

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมการเข้าถึงการดูแลจิตเวชฉุกเฉิน

Roles of psychiatric nurses promote access to psychiatric emergency care

ศิริยุพา นันสุนานนท์*

Siriyupa Nunsunanon*

บทคัดย่อ

การเข้าถึงบริการฉุกเฉินของผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แต่ระบบการให้บริการยังมีข้อจำกัด เนื่องจากการให้บริการไม่เอื้อต่อการปฏิบัติการณ์นำส่งและดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน บุคลากรด้านสุขภาพที่ให้บริการจิตเวชฉุกเฉินขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยจิตเวช และประเมินระดับความรุนแรงยังไม่ครอบคลุมอาการบ่งชี้ทางจิตด้านการรับรู้และพฤติกรรมที่ผิดปกติ พยาบาลจิตเวชควรส่งเสริมการเข้าถึงการดูแลจิตเวชฉุกเฉินกับประชาชนและบุคลากรด้านสุขภาพ โดยการให้ความรู้ คัดกรองความเสี่ยง และให้การรักษาทันที และการทำวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมการเข้าถึงบริการจิตเวชฉุกเฉินเพื่อปรับปรุงการดูแลทางจิตเวช

คำสำคัญ : บทบาทพยาบาลจิตเวช, บริการจิตเวชฉุกเฉิน

Abstract

The accessibility of psychiatric patients to emergency service has increased rapidly while the service system is limit. The unfavorable of the emergency healthcare professionals lack knowledge and skill to deal with psychiatric patients, negative attitude towards the psychiatric patients and assess the symptoms not cover impaired perception and bizarre behavior. The psychiatric nurses should promote accessibility of psychiatric emergency care for people and healthcare professionals by giving information screening risk and prompt treatment and doing research about accessibility of psychiatric emergency care to improve psychiatric services.

Keywords : Roles of psychiatric nurses, Psychiatric emergency care

* corresponding author อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

Email: siriyupa.n@stin.ac.th

บทนำ

โรคจิตเวชเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ และ/หรือจากการใช้สุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ส่งผลให้ผู้ป่วยบกพร่องด้านการเรียน การงาน และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง หรือการเข้าสังคม มีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2546 ประชากรทั่วโลก 1 ใน 4 หรือจำนวน 450 ล้านคน มีปัญหาจิตเวชในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากรายงานวิจัยทางระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ปี พ.ศ.2556 พบอัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเท่ากับร้อยละ 12.2 โดยในกลุ่มอายุ 15-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.7 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 6.6 และมากกว่าร้อยละ 90 เป็นผู้ไม่เคยเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโรคทางจิตเวชมาก่อน (เบญจมาศ พุกฤษกันนธ์, อีระ ศิริสมุต, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, สกาวรัตน์ พงษ์ลัดดา และ กนกวรรณ สุตศรีวิไล, 2556) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า โรคซึมเศร้า เป็นสาเหตุ 1 ใน 5 ที่ทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้พิการ และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเยาวชนทั่วโลก จำนวน 800,000 รายต่อปี และคาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ.2030 ระบบหลักประกันสุขภาพด้านบริการสุขภาพจิต จะครอบคลุมประชากรจำนวนมากกว่า 100 ล้านคน ใน 12 ประเทศ จะสามารถเข้าถึงการบริการได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ (World Health Organization, 2019) การคาดการณ์แนวโน้มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย พบว่า มีระดับสูงขึ้น ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ.2557 รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า ภาวะออทิสติก และโรคสมาธิสั้น เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.75 ร้อยละ 36.76 ร้อยละ 6.75 และร้อยละ 1.44 เป็นร้อยละ 70.21 ร้อยละ 48.50 ร้อยละ 8.51 และร้อยละ 3.97 ตามลำดับในปี พ.ศ.2559 ถือว่าอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าเกณฑ์ เช่นเดียวกับผลการศึกษาการเข้าถึงบริการจิตเวชในพื้นที่ระดับอำเภอนำร่อง พบว่า มีเพียงร้อยละ 11 ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโดยชุมชน ร้อยละ 21 ที่ได้รับยารักษาแล้วอาการทางจิตดีขึ้น การติดตามการดูแลต่อเนื่องมีเพียงร้อยละ 39 และขาดการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการเข้าถึงบริการโรคทางจิตเวชต่ำกว่าโรคทางกาย เช่นเดียวกับสถานการณ์ทั่วโลก (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561) โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการจิตเวชฉุกเฉินในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ยุ่งยากและซับซ้อนเป็นไปได้ยากนั้นสามารถสรุปปัญหา/อุปสรรคเช่น การให้บริการรักษาผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไม่เอื้อต่อการปฏิบัติ ผลการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 พบว่า ระบบการนำส่งผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินทั้งบุคลากรนำส่ง ยารักษา อาการทางจิตฉุกเฉิน ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ให้บริการ ขาดการทำงานบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งด้านกำลังคนและงบประมาณมีข้อจำกัด (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560) นอกจากนี้ยัง พบว่า การให้บริการจิตเวชฉุกเฉินไม่มีความแตกต่างจากการให้บริการผู้ป่วยทั่วไป การจัดบริการแบบต้นแบบ มีการติดตามประเมินผลน้อยและขาดประสิทธิภาพ ทำให้การให้บริการไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่แผนกฉุกเฉิน พบว่า มีปัญหาด้านการจัดสิ่งแวดล้อม (Milieu management) ที่ไม่เอื้อต่อการให้บริการ ขาดความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับผู้ป่วย บุคลากรสุขภาพในแผนกฉุกเฉิน ขาดความรู้และทักษะในการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ทำให้ไม่สามารถประเมินและแยกแยะอาการของผู้ป่วยได้ รวมถึงความกังวลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ประวัติการเข้ารับการรักษาลักษณะผู้ป่วยจิตเวชทำให้ปฏิเสธ

