

Clinical Practice Guideline

ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

คณะทำงาน

- รศ.นพ.มานิช หล่อตระกูล
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- ผศ.นพ.เชียรชัย งามทิพย์วัฒนา
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- นพ.ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล
ศูนย์สุขวิทยาจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

บทนำ

แนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการดูแลช่วยเหลือ (ฉบับย่อ)

นิยาม

ระบาดวิทยา

แนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการดูแลช่วยเหลือ (ฉบับลงรายละเอียด)

เอกสารอ้างอิง

ภาคผนวก 1-5

คณะทำงาน

บทนำ

การฆ่าตัวตายก่อความสูญเสียแก่ประเทศในเชิงเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะหากผู้เสียชีวิตอยู่ในวัยแรงงาน ซึ่งเป็นวัยหลักที่ก่อผลผลิตของประเทศ การฆ่าตัวตายในวัยนี้ยังมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของครอบครัวอย่างสูง โดยเฉพาะแล้วการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายแต่ละครั้งมีผลกระทบต่อคนใกล้เคียงอย่างน้อย 6 คน¹ และหากเหตุการณ์เกิดขึ้นในโรงเรียนหรือโรงงานก็จะมีผลกระทบต่อคนได้เป็นจำนวนร้อย โดยประมาณแม้ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ยังไม่ถึงแก่ชีวิต ก็ยังมีความสูญเสียจากการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือพิการทุพพลภาพ ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด ในระดับสังคมจัดว่าเป็นการสูญเสียทั้งแรงงานการผลิตและค่าใช้จ่ายในการรักษา

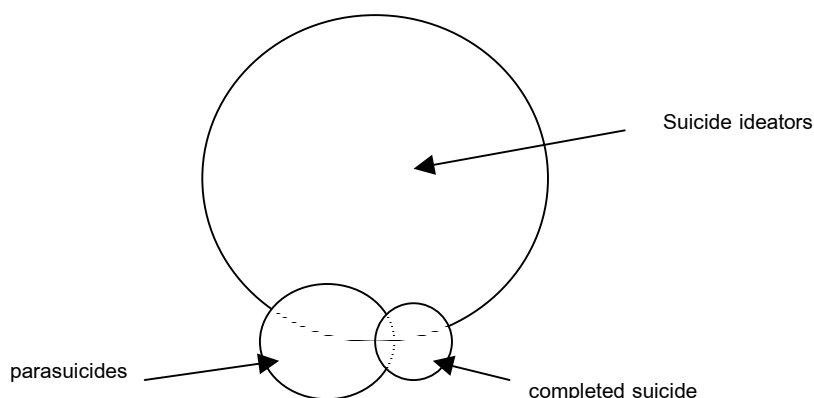
การป้องกันการฆ่าตัวตายจึงมีความสำคัญ เนื่องจากจะเป็นการลดปัญหาจากความสูญเสียดังกล่าวข้างต้น บทบาทหนึ่งของจิตแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย คือการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุการฉุนเฉียว

นิยาม

พฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตาย (suicidal behavior)² ปัจจุบันมีความหมายครอบคลุมถึง

1. การคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) หมายถึงการมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย
2. การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) หรือปัจจุบันนิยมเรียก parasuicide หมายถึงผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แต่ในที่สุดยังไม่ถึงแก่ชีวิต ศัพท์อีกคำหนึ่งที่ใกล้เคียงกันคือ deliberate self harm ซึ่งหมายถึงผู้ที่ทำร้ายตนเองโดยเจตนา ไม่ว่าจะทำไปเพื่อต้องการตายหรือไม่
3. การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) หมายถึงผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

ซึ่งทั้ง 3 ส่วนนี้จะมีด้านที่คาบเกี่ยวกันอยู่ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 พฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตาย (suicidal behavior) และส่วนที่เหลื่อมล้ำกัน³

ระบาดวิทยา

ศรีประภา ชัยสินธพ และวรลักษณ์ ธีราโมกษ์⁴ ศึกษาความคิดอยากฆ่าตัวตายของคนใน กรุงเทพมหานครเมื่อพ.ศ.2535 พบว่ามีถึงร้อยละ 23 ที่เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย การศึกษาของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และจักรกฤษณ์ สุขยี่ง⁵ พบว่าประชาชนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร มีความคิดอยากฆ่าตัวตายภายในช่วง 2-3 สัปดาห์ก่อนทำแบบทดสอบร้อยละ 5.3

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะผู้บาดเจ็บจากการทำร้ายตนเองโดยตั้งใจ ข้อมูลจากโครงการจัดตั้งระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บในระดับจังหวัด โดยกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเก็บข้อมูลจากผู้บาดเจ็บที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลต้นแบบ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่หลายแห่งในกรุงเทพมหานคร และในแต่ละภาคของประเทศจะเห็นว่าผู้ที่ทำร้ายตนเองเป็นเพศชายกับหญิงพอๆ กัน พบมากในช่วงวัยรุ่นถึงผู้ใหญ่ตอนต้น มักใช้สารปราบวัชพืช หรือสารฆ่าแมลง มีอัตราการตายประมาณร้อยละ 10 โดยเพศชายเสียชีวิตมากกว่าประมาณ 3 เท่า

ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ และคณะ⁶ ได้ศึกษาผู้พยายามฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่รายประจําคนละระหว่าเดือนมกราคม 2537 ถึงมิถุนายน 2540 จำนวน 485 คน พบอัตราส่วนเพศชายต่อหญิงเป็น 1 ต่อ 1 เช่นกัน เมื่อจำแนกตามช่วงอายุพบว่าร้อยละ 40 อยู่ในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น (20 ปีลงไป) โดยเป็นเพศหญิงต่อชายเท่ากับ 2:1 ในขณะที่ร้อยละ 55.7 เป็นวัยผู้ใหญ่ (21-60 ปี) โดยพบเพศหญิงน้อยกว่าชาย คือ 0.71:1 เพศชายพบเป็นวัยผู้ใหญ่มากกว่าคือร้อยละ 61.7 ในขณะที่เพศหญิงส่วนใหญ่จะเป็นเด็กและวัยรุ่น (ร้อยละ 51.6)

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะผู้บาดเจ็บจากการทำร้ายตนเองโดยตั้งใจ*

	พศ.2539	พศ.2540	พศ.2541
จำนวนประชากร (คน) (แปรตามจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ)	943	2301	3693
หญิง : ชาย	1:1	1:1	1:1
ช่วงอายุที่พบบ่อย	15-24	15-29	15-29
อาชีพ	ผู้ใช้แรงงาน	ผู้ใช้แรงงาน นักเรียน/นักศึกษา	ผู้ใช้แรงงาน นักเรียน/นักศึกษา
วิธีการที่ใช้	วัตถุมีคม สารปราบ วัชพืช สารฆ่า แมลง	สารปราบวัชพืช สารฆ่าแมลง	สารปราบวัชพืช สารฆ่าแมลง
เสียชีวิตร้อยละ (เทียบกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด)	10.8	11.0	9.6
ร้อยละของเพศชายเสียชีวิต (เทียบกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเพศชายทั้งหมด)	ไม่มีข้อมูล	16.2	ไม่มีข้อมูล
ร้อยละของเพศหญิงที่เสียชีวิต (เทียบกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเพศหญิงทั้งหมด)	ไม่มีข้อมูล	6.2	ไม่มีข้อมูล

