

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย*

EMERGENCY PATIENTS WITH MENTAL CRISIS ACCESSING EMERGENCY MEDICAL SERVICES IN THAILAND

พรทิพย์ Wachiradilok, พย.ม. (Porntip Wachiradilok, M.N.S.)**

ธีระ ศรีสมุท, วท.ม. (Teera Sirisamutr, M.S.)***

อนรรักษ์ สมตณ, บธ.บ. (Anurut Somton, B.B.A)****

Abstract

Objective: To study the situation and barriers of accessibility to the emergency medical services (EMS) and appropriate treatment for patients with mental crisis in Thailand.

Methods: This study employed mixed method research design. The sample included 26,511 mental crisis patients using EMS and stakeholders from four provinces from each region, 35 stakeholders for each province. Data of mental crisis patients were extracted from the Information Technology for Emergency Medical System between 2014-2016 and Data of stakeholders were from focus group and in-depth interview. The data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Results: The number of emergency patients with mental crisis accessible to emergency medical services were increasing for the past 3 years. Most patients are male, in working age, and from the Northeastern during the raining and

winter season, especially between September and October. During a mental crisis, family and community will ask for assistance from the police and the emergency units. Since appropriate practice guideline was not available, so response was depended on the experience and capability of community. The emergency operation teams in every level has insufficient knowledge and skills to care for these mental crisis patients. Psychiatric hospitals have different criteria for admitting the patients. Most hospitals did not have fast-track system and sometimes even refuse to admit the patients. The development of cooperation among the mental health hotline (1323), the police (191), and the emergency unit (1669) is still a challenge. In addition, the development of a fast-track network connecting the community to hospitals will ensure caregivers and community that supporting resources will be available when needed.

Conclusion: The number of mental crisis patients with EMS were rising. However,

*การศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

**Corresponding author, ผู้จัดการงานพัฒนาวิชาการ หัวหน้าหน่วยงานวิจัยและพัฒนา สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
E-mail: porntip.w@niems.go.th

***พนักงานอาวุโสงานพัฒนาวิชาการ หน่วยงานวิจัยและพัฒนา สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

accessibility to appropriate service centers was still an issue. Most hospitals lack prioritized access and most staffs had insufficient knowledge and skills. Cooperation among the police, emergency operation team and the psychiatric team is still a challenge.

Keywords: emergency patient, mental crisis, emergency medical service

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาและอุปสรรคของการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการรักษาที่เหมาะสม ในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในประเทศไทย

วิธีการศึกษา: รูปแบบการศึกษาแบบผสมผสานเชิงปริมาณและคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่ใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 26,511 ราย และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียจาก 4 จังหวัด จากแต่ละภูมิภาค ข้อมูลของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตดึงมาจากรฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ระหว่างปี 2557-2559 และข้อมูลของที่มีส่วนได้ส่วนเสียได้จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: สถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มสูงขึ้นในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา โดยส่วนใหญ่เป็นชาย วัยแรงงาน พบมากที่สุดใ

และตุลาคม เมื่อผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง ครอบครั

และชุมชนจะร้องขอความช่วยเหลือจากตำรวจ และหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินใกล้บ้าน แต่ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน การตอบสนองจึงขึ้นอยู่กับประสบการณ์และศักยภาพของชุมชน ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอต่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ โรงพยาบาลจิตเวชมีเกณฑ์และแนวทางในการรับผู้ป่วยแตกต่างกัน หลายแห่งไม่มีระบบช่องทางด่วน บางครั้งปฏิเสธการรับผู้ป่วยไว้รักษา การพัฒนาความร่วมมือระหว่างสายด่วนสุขภาพจิต (1323) ตำรวจ (191) และหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน (1669) ยังคงเป็นความท้าทายรวมทั้งการพัฒนาเครือข่ายช่องทางด่วนจากชุมชนสู่โรงพยาบาลจิตเวช จะช่วยให้ญาติและชุมชนมั่นใจว่ามีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในเวลาที่ต้องการ

สรุป: ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มสูงขึ้น แต่การเชื่อมรอยต่อจากชุมชนสู่สถานบริการที่เหมาะสมยังเป็นปัญหา ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะไม่เพียงพอต่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต การพัฒนาความร่วมมือระหว่าง ตำรวจ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน และทีมจิตเวชฉุกเฉินเคลื่อนที่เร็วเป็นความท้าทายของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤตสุขภาพจิต ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านการเมืองสังคมเศรษฐกิจและผลกระทบจาก

ภัยธรรมชาติหรือภัยจากการกระทำของมนุษย์ รวมไปถึงกระแสบริโภคนิยมที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งทางร่างกายและจิตใจสะท้อนออกมาให้เห็นในรูปแบบของความก้าวร้าวรุนแรงที่นำไปสู่ปัญหาวิกฤตสุขภาพจิต สถานการณ์ผู้ป่วยโรคทางจิตในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2557 พบผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 1,152,004 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2557) โดยลักษณะการป่วยทางจิตมีหลายประเภท โดยเฉพาะอาการฉุกเฉินทางจิต เช่น คลุ้มคลั่ง ทำร้ายร่างกายตนเอง และทำร้ายร่างกายผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีอาการทางจิตที่เกิดจากสารเสพติดที่มีอาการประสาทหลอน เพื่อ คลุ้มคลั่ง ก้าวร้าวควบคุมตนเองไม่ได้ ซึ่งล้วนมีความเสี่ยงก่อความรุนแรงและอันตรายต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม

การประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช มีปัญหาเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั่วโลก คือ ผู้ป่วยโรคทางจิตเข้าถึงบริการต่ำกว่าโรคทางกายเนื่องมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจทัศนคติ การยอมรับการรักษา และการพัฒนาระบบบริการยังไม่เพียงพอ ประเทศไทยคาดการณ์ว่าผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 8 เท่านั้นรวมทั้งประมาณการผู้ป่วยจิตเวชอีกจำนวนมากที่ยังเข้าไม่ถึงระบบคัดกรองและรักษา (เบญจมาศ พฤษัยกานนท์, ชีระ ศิริสมุด, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, สกาวรัตน์ พวงลัดดา และกนกวรรณ สุดศรีวิไล, 2556) ซึ่งผู้มีปัญหาวิกฤตสุขภาพจิตที่มีอาการแสดงออกในลักษณะคลุ้มคลั่ง หรือภาวะทางจิตประสาทมีความเสี่ยงสูงที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ญาติ และชุมชน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการช่วยเหลือ