และหลีกเลี่ยงการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ส่งผลต่อระยะเวลาในการรักษานานเกินไป (Peltzer-Jones. et al, 2019; Dombagolla, et al, 2019) การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชทำได้ยากเนื่องจากต้องแยกอาการเจ็บป่วยทางกายก่อน ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาทางจิตเวชล่าช้าทั้งที่การให้บริการฉุกเฉินจะต้องดำเนินการอย่างรวดเร็ว (อุรา สุวรรณรักษ์, สุนิสา สุวรรณรักษ์, พรธิดา แยมพยนต์, รังสรรค์ คูหากาญจน์, ไสร์จจะ ชูแสง และ อนุรัตน์ สมตน, 2559) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัว และชุมชนยังขาดความตระหนักเกี่ยวกับโรค ไม่มีความรู้ในการปฏิบัติตนหรือวิธีการจัดการอาการฉุกเฉิน โดยเฉพาะทัศนคติเชิงลบ และถูกตีตราจากสังคม (เบญจมาศ พงษ์กานนท์ และคณะ, 2556: Rosenheck, Leslie, Keefe, McEvoy, Swartz, Perkins, et al, 2006; Prince, Patel, Saxena, Maj, Masekko, Phillip, et al, 2007) ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชไม่สามารถกลับคืนสู่สังคมได้เนื่องจากญาติ/ผู้ดูแลยังมีความหวาดกลัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติอาการรุนแรงและมีแนวโน้มทอดทิ้งผู้ป่วย ชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเวชเนื่องจากกลัวถูกทำร้าย และไม่มีการเตรียมสถานที่รองรับผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีผู้ดูแล (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ยิ่งทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ การดำเนินชีวิตในสังคมและประกอบอาชีพตามศักยภาพลดลง

แนวทางการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ กำลังอยู่ในระหว่างดำเนินการอย่างเป็นระบบได้แก่ การบูรณาการการดำเนินการระดับนโยบายในการบริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินระหว่างหน่วยงานเพื่อลดความซ้ำซ้อน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561; เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, นพพร ตันติรังสี, วลลี ธรรมโกสิทธิ์, ภาณี ฉายินทุ, เลิศศิริ ราชเดิม, เจริญพร กิจชนะพาณิชย์,...กฤตเมธ ตุ่มฉาย, 2561) เช่น การจัดทำข้อตกลงพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินด้านสุขภาพจิตและพัฒนาเครือข่ายงานป้องกันและรับมือกับภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพจิตระหว่างกรมสุขภาพจิตและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 แนวทางการพัฒนารูปแบบการให้บริการจิตเวชฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินควรได้รับดูแลรักษาทางจิตเวชในช่องทางที่รวดเร็ว (Fast track) และเป็นการให้บริการเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One stop service) (พรทิพย์ วชิรติลล, ธีระ ศิริสมุท และ อนุรัตน์ สมตน, 2561) ส่วนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมีอาการซับซ้อนยุ่งยากอาจมีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีประสบการณ์ได้ตามความเหมาะสม การจัดทำมาตรฐานและแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่พบบ่อยตามช่วงวัย (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความจำเป็นเร่งด่วนอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามหลักวิชาการที่ตรงกับบริบทสังคมไทย การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตเวชฉุกเฉิน วิธีการประเมินและให้การดูแลแก่บุคลากรด้านสุขภาพในแผนกฉุกเฉินหรือแผนกที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ความเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยจิตเวช การให้ความรู้ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช อาการและพฤติกรรมที่เป็นสัญญาณของโรค และการดูแลเบื้องต้นแก่ประชาชนทั่วไป (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ตั้งแต่ผู้ป่วยจิตเวชที่ยังไม่มีอาการเพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยและลดการตีตราในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิตได้ดำเนินการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินฉบับทดลองใช้ แต่ยังขาดการศึกษาวิจัยด้านการพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการในห้องฉุกเฉินมากขึ้น แต่การให้บริการจิตเวทยังอยู่ในระดับน้อย ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพจิตไม่เพียงพอ ไม่สามารถเข้าถึง

บริการด้านสุขภาพจิตและระบบหลักประกันสุขภาพ ยังมีประเด็นหรือช่องว่างการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่น่าสนใจ ทำการศึกษาวิจัยในหลายเรื่อง ในต่างประเทศมีการจัดตั้งคณะทำงานระดับวิชาชีพที่มีแพทย์และนักวิจัยด้านอายุรศาสตร์ฉุกเฉิน จิตเวชและจิตวิทยาจากหน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาประชุมหารือเพื่อกำหนดหัวข้องานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับจิตเวชฉุกเฉินใน 4 เรื่องที่สำคัญได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าเฉียบพลันและการฆ่าตัวตาย การใช้สารเสพติด และอาการทางจิตเฉียบพลัน ซึ่งเป็นการดำเนินงานวิจัยในปัญหาที่พบบ่อย (Wilson, Shenvi, Rives, Nordstrom, Schneider & Gerardi, 2019)

การให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีพฤติกรรมต่อต้านและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น มีอาการรุนแรง หงุดหงิด อยู่ไม่นิ่ง อารมณ์คลุ้มคลั่ง แสดงท่าทางหรือพฤติกรรมแปลก ๆ สูญเสียความสามารถในการรับรู้ตามความเป็นจริง มีการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ควบคุมตนเองไม่ได้ อาจทำร้ายผู้อื่นโดยไม่ทราบสาเหตุพฤติกรรมตนเองก่อให้เกิดอันตราย ทำให้ครอบครัว ชุมชนหรือสังคมรู้สึกหวาดกลัวโกรธ เสียใจ มีความคิดเชิงลบต่อผู้ป่วย จึงต้องมีการให้นำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน (Peltzer-Jones, Nordstrom, Currier, Berlin, Singh & Schneider, 2019) ลักษณะอาการจิตเวชฉุกเฉินมีดังนี้

1. พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicide behavior) เป็นอาการที่ผู้ป่วยถูกนำส่งโรงพยาบาลจากการทำร้ายตนเอง อย่างรุนแรง เช่น มีรอยขีด บาดแผล มีการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน หรือหมดสติ เป็นต้น
2. พฤติกรรมรุนแรง (Violent behavior) มีอาการขาดสติ ขาดการควบคุมตนเอง ไม่สามารถสื่อถึงความต้องการของตนเองได้ ทำลายข้าวของ ถูสิ่งของที่ใช้ทำเป็นอาวุธได้เพื่อทำร้ายผู้อื่น ถือว่าเป็นพฤติกรรมที่มุ่งร้ายต่อผู้อื่น
3. ภาวะสับสน (Delirium) เป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่เกิดจากความเจ็บป่วยทางร่างกาย ชนิดเฉียบพลัน ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการสับสน (Confusion) และการรับรู้สภาพแวดล้อมผิดปกติ (การรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคลผิดปกติ) และมักจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีอาการประสาทหลอน หรือภาพผิด (Illusion) และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ขาดความยับยั้งชั่งใจ หงุดหงิด หรือทำอันตรายต่อบุคคล
4. การติดสุราและการใช้สารเสพติด (Alcohol & substance withdrawal and intoxication) เป็นภาวะมีนเมาจากการใช้สารเสพติดปริมาณมากและ/หรือมีภาวะถอนพิษยา ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่เหมาะสมเช่น พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย สูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ มีความบกพร่องในอาชีพการงานและสังคม ในกรณีที่มีการเสพสารในปริมาณที่สูงมากอาจทำให้เกิดอาการโคม่า ชัก และเสียชีวิตได้

