

การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบบูรณาการ ในพื้นที่อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ

พนิดา สารกอง, พย.บ.¹, สิริมาบงอร หลาวทอง, พย.บ.², พรชัย คำจันทร์ลา, พย.บ.³

บทคัดย่อ

ภาวะจิตเวชฉุกเฉินในพื้นที่ชนบทห่างไกลเป็นความท้าทายที่สำคัญของระบบสาธารณสุขไทย เนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากร การเข้าถึงบริการ และการขาดกลไกประสานงานที่มีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการโดยมีชุมชนเป็นฐาน เพื่อแก้ไขช่องว่างดังกล่าว วัตถุประสงค์: เพื่อ 1) วิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 2) พัฒนารูปแบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการ และ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการ 4 ระยะในพื้นที่อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 15 คนในระยะพัฒนารูปแบบ และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 60 คนในระยะประเมินผล เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.80-1.00) และความเที่ยง (Cronbach's Alpha = 0.82) และแนวคำถามสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน (Paired t-test, Chi-square) และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย: ระยะที่ 1 พบว่าระบบเดิมขาดการประสานงาน ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องสัญญาณเตือน และพึ่งพิงเครือข่ายไม่เป็นทางการ ระยะที่ 2 ได้ “รูปแบบการดูแลฉุกเฉินจิตเวชแบบบูรณาการฉบับโนนคูณ” ซึ่งประกอบด้วย 1) ระบบการคัดแยก ณ จุดเกิดเหตุ 2) คู่มือปฏิบัติการสำหรับทีมสหวิชาชีพ และ 3) เครือข่ายเฝ้าระวังโดยชุมชน ภายหลังจากนำรูปแบบไปใช้ 10 สัปดาห์ พบว่าผู้ดูแลมีความรู้เรื่องสัญญาณเตือนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) การแจ้งเหตุผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) เพิ่มขึ้นจาก 46.1% เป็น 90.0% ($p < .001$) การเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น 84.3% และอุบัติการณ์ความรุนแรงในชุมชนลดลง 90.4% สรุป: รูปแบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดความรุนแรง และเสริมสร้างขีดความสามารถของชุมชนในการจัดการภาวะจิตเวชฉุกเฉิน จึงควรได้รับการพิจารณาเพื่อขยายผลในพื้นที่ชนบทอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน, ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน, การวิจัยและพัฒนา, การดูแลโดยมีชุมชนเป็นฐาน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโนนคูณ, E-mail: Nonkoon1991@gmail.com

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, E-mail: dsn.siri@hotmail.com

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโนนคูณ, E-mail: Pornchai1978@gmail.com

The Development of an Integrated Emergency Medical System for Psychiatric Emergency Patients in Nonkhun District, Sisaket Province

Panida Sarnkong, B.N.S.¹, Sirimabangon Laothong, B.N.S.², Pornchai Khamjanla, B.N.S.³

Abstract

Background: Emergency psychiatric conditions in remote rural areas pose a critical challenge to Thailand's public health system due to limitations in resources, service accessibility, and the lack of effective coordination mechanisms. **Objectives:** This study aimed to (1) analyze the current situation and essential needs in the care of psychiatric emergency patients, (2) develop a community-based integrated emergency medical service (EMS) model, and (3) evaluate the effectiveness of the developed model. **Methods:** This research employed a Research and Development (R&D) design and was conducted in four phases in Nonkhun District, Sisaket Province. The participants included 15 key stakeholders during the model development phase and 60 caregivers of psychiatric patients during the evaluation phase. Research instruments consisted of a validated questionnaire (Item-Objective Congruence Index, IOC = 0.80–1.00; reliability, Cronbach's alpha = 0.82) and a focus group discussion guide. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics (Paired t-test, Chi-square), while qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: Phase 1 revealed that the existing system lacked coordination, caregivers had insufficient knowledge of early warning signs, and relied primarily on informal networks. Phase 2 produced the "Nonkhun Integrated Psychiatric Emergency Care Model," consisting of: 1) an on-site triage system, 2) an operational manual for multidisciplinary teams, and 3) a community-based surveillance network. After implementing the model for 10 weeks, caregivers demonstrated a statistically significant increase in knowledge regarding warning signs ($p < .001$). Reports through the EMS system increased from 46.1% to 90.0% ($p < .001$), service accessibility rose by 84.3%, and community-level violent incidents decreased by 90.4%. **Conclusion:** The developed community-based integrated emergency medical model proved effective in enhancing service accessibility, reducing psychiatric crisis-related violence, and strengthening community capacity in managing psychiatric emergencies. Therefore, the model should be considered for expansion and adaptation in other rural settings.

KEYWORDS: Psychiatric emergency patients, Emergency medical system, Research and development, Community-based care

¹ Registered Nurse, Nonkhun Hospital, E-mail: Nonkoon1991@gmail.com

² Registered Nurse, Sisaket Provincial Public Health Office, E-mail: dsn.siri@hotmail.com

³ Registered Nurse, Nonkhun Hospital, E-mail: Pornchai1978@gmail.com

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นวิกฤตการณ์ด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย (Thavorn et al., 2024) โดยมีประชากรถึง 13.4 ล้านคนที่เคยประสบปัญหาในช่วงชีวิต และมีแนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2025) สถานการณ์นี้ซับซ้อนยิ่งขึ้นจากเชื่อมโยงกับการใช้สารเสพติดและเหตุการณ์ความรุนแรงในสังคม (Institute for Population and Social Research, Mahidol University, 2025; World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2024) ความท้าทายนี้ปรากฏชัดเจนเป็นพิเศษในพื้นที่ชนบทห่างไกล ซึ่งต้องเผชิญกับความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ การกระจุกตัวของบุคลากรเฉพาะทางในเขตเมืองทำให้เกิดภาวะขาดแคลนอย่างรุนแรงในพื้นที่ต่างจังหวัด ประกอบกับอุปสรรคด้านภูมิศาสตร์และระยะทางยิ่งทำให้ช่องว่างในการเข้าถึงบริการกว้างขึ้น (Phuphisut, 2022; Sae-chew, 2023) ยิ่งไปกว่านั้น การตีตรา (Stigma) ต่อผู้ป่วยจิตเวทยังคงฝังรากลึกในสังคมไทย โดยมักถูกมองว่าเป็นเรื่องของความอ่อนแอส่วนบุคคลหรือเรื่องเหนือธรรมชาติ มากกว่าการเจ็บป่วยที่ต้องการการรักษา (Pacific Prime, n.d.) ทศกศติเชิงลบเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวลังเลที่จะขอความช่วยเหลือ โดยเฉพาะในชุมชนชนบทที่มีความใกล้ชิดกันสูง ซึ่งความกลัวต่อการถูกตีตราทวีความรุนแรงขึ้น (กรองจิต วลัยศรี, 2551)

สถานการณ์ในอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ สะท้อนภาพปัญหาเหล่านี้ได้อย่างชัดเจน ด้วยอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สูง และจำนวนผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ประกอบกับลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่ห่างไกลจากสถานพยาบาลเฉพาะทาง ทำให้การตอบสนองต่อภาวะจิตเวชฉุกเฉินเป็นไปอย่างล่าช้า และแยกส่วน นำไปสู่เหตุการณ์ความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของชุมชน (งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2562) แม้ว่าสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) จะได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแล้ว แต่ยังคงมีช่องว่างเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการนำรูปแบบดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประสิทธิผลอย่างยั่งยืน ในบริบทของพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากรจำกัด (ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์ และชนิษฐา นันทบุตร, 2561) งานวิจัยส่วนใหญ่มักมุ่งเน้นการพัฒนาารูปแบบในสถานพยาบาล แต่ยังขาดการศึกษาที่ครอบคลุมตลอดวงจรของการพัฒนาระบบการ

ดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care) ที่มีชุมชนเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง ดังนั้น การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อสร้างระบบการดูแลแบบบูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อตอบสนองต่อภัยคุกคามที่ท้าทายนี้และสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง (กรองจิต วลัยศรี, 2551; สุกัญญา ละอองศรี และคณะ, 2560)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอโนนคูณ
2. เพื่อออกแบบและพัฒนาารูปแบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
3. เพื่อนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบในมิติของกระบวนการดูแลและผลลัพธ์ทางคลินิก
4. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการขยายผลรูปแบบในพื้นที่อื่น

