

การพัฒนาแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Development of a Seamless Care and Referral Model for Psychiatric Emergency Patients in the Yang Sisurat District Health Service Network, Maha Sarakham Province

(Received: September 27, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

ลภณพร วงษ์อินตา¹ กัลยาณี ประทุมทอง¹ วียดา ดุลยเกียรติ¹ ประครอง ประกิจระนะ¹ กาญจนา จันทะนุย์¹
Lapanaporn Wonginta¹ Kullayane Pratumtong¹ Wiyada Dulayakiat¹ Prakrong Prakirana¹ Kanjana
Chanthanui¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อ 2) พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ และ 3) ประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน 2566-กันยายน 2567 โดยประยุกต์แนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อร่วมกับการจัดการรายกรณี แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนารูปแบบตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ และการประเมินผล ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบจำนวน 45 คน ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และประเมินผลในผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินหลังพัฒนาจำนวน 69 ราย โดยเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนพัฒนาจำนวน 67 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ระบบเดิมมีช่องว่างด้านการประเมินความรุนแรงและความเสี่ยง การเตรียมและส่งต่อข้อมูล การประสานระหว่างหน่วยบริการ และการติดตามต่อเนื่องในชุมชน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินและจำแนกความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ 2) การดูแลและส่งต่อที่เชื่อมโยงทุกระดับบริการ 3) การจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยความเสี่ยงสูงและซับซ้อน 4) การเชื่อมโยงข้อมูลและติดตามต่อเนื่องหลังการรักษา และ 5) การพัฒนาศักยภาพทีมและระบบกำกับคุณภาพ ภายหลังพัฒนารูปแบบ ผู้ป่วยได้รับการประเมินความรุนแรงและความเสี่ยงครบถ้วนเพิ่มจากร้อยละ 71.64 เป็นร้อยละ 97.10 การติดตามต่อเนื่องหลังการรักษาเพิ่มจากร้อยละ 58.21 เป็นร้อยละ 94.20 และสัดส่วนผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อลดจากร้อยละ 26.87 เป็นร้อยละ 17.39 ในผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ การเตรียมผู้ป่วยและข้อมูลส่งต่อครบถ้วนเพิ่มเป็นร้อยละ 100 การส่งต่อภายใน 2 ชั่วโมงเพิ่มจากร้อยละ 50.00 เป็นร้อยละ 91.67 และไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างรอหรือระหว่างส่งต่อหลังพัฒนา ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การจัดการรายกรณี 28 ราย ได้รับการประเมินแบบองค์รวมร้อยละ 96.43 มีแผนการดูแลรายบุคคลร้อยละ 92.86 และไม่เกิดความเสี่ยงซ้ำในช่วงติดตามร้อยละ 92.86 ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.54, SD = 0.39)

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน, การส่งต่อแบบไร้รอยต่อ, การจัดการรายกรณี

Abstract

This action research aimed to: (1) examine the situation and problems related to the management and referral of psychiatric emergency patients; (2) develop a seamless management and referral model for psychiatric emergency patients; and (3) evaluate the developed model within the Yang Sisurat District Health Service Network, Maha Sarakham Province. The study was conducted from September 2023 to September 2024 by

¹ โรงพยาบาลอย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

integrating the concepts of Seamless Care and Case Management. The research process comprised three phases: situation analysis, model development through two action research cycles, and model evaluation. Participants included 45 multidisciplinary team members and community network partners involved in the development process. Outcomes were evaluated among 69 psychiatric emergency patients after implementation and compared with data from 67 patients before implementation. Data were collected using interviews and focus group discussions, patient care records, the Overt Aggression Scale, and a satisfaction questionnaire. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings showed that the previous service system had gaps in risk and severity assessment, preparation and transfer of referral information, inter-facility coordination, and continuity of follow-up care in the community. The developed model consisted of five components: (1) systematic risk assessment and classification; (2) seamless care and referral across all levels of health services; (3) case management for high-risk and complex patients; (4) information linkage and continuity of care after treatment; and (5) workforce capacity building and quality monitoring. After implementation, complete assessment of severity and risk increased from 71.64% to 97.10%, and continuous follow-up after treatment increased from 58.21% to 94.20%. The proportion of patients requiring referral decreased from 26.87% to 17.39%. Among referred patients, complete patient preparation and referral information increased to 100%, and referrals completed within two hours increased from 50.00% to 91.67%. No adverse events during waiting or transfer were reported after implementation. Among 28 patients meeting the criteria for case management, 96.43% received comprehensive assessment, 92.86% had individualized care plans, and 92.86% experienced no recurrent violence during follow-up. Overall satisfaction among the multidisciplinary team and network partners was at the highest level (Mean = 4.54, SD = 0.39).

Keywords : psychiatric emergency patients, seamless referral, case management

บทนำ

ภาวะจิตเวชฉุกเฉินเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมอย่างรุนแรง จนอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน และจำเป็นต้องได้รับการประเมินช่วยเหลือ และจัดการอย่างเร่งด่วน เพื่อควบคุมอาการ ลดความรุนแรง และป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และชุมชน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจึงต้องครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองและประเมินภาวะฉุกเฉิน การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือการก่อความรุนแรง การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว การดูแลความปลอดภัย การรักษาเบื้องต้น ตลอดจนการประสานและส่งต่อ

ผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงและศักยภาพของหน่วยบริการ^{1,2}

ผู้ป่วยจิตเวชบางรายมีปัจจัยเสี่ยงจากการขาดการรักษาต่อเนื่อง การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การใช้สุราหรือสารเสพติด รวมถึงปัญหาครอบครัวและสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบ เกิดอาการหลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว พฤติกรรมก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และนำไปสู่ภาวะฉุกเฉิน โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการประเมินเฝ้าระวัง บำบัดรักษา และติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกำเริบและการเกิดความรุนแรงซ้ำ³

การจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมีความซับซ้อนแตกต่างจากผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป เนื่องจากนอกจากต้องประเมินและแก้ไขภาวะฉุกเฉินทางกายแล้ว ยังต้องประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น พฤติกรรมก้าวร้าวหรือคลุ้มคลั่ง การใช้สุราและสารเสพติด รวมถึงโรคร่วมทางกายที่อาจส่งผลให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้น บุคลากรจึงต้องมีความรู้และทักษะในการคัดกรองและจำแนกระดับความรุนแรง การสื่อสารเพื่อลดความตึงเครียด การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การใช้ยาและการผูกมัดตามข้อบ่งชี้ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการประสานทีมสหวิชาชีพและหน่วยบริการปลายทางอย่างรวดเร็วและปลอดภัย⁴ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินไม่ได้สิ้นสุดเฉพาะการควบคุมอาการภายในโรงพยาบาล แต่ต้องเชื่อมโยงตั้งแต่การค้นพบผู้ป่วยในครอบครัวและชุมชน การแจ้งเหตุและเข้าช่วยเหลือ การนำส่งจากชุมชนหรือโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล การคัดกรองและประเมินความรุนแรง การรักษาเบื้องต้น การปรึกษาแพทย์หรือจิตแพทย์ การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ การประสานหน่วยบริการปลายทาง ตลอดจนการรับข้อมูลกลับและติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยต้องอาศัยความร่วมมือของครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ตำรวจ ทีมสหวิชาชีพ และโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช^{1,3}

โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง รับผิดชอบพื้นที่ 7 ตำบล 91 หมู่บ้าน และเชื่อมโยงการให้บริการกับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ เมื่อเกิดผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชน ผู้ป่วยอาจได้รับการนำส่งจากครอบครัว ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือเจ้าหน้าที่ตำรวจมายังโรงพยาบาลยางสีสุราช เพื่อรับการประเมินและรักษาเบื้องต้น หากผู้ป่วยมีอาการ

รุนแรง มีความเสี่ยงสูง หรือมีความซับซ้อนเกินศักยภาพของโรงพยาบาล จำเป็นต้องประสานและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยเฉพาะโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จากการทบทวนข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลยางสีสุราช ปีงบประมาณ 2563–2565⁴ พบผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจำนวน 48, 56 และ 67 ราย ตามลำดับ เพิ่มขึ้นร้อยละ 39.58 โดยมีผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อจำนวน 17, 22 และ 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.42, 39.29 และ 43.28 ตามลำดับ ผู้ป่วย SMI-V มีจำนวน 15, 19 และ 25 ราย ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง หรือเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น จำนวน 11, 14 และ 20 ราย และผู้ป่วยที่มีประวัติใช้สุราหรือสารเสพติดร่วม จำนวน 18, 23 และ 31 ราย ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มของปัญหาที่เพิ่มขึ้นและความซับซ้อนของการดูแล (โรงพยาบาลยางสีสุราช, 2565) เมื่อวิเคราะห์กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 29 ราย พบว่า ผู้ป่วย 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.28 ใช้ระยะเวลาตั้งแต่มีคำสั่งส่งต่อจนออกจากโรงพยาบาลมากกว่า 2 ชั่วโมง ข้อมูลประกอบการส่งต่อไม่ครบถ้วน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.59 และต้องประสานหน่วยบริการปลายทางมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.93 นอกจากนี้พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างรอหรือระหว่างส่งต่อ เช่น อาการก้าวร้าว กระสับกระส่าย หรือพยายามหลบหนี จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.79 สะท้อนถึงช่องว่างด้านความรวดเร็ว ความครบถ้วนของข้อมูล และความปลอดภัยของระบบส่งต่อ

จากการทบทวนกระบวนการดูแลยังพบว่าการประเมินความรุนแรงและความเสี่ยง การประสานข้อมูล การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อ และการติดตามข้อมูลกลับจากโรงพยาบาลปลายทางยังมีความแตกต่างกันระหว่างหน่วยบริการและไม่มี

แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ปัญหาดังกล่าวไม่ได้เกิดเฉพาะในขั้นตอนการส่งต่อ แต่ครอบคลุมตั้งแต่การเฝ้าระวังและนำส่งจากชุมชน การจัดการภาวะฉุกเฉินในโรงพยาบาล การเตรียมและประสานการส่งต่อ จนถึงการส่งข้อมูลกลับเพื่อดูแลต่อเนื่องภายหลังการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ชี้ว่าการจัดระบบการประเมิน การดูแล การส่งต่อ และการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบช่วยให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติงานและเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและบุคลากร² ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care)⁵ ร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management)⁶ มาใช้ประกอบการพัฒนารูปแบบ โดยการดูแลแบบไร้รอยต่อมุ่งเชื่อมโยงบริการตั้งแต่ครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลยางสีสุราช จนถึงโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และการติดตามภายหลังกลับสู่ชุมชน ทั้งนี้ หลักฐานพบว่าความต่อเนื่องของผู้ให้บริการมีความสัมพันธ์กับการมาติดตามหลังจำหน่ายของผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช⁷ ขณะเดียวกัน แนวคิดการจัดการรายกรณีมุ่งให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีปัญหาซับซ้อนได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการอย่างครอบคลุม มีการวางแผนการดูแลรายบุคคล การประสานทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย และการติดตามต่อเนื่อง โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse Case Manager) ทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงการดูแล หลักฐานจากการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณพบว่า Care Management ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน การวางแผน และการประสานการดูแล มีความสัมพันธ์กับการลดอาการทางจิต การเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยโรคจิตเวชรุนแรง⁶

ดังนั้น การบูรณาการแนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อร่วมกับการจัดการรายกรณีจึงมีความเหมาะสมในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินให้เชื่อมโยงทั้งระดับระบบบริการและระดับบุคคล ตั้งแต่ต้นทางในชุมชน การดูแลในโรงพยาบาล การส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทาง จนถึง การรับข้อมูลกลับและติดตามต่อเนื่องในชุมชน โดยมุ่งให้เกิดความรวดเร็ว ความปลอดภัย ความครบถ้วนของข้อมูล ลดความซ้ำซ้อนและช่องว่างของการดูแล ตลอดจนลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา การพัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อร่วมกับการจัดการรายกรณี เพื่อพัฒนาระบบที่เชื่อมโยงตั้งแต่ชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชน จนถึงโรงพยาบาลเฉพาะทาง ให้มีความต่อเนื่อง รวดเร็ว ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาในการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการวิจัย

วิธีการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁸ และประยุกต์แนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care)⁵ ร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management)⁶ เป็นกรอบในการพัฒนา เชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลยางสีสุราช โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จนถึงการส่งข้อมูลกลับและติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน 2566 ถึงเดือนกันยายน 2567 แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเตรียมการวิจัยและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะพัฒนารูปแบบ โดยดำเนินการตามวงจรวิจัยเชิงปฏิบัติการจำนวน 2 วงรอบ และ 3) ระยะประเมินผลรูปแบบ

พื้นที่ศึกษา ดำเนินการในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

ผู้มีส่วนร่วมวิจัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ ได้แก่ บุคลากรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติด พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลผู้ป่วยใน บุคลากรระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ตำรวจและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อ คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่มีประสบการณ์และมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยตรง รวม 45 คน กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่เข้ารับบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราชและได้รับการดูแลหรือส่งต่อในช่วงเวลาที่ศึกษาที่สมัครใจ

ทั้งหมดในช่วงเวลาวิจัย รวม 69 ราย เพื่อประเมินผลลัพธ์ของระบบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 เตรียมการวิจัยและวิเคราะห์

สถานการณ์ เดือน กันยายน 2566 โดยดำเนินการดังนี้ 1) ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินย้อนหลังทั้งจำนวนผู้รับบริการ ลักษณะผู้ป่วย จำนวนและสัดส่วนการส่งต่อ ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่เข้าเกณฑ์ระยะเวลารอส่งต่อ ความครบถ้วนของข้อมูลส่งต่อและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างรอหรือระหว่างส่งต่อ 2) ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระดับครอบครัวและชุมชน การนำส่งโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ตำรวจ การประเมินและรักษาที่โรงพยาบาลยางสีสุราช การประสานและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทาง ตลอดจนการส่งข้อมูลกลับและติดตามผู้ป่วยในชุมชน 3) สนทนากลุ่มและสัมภาษณ์บุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค ความต้องการและช่องว่างของระบบ เช่น การประเมินความรุนแรงและความเสี่ยง การประสานงาน การเตรียมผู้ป่วย การส่งข้อมูล การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว ความปลอดภัยในการส่งต่อและการติดตามต่อเนื่องภายหลังการรักษา 4) วิเคราะห์กระบวนการและช่องว่างของระบบเดิม (Gap Analysis) และนำข้อมูลคืนแก่ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย เพื่อร่วมกันกำหนดประเด็นที่ต้องพัฒนาและเป้าหมายของรูปแบบ ผลจากระยะที่ 1 นำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบรูปแบบการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ
เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566–กรกฎาคม พ.ศ. 2567
วงรอบที่ 1 เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 – มีนาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยนำผลจากการศึกษาสถานการณ์และ

วิเคราะห์ปัญหาในระยะที่ 1 มาค้นหาข้อมูลและประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและช่องว่างของระบบ และได้พัฒนารูปแบบการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ โดยบูรณาการแนวทางการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) ร่วมกับการจัดการรายกรณี (Case Management) สรุปเป็น 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) พัฒนาระบบคัดกรองและประเมินความเสี่ยงที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ตั้งแต่ชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาล ครอบคลุมการประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต ความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ภาวะทางกาย การใช้สุราหรือสารเสพติด และพฤติกรรมก้าวร้าวหรือคลุ้มคลั่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการและส่งต่ออย่างเหมาะสมตามระดับความเสี่ยง 2) พัฒนาระบบการดูแลและส่งต่อแบบไร้รอยต่อ โดยกำหนดแนวทางการดูแลตั้งแต่การเฝ้าระวังและแจ้งเหตุในชุมชน การนำส่ง การจัดการภาวะฉุกเฉินในโรงพยาบาล การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ การประสานโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ รวมถึงพัฒนาแบบตรวจสอบความพร้อมก่อนส่งต่อ (Referral Checklist) และแนวทางการสื่อสารข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ 3) พัฒนาระบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยความเสี่ยงสูงและซับซ้อน โดยกำหนดบทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีในการประเมินปัญหาและความต้องการอย่างครอบคลุม จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ประสานทีมสหวิชาชีพ หน่วยบริการปฐมภูมิ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ครอบครัวและเครือข่าย ตลอดจนถึงติดตามและเชื่อมโยงการดูแลสำหรับผู้ป่วย SMI-V ผู้ป่วยก้าวร้าวหรือคลุ้มคลั่ง ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น และผู้ที่มีการใช้สุราหรือสารเสพติดร่วม 4) พัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลและติดตามต่อเนื่องกลับสู่ชุมชน โดยกำหนดข้อมูลสำคัญที่ต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลปลายทาง ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย ผล

