

การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน อำเภอประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี System development of emergency psychiatric patients Prachaksinlapakhom district Udonthani Province

(Received: August 26,2023 ; Revised: August 28,2023 ; Accepted: August 29,2023)

ธำพนัท สิงห์ไพบูลย์พร¹, รักษนก ภูตระกูล¹
Thapanut Singhpaiboolporn¹, Rakchanok Phutrakul¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแล และพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชนในเขตโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข จิตอาสา และภาคีเครือข่าย จำนวน 738 คน มีระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ เดือน กันยายน 2563 ถึง เดือน พฤศจิกายน 2565 รวม 26 เดือน เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ F – test ด้วยเทคนิค Two way ANOVA , Dependent t – test , F – test ด้วยเทคนิค Repeated Measurement และ LSD

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ความเข้าใจในการดูแล และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษาในรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2565 (กันยายน 2565) รวมทุกตำบล พบว่าโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้นด้านความเข้าใจทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและพฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพยากระตุ้นประสาทและการช่วยเหลือเบื้องต้น อยู่ในระดับมาก ไม่มีความแตกต่างระหว่างตำบลและตำแหน่ง การเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแล และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อน (2563) หลังกระบวนการ (2564) และหลังกระบวนการ (2565) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังกระบวนการ (2565) มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด และ ผลการส่งต่อผู้ที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษาในรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2565 พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลไม่มีความผิดปกติ

คำสำคัญ : กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

This research was research and development aimed to study the situations of emergency care of psychiatric patients and to develop the system of taking care of emergency psychiatric patients. Prachaksinlapakhom Hospital Udon Thani Province. Sample size were 738 community leaders in Prajak Sinlapakhom Hospital. Udon Thani Province, consisting of community leaders, representatives of public health volunteers, volunteers and network partners. The duration of the study was from September 2020 to November 2022, totaling 26 months. Data were collected from medical records and questionnaires. Data were analyzed by content analysis. Distribution of frequency, percentage, mean and standard deviation. Inferential statistics are F – test using two way ANOVA technique, Dependent t – test, F – test using Repeated Measurement technique and LSD.

The results showed that the knowledge and understanding of emergency psychiatric care by community participation and the results of caring for people with psychiatric symptoms from substance abuse. who are admitted to the hospital/transfer to the hospital Year 2022 (September 2022), including all sub-districts, found that overall and by side at the highest level Except for the general understanding of emergency psychiatric patients and aggressive behavior from stimulant use and first aid, at a high level, there was no difference between the parish and the position. The comparison of knowledge and understanding in emergency psychiatric care with community

¹ โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี

participation before (2020), after (2021) and after (2022) procedures were significantly different at the .05 level. where after the process (2022) had the highest mean scores and the results of caring for people with psychiatric symptoms from substance abuse who are admitted to the hospital/transfer to the hospital In 2022, it was found that patients under care had no abnormalities.

Keywords: emergency psychiatric care process participation

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย มีการคาดการณ์ว่าประชากรทั่วโลกถึง 1 ใน 4 หรือจำนวน 450 ล้านคนมีปัญหาจิตเวชในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ปัญหาสุขภาพจิตนั้นเกิดผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิตการอยู่ร่วมในสังคมและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่า โรคซึมเศร้า โรคสุราและยาเสพติด โรคจิตเภท ติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรคที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพสูงสุด (YLD) ส่งผลต่อความพิการเรื้อรัง การเป็นภาระทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต พบว่า การเข้าถึงบริการของโรคจิต และโรคซึมเศร้า เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.75 และร้อยละ 36.76 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 67.80 และร้อยละ 44.14 ในปี 2558 ตามลำดับ ถึงแม้ภาพของการเข้าถึงบริการมีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ก็ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ยิ่งไปกว่านั้นจากการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการโรคจิตในพื้นที่ระดับอำเภอนำร่อง พบว่า มีเพียงร้อยละ 11 ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโดยชุมชน ร้อยละ 21 ที่ได้รับยาแล้วอาการทางจิตดีขึ้น สำหรับการติดตามต่อเนื่องพบว่า มีเพียงร้อยละ 39 เท่านั้น และขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วมซึ่งส่งผลให้เกิดการกำเริบของโรคจิตเวชเรื้อรังได้^{1,2,3}

