

การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วย ฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการ ในประเทศไทย

พรทิพย์ วชิรติก*

สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล*

ธีระ ศิริสมุต*

อัญชลี เนื่องอุดม*

ผู้รับผิดชอบบทความ: พรทิพย์ วชิรติก

บทคัดย่อ

สถานการณ์ปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชเพิ่มมากขึ้นทุกขณะ ในภาพรวมพบว่าประชากร 1 ใน 5 ของประเทศไทยมี
ปัญหาสุขภาพจิต มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรงร้อยละ 14.3 หรือ 7 ล้านคน และมีความเสี่ยงต่อการเกิด
ภาวะฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นและทำลายทรัพย์สิน การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ
นำระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่ไปสู่การปฏิบัติ
และติดตามประเมินผล รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การวิจัยเป็นแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีส่วนได้ส่วน
เสียและสหสาขาวิชาชีพใน “ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการ
ในพื้นที่” ทำการศึกษาใน 12 จังหวัด ซึ่งเลือกอย่างเจาะจง กระจายตามเขตสุขภาพที่ 1-12 เครื่องมือประกอบด้วยชุด
องค์ความรู้ แบบสำรวจกลุ่มเสี่ยง แบบประเมินความรู้สัญญาณเตือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์
เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์กลุ่มเสี่ยงใน 12 ตำบลนำร่อง มี 1,858 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (76.7%) วัย
แรงงาน 21-50 ปี (71.4%) มีประวัติเป็นโรคจิตเวชที่รักษาไม่ต่อเนื่อง (43.8%) ในด้านความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนฯ ใน
กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลนั้น พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ส่วนระบบของชุมชนจัดการตนเอง พบว่า เกือบทุกพื้นที่
นำร่องมีมาตรการต่างๆ ทั้งในระยะก่อน ระหว่างและหลังกลับจากการรักษา โดยมีการจัดทีมเผชิญเหตุในการเข้าประเมิน
และพูดคุยก่อนทีมภายนอกจะเข้าพื้นที่ เชื่อมต่อกับชุดตำรวจท้องที่ร่วมกับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น นำส่งระบบบริการ
สุขภาพไปถึงโรงพยาบาลปลายทางที่เหมาะสม ในส่วนของผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงระบบ
บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้รวดเร็วและเพิ่มขึ้น อีกทั้งไม่มีรายงานบาดเจ็บทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ออกเหตุและบุคคลแวดล้อม
ตลอดจนสามารถต่อยอดขยายผลผ่านคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด ผลกระทบ
ที่คาดว่าจะเกิด คือ จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่สามารถป้องกันได้ อีกทั้งยังทำให้ชุมชนเข้มแข็ง พึ่งพาตนเอง

* กลุ่มงานวิจัย สำนักวิจัยและพัฒนาวิชาการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

Received 10 March 2022; Revised 27 October 2022; Accepted 29 May 2023

Suggested citation: Wachiradilok P, Dounghipsirikul S, Sirisamutr T, Neungaud A. Seamless and integrated emergency medical services system for mental health crisis patients in Thailand. Journal of Health Systems Research 2023;17(2):264-78.

พรทิพย์ วชิรติก, สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล, ธีระ ศิริสมุต, อัญชลี เนื่องอุดม. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(2):264-78.

ได้ มีความรอบรู้ ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและจัดการช่วยเหลือเบื้องต้น ตลอดจนทำให้แนวทางปฏิบัติของระบบ บริการสุขภาพทั้งระบบ prevention, pre-hospital care, in-hospital care และ inter-facility transfer เป็นไปอย่างไร ร้อยต่อและบูรณาการซึ่งกันและกัน

คำสำคัญ: ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต, ไร้รอยต่อ, แนวปฏิบัติบูรณาการ

Seamless and Integrated Emergency Medical Services System for Mental Health Crisis Patients in Thailand

Porntip Wachiradilok, Suradech Dounghipsirikul, Teera Sirisamutr, Aunchulee Neungaud

Bureau of Research and Academic Development, National Institute for Emergency Medicine

Corresponding author: Porntip Wachiradilok, leely575@gmail.com

Abstract

Currently, there has been an increasing number of psychiatric patients. From 1 in 5 people in the country to have mental health problems, Thailand has 14.3% or 7 million psychiatric patients at risk of mental health crisis with a chance of inflicting self-harm or violent behaviors towards people and surrounding property. The present research aimed to implement a seamless locally integrated emergency medical service system for emergency mental health crisis patients, monitor, evaluate, and provide policy recommendations. The mixed methods research comprised quantitative and qualitative analysis. The sample group is a multidisciplinary stakeholder in the field of “Emergency Medical Service Systems for Locally Integrated Emergency Mental Health Patients”. The research is conducted in 12 provinces distributed across Health Region 1-12 using a purposive sampling. The tool consisted of a knowledge set, risk evaluation survey, warning sign knowledge assessment form, and questions for the group discussion. The data were analyzed with descriptive statistics and content analysis. The results showed that 1,858 risk groups in 12 pilot sub-districts were mostly male (76.7%), aged 21-50 years (71.4%), with a history of intermittent treatment for psychiatric disorders (43.8%). From these 2,099 relatives/caregivers, most had good understanding on “warning symptoms and requests for help for emergency mental health patients”. As for the self-management community system, most pilot areas had working guidelines before, during, and post treatment, especially on organizing a response team to assess and mitigate before external teams enter the scene. This is connected to the local police unit in conjunction with the initial emergency operations to bring the health service system to the appropriate destination hospital. As an outcome, patients with mental health crises have faster and more access to emergency medical services. In addition, there were no reports of injuries to patients, officer or surrounding people as well as being able to extend the results through the service plan of the Mental Health and Substance Abuse. The impact for the expected effects, those at risk of mental health crisis can access the health system quickly and appropriately, reducing complications and preventable dangers. In addition, it is expected that the community become more self-reliant, increase in health literacy in promoting, preventing, and providing basic assistance for mental health crisis situation, as well as having established integrated guidelines for the health service system including prevention, pre-hospital care, in-hospital care and inter-facility transfer seamlessly.

Keywords: emergency medical service system, mental crisis, seamlessly, integrated guidelines

ภูมิหลังและเหตุผล

ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาที่มีความสำคัญของประเทศ ปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าประชากร 1 ใน 5 ของประเทศมีปัญหาสุขภาพจิต จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีการเริ่มต้นถึงรุนแรงร้อยละ 14.3 หรือ 7 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณ 400,000 คน โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการรักษาจะเกิดการเสื่อมถอยทางความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมอย่างมาก โดยมีอาการคลุ้มคลั่ง ประสาทหลอน ก้าวร้าว มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อตนเอง ผู้อื่น ทรัพย์สิน รวมทั้งก่อเหตุอาชญากรรมในชุมชน ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่าง พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2560 พบจำนวน 9,866 ราย โดยเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทและโรคหลงผิด (F20 - F29) มากที่สุด คือมีจำนวน 5,302 ราย (ร้อยละ 53.75) รองลงมาเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30 - F39) จำนวน 2,234 ราย (ร้อยละ 22.64) และกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10 - F19) จำนวน 1,441 ราย (ร้อยละ 14.60) เมื่อพิจารณาจำแนกตามเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วย SMI-V พบว่า ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายร่างกายตนเองมากที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน ซึ่งจากสถานการณ์ที่สื่อต่างๆ นำเสนอเหตุการณ์รุนแรง เป็นที่สะท้อนขวัญ สร้างความหวาดกลัวให้กับครอบครัวและชุมชน ผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่จะมีประวัติการรักษาทางจิตเวชขาดการรักษาต่อเนื่อง มีการใช้สุรา สารเสพติด และไม่รับรู้ความเจ็บป่วย จึงเป็นเหตุให้อาการกำเริบ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน มีความจำเป็นอย่าง

