

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่

ธีระ ศิริสมุด วท.ม.

พรทิพย์ วชิรดิลก พย.ม.

อนุรัตน์ สมตน บธ.บ.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ นนทบุรี

วันรับ:	27 ธ.ค. 2560
วันแก้ไข:	20 พ.ย. 2561
วันตอบรับ:	11 ธ.ค. 2561

**บทคัดย่อ** การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ด้วยการค้นหาสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคของระบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลและระดมความคิดเห็นเพื่อเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบดังกล่าว โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตเข้าถึงบริการระบบนี้มากขึ้น วิธีการศึกษาใช้การสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยและญาติ ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ หน่วยงานอื่นหรือภาคประชาชน และผู้บริหารในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดน่าน อุตรดิตถ์ ราชบุรี และสุราษฎร์ธานี ดำเนินการ 2 ขั้นตอน ได้แก่ (1) วิเคราะห์สภาพปัญหา อุปสรรค และวิเคราะห์ต้นทุนทางสังคมในการจัดการ หรือโอกาสพัฒนาที่มีอยู่ในพื้นที่ และ (2) แลกเปลี่ยนข้อมูลและระดมความคิดเห็นเพื่อเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ตั้งแต่เดือนมกราคม - มีนาคม 2560 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาพบว่าทุกพื้นที่มีปัญหาด้านศักยภาพและความพร้อมด้านทักษะของผู้ป่วย/ญาติ แบบแผนการจัดการของชุมชน รวมทั้งหน่วยงานในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำรวจ ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน ความผิดพลาดในการคัดแยกทางโทรศัพท์ความไม่พร้อมในโรงพยาบาล เช่น ไม่มีห้องหรือมุมเฝ้าสังเกตอาการเฉพาะ โรงพยาบาลจิตเวชหลายแห่งไม่มีระบบช่องทางด่วน/ปฏิเสธรับผู้ป่วยไว้รักษา ระดับนโยบายพบปัญหาการจัดการเชิงระบบที่เกี่ยวข้อง แต่อย่างไรก็ตามพบว่าบางจังหวัด/บางพื้นที่มีแนวทางปฏิบัติหรือกลวิธีดำเนินงานที่ดี ซึ่งภายหลังการระดมความคิดเห็น พบว่า แนวทางการพัฒนารูปแบบบูรณาการฯ ควรประกอบด้วย 5 แนวทางหลัก ได้แก่ (1) พัฒนาศักยภาพการดูแลของผู้ป่วยจิตเวช/กลุ่มเสี่ยง/ญาติ (2) พัฒนาศักยภาพการเป็น “ชุมชนจัดการตนเอง” ที่ประกอบด้วยบุคลากรและหน่วยงานในพื้นที่ (3) พัฒนาระบบการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ได้แก่ การแจ้งเหตุและให้คำปรึกษา การประเมินและควบคุมสถานการณ์ ระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและระบบการส่งต่อทุกระยะ พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาระบบนำส่งผู้ป่วยในช่องทางพิเศษ (4) พัฒนา “โรงพยาบาลจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตสุขภาพจิต” และ (5) การบูรณาการและวางแผนระบบการจัดการร่วมกันของหน่วยงานที่กำหนดนโยบาย ดังนั้น เสนอให้หน่วยงานระดับนโยบายและระดับพื้นที่นำแนวทางการพัฒนารูปแบบบูรณาการฯ นำไปสู่การปรับและทดลองใช้ รวมทั้งควรติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต, การแพทย์ฉุกเฉิน, การพัฒนารูปแบบ

## บทนำ

ผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว และมีพฤติกรรม/ อารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วถือเป็นอาการแสดงทางจิตเวชที่เสี่ยงสูงต่อการทำอันตรายตนเอง ผู้อื่น และชุมชนแวดล้อม<sup>(1-2)</sup> โดยแต่ละปีมีผู้ป่วยกลุ่มนี้ประมาณร้อยละ 20.0 ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมีโอกาสก่อความรุนแรงที่เป็นผลมาจากความผิดปกติของระบบประสาท เช่น ประสาทหลอน หูแว่ว หรือเห็นภาพต่าง ๆว่าจะถูกทำร้าย จึงตอบโต้กลับ<sup>(2)</sup> ผลเสียทำให้เกิดการสูญเสียทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนดังที่มีข่าวในสื่อสารมวลชนต่าง ๆ ผู้ป่วยกลุ่มอาการดังกล่าวนี้ ถือเป็นผู้มีความผิดปกติของภาวะทางจิตประสาทและอารมณ์ มักพบในผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและป่วยทางจิตเวช โดยเป็นอาการที่แสดงออกทางพฤติกรรมเห็นเด่นชัด มีสาเหตุมาเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่

- 1) จากฤทธิ์ของสารเสพติดทำให้เกิดอาการเมา
- 2) ปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวช เช่น มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน โรคซึมเศร้ารุนแรง
- 3) ความเจ็บป่วยทางกาย เช่น อุบัติเหตุทางสมอง ภาวะสับสนจากปัญหาพยาธิสภาพทางสมองสมองเสื่อม
- 4) ความโกรธ ความเครียดจากปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว โดยอาจกระตุ้นให้รุนแรงมากขึ้นภายใต้ฤทธิ์ของการดื่มสุรา<sup>(3)</sup>

จากการสำรวจระบบการดูแลสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556<sup>(4)</sup> พบความชุกปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่อาจเป็นปัจจัยหรือสาเหตุการเกิดอาการคลุ้มคลั่ง มีภาวะทางจิตประสาทและอารมณ์ โดยพบคนไทยมีความชุกชั่วชีวิตและความชุก 12 เดือนของโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมจากสารเสพติด ร้อยละ 30.8 และ 13.4 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเฉพาะโรคทางจิตเวช พบว่าในรอบ 12 เดือนมีคนไทยร้อยละ 3.2 ป่วยทางจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งโรค โดยพบกลุ่มโรควิตกกังวลสูงที่สุด (ร้อยละ 1.6) รองลงมาเป็นความผิดปกติของการควบคุมตนเอง (ร้อยละ 1.3) และกลุ่มโรค

ความผิดปกติทางอารมณ์ (ร้อยละ 0.7) ซึ่งพบในลักษณะเดียวกันกับบางการศึกษาที่ผ่านมา<sup>(5)</sup> ดังนั้นผู้ป่วยเหล่านี้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและสังคม แต่อย่างไรก็ตาม องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยในกลุ่มนี้ที่ต้องการความช่วยเหลือมากถึง 10 ล้านคน แต่มีเพียงร้อยละ 8.0 เท่านั้นที่เข้าถึงระบบการดูแลรักษา<sup>(6)</sup> และในการสำรวจระบบการดูแลสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วยจิตเวชคนไทยเข้าถึงบริการดูแลรักษาเพียงร้อยละ 11.5 เท่านั้น<sup>(4)</sup> ซึ่งการที่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตไม่สามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสม ส่งผลเสียอย่างยิ่งต่อระบบสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งนี้เพราะปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยักรวมไปถึงญาติ ผู้ดูแลและบุคคลอื่นในสังคม

ผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าวนี้ ถือเป็นภาวะฉุกเฉินอีกหนึ่งกลุ่มอาการที่สามารถเรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ให้ไปรับและนำส่งยังสถานบริการสุขภาพ ซึ่งตามระบบการคัดแยกในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จะเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการที่ 13 ผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง ภาวะทางจิตประสาทและอารมณ์<sup>(7)</sup> การเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผ่านเลขหมาย 1669 ก็เป็นช่องทางหนึ่งเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยตั้งแต่ปี 2555-2559 พบผู้ป่วยที่มีลักษณะอาการดังกล่าวนี้เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มากกว่า 1.2 หมื่นคน/ปี และในแต่ละปีมีแนวโน้มเรียกใช้บริการเพิ่มขึ้น<sup>(8)</sup> แต่การเข้าถึงระบบการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังถือว่าน้อย เมื่อเทียบกับการคาดการณ์จำนวนผู้ที่มีภาวะวิกฤตสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีแนวโน้มแสดงอาการคลุ้มคลั่ง มีภาวะทางจิตประสาทและอารมณ์เข้าข่ายเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต<sup>(4-6)</sup> ปัญหาที่ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงระบบการรักษาที่เหมาะสม รวมถึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เกิดมาจากหลายปัจจัยและมีหลายภาคส่วนเกี่ยวข้องทั้งทางด้านมาตรการทางกฎหมาย การกำหนดและการปฏิบัติตามนโยบาย ข้อจำกัดด้านจำนวนและทักษะของบุคลากร ปัญหาการออกแบบระบบบริการหรือกระบวนการที่ไม่

ตอบสนองต่อความต้องการหรือไม่จำเพาะต่อผู้ป่วยหรือกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต การติดตามประเมินผลที่ยังมีไม่มากพอและยังขาดประสิทธิภาพ นอกจากนั้นยังพบการขาดความตระหนักหรือความรู้ทางการแพทย์หรือโรค ความไม่รู้ในการปฏิบัติตัวหรือการไปรับการรักษา รวมถึงยังพบทัศนคติเชิงลบของผู้ป่วย ญาติ และชุมชน<sup>(9)</sup> และจากการสอบถามผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเกี่ยวกับการจัดการเพื่อไปรับส่งผู้ป่วย พบปัญหาตั้งแต่ความไม่ถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ทักษะและแนวทางปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุที่ไม่ถูกวิธี ขาดการประสานงานและการรับผู้ป่วยของโรงพยาบาลกับหน่วยปฏิบัติการ เป็นต้น

