

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์

วันรับ : 10 เมษายน 2567

วันแก้ไข : 19 สิงหาคม 2567

วันตอบรับ : 20 สิงหาคม 2567

ศิลา จิรวิกรานต์กุล, พ.บ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและประเมินผลระบบเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

วิธีการ : การวิจัยและพัฒนาในจังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 แบ่งเป็น 5 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา 2) การออกแบบและพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยอิงคู่มือของกรมสุขภาพจิตและกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) การนำระบบไปใช้ในพื้นที่นำร่อง 4) การปรับปรุงระบบ และ 5) การนำระบบไปใช้จริงและประเมินผล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ให้บริการ ภาคีเครือข่ายในชุมชน และผู้ป่วย SMI-V และญาติ/ผู้ดูแล เครื่องมือประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แบบประเมินปัญหาจิตเวช และแบบบันทึกเพื่อส่งต่อ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผล : ระบบ Buriram SMI-V value chain ที่พัฒนาขึ้นและขยายการดำเนินการครอบคลุมทั้ง 23 อำเภอของจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนพัฒนาระบบ พบผู้ป่วย SMI-V ได้รับการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 87.7 เป็น 100 การดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.8 เป็น 99.2 และไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ

สรุป : ระบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้เครือข่ายในชุมชนมีความเข้มแข็งและผู้ป่วยจิตเวชกลับมาดำรงชีวิตในชุมชนได้

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน, ภาคีเครือข่ายในชุมชน, ระบบการเฝ้าระวังและดูแล

ติดต่อผู้พิมพ์ : ศิลา จิรวิกรานต์กุล; e-mail: plan.projectbru@gmail.com

Original article

Development of a surveillance and care system for serious mental illness with high risk to violence patients in communities with community network participation, Buriram province

Received : 10 April 2024

Revised : 19 August 2024

Accepted : 20 August 2024

Sila Jirawikrankul, M.D.

Buriram Provincial Public Health Office

Abstract

Objective: To develop and evaluate a community-based surveillance and care system for patients with serious mental illness with high risk of violence (SMI-V) in communities.

Methods: A research and development study was conducted in Buriram province from October 2021 to September 2023. The study was divided into five phases: 1) investigation and analysis of the existing system and its challenges, 2) model development based on the Department of Mental Health guidelines and the community participation framework, 3) trial of the developed model in pilot areas, 4) model evaluation and improvement, and 5) model implementation and evaluation. The sample groups were selected through purposive sampling and consisted of healthcare providers, community network partners, and SMI-V patients with their caregivers. Data were collected using the in-depth interview and focus group discussion guidelines, the Overt Aggression Scale (OAS), psychiatric assessments, and referral forms. Data were analyzed using descriptive statistics for quantitative data and content analysis for qualitative data.

Results: The developed system, known as the Buriram SMI-V value chain, expanded its reach to all 23 districts in Buriram Province. Compared with before the implementation, the treatment and continuous care rates among SMI-V patients increased from 87.7% to 100% and from 68.8% to 99.2%, respectively. The incidence rate of SMI-V decreased to zero.

Conclusion: The developed system has the potential to strengthen community networks and reintegrate mental health patients into the community.

Keywords: community network participation, SMI-V, surveillance and care system

Corresponding author: Sila Jirawikrankul; e-mail: plan.projectbru@gmail.com

ความรู้เดิม : การเฝ้าระวังและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุข ไม่ครอบคลุมทุกมิติ และขาดการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายในชุมชน

ความรู้ใหม่ : ระบบเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย SMI-V จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Buriram SMI-V value chain) ช่วยเสริมพลังและสร้างความมั่นใจให้กับชุมชนในการดูแลผู้ป่วย SMI-V เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และลดอุบัติเหตุการกำเริบซ้ำของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : แนวทางดูแลผู้ป่วย SMI-V ตั้งแต่การค้นหา เฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน นำเข้าสู่กระบวนการบำบัดดูแลรักษา ตลอดจนดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างปกติสุข

บทนำ

ปัจจุบันพบปัญหาพฤติกรรมรุนแรงในสังคมเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 18 ของความรุนแรงในสังคมมาจากปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ร้อยละ 22 เกี่ยวข้องกับสารเสพติด ร้อยละ 38 มาจากการดื่มสุรา และพบความรุนแรงในชุมชนมากกว่าในบ้าน¹ ซึ่งทำให้มีประชาชนที่เสี่ยงหรือสัมผัสความรุนแรงเพิ่มขึ้นด้วย การสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ความชุกของโรคจิตเวชรุนแรง (serious mental illness: SMI) คิดเป็นร้อยละ 4.1 ของประชากรที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป พบมากที่สุดในช่วงอายุ 26 - 49 ปี และพบในผู้ป่วยนิติจิตเวชถึง 3 เท่า² ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงร้อยละ 27.6 ขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดพบร้อยละ 8.5³ ในประเทศไทยมีผู้ที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (serious mental illness with high risk to violence: SMI-V) สะสมในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 13,194 คน เป็นชายร้อยละ 62.4 และหญิงร้อยละ 37.5 พบมากที่สุดในช่วงอายุ 26 - 45 ปี ร้อยละ 52.8⁴ ผู้ป่วยกลุ่มนี้

บางส่วนเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน แต่เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนมักมารับการรักษาไม่ต่อเนื่องและ/หรือใช้สารเสพติด ทำให้มีอาการกำเริบและก่อความรุนแรงในชุมชน^{5,6}

กรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญและกำหนดนโยบายการแก้ไขปัญหาความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชโดยเน้นความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพในการคัดกรอง ลงทะเบียน ให้การบำบัดรักษาที่เฉพาะเจาะจง และนำระบบการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย SMI-V ที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน⁴ นอกจากนี้ยังมีมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่เน้นการดูแลผู้ป่วย SMI-V ต่อเนื่องในชุมชน โดยการจัดตั้งชุดปฏิบัติการประจำตำบล ชูตรวจความปลอดภัยหมู่บ้าน หรือจัดเจ้าหน้าที่ให้ไปดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่เหมาะสม⁷

จากข้อมูลรายงานผู้ป่วย SMI-V ในปีงบประมาณ 2563 - 2564 พบว่า ผู้ป่วย SMI-V ในจังหวัดบุรีรัมย์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 1.75 เป็น 4.62 ต่อแสนประชากร⁸ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วย SMI-V ในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นการตั้งรับในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ซึ่งผู้ป่วยต้องเดินทางมารับบริการด้วยตนเองหรือญาตินำส่งผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล การเฝ้าระวังและค้นหาผู้ป่วยในชุมชนยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางที่ชัดเจน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการหรือคำแนะนำในการเข้ารับบริการก็ต่อเมื่อมีการไปเยี่ยมบ้านหรือพบเหตุการณ์ความรุนแรง ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวทยังขาดฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและการติดตามดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดการรักษาต่อเนื่อง นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ทั้งภาครัฐ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ดำรวจ พัฒนาชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ภาคเอกชน เช่น อาสากู้ชีพ/กู้ภัย และภาคประชาชน เช่น ผู้นำชุมชน ญาติ/ผู้ดูแล และประชาชนในชุมชน มาช่วยในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ความรุนแรงที่กระทบต่อชีวิตทั้งของผู้ป่วยและประชาชนในชุมชน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลระบบเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อเป็นแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในพื้นที่ โดยครอบคลุมการค้นหา การเฝ้าระวังเชิงรุก การนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดดูแลรักษา และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

วิธีการ

การวิจัยและพัฒนา (research and development) ในจังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองที่ BRO 2021-062 เมื่อวันที่ 17 กันยายน 2564 ภายหลังผ่านการรับรอง ดำเนินการขออนุญาตหน่วยงานและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 750 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลจิตเวช เภสัชกร ทีมสหวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวม 20 คน 2) กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อสม. ที่รับผิดชอบบ้านที่มีผู้ป่วย ผู้นำชุมชน ตำรวจ พัฒนาชุมชน ตัวแทนอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.) ตัวแทน อปท. ตัวแทนทีมกู้ชีพ/กู้ภัยในพื้นที่ และญาติผู้ป่วย SMI-V รวม 30 คน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 3) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่เคยรับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วจำหน่ายกลับมาใช้ชีวิตในชุมชนและญาติ/ผู้ดูแล รวม 700 คน

วิธีดำเนินการศึกษา

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหากระบวนการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน ดำเนินการในเดือนตุลาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ประกอบด้วย

1) การศึกษาแนวคิด ทฤษฎี คู่มือ มาตรฐาน เอกสารรายงาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย SMI-V และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน 2) การศึกษาฐานข้อมูล health data center (HDC) รายงานการให้บริการผู้ป่วย SMI-V ในพื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์⁹ และ 3) การประชุมระดมสมองกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานที่ผ่านมา ปัญหาจากระบบการดำเนินงานที่ทำให้ผู้ป่วยยังมีการกำเริบซ้ำ และความต้องการในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย SMI-V

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย SMI-V โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยวิธีการประชุมกลุ่มย่อยและระดมสมองจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 3 กลุ่ม รวม 50 คน ดำเนินการในเดือนมกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2565 ใช้แบบสอบถามในการออกแบบและพัฒนาระบบ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดตามกรอบแนวทางตามคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิต⁴ และกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน 4 มิติของ Cohen และ Uphoff¹⁰ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร 2) การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนาและลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 3) การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการ

ระยะที่ 3 การนำระบบไปใช้และคัดเลือกพื้นที่นำร่อง โดยเลือกจากอำเภอที่สมัครใจและมีปัญหาการดูแลผู้ป่วย SMI-V เพื่อทดลองนำระบบที่ได้ไปใช้และประเมินผลในพื้นที่นำร่อง โดยการประเมินผลการดำเนินงานใช้แบบประเมินตามมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต⁴ ดำเนินการในเดือนเมษายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2565

ระยะที่ 4 การปรับปรุงระบบในพื้นที่นำร่อง ดำเนินการในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2566 โดยรวบรวมปัญหาที่พบระหว่างดำเนินการเพื่อหาแนวทางการแก้ไขและปรับปรุงระบบ ใช้การสนทนากลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้องจากระยะที่ 2 ใช้เวลา 60 นาที และใช้แบบสอบถาม

ในการปรับปรุงระบบ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดตามการดำเนินระบบที่พัฒนาขึ้น หลังจากนั้นนำข้อมูลผลสรุปที่ได้ผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 คนเพื่อหาฉันทามติในการปรับปรุงและทดลองใช้ระบบที่ปรับปรุงเป็นระยะเวลา 6 เดือน