การประเมินความเสี่ยง การรักษาและยาที่ได้รับ พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งพัฒนาระบบรับข้อมูลกลับภายหลังการรักษา เพื่อใช้ติดตามการรับประทานยา การมาตามนัด อาการเตือนก่อนกำเริบ การใช้สุราหรือสารเสพติด และความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงซ้ำในชุมชน 5) พัฒนาศักยภาพบุคลากรและระบบกำกับติดตามผล โดยพัฒนาความรู้และทักษะด้านการคัดกรอง การประเมินความเสี่ยง การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว การดูแลความปลอดภัย การเตรียมและส่งต่อผู้ป่วย และการสื่อสารประสานงานระหว่างหน่วยบริการ พร้อมติดตามความครบถ้วนของการประเมินและข้อมูลส่งต่อ ระยะเวลาการส่งต่อ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ความต่อเนื่องของการติดตาม เมื่อสิ้นสุดวงจรรอบที่ 1 ผู้วิจัยประชุมร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน พบว่ายังมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การประเมินระดับความรุนแรงและความเสี่ยงของผู้ป่วยยังไม่เป็นแนวทางเดียวกันในทุกหน่วยบริการ การใช้แบบตรวจสอบความพร้อมก่อนส่งต่อและการบันทึกข้อมูลยังไม่ครบถ้วนบางราย การประสานหน่วยบริการปลายทางยังใช้เวลานานและมีการติดต่อซ้ำ บทบาทของผู้เกี่ยวข้องและเกณฑ์การเข้าสู่ระบบการจัดการรายกรณียังไม่ชัดเจนในบางสถานการณ์ การส่งข้อมูลกลับจากโรงพยาบาลปลายทางและการติดตามต่อเนื่องในชุมชนยังไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งบุคลากรบางส่วนยังขาดความมั่นใจในการประเมินและจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือมีความเสี่ยงสูง จึงนำไปสู่การพัฒนาในวงจรรอบที่ 2

วงจรรอบที่ 2 เดือนเมษายน – กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยนำผลและข้อค้นพบจากวงจรรอบที่ 1 มาประชุมร่วมกับทีมผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ ได้พัฒนาแนวทางต่างๆ ให้มีความชัดเจนและสามารถปฏิบัติได้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งเครือข่าย ประกอบด้วย 1) ปรับปรุงเกณฑ์การคัดกรองและจำแนกระดับความ

รุนแรงและความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน 2) ปรับแบบตรวจสอบความพร้อมก่อนส่งต่อและแบบบันทึกข้อมูลให้กระชับ ครบถ้วน และสะดวกต่อการใช้งาน 3) พัฒนาระบบการสื่อสารและประสานหน่วยบริการปลายทาง โดยกำหนดช่องทาง ผู้รับผิดชอบ และข้อมูลสำคัญที่ต้องส่งต่อให้ชัดเจน เพื่อลดระยะเวลาและการประสานซ้ำ 4) กำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพและเกณฑ์การเข้าสู่ระบบการจัดการรายกรณีให้ชัดเจน โดยเฉพาะผู้ป่วย SMI-V ผู้ป่วยก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง หรือมีความเสี่ยงสูง 5) พัฒนาระบบส่งข้อมูลกลับและการติดตามต่อเนื่องหลังการรักษา โดยเชื่อมโยงโรงพยาบาลยางสีสุราช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน และ 6) พัฒนาศักยภาพบุคลากรผ่านการทบทวนความรู้ การฝึกทักษะ การทบทวนกรณีศึกษา และการนิเทศติดตาม เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการประเมินและจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงสูง จากนั้นนำรูปแบบฉบับปรับปรุงไปใช้ติดตามผล และสะท้อนผลร่วมกัน เพื่อจัดทำเป็นรูปแบบฉบับสมบูรณ์

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบ โดยเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการ ประเมินความครบถ้วนของการคัดกรอง การประเมินความเสี่ยง การเตรียมและส่งต่อข้อมูล รวมถึงการติดตามต่อเนื่อง ด้านผลลัพธ์ ผู้ป่วยและระบบบริการ ประเมินระยะเวลาการส่งต่อการประสานโรงพยาบาลปลายทางซ้ำ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การกลับมารับบริการซ้ำและความต่อเนื่องของการดูแลในชุมชน ความพึงพอใจต่อรูปแบบของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

เครื่องมือในการวิจัย มี 2 ประเภท คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตรวจสอบคุณภาพ

ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.86 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2.1) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับแนวทางการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ การสนับสนุนด้านต่างๆและปัญหาอุปสรรคในการดูแล จำนวน 5 ข้อคำถาม รวมถึงแบบประเมิน AAR ซึ่งใช้ในการประเมินกิจกรรมทุกครั้ง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.80 2.2) แบบบันทึกข้อมูลและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช อาการและระดับความรุนแรงของภาวะฉุกเฉิน การประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น การใช้สุราหรือสารเสพติด การดูแลและรักษาเบื้องต้น ข้อมูลการส่งต่อและระยะเวลาการส่งต่อ การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเสี่ยงสูง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และผลการติดตามต่อเนื่องหลังการรักษา 2.3) แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt aggression scale: OAS) ของกรมสุขภาพจิตประกอบด้วย ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงจำนวน 3 ข้อ คือ ต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อทรัพย์สิน ระดับความรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรมเพียงข้อเดียวเท่านั้น และคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมายดังนี้ กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = 1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ เร่งด่วน (Urgency) OAS = 2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้ มีท่าทีที่อาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = 3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรม

ก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่นหรือทรัพย์สิน 2.4) แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย ต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อ โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC= 0.6-1 ค่าความเชื่อมั่นแบบ Alpha Conefficient ของ Cronbach เท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุ เป็นผลของข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลตรวจสอบสามเส้า (triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลยางสีสุราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 10/2566 ลงวันที่ 22 มิถุนายน 2566