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต มักจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ทั้งตัวผู้ป่วย ผู้อื่น และทรัพย์สิน<sup>(1-2,10)</sup> การช่วยเหลือบุคคลที่มีพฤติกรรมดังกล่าวมีข้อจำกัดในเรื่องของเวลา ส่งผลต่ออันตรายของผู้ที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช และการช่วยเหลือมักจะเกี่ยวข้องกับหลายฝ่ายตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน และระบบการช่วยเหลือทั้งทางสังคมและทางสุขภาพ ซึ่งหากแต่ละฝ่ายหรือในบางระบบไม่เข้มแข็ง หรือให้การช่วยเหลือไม่ถูกวิธี ย่อมส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยหรือสังคมรอบข้าง ดังนั้นในการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องดำเนินการเชิงระบบ โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนตั้งแต่ระดับนโยบายระดับชาติ การดำเนินงานในพื้นที่ จนถึงระดับชุมชน ครอบครัวและตัวผู้ป่วยเอง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาสถานการณ์ปัญหาและอุปสรรคของระบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมไปถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูลและระดมความคิดเห็นจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบและพื้นที่ศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study) ดำเนินการศึกษาในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดน่าน อุตรดิตถ์ ราชบุรี และสุราษฎร์ธานี มีเกณฑ์การคัดเลือก โดยกำหนดเลือกในแต่ละ 4 ภูมิภาค ๆ ละ 1 จังหวัด เป็นจังหวัดที่มีผู้ป่วยเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินค่อนข้างมาก รวมทั้งให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตระบุจังหวัดที่มีการพัฒนาแนวทางการเพิ่มการเข้าถึงหรือการให้บริการหรือการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ดี (good practices)

### กลุ่มเป้าหมายและการคัดเลือก

จำแนกผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องเป็น 4 กลุ่ม และมีการคัดเลือก ดังนี้

1) ผู้ป่วยและญาติที่มีประสบการณ์ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จังหวัดละ 5-8 คน คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายโดยการตัดสินใจของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ซึ่งหากเป็นผู้ป่วย จะต้องสามารถให้ข้อมูลและร่วมแสดงความคิดเห็นการใช้บริการได้

2) ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินที่เคยมีประสบการณ์ให้บริการกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเป็นผู้ประสานงานการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด 1 คน ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สื่อสารและสั่งการจังหวัด 1 คน และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับอย่างน้อย ทีมละ 2 คน รวม 6 คน คัดเลือกจากศูนย์สื่อสารและสั่งการจังหวัดที่สั่งให้ออกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วย

3) ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพที่ทำงานด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ที่มีกระบวนการจัดการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่ดี ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลจิตเวช 1 แห่ง และผู้ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลทุกระดับ

4) ผู้บริหารในพื้นที่ที่รับผิดชอบหรือได้รับมอบหมายให้ดูแลกำกับนโยบาย หรือโครงการระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาล 2-3 คน และระดับองค์กรปกครองส่วน-

ท้องถิ่นด้านการแพทย์ฉุกเฉินหรือที่เกี่ยวข้อง 2-3 คน

5) หน่วยงานอื่นและภาคประชาชน คัดเลือกจากพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต. 2 แห่ง ประกอบด้วย ตำรวจ กำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) ตำบลละ 1 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) หรือชาวบ้านที่มีประสบการณ์ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ตำบลละอย่างน้อย 2-3 คน

**เครื่องมือ** ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นการสัมภาษณ์แบ่งตามกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม โดยได้รับความคิดเห็นและปรับปรุงจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องด้านการแพทย์ฉุกเฉินและด้านจิตเวช จำนวนด้านละ 3 ท่าน หลังจากนั้นทำความเข้าใจและซักซ้อมผู้วิจัยที่รับผิดชอบประจำกลุ่มทั้งประเด็นและการสัมภาษณ์ รวมทั้งกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

**วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล** โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ด้วยการชี้แจงงานวิจัย และแบ่งตามกลุ่มเป้าหมาย 5 กลุ่ม เพื่อวิเคราะห์และระดมความคิดเห็นใน 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ ประเด็นที่ 1 วิเคราะห์สภาพหรือสถานการณ์ปัญหา อุปสรรค และวิเคราะห์ต้นทุนทางสังคมในการจัดการ/โอกาสพัฒนาที่มีอยู่ในพื้นที่ รวมทั้งการทบทวนเอกสาร รายงานการประชุมที่เกี่ยวข้อง ประเด็นที่ 2 การเสนอและแลกเปลี่ยนข้อมูลจากการวิเคราะห์ข้อมูลอื่น ๆ และนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แล้วระดมความคิดเห็นเพื่อเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต แบบบูรณาการในพื้นที่ ดำเนินการในเดือนมกราคม - มีนาคม 2559

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ถอดเทปอย่างละเอียดตามกรอบประเด็นตามกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) นำวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) จัดกลุ่มประเด็น และแลกเปลี่ยนเพื่อหาการจัดการเบื้องต้นในแต่ละแนวทาง

## ผลการศึกษา

สภาพปัญหา อุปสรรค และวิเคราะห์ต้นทุนทางสังคมในการจัดการ/โอกาสพัฒนาที่มีอยู่ในพื้นที่

ผลการสนทนาทั้ง 5 กลุ่มเป้าหมาย พบสภาพปัญหาอุปสรรคของปัญหาสุขภาพจิต และการจัดการระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งการจัดการด้านสุขภาพจิตทั้งระดับนโยบายและระดับพื้นที่ ขณะเดียวกันพบว่าแต่ละพื้นที่มีต้นทุนทางสังคมในการจัดการ/โอกาสพัฒนา/ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ แบ่งตามบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังตารางที่ 1

แนวทางเพื่อการพัฒนาแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต แบบบูรณาการในพื้นที่

จากการรวบรวมและจัดหมวดหมู่ประเด็นหลักที่ 1 ผู้วิจัยประจำกลุ่มได้นำเสนอข้อมูลเหล่านี้บูรณาการร่วมกับข้อมูลสถิติของผู้ป่วยจิตเวช ข้อมูลการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน นโยบายและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องและเข้าสู่ประเด็นหลักที่ 2 เป็นการระดมความคิดเห็นในการเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต โดยให้แต่ละกลุ่มนำเสนอในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับตนเอง หลังจากนั้น นำเสนอเพื่อเติมเต็มในภาพรวม และเสนอให้มีแนวทางการพัฒนาในแต่ละระยะ เน้นการเชื่อมประสานการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเสนอแนวทางปฏิบัติที่บุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการ มีกิจกรรมหรือมาตรการแบ่งตามบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังตารางที่ 2

## วิจารณ์

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา อุปสรรคที่ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงระบบการรักษาที่เหมาะสม รวมไปถึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เกิดจากหลายปัจจัยและมีความเกี่ยวโยงกันเชิงระบบ ทั้งนี้เกิดจากตัวผู้ป่วยและญาติในชุมชนที่ยังไม่มีศักยภาพเพียงพอในการดูแลและจัดการ

การพัฒนาารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่

ตารางที่ 1 สรุปปัญหา อุปสรรคของปัญหาสุขภาพจิตและการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งการจัดการด้านสุขภาพจิต ทั้งระดับนโยบายและระดับพื้นที่ และวิเคราะห์ต้นทุนทางสังคมในการจัดการ/โอกาสพัฒนา/ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จที่มีอยู่ในพื้นที่