ยิ่งที่ต้องได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง และเป็นไปตามบริบทของผู้ป่วยและญาติที่ดูแล ด้วยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง⁽¹⁻²⁾

ผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง แต่จากข้อมูลวิจัยในปี 2562 ได้ระบุว่า ประชากรส่วนใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือจิตเวชไม่สามารถเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสม ประมาณ ร้อยละ 75 ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมดในประเทศที่มีรายได้ต่ำหรือปานกลางไม่ได้รับการรักษาใดๆ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยเฉลี่ยทั่วโลก ช่องว่างการรักษา (treatment gap) สำหรับโรคจิตเภทมีร้อยละ 32 โรคซึมเศร้ามีร้อยละ 56 และปัญหาการติ่มสุราจนเป็นอันตรายมีร้อยละ 78⁽³⁾ ซึ่งปัญหาการเข้าถึงบริการดังกล่าวเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น มาตรการทางกฎหมาย ข้อจำกัดด้านบุคลากร งบประมาณที่ไม่เพียงพอ การออกแบบระบบบริการหรือกระบวนการที่ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่มีปัญหาวิกฤตสุขภาพจิต รวมทั้งความไม่รู้ในการปฏิบัติตัวหรือการไปรับการรักษาของผู้ป่วย ญาติและประชาชนทั่วไป นอกจากนี้ยังพบทัศนคติเชิงลบ และการถูกตีตราว่าเป็นคนบาปที่สังคมหยิบยื่นให้กับผู้ป่วยและครอบครัว⁽⁴⁻⁶⁾ การที่ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางระบบประสาทเข้าไม่ถึงระบบการคัดกรองและการรักษาที่เหมาะสม อาจส่งผลให้ผู้ป่วยบางประเภทมีอาการฉุกเฉินทางจิต คลุ้มคลั่ง ทำร้ายร่างกายตนเองและผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีการทางจิตที่เกิดจากสารเสพติดที่มีอาการประสาทหลอน เพื่อ คลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว ควบคุมตนเองไม่ได้ ซึ่งล้วนมีโอกาสเสี่ยงก่อความรุนแรงต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม⁽⁵⁻⁶⁾ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมียุทธศาสตร์การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ตั้งแต่เกิดอาการจนนำส่งสถานพยาบาลที่เหมาะสม ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่มีอาการจิตคลุ้มคลั่งดังกล่าว ถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่สามารถเรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ให้ไปรับและนำส่งยังสถานบริการสุขภาพได้ โดยเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการที่ 13 (อาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/

อารมณ์) ตามระบบการคัดแยกในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน⁽⁷⁾

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ในปี 2561 พร้อมทั้งจัดทำชุดองค์ความรู้ จำนวน 4 เล่ม ได้แก่ 1) แนวทางแจ้งเหตุและช่วยเหลือเบื้องต้นในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต สำหรับญาติหรือคนใกล้ชิด 2) แนวทางแจ้งเหตุและช่วยเหลือเบื้องต้นในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต สำหรับหน่วยชุมชนจัดการตนเอง 3) แนวทางรับแจ้งเหตุและสั่งการในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต สำหรับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และ 4) แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อสำหรับห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล และมีการนำระบบฯ ดังกล่าวไปทดลองใช้ในพื้นที่นำร่องจำนวน 7 จังหวัด กระจายตาม 4 ภูมิภาค ในปี 2562-2563 พบว่า พื้นที่ที่สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้ ญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนคลุ้มคลั่ง สามารถร้องขอความช่วยเหลือจากชุมชน โทรแจ้งเหตุ 191 หรือ 1669 ได้อย่างถูกต้อง กว่าร้อยละ 60 ของชุมชนมีมาตรการเฝ้าระวังและจัดการเบื้องต้น ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการมีแนวทางในการรับแจ้งเหตุ ประสานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินคลุ้มคลั่งได้อย่างปลอดภัยทุกฝ่าย ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลทุกระดับมีแนวทางในการประเมิน ดูแลช่วยเหลือ และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลปลายทางที่เหมาะสม⁽⁸⁾

อย่างไรก็ตาม จากการติดตามประเมินผล พบว่าระบบชุมชนจัดการตนเองต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วนในพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่ยังคงมีปัญหาอุปสรรคแตกต่างกันไปตามบริบทและวัฒนธรรมของชุมชน อีกทั้ง อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (emergency medical responder: EMR) จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทักษะการพูดเกลี้ยกล่อม และการผูกมัดผู้ป่วยฉุกเฉิน (physical restrain) ก่อน จึงจะมีความมั่นใจและสามารถเข้าปฏิบัติการฉุกเฉินร่วมกับทีมตำรวจได้อย่างปลอดภัย อีกทั้งผลของการวิจัยที่ประสบความสำเร็จในพื้นที่หนึ่ง ไม่ได้หมายความว่า จะประสบ

ความสำเร็จในพื้นที่อื่น เพราะบริบทเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ จึงมีความจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน ร่วมกับการติดตามและประเมินผล⁽⁹⁾ ดังนั้น การศึกษานี้ จึงขยายพื้นที่นำร่องให้ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพของประเทศไทย ร่วมกับการติดตามและประเมินผล เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการที่เหมาะสมในพื้นที่ อันจะก่อให้เกิดความยั่งยืน และผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตทุกคนได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสม (mixed method) ประกอบด้วยการศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ร่วมกับการติดตามและประเมินผล สำหรับการสังเคราะห์ข้อมูลใช้แนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ⁽¹⁰⁾

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับ “ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่” ประกอบด้วย 1) กลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดอาการคลุ้มคลั่ง 2) ญาติ/ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยง 3) แกนนำชุมชน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) 4) หน่วยงานในชุมชน เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)/ตำรวจ/ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน/มูลนิธิ 5) กลุ่มสถานบริการ เช่น ศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน 191, ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด 1669, หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน, โรงพยาบาลชุมชน (รพช.), โรงพยาบาลศูนย์หรือทั่วไป (รพศ./รพท.), โรงพยาบาลจิตเวช และ 6) กลุ่มผู้ดูแลภาพรวม เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

พื้นที่การศึกษา พื้นที่การศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ เขต

สุขภาพที่ 1-12 โดยเลือกเขตสุขภาพละ 1 จังหวัดด้วยวิธีเจาะจง คือ จังหวัดที่มีสถิติการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาการที่ 13 (คลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อาารมณ์) ค่อนข้างสูง และยินดีเข้าร่วมการศึกษา ประกอบด้วยจังหวัดน่าน พิชญ์โลก อุทัยธานี สระบุรี นครปฐม ระยอง ร้อยเอ็ด หนองบัวลำภู สุรินทร์ ศรีสะเกษ พังงา และสงขลา

