บทความวิจัยต้นฉบับ : การพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง

The Development of an Integrated Medical Services Model for Mental Crisis Patients in Rayong Province

อารยา ผ่องแผ้ว[*] และสุภัชเขม สมสินนกุล[**]
Araya Pongpaew[*] and Supatkhem Somsinnakul[**]
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง[*,**]
Rayong Provincial Public Health Office[*,**]
เบอร์โทรศัพท์ : 08-9405-1669 : E-mail : araya_ncd@hotmail.com[*]
วันที่รับ 13 พ.ค. 2567; วันที่แก้ไข 6 มิ.ย. 2567; วันที่ตอบรับ 12 มิ.ย. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาและแนวทางแก้ไขเพื่อพัฒนารูปแบบประเมินผลรูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณา การในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยตามรูปแบบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 การวางแผน ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ ขั้นที่ 3 การสังเกตผล ขั้นที่ 4 การสะท้อนกลับ โดยใช้การวิเคราะห์เอกสาร แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ดำเนินการวิจัยในพื้นที่อำเภอวังจันทร์ และอำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง

ผลการวิจัย พบว่า ทั้งสองอำเภอให้ความสำคัญกับการจัดระบบบริการดูแลช่วยเหลือ นำส่งและรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตว่าเป็นผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาระบบ ระบบบริการสุขภาพ ก่อนเกิดเหตุ มีการพัฒนาให้ อสม.และแกนนำชุมชน เฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เน้นถึงสัญญาณเตือนก่อนคลุ้มคลั่งและการใช้ แบบประเมิน OAS มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นพี่เลี้ยง ระยะเกิดเหตุมีแนวทาง การประสานงานตั้งแต่ระดับชุมชน สายด่วน 191 และสายด่วน 1669 เพื่อร่วมปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุเป็นรายกรณีการนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลและ การเตรียมรับผู้ป่วย ณ ห้องฉุกเฉิน ไปจนถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตในสถานพยาบาล ระบบชุมชนจัดการตนเอง ชุมชนมีมาตรการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง จัดทำขั้นตอนการร้องขอความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ชุมชนเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจให้ ญาติและผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงรับรู้ถึงสัญญาณเตือนก่อนเกิดอาการคลุ้มคลั่งอาละวาด รวมไปถึงการติดตามการกินยาเยี่ยมบ้าน ดำเนินการบูรณาการตามแนวทางชุมชนเป็นฐาน (CBTx) และโครงการชุมชนยั่งยืน ลงพื้นที่ติดตามด้วยภาคีเครือข่ายสหวิชาชีพและเสริมพลังเพื่อ

ให้กลุ่มเสี่ยงหลีกเลี่ยง การกลับไปใช้สุราและสารเสพติด มีการนัดติดตามอย่างใกล้ชิดในกลุ่มที่ประเมินแล้วมีความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติด โดยการ VDO call สอบถามและให้คำปรึกษา ให้กำลังใจโดยพยาบาลที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ; บริการการแพทย์แบบบูรณาการ; ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต; ภาวะวิกฤต

Abstract

This action research aimed to study the current situation, problems, and solutions to develop and evaluate an integrated medical service model for patients with mental health crises. Data were collected through document analysis, questionnaires, in-depth interviews, and focus group discussions in Wang Chan and Ban Chang Districts, Rayong Province.

Both districts prioritized emergency care, referral, and treatment systems for mental health crisis patients. Preventive measures involved community health volunteers and leaders monitoring psychiatric patients, emphasizing warning signs before mental disturbances using the OAS assessment, and primary care units providing mentorship. During crises, coordination occurred at community levels, via hotlines 191 and 1669, for joint operations, patient transfers to emergency rooms, and crisis management in hospitals. Community self-management strategies included monitoring high-risk groups, establishing help request procedures for patients exhibiting disturbed behavior, educating families and caregivers on recognizing warning signs, ensuring medication adherence through home visits, integrating community-based treatment (CBTx), and sustainable community projects. Multidisciplinary teams empowered high-risk groups to avoid relapsing into substance abuse through close monitoring, video calls for counseling and encouragement by nursing counselors, especially for those at high relapse risk.

Keywords : Development; Integrated Medical Services Model; Mental Patients; Crisis Patients

บทนำ

ปัญหาด้านสุขภาพจิตนับเป็นปัญหาที่สำคัญไม่ต่างจากสุขภาพกาย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกภูมิภาคทั่วโลก จากการสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าความชุกของประชากรที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness : SMI) คิดเป็นร้อยละ 4.1 ของประชากรทั่วไปทั้งหมด ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป โดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 26 - 49 ปี รองลงมาคืออายุ 18 - 25 ปี และพบมากในผู้ป่วยนิติจิตเวชถึง 3 เท่า[1] และพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.6 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดพบร้อยละ 8.5[1] ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว และมีพฤติกรรมหรืออารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถือเป็นอาการแสดงทางจิตที่เสี่ยงสูงต่อการทำอันตรายตนเอง ผู้อื่นและชุมชนแวดล้อม[2] ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว อารมณ์

เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ มีโอกาสสูงมากในการทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนอื่น และทำลายข้าวของ เมื่อเกิดเหตุการณ์นี้สามารถเรียกใช้และนำส่งสถานบริการสุขภาพด้วยบริการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 แต่อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามีปัญหาทั้งเกิดจากครอบครัวและตัวผู้ป่วย ไปจนถึงปัญหาเชิงระบบการจัดการของระบบบริการสังคมและบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม ดังนั้นจึงมีการพัฒนา "ระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่" ด้วยการบูรณาการระบบบริการทางสุขภาพและทางสังคมร่วมกันใน 4 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 1) กลุ่มเสี่ยงและญาติ สมาชิกในครอบครัว 2) กลุ่มแกนนำชุมชนและหน่วยงานในชุมชน 3) ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด และ 4) กลุ่มระบบบริการสุขภาพ[2] การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง ครอบครัวและชุมชนจะร้องขอความช่วยเหลือจากตำรวจ อาสาสมัครมูลนิธิ ผู้นำชุมชนหรือหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินใกล้ที่เกิดเหตุ ที่ผ่านมายังไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน การตอบสนองจึงขึ้นอยู่กับ ทักษะและประสบการณ์ของผู้ให้การช่วยเหลือ ประกอบกับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอต่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต สถานพยาบาลในจังหวัดไม่สามารถรองรับผู้ป่วยไว้รักษาได้ บางครั้งปฏิเสธการรับผู้ป่วยไว้รักษา การพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ได้แก่ ตำรวจ 191 และหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน 1669 รวมทั้งการพัฒนาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องยังคงเป็นความท้าทายในการพัฒนา ทุกพื้นที่มีปัญหาด้านศักยภาพและความพร้อมด้านทักษะของญาติผู้ป่วย แบบแผนการจัดการของชุมชน รวมทั้งหน่วยงานในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำรวจ ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน ความผิดพลาดในการคัดแยกทางโทรศัพท์ ความไม่พร้อมในโรงพยาบาล เช่น ไม่มีห้องหรือมุมเฝ้าสังเกตอาการเฉพาะ โรงพยาบาลจิตเวชหลายแห่งไม่มีระบบช่องทางด่วน ปฏิเสธรับผู้ป่วยไว้รักษา ระดับนโยบายพบปัญหาการจัดการเชิงระบบที่เกี่ยวข้อง[3] ซึ่งมีผลเสียคือหากไม่มีระบบในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตจะทำให้เกิดการสูญเสียทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนได้