สถานการณ์/สภาพปัญหา	ต้นทุนทางสังคมในทางสังคมใน/โอกาสพัฒนา/ปัจจัยความสำเร็จ
<p><b>ผู้ป่วยฉุกเฉินสุขภาพจิต</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ยอมรับว่าตนเองมีอาการป่วย</li> <li>- มีอาการกำเริบเพราะขาดยา/กินยาไม่ต่อเนื่อง เพราะ 1.กินยาแล้วง่วงนอน เผลอ 2. ไม่ไปรับยาตามนัด 3.ไม่เคยได้รับแจ้งหรือติดตามให้ไปรับยา 4. อยู่ตามลำพัง เกิดความเครียด เก็บกด ไม่มีที่ระบายหรือช่องทางรับฟัง เช่น สายด่วนสุขภาพจิต 1323</li> <li>- มีเพียงส่วนน้อยที่รู้จักเลขหมาย 1669</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยรับรู้มาก่อนมีอาการคลุ้มคลั่ง/อาการทางจิต มักจะดื่มเหล้า เสพสารเสพติด เครียดมาก มีอาการเก็บกด ซึมเศร้าหลายวัน ต้องการที่ปรึกษา</li> <li>- ต้องการรักษาตนเอง และต้องการการเอาใจใส่จากครอบครัว คนในชุมชน</li> </ul>
<p><b>ญาติ คนในครอบครัว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่รู้วิธีดูแลเบื้องต้นเมื่อมีอาการกำเริบ/ไม่รู้วิธีจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงของคนไข้ เช่น แอบดื่มสุรา ไม่กินยา เก็บตัว</li> <li>- ไม่รู้พฤติกรรมเสี่ยงหรือสัญญาณเตือนของผู้ป่วย</li> <li>- บางครอบครัว เมื่อผู้ป่วยอาการกำเริบจะจัดการกันเองในบ้านไม่อยากให้ใครมายุ่ง เพราะอายสังคม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่วนใหญ่ญาติจะขอความช่วยเหลือจากผู้นำชุมชน ตำรวจบ้าน เป็นลำดับแรก มีบางส่วนโทรศัพท์ไปที่หน่วยกู้ชีพ อบต./1669 ถ้าเป็นในเขตเมือง เทศบาล มักจะโทรไปที่ 191</li> <li>- ญาติบางคนโทรศัพท์ไปที่ จนท.รพ.สต. หรือ อสม.เพราะมีข้อมูลผู้ป่วยและเคยมาเยี่ยมบ้าน</li> </ul>
<p><b>ชุมชน หน่วยงานหรือบุคลากรในชุมชน</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บางชุมชนไม่อยากให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน โดยเฉพาะคนที่ทำร้ายครอบครัว ทำลายข้าวของ</li> <li>- ชุมชนไม่มีแบบแผนหรือขั้นตอนการช่วยเหลือผู้ป่วย/แบบแผนการประสานงานกับ รพ.สต. ตำรวจ 191 หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน 1669 และไม่เข้าใจบทบาทการเข้ามาช่วยเหลือของหน่วยงานเหล่านี้</li> <li>- แนวทางช่วยเหลือทำตามความเคยชิน การจับตัวนำส่ง การผูกมัดไม่ถูกต้อง และเกือบทุกคนไม่เคยฝึกอบรม ถ้าเป็น อปพร. มักใช้กำลังเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยมากกว่าการไกล่เกลี่ย</li> <li>- อสม.มีน้อยมากที่เคยอบรม “การเจรจาไกล่เกลี่ย”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คนในชุมชนเห็นว่าเหตุการณ์นี้มีผลกระทบต่อชุมชนจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข</li> <li>- มีฝ่ายปกครองในทุกชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัคร ตำรวจบ้าน และ อปพร.</li> <li>- บางชุมชนมีหน่วยปราบปรามอาชญากรรมในชุมชน หรือ ปอช. ที่ผ่านการอบรมทักษะการไกล่เกลี่ย การป้องกันตัวแล้ว</li> <li>- รพ.สต. มีข้อมูลผู้ป่วย สามารถให้ประวัติและด้านการดูแลรักษาเบื้องต้น มี อสม. ที่ครอบคลุมครัวเรือน มี อบต. ซึ่งส่วนใหญ่มีหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น</li> </ul>
<p><b>องค์กรปกครองท้องถิ่น</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อปท. ทุกแห่งยังไม่มีระบบและแบบแผนในการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินเฉพาะ และไม่เคยรับการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในประเด็นนี้</li> <li>- ไม่มีข้อมูลผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงเพื่อวางแผนเชิงระบบ (ติดตามเยี่ยมบ้าน การรู้ตำแหน่งตัวผู้ป่วยฯ ข้อมูลเพื่อช่วยเหลือของหน่วยปฏิบัติการ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อปท. ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยกลุ่มนี้</li> <li>- อปท. ส่วนใหญ่ มีหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินที่เป็นคนในพื้นที่ อย่างน้อยตำบลละ 1 ชุด และมีประสพการณ์ทำงาน</li> </ul>
<p><b>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีภาระงานไม่สมดุลกับจำนวนบุคลากร จึงไม่ได้ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชได้ทั่วถึง</li> <li>- เมื่อเกิดเหตุการณ์ ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการประสานจากแกนนำชุมชน หรือ ญาติผู้ป่วย</li> <li>- รพ.สต. ส่วนใหญ่ไม่มีแนวทางการคัดแยกหรือประเมินอาการผู้ป่วยฯ เป็นการเฉพาะ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รพ.สต. มีประวัติอาการ ตำแหน่งบ้านของผู้ป่วยเป็นอย่างดี</li> <li>- รพ.สต. ให้ อสม.ติดตามเยี่ยมบ้าน เดือนละ 1 ครั้ง</li> <li>- ถ้า รพ.สต. ได้รับการประสานหรือแจ้งมาจะเตรียมข้อมูลผู้ป่วย</li> <li>- เคยเป็นผู้ประเมินอาการและเป็นตัวกลางในการประสานข้อมูลกับ อสม. หรือคนที่ผู้ป่วยไว้ใจ เพื่อเจรจาไกล่เกลี่ย</li> <li>- บางพื้นที่ใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS : Overt Aggression Scale)</li> </ul>

ตารางที่ 1 สรุปปัญหา อุปสรรคของปัญหาสุขภาพจิตและการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งการจัดการด้านสุขภาพจิต ทั้งระดับนโยบายและระดับพื้นที่ และวิเคราะห์ต้นทุนทางสังคมในการจัดการ/โอกาสพัฒนา/ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จที่มีอยู่ในพื้นที่ (ต่อ)

สถานการณ์/สภาพปัญหา	ต้นทุนทางสังคมในทางสังคมใน/โอกาสพัฒนา/ปัจจัยความสำเร็จ
<p><b>ตำรวจ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เป็นฝ่ายรอการแจ้งเหตุจากผู้นำชุมชน รพ.สต. หรือญาติ</li> <li>- ไม่มีแบบแผนการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น เป็นการดำเนินงานแยกส่วนตามบทบาทหน้าที่ และทักษะวิชาชีพ</li> <li>- หลายครั้ง ตำรวจเข้าไปเจรจาไกล่เกลี่ย (ด้วยชุดตำรวจที่มีอาวุธปืน) กลับเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบมากขึ้น</li> <li>- ตำรวจมีภาวะจำยอม เช่น ชังผู้ป่วยทั้งที่ไม่มี ความผิด ปล่อยตัวในสถานที่ห่างไกลชุมชน กรณีโรงพยาบาลจิตเวช ไม่รับผู้ป่วยเรื้อรัง ไร้ญาติหรือไม่มีคนที่รู้จัก</li> <li>- ไม่รู้จัก พ.รบ. สุขภาพจิต 2551 และไม่รับบทบาท “พนักงานเจ้าหน้าที่”</li> </ul> <p><b>ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่วนใหญ่เมื่อได้รับแจ้งเหตุ 1669 มักขาดข้อมูลรายละเอียดสภาพแวดล้อมสถานที่เกิดเหตุ อาการเสี่ยงอันตราย ประวัติผู้ป่วย</li> <li>- Dispatcher แจ้งหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินห้ามปฏิบัติการขณะที่สถานการณ์ไม่ปลอดภัย แต่ส่วนใหญ่พบการเข้าช่วยเหลือ ระบุว่าทำหน้าที่เป็น อปพร. หรือตำรวจบ้าน</li> <li>- Phone triage มีความผิดพลาดทั้งประเมินเกินและต่ำกว่าอาการความเป็นจริง เมื่อเทียบกับ scene triage</li> </ul> <p><b>หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นเข้าให้การช่วยเหลือผู้ป่วยไม่เหมาะสม ส่วนใหญ่ทำไปเพราะประสบการณ์ พบการบาดเจ็บจากการถูกทำร้าย และผู้ป่วยบางคนกระดุกแขน ขาหัก</li> <li>- หลายครั้งมีคนไม่เกี่ยวข้องของมุด เป็นอุปสรรคต่อการนำตัวผู้ป่วยขึ้นรถเพื่อนำส่งโรงพยาบาล</li> <li>- บางเหตุการณ์ค่อนข้างรุนแรง ไม่มีตำรวจเข้าร่วม</li> <li>- หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นส่วนใหญ่ดำเนินการเจรจา การเข้าชาร์จ การนำส่งผู้ป่วย การประสานงานกับศูนย์รับแจ้งเหตุฯ เอง</li> <li>- แต่ละครั้งใช้เวลานาน ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินอื่นเสียโอกาสรับการรักษา</li> <li>- ไม่มีข้อมูลประวัติผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือ</li> </ul> <p><b>ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รพช.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- รพช. ส่วนใหญ่จะประสานส่งต่อไปที่โรงพยาบาลจังหวัดทันที เพราะไม่มีแพทย์เฉพาะทาง (อายุรกรรมและจิตแพทย์)</li> <li>- บางจังหวัดมีเกณฑ์ระบุก่อนส่งตัวผู้ป่วยไป โรงพยาบาลจิตเวช ต้องผ่านการวินิจฉัยโรคทางกายก่อน (ทั้งร้ายเก่าหรือใหม่) เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาล เกิดผลกระทบต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน บุคลากรทางการแพทย์ที่ รพช. โรงพยาบาลจังหวัด ทั้งกำลังคน ระยะเวลาของการได้รับการรักษา ความรุนแรงของอาการผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยประเภทอื่นเสียโอกาสรับการรักษาหากเวลาทับซ้อนกัน ผู้ป่วยบางรายใช้เวลามากกว่า 8 ชม.</li> <li>- รพช. ทุกแห่งไม่มีห้องหรือมุมเฝ้าสังเกตอาการเฉพาะกับผู้ป่วยกลุ่มนี้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บางจังหวัด มีระบบการประสานกันระหว่างศูนย์รับแจ้งเหตุฯ ตำรวจ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลจิตเวช ประเด็นการจัดการเหตุ และนำส่ง</li> <li>- ตำรวจ มีทักษะการไกล่เกลี่ย การป้องกันตนเอง และการเข้าช่วยเหลือ แต่ทักษะการช่วยเหลือแบบประชิดตัวในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ยังต้องเพิ่มเติม</li> <li>- ญาติ ชาวบ้าน จะแจ้งที่ผู้นำชุมชน เพื่อแจ้งตำรวจเป็นหน่วยแรกและมักพบว่าจะประสาน 1669 เป็นลำดับท้าย</li> <li>- การส่งหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นไปประเมินสถานการณ์เป็นชุดแรก มีความถูกต้อง แม่นยำสูง (เกณฑ์คิดแยกเดียวกับ phone triage)</li> <li>- หลายครั้งที่พบหน่วยงานในชุมชนมาเกลี้ยกล่อมผู้ป่วย เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตร.บ้าน และญาติ ก่อนที่หน่วยปฏิบัติการไปถึง</li> <li>- EMR : Emergency Medical Responder หรืออาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ส่วนใหญ่จะเป็น อปพร. เป็นคนพื้นที่ ซึ่งรู้จัก สนับสนุนและเข้าใจผู้ป่วยดี จึงมักเข้าไปเจรจา ไกล่เกลี่ยหรือเข้าช่วยเหลือผู้ป่วย</li> <li>- EMR ถูกฝึกให้เป็นคนช่างสังเกตและประเมินอาการตลอดเวลา</li> <li>- ชุดปฏิบัติการระดับสูง Advanced Life Support หรือ ALS หากถูกสั่งการให้ออกปฏิบัติการ จะประสานตำรวจและพยาบาลจิตเวช หรือพนักงานเวรก็ฉุกเฉินทุกครั้ง โดยชุดนี้จะประเมินและพูดคุยในระยะเวลาที่ปลอดภัย ไม่เข้าชาร์จผู้ป่วย</li> <li>- รพช. ทุกแห่ง สามารถฉีดยาตามคำสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยสงบ และเมื่อออกปฏิบัติการจะประสานกับศูนย์รับแจ้งเหตุตลอดเวลา</li> <li>- บางจังหวัด มีช่องทางพิเศษส่งตัวผู้ป่วยไปโรงพยาบาลจิตเวช โดยจัดระบบปรึกษาจิตแพทย์และดึงข้อมูลผู้ป่วยรายเก่าได้</li> <li>- รพช.บางแห่ง (เช่น อยู่บนเขาสูง) พัฒนาเป็นโรงพยาบาลจัดการกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีการวางแผนกำลังคนและพัฒนาศักยภาพ เตรียมข้อมูลตำแหน่งสถานที่ การประสานงานกับตำรวจและหน่วยงานเกี่ยวข้อง เตรียมการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แต่หากเกินควบคุมจะส่งตัวต่อไปที่โรงพยาบาลจังหวัด มีที่เลี้ยงเป็นโรงพยาบาลจังหวัด</li> </ul>