เครื่องมือ ทีมวิจัยได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) เครื่องมือสำหรับการดำเนินการ (implementation) คือ “ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่” ซึ่งเป็นระบบฯ ที่ผ่านการวิจัยและพัฒนา ตั้งแต่ปี 2562-2563 โดยมีการนำไปทดลองใช้ใน 4 ภูมิภาค เลือกภูมิภาคละ 1 จังหวัด ทั้งนี้ดำเนินการในลักษณะจังหวัดละ 1 อำเภอ อำเภอละ 1 ตำบล ตำบลละ 1 หมู่บ้าน เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปขยายผลในระดับจังหวัดและประเทศ จากการติดตามประเมินผล พบว่า สามารถนำระบบฯ ไปใช้ขยายผลได้ โดยปรับให้สอดคล้องกับความต้องการของบริบทและข้อจำกัดของพื้นที่ โดยมีชุดองค์ความรู้ 2 เล่ม ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่ และคู่มือดำเนินงานฯ

2) เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ทีมวิจัยได้พัฒนาแบบสำรวจครัวเรือนสำหรับกลุ่มเสี่ยงต่ออาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และทำลายข้าวของ เป็นลักษณะเติมข้อความ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะของกลุ่มเสี่ยง (ดื่มสุรา เมากาอาละวาด ใช้สารเสพติด จิตเวชรักษาไม่ต่อเนื่อง เคยมีพฤติกรรมรุนแรง) รวมทั้ง ความสัมพันธ์และอายุของบุคคลที่ดูแลหลัก ซึ่งได้ผ่านผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาเพื่อนำไปใช้ สำหรับแบบประเมินความรู้ความเข้าใจ สัญญาณเตือนและการแจ้งขอความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคลุ้มคลั่ง ทีมวิจัยได้พัฒนาจากอาการเตือนทาง

จิตและปัจจัยกระตุ้นที่เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง สำหรับญาติและผู้ดูแลของกรมสุขภาพจิต⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย 3 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็น ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 เป็น ข้อคำถามเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสัญญาณเตือนฯ ลักษณะให้เลือกตอบ “ถูก” หรือ “ผิด” จำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 3 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต เป็นลักษณะตรวจสอบรายการและเติมข้อมูลแสดงความคิดเห็น จำนวน 3 ข้อ ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ทีมวิจัยได้นำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 3 ท่าน หลังจากปรับปรุงแล้ว ได้นำไปทดสอบความยากง่าย (difficulty) อำนาจในการจำแนก (discrimination) และความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ กับประชาชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 30 ราย ได้ค่าความยากง่าย เท่ากับ 0.63 ค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ 0.55 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.83

วิธีดำเนินการ แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1) การปรับปรุงและการบูรณาการองค์ความรู้ (improving & integration) การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่ เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูล ระดมความคิดเห็น กับหน่วยงาน/ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) และผู้เชี่ยวชาญอย่างมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคลุ้มคลั่งแบบบูรณาการในพื้นที่ และชุดองค์ความรู้/แนวทางปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและบูรณาการให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่

2) การนำระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่ไปสู่การปฏิบัติ ในเขตสุขภาพที่ 1-12 เขตสุขภาพละ 1 จังหวัดที่คัดเลือกแล้ว จากนั้นให้จังหวัดทำการวิเคราะห์หาอำเภอและตำบลนำร่อง โดยใช้เกณฑ์เดียวกันกับทีมวิจัย คือ พื้นที่ที่มีสถิติการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ในกลุ่มอาการที่ 13 (คลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์) ค่อนข้างสูงและยินดีให้เข้าร่วมการศึกษา ดำเนินการสำรวจทุกครัวเรือนที่ อสม. รับผิดชอบ โดย อสม. ได้ผ่านการอบรมเครื่องมือสำรวจและความรู้สัญญาณเตือนๆ จากเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. โดยมีที่ปรึกษาวิชาการที่เป็นเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเป้าหมาย

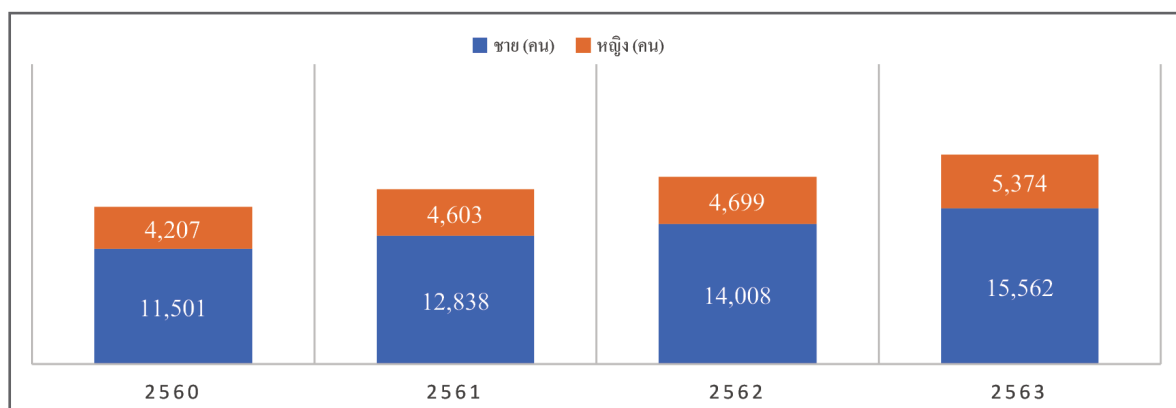
3) การติดตามประเมินผล ดำเนินการโดยเป็นการติดตามเสริมพลังใจ ร่วมฟังและร่วมแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ ระหว่างดำเนินการ ส่วนการประเมินผลเป็นการศึกษาเพื่อพิจารณาว่าการดำเนินการเป็นไปตามขั้นตอนต่างๆ ที่ได้กำหนดไว้หรือไม่ รวมถึงพิจารณาความสำเร็จของผลผลิต ผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้น

ผลการศึกษา

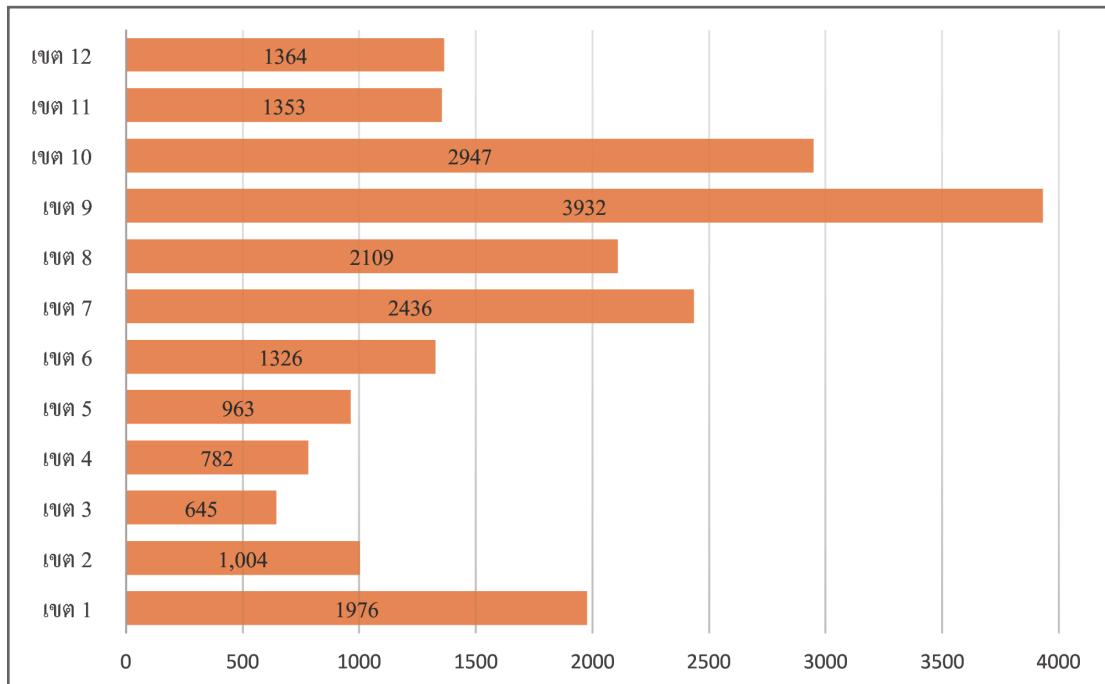
1) สถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เรียกใช้บริการ 1669 ตามกลุ่มอาการนำที่ 13 (criteria based dispatch: CBD-13) มีพฤติกรรมคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ จากข้อมูลในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (Information Technology for Emergency Medical System: ITEMS) ระหว่างปี 2560-2563 พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยต่อปี ประมาณ 10.1% ทั้งนี้ ปี 2560

