด

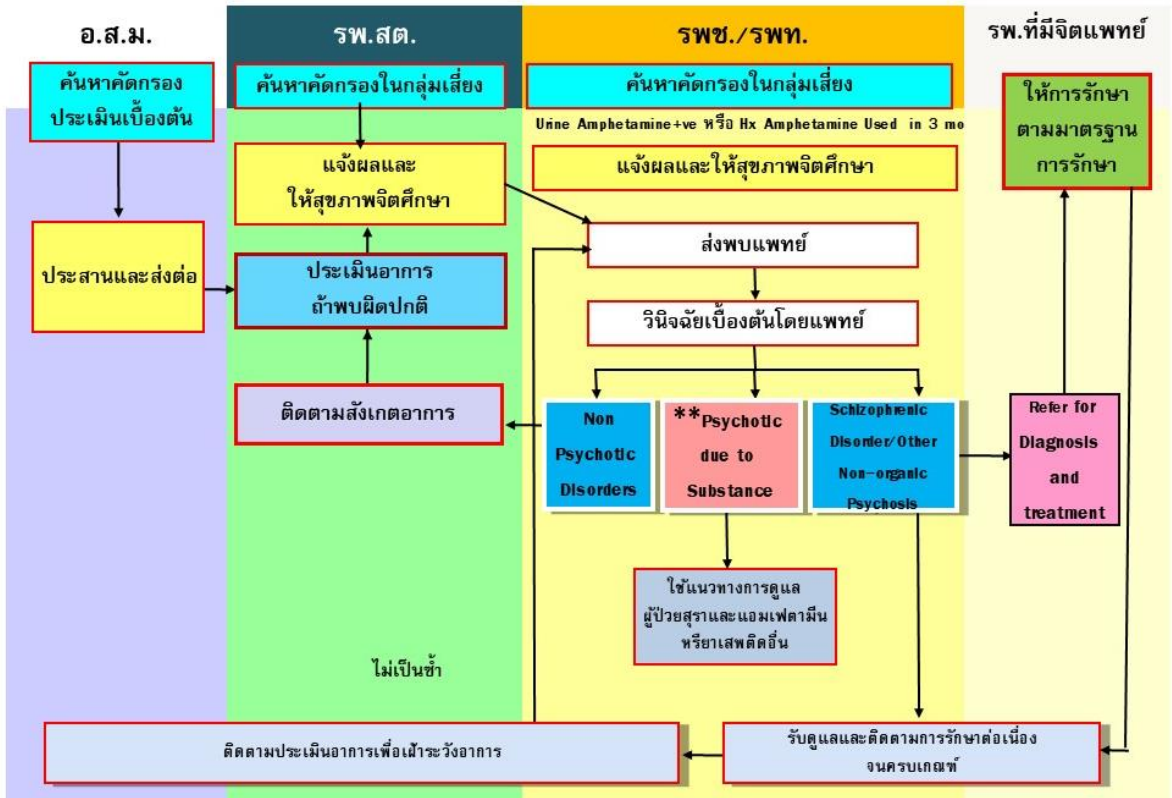
การช่วยเหลือกรณีมีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือโรคจิต

- สงบ พุดจาด้วยเสียงไม่ดังเกินไป ฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด
- หลีกเลี่ยงการหลอกลวง เยาะเย้ยหรือขี้ม
- ต้องระวังว่าการรับรู้ของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามสถานการณ์
- หลีกเลี่ยงท่าทาง หรือการเคลื่อนไหวที่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกคุกคามได้ เช่น เดินเข้าไปหาผู้ป่วยทันทีทันใด
- อธิบายให้ผู้ป่วยฟังว่าเกิดอะไรขึ้น เรากำลังจะทำอะไร และทำไม
- คำนึงถึงความปลอดภัยของตนเองเสมอ
- ติดต่อหน่วยงานหรือบริการฉุกเฉินที่ต้องส่งต่อ รพช.

การรักษาโรคจิตตก ด้วยยา

- ยาต้านโรคจิตที่ใช้บ่อย ชนิดกิน ปริมาณปานกลาง Haldol 5-20 mg Perphenazine 8-64 mg Chlorpromazine 25-200 mg Risperdal 2-6 mg Clozapine 25-400 mg Seroquel 25-600
- ยาต้านโรคจิต ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ปริมาณปานกลาง Haldol decanoate 50-150 mg
- ยาจิตเวชต้านการฆ่าตัวตาย Antipsychotic drugs : Antapical, Clozapine, Risperdal Seroquel
- กรณีที่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยสงบโดยเร็ว ให้ยาต้านโรคจิตชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ Haldol 2.5-5 mg ฉีดเข้าเส้น Valium 5-10 mg
- เนื่องจาก ผู้รับยาต้านโรคจิต มีโอกาสมีอาการผลข้างเคียงจากยากันโรคจิต EPS (Extra Pyramidal symptom) เช่น ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง ตาเหลือก กระวนกระวายไม่นอนเดินไปมาฯ จนบางครั้งรู้สึกไม่สบายตัวจนไม่กินยาต้านโรคจิตต่อเนื่อง จึงควรให้ Benzhexol 1-2-5 mg/วัน ก่อนนอน
- การผูกมัดเป็นวิธีการสุดท้ายที่จะเลือกใช้
- อาการจะดีขึ้นหลังจากผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ ได้รับยาและสารอาหารเพียงพอแล้ว
- ผู้ป่วยควรอยู่ในสถานที่สงบ ลดสิ่งกระตุ้น

ผังไหลกระบวนการระบบบริการผู้ป่วยโรคจิต



ใบกิจกรรม 5.4

จับกลุ่ม 3 – 4 คน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและฝึกปฏิบัติการวินิจฉัยแยกโรค (Differential Diagnosis) จากตัวอย่างกรณีศึกษาที่ 3 โดยใช้เวลา 3 – 5 นาที ดังนี้

ตัวอย่าง 3

ผู้ป่วยชายไทย คู่ อายุ 25 ปี

คลอดปกติ พัฒนาการปกติ จบ ประถม มัธยม ตามเกณฑ์ ไม่ค่อยสูงส่งใคร พุดน้อย สุขบุหรี ตั้งแต่ ม.ปลาย เอ็นทรานซ์ไม่ติด ผิดหวัง เก็บตัว สุขกัญชา เป็นครั้งคราว เรียนมหาลัยเปิด 8 ปี ยังไม่จบ อยู่บ้านมากกว่าออกนอกบ้าน นั่งหน้าคอมพิวเตอร์ทั้งคืน

6 เดือนก่อน เริ่มหงุดหงิด ก้าวร้าว ไม่ค่อยกินข้าว เบื่อหน่าย ท้อแท้ เหมือนเป็น พักๆ สะสมข้าวของ เต็มห้อง ไม่ค่อยอาบน้ำกลางคืน มีเสียงเหมือนคุยกับ คนอื่น

2 เดือนก่อน เริ่มสับสน คิดว่ามีคนมาแอบสอดแนม ได้ยินเสียงคนเรียกคุย ได้เจรจาตอบโต้เสียงสั่งทำร้ายตนเอง จึงทำร้ายตนเอง ด้วยการพยายาม ยิงตัวตาย

วันนี้ ทีมหมอครอบครัวมาเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยพูดคุ้ยบ้าง พุดคุ้ยรู้เรื่องอยู่บ้าง จำเหตุการณ์ไม่ค่อยได้ถามคำตอบคำ ปฏิเสธหูแว่ว

Differential Diagnosis

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

ใบกิจกรรม 5.4

Differential Diagnosis: Case study 3

1. Schizophrenia

2. **Schizoaffective** คือ อาการโรคซึมเศร้า หรืออาการมาเนีย ร่วมกับอาการของ Schizophrenia โดยต้องมีอาการ delusion หรือ hallucination นานกว่า 2 สัปดาห์ ในขณะที่ไม่มีอาการด้านอารมณ์ มักจะดูอาการเด่นว่าเด่นด้านอารมณ์ หรือเด่นด้าน Psychosis ถ้าไม่เด่นไปด้านใดด้านหนึ่ง จึงวินิจฉัย

3. **Major depression with Psychotic symptoms**

Psychotic depression refers to major depressive disorder (MDD) with features of psychosis, a specific presentation of depression. It involves symptoms of psychosis during an episode of depression.