นำส่งผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสมภายใต้ความปลอดภัยของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์เป็นอาการที่ 13 จำแนกตามการคัดแยกและจัดลำดับการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์ (Emergency Medical Triage Protocol and Criteria Based Dispatch : CBD) มีการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระยะก่อนถึงโรงพยาบาลโดยแจ้งผ่าน 1669 มีแนวโน้มสูงขึ้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2559) โดยนักปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินทางกายแต่สำหรับวิกฤตสุขภาพจิตค่อนข้างน้อย ทุกคนมีความมุ่งมั่นและจิตอาสาที่ต้องการช่วยระงับเหตุ อีกทั้งถูกคาดหวังจากชุมชน จึงพยายามทุกวิถีทางที่จะช่วยนำส่งผู้ป่วยไปสถานบริการที่เหมาะสม บ่อยครั้งที่เกิดการบาดเจ็บของหลายฝ่ายจากการเข้าช่วยเหลือ แม้แต่เจ้าหน้าที่ตำรวจที่สวมเครื่องแบบและมีหน้าที่เกลี้ยกล่อมปลดอาวุธ ก็อาจเป็นได้ทั้งสิ่งร้ายหรือนำเกรงกลัวสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ที่ผ่านมามีเพียงรายงานอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น

ทีมวิจัยตระหนักความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงทำการศึกษาเพื่ออธิบายสถานการณ์ค้นหาช่องว่าง ปัญหา และอุปสรรคของการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอาการที่ 13 ตามเกณฑ์ CBD ตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ระหว่างทางนำส่งและห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล ผลการศึกษาจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสู่การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่รวดเร็วและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

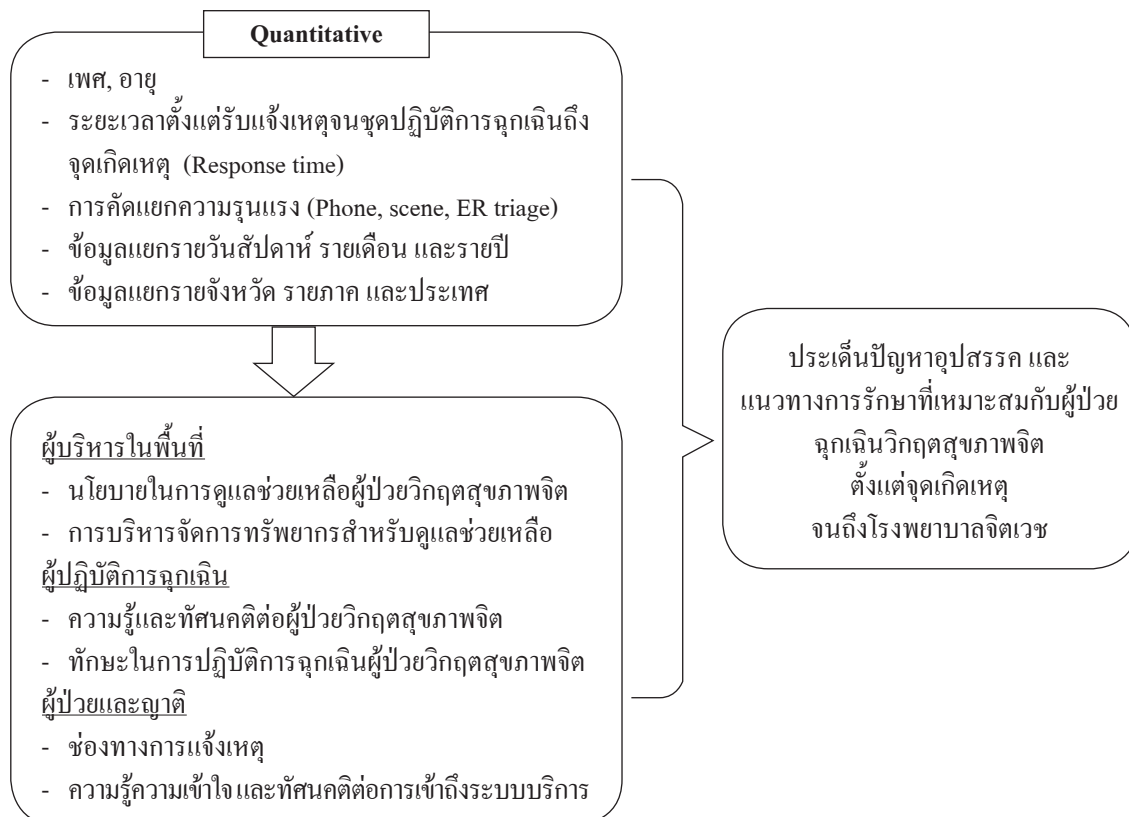
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ และลักษณะของการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตระหว่าง ปีงบประมาณ 2557–2559

2. เพื่อศึกษาปัญหา และอุปสรรคของการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการรักษาที่เหมาะสม ตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ระหว่างทางนำส่ง และห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดย

วิเคราะห์สถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในฐานะข้อมูลสารสนเทศด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อรับรู้ขนาดและแนวโน้มผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากเชิงปริมาณเสนอเป็นข้อมูลในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ทั้งระดับนโยบายจนถึงผู้ปฏิบัติการ นำข้อมูลทั้งหมดมาบูรณาการร่วมกันเพื่อสังเคราะห์ประเด็นปัญหาอุปสรรค และแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาลจิตเวช ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาแบบผสมผสานเชิงปริมาณและคุณภาพ (a mixed method research design) ดังนี้

1. การศึกษาเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระหว่าง ปี 2557-2559 ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากฐานข้อมูลที่มีอยู่ในระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (Information Technology for Emergency Medical System: ITEMS) โดยเลือกข้อมูล CBD ที่ 13 คลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์ ในปี 2557-2559

การวิเคราะห์ข้อมูล: วิเคราะห์ข้อมูลตัวแปรเพศ อายุ ระยะเวลา ตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินถึงจุดเกิดเหตุ (responsetime) การคัดแยกความรุนแรง (phone triage, scene triage, ER triage) ข้อมูลแยกรายวันสัปดาห์ รายเดือน และรายปี รวมทั้งข้อมูลแยกรายจังหวัด รายภาค และประเทศ โดยใช้โปรแกรม R คำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. การศึกษาเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตให้เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยคัดเลือกจังหวัดจากข้อมูลเชิงปริมาณที่มี CBD 13 เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุดแต่ละภาคๆ ละ 1 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดราชบุรี จังหวัดขอนแก่น จังหวัดน่าน และจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 6 กลุ่ม ในแต่ละจังหวัด เพื่อการเก็บข้อมูล ดังนี้

1) ผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตที่เคยใช้บริการ

การแพทย์ฉุกเฉินและมีอาการสงบแล้ว จำนวน 5 คน

2) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตที่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 5 คน

3) ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และผู้นำกลุ่มต่าง ๆ ที่จัดตั้งขึ้น จำนวน 3 คน

4) ผู้นำท้องถิ่น ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล นายกเทศมนตรี จำนวน 2 คน

5) ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น ระดับกลาง และระดับสูง ที่เคยมีประสบการณ์ให้บริการผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต จำนวน 10 คน

6) ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาลทุกระดับ เช่น รพ.สต. รพช. รพจ. และโรงพยาบาลจิตเวชที่สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 10 คน

วิธีการเก็บข้อมูล

1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาขึ้นตามประเด็นหลักในกรอบแนวคิดการวิจัย ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และสุขภาพจิต

2) การสนทนากลุ่ม (focusgroup) จังหวัดละ 35 คน แบ่งกลุ่มย่อย 4 กลุ่ม ๆ ละ 8-10 คน ในแต่ละกลุ่มให้แต่ละกลุ่มเป้าหมาย โดยสร้างบรรยากาศในการสนทนาตามประเด็นในกรอบแนวคิดการวิจัย โดยไม่ปิดกั้นความคิด และเปิดโอกาสให้มีการซักถามเรื่องที่คับข้องใจหรือต้องการรู้เพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล: โดยการวิเคราะห์แยกประเด็นตามขอบเขตของเนื้อหาใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (data triangulation) เพื่อสร้างความมั่นใจและความเชื่อถือได้ของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัยในสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยนักวิจัยได้ประชุมชี้แจงและอธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดความสำคัญของโครงการวิจัย สอบถามความสมัครใจและลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งหากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียไม่อยากจะแสดงความคิดเห็นในประเด็นหนึ่งประเด็นใดการตัดสินใจปฏิเสธแสดงความคิดเห็น ถือเป็นสิทธิขาดของบุคคลเหล่านั้น โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบการให้บริการสุขภาพอื่นๆ หากผู้ป่วยหรือญาติมีความเครียดในระหว่างให้ข้อมูล สามารถยุติได้ทันที และจะได้รับการส่งต่อให้การปรึกษาเพื่อลดความเครียด

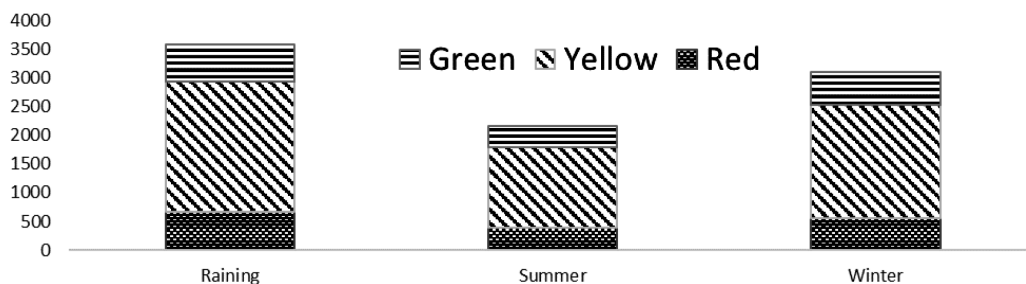
ผลการวิจัย

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

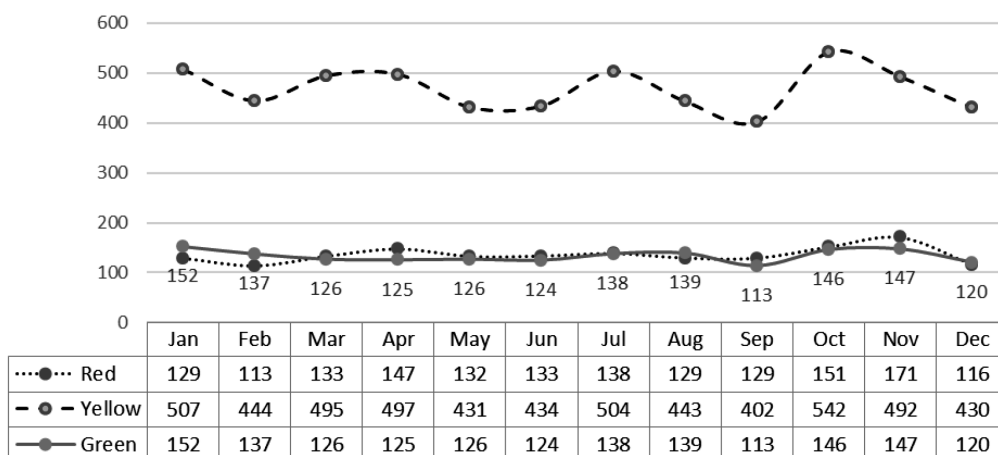
สถานการณ์ของผู้ป่วยฉุกเฉินกลุ่มคลัง/

ภาวะจิตประสาท/อารมณ์ที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในระยะ 3 ปี ระหว่าง ปี 2557-2559 พบแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวน 11,266 รายเพิ่มขึ้นเป็น 14,223 ราย ในปี พ.ศ. 2559 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย วัยทำงาน อายุ 23-59 ปี รองลงมาเป็นกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-22 ปี ภาวะตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือพบมากกว่า ร้อยละ 60 เมื่อพิจารณาแยกตามเขตบริการสุขภาพ พบมากที่สุดที่เขตบริการสุขภาพ 9 และต่ำสุดที่เขตบริการสุขภาพ 3 จังหวัดที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดศรีสะเกษ สุรินทร์ นครราชสีมา ขอนแก่น และร้อยเอ็ด เมื่อพิจารณาฤดูกาลตามกรมอุตุนิยมวิทยา รายเดือน และรายวัน เฉลี่ยประมาณ 2,245 ราย/ฤดูกาล 736 ราย/เดือน และ 24 ราย/วัน โดยพบมากที่สุดช่วงฤดูฝน รองลงมาเป็นฤดูหนาว ระหว่างเดือนกันยายนและตุลาคม ซึ่งอยู่ในช่วงปลายฝนต้นหนาว รวมทั้งพบมากที่สุดในวันจันทร์ถึงวันพฤหัสบดีที่ 1-3

