

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

นิตยา สินธุ์ภูมิ*, วาสนา สุระภักดิ์**, สัจจิตตา ฤทธิมนตร์**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต และ 3) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้และประเมินผล

รูปแบบการวิจัย : วิจัยและพัฒนา

วิธีดำเนินการวิจัย : ดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต และ 3) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย แพทย์ประจำตัวผู้ป่วย บุคลากรทีมสุขภาพ และผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึก การสนทนากลุ่มและใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละและวิเคราะห์ปัญหาจากการสนทนากลุ่มที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 1) การเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วยและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การรักษาและการพยาบาล 4) การส่งต่อผู้ป่วย 5) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และ 6) การบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ ผลการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า ผู้ป่วยมีระดับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลดลง การส่งต่อลดลงร้อยละ 20.00 ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัย ไม่เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน นอกจากนี้บุคลากร และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตมีความพึงพอใจ

สรุปและข้อเสนอแนะ : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตสามารถนำไปใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ โดยเกิดระบบงานที่ชัดเจน สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาต่อในระยะยาวในกลุ่มผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้น

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต, พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง, ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง



The Development of a Mental Health Crisis Emergency Care Model in Atsamat Hospital, Roi Et Province

Nittaya Sinphum*, Wasana Suraphak**, Sujitta Ritmontree**

Abstract

Purpose: To 1) study the problem and analyze the situation of emergency care for patients with mental health crises, 2) develop a model for caring for emergency patients with mental health crises, and 3) apply and evaluate the developed model.

Design: Research and Development

Method: The research was conducted in 3 steps: 1) study the problem and analyze the situation, 2) develop a model for caring for emergency mental health crisis patients, and 3) apply and evaluate the developed model. The sample group was purposively selected and consisted of patient history files, health team personnel, and emergency mental health crisis patients. Data were collected using record forms, group discussion, and apply the care model for emergency mental health crisis patients. Quantitative data were analyzed using frequency and percentage, and content analysis of qualitative data from focus group.

Main findings : The developed model for emergency care for mental health crisis patients consisted of 1) understanding and accepting illness and protecting patient rights, 2) patient assessment, 3) giving treatment and nursing care 4) patient referral, 5) educating patients and caregivers, and 6) recording information systematically. The results of applying the model found that patients' levels of violent aggressive behavior decreased. Referrals decreased by 20%, and patients and personnel were safe and no properties damaged. In addition, personnel and patients receiving care according to the mental health emergency care model were satisfied.

Conclusion and recommendations: The Mental health crisis emergency care model can be used to care for this group of patients by creating a clear work system, which can actually be put into practice. However, there should be further study in the long term with a larger number of patient groups.

Keywords: Mental health crisis emergency care model, Violent aggressive behavior, Serious mental illness with high risk to violence

Journal of Nursing Science Christian University of Thailand. 2023, 10(2), 35-50

* Registered Nurse, Professional Level, Atsamat Hospital, Roi-et Province

** Instructor, Bachelor of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University of Thailand

Corresponding author, e-mail: sujittarnt@gmail.com, Tel 099-4635978

Received: 11 September 2023, Revised: 20 November 2023, Accepted: 6 December 2023

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่สำคัญไม่แตกต่างจากปัญหาสุขภาพกาย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก องค์การอนามัยโลกระบุว่าประชากร 1 ใน 4 จะได้รับผลกระทบจากความผิดปกติทางจิตใจหรือระบบประสาทในบางช่วงชีวิต และมีประชากรทั่วโลกราว 450 ล้านคนที่ต้องทนทุกข์ ทรมานจากสภาพดังกล่าว (World Health Organization [WHO], 2019) ซึ่งปัจจุบันผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยยาเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V) จากสถิติของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียน เป็นผู้ป่วย SMI-V จำนวน 13,194 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 8,245 ราย (ร้อยละ 62.49) เพศหญิง จำนวน 4,949 ราย (ร้อยละ 37.51) พบมากที่สุดคือคนในช่วงอายุ 26-45 ปี เป็นผู้ป่วย กลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F20 -F29) มากที่สุด จำนวน 5,516 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.22 และพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10 -19) จำนวน 2,213 ราย (ร้อยละ 17.34) และเมื่อพิจารณาจำแนกตามเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วย SMI-V พบว่า อันดับแรกคือการทำร้ายตนเอง ด้วยวิธีการรุนแรง จำนวน 7,397 (ร้อยละ 56.80) และอันดับที่สองคือ ผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายร่างกายผู้อื่น รุนแรง ก่อเหตุรุนแรง ทำให้บาดเจ็บล้มตายเป็นอันตรายในชุมชน จำนวน 3,880 ราย (ร้อยละ 29.80) (กรมสุขภาพจิต, 2565) พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทพบได้บ่อยและผู้ป่วยจะแสดง พฤติกรรมรุนแรงออกมาจนถึงทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นจนได้รับบาดเจ็บ