4. Substance induced psychosis



4. SUD: Substance Use Disorders

การใช้สารเสพติดที่มีความผิดปกติทางสุขภาพจิต

รูปแบบของการใช้สารเสพติดที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางพฤติกรรม โดยมีอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 ข้อ ในช่วงระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา

1. มีการใช้สารนั้นในจำนวนมาก หรือใช้ติดต่อกันนานกว่าที่ ตั้งใจไว้
 2. มีความต้องการใช้สารนั้นอยู่ตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง หรือพยายามลดหรือควบคุมการใช้แต่ไม่สำเร็จ
 3. ใช้เวลาหมดไปกับกิจกรรมต่างๆ เพื่อที่จะให้ได้สารนั้นมา เพื่อการเสพหรือฟื้นจากผลของสารนั้น
 4. มีความอยาก ความปรารถนาอย่างมาก หรือมีแรงกระตุ้นที่จะใช้สารนั้น
 5. มีการใช้สารนั้นซ้ำแล้วซ้ำอีก ส่งผลต่อบทบาทภาระหน้าที่ที่สำคัญที่ทำงาน ที่โรงเรียน หรือที่บ้าน
- ล้มเหลว
6. ใช้สารอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีปัญหาต่างๆในด้านสังคมหรือปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีสาเหตุหรือทำให้แย่งไปจากสารนั้นๆอยู่อย่างต่อเนื่อง หรือซ้ำแล้วซ้ำอีก
 7. กิจกรรมสำคัญๆ ทางสังคม หน้าที่การงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจ ต้องล้มเลิก/ลดลงเนื่องมาจากการใช้สาร
 8. มีการใช้สารนั้นซ้ำแล้วซ้ำอีก ในสถานการณ์ ต่างที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพร่างกาย
 9. มีการใช้สารนั้นต่อไปเรื่อย ๆ แม้จะทราบว่าการมีปัญหาทางกายและจิตใจอยู่อย่างต่อเนื่อง หรือซ้ำ ๆ เป็นมาจากสารนั้น ๆ
 10. การดื้อยา (tolerance) มีลักษณะข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - a. ต้องเสพสารปริมาณเพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้ผลหรืออาการที่ต้องการ
 - b. เสพสารปริมาณเท่าเดิมแล้วได้ฤทธิ์ของสารลดลง
 11. อาการขาดยา/ถอนยา (withdrawal) มีลักษณะข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้
 - a. มีกลุ่มอาการขาดยาเฉพาะของสารนั้น
 - b. มีการใช้สารนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาอาการขาดยา

Substance use disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5

- มีทั้งหมด 11 อาการด้วยกัน ซึ่งเกิดจากการรวมเกณฑ์หรืออาการความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารในทางที่ผิด (Substance abuse) ของ DSM-IV-TR ซึ่งมี 4 เกณฑ์ และเกณฑ์การติดสารเสพติด (Substance dependence) ของ DSM-IV-TR ซึ่งมี 7 เกณฑ์ มาไว้เข้าด้วยกัน

- ตัดเกณฑ์ เกี่ยวกับประสพปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวกับการเสพสารอยู่ ๆ ออก เนื่องจากแต่ละประเทศย่อมมีข้อกำหนดและการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดแตกต่างกัน

- เพิ่มเกณฑ์ใหม่หนึ่งข้อเข้ามาในเกณฑ์การวินิจฉัย การมีความอยาก (craving) หรือมีความต้องการสารอย่างรุนแรง โดยมีความรู้สึกผลักดัน หรือ urge ให้เกิดการใช้สารให้ได้

- ผู้ที่มีจำนวน 2 - 3 อาการ จะถูกจัดว่ามีความผิดปกติในการใช้สารในระดับอ่อน
- ผู้ที่มีจำนวน 4 - 5 อาการ จะจัดอยู่ในระดับปานกลาง
- ผู้ที่มีจำนวน 6 - 11 อาการ จัดว่ามีความผิดปกติ ระดับรุนแรง

Addiction

- Craving : อาการอยากยา
- Tolerance : อาการดื้อยา
- Withdrawal : amanaus

Relapse

- ภาวะกลับเป็นซ้ำได้แม้ว่าสามารถหยุดใช้ สารหรือหยุดการกระทำนั้นๆ มาได้ระยะหนึ่ง

Remission

- In early remission : ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ของโรคการใช้สารอย่างน้อย 3 เดือน แต่ไม่ถึง 12 เดือน ยกเว้นอาจจะยังมี craving
- In sustained remission : ผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ ของโรคการใช้สารอย่างน้อย 12 เดือนหรือมากกว่า ยกเว้นอาจจะยังมี craving

แนวทางการวินิจฉัยแยกโรค

● โรคที่เกิดจากการใช้สารทำให้เกิดอาการทางจิตเวชจะคล้ายกับโรคทางจิตเวชเอง ทั้งอาการเมาอาการถอน อาการ induced mental disorder ต้องอาศัยการซักประวัติที่ดี โดยทั่วไปจะใช้ระยะเวลา 1 เดือน หากยังมีอาการทางจิตเวชน่าจะเกิดจากโรคทางจิตเวชมากกว่า

● กัญชาอาจจะตรวจพบได้ในร่างกายได้นานกว่า 1 เดือน ขึ้นอยู่กับความยาวนานและความถี่ของการใช้มาก่อน

- โรคร่วมทางจิตเวช (Co-morbid)

การบูรณาการแบบการคัดกรอง: ศูนย์คัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาหายาเสพติด/สารเสพติดในโรงพยาบาล

1. เครื่องมือคัดกรองปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติด/สุรา

- แบบคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (V2)
- แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT)
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ : Urine Amphetamine

2. เครื่องมือคัดกรองโรคทางด้านจิตเวช

- 1) แบบคัดกรองซึมเศร้า 2Q 9Q 2) แบบคัดกรองฆ่าตัวตาย 8Q 3) แบบคัดกรองโรคจิต (กรมสุขภาพจิต)

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (V2)

ชื่อ-สกุล..... อายุ ปี เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... ซอย/ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัด)..... อาชีพ.....

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) วันที่คัดกรอง..... สถานที่คัดกรอง.....

ยาบ้า ไอซ์ ยาอี กัญชา กระท่อม สารระเหย เฮโรอีน ฝิ่น อื่นๆ (ระบุ.....)

