

## การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลชุมชน

ฟูริยา เบ็ญฮาวัน

รับบทความ: 15 สิงหาคม 2566; ส่งแก้ไข: 12 ธันวาคม 2566; ตอรับ: 22 ธันวาคม 2566

## บทคัดย่อ

**บทนำ:** เนื่องจากปัญหาผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลรามัน จึงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน เพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอรามัน พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน และศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน

**วิธีดำเนินการวิจัย:** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีขั้นตอนดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชอำเภอรามัน และสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 33 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน โดยใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในชาย จำนวน 17 คน และผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่รักษาตัวที่หอผู้ป่วยในชาย จำนวน 42 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน

**ผลการศึกษา:** รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน โดยหลังการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยในไปใช้ พบว่า ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นขณะรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล และการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินลดลง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยในตั้งแต่ระดับมากถึงมากที่สุดร้อยละ 82.31

**สรุป:** รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยในที่พัฒนาขึ้น ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน สามารถสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมผู้ให้การดูแลที่สะดวก ชัดเจน ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลได้ครบถ้วน ผู้ป่วยจึงได้รับการดูแลครอบคลุมตั้งแต่การเข้าถึงจนถึงการดูแลต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** จิตเวชฉุกเฉิน, อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นขณะรักษาในโรงพยาบาล, การรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

## The development of an inpatient acute care model for psychiatric patients in community hospital

Fureeya Benhawan

Received: August 15, 2023; Received revision: December 12, 2023; Accepted: December 22, 2023

---

### Abstract

**Background:** Due to the increasing number of psychiatric patients, we developed an inpatient acute care model to help ensure the effective patient caring in the inpatient ward.

**Objective:** To study the situation of psychiatric patients in Raman district Hospital in order to develop an inpatient acute care model for psychiatric patients and to study the effects of applying an inpatient acute care model for psychiatric patients in a community hospital.

**Material and methods:** This research was a research and development. There were 3 phases of the research: Phase 1: Studying the situation of psychiatric patients in Raman district Hospital and doing the focus group with registered nurses. Phase 2: Development of an inpatient acute care model for psychiatric patients Phase 3: Assessing the outcomes of an inpatient acute care model for psychiatric patients. The sample included 17 registered nurses who currently work in the male inpatient ward and 42 emergency psychiatric patients admitted in the male inpatient ward. The sample were selected specifically to study the outcomes of applying an inpatient acute care model for psychiatric patients.

**Result:** After applying an inpatient acute care model for psychiatric patients, there was no incidence of risk that occurred during an admission. The re-admission rate of an emergency psychiatric patients decreased. The experiment showed a significantly higher score of the inpatient acute care post-test done by registered nurses, compared to the pretest score. Registered nurses were satisfied with an inpatient acute care model for psychiatric patients at the high and highest level for 82.31%.

**Conclusion:** This inpatient acute care model for psychiatric patients is clear and uniformed for patient care. It enables the convenient communication about the information between care providers, therefore nurses can follow all guidelines. Patients receive comprehensive care from the access to the continuity of care.

**Keywords:** Emergency psychiatry, Incidence of risks during, Readmission

## บทนำ

ปัญหาโรคจิตเวชเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย สถานการณ์การเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดจากคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center : HDC) กระทรวงสาธารณสุขในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาพบว่า จำนวนผู้ที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.98<sup>[1]</sup> มีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านสายด่วน 1669 ของผู้ป่วยจิตเวชที่เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน<sup>[2]</sup> กระทรวงสาธารณสุขได้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยสาขาสุขภาพจิตและสารเสพติดได้กำหนดเป้าหมายการให้บริการ (service delivery) ด้านหนึ่งคือ การให้บริการผู้ป่วยใน จิตเวชและยาเสพติดฉุกเฉิน (acute care) ในสถานพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการ การรับบริการของประชาชนในพื้นที่สามารถเข้าถึงในสถานพยาบาลใกล้บ้านได้รับการดูแลช่วยเหลือในระยะฉุกเฉินอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้อาการทางจิตสงบและลดค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการเฉพาะทางได้<sup>[3]</sup>