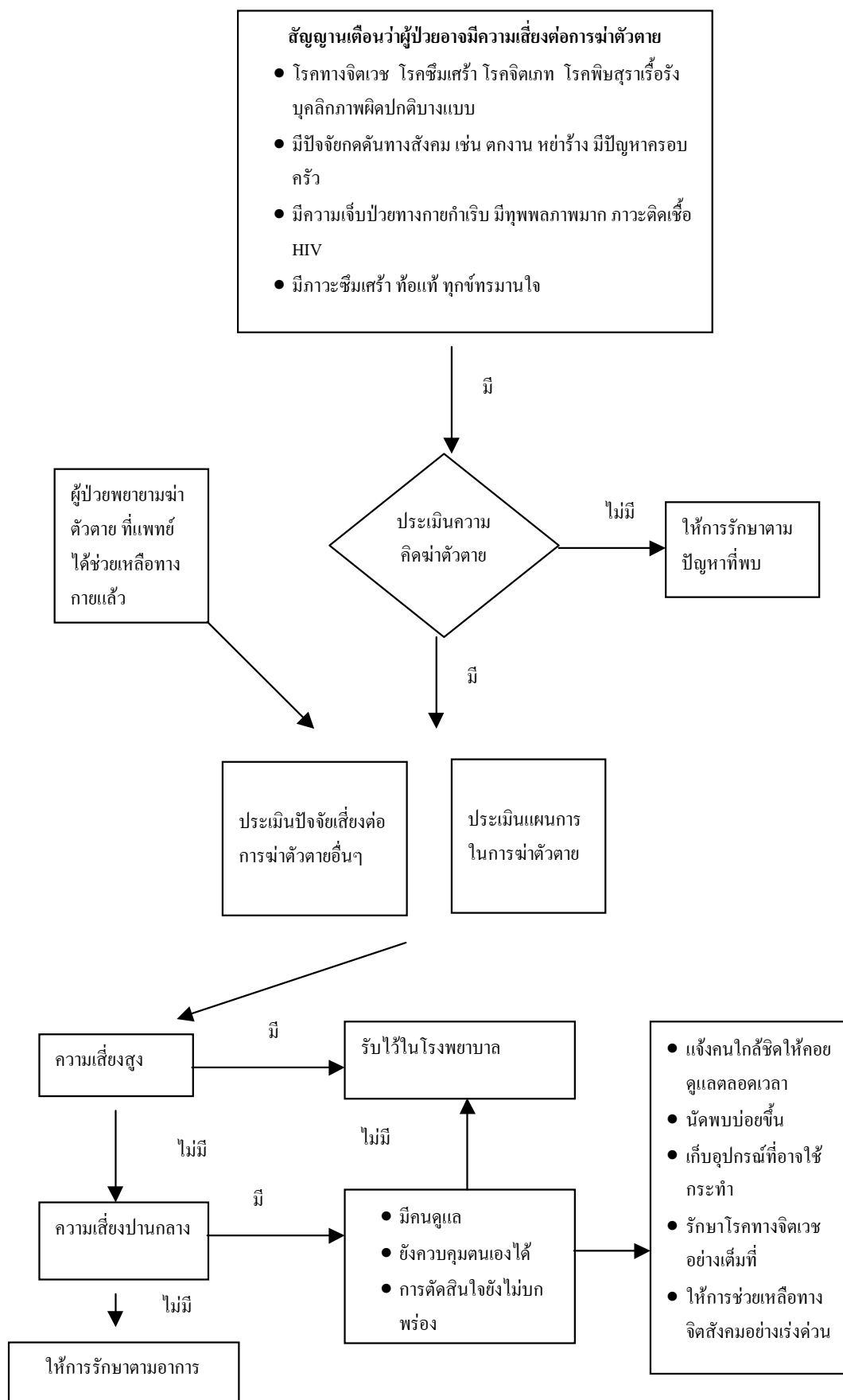
* ข้อมูลจากรายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากการทำร้ายตนเองโดยตั้งใจ กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

แนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการดูแลช่วยเหลือ (ฉบับย่อ)

1. ควรประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยต่อไปนี้
 - โรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคพิษสุราเรื้อรัง บุคลิกภาพผิดปกติแบบรุนแรง (impulsivity), borderline personality disorder, antisocial personality disorder
 - มีปัจจัยกดดันทางสังคม เช่น หย่าร้าง มีปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ
 - มีความเจ็บป่วยทางกาย มีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากตัวโรค โรคในระยะสุดท้าย ภาวะติดเชื้อ HIV
 - มีภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ ทุกข์ทรมานใจ
 - มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย
2. ผู้ป่วยที่พบมีความคิดฆ่าตัวตาย ควรถามต่อถึงการเตรียมแผนการต่างๆ ความถี่บ่อย และความรุนแรง (ภาคผนวก 1)
3. ผู้ป่วยที่พบมีความคิดฆ่าตัวตาย ควรประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอื่นๆ โดยละเอียดอีกครั้ง (ดูในภาคผนวก 2)
4. ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้ประเมินว่าความเสี่ยงนั้นจัดอยู่ในลำดับสูงมาก (ต้องให้ความช่วยเหลือทันที) หรืออยู่ในระดับปานกลาง (ต้องให้ความช่วยเหลือโดยเร็ว)
5. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในระดับสูง หรือมีลักษณะดังภาคผนวก 3 ต้องรับดูแลในโรงพยาบาลทันที โดยมีผู้คอยดูแลใกล้ชิด
6. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง ให้ประเมินว่าหากผู้ป่วยยังควบคุมตนเองได้หรือไม่ การตัดสินใจยังบกพร่องหรือไม่ และมีคนดูแลใกล้ชิดหรือไม่ หากปัจจัยเหล่านี้ยังคงอยู่ อาจไม่จำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาล แต่ต้องนัดพบผู้ป่วยบ่อยขึ้น ให้เก็บสิ่งต่างๆ ที่อาจนำมาใช้ฆ่าตัวตายได้ และให้การรักษาทันทีทางยาและทางจิตสังคมอย่างเต็มที่
7. ช่วยเหลือทางจิตใจ โดยมุ่งเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย (ภาคผนวก 4) ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นทางแก้ปัญหาแบบอื่นๆ ให้ psychological support เสริม self-esteem ของผู้ป่วย ชักนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา
8. ให้การรักษาโรคหรือปัญหาของผู้ป่วยอย่างเต็มที่ โดยให้ยาที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ควรให้การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy)
9. ขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ต้องมีมาตรการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย (ภาคผนวก 5) การดูแลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- ดูแลอย่างใกล้ชิดหนึ่งต่อหนึ่ง ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง มีพฤติกรรมที่หุนหันพลันแล่น หรือก้าวร้าว คาดเดาไม่ได้ เจ้าหน้าที่จะอยู่ในระยะที่พร้อมจะช่วยผู้ป่วยได้ทันที
- ดูแลใกล้ชิดร่วมกับผู้ป่วยอื่น เจ้าหน้าที่จะดูแลร่วมไปกับผู้ป่วยอื่นๆ โดยเป็นกลุ่มเล็ก ๆ ไม่เกิน 4 คน
- ดูแลเป็นระยะๆ โดยจัดเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะๆ ห่างกันประมาณ 15 นาที

แผนภูมิที่ 1 การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการดูแลช่วยเหลือ



ตารางที่ 2 แนวทางปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ความคิดฆ่าตัวตาย	แผนการในการฆ่าตัวตาย	ปัจจัยเสี่ยง ¹	ระดับความเสี่ยง	แนวทางปฏิบัติ
-	-	+	ต่ำ	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้การรักษาตามโรคหรือปัญหาของผู้ป่วย
+	-	+	ปานกลาง	<ul style="list-style-type: none"> ● แจ้งคนใกล้ชิดให้คอยดูแลตลอดเวลา ● นัดพบบ่อยขึ้น ● เก็บอุปกรณ์ที่อาจใช้กระทำ ● รักษาโรคทางจิตเวชอย่างเต็มที่ ● ให้การช่วยเหลือทางจิตสังคมอย่างเร่งด่วน²
+	+	+	ปานกลาง-สูง	<ul style="list-style-type: none"> ● มีคนดูแล ● ไม่มีอุปกรณ์ในการกระทำ ● ยังควบคุมตนเองได้ ● การตัดสินใจยังไม่บกพร่อง ● ยินยอมติดต่อกับผู้ช่วยเหลือ
+	+	++ ³	สูง	รับไว้ในโรงพยาบาล
+	++ ⁴	+	สูงมาก	รับไว้ในโรงพยาบาล

¹ ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ดูเพิ่มเติมในภาคผนวก 2)

- เพิ่งพยายามฆ่าตัวตาย
- มีอาการซึมเศร้ามาก ท้อแท้ หมดหวัง
- โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท ภาวะติดสุราหรือสารเสพติด
- มีปัจจัยกระตุ้นทางจิตสังคมชัดเจน
- ขาดการช่วยเหลือค้ำจุนจากครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิด
- ลักษณะบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น
- เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่ทุกข์ทรมาน

