การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

รายงานวิจัย

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย

Mental crisis emergency patients accessing emergency medical services in Thailand

คณะวิจัย

นางพรทิพย์ วชิรดิลก

นายธีระ ศิริสมุด

นายอนุรัตน์ สมตน

นายณัฐวุฒิ คำนวนฤกษ์

นางสาวพินาลิน เพ็ญทอง

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ปีงบประมาณ 2560

กิตติกรรมประกาศ

คณะวิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหารสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่สนับสนุนในการทำวิจัยในประเด็นดังกล่าว ขอขอบคุณผู้อำนวยการกลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่สนับสนุนบุคลากรเป็นทีมวิจัยร่วม รวมทั้งสนับสนุนข้อมูลจากระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ “ITEMS” ในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลจากทุกหน่วยงาน ดังนี้ ผู้บริหารในระดับพื้นที่ ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ทั้งโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน) ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้บริหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้กำกับการสถานีตำรวจ ขอบคุณผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช ในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ เจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับ เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาฉุกเฉินชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และขอบคุณกลุ่มผู้ป่วยและญาติ ที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยนี้

คณะวิจัย

พ.ศ. 2560

บทสรุปผู้บริหาร

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาสถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ รวมไปถึงลักษณะการช่วยเหลือ กระบวนการนำส่งผู้ป่วยเชิงระบบ ตั้งแต่การได้รับแจ้ง การคัดแยก การประสานหน่วยปฏิบัติการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การเข้าช่วยเหลือ การนำส่งผู้ป่วย รวมไปถึงความร่วมมือและการให้การช่วยเหลือทั้งภาครัฐและชุมชน อีกทั้งการศึกษานี้ยังต้องการรวบรวมปัญหา-อุปสรรคในทุกระยะของการเข้าช่วยเหลือ เพื่อนำข้อมูลสู่การพัฒนาวิธีการ มาตรการ และสร้างนโยบาย นอกจากนั้นยังเป็นการศึกษาเพื่อเสนอแนะรูปแบบแนวทางจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงระบบทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่ โดยทำการศึกษาทั้งเชิงปริมาณด้วยการใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูล ITEMS เลือกข้อมูล Criteria Based Dispatch: CBD ที่ 13 ระหว่าง ปี 2557-2559 จำนวน 26,511 ราย และการศึกษาเชิงคุณภาพโดยเก็บข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้วยวิธีสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก

สรุปผลการศึกษา

1. สถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์

ผู้ป่วยอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์ที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบแนวโน้มสูงขึ้น ในระยะ 5 ปี ระหว่าง ปี 2555-2559 โดยในปี 2555 จำนวน 11,266 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 14,223 รายในปี 2559 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชาย กลุ่มวัยทำงาน อายุ 23-59 ปี รองลงมาเป็นกลุ่มวัยรุ่น อายุ 15-22 ปี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือพบมากกว่า ร้อยละ 60 เมื่อพิจารณาแยกตามเขตบริการสุขภาพ พบมากที่สุดที่เขตบริการสุขภาพ 9 และต่ำสุดที่เขตบริการสุขภาพ 3 จังหวัดที่พบมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ จังหวัดศรีสะเกษ สุรินทร์ นครราชสีมา ขอนแก่น และร้อยเอ็ด

เมื่อพิจารณาฤดูกาลตามกรมอุตุนิยมวิทยา เดือน และวัน พบเฉลี่ยประมาณ 2,245 ราย/ฤดูกาล, 736 ราย/เดือน และ 24 ราย/วัน โดยพบมากที่สุดช่วงฤดูฝน รองลงมาเป็นฤดูหนาว ระหว่างเดือนกันยายนและตุลาคม ซึ่งอยู่ในช่วงปลายฝนต้นหนาว เป็นบรรยากาศที่เอื้อเป็นสิ่งเร้าให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีอาการมากขึ้น เช่น ภาวะซึมเศร้าที่ขาดยาและรักษาไม่ต่อเนื่อง มีอาการกำเริบถึงขั้นทำร้ายตนเอง อีกทั้งเป็นช่วงเก็บเกี่ยวผลผลิตด้านการเกษตร ตามภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีประเพณีลงแขกทำนา จะมีการเลี้ยงอาหารและต้มสุราเถื่อน ส่งผลกระทบต่อความสงบในชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชมักมีอาการกำเริบจากการดื่มสุราติดต่อกันหลายวันและไม่ได้รับประทานยา แกนนำชุมชนให้ข้อมูลว่า “ส่วนใหญ่ต้มเหล้า ล้มวัว เลี้ยงกันแล้วก็เมาโวยวาย เสียงดัง ทะเลาะตีกัน ทำลายข้าวของพังหมด”

วิธีการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าส่วนใหญ่เรียกใช้ผ่านหมายเลข 1669 ร้อยละ 80.4 โดยญาติ แกนนำชุมชน หรือตำรวจ การรับแจ้งเหตุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงสายถึงก่อนเที่ยง เมื่อพิจารณาความสอดคล้องของการคัดแยกตั้งแต่ phone triage, scene triage และ ED triage ในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ภาพรวมมีความสอดคล้อง ร้อยละ 63.36 ที่สำคัญพบ phone under triage ของ

ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) จำนวน 344 ราย และผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (สีเขียว) จำนวน 10 ราย ในภาพรวมทั้ง 3 ปี

สำหรับระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินถึงจุดเกิดเหตุ (response time) ในระยะทางไม่เกิน 10 กิโลเมตร ตามมาตรฐานไม่เกิน 10 นาที พบเพียงร้อยละ 39 เมื่อจำแนกตามชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน พบมากกว่า ร้อยละ 80 เป็นชุด ALS และ FR อีกทั้งพบระยะเวลารวมในการออกปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนสั่งชุดปฏิบัติการออกจากฐานและกลับฐานมากที่สุด 8 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินอาการอื่น ๆ เสียโอกาสในการใช้บริการฉุกเฉินใกล้บ้าน

2. การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการรักษา

ผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ไม่สามารถร้องขอความช่วยเหลือ เนื่องจากไม่รับรู้และไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเอง ดังนั้น ผู้ดูแลหลัก ครอบครัว และชุมชน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้การช่วยเหลือเพื่อให้นำเข้าสู่การรักษา จากข้อมูลเชิงคุณภาพได้สะท้อนว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้รู้สึกมีตราบาปในจิตใจและสังคม รู้สึกไม่มีคุณค่า ครอบครัวและชุมชนกีดกัน เครียดหรือซึมเศร้า ส่วนใหญ่แก้ปัญหาโดยพึ่งพาสุรา สารเสพติด และไม่รับประทานยา เพราะรู้สึกไม่สุขสบาย ซึมง่วง ตัวแข็ง จนกลายเป็นวงจรอุบาทที่ทำให้มีอาการกำเริบซ้ำ ๆ สำหรับครอบครัวจะรู้สึกเบื่อหน่าย กลัวถูกทำร้าย และเอือมระอากับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย บางชุมชนพยายามขับไล่ออกโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เคยทำร้ายคนในครอบครัวจนเสียชีวิต จุดไฟเผาบ้านในชุมชน

สภาพการณ์ขณะเกิดเหตุ ยังไม่มีขั้นตอนชัดเจนในการร้องขอความช่วยเหลือ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และศักยภาพของชุมชน ส่วนใหญ่จะแจ้งตำรวจบ้านหรือกู้ชีพตำบลใกล้บ้านเป็นอันดับแรก เพื่อปลดอาวุธ เจรจาเกลี้ยกล่อม และเข้าชาร์ตจำกัดพฤติกรรม พยายามนำผู้ป่วยขึ้นรถนำส่งโรงพยาบาล บ่อยครั้งที่เกิดการบาดเจ็บหลายฝ่าย แม้ในระหว่างทางนำส่งบางรายมีอาการกำเริบ ระแวง ดิ้นรนทำร้ายเจ้าหน้าที่ และกระโดดลงจากรถจนมีบาดเจ็บทางกายเพิ่ม เมื่อนำส่งถึงห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นจะถูกร้องขอให้อยู่รอเพื่อวินิจฉัยแยกโรค หากซักประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชเก่าจะทำการรักษาเบื้องต้นฉีดยาให้สงบ แล้วฝากส่งต่อไปโรงพยาบาลจิตเวช เมื่อส่งต่อถึงโรงพยาบาลจิตเวชก็ถูกสั่งให้รอซักประวัติ วินิจฉัยแยกว่ามีปัญหาเจ็บป่วยทางกายหรือไม่ อาจรับไว้รักษาหรือส่งกลับโรงพยาบาลต้นทางเพื่อรักษาอาการทางกายก่อน ซึ่งมีการส่งไป-กลับบ่อยครั้งและใช้เวลารอนานมาก ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินอาการอื่น ๆ เสียโอกาสในการใช้บริการฉุกเฉินใกล้บ้าน ไม่มีการยืดหยุ่นและไม่ได้ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยมีเสียงสะท้อนจากผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลจังหวัด “กรมสุขภาพมีนโยบายให้ รพ. จังหวัด เปิด ward จิตเวช ในทางกลับกันถ้าเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รพ.จิตเวช ก็ควรมีแพทย์หรือ ward อายุรกรรม เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ป่วยทางกายด้วย ไม่ใช่โยนไปมา กว่าจะเอาผู้ป่วยไป รพ.จิตเวช ได้ไม่ใช่เรื่องง่ายเลย”

โดยสรุป สถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มสูงขึ้นในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย วัยแรงงาน พบมากที่สุดในภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ ฤดูฝน โดยเฉพาะช่วงเก็บเกี่ยวผลผลิตการเกษตรปลายฝนต้นหนาวในเดือนกันยายนและตุลาคม รวมทั้งพบในวันจันทร์มากที่สุด เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ครอบครัวและชุมชนจะร้องขอความช่วยเหลือตำรวจ และกู้ชีพตำบลที่ใกล้บ้าน โดยผ่านการโทร 1669 หรือสายตรง ยังไม่มีแนวทางหรือขั้นตอนที่ชัดเจนขึ้นอยู่กับประสบการณ์และศักยภาพของชุมชน ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการส่วนใหญ่ได้รับแจ้งช่วงสายถึงเที่ยง โดยผู้แจ้งเหตุทุกรายมีอาการตื่นตระหนกและกลัวอันตรายจากพฤติกรรมของผู้ป่วย ต้องใช้เวลาในการประเมินความเสี่ยงอันตรายและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมออกปฏิบัติการ สำหรับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับมีความรู้และทักษะเฉพาะไม่เพียงพอต่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตด้านจิตใจ และนักปฏิบัติการฉุกเฉินหลายคนเข้าหาผู้ป่วยไม่เหมาะสม จนได้รับบาดเจ็บโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีประวัติรักษาด้านจิตเวช ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่มีมุมเฉพาะสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่วุ่นวายเสียงดังอาจเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้นและสร้างความหวาดกลัวกับผู้ป่วยอื่นๆ รวมทั้ง โรงพยาบาลจิตเวชที่สังกัดกรมสุขภาพจิตแต่มีเกณฑ์และแนวทางในการรับผู้ป่วยไว้รักษาแตกต่างกัน หลายแห่งไม่มีระบบ fast tract ไม่ยืดหยุ่น ไม่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ปฏิเสธการรับผู้ป่วยไว้รักษา โดยให้ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินส่งกลับโรงพยาบาลต้นทางเพื่อรักษาอาการทางกายก่อน ทั้งที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินวิกฤตซึ่งไม่สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิตที่มีการกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายในประเด็นผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่สำคัญเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 เมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ความท้าทายในการพัฒนาความร่วมมือระหว่างตำรวจ (191) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน (1669) และสายด่วนสุขภาพจิต (1323) รวมทั้งการพัฒนาเครือข่าย fast tract จากชุมชนสู่โรงพยาบาลจิตเวช เช่นเดียวกับ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หากครอบครัวและชุมชนสามารถจับสัญญาณเตือนอาการผู้ป่วยได้เร็ว มีแนวทางในการขอเข้ารับการรักษาได้สะดวกโดยเร็ว จะช่วยทำให้ญาติรู้สึกมั่นใจว่ามีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ไม่รู้สึกท้อแท้เบื่อหน่าย รวมทั้งผู้ป่วยไม่ต้องรับประทานยาตลอดชีวิตและมีคุณภาพชีวิตตามศักยภาพ

การระดมความคิดเห็นและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสถานการณ์ปัญหาการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์ เปรียบเทียบกับการวิเคราะห์ต้นทุน จุดแข็งและโอกาสพัฒนาหรือปัจจัยความสำเร็จที่มีในพื้นที่ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับ แสดงให้เห็นว่าในสถานการณ์ที่รุมล้อมด้วยปัญหาอุปสรรคแต่ยังกลับมองเห็นโอกาสพัฒนาของการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งหากต้องนำไปใช้ในเชิงนโยบาย ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการและติดตาม ประเมินผลเชิงระบบเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้เชิงนโยบาย

1. พัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้ป่วยอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ และกลุ่มเสี่ยง
2. ส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลัก ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วย ให้เป็น “ชุมชนจัดการตนเองด้านการแพทย์ฉุกเฉิน”
3. กรมสุขภาพจิตพัฒนาและจัดตั้งชุดจิตเวชฉุกเฉินเคลื่อนที่เร็ว เพื่อประสานการปฏิบัติการระหว่างตำรวจและระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
4. โรงพยาบาลจังหวัดมีระบบช่องทางพิเศษ (fast tract) และมีห้องเฉพาะสำหรับเฝ้าดูและสังเกตการณ์ผู้ป่วยที่อาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์
5. โรงพยาบาลจิตเวช ควรพัฒนาเครือข่ายจากชุมชนสู่ระบบช่องทางพิเศษ (fast tract) และจัดระบบบริการช่วยเหลือและรักษาผู้ป่วยแบบเบ็ดเสร็จ (one stop service)
6. ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการและติดตาม ประเมินผลเชิงระบบ “การพัฒนารูปแบบการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการ สำหรับผู้ป่วยที่อาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์”

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ii
บทสรุปผู้บริหาร	iii
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 วัตถุประสงค์	2
1.3 ขอบเขตการศึกษา	2
1.4 นิยามเฉพาะศัพท์	3
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 ทบทวนวรรณวรรณ	4
2.1 อาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ กับการคัดแยกทางโทรศัพท์ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4
2.2 สุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเวช จิตเวชฉุกเฉิน และการจำแนกผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	6
2.3 สถานการณ์ขนาดของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่แนวโน้มเป็นผู้มีปัญหาหรือป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	10
2.4 ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชกับการเชื่อมโยงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตาม พรบ. 2 ฉบับ	13
2.5 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน	17
3.1 กรอบแนวคิดงานวิจัย	18
3.2 ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน	19
- การศึกษาเชิงปริมาณ	19
- การศึกษาเชิงคุณภาพ	19

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา	24
4.1 ผลการศึกษาเชิงปริมาณ	24
4.2 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ	33
บทที่ 5 บทสรุปและอภิปรายผล	43
บทที่ 6 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้เชิงนโยบาย	47
เอกสารอ้างอิง	49
ภาคผนวก	53

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	ความชุกปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ที่อาจส่งผลเกิดอาการนำที่ 13	11
ตารางที่ 2	จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์แยกตามเพศและกลุ่มอายุ ระหว่าง ปี 2557-2559	24
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ในจังหวัดที่มีการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงสุด 5 อันดับ เรียงจากมากไปน้อย ระหว่าง ปี 2557-2559	25
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) อาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ 5 อันดับ เรียงจากมากไปน้อย ระหว่าง ปี 2557-2559	25
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) อาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ 5 อันดับ เรียงจากมากไปน้อย ระหว่าง ปี 2557-2559	25
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (สีเขียว) อาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ 5 อันดับ เรียงจากมากไปน้อย ระหว่าง ปี 2557-2559	26
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์แยกตามเขตบริการสุขภาพ	26
ตารางที่ 8	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์แยกตามภูมิภาค และประเทศ	27
ตารางที่ 9	แสดงการเปรียบเทียบจำนวนการเกิดเหตุเฉลี่ยของผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ จำแนกตามฤดูกาลและ ED triage ปี 2557-2559	29
ตารางที่ 10	จำนวนและร้อยละของวิธีการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ระหว่างปี 2557-2559	30
ตารางที่ 11	จำนวนและร้อยละของการคัดแยก phone triage, scene triage และ ED triage ของผู้ป่วยฉุกเฉิน อาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ระหว่างปี 2557-2559	31
ตารางที่ 12	จำนวนและร้อยละของการคัดแยก phone triage, scene triage และ ED triage และชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ระหว่างปี 2557-2559	31
ตารางที่ 13	แนวทางพัฒนาระบบฯ และรายละเอียดเบื้องต้น	38

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	บทบาทของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษา	15
ภาพที่ 2	แสดงการเปรียบเทียบจำนวนการเกิดเหตุเฉลี่ยของผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ จำแนกตามวัน ในสัปดาห์ และ ED triage ปี 2557-2559	28
ภาพที่ 3	แสดงการเปรียบเทียบจำนวนการเกิดเหตุเฉลี่ยของผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ จำแนกตามเดือน และ ED triage ปี 2557-2559	28
ภาพที่ 4	แสดงการเปรียบเทียบจำนวนการเกิดเหตุเฉลี่ยของผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ จำแนกตามฤดูกาล และ ED triage ปี 2557-2559	29
ภาพที่ 5	แสดงการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ จำแนก 5 ปี ระหว่าง ปี 2555-2559	29
ภาพที่ 6	แสดงช่วงเวลาที่รับแจ้งเหตุในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ระหว่าง ปี 2557-2559	32
ภาพที่ 7	แสดงจำนวนและร้อยละของ response time ในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาทอารมณ์ ปี 2557-2559	32
ภาพที่ 8	องค์ประกอบและแนวทางพัฒนาในการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยที่อาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์	42

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านการเมือง สังคม เศรษฐกิจ และผลกระทบจากภัยธรรมชาติหรือภัยจากการกระทำของมนุษย์ รวมไปถึงกระแสบริโภคนิยมที่ประเทศไทยกำลังเผชิญ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งทางร่างกายและจิตใจ สะท้อนออกมาให้เห็นในรูปแบบของความก้าวร้าวรุนแรงที่นำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิต สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยโรคทางจิตในประเทศไทยจากรายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2557 พบผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 1,152,004 ราย [1] โดยลักษณะการป่วยทางจิตมีหลายประเภท โดยเฉพาะอาการฉุกเฉินทางจิตคลุ้มคลั่ง ทำร้ายร่างกายตนเอง และทำร้ายร่างกายผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีอาการทางจิตที่เกิดจากสารเสพติดที่มีอาการประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว ควบคุมตนเองไม่ได้ ซึ่งล้วนมีโอกาสเสี่ยงก่อความรุนแรงต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม

การที่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตไม่สามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสม ส่งผลเสียอย่างยิ่งต่อระบบสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งนี้เพราะปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงญาติ ผู้ดูแลและบุคคลอื่นในสังคมจากการประมาณการจำนวนผู้ป่วยและการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาของเบ็ญจมาส และคณะ [1] เมื่อปี พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชเกือบทุกโรคหรือทุกอาการมีอัตราการเข้าถึงบริการดังกล่าว น้อยกว่าร้อยละ 20 โดยเฉพาะภาวะความเสี่ยงฆ่าตัวตาย โรคสมองเสื่อม ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด ซึ่งปัญหาการเข้าถึงบริการดังกล่าวเกิดจากหลายสาเหตุ โดยมีหลายปัจจัยและมีหลายภาคส่วนเกี่ยวข้องทั้งทางด้านมาตรการทางกฎหมาย การเอาจริงเอาจัง และการเอาใจใส่ของผู้บริหาร นโยบาย ข้อจำกัดด้านบุคลากร และงบประมาณที่ไม่เพียงพอ การออกแบบระบบบริการ หรือกระบวนการที่ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งพบการจัดบริการไม่มีความแตกต่างกับผู้ป่วยทั่วไปอื่นๆ พบปัญหาเชิงการจัดการและการติดตามประเมินผลที่ยังมีไม่มากพอและยังขาดประสิทธิภาพ นอกจากนั้นยังพบการขาดความตระหนักหรือความไม่รู้อาการหรือโรค ความไม่รู้ในการปฏิบัติตัวหรือการไปรับการรักษาของผู้ป่วย ญาติ และประชาชนทั่วไป นอกจากนั้นยังพบทัศนคติเชิงลบ และการตราหน้าว่าคนบาปที่สังคมหยิบยื่นให้กับผู้ป่วยและครอบครัว [1-3]

จากการประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ปัญหาเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั่วโลกคือ ผู้ป่วยโรคทางจิตเข้าถึงบริการต่ำกว่าโรคทางกาย เนื่องมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ การยอมรับการรักษา และการพัฒนาระบบบริการยังไม่เพียงพอ ประเทศไทยคาดการณ์ว่าผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 8 เท่านั้น [1] สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์มีการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยการแจ้งเหตุผ่าน 1669 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 11,256 ในปี 2555 เพิ่มเป็น 12,832 ในปี 2558 [4] อีกทั้ง เบ็ญจมาส และคณะ ยังประมาณการผู้ป่วยจิตเวชอีกจำนวนมากที่ยังเข้าไม่ถึง

ระบบคัดกรองและเข้าไม่ถึงระบบการรักษา ซึ่งเป็นเหตุให้กลุ่มเหล่านี้เกิดอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ ในห้วงเวลาที่ปัจจัยต่างๆ รวมกันจนถึงจุดอิ่มตัว และเมื่ออาการดังกล่าวนี้เกิดขึ้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการนำส่งโรงพยาบาลจิตเวชอย่างถูกต้อง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งจากผู้ป่วยหรือผู้มีอาการ และความปลอดภัยของผู้นำส่ง

ประเด็นดังกล่าวนี้ได้ระบุไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพจิตแห่งชาติ ปี พ.ศ.2551 [5] ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับสังคม และเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย กฎหมายฉบับนี้มีใจความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการบังคับรักษาผู้ป่วยจิตเวช ว่า หากบุคคลผู้ใดที่มีแนวโน้มจะเป็นอันตรายต่อตนเองและสังคม โดยบุคคลผู้นั้นไม่มีสติสัมปชัญญะ หรือไม่มีความรู้ตัวในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาด้วยตนเอง ผู้พบเห็นสามารถแจ้งเจ้าพนักงาน เช่น ตำรวจ หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ เพื่อให้พนักงานเจ้าหน้าที่นำตัวบุคคลที่มีแนวโน้มจะเป็นอันตรายเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่ได้แต่งตั้งไว้ ซึ่งปัจจุบันมีสถานพยาบาล 84 แห่งทั่วประเทศที่จัดเป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชตามที่กฎหมายกำหนด [6]

ภายหลังได้ดำเนินการตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตแห่งชาติ ปี พ.ศ.2551 ในขั้นการนำส่งพบปัญหาเจ้าหน้าที่ตำรวจ อบต. พนักงานเจ้าหน้าที่ยังไม่ทราบบทบาทของตนในการนำส่ง ขาดงบประมาณในการสนับสนุนการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่การรักษา เป็นต้น [7] นอกจากนั้นการนำส่งผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ยังไม่ได้มีการศึกษาถึงขั้นตอน วิธีและแนวทางปฏิบัติที่นักปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินไปรับผู้ป่วยและนำส่ง ขั้นตอนการดูแลรักษาระหว่างนำส่ง รวมไปถึงระบบบริการส่งผู้ป่วยกลุ่มนี้กับโรงพยาบาลจิตเวชแต่อย่างใด ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งหวังเพื่อค้นหาช่องว่าง ปัญหา และอุปสรรค รวมทั้งศึกษาบทเรียนของรูปแบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ เพื่อพัฒนาให้กลุ่มผู้มีอาการดังกล่าวเข้าถึงและได้รับการบริการนำส่งโรงพยาบาลอย่างถูกต้อง เหมาะสมต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ และลักษณะของการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ระหว่าง ปีงบประมาณ 2557 – 2559

2) เพื่อศึกษารูปแบบ ปัญหา และอุปสรรคของการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการรักษาที่เหมาะสม ตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ระหว่างทางนำส่ง และห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล

3) เพื่อศึกษาและเสนอแนวทางการพัฒนาการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยฉุกเฉินอาการจิตประสาทที่เป็นความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

1.3 ขอบเขตการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่มีอาการแสดงคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาม/อารมณ์ จำนวน 26,511 ราย ในฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ระหว่างปี 2557-2559 สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน 4 จังหวัด กระจายตามภูมิภาค เก็บข้อมูลโดยสนทนากลุ่ม

(focus group) และสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2559 ถึง กันยายน 2560

1.4 นิยามเฉพาะศัพท์

1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว ควบคุมตนเองไม่ได้ มีความเสี่ยงสูงที่จะทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และทำลายสิ่งของแวดล้อม

2) การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินนับตั้งแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน จนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงการประเมินคัดแยก การจัดการ การประสานงาน การควบคุม ดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่ง การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล การศึกษานี้เน้นศึกษาการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่การโทรศัพท์แจ้งเหตุ การรับแจ้งเหตุที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินมาถึงที่เกิดเหตุ และการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยมาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทราบสถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว ควบคุมตนเองไม่ได้ มีความเสี่ยงสูงที่จะทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และทำลายสิ่งของแวดล้อม รวมทั้งปัญหาอุปสรรคการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สู่การวางแผนเชิงระบบในการสร้างความตระหนักเชิงป้องกัน ในช่วงฤดูกาลที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วย รวมทั้งเสนอแนะแนวทางรูปแบบบูรณาการในการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยกลุ่มอาการที่ 13 คลุ่มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์ ทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่ต่อไป

บทที่ 2
การทบทวนวรรณกรรม

2.1 อาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ กับการคัดแยกทางโทรศัพท์ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การคัดแยกผู้ป่วยทางโทรศัพท์ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นบทบาทหน้าที่ประการหนึ่งของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ซึ่งจะสอบถามข้อมูลและทำการคัดแยกอาการรุนแรงของผู้เจ็บป่วย เพื่อให้รหัสความรุนแรงและจัดลำดับการบริบาลให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยใช้เกณฑ์และวิธีการคัดแยกและจัดลำดับการจ่ายงานบริบาลผู้ป่วยฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) กำหนด พ.ศ. 2556 ซึ่งเกณฑ์และหลักเกณฑ์ดังกล่าวนี้ ถือเป็นเครื่องมือสำหรับพนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (พรจ.) และผู้จ่ายงานปฏิบัติการฉุกเฉิน (ผจป.) รวมทั้งผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน [8]

เนื่องจากพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551 ตามมาตรา 28 [9] เพื่อเป็นการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้ระบุให้สถานพยาบาลและผู้ปฏิบัติการดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉิน มีหลักการดำเนินงาน โดยระบุใน [8] ว่า บุคคลที่เข้าสู่ระบบฉุกเฉินต้องได้รับการคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ ด้วยเหตุนี้ในปี 2556 จึงมีเกณฑ์วิธีการคัดแยกและจัดลำดับการจ่ายงานบริบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้สอดคล้องกับประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 และได้จัดทำเป็นคู่มือหรือเครื่องมือให้ผู้ปฏิบัติการในการรับแจ้งเหตุจากผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่เรียกว่า **เกณฑ์วิธีการคัดแยกและการจัดลำดับการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์ (Emergency Medical triage Protocol and Criteria Based Dispatch : CBD)** [1] ในคู่มือเล่มนี้ได้ระบุการให้รหัสความรุนแรงเป็นไปตามกลุ่มอาการนำสำคัญของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับจากการรับแจ้ง มีทั้งหมด 25 กลุ่มอาการ โดยในอาการที่ 13 เป็น “ CBD 13 คลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์” แต่ละกลุ่มอาการนำจะมีรูปแบบการตอบสนองเหมือนกัน โดยศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจะทำการคัดแยกทางโทรศัพท์ และให้รหัสความรุนแรง เป็นสัญลักษณ์ 5 สี ได้แก่ สีแดง สีเหลือง สีเขียว สีขาว และสีดำ

“รหัสแดง” สนองด้วยปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นต้น ให้ถึงตัวผู้ป่วยภายใน 4 นาที หลังเกิดเหตุ แล้วตามด้วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง ทันทีให้ถึงผู้ป่วยภายใน 8 นาที หลังเกิดเหตุ โดยให้สัญญาณแสงวับวาบและเสียงสัญญาณไซเรน

“รหัสเหลือง” ตอบสนองด้วยปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นต้น ให้ถึงตัวผู้ป่วยภายใน 8 นาที หลังเกิดเหตุ ตามด้วยปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน ทันทีให้ถึงตัวผู้ป่วยภายใน 15 นาที หลังเกิดเหตุ โดยใช้สัญญาณไฟวับวาบและเสียงสัญญาณไซเรน

“รหัสเขียว” ตอบสนองด้วยปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นต้นเพียงระดับเดียว ให้ปฏิบัติตามกฎหมายจราจรตามปกติและห้อมไม่ให้ใช้สัญญาณไฟวับวาบหรือเสียงสัญญาณไซเรน

“รหัสขาว” ตอบสนองต่อการส่งต่อทางโทรศัพท์ (Telephone Refer Program) สายโทรศัพท์จะถูกโอนจากการจัดส่งปฏิบัติการฉุกเฉินไปยังพยาบาลผู้ให้คำปรึกษา โดยไม่มีการส่งหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน เว้นแต่ตำรวจร้องขอการตอบสนองสำหรับผู้ป่วยรหัสขาว ควรปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นต้น

“รหัสดำ” ไม่มีการตอบสนองเนื่องจากไม่มีผู้ป่วยฉุกเฉิน แต่อาจใช้การประสานงานหน่วยที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มอาการนำ 13 คือ กลุ่มอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ ถือเป็นอีกกลุ่มอาการหนึ่งที่ พ.ร.บ. การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 หมายรวมเป็นกลุ่ม “ผู้ป่วยฉุกเฉิน” เป็นบุคคลผู้ซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการกะทันหัน ซึ่งเป็นภยันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรืออาการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น [8] โดยกลุ่มอาการนำ 13 ของเกณฑ์ในการคัดแยกและจัดลำดับการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์ มีการอธิบายข้อมูลเบื้องต้นว่า

“เป็นกลุ่มอาการที่มีปัญหาทางจิตประสาท/อารมณ์ แต่มักไม่ค่อยเป็นปัญหาวิกฤต หากผู้ป่วยไม่ได้มีอันตรายคุกคามต่อตนเองหรือผู้อื่น แต่อย่างไรก็ตามบางครั้งการแยกปัญหาทางจิตประสาท/อารมณ์จากการเจ็บป่วยทางกายอาจค่อนข้างยาก เช่น เบาหวานหรือปฏิกิริยาจากยา เป็นต้น”

สำหรับรูปแบบการตอบสนองกลุ่มอาการนำ 13 : ผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์นี้ พนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (พรจ.) และผู้จ่ายงานปฏิบัติการฉุกเฉิน (ผจป.) จะปฏิบัติการตามขั้นตอนเหมือนกลุ่มอาการนำอื่นๆ โดยพิจารณาให้รหัสความรุนแรง และตอบสนองด้วยปฏิบัติการตามรหัสความรุนแรงนั้นๆ โดยการตอบสนองวิกฤตในผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ ต้องเป็นผู้ที่มีลักษณะ

- มีแผลถูกแทง ซึ่งเกิดจากการกระทำของตนเองเหนือข้อมือหรือข้อเท้า
- ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจมีอาการคล้ายปัญหาทางจิตประสาท/อารมณ์
- ยาเกินขนาด ในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย การตอบสนองไม่วิกฤตในผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ ต้องเป็นผู้ที่มีลักษณะ
- แผลฉีกขาดที่ข้อมือซึ่งห้าเลือดให้หยุดได้
- เมา/กินยากลุ่ม/กระตุ้นประสาท
- เมาสุราที่ยังรู้สึกตัว
- มีพฤติกรรมต่างจากที่เคยเป็นในผู้ป่วยที่มีประวัติทางจิตเวชกรรม

อาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ เป็นอาการที่แสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน อาจเกิดจากปัจจัยหลายอย่างที่สัมพันธ์กัน ซึ่งอาจเป็นโรคทางจิตเวช ที่เกิดจากหลายปัจจัย เช่น ด้านกรรมพันธุ์ ความผิดปกติของสารเคมีในสมอง ความเครียด ขาดความรักความอบอุ่นจากครอบครัว ปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ การใช้ยาลดความอ้วน หรือการใช้สารเสพติด หรือผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น หรือเป็นผู้ที่ยังไม่ได้เป็นโรคทางจิตเวช แต่มีอาการหรือพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งเกิดจากการใช้ยาลดความอ้วน

การใช้สารเสพติด หรือเป็นผลมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น [10] ดังนั้น หากมีผู้แจ้งเหตุผู้ป่วยอาการนำ 13 ที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ จะให้รหัสความรุนแรงและตอบสนองด้วยปฏิบัติการตามรหัสความรุนแรงนั้นๆ ซึ่งไม่ได้หมายรวมว่า “ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีอาการอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์เป็นผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด”

2.2 สุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเวช จิตเวชฉุกเฉิน และการจำแนกผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

สุขภาพจิต เป็นส่วนประกอบสำคัญของสุขภาวะ ตามนิยามขององค์การอนามัยโลกและธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติระบุว่า “สุขภาพ” หมายรวมถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล สุขภาพกายและสุขภาพจิตส่งผลซึ่งกันและกัน ทั้งสองภาวะนี้ไม่สามารถมีเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้เกิดภาวะอยู่ดีมีสุขอย่างแท้จริงได้ [11-12] องค์การอนามัยโลกยังได้นิยามปัญหาทางสุขภาพจิตว่าครอบคลุมโรคจิตเวช โรคระบบประสาท และความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์หรือเสพสารเสพติด (mental, neurological, and substance use disorders; MNS) ด้วย

โรคทางจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังและเป็นโรคทางสมองอย่างหนึ่ง [12] ที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้ไม่ดี ต้องดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่องและอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ ในความหมายของผู้ป่วยจิตเวช หมายถึงผู้ที่มีภาวะความแปรปรวนทางจิตใจจนทำให้ความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ และการแสดงออกอย่างรุนแรง มีอาการหลงผิด ประสาทหลอนและสูญเสียความสามารถในการรับรู้โลกแห่งความเป็นจริง โรคจิตเวชที่พบบ่อย ได้แก่ 1. โรคจิตเภท (Schizophrenia) 2. โรคซึมเศร้า (Depression) 3. โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder) 4. โรคกังวลไปทั่ว (Generalized Anxiety Disorder) 5. โรคออทิสซึ่ม (Autistic Disorder) 6. ความผิดปกติที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (Substance-related Disorder) 7. โรคสมองเสื่อม (Dementia) ซึ่งแบ่งเป็นหลายชนิด เช่น อัลไซเมอร์ (Alzheimer’s Type) สาเหตุทั่วไปของการเกิดโรคจิตเวช อาจแบ่งออกได้เป็น

2.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม ซึ่งมักพบว่าญาติที่มีประวัติป่วยด้วยโรคจิตเวชหลายโรค มีโอกาสเป็นโรคจิตเวชสูงกว่าบุคคลทั่วไป เช่น เป็นพี่น้อง พ่อหรือแม่มีประวัติป่วย คู่แฝด เป็นต้น

2.2 พื้นอารมณ์ที่ติดตัวมาของบุคคล พื้นอารมณ์นี้จะมีผลต่อการแสดงออก ปฏิสัมพันธ์ และการรับรู้สิ่งรอบตัวของบุคคลนั้นๆ ซึ่งมีจะมีผลทางบวกหรือลบต่อสภาพจิตใจและบุคลิกภาพ

2.3 ปัจจัยที่เร่งให้เกิดอาการป่วยทางจิตเวช

1) ความผิดปกติในการหลั่งสารเคมีในสมอง สมองเป็นอวัยวะที่สำคัญยิ่งของร่างกายมนุษย์ สมองมีระบบประสาทที่ใหญ่โตซับซ้อน ทำหน้าที่รับและสื่อสารข้อมูลชนิดต่างๆ รวมทั้งการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย สมองประกอบด้วยสารสื่อประสาทกว่า 100 ชนิด ที่คอยทำหน้าที่สื่อสารข้อมูลระหว่างเซลล์ประสาทในส่วนต่างๆ เมื่อมีสารสื่อประสาทมากเกินไปหรือน้อยเกินไป ก็จะมีผลกระทบต่อเซลล์ประสาทในสมอง ทำให้การสื่อสารข้อมูลต่างๆ ถูกรบกวน ซึ่งมีผลทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ และร่างกาย

2) การที่สมองถูกทำลายและการทำงานของสมองเสื่อมถอย การบาดเจ็บที่สมอง เนื้องอกในสมอง และการติดเชื้อในสมองสามารถทำให้เกิดโรคจิตเวชได้ การกลายพันธุ์ของเซลล์สมองในคนชราสามารถทำให้การทำงานของสมองเสื่อมถอย ทำให้ป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์

3) ความผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมน สตรีบางคนจะมีอาการซึมเศร้าหลังการคลอดหรือก่อนมีประจำเดือน เนื่องจากในช่วงนี้การหลั่งฮอร์โมนจะผิดปกติ ฮอร์โมนบางประเภทมีผลต่อความสมดุลทางอารมณ์

4) ความเครียด ความเครียดและความวิตกกังวลมักจะเร่งให้เกิดอาการของโรคจิตเวช คนที่ไม่ยืดหยุ่นหรือเรียกร้องจากตนเองสูง (self-demanding) มักจะทำให้ตนเองต้องมีความกดดันที่ไม่จำเป็น นอกจากนี้ความกดดันที่เกิดจากเหตุการณ์สำคัญในชีวิต เช่น การสูญเสียญาติ การว่างงาน ความแตกร้าวในชีวิตสมรส การเจ็บป่วยเรื้อรังและการเป็นหนี้ก็อาจเป็นตัวเร่งได้

2.4 ปัจจัยที่ทำให้อาการป่วยกำเริบหรือยังคงอยู่

1) ไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสม โรคจิตเวชรักษาได้เช่นเดียวกับการป่วยเป็นโรคอื่นๆ และขอแนะนำให้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มป่วยในระยะแรกๆ แต่ผู้ป่วยจิตเวชและญาติมักไม่อยากยอมรับความจริงว่าบุคคลผู้เป็นที่รักเจ็บป่วยเป็นโรคนั้นๆ บางคนถึงหันไปใช้วิธีทางไสยศาสตร์เพื่อรักษาโรค ซึ่งเป็นผลทำให้ไปรับการรักษาโรคอย่างเหมาะสมล่าช้า บางคนที่ไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ใช้รักษาทางจิตเวช มีความเชื่อผิดๆ ว่ายาเหล่านั้นเป็นผลเสียต่อร่างกาย และอาจทำให้ติดได้ พวกเขาจึงเลิกใช้ยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ก่อน ซึ่งมีผลให้ป่วยซ้ำ

2) บรรยากาศความตึงเครียด ความขัดแย้งในครอบครัว หรือการแสดงออกทางอารมณ์และการสื่อสารที่ไม่ดี ทุกสิ่งข้างต้นก็เป็นปัจจัยที่ทำให้อาการป่วยดำเนินต่อไป หรือรุนแรงขึ้นได้

การวินิจฉัยโรคจิตเวช [13] แม้ว่าปัจจุบันจะมีข้อมูลระบุว่าโรคจิตเวชมักเกิดจากความไม่สมดุลของการหลั่งสารสื่อประสาท แต่ยังไม่มีการทดสอบที่สามารถบ่งชี้ว่าสารสื่อประสาทตัวใดมีปัญหาหรือบอกปริมาณของสารสื่อประสาทชนิดนั้นๆ ให้แน่ชัดได้ จิตแพทย์วินิจฉัยโรคโดยอาศัยการสังเกตอาการของคนไข้ และการบอกเล่าอาการจากคนไข้และญาติเป็นพื้นฐาน อย่างไรก็ตามในบางกรณี จะมีการแนะนำให้คนไข้ไปตรวจทางกายบางอย่างเพื่อที่จะวินิจฉัยโรคได้แม่นยำขึ้น เช่น ปัญหาต่อมไทรอยด์เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าหรือไม่ การตรวจคลื่นสมอง สามารถช่วยระบุได้ว่าบุคคลนั้นป่วยเป็นโรคจิตเวชหรือโรคลมชัก และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์จะสามารถช่วยบอกปัญหาได้ชัดเจนขึ้น เช่น เลือดออกในสมอง เนื้องอกหรือสมองฝ่อ ดังนั้น โรคจิตเวช จึงเหมือนโรคทางกายอื่นๆ ที่ต้องรักษา และสามารถรักษาให้หายได้ โรคจิตเวชไม่ใช่โรคติดต่อ แต่หากจัดการกับอารมณ์ในแง่ลบในทางที่ผิด ก็จะทำให้ครอบครัวและผู้อยู่รอบข้างเครียดมากขึ้น

ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ตามคู่มือการดูแลปัญหาผู้มีสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับแพทย์ [14] ได้ระบุแนวทางการประเมิน การช่วยเหลือและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งได้ระบุจิตเวชฉุกเฉินไว้ 5 โรค/อาการ ได้แก่ การฆ่าตัวตาย (Suicide) พฤติกรรมก้าวร้าวอาละวาด (Violent Behaviors) ภาวะสับสน (Delirium) กลุ่มอาการหายใจหอบถี่ (Hyper Syndrome) และลมชัก (Epilepsy) ซึ่งได้ระบุอาการฉุกเฉินแต่ละโรค/อาการ ดังนี้

1. ฆ่าตัวตาย (Suicide) เป็นอาการที่ผู้ป่วยถูกนำส่งโรงพยาบาลด้วยอาการที่เกิดจากการกระทำด้วยวิธีการใดๆ เพื่อทำร้ายตนเองไม่ว่าเจตนาให้ถึงแก่ความตายหรือไม่ก็ตาม

2. พฤติกรรมก้าวร้าวอาละวาด (Violent Behaviors) มีอาการกระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง ก้าวเท้าเร็ว ไม่อยู่นิ่ง กำหมัด ขบกราม ด่าทอ ข่มขู่ เส้นเลือดที่สมองเต้นแรง ทำลายข้าวของ ถือสิ่งของที่ใช้ทำเป็นอาวุธได้เพื่อทำร้ายผู้อื่น

3. ภาวะสับสน (Delirium) เป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่เกิดจากความเจ็บป่วยทางร่างกายชนิดเฉียบพลัน ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการสับสน (confusion) และการรับรู้สภาพแวดล้อมผิดปกติ (การรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคลผิดปกติ) และมักจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีประสาทหลอน หรือแปลภาพผิด (illusion) และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ขาดความยับยั้งชั่งใจ และหงุดหงิดหรือทำอันตรายต่อบุคคล

4. กลุ่มอาการหายใจหอบถี่ (Hyper Syndrome) มีอาการหายใจหอบถี่ เร็วแรง สั้น หายใจขัดและหายใจลึกเป็นช่วงๆ มีอาการแน่นหน้าอก มึนศีรษะ ปวดศีรษะ หูอื้อ ตาลาย เป็นลม อ่อนเพลีย ชาปลายมือปลายเท้า กล้ามเนื้อมือเกร็งจีบ ตื่นตระหนกตกใจกับอาการทางกายที่เกิดขึ้น เกิดอาการเป็นช่วงๆ (episode) เกิดได้ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง

5. ลมชัก (Epilepsy) เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีอาการชักซ้ำโดยที่ไม่มีปัจจัยกระตุ้น (provoking factor) ชัดเจน อาจจะพบพยาธิสภาพในสมองหรือไม่ก็ได้ ในกรณีผู้ป่วยชักครั้งแรกร่วมกับมีคลื่นไฟฟ้าสมองผิดปกติแบบ epileptiform discharge หรือมีรอยโรคในสมอง จะมีโอกาสชักซ้ำสูง ผู้ป่วยที่มีอาการชักจากความเจ็บป่วยปัจจุบัน เช่น ความผิดปกติทางเมตาโบลิก จากยา หรือ ไข้สูงในเด็ก โดยที่ไม่ได้มีพยาธิสภาพที่สมองชัดเจน จัดเป็นการชักที่มีปัจจัยชักนำ (provoked seizure) จึงไม่ถือว่าเป็นโรค ลมชัก

จิตเวชฉุกเฉิน หรือภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช หมายถึง อาการแสดงทางจิตเวช ซึ่งภาวะดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการจัดการด้านจิตเวชประกอบด้วย ฆ่าตัวตาย ใช้สารเสพติด ซึมเศร้า โรคจิต ก้าวร้าวรุนแรง และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว [15] อาการแสดงทางจิตเวชที่พบได้บ่อย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวไม่มีเหตุผล วิตกกังวลมาก คลุ้มคลั่ง สับสน อยู่ไม่นิ่ง ซึมเศร้า ทำร้ายตัวเอง จากผลของพฤติกรรมดังกล่าวทำให้เกิดเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเป็นอันตรายต่อตัวเองหรือผู้อื่นได้ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อความปลอดภัยทุกฝ่าย [16]

การจำแนกผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ตามคู่มือประกอบการใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช [17] ได้จำแนกผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ณ งานบริการพยาบาล โดยใช้หลักการจำแนกตามมิติสภาวะความรุนแรงของความเจ็บป่วย เพื่อลำดับการดูแล การตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาตามความจำเป็นเร่งด่วน เพียงประเด็นเดียวเท่านั้น ดังนี้

มิติสภาวะความรุนแรงของความเจ็บป่วย หมายถึง สิ่งที่บ่งบอกถึงสภาพการเกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน อันเนื่องมาจากการที่ระบบและกลไกการทำงานต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ส่วนใดส่วนหนึ่งหรือหลายส่วน ไม่สามารถดำเนินไปตามปกติได้ ในมิตินี้ประกอบด้วยการประเมิน 4 ประเด็นหลัก คือ

1. สัญญาณชีพ (Vital signs) หมายถึง สิ่งแสดงสำคัญที่สุดของผู้ป่วยที่ช่วยบ่งบอกความปกติหรือความผิดปกติของร่างกาย ประกอบด้วย อุณหภูมิร่างกาย อัตราการเต้นชีพจร อัตราการหายใจ และค่าความดันโลหิต

2. อาการและอาการแสดงทางระบบประสาท (Neurological signs) หมายถึง สิ่งที่บ่งชี้ถึงสภาพการทำงานของระบบประสาท โดยการประเมินจากความสามารถในการควบคุมการปฏิบัติงานของกล้ามเนื้อทั่ว

ร่างกาย ซึ่งประกอบด้วย การลืมตา การเคลื่อนไหว และการพูด ทั้งนี้การประเมินอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทจะใช้แบบประเมินระดับความรู้สึกตัวของกลาสโกว (Glasgow Coma Scale: GCS)

3. การได้รับการรักษาด้วยหัตถการพิเศษที่สำคัญต่อการมีชีวิต หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาด้วยการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ เข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะหัตถการพิเศษชนิดไม่รุกล้ำ (Non – invasive) คือ การรักษาผู้ป่วยจิตเวชด้วยการใช้ยาต้านโรคจิตกลุ่มที่มีดัชนีการรักษาแคบ (Narrow Therapeutic Index) ต้องเฝ้าระวังพิเศษ ได้แก่ Lithium, Carbamazepine, Sodium valproate, Phenytoin, Clozapine เป็นต้น โดยรายละเอียดเกี่ยวกับแนว

4. พฤติกรรมผิดปกติที่เป็นอันตราย (Violence behavior) หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยจิตเวชด้วยการใช้วาจา หรือใช้กำลังอย่างรุนแรงจนกระทั่งทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งการประเมินพฤติกรรมที่เป็นอันตราย จะใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)

4.1 พฤติกรรมทำร้ายตนเอง (Suicide) หมายถึง การกระทำที่ทำลายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ เช่น กินยา ใช้อาวุธ เชือก ผ้า ฯลฯ ทั้งนี้การฆ่าตัวตายอาจเป็นความรู้สึกต้องการตายขึ้นมาทันทีทันใดเมื่อมีเรื่องกดดัน คับแค้นใจ หรือมีการวางแผนล่วงหน้า ซึ่งเริ่มจากมีความคิดอยากตาย พยายามฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายที่ทำได้สำเร็จ

4.2 พฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น (Homicide) หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยทั้งทางวาจา หรือการใช้กำลังอย่างรุนแรงจนทำให้ผู้อื่นได้รับบาดเจ็บ หรือเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

- พฤติกรรมทำลายทรัพย์สิน (Against to object) หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยด้วยการใช้กำลังจนทำให้ทรัพย์สินชำ เสียหาย

การแปลผล ตามคู่มือฯ นี้ จะพิจารณาจากระดับความรุนแรงของสภาวะความเจ็บป่วยในประเด็นการประเมิน ทั้ง 4 ข้อร่วมกัน ตัดสินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยจากปัญหา/ประเด็นหลักที่ทำให้ผู้ป่วยมาหรือถูกพามาโรงพยาบาล หรือ จากระดับความรุนแรงสูงสุดที่ประเมินได้จากตัวบ่งชี้ทั้ง 4 ข้อ ดังนี้

คะแนน 4 หมายถึง ผู้ป่วยประเภทฉุกเฉิน/วิกฤติ (Emergent)
คะแนน 3 หมายถึง ผู้ป่วยประเภทเร่งด่วน (Urgent)
คะแนน 2 หมายถึง ผู้ป่วยประเภทกึ่งเร่งด่วน (Semi-urgent)
คะแนน 1 หมายถึง ผู้ป่วยประเภทไม่เร่งด่วน (Non-urgent)

แนวคิดที่ใช้ในการพัฒนาเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช ตามคู่มือฉบับนี้ [17] ได้ระบุว่าเป็นการประยุกต์แนวคิดการพัฒนาเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยของสำนักการพยาบาล ซึ่งแบ่งมิติของเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย ออกเป็น 2 มิติ คือ มิติแรก : สภาวะความรุนแรงของความเจ็บป่วย มิตินี้สามารถสะท้อนให้เห็นถึงภาระงานของพยาบาลที่ปฏิบัติร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (Collaborative role) ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของปัญหาทางพยาธิสรีรภาพในแต่ละระดับ โดยตัวบ่งชี้สภาวะความรุนแรงของความเจ็บป่วยประกอบด้วย สัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทางระบบประสาท การได้รับการตรวจรักษาด้วยหัตถการพิเศษที่สำคัญต่อการมีชีวิต พฤติกรรมผิดปกติที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน ส่วนมิติที่สอง: การดูแลขั้นต่ำ

ที่พึงได้รับ เป็นการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่สะท้อนให้เห็นถึงภาระงานของพยาบาลในบทบาทอิสระ (Independent role) ที่ให้การดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการตามสภาพปัญหาด้านพยาธิสรีรภาพของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย และจิตสังคม โดยตัวบ่งชี้การดูแลขั้นต่ำที่พึงได้รับ ประกอบด้วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการข้อมูล/การสอนของผู้ใช้บริการและญาติ และความต้องการการบำบัดทางด้านร่างกาย ความต้องการการบำบัดด้านจิตใจ สังคม และความต้องการการบรรเทาอาการรบกวน ทั้งนี้แนวคิดการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชตามที่กล่าวข้างต้น จะคำนึงถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมแบบองค์รวม รวมถึงต้องสามารถสะท้อนภาระงานพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยในความรับผิดชอบ ทั้งระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสภาพที่ต้องการการดูแลในระยะยาว มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ สามารถจำแนกได้อย่างรวดเร็ว ด้วยข้อมูลที่น้อยที่สุด

อย่างไรก็ตาม การจำแนกผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินดังที่กล่าวมาข้างต้นนี้ เป็นแนวทางและเครื่องมือที่พยาบาลใช้ในการจำแนกผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ตามความต้องการการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทั้งการลำดับการดูแลและการวางแผนดูแลขั้นต่ำอย่างเหมาะสม ส่วนใหญ่เป็นการจัดการในสถานพยาบาล ซึ่งเปรียบเสมือนเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ต้องการข้อมูลมีความละเอียด แต่แนวทางดังกล่าวไม่ได้กล่าวถึงการคัดแยกทางโทรศัพท์ เพื่อใช้ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งหากเทียบเคียงจากอาการนำที่ 13 คลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ที่ใช้การคัดแยกอาการนำทางโทรศัพท์ จะใกล้เคียงกับเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน มิติสภาวะความรุนแรงของความเจ็บป่วย ประเด็นที่ 4 พฤติกรรมผิดปกติที่เป็นอันตราย (Violence behavior)

นอกจากนั้นยังพบอีกว่าเกณฑ์การตอบสนองวิกฤตในผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ ตามเกณฑ์วิธีการคัดแยกและจัดลำดับการจ่ายงานบริบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งจะต้องเกิดอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นทางกายให้เห็นก่อน แตกต่างจากการจำแนกผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ซึ่งหากเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมผิดปกติที่เป็นอันตราย (Violence behavior) เช่น มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของ จะจำแนกเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

2.3 สถานการณ์ขนาดของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่แนวโน้มเป็นผู้มีปัญหาหรือป่วยจิตเวชฉุกเฉิน

อาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์ เป็นอาการที่มักพบในผู้มีปัญหาสุขภาพจิตหรือเป็นผู้ป่วยจิตเวช อาการดังกล่าวนี้จะแสดงออกทางพฤติกรรมให้เห็นเด่นชัด ซึ่งเป็น “พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงฉับพลัน” โดยพฤติกรรมนี้มีสาเหตุมาเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ 1) จากฤทธิ์ของสารเสพติดทำให้เกิดอาการเมา เกิดอาการกลัว ระแวง ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ตัวเองปลอดภัย 2) ปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวช เช่น มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ระแวง การตอบสนองจึงไม่เป็นไปตามสถานการณ์จริง หรือโรคซึมเศร้า ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าอย่างรุนแรง มีความคิดอยากทำร้ายตัวเองได้ 3) ความเจ็บป่วยทางกาย เช่น อุบัติเหตุทางสมอง ภาวะสับสนจากปัญหาพยาธิสภาพทางสมอง สมองเสื่อม และ 4) ความโกรธ ความเครียดจากปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวหรืออื่นๆ ความรู้สึกอับอาย ไม่เป็นธรรม ไม่ปลอดภัย โดยอาจกระตุ้นให้รุนแรงมากขึ้นภายใต้ฤทธิ์ของการดื่มสุรา (12)

เมื่อพิจารณาคู่มือการดูแลปัญหาผู้มีสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับแพทย์ [14] ที่ระบุจิตเวชฉุกเฉิน 5 โรค/อาการ ได้แก่ การฆ่าตัวตาย (Suicide) พฤติกรรมก้าวร้าวอาละวาด (Violent Behaviors) ภาวะสับสน (Delirium) กลุ่มอาการหายใจหอบถี่ (Hyper Syndrome) และลมชัก (Epilepsy) นั้น ซึ่งจาก 5 โรค/อาการนี้ บางกลุ่มอาการอาจยังไม่ใช่ผู้ป่วยจิตเวช เป็นเพียงผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และส่วนหนึ่งเป็นอาการแสดงออกทางพฤติกรรมฉับพลันใน 4 ปัจจัย/สาเหตุข้างต้น ซึ่งเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมเหล่านี้ อาจเป็นอันตรายต่อตัวเองหรือต่อผู้อื่นได้ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

ดังนั้น การทบทวนวรรณกรรมประเด็นนี้ จึงมุ่งไปที่ขนาดหรือสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกี่ยวข้องหรือเป็นปัจจัย/สาเหตุของพฤติกรรมฉับพลันเหล่านี้ โดยที่ผ่านมาประเทศไทย มีการศึกษาความชุกประเด็นดังกล่าวหลายการศึกษา ดังนี้

