

การบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาล
: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาล
: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



นางสาวศิลา ศิริฤกษ์

ผู้ศึกษา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไธร,

พย.ค.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก



ผู้ช่วยศาสตราจารย์อติรัตน์ วัฒนไพลิน,

กศ.ค. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ยาใจ ลิทธิมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาล
: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

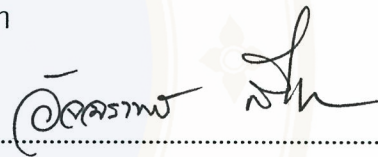
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 24 มีนาคม พ.ศ. 2554



นางสาวศิลา ศิริฤกษ์

ผู้ศึกษา



รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์,
พย.ด.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

ปัทมา ผุทไธ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร,
พย.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์



นายธีระ ถิถนันทะกิจ,
พ.บ.,ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์อติรัตน์ วัฒนไพลิน,
กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)
กรรมการสอบสารนิพนธ์



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ประภา ยุทธไตร อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์อติรัตน์ วัฒนไพลิน อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม ผู้ซึ่งให้คำปรึกษา คำชี้แนะและช่วยปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ เติมเต็มความสมบูรณ์ของสารนิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจที่ดีตลอดระยะเวลาการศึกษา ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และนายแพทย์ธีระ ลีลำนันทกิจ กรรมการสอบสารนิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ต่อความสมบูรณ์ของสารนิพนธ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนการศึกษาให้กับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ภาคพิเศษในครั้งนี ขอขอบคุณผู้อำนวยการและหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ที่อนุญาตให้ศึกษาต่อ และขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกคนที่ร่วมเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา

คุณค่าและประโยชน์ของสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอขอบคุณบิดา มารดา ผู้ให้กำเนิดและคณาจารย์ทุกท่านที่ให้ความรู้ทำให้ผู้ศึกษาสำเร็จการศึกษาในครั้งนี้

ศิลา ศิริฤกษ์

การบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล : การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

COMMUNITY- BASED CRISIS INTERVENTION TO REDUCE HOSPITALIZATION OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS: EVIDENCE- BASED NURSING

ศิลา ศิริฤกษ์ 5137703 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ประภา ยุทธไตร พย.ด., อติรัตน์ วัฒนไพลิน กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีภาวะวิกฤตจากหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีขั้นตอนการดำเนินการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากประเด็นคำถามทางคลินิกเพื่อนำไปสู่การรอบการสืบค้นและเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย จากการสืบค้นพบงานวิจัยจำนวน 6 เรื่อง เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ 1 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม 1 เรื่อง งานวิจัยที่มีการศึกษาย้อนหลัง และติดตามไปข้างหน้า จำนวน 4 เรื่อง นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาประเมินคุณภาพตามเกณฑ์การประเมินแนวนอนในการนำไปใช้ในการปฏิบัติของ Polit & Beck (2008) และประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามระบบจำแนกของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) และนำผลงานวิจัยมาวิเคราะห์ สังเคราะห์และสรุป เป็นข้อเสนอแนะ รูปแบบการบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวช เป็นรูปแบบการทำงานเป็นทีม ซึ่งทีมประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล ดำรงในพื้นที่ และอาสาสมัครในชุมชน โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการภาวะวิกฤตจิตเวชเป็นหัวหน้าทีม เป็นผู้วางแผนและพิจารณาการลงพื้นที่ของทีมตามความรุนแรงของปัญหาภาวะวิกฤตและทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในขณะนั้น ขั้นตอนการบำบัดมี 4 ขั้นตอน คือ 1.การให้บริการ เพื่อลดภาวะวิกฤต ณ จุดเกิดเหตุ 2.การวางแผนแก้ปัญหาต่อเนื่อง 3. การให้การดูแลแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง และ 4. ระยะสิ้นสุดปัญหา และส่งต่อให้พยาบาลจิตเวชชุมชนดูแลต่อไป โดยสมาชิกทีมต้องผ่านการฝึกอบรมและฝึกทักษะตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคลในทีม ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการบำบัดนี้สามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช และลดค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการและสถานบริการลงได้

ผลการศึกษาแนะนำว่า ควรมีการพัฒนาคู่มือการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีภาวะวิกฤต โดยมีขั้นตอนการให้บริการ และบทบาทของสมาชิกแต่ละคนที่ชัดเจน เนื่องจากเป็นบริการที่ย่างยากซับซ้อน ต้องการความถูกต้อง และรวดเร็ว

คำสำคัญ: การบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชน / ผู้ป่วยจิตเวช / การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล / การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

COMMUNIITY-BASED CRISIS INTERVENTION TO REDUCE HOSPITALIZATION OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS: EVIDENCE-BASED NURSING

SILA SIRIRERK 5137703 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE : PRAPA YUTTATRI, D.N.S.,
ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed. D. (CURRICULUM RESEARCH AND DEVELOPMENT)

ABSTRACT

The present study aimed at investigating the types of community-based crisis intervention to reduce hospitalization in patients with mental illness. The steps involved in the study included a search for clinical evidence to determine the search framework and research selection criteria. The search resulted in six research studies, one of which was a systematic review, one was a randomized controlled trial, and four were case-control cohort studies. The selected research was reviewed based on the criteria for generating and assessing evidence for nursing practices proposed by Polit and Beck (2008), and the criteria of strength of evidence constructed by Melnyk and Fineout-Overholt (2005). The research was then analyzed, synthesized, and summarized into recommendations for community-based crisis intervention to reduce hospitalization in patients with mental illnesses. According to the findings, community-based crisis intervention is a teamwork, and the team members consisted of healthcare personnel working at the hospital, local police officers, and community volunteers, with a specialist on crisis management acting as the team leader who devised a plan and considered the team's operation according to the severity of the crisis and available human resources. There were four steps involved in the intervention: 1) crisis intervention, 2) planning, 3) intervention, and 4) resolution before the patients with mental illness are referred to community psychiatric nurses. The team members have to undergo training and skills practices according to their roles in the team. The findings showed that this type of intervention can reduce hospitalization in mental illness patients and decrease care expenses of both service receivers and healthcare settings.

Based on the findings, it is recommended that a manual on community-based crisis intervention to reduce hospitalization in patients with mental illnesses be developed to include clear explanations of steps involved in service provision and roles of each member of the team as community-based crisis intervention is considered a complicated type of services that requires both accuracy and timeliness.

KEY WORDS: COMMUNIITY-BASED CRISIS INTERVENTION / HOSPITALIZATION /
MENTAL ILLNESS / EVIDENCE-BASED NURSING

113 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ	1
1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	9
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	10
1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	10
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการศึกษา	
วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	11
วิธีการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	12
บทที่ 3 ผลการดำเนินการ	
ผลการดำเนินการสืบค้น	15
การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	18
การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	26
ข้อเสนอแนะ	35
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา	42
ข้อเสนอแนะ	44
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	46
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	59
บรรณานุกรม	73
ภาคผนวก	76
ประวัติผู้ศึกษา	113

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ

การเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่ง ถึงแม้ว่าโรคทางจิตเวชจะเป็นสาเหตุการตายเพียงร้อยละ 1 แต่กลับเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาระในการดูแลสูงถึงร้อยละ 11 ของภาระในการดูแลจากการเจ็บป่วยทั้งหมด {World Health Organization (WHO), 2006} จากการจัดลำดับความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยปี พ.ศ. 2547 พบว่าโรคทางจิตเวชเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) และเป็นอันดับ 1 ใน 3 ของการมีชีวิตร่วมกับความบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) (คณะทำงานศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บ, 2547) โดยโรคเรื้อรังทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โรควิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เนื่องจากอาจมีอาการรุนแรงจนถึงเกิดอาการกำเริบซ้ำเป็นครั้งคราว ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการกำเริบ มักมีอาการนำที่พบได้ตั้งแต่ เครียด วิตกกังวล กระสับกระส่าย นอนไม่หลับหรือนอนมากขึ้น แยกตัว จนถึงขั้นมีอาการกำเริบรุนแรง มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จนอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สินได้ หรือผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเปราะบาง ท้อแท้ต่อภาวะโรคและปัญหาต่างๆ จนเกิดอาการซึมเศร้า มีความคิดอยากตาย หรือพยายามฆ่าตัวตายได้ อาการเหล่านี้ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตในผู้ป่วยจิตเวช ต้องได้รับการช่วยเหลือ บำบัดดูแลเพื่อบรรเทาความตึงเครียด ลดอาการทางจิต เพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Joy, Adams & Rice, 2009) ซึ่งเกณฑ์ในการพิจารณาว่าผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในภาวะวิกฤตที่สำคัญมี 3 ข้อ ดังนี้คือ 1) ผู้ที่มีความเสื่อม (deterioration) ในการทำหน้าที่ทางสังคมอยู่เดิม และมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น และ 2) มีภาวะเสี่ยงที่จะทำร้ายตัวเอง หรือทำร้ายผู้อื่น เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้ ตกเป็นเหยื่อหรือถูกผู้อื่นทำร้ายในภายหลัง และ/หรือ สมาชิกในครอบครัวหรือชุมชนที่เคยทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และ 3) ขอบเขตของความเสื่อมหรือการเจ็บป่วยมากขึ้นและผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชประเมินว่าต้องมีการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน (Johnson et al., 2005) นั่นคือ ผู้ป่วย

จิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในภาวะวิกฤต จำเป็นต้องได้รับการบำบัดช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ตรงตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 (2551) ที่ได้ให้ความหมายของคำว่า “ความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา หมายถึง สภาวะของผู้ป่วยซึ่งขาดความสามารถในการตัดสินใจ ให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษาโดยเร็วเพื่อป้องกันหรือบรรเทาไม่ให้เกิดความผิดปกติทางจิต ทัศนคติที่รุนแรง หรือเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น” และสอดคล้องกับ เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ที่ต้องการให้มีกฎหมายว่าด้วย สุขภาพจิต เพื่อกำหนดกระบวนการในการบำบัดรักษานุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต อันเป็นการ กู้มครองความปลอดภัยของบุคคลนั้นและสังคม เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจและมีทัศนคติด้านลบต่อบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ทำให้บุคคลดังกล่าวไม่ได้รับการ บำบัดรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม เป็นเหตุให้เกิดความผิดปกติทางจิตที่รุนแรงขึ้น จนก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น (กรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณนาครินทร์, 2551) จึงควรมีบริการฉุกเฉินเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และผู้อื่นและอาจลดการเข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในลงได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบซ้ำจนถึงขั้นเกิดภาวะวิกฤตและ ต้องได้รับการบำบัดดูแลมี 4 ปัจจัยหลักคือ 1) ด้านตัวผู้ป่วย พบว่ามีการหยุดหรือลดยาที่ใช้ในการ ควบคุมอาการทางจิตด้วยตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วย คิดว่าตนเองหายป่วยแล้ว หรือไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตเวชได้ และการใช้สารเสพติด ร่วมด้วย มีผลให้เกิดอาการกำเริบซ้ำอย่างรวดเร็ว (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) 2) ปัจจัยทางด้าน ครอบครัว พบว่า ญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้สึก เบื่อหน่าย และรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ซึ่งส่งผลให้ละเลยในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับ การรักษาอย่างต่อเนื่องตามที่ควรจะเป็น และญาติบางรายมีการตอบสนองทางอารมณ์สูงเช่นแสดง อารมณ์โกรธก้าวร้าวต่อผู้ป่วยบ่อยๆ เป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) 3) ปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่ไม่เอื้อต่อการปรับตัวหรือกระตุ้นให้เกิดความเครียด เช่น คนในชุมชนมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยจิตเวช หวาดกลัว ไม่ให้ผู้ป่วย เข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน ขาดแหล่งสนับสนุนในเรื่องการงาน การเงิน เป็นต้น และ 4) ระบบบริการด้าน สุขภาพจิตที่เข้าถึงได้ยากและไม่ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับบริการได้อย่างต่อเนื่อง ขาด ขาดการสนับสนุนการปรับตัวและปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุล ขาดการสนับสนุนการทำ หน้าที่ทางสังคม การประกอบอาชีพ ก่อให้เกิดความเครียดและอาการทางจิตรุนแรงขึ้น (สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ, 2548) เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต แต่ไม่ได้รับการดูแลอย่าง ทันท่วงที จะส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมโดยรวมดังนี้

1. ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ความสามารถในการควบคุมตนเองลดลงจากเดิม อาการหลงผิดและประสาทหลอนรุนแรงขึ้น และมีภาวะสับสน (Disorganized) ก่อให้เกิดอุบัติเหตุและมีภาวะเสี่ยงที่จะทำร้ายตัวเองได้สูงและเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อผู้อื่น ก่อคดี เป็นปัญหาทางกฎหมายหรือกลายเป็นผู้ป่วยนิติจิตเวช จำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบควบคุมตัวได้

2. ผลกระทบด้านครอบครัว จากการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ, (2548) พบว่าผู้ป่วยทางจิตเวชที่แสดงอารมณ์ร้ายหงุดหงิด ทำให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยความหวาดวิตกกังวลกับอาการที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วย ครอบครัวต้องพาไปรักษา ทำให้ครอบครัวต้องนำเงินที่อดออมเพื่อครอบครัวทั้งระบบ ไปใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อพาผู้ป่วยไปรักษา และพบว่าอาการกลับเป็นซ้ำทางจิตที่พบบ่อยคือ พฤติกรรมก้าวร้าว ก่อให้เกิดความรำคาญหรืออันตรายต่อสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย หรือรู้สึกหมดหวัง

3. ผลกระทบด้านสังคม จากการที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว เอะอะโวยวาย ทำลายสิ่งของตามที่สาธารณะ ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ไปจนถึงการก่อคดีต่างๆ ซึ่งเป็นที่หวาดกลัวต่อสังคม รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งที่แผนกฉุกเฉิน ซึ่งอาจเป็นหน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลจิตเวช และถ้าหน่วยฉุกเฉินสามารถบำบัดรักษาให้ผู้ป่วยมีอาการสงบได้ ก็จะถูกส่งกลับไปรักษาในชุมชนต่อไป ถ้าไม่สามารถควบคุมให้อาการสงบได้ก็จะรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดดูแลสูง

ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีอาการกำเริบซ้ำและต้องได้รับการดูแลในแผนกฉุกเฉินหรือเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในบ่อยๆ ถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนดูแลได้ยาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะถูกคัดเลือกให้ได้รับการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (Assertive community treatment) ร่วมกับการจัดการรายกรณี (Case management) ซึ่งมีสมาชิกทีมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนเป็นผู้จัดการรายกรณี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ช่วยลดอาการกำเริบและต้องเข้ารับบริการแผนกฉุกเฉินหรือต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำๆ รวมทั้งส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Skinner, Carter & Haxton, 2009) สำหรับประเทศไทยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินนั้น ในอันดับแรกจะให้บริการผู้ป่วยโดยสถานบริการใกล้บ้าน ถ้าสถานบริการใกล้บ้านไม่สามารถรักษาหรือควบคุมอาการให้สงบได้ ก็จะส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าต่อไป และถ้าผู้ป่วยอาการสงบก็จำหน่ายเป็นผู้ป่วยนอก และดูแลผู้ป่วยในชุมชน แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะถูกรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลช่วงระยะเวลาสั้นๆ เพื่อควบคุมอาการจนกว่าอาการทุเลาหรือช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น แล้วจะถูกจำหน่ายเพื่อกลับไปดูแลที่บ้าน (ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ, 2547)

โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ มีประชากรในเขตรับผิดชอบในปี พ.ศ. 2552 ทั้งหมด 33,427 คน มีผู้ป่วยจิตเวชและผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในความดูแล 142 ราย มีผู้ป่วยโรคจิตเภท (ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาซ้ำสูงสุด) 34 ราย คิดเป็น 11.37 ต่อแสนประชากร มีอาการกำเริบและต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจำนวน 8 ราย คิดเป็น ร้อยละ 30.77 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลฯ พบปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยขณะเกิดภาวะวิกฤตทั้ง 8 ราย คือ ได้รับการดูแลล่าช้า ส่งผลให้ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าทุกราย ทำให้ทั้งครอบครัวของผู้ป่วยและสถานบริการสุขภาพต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยฉุกเฉินและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษา ส่วนใหญ่เกิดเนื่องจากมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน และมีพฤติกรรมรุนแรง ญาติไม่สามารถดูแลได้ ต้องนำส่งโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วย 1 ราย เสียชีวิตเนื่องจากมีอาการหวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย จึงหนีออกจากบ้าน และตกน้ำเสียชีวิตในวันต่อมา (ทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา, 2552) ซึ่งแสดงถึงว่าผู้ป่วยเกิดความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างรุนแรงจนถึงขั้นภาวะวิกฤตแต่ไม่ได้รับความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที จนต้องถูกนำเข้ารับรักษาแบบฉุกเฉินโดยครอบครัวพาผู้ป่วยมาเอง และ/หรือ ดำรงนำส่งหรือ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน {emergency medical service system (EMS)} ไปรับผู้ป่วยที่บ้านหรือที่ชุมชนนำส่งแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน

การบริการฉุกเฉินในชุมชนของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) เป็นระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการตาย การพิการ ความทุกข์ทรมานและการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายอันเกิดจากความล่าช้าในการเข้าถึง ความล่าช้าในการดูแลรักษา การเคลื่อนย้ายที่ไม่ถูกวิธี และการนำส่งยังสถานพยาบาลไม่เหมาะสม ซึ่งใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต บริการที่ให้เป็นการรายงานปัญหาพฤติกรรมและสุขภาพผ่านระบบสายด่วนทั้งจากการโทรศัพท์แจ้งจากชุมชนและการแจ้งจากศูนย์บริการสายด่วน 1669 เพื่อให้เจ้าหน้าที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นผู้ประสานงานและออกไปรับผู้ป่วยที่บ้านหรือที่เกิดเหตุมาให้บริการที่โรงพยาบาล หากให้การรักษเบื้องต้นแล้วอาการดีขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายกลับบ้านโดยแพทย์หรือพยาบาล แต่ถ้าอาการไม่ดีขึ้นผู้ป่วยจะได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หรือได้รับการส่งต่อไปรับบริการในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงขึ้น

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) เป็นการจัดหน่วยบริการที่มีมาตรฐานในพื้นที่ๆ มีการจัดแบ่งเป็นการจำเพาะ และการพัฒนาชุมชนให้รู้และเข้าใจและมีส่วนร่วมในระบบบริการ

โดยเน้นความรวดเร็วและความทั่วถึงในพื้นที่ต่างๆ ทั้งในเมือง นอกเมืองและพื้นที่ห่างไกล
ทุรกันดาร โดยลักษณะการทำงานแบ่งออกเป็น 6 ระยะ ได้แก่

1. การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) ในระยะนี้การบริการคือการทำให้มี
ผู้แจ้งเหตุเมื่อพบเหตุ ซึ่งอาจเป็นผู้ป่วยเองหรือคนข้างเคียง

2. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) เป็นระยะที่เน้นการแจ้งเหตุด้วยความ
รวดเร็วโดยระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและมีหมายเลขที่จำได้ง่าย ได้แก่หมายเลข 1669

3. การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) หน่วยปฏิบัติการ
ต้องมีความพร้อมเสมอที่จะออกปฏิบัติการตามคำสั่ง โดยศูนย์รับแจ้งเหตุจะต้องคัดแยกระดับความ
รุนแรงหรือความต้องการของเหตุและสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการออกปฏิบัติการอย่างทันที่

4. การรักษายาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) หน่วยปฏิบัติการจะประเมิน
สภาพแวดล้อมและประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสม และให้การ
พยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้ควบคุมระบบ

5. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) หลักสำคัญในระยะนี้
คือ ไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้เจ็บป่วย ต้องมีการประเมินสภาพผู้ป่วยเป็นระยะๆ

6. การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care) ต้องใช้ดุลพินิจเลือก
โรงพยาบาลที่จะนำส่งสามารถรักษาผู้เจ็บป่วยรายนั้นๆ ให้เหมาะสมกับระดับอาการของผู้ป่วย

จะเห็นได้ว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นระบบที่ไม่สามารถดำเนินการโดย
หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องพึ่งพาหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและ
เอกชน ทั้งส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น ตลอดจนชุมชนและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม (สำนักงาน
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548)

สำหรับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ของโรงพยาบาลห้วยกระเจา
เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา มีการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินร่วมด้วย แต่เนื่องจากเจ้าหน้าที่
ของทีมงานใหญ่มีความชำนาญในการดูแลภาวะวิกฤตในผู้ป่วยโรคทางกายเท่านั้น บางครั้งเมื่อต้อง
ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน จึงไม่สามารถให้บริการได้ทันที ต้องขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่
ตำรวจ และเมื่อมาถึงโรงพยาบาล แพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนจะให้การดูแลเบื้องต้น และ
ปรึกษาคณะแพทย์ประจำจังหวัดซึ่งมี 1 ท่าน ผ่านทางโทรศัพท์เพื่อให้การดูแลรักษา ซึ่งส่วนใหญ่
ต้องส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลจังหวัด เนื่องจากบุคลากรยังขาดทักษะ
ในการบำบัดดูแลเพื่อลดอาการทางจิต หรือดูแลให้อาการทางจิตสงบลง ทำให้ทั้งครอบครัว
ของผู้ป่วยและสถานบริการสุขภาพต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษา
แบบผู้ป่วยฉุกเฉินและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ดังนั้นผู้ศึกษาซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักงานสุขภาพจิต ของโรงพยาบาลห้วยกระเจา เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จึงสนใจศึกษารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤต (Crisis intervention) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อนำมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในชุมชนที่มีภาวะวิกฤต และนำมาปรับปรุงวิธีบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลฯ ให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

จากการศึกษารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในเบื้องต้น พบว่ามีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชนมีหลายรูปแบบ ที่ก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วยดังนี้

1. รูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (Assertive community treatment) หรือ รูปแบบการบำบัดรายกรณีอย่างเข้มข้น (Intensive case management) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ทีมสุขภาพจิตชุมชน ให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนเป็นระยะเวลานาน จึงมีประสิทธิภาพสูงและให้ความสำคัญกับการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในช่วงที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงระยะเริ่มต้น (early sign) ของการที่จะมีอาการกำเริบซ้ำ แต่มีข้อจำกัดคือรูปแบบการบำบัดเชิงรุกในชุมชน (Assertive community treatment) ต้องใช้ทีมบุคลากรทางจิตเวชในการให้บริการกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงในชุมชน มีค่าใช้จ่ายสูง เหมาะสำหรับหน่วยงานระดับทุติยภูมิหรือชุมชนเมือง (Mueser, Bond, Drake & Resnick, 1998) ที่มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนจำนวนมากพอ และรูปแบบการบำบัดรายกรณีอย่างเข้มข้น (Intensive case management) มีการให้บริการภาวะฉุกเฉินเฉพาะในเวลาราชการและปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเท่านั้น ทั้งที่ในความเป็นจริงผู้ป่วยจิตเวชมีโอกาสเกิดอาการกำเริบได้ตลอดเวลา นอกจากนี้การให้การดูแลยังจำกัดเพียงเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกระบุเป็นรายที่มีปัญหาย่างยากซับซ้อน อยู่ในความดูแลของทีมหรือของผู้จัดการรายกรณีเท่านั้น ไม่ครอบคลุมผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดในชุมชน (Johnson, 2004)

2. รูปแบบโปรแกรมการบำบัดภาวะวิกฤตแบบเคลื่อนที่ (mobile crisis program) รูปแบบของทีมประกอบด้วยคณะทำงาน 6 คน ได้แก่ตำรวจ 4 นาย พยาบาลจิตเวช 2 คน แบ่งเป็น 2 ชุด เพื่อผลัดเปลี่ยนเวรกัน โดยมีจิตแพทย์เป็นผู้ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ซึ่งทีมบำบัดภาวะวิกฤตเคลื่อนที่จะให้บริการโดยการประสานงานกับตำรวจที่รับแจ้งเหตุ พยาบาลจิตเวชที่รับแจ้งจะให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือวิทยุในเบื้องต้น และออกไปยังที่เกิดเหตุ เมื่อถึงที่เกิดเหตุพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ประเมินอาการผู้ป่วยและส่งเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลถ้าไม่สามารถควบคุมอาการได้และมีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หากผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรงมาก สามารถบำบัดให้ผู้ป่วยอาการสงบได้ พยาบาลจะเป็นผู้ให้คำปรึกษา ณ ที่เกิดเหตุ และให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนต่อเนื่องต่อไป ซึ่งรูปแบบการบำบัดรูปแบบนี้พบว่ามีทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่าการดูแลภาวะวิกฤตทางจิตเวชโดยตำรวจทั่วไป โดยความสำเร็จของรูปแบบบริการจำเป็นต้อง

อาศัยการประสานงานและความร่วมมือที่ดีจากตำรวจและทีมในการจัดการภาวะวิกฤต รวมทั้งความสามารถของพยาบาลในการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือทางวิทยุ แก่ตำรวจที่อยู่ ณ จุดเกิดเหตุเพื่อให้การช่วยเหลือในเบื้องต้นเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย ผู้ให้บริการและผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย (Scott, 2000)

3. รูปแบบโปรแกรมดูแลภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน (community-based mobile crisis services) เป็นรูปแบบที่ให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการภาวะวิกฤต อาจเป็นนักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลวิชาชีพ หรือจิตแพทย์ ทำหน้าที่ประเมินอาการคัดกรองผู้ป่วย วินิจฉัย และให้การดูแลรักษา 2) พยาบาลจิตเวชทำหน้าที่ดำเนินการดูแลและประเมินตรวจสอบอาการเป็นระยะๆ จิตแพทย์จะเป็นผู้ประเมินว่าผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลหรือไม่ โดยรูปแบบการดูแลจะออกให้บริการเมื่อมีผู้โทรศัพท์แจ้งเข้ามา ทีมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่จะตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยและส่งสมาชิกทีมออกไปให้การดูแล ณ จุดที่เกิดเหตุ เพื่อให้การดูแลตามอาการ และติดตามอาการ โดยส่งต่อเข้ารับบริการที่เหมาะสม และเชื่อมโยงกับบริการในชุมชน บางรายที่อาการรุนแรงจึงส่งต่อมารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มเติม ซึ่งรูปแบบนี้ได้นำค่าใช้จ่ายในห้องฉุกเฉินที่ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยในภาวะวิกฤต ไปเป็นค่าใช้จ่ายของรูปแบบการดูแลภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชนแทน ซึ่งพบว่าค่าใช้จ่ายไม่เปลี่ยนแปลง แต่มีประสิทธิภาพสูงกว่าการให้การรักษาในโรงพยาบาล (Gou, Biegel, Johnsen, Dyches, 2001)

4. รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยภาวะวิกฤตในชุมชนด้วยทีมแก้ไขปัญหภาวะวิกฤต (crisis resolution team) สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษา อีกทั้งยังสามารถลดตราบาป (stigma) จากชุมชนและครอบครัว (Joy, Adams & Rice, 2009) ซึ่งรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (Crisis intervention) นี้ เป็นรูปแบบที่ใช้ในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ซึ่งมีความพร้อมด้านทรัพยากรในการให้บริการ เหมาะสำหรับผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตขั้นรุนแรง (severe mental illnesses) โดยอาจต้องใช้ทีมดูแล ซึ่งได้รับการฝึกฝนเฉพาะทางและเตรียมความพร้อมไว้ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งนี้ การป้องกันอาการกำเริบของผู้ป่วยต้องทันทั่วทั้งในเวลาจำกัดและให้การดูแลอย่างเข้มข้น โดยการประเมินและวิเคราะห์ปัญหาจะทำทันทีที่ไปถึงจุดเกิดเหตุ ซึ่งการรักษาจะต้องผสมผสานระหว่างการใช้ยา การให้คำปรึกษา และภายหลังภาวะวิกฤตจะมีการให้บริการต่อเนื่องเช่น การเสริมสร้างทักษะชีวิตและการดูแลอย่างใกล้ชิดของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะการสร้างเชื่อมั่นในการให้การดูแลของทีมดูแลแก่ผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง (Johnson, 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต ณ จุดเกิดเหตุ พบว่า วรรณกรรมที่ทบทวนขาดรายละเอียดของรูปแบบที่ชัดเจน มีเพียงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งมีแนวทางการให้บริการที่สามารถนำมา

ปรับใช้เป็นแนวทางในการจัดการภาวะวิกฤต ณ จุดเกิดเหตุ ด้วยการให้ยาและให้การดูแลเบื้องต้นตามที่ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2548) กล่าวไว้ดังนี้

1. การควบคุมอาการโรคจิตด้วยยา ในผู้ป่วยทั่วไปให้ใช้ Haloperidol 2.5-5 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อได้ทุก 30 นาที จนกว่าอาการสงบ ไม่ควรใช้ Chlorpromazine ฉีด เพราะอาจเกิด hypotension หรือ anticholinergic effects และหลีกเลี่ยงการใช้ benzodiazepine เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยสับสนวุ่นวายมากขึ้น หากอาการโรคจิตเกิดจากการขาดสุราอย่างรุนแรง (Delirium tremens) ให้ใช้ diazepam 5- 10 มก. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำซ้ำๆ ให้ฉีดซ้ำได้ทุก 30-60 นาที จนกว่าจะควบคุมอาการได้ ถ้ากรณีผู้ป่วยวิตกกังวล มีอาการกระวนกระวายมาก ควรให้ยา Benzodiazepine เพื่อลดอาการ เช่น ให้ diazepam 5 มก. กินตามความจำเป็น

2. การควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Violent) ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่ได้กระทำหรือมีแนวโน้มที่จะทำการก้าวร้าวรุนแรงเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน ให้การช่วยเหลือโดย

2.1 เมื่อสังเกตเห็นลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ไม่ควรพูดคุยชมเชย ทำทนายหรือแสดงท่าทีไม่สนใจ ซึ่งผู้ป่วยอาจแสดงอาการก้าวร้าวรุนแรงตามข้อบ่งชี้คือ ท่าทางตึงเครียด ตัวเกร็ง กำหมัดหรือจับพนักเก้าอี้แน่น ไม่ผ่อนคลาย หวาดกลัว มีการเคลื่อนไหวกระวนกระวาย เดินไปมาตลอด แสดงคำพูดรุนแรง เสียงดัง แสดงความฉุนเฉียว หยาดคาย เคยมีประวัติทำการรุนแรงหรือเคยถูกทำร้ายทารุณ หรือมีชีวิตที่ขมขื่น คับแค้น หรือผู้ป่วยอาจมาพบและบอกแพทย์เองว่า กลัวจะควบคุมตนเองไม่ได้

2.2 จัดสิ่งแวดลอม ให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องออกจากบริเวณที่ผู้ป่วยอยู่ให้หมด อย่างยืนหรือปิดกั้นทางออกของผู้ป่วย

2.3 เตรียมพร้อมที่จะควบคุมผู้ป่วยโดยกำหนดให้มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยอยู่รอบนอก 3-4 คน ให้ผู้ป่วยมองเห็นได้ว่ามีคนที่จะหยุดยั้งเขาได้แน่นอน ถ้าเขามีพฤติกรรมรุนแรง หากผู้ป่วยมีอาวุธหรือสงสัยว่าผู้ป่วยมีอาวุธ ควรตรวจหาและปลดอาวุธก่อน

2.4 แสดงความเป็นมิตรกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก ไม่แสดงท่าทางทำทนายหรือชมเชย เช่น ยืนเท้าสละเอว หรือจ้องตา (ควรยืนห่างผู้ป่วยอย่างน้อย 2-3 เมตร) ต้องรับฟังหรือเข้าใจผู้ป่วย พูดกับผู้ป่วยตรงไปตรงมาว่าเราอยากจะช่วยเหลือเขา การแสดงท่าทางตึงเครียดต่อผู้ป่วย จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงมากขึ้น

2.5 ตอบรับข้อเรียกร้องของผู้ป่วย เช่น ขอยา หรือขอยู่โรงพยาบาล หรืออาจเสนอให้ยาที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น

2.6 ควรให้มีญาติที่ผู้ป่วยคุ้นเคยวางใจมาพูดชักนำให้รับการรักษาด้วย

2.7 ให้ยาควบคุมอาการได้เหมือนในผู้ป่วยโรคจิตเฉียบพลัน แต่การให้ยากลับ benzodiazepine อาจทำให้ผู้ป่วยยิ่งเสียการควบคุมตัวเองเกิด paradoxical excitement มีอารมณ์รุนแรงมากขึ้นได้

2.8 ไม่ควรผูกมัดผู้ป่วยยกเว้นเมื่อจำเป็นจริงๆ เช่น ผู้ป่วยอาจทำอันตรายตนเองหรือผู้อื่น เพราะการผูกมัดจะทำให้ผู้ป่วยยิ่งกลัวและต่อสู้ดิ้นรนมากขึ้น ถ้าจำเป็นต้องทำการทำให้สิ้นที่สุด และใช้ยาช่วยสงบโดยเร็ว หากการผูกมัดผู้ป่วยอาจจำเป็น ในบางรายควรใช้สายหนังหรือผ้าผืนใหญ่รัดแทนเชือกเส้นเล็กๆ ควรแก้การผูกมัดทันทีที่เห็นว่าผู้ป่วยไม่เป็นอันตรายต่อผู้อื่นแล้ว

2.9 กรณีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย ให้รักษาการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมการฆ่าตัวตายก่อนและป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ โดยต้องให้มีผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดเวลา นำสิ่งที่ผู้ป่วยอาจใช้เพื่อทำร้ายตนเอง เช่น เชือก ยา มีด ออกไปเก็บในที่มิดชิด ปลอดภัย อย่างไรก็ตาม การแก้ไขสาเหตุของภาวะวิกฤต ซึ่งมีสาเหตุจากร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ หรือเกิดวิกฤตชีวิตของผู้ป่วย ถือเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแล ซึ่งต้องประเมินและแก้ไขอย่างเหมาะสมต่อไป

เนื่องจากรูปแบบบริการจิตเวชฉุกเฉินในชุมชนมีหลายรูปแบบ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาว่า รูปแบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชในภาวะฉุกเฉินแบบใดที่ควรนำมาปรับใช้ในหน่วยงานโรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ซึ่งเป็นหน่วยงานระดับโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง โดยจะพิจารณาความเหมาะสมทั้งในเรื่องของนโยบายของหน่วยงาน จำนวนผู้ป่วยในพื้นที่ ปัญหาและระดับความรุนแรงของปัญหาในพื้นที่ รวมทั้งทรัพยากรของโรงพยาบาลฯ ทั้งจำนวนบุคลากร ความรู้ความสามารถของบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ และแหล่งทรัพยากรของชุมชน เพื่อให้ได้รูปแบบบริการที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด คุ่มค่า คุ่มทุนที่สุด

1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

เนื่องจากบริการจิตเวชฉุกเฉินของโรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ในปัจจุบัน ให้บริการแบบผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินเอง หรือได้รับบริการในรูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ซึ่งเป็นระบบบริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินทุกประเภท ทั้งโรคทางกาย โรคทางจิตเวชและอุบัติเหตุ ให้บริการโดยการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาลฯ และชุมชนเพื่อให้บริการในที่เกิดเหตุ โดยที่โรงพยาบาลฯ มีพยาบาลจิตเวชที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพียง 1 คน สามารถให้บริการได้เฉพาะในเวลาราชการเท่านั้น

และบุคลากรอื่นๆของหน่วยงานส่วนใหญ่ มีทักษะในการให้บริการเฉพาะภาวะฉุกเฉินทางกาย ยังขาดความรู้และทักษะในการให้บริการฉุกเฉินทางจิตเวช อีกทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ ตำรวจ บุคคลที่อยู่ใกล้เคียงไม่กล้าเข้าให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพราะกลัวอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการถูกทำร้ายร่างกาย ผู้ศึกษาซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักงานจิตเวชของโรงพยาบาลจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤตในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในปัจจุบันเพื่อเป็นข้อเสนอแนะในการจัดบริการ ให้เหมาะสมกับทรัพยากรและบริบทของหน่วยงานและชุมชน สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุม ปลอดภัยทั้งต่อตัวผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีภาวะวิกฤตจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ให้บริการฉุกเฉินของโรงพยาบาล ห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤตในชุมชน
2. โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา มีรูปแบบในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤตในชุมชน

บทที่ 2

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาต้องการศึกษารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีภาวะวิกฤต โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้ 1) ระบุวิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 2) ระบุเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพและระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ มีรายละเอียดดังนี้

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1.1 กรอบการสืบค้น

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่ศึกษา จึงได้กำหนดคำสำคัญโดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (PICO Framework) (Craig, 2002) ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ กรอบการสืบค้น คือ

Population	หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง
Intervention	หมายถึง การบำบัดฉุกเฉินในชุมชน
Comparison	หมายถึง ไม่มีการเปรียบเทียบวิธีการบำบัด
Outcome	หมายถึง อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์มี ดังนี้

1. Acute psychosis, severe mental illness
2. Mobile intervention, crisis Intervention, crisis outreach
3. Hospitalization, Admission

2.1.2 เกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

1. คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินคุณภาพ และมีความเข้มแข็งในทุกระดับ ทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ งานวิจัยเชิงทดลองแบบงานวิจัยเดี่ยว และรวมถึงงานวิจัยกึ่งทดลองและงานวิจัยเชิงบรรยาย

2. สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ตีพิมพ์ในระยะเวลา 15 ปี ตั้งแต่ ค.ศ.1996 - ค.ศ. 2010

3. คัดเลือกเฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นฉบับสมบูรณ์ เพื่อให้สามารถนำมาวิเคราะห์ได้และเฉพาะเอกสารภาษาอังกฤษและภาษาไทย

2.1.3 วิธีการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลและแหล่งสืบค้นที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (E-database) ได้แก่ Systematic review ใน The Cochrane Library, ฐานข้อมูลที่รวบรวมแนวปฏิบัติทางคลินิกใน Guidelines.gov งานวิจัยเดี่ยวใน CINAHL, PubMed, BMJ, ProQuest & Allied, Wiley InterScience

2. สืบค้นจากเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรมของเอกสารที่สืบค้นได้อ้างอิงถึง

2.2 วิธีประเมินคุณภาพและระดับหลักฐานเชิงประจักษ์

ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ จะต้องมีการประเมินคุณภาพและจัดระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ และประเมินแนวโน้มในการนำไปใช้ในการปฏิบัติจริง

2.2.1 ประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 องค์ประกอบ ของ Polit & Beck (2008) ได้แก่

1. ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical Relevance) โดยพิจารณาจากงานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิก สามารถช่วยกระบวนการตัดสินใจของพยาบาล มีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาตามขอบเขตการปฏิบัติพยาบาลและงานวิจัยมีกระบวนการเก็บข้อมูล สามารถนำมาใช้ได้จริงในคลินิก

2. การมีความเหมาะสมหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) โดยพิจารณาจากแหล่งตีพิมพ์ ผู้ทำการวิจัย ทุนสนับสนุน คุณภาพงานวิจัย ได้แก่ ชื่อเรื่อง ปัญหาและเหตุผลที่ทำการวิจัย กรอบแนวคิด วัตถุประสงค์การวิจัย การทบทวนวรรณกรรม การระบุประชากร

เป้าหมาย วิธีการวิจัย การรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ การประเมินผลลัพธ์หลักเหมาะสม การใช้สถิติในการวิเคราะห์ ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย และ มีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย การอ้างอิงถึงประชากรและข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ และ ข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัย

3. แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential) ซึ่งการประเมินมี 3 มิติหลัก คือ

3.1 การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) พิจารณาโดยคำนึงว่า นวัตกรรมมีความเหมาะสมกับหน่วยงาน กลุ่มประชากรในหลักฐานหรืองานวิจัยต่าง ๆ มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรหน่วยงานหรือไม่ ประชญาในการดูแลกลุ่มประชากรของหน่วยงานกับในหลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัยมีความคล้ายคลึงกันหรือไม่ และการนำข้อเสนอไปใช้จะสามารถประเมินประสิทธิผล เช่น เกิดผลหรือมีประโยชน์กับผู้ป่วยจำนวน มาก นวัตกรรมมีวิธีการและการประเมินผลที่ไม่ยาวเกินไป

3.2 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) พิจารณา โดยคำนึงถึงว่าพยาบาลชั้นนวัตกรรมนี้ได้หรือไม่ เป็นวิธีที่ย่อยาก ซับซ้อน ในการนำไปปฏิบัติหรือไม่ ความเป็นไปได้ในเชิงสภาพแวดล้อม ทรัพยากรเกื้อหนุน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องคัดค้านหรือร่วมมือด้วยหรือไม่ ฝ่ายบริหารสนับสนุนให้มีการนำเสนอแนะนั้น มาใช้ในหน่วยงานหรือไม่ งบประมาณประจำที่เคยปฏิบัติหรือไม่ มากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ ถ้าข้อเสนอแนะจำเป็นต้องฝึกการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติม ต้องใช้อุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ เพิ่มเติม ต้องประเมินว่าหน่วยงานมีความพร้อมในการจัดหาอุปกรณ์ดังกล่าวหรือไม่ และมีเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสมหรือไม่

3.3 ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) พิจารณา โดยคำนึงถึงเรื่องต่อไปนี้ นวัตกรรมที่ใช้เกิดความเสียหายหรืออันตรายกับผู้รับบริการหรือไม่ เกิดประโยชน์ด้านใดกับผู้รับบริการ การประเมินค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งในส่วนที่เป็นวัสดุอุปกรณ์ และอื่นๆ เช่นเวลา บุคลากร ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม เป็นต้น และประโยชน์จากการนำนวัตกรรม มาสู่องค์กร

2.2.2 การประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence)

เกณฑ์การประเมินจัดลำดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength) ตามระบบการจัดลำดับความเข้มแข็งหลักฐานเชิงประจักษ์ของ เมลนิกและไฟเอท์- โอเวอร์ฮอลท์ (Melnik & Fineout- Overholt, 2005) แบ่งเป็น 7 ระดับ ได้แก่

ระดับ 1: หลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systemic Review) การวิเคราะห์เมตา จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด (Randomized controlled trial, RCT)

ระดับ 2: หลักฐานจากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี (Randomized controlled trial, RCT)

ระดับ 3: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม (Controlled trial, without randomized)

ระดับ 4: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง หรือติดตามไปข้างหน้า ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี (case controlled and cohort studies)

ระดับ 5: หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (descriptive and qualitative study)

ระดับ 6: หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ 7: หลักฐานที่ได้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และ/หรือรายงานจากผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง ซึ่งจัดเป็นลำดับสุดท้าย ในกรณีที่ไม่มีทั้งงานวิจัยเชิงปริมาณและงานวิจัยเชิงคุณภาพในหัวข้อนั้นๆ

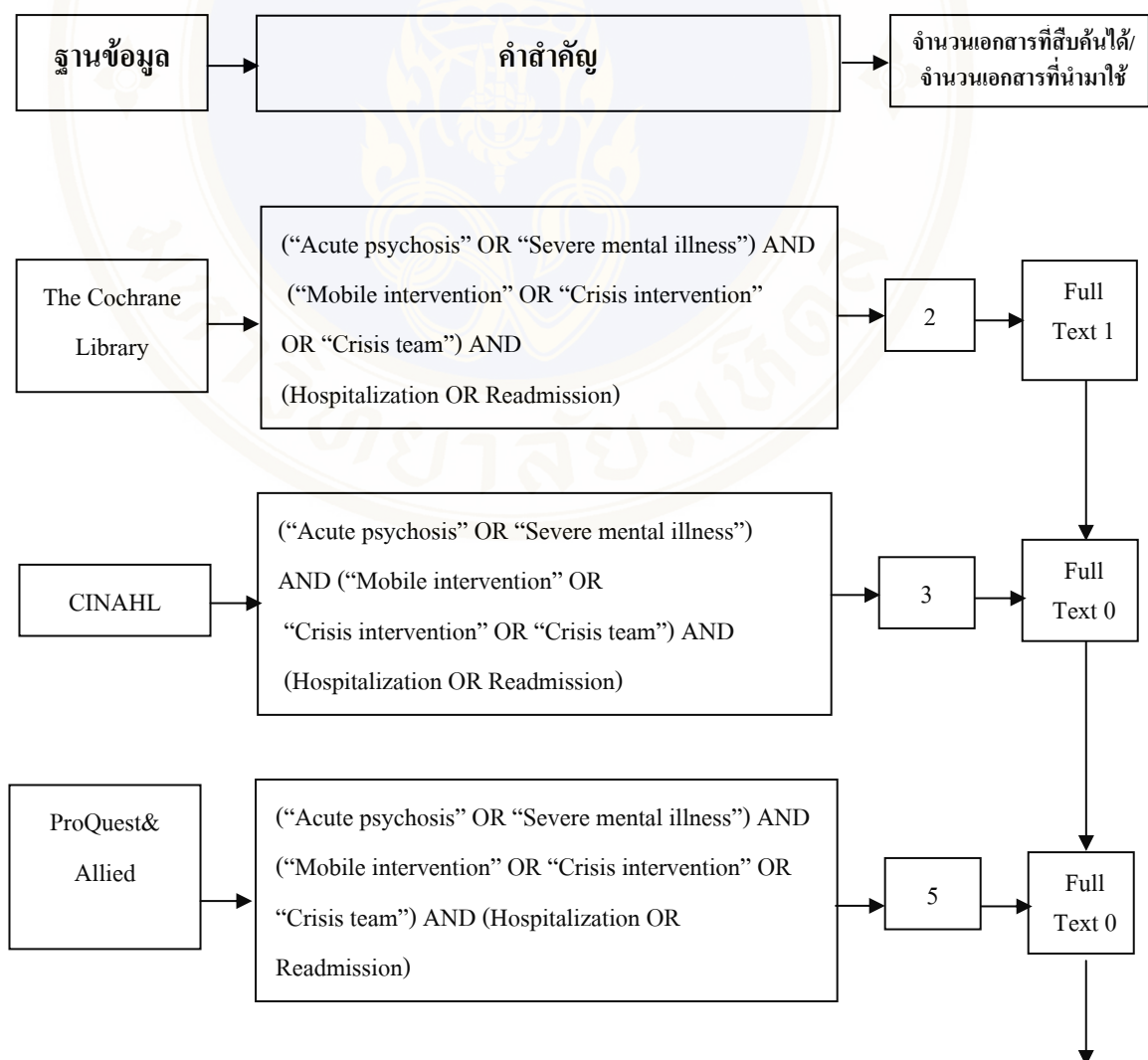
จากวิธีดำเนินการที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ประเด็นสำคัญของวิธีดำเนินการคือ วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบแนวคิดของ PICO (PICO Framework) และการกำหนดขอบเขตการสืบค้นให้มีความถูกต้องเหมาะสมเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพตามที่ต้องการศึกษา และวิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งประเมินตามเกณฑ์ของ เมลนิกและไฟเอท์-โอเวอร์ฮอลท์ (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005) มีความสำคัญในการพิจารณาตัดสินใจต่อระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติในการให้การดูแลผู้ป่วย

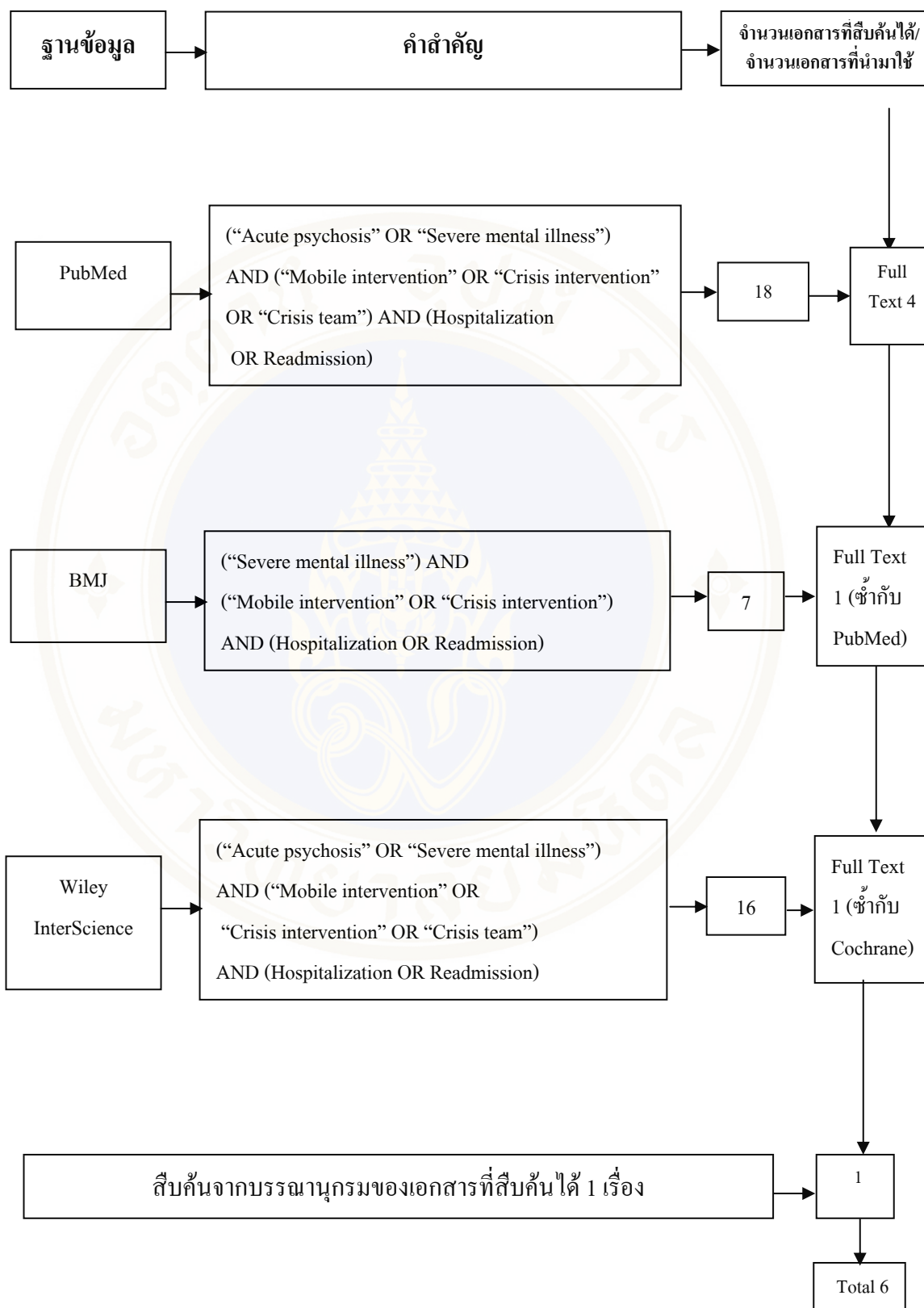
บทที่ 3

ผลการดำเนินการ

3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ จากวารสาร และจากบรรณานุกรม ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤต พบงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆที่สืบค้นได้ดังนี้