**ตารางที่ 1 สรุปปัญหา อุปสรรคของปัญหาสุขภาพจิตและการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งการจัดการด้านสุขภาพจิต ทั้งระดับนโยบายและระดับพื้นที่ และวิเคราะห์ต้นทุนทางสังคมในการจัดการ/โอกาสพัฒนา/ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จที่มีอยู่ในพื้นที่ (ต่อ)**

สถานการณ์/สภาพปัญหา	ต้นทุนทางสังคมในทางสังคมใน/โอกาสพัฒนา/ปัจจัยความสำเร็จ
<p><b>โรงพยาบาลศูนย์./โรงพยาบาลทั่วไป</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลจังหวัดส่วนใหญ่ไม่มีหอผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยฯ ถูกส่งต่อไปที่โรงพยาบาลจิตเวช และส่วนใหญ่ ไม่มีห้องหรือมุมเฉพาะสำหรับสังเกตการณ์ผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะปะปนกับผู้ป่วยฉุกเฉินอื่น</li> <li>- จังหวัดที่มีเกณฑ์การตรวจวินิจฉัยโรคทางกายก่อน ทำให้เพิ่มขึ้นตอนเพิ่มเวลาและเสียโอกาสการรักษาผู้ป่วยที่รวดเร็วและเหมาะสม</li> <li>- เจ้าหน้าที่ในหออุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่ปฏิบัติการกับผู้ป่วยไม่ถูกต้อง เสี่ยงต่อความปลอดภัยทั้งตนเองและผู้ป่วย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บางจังหวัดมีหอผู้ป่วยจิตเวช และมีการจัดการที่ดี ซึ่งแต่ละปีสามารถจัดการผู้ป่วยได้เกือบทุกราย ไม่มีการส่งต่อไปที่โรงพยาบาลจิตเวช มีที่เลี้ยงเป็นโรงพยาบาลจิตเวช</li> <li>- บางโรงพยาบาลมีห้อง “พักใจ” สำหรับเฝ้าดูและสังเกตอาการโดยเฉพาะ ภายในห้องปรับแต่งให้มีความปลอดภัย และปลอดภัยกระตุ้นเร้าที่อาจเกิดจากเสียงรบกวนผู้ป่วยฉุกเฉินอื่น การทำงาน/เครื่องมือแพทย์</li> </ul>
<p><b>โรงพยาบาลจิตเวช</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลจังหวัดที่ไม่มีหอผู้ป่วย จะส่งต่อมาที่โรงพยาบาลจิตเวชอย่างเดียวทำให้จำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้แออัดมาก</li> <li>- โรงพยาบาลจิตเวช บางแห่งต้องมีการขอข้อมูลประวัติผู้ป่วยอย่างละเอียด (มีผลต่อการรักษาและการติดต่อเพื่อส่งตัวกลับบ้าน) ที่ผ่านมากู้ชีพตำบล EMR หรือตำรวจนำส่ง ไม่มีญาติ/คนรู้จักมาด้วย มักจะปฏิเสธไม่รับผู้ป่วย</li> <li>- ไม่มีอุปกรณ์และแพทย์เฉพาะทางกาย ต้องส่งตัวกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด เป็นเหตุที่ต้องการให้ตรวจวินิจฉัยโรคทางกายก่อน</li> <li>- ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บจากการเข้าช่วยเหลือ แสดงถึงการเข้าช่วยเหลือไม่ถูกต้อง เหมาะสม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- โรงพยาบาลจิตเวช มีการประสานกันระหว่างโรงพยาบาลจังหวัดทุกครั้ง เพื่อเตรียมบุคลากรและเตียงนอน</li> <li>- การคัดกรองอาการทางกาย ส่วนหนึ่งเป็นการไม่เอาเชื้อโรคทางกายมากระจายสู่คนอื่น</li> <li>- โรงพยาบาลจิตเวช มีหลักสูตรอบรมการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ยินดีเป็นหน่วยงานฝึกอบรมให้ หากมีการร้องขอ</li> <li>- กรณี ไม่มีญาติ/คนรู้จัก สามารถให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน รพ.สต. ที่มีข้อมูลผู้ป่วยมาด้วยเพื่อให้ข้อมูล หรืออย่างน้อยมีใบบันทึกข้อความจากตำรวจ กรณีเป็นคนเร่ร่อน</li> <li>- เป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษาโรงพยาบาลจังหวัด ที่ต้องการจัดการผู้ป่วยด้วยตนเอง</li> </ul>
<p><b>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉิน)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทุกจังหวัดมุ่งให้ความสำคัญกับการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปที่โรคทางกายเพราะขนาดปัญหามิมากกว่า และข้อจำกัดด้านทรัพยากร</li> <li>- การจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ต้องอาศัยความร่วมมือขององค์กรภาคีทั้งจากสถานพยาบาลของรัฐ และจาก อปท. โดย สสจ. เป็นผู้สนับสนุน ส่งเสริมและกำกับติดตาม ดังนั้น การจัดระบบจึงขึ้นอยู่กับความร่วมมือของภาคีเหล่านี้</li> <li>- ไม่มีองค์ความรู้หรือบทเรียนการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินกับผู้ป่วยกลุ่มนี้มากนัก</li> <li>- สสจ. ไม่รู้จัก พ.ร.บ.สุขภาพจิต 2551</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หลักสูตรการฝึกอบรม EMR ฉบับใหม่ มีการฝึกอบรมการช่วยเหลือผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง อาละวาด แต่จะต้องทำความเข้าใจและหาผู้เชี่ยวชาญมาฝึกอบรม</li> <li>- บางจังหวัด ที่มีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก จะชวนเชิญผู้รับผิดชอบด้านจิตเวช ของ สสจ. ร่วมวางแผนและจัดระบบบริการฯ ด้วย</li> <li>- สสจ. ให้ความสำคัญประเด็นนี้ แต่หน่วยงานระดับนโยบาย (กรมสุขภาพจิต + สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) + กระทรวงสาธารณสุข) ควรกำหนดและวางแผนนโยบายร่วมกัน</li> </ul>
<p><b>สพฉ. + กรมสุขภาพจิต + สป.สธ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของ สพฉ. กับการคัดแยกจิตเวชฉุกเฉินของกรมสุขภาพจิตไม่ตรงกัน</li> <li>- เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน ไม่รู้บทบาทและขอบเขตงานชัดเจน</li> <li>- หลักสูตรการฝึกอบรมที่ยังไม่มีความจำเพาะต่อการปฏิบัติการฉุกเฉินและยังไม่มีการฝึกอบรม</li> <li>- แนวคิด “จุดเกิดเหตุมีความปลอดภัยก่อนเท่านั้น จึงจะปฏิบัติการฉุกเฉิน” ไม่ตรงกับการปฏิบัติจริง</li> <li>- ข้อจำกัดด้านทรัพยากร การจัดระบบจึงขึ้นอยู่กับจำนวน ความรุนแรงของอาการนำลำดับต้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มี พ.ร.บ. การแพทย์ฉุกเฉิน 2551 มี สพฉ. เป็นหน่วยวางแผนนโยบาย กำหนดหลักเกณฑ์ มาตรฐาน คุณภาพ ติดตาม กำกับ</li> <li>- ผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในอาการนำในหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554</li> <li>- มีหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับ และมีบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินกระจายเกือบครอบคลุมทั่วประเทศ</li> <li>- มีหน่วยงานท้องถิ่นเข้ามามีส่วนมาจัดบริการ และบริหารระบบ</li> <li>- สสจ. ทุกจังหวัดได้รับผิดชอบกำหนดนโยบาย จัดระบบและวางแผนการดำเนินงาน</li> </ul>