จังหวัดระยอง พบว่า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 - 2565 มีผู้มารับบริการด้วยโรคทางจิตเวชที่ห้องฉุกเฉิน จำแนกเป็นรายกลุ่มโรค ได้แก่ โรคทางจิตเวชที่มีภาวะฉุกเฉินหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางจิตใจและพฤติกรรมเนื่องจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท จำนวน 102 ราย, 96 ราย และ123 ราย ต้องนอนโรงพยาบาลจำนวน 59 ราย, 55 ราย และ 76 ราย โรคจิตเภทพฤติกรรมแบบจิตเภทและความหลงผิด จำนวน 122 ราย, 107 ราย และ 117 ราย ต้องนอนโรงพยาบาลจำนวน 79 ราย, 86 ราย และ 90 ราย และความผิดปกติทางอารมณ์ จำนวน 36 ราย, 25 ราย และ 51 ราย ต้องนอนโรงพยาบาลจำนวน 17 ราย , 11 ราย และ 30 ราย[4] ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงจากข้อมูลของโรงพยาบาลวังจันทร์ ณ กรกฎาคม 2565 ความผิดปกติทางจิตและอาการทางจิตที่เกิดจากโรคทางกาย จำนวน 25 ราย ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อ

จิตประสาท จำนวน 377 ราย โรคจิตเภทและโรคหลงผิด จำนวน 117 ราย ความผิดปกติทางอารมณ์ จำนวน 152 ราย โรคประสาทความผิดปกติที่สัมพันธ์กับความเครียดและโรคโซมาโตฟอร์ม จำนวน 145 ราย กลุ่มอาการทางพฤติกรรมที่พบร่วมกับความผิดปกติทางสรีรวิทยาและปัจจัยทางกายภาพ จำนวน 148 ราย ความผิดปกติทางบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ใหญ่ จำนวน 2 ราย ภาวะปัญญาอ่อน จำนวน 6 ราย ความผิดปกติของพัฒนาการทางจิต จำนวน 9 ราย ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น จำนวน 5 ราย ในส่วนของโรงพยาบาลบ้านฉาง ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช ณ 30 กันยายน 2566 พบว่าผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า จำนวน 382 ราย โรคจิตเภทและโรคหลงผิด จำนวน 359 ราย โรควิตกกังวล จำนวน 156 คน โรคจิตที่ไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย จำนวน 111 ราย โรคลมชัก จำนวน 31 ราย ภาวะสมองเสื่อม จำนวน 9 ราย ภาวะปัญญาอ่อน จำนวน 3 ราย ผู้ป่วยที่มีอาการจิตคลุ้มคลั่งถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่สามารถเรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ให้ไปรับและนำส่งไปยังสถานบริการสุขภาพ โดยเป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการที่ 13 อาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ ตามระบบการคัดแยกในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน[5] ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิตได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (ผู้ที่ไม่มีคดี) แต่อย่างไรก็ตามแนวทางดังกล่าวนี้ ยังไม่ได้กล่าวถึงภาคีเครือข่ายนอกกรมสุขภาพจิตมากนัก รวมถึงการแจ้งเหตุและนำส่งผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน หรือ ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง หรือแม้แต่ผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เช่นเจ้าหน้าที่ตำรวจ พนักงานฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข[6] ซึ่งทั้งอำเภอวังจันทร์และอำเภอบ้านฉางยังเป็นลักษณะต่างคน ต่างทำ ไม่มีรูปแบบการทำงานและแนวทางการประสานงานในเรื่องดังกล่าวที่ชัดเจน

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาและแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ขอบเขตประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นประชากรจังหวัดระยองที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอวังจันทร์และอำเภอบ้านฉาง ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย

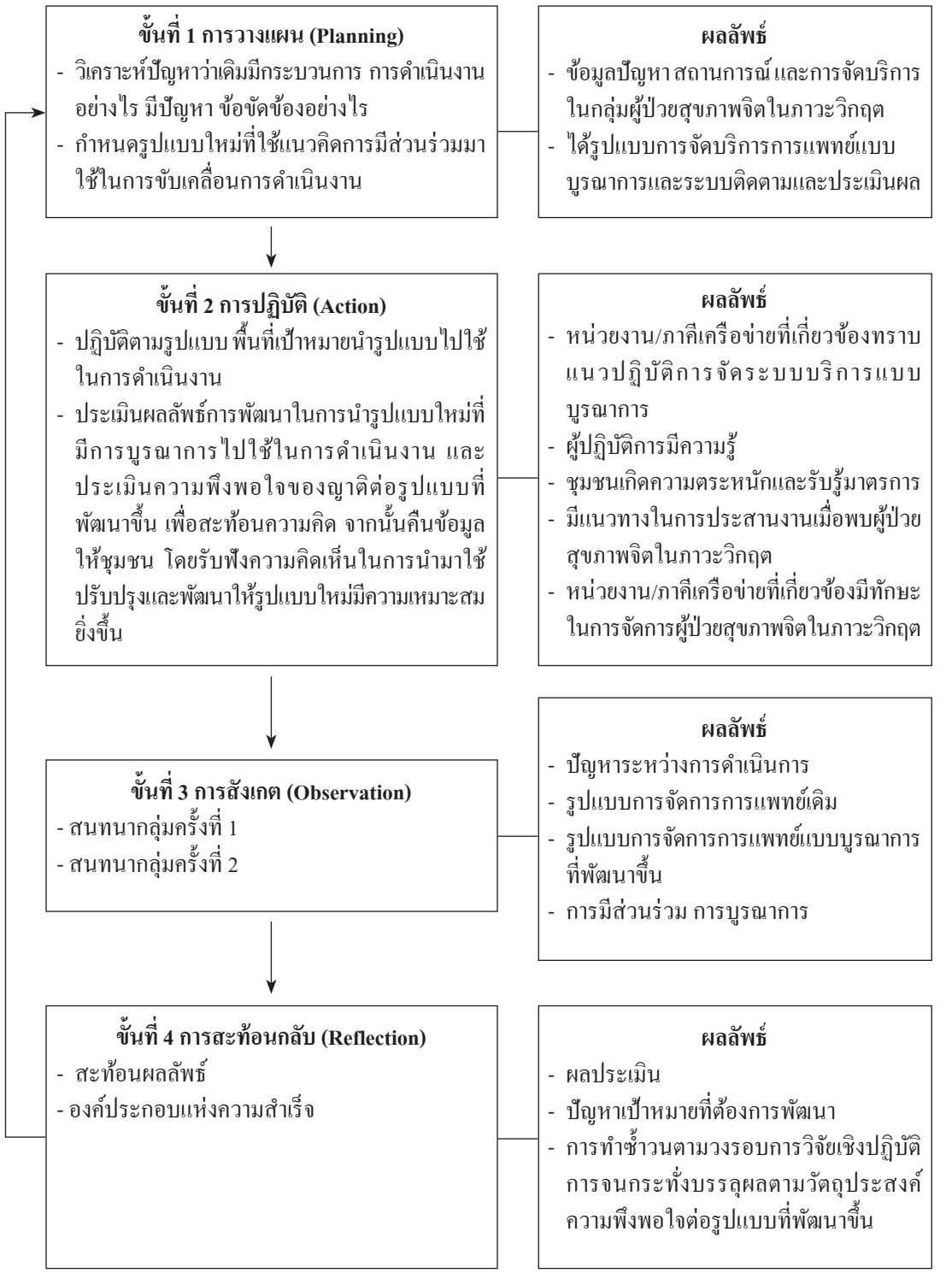
ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่ของอำเภอวังจันทร์ และอำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ดำเนินการศึกษาวิจัย ตั้งแต่ 28 ธันวาคม 2566 ถึง 10 มิถุนายน 2567

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) มีวิธีดำเนินการศึกษาวิจัย ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (planning)

1.1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสุขภาพจิต ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อประมวลข้อมูลระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการที่พึงประสงค์

1.2 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน สภาพสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ จากเอกสารข้อมูลทุติยภูมิต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ศึกษาวิจัย เช่น คำสั่ง รายงานการประชุม เอกสารประกอบการประชุม รวมทั้งการพูดคุย ซักถามและการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง

1.3 จัดตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง

1.4 พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยง อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ผู้นำชุมชน ให้รู้จักสัญญาณเตือนก่อนคลุ้มคลั่ง อาละวาด จับสัญญาณเตือนได้ และร้องขอความช่วยเหลือเป็น