ภาวะจิตเวชฉุกเฉินที่พบบ่อยจะเป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองประมาณร้อยละ 30 และผู้ป่วยก้าวร้าวร้อยละ 20 (Dombagolla, Kant, Lai, Hendarton & Taylor, 2019) ทั้งนี้เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินคือ เพื่อป้องกันอันตรายต่อชีวิตของผู้ที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและลดความรู้สึกในระดับความรุนแรงของผู้ป่วย

หลักการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

1. ปฏิบัติการเพื่อการช่วยเหลืออย่างใดอย่างหนึ่งตามขั้นตอนในแต่ละช่วงเวลา เพื่อลดความกดดันจากสถานการณ์ฉุกเฉินโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ที่อยู่ในสถานการณ์
2. ปฏิบัติการเพื่อช่วยเหลือตามความต้องการที่จำเป็นและเฉพาะหน้าเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น
3. เป็นการช่วยเหลือโดยให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้ที่อยู่ในสถานการณ์ โดยคำนึงถึงผลการปฏิบัติที่ตามมาและสามารถยอมรับได้ (กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

1. การประเมินและการคัดกรองสุขภาพจิตผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Mental health triage and assessment) พยาบาลจะต้องคัดกรองอาการ ภาวะจิตสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินเพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนของการรักษาพยาบาลตามลักษณะปัญหาที่พบในผู้ป่วย การประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน มีการใช้มิติสภาวะความรุนแรงของความเจ็บป่วยดังนี้ (สมจิตต์ ลุประสงค, มยุรี กลั้ววงษ์, สมหมาย หิรัญนุช, อัมภา ศรารัต และ พรทิพย์ คงสัตย์, 2557)

1) การประเมินสัญญาณชีพ (Vital signs) เป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่ช่วยบ่งบอกการมีชีวิต ประกอบด้วย การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ และตรวจความดันโลหิต

2) การประเมินอาการและอาการแสดงทางระบบประสาท (Neurological signs) เพื่อบ่งชี้สภาพการทำงานของระบบประสาท ความสามารถในการควบคุมการปฏิบัติงานของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ประกอบด้วย การลืมตา การเคลื่อนไหว และการพูด ทั้งนี้อาจจะใช้แบบประเมินระดับความรู้สึกตัวของกลาสโกว (Glasgow coma scale: CGS)

3) การรักษาด้วยหัตถการพิเศษที่สำคัญต่อการมีชีวิต เป็นการวินิจฉัยหรือรักษาผู้ป่วยด้วยการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์เข้าสู่ร่างกายโดยเน้นในหัตถการพิเศษชนิดไม่รุกราน (Non-invasive) การรักษาผู้ป่วยจิตเวชด้วยยาต้านโรคจิตกลุ่มที่มีดัชนีการรักษาแคบ (Narrow therapeutic index) หรือกลุ่มยาการรักษาอาการทางจิตที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drug) ซึ่งจะต้องเฝ้าระวังผลหรืออาการข้างเคียงเป็นพิเศษ ได้แก่ lithium, carbamazepine, sodium valproate, phenytoin, clozapine เป็นต้น

4) การประเมินพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นอันตราย (Violence behavior) ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชจะมีการใช้คำพูดหรือใช้กำลังอย่างรุนแรง ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งอาจใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt aggression scale: OAS) มีการแปลผลคะแนนระดับความรุนแรงดังนี้

- คะแนน OAS 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเช่น พูดเสียงดังแต่ยังสามารถรับฟัง เตือนแล้วอาการสงบลง เป็นต้น จัดว่ากึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) อยู่ในกลุ่มปานกลางที่ต้องจัดการภายใน 24 ชั่วโมง