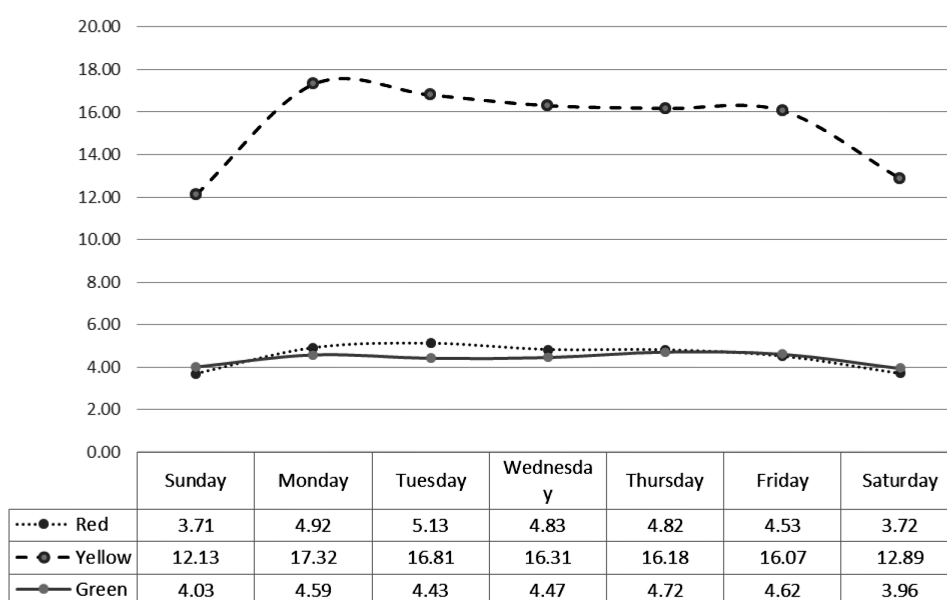
แผนภูมิที่ 1 ค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยฉุกเฉินอาการกลุ่มคลัง/จิตประสาท/อารมณ์ จำแนกตามฤดูกาล และ ED triage ระหว่างปี 2557-2559 (แดงคือฉุกเฉินวิกฤต, เหลืองคือฉุกเฉินเร่งด่วน, เขียวคือฉุกเฉินไม่รุนแรง)



แผนภูมิที่ 2 ค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ จำแนกตามรายเดือน/ED triage ระหว่างปี 2557-2559 (แดงคือฉุกเฉินวิกฤต, เหลืองคือฉุกเฉินเร่งด่วน, เขียวคือฉุกเฉินไม่รุนแรง)



แผนภูมิที่ 3 ค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ จำแนกตามวันในสัปดาห์/ED triage ระหว่างปี 2557-2559 (แดงคือฉุกเฉินวิกฤต, เหลืองคือฉุกเฉินเร่งด่วน, เขียวคือฉุกเฉินไม่รุนแรง)



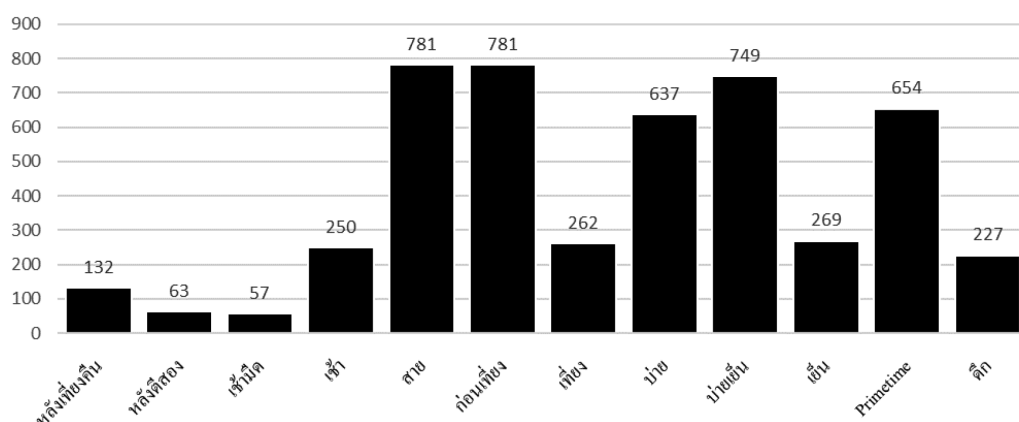
ลักษณะการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าญาติ เพื่อนำชุมชน หรือตำรวจส่วนใหญ่เรียกใช้ผ่าน 1669 ร้อยละ 80.4 ดังตารางที่ 1 โดยเวลาได้รับแจ้งเหตุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงสายถึงก่อนเที่ยง ดังแผนภูมิที่ 4 เมื่อพิจารณาความสอดคล้องของการคัดแยกตั้งแต่ phone triage, scene triage และ ED triage ในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต(สีแดง)โดยภาพรวมมีความสอดคล้องร้อยละ 63.36 ที่สำคัญพบ phone under triage ของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) จำนวน 344 ราย และผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (สีเขียว) จำนวน 10 ราย

สำหรับระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินถึงจุดเกิดเหตุ (response time) ในระยะทางไม่เกิน 10 กิโลเมตร ตามมาตรฐานไม่เกิน 10 นาที พบเพียงร้อยละ 39 เมื่อจำแนกตามชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน พบมากกว่า ร้อยละ 80 เป็นชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advance Life Support Unit: ALS) และชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder: FR) อีกทั้งพบระยะเวลารวมในการออกปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนกลับฐานมากที่สุด 8 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของวิธีการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลื่นคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ระหว่างปี 2557-2559

วิธีการเข้าถึงระบบ EMS	2557		2558		2559		รวม	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
โทรตรงที่ (1669)	6,919	(80.3)	6,841	(80.6)	7,568	(80.4)	21,328	(80.4)
โทรผ่านที่อื่น (1669)	715	(8.3)	666	(7.8)	817	(8.7)	2,198	(8.3)
วิทยุสื่อสาร	583	(6.8)	622	(7.3)	689	(7.3)	1,894	(7.1)
วิธีอื่นๆ	397	(4.6)	357	(4.2)	337	(3.6)	1,091	(4.2)

แผนภูมิที่ 4 ช่วงเวลาที่รับแจ้งเหตุในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลื่นคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ปี 2557-2559



2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (triangulation) จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า

2.1 ปัญหาและอุปสรรคของการเข้าถึงระบบบริการ: ปัญหาและอุปสรรคของการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการรักษาที่เหมาะสมในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital) นั้น ผู้ที่มีวิกฤตสุขภาพจิตจนแสดงอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ไม่สามารถร้องขอความช่วยเหลือเนื่องจากไม่รู้และไม่สามารถควบคุมตนเอง อีกทั้งรู้สึกมีตราบาปในจิตใจและสังคม รู้สึกไม่มีคุณค่า ครอบครัวและชุมชนกีดกัน เครียดหรือซึมเศร้า ส่วนใหญ่แก้ปัญหาโดยพึ่งพาเคมีสุรา สารเสพติดและไม่รับประทานยาเพราะรู้สึกไม่สุขสบายซึมง่วงจนกลายเป็นวงจรอุบาทว์ที่ทำให้มีอาการกำเริบซ้ำๆ สำหรับครอบครัวจะรู้สึกกลัวถูกทำร้ายและเบื่อกับพายุพิบัติกรรมผู้ป่วย บางชุมชนพยายามขับไล่ออกโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เคยทำร้ายสมาชิกในครอบครัวจนเสียชีวิตและจุดไฟเผาบ้านในชุมชน