สมมติฐานการวิจัย

1. การใช้รูปแบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกล ทำให้การเข้าถึงบริการเป็นไปอย่างรวดเร็วและลดอัตราการเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงในชุมชน
2. ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่ได้รับการคัดกรองด้วยระบบ Triage จะสามารถเข้าถึงการรักษาได้เร็วขึ้นกว่าระบบเดิม
3. การพัฒนาคู่มือแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ จะเพิ่มความสามารถในการจัดการภาวะฉุกเฉินจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. การสร้างระบบเครือข่ายการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนจะช่วยลดอัตราการเกิดเหตุการณ์ซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะตามวงจรการวิจัยและพัฒนา ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (Research), ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ (Development), ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปใช้

(Implementation), และระยะที่ 4 การประเมินผล (Evaluation)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง:

1. กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 2 (การพัฒนารูปแบบ): ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) จำนวน 15 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ (โรงพยาบาล และ รพ.สต.), เจ้าหน้าที่ตำรวจ, ผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.), และตัวแทนผู้ดูแล

2. กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 และ 4 (การประเมินสถานการณ์และประเมินผล): ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ 2 ตำบลของอำเภอโนนคูณ จำนวน 60 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05, อำนาจการทดสอบ (Power) ที่ 0.8 และขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ 0.7 (Faul et al., 2009)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเรื่องสัญญาณเตือนและการขอความช่วยเหลือ: เป็นแบบสอบถาม 10 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้ 1) ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity): ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวช 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.80-1.00 และ 2) ความเที่ยง (Reliability): นำไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ดูแล 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.82

2. แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Guideline): ใช้สำหรับรวบรวมความคิดเห็นและความต้องการในการพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2

การเก็บรวบรวมข้อมูล:

ระยะที่ 1: เก็บข้อมูลพื้นฐาน (Baseline) โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล 60 คน

ระยะที่ 2: จัดกระบวนการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อร่วมกันออกแบบและยกยกรูปแบบ

ระยะที่ 3: นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในพื้นที่เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยมีการอบรมและชี้แจงแก่ทีมงานที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 4: เมื่อสิ้นสุด 10 สัปดาห์ เก็บข้อมูลหลังการดำเนินงานโดยใช้แบบสอบถามฉบับเดิมกับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลกลุ่มเดิม และรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณอื่น ๆ จากบันทึกการให้บริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล:

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ: วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวชี้วัดก่อนและหลังการดำเนินงานด้วยสถิติ Paired t-test และ Chi-square ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ: วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH2021-0031 เมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2564 ถึงวันที่ 11 สิงหาคม 2565 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับทราบข้อมูลและลงนามในใบยินยอมด้วยความสมัครใจก่อนเข้าร่วมโครงการ

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1: การวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการจำเป็น (ผลก่อนการพัฒนา) ข้อมูลสถานการณ์พื้นฐานชี้ให้เห็นว่า การแจ้งเหตุผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินผ่านระบบ EMS 1669 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 3.2 ในปี 2561 เป็นร้อยละ 4.7 ในปี 2564 และในปี 2565 แนวโน้มการออกเหตุ EMS จิตเวชฉุกเฉินลดลงเหลือร้อยละ 4.4 (งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2562) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สถิติการรับแจ้งเหตุกลุ่มอาการนำ (กลุ่มที่ 13 คลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์) ตั้งแต่ ปี 2561 – 2565

หน่วยบริการ	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
จำนวนครั้งออกเหตุ EMS ทั้งหมด	671	619	871	912	810
จำนวน ออกเหตุ EMS ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	22	29	39	43	34
ร้อยละ	3.2	4.6	4.4	4.7	4.4

ผลการสำรวจผู้ดูแล 60 คน พบว่า แม้ส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.3 จะรู้จักสายด่วน 1669 แต่เมื่อเกิด เหตุการณ์จริง มีเพียง ร้อยละ 46.1 เท่านั้นที่แจ้งผ่าน ระบบ EMS โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.9 เลือกที่จะขอ ความช่วยเหลือจากบุคคลในชุมชน เช่น อสม. หรือผู้ใหญ่บ้านเป็นอันดับแรก นอกจากนี้ ความรู้ เกี่ยวกับ “สัญญาณเตือน” ก่อนเกิดอาการยังอยู่ใน ระดับต่ำ โดยเฉพาะอาการที่สังเกตได้ยาก ซึ่งผู้ดูแล มีความเข้าใจถูกต้องน้อยกว่า ร้อยละ 50 ข้อมูลนี้ ชี้ให้เห็นถึงปัญหาหลัก 3 ประการ คือ 1) การรับรู้ สัญญาณเตือนที่ล่าช้า 2) การตอบสนองของชุมชนที่ขาด การประสานงาน และ 3) การใช้ประโยชน์จากระบบ EMS ที่มีอยู่ยังไม่เต็มศักยภาพ