1.5 ศึกษาสถานการณ์ความพร้อมของระบบบริการสุขภาพ ด้านบริบททั่วไป จำนวนบุคคลากร การจัดบริการและการประสานงานกับภาคีเครือข่าย ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลประจำอำเภอ ในพื้นที่ของอำเภอวังจันทร์และอำเภอบ้านฉาง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ แบบสอบถาม 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปด้านประชากรและกลุ่มเสี่ยง ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านบุคลากร ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านระบบให้บริการดูแลช่วยเหลือและรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต และผู้ที่มีอาการคลุ้มคลั่งอาละวาด

1.6 ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผู้รับผิดชอบงานหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต จังหวัดระยอง ระดับอำเภอ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพยาบาลสุขภาพจิตพยาบาลห้องฉุกเฉิน ตำรวจ ผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (action)

2.1 ประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัดและคณะทำงานระดับอำเภอวังจันทร์และอำเภอบ้านฉาง

2.2 สำรวจสถานการณ์กลุ่มเสี่ยงต่ออาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำลายข้าวของ ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ในพื้นที่อำเภอวังจันทร์ จำนวน 4 ตำบล 29 หมู่บ้าน อำเภอบ้านฉาง 3 ตำบล 20 หมู่บ้าน 4 เทศบาล

2.3 จัดเวทีสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ ได้แก่ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลสุขภาพจิต พยาบาลห้องฉุกเฉิน ตำรวจภูธรในพื้นที่ ผู้นำชุมชน กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ อาสากู้ชีพ-กู้ภัย แพทย์ประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและจ่ายงาน 1669 ตำรวจ 191 สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครั้งที่ 1 จำนวน 15 คน เพื่อชี้แจงข้อค้นพบจากการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน สภาพสถานการณ์ปัจจุบัน

ปัญหาระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการจากเอกสาร แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อออกแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง ร่วมกัน ดำเนินการในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

2.4 ประกาศรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง ให้กับทั้ง 2 อำเภอไปทดลองถือปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2567

2.5 พัฒนาศักยภาพอาสาฉุกเฉินการแพทย์ให้รับรู้บทบาทหน้าที่การเป็นผู้ช่วยเจ้าพนักงานการเจรจาต่อรอง การเข้าช่วยโดยการใช้โล่ห์ไม้ง่าม

2.6 พัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข อปพร. ตำรวจ บุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการจำกัดพฤติกรรมผู้ที่มีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาดและทบทวนแนวทางในการดำเนินงาน

2.7 สอบถามญาติผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต แกนนำสุขภาพ อสม. ผู้นำชุมชน ในพื้นที่อำเภอวังจันทร์และอำเภอบ้านฉาง จำนวน 780 คน เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจถึงสัญญาณเตือนก่อนเกิดวิกฤตสุขภาพจิตและการขอความช่วยเหลือเมื่อมีผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต

ขั้นที่ 3 การสังเกตผล (observation)

เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตในพื้นที่ทั้งสองอำเภอ รวบรวมข้อค้นพบ ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคในการดำเนินงาน ตามที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำ ดำเนินการจดบันทึก เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับผลการปฏิบัติในขั้นตอนต่อไป

ขั้นที่ 4 การสะท้อนกลับ (reflection)

4.1 จัดเวทีสนทนากลุ่ม ครั้งที่ 2 จำนวน 15 คน โดยผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มต้องไม่ซ้ำกับการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง

4.2 ผู้วิจัยสรุปผลที่ได้จากการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 3 และผลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในครั้งที่ 2 โดยผู้วิจัยดำเนินการคืนข้อมูลในการประชุมคณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ คณะกรรมการและคณะทำงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง หากพบผลลัพธ์ที่ไม่เป็นไปตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น คณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ คณะกรรมการและคณะทำงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง ดำเนินการทบทวนเพื่อแสวงหาวิธีการใหม่ จากนั้นก็ปฏิบัติตามวงรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการอีกครั้งตามขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนกลับ ทำซ้ำวนตามวงรอบ จนกระทั่งบรรลุผลตามวัตถุประสงค์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต จังหวัดระยอง อำเภอวังจันทร์และอำเภอบ้านฉาง จำนวน 15 คน ได้แก่ รองผู้อำนวยการ ฝ่ายการแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลสุขภาพจิต พยาบาลห้องฉุกเฉิน ตำรวจภูธรในพื้นที่ ผู้นำชุมชน กำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ อาสากู้ชีพ-กู้ภัย แพทย์ประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและจ่ายงาน 1669 ตำรวจ 191 สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มที่ 2 ญาติ ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ อำเภอวังจันทร์และอำเภอบ้านฉาง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต จังหวัดระยอง อำเภอวังจันทร์ และอำเภอบ้านฉาง จำนวนอำเภอละ 30 คน รวมสองอำเภอเป็นจำนวน 60 คน

กลุ่มที่ 2 ญาติ ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ อำเภอวังจันทร์ จำนวน 380 คน อำเภอบ้านฉาง จำนวน 382 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้วิจัยแบบคำถามการสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview Guide) แบบมีโครงสร้าง (structured interview guide) ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกและบันทึกภาคสนาม นำข้อมูลการสัมภาษณ์มาถอดข้อมูลแบบคำต่อคำ (verbatim) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาตามแนวคิดของ Patton[7] เนื้อหาเกี่ยวกับ สภาพสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาและแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการใช้ระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและข้อคำถามในการสนทนากลุ่มให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรง เชิงเนื้อหา (content validity) ได้ตรวจความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา แก้ไข ปรับเปลี่ยนข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนการนำมาใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยใช้การวิเคราะห์เอกสาร (documentary analysis) แบบสอบถาม (questionnaire) การสัมภาษณ์ เชิงลึก (in – depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group) เพื่อรวบรวมข้อค้นพบต่อการดำเนินงานพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative analysis) ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการถอดเทป ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แยกแยะตีความ กำหนดรหัสข้อมูล จัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยสกัดเนื้อหาสาระจากการสื่อความหมายของผู้ให้ข้อมูลตามประเด็นที่ต้องการ ตรวจสอบความน่า

เชื่อถือของข้อมูลด้วยการวิเคราะห์สามเส้า (data triangulation) และใช้วิธีการแปลความและตีความหมายของข้อมูล (interpret) แล้วสร้างมโนทัศน์ขึ้นโดยเทียบเคียงกับทฤษฎี และผลงานวิจัยที่มีผู้วิจัยไว้แล้วตามแนวทางการศึกษาเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ Strauss and Corbin[8]

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยได้นำโครงร่างการศึกษาวิจัยนี้เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดระยอง และได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดระยอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง เลขที่เอกสารรับรอง COA No. 38/2566 ลงวันที่ 28 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ โดยนำเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวม

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สภาพสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาและแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต

ผลการวิจัย พบว่า ทั้งสองอำเภอให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการ ดูแลช่วยเหลือนำส่งและรักษาผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต ว่าเป็นผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน สภาพสถานการณ์ปัจจุบัน พบว่า แต่ละหน่วยงานดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ ไม่ได้มีการประสานงาน ไม่ทราบแนวทางการดำเนินงานในการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤต จึงพยายามพามารักษาที่โรงพยาบาลเมื่อพบมีภาวะคลุ้มคลั่งไม่ว่าจะเกิดขึ้นในเวลาราชการ หรือนอกเวลาราชการ โดยขาดการแจ้งประสานให้เจ้าหน้าที่ ในโรงพยาบาลหรือหน่วยงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลนั้น ได้รับทราบและได้มีการเตรียมพร้อมรับผู้ป่วย ในการให้บริการผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะต้องมีทักษะใน การให้บริการ และส่วนใหญ่กู้ภัยกับตำรวจจะเป็น ผู้ไปถึงจุดเกิดเหตุก่อนหน่วยงานอื่น สำหรับอำเภอ วังจันทร์ในบางครั้งต้องมีการนำผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีอาการคลุ้มคลั่งอาละวาด ไปขังไว้ที่โรงพัก เพื่อฉีดยาให้มีอาการสงบลง เนื่องจากเกิดเหตุในยามวิกาลไม่ปลอดภัยสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ในส่วนอำเภอบ้านฉาง ผู้ใหญ่บ้าน กำนันและผู้นำชุมชน จะเป็นผู้นำส่งมาโรงพยาบาล บางกรณีผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ที่ไม่มีญาติ ต้องจัดหาที่อยู่ที่เหมาะสมให้ บางรายหลังได้รับยามีอาการสงบกลับบ้านได้ ซึ่งญาติ ครอบครัวและชุมชนยังมีความหวาดกลัว ปัญหาเกิดจากตัวผู้ป่วยไม่รับประทานยาต่อเนื่อง บางครอบครัวญาติช่วยปกปิดรายละเอียดทำให้เกิดปัญหาในการจัดการของโรงพยาบาล เมื่อมาเข้าระบบบำบัดรักษา ทำให้เกิดความวุ่นวายเป็นอันตรายต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรในโรงพยาบาล สถานบริการขาดแคลนบุคลากรใน การจัดการเมื่อมีผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง อาละวาด เข้ามารับบริการโดยเฉพาะในยามวิกาลหรือนอกเวลาราชการ ด้านระบบการรักษาและส่งต่อ พบว่าจำนวนเตียงที่จะรับผู้ป่วยเพื่อให้การรักษามีไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยที่พบในพื้นที่ บางรายเกิดเหตุการณ์ซ้ำ ๆ

จนญาติระอา ไม่อยากดูแลเรื่องการรับประทานยา ทำให้เกิดปัญหาทางสังคมตามมา ขาดการเชื่อมต่อระหว่างชุมชนด้านการป้องกันกับระบบการดูแลรักษาในโรงพยาบาล ทางด้านแนวทางแก้ไขกลุ่มตัวอย่างเสนอว่าอาสาสมัครสาธารณสุขจะเฝ้าระวัง ในครัวเรือนที่รับผิดชอบในพื้นที่ และจะประสานส่งข่าวแจ้งผ่านมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีที่อาการไม่กำเริบรุนแรงสามารถพูดคุยให้คลายเครียดลงได้ ขณะเกิดเหตุมีผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง อาละวาดผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ควรจะได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตเกิดอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด อยู่ในพื้นที่ หลังจากนั้นจึงจะแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พยาบาลจิตเวชรู้จักผู้ป่วยสุขภาพจิตในพื้นที่เป็นอย่างดี เมื่อญาติสังเกตได้ถึงสัญญาณเตือนที่จะเกิดเหตุคลุ้มคลั่ง อาละวาด จะมีการโทรมาปรึกษาและได้รับคำแนะนำถึงขั้นตอนและแนวทางในการเฝ้าสังเกตและดำเนินการเมื่อเกิดภาวะวิกฤต และควรจะต้องมีการจัดหา ผู้ที่สามารถทำหน้าที่กำกับการกินยาในผู้ป่วยแต่ละรายที่มีพฤติกรรมขาดยาซึ่งแตกต่างกันออกกัน (บางรายเป็นตำรวจ บางรายเป็นกู้ภัย) รวมทั้งการจัดการเมื่อส่งผู้ป่วยกลับคืนสู่ชุมชน

2. การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพการดูแลกลุ่มเสี่ยงของญาติหรือผู้ดูแล พัฒนาศักยภาพของการเป็นชุมชนจัดการตนเอง พัฒนาระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ พัฒนาโรงพยาบาลจัดการตนเอง บูรณาการและวางแผนระบบการจัดการ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง

ประเด็นปัญหา	รูปแบบที่พัฒนา	หน่วยงานรับผิดชอบ
1. ญาติและผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจสัญญาณเตือนก่อนมีอาการ	1. การพัฒนาศักยภาพการดูแลกลุ่มเสี่ยงของญาติหรือผู้ดูแล 1.1 ให้ความรู้ ความเข้าใจสัญญาณเตือนก่อนมีอาการคลุ้มคลั่งและการแจ้งขอความช่วยเหลือ 1.2 สำรวจกลุ่มเสี่ยง 1.3 ระบุกลุ่มเสี่ยงในหมู่บ้าน/ชุมชน	ญาติ/ผู้ดูแล/ชุมชน
2. ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน	2.1 พัฒนาศักยภาพของการเป็นชุมชนจัดการตนเอง 2.2 วัคซีนใจในชุมชน และ Community Set Zero และ Hero Consultant ในสถานศึกษาเพื่อการป้องกันภาวะสุขภาพจิตจากยาเสพติด 2.3 ประเมินตามแบบประเมิน OAS โดย รพ.สตและควบคุมสถานการณ์ในระดับ 1 2.4 การคืนกลับสู่ชุมชน	ชุมชน/อสม./รพ.สต.

ตาราง 1 ผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง (ต่อ)

ประเด็นปัญหา	รูปแบบที่พัฒนา	หน่วยงานรับผิดชอบ
3. ระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ	3.พัฒนาระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ 3.1 ชุมชนเข้ามาร่วมประเมินและควบคุมสถานการณ์ในระดับ 1 3.2 รพสต. มีบทบาทในพื้นที่มากขึ้นสามารถใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ได้ 3.3 มีแนวทางการประสานร่วมกันระหว่างชุมชน สายด่วน 191 เจ็บป่วยฉุกเฉิน 1669 และกู้ชีพ/กู้ภัย	ผู้นำชุมชน/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/อสม./กู้ชีพ-กู้ภัย/ตำรวจ/พยาบาลER/พยาบาลจิตเวช
4. โรงพยาบาลจัดการตนเอง	4 พัฒนาโรงพยาบาลจัดการตนเอง 4.1 มีระบบการปรึกษากับจิตแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ 4.2 มี Protocol ในการรักษา จึงไม่ต้องส่งต่อทุกราย 4.3 มีมินิธัญญารักษ์	รพศ./รพท./รพช.
5. บูรณาการและวางระบบการจัดการของหน่วยงานในระดับพื้นที่ร่วมกัน	5. บูรณาการและวางแผนระบบการจัดการ 5.1 ก่อนเกิดเหตุเน้นการทำงานร่วมกันระหว่าง ญาติหรือผู้ดูแล ชุมชน และ รพ.สต. ในพื้นที่ ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ค้นหาและขอความช่วยเหลือ 5.2 ระยะเกิดเหตุ มีแผนเผชิญเหตุ ฝึกซ้อมแผนและถอดบทเรียน มีการทำงานเป็นทีม รู้บทบาทและหน้าที่ หนุนเสริมกำลังบุคลากรในขณะเกิดเหตุ 5.3 หลังเกิดเหตุ ญาติหรือผู้ดูแล ชุมชน และ รพ.สต. ในพื้นที่ ติดตามการกินยา และเยี่ยมบ้านด้วยทีมสหสาขา	ทุกหน่วยที่เกี่ยวข้อง

จากตาราง 1 พบว่า การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง ตามประเด็นปัญหา คือ (1) ญาติและผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจสัญญาณเตือนก่อนมีอาการ รูปแบบที่นำมาใช้คือพัฒนาศักยภาพญาติและผู้ดูแลให้มีความรู้ ความเข้าใจสัญญาณเตือนก่อนมีอาการคลุ้มคลั่งและการแจ้งขอความช่วยเหลือ สำรวจกลุ่มเสี่ยง ระบุกลุ่มเสี่ยงในหมู่บ้านชุมชนได้ (2) ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นคือการสร้างวัคซีนใจในชุมชน มีแนวทางในการดำเนินงานคือ อาสาสมัครสาธารณสุขเฝ้าระวังผู้ที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้า ช่วยคลายความเครียด สร้างชุมชนให้เป็นชุมชนล้อมรักษ์ Community Set Zero เป็นการป้องกันการใช้สารเสพติด ซึ่งนำมาสู่ภาวะคลุ้มคลั่ง อาละวาดตามมา เป็นการดำเนินการร่วมกับวัคซีนใจในชุมชน เป็นการค้นหาผู้เสพในชุมชนเพื่อนำเข้ามาสู่ระบบการบำบัด และ Hero Consultant ดำเนินการค้นหาในสถาน