- คะแนน OAS 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน จัดว่าเร่งด่วน (Urgency) อยู่ในกลุ่มหนักที่ต้องจัดการภายใน 2 ชั่วโมง

- คะแนน OAS 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน จัดว่าฉุกเฉิน (Emergency) อยู่ในกลุ่มหนักมากที่ต้องจัดการทันที

การประเมินเพื่อคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นด้วยการประเมินสภาวะทางอารมณ์และพฤติกรรมอย่างรวดเร็วจะต้องมีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยที่ต้องมาโรงพยาบาลโดยเฉพาะอาการที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ผู้อื่นและทรัพย์สิน เพื่อพิจารณาการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยทันที ร่วมกับการตรวจสอบวัตถุหรืออาวุธมีคมที่เป็นอันตราย นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์และจัดระดับความรุนแรงของปัญหาในผู้ป่วย การตั้งข้อวินิจฉัย การพยาบาลและวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติ และรายงานอาการให้แพทย์รับทราบตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงานเพื่อประโยชน์ในการกำหนดวิธีการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมแก่ผู้ป่วย รวมทั้งบันทึกข้อมูลอาการและการคัดกรองอาการทางจิตเบื้องต้นที่สำคัญ ได้แก่ อาการและอาการสำคัญเมื่อแรกเริ่ม การประเมินสภาวะทางอารมณ์และพฤติกรรม ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การใช้ยา การใช้สุราและสารเสพติด โรคประจำตัวและการแพ้ยา สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณทางระบบประสาท และผลตรวจเบื้องต้นทางห้องปฏิบัติการ

2. การประเมินทบทวนอาการจิตเวชอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง (Systematic review and ongoing psychiatric assessment) พยาบาลจะต้องทบทวน รวบรวมข้อมูลปัญหาอื่นของผู้ป่วยเพิ่มเติมด้านการตรวจร่างกาย การประเมินจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ให้ครอบคลุมอย่างรอบด้าน เพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งบันทึกผลในแฟ้มประวัติผู้ป่วยและรายงานความผิดปกติ/การเปลี่ยนแปลงให้แพทย์รับทราบเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing implementation) การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือที่สอดคล้องกับปัญหาและอาการเจ็บป่วยจิตเวชฉุกเฉินเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน โดยการวินิจฉัย วางแผน กำหนดเป้าหมายและเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลตามระดับความรุนแรงและเร่งด่วน ให้การพยาบาลตามอาการทันทีเมื่อตรวจพบ และตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วยขณะอยู่สถานพยาบาล รายงานอาการความผิดปกติ/การเปลี่ยนแปลงให้แพทย์รับทราบ บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในแฟ้มผู้ป่วยตามขั้นตอนการปฏิบัติของหน่วยงาน มีการให้ข้อมูลกับครอบครัวเกี่ยวกับอาการและแนวทางในการรักษา และเฝ้าระวังอาการทางจิตที่สำคัญ ในกรณีส่งต่อหรือจำหน่ายผู้ป่วย

4. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing evaluation) เป็นการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่สัมพันธ์กับการรักษาพยาบาลและผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาล โดยประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่สอดคล้องกับสภาวะการเจ็บป่วยทางจิตเวชของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับรู้การประเมินผลและผลลัพธ์ที่คาดหวัง ปรับเปลี่ยนแผนการรักษาพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในแฟ้มประวัติ รายงานอาการผิดปกติ/

การเปลี่ยนแปลงให้แพทย์รับทราบตามขั้นตอนของหน่วยงาน นอกจากนี้บุคลากรด้านสุขภาพจะต้องร่วมกัน ประเมินผลการรักษา ปักจี้เอื้ออำนวย ปัญหา อุปสรรค ตามผลลัพธ์ที่คาดหวังในผู้ป่วย ขณะที่รับการรักษา ในสถานพยาบาล (กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