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินของโรงพยาบาลยางสีสุราช ปีงบประมาณ 2563-2565 พบผู้ป่วยจำนวน 48, 56 และ 67 ราย ตามลำดับ เพิ่มขึ้นร้อยละ 39.58 โดยมี

ผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อไปรับการรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จำนวน 17, 22 และ 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.42, 39.29 และ 43.28 ตามลำดับ ผู้ป่วย SMI-V มีจำนวน 15, 19 และ 25 ราย ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง หรือเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น จำนวน 11, 14 และ 20 ราย และผู้ป่วยที่มีประวัติใช้สุราหรือสารเสพติดร่วมจำนวน 18, 23 และ 31 ราย ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีความซับซ้อนในการดูแลมากขึ้น เมื่อวิเคราะห์กระบวนการส่งต่อในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 29 ราย พบว่า ผู้ป่วย 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.28 ใช้ระยะเวลาตั้งแต่มีคำสั่งส่งต่อจนออกจากโรงพยาบาลมากกว่า 2 ชั่วโมง ข้อมูลประกอบการส่งต่อไม่ครบถ้วน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.59 และต้องประสานหน่วยบริการปลายทางมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.93 นอกจากนี้ พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างรอหรือระหว่างส่งต่อ จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.79 ได้แก่ อาการก้าวร้าว กระสับกระส่าย หรือพยายามหลบหนี ผลการทบทวนกระบวนการดูแลและการสะท้อนปัญหา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย พบช่องว่างสำคัญ ได้แก่ การคัดกรองและประเมินระดับความรุนแรงและความเสี่ยงยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การเตรียมและบันทึกข้อมูลก่อนส่งต่อยังไม่ครบถ้วน การสื่อสารและประสานงานระหว่างหน่วยบริการยังมีความล่าช้าและซ้ำซ้อน การส่งข้อมูลกลับจากโรงพยาบาลปลายทางและการติดตามต่อเนื่องในชุมชนยังไม่สม่ำเสมอ รวมทั้งบทบาทของผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและซับซ้อนยังไม่ชัดเจน โดยสรุป สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าระบบเดิมยังมีช่องว่างทั้งด้านการประเมินและจัดการความเสี่ยง การดูแลและส่งต่อ การสื่อสารข้อมูล การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และการติดตามต่อเนื่องหลังกลับสู่ชุมชน จึงนำไปสู่การพัฒนากระบวนการจัดการ

ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ โดย ประยุกต์แนวคิด Seamless Care ร่วมกับ Case Management ในระยะต่อไป

2. ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออย่างสี่สุราช จังหวัดมหาสารคาม ผลการพัฒนารูปแบบจากการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ทำให้ได้รูปแบบการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออย่างสี่สุราช จังหวัดมหาสารคาม โดยบูรณาการแนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) ร่วมกับการจัดการรายกรณี (Case Management) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1. การประเมินและจำแนกความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดแนวทางประเมินผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินให้ใช้ร่วมกันทั้งเครือข่าย ครอบคลุมอาการทางจิต พฤติกรรมก้าวร้าวหรือคลุ้มคลั่ง ความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ภาวะทางกาย และการใช้สุราหรือสารเสพติด เพื่อจำแนกระดับความรุนแรงและกำหนดแนวทางการดูแล การเฝ้าระวัง หรือการส่งต่อให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย

2. แนวทางการดูแลและส่งต่อที่เชื่อมโยงทุกระดับบริการจัดระบบการดูแลให้มีความต่อเนื่อง ตั้งแต่การเฝ้าระวังและนำส่งจากชุมชน การรับและจัดการภาวะฉุกเฉินที่โรงพยาบาลอย่างสี่สุราช การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ จนถึงการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบ จุดประสานงาน และข้อมูลที่จำเป็นในแต่ละช่วง พร้อมใช้แบบตรวจสอบความพร้อมก่อนส่งต่อ เพื่อเพิ่มความรวดเร็ว ความครบถ้วน และความปลอดภัยของผู้ป่วย

3. การจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยความเสี่ยงสูงและซับซ้อน กำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการจัดการรายกรณี โดยเฉพาะผู้ป่วย SMI-V

ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือคลุ้มคลั่ง ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นและผู้ที่มีปัญหาสุราหรือสารเสพติดร่วม พยาบาลผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประเมินปัญหาและความต้องการอย่างครอบคลุม วางแผนการดูแลเฉพาะราย ประสานทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย ตลอดจนติดตามความต่อเนื่องของการรักษาและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบหรือความรุนแรงซ้ำ

4. การเชื่อมโยงข้อมูลและการติดตามต่อเนื่องหลังการรักษา พัฒนาระบบสื่อสารข้อมูลระหว่างหน่วยบริการต้นทางและปลายทางให้มีความครบถ้วน โดยเน้นประวัติการเจ็บป่วย ผลการประเมินความเสี่ยง การรักษา ยาที่ได้รับ พฤติกรรม และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ รวมทั้งจัดระบบรับข้อมูลกลับภายหลังการรักษา เพื่อเชื่อมต่อการดูแลระหว่างโรงพยาบาลอย่างสี่สุราช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน สำหรับติดตามการรับประทานยา การมาตามนัด อาการเตือน การใช้สุราหรือสารเสพติดและความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงซ้ำ