สรุปผลการสืบค้นข้อมูลในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ จากวารสาร และจากบรรณานุกรม ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤต พบงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ที่สืบค้นได้จำนวน 51 เรื่อง และจากบรรณานุกรมของเอกสารที่สืบค้นได้อ้างอิงถึง 1 เรื่อง รวมสืบค้นได้ทั้งหมด 52 เรื่อง คัดออก 44 เรื่อง เหลืองานวิจัยที่ตรงกับปัญหาที่ต้องการศึกษาจำนวน 8 เรื่อง เนื่องจากงานวิจัยที่สืบค้นได้ไม่เข้าเกณฑ์เช่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะวิกฤตแต่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังทั่วไปที่มีทีมจิตเวชไปให้การดูแลที่บ้าน บางงานวิจัยให้การดูแลในภาพรวมไม่เน้นเฉพาะขณะเกิดภาวะวิกฤตหรือนั้นเฉพาะการดูแลรักษาด้วยการใช้ยารักษาภายในโรงพยาบาลโดยไม่มีการออกให้บริการนอกสถานที่ หรือไม่มีการวัดผลลัพธ์เกี่ยวกับอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น

สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ได้และผ่านการประเมินคุณภาพแล้วมีจำนวนทั้งหมด 8 ฉบับ และพบว่าเป็นงานวิจัยที่ซ้ำกันจำนวน 2 ฉบับ จึงเหลือหลักฐานเชิงประจักษ์เพียง 6 ฉบับ ดังแสดงในตารางดังนี้

ตาราง แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้น

ลำดับ	ชื่อผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/แหล่งพิมพ์	ระดับงานวิจัย
1	Joy C. B., Adams, C. E. & Rice, K. (2009). <i>Crisis intervention for people with severe mental illnesses: a Cochrane review</i> . Retrieved July 22, 2009, from http://www3.interscience.wiley.com.ejournal.mahidol.ac.th/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME	ระดับ 1
2	Johnson, S., Nolan, .F, Pilling, S., Sandor A., Hoult, J., McKenzie, N. et al. (2005). Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. <i>British Journal of Psychiatry</i> , 331: 599-602.	ระดับ 2
3	Johnson, S., Nolan, .F, Hoult, J., Pilling, S., White, I., Bebbington, P. et al. (2005). The outcomes of psychiatric crises before and after introduction of a crisis resolution team. <i>British Journal of Psychiatry</i> , 187:68-75.	ระดับ 4
4	Guo, S., Biegel, D. E., Johnsen, J.A., & Dyches, H. (2001). Assessing the impact of mobile crisis services on preventing hospitalization. <i>Psychiatric Services</i> , 52, 223-228.	ระดับ 4

ลำดับ	ชื่อผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง/แหล่งพิมพ์	ระดับงานวิจัย
5	Dyches H., Biegel, D.E., Johnsen, J.A., Guo, S., Min, O.M. (2002). The impact of mobile crisis services on the use of community-based mental health services. <i>Social work practice</i> , 12(6), 731-751.	ระดับ 4
6	Scott, R. L. (2000). Evaluation of a mobile crisis program: effectiveness, efficiency, and consumer satisfaction. <i>Psychiatric service</i> , 51(9), 1153-1156.	ระดับ 4

3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้ง 6 เรื่อง ผู้ศึกษาได้นำมาวิเคราะห์เพื่อประเมินคุณภาพและสกัดเนื้อหาลงในตารางสกัดงานวิจัย (ในภาคผนวก) ซึ่งหลักฐานเชิงประจักษ์แต่ละเรื่องมีสาระหลักดังนี้

เรื่องที่ 1: Joy C. B., Adams, C. E.& Rice, K. (2009). *Crisis intervention for people with severe mental illnesses: a Cochrane review*. Retrieved July 22, 2009, from <http://www3.interscience.wiley.com.ejournal.mahidol.ac.th/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME>

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยทางจิตด้วยรูปแบบการบำบัดภาวะวิกฤต (Crisis intervention model) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง เปรียบเทียบกับการดูแลรักษาตามมาตรฐานทั่วไป (Standard care) มีวิธีดำเนินการโดยคัดเลือกงานวิจัยที่ออกแบบงานวิจัยเชิงทดลองในปีค.ศ. 1998 และค้นหาเพิ่มเติมในปีค.ศ. 2003 เป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างเป็นระบบ นำงานวิจัยเหล่านั้นมาทำการวิเคราะห์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกประเภทของงานวิจัยคือ งานวิจัยต้องศึกษาเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงทางจิตด้วยการบำบัดภาวะวิกฤต เปรียบเทียบกับการดูแลรักษาตามมาตรฐานทั่วไป ได้งานวิจัยทั้งหมด 30 เรื่อง ตัดออก 25 เรื่อง เนื่องจากไม่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก เช่น ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในภาวะวิกฤตแต่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังทั่วไปที่มีทีมจิตเวชไปให้การดูแลที่บ้าน หรือไม่ได้ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง เหลืองานวิจัยที่ใช้ในการวิเคราะห์เพียง 5 เรื่องและแต่ละเรื่องมีการวัดผลลัพธ์ที่หลากหลาย บางงานวิจัยบอกเพียงค่า P value แต่ไม่บอกค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งการศึกษาทั้ง 5 เรื่อง เป็นการศึกษาของ Pasamanick, 1964; Stein, 1975; Fenton, 1979; Hoult, 1983; Muijen, 1992 มีประชากรทั้งหมด

727 คน ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงและเพศชาย อายุ 18 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นหลัก และผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงทางจิตซึ่งมีปัญหาทางจิตสังคม มีโรคอื่นบ้างเช่น โรคซึมเศร้า และมีอาการทางประสาทรุนแรง

ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

1. รูปแบบการบำบัดภาวะวิกฤต (Crisis intervention) หมายถึง การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตในภาวะฉุกเฉินโดยผู้ดูแลเฉพาะทาง มีประสบการณ์ทั้งในและนอกเวลาราชการ การดูแล ที่บ้าน (Home care) ทั้ง 5 งานวิจัย มีการดูแลรักษาที่บ้านด้วยรูปแบบที่เหมือนกันโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาล นักอาชีวบำบัด และ นักสังคมสงเคราะห์ มีระบบการส่งต่อ ซึ่งต้องมีการทำงานนอกสถานที่ งานวิจัยครอบคลุมถึงการดูแลในภาวะฉุกเฉิน โดยถึงแม้ผู้ควบคุมทีมจะมีงานที่รับผิดชอบปริมาณมากและหลากหลาย แต่ต้องมีความพร้อมตลอด 24 ชั่วโมง (Muijen, 1992) นอกจากนี้ต้องมีบริการทางโทรศัพท์ โดยใช้ระบบตอบรับอัตโนมัติและเจ้าหน้าที่จะโทรกลับ แต่ถ้าต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมสามารถใช้บริการที่คลินิกในโรงพยาบาลได้ ถ้ากรณีเร่งด่วนสามารถติดต่อสถานี่ตำรวจได้

2. รูปแบบการดูแลตามมาตรฐาน (Standard care) หมายถึง การดูแลตามปกติสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในภาวะฉุกเฉินในรูปแบบเดิมซึ่งให้บริการในสถานบริการเป็นหลัก ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทันทีเมื่อมีการเจ็บป่วย โดยได้รับการดูแลในระดับมาตรฐาน ซึ่งจะเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นและให้การดูแลอย่างเข้มข้นโดยทุกคนในทีม เพื่อช่วยเหลือเบื้องต้นพร้อมกับการรักษาอื่นๆ

ผลของการเปรียบเทียบการบำบัด

1. การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยทีมดูแลที่บ้าน (Home care) เข้ารับการรักษาใน 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 44.8 แต่ไม่สามารถเปรียบเทียบกับการบำบัดภาวะวิกฤตในโรงพยาบาลได้ เนื่องจาก การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลถือเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มารักษาในโรงพยาบาลอยู่แล้ว

2. การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มากกว่า 1 ครั้ง (Repeat admission) พบว่าภายหลังภาวะวิกฤตก็ไม่สามารถสรุปผลได้ชัดเจน เนื่องจากถึงแม้ผลรวมของผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางจิตเวชที่บ้านจะได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล ($n=465$, 3 RCTs, RR 0.72, CI 0.54 to 0.97, NNT 11, CI 6 to 97) แต่มีงานวิจัย 1 ใน 3 ฉบับให้ผลในทางตรงกันข้ามอย่างชัดเจน (significant heterogeneity for this outcome) (I-squared 86%)

3. ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล พบว่าไม่สามารถเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างรูปแบบการบำบัดที่ต่างกันได้ เนื่องจาก 2 ใน 3 ของงานวิจัยที่ศึกษาวันนอนในโรงพยาบาล ไม่มีค่า Standard deviation จึงไม่สามารถคำนวณ effect size ได้

4. ความรู้สึกเป็นภาระ (Burden) พบว่ามี 1 การศึกษาที่การบำบัดที่บ้านสามารถลดภาระในครอบครัว (Family Burden) ได้ และสร้างความพึงพอใจทั้งกับผู้ป่วยและครอบครัว

จากการศึกษานี้สรุปได้ว่าการบำบัดผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่บ้าน มีผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมด ยังต้องได้รับการบำบัดแบบผู้ป่วยใน แต่ก็มีแนวโน้มว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลังภาวะวิกฤตน้อยลง

เรื่องที่ 2: Johnson, S., Nolan, F, Pilling, S., Sandor A., Hoult, J., McKenzie, N. et al. (2005). Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *British Journal of Psychiatry*, 331: 599-602.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของทีมแก้ไขภาวะวิกฤตในการลดอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต และเพื่อวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลโดยทีมแก้ไขภาวะวิกฤต กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เคยมีภาวะวิกฤตและเข้ารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช อายุระหว่าง 18- 65 ปี อาศัยอยู่ใน London borough of Islington ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 260 คน คัดเลือกมาจากผู้ป่วยจิตเวชที่ทีมจิตเวชชุมชน ทีมดูแลช่วยเหลือ (Liaison team) จิตแพทย์ หรือนักสังคมสงเคราะห์ ระบุว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการรุนแรงจนถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 125 คน กลุ่มทดลอง 135 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลจากทีมแก้ไขภาวะวิกฤต ซึ่งทำงานเพิ่มเติมจากบริการในระยะเฉียบพลันซึ่งมีอยู่เดิมแล้ว โดยทำการประเมินอาการและให้บริการบำบัดช่วยเหลือที่บ้าน โดยผู้ป่วยและครอบครัวจะสามารถติดต่อเพื่อขอรับบริการได้ ตลอด 24 ชั่วโมง กล่าวคือ จะมีบุคลากรของทีมประจำอยู่ที่สำนักงานตั้งแต่เวลา 8.00 น.-22.00 น. หลังจากนั้นจะใช้วิธีโทรศัพท์ตามที่บ้านเมื่อมีอาการฉุกเฉิน สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลโดยทีมจิตเวชชุมชน ซึ่งมีบ้านพักสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตในระยะสั้น และการรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผลการศึกษาพบว่า จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยจิตเวชภายใน 8 สัปดาห์หลังเกิดภาวะวิกฤต (ร้อยละ 22) น้อยกว่าจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 59) ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0005$) สำหรับอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปและบ้านพักฉุกเฉินในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 36) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 69) ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0005$) ด้านความพึงพอใจของผู้ป่วยซึ่งวัดผลโดยใช้แบบสอบถาม Client Satisfaction Questionnaire 8 คำถาม (CSQ-8) พบว่า

จำนวนผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการบริการของทีมแก้ไขภาวะวิกฤตมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.07$) แต่เมื่อปรับข้อมูลพื้นฐานแล้ว (adjusted for baseline characteristics) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) สำหรับอัตราการรักษาแบบผู้ป่วยในหอผู้ป่วยจิตเวชของกลุ่มทดลองหลังเกิดภาวะวิกฤต 6 เดือน (ร้อยละ 29) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 67) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.0005$) สำหรับอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลทั่วไปและบ้านพักฉุกเฉินของกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 47) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.0005$)

เรื่องที่ 3: Johnson, S., Nolan, J.F., Hoult, J., Pilling, S., White, I., Bebbington, P. et al. (2005). The outcomes of psychiatric crises before and after introduction of a crisis resolution team. *British Journal of Psychiatry*, 187: 68-75.

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการให้บริการวิกฤตจิตเวชระหว่างก่อนการให้บริการโดยทีมแก้ไขภาวะวิกฤตกับหลังการให้บริการโดยทีมแก้ไขภาวะวิกฤต วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะวิกฤตซึ่งเคยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช หรือศูนย์สุขภาพจิตมาก่อน อายุระหว่าง 18- 65 ปี ณ ตอนใต้ของ inner-London borough of Islington กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม 77 คน กลุ่มทดลอง 123 คน กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดแบบรูปแบบเดิม (Pre – Crisis resolution team) คือ มีทีมดูแลผู้ป่วยในชุมชนของโรงพยาบาลจิตเวช โดยสมาชิกประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ทำงานเวลา 9.00 น. – 17.00 น. ทุกวันทำการ และมีทีมให้การดูแลช่วยเหลือ (Liaison team) ทำงานเวลา 8.00 น. – 22.00 น. สำหรับให้การดูแลเร่งด่วน (acute care) เป็นการให้การดูแลตาม European Service Mapping Schedule (Johnson et al., 2000) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจะได้รับบริการดูแลในชุมชน ประมาณเดือนละ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 49 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการบอ่ยๆ คือเท่ากับ หรือมากกว่า 3 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์มีประมาณร้อยละ 1.5 ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดแบบทีมแก้ไขภาวะวิกฤต (CRT) เป็นทีมทำงานที่เพิ่มเข้ามาในทีมจิตเวชชุมชนที่กล่าวมาข้างต้น เพื่อให้การบำบัดระยะสั้น ที่บ้านแบบเข้มข้น (providing short-term intensive home treatment) ผู้ป่วยอาจได้รับการเยี่ยมบ้านหลายครั้งในหนึ่งวัน และจะได้รับการดูแลจนกว่าภาวะวิกฤตจะถูกจัดการ (the crisis had resolved) ทีมประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้การสนับสนุนและจิตแพทย์ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ 4 ขั้นตอนคือ (Johnson, 2004) 1) ระบรวบรวมข้อมูล (assessment) ทำการประเมินอาการผู้ป่วยจากการรับและส่งต่อ ณ จุดเกิดเหตุ พร้อมเข้าไปแก้ปัญหาอย่างรวดเร็ว 2) ระบวางแผนแก้ปัญหา (planning) วางแผน การดูแล กำหนดจำนวนครั้งในการติดตาม และวางแผนจำหน่ายตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยยึดหยุ่นตามอาการทางคลินิก

ของผู้ป่วย 3) ระยะให้การดูแลแก้ปัญหา (intervention) กำหนดผู้ดูแล โดยดึงผู้ที่มีศักยภาพในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม ให้การดูแลอย่างเข้มข้นโดยการติดตามเยี่ยมบ้านได้บ่อยครั้ง ตามความจำเป็น ติดตามผลของยาเป็นระยะๆ สนับสนุนการใช้ปัจจัยพื้นฐานเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน สนับสนุนและ สร้างความเชื่อมั่นแก่ญาติในการดูแลผู้ป่วย การแก้ปัญหา การจัดการความเครียด การปรับประคองจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตปกติต่อไปและติดต่อประสานงานกับ ทีมให้บริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย 4) ระยะสิ้นสุด ปัญหา (resolution) ควรเริ่มวางแผนจำหน่ายตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยทีมต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับ ตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่า อัตราการนอนโรงพยาบาลภายใน 6 สัปดาห์ หลังเกิดภาวะวิกฤตของกลุ่มควบคุม (Pre-CRT) (ร้อยละ 71) มากกว่ากลุ่มทดลอง (CRT) (ร้อยละ 49) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) หรือคิดเป็น 0.38 เท่าของก่อนมีการบริการ แบบทีมแก้ไขภาวะวิกฤต สำหรับอัตราการนอนโรงพยาบาลหลังได้รับการบำบัด ระยะ 6 เดือน พบว่า กลุ่มควบคุม (Pre-CRT) (ร้อยละ 75) มากกว่ากลุ่มทดลอง (CRT) (ร้อยละ 60) แตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.030$) จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภายใน 6 สัปดาห์ ของกลุ่ม Pre-CRT 19.1 วัน กลุ่ม CRT เป็น 12.9 วันแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ด้าน ความพึงพอใจของผู้รับบริการ จากการวัดผลโดยใช้แบบสอบถาม Client Satisfaction Questionnaire 8 คำถาม (CSQ-8) พบว่าผู้ได้รับการบำบัดภาวะวิกฤตมีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลแบบมาตรฐานทั่วไป โดยค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจจากแบบสอบถาม CSQ-8 แตกต่างกัน ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 5.6 คะแนน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ ($p<0.0005$)

เรื่องที่ 4: Guo, S., Biegel, D. E., Johnsen, J.A., & Dyches, H. (2001). Assessing the impact of mobile crisis services on preventing hospitalization. *Psychiatric Services*, 52: 223-228.

การศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ประเมินผลกระทบของการบำบัดภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ ในชุมชนต่ออัตราและระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล และ2) เพื่อจำแนกลักษณะ ของผู้รับบริการหลักที่ต้องนอนโรงพยาบาล วิธีดำเนินการ คัดเลือกกลุ่มควบคุมจากผู้รับบริการ จัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล (psychiatric emergency room) ช่วง 11 เดือนแรก ของ ปีงบประมาณ 1995 จำนวน 110 คน จากทั้งหมด 4,372 คน และคัดเลือกกลุ่มทดลอง จากผู้รับบริการ จัดการภาวะวิกฤตในชุมชน (the mobile crisis service) ช่วง 11 เดือนแรก ของปีงบประมาณ 1997 จำนวน 110 คน จากทั้งหมด 1,757 คน โดยมีการจับคู่ตัวแปร 7 ตัว เพื่อให้ประชากรทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะเหมือนกันในเรื่องต่อไปนี้คือ เพศ เชื้อชาติ อายุขณะที่มีภาวะวิกฤต (age at the time of crisis service) การวินิจฉัยหลัก ประวัติการรับบริการมาก่อน (recency of prior use of services)

ประวัติการใช้สารเสพติด และการถูกระบุว่ามีอาการทางจิตรุนแรง (severe mental disability certification status) รูปแบบของการบำบัดคือ กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดในหอออดึกเงินเมื่อผู้มีภาวะวิกฤตทางจิตเวช เข้ามารับบริการในโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน โดยทีมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน ประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ 1) ผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดภาวะวิกฤต (คุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญคือ สามารถวางแผนการบำบัดในระยะ crisis ได้ และต้องเป็นบุคลากรวิชาชีพทางด้านสุขภาพจิต สามารถประเมินและวินิจฉัยโรคทางจิตเวชได้ สามารถคัดกรองและทำหน้าที่ผู้จัดการรายกรณี (case management) ได้) มีหน้าที่ในการวินิจฉัย รวบรวมข้อมูล ประเมินอาการผู้ป่วย คัดกรองผู้ป่วยว่ามีแนวโน้มจะต้องเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลหรือไม่ วางแผนการบำบัดในระยะวิกฤต และจัดการรายกรณีอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤตเพิ่มเติม 2) พยาบาลเป็นผู้ให้บริการด้านยาและดำเนินการให้มีการประเมินเพื่อการวินิจฉัย 3) จิตแพทย์มีหน้าที่กำกับดูแลการให้บริการด้านยาและการประเมินเพื่อการวินิจฉัย และคัดกรองผู้ป่วยที่มีแนวโน้มต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล โดยรูปแบบการดูแล จะออกให้บริการเมื่อมีผู้โทรศัพท์มาแจ้งเหตุ ทีมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชนจะตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยและส่งสมาชิกทีมออกไปให้การดูแล ณ จุดที่เกิดเหตุ เพื่อให้การดูแล ตามอาการ และติดตามอาการ โดยส่งต่อเข้ารับบริการที่เหมาะสม และเชื่อมโยงกับบริการในชุมชน บางราย ที่อาการรุนแรงจึงส่งต่อมารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มเติม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน หลังภาวะวิกฤต (ร้อยละ 24.2) น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล (ร้อยละ 32.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สำหรับอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 2 วัน หลังภาวะวิกฤตของกลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน (ร้อยละ 18) น้อยกว่าผู้ที่ได้รับการจัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล (ร้อยละ 26) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการจัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาลเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชนร้อยละ 51 สำหรับด้านลักษณะผู้รับบริการพบว่า เกือบสองเท่าของผู้รับบริการที่มีปัจจัยต่อไปนี้ ได้แก่ ผู้รับบริการที่ส่งต่อโดยระบบกฎหมาย ผู้รับบริการที่มีปัญหาแสดงท่าทีที่จะทำร้ายตนเอง (suicidal gesture) หรือพยายามทำร้ายตนเอง หรือ วุ่นวาย (agitation) หรือ วิตกกังวล จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าสองเท่าของผู้รับบริการที่มีปัจจัยต่อไปนี้ และผู้รับบริการที่ถูกส่งต่อโดยโรงพยาบาลจิตเวชหรือสถานบำบัดอื่นๆ ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคจิตเภท โรคจิตทางอารมณ์ (affective psychosis) ผู้ที่มีอาการหลงผิดประสาทหลอน และมีอารมณ์เศร้า ผู้ไม่มีรายได้ และผู้ที่ไม่มียาอยู่อาศัย จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าสองเท่าของผู้ที่ไม่มีปัจจัยเหล่านี้

เรื่องที่ 5: Dyches H., Biegel, D. E., Johnsen, J. A., Guo, S., Min, O.M. (2002). The impact of mobile crisis services on the use of community-based mental health services. *Social work practice*, 12(6): 731-751.

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบการใช้บริการติดตามการรักษาหลังเกิดภาวะวิกฤตระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับบริการจัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาลกับผู้ป่วยบริการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน 2) เพื่อหาลักษณะของผู้รับบริการสุขภาพจิตที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพจิตชุมชนหลังมีภาวะวิกฤต

คัดเลือกผู้รับบริการจัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 1995 จำนวน 1,187 ราย จาก 4,660 ราย และคัดเลือกผู้รับบริการจัดการภาวะวิกฤตในชุมชนช่วง ปีงบประมาณ 1997 จำนวน 1,187 ราย จาก 1,888 ราย โดยจับคู่ตัวแปร 7 ตัว เช่นเดียวกับงานวิจัยเรื่องที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง เป็นชนผิวดำ (African Americans) มากกว่าชนผิวขาว (Caucasians) อายุเฉลี่ยคือ 36 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ โรคจิตทางอารมณ์ (affective psychosis) และอันดับ 3 ได้แก่ ปัญหาจากการใช้ยาหรือสุรา (Alcohol or drug problem) และมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาจากการใช้สารเสพติด รูปแบบการบำบัด ใช้รูปแบบการบำบัดภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน (Mobile crisis service) เช่นเดียวกับงานวิจัยเรื่องที่ 4 โดยผลจากการศึกษาพบว่า อัตราการเข้ารับบริการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องใน community mental health services หลังเกิดภาวะวิกฤตใน 90 วันของผู้มีภาวะวิกฤต ที่ได้รับบริการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน (ร้อยละ 45.1) มากกว่าผู้รับบริการที่ได้รับการจัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล (ร้อยละ 37.4) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ หรือผู้ป่วยที่รับบริการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชนเข้ารับบริการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องใน community mental health services มากกว่าผู้ป่วยที่รับบริการจัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาลร้อยละ 17 ($p < 0.05$) และพบว่าลักษณะของผู้รับบริการที่มักเข้ารับบริการของสุขภาพจิตชุมชน ได้แก่ ผู้รับบริการที่เป็นชนผิวดำ ผู้รับบริการที่ไม่มีที่อยู่อาศัย ผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคจิตทางอารมณ์ (affective psychosis) ผู้รับบริการที่มีอาการทางจิตรุนแรง ซึ่งเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังเพื่อให้การดูแลเพิ่มเติมแก่ผู้รับบริการเหล่านี้และป้องกันปัจจัยเสี่ยงเพื่อลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชลงได้อีก ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ได้เช่นเดียวกับงานวิจัยเรื่องที่ 4

เรื่องที่ 6: Scott, R. L. (2000). Evaluation of a mobile crisis program: effectiveness, efficiency, and consumer satisfaction. *Psychiatric service*, 51(9): 1153-1156.