ตารางที่ 1 ความชุกปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ที่อาจส่งผลเกิดอาการนำที่ 13

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช	การศึกษา	ปีศึกษา	ความชุก
โรคซึมเศร้า	เบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์และคณะ [1]	2556	ร้อยละ 1.7
	การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต [19]	2546	ร้อยละ 3.2
	การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต [20]	2551	ร้อยละ 2.2
	อนุรักษ์ บัณฑิตย์ชาติและคณะ [21]	2542	ร้อยละ 1.4
	ธงชัย ทวิชาชาติและคณะ [22]	2541	ร้อยละ 1.0
โรคจิตเภท	เบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์และคณะ [1]	2556	ร้อยละ 1.2
	การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต [19]	2546	ร้อยละ 0.6
	การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต [20]	2551	ร้อยละ 1.2
ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย	เบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์และคณะ [1]	2556	ร้อยละ 6.4
	หวาน ศรีเรือนทองและคณะ [23]	2551	เสี่ยงทุกระดับ ร้อยละ 7.3 เสี่ยงน้อย ร้อยละ 6.0 เสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 0.6 เสี่ยงสูงร้อยละ 0.7
	การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต [19]	2546	เสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 1.2 เสี่ยงมาก ร้อยละ 0.9
	อนุรักษ์ บัณฑิตย์ชาติและคณะ [21]	2544	พยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 1.0
ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์	เบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์และคณะ [1]	2556	ร้อยละ 12.4
	บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ [24]	2551	ร้อยละ 11.7
	อนุรักษ์ บัณฑิตย์ชาติและคณะ [21]	2544	ร้อยละ 10.2
	ธงชัย ทวิชาชาติและคณะ [22]	2541	ร้อยละ 18.4

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช	การศึกษา	ปีศึกษา	ความชุก
ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพสารเสพติด	เบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์และคณะ [1]	2556	ร้อยละ 1.4
	สาวิตรี อัษณางค์กรชัย และคณะ [25]	2551	เคยใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งในชีวิต ร้อยละ 5.4 ใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งใน 1 ปี ร้อยละ 1.2
โรคลมชัก	อนุรักษ์ บัณฑิตย์ชาติและคณะ [21)	2546	ร้อยละ 0.7

จากการศึกษาที่ประเมินจากความชุกจากการสำรวจระบาดวิทยาที่เชื่อถือในระดับประเทศ พบว่าผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญทั้ง 8 โรค/ภาวะที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม โรคลมชัก ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ ความผิดปกติของพฤติกรรมเสพสารเสพติด ความผิดปกติทางพัฒนาการและพฤติกรรมในเด็ก การทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือประมาณ 10 ล้านคนทั่วประเทศ อย่างไรก็ตามปัจจุบันมีผู้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตประมาณ 8 แสนคนหรือคิดเป็นร้อยละ 8 เท่านั้น [26] และมีรายงานวิจัยที่ระบุว่าร้อยละ 20 ของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชจะมีโอกาสก่อความรุนแรง ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบกับสังคม [27] สำหรับประเทศไทย ปัญหาความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์และสารเสพติด การฆ่าตัวตาย โรคซึมเศร้า และโรคจิต เป็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีความชุกและความสำคัญทางด้านสาธารณสุขในลำดับต้น [26] และล้วนเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงฉับพลัน อาจส่งผลเป็นอันตรายต่อตัวเองหรือต่อผู้อื่นได้ และหากเกิดพฤติกรรมดังกล่าวจะเข้าเกณฑ์การคัดแยกในกลุ่มอาการที่ 13 คลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์ได้ เมื่อมีผู้พบเจอและแจ้งเหตุ 1669

ปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวช เป็นโรคเรื้อรังและเป็นโรคทางสมองอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้ไม่ดี ผู้ป่วยหรือมีอาการต้องดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่องและอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ หากไม่ดูแลตนเอง ไม่รับประทานยาหรือไปพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง หรือมีแรงกระตุ้นทั้งจากสารเสพติดและแรงกระตุ้นทางลบจากสังคมแวดล้อม จะทำให้อาการกำเริบเป็นอันตรายต่อตนเองและคนรอบข้างได้ [**10,13-14,17**] การที่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตไม่สามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสม ส่งผลเสียอย่างยิ่งต่อระบบสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งนี้เพราะปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงญาติ ผู้ดูแลและบุคคลอื่นในสังคม **[1]** จากการประมาณการจำนวนผู้ป่วยและการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาของเบ็ญจมาส และคณะ [1] เมื่อปี พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชเกือบทุกโรคหรือทุกอาการมีอัตราการเข้าถึงบริการดังกล่าว น้อยกว่าร้อยละ 20 โดยเฉพาะภาวะความเสี่ยงฆ่าตัวตาย โรคสมองเสื่อม ความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติด ซึ่งปัญหาการเข้าถึงบริการดังกล่าวเกิดจากหลายสาเหตุ โดยมีหลายปัจจัยและมีหลายภาคส่วนเกี่ยวข้องทั้งทางด้านมาตรการทางกฎหมาย การเอาจริงเอาจัง และการเอาใจใส่ของผู้บริหาร นโยบาย ข้อจำกัด

ด้านบุคลากร และงบประมาณที่ไม่เพียงพอ การออกแบบระบบบริการ หรือกระบวนการที่ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งพบการจัดบริการไม่มีความแตกต่างกับผู้ป่วยทั่วไปอื่นๆ พบปัญหาเชิงการจัดการและการติดตามประเมินผลที่ยังมีไม่มากพอและยังขาดประสิทธิภาพ นอกจากนั้นยังพบการขาดความตระหนักหรือความไม่รู้อาการหรือโรค ความไม่รู้ในการปฏิบัติตัวหรือการไปรับการรักษาของผู้ป่วย ญาติ และประชาชนทั่วไป นอกจากนั้นยังพบทัศนคติเชิงลบ และการตราหน้าว่าคนบาปที่สังคมหยิบยื่นให้กับผู้ป่วยและครอบครัว [1,2,28]

2.4 ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชกับการเชื่อมโยงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตาม พรบ. 2 ฉบับ

กรมสุขภาพจิต ได้ผลักดันให้ผู้บริหารในระดับชาติ เห็นความสำคัญของปัญหาทางสุขภาพจิต จนมีการกำหนดพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับสังคม และเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย ซึ่งกฎหมายฉบับนี้มีใจความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการบังคับรักษาผู้ป่วยจิตเวช ว่า หากบุคคลผู้ใดที่มีแนวโน้มจะเป็นอันตรายต่อตนเองและสังคม โดยบุคคลผู้นั้นไม่มีสติสัมปชัญญะ หรือไม่มีความรู้ตัวในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาด้วยตนเอง ผู้พบเห็นสามารถแจ้งเจ้าพนักงาน เช่น ตำรวจ หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ เพื่อให้พนักงานเจ้าหน้าที่นำตัวบุคคลที่มีแนวโน้มจะเป็นอันตรายเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่ได้แต่งตั้งไว้ ซึ่งปัจจุบันมีสถานพยาบาล 84 แห่งทั่วประเทศที่จัดเป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชตามที่กฎหมายกำหนด [29]

พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 ได้ระบุเหตุผลที่ต้องตรากฎหมายฉบับนี้ไว้ว่า “เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล สิทธิในการบำบัดรักษาและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เพื่อให้ผู้มีความผิดปกติทางจิตให้ได้รับการปฏิบัติเท่าเทียมประชาชนทั่วไป ได้รับการบำบัดรักษาเท่าเทียมกับการเจ็บป่วยทางกาย สามารถอยู่ในชุมชนได้โดยที่สังคมได้รับความปลอดภัย อันเนื่องมาจากผู้มีความผิดปกติทางจิตได้รับการดูแลรักษาที่มีมาตรฐานทั่วถึงครอบคลุมและมีความต่อเนื่อง ตลอดจนเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชน” [29] ปัจจุบันมีคณะอนุกรรมการและคณะทำงานชุดต่างๆ รวมทั้งสิ้น 7 คณะอยู่ภายใต้การควบคุม กำกับและดูแลจากคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ซึ่งมีสำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ หรือ สคสช. มีหน้าที่สำคัญหลายประการเพื่อตอบสนองภารกิจของคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

ภายหลังการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 พบปัญหาสำคัญ เช่น ในขั้นการนำส่ง พบว่าเจ้าหน้าที่ตำรวจ อบต. พนักงานเจ้าหน้าที่ยังไม่ทราบบทบาทของตนในการนำส่ง ขาดงบประมาณในการสนับสนุนการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่การรักษา เป็นต้น ขั้นการบำบัดรักษา พบว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขยังขาดความรู้ ความเข้าใจใน พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 เจ้าหน้าที่มีการย้ายงานหรือเจ้าหน้าที่ใหม่ขาดประสบการณ์ทำให้งานไม่ต่อเนื่อง บุคลากรขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน เป็นต้น ขั้นจำหน่าย พบปัญหาไม่มีรองรับผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และที่สำคัญพบปัญหาการไม่รู้ พรบ.สุขภาพจิตของประชาชนและมีส่วนน้อยมากที่พบการมีส่วนร่วมภาคประชาชนในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช [30] นอกจากนั้น

กรมสุขภาพจิตเห็นว่า พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 มีช่องทางกฎหมายหลายประการ จึงได้ดำเนินการจัดทำประชาวิจารณ์และปรับปรุงพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ 2551 และอนุบัญญัติภายใต้ พ.ร.บ. ฉบับนี้

ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิตมีแผนที่จะดำเนินงานโดยบูรณาการร่วมกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ในการกำหนดเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเวช กรณีฉุกเฉิน จัดทำหลักสูตรสำหรับตำรวจและบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งอาจเป็นหลักสูตรการประเมินอาการและส่งตัวผู้มีความผิดปกติทางจิต รวมทั้งพัฒนาการเชื่อมประสานหมายเลขฉุกเฉิน 1323 ของกรมสุขภาพจิต กับ 1669 ให้เป็นผู้รับปัญหาและส่งต่อกับระบบ 1669 [27-28]

ด้วย พ.รบ.การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ระบุว่า ผู้ป่วยฉุกเฉิน คือ บุคคลผู้ซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการกะทันหัน ซึ่งเป็นภยันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรืออาการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น [9] โดยอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์ เป็นอาการนำที่ 13 ของ **เกณฑ์วิธีการคัดแยกและการจัดลำดับการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์ (Emergency Medical triage Protocol and Criteria Based Dispatch : CBD)** [8] ดังนั้น หน่วยปฏิบัติการ ซึ่งหมายรวมหน่วยงานหรือองค์กรที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จะต้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินนับตั้งแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัด รักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงการประเมิน การจัดการ การประสานงาน การควบคุม ดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่ง การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล [2] แต่ที่ผ่านมาความชัดเจนที่เกี่ยวข้องกับอาการที่ 13 มีน้อยมาก ทั้งการคัดแยกและให้รหัสความรุนแรง หลักสูตรการฝึกอบรมที่ยังไม่มีความจำเพาะต่ออาการที่ 13 นอกจากนั้นเพื่อความคุ้มครองผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติการต้องประเมินอาการผู้ป่วย และสถานการณ์แวดล้อม ณ จุดเกิดเหตุ ว่ามีความปลอดภัยก่อนเท่านั้น จึงจะปฏิบัติการฉุกเฉินได้

ดังนั้น เมื่อพิจารณา พ.รบ.การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 กับ พ.รบ.สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ที่จะปรับปรุงใหม่นี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องบูรณาการการทำงานและความเข้าใจร่วมกัน นอกจากนั้นหน่วยงานทั้งสองฝ่ายจะต้องศึกษาและทำความเข้าใจเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติของแต่ละฝ่าย เพื่อให้การบูรณาการและประสานงานการทำงานมีความราบรื่น สมบูรณ์

2.5 การดูแลผู้ปวยจิตเวชฉุกเฉิน มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน มาตรการและแนวทางการดำเนินงาน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบครบวงจร ก็เหมือนกับการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป กรมสุขภาพจิตได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (ผู้ที่ไม่มีคดี) 4 แนวทาง ได้แก่ 1) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงแบบผู้ป่วยนอก 2) การติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง กรณีผู้ป่วยไม่มารับการรักษาต่อเนื่องที่ รพ. จิตเวช 3) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง แบบผู้ป่วยในและการติดตามหลังจำหน่ายสู่ชุมชน และ 4) กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อเนื่องในชุมชน [33] แต่อย่างไรก็ตามแนวทางดังกล่าวนี้

ยังไม่ได้กล่าวถึงภาคีเครือข่ายนอกกรมสุขภาพจิตมากนัก ยังไม่ได้พูดถึงการแจ้งเหตุและนำส่งผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน หรือผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง เช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจ พนักงานฝ่ายปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือแม้แต่ผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ หรือ สคสช. [34] เป็นหน่วยงานเพื่อพัฒนากระบวนการดำเนินงานในการสนับสนุน ผลักดันนโยบายด้านสุขภาพจิตและจิตเวชระดับประเทศ เพื่อคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของประชาชน และประสานความร่วมมือเชิงนโยบายระหว่างเครือข่ายงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นหน่วยงานที่ผลักดันให้มีการขับเคลื่อนบังคับใช้ พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 รวมทั้งปรับปรุงแก้ไข พ.ร.บ. ฉบับนี้ ซึ่งได้เสนอการปรับแก้ไข พ.ร.บ. ให้ผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เป็น ผู้ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ และมีแผนพัฒนาแนวทางการคัดแยกทางโทรศัพท์ การฝึกอบรมหลักสูตรหลักสูตรการประเมินอาการและส่งตัวผู้มีความผิดปกติทางจิต รวมทั้งพัฒนาการเชื่อมประสานหมายเลขฉุกเฉิน 1323 ของกรมสุขภาพจิต กับ 1669 ให้เป็นผู้รับปัญหาและส่งต่อกับระบบ 1669

ภาพที่ 1 บทบาทของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษา

2. ปัญหา อุปสรรค ของการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

ปัญหาและอุปสรรคในการแก้ไขเชิงระบบของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชฉุกเฉิน มีหลายประการ นอกจากปัญหาสำคัญที่พบในขั้นการนำส่ง ที่พบว่าเจ้าหน้าที่ตำรวจ อบต. พนักงานเจ้าหน้าที่ยังไม่ทราบบทบาทของตนในการนำส่ง ขาดงบประมาณในการสนับสนุนการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่การรักษา เป็นต้น ขั้นการบำบัดรักษา พบว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขยังขาดความรู้ ความเข้าใจใน พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 เจ้าหน้าที่

มีการย้ายงานหรือเจ้าหน้าที่ใหม่ขาดประสบการณ์ทำให้งานไม่ต่อเนื่อง บุคลากรขาดขวัญและกำลังในในการปฏิบัติงาน เป็นต้น ขั้นจำหน่าย พบปัญหาไม่มีรองรับผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และที่สำคัญพบปัญหาการไม่รู้ พรบ.สุขภาพจิตของประชาชน และมีส่วนน้อยมากที่พบการมีส่วนร่วมภาคประชาชนในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช [31] รวมไปถึงการดำเนินงานยังไม่เชื่อมประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน หรือ สพฉ. แล้ว [32] ยังมีปัญหาอื่นๆ อีก ได้แก่

ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช (1,35) การสำรวจพบว่าประชาชนประมาณร้อยละ 50 มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับตัวโรคจิตเวช ลักษณะและอาการแสดง วิธีรักษา เช่น เข้าใจผิดว่าโรคสมาธิสั้นไม่ก่อให้เกิดปัญหาการเรียนได้ (ร้อยละ 37) เข้าใจผิดว่าโรคซึมเศร้าไม่สามารถรักษาให้หายได้ (ร้อยละ 31) เป็นต้น

ทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยจิตเวช (1,35) ประชาชนมากกว่าร้อยละ 50 ยังมีทัศนคติกับผู้ป่วยจิตเวชว่าเป็นคนบ้าหรือนึกถึงผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลโรคจิต ครอบครัวผู้ป่วยไม่กล้าพาญาติที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชออกไปในที่สาธารณะเพราะจะทำอันตรายต่อผู้อื่นได้ นอกจากนั้นมี 4-5 ใน 10 คนที่คิดว่าผู้ป่วยทางจิตเป็นบุคคลที่น่ากลัวต้องระวังอย่าเข้าใกล้หรือพูดคุยด้วย ทัศนคติหรือความเห็นเชิงลบเหล่านี้อาจเป็นอุปสรรคในการแก้ไขปัญหาการอยู่ร่วมกันระหว่างชุมชนกับผู้ป่วย นั้นคืออาจไม่ส่งผลดีต่ออาการแสดงของผู้ป่วยจิตเวชหรือทำให้อาการเหล่านั้นรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะโรคจิต ที่การศึกษาของศิริจิต สุทธจิตต์และคณะ [36] ระบุว่าการรักษาทางจิตสังคมบางชนิดมีประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทอย่างชัดเจน

ดังนั้น ความรู้ที่ผิดและทัศนคติเชิงลบ ถือเป็นปัญหา อุปสรรคประการหนึ่งในการเข้าไม่ถึงบริการทางสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rosenheck R. และคณะ [28] ที่พบว่าความไม่เข้าใจที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตส่งผลให้ประชาชนไม่ทราบว่าอาการผิดปกติ การดูแลรักษาและให้การช่วยเหลือ เนื่องจากความไม่เข้าใจโรคจิตเวชจึงทำให้ประชาชนขาดความตระหนักในการแก้ปัญหา นอกจากนั้นพบว่าผู้ป่วยหรือญาติจะไม่เข้ารับการรักษาเพราะกลัวสังคมรับรู้และตีตราบาป

บทบาทของชุมชนกับการดูแล เฝ้าระวังผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชยังไม่ครอบคลุม ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ถือได้ว่าเป็นปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม และความผิดปกติของสมอง อาการแสดงมีความซับซ้อนและมีรูปแบบแตกต่างกันไป [10] ดังนั้นการเฝ้าระวัง สังเกตหรือค้นหาปัญหาจึงไม่ใช่เพียงแค่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพเท่านั้น ควรให้ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนหรือผู้ป่วยเข้ามีส่วนร่วม โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/แกนนำชุมชน เพื่อถ่ายทอดความรู้ต่อไปยังประชาชน ญาติหรือผู้ป่วยเอง จึงถือได้ว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อส่งเสริมความเข้าใจต่อตัวปัญหา ปัจจัยหรือสาเหตุของปัญหา รวมทั้งอาการผิดปกติ โดยเฉพาะสัญญาณเตือนที่อาจแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม เพื่อสามารถประเมินกลุ่มเสี่ยงและสังเกตลักษณะอาการหรือสัญญาณเตือน รวมทั้งให้การช่วยเหลือเบื้องต้นที่เหมาะสม

บทที่ 3
ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน

เพื่อเข้าใจสถานการณ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ รวมไปถึงลักษณะการช่วยเหลือ รับส่งผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าวเชิงระบบ ตั้งแต่การได้รับแจ้ง การคัดแยก การประสานหน่วยปฏิบัติการ หน่วยงานเกี่ยวข้อง การเข้าช่วยเหลือ การนำส่งผู้ป่วย รวมไปถึงความร่วมมือและการให้การช่วยเหลือทั้งภาครัฐและชุมชน อีกทั้งการศึกษานี้ยังต้องการรวบรวมปัญหา อุปสรรคในทุกระยะของการเข้าช่วยเหลือ เพื่อนำข้อมูลสู่การปรับปรุงกลยุทธ์ วิธีการ มาตรการ และสร้างนโยบาย นอกจากนั้นยังเป็นการศึกษาเพื่อเสนอแนะรูปแบบแนวทางจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการเชิงระบบทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่ จึงมีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Study) และการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) เพื่อจะอธิบายได้ครอบคลุมในประเด็นที่กล่าวมา โดยมีขอบเขตของการศึกษา ดังนี้

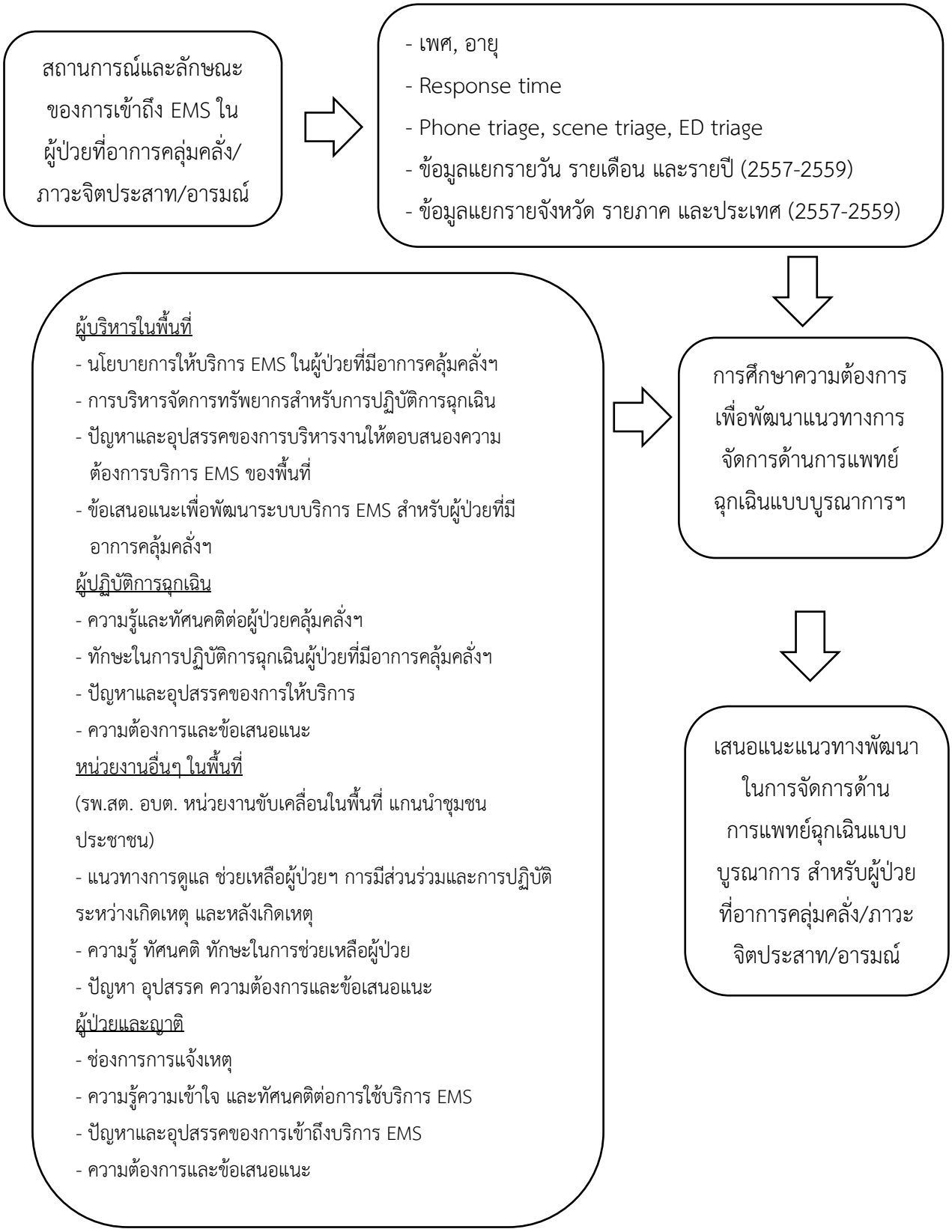
1. อาการฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต คือ กลุ่มอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ เป็นกลุ่มอาการนำ 13 ที่ พ.ร.บ. การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 หมายรวมเป็นกลุ่ม “ผู้ป่วยฉุกเฉิน” เป็นบุคคลผู้ซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการกะทันหัน ซึ่งเป็นภยันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรืออาการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น โดยกลุ่มอาการนำ 13 ของเกณฑ์ในการคัดแยกและจัดลำดับการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์ มีการอธิบายข้อมูลเบื้องต้นว่า “เป็นกลุ่มอาการที่มีปัญหาทางจิตประสาท/อารมณ์ แต่มักไม่ค่อยเป็นปัญหาวิกฤต หากผู้ป่วยไม่ได้มีอันตรายคุกคามต่อตนเองหรือผู้อื่น แต่อย่างไรก็ตามบางครั้งการแยกปัญหาทางจิตประสาท/อารมณ์จากการเจ็บป่วยทางกายอาจค่อนข้างยาก เช่น เบาหวานหรือปฏิกิริยาจากยา เป็นต้น”

2. การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินอาการจิตประสาท วิเคราะห์จากฐานข้อมูล ITEMS ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ระหว่าง ปี 2557 – 2559

3. การเลือกพื้นที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้ข้อมูลจากการวิเคราะห์จากจังหวัดที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินอาการนำที่ 13 เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากในแต่ละภูมิภาค และขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญให้ระบุจังหวัดที่มีการพัฒนาแนวทางการเพิ่มการเข้าถึง หรือดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ดี (best practices)

จากการทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งขอบเขตของการศึกษา จึงได้พัฒนากรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

3.1 กรอบแนวคิดงานวิจัย



3.2 ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน

ใช้รูปแบบการศึกษาทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Study) และการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) ในแต่ละวัตถุประสงค์ สรุปดังนี้

วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	รูปแบบการศึกษา	วิธีการวิจัย
การศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Study)			
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ลักษณะของการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์ ระหว่าง ปี 2557-2559	ผู้ป่วยฉุกเฉินคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์ ที่ใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	วิจัยเชิงปริมาณ (quantitative study) โดยวิเคราะห์ secondary data ฐานข้อมูลที่มีอยู่ใน ระบบ ITEMS	- ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากฐานข้อมูล ITEMS - เลือกข้อมูล CBD ที่ 13 คลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์ ในปี 2557-2559 - วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม R คำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
การศึกษาเชิงคุณภาพ: (Qualitative study)			
2. เพื่อศึกษารูปแบบ ปัญหา และอุปสรรคของการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการรักษาที่เหมาะสม ตั้งแต่ระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ระหว่างทางนำส่ง และห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล	ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย -ผู้ป่วย -ญาติ -ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน -ผู้บริหารระดับท้องถิ่น/จังหวัด	วิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative study)	- คัดเลือกจังหวัดและพื้นที่ที่มี CBD ที่ 13 เข้าถึง EMS มากที่สุดแต่ละภาค - สร้างแบบสัมภาษณ์และ try-out - ประสานพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย - ใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วย focus group และ in-depth interview - วิเคราะห์ข้อมูล content analysis

การศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ และลักษณะของการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยที่อาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์ ระหว่าง ปี 2557 –2559

วิเคราะห์ข้อมูลทุตยภูมิ (secondary data) เกี่ยวกับจำนวน แนวโน้ม และอธิบายลักษณะของการเข้าถึงหรือใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยอาการนำที่ 13 “ผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์” ในฐานข้อมูลสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (Information Technology of Emergency Medicine Service:

ITEMS) ปี พ.ศ. 2557-2559 โดยใช้โปรแกรม R ในการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ อธิบายด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเปรียบเทียบสัดส่วนหรือค่าเฉลี่ย

ประเด็นในการวิเคราะห์

1. จำนวนและแนวโน้มผู้ป่วยอาการนำที่ 13 จากฐานข้อมูล ITEMS ตั้งแต่ปี 2555 - 2559
2. จำแนกผู้ป่วยอาการนำที่ 13 ตามลักษณะพื้นที่ ได้แก่ ภาค เขตบริการสุขภาพ จังหวัด จำแนกตามกาลเวลา ได้แก่ ฤดูกาล เดือน วันในสัปดาห์ จำแนกตามช่วงเวลาอายุ
3. การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยอาการนำที่ 13 ได้แก่ วิธีการเรียก 1669 วิธีการมา รพ. ชุดปฏิบัติการ ความสอดคล้องของการคัดแยก ช่วงเวลาที่รับแจ้งเหตุเวลา Response Time เป็นต้น

การศึกษาระยะที่ 2 วิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative study) โดยใช้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

วัตถุประสงค์ :

2) เพื่อศึกษาปัญหา และอุปสรรคของการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์

3) เพื่อศึกษารูปแบบของการให้บริการนำส่งผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รูปแบบการศึกษา: ศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) โดยใช้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เน้นการแสดงความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา นำส่งผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์ เน้นการวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขเชิงระบบ ให้ผู้มีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้องทุกระยะ เพื่อให้เห็นช่องว่างและช่องทางพัฒนาอย่างชัดเจน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย 1) การสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (In-depth interviews) กับผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบสุขภาพเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอาการนำที่ 13 ผู้ป่วยอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ รวมทั้งผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย และ 2) สนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1. **ผู้ป่วยหรือญาติ**: ผู้ป่วยฉุกเฉินหรือญาติในกลุ่มอาการนำที่ 13 ที่มีประสบการณ์ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
2. **ผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน:** ผู้ที่มีประสบการณ์ให้บริการอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ ประกอบด้วย 1) ผู้ประสานงานการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด 2) ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สื่อสารและสั่งการจังหวัด 3) ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินระดับ ALS, BLS และ FR

3. ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ: ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ หรืออยู่ในทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team : MCATT) ประกอบด้วย

1) เจ้าหน้าที่หรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.

2) เจ้าหน้าที่หรือพยาบาลที่รับผิดชอบงานจิตเวช หรือ ทีม MCATT ใน รพช.

3) เจ้าหน้าที่หรือพยาบาลที่รับผิดชอบงานจิตเวช หรือ ทีม MCATT ใน รพจ./รพศ.

4) พยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องฉุกเฉิน หรือ ทีม MCATT ในโรงพยาบาลจิตเวช

4. ผู้บริหารในระดับพื้นที่: ผู้ที่รับผิดชอบหรือได้รับมอบหมายให้ดูแลกำกับนโยบาย หรือโครงการระดับจังหวัด ระดับโรงพยาบาล หรือระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการแพทย์ฉุกเฉินหรือที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้อำนวยการในโรงพยาบาลระดับต่างๆ นายก อบต. ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ฯลฯ

การศึกษาวิจัยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 Situation analysis and need assessment วิเคราะห์สภาพหรือสถานการณ์ปัจจุบันของจำนวนผู้ป่วย การจัดการระบบ การดูแลรักษา การนำส่งผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์ การรับรู้ ทัศนคติ ทักษะประสบการณ์การทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพและด้านการแพทย์ฉุกเฉิน วิเคราะห์และศึกษาแนวทางการจัดการที่ดีหรือดำเนินการอยู่แล้วในพื้นที่ รวมทั้งวิเคราะห์ความต้องการและความเป็นไปได้กับทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อพัฒนาการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการในพื้นที่

ขั้นที่ 2 Information sharing and Brain storming ภายหลังได้ข้อมูลเหล่านี้ ทางทีมวิจัยจะเสนอข้อมูลสถานการณ์การเข้าถึงผู้ป่วยอาการนำที่ 13 จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูล ITEMS ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และนำเสนอข้อมูลนโยบาย มาตรการหรือการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มาบูรณาการข้อมูลร่วมกัน หลังจากนั้นจะระดมความคิดเห็นเพื่อศึกษารูปแบบหรือแนวทางหรือวิธีดำเนินงานเชิงระบบ หรือแม้แต่แนวทางการจัดการในระดับพื้นที่

การลงพื้นที่ และจำนวนกลุ่มเป้าหมายแต่ละจังหวัด: จากการคัดเลือกจังหวัดที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินอาการนำที่ 13 เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากในแต่ละภูมิภาค และสอบถาม รวมทั้งขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญให้ระบุจังหวัดที่มีการพัฒนาแนวทางการเพิ่มการเข้าถึง การให้บริการหรือการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ดี (best practices) มีจังหวัดที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดราชบุรี จังหวัดขอนแก่น จังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดน่าน ซึ่งได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายและจำนวน ดังนี้

กลุ่ม	กลุ่มเป้าหมาย	จังหวัดและจำนวนกลุ่มเป้าหมาย			
		ราชบุรี	ขอนแก่น	สุราษฎ์ธานี	น่าน
ผู้ป่วย/ญาติ	กลุ่มที่มีอาการจิตประสาทที่เคยเรียกใช้ EMS	5	5	5	5
ผู้ปฏิบัติงาน EMS	ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ	1	1	1	1
	Paramedic/พยาบาล ER	2	2	2	2
	EMT-I / EMT-B (หน่วยละ 1 คน)	3	3	3	3
	อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (EMR)	5	5	5	5
ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการฯ / ทีม MCATT	เจ้าหน้าที่/พยาบาลใน รพ.สต.	1	1	1	1
	ผู้รับผิดชอบงานจิตเวช ใน รพช.	1	1	1	1
	ผู้รับผิดชอบงานจิตเวช ใน รพจ./รพศ.	1	1	1	1
	ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชฉุกเฉิน รพ.จิตเวช	1	1	1	1
ผู้บริหารระดับพื้นที่	ผู้ประสานงานระดับจังหวัด (สสจ.)	1	1	1	1
	ผอ.โรงพยาบาลชุมชน	1	1	1	1
	ผอ.โรงพยาบาลจังหวัด	1	1	1	1
	หัวหน้าทีม MCATT	1	1	1	1
	นายก อบต./อปท.	2	2	2	2
	กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	2	2	2	2
	ตำรวจในพื้นที่	2	2	2	2

แนวคำถามและการเก็บรวบรวมข้อมูล: ผู้วิจัยพัฒนาประเด็นและแนวคำถามจากการทบทวนวรรณกรรม ทบทวนเอกสารงานวิจัย เอกสารการประชุมทั้งที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินและเกี่ยวข้องกับอาการนำที่ 13 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานด้านผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โดยประเด็นหรือแนวคำถามจะพัฒนาให้ครอบคลุมการดำเนินงาน หรือความคิดเห็นเชิงระบบการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์ ตั้งแต่ผู้ป่วยและญาติ ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา ผู้บริหารในระดับพื้นที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ โดยมีประเด็นแนวคำถามและการระดมความเห็น ดังนี้

1. รู้จักอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์ และประสบการณ์ รวมทั้งความคิดเห็นต่อการแจ้งเหตุผ่าน 1669
2. ความเข้าใจการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทักษะการให้การช่วยเหลือของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน
3. การรับรู้ และทัศนคติต่อผู้ป่วยฉุกเฉินอาการจิตประสาท
4. นโยบายและความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอาการจิตประสาท ในระบบบริการสาธารณสุข ตั้งแต่ การแพทย์ฉุกเฉิน / ทีม MCATT ในพื้นที่ / รพ.สต. / รพช. / รพจ. และ รพ.จิตเวช
5. การประสานงานเชื่อมต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจพื้นที่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. แกนนำชุมชน
6. ปัญหา อุปสรรค ในระบบการจัดการ การดำเนินงาน และความต้องการเพื่อนำสู่การพัฒนา

7. ระดมความเห็นเพื่อเสนอรูปแบบแนวทางการให้บริการในผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์ เชิงระบบ ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน (แกนนำ/อพปร./อสม.) หน่วยงานด้านสุขภาพ (รพ.สต./รพช./รพจ./รพศ.) หน่วยงานท้องถิ่น (อปท.) ตำรวจ หน่วยงานการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ/หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับต่าง ๆ) ควรจะเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการ จัดประชุมแสดงความคิดเห็นผู้ที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานต่าง ๆ ตามที่ระบุ โดยจัดทำ focus group และดำเนินการจัดทำ in-depth interview กรณีที่ต้องการรายละเอียดของข้อมูลเพิ่มเติม มีขั้นตอน ดังนี้

1) ผู้วิจัยส่วนกลางคัดเลือกจังหวัดเป้าหมายการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ทั้งหมด 4 จังหวัด คัดเลือกจังหวัดที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินอาการนำที่ 13 เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากในแต่ละภูมิภาค และสอบถามรวมทั้งขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญให้ระบุจังหวัดที่มีการพัฒนาแนวทางการเพิ่มการเข้าถึง การให้บริการหรือการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ดี (best practices) มีจังหวัดที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดราชบุรี จังหวัดขอนแก่น จังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดน่าน

2) ผู้วิจัยส่วนกลางประสานกับ สสจ. เพื่อประสานและนัดหมายกลุ่มเป้าหมาย โดยนัดจัดประชุมที่โรงแรมในจังหวัดนั้นๆ

3) ก่อนดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม ผู้วิจัยส่วนกลางจะต้องแนะนำตัว แนะนำโครงการวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดโครงการโดยย่อ รวมทั้งอธิบายเอกสารใบยินยอมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจพร้อมกับเซ็นชื่อกำกับในใบยินยอมให้ข้อมูล ในกรณีเป็นเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี ให้ผู้ปกครองเป็นผู้ลงนามในใบยินยอมแทน นอกจากนั้นต้องมีพยานลงนามด้วย

4) ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพตามประเด็น ตามกลุ่มเป้าหมาย และวันเวลาตามการนัดหมาย

วิเคราะห์ข้อมูล : วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และจัดกลุ่มประเด็น

บทที่ 4
ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วนใหญ่ คือ ข้อมูลเชิงปริมาณ ที่แสดงสถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์กับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผ่านมุมมองของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ตั้งแต่ผู้บริหารด้านเชิงนโยบาย ผู้ปฏิบัติการทุกระดับ ผู้ใช้บริการกลุ่มผู้ป่วยและญาติ ใน 4 จังหวัด ได้แก่ ขอนแก่น น่าน สุราษฎร์ธานี และราชบุรี ที่มีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์มากที่สุด

4.1 ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

1) เพศ และกลุ่มอายุแยกตามวัย

สถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ระหว่าง ปี 2557-2559 ในฐานข้อมูล ITEMS จำนวน 39,955 ราย จากการคัดกรองข้อมูลสมบูรณ์ที่สามารถวิเคราะห์ได้เหลือ จำนวน 26,511 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.35 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 68.58 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มวัยทำงาน อายุ 23-59 ปี รองลงมาเป็นกลุ่มวัยรุ่น อายุ 15-22 ปี ดังตารางที่ 2

เมื่อพิจารณาแยกตามเกณฑ์การคัดแยกระดับความรุนแรงของอาการฉุกเฉินจิตประสาท ณ ห้องฉุกเฉิน (Emergency Department Triage: ED triage) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) และฉุกเฉินไม่รุนแรง (สีเขียว) ส่วนใหญ่จะพบในกลุ่มวัยทำงานเช่นกัน ดังแผนภูมิที่ 1

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์แยกตามเพศและกลุ่มอายุ ระหว่างปี 2557-2559

เพศ	0-5	6-14	15-22	23-59	>60	รวม	ร้อยละ
ชาย	29	248	1965	14,582	1354	18,178	68.58
หญิง	18	408	1095	5846	966	8333	31.42
รวม	47	656	3060	20,428	2320	26,511	100.00

2) ผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ตาม ED triage แยกตามจังหวัด เขตบริการสุขภาพ ภูมิภาค ประเทศ

2.1 ผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ตาม ED triage แยกตามจังหวัด

ผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์เมื่อจำแนกตามรายจังหวัด โดยภาพรวมพบว่า 5 อันดับแรกทั้งหมดอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และพบผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์มาก

ที่สุด คือ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 745 ราย ในปี 2557 เป็น 841 รายในปี 2559 เมื่อพิจารณาแยกตามเกณฑ์การคัดแยก ED triage ในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) และฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) พบมากที่สุดที่จังหวัดศรีสะเกษ เช่นกัน สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน พบมากที่สุดที่จังหวัดนครราชสีมา ดังตารางที่ 3-6

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ในจังหวัดที่มีการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงสุด 5 อันดับ เรียงจากมากไปน้อย ระหว่าง ปี 2557-2559

จังหวัด	2557	2558	2559	รวม
ศรีสะเกษ	745	779	841	2,365
สุรินทร์	703	550	683	1,936
นครราชสีมา	463	466	545	1,474
ขอนแก่น	542	416	442	1,400
ร้อยเอ็ด	404	453	444	1,301

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) อาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ 5 อันดับ เรียงจากมากไปน้อย ระหว่าง ปี 2557-2559

จังหวัด	2557	2558	2559	รวม
ศรีสะเกษ	125	144	180	449
นครราชสีมา	69	93	113	275
ร้อยเอ็ด	95	83	63	241
สุรินทร์	70	44	95	209
เชียงราย	55	60	92	207

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) อาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ 5 อันดับ เรียงจากมากไปน้อย ระหว่าง ปี 2557-2559

จังหวัด	2557	2558	2559	รวม
ศรีสะเกษ	497	520	556	1,573
สุรินทร์	514	412	481	1,407
ขอนแก่น	456	324	312	1,092
ร้อยเอ็ด	249	317	325	891
บุรีรัมย์	299	289	279	867

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (สีเขียว) อาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ 5 อันดับ เรียงจากมากไปน้อย ระหว่าง ปี 2557-2559

จังหวัด	2557	2558	2559	รวม
นครราชสีมา	173	173	185	531
ศรีสะเกษ	123	115	105	343
สุรินทร์	119	94	107	320
บุรีรัมย์	61	70	85	216
อุบลราชธานี	74	80	47	201

2.2 ผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์แยกตามเขตบริการสุขภาพ

ผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ในปีงบประมาณ 2557-2559 เมื่อพิจารณาแยกตามเขตบริการสุขภาพ พบมากที่สุดที่เขตบริการสุขภาพ 9 และต่ำสุดที่เขตบริการสุขภาพ 3 ทั้งนี้ไม่มีข้อมูลของเขตบริการสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์แยกตามเขตบริการสุขภาพ

เขตบริการ	2557		2558		2559		รวม	
สุขภาพ	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
1	1,067	(12.4)	1,081	(12.7)	1,174	(12.5)	3,322	(12.5)
2	460	(5.3)	376	(4.4)	438	(2.7)	1,274	(4.8)
3	201	(2.3)	229	(2.7)	275	(2.9)	705	(2.7)
4	310	(3.6)	308	(3.6)	362	(3.8)	980	(3.7)
5	290	(3.4)	202	(2.4)	279	(3.0)	771	(2.9)
6	419	(4.9)	466	(5.5)	477	(5.1)	1,362	(5.1)
7	1,143	(13.3)	1,127	(13.3)	1,205	(12.8)	3,475	(13.1)
8	835	(9.7)	840	(9.9)	983	(10.4)	2,658	(10)
9	1,799	(20.9)	1,679	(19.8)	1,896	(20.1)	5,374	(20.3)
10	1,400	(16.3)	1,497)	(17.6	1,520	(16.2)	4,417	(16.7)
11	233	(2.7)	237	(2.8)	327	(3.5)	797	(3.0)
12	457	(5.3)	444	(5.2)	475	(5.0)	1,376	(5.2)

2.3 ผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์แยกตามภูมิภาค

ผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์เมื่อพิจารณาแยกตามภูมิภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 20 จังหวัด มีจำนวนมากที่สุดทั้ง 3 ปี โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 2,168 ราย ปี 2557 เป็น 2,464 ราย ในปี 2559 และพบน้อยที่สุดในภาคตะวันออก ซึ่งประกอบด้วย 7 จังหวัด คือ จังหวัดจันทบุรี ชลบุรี ตราด ระยอง ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี และสระแก้ว ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์แยกตามภูมิภาค และประเทศ

ภูมิภาค	2557		2558		2559		รวม	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
ภาคกลาง	880	(13.3)	815	(12.1)	990	(13.4)	2,685	(13.0)
ภาคตะวันออก	365	(5.5)	418	(6.2)	408	(5.5)	1,191	(5.7)
ภาคเหนือ	1,911	(28.8)	1,973	(29.3)	2,031	(27.6)	5,915	(28.5)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2,168	(32.7)	2,219	(33.0)	2,464	(33.4)	6,851	(33.1)
ภาคใต้	1054	(15.9)	1031	(15.3)	1169	(15.9)	3,254	(15.7)
ภาคตะวันออก	259	(3.9)	268	(4.0)	306	(4.2)	833	(4.0)
Total	6,637	(100.0)	6,724	(100.0)	7,368	(100.0)	20,729	(100.0)

3) สถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ตาม ER triage แยกตามวันในสัปดาห์/เดือน/ฤดูกาล

3.1 ผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์แยกตามวันในสัปดาห์

เมื่อพิจารณาวันในสัปดาห์ โดยเฉลี่ยจะพบผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ประมาณ 24 ราย/วัน ซึ่งพบมากที่สุดในวันจันทร์ประมาณ 26 ราย และน้อยที่สุดในวันอาทิตย์ประมาณ 19 ราย โดยมีสัดส่วนเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมากที่สุด รองลงมาเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ดังแผนภูมิที่ 2

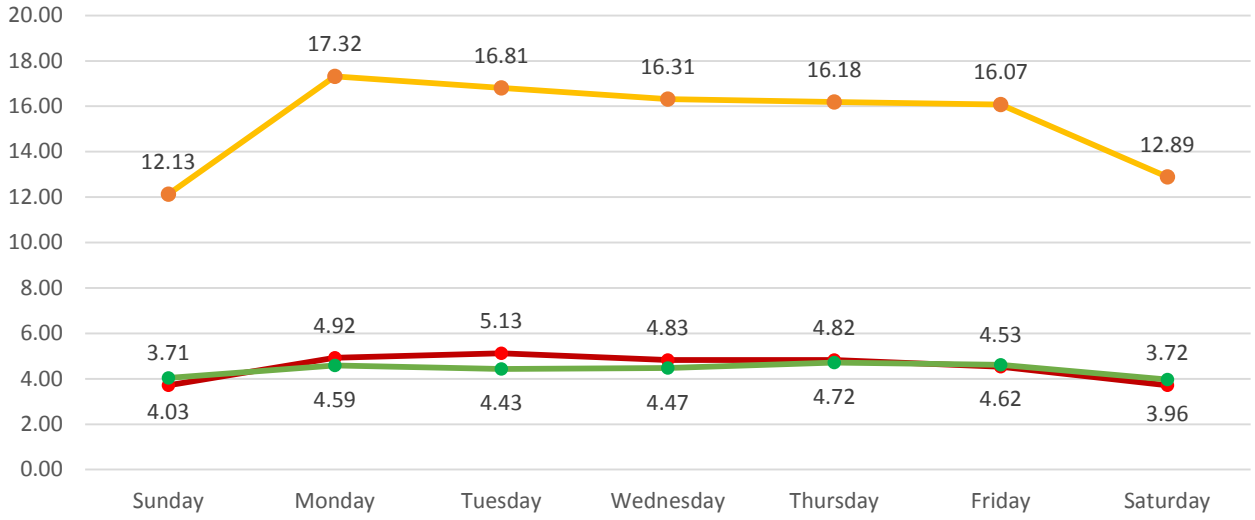
หากพิจารณาเป็นรายเดือน โดยเฉลี่ยจะพบผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ประมาณ 736 ราย/เดือน ซึ่งพบมากที่สุดในช่วงเดือนตุลาคม ประมาณ 839 ราย และน้อยที่สุดในช่วงเดือนกันยายน ประมาณ 643 ราย โดยมีสัดส่วนเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมากที่สุด รองลงมาเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ดังแผนภูมิที่ 3

เมื่อพิจารณาฤดูกาลตามกรมอุตุนิยมวิทยา โดยเฉลี่ยจะพบผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ประมาณ 2,245 ราย/ฤดูกาล ซึ่งพบมากที่สุดในช่วงฤดูฝน ประมาณ 2,738 ราย และน้อยที่สุดในช่วงฤดูร้อน 1,642 ราย โดยมีสัดส่วนเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมากที่สุด รองลงมาเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ดังแผนภูมิที่ 4 และตารางที่ 9

ในระยะ 5 ปี ที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี 2555-2559 พบผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2555 จำนวน 11,266 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 14,223 ราย ในปี 2559 ดังแผนภูมิที่ 5

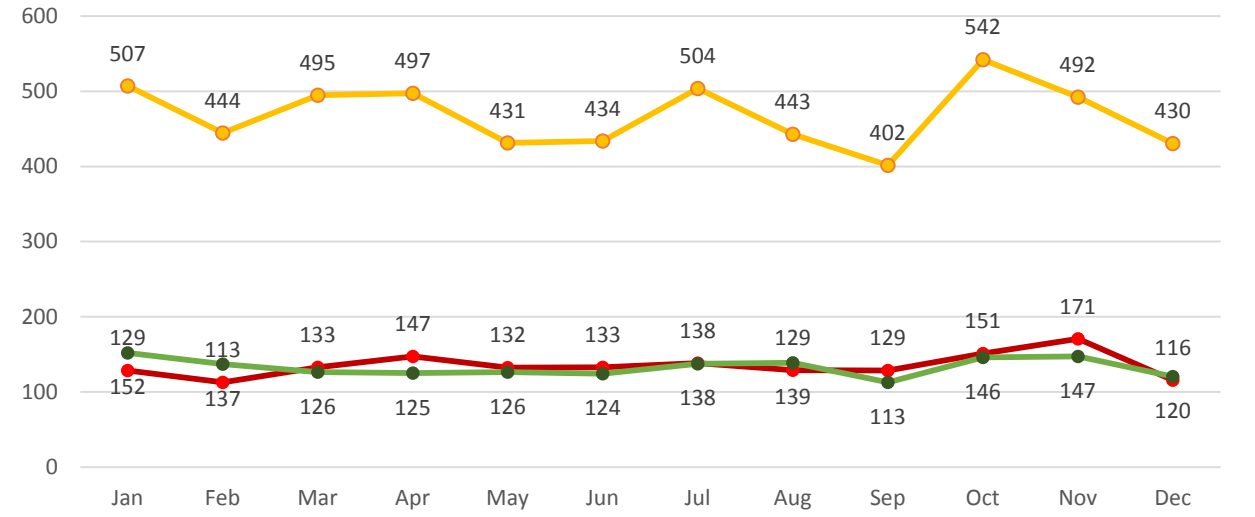
ภาพที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนการเกิดเหตุเฉลี่ยของผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ จำแนกตามวัน ในสัปดาห์ และ ED triage ปี 2557-2559

วัน	อาทิตย์	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์
Cases	19.6	26.8	26.3	25.5	25.6	25.1	20.4

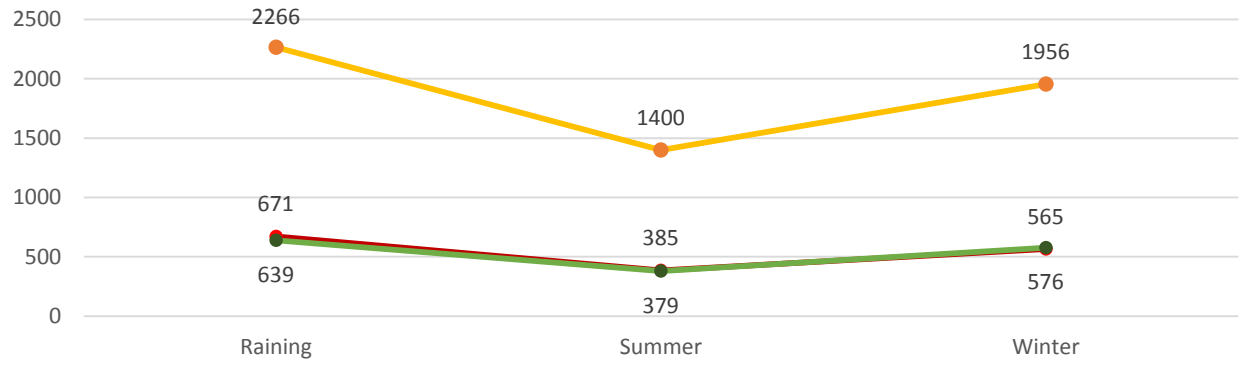


ภาพที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนการเกิดเหตุเฉลี่ยของผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ จำแนกตามเดือน และ ED triage ปี 2557-2559

Month	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
Cases	788	694	754	770	690	691	780	711	643	839	810	666



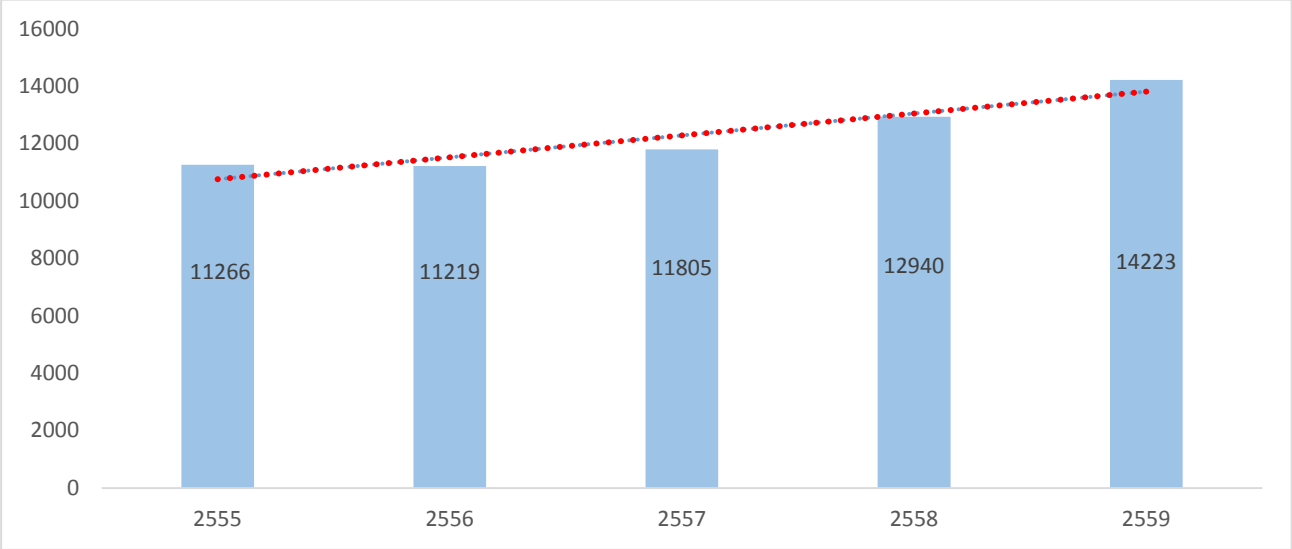
ภาพที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนการเกิดเหตุเฉลี่ยของผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ จำแนกตามฤดูกาล และ ED triage ปี 2557-2559



ตารางที่ 9 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนการเกิดเหตุเฉลี่ยของผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ จำแนกตามฤดูกาลและ ED triage ปี 2557-2559

ฤดูกาล	2014	2015	2016	Total	Average
ฤดูฝน	2,769	2,271	3,173	8,213	2,738
ฤดูร้อน	1,591	1,586	1,748	4,925	1,642
ฤดูหนาว	2,186	2,621	2,259	7,066	2,355
รวม	**6,546**	**6,478**	**7,180**	**20,204**	**6,735**

ภาพที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ จำแนก 5 ปี ระหว่างปี 2555-2559



4) การใช้ 1669 (first and second call)

วิธีการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าส่วนใหญ่เรียกใช้ผ่านหมายเลข 1669 โดยพบลักษณะ first call และ second call ร้อยละ 80.4 และ 8.30 ตามลำดับ รองลงมาเป็นการใช้วิทยุสื่อสาร ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของวิธีการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ระหว่างปี 2557-2559

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

5) ความสอดคล้องระหว่าง phone triage / scene triage / ER triage กับระดับชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน

ความสอดคล้องของการคัดแยกตั้งแต่ phone triage, scene triage และ ED triage ในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ โดยภาพรวมมีความสอดคล้อง ร้อยละ 63.36 โดยพบ phone และ scene over triage เมื่อเทียบกับ ED triage ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ร้อยละ 33.53 และฉุกเฉินไม่รุนแรง ร้อยละ 3.11

