

บทความพิเศษ

Special Article

ผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคลุ้มคลั่งกับระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการในพื้นที่

พรทิพย์ วชิรติลล

กลุ่มงานวิจัย สำนักวิจัยและพัฒนาวิชาการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ติดต่อผู้เขียน: พรทิพย์ วชิรติลล email: leely575@gmail.com

วันรับ: 30 พ.ค. 2565

วันแก้ไข: 6 มิ.ย. 2565

วันตอบรับ: 13 มิ.ย. 2565

บทคัดย่อ

ปัญหาด้านสุขภาพจิตนับเป็นปัญหาที่สำคัญไม่ต่างจากสุขภาพกายและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกภูมิภาคทั่วโลก โดยเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ภาวะจิตประสาธ อารมณ์ ซึ่งเป็นลักษณะกลุ่มอาการหนึ่งที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มอาการนำที่ 13 Criteria Based Dispatch (CBD-13) ของเกณฑ์ในการคัดแยกและจัดลำดับการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 หมวด 3 การปฏิบัติการฉุกเฉิน ซึ่งนับตั้งแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัด รักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน แต่ผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคลุ้มคลั่งมีความเสี่ยงสูงต่อการทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น และทำลายสิ่งของแวดล้อม การดูแลช่วยเหลือต้องคำนึงถึงความปลอดภัย 3P safety คือ เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย (patient) บุคลากร (personnel) และสังคม (people and public) จึงมีความจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพทั้งภายในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคลุ้มคลั่งจึงใช้หลักการบูรณาการทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันอย่างไร้รอยต่อ ประกอบด้วย “ระบบชุมชนจัดการตนเอง” เน้นการสร้างความร่วมมือให้ชุมชนผ่านการคัดกรองและค้นหาข้อมูลกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ สร้างมาตรการชุมชนโดยชุมชน ทั้งในระยะเฝ้าระวังก่อนคลั่ง ขณะที่มีอาการคลุ้มคลั่ง และหลังกลับจากการรักษา เชื่อมรอยต่อกับ 191 และ 1669 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระยะก่อนโรงพยาบาล ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล และการนำส่งโรงพยาบาลปลายทางที่เหมาะสม

คำสำคัญ: สุขภาพ; ผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคลุ้มคลั่ง; ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

บทนำ

ปัญหาด้านสุขภาพจิตนับเป็นปัญหาที่สำคัญไม่ต่างจากสุขภาพกาย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกภูมิภาคทั่วโลก องค์การอนามัยโลกระบุว่าประชากร 1 ใน 4 จะได้รับผลกระทบจากความผิดปกติทางจิตใจหรือระบบ

ประสาทในบางช่วงของชีวิต และมีประชากรทั่วโลกราว 450 ล้านคนที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากสภาพดังกล่าว⁽¹⁾ ทั้งนี้อาการฉุกเฉินทางจิตมีลักษณะอารมณ์รุนแรง ก้าวร้าว อาละวาด เสี่ยงทำร้ายตนเอง ทำร้ายคนอื่นหรือทำลายข้าวของ มีสาเหตุจากหลากหลายปัจจัย ได้แก่ (1) จากการ

ใช้สารเสพติดจนทำให้เกิดอาการประสาทหลอนและคลั่ง (2) ปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวช เช่น มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน โรคซึมเศร้ารุนแรง (3) ความเจ็บป่วยทางกาย เช่น อุบัติเหตุทางสมอง ภาวะสับสนจากปัญหาพยาธิสภาพทางสมอง สมองเสื่อม และ (4) ความโกรธ ความเครียดจากปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว โดยอาจกระตุ้นให้รุนแรงมากขึ้นภายใต้ฤทธิ์ของการดื่มสุรา จากการทบทวนสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่อาจเป็นปัจจัยหรือสาเหตุการเกิดอาการคลุ้มคลั่ง มีภาวะทางจิตประสาทและอารมณ์ ในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและป่วยจิตเวชร้อยละ 20 จะมีโอกาสก่อความรุนแรง เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และชุมชนแวดล้อม ผู้ป่วยเหล่านี้จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษา แต่อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยในกลุ่มนี้ที่ต้องการความช่วยเหลือมากถึง 10 ล้านคน แต่มีเพียงร้อยละ 8 เท่านั้นที่เข้าถึงระบบการดูแลรักษา ซึ่งการที่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่สามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสม ส่งผลเสียอย่างยิ่งต่อระบบสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งนี้ เพราะปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงญาติ ผู้ดูแลและบุคคลอื่นในสังคม

อาการคลุ้มคลั่ง ภาวะจิตประสาท อารมณ์ เป็นลักษณะกลุ่มอาการหนึ่งที่พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551⁽²⁾ หมายรวมเป็นกลุ่ม “ผู้ป่วยฉุกเฉิน” เป็นบุคคลผู้ซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการกะทันหัน ซึ่งเป็นภัยอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรืออาการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น โดยถูกจัดอยู่ในกลุ่มอาการนาที่ 13 Criteria Based Dispatch (CBD-13) ของเกณฑ์ในการคัดแยกและจัดลำดับการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์ ดังนั้น หน่วยปฏิบัติการที่ขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จะต้องปฏิบัติตามการแพทย์ฉุกเฉินนับตั้งแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

จนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงการประเมิน การจัดการ การประสานงาน การควบคุม ดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่ง การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกสถานพยาบาล และในสถานพยาบาล⁽³⁾ แต่ที่ผ่านมามีทั้งการประเมินคัดแยกและให้รหัสความรุนแรง รวมทั้งหลักสูตรการฝึกอบรมยังไม่มีเฉพาะต่ออาการคลุ้มคลั่งจิตประสาท โดยเฉพาะทักษะที่จำเป็นเรื่องเจรจาต่อรองและการจำกัดพฤติกรรม อีกทั้งความเสี่ยงอันตรายที่นักปฏิบัติการฉุกเฉินอาจเกิดการบาดเจ็บจากการเข้าช่วยเหลือที่ไม่ถูกต้องและไม่ปลอดภัย ดังนั้น ความตระหนักในการประเมินสถานการณ์ (scene size-up) โดยประเมินสิ่งแวดล้อมของสถานที่เกิดเหตุอย่างรอบด้านมีความสำคัญ เพื่อความปลอดภัยวางแผนในการเข้าช่วยเหลือ