ระยะที่ 5 การนำระบบที่ปรับปรุงไปใช้จริงและประเมินผล ดำเนินการในเดือนเมษายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรคโดยใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบฯ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด และประเมินผลจากตัวชี้วัดที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามสำหรับสนทนากลุ่ม ได้แก่ แบบสอบถามในการออกแบบและพัฒนาระบบ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดตามกรอบแนวทางตามคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลของกรมสุขภาพจิต⁴ และกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen และ Uphoff¹⁰ และแบบสอบถามในการปรับปรุงระบบ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดตามขั้นตอนของระบบที่พัฒนาขึ้น

2. แบบสัมภาษณ์ความปัจจัยสำเร็จในการพัฒนาระบบ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคลากร งบประมาณ การสื่อสาร และด้านเครือข่ายการทำงาน ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงาน SMI-V 3 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ระดับอำเภอ 1 คน และระดับจังหวัด 1 คน โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาด้วยวิธีการหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหา (index of item-objective congruence: IOC) ได้เท่ากับ 1.0

3. แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (overt aggression scale: OAS)⁴ ประเมินความรุนแรงของพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมก้าวร้าว 2) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูดและการแสดงออก และ 3) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน แต่ละด้านมี 3 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 3 คะแนน การแปลผลใช้คะแนนจากพฤติกรรมด้านที่

มีคะแนนสูงสุด ดังนี้ OAS = 1 คะแนน กึ่งเร่งด่วน (semi-urgency) หมายถึง มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ต้องได้รับการจัดการภายใน 24 ชั่วโมง OAS = 2 คะแนน เร่งด่วน (urgency) หมายถึง มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ต้องได้รับการจัดการภายใน 2 ชั่วโมง และ OAS = 3 คะแนนฉุกเฉิน (emergency) หมายถึง มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ต้องได้รับการจัดการทันทีทันใด

4. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)⁴ มีข้อคำถาม 9 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก 0 คะแนน (ไม่มีเลย) ถึง 3 คะแนน (เป็นทุกวัน) แปลผลคะแนนรวมดังนี้ < 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้ามั่น้อยมาก 7 - 12 คะแนน หมายถึง มีอาการระดับน้อย 13 - 18 คะแนน หมายถึง มีอาการระดับปานกลาง และ ≥ 19 คะแนน หมายถึง มีอาการระดับรุนแรง

5. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)⁴ มีข้อคำถาม 8 ข้อ เลือกตอบว่า ไม่ใช่ หรือใช่ โดยแต่ละข้อมีน้ำหนักคะแนนแตกต่างกันตั้งแต่ 1 - 10 แปลผลคะแนนรวมดังนี้ 1 - 8 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย 9 - 16 คะแนน หมายถึง แนวโน้มระดับปานกลาง และ ≥ 17 คะแนน หมายถึง แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ที่มี 1 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ควรได้รับการบำบัดรักษาและดูแลตามสภาพปัญหาทุกเดือน

6. แบบสังเกตผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Mind7)⁴ ใช้คัดกรองสัญญาณเตือนการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวช 7 ข้อ ได้แก่ 1) กริดข่วนแขนขา 2) พกพาอาวุธ 3) รื้อค้นไม่หยุด 4) โวยวายกรีดร้อง 5) ช่มชู่ 6) ทำร้าย และ 7) ทำลายข้าวของ การแปลผลดังนี้ มีสัญญาณเตือน 1 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ให้แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อประเมินซ้ำและให้การดูแลรักษาต่อไป

7. แบบบันทึกข้อมูลเพื่อส่งต่อเครือข่าย เป็นการบันทึกโดยผู้จัดการรายกรณี (พยาบาลวิชาชีพ) สำหรับการส่งต่อข้อมูลให้ชุมชนก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ในประเด็นการเข้าถึงผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องในชุมชน และอุปสรรคการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และสรุปการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง การคัดกรอง และการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน

ผล

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหา

จากการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาในระบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย SMI-V ในจังหวัดบุรีรัมย์ ในปีงบประมาณ 2563 - 2564 พบผู้ป่วย SMI-V เพิ่มขึ้นจาก 28 คนเป็น 73 คน คิดเป็นอัตราป่วย 1.75 และ 4.62 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยพบผู้ป่วยทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.0 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด รองลงมาเป็นผู้ป่วยมีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง ร้อยละ 3.0 ดังตารางที่ 1

การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานที่ผ่านมาจากการระดมสมองผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบดังนี้

1. ด้านผู้รับบริการ พบว่า จำนวนผู้ป่วย SMI-V มากกว่าร้อยละ 70 มีประวัติติดสารเสพติดและมีแนวโน้มพบผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจากสารเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งผู้ป่วยรายใหม่และรายเก่า ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง การขาดยา การไม่ร่วมมือกินยา และการขาดผู้ดูแลหลัก ในส่วนของญาติ/ผู้ดูแลหรือ อสม. ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย SMI-V พบว่า ยังมีทัศนคติต่อผู้ป่วยเชิงบวก เนื่องจากส่วนใหญ่มีความเข้าใจสัญญาณเตือนก่อนเกิดวิกฤต แต่ยังขาดทักษะในการเข้าช่วยเหลือ การจับผู้ป่วย และทักษะช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชด้านพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