² การช่วยเหลือทางจิตสังคม

- มีทัศนคติที่เป็นกลาง ตั้งใจช่วยเหลือ และมุ่งสร้างสัมพันธภาพที่ดี
- เสริมความคาดหวังทางบวก ปรับมุมมองในการแก้ปัญหา ช่วยให้เห็นว่าปัญหาแก้ไขได้
- ช่วยแก้ไขเฉพาะหน้าที่เกี่ยวข้องกับ การดำเนินชีวิตประจำวัน
- ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ และดึงความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม
- จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย

³ + มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 2 ปัจจัยขึ้นไป⁴ ++ มีแผนการชัดเจน แผนการรุนแรง มีอุปกรณ์ที่ใช้ตามแผนอยู่ใกล้ตัว เคยทดลองกระทำ

แนวทางการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการดูแลช่วยเหลือ (ฉบับลงรายละเอียด)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพื่อพยากรณ์ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ นั้น ยังไม่สามารถบอกความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้แน่ชัด เนื่องจากการฆ่าตัวตายมี ุบัติการต่ำมาก โอกาสที่จะเกิดผลบวกเทียมจึงสูง นอกจากนี้ ส่วนใหญ่ของการศึกษาปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ เป็นการวิเคราะห์ทางสถิติ ซึ่งบ่งถึงกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงในระยะยาวมากกว่าการบอกถึงความเสี่ยง เป็นรายบุคคล⁷⁻¹⁰

Pokorny⁹ ได้ศึกษาการพยากรณ์ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 4,800 คน โดยติดตามผลเป็นระยะเวลา 4-6 ปี พบว่าแบบประเมินสามารถระบุได้ถูกต้อง 35 รายจากจำนวนผู้ป่วย ที่เสียชีวิต 63 ราย (ร้อยละ 56) แต่มีผลบวกเทียมถึง 1,206 ราย (positive predictive value ต่ำกว่าร้อยละ 3) กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การจะป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 35 ราย โดยใช้แบบสอบถามนี้จะต้องทำการช่วยเหลืออย่างเต็มที่ 1,206 ราย โดยที่มีผู้ป่วยอีก 28 คนที่ไม่ได้ช่วย เมื่อเร็วๆ นี้ Pokorny¹¹ ได้ทำการศึกษาซ้ำอีกครั้งหนึ่ง พบผลที่ได้ไม่ต่างจากเดิม

การประเมินถึงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะสั้นจะมีความแม่นยำและมีผลในทางปฏิบัติ เพื่อช่วยป้องกันปัญหา มากกว่าความเสี่ยงในระยะยาว แม้ว่าผู้ที่มีความเสี่ยงจำนวนหนึ่งจะไม่ได้มาพบ แพทย์ ปัจจัยเสี่ยงที่จะกล่าวต่อไปนี้ส่วนใหญ่จะเน้นในแง่ของปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะสั้น

1. การวินิจฉัยทางจิตเวช

ความเจ็บป่วยทางด้านจิตเวชเป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญ และเกี่ยวข้องกับการประเมินการฆ่าตัว ตายมากที่สุด¹² มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคทางจิตเวช ส่วน ใหญ่ คือ โรคซึมเศร้า หรือการใช้แอลกอฮอล์หรือทั้งสองอย่างร่วมกัน¹³⁻¹⁸ ในกรณีของการพยายามฆ่า ตัวตายก็เช่นกัน การป่วยทางจิตเวชายังคงเป็นปัจจัยเสี่ยง หรือตัวพยากรณ์ที่สำคัญ¹⁹⁻²¹ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 มหวิเคราะห์ของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรคทางจิตเวชที่สำคัญ*

การวินิจฉัย	SMR**	95% Confidence Interval
Major depressive disorder	20.35	18.27-22.59
Bipolar disorder	15.05	12.25-18.44
Dysthymia	12.12	11.50-12.77
Schizophrenia	8.45	7.98-8.95
Personality disorder	7.08	4.77-10.10
Alcohol	5.86	5.41-6.33

* ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 22

**SMR (Standardized Mortality Ratio) อัตราการตายจากโรคเมื่อเทียบกับอัตราการตายที่พบในประชากรทั่วไปกลุ่ม วยเดียวกัน

1.1 โรคซึมเศร้า ประมาณร้อยละ 20-35 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า^{23,24}

Angst และคณะ²⁵ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะทางคลินิกดังต่อไปนี้ จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น : มีอาการนอนไม่หลับอยู่ตลอดเวลา ละเลยไม่สนใจตนเอง อาการรุนแรงโดยเฉพาะหากมีอาการโรคจิตร่วมด้วย มีปัญหาด้านความจำ มีอาการ agitation และมีอาการแพนิค

1.2 โรคจิตเภท ปัจจัยสำคัญที่พบในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ฆ่าตัวตาย ได้แก่ การมีอาการซึมเศร้าหมดกำลังใจ และมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายโดยวิธีที่รุนแรง²⁶ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีลักษณะ เป็นผู้ชาย อายุหน่อย ว่างาน อยู่คนเดียว มีประวัติดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด มีอาการกำเริบบ่อยๆ มีความกลัวว่าอาการจะแย่ลงโดยเฉพาะในผู้ที่มีการศึกษาสูง จะพบการฆ่าตัวตายบ่อยในช่วงต้นๆ ของการเจ็บป่วย ช่วงแรกๆ ที่มีอาการกำเริบ หรือช่วงที่หายใหม่ๆ^{1,27} ปัจจัยเสี่ยงในระยะจับพลันได้แก่ การมีอาการหูแว่วเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง มีภาวะ agitation หรือมีความรู้สึกทุกข์ทรมานอันเป็นผลจากความหลงผิดของตน²⁸

1.3 ภาวะติดสุราหรือสารเสพติด ประมาณว่าร้อยละ 50 ของการฆ่าตัวตายมีความเกี่ยวข้องกับ การใช้สารในทางที่ผิด (substance abuse) และมักพบประวัติภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ใช้สาร การศึกษาของประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และคณะ²⁴ พบผู้ติดสุราประมาณร้อยละ 26 ผู้ป่วยติดสุราและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงพบมีลักษณะดังต่อไปนี้ มีปัจจัยกีดกันในช่วงก่อนหน้านี้ โดยเฉพาะในแง่ของการสูญเสียหรือการทะเลาะเบาะแว้งบุคคลใกล้ชิด มีภาวะซึมเศร้า สุขภาพทรุดโทรม และประสิทธิภาพในการทำงานต่ำ²⁹ ความเสี่ยงสำคัญประการหนึ่งคือการดื่มสุราหรือสารเสพติดจะทำให้ความยับยั้งชั่งใจลดลง ในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่แล้วหากมีการเสพยาหรือสารเสพติดความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นสูงมาก³⁰

1.4 ลักษณะบุคลิกภาพ ได้แก่ บุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น (impulsivity), borderline personality disorder, และ antisocial personality disorder³¹⁻³⁴

1.5 ผู้ที่มีการวินิจฉัย 2 โรคร่วมกัน ความเสี่ยงจะเพิ่มสูงขึ้นในผู้ที่มีการวินิจฉัย 2 โรคร่วมกัน (comorbidity) โดยเฉพาะโรคซึมเศร้ากับการติดสารเสพติด หรือโรคซึมเศร้ากับบุคลิกภาพผิดปกติ^{19,35}

2. ปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดฆ่าตัวตาย ปัญหาหรือความกดดันในการดำเนินชีวิต มักจะเกิดขึ้นก่อนการฆ่าตัวตาย พบว่าในช่วงระยะ 6 สัปดาห์ก่อนการฆ่าตัวตาย บุคคลเหล่านี้มักจะมีปัญหาวิกฤตในชีวิตเกิดขึ้น เช่นปัญหาในเรื่องของความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด ความกังวลต่อการยุติความสัมพันธ์ หรือปัญหาเศรษฐกิจ^{24,36-39}

3. ลักษณะ psychopathology พบมีความเสี่ยงสูงในผู้ป่วยที่มีลักษณะ มี psychological pain⁴⁰ ซึมเศร้ามาก ท้อแท้ หมดหวัง หรือรู้สึกท้อแท้หนทางในชีวิต และมีอาการวิตกกังวลรุนแรง มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นในช่วงเร็วๆ นี้ และมีอาการนอนไม่หลับรุนแรง⁴¹

4. ลักษณะพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย

- **ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย** ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งในการบ่งถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ^{42,37} การศึกษาของประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และคณะ²⁴ พบว่าร้อยละ 17 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เคยมีประวัติการทำร้ายตนเองมาก่อน การศึกษาในต่างประเทศพบประมาณร้อยละ 30-47^{22,43} และในช่วงปีแรกของการพยายาม

ฆ่าตัวตายพบว่าบุคคลนั้นมีความเสี่ยงสูงเป็น 100 เท่าของประชากรทั่วไป ยังมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายบ่อย ก็ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำเร็จมากขึ้น

- ความคิดอยากตาย
- ความตั้งใจ สิ่งที่ผู้ป่วยหวังผลจากการกระทำ
- แผนการ มีตั้งแต่แผนการไม่ชัดเจน ไม่รุนแรง ไปจนถึงแผนการที่ใช้รุนแรง มีสิ่งที่จะใช้กระทำอยู่ใกล้ตัว

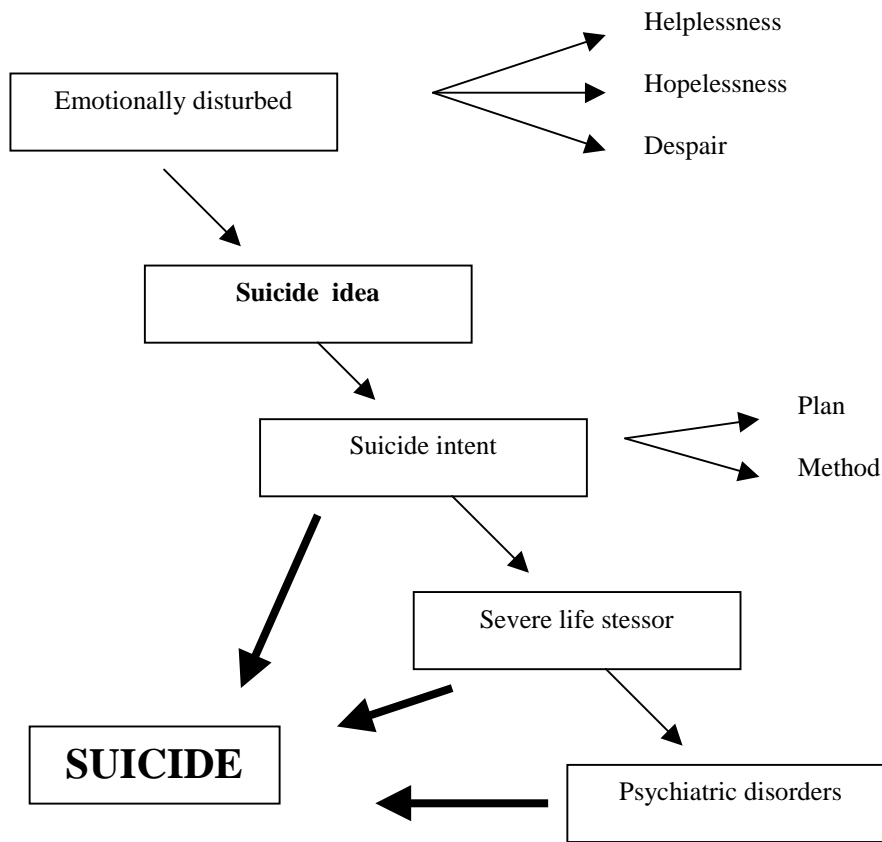
ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงคือผู้ที่คิดตั้งใจตาย มีแผนการที่ชัดเจน รุนแรง และเสี่ยงการให้ผู้อื่นช่วย

5. ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

- การช่วยเหลือคำจูนจากครอบครัวหรือความใกล้ชิดกับผู้อื่น ผู้ป่วยที่ญาติดูแลช่วยเหลือดีมักทำให้สถานการณ์ที่รุนแรงในช่วงก่อนหน้านั้นคลี่คลายลง
- ความเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรัง ทิวภาพสูง เช่น การบาดเจ็บบริเวณไขสันหลัง ความเจ็บปวดรุนแรงจากตัวโรค และ HIV ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย^{24,44-46} โดยในผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรังนั้นจะมีความเสี่ยงสูงในช่วงที่อาการของโรคกำเริบหรือมีความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวดจากตัวโรคมมาก ส่วนในผู้ติดเชื้อ HIV นั้นมีความเสี่ยงสูงในระยะแรกที่ทราบว่าเป็นโรคติดเชื้ กับในระยะท้ายของโรค โดยมีอารมณ์เศร้าจากอาการของตนเองหรือมีภาวะแทรกซ้อนทางสมองทำให้การใช้ความเหตุผล การตัดสินใจเสียไป
- อายุ ในขณะที่ต่างประเทศพบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังนั้น ในประเทศไทยพบการฆ่าตัวตายสูงในช่วงวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (15-25 ปี)⁴⁷

ปัจจัยเสี่ยงแต่ละข้อจะมีน้ำหนักไม่เท่ากัน ปัจจัยเสี่ยงที่มีน้ำหนักสูงได้แก่สภาพจิตใจของผู้ป่วย ขณะประเมิน การมีความคิดฆ่าตัวตาย การมีแผนการที่ชัดเจน การมีความกดดันทางจิตใจ และการมีความเจ็บป่วยทางจิตเวช¹ (แผนภูมิที่ 2) ตารางที่ 4 แสดงตัวอย่างหนึ่งของการให้น้ำหนักสัมพัทธ์ของแต่ละปัจจัยเสี่ยง

แผนภูมิที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงที่มีน้ำหนักสูงในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 1)



ตารางที่ 4 น้ำหนักสัมพัทธ์ของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย⁴⁸

Current mental state	Relative risk
Active suicidal ideation	
• Recent self-harm	14
• Definite plan	5
• Hopelessness	5
• Severe depressive symptoms	3
• Psychotic symptoms (delusions, hallucinations)	3
Background risk factors	
• 1st degree family history of suicide	4
• Bereavement	3
• Male	
• Living alone	
• Physical illness	
• Recent psychiatric hospital discharge	

ข้อแนะนำ

1. เนื่องจาก การฆ่าตัวตาย เป็นปรากฏการณ์ที่ก่อให้เกิดความสูญเสียเป็นอย่างมากทั้งทางด้านจิตใจและเศรษฐกิจ แพทย์จึงควรประเมินความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยทุกราย ที่เห็นว่ามีความเสี่ยงตามตารางที่ 5 (แนวการถามดูภาคผนวก 1)

ตารางที่ 5 ลักษณะผู้ป่วยที่ควรประเมินความคิดฆ่าตัวตาย

- โรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคพิษสุราเรื้อรัง บุคลิกภาพผิดปกติแบบรุนแรง พลิ้นแล่น (impulsivity), borderline personality disorder, antisocial personality disorder
- มีปัจจัยกดดันทางสังคม เช่น หย่าร้าง มีปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ มีการสูญเสียคนใกล้ชิด
- มีความเจ็บป่วยทางกายที่ทุกข์ทรมาน เช่น มีความเจ็บปวดจากโรค โรคในระยะสุดท้าย ภาวะติดเชื้อ HIV
- มีภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ ทุกข์ทรมานใจ
- มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย

2. ผู้ป่วยที่พบมีความคิดฆ่าตัวตาย ควรถามถึงความถี่บ่อย และความรุนแรงของความคิด และความเป็นไปได้ในการกระทำ จากนั้นควรถามต่อไปถึงวิธีการที่คิดจะใช้ ตลอดจนการเตรียมการต่างๆ (เช่น การเขียนจดหมายลา จัดการข้าวของส่วนตัว หาซื้อวัสดุที่ใช้ในการฆ่าตัวตาย) ตลอดจนการมีสิ่งที่จะใช้กระทำอยู่ใกล้ตัวหรือไม่ อาจจำเป็นต้องถามประวัติส่วนนี้จากญาติด้วย หากไม่แน่ใจในข้อมูลจากผู้ป่วย

3. ผู้ป่วยที่พบมีความคิดฆ่าตัวตาย ควรประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ โดยเฉพาะอีกครั้ง