เมื่อพิจารณา phone under triage ของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) และผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (สีเขียว) ภาพรวมทั้ง 3 ปี พบจำนวน 344 ราย และ 10 ราย ตามลำดับ โดยเมื่อชุดปฏิบัติการฉุกเฉินไปถึง scene และนำส่งถึงห้องฉุกเฉิน ประเมินคัดแยกเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ดังตารางที่ 11

ความเหมาะสมของการส่งชุดปฏิบัติการฉุกเฉินกับระดับความรุนแรงในการคัดแยก พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) มีการส่งชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ALS ค่อนข้างสูง ภาพรวมทั้ง 3 ปี พบจำนวน 2,445 คิดเป็นร้อยละ 82.62 แต่เมื่อพิจารณาผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงก็มีการส่งชุดปฏิบัติการฉุกเฉินมากที่สุด จาก over phone triage ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของการคัดแยก phone triage, scene triage และ ED triage ของผู้ป่วยฉุกเฉิน อาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ระหว่างปี 2557-2559

Phone Triage	Scene Triage	ED Triage	จำนวน		
			ปี 2557 (%)	ปี 2558 (%)	ปี 2559 (%)
ฉุกเฉินวิกฤต (แดง)	ฉุกเฉินวิกฤต (แดง)	ฉุกเฉินวิกฤต	943 (61.31)	931 (64.20)	1085 (64.50)
		ฉุกเฉินเร่งด่วน	546 (35.50)	474 (32.68)	546 (32.46)
		ฉุกเฉินไม่รุนแรง	49 (3.19)	45 (3.12)	51 (3.04)
ฉุกเฉินเร่งด่วน (เหลือง)	ฉุกเฉินวิกฤต (แดง)	ฉุกเฉินวิกฤต	97 (58.08)	126 (63.95)	121 (57.07)
		ฉุกเฉินเร่งด่วน	65 (38.92)	64 (32.48)	74 (34.90)
		ฉุกเฉินไม่รุนแรง	5 (2.28)	7 (3.57)	17 (8.03)
ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (เขียว)	ฉุกเฉินวิกฤต (แดง)	ฉุกเฉินวิกฤต	2 (28.57)	2 (33.33)	6 (46.15)
		ฉุกเฉินเร่งด่วน	4 (57.14)	4 (66.67)	4 (30.76)
		ฉุกเฉินไม่รุนแรง	1 (14.29)	0 (0.00)	3 (23.09)

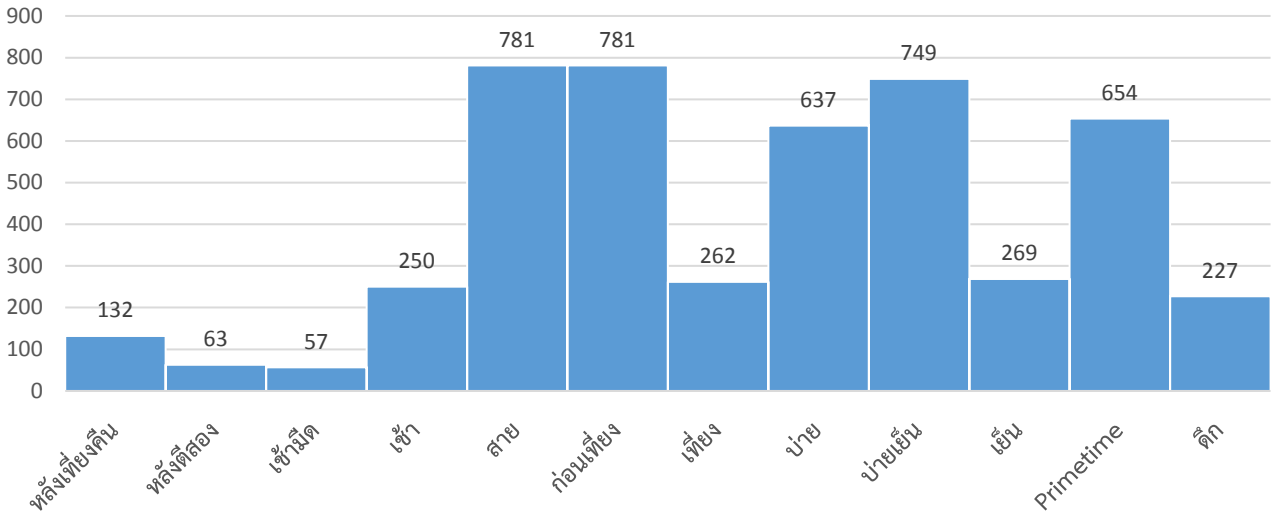
ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของการคัดแยก phone triage, scene triage และ ED triage และชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ระหว่างปี 2557-2559

Phone Triage	Scene Triage	ED Triage	ระดับชุดปฏิบัติการ	จำนวน		
				ปี 2557 (%)	ปี 2558 (%)	ปี 2559 (%)
ฉุกเฉินวิกฤต (แดง)	ฉุกเฉินวิกฤต (แดง)	ฉุกเฉินวิกฤต (แดง)	ALS	777 (82.40)	760 (81.63)	908 (83.69)
			BLS	37 (3.92)	36 (3.87)	58 (5.35)
			FR	112 (11.88)	121 (13.00)	102 (9.40)
			ILS	17 (1.80)	14 (1.50)	17 (1.57)
			รวม	**943**	**931**	**1085**
		ฉุกเฉินเร่งด่วน (เหลือง)	ALS	383 (70.15)	345 (72.78)	369 (67.58)
			BLS	40 (7.33)	26 (5.49)	42 (7.69)
			FR	111 (20.33)	100 (21.10)	128 (23.44)
			ILS	12 (2.20)	3 (0.63)	7 (1.28)
			รวม	**546**	**474**	**546**
		ฉุกเฉินไม่รุนแรง (เขียว)	ALS	23 (46.94)	21 (46.67)	21 (41.18)
			BLS	6 (12.24)	3 (6.67)	3 (5.88)
			FR	20 (40.82)	20 (44.44)	26 (50.98)
			ILS	0 (0.00)	1 (2.22)	1 (1.96)
			รวม	**49**	**45**	**51**

6) ระยะเวลาที่เกี่ยวข้องกับปฏิบัติการฉุกเฉินในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตกลุ่มอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์

6.1 ช่วงเวลาที่แจ้งเหตุ การรับแจ้งเหตุในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงสายถึงก่อนเที่ยง รองลงมาเป็นช่วงบ่ายเย็น และช่วงเช้ามืดจะพบน้อยสุด ดังแผนภูมิที่ 6

ภาพที่ 6 แสดงช่วงเวลาที่รับแจ้งเหตุในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ระหว่างปี 2557-2559



6.2 Response time ระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึงจุดเกิดเหตุ ในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินอาการทางจิตที่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระยะทางไม่เกิน 10 กิโลเมตร รอบสถานบริการสาธารณสุข ตามมาตรฐานที่กำหนดไม่เกิน 10 นาที พบเพียงร้อยละ 39 โดยแยกตามชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน พบว่า ชุด ALS มากที่สุด ร้อยละ 49.2 รองลงมาเป็นชุด FR ร้อยละ 36.1 ชุดดังแผนภูมิที่ 7

ภาพที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของ response time ในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาทอารมณ์ ปี 2557-2559

Response time ที่ ≤ 8 นาที กับชุดปฏิบัติการ

Team	Cases	ร้อยละ
ALS	940	49.2%
BLS	223	11.7%
FR	690	36.1%
ILS	59	3.1%

4.2 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

1) ปรากฏการณ์ในชุมชนเมื่อมีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่แสดงอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ทำร้ายตนเอง และผู้อื่น

การรับรู้ของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เคยมีอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ คลุ้มคลั่ง อาละวาด ถืออาวุธทำร้ายคนในบ้าน ไม่สามารถรับรู้อาการตนเอง ไม่สามารถควบคุมตัวเอง ไม่รู้ตัวว่าได้ทำอะไรไปบ้าง มีเพียงคนในครอบครัวบอกเล่า และสายตาของคนในครอบครัวและชุมชนที่บ่งบอกไม่ไว้ใจ “จำอะไรไม่ได้เลย มีแต่คนบอกว่าเป็นบ้า เอามีดไล่ฟัน ตอนนี้ไม่เป็นแล้ว แต่ก็ไม่มีใครอยากเข้าใกล้” ผู้ป่วยรู้เพียงว่าตนเองดื่มสุรามากจนมีอาการทางจิต แต่ไม่ชอบกินยา เพราะกินแล้วง่วงและเพลียมาก เดินตัวแข็ง “ไม่อยากกินยา กินแล้วง่วงนอนตลอด เดินช้าเหมือนหุ่น ทำอะไรไม่ได้เลย”

การรับรู้ของญาติ เมื่อผู้ป่วยฉุกเฉินคลุ้มคลั่ง อาละวาด ถืออาวุธทำร้ายคน จะจุดไฟเผาบ้าน โดยสัญชาตญาณแรกจะวิ่งหนีออกมานอกบ้านเพื่อขอความช่วยเหลือ วิ่งไปตามกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจบ้าน มาช่วยกันพูดคุยให้ผู้ป่วย สงบ บางรายโทร 191 เพื่อขอความช่วยเหลือจากตำรวจ หรือโทรหาเบอร์กู้ชีพกู้ภัยในอบต. มีเพียงส่วนน้อยที่จะโทร 1669 เนื่องจากไม่ได้คิดถึงการเจ็บป่วย แต่นึกถึงความปลอดภัย การเรียกใช้ 1669 ส่วนใหญ่จะเป็นตำรวจ หรือ รพ.สต. โทรประสาน 1669 ขอความช่วยเหลือในการนำส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล โดยญาติยังมีความรู้สึกทั้งกลัว และเบื่อหน่ายกับภาระการดูแลผู้ป่วย “ตอนนี้มันดีขึ้น แต่ไม่ไว้ใจ กลัวเป็นบ้าขึ้นมาอีก แอบกินเหล้าแล้วทิ้งยา เบื่อมาก เมื่อไหร่จะหมดเวรหมดกรรม” บางรายชาวบ้านแจ้งว่าผู้ป่วยต้องการเรียกร้องความสนใจจากครอบครัวและคนรอบข้าง “เขาถูกสามีทอดทิ้ง อยากให้สามีกลับมา จึงชอบเอะอะโวยวาย ตะโกนด่าชาวบ้านไปทั่ว ต้องพูดด้วยดี ๆ อย่าไปด่ากลับ” “เขาไม่เจอกับภรรยานาน จึงเครียด เอาไม้ตีรถ มีดฟันรถ โวยวาย ต้องโทรตามภรรยามาพูดเกลี้ยกล่อม คนไข้จึงสงบลง และยอมไปโรงพยาบาล” ฝ่ายปกครอง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครตำรวจบ้าน และอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) เป็นทีมที่อยู่ในชุมชนพร้อมให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ โดยมีความรู้ผ่านการอบรมเรื่อง “เจรจาไกล่เกลี่ย” กำนันและผู้ใหญ่บ้านส่วนใหญ่จะใช้วิธีการเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วย หากมีอาวุธจะโทรแจ้ง 191 เพื่อขอความช่วยเหลือจากตำรวจในการปลดอาวุธ สำหรับตำรวจบ้านและ อปพร. มักจะใช้กำลังในการเข้าหาผู้ป่วยเพื่อทำให้สงบนิ่ง “ผู้ใหญ่กำนันจะเข้าไปคุยให้สงบ แต่ถ้าเป็นตำรวจบ้าน อปพร. จะเข้าไปลุยแลกกับคนไข้เพื่อให้สงบนิ่ง บาดเจ็บกันไป” “ถ้ามีอาวุธจะโทรเรียกตำรวจที่อยู่ใกล้มาช่วย คนบ้าฆ่าคนไม่มีความผิด เดี๋ยวตายฟรี” “อยากให้พูดคุยด้วยความเข้าใจ ผู้ป่วยมักเรียกร้องความสนใจและคิดว่าตัวเองไม่มีค่า ไม่มีคนคุยด้วย ญาติควรจะเป็นผู้ช่วยดูแลหลักเพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและรู้ดีที่สุด” สำหรับมุมมองต่อผู้ป่วยจิตประสาท บางพื้นที่ไม่อยากให้อยู่ในชุมชน โดยเฉพาะคนที่เคยทำร้ายสมาชิกในครอบครัวจนเสียชีวิต “มันเป็นโรคจิต ไม่อยากให้มันอยู่ เคยฆ่าแม่แล้วลากศพเดินไปมา ไม่มีใครกล้าเข้าไปห้าม ภาพติดตา คนในชุมชนกลัวมันบ้ามาอีก” บางชุมชนก็เฝ้าระวังดูแลเป็นพิเศษตั้งมาตรการป้องกันการดื่มสุราในช่วงเทศกาล “ลงแขก” โดยหากบ้านใดเลี้ยงสุราจะต้องรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้นทุกกรณี

สำหรับทีมสาธารณสุข โดย อสม. จะรู้จักใกล้ชิด และเป็นที่ไว้ใจสำหรับคนในหมู่บ้าน สามารถช่วยเกลี้ยกล่อมให้ผู้ป่วยบางรายสงบและยินยอมไปรักษาได้ แต่ต้องไม่มีอาวุธ มุมมองต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักจะเป็นซ้ำๆ คนเดิมๆ มีประวัติรักษา รพ.จิตเวช ถ้าหากรู้ประวัติเคยรักษาโรคทางจิตประสาทจะสามารถติดตามเยี่ยมการกินยาเพื่อเฝ้าระวัง “ส่วนใหญ่ก็ขาประจำ แอบกินเหล้า ไม่กินยา เดี๋ยวก็อาละวาด” “อยากให้ รพ. ส่งต่อข้อมูลว่าใครเป็นโรคจิตประสาทบ้าง จะได้คอยตามเรื่องกินยา” แต่ อสม. ก็มีข้อจำกัดด้านร่างกาย เพราะส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีจิตอาสา คนที่เป็นวัยทำงานก็มีบ้างแต่น้อยมาก รพสต. อยากให้เพิ่มความรู้กับ อสม. และญาติ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และช่วยในการติดตามการกินยาของผู้ป่วย สำหรับเจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. ก็เป็นบุคคลสำคัญที่รู้ประวัติการเจ็บป่วยของคนในชุมชน แต่อัตรากำลังเจ้าหน้าที่มีเพียง 5 คน โดยเป็นเจ้าหน้าที่เพียง 3 คน ปฏิบัติงานเฉพาะเวรเช้า ส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานด้านส่งเสริมป้องกันมากกว่ารักษาฟื้นฟู รู้ข้อมูลเจ็บป่วยในชุมชนก็จริง แต่บางกรณีไม่สามารถเปิดเผยข้อมูล เนื่องจากเป็นสิทธิส่วนบุคคล และโรคจิตเวชเป็นที่รังเกียจของชุมชน ผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ส่วนใหญ่มีประวัติรักษาโรงพยาบาลจิตเวช มักดื่มสุรา และกินยาไม่ต่อเนื่อง อีกทั้งไม่สามารถติดตามเยี่ยมบ้านดูแลการกินยาอย่างใกล้ชิด ต้องอาศัย อสม. มาแจ้งข้อมูล หรือชุมชนมาร้องขอความช่วยเหลือเป็นบางกรณี เมื่อไปถึงชุมชนจะมีหน้าที่ประเมินสถานการณ์ และประสานแจ้ง 1669 จะไม่มีบทบาทในการเข้าหาผู้ป่วย

โดยสรุป การรับรู้ของชุมชนต่อผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ รับรู้ว่าสาเหตุเกิดจากโรคจิตเวช สุรา หรือสารเสพติด ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว รุนแรง ควบคุมอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมไม่ได้ มักจะเป็นซ้ำ ๆ เป็นอันตรายทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน อีกทั้งยังไม่มีการวางแผนเป็นระบบหรือแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันอันตรายหรือวิธีการช่วยเหลือหากมีคนในหมู่บ้านเกิดอาการคลุ้มคลั่งอาละวาด ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของเสียหาย

2) การเชื่อมต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669

การโทรแจ้งเหตุ กรณีมีผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ชาวบ้านที่อยู่ในเหตุการณ์หรือญาติของผู้ป่วย จะโทรแจ้งโดยตรงที่เทศบาล แจ้งตำรวจ หรือโทรแจ้ง 1669 เพื่อร้องขอให้ตำรวจและทีมกู้ชีพมาช่วยจับผู้ป่วยและนำส่งโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ที่ชุมชนมักจะขอความช่วยเหลือจากตำรวจเพราะคิดถึงความปลอดภัย แต่มีบางครั้งที่โทรหากู้ชีพตำบล เพราะรู้ว่ากู้ชีพกู้ภัย อปพร. อยู่ด้วยกัน

การรับแจ้งเหตุ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเมื่อได้รับการแจ้งอาการฉุกเฉินจิตประสาทจากตำรวจ อสม. รพ.สต. ญาติ และผู้พบเห็นเหตุการณ์ อย่างแรกทางศูนย์จะซักถามว่าผู้ป่วยมีท่าทีทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นหรือทำลายข้าวของหรือไม่ โดยข้อมูลที่ได้จากญาติจะช่วยในการตัดสินใจมากที่สุด ซึ่งสามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยเคยรักษา รพ.จิตเวช หรือติดสุรา หรือเสพยา สำหรับบุคคลอื่นๆ ต้องขอข้อมูลสภาพแวดล้อมสถานที่เกิดเหตุและอาการผู้ป่วยที่เสี่ยงอันตราย เพื่อประสานตำรวจและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องออกเหตุพร้อมชุด FR โดยผู้ป่วยจิตประสาทจะใช้เวลาในการประสานมากกว่าอาการอื่นๆ “ถ้าญาติโทรมา จะได้ข้อมูลประวัติรักษาจิตเวชชัดเจน รู้ว่าขาดยาแล้วอาละวาด สามารถตัดสินใจประสานโรงพยาบาลให้เตรียมพร้อม หรือขอพยาบาลจิตเวชร่วมออกเหตุ”

“คนไข้อาการนำที่ 13 จะต้องประเมินความเสี่ยงอันตรายรอบด้าน และเน้นทีม FR ถ้าไปถึงประเมินแล้ว scene ไม่ safe ห้ามเข้าไปเด็ดขาด” “ถ้าซักได้ว่าคนไข้มีอาวุธ จะประสานตำรวจทุกครั้ง กลัวน้องบาดเจ็บ” ถึงแม้ phone triage เกือบทุกครั้งเป็นสีแดง แต่มีความจำเป็นต้องสั่งชุด FR ออกประเมินสถานการณ์ที่เกิดเหตุแล้วรายงานกลับ เนื่องจากอยู่ใกล้ที่เกิดเหตุ แต่หากมีความจำเป็นจะสั่งชุด ALS ออกไปโดยนัดจุดส่งต่อระหว่างทาง

ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน FR เมื่อไปถึง scene ส่วนใหญ่จะมีกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจบ้าน และญาติมาพูดคุยเกลี้ยกล่อมผู้ป่วยและชาวบ้านยืนมุง FR ตำบล จะรู้จักคุ้นเคยกับชาวบ้าน เรียกชื่อและคุยในเรื่องที่ผู้ป่วยสนใจจนสงบและยินยอมขึ้นรถไปโรงพยาบาล “เป็นทักษะที่เรียนรู้ด้วยตนเองจากประสบการณ์ ถ้าทราบว่าผู้ป่วยชอบอะไร สนใจสิ่งใด จะใช้เป็นประเด็นในการพูดคุย ผู้ป่วยจะสงบลง พาขึ้นรถได้ง่าย” ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมจะต้องใช้เวลาชวนคุยให้เผลอแล้วส่งสัญญาณให้ตำรวจช่วยกันชาร์ตจับผูกมัดกับแผ่นรองหลังแบบยาวพร้อมสายรัดตรึง 3 จุด เอาขึ้นรถไปส่งโรงพยาบาล แต่หากผู้ป่วยมีอาวุธจะให้ตำรวจช่วยปลดอาวุธก่อน แล้วค่อยหาวิธีเข้าไปหาผู้ป่วย บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยวิ่งหนีเมื่อเห็นตำรวจ หรือ FR ที่ใส่ชุดเครื่องแบบ จึงเกิดการเรียนรู้ที่จะหาจุดจอดห่างจากที่เกิดเหตุและถอดเครื่องแบบออก จึงเดินเข้าไปใน scene ประเมินความเสี่ยงทั้งอาการผู้ป่วยและสภาพแวดล้อม โดยความเป็นจริง FR ทำหลายหน้าที่ในคนเดียวกัน เป็นทั้งกู้ภัย อปพร. หรือตำรวจบ้านด้วย แม้จะรับคำสั่งจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการว่า “ถ้า scene ไม่ safe ไม่ต้องเข้าเสี่ยงอันตราย” แต่ก็มี FR อีกหลายคนที่สวมบทบาท อปพร. ลุยเข้าไปชาร์ตผู้ป่วยไม่ถูกวิธีจนเกิดอาการบาดเจ็บทั้งผู้ป่วยและเจ้าหนาที่ “เข้าไปชาร์ตคนไข้ 2 คน จับแขนจับขาแต่โดนคนไข้กัดจนหนังฉีก หัวโขกจนปากแตก” โดยเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งให้ข้อมูลสนับสนุนว่า “คนไข้จิตเวชที่รถกู้ชีพมาส่งบางรายมีกระดูกหักท่อนแขนและขาจากการเข้าชาร์ตและผูกมัด” ยังมีบางเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ยินยอมขึ้นรถแต่ในระหว่างทางเกิดระแวงเริ่มตาขวาง FR ต้องช่างสังเกตไว และรีบเข้าผูกมัดก่อนที่ผู้ป่วยจะอาละวาด “ตอนแรกก็ยอมขึ้นรถ พูดคุยระหว่างทางดีๆ อยู่ๆ ก็เงียบ ตาขวาง หน้าแดง เห็นท่าไม่ดี เลยรีบจับมัด คนไข้เกือบกระโดดตกรถ” บางคนรู้สึกกลัวและไม่แน่ใจว่าหากเกิดบาดเจ็บอันตรายจากการปฏิบัติหน้าที่ใครจะรับผิดชอบ กรมสุขภาพจิต ตำรวจ สพฉ. หรือหน่วยงานไหน การพูดคุยและการเข้าชาร์ตล้วนมาจากประสบการณ์ ไม่เคยได้รับการอบรมเลย เมื่อนำส่งผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลยังไม่สามารถกลับฐานได้ ต้องเสียเวลามากกว่า 1 ชั่วโมงในการรอพยาบาลประสานและยืนยันว่าจะรับนอนในโรงพยาบาลหรือส่งต่อ หากจำเป็นต้องส่งต่อ ชุด FR มักจะถูกขอร้องให้ช่วยนำส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งเมื่อไปถึงโรงพยาบาลจิตเวชต้องรอให้ประวัติกับเจ้าหน้าที่ รอแพทย์ตตมาตรวจเพื่อวินิจฉัยว่าจะรับหรือให้ส่งกลับโรงพยาบาลต้นทาง มีบ่อยครั้งที่โรงพยาบาลจิตเวชให้ส่งกลับโรงพยาบาลเดิม เนื่องจากมีข้อสงสัยว่าผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์มีสาเหตุจากทางกาย ต้องให้โรงพยาบาลต้นทางตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคทางกายก่อน “ไปรับคนไข้ประเภทนี้เสียเวลามาก กว่าจะกล่อมให้ขึ้นรถ ส่งถึง รพ. ยังไม่แล้ว ต้องรอจนกว่าพยาบาลมาบอกให้กลับ หรือขอร้องให้ช่วยส่งต่อ รพ.จิตเวช กว่าจะกลับเสียเวลาเกือบทั้งวัน” “ถ้ามีเหตุซ้อนก็ต้องให้ตำบลข้างเคียงไปรับแทน”

กรณีชุด ALS ถูกสั่งให้ออกเหตุ หากเป็นช่วงเวรเช้าและรู้ว่าผู้ป่วยมีประวัติรักษาทางจิตเวช จะประสานตำรวจและพยาบาลจิตเวชออกร่วม เพื่อประเมินและฉีดยาให้สงบตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดโดย

จิตแพทย์ หากออกเหตุในช่วงเวรบ่ายดึกจะมีเพียงพยาบาลห้องฉุกเฉินหรือ EMT-I ต้องอาศัยตำรวจเข้าปลดอาวุธและช่วยชาร์จผูกมัดขึ้นรถ ให้ยาฉีดตามแนวทางปฏิบัติของแพทย์ โดยชุด ALS จะไม่เข้าไปร่วมชาร์ต มีเพียงประเมินและพูดคุยในระยะห่างที่ปลอดภัย

โดยสรุปการเชื่อมต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นการประสานผ่านตำรวจและญาติ โดยเป็นลักษณะขอความช่วยเหลือในการช่วยนำส่งโรงพยาบาล ตำรวจทำหน้าที่รักษาความปลอดภัยปลดอาวุธ กู้ชีพบางครั้งสวมบทบาทกู้ภัย และ อปพร. เข้าชาร์ตผู้ป่วยจนได้รับบาดเจ็บทั้ง 2 ฝ่าย การนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ต้องใช้เวลามากกว่าอาการอื่นๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินอื่นๆ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบเสียโอกาส กู้ชีพตำบลถูกร้องขอเข้าไปเกี่ยวข้องกับปัญหาการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลต้นทางและโรงพยาบาลจิตเวช

3) การตั้งรับผู้ป่วยอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ที่ห้องฉุกเฉิน (กระทรวงสาธารณสุข)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อรับแจ้งเหตุจากชาวบ้าน กรณีมีผู้ป่วยเอะอะโวยวาย มีอาวุธ รพสต. จะซักถามข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย เช่น ชื่อผู้ป่วย หมู่ไหน ชุมชนไหน จากนั้นจะโทรหาตำรวจก่อนอันแรก ถ้ามีการบาดเจ็บ รพสต.จะประเมินอาการ แล้วทำการปฐมพยาบาล และประสาน 1669 บางครั้งจะเรียก ปรส. หรือหน่วยปราบปรามอาชญากรรมในหมู่บ้าน ประกอบด้วย กำนัล ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านที่ผ่านการอบรมทักษะการพูด การป้องกันตัว มาพูดไกล่เกลี่ยก่อน ถ้าคนไข้ยังไม่ยอมอ่อนลง จึงเรียกตำรวจ บางกรณีถ้ามีการบาดเจ็บสาหัส รพสต.จะเรียกหมอจาก รพช. ออกก่อน โดยสรุป รพสต. จะไป ณ ที่เกิดเหตุ หากมีคนในชุมชนประสานขอความช่วยเหลือ โดยประเมินความรุนแรงของอาการบาดเจ็บทางกาย ประสานขอความช่วยเหลือจากแม่ข่าย หรือ 1669

โรงพยาบาลชุมชน จัดส่งชุด ALS ตามการร้องขอของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ โดยจะประสานและส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลจังหวัดทันที เนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทางทั้งอายุรกรรมและจิตแพทย์ หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงจะเกิดอันตราย จะมีการฉีดยาตามคำสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยสงบตามความจำเป็น แต่หากไม่มีการบาดเจ็บทางร่างกายที่รุนแรง ส่วนใหญ่จะร้องขอให้กู้ชีพตำบลช่วยนำส่งต่อโรงพยาบาลจังหวัด เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านอัตรากำลังมีน้อยในแต่ละเวร กู้ชีพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลจิตเวชแต่ไม่สามารถส่งตรง จะต้องผ่านการวินิจฉัยแยกโรคทางกายจากโรงพยาบาลจังหวัดก่อน ซึ่งเป็นประเด็นปัญหามาก เนื่องจากชุด FR ส่วนใหญ่จะนำส่งโรงพยาบาลจิตเวช เนื่องจากอยู่ใกล้ที่เกิดเหตุและผู้ป่วยมีอาการคล้ายผู้ป่วยจิตเวช คือ ควบคุมตัวเองไม่ได้ เสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อตัวเองและคนอื่นในชุมชน

โรงพยาบาลจังหวัด ที่มีจิตแพทย์แต่ไม่มีหอผู้ป่วยจิตเวช เมื่อได้รับการประสานจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ หรือโรงพยาบาลชุมชน สิ่งแรกที่ห้องฉุกเฉินต้องเตรียม คือ การเรียกกำลังผู้ชาย รปภ. และเวรเปลมารอรับที่หน้าห้องฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยมาถึงจะทำการผูกมัดเข็นไปมุมห้องเพื่อไม่ให้มีสิ่งกระตุ้น หากเป็นผู้ป่วยจิตเวชรายเก่าจะค้นประวัติ OPD card รายงานแพทย์ ER และ consult จิตแพทย์ หากเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่เคยมีประวัติรักษา จะต้องเจาะเลือดตรวจตามแนวปฏิบัติและรอจนกว่าผลเลือดออก รายงานแพทย์เพื่อประเมินวินิจฉัย

ว่าเป็นโรคฝ่ายกายหรือจิตเวช หากเป็นโรคจิตเวชจะมีการประสานส่งต่อไปโรงพยาบาลจิตเวช จะใช้เวลาประมาณนานมากกว่า 3-4 ชั่วโมง/ราย แต่สภาพแวดล้อมของห้องฉุกเฉินเต็มล้นไปด้วยผู้ป่วยฉุกเฉินหลายระบบ ผู้ป่วยร้องครวญด้วยความเจ็บปวด เสียงญาติที่เต็มไปด้วยคำถามข้อสงสัย เสียงเครื่องมือแพทย์ที่ดังเป็นระยะ ๆ ล้วนเป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์มีอาการรุนแรงขึ้น ส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินอื่นๆ และญาติก็แสดงสีหน้ากังวลและกลัวถูกทำร้าย อีกทั้งมีผู้ป่วยบางรายถูกนำส่งไป-กลับระหว่าง รพจ. และ รพ.จิตเวช เนื่องจากมีบาดแผลฉีกขาดต้องเย็บ โดยอ้างว่าไม่มีอุปกรณ์ล้างเย็บแผลในห้องฉุกเฉินจิตเวช ทำให้เกิดความเสี่ยงและความล่าช้า อีกทั้งกู้ชีพตำบลต้องใช้เวลามากในการนำส่ง ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินรายอื่น ๆ เสียโอกาสในการใช้บริการ

โรงพยาบาลจังหวัดที่มีหอผู้ป่วยจิตเวช เมื่อได้รับประสานให้เตรียมรับผู้ป่วยอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ห้องฉุกเฉินต้องประสานตามแนวปฏิบัติที่ได้ตกลงกับทีมจิตเวช โดยมีการซักประวัติญาติ ประเมินอาการ ประสานพยาบาลจิตเวช และจิตแพทย์ หากหอผู้ป่วยจิตเวชมีเตียงว่าง จะสามารถส่งผู้ป่วย admitted ได้เร็ว แต่หากเตียงเต็มและจิตแพทย์วินิจฉัยให้ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช ต้องมีการโทรประสานก่อนนำส่ง แต่จะพยายามไม่ส่งต่อ ยกเว้นเป็นผู้ป่วยคดีอาญา หรือเตียงเต็มไม่สามารถรับเพิ่มจริง ๆ เนื่องจากระยะทางไปโรงพยาบาลจิตเวชค่อนข้างไกล ประเด็นปัญหาที่พบบ่อย คือ กู้ชีพตำบลหรือตำรวจนำส่งผู้ป่วยมาคนเดียว ไม่มีญาติ ซึ่งไม่สามารถซักประวัติจากผู้ป่วย ไม่รู้ประวัติการรักษา รวมทั้งรักษาแล้วจะส่งกลับที่ไหนอย่างไร โดยทั่วไปหอผู้ป่วยจิตเวชจะ admitted ประมาณ 2 สัปดาห์ หากอาการทุเลาจะจำหน่ายกลับชุมชน ส่งข้อมูลต่อให้ รพช. ติดตามดูแลในพื้นที่ แต่หากไม่ทุเลาจะประสานและส่งต่อ รพ.จิตเวช

โรงพยาบาลจิตเวช มีบทบาทภารกิจในการพัฒนาวิชาการ และถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยีตลอดจนบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับตติยภูมิในพื้นที่ครอบคลุมทั่วประเทศ จำนวน 10 แห่ง โดยแต่ละแห่งต้องดูแลหลายจังหวัด มีเฉพาะผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านสุขภาพจิตและจิตเวช อีกทั้งไม่มีอุปกรณ์และแพทย์เฉพาะทางกาย ดังนั้น หากผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์จากสาเหตุทางกาย มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องส่งกลับให้โรงพยาบาลจังหวัดวินิจฉัยและรักษาทางกายก่อน “ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จะมีปัญหาในเรื่องของการไม่หลับไม่นอน โซเดียมจะต่ำ คนไข้ก็จะเพ้อคลั่ง” “คนไข้เร่ร่อนต้องผ่านการ X-Ray คัดกรอง TB ถ้าไม่ผ่านเมื่อมาอยู่กับคนไข้ทั่วไป มีผลทำให้คนไข้คนอื่นติด” “รถกู้ชีพตำบลมาส่ง คลำเจอคนไข้กระดูกแขนหักจากการชาร์ตและผูกมัดผิดวิธี ต้องให้กู้ชีพส่งไป รพ. จังหวัด เพื่อเข้าเฝือก” อีกประเด็นที่สำคัญต้องมีญาติมากับผู้ป่วยทุกครั้ง หากไม่มีจริง ๆ กำนัน ผู้ใหญ่บ้านก็สามารถให้ข้อมูลได้ หรืออย่างน้อยต้องมีใบบันทึกข้อความจากสถานีตำรวจในกรณีเป็นคนเร่ร่อนไม่มีญาติ มิฉะนั้นโรงพยาบาลจิตเวชจะปฏิเสธการรับผู้ป่วย เนื่องจากไม่สามารถให้การรักษาใด ๆ

ผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินในสำนักงานสาธารณสุข แสดงความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยเฉพาะระดับ FR ที่สวมบทบาทหลายหน้าที่ ทำงานอยู่บนความคาดหวังของชาวบ้าน ต้องการให้ช่วยเอาผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ออกจากชุมชนให้เร็วที่สุด บ่อยครั้งที่เข้าหาผู้ป่วยโดยไม่คำนึงความปลอดภัย “กู้ชีพถูกฝึกมาให้เป็นผู้กู้ชีพ กู้ภัยถูกฝึกมาให้เข้าไปกู้ภัย ณ จุดเกิดเหตุ

การทำงานจึงอยากให้แบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจน แต่ในความเป็นจริงกู้ชีพตำบลมีหน้าที่เป็นทั้งกู้ภัย ตำรวจบ้าน อปพร. จะเข้าไปลุยโดยลืมนึกถึงความปลอดภัย แต่เราไม่ใช่ฮีโร่ ถ้าเจอคนไข้จิตเวชทำร้าย ตายฟรีไม่ผิดกฎหมาย" ด้านทักษะควรมีการเพิ่มความรู้ด้านการเข้าชาร์จและผูกยึดผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและถูกวิธี เพิ่มการคุ้มครองหากบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน นโยบายในส่วนกลางต้องการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินทุกประเภทเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่ไม่ได้มีสวัสดิการหรือการคุ้มครองพิเศษ โดยเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับ พรบ. สุขภาพจิต 2551 และ พรบ. การแพทย์ฉุกเฉิน 2551 ทั้ง 2 ฉบับ ใครจะเป็นเจ้าภาพดูแลนักปฏิบัติการฉุกเฉินกลุ่มนี้ หน่วยงานใดจะสนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนาศักยภาพ FR ให้พร้อมที่จะเผชิญภาวะวิกฤติที่เต็มไปด้วยความเสี่ยงที่เป็นอันตราย

โดยสรุปสังคมยังมีอคติต่อผู้มีปัญหาทางจิต จึงยิ่งทำให้พวกเขาไม่กล้าเปิดเผยตัว ไม่กล้าเข้าสู่ระบบบริการ หรือแม้แต่รักษาแล้ว เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัว หากขาดการดูแลเอาใจใส่ ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด กินยาไม่ต่อเนื่อง ครอบครัวหรือชุมชนยังไม่เข้าใจ ไม่ยอมรับ แสดงความรังเกียจ กดดัน ล้อเลียน ไม่ให้ผู้ป่วยมีที่ยืนในสังคม อาการก็ย่อมกำเริบ ส่งผลให้การป่วยทางจิตรุนแรงมากขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายร้ายแรงต่อตนเองและผู้อื่น รวมทั้งเป็นเหตุให้ก่อคดีซ้ำได้ อีกทั้งนโยบายระดับสูงในระบบบริการสาธารณสุขยังขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและปฏิบัติได้จริง บทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ทุกส่วนที่เกี่ยวข้องต้องระดมสมองทำงานให้เชื่อมโยงประสานกัน โดยนึกถึงประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ

4) แนวทางพัฒนาจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการ สำหรับผู้ป่วยที่อาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์ ซึ่งได้ทั้งข้อมูลทุติยภูมิ และข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก รวมไปถึงข้อมูลการทบทวนเอกสาร และนำมาเปรียบเทียบกับการวิเคราะห์ต้นทุนที่มีในแต่ละพื้นที่ จุดแข็งและโอกาสพัฒนาหรือปัจจัยความสำเร็จ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องเสนอความคิดเห็นในการพัฒนาแนวทางร่วมกันทั้งการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ (รายละเอียดในภาคผนวก 1) ได้แนวทางพัฒนาระบบฯ และมีรายละเอียดเบื้องต้น ดังนี้

ตารางที่ 13 แนวทางพัฒนาระบบฯ และรายละเอียดเบื้องต้น

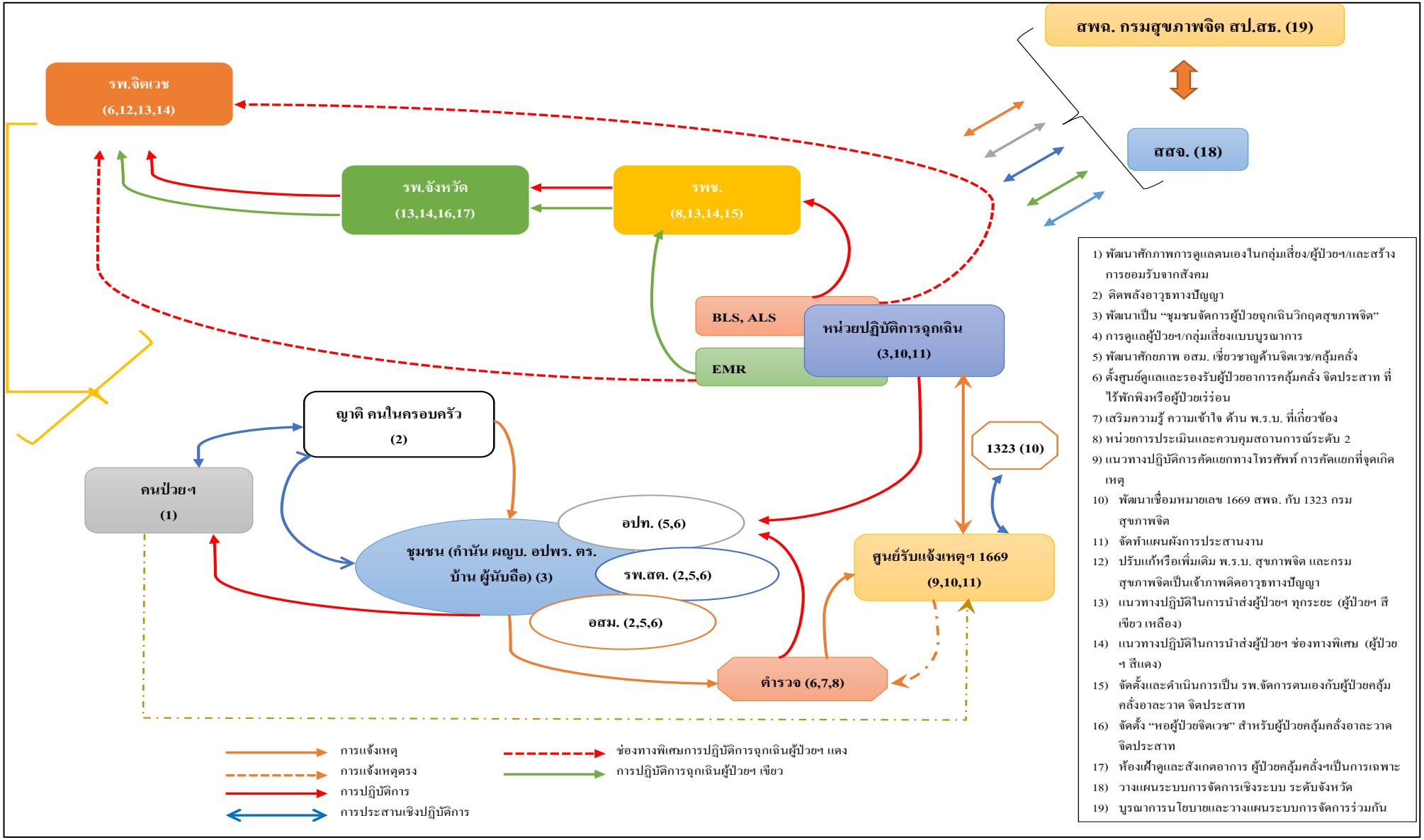
	กิจกรรมและรายละเอียดเบื้องต้น (จากกการระดมความคิดเห็น)
ผู้ป่วย	**กิจกรรม 1) พัฒนาศักภาพการดูแลตนเองในกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยฯ/และสร้างการยอมรับจากสังคม ได้แก่** 1) ส่งเสริมให้มีบทบาททางครอบครัว สังคม ชุมชน เพื่อสร้างการยอมรับในตัวเอง เช่น การประกอบอาชีพ มีตำแหน่งรับผิดชอบในสังคม 2) ให้ความรู้ เรื่องโรค อาการ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลุ่มคลั่งฯ แนวทาง/ช่องทางให้คำปรึกษา เช่น สายด่วนสุขภาพจิต 1323 เบอร์โทรศัพท์เจ้าหน้าที่ ผู้รู้ อสม. เป็นต้น และ 3) เพื่อนช่วยเพื่อน ค้นหาคนต้นแบบในการดูแลตนเอง เพื่อช่วยเสนอแนะและดูแลกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยฯ รวมทั้งการกินยาให้ต่อเนื่อง

	กิจกรรมและรายละเอียดเบื้องต้น (จากกการระดมความคิดเห็น)
ญาติ คนในครอบครัว	**กิจกรรม 2) ติดพลังอาวุธทางปัญญา** ประกอบไปด้วย - **ความรู้ ความเข้าใจ** เรื่องโรค อาการ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการคลุ่มคลั่งฯ แนวทาง/ช่องทางให้คำปรึกษา เช่น สายด่วนสุขภาพจิต 1323 เบอร์โทรศัพท์เจ้าหน้าที่ ผู้รู้ อสม. เป็นต้น ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการสังเกตอาการ การกล่อมและไกล่เกลี่ยเบื้องต้น แนวทางให้การช่วยเหลือผู้ป่วย และการดูแลความปลอดภัยตนเอง และสร้างทัศนคติเชิงบวกกับผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง - **เส้นทางและลำดับการแจ้งเหตุ** ได้แก่ การจัดการเมื่อพบเห็นสมาชิกในครอบครัว/ผู้ป่วยฯ มีอาการกำเริบ อบรมและทบทวนเส้นทางและลำดับขั้นการจัดการหรือปฏิบัติตัวในการแจ้งเหตุ รายชื่อ/เบอร์โทรผู้ที่เกี่ยวข้อง
ชุมชน หน่วยงานหรือบุคลากรในชุมชน	**กิจกรรม 3) พัฒนาเป็น "ชุมชนจัดการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต"** - **มาตรการชุมชนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงเกิดอาการคลุ้มคลั่ง** กำหนดและนำมาตรการเชิงควบคุมมาปรับใช้ เช่น งดเหล้าในงานประเพณี จำกัดพื้นที่ดื่มเหล้า เช่น วัด ส่วนสาธารณะ และมาตรการเชิงบวก เช่น โครงการให้รางวัลคนทำดี ค้นคนต้นแบบ เป็นต้น รวมทั้งรณรงค์ประชาสัมพันธ์ อาการและเส้นทาง/ช่องทางให้คำปรึกษา - **จัดตั้งหน่วยการประเมินและควบคุมสถานการณ์ระดับ 1** ประกอบด้วย นายก อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตร.บ้าน อปพร. รพ.สต. อสม. หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน ผู้รู้ ผู้ที่ชุมชนนับถือ เป็นกลุ่มแรกที่เข้าไปที่เกิดเหตุ โดยสร้างแบบแผนและแผนผังการช่วยเหลือฯ ดังนี้ 1) กำหนดคนและบทบาทหน้าที่ 2) กำหนดลำดับขั้นของการจัดการเหตุ 3) กำหนดแนวทางปฏิบัติแต่ละขั้นตอน >> การเตรียมการ, การเข้าจุดเกิดเหตุ, บัญชาการสั่งการ การเจรจาไกล่เกลี่ย การประเมินอาการผู้ป่วยและสถานการณ์เสี่ยง การเข้าช่วยเหลือหรือเข้าชาร์จ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งตัว 4) ทำข้อตกลงกับหน่วยงานระดับอื่นๆ เพื่อให้การช่วยเหลือกรณีเกินการควบคุม เช่น ตร. 191 หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน 1669 รพ.จิตเวช ในหน่วยการประเมินและควบคุมสถานการณ์ระดับ 2 และ 5) ซ้อมการดำเนินงานร่วมกันสม่ำเสมอ
องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น	- เป็นสมาชิกในหน่วยการประเมินและควบคุมสถานการณ์ระดับ 1 มีบทบาทเป็นแกนหลักในการดำเนินงาน เตรียมความพร้อมระบบ การอบรม ประชุมหารือและซ้อมการดำเนินงาน เป็นผู้บัญชาการสั่งการ การเจรจาไกล่เกลี่ย รวมทั้งประสานทีมระดับ 2 ขณะเกิดเหตุ **กิจกรรม 4) การดูแลผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยงแบบบูรณาการ ระหว่าง รพ. >> รพ.สต. >> อบต. >> ชุมชน** ได้แก่ 1) จัดการข้อมูลผู้ป่วยฯ/กลุ่มเสี่ยง ให้เป็นฐานเดียวกัน เพื่อการติดตามเยี่ยมบ้าน และเป็นข้อมูลประเมินสถานการณ์ขณะเกิดเหตุ 2) บริหารจัดการติดตามเยี่ยมบ้าน กิจกรรมสนับสนุนให้ผู้ป่วยฯ/กลุ่มเสี่ยง เกิดการยอมรับตนเองและจากสังคม มาตรการทางสังคมป้องกันหรือลดปัจจัยเสี่ยง และ 3) เป็นเจ้าภาพอบรมตาม**แนวทางที่ 2** ติดอาวุธทางปัญญาผู้ป่วย คนในครอบครัว และชุมชน
รพ.สต.	- เป็นสมาชิกในหน่วยการประเมินและควบคุมสถานการณ์ระดับ 1 มีบทบาทเป็นผู้ประเมินอาการ/การคัดแยกผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ประเมินสถานการณ์ **กิจกรรม 2) ติดพลังอาวุธทางปัญญา** ผู้ป่วย คนในครอบครัว และชุมชน เป็นหน่วยงานฝึกอบรมและติดตาม **กิจกรรม 4) การดูแลผู้ป่วยฯ/กลุ่มเสี่ยงแบบบูรณาการ ระหว่าง รพ. >> รพ.สต. >> อบต. >> ชุมชน** **กิจกรรม 5) พัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านจิตเวช/คลุ้มคลั่ง** ได้แก่ การเจรจา ไกล่เกลี่ย การช่วยเหลือผู้ป่วย การชาร์จ การติดตามเยี่ยมบ้าน และเป็นช่องทางการให้คำปรึกษา

	กิจกรรมและรายละเอียดเบื้องต้น (จากกการระดมความคิดเห็น)
ตำรวจ	**กิจกรรม 6) ตั้งศูนย์ดูแลและรับรองผู้ป่วยอาการคลุ้มคลั่ง จิตประสาท ที่ไร้พักพิงหรือผู้ป่วยเร่ร่อน** เป็นหน่วยงานร่วมกับ รพ.จิตเวชในการประสานสำนักงานพัฒนาสวัสดิการและความมั่นคงของมนุษย์ ประจำจังหวัด หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเป็นเจ้าภาพจัดตั้ง และกำหนดบทบาท หน้าที่ และแบบแผนรวมทั้งขั้นตอนการดำเนินงาน **กิจกรรม 7) เสริมความรู้ ความเข้าใจ ด้าน พ.ร.บ. ที่เกี่ยวข้อง** เช่น ด้าน พ.ร.บ.สุขภาพจิต/พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉิน และทักษะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิต **กิจกรรม 8) หน่วยการประเมินและควบคุมสถานการณ์ระดับ 2** อาจประกอบด้วย ตำรวจ 191, หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับ ALS, รพ.จิตเวช, ปภ. (กู้ภัย/ดับเพลิง) ซึ่งเป็นหน่วยที่ 2 ภายหลังได้รับการประสานจากหน่วยระดับ 1 ทำข้อตกลงกับหน่วยงานเหล่านี้ โดยกำหนดแบบแผนและแผนผังการช่วยเหลือฯ ซึ่งรายละเอียดดำเนินการคล้ายกับหน่วยที่ 1 แต่ลงในรายละเอียดและมีความเชี่ยวชาญมากกว่า นอกจากนั้นควรได้รับการอบรม ร่วมซ้อมการดำเนินงานร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ และทำร่วมกับหน่วยระดับ 1
ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ	**กิจกรรม 9) แนวทางการคัดแยกทางโทรศัพท์ การคัดแยกที่จุดเกิดเหตุ** เป็นการพัฒนาเครื่องมือการคัดแยกที่เกิดจากความคิดเห็นและการมีส่วนร่วมของผู้ใช้งานจริง และหน่วยงานที่จะต้องนำไปใช้ในเชิงนโยบาย ได้แก่ สพฉ. กรมสุขภาพจิต สำนักปลัดกระทรวง สธ. **กิจกรรม 10) พัฒนาเชื่อมหมายเลข 1669 สพฉ. กับ 1323 กรมสุขภาพจิต** ให้เป็นการปรึกษาข้อมูลและข้อเสนอแนะอาการผู้ป่วย และการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกัน **กิจกรรม 11) จัดทำแผนผังการประสานงาน** เป็นแผนผังระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (หน่วยระดับ 1 และ 2) ตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย และการเชื่อมข้อมูลประวัติผู้ป่วย
หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน	**กิจกรรม 4 และ 8) หน่วยการประเมินและควบคุมสถานการณ์ระดับ 1 และ 2** หน่วยปฏิบัติการ EMR เป็นหน่วยการประเมินและควบคุมสถานการณ์ระดับที่ 1 มีบทบาทในการประเมินสถานการณ์ผู้ป่วย สิ่งแวดล้อมเสี่ยง เข้าให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น สำหรับ BLS และ ALS เป็นหน่วยประเมินและควบคุมสถานการณ์ระดับที่ 2 มีบทบาท >> เตรียมรักษาและนำตัวผู้ป่วยไป รพ.จิตเวช **กิจกรรม 12) ปรับแก้หรือเพิ่มเติม พ.ร.บ. สุขภาพจิต และกรมสุขภาพจิตเป็นเจ้าภาพติดอาวุธทางปัญญา** โดยระบุบทบาทหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน และให้ความคุ้มครองเสมือนเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ ตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต 2551 และติดอาวุธทางปัญหาให้กับหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินและผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น การประเมินอาการ การเจรจาการช่วยเหลือชาร์จผู้ป่วย การผูกรัดและนำส่งผู้ป่วย
รพช.	**กิจกรรม 13) แนวทางปฏิบัติในการนำส่งผู้ป่วยฯ ทุกระยะ (ผู้ป่วยฯ สีเขียว เหลือง)** จัดทำแนวทางปฏิบัติตั้งแต่ 1) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน >> รพช 2) รพช. >> รพ.จังหวัด 3) รพ.จังหวัด >> รพ.จิตเวช ในสถานการณ์ผู้ป่วยสีเขียวเหลือง **กิจกรรม 14) แนวทางปฏิบัติในการนำส่งผู้ป่วยฯ ช่องทางพิเศษ (ผู้ป่วยฯ สีแดง)** จัดทำแนวทางปฏิบัติในการนำส่งผู้ป่วยด้วยช่องทางพิเศษ ซึ่งเป็นช่องทางเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการแบบ definitive care เช่น กรณีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยวิกฤต มีข้อมูลครบ ถึงแม้ไม่มีญาติแต่การรับรองจาก ตร. สามารถมีระยะการนำส่งจากหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน >> รพ.จิตเวช ได้เลย เป็นต้น **กิจกรรม 15) จัดตั้งและดำเนินการเป็น “รพ.จัดการตนเองกับผู้ป่วยฉุกเฉินสุขภาพจิต”** พิจารณาศักยภาพ ความพร้อม และความเป็นไปได้ ของ รพ. วางแผนกำลังคนและศักยภาพ ทักษะ การเตรียมข้อมูล ระบบการจัดการ การประสานงานกับตำรวจและหน่วยงานเกี่ยวข้อง เตรียมการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มี รพ.จังหวัด เป็นพี่เลี้ยง **กิจกรรม 8) หน่วยการประเมินและควบคุมสถานการณ์ระดับ 2** มีบทบาท >> ประเมิน/คัดแยกผู้ป่วยฯ เพื่อเป็นข้อมูลตัดสินใจเข้าชาร์จ และเตรียมพร้อมให้การช่วยเหลือและรักษาพยาบาล และนำส่งผู้ป่วยไปยัง definitive care