หรือสูญเสียชีวิตได้ (บัวลอย แสนละมุล และปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์, 2557) โดยหน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่ต้องพบเจอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือพฤติกรรมรุนแรงส่วนใหญ่เกิดในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และผู้ป่วยนอก ร้อยละ 25-80 หอผู้ป่วยจิตเวชและคลินิกจิตเวช มากกว่าร้อยละ 39 (Stevenson, 2014) โดยแต่ละปีจะมีประมาณร้อยละ 20 ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต (พรทิพย์ วชิรติลล และคณะ, 2563)

โรงพยาบาลอาจสามารถ อำเภอบางบาล จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขนาด 30 เตียง จากปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่า สถิติผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตเข้ารับบริการ 5,432 6,093, 5,039 คน ตามลำดับ และเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 540, 595 และ 647 คนตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 9.94, 9.77 และ 12.84 ตามลำดับ ปัญหาที่พบในผู้ป่วยเหล่านี้ คือ ขาดยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่องและมีการใช้สารเสพติดร่วม มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายร่างกายคนในครอบครัว คลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำลายทรัพย์สิน ญาติได้แจ้งตำรวจให้นำส่งโรงพยาบาล เมื่อเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยเหล่านี้มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงซ้ำ ทำลายทรัพย์สินของโรงพยาบาล ทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่และทำร้ายตนเองจนได้รับบาดเจ็บ ซึ่งที่ผ่านมาโรงพยาบาลอาจสามารถได้ให้การดูแลเพื่อให้อาการสงบที่แผนกฉุกเฉินแล้วส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวน 83, 94 และ 92 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลอาจสามารถ, 2566) ที่ผ่านมามีโรงพยาบาลอาจสามารถยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่ชัดเจน รวมถึงศักยภาพและความพร้อมที่ดีพอต่อการจัดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต และผู้ป่วยที่

มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเหล่านี้นั้นยังมีจำกัด จากประเด็นดังกล่าวข้างต้น ประกอบกับนโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ 2566 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้มุ่งเน้นการพัฒนา 4 ประเด็นใหญ่ โดยประเด็นที่ 4 มุ่งเน้นงานสุขภาพจิตตามปัญหาหลัก คือ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่นในสังคม (SMI-V) ซึ่งรวมไปถึงการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (Suicide prevention) ด้วย (กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, 2565) ดังนั้นจึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้รับบริการรายอื่น รวมไปถึงบุคลากรและสิ่งแวดลอม อันเป็นการสะท้อนคุณภาพการบริการที่มีประสิทธิภาพ

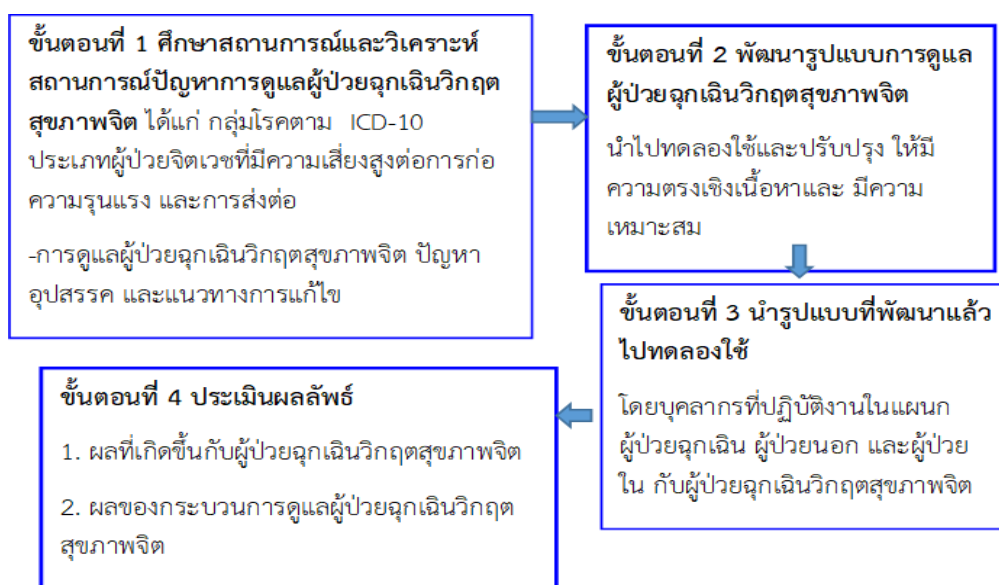
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต 3 ขั้นตอน ดังนี้
1) ศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์

2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต และ 3) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้และประเมินผล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาของเบเมลมันส์ Bemelmans (1979) ที่ดำเนินการทั้งหมด 4 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาให้ชัดเจน เป็นการสำรวจข้อมูลเชิงปริมาณ หรือเชิงคุณภาพ และสิ่งที่ต้องการพัฒนาขึ้นมาเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำงาน 2) พัฒนารูปแบบนำไปทดลองใช้และปรับปรุง ให้มีความตรงเชิงเนื้อหาและ มีความเหมาะสม 3) นำรูปแบบที่สมบูรณ์ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่มารับบริการ และ 4) ประเมินผลของรูปแบบและเผยแพร่รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต โดยการประเมินผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต และผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต (ดังแผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ทำการพัฒนารูปแบบการดูแลและประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต โดยดำเนินการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต โดยเก็บข้อมูลเอกสารจากเวชระเบียนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ จำนวนผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยตาม ICD-10 ลักษณะความรุนแรง การดูแลในโรงพยาบาล การส่งต่อ และข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มในบุคลากรของโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ดำเนินการโดยนำข้อมูลปัญหาจากขั้นตอนที่ 1 มาวิเคราะห์เพื่อกำหนดปัญหาที่ชัดเจนและแนวทางแก้ไข แล้วจัดประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน จำนวน 34 คน เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต (ฉบับร่าง) จากนั้นนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพ และทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแล้วปรับปรุงแก้ไข และนำกลับมาให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินจำนวน 2 วงรอบก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลลัพธ์โดยประเมินผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต และผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแฟ้มประวัติผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติดที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ. 2564–เมษายน 2566 จำนวน 674 แฟ้ม บุคลากรทีมสุขภาพในโรงพยาบาลจำนวน 193 คน และผู้ป่วยสุขภาพจิตและยาเสพติดที่เข้ารับบริการในเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 185 คน (โรงพยาบาลอาจสามารถ, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัยโดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาล ตั้งแต่ตุลาคม 2564–เมษายน 2566 ทั้งหมดจำนวน 126 ราย และทีมบุคลากรของโรงพยาบาล คัดเลือกแบบเจาะจง จากผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป จำนวน 10 คน เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรของโรงพยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน จำนวน 34 คน ในจำนวนนี้มีซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 (ทีมบุคลากรของโรงพยาบาล) จำนวน 10 คน

ขั้นตอนที่ 3 และ 4 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตที่ถูกควบคุมตัวมาโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย หรือผู้นำชุมชน เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่วันที่ 6 พฤษภาคม- 30 กรกฎาคม 2566 ทั้งหมดจำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีรายละเอียดของเครื่องมือตามขั้นตอนการวิจัย ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลจากการศึกษาแฟ้มประวัติผู้ป่วย ได้แก่ กลุ่มโรคตาม ICD-10 ประเภทผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และการส่งต่อและแบบสัมภาษณ์สภาพและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต เพื่อสนทนากลุ่มกับบุคลากรโรงพยาบาล สร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลสถานการณ์การดูแล ปัญหาอุปสรรค และแนวทางในการแก้ไขและพัฒนาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต

ข้อคำถาม 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการแก้ไข

ขั้นตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแต่ละขั้นตอนตั้งแต่ การรับผู้ป่วย การประเมิน การดูแลและการส่งต่อ

ขั้นตอนที่ 3 ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล ดังต่อไปนี้

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 2 ประกอบด้วย การเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วยและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วย

การรักษาและการพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วย การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ และการบันทึกข้อมูล

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลประกอบด้วย

3.2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ประกอบด้วย อายุ เพศ ปัญหาวิกฤตสุขภาพจิต สาเหตุ การได้รับการวินิจฉัย รูปแบบการรักษา และผลลัพธ์การดูแล

3.2.2 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt aggression scale: OAS) ประกอบด้วย ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจำนวน 3 ข้อ คือ ต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อทรัพย์สิน การตัดสินใจระดับความรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรม เพียงข้อเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ ประเมินได้มีความหมายดังนี้ (Yudofsky, Silver & Jackson, 1998)

กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้

เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน

ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น หรือทรัพย์สิน

3.2.3 แบบประเมินความคิดเห็นของบุคลากรของโรงพยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

สุขภาพจิตได้พัฒนาจากแบบสำรวจความเป็นไปได้ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ลักษณะเป็นการสำรวจเพื่อประเมินผลลัพธ์ ในเรื่องความสะดวก ความง่ายในการนำมาใช้งาน ผู้ปฏิบัติสามารถนำมาใช้ได้จริง ในการดูแลผู้ป่วย ประหยัดค่าใช้จ่าย ผู้ปฏิบัติมีความพึงพอใจ และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (นภัสสรณ์ รังสิเวโรจน์ และคณะ, 2565 อ้างใน ศิริรัตน์ นิตยวัน, 2553) ลักษณะคำตอบเป็นการเลือกตอบตามความคิดเห็น คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยน้อย ซึ่งไม่มีค่าคะแนน

3.2.4 แบบประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต โดยมีลักษณะคำตอบตามความคิดเห็น คือ เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยซึ่งไม่มีค่าคะแนน โดยมีการระบุเหตุผลประกอบ **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย**

เครื่องมือแบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์สภาพและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต สำหรับบุคลากรโรงพยาบาล แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต แบบประเมินความคิดเห็นของบุคลากรที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและแบบประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาและการสร้างเครื่องมือ มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ .83

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt aggression scale: OAS) เป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข นักวิจัยจึงไม่ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยซ้ำ

แบบประเมินความคิดเห็นของบุคลากรของโรงพยาบาลที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย นำไปตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นกับบุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

นำแบบประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตไปทดลองกับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลใกล้เคียงกับโรงพยาบาลพื้นที่วิจัย จำนวน 30 คน ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ.87

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย ขออนุมัติผู้เข้าร่วมวิจัย ขอเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการ นำหนังสือที่ได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการถึงหัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการประชุม อบรม และจัดเก็บข้อมูล

2. จัดเตรียมเอกสาร วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ที่เกี่ยวข้องในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ดำเนินการตามขั้นตอนในการพัฒนา คือ
สำรวจปัญหา พัฒนารูปแบบ ทดลองใช้รูปแบบและ
การประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต
สุขภาพจิต

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้านี้ได้รับการรับรองพิจารณา
จริยธรรมโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง COE 0602566
ลงวันที่ 5 พฤษภาคม 2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์
และขั้นตอนในการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างสามารถ
ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลใดๆ ต่อ
การปฏิบัติงาน และการรักษาพยาบาลที่ได้รับหาก
กลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย ประการใดเกี่ยวกับการวิจัย
ครั้งนี้ผู้วิจัยยินดีตอบข้อสงสัยตลอดเวลา

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
โดย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์
เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามขั้นตอนการ

ดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ผลการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ปัญหาและแนวทาง พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต

1.1 การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์
โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยฉุกเฉิน
วิกฤตสุขภาพจิตที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลตั้งแต่
ตุลาคม 2564 - เมษายน 2566 จำนวน 126 คน เมื่อ
พิจารณาจำแนกตามกลุ่มโรค ด้วยหลัก ICD-10 พบว่า

ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมแบบโรค
จิตเภท และโรคหลงผิด หรือ F20-F29 จำนวน 76 คน
(ร้อยละ 60.32) รองลงมา เป็นกลุ่มโรคความผิดปกติ
ทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อ
จิตประสาท หรือ F10-F19 จำนวน 50 คน (ร้อยละ
39.68) โดยมีการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษาที่
เหมาะสมจำนวน 57 คน (ร้อยละ 59.52) เมื่อพิจารณา
แยกตามประเภทผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ
ก่อความรุนแรง (SMI-V) พบว่า ส่วนใหญ่มีประวัติทำ
ร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
จำนวน 51 คน (ร้อยละ 40.48) รองลงมา คือ มีอาการ
หลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้าย
ผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่มุ่งจะ
ทำร้าย จำนวน 44 คน (ร้อยละ 34.92) เคยมีประวัติ
ก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)
จำนวน 18 คน (ร้อยละ 14.29) มีประวัติทำร้ายตนเอง
ด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต จำนวน 7 คน (ร้อยละ
5.55) และผู้ป่วยมีลักษณะความรุนแรงมากกว่า 1 ข้อ
ขึ้นไป จำนวน 6 คน (ร้อยละ 4.76)

ผลการสนทนากลุ่มกับบุคลากรที่ให้การดูแล
ช่วยเหลือ จำนวน 10 คน ประกอบด้วย แพทย์
พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานบริการ
พบประเด็นและปัญหา ดังนี้

1.2 ปัญหาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต
สุขภาพจิต แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1.2.1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่
เข้ามารับบริการ เป็นผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยใช้ยาเสพติด
ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ขาดยาและอาการกำเริบ มีการ
หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน มีพฤติกรรมอาละวาด
คลุ้มคลั่งก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง คนอื่นและทรัพย์สิน
ถูกนำส่งโรงพยาบาลโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจ

1.2.2 บุคลากรยอมรับว่าสงสาร เห็นใจ เข้าใจผู้ป่วยและญาติ แต่มีความกลัว มีปัญหาและอุปสรรคในการจัดการกับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ขาดความรู้ทักษะ ขาดความเชื่อมั่นในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง กลัวถูกทำร้าย กลัวจะให้การช่วยเหลือไม่ถูกต้อง ขาดความพร้อมของทีมที่จะผูกมัด บทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน ว่าใครควรทำอะไรได้แต่จัดการปัญหาเฉพาะหน้า และไม่มีแพทย์เฉพาะทาง

1.2.3 ระบบการรับ-ส่งต่อ และการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ความเข้าใจต่อการดำเนินงานไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

1.2.4 ต้องใช้ระยะเวลานานกว่าพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยจะลดลง บางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บเจ้าหน้าที่บาดเจ็บ รวมถึงทรัพย์สินของโรงพยาบาลเสียหาย ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด เกิดผลกระทบค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและญาติผู้ดูแลระหว่างการส่งต่อ

1.2.5 กลุ่มตัวอย่างบุคลากรในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้เสนอให้มีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้รับบริการคนอื่นๆ และหรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานตลอดจนทรัพย์สินปลอดภัย และเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต โรงพยาบาลอาจสามารถที่พัฒนาขึ้น

จากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการ

ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ทำให้ผลที่ได้จากการพัฒนา คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่มารับบริการที่โรงพยาบาลอาจสามารถจังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังต่อไปนี้

2.1 การเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วยและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เป็นการยอมรับฟังและเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยเป็น พร้อมกับพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เช่นการเคารพเอกลิทธิของผู้ป่วยและญาติ

2.2 การประเมินผู้ป่วย โดยทีมสหวิชาชีพผู้ป่วยจะได้รับการซักประวัติ และคัดกรอง และประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt aggression scale: OAS) การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.3 การรักษาและการพยาบาล การรักษาด้วยยาเพื่อให้ผู้ป่วยอาการสงบ การพยาบาล เช่นการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด การปรับสิ่งแวดล้อม การจำกัดพฤติกรรม

2.4 การส่งต่อผู้ป่วย เช่น การส่งต่อประวัติอาการ การรักษา ให้กับแผนกหรือโรงพยาบาลที่รับตัวผู้ป่วยไว้รักษาต่อ ให้แก่ญาติหรือผู้ดูแล

2.5 การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต

2.6 การบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติอย่างเป็นระบบ เช่น การบันทึกข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยลงในระบบการเก็บข้อมูลของโรงพยาบาล



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด

3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบไปใช้ และประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต เป็นเวลา 3 เดือน (พฤษภาคม-กรกฎาคม 2566)

3.1 มีผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการและใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตทั้งหมด 10 คน เป็นเพศชาย 9 คน เพศหญิง 1 คน มีอายุระหว่าง 24 - 55 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท จำนวน 6 คน และอีก 4 คนเป็นผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด ระดับพฤติกรรมรุนแรง (OAS) ระดับ 3 จำนวน 4 คน ได้รับ

การดูแลแบบผู้ป่วยในจำนวน 3 คน ส่งต่อจำนวน 1 คน ระดับ 2 จำนวน 6 คน ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 3 คน ผู้ป่วยใน จำนวน 2 คน ส่งต่อ 1 คน หลังจากได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตมีระดับพฤติกรรมรุนแรง (OAS) ลดลงเป็นระดับ 0 หรืออาการสงบจำนวน 9 คน และระดับพฤติกรรมรุนแรง (OAS) ระดับ 1 จำนวน 1 คน และยังพบว่า ทุกคนปลอดภัยซึ่งหมายถึง ผู้ป่วย ผู้รับบริการอื่นๆ และเจ้าหน้าที่ปลอดภัย ทรัพย์สินไม่ได้รับความเสียหาย เมื่อได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้น รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะและระดับพฤติกรรมรุนแรง รูปแบบการรักษาและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน
วิกฤตสุขภาพจิต (n=10)