พบ 15,708 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 20,936 ราย ในปี 2563 และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วนประมาณ 4:1 เมื่อพิจารณาเป็นรายเขตสุขภาพในปีงบประมาณ 2563 พบว่า 3 ลำดับแรกที่พบสูงที่สุดอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ เขตสุขภาพที่ 9, 10 และ 7 จำนวน 3,932, 2,947 และ 2,436 รายตามลำดับ สำหรับเขตสุขภาพที่ 3 พบต่ำที่สุดจำนวน 645 ราย (ดังภาพที่ 1 และ 2)

2) การสำรวจกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดอาการคลุ้มคลั่งทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และทำลายทรัพย์สินในพื้นที่เป้าหมาย 12 จังหวัด จังหวัดละ 1 อำเภอ อำเภอละ 1 ตำบล ดำเนินการสำรวจโดย อสม. ที่ได้ผ่านการอบรมเครื่องมือสำรวจและความรู้สัญญาณเตือนๆ จากเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. โดยมีที่ปรึกษาวิชาการที่เป็นเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งการสำรวจครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลได้ จำนวน 1,858 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.7 อายุระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 25.6 ลักษณะที่มีความเสี่ยงต่ออาการจิตคลุ้มคลั่ง พบเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาไม่ต่อเนื่องมากที่สุด ร้อยละ 43.8 รองลงมา ต้มสุรา/เมาอาละวาด และใช้ยาเสพติด ร้อยละ 27.5 และ 22.2 ตามลำดับ สำหรับผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นบิดา-มารดา และอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 45.5 และ ร้อยละ 34.3 ตามลำดับ



ภาพที่ 1 จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เรียกใช้ 1669 กลุ่มอาการนำที่ 13 (คลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์) ระหว่างปี 2560-2563 จำแนกตามเพศ



ภาพที่ 2 จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เรียกใช้ 1669 กลุ่มอาการนำที่ 13 (คลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์) ระหว่างปี 2560-2563 จำแนกตามรายเขตสุขภาพที่ 1-12

3) การสำรวจความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสัญญาณเตือน และการแจ้งขอความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินจิต คลุ้มคลั่งของญาติหรือคนใกล้ชิดในพื้นที่เป้าหมาย 12 จังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 2,099 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.1 และเพศชาย ร้อยละ 35.9 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 29.6 รองลงมา 51-60 ปี และ มากกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.4 และ 17.8 ตามลำดับ สถานภาพ ใช้ชีวิตคู่ รองลงมา โสดและหม้าย ร้อยละ 19.2 และ 8.6 ตามลำดับ ประมาณครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 50.7 จบการศึกษา ในระดับประถมศึกษา รองลงมา มัธยมศึกษา และปริญญาตรี ร้อยละ 35.8 และ 11.4 ตามลำดับ จำนวนครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 50.5 ประกอบอาชีพเกษตรกร รองลงมา รับจ้าง และข้าราชการ/ พนักงานของรัฐ ร้อยละ 20.2 และ 8.2 ตามลำดับ สำหรับความรู้ความเข้าใจสัญญาณเตือนก่อนเกิดวิกฤตสุขภาพจิต หรืออาการคลุ้มคลั่ง/ จิตประสาท/ อารมณ์ของผู้ป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มี

ความรู้ความเข้าใจไม่ถูกต้องในทุกประเด็น ยกเว้น 3 ประเด็น สุดท้ายที่กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจไม่ถูกต้องมากกว่า ร้อยละ 50 คืออาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง กลางวัน นอนยาว กลางคืนออกเที่ยวถึงเช้า และบ่นทิว และกิน ตลอดทั้งวัน สำหรับการแจ้งขอความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤตสุขภาพจิต หรือผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง/ จิตประสาท/ อารมณ์ พบว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างพบเห็นผู้มีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ส่วนใหญ่จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลหรือหน่วยงานใน ชุมชน เช่น อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อปพร. มากที่สุด ร้อย ละ 85.1 รองลงมาคือ ตำรวจ 191 และการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 68.1 และ 54.7 ตามลำดับ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.8 รู้จักการแพทย์ฉุกเฉิน หรือเลขหมาย 1669

4) การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและอย่าง บูรณาการในพื้นที่ โดยจังหวัดนำร่องทั้งหมดให้ความสำคัญ กับการจัดระบบบริการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

สุขภาพจิต โดยระบุว่าสถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตมีมากขึ้น ทำให้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาระบบเพื่อการดูแลช่วยเหลือและเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ อีกทั้งยังพบว่าต้นทุนศักยภาพของจังหวัดนาร่องต่างๆ นั้นมีความพร้อมในการดำเนินงาน มีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานด้านสุขภาพและเครือข่ายอื่นๆ ได้แก่ ตำรวจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มูลนิธิ กู้ชีพ-กู้ภัย รวมทั้งกลุ่มแกนนำชุมชนในตำบลนาร่อง แต่ละจังหวัดได้มีการจัดตั้งคณะทำงานเป็นแกนหลักของจังหวัด (core team) และได้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ “ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่” เพื่อปรับทัศนคติ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาระบบชุมชนจัดการตนเองสู่ระบบบริการสุขภาพ และการนำชุดองค์ความรู้ไปปรับใช้ในพื้นที่ ผลจากการติดตามสถานการณ์ในพื้นที่สามารถสรุปได้เป็น 2 ส่วน

4.1) ระบบบริการสุขภาพ ผลจากการจัดระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ระบบการแพทย์ฉุกเฉินไปจนถึงการดูแลรักษาในสถานพยาบาลที่เหมาะสมนั้น ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นได้รับการพัฒนาทักษะการพูดเกลี้ยกล่อม และการเข้าจำกัดพฤติกรรมอย่างปลอดภัยด้วยการผูกยึดทางกาย ทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติอย่างถูกวิธี และเหมาะสม นอกจากนี้ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการประชุมระดมสมองเพื่อจัดทำแนวปฏิบัติตั้งแต่การรับแจ้งเหตุที่ใช้คำถาม-ตอบแบบสั้น รวดเร็วแต่แม่นยำในการประเมินความรุนแรง และสั่งการหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินชุดที่เหมาะสมออกช่วยเหลือ และได้พัฒนาคำสั่งอำนวยความสะดวกทั่วไปในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต โดยครอบคลุมหน่วยปฏิบัติการระดับสูง ระดับกลางและระดับพื้นฐาน มีแนวทางที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมในการประสาน 191 เพื่อออกเหตุร่วมกัน สำหรับห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลทุกระดับ มีการเตรียมพร้อมในการรับผู้ป่วยฉุกเฉินกลุ่มคลั่ง โดยการจัดแยกโซนเฉพาะ มีแนวปฏิบัติ