	กิจกรรมและรายละเอียดเบื้องต้น (จากกการระดมความคิดเห็น)
รพ.จังหวัด	**กิจกรรม 16) จัดตั้ง "หอบริบาลผู้ป่วยจิตเวช" สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินสุขภาพจิต** พิจารณาศักยภาพ ความพร้อม และความเป็นไปได้ ของ รพ. ศึกษาดูงาน วางแผนกำลังคนและศักยภาพ ทักษะ การเตรียมสถานที่ ข้อมูลและระบบการจัดการผู้ป่วย การประสานงานกับตำรวจและหน่วยงานเกี่ยวข้อง และมี รพ.จิตเวช เป็นพี่เลี้ยง **กิจกรรม 17) จัดให้มีมุมหรือห้องเฝ้าดูและสังเกตอาการ ผู้ป่วยฉุกเฉินสุขภาพจิตเป็นการเฉพาะ** แยกจากผู้ป่วยฉุกเฉินอื่นที่ห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ภายในห้องปรับแต่งโดยเฉพาะ ทั้งความปลอดภัย และปลอดสิ่งกระตุ้นเร้า มีแบบแผน แนวปฏิบัติสำหรับการใช้ห้องเฝ้าดูและสังเกตอาการ **กิจกรรม 13) แนวทางปฏิบัติในการนำส่งผู้ป่วยฯ ทุกระยะ (ผู้ป่วยฯ สีเขียว เหลือง)** **กิจกรรม 14) แนวทางปฏิบัติในการนำส่งผู้ป่วยฯ ช่องทางพิเศษ (ผู้ป่วยฯ สีแดง)**
รพ.จิตเวช	**กิจกรรม 13) แนวทางปฏิบัติในการนำส่งผู้ป่วยฯ ทุกระยะ (ผู้ป่วยฯ สีเขียว เหลือง)** **กิจกรรม 14) แนวทางปฏิบัติในการนำส่งผู้ป่วยฯ ช่องทางพิเศษ (ผู้ป่วยฯ สีแดง)** ควรเป็นเจ้าภาพดำเนินการ **กิจกรรม 6) ตั้งศูนย์ดูแลและรับรองผู้ป่วยอาการคลุ้มคลั่ง จิตประสาท ที่ไร้พักพิงหรือผู้ป่วยเร่ร่อน** ด้วยการพัฒนาความร่วมมือหลายฝ่ายเพื่อได้ข้อมูลประวัติผู้ป่วย และการยืนยันตัวตน **กิจกรรม 12) ปรับแก้หรือเพิ่มเติม พ.ร.บ. สุขภาพจิต และกรมสุขภาพจิตเป็นเจ้าภาพติดอาวุธทางปัญญา** กรมสุขภาพจิตเป็นเจ้าภาพอบรมหลักสูตรการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน รวมทั้งเป็นพี่เลี้ยง รพ.จังหวัดที่พร้อมเปิดหอผู้ป่วย
สสจ.	**กิจกรรม 18) วางแผนระบบการจัดการเชิงระบบ ระดับจังหวัด** โดย สสจ. (ฝ่ายงานจิตเวชกับการแพทย์ฉุกเฉิน) วางแผนการดำเนินงานและการจัดระบบในภาพรวม โดยอาจให้ฝ่ายงานจิตเวชเป็น focal point ศึกษาและสร้างองค์ความรู้ ด้วยการถอดบทเรียน งานวิจัย หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างจังหวัด ข้ามจังหวัด ข้ามภาค เพื่อปรับปรุงระบบการจัดการ การให้บริการ การอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ของ EMR และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง และพิจารณาเพิ่มจำนวนครั้งของการฝึกอบรม EMR เพิ่มเติม รวมทั้งควรเข้าอบรมและร่วมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ พ.ร.บ. สุขภาพจิต
สพฉ. + กรมสุขภาพจิต + สป.สธ.	**กิจกรรม 20) บูรณาการนโยบายและวางแผนระบบการจัดการร่วมกัน** โดยทำข้อตกลงการทำงานร่วมกันระหว่างกรมสุขภาพจิต สำนักปลัด กระทรวงสาธารณสุข สพฉ. และหน่วยงานอื่นๆ เช่น กระทรวงมหาดไทย ตำรวจ ทำความเข้าใจเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติของแต่ละฝ่าย เพื่อให้การบูรณาการและประสานงานการทำงานมีความราบรื่นสมบูรณ์ โดยเน้น "ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง" ที่ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1- 19

ภาพที่ 8 องค์ประกอบและแนวทางพัฒนาในการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการ สำหรับผู้ป่วยที่อาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์



บทที่ 5

บทสรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มสูงขึ้นตลอดระยะ 5 ปี ตั้งแต่ ปี 2555-2559 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชายที่อยู่ในวัยทำงาน 23-59 ปี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ที่พบว่า วัยแรงงานช่วงอายุ 26-30 ปี ขอรับคำปรึกษาด้านความเครียดหรือวิตกกังวลสูงสุด นอกจากนั้น ยังพบร้อยละ 24.02 มีปัญหาเป็นโรคทางจิตเวช โดยสาเหตุเกิดจากหลากหลายปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ ฤทธิ์ของสารเสพติดทำให้เกิดอาการเมา ปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวช มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน ระแวง หรือโรคซึมเศร้า มีความคิดอยากทำร้ายตัวเองได้ หรือความเจ็บป่วยทางกาย เช่น อุบัติเหตุทางสมอง ภาวะสับสนจากปัญหาพยาธิสภาพทางสมอง รวมทั้งความโกรธ ความเครียดจากปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวหรืออื่น ๆ โดยอาจกระตุ้นให้มีอาการรุนแรงมากขึ้นภายใต้ฤทธิ์ของการดื่มสุรา [15] เช่นเดียวกับผลสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พบว่า ในปี 58 คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของคนไทยลดลงจากปี 57 เนื่องจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจในการประกอบอาชีพ อีกทั้ง อัตราการฆ่าตัวตายของคนไทยเพิ่มขึ้น โดยพบว่าช่วงอายุ 30-39 ปี มีการฆ่าตัวตายมากที่สุด สาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง [37]

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับผลสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตคนไทยระดับชาติ ปี 2556 พบว่า ปัจจัยหลักที่ทำให้คนไทยมีปัญหาด้านสุขภาพจิตมากที่สุด คือ สุรา ที่พบสูงถึง 9.3 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 18 ของประชากรทั้งประเทศ รองลงมาคือภาวะติดบุหรี่ ร้อยละ 14.9 หรือ 7.7 ล้านคน การใช้สารเสพติด 2.1 ล้านคน หรือร้อยละ 4.1 ของประชากร ตามด้วยอาการในกลุ่มโรควิตกกังวลอีกราว 1.6 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 3.1 ของประชากรทั้งประเทศ นอกจากนี้คนไทยมีภาวะของโรคซึมเศร้าตลอดช่วงชีวิตถึง 900,000 คน หรือประมาณร้อยละ 1.8 และปัญหาการฆ่าตัวตายประมาณ ร้อยละ 3.5 ของประชากร หรือราว 1.8 ล้านคน ส่วนที่เหลือก็เป็นอาการทางจิตหลงผิด และติดการพนัน รวมถึงภาวะสะเทือนขวัญหลังเผชิญเหตุการณ์รุนแรงอีกประมาณ 500,000 คน [38] ซึ่งคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตอาจไม่ได้ป่วยทางจิต แต่คนที่ป่วยทางจิต มักเป็นคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตมาก่อน แต่สังคมไทยมีอคติต่อผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ขาดความรู้ความเข้าใจว่าสามารถรักษาหายได้ นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว ครอบครัว ชุมชน และสังคม ยังมีบทบาทสำคัญในการสังเกตสัญญาณเตือน ดูแลเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงที่เป็นปัจจัยกระตุ้นนำไปสู่ภาวะป่วยทางจิต รวมทั้งขั้นตอนการร้องขอความช่วยเหลือ หากผู้ป่วยมีอาการแสดงที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และชุมชน อีกทั้งแกนนำชุมชนและผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นให้ข้อมูลตรงกันว่า “ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นขาประจำ มีประวัติรักษา รพ.จิตเวช กินเหล้า ขาดยา ถือมีดคลุ้มคลั่ง กลัวคนมาฆ่า”

เมื่อพิจารณาการกระจายของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ พบมากที่สุดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สอดคล้องกับสถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วยปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในปี 2559 โดยพบมากที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัด อุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัด

ขอนแก่น ซึ่งเป็นโรควิตกกังวลมากที่สุด รองลงมาเป็นโรคจิตเภท โรคติดแอลกอฮอลล์ และติดสารเสพติด [37] สำหรับด้านฤดูกาล พบมากที่สุดในฤดูฝนและฤดูหนาว ช่วงปลายฝนต้นหนาว รอยต่อระหว่างเดือนตุลาคมและพฤศจิกายน ซึ่งเป็นช่วงเก็บเกี่ยวผลผลิตด้านการเกษตร มีการลงแขกดำนา เกี่ยวข้าว ตีข้าว (นวดข้าว) เป็นต้น ทั้งนี้เจ้าของนาจะจัดเตรียมสุรา อาหารคาวหวาน บุหรี่ น้ำดื่ม ไว้รองรับด้วย แกนนำชุมชนให้ข้อมูลว่า “ส่วนใหญ่ต้มเหล้า ล้มวัว เลี้ยงกันแล้วก็เมาโวยวาย เสียงดัง ทะเลาะตีกัน ทำลายข้าวของพังหมด” ผู้บริหารท้องถิ่นบางแห่งในภาคเหนือได้ประกาศใช้มาตรการในชุมชน ห้ามเลี้ยงสุราในช่วงลงแขก หากมีการละเมิดกฎ เจ้าภาพต้องรับผิดชอบความเสียหายทุกอย่าง ส่งผลให้เกิดอุบัติการลดลงอย่างเห็นได้ชัด

การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการรักษาที่เหมาะสม โดยผู้ป่วยอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ไม่ใช่เจ็บป่วยจิตเวชทุกคน แต่ทั้งหมดล้วนมีปัญหาวิกฤตด้านสุขภาพจิตที่สะสมมานานจนเกินกว่าจะควบคุมได้ ซึ่งสะท้อนถึงการปรับตัวต่อความเครียดรอบด้านในช่วงวัยแรงงาน และการเลือกใช้วิธีคลายเครียดที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติด หรือโรคเรื้อรังทางกายและโรคจิตเวชที่ขาดยา รักษาไม่ต่อเนื่อง อีกทั้งในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ จะไม่รับรู้พฤติกรรมที่แสดงออก ไม่สามารถควบคุมตนเอง และไม่สามารถร้องขอความช่วยเหลือ ดังนั้น การส่งเสริมป้องกันจึงเป็นสิ่งสำคัญ ควรมีการเสริมสร้างความตระหนักตั้งแต่สัญญาณเตือน การงดใช้สารกระตุ้น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง และลดความรู้สึกตราบาปในใจ ไม่แยกตนเองออกจากสังคม ให้มีบทบาทหรือการทำหน้าที่ในครอบครัว ชุมชน และสังคม ตลอดจนประชาสัมพันธ์ช่องทางเข้าถึงระบบบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 หรือช่องทางขอคำปรึกษาอื่น ๆ ในเครือข่ายชุมชน หรือขั้นตอนร้องขอความช่วยเหลือผ่าน 1669

ครอบครัวและชุมชนมีวิธีการจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เรียนรู้ที่ผ่านมา เช่น ผู้ป่วยที่เคยทำร้ายคนในครอบครัวจนเสียชีวิต และเผาทำลายบ้านในชุมชน หรือผู้ป่วยโรคจิตเวช หูแว่ว เห็นภาพหลอน และระแวงว่ามีคนจะมาทำร้าย พยายามหาอาวุธเพื่อป้องกันตนเอง ผู้ดูแลจะกลัว ไม่อยากเข้าใกล้ และชุมชนไม่ยอมรับ รังเกียจ กีดกัน ปล่อยให้อยู่ตามลำพัง หรือล่ามโซ่ขังไว้ตามยถากรรม ซึ่งเป็นตราบาปทางสังคมและตราบาปภายในใจของผู้ป่วย จนผลักผู้ป่วยสู่วงจรอุบาทที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับสุรา และสารเสพติด จนมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lysaker, P.H และคณะ [39] พบว่า การรับรู้ตราบาปภายในใจตนเองและตราบาปทางสังคมสูงจะทำให้ความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้ารับการรักษาความเจ็บป่วยทางจิตใจ และจะมีผลกระทบต่อการฟื้นตัวของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามมีเครือข่ายชุมชนบางแห่งและครอบครัวมีวิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบคลุ้มคลั่งได้ตามศักยภาพที่ผ่านการปรับทัศนคติและได้รับความรู้จากบุคลากรสาธารณสุข จึงเป็นโอกาสท้าทายของนโยบายของกรมสุขภาพจิต ปี 2558-2559 ที่มุ่งเน้นการดำเนินการแบบบูรณาการด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนในทุกกลุ่มวัย โดยวัยทำงาน เน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยทำงาน ที่เสี่ยงต่อปัญหาโรคเรื้อรัง และปัญหาสุรา/ยาเสพติด โดยพัฒนาคุณภาพมาตรฐาน การดูแลช่วยเหลือทางสังคมและจิตใจ การส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน การป้องกัน และจัดการกับความเครียดในวัยทำงาน การเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานในศูนย์ให้

คำปรึกษาคุณภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้ง บูรณาการงานสุขภาพจิตในคลินิกโรคเรื้อรังสถานประกอบการ ร่วมกับกรมวิชาการต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข

การเชื่อมรอยต่อระหว่าง ครอบครัว ชุมชน ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน รพ.สต. รพช. รพจ. และ/หรือ โรงพยาบาลจิตเวช ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ให้เข้าสู่กระบวนการรักษา และแผนการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ เป็นเรื่องความท้าทายของหน่วยงานหลายส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยในช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) เป็นช่วงที่ต้องประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย ตั้งแต่ฝ่ายปกครองที่ต้องพัฒนาความเข้มแข็งในชุมชน มีมาตรการติดตามเฝ้าระวัง และสร้างทีมเจรจาด่านแรก รวมทั้งมีขั้นตอนการประสานขอความช่วยเหลือหากผู้ป่วยมีอาวุธพร้อมทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทีมตำรวจ (191) มีบทบาทในการปลดอาวุธ เจรจาต่อรอง หาจังหวะเข้าชาร์ดผู้ป่วยเพื่อจำกัดพฤติกรรม สำหรับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (1669) ซึ่งมักจะเป็นชุดแรกที่ไปถึงที่เกิดเหตุ ควรมีบทบาทในการประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของอาการบาดเจ็บ ณ ที่เกิดเหตุ รายงานแจ้งกลับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเพื่อขอชุดปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นสูงมาสมทบ ไม่ควรเป็นทีมด่านหน้าที่เข้าเผชิญหน้ากับผู้ป่วยโดยตรง เพราะต้องใช้ความรู้และทักษะเฉพาะ จากการสนทนากลุ่มพบมีการบาดเจ็บจากการเข้าชาร์ตผูกรัดผู้ป่วย เช่น ถูกกัดใบหูฉีกขาด ถูกชกจนปากแตก ฟกช้ำตามร่างกาย ฯลฯ รวมทั้งข้อมูลจากโรงพยาบาลจิตเวชพบผู้ป่วยมีแผลฉีกขาดและกระดูกหักจากการช่วยเหลือไม่เหมาะสมของทีมกู้ชีพ ทั้งนี้จากเสียงสะท้อนของพื้นที่ส่วนใหญ่ต้องการและคาดหวังให้เจ้าหน้าที่เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมาช่วยเกลี้ยกล่อมและฉีดยาให้ผู้ป่วยสงบนำไปรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เคยมีประวัติรักษาโรคจิตเวช ขาดยาและรักษาไม่ต่อเนื่องจนมีอาการกำเริบ ถึงแม้ที่ผ่านมากรมสุขภาพจิตมีการจัดตั้ง MCATT: Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team ทั่วประเทศ แต่ส่วนใหญ่จะเน้นด้านการเยียวยาด้านจิตใจในภาวะภัยพิบัติ อีกทั้งใช้เวลาในการเตรียมทีมมากกว่า 1 ชั่วโมง ไม่สอดคล้องกับผู้ป่วยวิกฤตทางจิตใจ (mental health crisis) ที่จำเป็นต้องใช้ทีมปฏิบัติการจิตเวชฉุกเฉินที่มีความคล่องตัวสูง รวดเร็ว โดยเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างน้อย 2 คน โดยผ่านการประสานและสั่งการจากสายด่วนสุขภาพจิต (1323) กรมสุขภาพจิตควรจัดให้มีค่าตอบแทนและหลักประกันชีวิตในการออกปฏิบัติการ เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงและเป็นขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติ การผนึกกำลังประสานความร่วมมือระหว่างชุมชน ตำรวจ (191) ทีมจิตเวชฉุกเฉินเคลื่อนที่เร็ว (1323) และชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน (1669) จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตทางสุขภาพจิตจนมีอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ให้เข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างปลอดภัยและเหมาะสม

การนำส่งผู้ป่วยอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ใช้เวลามากกว่าผู้ป่วย CBD กลุ่มอื่นๆ โดยนับเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินออกจากฐานถึงที่เกิดเหตุ นำส่งผู้ป่วยจนกลับถึงฐาน ใช้เวลามากที่สุด 8 ชั่วโมง โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินนอกจากทำหน้าที่นำส่งจากที่เกิดเหตุถึงโรงพยาบาลปลายทาง ยังรวมถึงการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลด้วย โดยปัญหาที่พบบ่อยและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย คือ โรงพยาบาลจิตเวชมีการปฏิเสธรับผู้ป่วย และให้ส่งกลับโรงพยาบาลจังหวัดด้วยเหตุผลไม่ได้ทำตามข้อตกลง ถึงแม้เป็นผู้ป่วยที่เคยมีประวัติรักษาจิตเวชก็ตาม สิ่งเหล่านี้ได้สะท้อนความไม่ชัดเจนของระบบ และไม่ได้ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จากผลการศึกษาด้าน

คุณภาพได้ชี้ให้เห็นว่าโรงพยาบาลจิตเวชได้ส่งกลับผู้ป่วยที่เคยมีประวัติรักษาจิตเวช ด้วยเหตุผลว่าไม่มีวัสดุ-อุปกรณ์การแพทย์ทางกาย ไม่มีญาติ หรือไม่ได้เจาะเลือด หรือไม่ได้ทำตามขั้นตอนที่ตกลงไว้เฉพาะบางจังหวัด ซึ่งโรงพยาบาลจิตเวชภายใต้การกำกับของกรมสุขภาพมีแนวทางปฏิบัติในการรับผู้ป่วยแตกต่างกัน บางแห่งพร้อมตอบสนองยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ โดยเฉพาะพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น มีระบบ fast tract หากพบว่าผู้ป่วยมีประวัติรักษาจิตเวช กู้ชีพสามารถนำส่งตรงได้ในกรณีอยู่ใกล้ที่เกิดเหตุ กรณีไม่มีญาติสามารถใช้ใบบันทึกประจำวันตำรวจหรือข้อมูลจากผู้นำชุมชน มีการประชุมและอบรมพัฒนาเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง แต่บางแห่งมีกฎเกณฑ์เคร่งครัด ไม่มีระบบ fast tract และปฏิเสธการรับผู้ป่วยโดยอ้างข้อตกลง จนเกิดเหตุการณ์ไม่คาดคิดในระหว่างทางส่งกลับ ผู้ป่วยมีอาการระแวง คลุ้มคลั่ง เชือกผูกรัดหลุด ชกต่อยกู้ชีพแล้วกระโดดลงจากรถ จนมีแผลฉีกขาดและกระดูกขาหัก ซึ่งกรมสุขภาพจิตมีการกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายในประเด็นผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่สำคัญเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 เมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) [37] ความท้าทายในการพัฒนาเครือข่าย fast tract จากชุมชนสู่โรงพยาบาลจิตเวช เช่นเดียวกับ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนสามารถจับสัญญาณเตือนได้เร็ว มีแนวทางในการขอเข้ารับการรักษาได้สะดวกโดยเร็ว จะช่วยทำให้ญาติและชุมชนมีความมั่นใจว่ามีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ไม่รู้สึกท้อแท้เบื่อหน่าย รวมทั้งผู้ป่วยไม่ต้องรับประทานยาตลอดชีวิต มีคุณภาพชีวิตตามศักยภาพ และเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติต่อไป

โดยสรุป สถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีแนวโน้มสูงขึ้นในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา โดยส่วนใหญ่เป็นชาย วัยแรงงาน พบมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ฤดูฝนและฤดูหนาว โดยเฉพาะช่วงเก็บเกี่ยวผลผลิตการเกษตรปลายฝนต้นหนาวในเดือนกันยายนและตุลาคม ครอบครัวและชุมชนยังไม่มีแนวทางหรือขั้นตอนที่ชัดเจนในการร้องขอความช่วยเหลือ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และศักยภาพของชุมชน ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการใช้เวลามากในการประเมินความเสี่ยงและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมออกปฏิบัติการ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินส่วนใหญ่มีความรู้และทักษะไม่เพียงพอต่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่มีมุมเฉพาะรองรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมคลุ้มคลั่ง รวมทั้งโรงพยาบาลจิตเวชมีเกณฑ์และแนวทางในการรับผู้ป่วยไว้รักษาแตกต่างกัน หลายแห่งไม่มีระบบ fast tract ไม่ยืดหยุ่น ไม่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ปฏิเสธการรับผู้ป่วยไว้รักษา ความท้าทายในการพัฒนาความร่วมมือระหว่างสายด่วนสุขภาพจิต (1323) ตำรวจ (191) และหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน (1669) รวมทั้งการพัฒนาเครือข่าย fast tract จากชุมชนสู่โรงพยาบาลจิตเวช จะช่วยให้ครอบครัวและชุมชนมีความมั่นใจว่ามีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ไม่รู้สึกท้อแท้เบื่อหน่าย รวมทั้งผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตตามศักยภาพ

บทที่ 6
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้เชิงนโยบาย

1. พัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้ป่วยอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ และกลุ่มเสี่ยง

ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ ไม่ใช่ผู้ป่วยจิตเวชทุกคน แต่ทั้งหมดล้วนมีปัญหาวิกฤตด้านสุขภาพจิต ขาดทักษะในการเผชิญและแก้ปัญหา การปรับตัวต่อความเครียดรอบด้านในช่วงวัยแรงงาน และใช้วิธีจัดการกับปัญหาและความเครียดไม่เหมาะสม ควรเน้นการส่งเสริมและป้องกัน โดยเสริมสร้างความตระหนักตั้งแต่ การงดหรือหลีกเลี่ยงสารกระตุ้น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง การสังเกตสัญญาณเตือน และลดความรู้สึกตราบาปภายในใจ ไม่แยกตนเองออกจากสังคม ให้มีบทบาทหรือการทำหน้าที่ในครอบครัว ชุมชน และสังคม ตลอดจนประชาสัมพันธ์ช่องทางการเข้าถึงระบบบริการสายด่วนสุขภาพจิต 1323 หรือช่องทางขอคำปรึกษาอื่นๆ ในเครือข่ายชุมชน หรือขั้นตอนร้องขอความช่วยเหลือผ่าน 1669

2. ส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลัก ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วย ให้เป็น “ชุมชนจัดการตนเองด้านการแพทย์ฉุกเฉิน”

ผู้ดูแลหลัก ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน ควรมีการปรับทัศนคติโดยไม่มีอคติต่อผู้ป่วย ร่วมระดมสมองและทรัพยากรในชุมชน กำหนดแนวทางในช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งแต่การสังเกตสัญญาณเตือน แนวทางหรือขั้นตอนร้องขอความช่วยเหลือกรณีผู้ป่วยมีอาการกำเริบ การดูแลฟื้นฟูหลังส่งผู้ป่วยกลับชุมชน เรื่องการเอื้อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน การรับประทานยา และการพบแพทย์อย่างต่อเนื่องโดยร่วมกับ อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

3. กรมสุขภาพจิตพัฒนาและจัดตั้งชุดจิตเวชฉุกเฉินเคลื่อนที่เร็ว เพื่อประสานการปฏิบัติการระหว่างตำรวจและการแพทย์ฉุกเฉิน

ประสานความร่วมมือระหว่าง 1323, 191 และ 1669 ในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital) กรมสุขภาพจิตได้มีการขอเสนอปรับแก้ พรบ.สุขภาพจิต 2551 โดยเหตุผลไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตยังไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างถูกต้องและเพียงพอ มีการเผยแพร่ข้อมูลในทางที่ก่อให้เกิดทัศนคติไม่ดีต่อผู้มีความผิดปกติทางจิต รวมทั้งขาดกลไกการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยมีการแก้ไขเพิ่มเติมอำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ในการเข้าไปในเคหสถาน สถานที่ใด ๆ หรือยานพาหนะใด ๆ เพื่อนำตัวผู้ป่วยไปรับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา และการร้องขอให้พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ หรือผู้ปฏิบัติการตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินให้ความช่วยเหลือได้ (แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา ๔๖ (๑) และวรรคสอง) ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการและอาการแสดงคล้ายผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ควรมีสิทธิได้รับการคุ้มครองและมีสิทธิ์เข้าถึงการรักษาตามกฎหมายฉบับนี้ โดยเป็นความท้าทายของกรมสุขภาพจิตที่ควรพัฒนาชุดจิตเวชฉุกเฉินเคลื่อนที่เร็ว โดยใช้

ทรัพยากรในพื้นที่ที่ผ่านการอบรมพัฒนาตามคุณสมบัติของพนักงานเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 2 คน ขึ้นทะเบียนไว้กับสายด่วนสุขภาพจิต 1323 เมื่อชุมชนร้องขอความช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นตำรวจ 191 หรือหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน 1669 จำเป็นต้องมีชุดจิตเวชฉุกเฉินเคลื่อนที่เร็วออกปฏิบัติการร่วม ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ทัศนคติเชิงบวก และทักษะเฉพาะ ตามคุณสมบัติและเจตนารมย์ของ พรบ.สุขภาพจิต 2551

4. โรงพยาบาลจังหวัดมีระบบช่องทางพิเศษ (fast tract) และมีห้องเฉพาะสำหรับเฝ้าดูและสังเกตการณ์ผู้ป่วยฯ

ระยะถึงโรงพยาบาล (In-hospital) การพัฒนาระบบ fast tract และจัดมุมเฉพาะเป็นสิ่งจำเป็น ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลจังหวัดควรจัดระบบ fast tract และห้องเฉพาะที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากสภาพแวดล้อมของห้องฉุกเฉินค่อนข้างวุ่นวายทั้งผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ และเสียงจากอุปกรณ์การแพทย์ ล้วนเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการมากขึ้น และอาจสร้างความหวาดกลัวและอันตรายแก่ผู้อื่น โดยควรเป็นมุมห้อง มีการกั้นม่าน บุนวม และผูกยึด มี flow chart ที่จะส่งต่อ admitted หรือ refer โดยกระบวนการที่อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง

5. โรงพยาบาลจิตเวช ควรพัฒนาเครือข่ายจากชุมชนสู่ระบบช่องทางพิเศษ (fast tract) และจัดระบบบริการช่วยเหลือและรักษาผู้ป่วยแบบเบ็ดเสร็จ (one stop service)

กรมสุขภาพจิตได้มีการกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายในประเด็นผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่สำคัญเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 เมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ความท้าทายในการพัฒนาเครือข่าย fast tract จากชุมชนสู่โรงพยาบาลจิตเวช เช่นเดียวกับ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) รวมทั้ง one stop service หากผู้ป่วยเคยมีประวัติรักษาจิตเวช และมีอาการเจ็บป่วยทางกายไม่รุนแรง โดยการจัดระบบ consults และจัดหาเวชภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์ทางกายพื้นฐาน ไม่ส่งไป-กลับโรงพยาบาลจังหวัดโดยไม่จำเป็น มีความยืดหยุ่น โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อย่างไรก็ตามมีโรงพยาบาลจิตเวชหลายแห่งในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นตัวอย่างที่ดีในการประสานความร่วมมือของเครือข่ายจังหวัด จัดระบบที่เอื้อต่อการเข้าถึงการรักษา มีความยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ เป็นที่พึ่งของผู้ป่วยทางจิตอย่างแท้จริง

6. ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการและติดตาม ประเมินผลเชิงระบบ “การพัฒนารูปแบบการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการ สำหรับผู้ป่วยที่อาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์”

นำแนวทางพัฒนาการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการฯ จากการศึกษาศึกษาครั้งนี้ เสนอต่อผู้บริหารนโยบายและผู้ปฏิบัติงานทุกภาคส่วนถึงความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และศึกษาผลการดำเนินงานจังหวัดนำร่องอย่างน้อยภาคละ 1 จังหวัด โดยติดตาม ประเมินผลอย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

1. เบญจมาส พฤกษ์กานนท์, ธีระ ศิริสมุด, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, สกาวรัตน์ พวงลัดดา และกนกวรรณ สุดศรีวิไล. ระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2556
2. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, McEvoy J, Swartz M, Perkins D, et al. Barriers to employment for people with schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 2006;163(3):411. 19.
3. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. The Lancet. 2007;370(9590):859-77.
4. อุรา สุวรรณรักษ์, สุนิสา สุวรรณรักษ์, พรธิดา แย้มพยนต์, และคณะ. ช่องว่างการแพทย์ฉุกเฉิน: รายงานสถานการณ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2558 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ นนทบุรี: บจก.ปัญญมิตร การพิมพ์; 2559.
5. รวมกฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; [cited 2016 Sept 15];http://www.omhc.dmh.go.th/law/view.asp?id=42
6. วชิระ เพ็งจันทร์, ธรณินทร์ กองสุข, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, พิทักษ์พล บุณยมาลิก, จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน, วรวรรณ จุฑา, และคณะ. การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต: การศึกษาระดับประเทศ ปี 2551. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์ บลู จำกัด; 2551.
7. การดำเนินงานขับเคลื่อนพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; [cited 2015 March15];http://www.omhc.dmh.go.th/law/files/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%B8%E0%B8%A1%E0%B8%8A%E0%B8%B5%E0%B9%89%E0%B9%81%E0%B8%88%E0%B8%87%E0%B8%AF18%E0%B8%9E%E0%B8%A257%20Benjamas.pdf
8. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด. นนทบุรี. 2558
9. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. 2551
10. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. 2 ed. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548
11. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 เรื่อง นิยามศัพท์. มาตราที่ 48 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.