4. เมื่อประเมินแล้วว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้รักษาจำต้องแยกต่อไปว่าความเสี่ยงนั้นจัดอยู่ในระดับสูงมาก (ต้องให้ความช่วยเหลือทันที) หรืออยู่ในระดับปานกลาง (ต้องให้ความช่วยเหลือโดยเร็วภายในไม่กี่วันหรือสัปดาห์)^{49,50}

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง ได้แก่

- ผู้ป่วยที่มีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นบางครั้ง แต่สองจิตสองใจ มิได้มีแผนการที่ชัดเจน
- มีอาการซึมเศร้า ร่วมกับการติดสุรา หรือมีอาการเครียดกดดันอื่นๆ
- ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย แต่เมื่อแพทย์ให้การช่วยเหลือและประเมินแล้วเห็นว่าปัญหาของผู้ป่วยคลี่คลายลง ผู้ป่วยมีมุมมองต่อปัญหาเปลี่ยนแปลงไป มีบุคคลคอยช่วยเหลือหรือดูแลอย่างใกล้ชิด

ผู้ป่วยเหล่านี้อาจไม่จำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาล แต่ควรให้การรักษาอย่างจริงจังทั้งทางยาและทางจิตสังคม

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงอยู่ในลำดับปานกลาง-สูง ได้แก่ ผู้ป่วยที่จากการถามพบว่ามีความคิดฆ่าตัวตายค่อนข้างบ่อย มีแผนการในการกระทำ แต่วิธีไม่รุนแรง เช่น คิดว่าจะกินยาตาย จากการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่างๆ พบว่ามีเพียงข้อเดียว ให้ประเมินต่อว่าผู้ป่วยมีปัจจัยปกป้องหรือไม่ อันได้แก่ การมีคนคอยดูแลใกล้ชิด ผู้ป่วยยังควบคุมตนเองได้ การตัดสินใจยังไม่บกพร่อง ยินยอมที่จะติดต่อผู้ช่วยเหลือ หากรู้สึกทุกข์ใจมาก⁵¹ เป็นต้น หากยังมีปัจจัยปกป้องเหล่านี้อยู่พอสมควร ก็อาจดูแลแบบผู้ป่วยนอกได้ โดยต้องนัดพบบ่อยๆ ให้การดูแลรักษาทางจิตสังคมตามตารางที่ 6

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงอยู่ในลำดับสูงมาก ได้แก่ ผู้ป่วยที่บอกอย่างชัดเจนว่าอยากตาย มีแผนการ และมีสิ่งที่จะใช้ในการกระทำอยู่ (เช่น ปืน) หรือผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลเนื่องจากพยายามฆ่าตัวตายเมื่อแพทย์ช่วยเหลือแล้วยังมีความคิดอยากตายอยู่ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลทันทีโดยมีผู้คอยดูแลใกล้ชิด (ดูภาคผนวก 3)

ข้อควรระวังในการประเมิน

ผู้ป่วยที่เดิมมีอาการซึมเศร้ามา กระวนกระวายใจ รุ่มๆ อาการก็ดีขึ้นกระชั้นหัน ดูสงบลง ให้ระวังว่าอาจเป็นจากผู้ป่วยได้ตัดสินใจแน่แล้วว่าจะใช้การฆ่าตัวตายเป็นทางออกต่อปัญหา จิตใจจึงคลายความทุกข์ลง

ผู้ป่วยบางคนที่มีความตั้งใจแน่วแน่ที่จะฆ่าตัวตาย อาจปฏิเสธการเปิดเผยความคิดหรือรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย¹ หากประวัติที่ได้ร่วมกับการตรวจสภาพจิตบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง และผู้ป่วยปฏิเสธทันทีเมื่อถามถึงความคิดฆ่าตัวตาย ตลอดจนผู้รักษาไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพในเชิงการรักษากับผู้ป่วยได้ ให้พิจารณารับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินโดยละเอียดอีกครั้งหนึ่ง

การดูแลรักษา

การให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจและสังคม

ควรสัมภาษณ์เพื่อจะได้เข้าใจชัดถึงปัญหาของผู้ป่วย (แนวการสัมภาษณ์ดูภาคผนวก 4) ก่อนให้การช่วยเหลือ

ลักษณะของผู้ป่วยฆ่าตัวตายที่เป็นประเด็นสำคัญในการช่วยได้แก่¹

1. Ambivalence ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกสองจิตสองใจอยู่ตลอดแม้ขณะก่อนกระทำ ความคิดจะแกว่งไกวระหว่างความอยากตายกับความอยากมีชีวิตอยู่ หากผู้ช่วยเหลือเข้าใจจุดนี้และใช้ให้เป็นประโยชน์โดยการมุ่งเพิ่มความอยากมีชีวิตอยู่ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอาจลดลงได้

2. ความหุนหันพลันแล่น ลักษณะความคิดแบบหุนหันพลันแล่นอันเป็นที่มาของการกระทำ มักจะมีอยู่ไม่นาน ดังที่เราเรียกว่าเป็นความคิด "ชั่ววูบ" หากมีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาในช่วงที่มีการกระตุ้น ภาวะวิกฤติก็อาจลดลง

3. ความไม่ยืดหยุ่น ผู้ที่คิด ฆ่าตัวตาย มักมีแนวคิดหรือการมองปัญหาแบบแคบๆ ไม่ยืดหยุ่น มักจะเห็นเพียงแค่ว่าถ้าไม่อย่างนั้นก็ต้องเป็นอย่างนี้ การช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นทางแก้ปัญหาหลายๆ ทางนอกเหนือไปจากความคิดเดิมว่าถ้าแก้ปัญหแบบนี้ไม่ได้ก็ควรตาย จะทำให้ผู้ป่วยค่อยๆ ตระหนักว่ายังมีทางอื่นอีกในการแก้ปัญหา

แนวทางการช่วยเหลือตามภาวะจิตใจที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดูในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แนวทางการช่วยเหลือทางจิตสังคมในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- มีทัศนคติที่เป็นกลาง ตั้งใจช่วยเหลือ และมุ่งสร้างสัมพันธภาพที่ดี
- ช่วยเหลือแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน
- เสริมความคาดหวังทางบวกให้แก่ผู้ป่วย และปรับมุมมองในการแก้ปัญหา ช่วยให้เห็นว่าปัญหาแก้ไขได้ แต่ไม่ปลอบโยนหรือให้ความหวังในสิ่งที่เป็นไปไม่ได้
- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยขอความช่วยเหลือได้ในภาวะฉุกเฉิน
- ลดการทำร้ายตนเองอย่างหุนหันพลันแล่น เช่น ให้ผู้ป่วยรับปากว่าจะไม่ทำร้ายตนเองในช่วงติดตามการรักษา เลี่ยงการดื่มสุรา
- ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ และดึงความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม
- จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย
- เก็บสิ่งต่างๆ ที่อาจนำมาใช้ฆ่าตัวตายได้ ถ้าต้องใช้จ่ายควรให้ที่ละไม่มาก และให้คนในครอบครัวช่วยเก็บ

Van der Sande และคณะ⁵² ได้สุ่มแบ่งผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 274 คนออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้รับการดูแลแบบ intensive psychosocial treatment ซึ่งได้แก่การรับไว้ใน crisis-intervention unit เป็นเวลาสั้นๆ หลังจากนั้นสอนทักษะในการแก้ปัญหา ส่วนกลุ่มที่สองให้การดูแลตามปกติ ติดตามผล 12 เดือนพบว่าเกิดการเกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำไม่ต่างกัน ค่าคะแนน SCL-90 และ the Hopelessness Scale ก็ไม่แตกต่างกัน การศึกษาของ Allard และคณะ⁵³ ก็พบเช่นกัน

นอกจากนั้น Van der Sande และคณะ⁵⁴ ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ในแง่ของการช่วยเหลือผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยศึกษารายงานการวิจัยที่เป็นแบบ randomized controlled trials of interventions พบว่าการทำ psychosocial crisis intervention หรือการรับผู้ป่วยไว้ในกรณีฉุกเฉินไม่ได้มีผลในการลดอัตราการกระทำซ้ำ มีอยู่ 4 รายงานที่ศึกษาในแง่ของผลการรักษาแบบ cognitive behavioural พบว่าผู้ป่วยมีอัตราการกระทำซ้ำลดลง แต่ยังไม่สรุปยากเนื่องจากวิธีการศึกษาแตกต่างกัน

cognitive behavioural ที่ใช้มุ่งลดความรู้สึกหมดหวัง ซึ่งเป็น recurrent negative automatic thought ในผู้ป่วยฆ่าตัวตาย และช่วยเรื่อง self-esteem ของผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการประเมินตนเองที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง

การรักษาด้วยยา

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การให้ยาแก้อาการซึมเศร้าในขนาดที่เหมาะสมพบว่าช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ ผลที่ได้อาจเป็นจากฤทธิ์ลดการซึมเศร้ามากกว่าฤทธิ์ระงับความคิดอยากตาย⁵⁵ ไม่มี

รายงานว่ายากล่อมประสาทตัวไหนดีกว่าตัวไหนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ยาแก้ซึมเศร้าที่มีฤทธิ์ sedative อาจมีความเหมาะสมกว่าเนื่องจากยาแก้ซึมเศร้าที่มีฤทธิ์กระตุ้นอาจไปกระตุ้น suicidal impulse หรือมีฤทธิ์ akathisia like ทำให้ผู้ป่วยกระวนกระวายได้⁵⁵ ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีภาวะวิตกกังวลสูงพบมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ การให้ยากลายกังวลเพื่อลดภาวะวิตกกังวลอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้³² ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการโรคจิตจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น นอกเหนือไปจากยาแก้ซึมเศร้าต้องให้ยารักษาโรคจิตร่วมด้วย⁵⁶ ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยนอกการให้ยาต้องคำนึงถึงความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะกินยาที่ให้เพื่อฆ่าตัวตาย ซึ่งยากกลุ่มใหม่จะมีความปลอดภัยกว่ายากกลุ่ม tricyclic

2. **โรคจิตเภท** การให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่เหมาะสม ช่วยในการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย⁵⁷ ควรระวังอาการข้างเคียงจากยาโดยเฉพาะ akathisia ซึ่งเป็นอาการที่ผู้ป่วยทรมานจนคิดฆ่าตัวตาย⁵⁸
3. **บุคลิกภาพผิดปกติแบบ borderline** มีหลายรายงานพบว่าการให้ยารักษาโรคจิตมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย⁵⁹⁻⁶⁰

การรักษาด้วย ECT

ในความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ECT เป็นการรักษาทางชีวภาพที่ได้ผลกว่าวิธีอื่นในการรักษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า⁶¹⁻⁶³

สรุป

ในการรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้น การรักษาด้วยยาสามารถลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ระดับหนึ่ง โดยเป็นผลจากการลดจิตพยาธิสภาพของอาการมากกว่าเป็นจากฤทธิ์ต้านพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายของยาโดยตรง ECT มีผลช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะเฉียบพลันได้ดีและเร็วกว่าการรักษาด้วยยา

การดูแลขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อ

- ป้องกันผู้ป่วยจากการฆ่าตัวตาย
- แยกผู้ป่วยออกจากสภาพแวดล้อมที่เป็นปัญหา
- ให้สามารถประเมินผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน โดยเฉพาะในกรณีที่ยังได้ข้อมูลไม่เพียงพอหรือไม่ครบถ้วน
- ให้การรักษาที่เหมาะสมทั้ง ปัญหาทางจิตเวช ปัญหากดดันต่อจิตใจ รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพในการรักษา
- ชักนำให้ญาติหรือเพื่อนสนิทมีส่วนร่วมในการรักษา

การรับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงไว้ในโรงพยาบาลด้วยวัตถุประสงค์ดังกล่าวข้างต้น ไม่ได้หมายความว่า การอยู่ในโรงพยาบาลจะป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายตัวเองได้ พบว่าผู้ป่วยในที่ฆ่าตัวตาย มักจะทำในช่วงเวลาเปลี่ยนเวรของพยาบาล หรือทำในขณะที่ไม่ได้อยู่ในตึกผู้ป่วย เช่น การลาออกไปนอกโรงพยาบาล

ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง หรือพยายามทำร้ายตัวเองซ้ำขึ้นในตึกผู้ป่วย การควบคุมพฤติกรรมมีความจำเป็น โดยอาจเริ่มต้นตั้งแต่การใช้เจ้าหน้าที่ควบคุมอย่างใกล้ชิด การจำกัดพื้นที่และกิจกรรม รวมไปถึงการควบคุมโดยการผูกมัดและการใช้ยา โดยใช้ในช่วงระยะเวลาสั้น และต้องมีการประเมินการเปลี่ยนแปลงของอาการเป็นระยะ รวมทั้งการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็น และให้การรักษาทางจิตใจร่วมไปด้วย

การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย

การดูแลแบ่งเป็น 3 ระดับ⁶⁴ (ดูภาคผนวก 5)

- **ดูแลอย่างใกล้ชิดหนึ่งต่อหนึ่ง** เป็นระดับที่ประเมินแล้วเห็นว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง มีพฤติกรรมที่หุนหันพลันแล่น หรือก้าวร้าว คาดเดาไม่ได้ โดยจะจัดเจ้าหน้าที่หนึ่งคนดูแลผู้ป่วยตลอด มีการบันทึกลักษณะอาการและพฤติกรรมในแต่ละเวร เจ้าหน้าที่จะอยู่ในระยะประชิดเพื่อที่จะได้ช่วยผู้ป่วยอย่างทันท่วงที ต้องมีผู้สังเกตผู้ป่วยตลอดแม้จะอาบน้ำหรือเข้าห้องน้ำ เครื่องแต่งกายเครื่องใช้ต้องไม่มีของแหลมคมหรืออาจใช้ทำร้ายตนเองได้ ตลอดจนต้องตรวจห้องให้หมด
- **ดูแลใกล้ชิดร่วมกับผู้ป่วยอื่น** ลักษณะคล้ายคลึงกับข้อ 1 เพียงแต่เจ้าหน้าที่จะดูแลร่วมกับผู้ป่วยอื่นๆ โดยเป็นกลุ่มเล็กๆ ไม่เกิน 4 คน ลักษณะของผู้ป่วยที่ต่างจากระดับแรกคือผู้ป่วยในระดับนี้ไม่มีพฤติกรรมที่หุนหันพลันแล่น หรือก้าวร้าว คาดเดาไม่ได้
- **ดูแลเป็นระยะ ๆ** โดยจัดเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ห่างกันประมาณ 15 นาที ผู้ป่วยกินข้าวใช้ช้อนช้อมได้ตามปกติ การทำกิจส่วนตัวไม่ต้องคอยตามตลอดเพียงแต่ต้องสังเกตเป็นระยะ ๆ อนุญาตให้ญาติเยี่ยมได้ โดยไม่ต้องมีเจ้าหน้าที่อยู่ด้วย

หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เพิ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็ยังคงมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย

ดังนั้นโปรแกรมการรักษาภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นสิ่งที่จิตแพทย์ผู้ดูแลควรคำนึงถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยในกลุ่มที่วินิจฉัย alcoholic dependence, substance abuse, depressive neurosis และโรคจิตเภท