**ตารางที่ 1** สรุปปัญหา อุปสรรคของปัญหาสุขภาพจิตและการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งการจัดการด้านสุขภาพจิต ทั้งระดับนโยบายและระดับพื้นที่ และวิเคราะห์ต้นทุนทางสังคมในการจัดการ/โอกาสพัฒนา/ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จที่มีอยู่ในพื้นที่ (ต่อ)

สถานการณ์/สภาพปัญหา	ต้นทุนทางสังคมในทางสังคมใน/โอกาสพัฒนา/ปัจจัยความสำเร็จ
<p><b>กรมสุขภาพจิต</b></p> <p>ภายหลังดำเนินการตาม พ.ร.บ. สุขภาพจิต 2551 พบว่า</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เจ้าหน้าที่ตำรวจ อบต. พนักงานเจ้าหน้าที่ยังไม่ทราบบทบาทของตนในการนำส่ง ขาดงบประมาณในการสนับสนุนการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่การรักษา</li> <li>- บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขยังขาดความรู้ ความเข้าใจใน พ.ร.บ. เจ้าหน้าที่ที่มีกรย้ายงานหรือเจ้าหน้าที่ใหม่ขาดประสบการณ์ทำให้งานไม่ต่อเนื่อง</li> <li>- ขันเจ้าหน้าที่พบปัญหาไม่มีรองรับผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช</li> <li>- ประชาชนไม่รู้ พรบ.สุขภาพจิต ไม่มีส่วนร่วมภาคประชาชนในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มี พ.ร.บ. สุขภาพจิต 2551 มีหน่วยงานรับผิดชอบขับเคลื่อน</li> <li>- “พนักงานเจ้าหน้าที่” เดิมไม่รวมผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน จึงเสนอให้เพิ่มเจ้าหน้าที่จากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นผู้ช่วยเหลือพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551</li> <li>- กรมสุขภาพจิตมีแผนบูรณาการร่วมกับ สพฉ.กำหนดเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเวช กรณีฉุกเฉิน จัดทำหลักสูตรสำหรับตำรวจและบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งอาจเป็นหลักสูตรการประเมินอาการและส่งตัวผู้มีความผิดปกติทางจิต</li> <li>- มีแผนพัฒนาเชื่อมประสานหมายเลขฉุกเฉิน 1323 ของกรมสุขภาพจิต กับ 1669 ให้เป็นผู้รับปัญหาและส่งต่อกับระบบ 1669</li> <li>- มีโรงพยาบาลจิตเวช กระจายทั่วภูมิภาค</li> </ul>

**ตารางที่ 2** กิจกรรมและรายละเอียดเบื้องต้นของแนวทางการพัฒนารูปแบบบูรณาการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต

กิจกรรมและรายละเอียดเบื้องต้น (จากการระดมความคิดเห็น)
<p><b>ผู้ป่วย</b></p> <p>กิจกรรม 1 พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองในกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยฯ และสร้างการยอมรับจากสังคม ได้แก่ (1) ส่งเสริมให้มีบทบาททางครอบครัว สังคม ชุมชน เพื่อสร้างการยอมรับในตัวเอง เช่น การประกอบอาชีพ มีตำแหน่งรับผิดชอบในสังคม (2) ให้ความรู้ เรื่องโรค อาการ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลุ้มคลั่งฯ แนวทาง/ช่องทางให้คำปรึกษา เช่น สายด่วนสุขภาพจิต 1323 เบอร์โทรศัพท์เจ้าหน้าที่ ผู้รู้ อสม. เป็นต้น และ (3) เพื่อนช่วยเพื่อน ค้นหาคนต้นแบบในการดูแลตนเอง เพื่อช่วยเสนอแนะและดูแลกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยฯ รวมทั้งการกินยาให้ต่อเนื่อง</p> <p><b>ญาติ คนในครอบครัว</b></p> <p>กิจกรรม 2 ติดพลังอาวุธทางปัญญา ประกอบไปด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรค อาการ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลุ้มคลั่งฯ แนวทาง/ช่องทางให้คำปรึกษา เช่น สายด่วนสุขภาพจิต 1323 เบอร์โทรศัพท์เจ้าหน้าที่ ผู้รู้ อสม. เป็นต้น ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการสังเกตอาการ การเจรจาไกล่เกลี่ยเบื้องต้น แนวทางให้การช่วยเหลือผู้ป่วย และการดูแลความปลอดภัยตนเอง และสร้างทัศนคติเชิงบวกกับผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง</li> <li>- เส้นทางและลำดับการแจ้งเหตุ ได้แก่ การจัดการเมื่อพบเห็นสมาชิกในครอบครัว/ผู้ป่วยฯ มีอาการกำเริบ อบรมและทบทวนเส้นทางและลำดับขั้นการจัดการหรือปฏิบัติตัวในการแจ้งเหตุ รายชื่อ/เบอร์โทรผู้ที่เกี่ยวข้อง</li> </ul> <p><b>ชุมชน หน่วยงานหรือบุคลากรในชุมชน</b></p> <p>กิจกรรม 3 พัฒนาเป็น “ชุมชนจัดการตนเองกับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มาตรการชุมชนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงเกิดอาการคลุ้มคลั่ง กำหนดและนำมาตรการเชิงควบคุมมาปรับใช้ เช่น จัดเหล้าในงานประเพณี จำกัดพื้นที่ดื่มเหล้า เช่น วัด ส่วนสาธารณะ และมาตรการเชิงบวก เช่น โครงการให้รางวัลคนทำดี ค้นหาคนต้นแบบ เป็นต้น รวมทั้งรณรงค์ประชาสัมพันธ์ อาการและเส้นทาง/ช่องทางให้คำปรึกษา</li> <li>- จัดตั้งหน่วยการประเมินและควบคุมสถานการณ์ระดับ 1 ประกอบด้วย นายก อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตร.บ้าน อปพร. รพ.สต. อสม. หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน ผู้รู้ ผู้ที่ชุมชนนับถือ เป็นกลุ่มแรกที่เข้าไปที่เกิดเหตุ โดยสร้างแบบแผนและแผนผังการช่วยเหลือฯ ดังนี้ (1) กำหนดคนและบทบาทหน้าที่ (2) กำหนดลำดับขั้นของการจัดการเหตุ (3) กำหนดแนวทางปฏิบัติแต่ละขั้นตอน &gt;&gt; การเตรียมการ การเข้าจุดเกิดเหตุ บัญชาการสั่งการ การเจรจาไกล่เกลี่ย การประเมินอาการผู้ป่วยและสถานการณ์เสี่ยง การเข้าช่วยเหลือหรือเข้าซาร์จ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งตัว (4) ทำข้อตกลงกับหน่วยงานระดับอื่น ๆ เพื่อให้การช่วยเหลือกรณีเกินการควบคุม เช่น ตร. 191 หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน 1669 โรงพยาบาลจิตเวช ในหน่วยการประเมินและควบคุมสถานการณ์ระดับ 2 และ (5) ซ้อมการดำเนินงานร่วมกันสม่ำเสมอ</li> </ul>



## ตารางที่ 2 กิจกรรมและรายละเอียดเบื้องต้นของแนวทางการพัฒนาารูปแบบบูรณาการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต (ต่อ)

กิจกรรมและรายละเอียดเบื้องต้น (จากการระดมความคิดเห็น)

### องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

เป็นสมาชิกในหน่วยการประเมินและควบคุมสถานการณ์ระดับ 1 มีบทบาทเป็นแกนหลักในการดำเนินงาน เตรียมความพร้อมระบบ การอบรม ประชุมหารือและซ้อมการดำเนินงาน เป็นผู้บัญชาการสั่งการ การเจรจาไกล่เกลี่ย รวมทั้งประสานทีมระดับ 2 ขณะเกิดเหตุ  
กิจกรรม 4 การดูแลผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงแบบบูรณาการ ระหว่างโรงพยาบาล>> รพ.สต. >> อบต. >> ชุมชน ได้แก่ (1) จัดการข้อมูลผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงให้เป็นฐานเดียวกัน เพื่อการติดตามเยี่ยมบ้าน และเป็นข้อมูลประเมินสถานการณ์ขณะเกิดเหตุ (2) บริหารจัดการติดตามเยี่ยมบ้าน กิจกรรมสนับสนุนให้ผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยง เกิดการยอมรับตนเองและจากสังคม มาตรการทางสังคมป้องกันหรือลดปัจจัยเสี่ยง และ (3) เป็นเจ้าภาพอบรมตามกิจกรรมที่ 2 ติดตามผู้ทางปัญญาผู้ป่วย คนในครอบครัว และชุมชน

### โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เป็นสมาชิกในหน่วยการประเมินและควบคุมสถานการณ์ระดับ 1 มีบทบาทเป็นผู้ประเมินอาการ/การคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ประเมินสถานการณ์

กิจกรรม 2 ติดตามผู้ทางปัญญา ผู้ป่วย คนในครอบครัว และชุมชน เป็นหน่วยงานฝึกอบรมและติดตาม

กิจกรรม 4 การดูแลผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงแบบบูรณาการ ระหว่างโรงพยาบาล>> รพ.สต. >> อบต. >> ชุมชน