ผู้ป่วยวิกฤตสุขภาพจิต คือ ผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่ง ก้าวร้าว และมีพฤติกรรม/อารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วถือเป็นอาการแสดงทางจิตที่เสี่ยงสูงต่อการทำอันตรายตนเอง ผู้อื่น และชุมชน แวดล้อมโดยแต่ละปีมีผู้ป่วยกลุ่มนี้ประมาณ ร้อยละ 20 ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมีโอกาสก่อความรุนแรงที่เป็นผลมาจากความผิดปกติของระบบประสาท เช่น ประสาทหลอน หูแว่ว หรือเห็นภาพต่างๆ ว่าจะถูกทำร้ายจึงตอบโต้กลับผลเสียทำให้เกิดการสูญเสียทั้ง

ต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนดังที่มีข่าวในสื่อสารมวลชนต่างๆ ผู้ป่วยกลุ่มอาการดังกล่าวนี้ ถือเป็นผู้มีความผิดปกติของภาวะทางจิตประสาทและอารมณ์ มักพบในผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและป่วยทางจิตเวช โดยเป็นอาการที่แสดงออกทางพฤติกรรมเด่นชัด มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยได้แก่ 1) ฤทธิ์ของสารเสพติดทำให้เกิดประสาท ส่งผลให้เกิดอาการหวาดระแวง ประสาทหลอน 2) โรคจิตเวชที่มีอาการกำเริบจากการขาดยา เช่น มีอาการหูแว่ว ภาพหลอน ซึมเศร้ารุนแรง 3) ความเจ็บป่วยทางกาย เช่น อุบัติเหตุทางสมอง ภาวะสับสนจากปัญหาพยาธิสภาพทางร่างกาย 4) ความเครียดสูงจากปัญหารอบด้าน กระตุ้นให้รุนแรงมากขึ้นภายใต้ฤทธิ์ของการดื่มสุรา ที่ผ่านมามีข้อจำกัดและปัญหาการออกแบบระบบบริการ หรือกระบวนการที่ไม่ตอบสนองต่อความต้องการ หรือไม่จำเพาะต่อกลุ่มที่มีปัญหาวิกฤตสุขภาพจิต การติดตามประเมินผลที่ยังมีไม่มากนัก นอกจากนั้น ยังพบการขาดความตระหนัก หรือความไม่รู้อาการและสัญญาณเตือน ความไม่รู้ในการปฏิบัติตัวหรือการไปรับการรักษา รวมถึง ยังพบทัศนคติเชิงลบของผู้ป่วยญาติ และชุมชน จากการสอบถามผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเกี่ยวกับการจัดการเพื่อไปรับส่งผู้ป่วย พบปัญหาตั้งแต่ความไม่ถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ทักษะและแนวทางปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุที่ไม่ถูกวิธี ขาดการประสานงาน รวมทั้งการเตรียมรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตของห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลไม่เหมาะสม มีความยุ่งยากในการส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช เป็นต้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2563)

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช ไม่เพียงแต่การรักษาอาการทางจิตให้ทุเลา แต่การจะทำให้อาการผู้ป่วยคงที่ ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดอาการ

กำเริบจนต้องกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ เพื่อผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในสังคมกับครอบครัวและคนในชุมชนได้อย่างปกติสุข ยังต้องอาศัยการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนร่วมด้วยโดยให้ชุมชนจัดการตนเอง โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง โดยชุมชนจัดการตนเอง เน้นให้ชุมชน มีความพร้อมและมีแผนการดำเนินการ ตั้งแต่ช่วงไม่มีเหตุ ช่วงเกิดเหตุ และช่วงหลังเกิดเหตุ¹

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่เหมาะสมครอบคลุมตั้งแต่ช่วงไม่มีเหตุ ช่วงเกิดเหตุ และช่วงหลังเกิดเหตุ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา บริบทพื้นที่ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแล และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี

วิธีการวิจัย

การพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมีระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ เดือน กันยายน 2563 ถึง เดือน พฤศจิกายน 2565 รวม 26 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ แกนนำชุมชนในเขตโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แกนนำชุมชนในเขตโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสา และภาคีเครือข่าย จำนวน 738 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี เป็นกิจกรรมในการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โดยมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