ตรวจวินิจฉัยแยกโรค การจัดระบบบริการระหว่างแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินกับจิตแพทย์ให้สามารถปรึกษาได้ตลอดเวลา รวมถึงประสานส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชที่เป็นแม่ข่ายของพื้นที่ อย่างไรก็ตามปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นคือ การรอผลตรวจจากห้องปฏิบัติการที่ใช้เวลานาน ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินกลุ่มคลั่งต้องอยู่ในห้องฉุกเฉินเกือบทั้งวัน การพัฒนาแนวทางส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช โดยลดระยะเวลาการรอคอยที่โรงพยาบาลฝ่ายกายยังเป็นโจทย์ที่ต้องพัฒนาต่อไป

4.2) ระบบชุมชนจัดการตนเอง ทุกพื้นที่ที่มีการจัดตั้งกลุ่มแกนนำ “ชุมชนจัดการตนเอง” โดยดำเนินมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันในกลุ่มเสี่ยง การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการคลั่งคลั่ง อาละวาด รวมไปถึงการติดตามเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ทั้งนี้การจัดตั้งกลุ่มแกนนำมีองค์ประกอบ 3 กลุ่ม ได้แก่ แกนนำชุมชน กลุ่มด้านสุขภาพ และทีมความมั่นคง มีบทบาทหน้าที่สำคัญ 3 ช่วงเวลา คือ ช่วงก่อนเกิดเหตุ ระหว่างเกิดเหตุ และหลังเกิดเหตุ ตามคู่มือองค์ความรู้เรื่องแนวทางการแจ้งเหตุและช่วยเหลือเบื้องต้น โดยกลุ่มแกนนำชุมชนได้รับการอบรมวิธีการสำรวจกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และในชุมชน จัดประชุมคืนข้อมูลชุมชน หามาตรการชุมชนในการเฝ้าระวังและป้องกัน จัดทำสื่อให้ความรู้ “สัญญาณเตือนก่อนคลั่ง” ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมและทรัพยากรเดิมของชุมชน ระดมสมองจัดทำขั้นตอนการร้องขอความช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยเกิดอาการคลั่งคลั่ง โดยระบุชื่อและเบอร์โทรของทีมเผชิญเหตุในชุมชนอย่างชัดเจน รวมทั้ง ใช้วิธีโทรถามหรือเยี่ยมบ้านกรณีผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการดูแลเป็นรายกรณีเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน อสม. แกนนำชุมชน และครอบครัวที่มีกลุ่มเสี่ยง ได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ “สัญญาณเตือนก่อนคลั่งคลั่ง” สามารถประเมินให้การช่วยเหลือเบื้องต้น รู้ขั้นตอนการร้องขอความช่วยเหลือ มีทักษะเกลี้ยกล่อม และมีวิธีการจำกัดพฤติกรรมอย่างปลอดภัย

ผลลัพธ์ (outcome) การติดตามประเมินผลและถอดบทเรียนการดำเนินงานในพื้นที่นาร่อง 12 จังหวัด พบ

ผลลัพธ์ 3 ด้าน คือ 1) ด้านผู้ป่วย พบว่า มีผู้ป่วยฉุกเฉินจิต คลุ้มคลั่งเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น เมื่อ เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2563 และ 2564 โดยภาพรวม พบว่า มีการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 8.04 จากจำนวน 20,936 ราย ในปี 2563 เป็น 22,620 ราย ในปี 2564 รวมทั้งใช้ ระยะเวลาเร็วขึ้นในการเข้าถึงบริการจากการประสานเชื่อม รอยต่อที่รวดเร็วตั้งแต่ชุมชนไปถึงโรงพยาบาลปลายทางที่ เหมาะสม 2) ด้านความปลอดภัย ไม่มีรายงานอุบัติเหตุการบาดเจ็บของทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ออกเหตุหรือบุคคลแวดล้อม และ 3) ด้านการต่อยอดขยายผลโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาสุขภาพจิตและ สารเสพติดได้นำระบบฯ และชุดองค์ความรู้ดังกล่าวไปปรับ ใช้ โดยมีการกำกับติดตามผ่านระบบการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข

ผลกระทบ (impact) ผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงระบบ สุขภาพได้รวดเร็วและเหมาะสมมากขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน และอันตรายที่สามารถป้องกันได้ สามารถดูแลตนเอง ได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งเป็นกำลังสำคัญของ ครอบครัวและชุมชน เกิดชุมชนเข้มแข็ง พึ่งพาตนเอง เพื่อ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งสามารถจัดการเบื้องต้นและรู้วิธีร้องขอความช่วยเหลือ กรณีผู้ป่วยที่มีอาการ คลุ้มคลั่ง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และทำลายทรัพย์สิน รวมทั้งสามารถนำแนวคิดชุมชนจัดการตนเองเพื่อขยายผล ในประเด็นสุขภาพอื่น เพื่อให้เกิดการจัดการของชุมชน สู้ ความยั่งยืน ส่งผลให้ชุมชนมี health literacy ที่ดีและเข้ม แข็ง สำหรับการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤตสุขภาพจิตเป็นการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องทั้งในระดับการดูแลปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และ บริการความเชี่ยวชาญระดับสูง รวมทั้งการบริหารจัดการ เป็นรูปแบบภาคีเครือข่าย และสหสาขาวิชาชีพของระบบ prevention, pre-hospital care, in-hospital care และ inter-facility transfer ซึ่งอาจแตกต่างกันตามบริบทของ พื้นที่

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิง คุณภาพ ร่วมกับการติดตามและประเมินผล เพื่อสังเคราะห์ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โดยใช้แนวคิด 6 เสาหลักของ ระบบสุขภาพ⁽¹¹⁾ (six building blocks) ประกอบด้วย 1) การจัดบริการ 2) บุคลากร 3) การจัดการระบบข้อมูล 4) การจัดการเทคโนโลยี/เครื่องมือ 5) การคลัง และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล รวมถึงข้อเสนอแนะเชิง นโยบาย ดังนี้