กิจกรรม 5 พัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านจิตเวช/คลุ้มคลั่ง ได้แก่ การเจรจา ไกล่เกลี่ย การช่วยเหลือผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมบ้าน และเป็นช่องทางให้คำปรึกษา

### ตำรวจ

กิจกรรม 6 ตั้งศูนย์ดูแลและรับรองผู้ป่วยอาการคลุ้มคลั่ง จิตประสาท ที่ไร้פקังหรือผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นหน่วยงานร่วมกับโรงพยาบาลจิตเวชในการประสานสำนักงานพัฒนาสวัสดิการและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เป็นภาพจัดตั้ง และกำหนดบทบาทหน้าที่ และแบบแผนรวมทั้งขั้นตอนการดำเนินงาน

กิจกรรม 7 เสริมความรู้ ความเข้าใจ ด้าน พ.ร.บ. ที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้าน พ.ร.บ.สุขภาพจิต/พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉิน และทักษะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิต

กิจกรรม 8 หน่วยการประเมินและควบคุมสถานการณ์ระดับ 2 อาจประกอบด้วย ตำรวจ 191, หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับ ALS, โรงพยาบาลจิตเวช, ปก. (กู้ภัย/ดับเพลิง) ซึ่งเป็นหน่วยที่ 2 ภายหลังได้รับการประสานจากหน่วยระดับ 1 ทำข้อตกลงกับหน่วยงานเหล่านี้ โดยกำหนดแบบแผนและแผนผังการช่วยเหลือ ซึ่งรายละเอียดดำเนินการคล้ายกับหน่วยที่ 1 แต่ลงในรายละเอียดและมีความเชี่ยวชาญมากกว่า นอกจากนี้ควรได้รับการอบรม ร่วมซ้อมการดำเนินงานร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ และทำร่วมกับหน่วยระดับ 1

### ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

กิจกรรม 9 แนวทางการคัดแยกทางโทรศัพท์ การคัดแยกที่จุดเกิดเหตุ เป็นการพัฒนารองมือการคัดแยกที่เกิดจากความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของผู้ใช้งานจริง และหน่วยงานที่ต้องนำไปใช้ในเชิงนโยบาย ได้แก่ สพล. กรมสุขภาพจิต สำนักปลัดกระทรวง สธ.

กิจกรรม 10 พัฒนาเชื่อมโยงหมายเลข 1669 สพล. กับ 1323 กรมสุขภาพจิต ให้เป็นการปรึกษาข้อมูลและขอเสนอแนะอาการผู้ป่วย และการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกัน

กิจกรรม 11 จัดทำแผนผังการประสานงาน เป็นแผนผังระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (หน่วยระดับ 1 และ 2) ตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย และการเชื่อมข้อมูลประวัติผู้ป่วย

### หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน

กิจกรรม 4 และ 8 หน่วยการประเมินและควบคุมสถานการณ์ระดับ 1 และ 2 หน่วยปฏิบัติการ EMR เป็นหน่วยการประเมินและควบคุมสถานการณ์ระดับที่ 1 มีบทบาทในการประเมินสถานการณ์ผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมเสี่ยง เข้าให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น สำหรับ BLS และ ALS เป็นหน่วยประเมินและควบคุมสถานการณ์ระดับที่ 2 มีบทบาท >> เตรียมรักษาและนำตัวผู้ป่วยไปโรงพยาบาลจิตเวช

กิจกรรม 12 ปรับแก้หรือเพิ่มเติม พ.ร.บ. สุขภาพจิต และกรมสุขภาพจิตเป็นเจ้าภาพติดตามผู้ทางปัญญา โดยระบุบทบาทหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน และให้ความคุ้มครองเสมือนเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ ตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต 2551 และติดตามผู้ทางปัญญาให้กับหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินและผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น การประเมินอาการ การเจรจา การช่วยเหลือชำระผู้ป่วย การผูกมัดและนำส่งผู้ป่วย

ตารางที่ 2 กิจกรรมและรายละเอียดเบื้องต้นของแนวทางการพัฒนารูปแบบบูรณาการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต (ต่อ)

กิจกรรมและรายละเอียดเบื้องต้น (จากการระดมความคิดเห็น)

โรงพยาบาลชุมชน

กิจกรรม 13 แนวทางปฏิบัติในการนำส่งผู้ป่วยฯ ทุกระยะ (ผู้ป่วยฯ สีเขียว เหลือง) จัดทำแนวทางปฏิบัติตั้งแต่ (1) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน >> รพช (2) รพช. >>โรงพยาบาลจังหวัด (3) โรงพยาบาลจังหวัด >>โรงพยาบาลจิตเวช ในสถานการณ์ผู้ป่วยสีเขียว เหลือง

กิจกรรม 14 แนวทางปฏิบัติในการนำส่งผู้ป่วยฯ ช่องทางพิเศษ (ผู้ป่วยฯ สีแดง) จัดทำแนวทางปฏิบัติในการนำส่งผู้ป่วยด้วยช่องทางพิเศษ ซึ่งเป็นช่องทางเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการแบบ definitive care เช่น กรณีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยวิกฤต มีข้อมูลครบ ถึงแม้ไม่มีญาติแต่การรับรองจาก ตร. สามารถนำส่งจากหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน >>โรงพยาบาลจิตเวช ได้เลย เป็นต้น

กิจกรรม 15 จัดตั้งและดำเนินการเป็น “โรงพยาบาลจัดการตนเองกับผู้ป่วยฉุกเฉินสุขภาพจิต” พิจารณาศักยภาพ ความพร้อม และความเป็นไปได้ ของโรงพยาบาลวางแผนกำลังคนและศักยภาพ ทักษะ การเตรียมข้อมูล ระบบการจัดการ การประสานงานกับตำรวจและหน่วยงานเกี่ยวข้อง เตรียมการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีโรงพยาบาลจังหวัด เป็นพี่เลี้ยง

กิจกรรม 8 หน่วยการประเมินและควบคุมสถานการณ์ระดับ 2 มีบทบาท >> ประเมิน/คัดแยกผู้ป่วยฯ เพื่อเป็นข้อมูลตัดสินใจเข้าช่วยเหลือ และเตรียมพร้อมให้การช่วยเหลือและรักษาพยาบาล และนำส่งผู้ป่วยไปยัง definitive care

โรงพยาบาลจังหวัด

กิจกรรม 16 จัดตั้ง “หอบริบาลผู้ป่วยจิตเวช” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินสุขภาพจิต พิจารณาศักยภาพ ความพร้อม และความเป็นไปได้ ของโรงพยาบาล ศึกษาวางแผนกำลังคนและศักยภาพ ทักษะ การเตรียมสถานที่ ข้อมูลและระบบการจัดการผู้ป่วย การประสานงานกับตำรวจและหน่วยงานเกี่ยวข้อง และมีโรงพยาบาลจิตเวช เป็นพี่เลี้ยง

กิจกรรม 17 จัดให้มีมุมหรือห้องเฝ้าดูและสังเกตอาการ ผู้ป่วยฉุกเฉินสุขภาพจิตเป็นการเฉพาะ แยกจากผู้ป่วยฉุกเฉินอื่นที่ห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ภายในห้องปรับแต่งโดยเฉพาะ ทั้งความปลอดภัย และปลอดภัยกระตุ้นเร็ว มีแบบแผน แนวปฏิบัติสำหรับการใช้ห้องเฝ้าดูและสังเกตอาการ

กิจกรรม 13 แนวทางปฏิบัติในการนำส่งผู้ป่วยฯ ทุกระยะ (ผู้ป่วยฯ สีเขียว เหลือง)

กิจกรรม 14 แนวทางปฏิบัติในการนำส่งผู้ป่วยฯ ช่องทางพิเศษ (ผู้ป่วยฯ สีแดง)

โรงพยาบาลจิตเวช

กิจกรรม 13 แนวทางปฏิบัติในการนำส่งผู้ป่วยฯ ทุกระยะ (ผู้ป่วยฯ สีเขียว เหลือง)

กิจกรรม 14 แนวทางปฏิบัติในการนำส่งผู้ป่วยฯ ช่องทางพิเศษ (ผู้ป่วยฯ สีแดง) ควรเป็นเจ้าภาพดำเนินการ

กิจกรรม 6 ตั้งศูนย์ดูแลและรับรองผู้ป่วยอาการคลุ้มคลั่ง จิตประสาท ที่ไร้พักพิงหรือผู้ป่วยเรื้อรัง ด้วยการพัฒนาความร่วมมือหลายฝ่ายเพื่อได้ ข้อมูลประวัติผู้ป่วย และการยืนยันตัวตน

กิจกรรม 12 ปรับแก้หรือเพิ่มเติม พ.ร.บ. สุขภาพจิต และกรมสุขภาพจิตเป็นเจ้าภาพติดตามทวงถามปัญหา กรมสุขภาพจิตเป็นเจ้าภาพอบรม หลักสูตรการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน รวมทั้งเป็นพี่เลี้ยง โรงพยาบาลจังหวัดที่พร้อมเปิดหอผู้ป่วย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

กิจกรรม 18 วางแผนระบบการจัดการเชิงระบบ ระดับจังหวัด โดย สสจ. (ฝ่ายงานจิตเวชกับการแพทย์ฉุกเฉิน) วางแผนการดำเนินงานและการจัดระบบในภาพรวม โดยอาจให้ฝ่ายงานจิตเวชเป็น focal point ศึกษาและสร้างองค์ความรู้ ด้วยการถอดบทเรียน งานวิจัย หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างจังหวัด ข้ามจังหวัด ข้ามภาค เพื่อปรับปรุงระบบการจัดการ การให้บริการ การอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ของ EMR และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และพิจารณาเพิ่มจำนวนครั้งของการฝึกอบรม EMR เพิ่มเติม รวมทั้งควรเข้าอบรมและร่วมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ พ.ร.บ.สุขภาพจิต