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้และคัดกรองครั้งนี้ คือ..... ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคย	เพียง 1-2 ครั้ง	เดือนละ 1-3 ครั้ง	สัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง	เกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)
1. คุณใช้.....บ่อยเพียงใด	0	2	3	4	6
2. คุณมีความต้องการ หรือมีความรู้สึกอยากใช้.....จนทนไม่ได้ บ่อยเพียงใด	0	3	4	5	6
3. การใช้.....ทำให้คุณเกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครั้ว สังคมกฎหมาย หรือการเงินบ่อยเพียงใด	0	4	5	6	7
4. การใช้... ทำให้คุณไม่สามารถรับผิดชอบหรือ ทำกิจกรรมที่คุณเคยทำตามปกติ ได้บ่อยเพียงใด	0	5	6	7	8

ในช่วงเวลาที่ผ่านมา	ไม่เคย	เคยแต่ก่อน 3 เดือน ที่ผ่านมา	เคยในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา
5.ญาติ เพื่อน หรือคนที่รู้จักเคยว่ากล่าวตักเตือน ปรึกษาวิจารณ์ จับผิด หรือ แสดงท่าทีสงสัยว่าคุณเกี่ยวข้องกับการใช้.....หรือไม่	0	3	6
6. คุณเคยลด หรือหยุดใช้.....แต่ไม่ประสบความสำเร็จหรือไม่	0	3	6
รวมคะแนน		

การแปลผลแบบคัดกรองและส่งต่อผู้มีปัญหาการใช้ยาเสพติด/สารเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (V2)

ระดับคะแนน	ระดับผลกระทบจากการใช้	คัดกรองโรคร่วมหรือโรคอื่น ๆ ที่สำคัญ
2 - 3	ต่ำ*	<ul style="list-style-type: none"> การคัดกรองโรคที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เช่น ลมชัก เบาหวาน หัวใจ ความดัน การคัดกรองโรคติดต่อในระยะติดต่อ เช่น วัณโรค สุกใส ภูมิคุ้มกันบกพร่อง การคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจ <ul style="list-style-type: none"> - โรควิตกกังวล (20, 90) - ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (80) - โรคจิต (แบบคัดกรองโรคจิต)
4 - 26	ปานกลาง**	<ul style="list-style-type: none"> การคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยารุนแรง <ul style="list-style-type: none"> - ใช้ยาเสพติดประเภทเฮโรอีนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา - ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา - ใช้ยานอนหลับเป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา
27*	สูง***	
คุณเคยใช้สารเสพติดชนิดฉีดหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย		ข้อแนะนำ
ถ้าเคย, ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณใช้บ่อยเพียงใด <input type="checkbox"/> 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือน้อยกว่า 3 วันติดต่อกัน <input type="checkbox"/> มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า 3 วันติดต่อกัน		<ul style="list-style-type: none"> ให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) ให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยา 10 ชุดบริการ ประเมินเพิ่มเติม วางแผนและ ให้การบำบัดรักษาแบบเข้มข้นรายบุคคล

หมายเหตุ * อนุমানว่าเป็นผู้ใช้ ** อนุমানว่าเป็นผู้เสพ *** อนุমানว่าเป็นผู้ติด

แนวทางการช่วยเหลือในกลุ่มผู้ใช้ ยาเสพติด และผู้ติด

กลุ่มผู้ป่วย	แนวทางการช่วยเหลือ
ผู้ใช้	<ul style="list-style-type: none"> การให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ (Health Education & Promotion) การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) และหรือ การบำบัด/คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention : BI) จำนวน $\geq 1-2$ ครั้ง เป็นเวลา 1 เดือน การช่วยเหลือของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน การบำบัดโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี) <p>หมายเหตุ : กลุ่มผู้ใช้ไม่ต้องบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูล บสต.</p>
ผู้เสพ	<ul style="list-style-type: none"> การบำบัด/คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Intervention : BI) ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 9 วัน/วัดเป็นศูนย์สงเคราะห์เป็นศูนย์สงเคราะห์ (1 เดือน) การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI) (Motivational Enchantment Therapy : MET) 1 - 2 เดือน การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) 1-2 เดือน จิตสังคมนาบำบัด ได้แก่ Modified MATRIX, จิตสังคมนาบำบัดในโรงเรียน, จิตสังคมนาบำบัดในรพ.สต. คลินิกใกล้ใจในชุมชน (1-2 เดือน) ± การรักษาด้วยยา (Medication) การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)
ผู้ติด	<ul style="list-style-type: none"> การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จิตสังคมนาบำบัด (2-4 เดือน) เช่น MATRIX Program (4 เดือน), การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) 2-4 เดือน, การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) 2-4 เดือน, จิตบำบัดแนวซาตียร์ (Satir Model) 2-4 เดือน การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การบำบัดฟื้นฟูรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community : TC), การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) 4 เดือน -1 ปี + การรักษาด้วยยา (Medication) การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)

ตารางที่ 1 ช่วงเวลาที่มีโอกาสตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะ แบ่งตามชนิดของสารเสพติดและลักษณะการเสพ*

ชนิดสารเสพติด	ผู้เสพไม่ประจำ	ผู้เสพประจำ	ผู้เสพเรื้อรัง
แอมเฟตามีน	1-3 วัน	2-6 วัน	2-3 สัปดาห์
เมทแอมเฟตามีน	1-3 วัน	2-6 วัน	2-3 สัปดาห์
ยาอี	1-3 วัน	2-6 วัน	2-3 สัปดาห์
กัญชา	2-5 วัน	4-14 วัน	อาจนานถึง 2-3 เดือน
โคคาอีน	12-48 ชม.	1-4 วัน	อาจนานถึง 2-3 สัปดาห์
มอร์ฟิน	12-48 ชม.	2-6 วัน	อาจนานถึง 2-3 สัปดาห์
โคเคอีน	1-3 วัน	2-5 วัน	อาจนานถึง 2-3 สัปดาห์
เบนโซไดอาซิปีนส์	2-5 วัน	4-14 วัน	อาจนานถึง 1 เดือน

*ข้อมูลในตารางเป็นค่าอ้างอิงโดยประมาณ ทั้งนี้ระยะเวลาตรวจพบสารเสพติด ขึ้นกับสภาวะของแต่ละบุคคล
ที่มา: United Nations International Drug Control Programme. "Rapid on-site screening of drugs of abuse." Scientific and Technical notes SCITEC/18 December 2001.

ระยะเวลาในการตรวจสารกลุ่มแอมเฟตามีน

- ระยะเวลาสั้นสุดที่อาจตรวจพบ 2-7 ชั่วโมง
- ระยะเวลาสูงสุดที่ยังตรวจพบได้ 2-4 วัน

ชนิดของยาโรคที่มีผลบวกร่วมให้เกิดผลบวกปลอม

- ยาลดความอ้วน : Phentermine, Fenfluramine
- ยาแก้ไอหวัด แก้แพ้: Phenylpropanolamine, Brompheniramine, Ephedrine, Pseudoephedrine
- ยารักษาเชื้อรา : Ketoconazole
- ยารักษาโรคกระเพาะ : Ranitidine

การถามคำถามตรงไปตรงมา	การถามคำถามกับเพื่อนหรือญาติ
<ul style="list-style-type: none"> • คุณใช้ยาบ้า ยาไอซ์ หรือไม่ ใช้อะไร ใช้เท่าไร การใช้สารกระตุ้นประสาทปริมาณมาก ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเมา • คุณใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อไร ส่วนใหญ่อาการจะรุนแรงที่สุดประมาณ 2-3 ชั่วโมง หลังเสพยาบ้า • คุณใช้สารเสพติดอื่นอีกหรือไม่ เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่สำคัญเพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลได้ 	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ป่วยใช้สารเสพติดอะไร ใช้สารกระตุ้นประสาทพวกยาบ้า ยาไอซ์ ยาอีหรือไม่ ทราบหรือไม่ว่าใช้มานานเท่าไร ใช้มากแค่ไหน • ใช้สารเสพติดอื่นอะไรอีกไหม • มีปัญหาสุขภาพจิตมาก่อนหรือไม่ หรือเคยรับการรักษาหรือไม่