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่โดยระบบจิตเวชฉุกเฉิน และเพื่อประเมินความพึงพอใจและอัตราการเข้าร่วมโปรแกรมของตำรวจ มีวิธีดำเนินการโดย คัดเลือกกลุ่มประชากรที่ศึกษาจากผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่ได้รับการบริการโดยทีมภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ จำนวน 73 ราย และผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่ได้รับการบริการจากตำรวจทั่วไป จำนวน 58 ราย โดยรวบรวมข้อมูลจากหน่วยรักษาความปลอดภัย (สถานีตำรวจ) และข้อมูลจากการบันทึกของทีมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม ค.ศ. 1995 เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 3 เดือน สำหรับรูปแบบของทีมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ เป็นรูปแบบที่ประกอบด้วยคณะทำงาน 6 คน ได้แก่ตำรวจ 4 นาย พยาบาลจิตเวช 2 คน แบ่งเป็น 2 ชุดเพื่อผลัดเปลี่ยนเวรกัน โดยมีจิตแพทย์เป็นผู้ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ซึ่งทีมจัดการภาวะวิกฤตจะให้บริการโดยการประสานงานกับตำรวจที่รับแจ้งเหตุ พยาบาลจิตเวชที่รับแจ้งจะให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือวิทยุในเบื้องต้น และออกไปยังที่เกิดเหตุ เมื่อถึงที่เกิดเหตุ พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ประเมินอาการผู้ป่วยและส่งเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล หากผู้ป่วยมีอาการเล็กน้อยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล พยาบาลจะเป็นผู้ให้คำปรึกษา ณ ที่เกิดเหตุ และให้ญาติดูแลผู้ป่วยต่อ ผลการศึกษาด้านประสิทธิภาพของโปรแกรม พบว่า ผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลจากทีมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (ร้อยละ 45) น้อยกว่าผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลจากตำรวจทั่วไป (ร้อยละ 82) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ และผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลจากทีมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจ (ร้อยละ 36) น้อยกว่าผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลจากตำรวจทั่วไป (ร้อยละ 67) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ อัตราการจับกุมผู้รับบริการทั้ง 2 โปรแกรมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า โปรแกรมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการให้บริการโดยตำรวจทั่วไป เฉลี่ยร้อยละ 23 ต่อราย หากนำผลการศึกษาโปรแกรมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ไปใช้พบว่ามีทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลกว่าการดูแลโดยตำรวจทั่วไป ซึ่งความสำเร็จของรูปแบบบริการจำเป็นต้องอาศัยการประสานงานและความร่วมมือที่ดีจากตำรวจและทีมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ รวมทั้งความสามารถของพยาบาลในการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือทางวิทยุ แก่ตำรวจที่อยู่ ณ จุดเกิดเหตุเพื่อให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น เป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งในการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย ผู้ให้บริการและผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย

3.3 การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 6 เรื่องที่ผ่านการประเมินคุณภาพแล้ว นำมารวบรวมสรุปดังตารางต่อไปนี้

เรื่องที่ 1: Crisis intervention for people with severe mental illnesses: a Cochrane review.

Authors/ Year	Objective	Sample/ Setting	Intervention	Outcome
Joy C. B., Adams, C. E.& Rice, K. (2009)	เพื่อทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเปรียบเทียบ crisis intervention model และ standard care	Sample คัดเลือกงานวิจัยเชิงทดลอง จำนวน 5 เรื่อง ประชากร 727 คน Setting Electronic searching	- crisis intervention หมายถึง การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตในภาวะฉุกเฉินโดยผู้ดูแลเฉพาะทาง และมีประสบการณ์ ทั้งในและนอกเวลาราชการ โดยทีมสหวิชาชีพ มีการทำงานนอกสถานที่ มีระบบการส่งต่อ มีบริการทางโทรศัพท์ ถ้ากรณีเร่งด่วนสามารถติดต่อสถานีตำรวจได้ - Standard care หมายถึง การดูแลตามปกติในรูปแบบเดิมซึ่งให้บริการผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตในภาวะฉุกเฉิน ในสถานบริการเป็นหลัก	- ไม่สามารถสรุปได้ว่าการบำบัดภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชนให้ผลดีกว่าในเรื่องการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เนื่องจากการบำบัดผู้ป่วยภาวะวิกฤตในโรงพยาบาลมีนโยบายที่จะรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลอยู่แล้ว - แต่การบำบัดที่บ้านสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระในครอบครัว (family Burden) ได้ และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัว

เรื่องที่ 2: Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study

Authors/ Year	Objective	Sample/ Setting	Intervention	Outcome
Johnson, S., Nolan, F, Pilling, S., Sandor A., Hoult, J., McKenzie, N. et al. (2005)	1. ประเมินประสิทธิภาพของทีมแก้ไขภาวะวิกฤตในการลดอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต	Sample - คัดเลือกมาจากผู้ป่วยจิตเวชที่ทีมจิตเวชชุมชน ทีมดูแลช่วยเหลือจิตแพทย์หรือนักสังคมสงเคราะห์ระบุว่ามีความต้องการอย่างรุนแรงถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อายุระหว่าง 18- 65 ปี	- กลุ่มทดลองจะได้รับ การดูแลจากทีมแก้ไขภาวะวิกฤต ซึ่งทำงานเพิ่มเติมจากบริการในระยะเฉียบพลันซึ่งมีอยู่เดิมแล้ว โดยการประเมินอาการและให้บริการบำบัดช่วยเหลือที่บ้าน โดยผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยสามารถติดต่อเพื่อขอรับบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง	1. กลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชภายใน 8 สัปดาห์ (ร้อยละ 22) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 59) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.0005$) และกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปและบ้านพักฉุกเฉิน (ร้อยละ 36) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 69) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.0005$)
	2. เพื่อวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลโดยทีมแก้ไขภาวะวิกฤต	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง - กลุ่มทดลอง 135 คน - กลุ่มควบคุม 125 คน	ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถติดต่อเพื่อขอรับบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง	2. กลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชภายใน 6 เดือน (ร้อยละ 29) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 67) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.0005$) และกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปและบ้านพักฉุกเฉิน (ร้อยละ 47) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 75) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.0005$)
		Setting - ทำในชุมชน 2 พื้นที่ของ London borough of Islington ซึ่งมีทีมจิตเวชชุมชนในพื้นที่	- กลุ่มควบคุมได้รับ การดูแลโดยทีมจิตเวชชุมชน	3. วัดผลความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดย CSQ-8 พบว่ากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p= 0.002$

เรื่องที่ 3: The outcomes of psychiatric crises before and after introduction of a crisis resolution team.

Authors/ Year	Objective	Sample/ Setting	Intervention	Outcome
Johnson, S., Nolan, J.F., Hoult, J., Pilling, S., White, I., Bebbington, P. et al. (2005)	เพื่อเปรียบเทียบผลการให้บริการช่วยเหลือก่อน ระหว่างก่อนการให้บริการวิกฤตจิตเวช ระหว่างก่อนการให้บริการ	Sample - เป็นผู้ที่มีภาวะวิกฤตซึ่งเคยเข้ารับบริการในรพ.จิตเวช หรือศูนย์สุขภาพจิตมาก่อน อายุระหว่าง 18- 65 ปี	Intervention - กลุ่มควบคุม ได้รับการบำบัดแบบรูปแบบเดิม (Pre –CRT) คือ มีทีมดูแลผู้ป่วยในชุมชนของโรงพยาบาลจิตเวช ทำงานเวลา 9.00 น.–17.00 น. ทุกวันทำการ และมีทีมให้การดูแลช่วยเหลือ (Liaison team) ทำงานเวลา 8.00 น.–22.00 น. สำหรับให้การดูแลเร่งด่วน (acute care) - กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดแบบ CRT เป็นทีมทำงานที่มีเพิ่มเข้ามาในทีมจิตเวชชุมชนที่กล่าวมาข้างต้น ทีมประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้การสนับสนุน และจิตแพทย์	Outcome - อัตราการนอนโรงพยาบาลภายใน 6 สัปดาห์ภายหลังมีทีมแก้ไขภาวะวิกฤตของกลุ่มทดลอง (CRT) (ร้อยละ 49) ลดลงกว่าก่อนมีทีมแก้ไขภาวะวิกฤต (Pre-CRT) (ร้อยละ 71) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$) หรือคิดเป็น 0.38 เท่าของก่อนมีบริการแบบทีมแก้ไขภาวะวิกฤต - อัตราการนอนโรงพยาบาลหลังได้รับการบำบัด 6 เดือนของกลุ่ม CRT (ร้อยละ 60) น้อยกว่ากลุ่ม Pre-CRT (ร้อยละ 75) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.030$) - จำนวนวันนอนโรงพยาบาล ภายใน 6 สัปดาห์ ของกลุ่ม CRT (12.9 วัน) น้อยกว่ากลุ่ม Pre-CRT (19.1 วัน) แตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) - ผู้ได้รับการบำบัดภาวะวิกฤตมีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลแบบมาตรฐานทั่วไป (CSQ-8) ($p<0.0005$)

เรื่องที่ 4: Assessing the impact of mobile crisis services on preventing hospitalization.

Authors/ Year	Objective	Sample/ Setting	Intervention	Outcome
Guo, S., Biegel, D. E., Johnsen, J., & Dyches, H. (2001)	1. เพื่อประเมินผลกระทบบของการบำบัดภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชนต่ออัตราและระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	Sample เป็นผู้มีอาการทางจิตรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและใช้บริการจัดการภาวะวิกฤตในชุมชน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง - กลุ่มทดลอง 110 คน - กลุ่มควบคุม 110 คน จับคู่ตัวแปรควบคุมที่เหมือนกัน 7 ลักษณะ Setting ข้อมูลการบริหารงานสุขภาพจิตของเขตอุตสาหกรรมตอนกลางของเมืองใหญ่ทางตะวันตก ประเทศสหรัฐอเมริกา	1. กลุ่มควบคุม ได้รับการบำบัดในห้องฉุกเฉินเมื่อมีอาการทางจิตเวช เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล 2. กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดภาวะวิกฤตพยาบาล จิตแพทย์ - รูปแบบการดูแลออกให้บริการเมื่อมีผู้โทรศัพท์มาแจ้งเหตุ ทีมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน จะตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยและส่งสมาชิกทีมออกไปให้การดูแล ณ จุดที่เกิดเหตุ เพื่อให้การดูแลตามอาการ ส่งต่อเข้ารับบริการที่เหมาะสม และเชื่อมโยงกับบริการในชุมชน บางรายที่อาการรุนแรงจึงส่งต่อการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มเติม	1. ผู้รับบริการที่ได้รับการบำบัดภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชนเข้ารับการรักษาในรพ.ภายใน 2 วัน และ 30 วัน หลังเกิดภาวะวิกฤตน้อยกว่าผู้เข้ารับการรักษาภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ 2. ผู้ที่ถูกส่งต่อ ได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคจิตเภท โรคจิตทางอารมณ์ ผู้ที่มีการหลงผิดประสาทหลอน และมีอารมณ์เศร้า ผู้ที่แสดงท่าทีหรือพยายามที่จะทำร้ายตนเอง หรือรุนแรง หรือวิตกกังวล ผู้ด้อยโอกาส จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้รับบริการที่ไม่มีปัจจัยเหล่านี้

เรื่องที่ 5: The impact of mobile crisis services on the use of community-based mental health services.

Authors/ Year	Objective	Sample/ Setting	Intervention	Outcome
Dyches H., Biegel, E. D., Johnsen, A.J., Guo, S., Min, O.M. (2002)	1. เพื่อเปรียบเทียบการใช้บริการติดตามการรักษาหลังภาวะวิกฤตระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการจัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาลกับผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล 2. เพื่อหาลักษณะของผู้รับบริการสุขภาพจิตที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพจิตชุมชนหลังมีภาวะวิกฤต	Sample การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับงานวิจัยที่ 4 แต่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากกว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่าง - กลุ่มทดลอง 1,187 คน - กลุ่มควบคุม 1,187 คน Setting เช่นเดียวกับงานวิจัยเรื่องที่ 4	ใช้รูปแบบการบำบัดภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน (Mobile crisis service) เช่นเดียวกับงานวิจัยเรื่องที่ 4	- ผู้ป่วยกลุ่มทดลองเข้ารับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องใน 90 วันหลังเกิดภาวะวิกฤต ร้อยละ 45.1 มากกว่าผู้รับบริการที่ได้รับการจัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล ซึ่งรับบริการต่อเนื่องเพียงร้อยละ 37.4 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ - ลักษณะของผู้รับบริการที่มักเข้ารับบริการของสุขภาพจิตชุมชน ได้แก่ ผู้รับบริการที่เป็นชนผิวดำ ผู้รับบริการที่ไม่มีที่อยู่อาศัย ผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคจิตทางอารมณ์ (affective psychosis) ผู้รับบริการที่มีการทางจิตรุนแรง

เรื่องที่ 6: Evaluation of a mobile crisis program: effectiveness, efficiency, and consumer satisfaction.

Authors/ Year	Objective	Sample/ Setting	Intervention	Outcome
Scott, R. L. (2000)	1. เพื่อประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโปรแกรมการแก้ไขภาวะวิกฤตเคลื่อนที่โดยระบบจิตเวชฉุกเฉิน	Sample คัดเลือกผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจากข้อมูลหน่วยรักษาความปลอดภัย (สถานีตำรวจ) และข้อมูลจากการบันทึกของทีมงานจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ ในกรณี Violence- related crisis situation จำนวนกลุ่มตัวอย่าง - กลุ่มทดลอง ได้รับบริการจากทีมร่วมมือระหว่างพยาบาลและตำรวจ 73 คน - กลุ่มควบคุม ได้รับบริการจากตำรวจอย่างเดียว 58 คน Setting เมืองแอตแลนตา (Atlanta) รัฐจอร์เจีย (Georgia) ประเทศสหรัฐอเมริกา	- รูปแบบของทีมงานจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ มีคณะทำงาน 6 คน ได้แก่ ตำรวจ 4 นาย พยาบาลจิตเวช 2 คน แบ่งเป็น 2 ชุด เพื่อผลัดเปลี่ยนเวรกัน โดยมีจิตแพทย์เป็นผู้ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยพยาบาลจิตเวชในทีมจัดการภาวะวิกฤตจะประสานงานกับตำรวจที่รับแจ้งเหตุและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือวิทยุในเบื้องต้น และออกไปยังที่เกิดเหตุเมื่อถึงที่เกิดเหตุพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ประเมินอาการผู้ป่วยและส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากผู้ป่วยมีอาการเล็กน้อย จะให้คำปรึกษาจนที่เกิดเหตุ และให้ญาติดูแลผู้ป่วยต่อ	- ผู้รับบริการจาก Mobile crisis program เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชน้อยกว่าผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลจากตำรวจทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ - ผู้รับบริการจาก Mobile crisis program เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจน้อยกว่าผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลจากตำรวจทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ - อัตราการจับกุมผู้รับบริการทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน - Mobile crisis program มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการให้บริการโดยตำรวจทั่วไป เล็ยร้อยละ 23 ต่อราย

สรุปประเด็นจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาต้องการศึกษารูปแบบการบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในปัจจุบันเพื่อเป็นข้อแนะนำในการจัดบริการ ให้เหมาะสมกับทรัพยากรและบริบทของหน่วยงานและชุมชน สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุม ปลอดภัย ทั้งต่อผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง โดยพบว่าการบำบัดภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน (Mobile crisis services) เป็นรูปแบบการบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องใช้การประเมินที่ถูกต้องแม่นยำและให้การดูแลตามปัญหาและความต้องการขณะนั้นของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างรวดเร็ว ปลอดภัยขณะนำส่งผู้ป่วยวิกฤตมาโรงพยาบาล ถือว่าเป็นรูปแบบการบำบัดมีประโยชน์มากสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตในชุมชน (Joy, Adams, & Rice, 2009) จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 6 เรื่อง ผู้ศึกษาได้สรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. ลักษณะผู้ป่วยที่ควรได้รับการบำบัดแบบภาวะวิกฤต คือผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โรคซึมเศร้า โรคจิตจากการใช้ยาและสารเสพติด ซึ่งมีอาการประสาทหลอน หลงผิด หงุดหงิดก้าวร้าวรุนแรง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้มีโอกาสเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือผู้ป่วยที่มีลักษณะ ซึมไม่ค่อยรู้สึกตัว หรือซึมเศร้าเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามากกว่าครึ่งของผู้ป่วยคือผู้ใช้สารเสพติด หรือ เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย (Dyches, Biegel, Johnsen, Guo & Min, 2002) การที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลให้ตกเป็นเหยื่อหรือถูกผู้อื่นทำร้ายในภายหลังได้ และ/ หรือ สมาชิกในครอบครัวหรือชุมชนที่เคยทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยก็ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ต้องมีการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน (Johnson et al., 2005)

2. การวางแผนการดูแล มีการกำหนดเป็นนโยบายในเรื่องของรูปแบบการดำเนินการ การจัดตั้งทีมดูแลและการออกให้บริการ การประสานงานและการส่งต่อการดูแลที่ชัดเจน การเตรียมความพร้อมของทีมให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในภาวะวิกฤตได้ตลอด 24 ชั่วโมง รวมทั้งมีการเตรียมข้อมูลประวัติผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้บริการ (Johnson et al., 2005)

3. รูปแบบของทีมบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชนที่มีประสิทธิผล ลดการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมี 3 ลักษณะคือ

3.1 ทีมเฉพาะบุคลากรของโรงพยาบาล ซึ่งในช่วงเวลาราชการที่มีบุคลากรค่อนข้างพร้อมทีมที่ไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านอาจจัดในรูปของทีมพยาบาลประจำรถ EMS 1 คน และพยาบาลจิตเวช 1 คน ส่วนในช่วงนอกเวลาราชการ อาจจัดทีมในรูปแบบของทีมพยาบาลประจำรถ EMS 1 คนและพยาบาลส่งต่อ อีก 1 คน (Johnson et al., 2005)

3.2 ทีมบุคลากรด้านสุขภาพของโรงพยาบาลร่วมกับตำรวจในพื้นที่ ในกรณีที่ตำรวจในพื้นที่พบผู้ป่วยในชุมชนก่อน หรือผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ต้องการผู้ชำนาญในการจัดการกับผู้ที่มีอาวุธอันตรายไว้ในครอบครอง (Scott, 2000)

3.3 ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลร่วมกับหน่วยอาสาสมัครหรือหน่วยสนับสนุนอื่นในพื้นที่ ในกรณีที่มิใช่เจ้าหน้าที่ประจำการมีไม่เพียงพอ แต่ต้องเป็นอาสาสมัครที่ได้รับการฝึกในการช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะวิกฤต มีความชำนาญในการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับอันตรายหรือมีพฤติกรรมอันตรายเช่น หน่วยรักษาความปลอดภัยเช่น หน่วยอาสาป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย อาสาสมัครสาธารณสุข (Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001)

4. การเตรียมความพร้อมของทีมให้บริการภาวะวิกฤตทางจิตเวชในชุมชนนั้น ผู้ที่อยู่ในทีมทุกคนต้องมีความรู้ในเรื่องโรคทางจิตเวช อาการ มีทักษะคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะโรค มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน รวมทั้งต้องมีความรู้และทักษะเฉพาะที่จำเป็นของแต่ละหน้าที่ด้วยเช่น

4.1 สมาชิกที่จะต้องออกไปให้บริการในพื้นที่ทุกคน ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยทั้งของผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงาน ญาติ และผู้เกี่ยวข้อง ดังนั้นต้องมีการฝึกอบรมทีมฉุกเฉินถึงวิธีการบำบัดดูแลและการควบคุมสถานการณ์ เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการในภาวะวิกฤต (Johnson et al., 2005)

4.2 ผู้นำทีมเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตเวช คุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญคือ สามารถวางแผนการบำบัดในระยะ crisis ได้ และต้องเป็นบุคลากรวิชาชีพทางด้านสุขภาพจิต สามารถประเมินและวินิจฉัยโรคทางจิตเวชได้ สามารถคัดกรองและทำหน้าที่ผู้จัดการรายกรณี (case management) ได้ มีหน้าที่ในการวินิจฉัย รวบรวมข้อมูล ประเมินอาการผู้ป่วยและคัดกรองว่ามีแนวโน้มจะต้องเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลหรือไม่ (Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001)

4.3 พยาบาลที่ออกไปกับรถบริการภาวะวิกฤต จำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมด้านการบริหารยาจิตเวชในภาวะวิกฤต และสามารถประเมินผลการให้ยาได้ เพื่อให้สามารถจัดการบำบัดดูแลด้วยยาถ้าจำเป็นเพื่อให้อาการทางจิตสงบ ณ จุดเกิดเหตุ หรือมีอาการ

ทางจิตสงบในเวลาต่อมา และสามารถอยู่บ้านได้ (Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001; Dyches, Biegel, Johnsen, Guo & Min, 2002; Johnson et al., 2005)

5. กระบวนการดำเนินการเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตได้อย่างครอบคลุม และต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตซ้ำ แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะวิกฤต เป็นการให้บริการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ 2) การวางแผนแก้ปัญหา (Planning) เพื่อส่งเสริมการปรับตัวหลังภาวะวิกฤต และป้องกันอาการรุนแรงจนเกิดภาวะวิกฤตซ้ำ 3) การให้การดูแลแก้ปัญหา (Intervention) อย่างต่อเนื่อง ระยะนี้อาจต้องเข้าไปดูแลผู้ป่วยมากกว่าวันละ 1 ครั้ง 4) ระยะสิ้นสุดปัญหา (Resolution) เป็นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยซึ่งจะต้องมีการส่งต่อและการประสานงานที่ดีระหว่างทีมจัดการภาวะวิกฤตและทีมดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งการวางแผนการจำหน่าย ควรกระทำตั้งแต่ระยะแรกที่เริ่มให้บริการผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (Johnson et al., 2005)

6. ผลการบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชนพบว่า การบำบัดสามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชเมื่อประเมินผลเป็นระยะเวลา 6 เดือน (Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001; Dyches, Biegel, Johnsen, Guo & Min, 2002; Johnson et al., 2005) และพบว่า ผู้มีภาวะวิกฤตที่ได้รับการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน มีอัตราการเข้ารับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องมากกว่าผู้รับบริการที่ได้รับการจัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล เนื่องจากมีการประสานงานระหว่างทีมจิตเวชเคลื่อนที่กับทีมจิตเวชชุมชนตั้งแต่ระยะวิกฤต จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับบริการจิตเวชชุมชนได้มากขึ้น ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลังภาวะวิกฤตลงได้ (Dyches, Biegel, Johnsen, Guo & Min, 2002)

ด้านผลลัพธ์รอง พบว่า การจัดการภาวะวิกฤตในชุมชน สามารถสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการเช่น ตำรวจ มากกว่าการจัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล (Scott, 2000)

7. ประเด็นที่ควรพิจารณา พบว่าผู้รับบริการที่ส่งต่อโดยระบบกฎหมาย ผู้รับบริการที่มีปัญหาแสดงท่าทีที่จะทำร้ายตนเอง (Suicidal gesture) หรือพยายามทำร้ายตนเอง หรือ วุ่นวาย (agitation) หรือ วิตกกังวล รวมทั้งผู้ป่วยด้อยโอกาส เช่น ผู้ไม่มีรายได้ ผู้ที่ไม่มีที่อยู่อาศัย จะเข้ารับการักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้รับบริการที่ไม่มีปัจจัยเหล่านี้ (Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001)

3.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อป้องกันอันตรายของผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 6 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหา แล้วพบว่ามีความโน้มที่จะนำมาปรับใช้ในการแก้ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤตในหน่วยงานในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ ซึ่งมีพยาบาลจิตเวช 1 คน มีแพทย์ทั่วไปและพยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและในชุมชน มีพยาบาลวิชาชีพของทีมระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) เป็นผู้ออกให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุได้ตลอด 24 ชั่วโมง ครั้งละ 1-2 คน มีแพทย์เป็นที่ปรึกษาและถ้ามีปัญหาฉุกเฉินทางจิตเวช สามารถปรึกษาจิตแพทย์จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทางโทรศัพท์ได้ขอแนะนำที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยมีดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลเมื่อมีภาวะวิกฤตในชุมชน ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรง ทั้งที่มีอาการป่วยครั้งแรกและอาการกำเริบซ้ำ มีภาวะเสี่ยงที่จะทำร้ายตัวเองหรือทำร้ายผู้อื่นเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้ ตกเป็นเหยื่อหรือถูกผู้อื่นทำร้ายในภายหลัง และ/ หรือ สมาชิกในครอบครัวหรือชุมชนที่เคยทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ต้องมีการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน (Johnson et al., 2005) (ระดับ 4)

2. สมาชิกทีมบำบัดดูแล ควรเป็นแบบทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary) และทีมสหสาขา (Interdisciplinary) มีอาสาสมัครร่วมด้วย เพื่อร่วมให้บริการเมื่อจำเป็น เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชน มีอัตรากำลังน้อย บุคลากรที่สามารถร่วมทีมได้แก่ พยาบาลจิตเวช แพทย์ทั่วไป พยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน เกสเซอร์ และพยาบาลวิชาชีพของทีมระบบการแพทย์ฉุกเฉิน(EMS) ซึ่งเป็นสมาชิกหลักที่ออกให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตในชุมชน ซึ่งจำเป็นต้องมีความรู้และความสามารถในการบริหารยาสำหรับผู้ป่วยในภาวะวิกฤตตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ และทีมควรเพิ่มสมาชิกอื่นที่จำเป็น รวมถึงสมาชิกทีมคนอื่นๆที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เช่น ตำรวจ อาสาสมัครซึ่งเป็นผู้มีศักยภาพในชุมชน (สำหรับในพื้นที่ ได้แก่ ทีมกู้ภัย และอาสาสมัคร เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข) (Scott, 2000; Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001; Dyches, Biegel, Johnsen, Guo & Min, 2002; Johnson et al., 2005) (ระดับ 4)

3. บทบาทของสมาชิกทีม

สมาชิกทีมบำบัดดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตจิตเวชประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพและทีมสหสาขา ซึ่งมีบทบาทในการให้การดูแลแตกต่างกัน ดังนี้

3.1 ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการภาวะวิกฤต ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีม อาจเป็นพยาบาลจิตเวช จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เขตความรับผิดชอบ โดยมีการประสานงานกับพยาบาลจิตเวชชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยประกอบการประเมิน คัดกรองผู้ป่วยเพื่อใช้ในการวางแผนบำบัดดูแลในภาวะวิกฤต และเป็นผู้จัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต (Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001) (ระดับ 4)

3.2 จิตแพทย์ ทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาในการให้บริการด้านยาและการประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีแนวโน้มต้องให้ดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในหรือส่งต่อกรณีเกินศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนแก่แพทย์ทั่วไป

3.3 แพทย์ทั่วไป มีหน้าที่กำกับดูแลการให้บริการด้านยาแก่พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ และคัดกรองผู้ป่วยที่มีแนวโน้มต้องให้ดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในหรือส่งต่อกรณีเกินศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน (Scott, 2000; Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001; Dyches, Biegel, Johnsen, Guo & Min, 2002; Johnson et al., 2005) (ระดับ 4)

3.4 พยาบาลวิชาชีพ มีหน้าที่ประเมินและคัดกรองผู้ป่วยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการภาวะวิกฤต และให้บริการด้านยาตามคำสั่งแพทย์ และทำหน้าที่บริหารยาและประเมินผลข้างเคียงจากยา เมื่อออกให้บริการดูแล ณ จุดเกิดเหตุร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการภาวะวิกฤต ในกรณีผู้เชี่ยวชาญภาวะวิกฤตไม่ใช่พยาบาลจิตเวช จำเป็นต้องมีพยาบาลวิชาชีพออกให้บริการเพื่อทำหน้าที่บริหารยา ณ จุดเกิดเหตุ (Johnson et al., 2005) (ระดับ 4)

3.5 ตำรวจ มีหน้าที่ออกให้บริการร่วมกับทีมบุคลากรสาธารณสุข เพื่อจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยหรือรายงานเหตุการณ์ต่อทีมบำบัดภาวะวิกฤตเมื่อพบผู้ป่วยที่สงสัยว่าอยู่ในภาวะวิกฤต และขอคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนก่อนที่ทีมวิกฤตเคลื่อนที่จะไปถึง (Scott, 2000) (ระดับ 4)

3.6 บุคลากรอื่นๆในทีม เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด ผู้สนับสนุนในรถฉุกเฉิน ซึ่งมีประสบการณ์การดูแลสุขภาพ ดูแลสังคม หรือมีประสบการณ์ด้านการดูแลปัญหาสุขภาพจิตมาก่อน ซึ่งผู้ควบคุมทีมพิจารณาให้เข้าร่วมเป็นสมาชิกทีมในการให้บริการ (Johnson et al., 2005) (ระดับ 4)

4. การเตรียมความพร้อมในการให้บริการวิกฤตเคลื่อนที่

4.1 ต้องมีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับทีมสหวิชาชีพรวมทั้งอาสาสมัครว่าควรมีใครบ้าง และกำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกทีมให้มีความชัดเจน

4.2 เตรียมความพร้อมของบุคลากร ต้องมีการให้ความรู้ความเข้าใจและพัฒนาทักษะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในภาวะวิกฤตให้มีความพร้อม ในทุกบทบาทหน้าที่ของสมาชิกเช่น

4.2.1 ผู้ควบคุมทีมต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการภาวะวิกฤตจิตเวช ที่ได้รับมอบอำนาจ หน้าที่ ซึ่งจะต้องได้รับการรับรองการฝึกอบรมด้านการจัดการภาวะวิกฤตจิตเวช เช่น พยาบาลจิตเวช (Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001) (ระดับ 4)

4.2.2 พยาบาลที่ออกไปให้บริการบนรถพยาบาลเพื่อไปให้บริการ ณ ที่เกิดเหตุ ต้องทำหน้าที่บริหารและประเมินผลข้างเคียงจากยา การดูแล ทั้งภาวะวิกฤตทางจิตเวช และปัญหาสุขภาพทางกายเนื่องจากผู้ป่วยอาจพบปัญหาทางกายร่วมด้วย เช่น ที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือได้รับสารเสพติดเกินขนาด (Overdose) พยาบาลต้องสามารถดูแลภาวะวิกฤตทางกายร่วมกับการดูแลทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ตามปัญหาที่พบ (Johnson et al., 2005) (ระดับ 4)

4.2.3 แพทย์ต้องมีความรู้และทักษะในการบำบัดผู้ป่วยในภาวะวิกฤตทางจิตเวช

4.2.4 สมาชิกในทีมทุกคนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ EMS ต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะโรคทางจิตเวช การบำบัดรักษาในภาวะวิกฤต มีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต สำหรับสมาชิกที่ออกไปดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ต้องได้รับการฝึกอบรมด้านทักษะในการดูแลตนเอง ป้องกันผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Scott, 2000) (ระดับ 4)

4.3 ความพร้อมของข้อมูลผู้รับบริการ พยาบาลจิตเวชชุมชนซึ่งประสานงานกับทีมวิกฤตเคลื่อนที่ ควรมีการจัดเตรียมข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ เช่น ข้อมูลประวัติส่วนตัว ประวัติการรักษา อาการนำก่อนการกำเริบ ข้อมูลญาติผู้ดูแล แหล่งสนับสนุนในชุมชน และข้อมูลจำเป็นอย่างอื่น ๆ ที่ช่วยให้สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001) (ระดับ 4)

5. รูปแบบของการบำบัดในภาวะวิกฤตในชุมชน การจัดทีมออกไปให้บริการจะพิจารณาจากลักษณะปัญหาและความรุนแรงของผู้ป่วย ช่วงเวลาทำงาน บุคลากรและทรัพยากรที่มี ซึ่งสามารถให้บริการใน 3 ลักษณะคือ

5.1 การบริการแบบทีมแก้ไขภาวะวิกฤตในชุมชน (Crisis resolution team) เป็นทีมทำงานที่มีเพิ่มเข้ามาในทีมจิตเวชชุมชน สมาชิกทีมประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพที่มีเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการ เป็นทีมที่จัดตั้งขึ้นมาโดยเฉพาะ สมาชิกทีมมีบทบาทหน้าที่แน่นอน สำหรับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จะมีผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการภาวะวิกฤตพยาบาล จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และ นักอาชีวบำบัด ผู้สนับสนุนในรถฉุกเฉินเป็นสมาชิกทีม (Johnson et al., 2005; Joy, Adams & Rice, 2009) (ระดับ 4, 2) แต่ถ้าเป็นโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ จะมีพยาบาล และแพทย์ ที่ทำงานหน่วยฉุกเฉิน และ/หรือหน่วยวิกฤต และ/หรือเจ้าหน้าที่หน่วยอื่นๆ ในโรงพยาบาลเป็นสมาชิกทีม และมีจิตแพทย์เป็นผู้ให้คำปรึกษา เพื่อให้การบำบัดระยะสั้น ที่บ้านแบบเข้มข้น (providing short-term intensive home treatment) การปฏิบัติงานจะให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง มีสมาชิกทีมออกไปให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุครั้งละอย่างน้อย 2 คน โดยมีผู้นำทีมเป็นผู้ตัดสินใจในการส่งสมาชิกทีมออกไปให้บริการตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ สมาชิกทีมจะมีพยาบาลเป็นสมาชิกหลักที่ออกไปให้บริการ เนื่องจากต้องมีการบริหารยา ร่วมด้วย โดยผู้ป่วยอาจได้รับการเยี่ยมบ้านหลายครั้งในหนึ่งวัน และได้รับการดูแลจนกว่าภาวะวิกฤตจะถูกจัดการ (the crisis had resolved) (Johnson et al., 2005) มีแพทย์ทั่วไปเป็นสมาชิกหรือเป็นหัวหน้าทีมที่สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง (Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001; Dyches, Biegel, Johnsen, Guo & Min, 2002; Johnson et al., 2005) (ระดับ 4)

5.2 รูปแบบการบริการแบบทีมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน (Mobile crisis program) เป็นการบริการจัดการภาวะวิกฤตโดยออกไปให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุ เมื่อมีผู้โทรศัพท์มาแจ้ง เพื่อให้การดูแลจัดการให้เกิดภาวะสมดุล (stabilize the crisis) สมาชิกทีมประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ที่สมาชิกทีมเป็นบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุข ร่วมกับบุคลากรนอกหน่วยงานสาธารณสุข เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างทีมพยาบาลจิตเวชและทีมตำรวจ มีการติดตามการรักษา รวมทั้งการเชื่อมโยงหรือส่งต่อให้ได้รับการดูแลในชุมชนหรือโรงพยาบาลต่อไป โดยมีจิตแพทย์เป็นผู้ให้คำปรึกษา โดยพยาบาลจิตเวชในทีมจัดการภาวะวิกฤตจะประสานงานกับตำรวจที่รับแจ้งเหตุ และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือวิทยุในเบื้องต้น และออกไปยังที่เกิดเหตุ เมื่อถึงที่เกิดเหตุ พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ประเมินอาการผู้ป่วยและให้การบำบัดดูแล และ ให้การรักษา ณ ที่เกิดเหตุ แต่ถ้าไม่สามารถจัดการได้และคิดว่าเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจะพิจารณาส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Scott, 2000) (ระดับ 4)

5.3 การบริการที่นำชุมชนเข้ามาร่วมให้บริการ เป็นบริการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ (Mobile crisis service) สมาชิกทีมประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ และบุคลากรอื่นที่มีประสบการณ์การดูแลสุขภาพ ดูแลสังคม หรือมีประสบการณ์ด้านการดูแลปัญหาสุขภาพจิตมาก่อน ซึ่งผู้ควบคุมทีมพิจารณาให้เข้าร่วมเป็นสมาชิกทีมในการให้บริการ (Johnson et al., 2005; Joy, Adams & Rice, 2009) (ระดับ 4, 2)

6. กระบวนการในการบำบัดภาวะวิกฤต เพื่อลดอาการทางจิต ป้องกันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เริ่มตั้งแต่ระยะเกิดภาวะวิกฤต ให้การบำบัดต่อเนื่อง และวางแผนแก้ปัญหาระยะยาวเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ มีขั้นตอนในการปฏิบัติงานดังนี้ (Johnson et al., 2005) (ระดับ 4)

6.1 รวบรวมข้อมูล (Assessment) เริ่มตั้งแต่ผู้ที่รับแจ้งเหตุคนแรกของโรงพยาบาลซึ่งเป็นพยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประเมินข้อมูลสถานการณ์เบื้องต้นจากผู้แจ้งเหตุ และรายงานเหตุการณ์แก่แพทย์ทั้งในและนอกเวลาราชการเพื่อร่วมกันประเมินสถานการณ์ภาวะของผู้ป่วยว่ามีปัญหาเร่งด่วนและรุนแรงเพียงใด เพื่อวางแผนและเตรียมบุคลากรและอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และถ้ามีปัญหาในการตัดสินใจสามารถติดต่อขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลคือ พยาบาลจิตเวช และถ้ามีอาการรุนแรงมากให้ส่งปรึกษาจิตแพทย์ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดทางโทรศัพท์ได้

การให้บริการเพื่อลดภาวะวิกฤต ณ จุดเกิดเหตุ เมื่อไปถึงจุดที่เกิดเหตุต้องมีบุคลากรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างน้อย 2 คนขึ้นไปในที่เกิดเหตุ จะต้องให้บริการอย่างรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมงเพื่อดูแลให้ผู้ป่วยอาการสงบลง และวางแผนการดูแลต่อเนื่องในชุมชนต่อไป การบำบัดในภาวะวิกฤตอาจต้องให้การบำบัดหลายๆวิธีพร้อมกันเพื่อให้อาการสงบและปลอดภัยเช่น การบำบัดทางจิตในลักษณะ Supportive therapy เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับตัวกับปัญหาหรือสถานการณ์ปัจจุบัน รู้สึกสงบ ผ่อนคลาย ลดสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม หรือ แยกผู้ป่วยออกจากสถานการณ์กระตุ้น การให้ยารับประทานเพื่อให้ผู้ป่วย สงบลง การเจรจาต่อรองและการจำกัดพฤติกรรมโดยใช้คำพูด การผูกมัดเมื่อจำเป็น และการให้ยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drug) โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อเมื่อจำเป็น (Joy, Adams, & Rice, 2009) (ระดับ 1) ในกรณีผู้ป่วยสงบลงสามารถอยู่ในชุมชนได้ ก็จะมีการให้การดูแลต่อเนื่องเพื่อให้พ้นระยะวิกฤตและป้องกันอาการรุนแรงและเกิดภาวะวิกฤตซ้ำ แต่ถ้าประเมินแล้วว่าไม่สามารถบำบัดดูแลให้ผู้ป่วยอาการสงบลงได้หรือมีแนวโน้มที่จะมีอาการรุนแรงขึ้น ก็จำเป็นต้องนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

6.2 การวางแผนแก้ปัญหาต่อเนื่อง (Planning) เพื่อส่งเสริมการปรับตัวหลังอาการสงบลงเพื่อป้องกันอาการรุนแรงจนเกิดภาวะวิกฤตซ้ำ โดยกำหนดจำนวนครั้งในการ

ติดตาม และวางแผนจำหน่ายตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การวางแผนการดูแลอาจให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องประมาณ 6 สัปดาห์

6.3 การให้การดูแลแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง (Intervention) ในระยะนี้อาจต้องเข้าไปดูแลผู้ป่วยมากกว่าวันละ 1 ครั้ง เช่น ต้องไปประเมินอาการทางจิต หรือดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หรือให้การสนับสนุนในการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตเป็นระยะๆ ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของทีมวิกฤตเคลื่อนที่ที่ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องจนแน่ใจว่าผู้ป่วยจะไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งสามารถยืดหยุ่นการดูแลตามอาการทางคลินิกของผู้ป่วย อาจดึงผู้ที่มีศักยภาพในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ติดตามเยี่ยมบ้านได้บ่อยครั้งตามความจำเป็น ติดตามผลของยาเป็นระยะๆ สนับสนุนด้านปัจจัยพื้นฐานและสร้างความเชื่อมั่นแก่ญาติในการดูแลผู้ป่วย การแก้ปัญหา การจัดการความเครียด การประคับประคองจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตปกติต่อไปและ ติดต่อประสานงานกับทีมให้บริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย

6.4 ระยะสิ้นสุดปัญหา (Resolution) ควรวางแผนจำหน่ายตั้งแต่ระยะแรก โดยทีมต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้เกี่ยวข้อง โดยในทางปฏิบัติ ไม่สามารถแยกระยะของการบำบัดได้อย่างชัดเจน ผู้ป่วยบางรายอาจใช้เวลาปรับตัวไม่ถึง 6 สัปดาห์ อาจส่งให้พยาบาลจิตเวชชุมชนดูแลต่อเนื่องได้ แต่จะต้องมีการส่งต่อและการประสานงานที่ดีระหว่างทีมจัดการภาวะวิกฤตและทีมดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป เพื่อลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

7. การประเมินผลลัพธ์ของการบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชน

7.1 การประเมินในระยะสั้น ในช่วง 6 สัปดาห์หลังภาวะวิกฤต ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในครอบครัวและชุมชนหลังการบำบัดได้หรือไม่ มีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นหรือลดลง อาจประเมินโดยทีมบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชน

7.2 การประเมินในระยะยาว 6 เดือนและ 12 เดือน มีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นหรือลดลง ควรมีการติดตามเป็นระยะๆ โดยพยาบาลจิตเวชชุมชน เพื่อส่งเสริมการปรับตัว ส่งเสริมการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ป้องกันอาการกำเริบและเกิดภาวะวิกฤตซ้ำ (Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001; Dyches, Biegel, Johnsen, Guo & Min, 2002; Johnson et al., 2005) (ระดับ 2, 4)

7.3 การประเมินคุณภาพของบริการ โดยการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งสามารถประเมินได้ด้วยเครื่องมือ แบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ

(Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8; Atkisson & Zwick, 1982) เป็นแบบประเมิน 4 ระดับ เพื่อวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการของทีมจัดการภาวะวิกฤต และประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการเช่น ความพึงพอใจของตำรวจต่อการทำงานเป็นทีมและความสัมพันธ์กับสมาชิกทีมใช้เครื่องมือ Service satisfaction Scale- 30 เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนแก้ไขปัญหาดต่อไป (Scott, 2000) (ระดับ 4)



บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่ง โดยโรคเรื้อรังทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โรควิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เนื่องจากอาจมีอาการรุนแรงจนถึงเกิดอาการกำเริบซ้ำ เป็นครั้งคราว ซึ่งมีอาการแสดงที่พบได้คือ มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม อย่างรุนแรงจนถึงขั้นภาวะวิกฤต ต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า รูปแบบการบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวช เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิตขั้นรุนแรง (severe mental illnesses) โดยอาจต้องใช้ ทีมดูแลซึ่งได้รับการฝึกฝนเฉพาะทางและเตรียมความพร้อมตลอด 24 ชั่วโมง สามารถให้การดูแล อย่างเข้มข้น ด้วยการประเมินและวิเคราะห์ปัญหาทันทีที่ไปถึงจุดเกิดเหตุ ซึ่งการรักษาจะต้อง ผสมผสานระหว่างการใช้ยา การให้คำปรึกษา และภายหลังภาวะวิกฤตจะมีการให้บริการต่อเนื่อง เช่น การเสริมสร้างทักษะชีวิตและการดูแลอย่างใกล้ชิดของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะ การสร้างความมั่นใจในการให้การดูแลของทีมดูแลแก่ผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง หากสามารถ ให้การบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้วจะสามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและ ลดค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการและของสถานพยาบาลลงได้ ซึ่งตรงกับปัญหาทางคลินิก ของโรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษารูปแบบการบำบัด ภาวะวิกฤตในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดอัตราการเข้ารับการรักษาน ในโรงพยาบาลว่ามีรูปแบบเป็นอย่างไร

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ที่มีภาวะวิกฤตจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาดำเนินการดังนี้ 1) สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษาโดยใช้ กรอบ PICO (PICO Framework) (Craig & Smyth, 2002) เป็นแนวทางในการสืบค้น (Searching strategy) และใช้คำสำคัญในการสืบค้น คือ Acute psychosis, severe mental illness, Mobile intervention, crisis Intervention, crisis outreach, Hospitalization, Readmission 2) กำหนดขอบเขตที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตีพิมพ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ ย้อนหลัง

ไป 15 ปี ระบุปีที่พิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 – ค.ศ. 2010 3) วิเคราะห์และประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์การประเมินแนวนอนในการนำไปใช้ในการปฏิบัติของ Polit & Beck (2008) เพื่อประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (clinical relevance) พบว่างานวิจัยตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกคือ โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ขาดรูปแบบบริการจิตเวชฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ คือการให้บริการแบบผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินเอง หรือได้รับการบริการในรูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ซึ่งเป็นระบบบริการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินทุกประเภท ทั้งโรคทางกาย โรคทางจิตเวชและอุบัติเหตุ โดยที่มีพยาบาลจิตเวชที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพียง 1 คน และบุคลากรอื่นๆของหน่วยงานส่วนใหญ่ ยังขาดความรู้และทักษะในการให้บริการฉุกเฉินทางจิตเวช อีกทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ ตำรวจ บุคคลที่อยู่ใกล้เคียงไม่กล้าเข้าให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพราะกลัวอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการถูกทำร้ายร่างกาย รวมทั้งผู้รับบริการได้รับการดูแลล่าช้าส่งผลให้ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในและส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าทุกราย 2) การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (scientific merit) พบว่างานวิจัยทั้งหมดตีพิมพ์ในวารสารที่มีชื่อเสียงและมีความน่าเชื่อถือ คณะผู้วิจัยมีคุณวุฒิทางการศึกษาและปฏิบัติงานในหน่วยงานทางจิตเวช หลังจากประเมินคุณภาพงานวิจัยจัดได้ว่าเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพ และ 3) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (assessing implementation potential) ซึ่งมีการประเมิน 3 มิติหลัก คือ 1) การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (transferability of finding) พบว่า สามารถนำความรู้ที่ได้จากการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ไปใช้เพื่อลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชได้ 2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (feasibility of implementation) พบว่าพยาบาลสามารถนำรูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตในชุมชนไปใช้ในการปฏิบัติได้ โดยต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมทั้งการใช้ทรัพยากรบุคคลและยาด้านจิตเวช ซึ่งเป็นทรัพยากรสำคัญที่โรงพยาบาลชุมชนมีอยู่อย่างจำกัด มีการเชื่อมโยงระบบข้อมูลการใช้ยาซึ่งระบบนี้มีใช้อยู่เดิม ได้แก่ การขอคำปรึกษาจากจิตแพทย์ในระดับจังหวัด และมีการประสานงานกับสมาชิกทีมที่ดีจึงจะส่งผลให้รูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตในชุมชนมีประสิทธิภาพ และ 3) ความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (cost-benefit ratio) พบว่ารูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตในชุมชนจะช่วยลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช และลดค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการและสถานบริการลงได้ นอกจากนี้ได้ประเมินความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) ของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) พบว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมดจำนวน 1 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง

แบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจำนวน 1 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ได้จากการศึกษาย้อนหลัง หรือติดตามไปข้างหน้า ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดีจำนวน 4 เรื่อง จากนั้นสังเคราะห์เนื้อหาสำคัญที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นข้อแนะนำ (Recommendations) ดังนี้

รูปแบบการบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวช เป็นรูปแบบการทำงานเป็นทีม ซึ่งทีมประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล ดำรงในพื้นที่ และอาสาสมัครในชุมชน โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการภาวะวิกฤตจิตเวชเป็นหัวหน้าทีม เป็นผู้วางแผนและพิจารณาการลงพื้นที่ของทีมตามความรุนแรงของปัญหาภาวะวิกฤตและทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในขณะนั้น ขั้นตอนการบำบัดมี 4 ขั้นตอน คือ 1) การให้บริการ เพื่อลดภาวะวิกฤต ณ จุดเกิดเหตุ (Crisis intervention) 2) การวางแผนแก้ปัญหาต่อเนื่อง (Planning) 3) การปฏิบัติการดูแลแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง (Intervention) และ 4) ระยะสิ้นสุดปัญหา (Resolution) และส่งต่อให้พยาบาลจิตเวชชุมชนดูแลต่อไป โดยสมาชิกทีมต้องผ่านการฝึกอบรมและฝึกทักษะตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนในทีม ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการบำบัดนี้สามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช และลดค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการและสถานบริการลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชน เป็นรูปแบบที่ต้องอาศัยความร่วมมือและการประสานการทำงานเป็นทีม รวมทั้งต้องมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ปฏิบัติได้ง่าย และปฏิบัติได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นโรงพยาบาลต้องมีนโยบาย ในการปฏิบัติงานเป็นทีมของภายในโรงพยาบาลเองอย่างชัดเจน และนโยบายในการประสานงานกับองค์กรภายนอกเช่นสถานีดำรงในพื้นที่หรือองค์กรการกุศล บริการสาธารณะที่เกี่ยวข้อง

2. ควรมีการพัฒนาคู่มือและรูปแบบการบำบัดภาวะวิกฤตที่สั้น กระชับเข้าใจง่าย ให้เหมาะสมกับผู้ให้บริการแต่ละระดับ และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านปริมาณบุคลากรและทักษะในการประเมินอาการและภาวะเสี่ยงในภาวะวิกฤตของบุคลากร

3. มีการพัฒนาความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นก่อนที่จะให้บริการประชาชนในพื้นที่ให้แก่บุคลากรในหน่วยงานและบุคลากรหรืออาสาสมัครอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทักษะการจำกัดพฤติกรรม การใช้อุปกรณ์ เทคนิคการป้องกันตัว การเจรจาต่อรอง และมีการอบรมฟื้นฟูเป็นระยะๆ

4. สร้างระบบข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชที่ทีมผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ทั้งในภาวะปกติและในภาวะฉุกเฉิน โดยเฉพาะข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการให้บริการในภาวะวิกฤต เช่น ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ประวัติยาที่ผู้ป่วยได้รับในระยะควบคุมอาการและระยะวิกฤต มีการจัดระบบข่าจิตเวชที่เอื้อต่อการรักษาในภาวะวิกฤตจิตเวช ข้อมูล แหล่งสนับสนุนในชุมชน เป็นต้น

5. ควรมีสมาชิกทีมเป็นบุคลากรนอกหน่วยงานสาธารณสุขร่วมด้วย เช่น ตำรวจ อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อช่วยแก้ปัญหากรณีผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว ควรติดต่อประสานงานกับสมาชิกจากมูลนิธิ ศาสนสถาน สถานสงเคราะห์ ตามบริบทของแต่ละชุมชน เพื่อสร้างระบบการดูแลได้อย่างครอบคลุม และให้การดูแลได้ต่อเนื่องกรณีผู้ป่วยไม่มีญาติ รวมทั้งเชิญชวนองค์กรท้องถิ่นและผู้มีศักยภาพในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเป็นสมาชิกทีมในการจัดการภาวะวิกฤตในชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของทีมในการให้การดูแลได้อย่างรวดเร็ว

6. ควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการติดต่อประสานงานกับแหล่งประโยชน์ให้แก่กลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะวิกฤตซ้ำหรือเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาด้านกฎหมาย ผู้ป่วยด้อยโอกาส ผู้ไม่มีรายได้ และผู้ที่ไม่มียาอยู่อาศัย ผู้ป่วยไร้ความสามารถ หรือมีความพิการ (Disability)

7. พยาบาลจิตเวชชุมชนควรมีการติดตามประเมินอาการผู้ป่วยเป็นระยะ มีช่องทาง ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่พบปัญหาติดต่อขอรับบริการ เช่น ทางโทรศัพท์ เพื่อให้การบำบัดดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อป้องกันอาการกำเริบจนเข้าสู่ระยะวิกฤต เพื่อลดการเข้ารับบริการฉุกเฉินของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้

8. ควรมีการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ความร่วมมือในการรับประทานยา อาการของผู้ป่วย การทำหน้าที่ทางสังคม คุณภาพชีวิต และอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วย เป็นต้น

การบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาล :
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

COMMUNITY- BASED CRISIS INTERVENTION TO REDUCE HOSPITALIZATION OF
PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS: EVIDENCE – BASED NURSING

ศิลา ศิริฤกษ์ 5137703 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : ประภา ยุทธไตร, พย.ค., อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ค.
(การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