กรมสุขภาพจิตได้ผลักดันให้ผู้บริหารในระดับชาติเห็นความสำคัญของปัญหาทางสุขภาพจิต จนมีการกำหนดพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551⁽⁴⁾ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับสังคมและพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย ซึ่งกฎหมายฉบับนี้มีใจความสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการบังคับรักษาผู้ป่วยจิตเวชว่า หากบุคคลผู้ใดที่มีแนวโน้มจะเป็นอันตรายต่อตนเองและสังคม โดยบุคคลผู้นั้นไม่มีสติสัมปชัญญะ หรือไม่มีความรู้ตัวในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาด้วยตนเอง ผู้พบเห็นสามารถแจ้งเจ้าพนักงาน เช่น ตำรวจ หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ เพื่อให้พนักงานเจ้าหน้าที่นำตัวบุคคลที่มีแนวโน้มจะเป็นอันตรายเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่ได้แต่งตั้งไว้ ซึ่งปัจจุบันมีสถานพยาบาล 84 แห่งทั่วประเทศที่จัดเป็นสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชตามที่กฎหมายกำหนด และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2562 ฉบับที่ 2⁽⁴⁾ เป็นการคุ้มครองผู้ป่วยจากการเผยแพร่ข้อมูลใดๆ ในสื่อทุกประเภทที่อาจนำข้อมูลส่วนบุคคลไปใช้ประโยชน์ไม่ว่าในทางใดๆ อันจะทำให้เกิดความรังเกียจเหยียดฉันท หรือความเสียหายแก่จิตใจ ชื่อเสียง เกียรติคุณของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งให้

สามารถนำผู้ที่มีพฤติกรรมน่าเชื่อว่าเป็นผู้ป่วย ไปรับการบำบัดรักษาได้อย่างทันที่ ภายหลังจากดำเนินงานตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 พบปัญหาสำคัญในชั้นการนำส่ง โดยตำรวจ อบต. พนักงานเจ้าหน้าที่ยังไม่ทราบบทบาทของตนในการนำส่ง ขาดงบประมาณในการสนับสนุนการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่การรักษา เป็นต้น ชั้นการบำบัดรักษา พบว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขยังขาดความรู้ ความเข้าใจ พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 อีกทั้งเจ้าหน้าที่มีการย้ายงานหรือเจ้าหน้าที่ใหม่ขาดประสบการณ์ทำให้งานไม่ต่อเนื่อง บุคลากรขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน เป็นต้น ชั้นจำหน่าย พบปัญหาไม่มีรองรับผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และที่สำคัญพบปัญหาการไม่รู้ พ.ร.บ.สุขภาพจิตของประชาชน และมีส่วนน้อยมากที่พบการมีส่วนร่วมภาคประชาชนในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช⁽⁵⁾

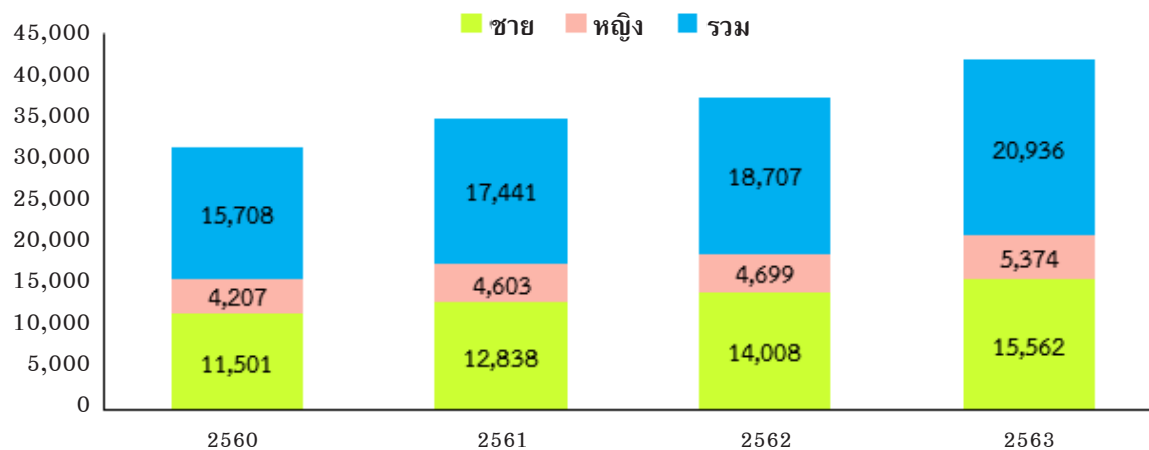
ปัญหาที่ผู้ป่วยเข้าไม่ถึงระบบการรักษาที่เหมาะสม รวมถึงไม่เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เกิดจากหลายปัจจัยและมีหลายภาคส่วนเกี่ยวข้องทั้งทางด้านมาตรการทางกฎหมาย การกำหนดและการปฏิบัติตามนโยบาย ข้อจำกัดด้านจำนวนและทักษะของบุคลากร ปัญหาการออกแบบระบบบริการ หรือกระบวนการที่ไม่ตอบสนองต่อความต้องการ หรือไม่จำเพาะต่อผู้ป่วยหรือกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต การติดตามประเมินผลที่ยังมีไม่มากพอ และยังขาดประสิทธิภาพ นอกจากนั้นยังพบการขาดความตระหนักหรือความไม่รู้สัญญาณเตือนหรือโรค ความไม่รู้ในการปฏิบัติตัวหรือการไปรับการรักษา รวมถึงยังพบทัศนคติเชิงลบของผู้ป่วย ญาติ และชุมชน จากการสอบถามผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเกี่ยวกับการจัดการเพื่อไปรับส่งผู้ป่วย พบปัญหาดังแต่ความไม่ถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ทักษะและแนวทางปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุที่ไม่ถูกวิธี ขาดการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยปฏิบัติการ เป็นต้น ซึ่งการจะแก้ไขปัญหาดังกล่าว จำเป็น