ข้อมูลเพิ่มเกี่ยวกับปัญหาการใช้สารเสพติด

I. ภาวะเมสสารกระตุ้นประสาท

อาการซึ่งบ่งทางร่างกาย	อาการซึ่งบ่งทางพฤติกรรม
<ul style="list-style-type: none">• คลื่นไส้• กัดฟัน เกร็งกราม• ความดันโลหิตสูง• ชีพจรเต้นเร็ว• มีไข้• ชัก	<ul style="list-style-type: none">• สับสน• วิดกกังวลอย่างมาก• ความคิด ความจำเปลี่ยนแปลง• หงุดหงิด ก้าวร้าว• สงสัย ระแวงระวัง• หลงผิด หวาดระแวง <i>ทรมาน</i>

ชุดความรู้เพิ่มเติม: การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินการเมสสารกระตุ้น

ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางกายต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

ขั้นที่ 1 : สังเกตอาการ อาการแสดงของภาวะเมสสารกระตุ้น

- อาการเจ็บหน้าอก ไข้ขึ้นสูงฉับพลัน ความดันโลหิตสูง
- อาการโรคจิต เช่น ระแวง หลงผิด ประสาทหลอน
- พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ก้าวร้าว เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น
- ชัก

ขั้นที่ 2 : ติดตามสัญญาณชีพ (ถ้าทำได้)

- อุณหภูมิ ชีพจร ความดันโลหิต

ขั้นที่ 3 : พยายามช่วยให้ผู้ป่วยสงบ

- พูดด้วยน้ำเสียงที่นุ่ม ท้าที่ที่สงบ หลีกเลี่ยงการโต้เถียง ต่อว่า อย่าตื่นตระหนก
- ให้ผู้ป่วยอยู่ในที่ที่สงบ ลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม
- ไม่มีอุปกรณ์ที่จะเป็นอาวุธได้
- ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว ไม่แนะนำให้บุกเข้าจับผู้ป่วย เนื่องจากจะทำให้สถานการณ์แย่ลง

ขั้นที่ 4 : ทำให้ผู้ป่วยสงบ (หากจำเป็น) อาจให้ยานอนหลับในกลุ่มเบนโซเดอซีปีน เช่น Diazepam

- ยาต้านโรคจิต เช่น Haloperidol เพื่อให้ผู้ป่วยสงบตามความจำเป็น

ขั้นที่ 5 : ให้สารน้ำเพียงพอและสังเกตอาการ

- ให้สารน้ำอย่างเพียงพอ (250-500 ml ต่อชั่วโมง)
- หากจำเป็นกรณีที่สัญญาณชีพผิดปกติมาก ควรเปิดเส้นเลือดไว้ และตรวจติดตามการทำงานหัวใจ
- ให้ความเย็นให้เพียงพอ



II. พฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพยาเสพติดประเภท

ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวที่พบได้บ่อย

- กระสับกระส่าย กระวนกระวาย อยู่ไม่ติด สงสัย ไม่แน่ใจ ระวัง หลงผิด
- ก้าวร้าว โต้เถียงทะเลาะ แม้ไม่มีเหตุกระตุ้น หรือมีเหตุกระตุ้นเพียงเล็กน้อย
- เสียใจในเรื่องที่ไม่เป็นเรื่อง
- คุกคามผู้อื่น ไม่พอใจ หรือวิพากษ์วิจารณ์คนอื่นหรือสถานการณ์รอบข้าง
- ต่อว่าให้เจ้าหน้าที่ว่า ไม่ได้เรื่อง หรือ คุณสมบัติไม่พอ ไม่มีความสามารถ
- รู้สึกว่าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ

สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงฉับพลันจากการใช้สารเสพติด

1. จากการเมายา เนื่องจากแอมเฟตามีนทำให้เกิดอาการกลัว ระวัง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ตัวเองปลอดภัย
2. จากปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรควิตกกังวล ในผู้ที่มีอาการโรควิตกกังวล ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ไม่เป็นจริง เช่น มีหูแว่ว ประสาทหลอน ระวัง ดังนั้นการตอบสนองจึงไม่เป็นไปตามสถานการณ์จริง
3. ความเจ็บป่วยทางกาย เช่น อุบัติเหตุทางสมอง ภาวะสับสน
4. จากความโกรธ ความเครียด จากปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวหรืออื่นๆ ความรู้สึกอับอายไม่เป็นธรรม ไม่ปลอดภัย

การประเมิน

ขั้นที่ 1 การประเมินเบื้องต้น

1. ประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ในภาพรวม
2. ประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงที่จะเกิดกับตัวเองหรือผู้อื่น
3. เริ่มเข้าควบคุมสถานการณ์

ขั้นที่ 2 เกี่ยวข้องกับสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน หรือไม่ ให้พิจารณาประเด็นต่อไปนี้

1. ข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรม
2. อาการและอาการแสดงทางร่างกาย
3. การถามคำถามตรงไปตรงมา
4. ข้อบ่งชี้ด้านสิ่งแวดล้อม

ข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรม

- กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่
- แสดงความคิดที่หวาดระแวง
- พฤติกรรมก้าวร้าว ควบคุมไม่ได้
- ตื่นตัวง่าย ไวต่อสิ่งเร้าต่างๆ เช่น เสียง การเคลื่อนไหว
- แสดงพฤติกรรมตามความเชื่อที่หลงผิด
- อาจแสดงการพูดคุยกับใครบางคนที่ไม่อยู่ที่นั่น (ตอบสนองต่อหูแว่ว)
- มีเรี่ยวแรงมากกว่าปกติ
- ไม่ตอบสนองต่อการพูดในลักษณะสั่งให้หยุดทำ

อาการและอาการแสดงทางร่างกาย

อาการที่สังเกตได้

- ม่านตาขยาย และไม่ค่อยตอบสนองต่อแสงสว่าง (ดูเหมือนตาโต)
- เหงื่อออกมาก ตัวร้อน มีไข้ หายใจเร็ว
- มีแขนขากระตุกเป็นครั้งคราว ขาสั่น ตัวสั่น
- เกร็งเกราม ตัวแข็งๆ

อาการที่ตรวจพบ

- ใช้สูงกว่า 38 องศา ซีพจรเต้นเร็ว

อาการที่ผู้ป่วยบอก

- เจ็บหน้าอก ปวดหัวมาก

การเจรจาช่วยเหลือกรณีมีพฤติกรรมก้าวร้าว

- สงบ พุดจาด้วยเสียงไม่ดังเกินไป ฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด
- ไม่ควรสนใจพฤติกรรมของผู้ป่วยว่า ไม่ชอบเราเป็นการส่วนตัว
- หลีกเลี่ยงการหลอกลวง เยาะเย้ยหรือขี้ม
- ต้องระมัดระวังการรับรู้ของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามสถานการณ์
- หลีกเลี่ยงท่าทาง หรือการเคลื่อนไหวที่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึก ถูกคุกคามได้ เช่น เดินเข้าไปหาผู้ป่วย

ทันทีทันใด

- อธิบายให้ผู้ป่วยฟังว่าเกิดอะไรขึ้น เรากำลังจะทำอะไร และทำไม
- คำนึงถึงความปลอดภัยของตนเองเสมอ
- ติดต่อหน่วยงานหรือบริการฉุกเฉินที่ต้องส่งต่อ

การช่วยเหลือกรณีมีพฤติกรรมก้าวร้าว ตามระดับความก้าวร้าว

ก้าวร้าวเล็กน้อย (Mild arousal): ผู้ป่วยตื่น อาจหงุดหงิดบ้างแต่ยังร่วมมือดี สามารถประเมินได้ สัญญาณชีพปกติ ควรให้ยารับประทาน ได้แก่

- DZP 5-10 mg หรือ Lonazepam 0.5-2 mg หรือ Lorazepam 1-2.5 mg ซ้ำทุก 30-60 นาทีตามความจำเป็น