ศึกษาเพื่อการป้องกันภาวะสุขภาพจิตจากยาเสพติด ชุมชนสามารถบอกอาการเมื่อเกิดผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง อาละวาด โดยมี รพ.สต. ช่วยประเมินตามแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง OAS และควบคุมสถานการณ์ระดับ 1 การเตรียมพร้อมรับผู้ที่มีอาการคลุ้มคลั่งอาละวาดและรักษาสงบแล้วคืนกลับสู่ชุมชน (3) ระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ รูปแบบที่พัฒนาคือชุมชนเข้ามาร่วมประเมินและควบคุมสถานการณ์ในความรุนแรงระดับ 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีบทบาทในพื้นที่มากขึ้นสามารถใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ได้ มีแนวทางการประสานระหว่าง 191 และ 1669 และกู้ชีพ-กู้ภัย (4) โรงพยาบาลจัดการตนเอง รูปแบบที่พัฒนาคือ มีระบบการปรึกษากับจิตแพทย์โรงพยาบาลศูนย์มี Protocol ในการรักษาจึงไม่ต้องส่งต่อทุกราย มีโรงพยาบาลที่เป็นมินิธัญญารักษ์ที่อำเภอบ้านฉาง (5) บูรณาการและวางระบบการจัดการของหน่วยงานในระดับพื้นที่ร่วมกัน รูปแบบที่พัฒนา คือ การทำงานเป็นทีมรู้บทบาทและหน้าที่และวิธีการทำงานเพื่อหนุนเสริม บูรณาการกำลังบุคลากรในการจัดการเมื่อมีผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต คลุ้มคลั่งอาละวาด จัดซ้อมแผนด้วยการฝึกซ้อมบนโต๊ะและในสถานการณ์เสมือนจริง โดยกำหนดแนวทางสำหรับดำเนินการเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนเกิดเหตุ โดยระยะนี้ ญาติหรือผู้ดูแล จะเป็นบุคคลสำคัญในการดำเนินการร่วมกับชุมชน โดยจัดทำแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยง กำหนดมาตรการชุมชน ค้นหาและป้องกันด้วยการติดตามการกินยา การไปพบแพทย์ตามนัด การกำหนดพื้นที่เพื่อให้ชุมชนเกิดการรับรู้ว่าพื้นที่ไหนบ้างที่มีความเสี่ยง รวมทั้งการลงติดตามของเจ้าหน้าที่ตำรวจในพื้นที่เสี่ยงตามโครงการชุมชนยั่งยืนดำเนินการวัคซีนใจในชุมชน Community Set Zero เพื่อป้องกันการเสพยาเสพติด โดยการดำเนินการในระยะก่อนเกิดเหตุ ญาติ หรือผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงรวมทั้งชุมชน ต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการรับรู้และช่องทางการขอความช่วยเหลือ

2. ระยะเกิดเหตุ ญาติหรือผู้ดูแลที่พบเหตุแจ้งกับผู้นำชุมชนซึ่งจะแจ้งต่อไปที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ในขณะเดียวกัน ญาติ ทีมผู้นำชุมชน ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดทีมเผชิญเหตุเจรจาช่วยเหลือเบื้องต้นก่อน หากพบค่าคะแนนมากกว่า 1 จะมีการร้องขอความช่วยเหลือไปที่ กำนัน หรือสารวัตรปราบปรามของสถานีตำรวจภูธรในพื้นที่ก่อนแจ้งผ่านหมายเลขสายด่วน 191 หรือ 1669 เพื่อขอกำลังเสริมเป็นหน่วยกู้ชีพ-กู้ภัยหรือเพื่อแจ้งให้โรงพยาบาลในพื้นที่เตรียมรับผู้ป่วย หากเป็นกรณีเกิดเหตุในช่วงกลางคืน เมื่อประเมินพบค่าคะแนนตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป ส่วนใหญ่จะนำส่งไปยังโรงพยาบาลทุกราย ทั้งนี้เนื่องจากไม่มีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมพิจารณาในการประเมิน การประเมินจะเป็นข้อมูลที่ได้รับจากหน่วยกู้ชีพ-กู้ภัยที่เข้าไปปฏิบัติงานในขณะนั้น

3. ระยะหลังเกิดเหตุ ญาติหรือผู้ดูแล ควบคุมกำกับการรับประทานยา ทีมบูรณาการประกอบด้วยบุคลากรจาก ปกครอง ตำรวจ โรงพยาบาลประจำพื้นที่ สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข เยี่ยมติดตามที่บ้านบูรณาการตามแนวทางชุมชนเป็นฐาน (CBTx) และโครงการชุมชนยั่งยืน ลงพื้นที่ติดตามด้วยภาคีเครือข่าย

สหวิชาชีพและเสริมพลังเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงหลีกเลี่ยงการกลับไปใช้สุราและสารเสพติด มีการนัดติดตามอย่างใกล้ชิดในกลุ่มที่ประเมินแล้วมีความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้สารเสพติดด้วย การ VDO call สอบถามและให้คำปรึกษา ให้กำลังใจโดยพยาบาลสุขภาพจิตของโรงพยาบาลประจำพื้นที่

3. ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินผลรูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณา การในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง ใน 3 ประเด็นดังนี้

3.1 ผลการประเมินการแจ้งขอความช่วยเหลือผ่านสายด่วน 191 (ตำรวจ)

ด้านบทบาทหน้าที่ของสายด่วน 191 เมื่อได้รับแจ้งเหตุว่ามีผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต คลุ้มคลั่ง อาละวาด จะแจ้งไป สภ.ในท้องที่ด้วยวิทยุสื่อสารเพื่อระงับเหตุเร่งด่วนโดยพิจารณาตามพิกัดที่เกิดเหตุในระหว่างสนทนาก็จะบันทึกข้อมูลในระบบรายงานแจ้งเหตุไปด้วย เจ้าหน้าที่ตำรวจของ สภ. ในพื้นที่จะเดินทางไป ณ จุดเกิดเหตุ หากพิกัดที่เกิดเหตุไม่ชัดเจนก็จะดำเนินการทวนสอบกับผู้แจ้งเหตุเพิ่มเติม ในด้านการประสานงานกับสายด่วน 1669 นั้น หลังจาก 191 รับแจ้งเหตุแล้ว จะไม่ได้โทรประสานไปที่หมายเลขสายด่วน 1669 โดยจะแจ้งให้ผู้แจ้งเหตุโทรไป 1669 ด้วยตนเอง เพราะ 191 ไม่สามารถทราบรายละเอียดตามลักษณะข้อคำถามของหน่วยงาน 1669 เช่น สภาพของผู้ป่วย อาการ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ฯลฯ แต่ 191 จะแจ้งไปยัง สภ.ในพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่ สภ.ในพื้นที่จะประสานกับหน่วย กู้ชีพกู้ภัยในพื้นที่อีกครั้งนึง

3.2 ผลการประเมินการแจ้งขอความช่วยเหลือผ่านสายด่วน 1669

ด้านบทบาทหน้าที่ของศูนย์รับแจ้งและจ่ายงาน 1669 องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง เมื่อได้รับแจ้งเหตุว่ามีผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต คลุ้มคลั่ง อาละวาด จะพิจารณาคัดแยกตามเกณฑ์การคัดแยก ผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ ที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดในกลุ่มอาการที่13คลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ ทุกรายและจะแจ้งไปที่มูลนิธิ/สมาคม/หน่วยกู้ชีพ-กู้ภัย หรือหน่วยกู้ชีพ ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เดินทางไป ณ จุดเกิดเหตุเพื่อตรวจสอบเหตุ โดยจะเน้นย้ำกับหน่วยที่รับแจ้งทุกครั้งว่า เมื่อถึงจุดเกิดเหตุแล้วให้ประเมินสถานการณ์ก่อนแล้วดำเนินการประสานงานกับตำรวจในพื้นที่ หากตำรวจยังไม่มาถึงจุดเกิดเหตุจะแจ้งให้หน่วยปฏิบัติการในพื้นที่นั้น ไม่เข้าไปในสถานที่เกิดเหตุ เนื่องจากกฎหมายตาม พรบ. สุขภาพจิตที่กำหนดไว้ และหลังจาก 1699 รับแจ้งเหตุแล้ว จะไม่ได้โทรประสานไปที่หมายเลขสายด่วน 191