2.2 การบริหารจัดการขณะเกิดเหตุ: สภาพการณ์ขณะเกิดเหตุยังไม่มีขั้นตอนชัดเจนในการร้องขอความช่วยเหลือ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และศักยภาพของชุมชน ส่วนใหญ่จะแจ้งตำรวจบ้านหรือกู้ชีพตำบลใกล้เคียงเป็นอันดับแรก เพื่อปลดอาวุธ พาดูยเกลี้ยกล่อม เข้าชาร์ตจำกัดพฤติกรรมเพื่อระงับเหตุและนำผู้ป่วยขึ้นรถนำส่งโรงพยาบาล โดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยบ่อยครั้งที่เกิดการบาดเจ็บ “เคยถูกกดใบหูเกือบขาด ตอนเข้าไปชาร์ตขึ้นรถ” “เคยถูกคนไข้เอามีดแทง คิวว่าไม่ถูกจุดสำคัญ คิดว่าสงบแล้ว จะเข้าไปเอาตัวขึ้นรถ” รวมทั้งในระหว่างทางนำส่งบางรายมีอาการ

ระแวง กระโดดลงจากรถฉุกเฉินจนมีบาดเจ็บทางกายเพิ่ม “ขึ้นรถแล้วชวนคุยตลอดแต่อยู่ดีๆ ก็เงยมองซ้ายขวา ดิ้นจนเชือกหลุด ชกหน้าผม กระโดดลงรถจนขาหัก แผลเต็มตัว”

2.3 การส่งต่อผู้ป่วย: เมื่อนำส่งถึงห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นมักถูกร้องขอให้อยู่รอหากมีความจำเป็นต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลจิตเวชด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากรและรถ refer โดยกรณีที่พักประวัติมีแนวโน้มต้องส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยรายใหม่หรือเคยมีประวัติรักษาจิตเวช จะต้องทำตามขั้นตอนมากมายที่ตกลงไว้กับโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อวินิจฉัยแยกอาการทางกาย โดยต้องมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งภาพรวมแล้วต้องรอผลมากกว่า 3-4 ชั่วโมง อีกทั้งสภาพแวดล้อมในห้องฉุกเฉินเต็มไปด้วยเสียงผู้ป่วยอื่นๆ จูติเจ้าหน้าที่และเสียงเครื่องมือแพทย์ ล้วนเป็นสิ่งที่กระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาการกำเริบมากขึ้น ไม่มีห้องหรือมุมแยกหรือช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ หากโรงพยาบาลจังหวัดมีหอผู้ป่วยจิตเวช จะมีขั้นตอนการ consults และส่ง admitted ได้รวดเร็ว ห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วยจิตเวชมีการประสานเชื่อมรอยต่อโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แต่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีหอผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากมีข้อจำกัดมากมายทั้งบุคลากร สถานที่ งบประมาณ และบริหารจัดการเสียงสะท้อนจากพื้นที่ “มีแต่มาบอกให้โรงพยาบาลจังหวัดเปิด ward จิตเวช ในทางกลับกันโรงพยาบาลจิตเวชก็ควรมีแพทย์หรือ ward อายุรกรรมเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ป่วยทางกายไม่รุนแรง ไม่ใช่โยนไปมาไม่ได้เอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง กว่าจะเอาผู้ป่วยกลุ่มนี้ไปโรงพยาบาลจิตเวช ไม่ใช่เรื่องง่ายเลย”

โรงพยาบาลจิตเวชที่อยู่ภายใต้การกำกับ

ของกรมสุขภาพจิตมีการจัดรูปแบบบริการผู้ป่วยจิตเวชทั้งรายใหม่และรายเก่าแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้อำนวยการแต่ละพื้นที่ โดยโรงพยาบาลจิตเวชในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือส่วนใหญ่มีระบบช่องทางด่วนสำหรับจิตเวชฉุกเฉิน มีการประสานเชื่อมเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มการเข้าถึง เช่น ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินสามารถนำส่งตรงได้หากผู้ป่วยเคยมีประวัติรักษาจิตเวช มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้ระบบ consults แบบสหสาขาวิชาชีพแต่อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลจิตเวชบางแห่งมีการทำข้อตกลงระหว่างหน่วยงานในจังหวัดที่เคร่งครัดไม่มีระบบ fast track รองรับผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตตามปรากฏการณ์ที่โรงพยาบาลจังหวัดให้ข้อมูลข้างต้น

การอภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์ของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มสูงขึ้นตลอดระยะ 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2559 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชายที่อยู่ในวัยทำงาน 23-59 ปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ที่พบว่า วัยแรงงานช่วงอายุ 26-30 ปี ขอรับคำปรึกษาด้านความเครียดหรือวิตกกังวลสูงสุด นอกจากนั้น ยังพบร้อยละ 24.02 มีปัญหาเป็นโรคทางจิตเวช โดยสาเหตุเกิดจากหลากหลายปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ ฤทธิ์ของสารเสพติดทำให้เกิดอาการมา ปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวชมีอาการรุนแรงวุ่นประสาทหลอนระแวงหรือโรคซึมเศร้ามีความคิดอยากทำร้ายตัวเองได้หรือความเจ็บป่วยทางกายเช่น อุบัติเหตุทางสมองภาวะสับสนจากปัญหาพยาธิสภาพทางสมองรวมทั้งความโกรธความเครียดจากปัญหาสัมพันธภาพใน

ครอบครัวหรืออื่น ๆ โดยอาจกระตุ้นให้มีอาการรุนแรงมากขึ้นภายใต้ฤทธิ์ของการดื่มสุรา (American Association for Emergency Psychiatry, 2007) เช่นเดียวกับผลสำรวจสุขภาพจิตคนไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2558 คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของคนไทยลดลงจาก ปี พ.ศ. 2557 เนื่องจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจในการประกอบอาชีพ อีกทั้ง อัตราการฆ่าตัวตายของคนไทยเพิ่มขึ้นโดยพบว่า ช่วงอายุ 30-39 ปี มีการฆ่าตัวตายมากที่สุด สาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558)