- หากยังไม่ดีขึ้น ให้เพิ่ม Haloperidol 2.5-5 mg หรือ Olanzapine 5-10 mg

ก้าวร้าวปานกลาง Moderate arousal: เริ่มอยู่ไม่นิ่ง ไม่เป็นมิตร ไม่ร่วมมือ สัญญาณชีพเริ่มสูงขึ้น

- พิจารณายาฉีดเข้ากล้ามเนื้อหากผู้ป่วยไม่ยอมรับประทาน
- Haloperidol 2.5-5 mg หรือ Olanzapine 5-10 mg IM



ก้าวร้าวมาก High arousal: ผู้ป่วยกระสับกระส่ายมาก ไม่รวมมือ มีแนวโน้มก้าวร้าว

- พิจารณาให้ยาทางเส้นเลือด หากผู้ป่วยปฏิเสธ การรับประทานยา/ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ
- เปิดเส้นเลือดให้น้ำเกลือ
- DZP 5-10 mg ซ้ำเพิ่ม 5 mg จนกระทั่งสงบ
- หากยังไม่ดีขึ้น ให้เพิ่ม Haloperidol 2.5-5 mg
- ควรมืออุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพเตรียมให้พร้อมใช้งาน

III. กว่าจะโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนและการช่วยเหลือเบื้องต้น

- ส่วนใหญ่มักพบในระยะสั้น อาการจะดีขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากได้นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ หยุดเสพต่อเนื่อง และมีการขจัดเมทแอมเฟตามีนออกจากร่างกาย
- มีรายงานพบอาการโรคจิตเรื้อรังนานหลายเดือน จนถึงหลายปี ทั้งที่ไม่มีการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ
- 5-15% ของผู้ที่เคยมีอาการของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนไม่สามารถหายขาดได้

อาการแสดงภาวะโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน

- Evolving process: เริ่มจากมีอาการโรคจิตสั้นๆ เป็นๆ หายๆ จนเกิดอาการโรคจิตชัดเจน
- การเกิดอาการหลงผิด
 - ผู้ป่วยจะมีอาการสงสัย ระแวงระวัง ตื่นตัวกับสิ่งแวดล้อม พยายามตรวจสอบค้นหาเบื้องหลังสิ่งที่สงสัย
 - มีความรู้สึกว่ามีคนอื่นคอยเฝ้ามองหรือติดตามตัวเอง รู้สึกไวต่อสิ่งเร้าภายนอก
 - เริ่มเกิดอาการประสาทหลอน จนถึงมีลักษณะหลงผิดอย่างชัดเจน และมีความเชื่อว่าสิ่งนั้นเกิดขึ้นจริงและสูญเสียความหยั่งรู้ในตนเอง
- เกิดอาการประสาทหลอน เช่น หูแว่ว หรือภาพหลอน

โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน

- มีอาการระแวงสงสัย ทั้งที่ระดับความรู้สึกตัวปกติ
- สูญเสียความหยั่งรู้ นำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าว
- สัมพันธ์กับปริมาณ ความถี่และวิธีการเสพ
- การอดนอน และการมีประวัติโรคจิตเวชมาก่อน สัมพันธ์กับการกระตุ้นให้เกิดอาการโรคจิต
- อาการและอาการแสดงเหมือนโรคจิตเภท
- การวินิจฉัยที่ถูกต้อง ขึ้นอยู่กับความเชื่อถือได้ของประวัติการเสพจากผู้ป่วยหรือครอบครัว

การช่วยเหลือผู้ป่วยสพต ในขณะมีอาการโรคจิต

เป้าหมายแรก

- การสร้างสัมพันธภาพในการรักษากับผู้ป่วย ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย ว่าเรากำลังพยายามให้การช่วยเหลืออยู่ ไม่คุกคามผู้ป่วย
- พยายามให้ผู้ป่วยสงบและบรรเทาอาการโดยเร็ว ให้ผู้ป่วยร่วมมือในการประเมิน

การรักษาด้วยยา

- การให้ยาต้านโรคจิตชนิดรับประทาน (Haloperidol 2-5, Risperidone 0.5-2 mg), Olanzapine
- ยา Benzodiazepines ชนิดรับประทาน(DZP 5-10 /Lora 1-2 / Clona 0.5-1 mg)
- เนื่องจากผู้สพตมักเป็นผู้ชายวัยเรียน ถึงวัยรุ่นตอนปลาย มีโอกาสมีอาการผลข้างเคียงจากยากันโรคจิต EPS (Extra Pyramidal symptom) เช่น ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง ตาเหลือก กระวนกระวายไม่นอนเดินไปมา ฯ จึงควรให้ Benzhexol 1-2-5 mg/วัน ก่อนเข้านอน
- กรณีที่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยสงบโดยเร็ว ให้ยาต้านโรคจิตชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ Haldol 2.5-5 mg ฉีดเข้าเส้น Valium 5-10 mg
- การผูกมัดเป็นวิธีการสุดท้ายที่จะเลือกใช้
- อาการจะดีขึ้นหลังจากผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ ได้รับยาและสารเสพติตขับออกจากร่างกายแล้ว
- ผู้ป่วยควรอยู่ในสถานที่สงบ ลดสิ่งกระตุ้น

IV. ภาวะถอนพิษสารกระตุ้นประสาทและการช่วยเหลือเบื้องต้น

ภาวะขาดสารกระตุ้น ทำให้เกิด....อาการภาวะซึมเศร้า

- อารมณ์เศร้า ซึมลง สมาธิเสีย เคลื่อนไหวช้า เฉื่อย
- กระสับกระส่าย โกรธ เสียใจ ฉุนเฉียวง่าย
- มีความรู้สึกอยากยา (Cravings) อยากกลับไปเสพซ้ำ
- ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว
- นอนมาก แต่หลับไม่สนิท อ่อนเพลีย หดเรี่ยวแรง
- นอนไม่หลับ หิวบ่อย กินจุ
- ซึมเศร้า อาจมีความคิดฆ่าตัวตาย
- รู้สึกวิตกกังวลอย่างมาก หงุดหงิด อยู่ไม่นิ่ง

การช่วยเหลือกรณีถอนพิษสารกระตุ้นประสาท

- ไม่มียามาตรฐานในการบำบัดภาวะถอนพิษจากสารกระตุ้นประสาท
- การรักษาตามอาการ และบำบัดจิตใจแบบประคับประคอง
- สถานที่ปลอดภัย ไม่สามารถเข้าถึงยาเสพติตได้



- จัดสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุน มั่นใจ ให้กลับคืนสู่ภาวะปกติโดยเร็ว
- ติดตามสมภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต
- การติดตามแบบผู้ป่วยนอก/การเยี่ยมบ้านเป็นวิธีการดูแลที่ดีที่สุด ไม่จำเป็นต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
 - แต่ การเสพสารเสพติดหลายชนิด หรือมีอาการโรคจิต มีอาการซึมเศร้ารุนแรง มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย อาจพิจารณาให้การรักษา แบบผู้ป่วยใน
 - บางรายอาการถอนพิษยังคงอยู่นาน จำเป็นต้องรับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ

V. ภาวะซึมเศร้า ในผู้เสพสารกระตุ้นประสาท

- อาการซึมเศร้าเป็นได้ทั้ง
 1. อาการแสดงจากการเสพสารกระตุ้นประสาท และ
 2. เป็นอาการขาดสารกระตุ้นเมื่อหยุดเสพ
- อาการซึมเศร้า อาจเป็นสาเหตุกระตุ้นให้กลับเสพซ้ำ
- ผู้เสพมักไม่ได้ตระหนักถึงปัญหา และไม่ได้รับการรักษาช่วยเหลือ