2. ด้านผู้ให้บริการ พบว่า ที่ผ่านมาเป็นการตั้งรับบริการ เมื่อเกิดเหตุการณ์รุนแรงในพื้นที่ที่รับผิดชอบหรือเมื่อมีการแจ้งเหตุที่เกิดขึ้นจึงลงพื้นที่ไปดูแล โดยไม่มีการค้นหาในเชิงรุก การส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยทั้งจากครอบครัวผู้ป่วย ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน และระหว่างโรงพยาบาลที่รับและส่งต่อผู้ป่วยยังไม่เป็นระบบเดียวกัน การทำงานแยกส่วนของหน่วยงานราชการทำให้การประสานงานและการส่งต่อข้อมูลล่าช้าและขาดประสิทธิภาพในการจัดการ นอกจากนี้การบันทึกข้อมูลในระบบการเฝ้าระวังและติดตาม (V-Care) ยังไม่ครบถ้วนทันเวลาเนื่องจากมีความละเอียดและซับซ้อนมาก บางครั้งมีการติดตามดูแลผู้ป่วยเรียบร้อยแล้วแต่ยังไม่มี การบันทึกข้อมูลในระบบ

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์

ปีงบประมาณ	จำนวนคน (ร้อยละ)					รวม คน (ร้อยละ)
	ทำร้ายตัวเอง ด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต	ทำร้ายตัวเองผู้อื่น ด้วยวิธีรุนแรง/ ก่อความรุนแรง ในชุมชน	มีอาการหลงผิด ความคิดทำร้ายตัวเอง ผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่น แบบเฉพาะเจาะจง	ก่อคดีอาชญากรรม (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)	มีประวัติ/อาการอื่น	
2563	27 (96.4)	0 (0.0)	1 (3.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	28 (100.0)
2564	67 (91.8)	2 (2.7)	2 (2.7)	1 (1.4)	1 (1.4)	73 (100.0)
รวม	94 (93.0)	2 (2.0)	3 (3.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	101 (100.0)

3. ด้านชุมชน พบว่า การประสานงานด้านข้อมูล ผู้ป่วยระหว่างผู้ดูแลในชุมชนและโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วย ขาดความต่อเนื่อง ขาดระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมรุนแรงหรือ อาการกำเริบของผู้ป่วย ชุมชนขาดการเข้ามามีส่วนร่วมในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชหรือคิดว่าเป็นปัญหาของญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ปัญหายาเสพติดที่เพิ่มขึ้นในพื้นที่ทำให้มีความ ลำบากในการเข้าถึงการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากมีผู้ป่วยจิตเวชที่ ติดสารเสพติดขาดยาแล้วเกิดอาการคลุ้มคลั่ง โดยเฉพาะเมื่อ เกิดเหตุในยามวิกาล

ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบ

มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (Buriram SMI-V value chain) ดังนี้

1. ระบบเฝ้าระวังผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน มีการ จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังและคัดกรอง โดย อสม. จับคู่กัน (อสม. buddy) เฝ้าระวังสัญญาณเตือนอาการทางจิตของผู้ป่วย (ธงแดง) 5 ข้อ ได้แก่ อาการไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา พูดจาคนเดียว หงุดหงิดฉุนเฉียว และเที่ยวหาวาระแวง ร่วมกับเฝ้าระวังปัจจัยกระตุ้นอาการกำเริบของผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยด้านยา ญาติ และสารเสพติด (2 ย. 1 ส.) และภาวะ ชีวมเศร้า กรณีพบความเสี่ยงหรือผู้ป่วยไม่สามารถควบคุม อาการได้ ให้แจ้งบุคคลใดบุคคลหนึ่งดังต่อไปนี้ 1) ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 2) ผู้ที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่หรือ บุคลากรทางการแพทย์ 3) พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ 4) สายด่วน 1669 กรณีไม่พบอาการสัญญาณเตือนหรือ ปัจจัยเสี่ยงมีการวางแผนรายบุคคลในการดูแลติดตามผู้ป่วย ต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชนเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิด ความรุนแรง

2. ระบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน มีการ ดำเนินการ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะ pre - hospital เป็นการค้นหาครอบครัวเสี่ยง SMI-V ร่วมกับการประเมิน พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงโดย รพ.สต. ด้วยแบบประเมิน OAS ทันทีที่ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนภายหลังการรักษาในโรงพยาบาลหรือ พ้นโทษจากเรือนจำ รวมทั้งกรณีพบบุคคลเรื้อรัง การกำหนด

บุคคลในการแจ้งเหตุ และการเตรียมระบบดูแลและส่งต่อ จิตเวชฉุกเฉิน (emergency medical services: EMS) 2) ระยะ in - hospital มีการจัดระบบบริการจิตเวชฉุกเฉิน (ER fast track) เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง ก่อพฤติกรรมรุนแรงจาก OAS (ตารางที่ 2) บริการ acute care ที่หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป และระบบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด และ 3) ระยะ post-hospital มีการดูแลหลังผู้ป่วยจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลต่อเนื่องในชุมชนแบ่งตามบทบาทหน้าที่ ของภาคีเครือข่ายในชุมชน (ดังตารางที่ 3) ร่วมกับการ จัดบริการฟื้นฟูจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน (community-based treatment and rehabilitation: CBTx) โดยพัฒนา สังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) สนับสนุนด้านอาชีพ สวัสดิการและมี อพม. ร่วมเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยในชุมชน

ระยะที่ 3 การนำระบบไปใช้

การนำระบบ Buriram SMI-V value chain มาใช้ ในพื้นที่นาร่อง อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งประกอบด้วย 12 ตำบล 179 หมู่บ้าน 30,704 หลังคาเรือน และประชากร 112,648 คน (ชาย 56,031 คน หญิง 56,617 คน) พบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ทั้งหมด 569 คน เป็นผู้ป่วย SMI-V 73 คน (ร้อยละ 12.8) ผู้ป่วย SMI-V มีสาเหตุจากการใช้สุรา และสารเสพติดมากที่สุด (ร้อยละ 86.0) แบ่งตามกลุ่ม ความรุนแรง 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายตัวเองด้วย วิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต (SMI-V 1) ร้อยละ 7.8 2) ผู้ป่วยมี ประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้ บาดเจ็บสาหัส สะเทือนขวัญในชุมชน (SMI-V 2) ร้อยละ 79.2 3) ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นถึงแก่ ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่ จะมุ่งทำร้าย (SMI-V 3) ร้อยละ 9.1 และ 4) ผู้ป่วยเคยมีประวัติ ก่อคดีอาญารุนแรง เช่น ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ และวางเพลิง (SMI-V 4) ร้อยละ 3.9 สำหรับอาการเตือน (ธงแดง) ที่พบ มากที่สุด ได้แก่ หงุดหงิดฉุนเฉียวและเที่ยวหาวาระแวง ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการส่งตัวเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทันเวลาทุกรายและไม่ก่อความรุนแรง

ตารางที่ 2 แนวทางการเฝ้าระวังติดตามการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

	การติดตาม		ผู้ติดตาม	แบบติดตาม
	แรกเริ่ม	หลังการรักษา		
เขียว (OAS 1)*	ภายใน 7 วัน	1 ครั้ง/เดือน	อสม. buddy	1. ประเมินอาการเตือน
เหลือง (OAS 2)*	ภายใน 3 วัน	ภายใน 2 สัปดาห์	อสม. buddy / รพ.สต.	(ธงแดง) 5 ข้อ
แดง (OAS 3)*	ส่งต่อภายใน 24 ชั่วโมง	ภายใน 1 วัน	อสม. / รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชนและทีมสุขภาพจิต ชุมชน	2. แบบติดตามผู้ป่วย (2ย. 1ส. + อาการทางจิต) 3. แบบประเมิน OAS

* กลุ่มสีเขียว หมายถึง กึ่งเร่งด่วน (semi-urgency หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง (moderate) ต้องจัดการภายใน 7 วัน กลุ่มสีเหลือง หมายถึง เร่งด่วน (urgency) หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อ ตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก ต้องจัดการภายใน 3 วัน กลุ่มสีแดง หมายถึงฉุกเฉิน (emergency หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันทีทันใด

OAS = overt aggression scale

ตารางที่ 3 บทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน

ผู้ให้บริการจิตเวชในชุมชน	บทบาทหน้าที่
1. บุคลากรสาธารณสุข 1.1 เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ 1.2 แพทย์โรงพยาบาลชุมชน	ดูแลใกล้ชิดกลุ่มสีเหลือง ทำทะเบียนจำแนกประเภทผู้ป่วยตามปัจจัยเสี่ยง ประเมิน OAS เมื่อได้รับการประสานจาก อสม. buddy (กรณีประเมิน OAS ได้ 1 คะแนน ให้ รพ.สต. บริหารจัดการเบื้องต้น ขอรับการปรึกษาและประสานส่งต่อ 2 - 3 คะแนน แจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจในกรณีฉุกเฉินหรือเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง) จำหน่ายและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ในอำเภอ ดูแลใกล้ชิดกลุ่มสีแดง ให้คำปรึกษา ประสานรับ-ส่งต่อผู้ป่วย จัดระบบบริการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช บำบัดรักษา ดูแลต่อเนื่องในชุมชน และติดตามเมื่อขาดนัด
2. อสม. buddy	ชี้เป้า เฝ้าระวัง โดยดูแลใกล้ชิดกลุ่มสีเขียว ติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมิน 2ย. 1ส. 5 สัญญาณเตือน 5 ธงแดง ประสานส่งต่อกรณีมีความเสี่ยงเกิดความก้าวร้าวรุนแรงในชุมชน ประสานเจ้าหน้าที่ปกครอง ตำรวจ
3. เจ้าหน้าที่ตำรวจ	บริหารสถานการณ์รุนแรง ควบคุมสถานการณ์ เฝ้าระวังช่วยเหลือผู้ประสบเหตุส่งโรงพยาบาล ดูแลความปลอดภัย
4. ผู้นำชุมชน/หมู่บ้าน	แจ้งเหตุ ประสานงาน ช่วยเจรจา ลงเยี่ยมให้กำลังใจ ควบคุมสถานการณ์
5. อปท.	จัดกิจกรรมการฝึกอาชีพ สร้างขวัญกำลังใจ สนับสนุนการดูแลความปลอดภัยในพื้นที่
6. อาสาฯ/ชีพ/กู้ภัย	สอดส่อง ดูแล ให้กำลังใจ เป็นผู้ช่วยพนักงานในการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดเหตุ ช่วยนำส่งโรงพยาบาล
7. พัฒนาสังคม	ช่วยฟื้นฟูสภาพทางสังคม ประสานด้านสวัสดิการสังคมต่าง ๆ
8. ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วย	สังเกตอาการหาพบอาการสัญญาณเตือน แจ้ง อสม. buddy ให้ความร่วมมือในการติดตามดูแลการกินยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