5. การพัฒนาศักยภาพทีมและระบบกำกับคุณภาพการดูแล กำหนดระบบสนับสนุนให้บุคลากรสามารถปฏิบัติตามรูปแบบได้อย่างต่อเนื่อง โดยพัฒนาความรู้และทักษะด้านการประเมินความเสี่ยง การจัดการพฤติกรรมก้าวร้าว การดูแลความปลอดภัย การเตรียมและส่งต่อผู้ป่วย และการสื่อสารประสานงานระหว่างหน่วยบริการ ควบคู่กับการทบทวนกรณีศึกษา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการนิเทศติดตาม พร้อมกำกับตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ ความครบถ้วนของการประเมินและข้อมูลส่งต่อ ระยะเวลาการส่งต่อ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และความต่อเนื่องของการติดตามผู้ป่วย

โดยสามารถสรุปรายละเอียดองค์ประกอบของรูปแบบได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

สรุป รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้มุ่งเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องตลอดกระบวนการดูแลตั้งแต่การเฝ้าระวังและนำส่งผู้ป่วยจากชุมชนเข้าสู่หน่วยบริการปฐมภูมิหรือระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การประเมินและจัดการภาวะฉุกเฉินที่โรงพยาบาลอย่างสีสุราช การประสานและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตลอดจนการรับข้อมูลกลับและติดตามดูแลต่อเนื่องภายหลังผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นกลไกสำคัญในการประเมินปัญหา วางแผน ประสานทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย

รวมทั้งติดตามผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีปัญหาซับซ้อน เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัย และเหมาะสมกับความต้องการแต่ละราย

3. ประเมินผลรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออย่างสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

3.1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจำนวน 69 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 97.10 มีอายุเฉลี่ย 36.8 ± 10.9 ปี พบโรคจิตเภทมากที่สุด

ร้อยละ 42.03 และมีประวัติใช้สุราหรือสารเสพติด
ร่วม ร้อยละ 44.93 ด้านความรุนแรงของพฤติกรรม
พบ OAS ระดับ 2 มากที่สุด ร้อยละ 42.03 รองลงมา
OAS ระดับ 3 ร้อยละ 31.88 โดยส่วนใหญ่ได้รับการ
นำส่งจากครอบครัวหรือชุมชน ร้อยละ 34.78

3.2 ผลลัพธ์การจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
ฉุกเฉินและการส่งต่อก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ
ภายหลังการพัฒนา รูปแบบ พบว่าผู้ป่วยได้รับการ
ประเมินความรุนแรงและความเสี่ยงครบถ้วนเพิ่มจาก
ร้อยละ 71.64 เป็นร้อยละ 97.10 และได้รับการ
ติดตามต่อเนื่องหลังการรักษาเพิ่มจากร้อยละ 58.21

ตารางที่ 1 ผลลัพธ์การจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

ผลลัพธ์	ก่อนพัฒนา จำนวน (ร้อยละ)	หลังพัฒนา จำนวน (ร้อยละ)
ผู้ป่วยทั้งหมด	n=67	n=69
ร้อยละได้รับการประเมินความรุนแรงและความเสี่ยงครบถ้วน	48 (71.64)	67 (97.10)
ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ	18 (26.87)	12 (17.39)
ร้อยละผู้ป่วยได้รับการติดตามต่อเนื่องหลังการรักษา/กลับสู่ชุมชน	39 (58.21)	65 (94.20)
ผลลัพธ์เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ	n=18	n=12
ร้อยละการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อครบถ้วน	13 (72.22)	12 (100.00)
ร้อยละข้อมูลประกอบการส่งต่อครบถ้วน	13 (72.22)	12 (100.00)
ร้อยละการส่งต่อได้ภายใน 2 ชั่วโมง	9 (50.00)	11 (91.67)
ร้อยละการไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างรอ/ส่งต่อ	15 (83.33)	12 (100.00)
ร้อยละการได้รับข้อมูลกลับจากโรงพยาบาลปลายทาง	10 (55.56)	11 (91.67)

3.3 ผลการจัดการรายกรณีและการติดตาม
ผู้ป่วยเสี่ยงสูง (ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ Case
Management จำนวน 28 ราย) ภายหลังการพัฒนา
รูปแบบ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีปัญหาซับซ้อน
ได้รับการคัดกรองเข้าสู่ระบบการจัดการรายกรณี มี
การจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย การประสาน
ทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย ตลอดจนติดตามหลัง
กลับสู่ชุมชนอย่างเป็นระบบมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วย
ได้รับการติดตามการรับประทานยา การมาตามนัด
อาการเตือนก่อนกำเริบ การใช้สุราหรือสารเสพติด

เป็นร้อยละ 94.20 ขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อ
ลดลงจากร้อยละ 26.87 เป็นร้อยละ 17.39 สำหรับ
ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ พบว่าการเตรียมผู้ป่วยและ
ข้อมูลส่งต่อครบถ้วนเพิ่มเป็นร้อยละ 100 การส่งต่อ
ภายใน 2 ชั่วโมงเพิ่มจากร้อยละ 50.00 เป็นร้อยละ
91.67 การประสานหน่วยบริการปลายทางลดลง
และไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างรอหรือ
ระหว่างส่งต่อในกลุ่มหลังพัฒนา สะท้อนถึงความ
ต่อเนื่อง ความรวดเร็ว และความปลอดภัยของระบบ
บริการที่ดีขึ้น ดังตารางที่ 1

และความเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงซ้ำอย่าง
ต่อเนื่อง

3.4 ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพและภาคี
เครือข่ายต่อรูปแบบของทีมสหวิชาชีพและภาคี
เครือข่ายจำนวน 45 คน มีความพึงพอใจต่อรูปแบบ
โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.54 ± 0.39
โดยด้านความต่อเนื่องและการเชื่อมโยงการดูแลมี
ค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านความปลอดภัยและ
คุณภาพการดูแล และด้านการสื่อสารและ
ประสานงานตามลำดับ

โดยสรุป การประเมินผลหลังใช้รูปแบบพบ แนวโน้มที่ดีขึ้นทั้งด้านกระบวนการดูแลและการส่งต่อ ความต่อเนื่องของข้อมูล การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเสี่ยงสูง และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ชุมชน โรงพยาบาล ยาสีสุราษฎร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และการติดตามกลับสู่ชุมชนได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาสถานการณ์การจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภออย่างสี่สุราษฎร์ พบว่าผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีความซับซ้อนของปัญหามากขึ้น ทั้งผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือคลุ้มคลั่ง ผู้ป่วย SMI-V และผู้ป่วยที่มีการใช้สุราหรือสารเสพติดร่วม ขณะที่ระบบบริการเดิมยังมีช่องว่างด้านการคัดกรองและประเมินระดับความรุนแรง การเตรียมผู้ป่วยและข้อมูลก่อนส่งต่อ การประสานระหว่างหน่วยบริการ ตลอดจนการรับข้อมูลกลับและการติดตามต่อเนื่องในชุมชน สะท้อนให้เห็นว่าการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจำเป็นต้องดำเนินการเป็นระบบ และเชื่อมโยงหลายหน่วยบริการ ไม่เฉพาะการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของสมถวิล แพรขาว และธิดารัตน์ ห้วยทราย⁹ ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจำเป็นต้องมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร และการประสานการทำงานร่วมกันของเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและปลอดภัย ผลการพัฒนารูปแบบด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ทำให้ได้รูปแบบที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การประเมินและจำแนกความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ การดูแลและส่งต่อที่เชื่อมโยงทุกระดับบริการ การจัดการ

รายกรณีสำหรับผู้ป่วยความเสี่ยงสูงและซับซ้อน การเชื่อมโยงข้อมูลและติดตามต่อเนื่องหลังการรักษา และการพัฒนาศักยภาพทีมร่วมกับระบบกำกับคุณภาพ การที่รูปแบบมีองค์ประกอบครอบคลุมตั้งแต่ชุมชนจนถึงโรงพยาบาลเฉพาะทาง ทำให้บุคลากรมีแนวทางปฏิบัติและบทบาทที่ชัดเจน ลดความแตกต่างของการปฏิบัติงานระหว่างหน่วยบริการ และช่วยให้สามารถจัดการผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงได้เหมาะสม สอดคล้องกับ นิตยา สินธุ์ภูมิ วาสนา สุระภักดิ์ และสุจิตตา ฤทธิมนตร์¹⁰ ซึ่งพบว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่ครอบคลุมการประเมิน การรักษาและพยาบาล การส่งต่อ การให้ความรู้ และการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ ช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าว ลดการส่งต่อและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร องค์ประกอบสำคัญของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นคือการนำแนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) มาร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณี (Case Management) โดยกำหนดให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีปัญหาซับซ้อน ตั้งแต่การประเมินปัญหาอย่างครอบคลุม การวางแผนการดูแลเฉพาะราย การประสานทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และเครือข่าย ตลอดจนการติดตามต่อเนื่องหลังกลับสู่ชุมชน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ Case Management จำนวน 28 ราย ส่วนใหญ่ได้รับการประเมิน แบบองค์รวมมีแผนการดูแลรายบุคคล ได้รับการประสานทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย และได้รับการติดตามหลังกลับสู่ชุมชนมากกว่าร้อยละ 90 สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยวัฒน์ ผิวเรืองนนท์ และสกุรัตน์ ทองจันทร์¹¹ ที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ควรมีการกำหนดระบบสนับสนุน การคัดกรองและจัดระดับความรุนแรง การกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนอย่าง

ชัดเจน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามระดับความรุนแรงด่วนและเพิ่มความปลอดภัยในการดูแล

ผลการประเมินหลังใช้รูปแบบพบว่า ผู้ป่วยได้รับการประเมินความรุนแรงและความเสี่ยงครบถ้วนเพิ่มจากร้อยละ 71.64 เป็นร้อยละ 97.10 และได้รับการติดตามต่อเนื่องหลังการรักษาเพิ่มจากร้อยละ 58.21 เป็นร้อยละ 94.20 ขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อลดลงจากร้อยละ 26.87 เป็นร้อยละ 17.39 ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการที่รูปแบบกำหนดเกณฑ์การประเมินและจำแนกความเสี่ยงที่ชัดเจน ทำให้ทีมสามารถจัดการผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนได้เหมาะสมตามศักยภาพ และสามารถคัดเลือกผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งต่อได้ตรงตามข้อบ่งชี้มากขึ้น ประกอบกับการมีพยาบาลผู้จัดการรายการช่วยติดตามผู้ป่วยความเสี่ยงสูง ส่งผลให้การดูแลมีความต่อเนื่องมากขึ้น สอดคล้องกับ Maremmani et al.¹² ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินโดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วม ควรได้รับการเชื่อมโยงกับบริการที่เหมาะสมและมีแผนการดูแลเฉพาะราย เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการรักษาภายหลังออกจากโรงพยาบาล สำหรับผลลัพธ์เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ พบว่าหลังพัฒนารูปแบบ การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อและข้อมูลประกอบการส่งต่อครบถ้วนเพิ่มเป็นร้อยละ 100 การส่งต่อภายใน 2 ชั่วโมงเพิ่มจากร้อยละ 50.00 เป็นร้อยละ 91.67 และการได้รับข้อมูลกลับจากโรงพยาบาลปลายทางเพิ่มจากร้อยละ 55.56 เป็นร้อยละ 91.67 รวมทั้งไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างรอหรือระหว่างส่งต่อในกลุ่มหลังพัฒนา ผลดังกล่าวสะท้อนว่าการกำหนด Referral Checklist ข้อมูลที่จำเป็นต้องส่งต่อ ผู้รับผิดชอบและช่องทางการประสานงานที่ชัดเจน ช่วยลดความซ้ำซ้อนและความล่าช้าในการดำเนินงาน ขณะเดียวกันการรับข้อมูลกลับจากโรงพยาบาลปลายทางช่วยให้หน่วยบริการต้นทางสามารถวางแผนติดตามผู้ป่วยได้