อาการแสดงภาวะซึมเศร้าในผู้เสพสารกระตุ้นประสาท

- รู้สึกเศร้า อารมณ์หดหู่
- มีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักอย่างรวดเร็วทั้งน้ำหนักลด หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้น มักสัมพันธ์กับความรู้สึกเบื่ออาหาร หรือ อยากรทานอาหารมากขึ้น
 - มีปัญหาการนอนหลับ
 - สนใจเรื่องต่างๆ ทั้งที่เป็นเรื่องที่เคยชอบ ลดลงอย่างมาก
 - ขาดสมาธิ ตัดสินใจไม่ค่อยได้ หรือความคิดบิดเบือนไป
 - ความคิดอยากตาย

การช่วยเหลือภาวะซึมเศร้า

- ผู้เสพสารกระตุ้นประสาททุกราย ควรได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย
- การหาสาเหตุว่าภาวะซึมเศร้า หรือภาวะติดสารเสพติดนั้น ภาวะใดมาก่อน มีความสำคัญน้อยกว่าการประเมินอาการ ในขณะนี้ และให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม
 - การรักษาควรเป็นไปตามขั้นตอนการรักษาโรคซึมเศร้า
 - ยาต้านซึมเศร้าทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นได้

แบบคัดกรองภาวะฆ่าตัวตาย 8Q

ข้อบ่งชี้การใช้

1. ผู้มีปัญหาสารเสพติดทุกราย
2. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 9Q มากกว่า 7 คะแนน
3. ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคุณคิดว่าอยากตายหรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคุณคิดว่าอยากทำร้ายตนเองหรือทำให้ตนเองบาดเจ็บ	0	2
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคุณคิดว่ามีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	0	6
ถ้าใช่ในข้อ 3 ..ถามต่อว่าท่านสามารถควบคุมความคิดหรือจะไม่ทำตามความคิดนั้นได้ หรือ ไม่ได้	0	8
4. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคุณคิดว่ามีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคุณเตรียมการที่จะทำร้าย ตนเองหรือการฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	0	9
6. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคุณคิดว่าตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะให้เสียชีวิต	0	4
7. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคุณพยายามฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจที่จะให้ตายจริงๆ	0	10
8. ตลอดชีวิตที่ผ่านมาคุณเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
รวมคะแนน		

การแปลผลและการช่วยเหลือ

บูรณาการตามแนวทางการดูแลและเฝ้าระวังภาวะฆ่าตัวตาย กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

- **1-8 คะแนน** มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย ระดับน้อย
----> ให้การปรึกษาแบบสั้นควบคู่กับการบำบัดตามความรุนแรงปัญหาสุขภาพจิต/สารเสพติด
- **9-16 คะแนน** มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย ระดับปานกลาง
----> ส่งพบแพทย์ให้การ ประเมินวินิจฉัย ดูแลช่วยเหลือเฝ้าระวังควบคู่กับการบำบัดตามความรุนแรงปัญหาสุขภาพจิต/สารเสพติด
- **มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน** มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับ รุนแรง
----> ส่งพบแพทย์ให้การ ประเมินวินิจฉัย ดูแลช่วยเหลือทางจิตเวชฉุกเฉิน ควบคู่กับการบำบัดตามความรุนแรงปัญหาสุขภาพจิต/สารเสพติด

การช่วยเหลือนักกีฬาที่เสียชีวิต

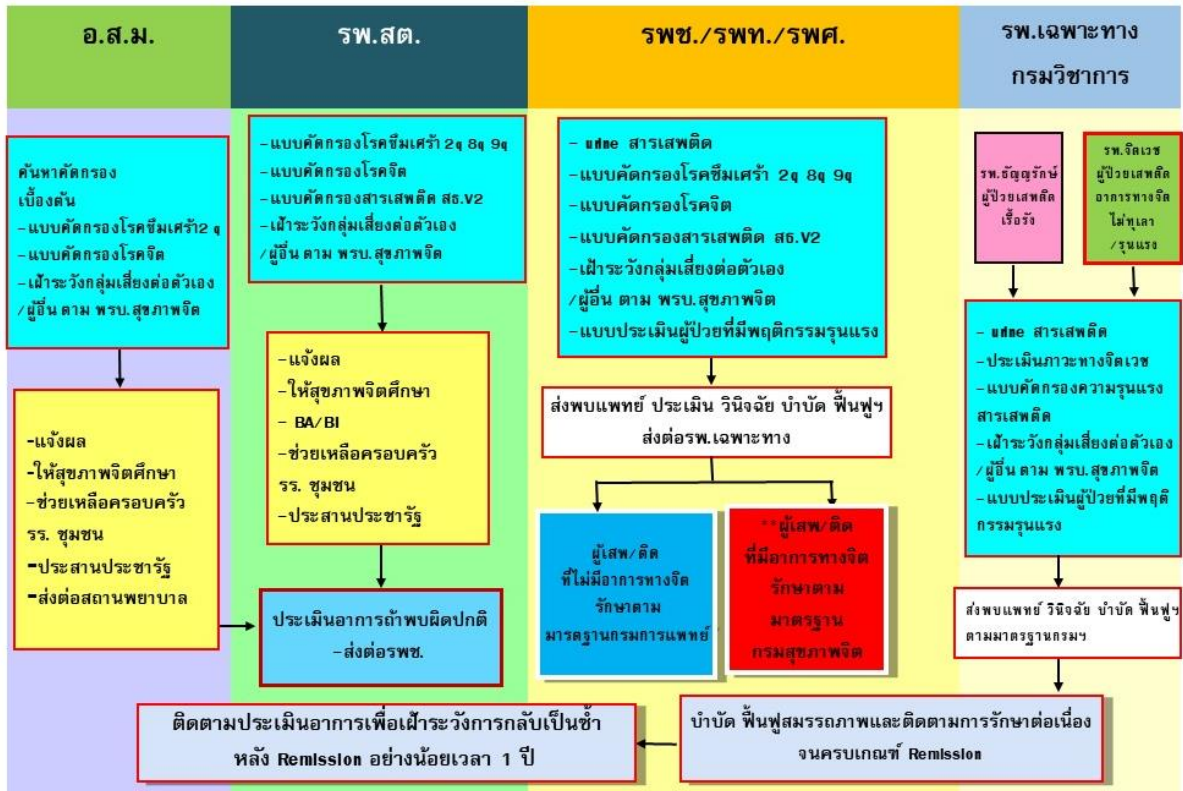
หลักการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1. ประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม
2. กำจัดปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย
3. สนับสนุนปัจจัยป้องกันต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย
4. รักษาโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคซึมเศร้า, สุราและสารเสพติด

รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย

1. การให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตาย
2. การส่งเสริมการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายอย่างเหมาะสม
3. การควบคุมการเข้าถึงสิ่งที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย
4. การลดอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ดี
5. การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่บุคลากรด้านสาธารณสุข
6. การป้องกันการฆ่าตัวตายในโรงเรียน
7. การให้ความรู้แก่ผู้เฝ้าระวังในชุมชน
8. การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

ผังไหล กรณีผู้เสพ/ติด ที่มีอาการทางจิต เข้าสู่กระบวนการระบบบริการ



ใบกิจกรรม 5.5

จับกลุ่ม 3 – 4 คน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและฝึกปฏิบัติการวินิจฉัยแยกโรค (Differential Diagnosis) จากตัวอย่างกรณีศึกษาที่ 4 โดยใช้เวลา 3 – 5 นาที ดังนี้