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health, World Health Organization. Preventing suicide: A resource for general physicians. Geneva: World Health Organization, 2000.
2. Diekstra RFW, Gulbinat W. The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents. *Wld Hlth Statist Quart* 1993; 46: 52-68.
3. Linehan MM. Suicidal people: One population or two? *Am N Y Acad Sci* 1986; 487: 16-33
4. ศรีประภา ชัยสินธพ, วรลักษณ์ ธีราโมกษ์. ความคิดเห็นของคนในกรุงเทพมหานครต่อเรื่องการทำอัตวินิบาตกรรม. นำเสนอในการประชุมประจำปีราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 20, 16-17 กรกฎาคม 2535. โรงแรมเซ็นทรัลพลาซา กรุงเทพมหานคร.
5. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. ความคิดอยากฆ่าตัวตายในประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร : รายงานเบื้องต้น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2540; 42: 77-87.
6. ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์, อัมพรศรี ธนไพศาล, สุพรรณิ เกกนิชะ. รายงานผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย 485 คนของโรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่รายประชากรุเคราะห์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2541; 43: 2-31.
7. Hawton K. Assessment of suicide risk. *Br J Psychiatry* 1987;150:145-53.
8. Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, Winokur G. he prediction of suicide. Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 418-22.
9. Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 249-57.
10. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: Aspirations and evidence. *BMJ* 1994; 308:1227-33.
11. Pokorny AD. Suicide prediction revisited. *Suicide Life Threat Behav* 1993; 23: 1-10.
12. Rich CL, Runeson BS. Similarities in diagnostic comorbidity between suicide among young people in Sweden and the United States. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86:335-9.
13. Rich CL, Young D, Fowler RC. San Diego suicide study. I. Young vs. old subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:577-82.
14. Brent DA, Perper JA, Allman CJ. Alcohol, firearms, and suicide among youth: temporal trends in Allegheny County, Pennsylvania, 1960 to 1983. *JAMA* 1987;257:3369-72.
15. Runeson BS. Mental disorder in youth suicide: DSM-III-R axes I and II. *Acta Psychiatr Scand* 1989;79:490-7.
16. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993;150:935-40.
17. Asnis GM, Friedman TA, Sanderson WC, Kaplan ML, van Praag HM, Harkavy-Friedman JM. Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients.I. Description and prevalence. *Am J Psychiatry* 1993;150:108-12.
18. Lesage AD, Boyer R, Grunberg F, et al. Suicide and mental disorders: A case-control study of young men. *Am J Psychiatry* 1994;151:1063-8.
19. Beautrais AL, Joyce PR, Julder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Night-ingle SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1009-14.

20. Moscicki EK, O'Carroll P, Rae DS, Locke BZ, Roy A, Regier DA. Suicide attempts in the Epidemiologic Catchment Area Study. *Yale J Biol Med* 1988;61:259-68.
21. Andrews JA, Lewinsohn PM. Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:655-62.
22. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205-28.
23. Dilsaver SC, Chen YW, Swann AC, Shoaib AM, Krajewski KJ. Suicidality in patients with pure and depressive mania. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1312-5.
24. ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล, สุรสิงห์ วิศวรัตน์. ฆ่าตัวตาย: การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน. กรมสุขภาพจิต: กรุงเทพมหานคร, 2541.
25. Angst J, Angst F, Stassen HH. Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(Suppl 2): 57-62.
26. Tsuang MT, Fleming JA, Simpson JC. Suicide and schizophrenia. In: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass Publication, 1999: 287-99.
27. Roy A. Depression, attempted suicide and suicide in patients with chronic schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 1986;9:193-206.
28. Drake RE, Gates C, Whitaker A, Cotton PG. The suicidal schizophrenic. In: Jacobs D, Brown HN, eds. *Suicide: Understanding and responding*. Madison: International University press, 1990: 183-200.
29. Weiss RD, Hufford MR. Substance abuse and suicide. In: Jacobs DG, ed. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass Publication, 1999: 300-10.
30. Deykin EY, Buka SL. Suicidal ideation and attempts among chemical dependent adolescents. *Am J Public Health* 1994; 84:634-9.
31. Doyle BB. Crisis management of the suicidal patient. In: Blumenthal SJ, Kupfer DJ, eds. *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1990:381-423.
32. Fawcett J, Clark DC, Busch KA. Assessing and treating the patient at risk of suicide. *Psychiatr Ann* 1993;23:244-55.
33. Isometsa ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, et al. Suicide among subjects with personality disorders. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 667-73.
34. Cheng ATA, Mann AH, Chan KA. Personality disorder and suicide: A case-control study. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 441-6.
35. Suominen K, Henriksson M, Suokas J, Isometsa E, Ostamo A, Lonnqvist J. Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94: 234-40.
36. Cohen-Sandler R, Berman AL, King AR : Life stress and symptomatology : determinants of suicidal behavior in children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1982;21:178-86.
37. Foster T, Gillespie K, McClelland R, Patterson C. Risk factors for suicide independent of DSM-III-R axis I disorder: Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 175-9.
38. Paykel ES, Prusoff BA, Myers JR: Suicide attempts and recent life events : a controlled comparison. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32:327-37.

39. Vijayakumar L, Rajkumar S. Are risk factors for suicide universal? A case-control study in India. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 407-11.
40. Schneidman ES. Overview: Multidimensional approach to suicide. In: Jacobs D, Brown HN, eds. *Suicide: Understanding and responding*. Madison: International University press, 1990: 1-30.
41. Hall RC, Platt DE, Hall RC. Suicide risk assessment: a review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts. *Evaluation of suicide risk in a time of managed care. Psychosomatics* 1999; 40: 18-27.
42. Moscicki EK. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20:3 499-517.
43. Nordentoft M, Breum L, Munck LK, et al. High mortality by natural and unnatural causes: a 10 year follow up study of patients admitted to a poisoning treatment centre after suicide attempts. *BMJ* 1993; 306: 1637-41.
44. Dannenberg AL, McNeil JG, Brundage JF, Brookmeyer R. Suicide and HIV infection: mortality follow-up of 4147 HIV-seropositive military service applicants. *JAMA* 1996;276:1743-6.
45. Marzuk PM. Suicidal behavior and HIV illnesses. *Int Rev Psychiatry* 1991;3:365-71.
46. Barraclough BM, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P, Mackenzie TB, Popkin MK. A hundred cases of Suicide in the medical patient. *Int J Psychiatry Med* 1987;17:3-22.
47. มาโนช หล่อตระกูล. แนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทย: แง่มุมทางเพศและช่วงวัย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2541; 43: 67-83.
48. Oxfordshire Health Authority and the Centre for Evidence Based Mental Health. *A Systematic Guide for the Management of Depression in Primary Care*. 1998: Available URL : <http://cebmh.warne.ox.ac.uk/cebmh/guidelines/depression/treatment.html>.
49. Hirschfeld RMA. Algorithm for the evaluation and treatment of suicidal patients. *Prim Psychiatry* 1996;3:26-9.
50. Hirschfeld RMA, Davidson L. Risk factors for suicide. *Rev Psychiatry* 1988;7:307-33.
51. Gliatto MF, Rai AK. Evaluation and treatment of patients with suicidal ideation. *AM J Fam Phys* 1999; 15: 1500-6.
52. Van der Sande R, Va Rooijen L, Buskens E, et al. Intensive in-patient and community intervention versus routine care after attempted suicide. A randomised controlled intervention study. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 35-41.
53. Allard R, Marshall M, Plante MC. Intensive follow-up does not decrease the risk of repeat suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav* 1992; 22: 303-14.
54. Van der Sande R, Buskens E, Allart E, van der Graaf Y, van Engeland H. Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 43-50.
55. Muller-Oerlinghausen B, Berghoef A. Antidepressants and suicidal risk. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl2): 94-9.
56. Roose SP, Glassman AH, Walsh BT, Woodring S, Vital-Herne J. Depression, delusions, and suicide. *Am J Psychiatry* 1983; 140:1159-62.

57. Salzman C. Treatment of suicidal patient with psychotropic drugs and ECT. In: Jacobs DG, ed. The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention. San Francisco: Jossey-Bass Publication, 1999: 372-82.
58. Kasantikul D. Drug-induced akathisia and suicidal tendencies in psychotic patients. J Med Assoc Thai 1998; 81: 551-4.
59. Cowdry RW, Pickar D, Dvaies R. Symptoms and EEG findngs in the borderline syndrome. Int J Psychiatr Med 1985; 15:201-11.
60. Soloff PH, George A, Nathan RS, Schulz PM, Perel JM . Paradoxical effects of amitriptyline on borderline patients. Am J Psychiatry 1986; 143:1603-5.
61. Prudic J, Sackeim HA. Electroconvulsive therapy and suicide risk. J clin Psychiatry 1999; 60(Suppl2): 104-10.
62. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive illness. New York: Oxford Universsity Press, 1990.
63. Rose RM, Burt RA, Clayton PJ, et al. Consensus development conference statement: Electroconvulsive therapy. JAMA 1985; 254: 2103-8.
64. Risk management foundation in the Harvard Medical Institutions. Guidelines for identification, assessment, and treatment planning for suicidality. In: Jacobs DG, ed. The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention. San Francisco: Jossey-Bass Publication, 1999: 372-8