บทสรุปแบบสมบูรณ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่สนใจ

การเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่ง ถึงแม้ว่าโรคทางจิตเวชจะเป็นสาเหตุการตายเพียงร้อยละ 1 แต่กลับเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาระในการดูแลสูงถึงร้อยละ 11 ของภาระในการดูแลจากการเจ็บป่วยทั้งหมด {World Health Organization (WHO), 2006} จากการจัดลำดับความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทย ปี พ.ศ.2547 พบว่าโรคทางจิตเวชเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) และเป็นอันดับ 1 ใน 3 ของการมีชีวิตร่วมกับความบกพร่องทางสุขภาพ (YLDs) (คณะกรรมการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บ, 2547) โดยโรคเรื้อรังทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว โรควิตกกังวล เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เนื่องจากอาจมีอาการรุนแรงจนถึงเกิดอาการกำเริบซ้ำเป็นครั้งคราว มักมีอาการนำที่พบได้ ตั้งแต่ เครียด วิตกกังวล กระสับกระส่าย นอนไม่หลับหรือนอนมากขึ้น แยกตัว จนถึงขั้นมีอาการกำเริบรุนแรง มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง จนอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สินได้ หรือผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเปราะบาง ท้อแท้ต่อภาวะโรคและปัญหาต่างๆ จนเกิดอาการซึมเศร้า มีความคิดอยากตาย หรือพยายามฆ่าตัวตายได้ อาการเหล่านี้ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตในผู้ป่วยจิตเวช ต้องได้รับการช่วยเหลือ

บำบัดดูแลเพื่อบรรเทาความตึงเครียด ลดอาการทางจิต เพื่อป้องกันไม่ให้อาการรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Joy, Adams & Rice, 2009) ซึ่งเกณฑ์ในการพิจารณาว่าผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในภาวะวิกฤตที่สำคัญมี 3 ข้อ ดังนี้คือ 1) ผู้ที่มีความเสื่อม (deterioration) ในการทำหน้าที่ทางสังคมอยู่เดิม และมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น และ 2) มีภาวะเสี่ยงที่จะทำร้ายตัวเอง หรือทำร้ายผู้อื่น เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้ ตกเป็นเหยื่อหรือถูกผู้อื่นทำร้ายในภายหลัง และ/ หรือ สมาชิกในครอบครัวหรือชุมชนที่เคยทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และ 3) ขอบเขตของความเสื่อมหรือการเจ็บป่วยมากขึ้นและผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชประเมินว่าต้องมีการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน (Johnson et al., 2005) นั่นคือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในภาวะวิกฤต จำเป็นต้องได้รับการบำบัดช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ซึ่งเป็นบริการฉุกเฉินเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่นและอาจลดการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบซ้ำจนถึงขั้นเกิดภาวะวิกฤตและต้องได้รับการบำบัดดูแลมี 4 ปัจจัยหลักคือ 1) ด้านตัวผู้ป่วยพบว่า มีการหยุดหรือลดยาที่ใช้ในการควบคุมอาการทางจิตด้วยตนเอง และใช้สารเสพติด มีผลให้เกิดอาการกำเริบซ้ำอย่างรวดเร็ว (สรินทร เชื้อวโสธร, 2545) 2) ปัจจัยทางด้านครอบครัวพบว่า ญาติขาดความรู้ความเข้าใจ มีความรู้สึกเบื่อหน่าย และรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ซึ่งส่งผลให้ละเลยในการดูแลผู้ป่วย และญาติบางรายมีการตอบสนองทางอารมณ์สูง กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้ (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) 3) ปัจจัยทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่ไม่เอื้อต่อการปรับตัวหรือกระตุ้นให้เกิดความเครียด เช่น คนในชุมชนมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยจิตเวช หวาดกลัว ไม่ให้ผู้ป่วย เข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน ขาดแหล่งสนับสนุนในเรื่องการงาน การเงิน เป็นต้น และ 4) ระบบบริการด้านสุขภาพจิตที่เข้าถึงได้ยากและไม่ครอบคลุม ขาดการสนับสนุนการปรับตัวและปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สมดุล ทั้งการทำหน้าที่ทางสังคม การประกอบอาชีพ ก่อให้เกิดความเครียดและอาการทางจิตรุนแรงขึ้น (สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ, 2548)

การไม่ได้รับการดูแลอย่างทันที่ในภาวะวิกฤต ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมโดยรวมดังนี้ 1) ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ความสามารถในการควบคุมตนเองลดลงจากเดิม ก่อให้เกิดอุบัติเหตุและมีภาวะเสี่ยงที่จะทำร้ายตัวเองและผู้อื่น ก่อคดี เป็นปัญหาทางกฎหมาย หรือกลายเป็นผู้ป่วยนิติจิตเวช 2) ผลกระทบด้านครอบครัว จากการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ, (2548) พบว่าสมาชิกในครอบครัวมีความหวาดวิตกกังวลกับอาการที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วย โดยเฉพาะพฤติกรรมก้าวร้าว และครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายจากการพาผู้ป่วยไปรักษา ก่อให้เกิดความรู้สึกรำคาญ เบื่อหน่าย หรือรู้สึกหมดหวัง 3) ผลกระทบด้านสังคม พบว่าสังคมเกิดความรู้สึกรำคาญ หวาดกลัว จากการที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้

ผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว เอะอะไว้วาย ทำลายสิ่งของตามที่สาธารณะ ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ไปจนถึงการก่อคดีต่างๆ และรัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดดูแลสูง

สำหรับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ของโรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา มีการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินร่วมด้วย แต่เนื่องจากเจ้าหน้าที่ของทีมส่วนใหญ่มีความชำนาญในการดูแลภาวะวิกฤตในผู้ป่วยโรคทางกายเท่านั้น เมื่อต้องให้บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในบางครั้ง ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ทันที ต้องขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ และส่วนใหญ่ต้องส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลจังหวัด เนื่องจากบุคลากรยังขาดทักษะในการบำบัดดูแลเพื่อลดอาการทางจิต หรือดูแลให้อาการทางจิตสงบลง ทำให้ทั้งครอบครัวของผู้ป่วยและสถานบริการสุขภาพต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยฉุกเฉินและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ดังนั้นผู้ศึกษาซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักงานสุขภาพจิต ของโรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จึงสนใจศึกษารูปแบบการบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน นำมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีภาวะวิกฤต เพื่อจะนำไปปรับปรุงวิธีบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลฯ ให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ต่อไป

1.1 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีภาวะวิกฤตสำหรับโรงพยาบาลชุมชนควรมีรูปแบบอย่างไร

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีภาวะวิกฤตจากหลักฐานเชิงประจักษ์

1.3 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ให้บริการฉุกเฉินของโรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤตในชุมชน

2. โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา มีรูปแบบในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤตในชุมชน

2. วิธีการดำเนินการศึกษา

2.1 วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ได้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ตรงกับเรื่องที่กำลังศึกษา ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิดของ PICO (PICO Framework) (Craig & Smyth, 2002) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

Population	หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง
Intervention	หมายถึง การบำบัดฉุกเฉินในชุมชน
Comparison	หมายถึง ไม่มีการเปรียบเทียบวิธีการบำบัด
Outcome	หมายถึง อัตราการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล

2.1.1 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้

Acute psychosis, Severe mental illness, Mobile intervention, Crisis Intervention, Crisis outreach, Hospitalization, Readmission

2.1.2 ขอบเขตการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

ผู้ศึกษาสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ (วิทยานิพนธ์และสารนิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต) ทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมทั้งจากแหล่งสืบค้นข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้

1. การสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic database)

1.1. ฐานข้อมูลที่รวบรวมการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ได้แก่ The Cochrane library

1.2. ฐานข้อมูลอื่นๆ ที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ CINAHL, PubMed, BMJ, ProQuest & Allied, Wiley InterScience

2. สืบค้นจากเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรมของเอกสารที่สืบค้นได้อ้างอิงถึง

2.1.3 เกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องสำหรับวิเคราะห์และสังเคราะห์การบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาลดังนี้

ประเภทงานวิจัย คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านการประเมินคุณภาพ และมีความเข้มแข็งในทุกระดับ ทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ งานวิจัยเชิงทดลองแบบงานวิจัยเดี่ยว และรวมถึงงานวิจัยกึ่งทดลองและงานวิจัยเชิงบรรยาย

ระยะเวลาการตีพิมพ์ย้อนหลัง 15 ปีระบุปีที่พิมพ์ตั้งแต่ปีค.ศ. 1996–ค.ศ. 2010 ภาษาที่ใช้ในการตีพิมพ์ ภาษาอังกฤษ และภาษาไทย

2.2 วิธีการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

2.2.1 วิเคราะห์และประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้

ผู้ศึกษาสกัดเนื้อหา วิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหาแต่ละงานวิจัยลงในตาราง และใช้เกณฑ์การประเมินแนวนอนในการนำไปใช้ในการปฏิบัติของ Polit & Beck (2008) เพื่อประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์ใน 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical Relevance) 2) การมีความเหมาะสมหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) 3) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential) ซึ่งการประเมินมี 3 มิติหลัก คือ 3.1) การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) 3.2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) และ 3.3) ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio)

2.2.2 การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์

จากผลการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องการบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาลโดยใช้เกณฑ์การประเมินระดับความเข้มแข็งของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Strength of evidence) ของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) โดยแบ่งระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ไว้ 7 ระดับ

3. ผลการดำเนินการ

ผลการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้แนวคิด PICO Framework ในการกำหนดคำสืบค้นแล้ว กำหนดเกณฑ์คัดเลือกรงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ และทำการสืบค้นในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ พบงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ ที่สืบค้น จนได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 6 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่มีหลักฐานจากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systemic Review) จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด (Randomized controlled trial, RCT) จำนวน 1 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่มีการสุ่มและควบคุมอย่างเป็นระบบ (Randomized control trial) จำนวน 1 เรื่องและ เป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาย้อนหลัง หรือติดตามไปข้างหน้า ที่มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดี (case controlled and cohort studies) จำนวน 4 เรื่อง ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อป้องกันอันตรายของผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งหมด 6 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหา แล้วพบว่ามีความโน้มที่จะนำมาปรับใช้ในการแก้ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤตในหน่วยงานในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ ซึ่งมีพยาบาลจิตเวช 1 คน มีแพทย์ทั่วไปและพยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและในชุมชน มีพยาบาลวิชาชีพของทีมระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) เป็นผู้ออกให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุได้ตลอด 24 ชั่วโมง ครั้งละ 1-2 คน มีแพทย์เป็นที่ปรึกษาและถ้ามีปัญหาฉุกเฉินทางจิตเวช สามารถปรึกษาจิตแพทย์จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทางโทรศัพท์ได้ขอแนะนำที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยมีดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลเมื่อมีภาวะวิกฤตในชุมชน ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรง ทั้งที่มีอาการป่วยครั้งแรกและอาการกำเริบซ้ำ มีภาวะเสี่ยงที่จะทำร้ายตัวเองหรือทำร้ายผู้อื่นเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้ ตกเป็นเหยื่อหรือถูกผู้อื่นทำร้ายในภายหลัง และ/ หรือ สมาชิกในครอบครัวหรือชุมชนที่เคยทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ต้องมีการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน (Johnson et al., 2005) (ระดับ 4)

2. สมาชิกทีมบำบัดดูแล ควรเป็นแบบทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary) และทีมสหสาขา (Interdisciplinary) มีอาสาสมัครร่วมด้วย เพื่อร่วมให้บริการเมื่อจำเป็น เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนมีอัตรากำลังน้อย บุคลากรที่สามารถร่วมทีมได้แก่ พยาบาลจิตเวช แพทย์ทั่วไป พยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน เกสเซอร์ และพยาบาลวิชาชีพของทีมระบบการแพทย์ฉุกเฉิน(EMS) ซึ่งเป็นสมาชิกหลักที่ออกให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตในชุมชน ซึ่งจำเป็นต้องมีความรู้และความสามารถในการบริหารยาสำหรับผู้ป่วยในภาวะวิกฤตตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ และทีมควรเพิ่มสมาชิกอื่นที่จำเป็น รวมถึงสมาชิกทีมคนอื่นๆที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เช่น ตำรวจ อาสาสมัครซึ่งเป็นผู้มีศักยภาพในชุมชน (สำหรับในพื้นที่ ได้แก่ ทีมกู้ภัย และอาสาสมัคร เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข) (Scott, 2000; Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001; Dyches, Biegel, Johnsen, Guo & Min, 2002; Johnson et al., 2005) (ระดับ 4)

3. บทบาทของสมาชิกทีม

สมาชิกทีมบำบัดดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตจิตเวชประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพและทีมสหสาขา ซึ่งมีบทบาทในการให้การดูแลแตกต่างกัน ดังนี้

3.1 ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการภาวะวิกฤต ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีม อาจเป็นพยาบาลจิตเวช จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เขตความรับผิดชอบ โดยมีการประสานงานกับพยาบาลจิตเวชชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยประกอบการประเมิน คัดกรองผู้ป่วยเพื่อใช้ในการวางแผนบำบัดดูแลในภาวะวิกฤต และเป็นผู้จัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต (Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001) (ระดับ 4)

3.2 จิตแพทย์ ทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาในการให้บริการด้านยาและการประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่มีแนวโน้มต้องให้อาการรักษแบบผู้ป่วยในหรือส่งต่อกรณีเกินศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนแก่แพทย์ทั่วไป

3.3 แพทย์ทั่วไป มีหน้าที่กำกับดูแลการให้บริการด้านยาแก่พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ และคัดกรองผู้ป่วยที่มีแนวโน้มต้องให้อาการรักษแบบผู้ป่วยในหรือส่งต่อกรณีเกินศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน (Scott, 2000; Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001; Dyches, Biegel, Johnsen, Guo & Min, 2002; Johnson et al., 2005) (ระดับ 4)

3.4 พยาบาลวิชาชีพ มีหน้าที่ประเมินและคัดกรองผู้ป่วยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการภาวะวิกฤต และให้บริการด้านยาตามคำสั่งแพทย์ และทำหน้าที่บริหารยาและประเมินผลข้างเคียงจากยา เมื่อออกให้บริการดูแล ณ จุดเกิดเหตุร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการ

จัดการภาวะวิกฤต ในกรณีผู้เชี่ยวชาญภาวะวิกฤตไม่ใช่พยาบาลจิตเวช จำเป็นต้องมีพยาบาลวิชาชีพ ออกให้บริการเพื่อทำหน้าที่บริหารยา ณ จุดเกิดเหตุ (Johnson et al., 2005) (ระดับ 4)

3.5 ตำรวจ มีหน้าที่ออกให้บริการร่วมกับทีมบุคลากรสาธารณสุข เพื่อจัดการกับพฤติกรรมก้าวร้าวของผู้ป่วยหรือรายงานเหตุการณ์ต่อทีมบำบัดภาวะวิกฤตเมื่อพบผู้ป่วยที่สงสัยว่าอยู่ในภาวะวิกฤต และขอคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนก่อนที่ทีมวิกฤตเคลื่อนที่จะไปถึง (Scott, 2000) (ระดับ 4)

3.6 บุคลากรอื่นๆ ในทีม เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด ผู้สนับสนุนในรถฉุกเฉิน ซึ่งมีประสบการณ์การดูแลสุขภาพ ดูแลสังคม หรือมีประสบการณ์ด้านการดูแลปัญหาสุขภาพจิตมาก่อน ซึ่งผู้ควบคุมทีมพิจารณาให้เข้าร่วมเป็นสมาชิกทีมในการให้บริการ (Johnson et al., 2005) (ระดับ 4)

4. การเตรียมความพร้อมในการให้บริการวิกฤตเคลื่อนที่

4.1 ต้องมีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับทีมสหวิชาชีพรวมทั้งอาสาสมัคร ว่าควรมีใครบ้าง และกำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกทีมให้มีความชัดเจน

4.2 เตรียมความพร้อมของบุคลากร ต้องมีการให้ความรู้ความเข้าใจและพัฒนาทักษะบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในภาวะวิกฤตให้มีความพร้อม ในทุกบทบาทหน้าที่ของสมาชิกเช่น

4.2.1 ผู้ควบคุมทีมต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการภาวะวิกฤตจิตเวช ที่ได้รับมอบอำนาจ หน้าที่ ซึ่งจะต้องได้การรับรองการฝึกอบรมด้านการจัดการภาวะวิกฤตจิตเวช เช่น พยาบาลจิตเวช (Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001) (ระดับ 4)

4.2.2 พยาบาลที่ออกให้บริการบนรถพยาบาลเพื่อไปให้บริการ ณ ที่เกิดเหตุ ต้องทำหน้าที่บริหารยาและประเมินผลข้างเคียงจากยา การดูแล ทั้งภาวะวิกฤตทางจิตเวช และปัญหาสุขภาพทางกายเนื่องจากผู้ป่วยอาจพบปัญหาทางกายร่วมด้วย เช่น ที่พยายามฆ่าตัวตาย หรือได้รับสารเสพติดเกินขนาด (Overdose) พยาบาลต้องสามารถดูแลภาวะวิกฤตทางกาย ร่วมกับการดูแลทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ตามปัญหาที่พบ (Johnson et al., 2005) (ระดับ 4)

4.2.3 แพทย์ต้องมีความรู้และทักษะในการบำบัดผู้ป่วยในภาวะวิกฤตทางจิตเวช

4.2.4 สมาชิกในทีมทุกคนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ EMS ต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะโรคทางจิตเวช การบำบัดรักษาในภาวะวิกฤต มีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต สำหรับสมาชิกที่ออกไปดูแลผู้ป่วย

ณ จุดเกิดเหตุ ต้องได้รับการฝึกอบรมด้านทักษะในการดูแลตนเอง ป้องกันผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Scott, 2000) (ระดับ 4)

4.3 ความพร้อมของข้อมูลผู้รับบริการ พยาบาลจิตเวชชุมชน ซึ่งประสานงานกับทีมวิกฤตเคลื่อนที่ ควรมีการจัดเตรียมข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ เช่น ข้อมูลประวัติส่วนตัว ประวัติการรักษา อาการนำก่อนการกำเริบ ข้อมูลญาติผู้ดูแล แหล่งสนับสนุนในชุมชน และข้อมูลจำเป็นอย่างอื่น ๆ ที่ช่วยให้สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001) (ระดับ 4)

5. รูปแบบของการบำบัดในภาวะวิกฤตในชุมชน การจัดทีมออกให้บริการจะพิจารณาจากลักษณะปัญหาและความรุนแรงของผู้ป่วย ช่วงเวลาทำงาน บุคลากรและทรัพยากรที่มี ซึ่งสามารถให้บริการใน 3 ลักษณะคือ

5.1 การบริการแบบทีมแก้ไขภาวะวิกฤตในชุมชน (Crisis resolution team) เป็นทีมทำงานที่มีเพิ่มเข้ามาในทีมจิตเวชชุมชน สมาชิกทีมประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพที่มีเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการ เป็นทีมที่จัดตั้งขึ้นมาโดยเฉพาะ สมาชิกทีมมีบทบาทหน้าที่แน่นอน สำหรับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จะมีผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการภาวะวิกฤต พยาบาล จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และ นักอาชีวบำบัด ผู้สนับสนุนในรพช. เป็นสมาชิกทีม (Johnson et al., 2005; Joy, Adams & Rice, 2009) (ระดับ 4, 2) แต่ถ้าเป็นโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ จะมีพยาบาล และแพทย์ ที่ทำงานหน่วยฉุกเฉิน และ/หรือหน่วยวิกฤต และ/หรือเจ้าหน้าที่หน่วยอื่นๆ ในโรงพยาบาลเป็นสมาชิกทีม และมีจิตแพทย์เป็นผู้ให้คำปรึกษา เพื่อให้การบำบัดระยะสั้น ที่บ้านแบบเข้มข้น (providing short-term intensive home treatment) การปฏิบัติงานจะให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง มีสมาชิกทีมออกให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุครั้งละอย่างน้อย 2 คน โดยมีผู้นำทีมเป็นผู้ตัดสินใจในการส่งสมาชิกทีมออกให้บริการตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ สมาชิกทีมจะมีพยาบาลเป็นสมาชิกหลักที่ออกให้บริการ เนื่องจากต้องมีการบริหารยา ร่วมด้วย โดยผู้ป่วยอาจได้รับการเยี่ยมบ้านหลายครั้งในหนึ่งวัน และได้รับการดูแลจนกว่าภาวะวิกฤตจะถูกจัดการ (the crisis had resolved) (Johnson et al., 2005) มีแพทย์ทั่วไปเป็นสมาชิกหรือเป็นหัวหน้าทีมที่สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง (Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001; Dyches, Biegel, Johnsen, Guo & Min, 2002; Johnson et al., 2005) (ระดับ 4)

5.2 รูปแบบการบริการแบบทีมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน (Mobile crisis program) เป็นการบริการจัดการภาวะวิกฤตโดยออกให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุ เมื่อมี ผู้โทรศัพท์มาแจ้ง เพื่อให้การดูแลจัดการให้เกิดภาวะสมดุล (stabilize the crisis) สมาชิกทีม

ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ที่สมาชิกทีมเป็นบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุข ร่วมกับบุคลากรนอกหน่วยงานสาธารณสุข เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างทีมพยาบาลจิตเวชและทีมตำรวจ มีการติดตามการรักษา รวมทั้งการเชื่อมโยงหรือส่งต่อให้ได้รับการดูแลในชุมชนหรือโรงพยาบาลต่อไป โดยมีจิตแพทย์เป็นผู้ให้คำปรึกษา โดยพยาบาลจิตเวชในทีมจัดการภาวะวิกฤตจะประสานงานกับตำรวจที่รับแจ้งเหตุ และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือวิทยุในเบื้องต้น และออกไปยังที่เกิดเหตุเมื่อถึงที่เกิดเหตุ พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ประเมินอาการผู้ป่วยและให้การบำบัดดูแล และ ให้การปรึกษาที่เกิดขึ้น แต่ถ้าวินิจฉัยไม่ได้และคิดว่าเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจะพิจารณาส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Scott, 2000) (ระดับ 4)

5.3 การบริการที่นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมให้บริการ เป็นบริการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ (Mobile crisis service) สมาชิกทีมประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ และบุคลากรอื่นที่มีประสบการณ์การดูแลสุขภาพ ดูแลสังคม หรือมีประสบการณ์ด้านการดูแลปัญหาสุขภาพจิตมาก่อน ซึ่งผู้ควบคุมทีมพิจารณาให้เข้าร่วมเป็นสมาชิกทีมในการให้บริการ (Johnson et al., 2005; Joy, Adams & Rice, 2009) (ระดับ 4, 2)

6. กระบวนการในการบำบัดภาวะวิกฤต เพื่อลดอาการทางจิต ป้องกันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เริ่มตั้งแต่ระยะเกิดภาวะวิกฤต ให้การบำบัดต่อเนื่อง และวางแผนแก้ปัญหาระยะยาวเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ มีขั้นตอนในการปฏิบัติงานดังนี้ (Johnson et al., 2005) (ระดับ 4)

6.1 รวบรวมข้อมูล (Assessment) เริ่มตั้งแต่ผู้ที่รับแจ้งเหตุคนแรกของโรงพยาบาลซึ่งเป็นพยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประเมินข้อมูลสถานการณ์เบื้องต้นจากผู้แจ้งเหตุ และรายงานเหตุการณ์แก่แพทย์ทั้งในและนอกเวลาราชการเพื่อร่วมกันประเมินสถานการณ์ภาวะของผู้ป่วยว่ามีปัญหาเร่งด่วนและรุนแรงเพียงใด เพื่อวางแผนและเตรียมบุคลากรและอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และถ้ามีปัญหาในการตัดสินใจสามารถติดต่อขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลคือ พยาบาลจิตเวช และถ้ามีอาการรุนแรงมากให้ส่งปรึกษาจิตแพทย์ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดทางโทรศัพท์ได้

การให้บริการเพื่อลดภาวะวิกฤต ณ จุดเกิดเหตุ เมื่อไปถึงจุดที่เกิดเหตุต้องมีบุคลากรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างน้อย 2 คนขึ้นไปในที่เกิดเหตุ จะต้องให้บริการอย่างรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมงเพื่อดูแลให้ผู้ป่วยอาการสงบลง และวางแผนการดูแลต่อเนื่องในชุมชนต่อไป การบำบัดในภาวะวิกฤตอาจต้องให้การบำบัดหลายๆวิธีพร้อมกันเพื่อให้อาการสงบและปลอดภัยเช่น การบำบัดทางจิตในลักษณะ Supportive therapy เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับตัวกับปัญหาหรือสถานการณ์ปัจจุบัน รู้สึกสงบ ผ่อนคลาย ลดสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม หรือ แยกผู้ป่วย

ออกจากสถานการณ์กระตุ้น การให้ยารับประทานเพื่อให้ผู้ป่วย สงบลง การเจรจาต่อรองและการ จำกัดพฤติกรรมโดยใช้คำพูด การผูกมัดเมื่อจำเป็น และการให้ยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drug) โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อเมื่อจำเป็น (Joy, Adams, & Rice, 2009) (ระดับ 1) ในกรณีผู้ป่วยสงบลงสามารถ อยู่ในชุมชนได้ ก็จะมีการให้การดูแลต่อเนื่องเพื่อให้พ้นระยะวิกฤตและป้องกันอาการรุนแรงและ เกิดภาวะวิกฤตซ้ำ แต่ถ้าประเมินแล้วว่าไม่สามารถบำบัดดูแลให้ผู้ป่วยอาการสงบลงได้หรือ มีแนวโน้มที่จะมีอาการรุนแรงขึ้น ก็จำเป็นต้องนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน

6.2 การวางแผนแก้ปัญหาต่อเนื่อง (Planning) เพื่อส่งเสริมการปรับตัว หลังอาการสงบลงเพื่อป้องกันอาการรุนแรงจนเกิดภาวะวิกฤตซ้ำ โดยกำหนดจำนวนครั้งในการ ติดตาม และวางแผนจำหน่ายตั้งแต่ระยะเริ่มแรก การวางแผนการดูแลอาจให้การดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่องประมาณ 6 สัปดาห์

6.3 การให้การดูแลแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง (Intervention) ในระยะนี้ อาจต้องเข้าไปดูแลผู้ป่วยมากกว่าวันละ 1 ครั้ง เช่นต้องไปประเมินอาการทางจิต หรือดูแลให้ผู้ป่วย ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หรือให้การสนับสนุนในการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตเป็นระยะๆ ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของทีมวิกฤตเคลื่อนที่ที่ต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องจนแน่ใจว่าผู้ป่วยจะไม่เป็นอันตราย ต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งสามารถยืดหยุ่นการดูแลตามอาการทางคลินิกของผู้ป่วย อาจดึงผู้ที่มีศักยภาพ ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ติดตามเยี่ยมบ้านได้บ่อยครั้งตามความจำเป็น ติดตามผล ของยาเป็นระยะๆ สนับสนุนด้านปัจจัยพื้นฐานและสร้างความเชื่อมั่นแก่ญาติในการดูแลผู้ป่วย การแก้ปัญหา การจัดการความเครียด การประคับประคองจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตปกติ ต่อไปและ ติดต่อประสานงานกับทีมให้บริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการ วางแผนจำหน่าย

6.4 ระยะสิ้นสุดปัญหา (Resolution) การวางแผนจำหน่ายตั้งแต่ระยะแรก โดยทีมต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และผู้เกี่ยวข้อง โดยในทางปฏิบัติ ไม่สามารถ แยกระยะของการบำบัดได้อย่างชัดเจน ผู้ป่วยบางรายอาจใช้เวลาปรับตัวไม่ถึง 6 สัปดาห์ อาจส่งให้ พยาบาลจิตเวชชุมชนดูแลต่อเนื่องได้ แต่จะต้องมีการส่งต่อและการประสานงานที่ดีระหว่างทีม จัดการภาวะวิกฤตและทีมดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามการรักษา อย่างต่อเนื่องต่อไป เพื่อลดการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

7. การประเมินผลลัพธ์ของการบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชน

7.1 การประเมินในระยะสั้น ในช่วง 6 สัปดาห์หลังภาวะวิกฤต ประเมินว่าผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในครอบครัวและชุมชนหลังการบำบัดได้หรือไม่ มีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นหรือลดลง อาจประเมินโดยทีมบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชน

7.2 การประเมินในระยะยาว 6 เดือนและ 12 เดือน มีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นหรือลดลง ควรมีการติดตามเป็นระยะๆ โดยพยาบาลจิตเวชชุมชน เพื่อส่งเสริมการปรับตัว ส่งเสริมการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ป้องกันอาการกำเริบและเกิดภาวะวิกฤตซ้ำ (Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001; Dyches, Biegel, Johnsen, Guo & Min, 2002; Johnson et al., 2005) (ระดับ 2, 4)

7.3 การประเมินคุณภาพของบริการ โดยการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งสามารถประเมินได้ด้วยเครื่องมือ แบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ (Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8; Attkisson & Zwick, 1982) เป็นแบบประเมิน 4 ระดับ เพื่อวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการของทีมจัดการภาวะวิกฤต และประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการเช่น ความพึงพอใจของตำรวจต่อการทำงานเป็นทีมและความสัมพันธ์กับสมาชิกทีม ใช้เครื่องมือ Service satisfaction Scale- 30 เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนแก้ไขปัญหาคต่อไป (Scott, 2000) (ระดับ 4)

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการบำบัดภาวะวิกฤตในชุมชน เป็นรูปแบบที่ต้องอาศัยความร่วมมือและการประสานการทำงานเป็นทีม รวมทั้งต้องมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ปฏิบัติได้ง่าย และปฏิบัติได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นโรงพยาบาลต้องมีนโยบาย ในการปฏิบัติงานเป็นทีมของภายในโรงพยาบาลเองอย่างชัดเจน และนโยบายในการประสานงานกับองค์กรภายนอกเช่นสถานีตำรวจในพื้นที่หรือองค์กรการกุศล บริการสาธารณะที่เกี่ยวข้อง

2. ควรมีการพัฒนาเครื่องมือและรูปแบบการบำบัดภาวะวิกฤตที่สั้น กระชับเข้าใจง่าย ให้เหมาะสมกับผู้ให้บริการแต่ละระดับ และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านปริมาณบุคลากรและทักษะในการประเมินอาการและภาวะเสี่ยงในภาวะวิกฤตของบุคลากร

3. มีการพัฒนาความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นก่อนที่จะให้บริการประชาชนในพื้นที่ให้แก่บุคลากรในหน่วยงานและบุคลากรหรืออาสาสมัครอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทักษะการจำกัดพฤติกรรม การใช้อุปกรณ์ เทคนิคการป้องกันตัว การเจรจาต่อรอง และมีการอบรมฟื้นฟูเป็นระยะๆ

4. สร้างระบบข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชที่ทีมผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ทั้งในภาวะปกติและในภาวะฉุกเฉิน โดยเฉพาะข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการให้บริการในภาวะวิกฤต เช่น ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ประสิทธิภาพที่ผู้ป่วยได้รับในระยะควบคุมอาการและระยะวิกฤต มีการจัดระบบยาจิตเวชที่เอื้อต่อการใช้ในภาวะวิกฤตจิตเวช ข้อมูลแหล่งสนับสนุนในชุมชน เป็นต้น

5. ควรมีสมาชิกทีมเป็นบุคลากรนอกหน่วยงานสาธารณสุขร่วมด้วย เช่น ตำรวจ อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อช่วยแก้ปัญหากรณีผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว ควรติดต่อประสานงานกับสมาชิกจากมูลนิธิ ศาสนสถาน สถานสงเคราะห์ ตามบริบทของแต่ละชุมชน เพื่อสร้างระบบการดูแลได้อย่างครอบคลุม และให้การดูแลได้ต่อเนื่องกรณีผู้ป่วยไม่มีญาติ รวมทั้งเชิญชวนองค์กรท้องถิ่นและผู้มีศักยภาพในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเป็นสมาชิกทีมในการจัดการภาวะวิกฤตในชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของทีมในการให้การดูแลได้อย่างรวดเร็ว

6. ควรมีนโยบายที่ชัดเจนในการติดต่อประสานงานกับแหล่งประโยชน์ให้แก่กลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะวิกฤตซ้ำหรือเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาด้านกฎหมาย ผู้ป่วยด้อยโอกาส ผู้ไม่มีรายได้ และผู้ที่ไม่มียาอยู่อาศัย ผู้ป่วยไร้ความสามารถหรือมีความพิการ (Disability)

7. โรงพยาบาลจิตเวชชุมชนควรมีการติดตามประเมินอาการผู้ป่วยเป็นระยะ มีช่องทางให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่พบปัญหาติดต่อขอรับบริการ เช่น ทางโทรศัพท์ เพื่อให้การบำบัดดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อป้องกันอาการกำเริบจนเข้าสู่ระยะวิกฤต เพื่อลดการเข้ารับบริการฉุกเฉินของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้

8. ควรมีการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ความร่วมมือในการรับปรึกษา อาการของผู้ป่วย การทำหน้าที่ทางสังคม คุณภาพชีวิต และอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วย เป็นต้น

**COMMUNITY-BASED CRISIS INTERVENTION TO REDUCE HOSPITALIZATION
OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS: EVIDENCE-BASED NURSING**

SILA SIRIRERK 5137703 NSMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: PRAPA YUTTATRI, D.N.S.,
ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D. (CURRICULUM RESEARCH AND
DEVELOPMENT)**EXTENDED SUMMARY****1. Background and Significance of the Study**

Mental illness is one of the major health problems. Even though mental illness accounts for only 1% of mortality, it causes as high as 11% of the total care burdens (World Health Organization (WHO), 2006). According to the disability adjusted life years (DALY) of the Thai population in 2004, mental illness was one of the ten leading causes of disability adjusted life years and was also one in three of years of life lost due to disability (YLDs) (Working Group on Disease Conditions and Injuries, B.E. 2547). Chronic mental illnesses include schizophrenia, depressive disorder, bipolar disorder, anxiety disorder, etc. The patients with mental illness need to be continuously taken care of in the community because their symptoms may exacerbate and result in relapses. Leading symptoms generally include stress, anxiety, agitation, lack of sleep or oversleep, isolation, as well as severe symptoms including auditory hallucination, delusion, violence, and aggression, which can lead to harm to themselves, others, and properties. Some mental illness patients may develop boredom and desperation due to the illness and illness-related problems, and they may suffer from depression and entertain suicidal thoughts. These symptoms are considered critical conditions in patients with mental illness, and they need to receive assistance and treatment to relieve their stress and mental symptoms to prevent relapses and

rehospitalization (Joy, Adams & Rice, 2009). The criteria used to determine if mental illness patients are in a critical condition are as follows: 1) deterioration in existing social functioning and increasingly severe mental symptoms, 2) increasing risks of harm to self or others which make them subsequently become victimized or abused by others or which make family caregivers or community members unable to continue provision of care to the patients, and 3) increasing extent of deterioration or illness necessitates immediate treatment as determined by psychiatric specialists (Johnson et al., 2005). That is, patients with mental illness who are diagnosed as having a critical condition need to receive immediate assistance, which is emergency services to prevent possible harms to self and others and to reduce chances of rehospitalization.

There are four major factors which are associated with relapses that result in a critical condition that requires immediate treatment. First, the patient factors involve discontinuation or reduction in medication intake to control mental symptoms by the patients themselves and substance abuse which can rapidly cause relapses (Sarinthorn Chiewsothorn, B.E. 2545). Secondly, the family factors include family members' lack of knowledge and understanding and perceived caregiving burdens which make them neglect provision of care to patients and family members' high emotional responses which can stimulate relapses in patients (Pholtip Pandaeng, B.E. 2547). Thirdly, socio-environmental factors which do not facilitate adaptation or which stimulate stress such as negative attitudes toward mental illness in the community, fear and avoidance of mental illness patients, and lack of sources of support for work and financial status. Fourth, healthcare service provision factors include inaccessible or incomprehensive mental healthcare services, lack of support for adaptation and lifestyle adjustment to ensure balance in life, and lack of sources of support for social functioning and occupation, which can lead to stress and relapses of mental illness (Somporn Rungruangkolkit et al., B.E. 2548).

Lack of immediate care during a crisis can affect both the patients themselves and the society at large as follows: 1) As for the effects on the patients, their self-control ability will be reduced, and this can result in accidents and increased risks of self-harm and harm to others. They may commit a crime or become forensic psychiatric patients. 2) Regarding the effects on the patients' family, a study conducted by Somporn Rungruangkolkit et al. (B.E. 2548) has revealed that family

members were anxious about uncertainty in patients' symptoms particularly aggression and the family has to bear financial burdens caused by mental treatments, hence a feeling of boredom, irritation, or desperation. 3) With regard to the effects on society, people in the society may feel afraid of the patients who have violent symptoms and are unable to control themselves, especially when patients have aggressive behaviors such as making loud noises, destroying public properties, physically assaulting others, or committing a crime, which cause the government to spend a large amount of money on their treatment.

At Huaygrajaochalermprakiat Hospital, emergency medical services (EMS) are provided including mental healthcare emergency services. However, most of the staff members of the hospital have expertise in providing physical healthcare services in a crisis situation, so they may not be able to fully provide needed emergency services to patients with mental illness. Sometimes they need to seek assistance from police officers, and most of the times the patients are transferred to be treated as inpatients at a provincial hospital because the hospital staffs still lack the skill necessary to relieve mental symptoms of the patients. Therefore, both the family of mental illness patients and healthcare service settings have to waste a large amount of budget when the patients with mental illness need to receive emergency healthcare services and need to be hospitalized.

For these reasons, the investigator who is mainly responsible for mental healthcare of Huaygrajaochalermprakiat Hospital is interested in reviewing existing research evidence regarding the types of community-based crisis intervention to reduce hospitalization in patients with mental illness. It is anticipated that the findings of the present study can be synthesized to derive at recommendations for crisis intervention in patients with mental illness in the community so that the provision of mental healthcare at the hospital will subsequently be improved to increase standard of care provided to mental illness patients.

1.1 Clinical problem under study

What is the type of community-based crisis intervention to reduce hospitalization in patients with mental illness?

1.2 Study objective

The present study aimed at reviewing evidence-based nursing related to community-based crisis intervention to reduce hospitalization in patients with mental illness.

1.3 Expected outcomes

1. Nurses and healthcare personnel, especially those working to provide emergency services at Huaygrajaochalermprakiat Hospital will have knowledge and understanding of community-based crisis intervention for patients with mental illness.
2. Huaygrajaochalermprakiat Hospital will have community-based crisis intervention to reduce hospitalization in patients with mental illness.

2. Methodology

2.1 Search for evidence-based nursing practice

The investigator searched for evidence-based research related to community-based crisis intervention to reduce hospitalization in patients with mental illness based on the PICO Framework (Population, Intervention, Comparison intervention, and Outcome) (Craig & Smyth, 2002) as follows:

- P = Patients with severe mental illness
I = Community-based crisis intervention
C = There was no comparison in the present study
O = Rate of hospitalization/ Rate of admission

2.1.1 Keywords used in the search

The keywords used in the search were the following: acute psychosis, severe mental illness, mobile intervention, crisis intervention, crisis outreach, hospitalization and readmission.

2.1.2 Scope of the search

The investigator searched for research reports and master's theses published both in Thai and English from the following sources:

1. Electronic databases

1.1 Systematic review of the Cochrane Library

1.2 Other databases that contained a compilation of research and evidence in nursing and health science including the CINAHL, PubMed, BMJ, ProQuest & Allied, and Wiley InterScience.

2. Reference lists of the selected research reports and theses

2.1.3 Selection criteria for research and evidence for analysis and synthesis of community-based crisis intervention to reduce hospitalization in patients with mental illness

Type of research: Research evidence which has been evaluated and has its strength at any level, including systematic reviews of literature, experimental research with one-group pretest-posttest design, quasi-experimental research, and descriptive research

Date of publication: Fifteen years, between 1996 and 2010

Language use in publication: English or Thai

2.2 Evaluation of research evidence

2.2.1 Analysis and evaluation of research evidence

The investigator extracted, analyzed, and synthesized contents of each research. As for evaluation of the selected research, the utilization criteria of Polit and Beck (2008) were used, consisting of three components as follows: 1) clinical relevance, 2) scientific merit, and 3) implementation potential. There were three main domains in the assessment: 1) transferability of findings, 2) feasibility of implementation, and 3) cost-benefit ratio.

2.2.2 Evaluation of strength of research evidence

The selected research evidence related to community-based crisis intervention to reduce hospitalization in patients with mental illness was conducted using the strength of evidence criteria proposed by Melnyk and Fineout-Overholt (2005) which divides the strength of research evidence into seven levels.

3. Findings

The PICO Framework was used to search for research evidence after the keywords and inclusion criteria were determined. Both electronic and manual search of various databases resulted in a total of six research studies. Of these, one was a systematic review, one was a randomized controlled trial and four were case-control cohort studies.

Recommendations

A review, analysis, and synthesis of all six research studies on community-based crisis intervention to reduce hospitalization in patients with mental illness has led to a conclusion that the findings could be applied to solve problems with patients with mental illness in a crisis situation at a primary hospital where the investigator is working, where there are one psychiatric nurse, general physicians, and professional nurses who provide emergency care at the emergency accident ward of the hospital and in the community. In general, one or two professional nurses in the emergency medical service (EMS) team provide services at the emergency scenes 24 hours a day, with the counselling from the physicians. If there is a psychiatric emergency, nurses can make a telephone call to ask for advice from psychiatrists working at a secondary hospital. The recommendations derived from the analysis and syntheses of the selected research are as follows:

1. Patients who should receive care services when there is a crisis in the community are psychiatric patients with severe mental symptoms, both diagnosed for the first time and relapses. They are also at risks of harming themselves or others, and they may become victimized or abused by others. In addition, the family members or community members who used to take care of the patients are no longer able to do their caregiving duties, so management is urgently required to ensure that the patients receive necessary treatment (Johnson et al., 2005) (Level 4).

2. Members of the healthcare team are members of the multidisciplinary team and volunteers who can provide services when it is necessary as the community

hospital generally has a small number of healthcare staffs. The healthcare personnel who can be part of the team include psychiatric nurses, general physicians, emergency room nurses, pharmacists, and professional nurses working in the emergency medical service (EMS) team who are key persons in provision of care. They need to have knowledge and capability to administer medications to the patients during the crisis based on the prescription of the physicians. In the team, there should be other members as deemed necessary including members who are not the staffs of the hospital such as local police officers, rescue team members, and village health volunteers (Scott, 2000; Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001; Dyches, Biegel, Johnsen, Guo, & Min, 2002; Johnson et al., 2005) (Level 4).

3. Roles of team members

3.1 Specialists in crisis intervention need to have data of patients with mental illness in the area under their responsibility. They work with community psychiatric nurses to provide care to prevent relapses or severe symptoms leading to a crisis situation. They also need to have baseline data of patients for use in screening patients for care in a crisis situation, planning for crisis intervention, and act as case management (Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001) (Level 4).

3.2 Psychiatrists provide counselling regarding medication management, assess patients who have tendency to be treated as inpatients, and refer patients to general physicians in cases patients' symptoms are beyond the capacity of a community hospital to treat.

3.3 General physicians are responsible for supervising nurses' provision of pharmacological services provided to patients at the scenes and screening patients who have tendency to be treated as inpatients, and referring patients in cases patients' symptoms are beyond the capacity of a community hospital to treat (Scott, 2000; Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001; Dyches, Biegel, Johnsen, Guo & Min, 2002; Johnson, 2004; Johnson et al., 2005) (Level 4).

3.4 Professional nurses are in charge of assessing and screening patients by working with a specialist and providing pharmacological services as prescribed by the physicians. Nurses also manage medications and assess side effects of the medications when they provide on-site emergency services together

with a specialist in crisis intervention, if there is no psychiatric nurse on the team (Johnson et al., 2005) (Level 4).

3.5 Local police officers are responsible for providing services with healthcare team members to manage violent behaviors of patients with mental illness. Or, they may meet the patients before the healthcare team and report the cases for advice on care for patients in the community before the emergency medical service team arrives at the scene (Scott, 2000) (Level 4).

3.6 Other staff members in the team can be social workers, occupational therapists, support staffs in emergency automobiles who have experience providing healthcare, social care, or mental healthcare and who the team leader considers eligible to be part of the service provision team. (Johnson et al., 2005) (Level 4).

4. Preparation for mobile crisis services

4.1 The policy regarding the members of the multidisciplinary team and volunteers as well as their duties and responsibilities need to be clearly specified.

4.2 Personnel's readiness needs to be prepared by providing knowledge and understanding and developing skills of personnel to ensure their readiness to provide care to patients with mental illness during a crisis as follows:

4.2.1 The team leader needs to be a specialist in mental crisis management who has been authorized and has undergone training on psychiatric crisis management such as psychiatric nurses. (Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001) (Level 4)

4.2.2 Nurses who provide mobile services on an ambulance at the scene have to manage medication and assess side effects of the medication, provide psychiatric critical care, and assist patients with physical problems because the patients may also have physical problems due to their suicidal attempts or overdose of substances. In short, nurses should be able to provide physical care as well as mental and emotional care to patients with mental illness. (Johnson et al., 2005) (Level 4)

4.2.3 The physician needs to have knowledge and skills in crisis intervention in patients with mental illness.

4.2.4 All team members and members of the related networks such as police officers, volunteers, and EMS staffs need to have knowledge about psychiatric illnesses and treatment during a crisis situation, as well as have correct attitudes toward mental illness. The team members who provide mobile services at the scene need to undergo training on self-care skills, protection of patients and related persons to ensure safety, and management of risks. (Scott, 2000) (Level 4)

4.3 Readiness of data of service receivers has to be ensured by community psychiatric nurses who coordinate with the mobile crisis team to prepare initial data of patients with mental illness in the community such as demographic characteristics, medical history, leading signs before relapses, data regarding family caregivers, sources of support in the community, and other important data which enable the team to assist patients during a crisis with more efficiency. (Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001) (Level 4)

5. Type of community-based crisis intervention

In sending the team out to provide services, nature of problems and severity of patients, time and duration of work, and available personnel and resources will be taken into consideration. The services can be provided in three types as follows:

5.1 Crisis resolution team is an additional working team in the community psychiatric team. The team members consist of the multidisciplinary team with only public health officials working as service providers. The team is specially set up with the team members being assigned specific roles. As for hospitals at the secondary level, there are specialists in crisis management, nurses, psychiatrists, psychologists, social workers, occupational therapists, and support staff in emergency automobiles as team members (Johnson et al., 2005; Joy, Adams, & Rice, 2009) (Levels 4, 2). However, in hospitals at the primary level, there are nurses and physicians working in an emergency unit and/or crisis unit and/or staff members in other units of the hospital working as team members, and with a psychiatrist working as a counselor, to provide a short-term intensive home treatment. The services can be

offered 24 hours a day, with at least two team members providing services at the scene. The team leader is responsible for making a decision to send team members to provide services as deemed appropriate for the situation. Generally, nurses are key persons who go out to provide services because administration of medications is always required. The patients may receive home visits several times in one day, and they will continue to receive care until the crisis has resolved (Johnson et al., 2005). Also, there is a general physician who acts as the team member or the team leader who can be contacted 24 hours a day (Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001; Dyches, Biegel, Johnsen, Guo, & Min, 2002; Johnson et al., 2005) (Level 4).

5.2 Mobile crisis program is a crisis management provided at the scene when someone calls to inform the hospital of the crisis. The aim of the mobile crisis program is to stabilize the crisis. The team members include the multidisciplinary team whose members are personnel in public health units as well as outsiders. In other words, a mobile crisis program is a form of collaboration between the psychiatric nursing team and the police officer team. The patients are followed up to ensure treatment, and there is also a transfer of the patients to make sure that they are cared for in the community or at the hospital. There is a psychiatrist who offers counseling and guidance to the team. In general, psychiatric nurses in the team coordinate with the police officer who has been informed of the crisis. Nurses will provide consultancy via telephone calls or radio connections at the beginning before rushing to the scene. After having arrived at the scene, psychiatric nurses then assess the patients' symptoms and provide treatment and consultancy. If the patients' symptoms are beyond the nurses' ability to manage and the nurses consider the patients' symptoms put them at risks of danger, they will consider admitting the patients at the hospital (Scott, 2000) (Level 4).

Community participatory service provision is a mobile crisis service offered by the multidisciplinary team members and other personnel who have experience with providing healthcare, social care, or mental healthcare. These personnel are those considered by the team leader as eligible to be part of the team (Johnson et al., 2005; Joy, Adams & Rice, 2009) (Levels 4, 2).

6. Assessment of community-based crisis intervention for mental illness to reduce mental symptoms and prevent hospitalization, starting since the beginning of the crisis and involving provision of continuous treatment and long-term solutions to the problems to prevent relapses. The steps involved in the operation are as follows. The steps in crisis intervention are as follows: (Johnson et al., 2005) (Level 4)

6.1 Assessment: The first person who is notified, who is likely to be a nurse working in the emergency room, assessed the initial situation based on the information received and informed the physician on duty to help each other assess the situation and the patients' condition to determine how urgent and severe the patients' symptoms are so as to more appropriately plan for staffs and equipment that best suit the situation. If the nurse has trouble making a decision, she should seek for advice from a specialist who is a psychiatrist working at the provincial hospital through telephone calls.

Crisis intervention is provided when the healthcare team members arrive at the scene. There need to be at least two staff members at the scene, and they have to provide fast services within one hour to calm down the patients' symptoms. They also need to devise a continuous plan for care in the community. In fact, there may need to be more than one therapy method in providing care to patients with severe mental illness to ensure calmness and safety. Psychological therapy such as supportive therapy can be used to enable patients to adjust themselves to current problems or situations, calm them down and reduce arousals in the environment, separate patients from arousals, administer medication to calm the patients down, negotiate with patients, and limit their behaviors by using words, necessary restraining, or injection of antipsychotic drugs (Joy, Adams, & Rice, 2009) (Level 1). If patients' symptoms are in remission, care will be continued to enable them to come out of a crisis situation and prevent violence or relapses. However, if it is assessed that the team is unable provide care to calm down the patients or that the symptoms tend to be more severe, the patients should then be treated as inpatients.

6.2 Planning is conducted to promote adjustment after remission to prevent relapses and recurrence of a crisis situation. The number of times

for follow-up and plan for hospital discharge should be determined since the beginning. The care plan for the patients may last about six weeks.

6.3 As regards intervention, the healthcare team members should meet the patients more than once a day. The intervention may involve assessment of patients' mental symptoms, administration of medication, or provision of support for adaptation during a crisis, on a periodic basis. It is the responsibility of the crisis team to provide continuous care until they are certain that the patients will not harm themselves or others, and the care can be flexible depending on clinical symptoms of the patients. Persons with potential in the community may be recruited to take part in provision of care, and home visits can be conducted as often as it is necessary. The outcomes of pharmacological treatment should also be monitored periodically, and basic factors should be supported to promote confidence of caregivers of patients with mental illness and to boost their confidence to provide care, solve problems, and manage stress to enable patients to live a normal life. The team should also coordinate with the home visit team to involve them in planning for discharge.