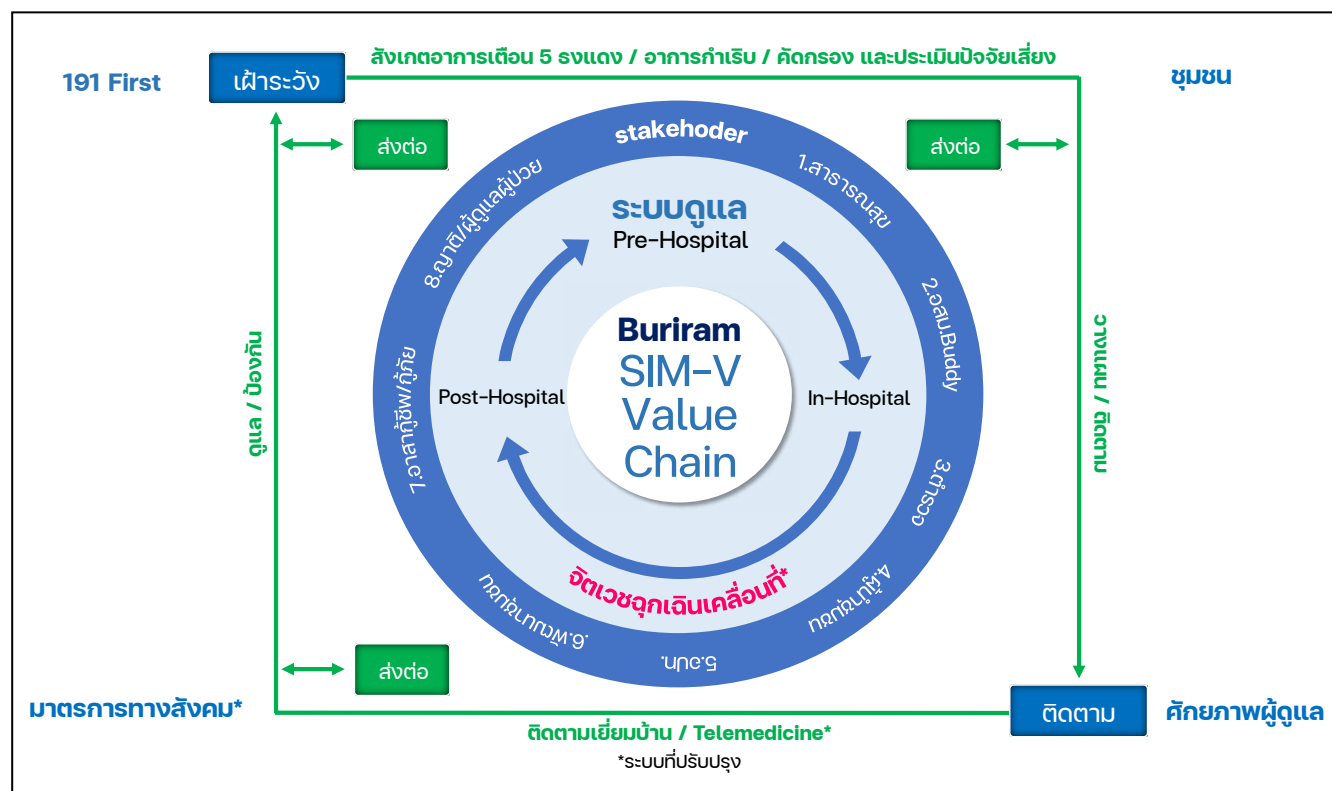
หลังทดลองใช้ระบบเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบปัญหาดังนี้ 1) ผู้ป่วย SMI-V ส่วนใหญ่มีสาเหตุกระตุ้นจากการดื่มสุรา 2) เจ้าหน้าที่ประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนมารับการรักษา ยังไม่เข้าใจและไม่มีช่องทางพิเศษ (ER Fast track) และ 3) การส่งตัวผู้ป่วยกลุ่มสีแดงเข้ารับการรักษามีความยากลำบาก และใช้เวลานานในการควบคุมตัวผู้ป่วย จึงมีการประชุม สอนหากกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องต้องเพื่อปรับปรุงระบบ

ระยะที่ 4 การปรับปรุงพัฒนาระบบ

การปรับปรุงระบบ Buriram SMI-V value chain และนำไปทดลองใช้หลังปรับปรุงระบบกับผู้ป่วย SMI-V 145 คนในพื้นที่อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ มีรายละเอียดดังนี้

- 1) การเพิ่มมาตรการทางสังคม ได้แก่ การห้ามร้านค้าจำหน่ายสุราให้ผู้ป่วยจิตเวชทุกคน โดย อปท. ทำหน้าที่ควบคุมและบังคับใช้มาตรการ
- 2) การเพิ่มช่องทางพิเศษที่แผนกอุบัติเหตุ

และฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่รับส่งต่อผู้ป่วย จัดทำแนวทางการรับส่งต่อ และเพิ่มบริการจิตเวชฉุกเฉินเคลื่อนที่ ณ จุดเกิดเหตุสำหรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีอาการกำเริบในพื้นที่ เพื่อประสานมายังช่องทางพิเศษแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาล (ตาม พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. 2562 ม.22 พ.ร.บ. การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 และพ.ร.บ. ยาเสพติด พ.ศ. 2564 ม.114)¹¹ และ 3) การจัดตั้งทีมช่วยเหลือ (call for help “191 First”) ที่ประกอบด้วยประชาชนและตำรวจร่วมปฏิบัติการเมื่อมีการแจ้งเหตุ 1669 เพื่อลดความเสี่ยงต่ออันตรายขณะนำส่งผู้ป่วยกลุ่มสีแดงหรือกรณีผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉินวิกฤต และ 4) การเพิ่มระบบบริการการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ในการให้บริการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหากพบสัญญาณเตือนที่อาจก่อให้เกิดความรุนแรง ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ระบบ Buriram SMI-V value chain ที่ปรับจากคู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต⁴

ตารางที่ 4 ผลการประเมินก่อนและหลังพัฒนาระบบ Buriram SMI-V value chain

ตัวชี้วัดผลลัพธ์	ก่อนพัฒนาระบบ (ต.ค. 63 - ก.ย. 64) n = 73 จำนวน (ร้อยละ)	หลังทดลองใช้ระบบ (ต.ค. 65 - มี.ค. 66) n = 145 จำนวน (ร้อยละ)	นำระบบไปใช้จริง (เม.ย. - ก.ย. 66) n = 478 จำนวน (ร้อยละ)
1. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้รับการบำบัดรักษา (เป้าหมายร้อยละ 100)	64 (87.7)	145 (100.0)	478 (100.0)
2. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน (เป้าหมายร้อยละ 100)	53 (68.8)	142 (97.9)	474 (99.2)
3. อุบัติการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมีอาการกำเริบซ้ำ (เป้าหมายร้อยละ 0)	5 (6.5)	4 (2.8)	0 (0.0)

* การดูแลต่อเนื่อง หมายถึง การได้รับการดูแลในชุมชนโดยการติดตามเยี่ยมบ้านจากผู้จัดการรายกรณี (พยาบาลวิชาชีพ) จำนวน 1 ครั้ง ภายใน 1 เดือนหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ระยะที่ 5 การนำระบบไปใช้จริงและประเมินผลลัพธ์

การนำระบบ Buriram SMI-V Value Chain system ที่ปรับปรุงแล้วไปขยายการดำเนินงานครอบคลุมทั้ง 23 อำเภอของจังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน และใช้ตัวชี้วัดการดำเนินงานดูแลผู้ป่วย SMI-V มาติดตามประเมินผล พบผู้ป่วย SMI-V ทั้งหมด 478 คน จำแนกเป็น ผู้ป่วย SMI-V 1 ร้อยละ 17.0 ผู้ป่วย SMI-V 2 ร้อยละ 64.9 ผู้ป่วย SMI-V 3 ร้อยละ 14.4 และผู้ป่วย SMI-V 4 ร้อยละ 3.7 ผู้ป่วย SMI-V มีอัตราการได้รับการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 87.7 ในช่วงก่อนพัฒนาระบบเป็นร้อยละ 100 ในช่วงนำระบบไปใช้จริง และอัตราการได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.8 ในช่วงก่อนพัฒนาระบบเป็นร้อยละ 99.2 ในช่วงนำระบบไปใช้จริง และไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วย SMI-V มีอาการกำเริบซ้ำ ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

ระบบ Buriram SMI-V value chain ที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การค้นหา เฝ้าระวัง และส่งต่อผู้ป่วย SMI-V รวมถึงระบบบริการจิตเวชฉุกเฉินเคลื่อนที่ และมีความเข้าใจในอาการสัญญาณเตือนและปัจจัยที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ นอกจากนี้ภาคีเครือข่ายยังมีส่วนร่วมในการดำเนินมาตรการทางสังคม เช่น การไม่ขายสุราให้ผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดปัจจัยกระตุ้นต่อการก่อความรุนแรง

และอาการกำเริบ ส่งผลให้ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการบำบัดรักษา และดูแลต่อเนื่องเพิ่มขึ้นและมีอุบัติการณ์อาการกำเริบซ้ำลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่พบว่าความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและการเชื่อมโยงการทำงานส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเวชมีอาการกำเริบที่รุนแรงลดลงและเข้าถึงบริการมากขึ้น¹²⁻¹⁴

ปัจจัยสำเร็จของระบบ Buriram SMI-V value chain มีดังนี้ 1) ปัจจัยด้านบุคลากร ได้แก่ ผู้บริหารให้ความสำคัญและตอบสนองนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และทุกภาคีเครือข่ายเห็นว่าเป็นเรื่องของทุกคนในชุมชน ไม่ใช่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง 2) ปัจจัยด้านงบประมาณ ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณสำหรับการจัดทำแผนปฏิบัติการ 3) ปัจจัยด้านการสื่อสาร ได้แก่ การขับเคลื่อนงานโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และการนำระบบ telemedicine มาใช้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล โดยการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชและการให้คำปรึกษาโรงพยาบาลลูกข่ายจากจิตแพทย์โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และ 4) ปัจจัยด้านเครือข่ายการทำงาน ได้แก่ การบูรณาการงานภายใต้ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต พบว่าความร่วมมือในพื้นที่ในการดำเนินมาตรการต่าง ๆ เช่น การจัดทีมเผชิญเหตุในการ

เข้าประเมินและเจรจากับผู้ป่วยก่อนทีมภายนอกเข้าพื้นที่ การเชื่อมต่อระหว่างชุดตำรวจท้องที่กับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น และการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลต่อการลดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายของผู้ป่วย อีกทั้งยังทำให้ชุมชนเข้มแข็งพึ่งพาตนเองได้¹⁵⁻¹⁷