ตัวอย่าง 4

ผู้ป่วยชาย ไทย คู่ อายุ 25 ปี

คลอดปกติ พัฒนาการปกติ จบ ประถม มัธยม ตามเกณฑ์ ไม่ค่อยสูงสิ่งใคร่ พุดน้อย สุขบุหรี ตั้งแต่ ม ปลาย เอ็นทรานซ์ไม่ติด ผิดหวัง เก็บตัว สุขกัญชา ดิ่มสุรา เป็นครั้งคราว เรียนมหาลัยเปิด 8 ปี ยังไม่จบ อยู่บ้านมากกว่า ออกนอกบ้าน นั่งหน้าคอมพิวเตอร์ทั้งคืน

6 เดือนก่อน เริ่ม หงุดหงิด ก้าวร้าว **อารมณ์แปรปรวน** ไม่ค่อยกินข้าว เบื่อหน่ายท้อแท้ เหม่อเป็นพักๆ สะสมข้าวของ เต็มห้อง ไม่ค่อยอาบน้ำ กลางคืน มีเสียงเหมือนคุยกับคนอื่น **สุขกัญชาทุกวัน ดิ่มสุราครั้งคราว**

2 เดือนก่อน ระวังกลัวคนทำร้าย คิดว่ามีคนมาแอบสอดแนม ได้ยินเสียง คนเรียกคุย ได้เจรจาตอบโต้เสียงสั่งทำร้ายตนเอง จึงทำร้ายตนเอง ด้วยการพยายามยิงตัวตาย

วันนี้ ทีมหมอครอบครัวมาเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยพูดคุ้ยบ้าง พุดคุ้ยรู้เรื่องอยู่บ้าง จำเหตุการณ์ไม่ค่อยได้ถามคำตอบคำ **รู้สึกยังไม่อยากมีชีวิตอยู่ ปฏิเสธหูแว่ว**

Differential Diagnosis

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

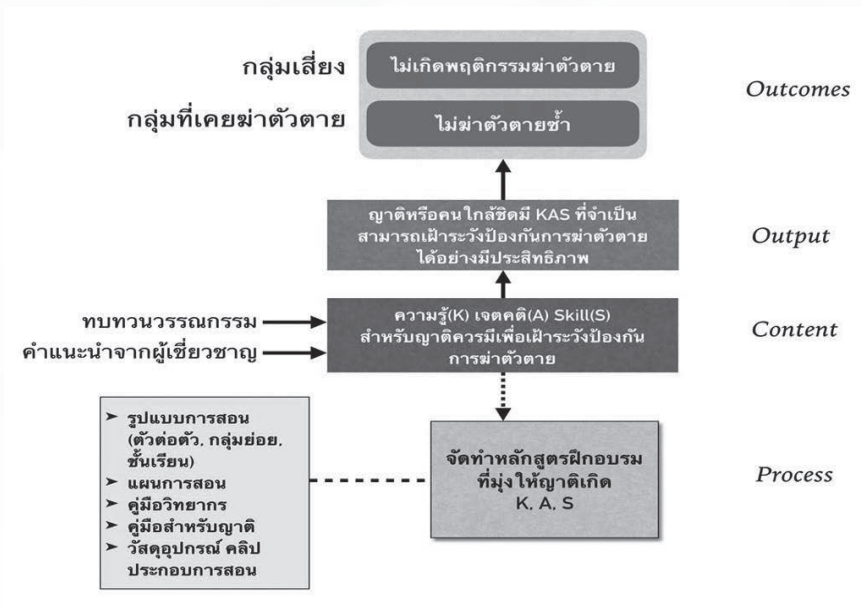


ใบกิจกรรม 5.5

Differential Diagnosis: Case study 4

1. Cannabis induced psychosis
2. Multiple drug abuse induced psychosis (Cannabis and Alcohol)
3. Schizophrenia
4. Schizoaffective
5. Mood disorder with Psychotic symptoms

ชุดความรู้เพิ่มเติม: การให้คำปรึกษาครอบครัว: Family Counseling



การคุยพร้อมญาติ: MI conjoint session

- สร้างสัมพันธ์กับญาติ
- ญาติเห็นความสำคัญในการเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วย
- ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในครอบครัว
- ญาติจูงใจผู้ป่วย
- การจำกัดการมีส่วนร่วมของญาติ

พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวเพื่อแสดงความรับผิดชอบ

1. การพยายามปรับปรุงแก้ไขปัญหา
2. การพยายามบรรเทาปัญหาไม่ให้สถานการณ์แย่ลง
3. การพยายามปกป้องสมาชิกจากผลกระทบด้านต่างๆ
4. การพยายามจำกัดความเสี่ยงและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

อารมณ์ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว

- ความวิตกกังวล
- ความเหนื่อย
- ความรู้สึกผิด
- ความโกรธ
- ความกลัว
- ความสมเพชเวทนาตนเอง
- ความรู้สึกว่างเปล่า
- โดดเดี่ยวเดียวดายกังวล

เป้าหมาย: การให้คำปรึกษาคครอบครัว

1. การประคับประคองจิตใจ
2. การให้ความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม
3. การให้ทักษะการสื่อสารเชิงบวก

การให้ความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม

- ปรับเปลี่ยนทัศนคติและค่านิยมของครอบครัว
เช่น การห้ามพูดถึงปัญหา ห้ามถาม ห้ามคิด ห้ามรู้สึก ห้ามทำผิด ห้ามเล่น
- มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถึงผลกระทบของการใช้สารเสพติดและการดูแลช่วยเหลือ
- มีวิธีการผ่อนคลายความเครียดในหลากหลายรูปแบบต่าง ๆ
- แนะนำการศึกษาด้วยตนเอง จากแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับวัย เช่น หนังสือ เว็บไซต์
- สอนวิธีการบอกเล่าความรู้สึกและวิธีแสดงอารมณ์ด้านลบอย่างเหมาะสม
- เป็นต้นแบบและสอนให้เด็กสื่อสารทางบวก
- สอนให้สมาชิกในครอบครัวทั้งผู้เสพและไม่เสพ เข้าใจและยอมรับความผิดพลาดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้น

และเรียนรู้จากความผิดพลาด

- สอนทักษะการตัดสินใจ และสอนทักษะการปฏิเสธ



ชุดความรู้เพิ่มเติม: ตัวอย่างการสื่อสารเชิงบวก

กรณีผู้เสพสารเสพติด **รู้สึกโกรธ** : พฤติกรรมที่แสดงออก



วันนี้อารมณ์
ไม่ดี

- ปิดประตูดัง
- กระทบกของบนโต๊ะ
- เดินเตะข้าวของในบ้าน
- พุดหรือบ่นเสียงดัง
- หน้าตาบูดบึ้ง
- ผู้คนในบ้านเรียกก็ไม่สนใจ

การสื่อสารทางลบ

เป็นบ้าอะไรขึ้นมาอีก.....
หาเรื่องจะเล่นยาอีกล่ะสิ...
ทำอะไรกับใครไม่ได้แล้วสิ
กับใครไม่ได้แล้วสิ

สติ

ถ้าพูดไปอย่างนี้เขาก็
จะยิ่งโกรธสินะ...

รู้ตัวว่าไม่พอใจผู้ป่วย
แต่ถ้าพูดไปแล้วจะ
กระตุ้นความรู้สึกได้



การสื่อสารทางบวก

เป็นไงบ้าง..
กินข้าวหรือยัง
งานหนักหรือเปล่า..
ใครเขาพูดไม่เข้าหูหรือ
เปล่า



กรณีผู้เสพสารเสพติด

รู้สึกเหงา - ว่าง - เบื่อ:

พฤติกรรมที่แสดงออก



- นอนไม่ทำอะไร
- ดูทีวีทั้งวัน
- ไม่สนใจทำงาน

การสื่อสารทางลบ

วันๆ.. ไม่ต้อง
ทำมาหากินอะไรแล้ว
เอาแต่นอน แทนที่จะ
ช่วยกันทำงานบ้าง



สติ

ถ้าพูดไปอย่างนี้ลูก
จะรู้สึกอย่างไรนะ...