- 1.1 การค้นหากลุ่มเสี่ยง โดยกระบวนการชุมชน
- 1.2 การวิเคราะห์และวางแผนการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง
- 1.3 การเผชิญเหตุ
- 1.4 การประเมินและจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน
- 1.5 การส่งต่อข้อมูลและวางแผนร่วมกับสถานพยาบาล
- 1.6 การส่งต่อจากสถานบริการและวางแผนการส่งต่อผู้ป่วย
- 1.7 สรุปถอดบทเรียน (ข้อ 1 – ข้อ 6)
- 1.8 ทบทวนและจัดทำกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 2.1 เวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน
- 2.2 แบบวัดความรู้ความเข้าใจในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁵

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความเข้าใจมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความเข้าใจมาก
2.61 – 3.40	มีความเข้าใจปานกลาง

- 1.81 – 2.60 มีความเข้าใจน้อย
1.00 - 1.80 มีความเข้าใจน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ⁶ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อคำถามที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง .723

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์การดูแล และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี
2. พัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ การค้นหากลุ่มเสี่ยง โดยกระบวนการชุมชน การวิเคราะห์และวางแผนการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง การเผชิญเหตุ การประเมินและจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การส่งต่อข้อมูลและวางแผนร่วมกับสถานพยาบาล การรับต่อจากสถานบริการและวางแผนการส่งต่อผู้ป่วย
3. สรุปลอตกบทเรียน การค้นหาความเสี่ยง โดยกระบวนการชุมชน การวิเคราะห์และวางแผนการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง การเผชิญเหตุ การประเมินและจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การส่งต่อข้อมูลและวางแผนร่วมกับสถานพยาบาล และการรับต่อจากสถานบริการและวางแผนการส่งต่อผู้ป่วย

4. ทบทวนและจัดทำกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และ ประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ในการสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการกำหนดกิจกรรมการค้นหา กลุ่มเสี่ยง โดยกระบวนการชุมชน การวิเคราะห์และวางแผนการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง การเผชิญเหตุ การประเมินและจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การส่งต่อข้อมูลและวางแผนร่วมกับสถานพยาบาล การรับต่อจากสถานบริการและวางแผนการส่งต่อผู้ป่วย

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

- 2.1 สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ความเข้าใจทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน พฤติกรรมรุนแรง (Violent Behavior) การประเมินและการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน พฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพยากระตุ้นประสาท และการช่วยเหลือเบื้องต้น และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- 2.2 สถิติอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

2.2.1 F – test ด้วยเทคนิค Two way ANOVA ใช้ในการเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจในการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและตำแหน่งที่ต่างกัน

2.2.2 Dependent t – test ใช้ในการเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจในการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อน (2563) และหลังกระบวนการ (2564)

ผลการวิจัย

1. ความรู้ความเข้าใจในการดูแล และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (กันยายน 2563) รวมทุกตำบล พบว่าโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีความแตกต่างกัน

2. กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ การค้นหากลุ่มเสี่ยง โดยกระบวนการชุมชน การวิเคราะห์และวางแผนการเฝ้าระวัง การเผชิญเหตุ การประเมินและจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การส่งต่อข้อมูลและวางแผนร่วมกับสถานพยาบาลและการรับต่อจากสถานบริการและวางแผนการดูแลผู้ป่วย

3. ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษาในรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2564 (กันยายน 2564) รวมทุกตำบล พบว่าโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้นพฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพยากระตุ้นประสาทและการช่วยเหลือเบื้องต้น อยู่ในระดับปานกลาง ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างตำบลและตำแหน่ง การเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อน (2563) และหลังกระบวนการ (2564) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการจัดรูปแบบ (ปี 2564) มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการจัดรูปแบบ (ปี 2563) และ ผลการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษาในรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2564 พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลไม่มีความผิดปกติ

รักษาในรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2564 พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลไม่มีความผิดปกติ

4. การทบทวนและจัดทำกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ บทบาทระดับครอบครัว ชุมชน (Pre-hospital) บทบาทของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Prevention) มีและการจัดบริการในโรงพยาบาล (In-hospital) โดยห้องอุบัติเหตุเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยฉุกเฉินที่กลุ่มคลัง และบทบาทระดับอำเภอ