ภาคผนวก 1 แนวการถามความคิดฆ่าตัวตาย

- คุณมีความรู้สึกว่าจะไม่ยอมอยู่หรือไม่รู้จะอยู่ต่อไปทำไมไหม
 - คุณคิดถึงกับอยากตายให้พ้นๆ ไปไหม
 - คิดเรื่องนี้บ่อยแค่ไหน
 - ผื่นหรือห้ามไม่ให้คิดได้ไหม
 - เริ่มคิดตั้งแต่เมื่อไร
 - มีเหตุการณ์หรือเรื่องกดดันอะไรที่ทำให้คุณเกิดความคิดนี้
 - ได้มีแผนใหม่ว่าจะทำอย่างไร
 - คิดใหม่ว่าจะทำเมื่อไร
 - เคยถึงกับทดลองทำไหม
 - ที่บ้านมีปืน มีเชือกหรือของมีคมไหม มีชื้อยามาสะสมไว้ไหม
-

ภาคผนวก 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย*

1. เพิ่งทำร้ายตนเอง
 2. มีจิตพยาธิสภาพ ได้แก่ มี psychological pain, ซึมเศร้ามาก หรือ anhedonia, ท้อแท้ หมดหวัง หรือรู้สึกท้อหมดหนทางในชีวิต, มีความวิตกกังวลสูง มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นในช่วงเร็วๆ นี้
 3. การวินิจฉัยทางจิตเวช โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท ภาวะติดสุราหรือสารเสพติด
 4. มีปัจจัยกระตุ้นทางจิตสังคมที่ชัดเจน เช่น ตกงาน หย่าร้าง มีปัญหาครอบครัว
 5. ขาดการช่วยเหลือคำจุนจากครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิด
 6. มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ก่อนๆ หน้านี้
 7. ลักษณะบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น (impulsivity), borderline personality disorder, antisocial personality disorder
 8. เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรัง มีความเจ็บปวด ทุพลงภาพสูง และ HIV
 9. มีประวัติการฆ่าตัวตายในญาติสายตรง
-

* ปัจจัยเสี่ยงแต่ละข้อมีน้ำหนักไม่เท่ากัน โดยทั่วไปปัจจัยเสี่ยงในข้อ 1-5 จะมีน้ำหนักสูงกว่าปัจจัยหลังๆ

ภาคผนวก 3 ลักษณะผู้ป่วยที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายและให้การช่วยเหลือแล้ว

1. มีลักษณะลักษณะตั้งใจฆ่าตัวตายสูง เช่น ใช้วิธีรุนแรง เขียนจดหมายลาตาย
2. ยังมีความคิดอยากตายอยู่
3. มีอารมณ์เศร้ามาก
4. รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง หมดหนทาง
5. มีโรคซึมเศร้า หรือมีอาการของโรคจิต เช่น หูแว่ว
6. ปฏิเสธการช่วยเหลือ
7. อยู่คนเดียว ไม่มีคนดูแล

ผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

8. มีความคิดอยากตายอยู่ตลอด แม้ได้ให้คำแนะนำ หรือช่วยเหลือแล้ว
 9. มีแผนการฆ่าตัวตายชัดเจน รุนแรง มีโอกาสหาสิ่งกระทำตามแผนได้ไม่ยาก
 10. มีแผนการฆ่าตัวตาย และอยู่คนเดียว ไม่มีคนดูแล
 11. มีแผนการฆ่าตัวตายชัดเจน และมีอาการของโรคซึมเศร้า
 12. มีอาการซึมเศร้ามาก และมีอาการโรคจิต (เช่น มีเสียงสั่งให้ทำร้ายตัวเอง)
-

ภาคผนวก 4 แนวการสัมภาษณ์เพื่อวางแผนในการช่วยเหลือ

1. ทำไมผู้ป่วยจึงลงมือทำในครั้งนี้อย่างนี้ โดยทั่วไปเหตุการณ์กระตุ้นให้พยายามฆ่าตัวตายมักเกิดขึ้นในระยะเวลาไม่นานก่อนจะลงมือทำ การทำความเข้าใจเหตุการณ์กระตุ้นจะช่วยให้ผู้รักษาเข้าใจประเด็นที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไร ผู้ป่วยคิดอย่างไรกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งในด้านเหตุการณ์และการทำร้ายตนเอง เรื่องที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างไร
3. ผู้ป่วยมีนิสัยการแก้ปัญหาอย่างไร ผู้ป่วยเคยเผชิญเหตุการณ์ในลักษณะนี้มาก่อนหรือไม่ ผู้ป่วยจัดการกับความกังวล ความเครียด หรืออารมณ์ต่าง ๆ ในครั้งที่แล้วอย่างไร ในครั้งนี้ผู้ป่วยได้ใช้วิธีการที่เคยใช้ได้ผลหรือไม่ ถ้าไม่ เพราะอะไร และถ้าได้ใช้ เหตุใดจึงไม่ได้ผล ผู้ป่วยคิดว่าอะไรจะช่วยให้เขาได้
4. แหล่งให้ความช่วยเหลือที่มีเป็นอย่างไร ผู้ป่วยอยู่กับใคร มีใครที่ผู้ป่วยไว้วางใจ คู่สมรสหรือคนใกล้ชิดรู้ปัญหาที่เป็นเหตุกระตุ้นหรือไม่ ถ้ารู้ เคยแนะนำอะไรให้กับผู้ป่วย และผู้ป่วยคิดอย่างไรกับคำแนะนำเหล่านั้น ใครน่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในเรื่องนี้ เขาได้ขอความช่วยเหลือจากใครแล้วบ้าง หากขอแล้วได้รับความช่วยเหลืออะไรบ้าง ผลเป็นอย่างไร
5. ผู้ป่วยมีปัญหาอื่น ๆ ในชีวิตที่รบกวนเขาอยู่ในขณะนี้หรือไม่ ปัญหาอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยมีจะกระทบต่อความพร้อมในการแก้ปัญหาของเขา และอาจเกี่ยวข้องกับเหตุกระตุ้น จึงควรรวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการวางแผนช่วยเหลือ
6. มีปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยยังอยากมีชีวิตอยู่
7. ศักยภาพเดิมของผู้ป่วยในการแก้ปัญหาเป็นอย่างไรบ้าง
8. ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่รุนแรงและรบกวนการแก้ปัญหาของเขาหรือไม่ ผู้ป่วยจิตเวชอาจมาปรึกษาด้วยปัญหาอื่น เช่น ผู้ป่วยซึมเศร้าอาจมาด้วยปัญหาความกังวลใจ ไม่มั่นใจในการทำงาน ผู้ป่วยหวาดระแวงอาจมาด้วยปัญหานอนไม่หลับ เครียด จึงจำเป็นต้องสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยกรองโรคจิตเวช
9. มีปัญหาเร่งด่วนที่ต้องแก้ไขเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดสถานการณ์แย่งลงหรืออาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องหรือไม่ เช่น ยังคงมีความคิดฆ่าตัวตายหรือคิดฆ่าผู้อื่น มีโรคทางกายที่ต้องรักษา มีปัญหาความสัมพันธ์ เป็นต้น

ภาคผนวก 5 มาตรการการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย

1. สถานที่	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้ผู้ป่วยอยู่ห้องรวม ● เติงอยู่ห่างหน้าต่าง ใกล้เคียงเคาน์เตอร์พยาบาล ● ระวังสถานที่ลับตาคน ห้องที่ไม่ได้ใช้ให้ล็อกกุญแจ
2. อุปกรณ์	<ul style="list-style-type: none"> ● เก็บของมีคม แก้ว ชาม เชือก สายน้ำเกลือ การกินใช้ช้อนพลาสติก ● เตือนญาติไม่ให้นำสิ่งของเหล่านี้ไว้ให้ผู้ป่วย ● ตรวจสอบว่าผู้ป่วยไม่ได้นำเอาของมีคมมาจากห้องอาหาร
3. บุคลากร	<ul style="list-style-type: none"> ● มีการลงบันทึกพฤติกรรม และความเสี่ยงของผู้ป่วยในแต่ละเวร ● ส่งเวรให้เวรต่อไปดูแลผู้ป่วยตามระดับที่กำหนด ● ให้ญาติทราบถึงแนวทางปฏิบัติในการเยี่ยมผู้ป่วย ● ผู้ป่วยต้องกินยาต่อหน้าเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง
