

บทที่ 1

ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย

มาโนช หล่อตระกูล

ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) หรือปัจจุบันนิยมเรียก parasuicide หมายถึง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แต่ในที่สุดยังไม่ถึงแก่ชีวิต ศัพท์อีกคำหนึ่งที่ใกล้เคียงกันคือ deliberate self harm ซึ่งหมายถึงผู้ที่ทำร้ายตนเองโดยเจตนา ไม่ว่าจะทำไปเพื่อต้องการตายหรือไม่

ผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อให้การช่วยเหลือจนอาการทางกายทุเลาอยู่ในระยะปลอดภัยแล้ว ควร ประเมินความเสี่ยงต่อการกระทำซ้ำ เพื่อให้การช่วยเหลือทางจิตสังคมต่อไป

การซักประวัติและตรวจผู้ป่วย

การซักประวัติและตรวจผู้ป่วย มีข้อควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. **เข้าใจความทุกข์ใจของผู้ป่วย** แสดงความเห็นใจ ไม่มีท่าทีตัดสินถูกผิดต่อสิ่งที่เขาได้กระทำลงไป
2. **สัมภาษณ์ผู้ป่วยในที่ที่เป็นส่วนตัว** เนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเรื่องละเอียดอ่อน ผู้ป่วยมักไม่อยากเล่าหากมีคนมาก
3. **พบญาติหรือผู้ใกล้ชิดทุกครั้ง** ทั้งนี้เพื่อจะได้ทราบถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยญาติอาจมีมุมมองต่างไปจากผู้ป่วย จากข้อมูลหลาย ๆ แห่งทำให้ประเมินปัญหาได้ตรงขึ้น
4. **ให้ผู้ป่วยอยู่ในสายตาตลอด** ผู้ป่วยบางคนเมื่ออาการทางกายดีขึ้นแล้วอาจหลบหนีออกไปขณะที่เจ้าหน้าที่กำลังยุ่ง อาจทำร้ายตนเองซ้ำในบริเวณโรงพยาบาลได้

แนวทางการประเมินปัญหา

หัวข้อสำคัญในการประเมิน ได้แก่

1. **ปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดฆ่าตัวตาย** พบว่าผู้ป่วยมักประสบเหตุการณ์กดดันก่อนคิดฆ่าตัวตาย ตัวอย่างเหตุการณ์ ได้แก่ การสูญเสียคนใกล้ชิด ปัญหาด้านสัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด ปัญหาในครอบครัว หรือปัญหาด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น การทราบถึงปัจจัยกระตุ้นจะทำให้การวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยทำได้ตรงจุดขึ้น
2. **วิธีการกระทำ** ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงคือผู้ป่วยที่ใช้วิธีที่รุนแรง เช่น กระโดดตึก ยิงตัวตาย หรือทำในที่ไม่มีใครเห็น

3. อาการตลอดจนการวินิจฉัยทางจิตเวช โรคทางจิตเวชในกลุ่ม depressive disorders มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงมาก ถึงประมาณร้อยละ 75 ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า หรือเบื่อหน่าย มักเป็นตลอดวันนานกว่า 2 สัปดาห์ ร่วมกับมีอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร สมาธิบกพร่อง หรือรู้สึกผิด เป็นต้น

4. สภาพจิตใจของผู้ป่วยขณะพบแพทย์ ผู้ป่วยที่ซึมเศร้ามาก ท้อแท้ หมดหวัง หรือรู้สึกว่าหมดหนทางในชีวิต จะมีความเสี่ยงสูง

5. การช่วยเหลือคำจูนจากครอบครัวหรือความใกล้ชิดกับผู้อื่น ผู้ป่วยที่ญาติดูแลช่วยเหลือดีมักทำให้สถานการณ์ที่รุนแรงในช่วงก่อนหน้านั้นคลี่คลายลงได้ ผู้ป่วยที่ญาติไม่เข้าใจ ไม่ยอมรับปัญหาจะมีโอกาสกระทำซ้ำสูง

6. ความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การทราบความคิดของผู้ป่วยอาจทำให้พอประเมินได้ว่าผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงอยู่สูงหรือไม่ ผู้ป่วยบางคนหลังจากผ่านเหตุการณ์มาแล้วเกิดการเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาชีวิตของตนเองใหม่ ผู้ป่วยที่ยังคงมีมุมมองเหมือนเดิมจัดว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอีกสูง

การพิจารณารับไว้ในโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 ลักษณะผู้ป่วยที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล

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

ในการพิจารณาอาจแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม

1. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีลักษณะตามตารางที่ 1 ควรรับไว้ในโรงพยาบาล

2. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหากดดันทำให้คิดอยากตาย หลังจากผู้รักษาให้ความช่วยเหลือทางกาย ได้สนทนาช่วยแนะแนวทางในการแก้ปัญหา และนำญาติเข้าร่วมในการช่วยเหลือแล้วเห็นว่าปัญหาของผู้ป่วยคลี่คลายลง ผู้ป่วยมองต่อปัญหาเปลี่ยนไปในทางที่

ดีขึ้น ความคิดอยากตายลดลง อีกทั้งจากการประเมินพบว่าผู้ป่วยยังพอควบคุมตนเองได้ การตัดสินใจยังไม่บกพร่องไป