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับผลสำรวจระดับชาติวิทยาสุขภาพจิตคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 พบว่า ปัจจัยหลักที่ทำให้คนไทยมีปัญหาด้านสุขภาพจิตมากที่สุดคือ สุรา ที่พบสูงถึง 9.3 ล้านคน หรือประมาณ ร้อยละ 18 ของประชากรทั้งประเทศ รองลงมาคือภาวะติดบุหรี่ ร้อยละ 14.9 หรือ 7.7 ล้านคน การใช้สารเสพติด 2.1 ล้านคน หรือร้อยละ 4.1 ของประชากร ตามด้วยอาการในกลุ่มโรควิตกกังวลอีกราว 1.6 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 3.1 ของประชากรทั้งประเทศ นอกจากนี้คนไทยมีภาวะของโรคซึมเศร้าตลอดช่วงชีวิตถึง 900,000 คน หรือประมาณร้อยละ 1.8 และปัญหาการฆ่าตัวตายประมาณ ร้อยละ 3.5 ของประชากรหรือราว 1.8 ล้านคน ส่วนที่เหลือก็เป็นอาการทางจิตหลงผิด และคิดการพ่น รวมถึงภาวะสะเทือนขวัญหลังเผชิญเหตุการณ์รุนแรงอีกประมาณ 500,000 คน (พื้นฐานภักดีศิริตันไพบูลย์และคณะ, 2556) ซึ่งคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตอาจไม่ได้ป่วยทางจิต แต่คนที่ป่วยทางจิต มักเป็นคนที่มามีปัญหาสุขภาพจิตมาก่อน แต่สังคมไทยมีอคติต่อผู้ที่มี

ปัญหาด้านสุขภาพจิต ขาดความรู้ความเข้าใจว่าสามารถรักษาหายได้ นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว ครอบครัว ชุมชน และสังคม ยังมีบทบาทสำคัญในการสังเกตสัญญาณเตือน ดูแลเรื่องการรับประทานอย่างต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงที่เป็นปัจจัยกระตุ้นนำไปสู่ภาวะป่วยทางจิตรวมทั้งขั้นตอนการร้องขอความช่วยเหลือ หากผู้ป่วยมีอาการแสดงที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และชุมชน อีกทั้งแนะนำให้ชุมชนและผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นให้ข้อมูลตรงกันว่า “ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นขาประจำ มีประวัติรักษา รพ.จิตเวช กินเหล้า ขาดยา ถู่มิดคลุ้มคลั่งกลัวคนมาฆ่า”

เมื่อพิจารณาการกระจายของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ พบมากที่สุดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สอดคล้องกับสถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วยปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในปี 2559 โดยพบมากที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัด อุบลราชธานี จังหวัด ศรีสะเกษ จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นโรคจิตกึ่งวกลมากที่สุด รองลงมา เป็นโรคจิตเภท โรคติดแอลกอฮอล์ และติดยาเสพติด (กรมสุขภาพจิต, 2559) สำหรับด้านฤดูกาล พบมากที่สุดในฤดูฝนและฤดูหนาว ช่วงปลายฝนต้นหนาวรอยต่อระหว่างเดือนตุลาคมและพฤศจิกายน ซึ่งเป็นช่วงเก็บเกี่ยวผลผลิตด้านการเกษตร มีการลงแขกดำนา เกี่ยวข้าว ตีข้าว (นวดข้าว) เป็นต้น ทั้งนี้เจ้าของนาจะจัดเตรียมสุราอาหารคาวหวาน บุหรี่ น้ำดื่ม ไว้รองรับด้วยแกนนำชุมชนให้ข้อมูลว่า “ส่วนใหญ่ดื่มเหล้า ล้มวัว เสียกันแล้วก็เมาโวยวาย เสียดัง ทะเลาะตีกัน ทำลายข้าวของพังหมด” ผู้บริหารท้องถิ่นบางแห่งในภาคเหนือได้ประกาศใช้มาตรการในชุมชน ห้ามเลี้ยง

สุราในช่วงลงแขก หากมีการละเมิดกฎเข้าภาพต้องรับผิดชอบความเสียหายทุกอย่างส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุล้มตลกลงอย่างเห็นได้ชัด

การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการรักษาที่เหมาะสม โดยผู้ป่วยอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ไม่ใช่เจ็บป่วยจิตเวชทุกคน แต่ทั้งหมดล้วนมีปัญหาวิกฤตด้านสุขภาพจิตที่สะสมมานานจนเกินกว่าจะควบคุมได้ ซึ่งสะท้อนถึงการปรับตัวต่อความเครียดรอบด้านในช่วงวัยแรงงาน และการเลือกใช้วิธีคลายเครียดที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติด หรือโรคเรื้อรังทางกายและโรคจิตเวชที่ขาดยา รักษาไม่ต่อเนื่อง (พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ, 2556) อีกทั้งในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ จะไม่รับรู้พฤติกรรมที่แสดงออก ไม่สามารถควบคุมตนเอง และไม่สามารถร้องขอความช่วยเหลือ ดังนั้น การส่งเสริมป้องกันจึงเป็นสิ่งสำคัญ ควรมีการเสริมสร้างความตระหนักตั้งแต่สัญญาณเตือน การคงใช้สารกระตุ้นการรับประทานอย่างต่อเนื่อง ตามแพทย์สั่ง และลดความรู้สึกลดราบาในใจ ไม่แยกตนเองออกจากสังคม ให้มีบทบาทหรือการทำหน้าที่ในครอบครัว ชุมชน และสังคม ตลอดจนประชาสัมพันธ์ช่องทางเข้าถึงระบบบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 หรือช่องทางขอคำปรึกษาอื่น ๆ ในเครือข่ายชุมชน หรือขั้นตอนร้องขอความช่วยเหลือผ่าน 1669

ครอบครัวและชุมชนมีวิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เรียนรู้ที่ผ่านมาเช่น ผู้ป่วยที่เคยทำร้ายคนในครอบครัวจนเสียชีวิตและเผาทำลายบ้านในชุมชนหรือผู้ป่วยโรคจิตเวช หนูแ่ว เห็นภาพหลอน และระแวงว่ามีคนจะมาทำร้าย พยายามหาอาวุธเพื่อ