3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแล

ผลการประเมินความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลต่อรูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง พบว่าญาติมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คือ5 คะแนน ในด้านการนำตัวส่งมาโรงพยาบาลประจำพื้นที่เป็นจำนวนถึง 5 ราย รองลงมาคือมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานด้านการติดตาม

ของผู้ใหญ่บ้าน กำนัน แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การให้บริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลในพื้นที่การให้บริการของคลินิกสุขภาพจิตและคลินิก ให้คำปรึกษา มากที่สุดคือ 5 คะแนน เป็นจำนวนถึง 4 ราย และความพึงพอใจในภาพรวมของการดูแลในชุมชนจนเกิดอาการคลุ้มคลั่ง และรักษาจนสงบ และกลับคืนไปสู่บ้านและชุมชน ญาติหรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจที่ระดับคะแนนเท่ากับ 4 คืออยู่ในระดับมาก พบว่ามีเพียง 1 ราย ที่ให้คะแนนระดับความพึงพอใจของการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเท่ากับ 1 คะแนน คือน้อยที่สุด ทั้งนี้มีผู้ดูแล 1 รายที่เขียนให้ข้อเสนอแนะว่า "มีเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้านทุกเดือน มา 3 เดือนหลังบิดาเสียชีวิต"

การอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์แบบบูรณาการในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตจังหวัดระยองได้ทำการศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์ สังเคราะห์ สภาพสถานการณ์ปัจจุบัน วิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไขที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนกลับ ทำซ้ำวนตามวงรอบหลายๆ รอบ จนกระทั่งบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการและคณะทำงานพัฒนาระบบบูรณาการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง เข้ามาส่งเสริมความรู้เชิงวิชาการและจัดระบบในการดำเนินงาน ผู้วิจัยขอนำเสนอการอภิปรายผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการการแพทย์แบบบูรณาการในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตจังหวัดระยอง ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การศึกษาสภาพสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาและแนวทางแก้ไขเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง

สภาพสถานการณ์ปัจจุบัน จากข้อมูลการสำรวจกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่อำเภอวังจันทร์และอำเภอบ้านฉาง พบว่า ทั้งสองอำเภอมีกลุ่มเสี่ยงต่ออาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ที่เกิดจากปัญหาการใช้ยาเสพติดเหมือนกัน โดยอำเภอวังจันทร์พบ 38 ราย (จากกลุ่มเสี่ยง 94 ราย) อำเภอบ้านฉางพบ 49 ราย (จากกลุ่มเสี่ยง 57 ราย) โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงทั้งสองอำเภอ ปัญหาผู้ป่วยไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ทำให้อาการกำเริบ โรงพยาบาลต้องพร้อมให้การช่วยเหลือ พบปัญหาการนำส่ง และประสานงานในขณะเกิดเหตุระหว่างญาติผู้ป่วย ชุมชน ตำรวจ และโรงพยาบาลในพื้นที่ อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานมีน้อย จิตแพทย์มีน้อย สอดคล้องกับนฤมล พัชรินทร์ และสมชาย[9] กล่าวว่า ปัญหาของระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินด้านบุคลากร พบปัญหาของบุคลากรในแง่ของอัตรากำลัง/คุณสมบัติ/ภาระงาน/ค่าตอบแทน รวมถึงสัดส่วนของงบประมาณและบุคลากรในแต่ละระดับน้อยกว่าที่ควรจะเป็น เมื่อผู้ป่วยมีความก้าวร้าวเกินศักยภาพโรงพยาบาลในพื้นที่จะถูกส่งต่อมายังโรงพยาบาลแม่ข่ายในระดับจังหวัด ซึ่งไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ไว้นอนพักรักษา (admit) ทำได้เพียงให้การรักษาในภาวะวิกฤตและส่งกลับ

พื้นที่ไปรับประทานยาต่อเนื่องที่บ้าน สอดคล้องกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ[5] กล่าวว่า ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ แต่ละปีมีผู้ป่วยกลุ่มนี้ เข้ารับบริการที่สถานพยาบาลเกิดความคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนอื่น ทำลายข้าวของ ได้แก่ โรคจิตเภท ติดแอลกอฮอล์ โรคซึมเศร้า ติดสารเสพติด และพยายามฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[1] กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง เมื่อขาดยา ขาดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือมีการใช้ สุรา สารเสพติด ทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น บางรายก่อเหตุรุนแรง สะเทือนขวัญ เกิดการสูญเสีย ญาติหรือชุมชนรู้สึกหวาดกลัว ไม่ปลอดภัย โกรธ หรือไม่ยอมรับให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่กับครอบครัวและชุมชน ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่มารักษาตามนัด หรือบางรายขาดจากระบบการรักษา

2. การพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง

2.1 ด้านการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของญาติหรือผู้ดูแล

ผลจากการวิจัยพบว่า รูปแบบที่เหมาะสมต้องเริ่มจากครอบครัวของผู้ป่วยเอง ต้องควบคุมการรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และที่สำคัญต้องตรวจจับสัญญาณเตือนก่อนคลุ้มคลั่งให้รวดเร็วและการแจ้งขอความช่วยเหลือ สอดคล้องกับธีระ พรทิพย์ อนุรัตน์[3] กล่าวว่า ญาติ คนในครอบครัว ไม่รู้พฤติกรรมเสี่ยงหรือสัญญาณเตือนของผู้ป่วย โดยรูปแบบพัฒนาตามประเด็นปัญหาที่พบ คือ (1) ญาติและผู้ดูแลขาดความรู้สัญญาณเตือนก่อนมีอาการ รูปแบบที่นำมาใช้คือการอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจสัญญาณเตือนก่อนมีอาการคลุ้มคลั่ง สอดคล้องกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ[5] กล่าวว่า อบรมให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ใกล้ชิดเพื่อเฝ้าระวังสัญญาณเตือนที่แสดงออกทางอารมณ์ ท่าทาง และการพูดจาแบบผิดปกติ หรือแสดงอาการที่ตรงกันข้ามกับช่วงปกติ เพื่อให้ญาติ หรือผู้ใกล้ชิดสามารถจัดการดูแลกลุ่มเสี่ยงเบื้องต้น ให้พฤติกรรมสงบลง ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมรุนแรงขึ้นชัดเจน สามารถนำแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดเหตุผู้ป่วยสุขภาพจิตในแต่ละชุมชนมาใช้ได้อย่างถูกต้องและทันท่วงที

2.2 ด้านการพัฒนาศักยภาพของการเป็นชุมชนจัดการตนเอง

ผลจากการวิจัยพบว่าศักยภาพชุมชนจัดการตนเองถูกขับเคลื่อนด้วยการบูรณาการร่วมกับงานยาเสพติดในการดำเนินงานชุมชนเป็นฐาน (CBTx) หรือชุมชนล้อมรักษ์ และ Community Set Zero ที่สถานศึกษา ดำเนินการควบคู่ไปกับการดำเนินงานวัคซีนใจ เพื่อให้หมู่บ้าน ชุมชน (1) สร้างทีมในการชี้เป้าหมายกลุ่มเสี่ยง เพื่อจัดทำสถานการณ์กลุ่มเสี่ยงในชุมชน พัฒนาทีมให้สามารถประสานงานในชุมชนและเครือข่ายในพื้นที่ได้ เยี่ยมบ้านติดตามการรับประทานยาและการไปพบแพทย์ตามนัด ประเมินผู้ป่วยเมื่อมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเบื้องต้นได้ (2) พัฒนาระบบการคัดกรองและประเมินกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดในชุมชนด้วยการให้ความรู้กับครอบครัวผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง แกนนำ อสม. ให้ประเมินสภาวะสุขภาพจิตได้ (3) สร้างบุคคลต้นแบบในการเลิกใช้สารเสพติดในชุมชน (4) ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน) อาสาสมัครสาธารณสุข