คนที่	ข้อมูลผู้ป่วย	ลักษณะพฤติกรรมรุนแรง	ระดับพฤติกรรมรุนแรง (OAS)		รูปแบบการรักษา	ผลลัพธ์การดูแล
			ก่อน	หลัง		
1	เพศชาย อายุ 42 ปี การวินิจฉัย F10.10	อะอะโวยวาย ชู่จะทำร้าย คนอื่น หูแว่ว เห็นภาพ หลอน	2	0	ผู้ป่วยนอก	ทุกคนปลอดภัย ทรัพย์สินไม่เสียหาย
2	เพศชาย อายุ 31 ปี การวินิจฉัย F10.31	หงุดหงิดโมโห ค่ำมารดา เพื่อ บ่นอยากตาย	2	0	ผู้ป่วยใน	ทุกคนปลอดภัย ทรัพย์สินไม่เสียหาย
3	เพศชาย อายุ 29 ปี การวินิจฉัย F15.10	โวยวาย ก้าวร้าว เห็นภาพ หลอน ชู่จะทำร้ายคนอื่น และตนเอง	3	0	ผู้ป่วยใน	ทุกคนปลอดภัย ทรัพย์สินไม่เสียหาย
4	เพศหญิง อายุ 35 ปี การวินิจฉัย F20.00	อะอะโวยวายเสียงดัง เดิน ไปมา ชู่จะทำร้ายร่างกายคน อื่น	2	1	ส่งต่อ	ทุกคนปลอดภัย ทรัพย์สินไม่เสียหาย
5	เพศชาย อายุ 55 ปี การวินิจฉัย F20.00	อะอะโวยวาย ไม่นอน พูดชู่จะทำร้ายคนอื่นเห็น ภาพหลอน	2	0	ผู้ป่วยนอก	ทุกคนปลอดภัย ทรัพย์สินไม่เสียหาย
6	เพศชาย อายุ 25 ปี การวินิจฉัย F10.30	เพ้อบ่นคนเดียว ดุคำคนอื่น หูแว่ว กลางคืนไม่นอน	2	0	ผู้ป่วยใน	ทุกคนปลอดภัย ทรัพย์สินไม่เสียหาย
7	เพศชาย อายุ 24 ปี การวินิจฉัย F29.00	กระวนกระวาย พูดหัวเราะ คนเดียว ดุคำหยาบคาย	2	0	ผู้ป่วยนอก	ทุกคนปลอดภัย ทรัพย์สินไม่เสียหาย
8	เพศชาย อายุ 51 ปี การวินิจฉัย F29.00	อะอะ อาระวาด โมโหร้าย ทำลายของใช้ภายในบ้านพัง และชู่จะเผาบ้าน	3	0	ผู้ป่วยใน	ทุกคนปลอดภัย ทรัพย์สินไม่เสียหาย
9	เพศชาย อายุ 37 ปี การวินิจฉัย F19.00	อะอะโวยวาย ไม่นอน พูด บ่นคนเดียว ทำลายสิ่งของ ถื้อมีดไว้ตลอด	3	0	ส่งต่อ	ทุกคนปลอดภัย ทรัพย์สินไม่เสียหาย
10	เพศชาย อายุ 33 ปี การวินิจฉัย F15.10	อะอะอาละวาดทำลายข้าว ของ มีหูแว่ว ภาพหลอน และชู่จะทำร้ายมารดา	3	0	ผู้ป่วยใน	ทุกคนปลอดภัย ทรัพย์สินไม่เสียหาย

3.2. ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตพบว่า ผู้ป่วยทั้งหมด 10 คน เห็นด้วยกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ทั้ง 4 ด้าน คือ มีประโยชน์ต่อตัวเอง มีประโยชน์ต่อญาติหรือผู้ดูแล รู้สึกสบายใจในการได้รับการดูแล และรู้สึกพึงพอใจที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้น

3.3. ความคิดเห็นของบุคลากรโรงพยาบาลประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานบริการ ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 34 คน มีความเห็นด้วยในระดับมากในการทำให้การปฏิบัติงานเป็นระบบง่ายขึ้น ทำให้ลดการส่งต่อผู้ป่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย มีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบและมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของบุคลากรโรงพยาบาลต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต (n=34)

ความคิดเห็นต่อรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต	เห็นด้วยมาก		เห็นด้วยปานกลาง		เห็นด้วยน้อย	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ใช้งานง่ายไม่ยุ่งยาก	33	97.06	1	2.94	-	-
2. มีความสะดวกในการใช้	32	94.12	2	5.88	-	-
3. บุคลากรของโรงพยาบาลสามารถปฏิบัติตามรูปแบบได้	32	94.12	2	5.88	-	-
4. บุคลากรของโรงพยาบาลสามารถใช้ได้ดีในการดูแลผู้ป่วย	33	97.06	1	2.94	-	-
5. ทำให้การปฏิบัติงานเป็นระบบง่ายขึ้น	34	100.00	-	-	-	-
6. ทำให้ลดการส่งต่อผู้ป่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย	34	100.00	-	-	-	-
7. มีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบ	34	100.00	-	-	-	-
8. มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ	34	100.00	-	-	-	-

การอภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตพบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมแบบโรคจิตเภท (F20-F29) ร้อยละ 60.32 รองลงมาเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-19) ร้อยละ 39.68 สอดคล้องกับข้อมูลของกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิตที่พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด (F20-F29) มากที่สุดร้อยละ 43.22 รองลงมาเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-39) ร้อยละ 30.36 ส่วนอันดับที่ 3 เป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-19) ร้อยละ 17.34 (กรมสุขภาพจิต, 2563) แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตเป็นปัญหาครอบคลุมทุกพื้นที่ หากผู้ป่วยจิตเภทขาดยาไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องรวมถึงมีการใช้สุราและสารเสพติด ยิงจะมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงเรื้อรังต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น

สำหรับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีปัญหาและอุปสรรคในการจัดการกับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีความกลัวถูกทำร้าย กลัวจะให้การช่วยเหลือไม่ถูกต้อง ขาดความรู้ทักษะ ขาดความเชื่อมั่นในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ได้แต่จัดการปัญหาเฉพาะหน้า และไม่มีแพทย์เฉพาะทาง สอดคล้องกับการศึกษาของอัครเดช กลิ่นพิบูลย์, นาฏลดาน นานา, อีรภา ธานี, และคณะ (2561) พบว่า บุคลากรในสถานพยาบาล มี

ปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง คือ ขาดความเชื่อมั่นว่าจะสามารถจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ ขาดความรู้ทักษะในการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ความรู้ทัศนคติความเชื่อมั่นในการจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง มีทัศนคติอยู่ในระดับที่เห็นด้วยต่อการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แต่ไม่แน่ใจในวิธีการจัดการต่างๆ ไม่แน่ใจหรือไม่มีความเชื่อมั่นในตนเองต่อการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เกิดขึ้นในสถานปฏิบัติงาน ซึ่งจากปัญหาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตกลุ่มตัวอย่างบุคลากรได้เสนอและร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด เกิดแนวปฏิบัติและทดลองใช้ร่วมกัน

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในโรงพยาบาลอาจสามารถที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วยและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การรักษาและการพยาบาล 4) การส่งต่อผู้ป่วย 5) การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต และ 6) การบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของก่อกาลศิริวัฒน์ วนีกาญจน์ คงสุวรรณ และณอมศรี อินทนนท์ (2560) ที่ได้นำแนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว จากการทบทวนวรรณกรรมวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้มาประยุกต์ใช้ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบองค์ประกอบปฏิบัติการพยาบาล 6 องค์ประกอบ คือ 1) การเข้าใจยอมรับ

การเจ็บป่วยและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การรักษาและการพยาบาล 4) การส่งต่อผู้ป่วย 5) การให้ความรู้/คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวและ 6) การบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติอย่างเป็นระบบ อีกทั้งยังให้ข้อเสนอแนะว่าควรระบุถึงบุคคลที่สามารถช่วยเหลือในการพยาบาลและควรนำไปพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทั้งภายในโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาครอบคลุมทั้งแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน รวมไปถึงสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานบริการ ซึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเห็นด้วยระดับมากต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นทำให้การปฏิบัติงานเป็นระบบง่ายขึ้น ทำให้ลดการส่งต่อผู้ป่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย มีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบและมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ เนื่องจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นเป็นการพัฒนาจากปัญหาที่เกิดขึ้นการระดมความคิดเห็นร่วมมือร่วมใจในการพัฒนาเพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและองค์กร

3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตจำนวน 10 คน เป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิต

ประสาท จำนวน 6 คน และอีก 4 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิด ระดับพฤติกรรมรุนแรง (OAS) ระดับ 3 จำนวน 4 คน ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในจำนวน 3 คน ส่งต่อจำนวน 1 คน ระดับ 2 จำนวน 6 คน ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 3 คน ผู้ป่วยใน จำนวน 2 คน ส่งต่อ 1 คน หลังจากได้รับการดูตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตมีระดับพฤติกรรมรุนแรง (OAS) ลดลงเป็นระดับ 0 หรืออาการสงบจำนวน 9 คน และระดับพฤติกรรมรุนแรง (OAS) ระดับ 1 จำนวน 1 คน อธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นตามปัญหาที่พบและจากความต้องการของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วย ผู้รับบริการรายอื่น รวมไปถึงบุคลากรและสิ่งแวดล้อมปลอดภัยเป็นหลักนั้น ทำให้ได้ระบบงานที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริง มีวิธีการนำรูปแบบไปดำเนินการที่ดี เป็นที่ยอมรับจากผู้ปฏิบัติงาน ช่วยให้ทีมบุคลากรปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งสนับสนุนจากการศึกษาการพัฒนาแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่ของธีระศิริสมุต พรทิพย์ วชิรติลล และอนุรัตน์ สมตน (2561) ได้พบข้อเสนอจากการวิจัยว่า ทุกพื้นที่ที่มีปัญหาด้านศักยภาพและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยควรมีการพัฒนาแนวทางรูปแบบบูรณาการ ควรประกอบด้วย 5 แนวทางหลัก ได้แก่ 1) พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวช/กลุ่มเสี่ยง/ญาติ 2) พัฒนาศักยภาพการเป็นชุมชนจัดการตนเอง ที่ประกอบด้วยบุคลากรละหน่วยงานในพื้นที่ 3) พัฒนาระบบการจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ได้แก่ การแจ้งเหตุและให้ คำปรึกษา การประเมินและควบคุม