อย่างไรก็ตาม ระบบที่พัฒนาขึ้นยังมีข้อจำกัดคือ ในระยะ pre-hospital ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาต้องอาศัยภาคีเครือข่ายในชุมชนช่วยในการดูแล ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้ก็มีภาระหน้าที่ในการหาเลี้ยงชีพและครอบครัวตัวเอง ทำให้เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่อาจก่อความรุนแรง อาจมีการประสานงานในพื้นที่ล่าช้า จึงควรมีการปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยให้ญาติ/ผู้ดูแลแจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจก่อนออกไปทำภารกิจส่วนตัวและเพิ่มสายตรวจเข้ามาช่วยคอยสอดส่องดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดเหตุการณ์รุนแรง นอกจากนี้ยังพบว่าญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องเหตุการณ์ยังขาดทักษะในการสื่อสารและแจ้งเหตุฉุกเฉินเนื่องจากตกใจกับเหตุการณ์ ทำให้การเข้าช่วยเหลือล่าช้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดระยองที่พบว่าระบบการรับและแจ้งเหตุเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบที่สุดต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน¹⁵ จึงควรมีการส่งเสริมทักษะเหล่านี้ให้กับญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยและชุมชน

สรุป

การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน โดยภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดบุรีรัมย์ ทำให้ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการบำบัดรักษาและการดูแลอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้น ไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำ และสามารถใช้ชีวิตประจำวันในชุมชนได้ ควรมีการศึกษาต่อยอดโดยการนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นหรือขยายผลในพื้นที่อื่นโดยการปรับกระบวนการบางส่วนตามความเหมาะสมกับบริบท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์พิเชษฐ พิตขุนทด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ให้คำแนะนำในการศึกษา และขอขอบคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสตึก ภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอสตึก และเจ้าหน้าที่กลุ่มงาน

ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ช่วยประสานงานและเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for caring for groups at risk for violence and drug users. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2022. (in Thai)
2. United States Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality. National Survey on Drug Use and Health, 2012 [distributor]. Michigan: Inter-university Consortium for Political and Social Research; 2015. doi:10.3886/ICPSR34933.v3.
3. Fazel S, Långström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. JAMA. 2009;301(19):2016-23. doi:10.1001/jama.2009.675.
4. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Manual for the care system for psychiatric patients at high risk of committing violence for institutions/hospitals under the Department of Mental Health Ministry of Public Health. Bangkok: Prosperous Plus Company Limited; 2020. (in Thai)
5. Sriharaksa P. Caring for schizophrenic patients at risk of violence through the use of participatory case management in the community Muang District, Sakon Nakhon Province: A case study of Khamin Subdistrict, Mueang District, Sakon Nakhon Province. Journal of Health and Environmental Education. 2023;8(1):436-47. (in Thai)
6. Thai PBS Policy Watch. Mental health situation of Thai people Encountered a violent-economic crisis [internet]. Bangkok: Thai PBS News; 2023 [cited 2023 Dec 30]. Available from: <https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-7> (in Thai)
7. Bureau of Mental Health Service Administration, Department of Mental Health. Guidelines for

- continuous monitoring and care of psychiatric patients with alcohol/drugs/narcotics (Trial version). Bangkok: Prosperous Plus Company Limited; 2020 [cited 2023 Dec 30]. Available from: <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202104191676268002.pdf> (in Thai)
8. Buriram Provincial Public Health Office. Report on Serious Mental Illness with High Risk to Violence patients (SMI-V) Fiscal year 2020-2021. Buriram: Buriram Provincial Public Health Office; 2021. (in Thai)
 9. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Access to the mental health service system [internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2023 [cited 2023 Jan 14]. Available from: <https://dthc.dmh.go.th/AccessHealthServices> (in Thai)
 10. Cohen JM, Uphoff NT. Rural development participation: concept and measures for project design implementation and evaluation: rural development committee center for international studies. New York: Cornell University Press; 1981.
 11. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for caring for emergency psychiatric patients (Acute Care) for public health service units (Level A, S, M1 and M2) Trial version. Bangkok: Beyond Publishing Co., Ltd; 2020 [cited 2023 Jan 14]. Available from: https://mhso.dmh.go.th/page/subject_details.php?subject_id=174 (in Thai)
 12. Jard-ngoen G., Cheopakdee S. Development of community's psychiatric patients care process by Community party network at Bangpakong districts. Journal of Environmental and Community Health. 2020;5(2):78-85. (in Thai)
 13. Kaewyasri K. The model development of psychiatric patients' surveillance, screening and caring in the community LOEI province. Research and Development Health System Journal. 2022;15(2):328-42. (in Thai)
 14. Chudpimai R. Development of a care model for chronic psychiatric patients at-risk groups in the community through the participation process of network partners, Lamplaimat district, Buriram province. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2022;16(3):851-67. (in Thai)
 15. Wachiradilok P, Dounghipsirikul S, Sirisamutr T, Neungaud A. Seamless and integrated emergency medical services system for mental health crisis patients in Thailand. Journal of Health Systems Research. 2023;17(2):264-78. (in Thai)
 16. Pongpaew A, Somsinnakul S. The development of an integrative guideline for the emergency medical services system for emergency patients experiencing mental health crises in Rayong province. Journal of Nursing and Health Care. 2023;41(1):1-18. (in Thai)
 17. Wachiradilok P. Mental crisis emergency patient support under an integrated emergency medical service system in the area. Journal of Emergency Medical Services of Thailand. 2022;178(2):77-89. (in Thai)