มีแนวทางในการจัดการผู้ป่วยและการนำส่ง ลดความวิตกกังวลและความหวาดกลัวของชุมชน สอดคล้องกับพรทิพย์ ธีระ อนุรัตน์[10] กล่าวว่า ครอบครัวและชุมชนมีวิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เรียนรู้ที่ผ่านมา เช่น ผู้ป่วยที่เคยทำร้ายคนในครอบครัวจนเสียชีวิต และเผาทำลายบ้านในชุมชน ผู้ดูแลจะกลัวไม่อยากเข้าใกล้ และชุมชนไม่ยอมรับรังเกียจ แต่อย่างไรก็ตามมีเครือข่ายชุมชนบางแห่งและครอบครัวมีวิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบคลุ้มคลั่งได้ตามศักยภาพ

2.3 ด้านการพัฒนาระบบการแพทย์แบบบูรณาการ

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบระบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ คือเมื่อเกิดเหตุ ญาติและชุมชนดำเนินการร้องขอความช่วยเหลือผ่านสายด่วน 191 หรือ สภ. ในพื้นที่ หลังจากนั้นญาติและชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร่วมประเมินและควบคุมสถานการณ์ในความรุนแรงระดับ 1 และนำส่งโรงพยาบาล โดยญาติและชุมชน (ถ้าสามารถจัดการได้) แต่หาก ญาติและชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ประเมินแล้วพบว่าสถานการณ์ความรุนแรงอยู่ในระดับ 2 หรือ 3 ต้องแจ้งขอความช่วยเหลือไปที่สายด่วน 191 และ 1669 ซึ่งทั้ง 2 หน่วยงานจะประสานกับ กู้ชีพ/กู้ภัย ในพื้นที่ร่วมประเมินสถานการณ์และเป็นผู้ช่วยเจ้าพนักงานในการดำเนินงาน ณ จุดเกิดเหตุพร้อมทั้งประสานนำส่งไปยังโรงพยาบาลในพื้นที่สอดคล้องกับพรทิพย์และคณะ[6] กล่าวว่า การทำงานในส่วนงานผู้ป่วยจิตเวช เมื่อได้รับแจ้งเหตุจากศูนย์สั่งการสั่งให้กู้ชีพเข้าไปที่เกิดเหตุ จะมีการเตรียมความพร้อมเมื่อไปถึงจะมีการประเมินทั้งในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (มีอาวุธที่สามารถทำร้ายตนเองและผู้อื่นหรือไม่) แวดล้อม และประชาชนที่มาร่วมสังเกตการณ์ พร้อมกับประเมินระดับอาการของผู้ป่วย สามารถพูดเกลี้ยกล่อมได้หรือไม่ และรายงานศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดเพื่อขอสนับสนุนและสอดคล้องกับธีระ พรทิพย์อนุรัตน์[3] กล่าวว่า จากการสรุปปัญหา อุปสรรคของปัญหาสุขภาพจิตและการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งการจัดการด้านสุขภาพจิตทั้งระดับนโยบายและระดับพื้นที่ และวิเคราะห์ต้นทุนทางสังคมในการจัดการ/โอกาสพัฒนา/ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จที่มีอยู่ในพื้นที่ด้านหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน พบว่า หลายครั้งที่พบหน่วยงานในชุมชนมาเกลี้ยกล่อมผู้ป่วย เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตร.บ้าน และญาติ ก่อนที่หน่วยปฏิบัติการไปถึง อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ถูกฝึกให้เป็นคนช่างสังเกตและประเมินอาการตลอดเวลา ส่วนใหญ่จะเป็น อพปร. เป็นคนพื้นที่ ซึ่งรู้จัก สนิทและเข้าใจผู้ป่วยดี จึงมักเข้าไปเจรจา ไกล่เกลี่ยหรือเข้าช่วยเหลือผู้ป่วย

2.4 ด้านการพัฒนาโรงพยาบาลจัดการตนเอง

ด้านการพัฒนาโรงพยาบาลจัดการตนเอง รูปแบบที่นำมาใช้ คือ มีระบบการปรึกษากับจิตแพทย์โรงพยาบาลศูนย์มี Protocol ในการรักษาในกรณีที่โรงพยาบาลประจำพื้นที่ไม่มีหอผู้ป่วยใน จึงไม่ต้องส่งต่อทุกราย สอดคล้องกับ นฤมล พัชรินทร์ สมชาย[9] กล่าวว่าด้านระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน การกำหนดบทบาทผู้รับและผู้ส่งให้ชัดเจน โดยกำหนดให้ผู้รับ หมายถึง สถานพยาบาลที่รับการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาในระดับ definitive care จากสถานพยาบาลที่มีความ

จำเป็นและไม่สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยรายนั้นได้ ให้มีการประสานงานและการตอบรับและมีส่วนรับผิดชอบในการดูแลรักษา ตลอดจนให้คำแนะนำด้านการดูแลรักษาในระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย ผู้ส่งหมายถึง สถานพยาบาลที่ไม่สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วย และได้ประสานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยโดยให้ข้อมูลที่จำเป็นและจัดเจ้าหน้าที่พร้อมยานพาหนะและเครื่องมือที่เหมาะสมเพื่อส่งต่อผู้ป่วยรายนั้น ๆ ไปยังผู้รับ และมีการดำเนินการ โรงพยาบาล “มินิธัญญารักษ์” ที่อำเภอบ้านฉาง มีหอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤต (พ้นภาวะคลุ้มคลั่ง อาละวาด มีอาการสงบ) จากกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดและกลุ่มป่วยด้วยอาการทางจิตเวช ให้บริการมากกว่านโยบายมินิธัญญารักษ์ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2.5 ด้านการบูรณาการและวางแผนระบบการจัดการ

ด้านการบูรณาการและวางแผนระบบการจัดการของหน่วยงานในระดับพื้นที่ร่วมกันรูปแบบที่นำมาใช้ คือ บูรณาการตั้งแต่ระยะก่อนเกิดเหตุโดยให้ ญาติ ชุมชน เกิดการรับรู้ มีความตระหนักในสัญญาณเตือนก่อนมีอาการคลุ้มคลั่งและแจ้งขอความช่วยเหลือเป็น โดยเข้ามามีส่วนร่วมกับภาครัฐทุกภาคส่วนได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ที่ปัจจุบันถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วทุกแห่ง) ปลัดอำเภอฝ่ายความมั่นคง ตำรวจ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ หรือกู้ชีพ – กู้ภัย โรงพยาบาลประจำพื้นที่ กำหนดมาตรการชุมชนเพื่อค้นหา กำหนดพื้นที่เสี่ยงป้องกัน จัดทำแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยงติดตามเรื่องการรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัดสอดคล้องกับพรทิพย์ ธีระ และอนุรัตน์[10] กล่าวว่า ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ จะไม่รับรู้พฤติกรรมที่แสดงออก ไม่สามารถควบคุมตนเองและไม่สามารถร้องขอความช่วยเหลือ ดังนั้นการส่งเสริมป้องกันจึงเป็นสิ่งสำคัญ ควรมีการเสริมสร้างความตระหนักตั้งแต่สัญญาณเตือน การงดใช้สารกระตุ้น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง ในระยะเกิดเหตุ ญาติ ชุมชน ภาครัฐทุกภาคส่วน มีการประเมินความรุนแรง จัดทีมเผชิญเหตุเจรจาช่วยเหลือเบื้องต้น ร้องขอความช่วยเหลือผ่านผู้นำชุมชนผ่านหมายเลขสายด่วน 191 หรือ 1669 สนับสนุนอัตรากำลังบุคลากรตามความเหมาะสมในการจัดการเมื่อมีผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต คลุ้มคลั่ง อาละวาด โดยผ่านการประชุมซักซ้อมแผน และฝึกซ้อมโดยจำลองสถานการณ์เสมือนจริง ระยะหลังเกิดเหตุจัดเตรียมชุมชนเพื่อคืนกลับผู้ป่วย ติดตามเยี่ยมบ้านดำเนินการตามแนวทางชุมชนเป็นฐาน (CBTx) โครงการชุมชนยั่งยืนและกระบวนการในชุมชนตามบริบทของพื้นที่เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงหลีกเลี่ยงการกลับไปใช้สารเสพติดและสุรา สอดคล้องกับธีระ พรทิพย์ อนุรัตน์[3] กล่าวว่า อย่างไรก็ตามทุกการศึกษาระบุในทิศทางตรงกันว่าผู้ป่วยจะเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง เหมาะสมและเกิดประสิทธิผล จำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการให้บริการโดยส่งเสริมศักยภาพตั้งแต่ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ดูแลในชุมชน การพัฒนาระบบการจัดการของชุมชนเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและการสร้างภาคีเครือข่ายในชุมชน พัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งต้องพัฒนาระบบ กระบวนการ และศักยภาพบุคลากรสนระดับโรงพยาบาลให้มีความพร้อมอยู่ตลอดเวลา