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ + กรมสุขภาพจิต + สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กิจกรรม 19 บูรณาการนโยบายและวางแผนระบบการจัดการร่วมกัน โดยทำข้อตกลงการทำงานร่วมกันระหว่างกรมสุขภาพจิต สำนักปลัด กระทรวงสาธารณสุข สพจ. และหน่วยงานอื่น ๆ เช่น กระทรวงมหาดไทย ตำรวจ ทำความเข้าใจเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติของแต่ละฝ่าย เพื่อให้การบูรณาการและประสานงานการทำงานมีความราบรื่น สมบูรณ์ โดยเน้น “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง”

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ทั้งในแง่ทัศนคติเชิงลบ ความไม่รู้อาการหรือสัญญาณเตือน ความไม่รู้ในการป้องกัน การจัดการและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>(5,9)</sup> และปัญหาที่มักพบในผู้ป่วยสุขภาพจิตฉุกเฉินมีอาการกำเริบ คลุ้มคลั่ง อาละวาด ไม่ว่าจะการศึกษาที่ผ่านมา<sup>(3,5,11-12)</sup> หรือการศึกษานี้ สาเหตุเป็นเพราะผู้ป่วยรับประทายยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งการไม่ได้รับประทายยาต่อเนื่องเกิดทั้งจากตัวผู้ป่วย คนในครอบครัว หรือระบบการติดตามของบุคลากรสาธารณสุข

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต รวมทั้งประชาชนส่วนใหญ่ยังมีปัญหาความไม่เข้าใจทั้งเกี่ยวกับสุขภาพจิต ฉุกเฉิน<sup>(3,5,9)</sup> ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน<sup>(13)</sup> รวมถึงการไม่รู้จักและไม่เข้าใจวัตถุประสงค์สายด่วนสุขภาพจิต 1323 และเลขหมายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ซึ่งปัญหาความไม่รู้ ทำให้ประชาชนขาดความตระหนักในการแก้ไขปัญหามีทัศนคติเชิงลบต่อตนเอง ญาติและคนในชุมชน เป็นอุปสรรคในการแก้ไขปัญหาการอยู่ร่วมกันระหว่างชุมชนกับผู้ป่วย<sup>(14-15)</sup> ซึ่งล้วนไม่ส่งผลดีต่ออาการแสดงของผู้ป่วยหรือมีผลทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น ตามหลักแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model: HBM)<sup>(16)</sup> ถึงแม้ว่าการส่งเสริมศักยภาพด้านนี้เพื่อนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะต้องใช้เวลานาน แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ที่ใกล้ชิดและเข้าใจบริบททางสังคมของประชาชน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินการอย่างจริงจัง

นอกจากปัจจัยที่เกิดจากผู้ป่วย คนในครอบครัวแล้วจากการศึกษานี้ยังพบปัญหาและอุปสรรค หรือช่องว่างของการพัฒนาจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานในชุมชน ได้แก่ ชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อปพร. ตำรวจบ้าน) รพ.สต. อสม. องค์การปกครองท้องถิ่น (อปท.) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน ตำรวจ ยังไม่มีแบบแผนการปฏิบัติงานทั้งเชิงป้องกันและการเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ไม่มีการประสานหรือบูรณาการงานร่วมกัน รวมทั้งพบความต้องการในการเพิ่มศักยภาพ

ด้านการช่วยเหลือ ปัญหาเกิดจากหน่วยงานเกี่ยวกับระบบการให้บริการ ได้แก่ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับต่างๆ เช่น ปัญหาความผิดพลาดในการคัดแยกผู้ป่วยทางโทรศัพท์เนื่องจากได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ ไม่มีแบบแผนการปฏิบัติงานเชิงระบบร่วมกัน การเข้าให้การช่วยเหลือหรือเข้าชาร์จไม่เหมาะสม โรงพยาบาลไม่มีความพร้อมในการจัดการผู้ป่วย โรงพยาบาลจิตเวช บางแห่งปฏิเสธรับผู้ป่วยเป็นต้น นอกจากนี้ในระดับนโยบายยังพบปัญหาการไม่บูรณาการการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมสุขภาพจิต สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ปัญหาต่างๆ เหล่านี้สอดคล้องกับที่กรมสุขภาพจิตได้จัดประชุมเสนอความคิดเห็นกับภาคีเครือข่าย<sup>(9)</sup> ที่พบว่า ปัญหาการจัดบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินสุขภาพจิตมีทั้งทางด้านมาตรการทางกฎหมาย การเอาใจจริงเอาใจ และการเอาใจใส่ของผู้บริหาร นโยบาย ข้อจำกัดด้านบุคลากร และงบประมาณที่ไม่เพียงพอ การออกแบบระบบบริการ หรือกระบวนการที่ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งพบการจัดบริการไม่มีความแตกต่างกับผู้ป่วยทั่วไปอื่น ๆ พบปัญหาเชิงการจัดและการติดตามประเมินผลที่ยังมีไม่มากพอและยังขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังพบการขาดความตระหนักหรือความไม่รู้อาการหรือโรค ความไม่รู้ในการปฏิบัติตัวหรือการไปรับการรักษาของผู้ป่วย ญาติ และประชาชนทั่วไป และยังพบทัศนคติเชิงลบ และการตราหน้าว่าคนบาปที่สังคมหยิบยื่นให้กับผู้ป่วยและครอบครัว<sup>(5,15,17)</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าชั้นการนำส่ง มักพบปัญหาเจ้าหน้าที่ตำรวจ อดต. หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ยังไม่ทราบบทบาทของตนในการนำส่ง ขาดงบประมาณในการสนับสนุนการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่การรักษา เป็นต้น ชั้นการบำบัดรักษา พบบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขยังขาดความรู้ ความเข้าใจใน พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ.2551 ชั้นจำหน่าย พบปัญหาไม่มีรองรับผู้ป่วยเจ้าหน้าที่ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และ

ที่สำคัญพบปัญหาการไม่รู้ พรบ. สุขภาพจิต พ.ศ.2551 ของประชาชน และมีส่วนน้อยมากที่พบการมีส่วนร่วมภาคประชาชนในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช รวมไปถึงการดำเนินงานยังไม่เชื่อมประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน หรือ สพล.<sup>(9)</sup>

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่ผ่านมามีเหมือนกับการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป กรมสุขภาพจิตได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (ผู้ที่ไม่มีความคิด) 4 แนวทาง ได้แก่

- 1) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงแบบผู้ป่วยนอก
- 2) การติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง กรณีผู้ป่วยไม่มารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลจิตเวช
- 3) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง แบบผู้ป่วยในและการติดตามหลังจำหน่ายสู่ชุมชน
- 4) กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อเนื่องในชุมชน<sup>(18)</sup>

แต่อย่างไรก็ตามแนวทางดังกล่าว ยังไม่ได้กล่าวถึงภาคีเครือข่ายนอกกรมสุขภาพจิตมากนัก ยังไม่ได้อธิบายถึงการแจ้งเหตุและนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินสุขภาพจิต หรือผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง เช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจ พนักงานฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือแม้แต่ผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

กรมสุขภาพจิตได้ผลักดันนโยบายด้านสุขภาพจิตและจิตเวชระดับประเทศ โดยประสานความร่วมมือเชิงนโยบายระหว่างเครือข่ายงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชขับเคลื่อนบังคับใช้ พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 รวมทั้งได้เสนอการปรับแก้ให้ผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นผู้ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ และมีแผนพัฒนาแนวทางการคัดแยกทางโทรศัพท์ การฝึกอบรมหลักสูตรหลักสูตรการประเมินอาการและส่งตัวผู้มีความผิดปกติ

ทางจิต รวมทั้งพัฒนาการเชื่อมประสานหมายเลขฉุกเฉิน 1323 ของกรมสุขภาพจิต ให้เป็นผู้รับปัญหาและส่งต่อเชื่อมประสานกับระบบ 1669<sup>(19)</sup> แต่ปัจจุบันยังไม่มีผลในทางปฏิบัติ

ระดับพื้นที่พบหลายงานวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการให้บริการ การบริหารจัดการ การพัฒนาเครือข่าย การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช แต่โดยส่วนใหญ่ยังไม่กล่าวถึงบทบาทที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และมีเพียงบางการศึกษาที่กล่าวถึงบทบาทของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นของ อบต. กับการไปรับและนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล<sup>(20)</sup> แต่อย่างไรก็ตาม ทุกการศึกษาระบุในทิศทางตรงกันข้ามว่าผู้ป่วยจะเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง เหมาะสมและเกิดประสิทธิผล จำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการให้บริการโดยส่งเสริมศักยภาพตั้งแต่ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลในชุมชน การพัฒนาระบบการจัดการของชุมชนเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม และการสร้างภาคีเครือข่ายในชุมชน<sup>(20-24)</sup> พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ<sup>(24-26)</sup> รวมทั้งต้องพัฒนาระบบ กระบวนการ และศักยภาพบุคลากรในระดับโรงพยาบาลให้มีความพร้อมอยู่ตลอดเวลา<sup>(20,25-26)</sup> และต้องพัฒนาระบบการส่งต่อหรือช่องทางพิเศษในการส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสมกับอาการได้ทันที่<sup>(20,24-26)</sup> ซึ่งการศึกษานี้พบปัญหาอุปสรรคสำคัญในระบบการนำส่งหรือส่งต่อหรือการรับผู้ป่วยสุขภาพจิตฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาลจิตเวช ที่มีหลายขั้นตอน มีความยุ่งยาก ใช้เวลาค่อนข้างนาน ทั้งระบบส่งต่อปกติ รวมทั้งการนำส่งในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และด้วยเหตุนี้การพัฒนาเส้นทางสู่ความสำเร็จในการช่วยเหลือดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงต้องดำเนินการโดยอาศัยกลไกการขับเคลื่อนจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน การพัฒนาหรือแก้ปัญหาเพียงด้านใดด้านหนึ่ง ปัญหาอาจไปกระจุกตัวหรือเป็น “คอขวด” ณ จุดใดจุดหนึ่ง ทำให้ปัญหา กลับพบซ้ำไม่หมดสิ้นไป