1) การจัดบริการ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตมี สาเหตุจากหลากหลายปัจจัย ค่อนข้างซับซ้อน และลักษณะ อาการที่แสดงออกคลุ้มคลั่งทำร้ายตนเอง ผู้อื่น และสิ่ง แวดล้อม ส่งผลกระทบรุนแรงรอบด้าน ดังนั้น การป้องกัน ไม่ให้เกิดวิกฤตสุขภาพจิตจะดีที่สุด การเสริมสร้างความ รอบรู้ เรื่อง “สัญญาณเตือนก่อนคลั่ง และร้องขอความช่วยเหลือเป็น” โดยให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ดูแลสามารถ เข้าถึง เข้าใจ และนำไปใช้สังเกต ดูแลการรับประทานยา และไปพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะสามารถป้องกันและ ลดความเสี่ยงในการเกิดคลุ้มคลั่งได้ ควบคู่ไปกับการพัฒนา ให้ชุมชนเข้มแข็งและสามารถจัดการตนเอง ทั้งในด้านการ จัดสภาวะแวดล้อมและสร้างมาตรการต่างๆ รวมทั้งจัดตั้ง ทีมเผชิญเหตุเข้าประเมิน เจริญ ช่วยเหลือเบื้องต้น ร่วมกับ สหสาขาวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.สต. และ อบต. เชื่อมประสานไปกับตำรวจ (191) ระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน (1669) เพื่อปฏิบัติการฉุกเฉินที่รวดเร็ว มีมาตรฐาน และคุณภาพ นำส่งแบบช่องทางด่วนในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ รวมทั้งโรงพยาบาล ปลายทางที่เหมาะสม การประสานส่งต่อ โรงพยาบาล ปลายทางที่เป็นแม่ข่ายของพื้นที่บนหลักการ 3P-safety ความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย (patient) บุคลากร (personnel) และสังคม (people and public) อย่างไรก็ตามการจะให้ ระบบบริการดังกล่าวสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน จำเป็นต้องใช้กลไกการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขา

สุขภาพจิตและสารเสพติด ภายใต้หลักการเครือข่ายบริการไร้รอยต่อ (seamless health service network) ที่มีความเชื่อมโยงการบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง สร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างทั่วถึงเป็นธรรม และลดความเหลื่อมล้ำ⁽¹²⁾

2) บุคลากร โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มมีผู้ที่เป็นแกนหลักในการประสานเชื่อมเครือข่ายทุกภาคส่วนเข้าร่วมดำเนินการ ดังนี้

2.1) กลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการในภาพรวม เช่น ภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะมีหัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อที่ดูแลงานสุขภาพจิตและยาเสพติด จะเป็นหลักในการประสานเชื่อมทุกภาคส่วนผ่านคณะทำงานแกนหลัก (core team) ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ลงนามผ่านผู้ว่าราชการจังหวัด ซึ่งครอบคลุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภายในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น ตำรวจ ทหาร สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จังหวัด ฯลฯ ทั้งในเชิงบริหารจัดการและในเชิงปฏิบัติ เนื่องจากคณะทำงานแกนหลักต้องเป็นผู้ดำเนินการถ่ายทอดระบบฯ วิธีดำเนินการ การสร้างเครื่องมือและการรวบรวมข้อมูล การกำกับและติดตาม รวมทั้งมีการเตรียมความพร้อม แก้ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ โดยใช้วิธีซ้อมแผนบนโต๊ะ (table top exercise) และซ้อมจริงในพื้นที่ผ่านสถานการณ์จำลอง (scenario) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากที่ผ่านมาทำงานแยกส่วน ข้ำซ้อน และขาดการเชื่อมโยง ดังนั้น กลุ่มบุคลากรดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการสร้างทัศนคติให้เห็นความสำคัญในการบูรณาการงานที่เกี่ยวข้องและเชื่อมระบบบริการอย่างไร้รอยต่อ จึงจะสามารถสร้างความร่วมมือให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาร่วมคิดและร่วมทำ เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมได้มากขึ้น

2.2) กลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบชุมชนจัดการตนเอง เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่

บริหารจัดการร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ และ รพ.สต. ที่มีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด จะเป็นหลักในการจัดประชุมชี้แจง อบรมให้ความรู้ พัฒนาทักษะด้านการค้นหากลุ่มเสี่ยง สร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสนอมาตรการต่างๆ ทั้งระยะก่อนมีอาการคลั่ง ขณะมีอาการคลั่ง และหลังกลับจากการรักษา โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.) อาสาฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) ที่สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือมูลนิธิ ตำรวจ ทหาร ญาติหรือคนใกล้ชิด ซึ่งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องดังกล่าว โดยเฉพาะ emergency medical responder (EMR) ควรได้รับการพัฒนาทักษะเกลี้ยกล่อม (brief for negotiating skill) และการจำกัดพฤติกรรม (physical restraints) เพื่อสร้างความมั่นใจในการเข้าปฏิบัติการร่วมกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ โดยประเมินความปลอดภัยอย่างรอบด้าน⁽¹³⁾

2.3) กลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลจังหวัด จะมีกลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและกลุ่มงานจิตเวช โดยจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช ร่วมกับ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน จะเป็นหลักในการสร้างเครือข่ายสถานพยาบาลทุกระดับร่วมพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อตั้งแต่ pre-hospital, in-hospital และ interfacility transfer โดยอยู่บนหลักการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และใช้สถานการณ์ปัญหาหรือเป็นปัญหาร่วมในการพัฒนา เช่น “หนุ่มคลั่งฆ่ามารดาและเผาบ้าน” “หนุ่มป่วยจิตคลั่งถูกวิสามัญหลังไล่พันตำรวจ” ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะ 20 ปี โดยมุ่งลดการเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงระบบสุขภาพ โดยการยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people centered approach) ในการให้บริการสุขภาพ⁽¹⁴⁾ เช่นเดียวกับยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลก ที่เริ่มพัฒนา

ในทศวรรษที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ที่เน้นการดูแลสุขภาพที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของการเข้าถึงบริการ บริการที่แยกส่วน และไม่มีคุณภาพ⁽¹⁵⁾

3) การจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ ระบบข้อมูลของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้พัฒนาระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (Information Technology for Emergency Medical System: ITEMS) โดยเป็นระบบงานที่นำเอาเทคโนโลยีทางสารสนเทศมาใช้ สนับสนุนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย เริ่มใช้งานทั่วประเทศเมื่อปีงบประมาณ 2554 เรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน โดยได้รับการปรับปรุงและพัฒนาระบบงานเพื่อเสริมศักยภาพและความสามารถของระบบอย่างต่อเนื่อง⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาที่ไม่สามารถระบุผู้ป่วยฉุกเฉินกลุ่มอาการ CBD-13 ว่ามีการใช้สารเสพติด หรือเป็นผู้ป่วยจิตเวชเดิมที่ขาดการรักษาหรือกินยาไม่ต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องมีการเพิ่มช่องให้บันทึก ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนเชื่อมระดับนโยบายในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการร่วมกันระหว่างกรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด การจัดการระบบข้อมูลของกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสก่อความรุนแรง ในกลุ่มโรคจิตเวชที่ขาดการรักษา โดยกรมสุขภาพจิตได้มีการสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) เฉพาะโรงพยาบาลจิตเวช 14 แห่ง ที่สังกัดกรมสุขภาพจิต และขอกำหนดให้สมาชิกรัฐธรรมนูญข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วย SMI-V ในระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (แฟ้ม SPECIALPP) ของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁷⁾ สำหรับกลุ่มเสี่ยงที่เคยมีประวัติใช้สารเสพติด รพ.สต. จะมีข้อมูลผู้ผ่านการบำบัดเพื่อทำการติดตามฟื้นฟูในชุมชน ส่วนผู้ที่ดื่มสุราอาละวาด และผู้ที่เคยมีประวัติก่อความรุนแรงในชุมชน เพิ่งมีการสำรวจภายใต้โครงการในครั้งนี้ ซึ่งภาพรวมของทุกพื้นที่พบจำนวนกลุ่มเสี่ยงมากกว่าที่มีอยู่ในฐานข้อมูลของ รพ.สต. ส่วนใหญ่จัดเก็บในรูปแบบ