สถานการณ์ ระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและระบบการส่งต่อทุกระยะ พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาระบบนำส่งผู้ป่วยในช่องทางพิเศษ 4) โรงพยาบาลจัดการตนเองในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตสุขภาพจิต และ 5) การบูรณาการและวางแผนระบบการจัดการร่วมของหน่วยงานที่กำหนดนโยบาย อีกทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นยังได้พัฒนาตนเองส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง บุคคลอื่นและทรัพย์สินสอดคล้องกับการศึกษาของวิวรรณ วงศ์ตาชี (2560) ที่พบว่า ทีมพยาบาลที่ผ่านการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้รับความปลอดภัย ทั้งต่อผู้ป่วยเอง บุคคลอื่นและทรัพย์สิน

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

การวิจัยนี้มีการประเมินผลเพียงครั้งเดียว จึงควรมีการวิจัยซ้ำ โดยเพิ่มขนาดตัวอย่างในพื้นที่เป้าหมายและศึกษาติดตามต่อไปในระยะยาว รวมทั้งนำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปใช้และประเมินผลอย่างต่อเนื่องซึ่งจะทำให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานและร่วมกันวางแผนปรับปรุงแก้ไข ประเมินผลและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จนได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลอาจสามารถต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมตั้งแต่การเฝ้าระวังป้องกัน การส่งต่อ การดูแลและติดตามทั้งในและนอกโรงพยาบาลรวมถึงเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ
2. วิจัยพัฒนาระบบฐานข้อมูลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เชื่อมโยงกับเขตบริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). *คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence)* สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2565). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565 (Annual Report 2022)*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ก่อกาล ศิริวัฒน์, วณิกาญจน์ คงสุวรรณ, และถนอมศรี อินทนนท์. (2560). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพระแสง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(3), 26-36.
- กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2565). *นโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ 2566*. https://mhso.dmh.go.th/page/subject_details.php?



- ธีระ ศิริสมุด, พรทิพย์ วชิรดิolk, และอนุรัตน์ สมตน. (2561). การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(ฉบับเพิ่มเติม 2), S157-S171.
- นภัสสรณ์ รังสิโรจน์ม, ภัทราภรณ์ ภัทรสกุล, อรัญญา แพ้จ้อย, อมรรัตน์ ชัยนนถิ, และนัชชารินทร์ ชำของกิจ. (2565). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36(2), 181-203.
- บัวลอย แสนละมุล และปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์. (2557). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 2(3), 276-284.
- พรทิพย์ วชิรดิolk, ธีระ ศิริสมุด, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, ณรงค์ชัย วงศ์วาร, และอัญชลี เนื่องอุดม. (2563). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่*. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) นนทบุรี.
- โรงพยาบาลอาจสามารถ. (2566). *รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาจสามารถ*. โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด.
- วิวรรธน์ วงศ์ตาชี. (2560). การพัฒนาสมรรถนะทีมพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 4(2), 50-68.
- ศิริรัตน์ นิตยวัน. (2553). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการหูแว่วในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่* [การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. Chiang Mai University Digital Collection <https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:112823>
- อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, นาฏลดา น้าภา, อธิภา ธาณี, และสุภาพร จันทรสาม. (2561). การพัฒนารูปแบบการจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 26(3), 207-219.
- Bemelmans, T. M. A. (1979). Strategic planning for research and development. *Long Range Planning*, 12(2), 33-44.
- Stevenson, K. N. (2014). *Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units* McMaster University [Master's thesis]. McMaster University. <https://macsthere.mcmaster.ca/handle/11375/16054>
- Yudofsky, S, Silver, J .M. & Jackson, W. (1998). The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143(3), 35-39.
- World Health Organization. (2019). *Mental health problems worldwide: Trends and statistics*. <https://www.who.int>