ผู้ป่วยดังกล่าวสามารถกลับบ้านได้หากญาติพร้อมในการดูแลผู้ป่วย และมีผู้ที่สามารถอยู่กับผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมงจนกว่าจะถึงวันนัดครั้งต่อไป (ไม่ควรนัดเกิน 3 วัน) ทั้งนี้ต้องเน้นความสำคัญของการให้ผู้ป่วยอยู่ในสายตาตลอดเวลา และควรเตือนญาติให้เก็บอาวุธ ของมีคม และยา

หากไม่แน่ใจในเรื่องของความเสี่ยง ประเมินลำบาก หรือเห็นว่าญาติไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ต้องให้ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

3. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ทำไปเพราะประท้วงหรือเรียกร้องความสนใจ และใช้วิธีการที่ไม่รุนแรง ซึ่งโดยมากจะเป็นการกินยาที่อยู่ใกล้ตัว เมื่อทำลงไปแล้วญาติหรือผู้ใกล้ชิดก็หันมาสนใจช่วยเหลือ พร้อมทั้งจะดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยไม่คิดฆ่าตัวตายอีก

ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถให้กลับบ้านได้ โดยให้คำแนะนำญาติให้คอยสังเกตผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในช่วงแรก ควรนัดให้มาติดตามการรักษาเพื่อประเมินอีกครั้งหนึ่งภายใน 1 สัปดาห์

การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล

พบว่าผู้ป่วยที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยอื่นนั้น ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะลดลง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักทำต่อเมื่ออยู่คนเดียว นอกจากนี้ในสถานที่ที่มีคนมากผู้ป่วยจะฆ่าตัวตายได้ลำบากขึ้น

ในใบสั่งการรักษาต้องเขียนสั่งให้ผู้ดูแลระวังการฆ่าตัวตาย (suicidal precaution) ทุกครั้ง ซึ่งมาตรการดังกล่าวแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 มาตรการการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย

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

ตารางที่ 3 หลักการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป

1. ดูแลผู้ป่วยมีโรคทางจิตเวชหรือไม่ หากมีให้การรักษาย่างเต็มที่
2. จัดสภาพแวดล้อมให้มีความปลอดภัย
3. ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทั้งทางร่างกายและจิตใจ
4. ให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือด้านจิตใจ

การส่งมาตรการการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายนี้เป็นการแสดงว่าแพทย์ตระหนักถึงเรื่องนี้ และยังเป็น การเตือนอย่างเป็นทางการมิให้ผู้ดูแลและเลยสิ่งเหล่านี้ การกระทำดังกล่าวอาจป้องกันได้ไม่ทั้งหมด แต่ก็ลดความเสี่ยงได้มาก หากผู้ป่วยจะทำก็ลำบากขึ้น และแม้เกิดเหตุการณ์ขึ้นก็สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่ ไม่ถึงแก่ชีวิต

ในผู้ป่วยบางรายที่มีความเสี่ยงสูงและปฏิเสธไม่ร่วมมือในการรักษา อาจต้องทำให้สงบในช่วงแรก โดยการให้ diazepam 10 มก.ฉีดเข้าเส้นเป็นครั้งคราว หรืออาจต้องผูกมัดในบางครั้ง ซึ่งควรชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจ ในช่วงแรกควรมีผู้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งอาจอนุญาตให้ญาติเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

บุคลากรผู้ดูแลอาจตั้งเครียด กังวลใจ เนื่องจากไม่คุ้นเคยกับการดูแลผู้ป่วยประเภทนี้ หรือบางคนอาจจะเลยไม่เห็นความสำคัญ การมีหอผู้ป่วยที่แน่นอนสำหรับผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย โดยพิจารณาจากหัวหน้าพยาบาลที่เข้าใจถึงปัญหาในลักษณะนี้พอสมควร ให้การฝึกฝนพยาบาลด้านทักษะในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยแก้ไขปัญหานี้ได้ โดยมากเมื่อได้ผ่านการดูแลผู้ป่วย 2-3 ราย ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีความมั่นใจตามมา

การใช้ยา

ยาใช้ในกรณีผู้ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช เช่น ยาแก้ซึมเศร้าในโรคซึมเศร้า ยารักษาโรคจิตในผู้ป่วยโรคจิต หรือยาคลายกังวลในผู้ป่วยที่เครียดมาก มีปัญหาในการปรับตัว

ยารักษาโรคจิตในขนาดต่ำอาจได้ผลช่วยควบคุมด้านความยับยั้งชั่งใจในผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น โดยให้ perphenazine 4 มก./วัน หรือ haloperidol 0.5-1 มก./วัน (ขนาดในการรักษาโรคจิตของ perphenazine ประมาณ 24-32 มก./วัน haloperidol ประมาณ 8 มก./วัน)

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล, บรรณาธิการ. คู่มือการช่วยเหลือผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายสำหรับสถานบริการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต, 2542.

2. Brent DA, Kupfer DJ, Bromet EJ, Dew MA. The assessment and treatment of patients at risk for suicide. In: Frances AJ, Hales RE, eds. Review of psychiatry volume 7. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1988:353-84.
3. Hirschfeld RMA. Algorithm for the evaluation and treatment of suicidal patients. Prim Psychiatry 1996; 3:26-9.
 4. Jacobs DG, Ed. The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention. San Francisco: Jossey-Bass Publication, 1999.