โรงพยาบาลรามัน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ทำการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินเพิ่มขึ้นผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรามันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและจากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามัน พบว่า ยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยยังพร้อมความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติที่

จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินรวมทั้งระบบการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแลและการติดตามประเมินผลลัพธ์ยังไม่ชัดเจน

จากปัญหาสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นที่จะต้องศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยในเนื่องจากเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ ต้นทุนค่าใช้จ่ายขององค์กร สังคม และประเทศชาติ ผลที่ได้จากการศึกษานี้จะทำให้โรงพยาบาลรามันมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุมมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอรามัน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) มีขั้นตอนดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ

**ระยะที่ 1** ศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวช ในอำเภอรามัน จากข้อมูลตัวชี้วัดของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดตั้งแต่ปี พ.ศ.2562 - 2564 ผู้วิจัยสนทนากลุ่ม (focus group) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในหอ

ผู้ป่วยในและผู้เกี่ยวข้องในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน จำนวน 33 คน จากนั้นผู้วิจัยสรุปสถานการณ์และประเด็นปัญหาการดูแล

**ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แบบผู้ป่วยใน ดำเนินการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2564 - กันยายน พ.ศ.2564 ตามลำดับดังนี้

1) ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสารตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน ประมวลข้อมูลทั้งจากแนวคิด ทฤษฎี และจากผลการศึกษาศาสนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ที่ได้จากในระยะที่ 1 นำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการดูแล

2) กำหนดทีมที่เกี่ยวข้องและบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แบบผู้ป่วยใน ประกอบด้วย ทีมการพยาบาลและแพทย์ที่ปรึกษา

3) ร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน โดยผู้วิจัยจัดประชุมระดมสมองร่วมกับทีมที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ปัญหา และโอกาสพัฒนารูปแบบการดูแล ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจนจำหน่าย พร้อมทั้งกำหนดผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแล คือ การไม่กลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 1 ปี

4) พัฒนาเครื่องมือวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พักรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นขณะรักษาในโรงพยาบาล (ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น/ทรัพย์สิน/การหลบหนี) และการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 1 ปี แบบวัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน และแบบ

ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน

5) ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน และเครื่องมือวิจัยที่ได้นำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อพิจารณาความสอดคล้อง เหมาะสม เมื่อได้รับคำแนะนำผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไข จนได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แบบผู้ป่วยใน และเครื่องมือวิจัย

6) ผู้วิจัยนำรูปแบบการดูแล และเครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ กับกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลรามัน จำนวน 16 คน และผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ที่รักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในหญิง จำนวน 5 คน ในช่วงเดือนเมษายน-กันยายน พ.ศ.2564 และนำผลการทดลองใช้มาปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

7) ผู้วิจัยจัดประชุมอบรมเพื่อเพิ่มความรู้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แบบผู้ป่วยใน จำนวน 1 วัน ประชุมชี้แจงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำสู่การปฏิบัติ ใช้ระบบการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแล การติดตามผลลัพธ์ และวิเคราะห์ประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แบบผู้ป่วยใน

**ระยะที่ 3** ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยในที่พัฒนาขึ้น โดยนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2564 – 31 พฤษภาคม พ.ศ.2565 เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในเรื่องของอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นขณะรักษาในโรงพยาบาล (ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น/ทรัพย์สิน/การหลบหนี) และการรักษา

ในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 1 ปี ติดตามจนถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ประเมินความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แบบผู้ป่วยใน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยในชาย คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลรามัน เดือนตุลาคม พ.ศ.2564 - พฤษภาคม พ.ศ. 2565 สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอด และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย โดยใช้พยาบาลวิชาชีพทั้งหมดทุกคนที่เข้าเกณฑ์ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 17 คน

2. ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ที่เข้าพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลรามัน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2564 – 31 พฤษภาคม พ.ศ.2565 จำนวน 42 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเวช ที่มีรหัสการวินิจฉัย คือ F20-F31 มีวันนอนโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่ถึง 24 ชั่วโมง แล้วถูกส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น และผู้ป่วยจิตเวชที่ญาติปฏิเสธการนอนโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แบบผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พักรักษาตัวแบบผู้ป่วยใน อุบัติการณ์ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นขณะรักษาในโรงพยาบาล (ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น/ทรัพย์สิน/การหลบหนี) และการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 1 ปี

2.2 แบบวัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แบบผู้ป่วยใน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (acute care) ของกรมสุขภาพจิต<sup>[4]</sup> เป็นแบบคำถามให้เลือกตอบ ถูก ผิด จำนวน 15 ข้อ

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้แก่ จิตแพทย์ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพด้านจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แบบผู้ป่วยใน มีค่า CVI=.97 แบบวัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แบบผู้ป่วยใน มีค่า CVI=.97 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แบบผู้ป่วยใน มีค่า CVI=.98

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้

(try out) กับพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยในหญิง โรงพยาบาลรามัน จำนวน 16 คน ตรวจสอบค่าความเที่ยง (reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้แก่ แบบวัดความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แบบผู้ป่วยใน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .94 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แบบผู้ป่วยใน มีค่าความเที่ยง (reliability) เท่ากับ .91

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบอัตราการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 1 ปี ของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ

2. เปรียบเทียบอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นขณะรักษาในโรงพยาบาล (ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น/ทรัพย์สิน/การลอบหนี) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ

3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แบบผู้ป่วยใน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน นำมาวิเคราะห์โดยสถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test

4. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แบบผู้ป่วยใน หลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน ที่พัฒนาขึ้น นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ซึ่งงานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดยะลา (เลขที่รับรอง 19/2564 เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ.2564)

### ผลการศึกษา

#### 1. การศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอรามัน

จากข้อมูลตัวชี้วัดของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดตั้งแต่ ปี พ.ศ.2562-2564 พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคจิต F20-F31 มีจำนวน 624 ราย 676 ราย และ 721 ราย ตามลำดับ จำนวน ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่รักษาตัวแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลรามัน จำนวน 96 ราย 73 ราย และ 98 ราย ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่ต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น ได้แก่ โรงพยาบาลยะลา และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จำนวน 15 ราย (โรงพยาบาลยะลา 7 ราย โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ 8 ราย) 21 ราย (โรงพยาบาลยะลา 2 ราย โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ 19 ราย) และ 32 ราย (โรงพยาบาลยะลา 21 ราย โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ 11 ราย) ตามลำดับ

รายงานอุบัติการณ์การทำร้ายตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน และการลอบหนีของ ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 – 2564 พบว่า มีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย 2 ครั้ง เผลอห้อง 1 ครั้ง ลอบหนี 7 ครั้ง และการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 1 ปี ของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน จำนวน 5 ราย 5 ราย และ 6 ราย ตามลำดับ การสนทนากลุ่ม (focus group) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในและผู้เกี่ยวข้องในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน จำนวน 33 คน จากนั้นผู้วิจัยสรุปสถานการณ์ และประเด็นปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินพบข้อมูลดังนี้

1.1. ด้านโครงสร้าง ได้แก่ บุคลากรพยาบาลยังมีประสบการณ์เกี่ยวกับจิตเวชน้อย ยังไม่มีความรู้ทักษะการประเมิน และการดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน บทบาทหน้าที่พยาบาลยังไม่ชัดเจน ไม่มีแนวทางการประเมินและส่งต่อที่ชัดเจน ไม่มีแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินร่วมกัน ระหว่างทีมสหวิชาชีพ ระบบการสื่อสารระหว่างทีมไม่ชัดเจน