ต้องดำเนินการเชิงระบบ ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนตั้งแต่ระดับนโยบายระดับชาติ นโยบายและการปฏิบัติงานในพื้นที่ จนถึงระดับชุมชน ครอบครัวและตัวผู้ป่วยเอง^(6,7)

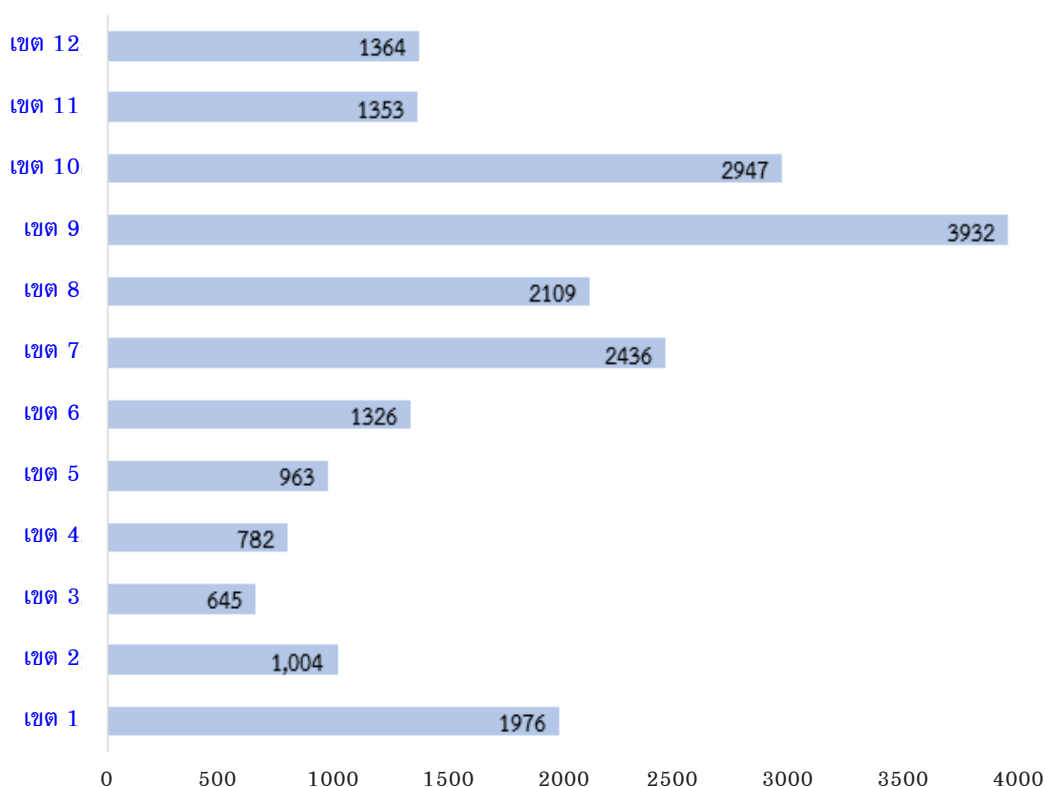
สถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

สถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เรียกใช้ 1669 ตามกลุ่มอาการนำ CBD-13 (คลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์) จากระบบเทคโนโลยีสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (Information Technology for Emergency Medical System: ITEMS)⁽⁸⁾ ระหว่าง ปี 2560-2563 พบมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีอัตราการเพิ่มเฉลี่ยต่อปี ประมาณร้อยละ 10.1 ทั้งนี้ ปี 2560 พบ 15,708 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 20,936 ราย ในปี 2563 เมื่อจำแนกตามเขตสุขภาพ พบว่า 3 ลำดับแรกที่พบสูงที่สุดอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ เขตสุขภาพที่ 9, 10 และ 7 จำนวน 3,932, 2,947 และ 2,436 รายตามลำดับ สำหรับเขตสุขภาพที่ 3 พบต่ำที่สุด จำนวน 645 ราย โดยลักษณะทั่วไปพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในอัตราส่วนประมาณ 4:1 ส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน อายุ 23-59 ปี รองลงมาเป็นกลุ่มวัยรุ่น อายุ 15-22 ปี โดยพบมากที่สุดช่วงปลายฝนต้นหนาว ระหว่างเดือนกันยายนและตุลาคม และเวลารับแจ้งเหตุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงสายถึงก่อนเที่ยง เมื่อพิจารณาความสอดคล้องของการคัดแยกตั้งแต่ phone triage, scene triage และ ED triage ในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) โดยภาพรวมมีความสอดคล้องมากที่สุด ที่สำคัญพบ under triage ของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) ประมาณร้อยละ 50 สำหรับระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินถึงจุดเกิดเหตุ (response time) ในระยะทาง ไม่เกิน 10 กิโลเมตร พบระยะเวลารวมในการออกปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนกลับฐานมากที่สุด 8 ชั่วโมง ดังภาพที่ 1 และ 2

ภาพที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เรียกใช้ 1669 กลุ่มอาการนำ CBD-13 (คลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์) ระหว่าง ปี 2560-2563 จำแนกตามเพศ



ภาพที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เรียกใช้ 1669 กลุ่มอาการนำ CBD-13 (คลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์) ระหว่าง ปี 2560-2563 จำแนกตามรายชื่อเขตสุขภาพที่ 1-12



สหสาขาวิชาชีพ แต่โรงพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่ยังคงมีกฎเกณฑ์รับการส่งต่อหลายขั้นตอน มีความยุ่งยาก ใช้เวลาค่อนข้างนาน ทั้งระบบส่งต่อปกติและนำส่งในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินคลุ้มคลั่งต้องรอที่ห้องฉุกเฉินเป็นเวลานานเกินควร ซึ่งมีความเสี่ยงที่อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย บุคลากร และคนรอบข้าง

การถอดบทเรียนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกันพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่มีอาการคลุ้มคลั่งแบบบูรณาการในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ ปี 2562-2564 โดยกระบวนการหรือขั้นตอนการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องจากหน่วยงาน/องค์กรที่มีบทบาทภารกิจ ได้แก่