บทบาทพยาบาลจิตเวช

โดยทั่วไปลักษณะงานบริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (กาญจนา จันทน์ไทย, อีรพร สติธอังกูร, ประหยัด ประภาพร และ ราณี พรมานะจิรังกุล, 2557) แบ่งบทบาทพยาบาลออกเป็น 2 ลักษณะคือ บทบาทที่มีปฏิสัมพันธ์ภายในและภายนอกหน่วยงาน ซึ่งจะต้องมีการสื่อสารและปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Collaborative role) อีกด้านหนึ่งเป็นบทบาทตามลักษณะงานพื้นฐาน ซึ่งเป็นบทบาท อิสระ (Independent role) ให้การดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลตามสภาพปัญหาด้านพยาธิสภาพของ ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการข้อมูล และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการดูแลด้านจิตสังคม ซึ่งสะท้อนให้เห็นการปฏิบัติการพยาบาล อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ ระยะวิกฤต/เฉียบพลันที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน และ ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพพร้อมกลับคืนสู่สังคม เป็นการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว

บทบาทพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561) มีดังนี้

1. การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีอาการหรือลักษณะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมที่เป็น อันตรายต่อชีวิตของตนเองและผู้อื่นอย่างทันที่ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยมีเป้าหมายเพื่อ ป้องกันอันตรายต่อชีวิตของผู้ที่ตกอยู่ในภาวะจิตเวชฉุกเฉิน และบรรเทาความรู้สึกแปรปรวนในระดับรุนแรง การประเมินคัดแยกอาการและการตรวจร่างกายมีความสำคัญมากที่สุดในการวินิจฉัยขั้นต้น ค้นหาปัจจัย กระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความจำเป็นเร่งด่วนอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา และปลอดภัยภายใน 24 ชั่วโมง (พรทิพย์ วชิรดิถ, อีระ ศิริสมุด, สนิษฐ ชัยสิทธิ์ และ อนุชา เศรษฐเสถียร, 2559) ผู้ป่วยจิตเวชบางรายไม่รู้สึกว่าตนเองต้องการความช่วยเหลือหรือไม่รู้ตัวจากภาวะการเจ็บป่วยทางจิตเวช พยาบาลจิตเวชควรใช้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ การสัมภาษณ์ในประเด็นที่สำคัญ การตรวจสุขภาพจิต มีความไวต่อการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วย อาจมีการใช้แบบประเมินทางจิตเวช ร่วมกับการสอบถามข้อมูลจาก ญาติหรือคนในครอบครัวผู้ป่วย (ประภา ยุทธไตร, 2557; เดชา ลิลิตอนันต์พงศ์, 2561) เมื่อผู้ป่วยมีอาการ สงบลง ปลอดภัยจึงให้การดูแลตามระบบการให้บริการของสถานพยาบาลต่อไป

2. การส่งเสริมการเข้าถึงการดูแลจิตเวชฉุกเฉินให้กับประชาชนและบุคลากรด้านสุขภาพ โดยให้ ความรู้เรื่องอาการหรือพฤติกรรมทางจิตเวชฉุกเฉินที่พบบ่อยได้แก่ พฤติกรรมรุนแรง พฤติกรรมฆ่าตัวตาย พฤติกรรมการเสพติด ภาวะเพ้อสับสน เป็นต้น การเฝ้าระวัง คัดกรอง การประเมินอาการหรือสัญญาณเตือน และวิธีการจัดการอาการทางจิตทันทีในเบื้องต้น เพื่อให้สร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ และลดการตีตราผู้ป่วยจิตเวช นอกจากนี้ควรพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริม การเข้าถึงการดูแลจิตเวชฉุกเฉินอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับบริบททางสังคม

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีอาการรุนแรงหรือมีลักษณะเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อชีวิตตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน จำเป็นจะต้องได้รับความช่วยเหลือหรือการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉินและข้อจำกัดในเรื่องเวลา การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล การวางแผนการพยาบาล เพื่อป้องกันอันตรายต่อชีวิตและลดระดับความรุนแรงของผู้ป่วย พยาบาลจิตเวชจะมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ได้แก่ การประเมิน คัดกรองอาการทางจิต รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างรอบด้าน เพื่อให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อที่ปลอดภัย ช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย รวมถึงการส่งต่อและการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ส่วนการส่งเสริมการเข้าถึงการดูแลจิตเวชฉุกเฉินจะเน้นการประสานงานกับบุคลากรด้านสุขภาพและประชาชน โดยการให้ความรู้อาการหรือพฤติกรรมทางจิตเวชฉุกเฉิน ร่วมกับการเฝ้าระวัง คัดกรอง ประเมินอาการหรือสัญญาณเตือน และวิธีการจัดการอาการทางจิต รวมทั้งพัฒนางานวิจัยเพื่อปรับปรุงระบบบริการจิตเวชฉุกเฉินให้มีคุณภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2) ฉบับทดลองใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนด์พัลลิสซิ่ง จำกัด.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561-2580)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สรุปผลการดำเนินงาน “หนึ่งทศวรรษการขับเคลื่อน พรบ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551” วันอังคารที่ 10 กรกฎาคม 2560 ณ โรงแรมมารีดอนเมือง*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา จันทรไทย, อีรพร สิริอังกูร, ประหยัด ประภาพรม และ ราณี พรมานะจิรังกุล (บรรณาธิการ) (2557). *มาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เดชา ลิลิตอนันต์พงศ์. (2561). *ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจมาศ พุกภัยกานนท์, อีระ ศิริสมุท, สุธเดช ดวงทิพย์สิริกุล, สกาวรัตน์ พวงลัดดา และ กนกวรรณ สุดศรีวีไล. (2556). *การสำรวจระดับความวิตกกังวลสุขภาพจิตและจิตเวชในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร) (รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

- ประภา ยุทธไตร. (2557). *จิตเวชฉุกเฉินและการจัดการ*. ใน ประภา ยุทธไตร, อัจฉราภรณ์ สี่หิรัญวงศ์, พวงเพชร เกษรสมุทร และ วาริรัตน์ ถาน้อย (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- พรทิพย์ วชิรติลก, อีระ ศิริสมุด, สีนินุช ชัยสิทธิ์ และ อนุชา เศรษฐเสถียร. (2559). *การคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในประเทศไทย*. วารสารการพยาบาล, 31(2), 96-108.
- พรทิพย์ วชิรติลก, อีระ ศิริสมุด และ อนุรัตน์ สมตน. (2561). *ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย*. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 32(2), 69-83.
- มานิช หล่อตระกูล. (บรรณาธิการ). (2544). *คู่มือการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์ (ฉบับปรับปรุง 2544)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมจิตต ลุประสงค, มยุรี กลั้ววงษ์, สมหมาย หิรัญนุช, อัมภา ศรารัตต และ พรทิพย์ คงสัตย์. (2557). *คู่มือประกอบการใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช*. ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นครราชสีมา: เดชพรการพิมพ์.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, นพพร ดันติรังสี, วลีส ธรรมโกสิทธิ์, ราณี ฉายินทุ, เลิศศิริ ราชเดิม, เจริญพร กิจชนะพาณิชย์,...กฤตเมธ ตุ่มฉาย. (2561). *คู่มือปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต ฉบับทดลองใช้*. นนทบุรี: กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- อุรา สุวรรณรักษ์, สุนิสา สุวรรณรักษ์, พรธิดา แยมพยนต์, รังสรรค์ คูหากาญจน์, โสรัจจะ ชูแสง และ อนุรัตน์ สมตน. (2559). *ช่องว่างการแพทย์ฉุกเฉินไทย รายงานสถานการณ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2558*. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- Dombagolla, M.H.K., Kant, J.A., Lai, F.W.Y., Hendarto, A. & Taylor, D.M. (2019). *Barriers to providing optimal management of psychiatric patients in the emergency department (psychiatric patient management)*. *Australasian Emergency Care*, 22, 8-12.
- Peltzer-Jones, J., Nordstrom, K., Currier, G., Berlin, J.S., Singh, C. & Schneider, S. (2019). *A research agenda for assessment and management of psychosis in emergency department patients*. *Western Journal of Emergency Medicine*, 20(2), 403-408.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maseko, J., Phillip, M.R., et al. (2007). *No health without mental health*. *The Lancet*, (9590)370, -8598.77
- Rosenheck, R., Leslie, D., Keefe, R., McEvoy, J., Swartz, M., Perkins, D., et al. (2006). *Barriers to employment for people with schizophrenia*. *American Journal of Psychiatry*, (3)163, -41141.9
- Wilson, M.P., Shenvi, C., Rives, L., Nordstrom, K., Schneider, S. & Gerardi, M. (2019). *Opportunities for research in mental health emergency: executive summary and methodology*. *Western Journal of Emergency Medicine*, 20(2), 380-385.
- World Health Organization. (2019). *The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health*. Geneva: World Health Organization.