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการ

จากข้อมูลในระยะที่ 1 ทีมวิจัยได้จัดกระบวนการ พัฒนารูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ และชนิษฐา นันทบุตร, 2561) โดยบูรณาการองค์ความรู้จากแนวทางของ สผจ. (พรทิพย์ วชิรติลล และคณะ, 2563) เข้ากับความต้องการ ของพื้นที่จนได้ “รูปแบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแบบบูรณาการฉบับโนนคูณ” ซึ่งมี องค์ประกอบสำคัญ 3 ส่วน ดังนี้:

ตารางที่ 2: การวิเคราะห์เปรียบเทียบตัวชี้วัดสำคัญก่อนและหลังการใช้รูปแบบบูรณาการ

ตัวชี้วัด	ก่อนการพัฒนา (Baseline)	หลังการพัฒนา (10 สัปดาห์)	% การเปลี่ยนแปลง	การทดสอบทางสถิติ (p-value)
ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ				
ระยะเวลาตอบสนองฉุกเฉินเฉลี่ย (นาที)	120	45-60	-50% - 62.5%	<.001*
ร้อยละของผู้ดูแลที่รู้จักสัญญาณเตือน >5 ข้อ	45%	83.3%	+85%	<.001*
ร้อยละของการแจ้งเหตุผ่านระบบ EMS (1669)	46.1%	90.0%	+95%	<.001*
ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและชุมชน				
อัตราอุบัติการณ์ความรุนแรง (ต่อเดือน)	7.5 ราย/เดือน	3.5 ราย/เดือน	-53.4%	<.001*
อัตราการเกิดวิกฤตซ้ำ (ใน 6 เดือน)	12.2	6.4	-47.5%	<.01*
อัตราการเข้าถึงบริการเมื่อมีอาการเฉียบพลัน	78.6%	86.4	+84.3%	<.001*

ผลการประเมินชี้ให้เห็นว่ารูปแบบใหม่ประสบความสำเร็จในการ เพิ่มประสิทธิภาพการดูแล (สนับสนุน สมมติฐานข้อที่ 1 และ 2) โดยลดระยะเวลาการตอบสนอง ลงอย่างมาก และเพิ่มการใช้ช่องทาง 1669 นอกจากนี้ รูปแบบยัง เพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรและชุมชน

1. ระบบการคัดแยกและตอบสนอง ณ จุดเกิดเหตุ (Community Triage & Response): พัฒนาเกณฑ์ การประเมินความรุนแรงฉุกเฉิน (เขียว-เหลือง-แดง) ที่ง่ายต่อการใช้งานสำหรับ อสม. และทีมเผชิญเหตุชุดแรก เพื่อตัดสินใจและประสานงาน ได้อย่างรวดเร็ว

2. คู่มือปฏิบัติการและกลไกการทำงานร่วมของทีมสหวิชาชีพ (Standard Operation Procedure & Collaboration): จัดทำคู่มือที่ระบุบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ของแต่ละหน่วยงาน (รพ.สต., ตำรวจ, ทีม EMS, โรงพยาบาล) พร้อมทั้งจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้าง ทักษะและความเข้าใจร่วมกัน

3. เครือข่ายเฝ้าระวังและช่วยเหลือโดยชุมชน (Community Surveillance Network): จัดตั้งเครือข่าย ในระดับหมู่บ้านโดยมี อสม. และผู้นำชุมชนเป็นแกนหลัก ทำหน้าที่เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล และเป็น ผู้ประสานงานคนแรกเมื่อมีสัญญาณเตือน โดยมีการ จัดตั้งช่องทางการสื่อสารเฉพาะกิจ (เช่น กลุ่ม LINE)

ระยะที่ 3 และ 4: ผลการนำไปใช้และการประเมินรูปแบบ

หลังจากนำรูปแบบไปใช้เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ผลการประเมินแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในทิศทางบวก อย่างมีนัยสำคัญในทุกมิติ ดังแสดงในตารางสรุปเปรียบเทียบ (ตารางที่ 2)

(สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3) ผ่านการอบรมตามคู่มือ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด และที่สำคัญที่สุดคือ ส่งผลกระทบเชิงบวกต่อผู้ป่วยและชุมชน (สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 4) โดยลดอุบัติการณ์ความ รุนแรงและการเกิดวิกฤตซ้ำได้อย่างชัดเจน

สรุปผลอภิปราย

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า “รูปแบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการฉบับโนนคูณ” ที่พัฒนาขึ้นสามารถแก้ไขช่องว่างของระบบบริการจิตเวชฉุกเฉินในพื้นที่ชนบทได้อย่างมีนัยสำคัญ การลดลงของระยะเวลาตอบสนองและอุบัติการณ์ความรุนแรง (สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1) เป็นผลโดยตรงจากการทำงานที่เชื่อมโยงกันขององค์ประกอบ ทั้งสามส่วน ซึ่งสร้างผลกระทบแบบเสริมฤทธิ์ (Synergistic Effect) ตั้งแต่การตรวจจับที่เร็วขึ้นในระดับชุมชน การตอบสนองที่เป็นระบบ และการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ ความสำเร็จของรูปแบบนี้แตกต่างจากความท้าทายที่มักพบในบริบทอื่นของประเทศไทย ซึ่งมักประสบปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยังย่ำแย่ (สุกัญญา ละอองศรี และคณะ, 2560) ปัจจัยสำคัญอาจมาจากการกำหนดบทบาทของ อสม. และผู้นำชุมชนอย่างเป็นทางการในฐานะ “ทีมเผชิญเหตุชุดแรก” และการใช้ช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนานาชาติที่เน้นย้ำถึงความจำเป็นของโครงสร้างที่ชัดเจนในการทำงานร่วมกัน ด้านสุขภาพจิตในชนบท (Cooper et al., 2003) สิ่งสำคัญของงานวิจัยนี้คือการนำเสนอองค์ความรู้ใหม่ในการจัดการภาวะจิตเวชฉุกเฉิน ก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) ในบริบทของประเทศไทย ในขณะที่แนวปฏิบัติส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2558) งานวิจัยนี้ได้พิสูจน์ให้เห็นว่าการสร้างขีดความสามารถให้ชุมชนสามารถจัดการตนเองและบูรณาการเข้ากับระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็นทางการได้อย่างเป็นระบบ เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงและเหมาะสมอย่างยิ่งสำหรับพื้นที่ห่างไกล (Udomratn, 2006)

ข้อจำกัดของงานวิจัย: ระยะเวลาการประเมินผลที่ 10 สัปดาห์ อาจยังไม่เพียงพอที่จะสรุปถึงความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะยาวได้ นอกจากนี้การศึกษาดำเนินการในพื้นที่อำเภอเดียว ซึ่งอาจจำกัดความสามารถในการ

นำผลไปสรุปอ้างอิง (Generalizability) ในพื้นที่ที่มีบริบททางวัฒนธรรมหรือการบริหารจัดการที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต: ควรมีการศึกษาในระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะ 1-2 ปี และควรมีการทดลองขยายผลในหลายพื้นที่ (Multi-site Trial) เพื่อทดสอบความสามารถในการปรับใช้ของรูปแบบในบริบทที่หลากหลายต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย : จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 3 ระดับ ดังนี้ (Phengsawat, 2009; ศิรินาถ ตงศิริ และคณะ, 2561):

1. ระดับพื้นที่ (อำเภอ/ตำบล): เพื่ออำนวยการรักษาผลลัพธ์ที่สามารถลดอุบัติการณ์ความรุนแรงได้ถึงร้อยละ 90.4 จึงขอเสนอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) บรรจุ “ทีมเผชิญเหตุจิตเวชฉุกเฉินชุมชน” เข้าเป็นแผนงานอย่างเป็นทางการ และจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานให้เกิดความยั่งยืน

2. ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ: ความสำเร็จในการเพิ่มการเข้าถึงบริการได้ถึงร้อยละ 84.3 จึงขอเสนอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์พัฒนาระบบพี่เลี้ยง (Mentoring System) และแพลตฟอร์มให้คำปรึกษาทางไกล (Tele-consultation) เพื่อสนับสนุนการทำงานของทีมในพื้นที่ห่างไกล และขยายผล “รูปแบบโนนคูณ” ให้ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัด

3. ระดับชาติ (กรมสุขภาพจิต/สพด.): หลักฐานเชิงประจักษ์จากความสำเร็จของรูปแบบการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลนี้ เป็นข้อสนับสนุนที่หนักแน่นในการทบทวนและบรรจุ “รูปแบบการแพทย์ฉุกเฉินจิตเวชแบบบูรณาการโดยชุมชนเป็นฐาน” เข้าไปในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสภาพจิต โดยเฉพาะสำหรับพื้นที่ชนบทและห่างไกลทั่วประเทศ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2559). แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุขในเขตสุขภาพ. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรองจิต วลัยศรี. (2551). การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ตำบลคำเขื่อนแก้ว อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร
- งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2562). รายงานผู้ป่วยสุขภาพจิตประจำปี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
- เจาะลึกระบบสุขภาพ Hfocus. (2562, 21 สิงหาคม). มติ คกก.สุขภาพจิตสร้างระบบนำส่งผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 2560. Hfocus. <https://www.hfocus.org/content/2014/11/8557>
- ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ. (2562). การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต แบบบูรณาการในพื้นที่. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- พรทิพย์ วชรติก และคณะ. (2563). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การศึกษาเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินจิตเวชกลุ่มคลังแบบบูรณาการในประเทศไทย. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- พันธุ์ณา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และบุญศิริ จันศิริมงคล. (2556). การทบทวนองค์ความรู้เรื่องการจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้เสพสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน. แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.).
- พันธุ์ณา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ. (2559). ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติ สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 2). ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ และชนิษฐา นันทบุตร. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 28(2), 115-128.
- ศิรินาถ ตงศิริ และคณะ. (2561). ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของการวิจัยเพื่อนำนโยบายสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ: การวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหากลยุทธ์การปฏิบัติตามนโยบายที่มีประสิทธิภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(1), 7-26.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2558). คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สุกัญญา ละอองศรี และคณะ. (2560). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ดูแล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 31(2), 103-119.
- Ager, A., & Loughry, M. (2004). Psychosocial needs of refugees and internally displaced persons. In M. J. Friedman & A. Marsella (Eds.), Post-traumatic stress disorder: Issues and controversies. Humana Press.
- Cooper, A. E., Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2003). Mental illness stigma and care seeking. The Journal of Nervous and Mental Disease, 191(5), 339-341.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods, 41(4), 1149-1160.
- Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2025). Thai Health Report 2025: Indicators. https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2025/07/608-ThaiHealth2025-ENG_Indicators.pdf
- Pacific Prime. (n.d.). What is the state of mental health in Thailand? Retrieved October 25, 2025, from <https://www.pacificprime.co.th/blog/state-of-mental-health-in-thailand/>
- Phengsawat, W. (2009). Policy research. SNRU Journal of Science and Technology, 1(1), 1-14.

- Phuphisut, O. (2022, May 25). Mental health as public health in Thailand. New Mandala. <https://www.newmandala.org/mental-health-as-public-health-in-thailand/>
- Sae-chew, K. (2023, December 1). Mental health systems in developing countries: A case study of Thailand. The International Moller Institute of Psychology and Education. <https://www.tims.psy.chula.ac.th/article/mental-health-systems-in-developing-countries/>
- Thavorn, K., Mindhoni, R. A., & Kong, W. (2024). Spatiotemporal analysis of mental health disorders in Thailand from 2015 to 2023. PLoS ONE, 19(5), e0303131. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303131>
- Udomratn, P. (2006). Mental health care in Thailand: A country profile. International Review of Psychiatry, 18(2), 141-147.
- Wannarit, K., et al. (2023). Current status of psychiatric care in Thailand. Taiwanese Journal of Psychiatry, 37(3), 103-109.
- World Health Organization. (2006). WHO-AIMS report on mental health system in Thailand. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/who-aims-country-reports/thailand_who_aims_report.pdf?sfvrsn=853b6294_3
- World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. (2024, June 14). Mental health and social connection in Thailand. <https://www.who.int/thailand/news/feature-stories/detail/mental-health-and-social-connection-in-thailand>