ป้องกันตนเอง ผู้ดูแลจะกลัว ไม่อยากเข้าใกล้ และชุมชนไม่ยอมรับ รังเกียจ กีดกัน ปล่อยให้ยู่ตามลำพัง หรือล้ามโซ่ขังไว้ตามยถากรรม ซึ่งเป็นตรบาปทางสังคมและตรบาปภายในใจของผู้ป่วย จนผลักดันผู้ป่วยสู่วงจรอุบาทว์ที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับสุรา และสารเสพติด จนมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของไลเซเคอร์ และคณะ (Lysaker, Tsai, Yanos, & Roe, 2008) พบว่า การรับรู้ตรบาปภายในใจตนเองและตรบาปทางสังคมสูงจะทำให้ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้ารับการรักษาความเจ็บป่วยทางจิตใจและจะมีผลกระทบต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วยแต่อย่างไรก็ตามมีเครือข่ายชุมชนบางแห่งและครอบครัวมีวิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบคลุ้มคลั่งได้ตามศักยภาพที่ผ่านการปรับทัศนคติและได้รับความรู้จากบุคลากรสาธารณสุข จึงเป็นโอกาสท้าทายของนโยบายของกรมสุขภาพจิต ปี 2558-2559 ที่มุ่งเน้นการดำเนินการแบบบูรณาการด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนในทุกกลุ่มวัย โดยวัยทำงาน เน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยทำงานที่เสี่ยงต่อปัญหาโรคเรื้อรัง และปัญหาสุรา/ยาเสพติด โดยพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการดูแลช่วยเหลือทางสังคมและจิตใจ การส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน การป้องกันและจัดการกับความเครียดในวัยทำงาน การเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานในศูนย์ให้คำปรึกษาคุณภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งบูรณาการงานสุขภาพจิตในคลินิกโรคเรื้อรังสถานประกอบการร่วมกับกรมวิชาการต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข

การเชื่อมรอยต่อระหว่าง ครอบครัว ชุมชน

ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน รพ.สต. รพช. รพจ. และ/หรือโรงพยาบาลจิตเวชในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ให้เข้าสู่กระบวนการรักษาและแผนการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ เป็นเรื่องความท้าทายของหน่วยงานหลายส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยในช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) เป็นช่วงที่ต้องประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย ตั้งแต่ฝ่ายปกครองที่ต้องพัฒนาความเข้มแข็งในชุมชน มีมาตรการติดตามเฝ้าระวัง และสร้างทีมเจรจา ด้านแรก รวมทั้งมีขั้นตอนการประสานขอความช่วยเหลือหากผู้ป่วยมีอาวุธพร้อมทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทีมตำรวจ (191) มีบทบาทในการปลดอาวุธเจรจาต่อรอง หาจังหวะเข้าชาร์ตผู้ป่วยเพื่อจำกัดพฤติกรรม สำหรับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (1669) ซึ่งมักจะเป็นชุดแรกที่ไปถึงที่เกิดเหตุ ควรมีบทบาทในการประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของอาการบาดเจ็บ ณ ที่เกิดเหตุ รายงานแจ้งกลับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเพื่อขอชุดปฏิบัติการฉุกเฉินขึ้นสูงมาสมทบ ไม่ควรเป็นทีมด่านหน้าที่เข้าเผชิญหน้ากับผู้ป่วยโดยตรงเพราะต้องใช้ความรู้และทักษะเฉพาะ จากการสนทนากลุ่มพบมีการบาดเจ็บจากการเข้าชาร์ตผู้รื้อผู้ป่วย เช่น ถูกกดไขว่คอ ถูกขกจนปากแตก ฟกช้ำตามร่างกาย ฯลฯ รวมทั้งข้อมูลจากโรงพยาบาลจิตเวชพบผู้ป่วยมีแผลฉีกขาดและกระดูกหักจากการช่วยเหลือไม่เหมาะสมของทีมกู้ชีพ ทั้งนี้จากเสียงสะท้อนของพื้นที่ส่วนใหญ่ต้องการและคาดหวังให้เจ้าหน้าที่เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมาช่วยเหลือกล่อมและนวดให้ผู้ป่วยสงบนำไปรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เคยมีประวัติรักษาโรคจิตเวชขาดยาและรักษาไม่ต่อเนื่องจนมีอาการกำเริบถึงแม้

ที่ผ่านมารกรมสุขภาพจิตมีการจัดตั้ง MCATT: Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team ทั่วประเทศ แต่ส่วนใหญ่จะเน้นด้านการเยียวยาด้านจิตใจในภาวะภัยพิบัติ อีกทั้งใช้เวลาในการเตรียมทีมมากกว่า 1 ชั่วโมงไม่สอดคล้องกับผู้ป่วยวิกฤตทางจิตใจ (mental health crisis) ที่จำเป็นต้องใช้ทีมปฏิบัติการจิตเวชฉุกเฉินที่มีความคล่องตัวสูง รวดเร็ว โดยเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างน้อย 2 คน โดยผ่านการประสานและสั่งการจากสายด่วนสุขภาพจิต (1323) กรมสุขภาพจิตควรจัดให้มีค่าตอบแทนและหลักประกันชีวิตในการออกปฏิบัติการ เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงและเป็นขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติ การฝึกกำลังประสานความร่วมมือระหว่างชุมชน ตำรวจ (191) ทีมจิตเวชฉุกเฉินเคลื่อนที่เร็ว (1323) และชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน (1669) จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตทางสุขภาพจิตจนมีอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ให้เข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างปลอดภัยและเหมาะสม

การนำส่งผู้ป่วยอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ใช้เวลามากกว่าผู้ป่วย CBD กลุ่มอื่นๆ โดยนับเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินออกจากฐานถึงที่เกิดเหตุ นำส่งผู้ป่วยจนกลับถึงฐาน ใช้เวลามากที่สุด 8 ชั่วโมง โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินนอกจากทำหน้าที่นำส่งจากที่เกิดเหตุถึงโรงพยาบาลปลายทางยังรวมถึงการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลด้วย โดยปัญหาที่พบบ่อยและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย คือ โรงพยาบาลจิตเวชมีการปฏิเสธรับผู้ป่วยและให้ส่งกลับโรงพยาบาลจังหวัดด้วยเหตุผลไม่ได้ทำตามข้อตกลง ถึงแม้เป็นผู้ป่วยที่เคยมีประวัติรักษาจิตเวชก็ตาม สิ่งเหล่านี้ได้