1.2. ด้านกระบวนการ ได้แก่ การประเมินและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตามกระบวนการพยาบาลไม่ต่อเนื่อง ไม่มีรูปแบบแนวทางการดูแลที่ชัดเจน บุคลากรไม่ทราบขั้นตอนการปฏิบัติ และการสื่อสารกับทีมทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน การบันทึกทางการพยาบาลไม่ครอบคลุมต่อเนื่อง ขาดการติดตามผลลัพธ์การดูแล ไม่ได้วางแผนการดูแลและวางแผนการจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยกลับมามีอาการกำเริบซ้ำ และกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 1 ปี

1.3. ด้านผลลัพธ์ ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไม่ได้รับการประเมินภาวะเสี่ยง และไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ผู้ป่วยบางคนมีความคิดทำร้ายตัวเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน และหลบหนีพยาบาลที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัย และไม่พึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล ในปัจจุบัน

## 2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยในที่พัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดมาตรฐานกระบวนการดูแลผู้ป่วยของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล<sup>[5]</sup> และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน<sup>[4]</sup> ประกอบด้วย 6 ด้านคือ

- 1) การเข้าถึงและเข้ารับบริการ
- 2) การประเมินผู้ป่วย
- 3) การวางแผนการดูแลและวางแผนจำหน่าย
- 4) การดูแลผู้ป่วย
- 5) การให้ข้อมูลและเสริมพลัง
- 6) การดูแลต่อเนื่อง

สำหรับผลการประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน คือ ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยง ได้แก่ เกิดการทำร้ายตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน การหลบหนี และการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำลดลง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยในโดยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยในที่พัฒนาขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลชุมชน

### 3. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชายร้อยละ 98.6 มีอายุ 20-30 ปีร้อยละ 44.3 มีอายุเฉลี่ย 30.94 ปี อาชีพว่างงานร้อยละ 78.1 การใช้สารเสพติด ร้อยละ 92.7 นอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาลมานานเฉลี่ย 10.86 วัน

3.1 เปรียบเทียบการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 1 ปี ของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน พบว่า ปีงบประมาณ 2564 มีการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.12 ปีงบประมาณ 2565 มีการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.38 เมื่อเปรียบเทียบการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินก่อนกับหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน มีการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 1 ปี ลดลงจากเดิม (ดังตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** การรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 1 ปีของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน

	จำนวน Admit	จำนวน Admit ซ้ำ	ร้อยละ Admit ซ้ำ
ก่อนพัฒนา			
ปีงบประมาณ 2564	98	6	6.12
หลังพัฒนา			
ปีงบประมาณ 2565	42	1	2.38

3.2 เปรียบเทียบอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นขณะรักษาในโรงพยาบาล (ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น/ทรัพย์สิน/การหลบหนี) ของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน พบว่า ปีงบประมาณ 2564 มีจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.14 ปีงบประมาณ 2565 มีจำนวน 0 ราย คิดเป็นร้อยละ 0 เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นขณะรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ เกิดการทำร้ายตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน และการหลบหนี ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แบบผู้ป่วยใน นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แบบผู้ป่วยในมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นขณะรักษาในโรงพยาบาล ลดลงจากเดิม (ดังตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นขณะรักษาในโรงพยาบาล (ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น/ทรัพย์สิน/การหลบหนี) ของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน

	จำนวน Admit	อุบัติการณ์ขณะรักษา Admit	ร้อยละ
ก่อนพัฒนา			
ปีงบประมาณ 2564	98	7	7.14
หลังพัฒนา			
ปีงบประมาณ 2565	42	0	0

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 92.9 อายุ 20-30 ปีร้อยละ 42.7 อายุ 30-40 ปีร้อยละ 28.4 อายุ 40-50 ปีร้อยละ 28.5 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมากกว่า 10 ปี