## สรุป

การศึกษาแนวทางการพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตอย่างมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับครั้งนี้ ได้วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับผู้ป่วยฉุกเฉินสุขภาพจิต แล้วนำมาเปรียบเทียบกับกรณีวิเคราะห์ต้นทุนทางสังคม จุดแข็งและโอกาสพัฒนาหรือปัจจัยความสำเร็จที่มีในพื้นที่ แสดงให้เห็นว่า ในสถานการณ์ที่รุ่มล่อมด้วยปัญหาอุปสรรค แต่กลับมองเห็นโอกาสพัฒนาของการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้น หน่วยงานระดับนโยบายและระดับพื้นที่ควรนำแนวทางการพัฒนารูปแบบบูรณาการฯ ไปสู่การปรับและทดลองใช้ และหากต้องนำไปใช้ในเชิงนโยบายระดับประเทศ ควรศึกษาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ โดยการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ

## ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการในพื้นที่ที่มีศักยภาพเชิงระบบที่ดี ในการจัดการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ทั้งการจัดระบบการช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในระบบชุมชนจนถึงสถานพยาบาล และมีการประสานการทำงานร่วมกับหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับหนึ่ง ดังนั้น รูปแบบบูรณาการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่ได้เสนอในครั้ง นี้ จึงเหมาะที่จะนำไปปรับใช้ในพื้นที่ที่มีศักยภาพดังกล่าว แต่อย่างไรก็ตามในพื้นที่อื่นสามารถนำบางกิจกรรมของหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องไปปรับใช้ในพื้นที่ได้

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนทั้งทางด้านวิชาการและการอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีจากผู้บริหารของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พร้อมกันนี้ ขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลจากทุกหน่วยงาน ดังนี้

ผู้บริหารในระดับพื้นที่ ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ทั้งโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน) ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้กำกับสถานีตำรวจ ขอขอบคุณผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช ในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ เจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อาสาฉุกเฉินชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน ตำรวจบ้าน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และขอบคุณกลุ่มผู้ป่วยและญาติ ที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, บุญศิริ จันศิริมงคล. การทบทวนองค์ความรู้เรื่องการจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้เสพสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุรา; 2556.
2. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. สุขภาพจิตสร้างระบบนำส่งผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 17 ก.พ. 2560]. แหล่งข้อมูล: <https://www.hfocus.org/content/2014/11/8557>
3. Currier GW, Allen MH. American Association for Emergency Psychiatry survey: I. psychiatric emergency service structure and function. Presented at the Institute on Psychiatric Services, 1999 Oct 29–Nov 2, New Orleans.
4. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จูฑา, อธิป ตันอารีย์, ปธานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัญมรงค์รัชย์. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ 2556. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2560;25:1–19.
5. เบนจมาส พลฤกษ์กานนท์, อีระ ศิริสมุด, สุรเดช ดวงทิพย์-สิริกุล, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, กนกวรรณ สุดศรีวิไล. ระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป่า-

- หมายเร่งรัดภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2556.
6. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช (8 โรค) ประจำปีงบประมาณ [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [สืบค้นเมื่อ 17 ก.พ. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://www.plan.dmh.go.th/>
  7. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่กพฉ. กำหนด. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2558.
  8. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คลังข้อมูลการแพทย์ฉุกเฉิน [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 17 ก.พ. 2560]. แหล่งข้อมูล: [http://report.niems.go.th/niemsdwh/portal\\_link.html](http://report.niems.go.th/niemsdwh/portal_link.html)
  9. ส่วนเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ. การประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 10 ต.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://www.omhc.dmh.go.th/news/admin/9-mar-2560.pdf>
  10. สมภาพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์, พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว; 2557.
  11. Sriruenthong W, Kongsuk T, Pangchuntr W, Kittirattana-paiboon P, Kenbubpha K, Yingyeun R, et al. The suicidality in Thai population: a national survey. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2011;56:413-24.
  12. สวัสดิ์ อึ้งฉัตรกรชัย, อภินันท์ อารามรัตน์, อุษณีย์ พึ่งปาน, มานพ คณะโต, นพดล กรรณิกา, อาภา ศิริวงศ์ ณ ออยุธยา. สถานการณ์ปัญหาจากสารเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบัน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2551; 53:24-36.
  13. กิตติพงศ์ พลเสน, พรทิพย์ วชิรดิถ, ธีระ ศิริสมุด, ณัฐฉา คำนวนฤกษ์. สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2558.
  14. Suttajit S, Srisurapanont M. Schizophrenia: epidemiology and treatment. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2009;54 (Supplement 1):21-37.
  15. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, McEvoy J, Swartz M, Perkins D, et al. Barriers to employment for people with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163:411.
  16. สุปรียา ต้นสกุล. ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์: แนวทางการดำเนินงานในงานสุศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ. *วารสารสุศึกษา* 2550;30:1-15.
  17. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet* 2007;370:1164-74.
  18. กลุ่มพัฒนาระบบบริการ สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพ-จิต. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 17 ก.พ. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://www.klb.dmh.go.th/index.php?m=technology&op=detail&gr=&researchId=2015>
  19. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ. การดำเนินงานขับเคลื่อนพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 มี.ค. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://www.omhc.dmh.go.th/law/files/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%B8%E0%B8%A1%E0%B8%8A%E0%B8%5E0%B9%89%E0%B9%81%E0%B8%88%E0%B8%87%E0%B8%AF18%E0%B8%9E%E0%B8%A257%20Benjamas.pdf>
  20. พิกุล เจริญสกุลทรัพย์, กชพงศ์ สารการ, ธีรภา ธานี. การพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยใช้การแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2555;26:30-40.
  21. เกียรติภูมิ วงศ์จรจิต, พัทธ์พัล บุญยมาลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง, ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. รูปแบบ/กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยจิตเวชในระดับชุมชน. *วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา* 2552;10:30-42.
  22. อมราพร สุรการ, ณัฐฉา อรินทร์. การดูแลสุขภาพจิต: การมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)* 2557;6:176-84.
  23. ฐิตวัฒน์ หงษ์กิตติยานนท์, ลักขณา ยอดกลกิจ, มาลินี ชมชื่น. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดนนทบุรี. การ

- ประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6, 10 ต.ค. 2517, วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย; 2556. หน้า 212-22.
24. อภิชาติ อภิวัฒนพร. การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในจังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2556;21:131-7.
25. วิทยา ราชบัณฑิตยษ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม. วารสารสมาคมพยาบาลฯ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2556;31:48-56.
26. อรสา วัฒนศิริ, เสาวภา ศรีภูสิตโต. การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารกองการพยาบาล 2556;40:67-83.

**Abstract: A Model for Developing of Mental Crisis Emergency Patients through Integration of Emergency Medical Service**

**Teera Sirisamutr, M.S.; Porntip Wachiradilok, M.N.S.; Anurat Somton, B.B.A.**

*National Institute for Emergency Medicine, Nonthaburi, Thailand*

*Journal of Health Science 2019;28(Suppl 2):S157-S171.*

The objectives of this study were to assess the situation and problems associated with mental crisis emergency and to exchange information as well as to brainstorm for an integrated service model that could address the problems. It was conducted as a qualitative study in 4 provinces of Thailand (Nan, Udon Thani, Ratchaburi and Surat Thani) during January – March 2017. The informants were 5 groups of stakeholders, namely patients and caregivers, emergency health personnel, staff of health care facilities, civil society, and local administrators. Data was analyzed using content analysis. It was found that all 4 study areas had faced with the lack of knowledge and skills among the patients and their caregivers. The local community emergency response management was not well-planned and organized. The telephone triage system was inefficient and ineffective. Additionally, there were insufficient facilities, limited capacity of hospitals to serve mental crisis emergency patients. Some health facilities even refused to provide services to the patients in crisis. Nevertheless, there were some areas with proper practices. After information exchange and brainstorming, 5 areas of improvement were suggested: (1) providing educational services to build capacity of patients and caregivers, (2) building and promoting community based self-management program, (3) developing emergency notification, counseling, evaluation and situation control systems; and establishing effective referral, tracking and fast track system for vulnerable patients. (4) developing hospitals to become “self-management mental health facilities”, and (5) encouraging collaboration among policy makers, related healthcare organizations and all stakeholders for management plan. It was recommended that the proposed model be widely adopted and adjusted for the improvement of services for mental crisis emergency management. Continued monitoring and evaluation of the model was also recommended.

**Keywords:** mental crisis emergency, emergency medical service, model development