สะท้อนความไม่ชัดเจนของระบบ และไม่ได้ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จากผลการศึกษาด้านคุณภาพได้ชี้ให้เห็นว่าโรงพยาบาลจิตเวชได้ส่งกลับผู้ป่วยที่เคยมีประวัติรักษาจิตเวช ด้วยเหตุผลว่าไม่มีวัสดุ-อุปกรณ์การแพทย์ทางกาย ไม่มีญาติ หรือไม่ได้เจาะเลือด หรือไม่ได้ทำตามขั้นตอนที่ตกลงไว้เฉพาะบางจังหวัด ซึ่งโรงพยาบาลจิตเวชภายใต้การกำกับของกรมสุขภาพจิตมีแนวทางปฏิบัติในการรับผู้ป่วยแตกต่างกัน บางแห่งพร้อมตอบสนองยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ โดยเฉพาะพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น มีระบบ fast tract หากพบว่าผู้ป่วยมีประวัติรักษาจิตเวช กู้ชีพสามารถนำส่งตรงได้ในกรณีอยู่ใกล้ที่เกิดเหตุ กรณีไม่มีญาติสามารถไปบ้านที่กักประจําวัน ตำรวจหรือข้อมูลจากผู้นำชุมชน มีการประชุมและอบรมพัฒนาเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง แต่บางแห่งมีกฎเกณฑ์เคร่งครัด ไม่มีระบบ fast tract และปฏิเสธการรับผู้ป่วยโดยอ้างข้อตกลง จนเกิดเหตุการณ์ไม่คาดคิดในระหว่างทางส่งกลับ ผู้ป่วยมีอาการระแวง คลุ้มคลั่ง เชื้อกผู้กรัดหลอด ชกต่อย กู้ชีพแล้วกระโดดลงจากรถ จนมีแผลฉีกขาดและกระดูกขาหัก ซึ่งกรมสุขภาพจิตมีการกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายในประเด็นผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่สำคัญเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 เมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) (กรมสุขภาพจิต, 2560) ความท้าทายในการพัฒนาเครือข่าย fast tract จากชุมชนสู่โรงพยาบาลจิตเวช เช่นเดียวกับโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนสามารถจับสัญญาณเตือนได้เร็ว มีแนวทางในการขอเข้ารับการรักษาได้สะดวกโดยเร็ว จะช่วยทำให้ญาติและชุมชน

มีความมั่นใจว่ามีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือไม่รู้สึกล้อแท้อ่อนแอ รวมทั้งผู้ป่วยไม่ต้องรับประทานยาตลอดชีวิตมีคุณภาพชีวิตตามศักยภาพ และเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติต่อไป

โดยสรุป สถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ที่เข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มสูงขึ้นในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา โดยส่วนใหญ่เป็นชาย วัยแรงงาน พบมากที่สุดใ้ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ฤดูฝนและฤดูหนาว โดยเฉพาะช่วงเก็บเกี่ยวผลผลิตการเกษตรปลายฝนต้นหนาวในเดือนกันยายนและตุลาคม ครอบครัวและชุมชนยังไม่มีแนวทางหรือขั้นตอนที่ชัดเจนในการร้องขอความช่วยเหลือขึ้นอยู่กับประสบการณ์และศักยภาพของชุมชน ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการใช้เวลามากในการประเมินความเสี่ยงและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมออกปฏิบัติการ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะไม่เพียงพอต่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่มีมุมเฉพาะรองรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมคลุ้มคลั่งรวมทั้งโรงพยาบาลจิตเวชมีเกณฑ์และแนวทางในการรับผู้ป่วยไว้รักษาแตกต่างกัน หลายแห่งไม่มีระบบ fast tract ไม่ยืดหยุ่น ไม่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ปฏิเสธการรับผู้ป่วยไว้รักษา ความท้าทายในการพัฒนาความร่วมมือระหว่างสายด่วนสุขภาพจิต (1323) ตำรวจ (191) และหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน (1669) รวมทั้งการพัฒนาเครือข่าย fast tract จากชุมชนสู่โรงพยาบาลจิตเวช จะช่วยให้ครอบครัวและชุมชนมีความมั่นใจว่ามีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ไม่รู้สึกท้อแท้เบื่อหน่าย รวมทั้งผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตตามศักยภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ และกลุ่มเสี่ยง ควรมีการเสริมสร้างความตระหนักถึงการงดสารกระตุ้น การสังเกตสัญญาณเตือน การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและลดความรู้สึกตราบภายในใจ ไม่แยกตนเองออกจากสังคม ส่งเสริมให้มีบทบาทหรือการทำหน้าที่ในครอบครัว ชุมชนและสังคม รับรู้ช่องทางให้การคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตและการแจ้งเหตุผ่านระบบต่าง ๆ
2. ผู้ดูแลหลัก ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน ควรมีการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เป็น “ชุมชนจัดการตนเองด้านการแพทย์ฉุกเฉิน” โดยการระดมกลุ่มเสี่ยงในชุมชน และพัฒนาแนวทางในการร้องขอความช่วยเหลือร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งระบบ
3. โรงพยาบาลจังหวัดควรมีระบบช่องทางด่วน และมีห้องหรือมุมเฉพาะสำหรับเฝ้าดูและสังเกตการณ์ผู้ป่วยที่อาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์
4. โรงพยาบาลจิตเวชที่สังกัดกรมสุขภาพจิต ควรมีการพัฒนาเครือข่ายจากชุมชนสู่ระบบช่องทางด่วน (fast-track) และจัดระบบบริการช่วยเหลือและรักษาผู้ป่วยแบบเบ็ดเสร็จ (one stop service)
5. กรมสุขภาพจิตควรมีการพัฒนาจัดตั้งชุดจิตเวชฉุกเฉินเคลื่อนที่เร็วโดยใช้บุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ โดยบริหารสั่งการผ่าน 1323 เพื่อประสานการปฏิบัติการระหว่างตำรวจ 191 และระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2557). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556. กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิชชิ่ง.

กรมสุขภาพจิต. (2559). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2558. กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิชชิ่ง.

กรมสุขภาพจิต. (2560). แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2560, จาก <http://www.dmh.go.th>

เบญจมาศ พฤกษ์กานนท์, ชีระ ศิริสมุค, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, สกาวรัตน์ พวงลัดดา และ กนกวรรณ สุดศรีวิไล. (2556). ระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จาหา, อธิป ตันอารีย์, ปธานนท์ ขวัญสนิท, สาวิตรี อัยฉางค์กรชัยและคณะ. (2556). ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิชชิ่ง.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2559). รายงานสถานการณ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2559. กรุงเทพฯ: ปัญญามิตร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย พ.ศ. 2558. สืบค้นเมื่อ 18 พฤษภาคม 2560, จาก <http://service.nso.go.th>

American Association for Emergency Psychiatry (AAEP). (2007). *What is Emergency Psychiatry?* Retrieved January 21, 2017, from <https://www.emergencypsychiatry.org>

Lysaker, P. H., Tsai, J., Yanos, P., & Roe, D. (2008). Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98(1-3), 194-200.