Excel ในคอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นโอกาสพัฒนาในการจัดการระบบข้อมูลของกลุ่มเสี่ยงสำหรับ รพ.สต. เพื่อเป็นฐานข้อมูลระดับปฐมภูมิในการขอสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4) การจัดการเทคโนโลยี/เครื่องมือ ชุดองค์ความรู้ที่ใช้ในการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) แนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่ และ 2) คู่มือดำเนินการฯ โดยทั้ง 2 เล่ม มีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการพัฒนาระบบชุมชนจัดการตนเองเพื่อระบบบริการสุขภาพ รวมทั้ง การบริหารจัดการ ทั้งกลุ่มเป้าหมายสหสาขาที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอน/วิธีการขับเคลื่อน และเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล รวมทั้ง คลิปวิดีโอตัวอย่างการซ้อมแผนฯ ของจังหวัดยโสธรในปีที่ผ่านมา มีการใช้เทคโนโลยีระบุพิกัดของกลุ่มเสี่ยงผ่านระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (geographical information system: GIS) โดยสร้าง spot maps จาก Google Maps และเชื่อมข้อมูลระหว่าง รพ.สต. หน่วยปฏิบัติการตำบลและศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด เพื่อการเฝ้าระวังรวมทั้งการใช้ Application ThaiEMS 1669 ในการแจ้งเหตุฉุกเฉินฯ ทำให้หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเข้าถึงได้รวดเร็วขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิตุวรรณ ฝ่ายโคกสูง (2015) ได้ประยุกต์ใช้ระบบภูมิสารสนเทศในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ สำหรับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในเขตอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ระบบ GIS สามารถเข้ามาจัดการและวิเคราะห์เพื่อใช้กำหนดระดับกลุ่มผู้ป่วยในรูปแบบข้อมูลเชิงพื้นที่ สำหรับช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง และการวางแผนในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านได้อย่างสะดวกและรวดเร็วขึ้น⁽¹⁸⁾

5) งบประมาณ/การคลังด้านสุขภาพ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตเกิดจากหลายปัจจัย โดยสาเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดยา ร่วมกับการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด ดังนั้น งบประมาณที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถบูรณาการกับงานจิตเวชและยาเสพติด การศึกษาค้นคว้านี้มีการสนับสนุนงบประมาณจำนวน 50,000

บาท สำหรับการขับเคลื่อนระบบฯ และตำบลนำร่องบางแห่งได้มีการเขียนโครงการของงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยกองทุนนี้มีหลักการสำคัญ คือเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่บุคคลในพื้นที่โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น โดย รพ.สต. หรือ อบต. สามารถเสนอโครงการเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน⁽¹⁹⁾ ตัวอย่างเช่น “โครงการจิตเวชฉุกเฉินแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลแว้ง” “โครงการพัฒนาเครือข่ายชุมชนร่วมใจ...ห่วงใยผู้ป่วยจิตเวช ตำบลกำแพง” “โครงการชุมชนร่วมใจ ห่วงใยผู้ป่วยจิตเวช ปี 2563 ตำบลบางแก้ว” สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีกองทุนสำหรับบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน เป็นการจ่ายเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังทุกกลุ่มที่จำเป็นต้องดูแลอย่างใกล้ชิด เพิ่มการเข้าถึงบริการได้อย่างต่อเนื่องในชุมชน⁽²⁰⁾

6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่ มีโครงสร้างการบริหารระบบโดยการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบฯ ระดับจังหวัด ซึ่งครอบคลุมหัวหน้าส่วนสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ลงนามโดยผู้ว่าราชการจังหวัด และคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบฯ ระดับอำเภอ ลงนามโดยนายอำเภอ รวมทั้งใช้กลไกการขับเคลื่อนและกำกับติดตามผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้เกิดการบูรณาการทุกภาคส่วนในการส่งเสริมให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดช่องว่างการทำงานข้ามสังกัดโดยใช้พื้นที่ระดับอำเภอเป็นฐาน⁽²¹⁾ การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน

พ.ศ. 2551⁽²²⁾ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน คัดกรองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยบริการ ประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน อันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน รวมทั้ง พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562⁽²³⁾ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านสุขภาพจิต ควบคุมปัจจัยคุกคามด้านสุขภาพจิต พื้นฟูสมรรถภาพ และคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการคุ้มครองจากการเผยแพร่ข้อมูลใดๆ ในสื่อทุกประเภท ตลอดจน การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต การอยู่ร่วมกันในสังคมของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต โดยคำนึงถึงหลักการมีส่วนร่วมของหน่วยงาน ของรัฐและประชาชนในทุกภาคส่วน

7) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

7.1) กรมสุขภาพจิต ควรเป็นหลักในการจัดประชุมเชิงเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต เพื่อระดมความคิดเห็นและร่วมกันพัฒนา protocol ทุกระยะต่อ โดยเฉพาะช่วงที่เป็นการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชนหรือจังหวัดกับโรงพยาบาลจิตเวช ปรับลดขั้นตอนต่างๆ ลดระยะเวลารอคอยในห้องฉุกเฉิน โดยคำนึงถึงความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และภาวะแวดล้อม รวมทั้งควรมีการจัดหน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับเฉพาะทาง (ด้านจิตเวชฉุกเฉิน) ตามประกาศฯ มาตรา 29 วรรคหนึ่ง (2) ใน พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการดูแลและช่วยเหลือ จากสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านตั้งแต่ ณ ที่เกิดเหตุ

7.2) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรขับเคลื่อนการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่ ผ่านคณะกรรมการ

พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด โดยกำหนดตัวชี้วัดในการกำกับติดตามให้ชัดเจน

7.3) สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ควรผลักดันนโยบายและแนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมจากชุมชน ครอบครัว โดยสร้างความตระหนัก สนับสนุนภาพรวมการดำเนินการป้องกันเฝ้าระวัง และแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากสารเสพติด รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณและสื่อความรู้ให้แก่ระบบชุมชนจัดการตนเองและระบบบริการสุขภาพ

7.4) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ควรมีการพัฒนาเครือข่ายเพื่อขยายผลการใช้คำสั่งอำนวยการทั่วไปในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต (offline protocol CBD-13) ครอบคลุมระดับ advanced life support (ALS), basic life support (BLS) และ emergency medical responder (EMR) ให้ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ รวมทั้งพัฒนาระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) ให้สามารถระบุผู้ป่วยฉุกเฉินกลุ่มอาการ CBD-13 ว่ามีการใช้สารเสพติดหรือเป็นผู้ป่วยจิตเวชเท่าที่กินยาไม่ต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์วางแผนในเชิงนโยบายต่อไป

7.5) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ควรมีการเร่งพัฒนาระบบ “บริการเลขหมายโทรศัพท์ฉุกเฉินแห่งชาติ เลขหมายเดียว (national single emergency number)” ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วและทันทั่วถึง โดยไม่ต้องจดจำหมายเลขฉุกเฉินอื่นๆ และควรมีการเวียนหนังสือหรือประกาศขั้นตอนการประสานงานระหว่าง 191 กับ 1669 ในการออกเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินจิตกลุ่มคลั่งที่ได้ร่วมกันพัฒนาจากพื้นที่นำร่อง สู่การขยายผลในศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน 191 ทั่วประเทศ