ต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Seamless Care ที่ให้ความสำคัญกับความต่อเนื่องทั้งด้านบริการและข้อมูล

นอกจากนี้ การติดตามผู้ป่วยภายหลังการรักษาถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบเนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชที่กลับสู่ชุมชนยังมีความเสี่ยงต่อการขาดยา ขาดนัด อาการกำเริบ การใช้สุราหรือสารเสพติด และการเกิดความเสี่ยงซ้ำ การมีระบบรับข้อมูลกลับและมีผู้รับผิดชอบติดตามจึงช่วยลดช่องว่างระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน สอดคล้องกับ Wong et al.¹³ ซึ่งพบว่าความต่อเนื่องของการดูแลภายหลังการเข้ารับบริการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชมีความสัมพันธ์กับการมาติดตามหลังจำหน่าย โดยเฉพาะเมื่อมีความต่อเนื่องของผู้ให้บริการ การที่ผู้ป่วยได้รับการติดตามจากทีมที่มีความเชื่อมโยงกับการดูแลในระยะฉุกเฉินช่วยเพิ่มโอกาสในการคงอยู่ในระบบบริการ ด้านบุคลากรและภาคีเครือข่ายพบว่าความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.54 ± 0.39 โดยด้านความต่อเนื่องและการเชื่อมโยงการดูแลมีค่าเฉลี่ยสูงสุด อาจเป็นผลจากกระบวนการพัฒนารูปแบบที่เปิดโอกาสให้ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทาง ทดลองใช้สะท้อนผล และปรับปรุงรูปแบบร่วมกัน รวมถึงมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การทบทวนกรณีศึกษาและการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจบทบาทของตนเองและสามารถดำเนินงานในแนวทางเดียวกัน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ สมถวิล แพรขาว และธิดารัตน์ ห้วยทราย (2565)⁹ และปิยวัฒน์ ผิวเรืองนนท์ และสกุลรัตน์ ทองจันทร์¹¹ ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายรวมทั้งการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากร เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น

โดยสรุป การพัฒนารูปแบบครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการ Seamless Care ร่วมกับ Case Management ช่วยให้การจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินครอบคลุมทั้งระดับระบบบริการและระดับบุคคล โดยเชื่อมโยงตั้งแต่การเฝ้าระวังในชุมชน การคัดกรองและจัดการภาวะฉุกเฉิน การเตรียมและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทาง จนถึงการรับข้อมูล

กลับและติดตามต่อเนื่องในชุมชน โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้ป่วยความเสี่ยงสูงและซับซ้อน ส่งผลให้กระบวนการประเมินและส่งต่อมีความครบถ้วน รวดเร็ว และปลอดภัยมากขึ้น รวมทั้งสนับสนุนความต่อเนื่องของการรักษาและการทำงานร่วมกันของเครือข่ายบริการสุขภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ชีระ ศิริสมุทร, พรทิพย์ วชิรดิolk, และอนุรัตน์ สมตน. (2562). การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการในพื้นที่. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(ฉบับเพิ่มเติม 2), S157-S171.
2. นิตยา สันธุ์ภูมิ, วาสนา สุระภักดิ์, และสุจิตตา ฤทธิมนตร์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 10(2), 35-50.
3. ปิยวัฒน์ ผิวเรืองนนท์ และสกุลรัตน์ ทองจันทร์. (2567). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอภูพาน จังหวัดมณฑลสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 4(1), 185-198.
4. โรงพยาบาลยางสีสุราช. (2565). ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อ ปีงบประมาณ 2563-2565. เอกสารภายในโรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม.
5. Boora, N., Surood, S., Coulombe, J., Poudel, S., & Agyapong, V. I. O. (2021). Improving community care for patients discharged from hospital through zone-wide implementation of a seamless care transition policy. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(2), mzab079.
6. Lim, C. T., Caan, M. P., Kim, C. H., Chow, C. M., Leff, H. S., & Tepper, M. C. (2022). Care management for serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Services*, 73(2), 180-187.
7. Wong, B. H. C., Chu, P., Calaminus, P., Lavelle, C., Refaat, R., & Ougrin, D. (2024). Association between continuity of care and attendance of post-discharge follow-up after psychiatric emergency presentation. *npj Mental Health Research*, 3.
8. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
9. สมถวิล แพรขาว และธิดารัตน์ ห้วยทราย. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 25(1), 34-42.
10. นิตยา สันธุ์ภูมิ, วาสนา สุระภักดิ์ และสุจิตตา ฤทธิมนตร์. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตในโรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 10(2), 35-50.
11. ปิยวัฒน์ ผิวเรืองนนท์ และสกุลรัตน์ ทองจันทร์. (2567). แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายชุมชน อำเภอภูพาน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 4(1), 185-198.
12. Maremmanni, A. G. I., Aglietti, M., Intaschi, G., & Bacciardi, S. (2022). Substance Use/Dependence in Psychiatric Emergency Setting Leading to Hospitalization: Predictors of Continuity of Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 760.
13. Wong, B. H. C., Chu, P., Calaminus, P., Lavelle, C., Refaat, R., & Ougrin, D. (2024). Association between continuity of care and attendance of post-discharge follow-up after psychiatric emergency presentation. *npj Mental Health Research*, 3, Article 5.