ร้อยละ 35.6 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7.1

3.3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการดูแลฯ (มัธยฐาน = 9, ค่าต่ำสุด = 6, ค่าสูงสุด = 15) หลังการพัฒนาแบบการดูแลฯ (มัธยฐาน = 14, ค่าต่ำสุด = 12, ค่าสูงสุด = 15)

ตารางที่ 3 ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ (n=17)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	มัธยฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	p-value
ก่อนทดลอง	17	9	6	15	-3.07**
หลังทดลอง	17	14	12	15	

\*\*p-value <.01

3.4 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลจิตเวชฉุกเฉิน แบบผู้ป่วยใน ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แบบผู้ป่วยใน ตั้งแต่ระดับมากถึงมากที่สุด เป็นร้อยละ 82.31

### ผลการศึกษา

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลชุมชนสามารถ อภิปรายผล ตามวัตถุประสงค์ การวิจัย ได้ดังนี้

1. จากการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชในอำเภอรามันและการสนทนากลุ่ม (focus group) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในและผู้เกี่ยวข้องในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน พบประเด็นสำคัญ ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยโรคจิตมีจำนวนเพิ่มขึ้นรวมถึงมีผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมากขึ้น ต้องเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในหรือบางรายต้องถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามกระบวนการพยาบาลอย่างเหมาะสมต่อเนื่อง

และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมากกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน แบบผู้ป่วยใน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ดังตารางที่ 3)

พบประเด็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์ความรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินยังน้อยไม่มีแนวทางปฏิบัติและการสื่อสารระหว่างทีมที่ชัดเจน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตามกระบวนการพยาบาลไม่ต่อเนื่อง ไม่มีรูปแบบแนวทางการดูแลที่ชัดเจน การบันทึกทางการพยาบาลไม่ครอบคลุมต่อเนื่อง ขาดการติดตามผลลัพธ์การดูแล ไม่ได้วางแผน การดูแล และวางแผนการจำหน่าย ทำให้เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง (ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น/ทรัพย์สิน/การหลบหนี) รวมถึงกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 1 ปี พยาบาลที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยรู้สึกไม่ปลอดภัย และไม่พึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลในปัจจุบัน ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ อีระ ศิริสมุด, พรทิพย์ วชิรดิถก และอนรรตน์ สมตน ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่ พบว่า ทุกพื้นที่มีปัญหาด้านศักยภาพและความพร้อมด้านทักษะของผู้ป่วย/ญาติ

แบบแผนการจัดการของชุมชน ความไม่พร้อมในโรงพยาบาล เช่น ไม่มีห้องหรือมุมเฝ้าสังเกตอาการเฉพาะโรงพยาบาล จิตเวชหลายแห่งไม่มีระบบช่องทางด่วน/ปฏิเสธรับผู้ป่วยไว้รักษา ระดับนโยบายพบปัญหาการจัดการเชิงระบบที่เกี่ยวข้อง<sup>[6]</sup>

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลชุมชนที่พัฒนาขึ้น โดยผู้วิจัยเริ่มจากการศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาจริงในการทำงานจากทีมผู้ดูแลผู้ป่วยและการทบทวนวรรณกรรม จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนารูปแบบการดูแล ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของโรงพยาบาล มีองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างครอบคลุมแบบองค์รวมที่มียาพยาบาลและทีมสหวิชาชีพให้ความร่วมมือในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากนโยบายโรงพยาบาลโดยคณะกรรมการทีมพัฒนาคุณภาพบริการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด และคณะกรรมการประเมินคุณภาพโรงพยาบาล จากภายนอกต้องการให้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กำหนดให้ต้องผ่านกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัยและมั่นใจในการบริการของโรงพยาบาล ตอบสนองวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลในการเป็นที่ยั่งยืนด้านสุขภาพ สานพลังภาคีเครือข่ายเพื่อประชาชนสุขภาพดีภายในปี พ.ศ.2574 ตอบสนองนโยบายและแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคูณภาพระบบบริการ และวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช เป้าประสงค์: 2.1 ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพทั้งในภาวะปกติและ