7.6) การสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาระบบฯ เช่น กองทุนสำหรับบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการจัด

บริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังทุกกลุ่มที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ได้อย่างต่อเนื่องในชุมชน รวมทั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยทีมสาธารณสุขต้องเป็นพี่เลี้ยงในการให้ความรู้ รพ.สต. และแกนนำชุมชนร่วมกันจัดทำโครงการพัฒนาการดูแลกลุ่มเสี่ยงในชุมชนจากกองทุนต่างๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด

7.7) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ประสานให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนมีการค้นหากลุ่มเสี่ยงจิตกลุ่มคลั่ง และมีแผน/มาตรการในการเฝ้าระวังและจัดทีมเผชิญเหตุช่วยเหลือ รวมทั้งกำกับติดตามร่วมกับ อสม. เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ข้อยุติ

การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่ มุ่งให้ความสำคัญต่อการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลให้ครอบคลุมทุกมิติในระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ตั้งแต่การค้นหา ระบุกลุ่มเสี่ยง เฝ้าระวัง จับสัญญาณเตือนได้ และร้องขอความช่วยเหลือเป็นชุมชนจัดการตนเอง มีมาตรการในการดูแลทั้งระยะก่อนมีอาการ ระหว่างมีอาการและหลังกลับจากการรักษา เชื่อมระบบบริการสุขภาพทุกระดับอย่างไร้รอยต่อและบูรณาการกับเครือข่ายสหสาขาวิชาชีพตามบริบทในพื้นที่ ทั้งนี้ต้องอาศัยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนร่วมคิดร่วมทำอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยเฉพาะสายด่วนเหตุฉุกเฉิน (191) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ตำรวจต้องเป็นทีมแรกที่เข้าถึงพื้นที่เพื่อลดความรุนแรง รวมทั้งกรมสุขภาพจิตซึ่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะ ควรเป็นหลักในการเชื่อมประสานทุกรอยต่อ และพัฒนาศักยภาพของสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

อสม. และแกนนำในชุมชนให้มีทัศนคติเชิงบวก มีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในการพูดคุยเกลี้ยกล่อมอย่างย่อ และการเข้าจำกัดพฤติกรรมอย่างปลอดภัย ซึ่งเป็นการติดอาวุธทางปัญญาและสร้างความมั่นใจในการดูแลเบื้องต้นที่สำคัญควรมีกลไกการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพผ่านแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาสุขภาพจิตและยาเสพติด และระบบชุมชนจัดการตนเองผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการต่อยอด ขยายผล ให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยการอนุเคราะห์อย่างดียิ่งจากผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ ผู้บริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ขอขอบคุณผู้ปฏิบัติงานต่างๆ ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับ รวมถึง อสม. อีกทั้งขอขอบคุณกลุ่มผู้ป่วยและญาติที่ให้ข้อมูล ขอขอบคุณผู้ประสานงานหลักในจังหวัดนำร่องจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกท่านที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการประสาน เร่งรัด ติดตามการเก็บข้อมูล และที่สำคัญขอขอบคุณผู้วิจัยภาคสนามจาก 12 จังหวัดทุกท่าน รวมทั้งขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่อนุเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการ และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

References

1. Department of Mental Health. Psychiatric care manual that has a Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V for institutions / hospitals under the Department of Mental Health. Bangkok: Prosperous-Plus; 2018. (in Thai)
2. Aiamsaart N, Thaweesees P, Chumchai P. The effect of case management to overall abilities among Schizophrenia patients with the risk for violence. Journal of Somdet Chrapraya Institute of Psychiatry 2020;14(1):10-22. (in Thai)
3. Jiramukphithak T. Gap access to psychiatric services and the burden of economics. 2nd year final report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2019. (in Thai)
4. Phruekkanon B, Sirisamute T, Duangthipsirikul S, Phuangladda S, Sudsivilai K. Epidemiology of mental health and psychiatric problems. Project to support and promote comprehensive services for psychiatric patients in the intensive targeted areas under the universal health insurance system. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2013. (in Thai)
5. Kittiratanapaiboon P, Chansirimongkol B. A review of knowledge on emergency management in amphetamine-stimulant drug users. Chiang Mai: Work Plan for the Development of a Care System for People with Alcohol Problems (RSS.); 2013. (in Thai)
6. Hfocus. Resolution of the Mental Health Election Commission to build an emergency psychiatric patient referral system. 2014 [cited 2019 Aug 21]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2014/11/8557>. (in Thai)
7. National Institute for Emergency Medicine. Guidelines for the implementation of criteria, criteria and procedures for emergency patient identification and emergency room care in accordance with the criteria prescribed by the NEPC. Nonthaburi: National Institute of Emergency Medicine; 2015. (in Thai)
8. Witsanuyothin T, Wachiradilok P, Sirisamute T, Chomchuen R. Knowledge management to develop an emergency medical service system for emergency patients with mental health crises integrated in the area. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2019. (in Thai)
9. Tongsir S, Sansak S, Ployluemsang C, Phromsattayaprot W. Theories and concepts of public health policy implementation research: call for systematic action to achieve efficient implementation strategies. Journal of Health Systems Research. 2018;12(1):7-26. (in Thai)
10. Opaswattana C. Handbook of psychiatric care systems at high risk of violence for institutions/hospitals. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health 2020. (in Thai)
11. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health system: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010.
12. Public Health Administration Division Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Driving the health service development plan (service plan) 2017-2021. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
13. Awae H, Daemayu A. Emergency care of the injured at the

- scene of the accident and during transport by medical emergency personnel. Narathiwat Rajanagarindra University Journal 2021;13(3):459-72. (in Thai)
14. Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. The 20-year national strategic plan on public health (2017-2036), revised edition, 2nd edition. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)
 15. World Health Organization. The WHO traditional medicine strategy 2014-2023. Geneva: World Health Organization; 2014.
 16. National Institute for Emergency Medicine. Database in emergency medical information system (Information Technology for Emergency Medical System, ITEMS) Nonthaburi: National Institute for Emergency Medicine; 2019. (in Thai)
 17. Information and Communication Technology Center Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Health Data Center (HDC). Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)
 18. Faikhoksung P. Application of geospatial information system in health surveillance for visiting patients' homes in Non Thai district, Nakhon Ratchasima province (Independent Study, Master of Science Degree, Faculty of Science and Arts). Nakhon Ratchasima: Raja Mangala University of Technology Isan; 2015. (in Thai)
 19. Nakakasiorn P. Sub-district health fund: the direction towards a new work practice for community nurses. Journal of the Nursing Association Northeastern Branch 2009;27(1):5-11. (in Thai)
 20. National Health Security Office. National health security fund management manual, fiscal year 2020. Bangkok: National Health Security Office; 2019. (in Thai)
 21. Phalasak P. Education and development of an operational model to improve the quality of life at the district level of Mueang Sisaket district, Sisaket province. Journal of the Community Public Health Council 2021;3(2):40-53. (in Thai)
 22. Emergency Medicine Act B.E. 2551 (2008). The Government Gazette Volume 125, Section 44 Kor (Mar 6, 2008). (in Thai)
 23. Mental Health Act (No. 2), B.E. 2562 (2019). The Government Gazette Volume 136, Section 50 Kor (Apr 16, 2019). (in Thai)