รู้ตัวว่าไม่พอใจผู้ป่วย
แต่ถ้าพูดไปแล้วจะ
กระตุ้นความรู้สึกได้

การสื่อสารทางบวก



แม่เป็นห่วงนะ
เห็นนอนทั้งวัน ...
ไปตลาดกับแม่ไหม
ไปช่วยเลือกของมา
ทำบุญกันเถอะ





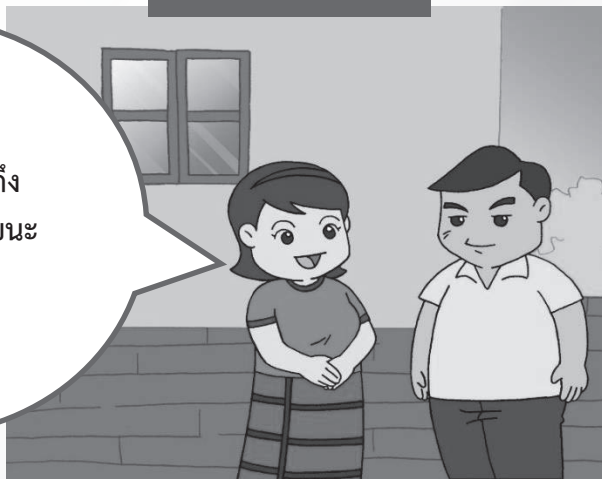
- อยากออกนอกบ้าน
- อยากได้เงินเพื่อไปใช้ โดยไม่บอกสาเหตุของการใช้จ่ายนั้นๆ

การสื่อสารทางลบ



เดี๋ยวก็ไปเล่นยามาอีก..
โกหกอย่าให้จับได้นะ..
กลับมาจะจับตรวจฉีษะ
นี้จะช่วยกันทำงานบ้าง

การสื่อสารทางบวก



คุณไปกับใครบ้าง
จะกลับกี่โมง ถ้าไปถึง
แล้วโทรมาบอกด้วยนะ
เป็นห่วง ฉันทรออยู่..
รีบกลับมานะ

ชุดความรู้เพิ่มเติม: การติดตามดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตเวชในชุมชน

วิธีการติดตามหลังการรักษาโดยทีม สร.

1. **ทางตรง** บุคลากรสาธารณสุขสามารถติดตามผู้ผ่านการบำบัดโดยการเยี่ยมบ้าน/เยี่ยมสถานที่ทำงาน/เยี่ยมในสถานศึกษา
2. **ทางอ้อม** ติดตามโดยสอบถามจากญาติพี่น้อง พ่อแม่ สามเณร รรยาใช้โทรศัพท์ จดหมาย/ไปรษณียบัตร

แนวทางการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

1. ชุมชนบำบัด
2. กลุ่มช่วยเหลือกันเอง
3. กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนผู้เสพสารเสพติด (NA)
4. ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ในวัด/ชุมชน
5. ผู้ประสานในชุมชน/อสม.

องค์ประกอบตามแนวคิด PACT

วิธีการฟื้นฟูสภาพที่เกี่ยวข้องกับทักษะการดำเนินชีวิตประจำวัน
(rehabilitative approach to daily living skills)

การจัดการกับภาวะวิกฤติ (crisis management)

โอกาสในการทำงาน (work opportunities)

การจัดการเอกสาร (entitlements)

การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion)

การดูแลเรื่องยา (medication support)

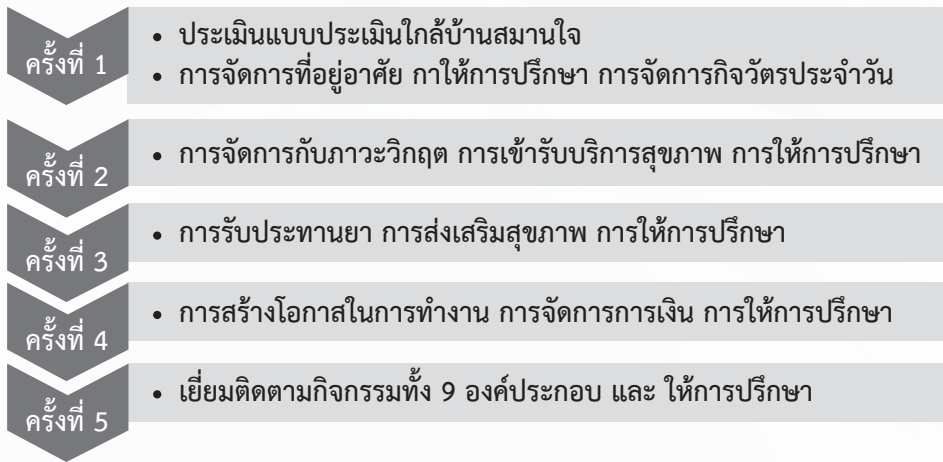
การช่วยเหลือเรื่องที่พักอาศัย (housing assistance)

การจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย (financial management)

การให้การปรึกษา (counseling)



ขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรมการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวช



ตัวอย่างโปรแกรมใกล้บ้าน สมานใจ
การบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชนสำหรับผู้ติดสุรา

Healing Heart Around Home Program The Program of Assertive Community Treatment (PACT) for Alcohol Dependents

- พัฒนาโปรแกรมโดย ดร. พรรษา เศรษฐบุปผา, นางจากรุณี รัศมีสุวิวัฒน์, นางกรภัทร สิมะวงศ์ และนางนพวรรณ อุปคำ
- โดยความร่วมมือระหว่าง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่
- สนับสนุนโดย แผนงานการบำบัดฟื้นฟูทางเลือกในผู้มีความเสี่ยงการดื่มสุรา 2553

โปรแกรมใกล้บ้าน สมานใจ

- อาศัยแนวคิดหลักที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- เป็นการบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (Assertive community treatment: PACT)
- มีพื้นฐานเดิมมาจากแนวคิดการฝึกการใช้ชีวิตในชุมชน (Training community living: TCL)
- การจัดการรายกรณีแบบครอบคลุม (intensive case management)

รายชื่อคณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์
นายแพทย์จุมภฏ พรหมสีดา
นายแพทย์ศิริศักดิ์ ธิติติลกรรัตน์
นายแพทย์ธิตติ แสงวรรณ
นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์
นายแพทย์บุญชัย นวมงคลวัฒนา
แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล
นายแพทย์ธรรณินทร์ กองสุข
นางสาวนันทาวดี วรรณสุวัส

อธิบดีกรมสุขภาพจิต
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ผู้อำนวยการกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต

ผู้เรียบเรียง

นายปองพล ชูชนะโชติ
นางสาวนาวิณี เครือหงษ์
นางสาวชีวานันท์ เกาทันท์
นางสาวศรีไพร ฝั่งฉิมพลี
นางสาวธัญวรรณ เอกถักนารัตน์

นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการพิเศษ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

บรรณาธิการ

นางสาวนันทาวดี วรรณสุวัส

ผู้อำนวยการกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต

ดาวน์โหลดเอกสารประกอบการสอน



กตที่นี้

https://1drv.ms/u/s!Ap94h5wh3wK5g0BVgC29NGEg3_Dz?e=qggYaT
สไลด์นำเสนอประกอบการสอน คลิปวิดีโอ และใบความรู้และใบกิจกรรม





กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