ภาวะวิกฤต และตอบสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในด้านการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม พัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ภักรีรินทร์ ชิดดี, สุจริต ทุมจันทร์, เพชรศรี สารรัตน์, อชรา พิลาทอง, พิสมัย ทิพย์วารี และดาราดพร สิงห์ทอง ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นรูปแบบการดำเนินงาน (working model) ที่ดีมีระบบงาน/วิธีการที่เหมาะสมกับพื้นที่โรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดเรื่องบุคลากรและภาระงานที่มาก เนื่องจากได้พัฒนาขึ้นจากความร่วมมือร่วมใจของผู้เกี่ยวข้อง มีการทำงานเป็นทีมอย่างจริงจัง สามารถพัฒนาอย่างต่อเนื่องภายใต้ทรัพยากรที่มีจำกัด<sup>[7]</sup>

3. ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลชุมชน พยาบาลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล ระดับมาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่าในกระบวนการของรูปแบบการดูแล ที่พัฒนาขึ้นได้กำหนดให้มีทีมพยาบาล และทีมแพทย์ที่ปรึกษาให้การดูแลร่วมกัน มีการอบรมให้ความรู้ทีมพยาบาลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน มีแนวทางการดูแล ที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพมีแนวทางการประเมินผู้ป่วยที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน สามารถสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมผู้ให้การดูแลที่สะดวกชัดเจน รวมทั้งมีการติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลได้ครบถ้วน เกิดผลลัพธ์ที่ดี

ต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินได้รับการดูแลครอบคลุมตั้งแต่การเข้าถึงจนถึงการดูแลต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบผู้ป่วยในกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 1 ปี ลดลง ไม่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นขณะรักษาในโรงพยาบาล (ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น/ทรัพย์สิน/การลอบหนี) สอดคล้องกับการศึกษาของ จลี เจริญสรรพ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วย คลินิกเฉพาะโรคจิตเภท ดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก การประสานงานบริการเข้าถึงการรักษาด้วยยาในชุมชนและสอนสุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบฯ ที่พัฒนามีจำนวนผู้ป่วยที่กลับป่วยซ้ำลดลง 3 เท่า มาตรฐานตามนัดและเข้าถึงการรักษาเพิ่มขึ้น 2 เท่า พยาบาลมีความเห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกและแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายใช้ได้ง่ายและสามารถปฏิบัติได้จริง<sup>[8]</sup>

### บทเรียนที่ได้รับ

1. สามารถนำผลการศึกษาไปปรับใช้ในโรงพยาบาลที่มีความคล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน เพิ่มการเข้าถึงของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและป้องกันการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 1 ปี
2. ควรมีการเพิ่มความต่อเนื่องระยะยาวในการดูแลสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดร่วม เพื่อบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้สามารถเลิกยาเสพติดได้ ลดปัจจัยกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการกำเริบซ้ำได้

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2557.

นนทบุรี: สำนักพิมพ์เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์; 2560.

2. พรทิพย์ วชิรดิถก, ชีระ ศิริสมุด, อนุรัตน์ สมต. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2561;32(2):69-83.
3. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการจัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป (ฉบับทดลองใช้ พ.ศ. 2564). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
4. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2) ฉบับทดลองใช้. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
5. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองศิริราชสมบัติครบ 60 ปี. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: หนังสือดีวัน; 2554.
6. ชีระ ศิริสมุด, พรทิพย์ วชิรดิถก, อนุรัตน์ สมต. การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562; 28(2):157-171.
7. ภัครินทร์ ชิตดี, สุจรีต ทุมจันทร์, เพชรศรี สารรัตน์, อัครา พิลาทอง, พิสมัย ทิพย์วารี, ดาราพร สิงห์ทอง. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563; 29(2):491-496.

8. จลี เจริญสรรพ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2558; 29(3):85-98.