และต้องพัฒนาระบบการส่งต่อหรือช่องทางพิเศษในการส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสมกับอาการได้ทันท่วงที

3. ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง

ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินการขอความช่วยเหลือเมื่อพบผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตของญาติหรือผู้ดูแล ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนันและประชาชนทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้การขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานมากกว่า 1 หน่วยงาน ได้แก่ หน่วยงานในชุมชน ตำรวจ 191 และการแพทย์ฉุกเฉิน ถึงร้อยละ 60 รองลงมาคือหน่วยงานในชุมชน ร้อยละ 20 และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่ารู้จักหมายเลขเจ็บป่วยฉุกเฉิน 1669 ถึงร้อยละ 96.8 จากผลการประเมินดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจว่าหน่วยงานในชุมชนสามารถให้ความช่วยเหลือในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ได้ ประกอบกับผลการประเมินความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแล พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจของญาติหรือผู้ดูแลต่อรูปแบบบริการการแพทย์แบบบูรณาการ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต จังหวัดระยอง พบว่า ญาติมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดคือ 5 คะแนน ในด้านการนำตัวส่งมาโรงพยาบาลประจำพื้นที่ (5 ราย) รองลงมาคือ มีความพึงพอใจต่อ (1) การดำเนินงานด้านการติดตามของผู้ใหญ่บ้าน กำนัน แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ (2) การดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (3) การให้บริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลในพื้นที่ (4) การให้บริการของคลินิกสุขภาพจิตและคลีนิคให้คำปรึกษา มากที่สุดคือ 5 คะแนน เป็นจำนวนถึง 4 ราย และทั้ง 5 รายให้ความพึงพอใจในภาพรวมของการดูแลในชุมชนจนเกิดอาการคลุ้มคลั่งและรักษาจนสงบและกลับคืนไปสู่บ้านและชุมชน ญาติหรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจที่ระดับคะแนนเท่ากับ 4 คืออยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

การนำรูปแบบการพัฒนาระบบการจัดบริการการแพทย์แบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตในภาวะวิกฤตไปดำเนินงานนั้น ควรให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในระบบสุขภาพและเครือข่ายนอกระบบสุขภาพได้เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การรับรู้สภาพปัญหา ร่วมคิดและออกแบบกำหนดมาตรการของชุมชน เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาและเกิดความร่วมมือในการแก้ปัญหา รวมทั้งยินดีที่จะลงมือปฏิบัติและติดตามผลการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ในส่วนของจังหวัดควรนำรูปแบบไปประกาศใช้เป็นแนวทางและพัฒนาการดำเนินงานควบคู่ไปกับ การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในจังหวัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หน่วยงานสาธารณสุขในระดับส่วนกลาง ควรบูรณาการแนวทางการดำเนินงานระหว่างกรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กองสาธารณสุขฉุกเฉิน และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ในการออกบัตรผู้ปฏิบัติการตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็นผู้ช่วยพนักงานเจ้าหน้าที่โดย

บูรณาการร่วมกับการออกบัตรประจำตัวอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ รวมทั้งกำหนดสัญญาณเตือนเพื่อเฝ้าระวังก่อนเกิดอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันและกำหนดนโยบายลงสู่ระดับจังหวัดให้ชัดเจน ในส่วนของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ ควรบูรณาการในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานร่วมกันระหว่างงานสุขภาพจิตและงานการแพทย์ฉุกเฉิน และในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือ สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ควรมีการนำแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงไปใช้ในพื้นที่เมื่อพบผู้ที่มีอาการสงสัยหรือกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว รวมทั้งอาจขยายผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขผู้นำชุมชน รวมทั้งอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์สามารถนำไปใช้ได้โดยง่าย

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาศักยภาพของญาติหรือผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงในการก่อความรุนแรงในระบบชุมชนจัดการตนเอง เพื่อพัฒนาและปรับปรุงให้เหมาะสมกับสถานการณ์มากยิ่งขึ้น

2.2 ควรศึกษาและพัฒนาต้นแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันแก้ปัญหาการก่อความรุนแรงในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีอาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เนื่องจากความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ดร. สันติ ทวยมีฤทธิ์ ท่านได้เสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งในการให้คำปรึกษาการดำเนินงานวิจัยตลอดจนได้ตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ในการจัดทำตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนกระทั่งดำเนินการเสร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุนทร เหรียญภูมิการกิจนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดระยอง ที่ได้ให้กำลังใจและส่งเสริมสนับสนุนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณ ดร. ปุณิกา ศรีติมงคล คุณพิภพ เมืองศิริ คุณเอื้อมพร บุราณเคน ที่ช่วยให้คำแนะนำในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณ ดร. ลภัสรดา ชูวร์ไตซ์ ที่ได้กรุณาช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการถอดเทป

ขอขอบคุณ คุณไข่มุก ไชยเจริญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวังจันทร์ คุณสุนันท์ เสียงเสนาะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านฉาง ที่ได้กรุณาให้ความร่วมมือ ทางด้านข้อมูล รวมถึง พี่ ๆ น้อง ๆ ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

คุณค่าและประโยชน์ของการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาขอมอบบูชาแด่บุพการี บูรพาจารย์ และผู้ที่มี อุปการคุณทุกท่านที่มีส่วนส่งเสริมให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตและก้าวหน้าในหน้าที่ การงาน

เอกสารอ้างอิง

[1] กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: บริษัท พรอสเพอรัสพลัส จำกัด; 2563.

[2] สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2563.

[3] ธีระ ศิริสมุด พรทิพย์ วชิรดิลก และอนุรัตน์ สมตน. การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28(2) : 157 – 71.

[4] จิรภา สุรเบญจวงศ์. โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตบุคลากรงานสุขภาพจิตจิตเวชและยาเสพติดในอำเภอเมืองจังหวัดระยอง. วันที่ 20 ธันวาคม 2565 ณ โรงแรมโกลเด้นซิตี้ อำเภอเมืองจังหวัดระยอง; 2565.

[5] สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2563.

[6] พรทิพย์ วชิรดิลก และคณะ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การศึกษาเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคลุ้มคลั่งแบบบูรณาการในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2563.

[7] Patton, Q.M. Qualitative evaluation and research methods. (2nd ed). Newbury Park, CA: Sage; 1990.

[8] Strauss, A., Corbin, J. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. (2nd ed). Thousand Oaks, CA: Sage; 1998.

[9] นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, พัชรินทร์ ชมเดช, สมชาย กาณจนสุต. การพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2551;17(7) : 2089 – 101.

[10] พรทิพย์วชิรดิลก,ธีระศิริสมุด,อนุรัตน์สมตน. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2561;32(2): 69 – 83.