12. Bunditchate. A, Saosarn. P, Kitiruksanon. P, Chutha. W. Epidemiology of Mental Disorders Among Thai People. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2001;46(4):335-43.
13. สมาคมสายใยครอบครัว. ความรู้เรื่องจิตเวชและการรักษา [cited 2017 21 Jan]. Available from: http://www.thaifamilylink.net/web/node/29.
14. ดวงตา ไกรภัสส์พงษ์. คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับแพทย์. นนทุบรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต: บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด; 2555.
15. American Association for Emergency Psychiatry (AAEP). What is Emergency Psychiatry? [cited 2017 21 Jan]. Available from: American Association for Emergency Psychiatry (AAEP).
16. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, บุญศิริ จันศิริมงคล. การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง การจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้เสพสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.); 2556.
17. สมจิตต์ ลุประสงค์, มยุรี กลับวงษ์, สมหมาย หิรัญนุช, อัมภา ศรารัชต์, และ พรทิพย์ คงสัตย์. คู่มือประกอบการใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช. ชมรมเครือข่ายพยาบาลจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข: เดชพรการพิมพ์; 2557.
18. Currier GW, Allen MH. American Association for Emergency Psychiatry survey: I. psychiatric emergency service structure and function. Presented at the Institute on Psychiatric Services New Orleans, .Oct 29–Nov 2, 1999.
19. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, อัจฉรา จรัสสิงห์, เนตรชนก บัวเล็ก, สตรีรัตน์ รุจิระชาคร, และ พัชรินทร์ สุริยะ. การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต การศึกษาระดับประเทศ ปี 2546.
20. วชิระ เพ็งจันทร์, ธรณินทร์ กองสุข, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, พิทักษ์พล บุณยมาลิก, จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน, วรวรรณ จุฑา, และคณะ. การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต: การศึกษาระดับประเทศ ปี 2551. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์ บลู จำกัด; 2551.
21. อนุรักษ์ บัณฑิตย์ชาติ, และคณะ. การสำรวจทางระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิต และความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนปี 2541. ที่ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตครั้งที่ 5,2542
22. ธงชัย ทวิชาติ, นันทิกา ทวิชาชาติ, อรพรรณ เมฆสุภะ. การสำรวจระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตและความรู้ เจตคติ ทักษะการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพจิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. ที่ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 4 ระหว่างวันที่ 7-9 กันยายน 2541.
23. Sriruenthong W, Kongsuk T, Pangchuntr W, Kittirattanapaiboon P, Kenbubpha K, Yingyeun R, et al. The Suicidality in Thai population:A National survey. J Psychiatr Assoc Thailand. 2011;56(4):413-24

24. บุญศิริ จันศิริมงคล, พันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, มธุริน คำวงค์ปิน, วรรววรรณ จุฑา, ธรนินทร์ กองสุข, และ จินตน ลี้จงเพิ่มพูน. ความชุกของความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราและโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การสำรวจระบาดวิทยาระดับชาติ 2551. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2554;19(2):88-101
25. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, อภินันท์ อร่ามรัตน์, อุษณีย์ พึ่งปาน, มานพ คณะโต, นพดล กรรณิกา, และ อาภา ศิริวงศ์ ณ อยุธยา. สถานการณ์ปัญหาจากสารเสพติดของประเทศไทยในปัจจุบัน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2551;53(1):24-36
26. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช (8โรค) ประจำปีงบประมาณ 2553. Available from: http://www.plan.dmh.go.th/.
27. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานวิกฤติสุขภาพจิต : หลักจิตวิทยาการเจรจาต่อรอง. กรุงเทพฯ: สถาบัน; 2548.
28. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. The Lancet. 2007;370(9593):1164-74.
29. รวมกฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; [cited 2017 17 Jan] ;http://www.omhc.dmh.go.th/law/view.asp?id=42
30. สรุปรายงานการแสดงความคิดเห็น ต่อร่างกฎหมายสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุข.สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; [cited 2015 March15];http://www.omhc.dmh.go.th/law/files/sum_comment.pdf
31. ส่วนเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2560 วันที่ 10 มีนาคม 2560 ณ ห้องประชุม 301 ตึกบัญชาการ 1 ทำเนียบรัฐบาล: กรมสุขภาพจิต; [cited 2017 10 March]. Available from: http://www.omhc.dmh.go.th/news/admin/9-mar-2560.pdf.
32. ส่วนเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจติแห่งชาติ. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องนโยบายการดำเนินงานด้านบริการสุขภาพจิตและจิตเวช และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ส่วนเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจติแห่งชาติ. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องนโยบายการดำเนินงานด้านบริการสุขภาพจิตและจิตเวช และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 (วันที่ 27 ก.พ. 2560): กรมสุขภาพจิต; [cited 2017 10 March]. Available from: http://www.omhc.dmh.go.th/news/admin/27-Feb-2560.pdf.
33. สำนักกลุ่มพัฒนาระบบบริการ สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness With High Risk to Violence) สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ในสังกัดกรมสุขภาพจิต นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2559 [cited 2017 17 Feb].

Available from:
http://www.klb.dmh.go.th/index.php?m=technology&op=detail&gr=&researchId=2015.

34. การดำเนินงานขับเคลื่อนพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; [cited 201715 March] ;http://www.omhc.dmh.go.th/law/files/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%8A%E0%B8%B8%E0%B8%A1%B8%8A%E0%B8%B5%E0%B9%89%E0%B9%81%E0%B8%88%E0%B8%87%E0%B8%AF18%E0%B8%9E%E0%B8%A257%20Benjamas.pdf.
35. อินโฟเสิร์ช. รายงานผลการประเมินแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในระยะสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) 2554
36. Suttajit S, Srisurapanont M. Schizophrenia:Epidemiology and Treatment. J Psychiatr Assoc Thailand. 2009;54(Supplement 1):21-3
37. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: หจก. งานพิมพ์; 2558
38. พันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรรววรรณ จุฑา และคณะ. ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด; 2559
39. Lysaker, P. H., Tsai, J., Yanos, P., & Roe, D. Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. Schizophrenia Research.2008; 98(1–3): 194–200.

ภาคผนวก 1 แนวทางพัฒนาในการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการ สำหรับผู้ป่วยที่อาการคลุ้มคลั่ง/ภาวะจิตประสาท/อารมณ์

	สถานการณ์/สภาพปัญหา	ต้นทุน/โอกาสพัฒนา/ปัจจัยความสำเร็จ
ผู้ป่วยฉุกเฉินสุขภาพจิต	-ไม่ยอมรับว่าตนมีอาการป่วย -มีอาการกำเริบเพราะขาดยา/กินยาไม่ต่อเนื่อง เพราะ 1.กินยาแล้วง่วงนอน เพลีย 2. ไม่ไปรับยาตามนัด 3.ไม่เคยได้รับแจ้งหรือติดตามให้ไปรับยา 3. อยู่ตามลำพัง เกิดความเครียด เก็บกด ไม่มีที่ระบายหรือช่องทางรับฟัง เช่น สายด่วนสุขภาพจิต 1323 -มีเพียงส่วนน้อยที่รู้จักเลขหมาย 1669	-ผู้ป่วยรับรู้ว่าก่อนมีอาการคลุ้มคลั่ง/อาการทางจิต มักจะดื่มเหล้า เสพสารเสพติด เครียดมาก มีอาการเก็บกด ซึมเศร้าหลายวัน ต้องการที่ปรึกษา -ต้องการรักษาตนเอง และต้องการการเอาใจใส่จากครอบครัวคนในชุมชน
ญาติ คนในครอบครัว	-ไม่รู้วิธีดูแลเบื้องต้นเมื่อมีอาการกำเริบ/ไม่รู้วิธีการจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงของคนไข้ เช่น แอบดื่มสุรา ไม่กินยา เก็บตัว -ไม่รู้พฤติกรรมเสี่ยงหรือสัญญาณเตือนของผู้ป่วย -บางครอบครัว เมื่อผู้ป่วยอาการกำเริบจะจัดการกันเองในบ้าน เพราะไม่อยากให้ใครมายุ่ง อาย	-ส่วนใหญ่ญาติจะขอความช่วยเหลือจากผู้นำชุมชน ตร.บ้านเป็นลำดับแรก มีบางส่วนโทรศัพท์ไปที่หน่วยกู้ชีพ อบต./ 1669 ถ้าเป็นในเขตเมือง เทศบาล มักจะโทรหา 191 -ญาติบางคนโทรศัพท์ไปหา จนท.รพ.สต. หรือ อสม.เพราะมีข้อมูลผู้ป่วยและเคยมาเยี่ยมบ้าน
ชุมชน หน่วยงานหรือบุคลากรในชุมชน	-บางชุมชนไม่อยากให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน โดยเฉพาะคนที่ทำร้ายครอบครัว ทำลายข้าวของ -ชุมชนไม่มีแบบแผนหรือขั้นตอนการช่วยเหลือผู้ป่วย/แบบแผนการประสานงานกับ รพ.สต. ตำรวจ 191 หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน 1669 และไม่เข้าใจบทบาทการเข้ามาช่วยเหลือของกหน่วยงานเหล่านี้ -แนวทางช่วยเหลือหรือเข้าชาร์จทำตามความเคยชิน การจับตัวนำส่ง การผูกรัดไม่ถูกต้อง และเกือบทุกคนไม่เคยฝึกอบรม ถ้าเป็น อปพร. มักใช้กำลังเข้าชาร์จผู้ป่วยมากกว่าการไกล่เกลี่ย -อสม.มีน้อยมากที่เคยอบรม “การเจรจาไกล่เกลี่ย”	-คนในชุมชนเห็นว่าเหตุการณ์นี้มีผลกระทบสูงต่อชุมชน จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข -มีฝ่ายปกครองในทุกชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครตำรวจบ้าน และ อปพร. -บางชุมชนมีหน่วยปราบปรามอาชญากรรมในชุมชน หรือ ปอช. ที่ผ่านการอบรมทักษะการไกล่เกลี่ย การป้องกันตังวแล้ว -รพ.สต. มีข้อมูลผู้ป่วย สามารถให้ประวัติและด้านการดูแลรักษาเบื้องต้น มี อสม. ที่ครอบคลุมครัวเรือน มี อบต. ซึ่งส่วนใหญ่มีหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น
อปท.	-อปท. ทุกแห่งยังไม่มีระบบและแบบแผนในการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินเฉพาะ และไม่เคยได้รับการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในประเด็นนี้ -ไม่มีข้อมูลผู้ป่วยฯ/กลุ่มเสี่ยงเพื่อวางแผนเชิงระบบ (ติดตามเยี่ยมบ้าน การรู้ตำแหน่งในการไปตัวผู้ป่วยฯ ข้อมูลเพื่อเข้าช่วยเหลือของหน่วยปฏิบัติการ)	-อปท. ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ -อปท. ส่วนใหญ่ มีหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินที่เป็นคนในพื้นที่อย่างน้อยตำบลละ 1 ชุด มีประสบการณ์ทำงาน

	สถานการณ์/สภาพปัญหา	ต้นทุน/โอกาสพัฒนา/ปัจจัยความสำเร็จ
รพ.สต.	-มีภาระงานไม่สมดุลกับจำนวนบุคลากร จึงไม่ได้ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชได้ทั่วถึง -เมื่อเกิดเหตุการณ์ ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการประสานจากแกนนำชุมชน หรือญาติผู้ป่วย -รพ.สต.ส่วนใหญ่ไม่มีแนวทางการคัดแยกหรือประเมินอาการผู้ป่วยฯ เป็นการเฉพาะ	-รพ.สต. มีประวัติอาการ ตำแหน่งบ้านของผู้ป่วยเป็นอย่างดี -รพ.สต. ให้ อสม.ติดตามเยี่ยมบ้าน เดือนละครั้ง -ถ้า รพ.สต.ได้รับการประสานหรือแจ้งมาจะเตรียมข้อมูลผู้ป่วย -เคยเป็นผู้ประเมินอาการและเป็นตัวกลางในการประสานข้อมูลกับ อสม. หรือ คนที่ผู้ป่วยไว้ใจ เพื่อเกลี่ยกล่อม เจรจา -บางพื้นที่ใช้แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS : Overt Aggression Scale)
ตำรวจ	-เป็นฝ่ายรอการแจ้งเหตุจากผู้นำชุมชน รพ.สต. หรือญาติ -ไม่มีแบบแผนการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น เป็นการแยกส่วน ดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ และทักษะวิชาชีพ -หลายครั้ง ตำรวจเข้าไปเจรจาไกล่เกลี่ย (ด้วยชุดตำรวจ อาวุธ) กลับเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบมากขึ้น -ตำรวจมีภาวะจำยอม เช่น ขังผู้ป่วยทั้งที่ไม่มีความผิด ปล่อยตัวในสถานที่ห่างไกลชุมชน กรณี รพ.จิตเวช ไม่รับผู้ป่วยเร่รอน ไร้ญาติ หรือไม่มีคนที่รู้จัก -ไม่รู้จัก พ.รบ. สุขภาพจิต 2551 และไม่รู้บทบาท “พนักงานเจ้าหน้าที่”	-บางจังหวัด มีระบบการประสานกันระหว่างศูนย์รับแจ้งเหตุฯ ตำรวจ รพ.จังหวัด รพ.จิตเวช ประเด็นการจัดการเหตุ และนำส่ง -ตำรวจ มีทักษะการไกล่เกลี่ย การป้องกันตนเอง และการเข้าชาร์ต แต่ทักษะการชาร์ตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ยังต้องเพิ่มเติม
ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ	-ส่วนใหญ่เมื่อได้รับแจ้งเหตุ 1669 มักขาดข้อมูลรายละเอียดสภาพแวดล้อมสถานที่เกิดเหตุ อาการเสี่ยงอันตราย ประวัติผู้ป่วย - Dispatcher แจ้งหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินห้ามปฏิบัติการขณะที่สถานการณ์ไม่ปลอดภัย แต่ส่วนใหญ่พบการเข้าชาร์จ ระบุว่าทำหน้าที่เป็น อปพร. หรือตำรวจบ้าน -Phone triage มีความผิดพลาดทั้งประเมินเกินและต่ำกว่าอาการความเป็นจริง เมื่อเทียบกับ scene triage	-ญาติ ชาวบ้าน จะแจ้งที่ผู้นำชุมชน เพื่อแจ้งตำรวจเป็นหน่วยแรกๆ และมักพบว่าจะประสาน 1669 เป็นลำดับท้าย -การสั่งหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นไปประเมินสถานการณ์เป็นชุดแรก มีความถูกต้อง แม่นยำสูง (เกณฑ์คัดแยกเดียวกับ phone triage)

	สถานการณ์/สภาพปัญหา	ต้นทุน/โอกาสพัฒนา/ปัจจัยความสำเร็จ
หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน	-หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นเข้าให้การช่วยเหลือผู้ป่วยไม่เหมาะสม ส่วนใหญ่ทำไปเพราะประสบการณ์ พบการบาดเจ็บจากการถูกทำร้าย และผู้ป่วยบางคนกระดูกแขน ขาหัก -หลายครั้งที่มีผู้คนไม่เกี่ยวข้องเป็นอุปสรรคต่อการนำตัวผู้ป่วยขึ้นรถเพื่อนำส่ง รพ. -บางเหตุการณ์ค่อนข้างรุนแรง ไม่มีตำรวจเข้ามาร่วม -หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นส่วนใหญ่ดำเนินทั้งการเจรจา การเข้าชาร์ต การนำส่งผู้ป่วย การประสานงานกับศูนย์รับแจ้งเหตุฯ เอง -แต่ละครั้งใช้เวลานาน ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินอื่นเสียโอกาสรับการรักษา -ไม่มีข้อมูลประวัติผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือ	-หลายครั้งที่พบหน่วยงานในชุมชนมาเกลี้ยกล่อมผู้ป่วย เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตร.บ้าน และญาติ ก่อนที่หน่วยปฏิบัติการไปถึง -EMR ส่วนใหญ่จะเป็น อปพร. เป็นคนพื้นที่ รู้จัก สนิทและเข้าใจผู้ป่วยดี จึงมักเข้าไปเจรจา ไกล่เกลี่ยหรือชาร์จผู้ป่วย -EMR ถูกฝึกให้เป็นคนช่างสังเกตและประเมินอาการตลอดเวลา -ชุด ALS หากถูกสั่งการให้ออกปฏิบัติการ จะประสานตำรวจและพยาบาลจิตเวช หรือ EMT I ทุกครั้ง โดยชุดนี้จะประเมินและพูดคุยในระยะที่ปลอดภัย ไม่เข้าชาร์ตผู้ป่วย
ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รพช.	-รพช.ส่วนใหญ่จะประสานส่งต่อไปที่ รพ.จังหวัดทันที เพราะไม่มีแพทย์เฉพาะทาง (อายุรกรรมและจิตแพทย์) -กฎเกณฑ์บางจังหวัดที่ระบุก่อนส่งตัวผู้ป่วยไป รพ.จิตเวช ต้องผ่านการวินิจฉัยโรคทางกายก่อน (ทั้งรายเก่าหรือใหม่) เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาล เกิดผลกระทบต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน บุคลากรทางการแพทย์ที่ รพช. รพ.จังหวัด ทั้งกำลังคน ระยะเวลาของการได้รับการรักษา ความรุนแรงของอาการผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยประเภทอื่นเสียโอกาสรับการรักษาหากเวลาทับซ้อนกัน ผู้ป่วยบางรายใช้เวลามากกว่า 8 ชม. -รพช. ทุกแห่งไม่มีห้องหรือมุมเฝ้าสังเกตอาการเฉพาะกับผู้ป่วยกลุ่มนี้	-รพช. ทุกแห่ง สามารถฉีดยาตามคำสั่งแพทย์ให้ผู้ป่วยสงบ และเมื่อออกปฏิบัติการจะประสานกับศูนย์รับแจ้งเหตุตลอดเวลา -บางจังหวัด มีช่องทางพิเศษส่งตัวผู้ป่วยไป รพ.จิตเวช โดยจัดระบบปรึกษาจิตแพทย์และดึงข้อมูลผู้ป่วยรายเก่าได้ -รพช.บางแห่ง (เช่น อยู่บนเขาสูง) พัฒนาเป็น รพ.จัดการกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีการวางแผนกำลังคนและพัฒนาศักยภาพ เตรียมข้อมูล ตำแหน่งสถานที่ การประสานงานกับตำรวจและหน่วยงานเกี่ยวข้อง เตรียมการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แต่หากเกินควบคุมจะส่งตัวต่อไปที่ รพ.จังหวัด มีพี่เลี้ยงเป็น รพ.จังหวัด
รพ.จังหวัด	-รพ.จังหวัดส่วนใหญ่ไม่มีหอผู้ป่วยจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยฯ ถูกส่งต่อไปที่ รพ.จิตเวช และส่วนใหญ่ ไม่มีห้องหรือมุมเฉพาะสำหรับสังเกตการณ์ผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะปะปนกับผู้ป่วยฉุกเฉินอื่น -จังหวัดที่มีเกณฑ์การตรวจวินิจฉัยโรคทางกายก่อน ทำให้เพิ่มขั้นตอน เพิ่มเวลาและเสียโอกาสการรักษาผู้ป่วยที่รวดเร็วและเหมาะสม -เจ้าหน้าที่ในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่ปฏิบัติการกับผู้ป่วยไม่ถูกต้อง เสี่ยงต่อความปลอดภัยทั้งตนเองและผู้ป่วย	-บางจังหวัด เช่น น่าน มีหอผู้ป่วยจิตเวช และมีการจัดการที่ดี ซึ่งแต่ละปีสามารถจัดการผู้ป่วยได้เกือบทุกราย ไม่มีการส่งต่อไปที่ รพ.จิตเวช มีพี่เลี้ยงเป็น รพ.จิตเวช -บาง รพ. มีห้อง “พักใจ” สำหรับเฝ้าดูและสังเกตอาการโดยเฉพาะ ภายในห้องปรับแต่งให้มีความปลอดภัย และปลอดสิ่งกระตุ้นเร้าที่อาจเกิดจากเสียงร้องผู้ป่วยฉุกเฉินอื่น การทำงาน/เครื่องมือแพทย์

	สถานการณ์/สภาพปัญหา	ต้นทุน/โอกาสพัฒนา/ปัจจัยความสำเร็จ
รพ.จิตเวช	-รพ.จังหวัดที่ไม่มีหอผู้ป่วย จะส่งต่อมาที่ รพ.จิตเวชอย่างเดียวทำให้จำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้แออัดมาก -รพ.จิตเวช บางแห่งต้องมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันจากจิตแพทย์แล้วเท่านั้นถึงจะส่งตัวมาได้ -รพ.จิตเวช ส่วนใหญ่ต้องการข้อมูลประวัติผู้ป่วยอย่างละเอียด (มีผลต่อการรักษาและการติดต่อเพื่อส่งตัวกลับบ้าน) แต่ที่ผ่านมากู้ชีพตำบลหรือตำรวจนำส่ง ไม่มีญาติ/คนรู้จักมาด้วย มักจะปฏิเสธไม่รับผู้ป่วย -ไม่มีอุปกรณ์และแพทย์เฉพาะทางกาย หากป่วยทางกายต้องส่งตัวกลับไปรักษาที่ รพ.จังหวัด เป็นเหตุที่ต้องการให้ตรวจวินิจฉัยโรคทางกายก่อน -ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บจากการเข้าชาร์ต แสดงว่าปฏิบัติการเข้าช่วยเหลือไม่ถูกต้อง	-รพ.จิตเวช มีการประสานกันระหว่าง รพ.จังหวัดทุกครั้ง เพื่อเตรียมบุคลากรและเตียงนอน -การคัดกรองเอาการทางกาย ส่วนหนึ่งเป็นการไม่เอาเชื้อโรคทางกายมากระจายสู่คนอื่น -รพ.จิตเวช มีหลักสูตรอบรมการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ยินดีเป็นหน่วยงานฝึกอบรมให้ หากมีการร้องขอ -กรณี ไม่มีญาติ คนรู้จักสามารถให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน รพ.สต. ที่มีข้อมูลผู้ป่วยมาด้วยเพื่อให้ข้อมูล หรืออย่างน้อยมีใบบันทึกข้อความจากตำรวจ กรณีเป็นคนเร่ร่อน -เป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษา รพ.จังหวัด ที่ต้องการจัดการผู้ป่วยด้วยตนเอง
สสจ. (ผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉิน)	-ทุกจังหวัดมุ่งให้ความสำคัญกับการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปที่โรคทางกายเพราะขนาดปัญหามีมากกว่า และข้อจำกัดด้านทรัพยากร -การจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ต้องอาศัยความร่วมมือขององค์กรภาคีทั้งจากสถานพยาบาลของรัฐ และจาก อปท. โดย สสจ. เป็นผู้สนับสนุน ส่งเสริมและกำกับติดตาม ดังนั้นการจัดระบบจึงขึ้นอยู่กับความร่วมมือของภาคีเหล่านี้ -ไม่มีองค์ความรู้หรือบทเรียนการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินกับผู้ป่วยกลุ่มนี้มากนัก -สสจ. ไม่รู้จัก พ.ร.บ.สุขภาพจิต 2551	-หลักสูตรการฝึกอบรม EMR ฉบับใหม่ มีการฝึกอบรมการช่วยเหลือผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง อาละวาด แต่จะต้องทำความเข้าใจและหาผู้เชี่ยวชาญมาฝึกอบรม -บางจังหวัด ที่มีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก จะชวนเชิญผู้รับผิดชอบด้านจิตเวช ของ สสจ. ร่วมวางแผนและจัดระบบบริการฯ ด้วย -สสจ. ให้ความสำคัญประเด็นนี้ แต่หน่วยงานระดับนโยบาย (กรมสุขภาพจิต + สพฉ. + กระทรวงสาธารณสุข) ควรกำหนดและวางแผนนโยบายร่วมกัน
สพฉ. + กรมสุขภาพจิต + สป.สธ	**สพฉ.** -เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของ สพฉ.กับการคัดแยกจิตเวชฉุกเฉินของกรมสุขภาพจิตไม่ตรงกัน -เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน ไม่รู้บทบาทและขอบเขตงานชัดเจนกับการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วย -หลักสูตรการฝึกอบรมที่มียังไม่มีความจำเพาะต่อการปฏิบัติการฉุกเฉินและยังไม่มีการฝึกอบรม -แนวคิด “จุดเกิดเหตุมีความปลอดภัยก่อนเท่านั้น จึงจะปฏิบัติการฉุกเฉิน” ไม่ตรงกับการปฏิบัติจริง -ข้อจำกัดด้านทรัพยากร การจัดระบบจึงขึ้นอยู่กับจำนวน ความรุนแรงของอาการนำลำดับต้น	-มี พ.ร.บ. การแพทย์ฉุกเฉิน 2551 มี สพฉ.เป็นหน่วยวางแผนนโยบาย กำหนดหลักเกณฑ์ มาตราฐาน คุณภาพ ติดตามกำกับ -ผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในอาการนำที่ 13 ในหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 -มีหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับ และมีบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉิน กระจายเกือบครอบคลุมทั่วประเทศ -มีหน่วยงานท้องถิ่นเข้ามามีส่วนมาจัดบริการ (รถ คน) และบริหารจัดการระบบ (ระบบ รถ คน ในจังหวัด) -สสจ.ทุกจังหวัดรับผิดชอบกำหนดนโยบาย จัดระบบและวางแผนการดำเนินงาน

	สถานการณ์/สภาพปัญหา	ต้นทุน/โอกาสพัฒนา/ปัจจัยความสำเร็จ
	กรมสุขภาพจิต **ภายหลังดำเนินการตาม พ.ร.บ. สุขภาพจิต 2551 พบว่า** -เจ้าหน้าที่ตำรวจ อบต. พนักงานเจ้าหน้าที่ยังไม่ทราบบทบาทของตนในการนำส่ง ขาดงบประมาณในการสนับสนุนการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่การรักษา -บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขยังขาดความรู้ ความเข้าใจใน พ.ร.บ. เจ้าหน้าที่มีการย้ายงานหรือเจ้าหน้าที่ใหม่ขาดประสบการณ์ทำให้งานไม่ต่อเนื่อง -ขั้นจำหน่าย พบปัญหาไม่มีรองรับผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช -ประชาชนไม่รู้ พรบ.สุขภาพจิต ไม่มีส่วนร่วมภาคประชาชนในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช	-มี พ.ร.บ. สุขภาพจิต 2551 มีหน่วยงานรับผิดชอบขับเคลื่อน -“พนักงานเจ้าหน้าที่” เดิมไม่รวมผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน จึงเสนอให้แก้ไขโดย เพิ่มเจ้าหน้าที่จากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นผู้ช่วยเหลือพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 -กรมสุขภาพจิตมีแผนบูรณาการร่วมกับ สพฉ.กำหนดเกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเวช กรณีฉุกเฉิน จัดทำหลักสูตรสำหรับตำรวจและบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งอาจเป็นหลักสูตรการประเมินอาการและส่งตัวผู้มีความผิดปกติทางจิต -มีแผนพัฒนาเชื่อมประสานหมายเลขฉุกเฉิน 1323 ของกรมสุขภาพจิต กับ 1669 ให้เป็นผู้รับปัญหาและส่งต่อกับระบบ 1669 -มี รพ. จิตเวช กระจายทั่วภูมิภาค

อาคารสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

เลขที่ 88/4 กระทรวงสาธารณสุขซอย 6

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

โทรศัพท์ 0 2872 1669 โทรสาร 0 2872 1601-6