5. ความรู้ความเข้าใจในการดูแล และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษาในรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2565 (กันยายน 2565) รวมทุกตำบล พบว่าโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้นด้านความเข้าใจทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและพฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพยากระตุ้นประสาทและการช่วยเหลือเบื้องต้น อยู่ในระดับมาก ไม่มีความแตกต่างกัน การเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแล และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อน (2563) หลังกระบวนการ (2564) และหลังกระบวนการ (2565) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังกระบวนการ (2565) มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (ตารางที่ 1) และ ผลการส่งต่อผู้ที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษาในรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2565 พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลไม่มีความผิดปกติ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแล และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อน (2563) หลังกระบวนการ (2564) และหลังกระบวนการ (2565) (F – test ด้วยเทคนิค Repeated Measurement)

ตัวแปร	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	p-value	Epsilon ^a		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
ความเข้าใจ	.260	990.841	2	.000	.575	.575	.500

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ความรู้ความเข้าใจในการดูแล และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษานรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2565 (กันยายน 2565) รวมทุกตำบล พบว่าโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้นด้านความเข้าใจทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและพฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพยาเสพติด กระตุ้นประสาท และการช่วยเหลือเบื้องต้น อยู่ในระดับมาก ไม่มีความแตกต่างกัน การเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อน (2563) หลังกระบวนการ (2564) และหลังกระบวนการ (2565) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังกระบวนการ (2565) มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด และ ผลการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษานรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2565 พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลไม่มีความผิดปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ จัดทำกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ การค้นหากลุ่มเสี่ยง โดยกระบวนการชุมชน การวิเคราะห์และวางแผนการเฝ้าระวัง การเผชิญเหตุ การประเมินและจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน การส่งต่อข้อมูลและวางแผนร่วมกับสถานพยาบาล และการรับต่อจากสถานบริการและวางแผนการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน^{1,4,7} ส่งผลให้ ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษานรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2564 (กันยายน 2564) รวมทุกตำบล พบว่าโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ยกเว้นพฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพยาเสพติด กระตุ้นประสาทและการช่วยเหลือเบื้องต้น อยู่ในระดับปานกลาง ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างตำบลและตำแหน่ง การเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อน (2563) และหลังกระบวนการ (2564) มี

ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการจัดรูปแบบปี (2564) มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการจัดรูปแบบ (ปี 2563) และ ผลการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษานรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2564 พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลไม่มีความผิดปกติ สอดคล้องกันกับการศึกษาของอรสา วัฒนศิริ (2556)⁹ ได้ทำการพัฒนากระบวนการส่งต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการพัฒนากระบวนการส่งต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำและอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการส่งต่อเนื่อง ได้แก่ การรับประทานยาสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ระดับความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการใช้ยาและสารเสพติดลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยและพัฒนากระบวนการส่งต่อดังกล่าว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตและระดับความสามารถโดยรวมดีขึ้น ลดอาการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรง ดังนั้น ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นตัวอย่างกระบวนการส่งต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานบริการอื่น ๆ ทุกระดับ

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีการทบทวนและพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี โดย เน้นบทบาทและกระบวนการชุมชน ตั้งแต่ครอบครัว จนถึง ระดับอำเภอ^{4,9} ส่งผลให้ ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและผลการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตจากการเสพยาเสพติด ที่เข้ารับการรักษานรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2565 (กันยายน 2565) รวมทุกตำบล พบว่าโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ยกเว้นด้านความเข้าใจทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและพฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพยาเสพติด กระตุ้นประสาทและการช่วยเหลือเบื้องต้น อยู่ในระดับมาก ไม่มีความแตกต่างกัน การเปรียบเทียบ

ระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ก่อน (2563) หลัง กระบวนการ (2564) และหลังกระบวนการ (2565) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังกระบวนการ (2565) มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด และ ผลการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิตจากการ เสพสารเสพติด ที่ได้รับการรักษาในรพ./ส่งต่อรพ. ปี 2565 พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลไม่มีความ ผิดปกติ สอดคล้องกันกับการศึกษาของกนกศรี จาด เงินและ เกศรินทร์ เชื้อภักดี (2562)¹⁰ ได้ศึกษาการ พัฒนาแนวทางการลดอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วย จิตเวชในชุมชน ตำบลบางปะกงพบว่า ภายหลังการ นำแนวทางการลดอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน ตำบลบางปะกงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้หลังการอบรมเพิ่ม สูงขึ้นกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 อาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนทักษะการ ประเมินผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ทุกคน และอัตรา ลดลงของอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเวชมีเพิ่ม สูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 94.33 และสูงกว่าเกณฑ์ มาตรฐาน ที่ร้อยละ 80 และสอดคล้องกับการศึกษา ของศิริพร วีระเกียรติ บุญพา ณ นคร นพรัตน์ ไชย ขำนิ (2558) ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการ พยาบาลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของหลักพุทธศาสนา สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด ผลการวิจัยสรุป ได้ ดังนี้ 1) โปรแกรมการพยาบาลแบบเกื้อกูลบน พื้นฐานของหลักพุทธศาสนาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ ใช้สารเสพติด ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธภาพ การดูแลตนเองด้านร่างกาย การฝึกทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด โดยใช้หลักพุทธศาสนา การฝึกทักษะการสื่อสารและ การเข้าสังคม การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาและ การลดละเลิกยาเสพติด และการใช้หลักพุทธศาสนา ในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้อง ระหว่างหัวข้อความรู้และวัตถุประสงค์ เท่ากับ 0.772) การทดสอบประสิทธิผล พบว่า การทำ หน้าที่ทาง สังคมและสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

ภายหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบเกื้อกูลบน พื้นฐานของหลักพุทธศาสนา 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มที่ ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพที่ ใช้โปรแกรมฯ อยู่ในระดับดีมาก ($M = 3.34$, $SD = 0.30$)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ในการพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช ฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาล ประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ได้มีการกำหนด ขั้นตอนในการดำเนินงาน ที่ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมี ประสิทธิภาพ โดยมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การศึกษาสถานการณ์
2. การจัดทำกระบวนการ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย
 - 2.1 การค้นหากลุ่มเสี่ยง โดยกระบวนการ ชุมชน
 - 2.2 การวิเคราะห์และวางแผนการเฝ้าระวัง กลุ่มเสี่ยง
 - 2.3 การเผชิญเหตุ
 - 2.4 การประเมินและจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน
 - 2.5 การส่งต่อข้อมูลและวางแผนร่วมกับ สถานพยาบาล
 - 2.6 การส่งต่อจากสถานบริการและวางแผนการดูแลผู้ป่วย
3. การทบทวนและปรับปรุงแก้ไข
 - 3.1 สรุปถอดบทเรียน (ข้อ 1 – ข้อ 6)
 - 3.2 ทบทวนและจัดทำกระบวนการส่งต่อ ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
4. สรุปถอดบทเรียน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช ฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ควรมีการศึกษา ในระยะยาว เพื่อความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ชิตชนก โอภาสวัฒนา. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี;2563.
2. กรมสุขภาพจิต. (2559). แนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพมหานคร : บริษัท บียอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
3. เบญจมาศ พงษ์กานนท์ และคณะ.(2556). ระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า.นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
4. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.).(2563). แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่.
5. Best, John W.(1981). Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall.
6. บุญชม ศรีสะอาด. (2555). ระเบียบและวิธีการวิจัย . กรุงเทพฯ ฯ : แสงทวีการพิมพ์.
7. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, พรทิพย์ วชิรติลก,ธีระ ศิริสมุด และรสสุคนธ์ ชมชื่น.(2562). การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่. นนทบุรี.
8. อรสา วัฒนศิริ เสาวภา ศรีภูสิตโต.(2556). การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารกองการพยาบาล. 40(1); 67-83
9. กุณตี ไทโพธิ์ไทย.(2558). การสร้างสุข โดยการบูรณาการงานสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 166-177
10. กนกศรี จาดเงิน, เกศรินทร์ เชื้อภักดี.(2562). การพัฒนาแนวทางการลดอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลบางปะกง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 4(4) 106-113