- 1) กลุ่มปฏิบัติการด้านจิตเวชและยาเสพติด คือ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช ทีมสหวิชาชีพที่ให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต/ภัยพิบัติ (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team: MCATT)
- 2) กลุ่มปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลห้องฉุกเฉิน บุคลากรประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 ผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- 3) กลุ่มปฏิบัติการในชุมชน คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) ชุติรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.) แกนนำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน อสม.
- 4) เครือข่ายภายนอก เช่น เจ้าหน้าที่ในศูนย์แจ้งเหตุฉุกเฉิน 191 ตำรวจท้องที่ เจ้าหน้าที่ในสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด (ปภ.) ฯลฯ

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่ ได้มีการดำเนินงานใน 15 จังหวัดนำร่อง กระจายตามเขตสุขภาพที่ 1-12 โดยจังหวัดนำร่องดำเนินงานตามกิจกรรมหลัก และมี key person ผู้รับผิดชอบร่วมกัน รวมทั้งจากการติดตามประเมินผล และลงพื้นที่ถอดบทเรียน โดยใช้แนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ⁽¹⁰⁾ (six building box) ดังนี้

1. การจัดบริการ การจัดการในระบบการแพทย์-ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่ โดยมีกลไกการขับเคลื่อนผ่าน 4 องค์ประกอบที่เชื่อมกันอย่างไร้รอย ตั้งแต่การป้องกัน (secondary prevention) ค้นหาและคัดกรองความเสี่ยง สร้างความตระหนักให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันปัจจัยกระตุ้น รวมทั้งจัดตั้งทีมเผชิญเหตุเพื่อประเมินความรุนแรง พุดคุยเกลี้ยกล่อมเบื้องต้นถ่วงเวลา เพื่อรอตำรวจ หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน หรือหน่วยงานภายนอกเข้าช่วยเหลือ เชื่อมรอยต่อมาระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) ซึ่งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด จัดทำแนวปฏิบัติตั้งแต่ผู้รับแจ้งเหตุต้องใช้คำถามสั้น กระชับ รวดเร็ว แม่นยำในการประเมินความรุนแรง และสั่งหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินชุดที่เหมาะสมออกช่วยเหลือ และคำแนะนำสำหรับญาติก่อนที่หน่วยปฏิบัติการจะไปถึง เพื่อปฏิบัติการฉุกเฉินที่รวดเร็ว มีมาตรฐานและคุณภาพ บนหลักการ 3P safety ความปลอดภัยทั้งผู้ป่วย (patient) บุคลากร (personnel) และสังคม (people and public) สำหรับการประสานศูนย์รับแจ้งเหตุ 191 มีการจัดทำข้อตกลงร่วมกัน หากเกิดเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินคลุ้มคลั่ง ให้โทรแจ้ง 191 เป็นลำดับแรกเพื่อประเมินความปลอดภัยรอบด้าน เข้าเคลียร์พื้นที่ ปลดอาวุธ เข้าชาร์จ และเป็นผู้บัญชาการที่เกิดเหตุ สำหรับหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน 1669 จะร่วมปฏิบัติการนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล เชื่อมรอยต่อในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ รวมทั้ง โรงพยาบาลปลายทางที่เหมาะสม

(in-hospital care) โดยห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลทุกระดับต้องเตรียมพร้อมรับผู้ป่วยฉุกเฉินคลั่งจัดแยกโซนหรือมุมเฉพาะที่สงบไม่มีสิ่งกระตุ้น มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนตั้งแต่การคัดแยกกระตือรือร้นของอาการ (ED triage) การประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว (OAS: over aggressive scale) ที่เสี่ยงต่อการเกิด ER violence จัดระบบการรักษาด่วนระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินกับจิตแพทย์ได้ตลอดเวลา รวมทั้ง ประสานส่งต่อโรงพยาบาลปลายทางที่เป็นแม่ข่ายของพื้นที่ แต่อย่างไรก็ตาม การจะให้ระบบดังกล่าวสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ต้องอาศัยแกนนำหลักที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมีหน้าที่กำหนดเป้าหมาย แนวทางบูรณาการความร่วมมือ เสนอแนะให้คำปรึกษา ติดตามประเมินผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในระดับอำเภอให้เกิดบูรณาการทุกภาคส่วนในการส่งเสริมให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมุ่งเน้นแก้ไขหรือจัดการปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่นั้น ๆ นอกจากนี้ เจตนารมณ์สำคัญอีกประการ คือ การส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับการกำหนดนโยบาย ไปจนถึงระดับปฏิบัติการเป็นการลดช่องว่างหรือหลายกำแพงการทำงานข้ามต้นสังกัดหรือข้ามภาคส่วน โดยใช้พื้นที่ระดับอำเภอเป็นฐาน อีกทั้ง ระบบบริการสุขภาพ จำเป็นต้องใช้กลไกการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด เนื่องจากมีเป้าหมายหลักในการดำเนินการ คือ การลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอย อีกทั้งระบบบริการดังกล่าวสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้หลักการ เครือข่ายบริการไร้รอยต่อ (seamless health service network) เชื่อมโยงการบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง สร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างทั่วถึง เป็นธรรม และลดความเหลื่อมล้ำ⁽¹¹⁾

2. บุคลากร ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์-ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินจิตเวชสภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่ ประกอบด้วย 3 กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มมีผู้ที่เป็นหลัก (key person) ในการประสานเชื่อมเครือข่ายทุกภาคส่วนเข้าร่วมดำเนินการ ดังนี้

2.1 กลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการในภาพรวม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยหัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อที่ดูแลงานสุขภาพจิตและยาเสพติด จะเป็นหลักในการประสานเชื่อมทุกภาคส่วนฝ่ายการจัดตั้งคณะทำงานแกนหลัก ฯ (core team) ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ลงนามผ่านผู้ว่าราชการจังหวัด ซึ่งครอบคลุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภายในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น ตำรวจ ทหาร ปก. ฯลฯ ทั้งในเชิงบริหารจัดการและในเชิงปฏิบัติ เนื่องจาก core team ต้องเป็นผู้ดำเนินการถ่ายทอดระบบฯ วิธีดำเนินการ เครื่องมือรวบรวมข้อมูล กำกับและติดตาม รวมทั้งมีการเตรียมความพร้อม แก้ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ โดยใช้ซ้อมแผนบนโต๊ะ (table top exercise) และซ้อมจริงในพื้นที่ผ่านสถานการณ์จำลอง (scenario) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากที่ผ่านมาทำงานแยกส่วน ขั้วซ้อน และขาดการเชื่อมโยง ดังนั้น กลุ่มบุคลากรดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการปรับทัศนคติให้เห็นความสำคัญในการบูรณาการงานที่เกี่ยวข้องและเชื่อมระบบบริการอย่างไร้รอยต่อ จึงจะสามารถสร้างความร่วมมือให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาร่วมคิดและร่วมทำ เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินจิตเวชสภาพจิตสามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสม

2.2 กลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบชุมชนจัดการตนเอง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่บริหารจัดการ ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ และ รพ.สต. ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด จะเป็นหลักในการจัดประชุมชี้แจง อบรมให้ความรู้ พัฒนาทักษะด้านการค้นหากลุ่มเสี่ยง สร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสนอมาตรการต่าง ๆ ทั้งระยะก่อนมีอาการคลั่ง ขณะมีอาการคลั่ง และหลังกลับจากการรักษา โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) ชุติรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.) อาสาฉุกเฉินชุมชน (อจช.) ชุติปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) ที่สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือมูลนิธิ ตำรวจ ทหาร ญาติหรือคนใกล้ชิด ซึ่งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องดังกล่าว ควรได้รับการพัฒนาทักษะเกลี้ยกล่อม (brief for negotiating skill) และการจำกัดพฤติกรรม (physical restraints) เพื่อสร้างความมั่นใจในการเข้าปฏิบัติการร่วมกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ โดยประเมินความปลอดภัยอย่างรอบด้าน

2.3 กลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลจังหวัด กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและกลุ่มงานจิตเวช โดยจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวช ร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินจะเป็นหลักในการสร้างเครือข่ายสถานพยาบาลทุกระดับ ร่วมพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อตั้งแต่ pre-hospital, in-hospital และ inter-facility transfer โดยอยู่บนหลักการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และใช้สถานการณ์ปัญหาาร่วมเป็นปัญหาร่วมในการพัฒนา เช่น “หนุ่มคลั่งฆ่ามารดาและเผาบ้านฯ” “หนุ่มป่วยจิตคลั่งถูกวิสามัญหลังไล่ฟันตำรวจ” ซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะ 20 ปี โดยมุ่งลดการเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงระบบสุขภาพ โดยการยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people centered approach) ในการให้บริการสุขภาพ⁽¹²⁾ เช่นเดียวกับ ยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลก ที่เริ่มพัฒนาในทศวรรษที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ที่เน้นการดูแลสุขภาพที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการ บริการที่แยกส่วน และไม่มีคุณภาพ⁽¹³⁾

3. การจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ ระบบข้อมูลของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้พัฒนาระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMS: Information

Technology for Emergency Medical System โดยเป็นระบบงานที่นำเอาเทคโนโลยีทางสารสนเทศมาใช้นับสนุนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยเริ่มใช้งานทั่วประเทศเมื่อปีงบประมาณ 2554 มาจนถึงปัจจุบันโดยได้รับการปรับปรุงและพัฒนาระบบงานเพื่อเสริมศักยภาพและความสามารถของระบบอย่างต่อเนื่องแต่อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาที่ไม่สามารถระบุผู้ป่วยฉุกเฉินกลุ่มอาการ CBD-13 ว่ามีการใช้สารเสพติด หรือเป็นผู้ป่วยจิตเวชเดิมที่ขาดการรักษาหรือกักขังไม่ต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องมีการเพิ่มช่องให้บันทึก ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนเชื่อมระดับนโยบายในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการ ป้องกัน และปฏิบัติ ระหว่างกรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ และสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด การจัดการระบบข้อมูลของกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสก่อความรุนแรง ในกลุ่มโรคจิตเวชที่ขาดการรักษา โดยกรมสุขภาพจิตได้มีการสำรวจและจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V)⁽¹⁴⁾ เฉพาะโรงพยาบาลจิตเวช 14 แห่ง ที่สังกัดกรมสุขภาพจิต และข้อกำหนดรหัสมาตรฐานข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วย SMI-V ในระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (แฟ้ม SPECIALPP) ของกระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁵⁾ สำหรับกลุ่มเสี่ยงที่เคยมีประวัติใช้สารเสพติด รพ.สต. จะมีข้อมูลผู้ที่ผ่านการบำบัดเพื่อทำการติดตามฟื้นฟูในชุมชน ส่วนผู้ที่ดื่มสุราอาละวาด และผู้ที่เคยมีประวัติก่อความรุนแรงในชุมชน เพิ่งมีการสำรวจภายใต้โครงการในครั้งนี้ ซึ่งภาพรวมของทุกพื้นที่พบจำนวนกลุ่มเสี่ยงมากกว่าที่มีอยู่ในฐานข้อมูลของ รพ.สต. ส่วนใหญ่จัดเก็บในรูปแบบ excel ในคอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นโอกาสพัฒนาในการจัดการระบบข้อมูลของกลุ่มเสี่ยงสำหรับ รพ.สต. เพื่อเป็นฐานข้อมูลระดับปฐมภูมิในการขอสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4. การจัดการเทคโนโลยี/เครื่องมือ ชุดองค์ความรู้ที่ใช้ในการดำเนินงาน ประกอบด้วย (1) แนวทางการดูแล

ผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่ และ (2) คู่มือดำเนินการฯ โดยทั้ง 2 เล่ม มีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการพัฒนาระบบชุมชนจัดการตนเอง เชื่อมระบบบริการสุขภาพ รวมทั้ง การบริหารจัดการ ทั้งกลุ่มเป้าหมายสหสาขาที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอน/วิธีการขับเคลื่อน และเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล รวมทั้ง คลิปวิดีโอตัวอย่างการซ้อมแผนฯ ของจังหวัดยโสธรในปีที่ผ่านมา มีการใช้เทคโนโลยีระบบพิกัดของกลุ่มเสี่ยงผ่านระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (geographic information system: GIS) โดยสร้าง spot maps จาก Google maps และเชื่อมข้อมูลระหว่าง รพ.สต. หน่วยปฏิบัติการตำบลและศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด เพื่อการเฝ้าระวังรวมทั้งการใช้แอปพลิเคชัน Application ThaiEMS 1669 ในการแจ้งเหตุฉุกเฉินฯ ทำให้หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเข้าที่เกิดเหตุได้เร็ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพุทธจักรช่วยราย และอาจินต์ สงทับ⁽¹⁶⁾ ได้ประยุกต์ใช้ระบบภูมิสารสนเทศในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ สำหรับการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในเขตอำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ระบบ GIS สามารถเข้ามาจัดการและวิเคราะห์เพื่อใช้กำหนดระดับกลุ่มผู้ป่วยในรูปแบบข้อมูลเชิงพื้นที่ สำหรับช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง และวางแผนในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว ทั้งนี้ ยังมีแอปพลิเคชัน Police I lert u เป็นแอปพลิเคชันสำหรับแจ้งเหตุด่วน เหตุร้าย แจ้งเบาะแสถึงตำรวจผ่านสมาร์ตโฟน⁽¹⁷⁾ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุร้ายที่เบอร์โทร 191 อย่างเดียวเท่านั้น เพียงกดขอความช่วยเหลือจากตำรวจได้โดยการส่งข้อมูลส่วนตัว ชื่อ หมายเลขโทรศัพท์ ภาพถ่าย เวลาที่เกิดเหตุ รวมไปถึงตำแหน่งที่เกิดเหตุไปยัง War Room ซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่ตำรวจคอยรับเรื่องให้เรทตลอด 24 ชั่วโมง และจะประสานงานส่งเจ้าหน้าที่ตำรวจมาช่วยเหลือและบริการในทันที⁽¹⁷⁾

5. งบประมาณ/การคลังด้านสุขภาพ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตเกิดจากหลายปัจจัย โดยสาเหตุส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดยา ร่วมกับการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด ดังนั้น งบประมาณที่ใช้ในการ

ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถบูรณาการกับงานจิตเวชและยาเสพติด การศึกษาครั้งมีการสนับสนุนงบประมาณจำนวน 50,000 บาท สำหรับการขับเคลื่อนระบบฯ และตำบลนำร่องบางแห่งได้มีการเขียนโครงการของงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยกองทุนนี้มีหลักการสำคัญเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่บุคคลในพื้นที่โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น โดยรพ.สต. หรือ อบต. สามารถเสนอโครงการเพื่อขอสนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน⁽¹⁸⁾ ตัวอย่างเช่น “โครงการจิตเวชฉุกเฉินแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมในชุมชน ตำบลเว้ง” “โครงการพัฒนาเครือข่ายชุมชนร่วมใจ...ห่วงใยผู้ป่วยจิตเวช ตำบลกำแพง” “โครงการชุมชนร่วมใจ ห่วงใยผู้ป่วยจิตเวช ปี 2563 ตำบลบางแก้ว” สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีกองทุนสำหรับบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน เป็นการจ่ายเพิ่มเติมจากเงินเหมาจ่ายรายหัว เป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังทุกกลุ่มที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิดเพิ่มการเข้าถึงบริการให้ได้อย่างต่อเนื่องในชุมชน การบูรณาการงบประมาณปกติ และกองทุนต่างๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดคลั่งคลั่ง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังและผู้ใช้สารเสพติด โดยทีมนำเสนอสนับสนุนพื้นที่พัฒนาโครงการเพื่อขอสนับสนุนจากแหล่งกองทุนต่างๆ นำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตในชุมชนต่อไป

6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่ มีโครงสร้างการบริหารระบบโดยการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบฯ ระดับจังหวัด ซึ่งครอบคลุมหัวหน้าส่วนสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ลงนามโดยผู้ว่าราชการจังหวัด และคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ-

พัฒนาระบบฯ ระดับอำเภอ ลงนามโดยนายอำเภอ รวมทั้งใช้กลไกการขับเคลื่อนและกำกับติดตามผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมีหน้าที่ กำหนดเป้าหมาย แนวทาง บูรณาการความร่วมมือ เสนอแนะให้คำปรึกษา ติดตามประเมินผลการดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดบูรณาการทุกภาคส่วนในการส่งเสริมให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมุ่งเน้นแก้ไขหรือจัดการปัญหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่นั้น ๆ รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับการกำหนดนโยบาย ไปจนถึงระดับปฏิบัติการเป็นการลดช่องว่างหรือหลายกำแพงการทำงานข้ามต้นสังกัดหรือข้ามภาคส่วน โดยใช้พื้นที่ระดับอำเภอเป็นฐาน แม้ พชอ. จะเป็นคณะกรรมการในระดับอำเภอ แต่ทั้งนี้ปฏิบัติการหรือการขับเคลื่อนต้องลงลึกไปถึงระดับตำบลหรือหมู่บ้านเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรมและเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน พชอ. บางแห่งจึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการ หรือคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงานขึ้น โดยมากจะเรียกชื่อย่อว่า พชต. เพื่อทำหน้าที่ขับเคลื่อนให้เกิดพื้นที่ต้นแบบหรือพื้นที่นำร่องในระดับตำบล ซึ่ง พชต. มีความคล่องตัวและใกล้ชิดพื้นที่มากกว่า ช่วยสนับสนุนให้เกิดผลที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนมากขึ้น⁽¹⁹⁾ การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินจิตเวชสุขภาพจิตอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551⁽²⁾ เพื่อกำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน คัดกรองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติการ ประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน อันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน รวมทั้ง พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562⁽⁴⁾ เพื่อส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิต ควบคุมปัจจัยคุกคามด้านสุขภาพจิต พัฒนาสมรรถภาพ และ

คุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการคุ้มครองจากการเผยแพร่ข้อมูลใด ๆ ในสื่อทุกประเภท ตลอดจนเพิ่มสิทธิให้ผู้ดูแลเพื่อสามารถให้ดูแลผู้ป่วย อันจะนำไปสู่การอยู่ร่วมกันในสังคมไทยอย่างมีความสุข อีกทั้งพระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564⁽²⁰⁾ ประกาศใช้วันที่ 8 พฤศจิกายน 2564 เจตนารมณ์ในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่กฎหมายเกี่ยวกับการป้องกัน ปราบปราม และควบคุมยาเสพติด รวมถึงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ได้กระจายอยู่ในกฎหมายหลายฉบับ และการดำเนินการตามกฎหมายแต่ละฉบับเป็นหน้าที่และอำนาจของหลายองค์กร ทำให้การบังคับใช้กฎหมายไม่มีความสอดคล้องกัน อีกทั้งบทบัญญัติของกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดบางประการไม่เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน สมควรรวบรวมกฎหมายดังกล่าวจัดทำเป็นประมวลกฎหมายยาเสพติดเพื่อประโยชน์ในการอ้างอิงและใช้กฎหมายที่จะรวมอยู่ในฉบับเดียวกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งมาตรา 113-117 ได้มีการระบุการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติด ที่ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรอง การบำบัดรักษาและการฟื้นฟู โดยมีคณะกรรมการสหสาขาวิชาชีพจากหลากหลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามมาตราดังกล่าว ซึ่งผู้ป่วยฉุกเฉินจิตเวชสุขภาพจิตที่มีสาเหตุจากโรคทางจิตเวช หรือการใช้สารเสพติด หรือปัญหาสุขภาพทางกาย จะอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติฯ ทั้ง 3 ฉบับ โดยมุ่งเน้นช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง เท่าเทียม และมีประสิทธิภาพ จนสามารถกลับมาเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ

ข้อเสนอแนะเชิงบูรณาการ

1. สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการพัฒนาศักยภาพ และสร้างความตระหนักให้แก่ อสม./ แกนนำชุมชนในการค้นหากลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดอาการฉุกเฉินคลุ้มคลั่ง โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาไม่ต่อเนื่อง ผู้ใช้สารเสพติด

และผู้ดื่มสุราเมาอาละวาด ทำแผนที่ ระบุพิกัด และเผื่อ-
ระวังโดยชุมชน สร้างมาตรการหรือแนวทางชุมชน เน้น
“กันก่อนแก้” และ “จับสัญญาณได้และร้องขอความช่วยเหลือเป็น” รวมทั้ง จัดทีมเยี่ยมบ้านดูแลการรับประทาน
ยาต่อเนื่องหลังกลับจากการรักษา

2. กรมการปกครอง โดยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นผู้ช่วย
เหลือนายอำเภอ ตาม พ.ร.บ. ลักษณะปกครองท้องที่
พ.ศ.2457 มีหน้าที่รักษาความสงบเรียบร้อย ควรเป็น
ผู้นำในการจัดตั้ง “ทีมเผชิญเหตุ” โดยใช้ทรัพยากรใน
ชุมชน เช่น ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.) หรือ
ทีมอื่นๆ ที่อยู่ในชุมชน เข้าไปพูดคุยและประเมินความ
ปลอดภัย พร้อมทั้งมีแนวทางในการประสานขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายตำรวจ 191 และ 1669

3. กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ควรมอบนโยบาย
ให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ให้มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนมีการค้นหากลุ่มเสี่ยงจิต
คลุ้มคลั่ง และมีแผน/มาตรการในการเฝ้าระวังและจัดทีม
เผชิญเหตุช่วยเหลือ รวมทั้ง กำกับติดตามร่วมกับ พชอ.
/อสม. /เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ฯลฯ

4. สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ควรมีการเร่งพัฒนาระบบ
“บริการเลขหมายโทรศัพท์ฉุกเฉินแห่งชาติ
เลขหมายเดียว (national single emergency number)”
ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วและ
ทันทั่วถึงโดยไม่ต้องจดจำหมายเลขฉุกเฉินอื่นๆ และควร
มีเว็บบอร์ดหรือประกาศขั้นตอนการประสานงาน
ระหว่าง 191 กับ 1669 ในการออกเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินจิต
คลุ้มคลั่งที่ได้ร่วมกันพัฒนาจากพื้นที่นำร่อง สู่การขยาย
ผลในศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน 191 ทั้งประเทศ ซึ่งภารกิจ
หลักของตำรวจในพื้นที่ คือ ประเมินภาวะอันตรายรอบ
ด้าน เจาะตอรอง ปลดอาวุธ เคลียร์พื้นที่ให้ปลอดภัย และ
จำกัดพฤติกรรมของผู้คลุ้มคลั่ง เพื่อให้หน่วยปฏิบัติการ
ฉุกเฉินสามารถเข้าช่วยเหลือและนำส่งโรงพยาบาลต่อไป

5. กรมสุขภาพจิต ควรเป็นหลักในการจัดประชุมเชิง
เครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดูแล
ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต เพื่อร่วมระดมความคิดเห็น

ร่วมพัฒนา protocol ทุกรายต่อ โดยเฉพาะช่วงที่เป็นการ
ส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชนหรือจังหวัด และ
โรงพยาบาลจิตเวช ให้มีการปรับลดขั้นตอนต่างๆ ลด
ระยะเวลารอคอยในห้องฉุกเฉิน โดยคำนึงถึง (3P safety)
ความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และบุคคลแวดล้อม
รวมทั้งจัดทำหลักสูตรและสนับสนุนวิทยากรในการ
พัฒนาทักษะ “การพูดเกลี้ยกล่อม และการผูกมัดจำกัด
พฤติกรรมอย่างปลอดภัย” สำหรับผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน
และเจ้าหน้าที่ตำรวจ เพื่อสร้างความมั่นใจ และความ-
ปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

6. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ควรมีการลัก-
ดันและขับเคลื่อนการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน
วิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่ ผ่านคณะ
กรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan)
สาขาสุขภาพจิตและสารเสพติด โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัด
ในการกำกับติดตาม พร้อมทั้งพัฒนาแผนห้องฉุกเฉิน
ให้มีจุดรับผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง อาจเป็นห้องแยกหรือมุม
เฉพาะที่มีเครื่องมือ/อุปกรณ์การแพทย์น้อยที่สุด เพื่อลด
ปัจจัยรอบข้างที่อาจกระตุ้นอาการคลุ้มคลั่งมากขึ้น

7. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปราม
ยาเสพติด (ป.ป.ส.) ควรผลักดันการดำเนินการในเชิง
นโยบายและแนวทางการสนับสนุนสร้างการมีส่วนร่วม
จากครอบครัวและชุมชน โดยสร้างความตระหนักและ
ความรับผิดชอบ ให้สอดส่องและเฝ้าระวังทุกคนที่มี
โอกาสเสี่ยงใช้สารเสพติดและก่อให้เกิดอาการทางจิต
สนับสนุนภาพรวมการดำเนินการป้องกัน เฝ้าระวัง และ
แก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติด
รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณและสื่อองค์ความรู้ไปสู่การ
พัฒนาทั้งในระบบชุมชนจัดการตนเองและระบบบริการ
สุขภาพ

8. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ควรมีการ
พัฒนาเครือข่ายเพื่อขยายผลการใช้คำสั่งอำนาจการทั่วไป
ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน
วิกฤตสุขภาพจิต (offline protocol CBD-13) ครอบคลุม
ระดับ ALS, BLS และ FR ให้ครอบคลุม 13 เขตสุขภาพ

รวมทั้งพัฒนาระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) ให้สามารถระบุผู้ป่วยฉุกเฉินกลุ่มอาการ CBD-13 ว่ามีการใช้สารเสพติด หรือเป็นผู้ป่วยจิตเวช เก่าที่กินยาไม่ต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์วางแผน ในเชิงนโยบายต่อไป

9. การสนับสนุนงบประมาณภายใต้กองทุนสำหรับ บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนในการพัฒนาระบบฯ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข สำหรับผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช เรื้อรังทุกกลุ่มที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิดเพิ่มการเข้าถึง บริการให้ได้อย่างต่อเนื่องในชุมชน รวมทั้งสำนักงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยทีมสาธารณสุขเป็น พี่เลี้ยงในการให้ความรู้ รพ.สต. และแกนนำชุมชนจัดทำ โครงการพัฒนาการดูแลกลุ่มเสี่ยงในชุมชนจากกองทุน ต่าง ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Mental disorders affect one in four people 2019. [cited 2019 August 21] Available from: https://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/.
- พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 125, ตอนที่ 44 ก (ลงวันที่ 6 มีนาคม 2551).
- พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 125, ตอนที่ 36 ก (ลงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2551).
- พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136, ตอนที่ 50 ก (ลงวันที่ 16 เมษายน 2562).
- เปรมฤดี ดำรักษ์, อังคณา วังทอง, อนชิต วังทอง. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 20 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: http://www.ar.or.th/ImageData/Magazine/1/DL_10.pdf?t=6366733754
- พรทิพย์ วชิรดิolk, อีระ ศิริสมุด, อนุรัตน์ สมตน. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2561;32(2):69-83.
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, พรทิพย์ วชิรดิolk, อีระ ศิริสมุด, รสสุคนธ์ ชมชื่น. การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. ฐานข้อมูลในระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (Information Technology for Emergency Medical System, ITEMS). นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2563.
- พรทิพย์ วชิรดิolk, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, อีระ ศิริสมุด, อัญชลี เนื่องอุดม. การศึกษาเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินจิต คลุ่มคลั่งแบบบูรณาการในประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักวิจัยและพัฒนาวิชาการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2563.
- World Health Organization. Monitoring the building blocks of health system: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010.
- กองบริหารการสาธารณสุข. การขับเคลื่อนแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ. 2560-2564. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
- World Health Organization. The WHO traditional medicine strategy 2014-2023. Geneva: World Health Organization; 2014.
- กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. ฐาน-

- (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V). นนทบุรี: กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2563.
15. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข Health Data Center (HDC). นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2563.
 16. พุทธิจักร ช่วยราย และอาจินต์ สงทับ. การประยุกต์ใช้ระบบภูมิสารสนเทศในงานสาธารณสุข. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2019;6(3):229-36.
 17. อีรพงศ์ สีสานภาพ, ธนวัฒน์ กุสุณีน, ธัชกร จอมอุตม์. การพัฒนาแอปพลิเคชันมือถือสำหรับร้องขอความช่วยเหลือฉุกเฉินจากกลุ่มคน. วารสารวิทยาการและเทคโนโลยีสารสนเทศ. 2017;7(2):20-31.
 18. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2563.
 19. ปัญญา พลศักดิ์. การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2021;3(2):40-53.
 20. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138, ตอนที่ 73 ก (ลงวันที่ 8 พฤศจิกายน 2564).

Abstract

A Mental Crisis Emergency Patient Support under an Integrated Emergency Medical Service System in the Area

Porntip Wachiradilok

Bureau of Research and Academic Development, National Institute for Emergency Medicine, Thailand

Journal of Emergency Medical Services of Thailand 2022;2(1):77-89.

The mental health issue is considered as important as physical health and is in the increasing trends in all parts of the world, especially the mental crisis emergency patients with manic symptoms and psycho-emotional conditions. It is considered one of the symptoms that are classified in the Criteria Based Dispatch 13 (CBD-13) for screening and prioritizing emergency patient services according to the Emergency Medicine Act B.E. 2008 Category 3 Emergency Operations. The content ranges from recognizing the state of emergency to providing treatment for emergency patients and cures for emergencies. However, patients with manic episodes are at a higher risk of self-harm, hurting others, and destroying the environment. Safety care must be taken based on the 3P safety framework (patient, personnel, people and public); and therefore requires multidisciplinary cooperation both within and outside the Ministry of Public Health. As such, the development of an emergency medical service system for mental crisis emergency patients is based on the principle of collaboration from all sectors. The related stakeholders are seamlessly connected, consisting of a “self-management community system” that focuses on raising awareness of the community through screening and returning information on vulnerable groups in the area. This will set the community standard both in the surveillance period before having the symptoms, during mania, and after discharge from the hospital, as well as connecting 191 and 1669 hotlines to the pre-hospital care, in-hospital care, and appropriate inter-facility transfer to the definite hospital.

Keywords: mental health; mental crisis; emergency medical service system

Corresponding author: Porntip Wachiradilok, email: leely575@gmail.com