6.4 With regard to resolution, the plan for hospital discharge should be devised since the beginning. The team members need to have understanding of the patients, their caregivers, or related persons. However, in practice, it is not possible to clearly differentiate intervention steps. Some patients may need less than six weeks to adapt themselves before they are transferred to community psychiatric nurses to ensure continuity of care, but there need to be sufficient coordination between the crisis management team and the community care team.

7. Assessment of community-based crisis intervention for mental illness

7.1 Short-term assessment is conducted within six weeks after the crisis. The team members assess the patients and determine if they are able to adjust themselves and live with their family and community members in the community, and if the rates of hospital readmission increases or decreases. The assessment may be done by the community-based emergency care team.

7.2 The long-term goal may be conducted after six months and 12 months to determine if the rate of hospital readmission increases or decreases.

Patients should also be periodically followed up by community psychiatric nurses to promote adaptation and prevent relapses or recurrence of crises (Guo, Biegel, Johnsen, & Dyches, 2001; Dyches, Biegel, Johnsen, Guo, & Min, 2002; Johnson et al., 2005) (Levels 2 and 4).

7.3 The quality of services is assessed by assessing satisfaction of service receivers. An example of the instrument which can be used for this purpose is the Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) (Atkisson & Zwick, 1982). It is a four-point rating scale which is used to measure the service users' satisfaction with the services provided by the crisis intervention team. Satisfaction of service providers can also be taken into account such as police officers' satisfaction with team work and relationships with other team members. The service satisfaction scale-30 can be employed to elicit data that can be used to plan for future or subsequent problem solving as well (Scott, 2000) (Level 4).

Suggestions

1. Community-based crisis intervention requires cooperation and coordination among team members. There should be clear-cut guidelines that are easy and fast to implement. Therefore, the hospital needs to have a policy on teamwork within the hospital and specify its policy on coordination with outside organizations such as local police officers and public charitable organizations, for instance.

2. A manual on crisis management should be developed. The manual should be concise, precise, and easy to understand, and it should be made appropriate for service providers at each level as well as the contexts of community hospitals, with limitations in terms of the number of personnel and their skills to manage symptoms and assess risks in a crisis taken into consideration.

3. Staff members, healthcare personnel, and related volunteers should undergo training and skill practices to equip them with knowledge and skills necessary for provision of services to people in the community, including behavioral restraint skills, use of equipment, self-protection techniques, negotiation skills, etc. Brush-up training should also be conducted on a periodical basis.

4. A database of psychiatric patients should be constructed so as to enable service providers to access their data both at a normal time and during a crisis, especially data necessary for provision of services during a crisis such as history of illnesses and treatments, history of medication uses to control symptoms and to manage crises, psychiatric medications facilitating administration of medications during a crisis, and sources of support in the community, etc.

5. Members of the team should include individuals outside public health staffs such as police officers and public health volunteers who can provide assistance in cases patients are aggressive. Also, members of foundations, religious establishments, or charitable organizations should be coordinated in accordance with the contexts of the community to ensure comprehensiveness of the care provision system and to provide continuous care in cases the patients do not have any family members or relatives. Representatives from local organizations and community members who have potential should also be invited to be team members to increase effectiveness and timeliness of crisis management in the community.

6. There should be a clear policy on contacts with resources for people at risks of relapses or re-hospitalization such as psychiatric patients with legal problems, underprivileged patients, psychiatric patients with no income, homeless patients, and patients with impairment or disability.

7. Community psychiatric nurses should periodically follow up on patients' symptoms and should provide a channel for patients and their caregivers who have problems can contact to ask for services such as a telephone hotline. This is to provide care and treatment since the beginning so that relapses and subsequent crises can be prevented and treatment at the emergency units can be reduced.

8. There should be evaluation of clinical outcomes such as medication adherence, patients' symptoms, social functioning, quality of life, and rates of relapses of patients, etc.

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาราชนรินทร์. (2551). *พระราชบัญญัติสุขภาพจิตพ.ศ. 2551 (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง.
- คณะทำงานศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บ. (2547). การจัดลำดับปัญหาทางสุขภาพของประชากรไทย 2542 โดยการใช้เครื่องชี้วัดภาระโรค. *วารสารวิชาการสุขภาพ*, 13:239-56.
- ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ. (2547). *การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชน*. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น: ขอนแก่น.
- ผลทิพย์ ปานแดง. (2547). *ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2548). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, กฤตยา แสงเจริญ และสมจิต แคนสีแก้ว. (2548). ผลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่บ้านของพยาบาลวิชาชีพอิสระ: กรณีศึกษาในชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสาน. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย*, 23(1), 35-45.
- สรินทร์ เชื้อวโสธร. (2545). *ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. (2548). *คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548 (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: L.T. Press.
- Attkisson, C. C., Zwick, R. (1982). The client satisfaction questionnaire: psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5: 233-237.

- Craig. (2002). In J. V. Craig & R. L. Smyth (Eds), *The evidence-based practice manual for nurse*.
Edinburge: Churchill Livingstone.
- Department of Health. (2001). *Crisis resolution/ home treatment teams*. The Mental Health Policy
Implementation Guide. London: Department of Health.
- Dyches, H., Biegel, D. E., Johnsen, J. A., Guo, S., Min, O. M. (2002). The impact of mobile crisis
services on the use of community-based mental health services. *Social Work
Practice, 12*(6), 731-751.
- Fenton, F. R., Tessier, L., Struening, E. L. (1979). A comparative trial of home and hospital
psychiatric care: one-year follow-up. *Archives of General Psychiatry, 36*: 1073–
1079.
- Guo, S., Biegel, D. E., Johnsen, J. A., & Dyches, H. (2001). Assessing the impact of mobile crisis
services on preventing hospitalization. *Psychiatric Services, 52*: 223-228.
- Hoult, J. (1986). The community care of the acutely mentally ill. *British Journal of Psychiatry, 149*: 137–44.
- Johnson, S., Kuhlmann, R. & the EPCAT Group. (2000). The European Service Mapping Schedule
(ESMS): development of an instrument for the description and classification of
mental health services. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum, 405*: 14-23.
- Johnson, S. (2004). Crisis resolution and intensive home treatment teams. *Psychiatry, 3*(9): 22- 25.
- Johnson, S., Nolan, .F, Hoult, J., Pilling, S., White, I., Bebbington, P. et al. (2005). The outcomes
of psychiatric crises before and after introduction of a crisis resolution team. *British
Journal of Psychiatry, 187*: 68-75.
- Johnson, S., Nolan, .F, Pilling, S., Sandor A., Hoult, J., McKenzie, N. et al. (2005). Randomised
controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north
Islington crisis study. *British Journal of Psychiatry, 331*: 599-602.
- Joy, C. B., Adams, C. E. & Rice, K. (2009). *Crisis intervention for people with severe mental
illnessees: a Cochrane review*. Retrieved July 22, 2009, from [http://www3.
interscience.wiley.com.ejournal.mahidol.ac.th/cgi- bin/mrw/home/106568753/HOME](http://www3.interscience.wiley.com.ejournal.mahidol.ac.th/cgi-bin/mrw/home/106568753/HOME)
- Lukoff, D., Liberman, R. P. & Neuchterlein, K.H. (1986). Symptom monitoring in the ehilitation
of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin, 12*: 578-593.

- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-base practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E. & Resnick, S. G. (1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24: 37–74.
- Muijen, M., Marks, I., Connolly, J., Audini, B. (1992). Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomized controlled trial. *BMJ*, 304: 749–754.
- Parker, G., Rosen, A., Emdur, N. et al. (1991). The Life Skills Profile: psychometric properties of a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83: 145-152.
- Pasamanick, B., Scarpitti, F. R., Lefton, M., Dinitz, S., Wernert, J. J., McPheeters, H. (1964). Home versus hospital care for schizophrenics. *Journal of the American Medical Association*, 187: 177–181.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Principle and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester short assessment of quality of life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45: 7-12.
- Scott, R. L. (2000). Evaluation of a mobile crisis program: effectiveness, efficiency, and consumer satisfaction. *Psychiatric Service*, 51(9): 1153-1156.
- Skinner, J., Caret, L. & Haxton C. (2009). Case management of patients who frequently present to a Scottish emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 26: 103–5.
- Stein, L., Test, M., Marx, A. J. (1975). Alternative to the hospital: a controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 132: 517–522.
- World Health Organization. (2006). *Global burden of disease*. Retrieved July, 2009, from <http://www.who.int/evidence/bod>.
- Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B., Hadden, S., Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172: 11-18.



งานวิจัยเรื่องที่ 1

Crisis intervention for people with severe mental illnesses

ผู้แต่ง

Joy C. B., Adams, C. E. & Rice, K.

แหล่งตีพิมพ์

Retrieved July 22, 2009, from <http://www3.interscience.wiley.com.ejournal.mahidol.ac.th/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME>

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	การบำบัดภาวะวิกฤตสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีการเจ็บป่วยทางจิตขั้นรุนแรง (Crisis intervention for people with severe mental illnesses)
วัตถุประสงค์	เพื่อทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยทางจิตด้วยรูปแบบการบำบัดภาวะวิกฤต (crisis intervention model) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงทางจิต เปรียบเทียบกับการรักษาตามมาตรฐานทั่วไป
เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย	เกณฑ์การคัดเข้า: คัดเลือกงานวิจัยเชิงทดลอง แบบสุ่มกลุ่มตัวอย่างและมีกลุ่มควบคุม เกณฑ์การคัดออก: คัดเลือกงานวิจัยกึ่งทดลอง และงานวิจัยที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
ขั้นตอนการทบทวนงานวิจัย	ผู้ทบทวนงานวิจัย จำนวน 3 คน คัดเลือกงานวิจัยจากฐานข้อมูล ดังนี้ 1. ข้อมูล จาก The Cochrane Schizophrenia Group's Register 2. ข้อมูลที่ผ่านการ review จากหลายฐานข้อมูล ได้แก่ Biological abstracts, CINAHL, The Cochrane Library, EMBASE, MEDLINE, PsycLIT, Sociofile, จากการอ้างอิงในงานวิจัย 3. Personal contact ผู้ทบทวนงานวิจัยได้ดำเนินการโดย 1. ร่วมกันคัดเลือกงานวิจัยจาก (computer generate list) 10% ของรายงานทั้งหมด มาตรฐานตรวจสอบร่วมกัน และแก้ปัญหาความขัดแย้งโดยการอภิปราย และถ้ายังมีข้อสงสัย ก็จะใช้งานวิจัยฉบับเต็มมาตรวจสอบต่อไป 2. ทำการประเมินคุณภาพงานวิจัยและสกัดข้อมูลจากงานวิจัยที่ดีที่สุด 3. กำหนดกลุ่มประชากร เกณฑ์การคัดเลือกรูปแบบการบำบัด คัดเลือกงานวิจัยที่ออกแบบงานวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างเป็นระบบ

หัวข้อ	รายละเอียด
	เกณฑ์คัดออก: ตัดกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะวิกฤตจากการใช้ยาหรือสารเสพติด และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระยะวิกฤต
ระดับของงานวิจัย	งานวิจัยนี้จัดอยู่ในระดับ 1 (Level 1) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic reviews) จากงานวิจัยเชิงทดลอง
ผลการศึกษา	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ได้: ได้งานวิจัย 5 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างมีทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 18 ปี ขึ้นไป งานที่คัดเลือกมามีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นหลัก และผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงทางจิตซึ่งมีปัญหาทางจิตสังคม มี โรคอื่นบ้างเช่น โรคซึมเศร้าและมีอาการทางประสาทรุนแรง โดยตัดผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคร่วม (dual diagnosis) ว่ามีภาวะที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นออก โดยนำงานวิจัยเหล่านั้นมาทำการวิเคราะห์ได้ผลการศึกษาดังนี้ คือ 1. ชนิดของการศึกษา: งานวิจัยต้องศึกษาเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงทางจิตด้วยรูปแบบการบำบัดภาวะวิกฤตเปรียบเทียบกับ การดูแลตามมาตรฐานทั่วไป รูปแบบการบำบัดภาวะวิกฤต (crisis intervention) หมายถึง การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตในภาวะฉุกเฉินโดยผู้ดูแลเฉพาะทาง มีประสิทธิภาพทั้งในและนอกเวลาราชการ การดูแลที่บ้าน (Home care) ทั้ง 5 งานวิจัย มีการดูแลรักษาที่บ้านด้วยรูปแบบที่เหมือนกันโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาล นักอาชีวบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ มีระบบการส่งต่อ ซึ่งต้องมีการทำงานนอกสถานที่ งานวิจัยครอบคลุมถึงการดูแลในภาวะฉุกเฉิน โดยถึงแม้ผู้ควบคุมทีมจะมีงานที่รับผิดชอบปริมาณมากและหลากหลาย แต่ต้องมีความพร้อมตลอด 24 ชั่วโมง (Muijen, 1992) นอกจากนี้ต้องมีบริการทางโทรศัพท์ โดยใช้ระบบตอบรับอัตโนมัติและเจ้าหน้าที่จะโทรกลับ แต่ถ้าต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติมสามารถใช้บริการที่คลินิกในโรงพยาบาลได้ ถ้ากรณีเร่งด่วนสามารถติดต่อสถานี่ตำรวจได้ รูปแบบการดูแลตามมาตรฐาน (Standard care) หมายถึง การดูแลตามปกติสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในภาวะฉุกเฉินในรูปแบบเดิมซึ่งให้บริการในสถานบริการเป็นหลัก มีการเข้าโรงพยาบาลทันทีเมื่อเกิดการเจ็บป่วยซึ่งผู้ป่วยได้รับการดูแล ในระดับมาตรฐาน โดยจะเกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นและ

หัวข้อ	รายละเอียด
	ให้การดูแลอย่างเข้มข้น โดยทุกคนในทีม เพื่อช่วยเหลือเบื้องต้นพร้อมกับการให้การรักษาอื่นๆ
	ผลของการเปรียบเทียบการบำบัด
	1. การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่ดูแลโดยทีมดูแลที่บ้าน (home care) เข้ารับการรักษาใน 12 เดือน ร้อยละ 44.8 แต่ไม่สามารถเปรียบเทียบกับการบำบัดภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล ได้ เนื่องจาก การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลถือเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มารักษาในโรงพยาบาลอยู่แล้ว
	2. การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มากกว่า 1 ครั้ง (Repeat admission) พบว่าภายหลังภาวะวิกฤตที่ไม่สามารถสรุปผลได้ชัดเจน เนื่องจากพบว่าถึงแม้ผลรวมของผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางจิตเวชที่บ้านจะได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลน้อยกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล (n=465, 3 RCTs, RR 0.72, CI 0.54 to 0.97, NNT 11, CI 6 to 97) แต่มีงานวิจัย 1 ใน 3 ฉบับให้ผลในทางตรงกันข้าม อย่างชัดเจน (significant heterogeneity for this outcome) (I-squared 86%)
	3. ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล พบว่าไม่สามารถเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการบำบัดที่ต่างกัน ได้ เนื่องจาก 2 ใน 3 ของงานวิจัยที่ศึกษาวันนอนในโรงพยาบาลไม่มีค่า Standard deviation จึงไม่สามารถคำนวณ effect size ได้
	4. สาเหตุของอัตราการตายและการได้รับอันตรายของทั้ง 2 กลุ่ม คล้ายคลึงกัน (n=601, 4 RCTs, RR 0.84 CI 0.23 to 3.09) โดยกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการจากทั้ง 2 รูปแบบ เสียชีวิตด้วยสาเหตุทางธรรมชาติ
	5. ความพึงพอใจกับการรักษา พบว่าโดยรวมแล้วผู้รับบริการและญาติ มีความพึงพอใจบริการดูแลภาวะวิกฤตที่บ้านมากกว่าการดูแลตามมาตรฐานที่ระยะ 12 เดือน (n=119, 1 RCT, RR 0.48, CI 0.31- 0.74, NNT 3 CI 2-6) มี 1 งานที่พึงพอใจนานที่ระยะ 20 เดือน (n=137 WMD 5.4 CI 3.91 to 6.89)
	6. ระดับอาการทางจิต จากการประเมินอาการทางจิตด้วยเครื่องมือ BPRS พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่บ้านมีอาการทางจิตลดลงกว่าผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบมาตรฐานทั่วไปเล็กน้อยที่ระยะ 20 เดือน หลังให้การดูแล

หัวข้อ	รายละเอียด
	(n=142, WMD -4.5 CI -8.9-0.3) ส่วนที่ระยะเวลาอื่นๆ ไม่พบความแตกต่างของระดับอาการทางจิต
	7. ค่ารักษา พบว่ามี 2 การวิจัยที่รายงานว่า การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลที่บ้านมีราคาถูกกว่าการดูแลตามมาตรฐานทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ ส่วนอีก 2 งานวิจัยให้ข้อมูลไม่ละเอียด
	8. ความรู้สึกเป็นภาระ จากการศึกษาถึงภาระของครอบครัวพบว่า โดยทั่วไปการดูแลผู้ป่วยด้วยรูปแบบการดูแลที่บ้านสร้างความรู้สึกเป็นภาระน้อยกว่าการดูแลผู้ป่วยด้วยรูปแบบมาตรฐานทั่วไป มีเพียงเล็กน้อยที่บอกว่าการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสร้างความยุ่งยากในชีวิตประจำวันให้พวกเขามากกว่าการดูแลโดยรูปแบบมาตรฐานในช่วง 3 เดือน (n=220, 2 RCTs, RR 0.74 CI 0.58 to 0.96, NNT 7 CI 4 to 42) และ 6 เดือน (n=220, 2 RCTs, RR 0.69 CI 0.52 to 0.92, NNT 6 CI 3 to 30)
	9. ด้านความรู้สึกเป็นภาระของชุมชน พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ไม่ได้แสดงรายละเอียดข้อมูลในงานวิจัยที่ศึกษาไว้
สรุปเพื่อนำไปใช้	1. สามารถนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการรุนแรงทางจิตและมีปัญหาทางจิตสังคม ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการทางประสาทรุนแรง 2. รูปแบบการบำบัดผู้ป่วยภาวะวิตกกังวลในชุมชนประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ รูปแบบบริการต้องมีการทำงานนอกสถานที่ งานวิจัยครอบคลุมถึงการดูแลในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งผู้ควบคุมทีมต้องพร้อมตลอด 24 ชั่วโมง และมีการประสานงานทั้งทีมสุขภาพและทีมอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ถ้ามีอาการรุนแรงสามารถส่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในได้ ถ้ากรณีเร่งด่วนสามารถติดต่อสถานี่ตำรวจได้ 3. การให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้ประโยชน์มากกว่าการดูแลตามมาตรฐานทั่วไปที่เน้นการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยพบว่า หากให้การดูแลที่บ้านจะสามารถลดภาระและค่าใช้จ่ายของครอบครัวรวมถึงสถานบริการได้
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหา	การศึกษานี้มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกบางส่วน คือ ให้การดูแลกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเช่นเดียวกัน แต่

หัวข้อ	รายละเอียด
ทางคลินิก	1. การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ได้แสดงถึงผลลัพธ์ที่มีแนวโน้มที่จะลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยหลังภาวะวิกฤตซึ่ง ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันผลดีของการบำบัดในชุมชนต่อไป 2. งานวิจัยช่วยในกระบวนการตัดสินใจในการเลือกรูปแบบการดูแลนี้ไปใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เนื่องจากมีผลลัพธ์ที่สนับสนุนว่ารูปแบบการดูแลมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว
การมีความหมาย หรือมีคุณค่าในเชิง ของศาสตร์	หลักฐานเชิงประจักษ์นี้มีความเหมาะสมและมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ โดยพิจารณาจาก 1. แหล่งตีพิมพ์ Cochrane Database of systematic Review 2009 Issue 3 ซึ่งผ่านการประมวลผลมาเป็นอย่างดีและมีความทันสมัย 2. เป็นงานวิจัยระดับสูงที่สุด (Level 1) แต่ผลของการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้งานวิจัยเพียง 5 เรื่อง ซึ่งมีจำนวนน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าว 3. ได้รับการสนับสนุนการศึกษาจากองค์กรด้านการศึกษา และด้านสาธารณสุขหลายองค์กรเช่น องค์กรวิจัยสุขภาพชุมชน (Gwent Community Health NHS Trust) คณะกรรมการ Oxford R&D (NHS Executive Anglia and Oxford R&D Directorate), มหาวิทยาลัยลีดส์ (University of Leeds) และสำนักงานเวลส์การวิจัยและพัฒนาเพื่อการดูแลสุขภาพและสังคม (Welsh Office of Research and Development for Health and Social Care) 4. มีการทบทวนคุณภาพงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อทบทวนผลของรูปแบบการบำบัดภาวะวิกฤต จากงานวิจัย 30 งาน และคัดเลือกเฉพาะงานวิจัยเชิงทดลองที่ตรงกับเกณฑ์การคัดเลือก ซึ่งมีความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สูง
แนวโน้มที่จะ นำไปใช้ได้ในการ ปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) งานวิจัยฉบับนี้แสดงให้เห็นว่าการบำบัดภาวะวิกฤตทางจิตเวชชุมชนตรงกับนโยบายการให้บริการผู้ป่วยภาวะวิกฤตทั้งทางร่างกายและทางจิตในชุมชน ของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน ทั้งนี้การนำผลงานวิจัยไปใช้ควรประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย ซึ่งขาดความพร้อมด้านบุคลากร

หัวข้อ	รายละเอียด
	2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) สำหรับการดูแลด้วยรูปแบบการดูแลภาวะวิกฤตที่บ้าน ตามบริบทของโรงพยาบาลชุมชน อาจต้องสร้างความตระหนักของประโยชน์ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแทนการนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลให้แก่ญาติ ในด้านบุคลากร ต้องสร้างทีมที่มีความเข้มแข็งเพียงพอในการจัดการ ภาวะวิกฤตให้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการประสานงานที่ดี เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ทีม 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) หากนำ ผลการศึกษาไปใช้อาจต้องคำนึงถึงต้นทุนในการฝึกอบรมทีมให้การดูแล โดย อาจประยุกต์ทีมให้บริการภาวะฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปเพื่อให้สามารถดูแล ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชร่วมด้วย

งานวิจัยเรื่องที่ 2 **Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study.**

ผู้แต่ง **Johnson, S., Nolan, .F, Pilling, S., Sandor A., Hoult, J., McKenzie, N., White, I.R., Thompson. M., Bebbington. P.**

แหล่งตีพิมพ์ **British Journal of Psychiatry, 331: 599-602. (2005).**

หัวข้อ	รายละเอียด
วัตถุประสงค์	1. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของทีมแก้ไขภาวะวิกฤตในการลดอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต 2. เพื่อวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลโดยทีมแก้ไขภาวะวิกฤต
ทุน	ได้รับทุนจากผู้บริหารและองค์กรสุขภาพของ Camden and Islington
สมมติฐาน	1. ทีมแก้ไขภาวะวิกฤตสามารถลดอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตใน 8 สัปดาห์ 2. ทีมแก้ไขภาวะวิกฤตสามารถเพิ่มความพึงพอใจในการดูแลของผู้รับบริการได้
setting	ทำในชุมชน 2 พื้นที่ของ London borough of Islington ซึ่งมีทีมจิตเวชชุมชนจัดตั้งเป็นอยู่ก่อนแล้ว โดยเปิดให้บริการในเวลา 8.00 น.- 22.00 น. ในแผนกฉุกเฉิน
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้เคยมีภาวะวิกฤตซึ่งเคยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช อายุระหว่าง 18- 65 ปี อาศัยอยู่ใน London borough of Islington งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ ของชมรมวิจัยคณะกรรมการจริยธรรม Camden and Islington การได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย คือ 1. กรณีผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตัดสินใจเองได้ กลุ่มตัวอย่างที่ร่วมวิจัยต้องลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2. กรณีผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤตจนขาดความสามารถในการตัดสินใจต้องเคยตกลงการเข้ารับบริการจากทีมแก้ไขภาวะวิกฤตไว้ก่อนล่วงหน้าแล้ว หรือต้องได้รับความยินยอมจากญาติผู้ดูแลก่อน

หัวข้อ	รายละเอียด
	กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการรับส่งต่อจากทีมจิตเวชชุมชน ซึ่งจะแจ้งรายละเอียดของผู้ป่วยแก่ทีมจิตเวชชุมชนเพื่อประเมินตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1. ผู้ที่มีความเสื่อม (deterioration) ในการทำหน้าที่ทางสังคมอยู่เดิม และมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้น และ 2. มีภาวะเสี่ยงที่จะทำร้ายตัวเอง หรือทำร้ายผู้อื่น เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้ตกเป็นเหยื่อหรือถูกผู้อื่นทำร้ายในภายหลัง และ/ หรือ สมาชิกในครอบครัวหรือชุมชนที่เคยทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ และ 3. ขอบเขตของความเสื่อมหรือการเจ็บป่วยมากขึ้นและผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชประเมินว่าต้องมีการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน (Johnson, et al., 2005) หากผู้ควบคุมทีมแก้ไขภาวะวิกฤตพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะตามเกณฑ์แล้ว จึงโทรศัพท์แจ้งไปยังศูนย์วิจัย ณ มหาวิทยาลัยเมืองอาเบอร์ดีน (Aberdeen) เพื่อทำการสุ่มแล้วแจ้งกลับมายังทีมแก้ไขภาวะวิกฤต กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 260 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 135 คน กลุ่มทดลอง 125 คน จำนวนผู้เข้าร่วมการบำบัดก่อนและหลังมีจำนวนลดลงกลุ่มละ 2 คน โดยกลุ่มทดลองเสียชีวิตจากการวิสามัญฆาตกรรม และการรับประทานยาเกินขนาด ส่วนกลุ่มควบคุมเสียชีวิตด้วยสาเหตุตามธรรมชาติ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกัน ได้แก่ 38 และ 37.8 ตามลำดับ โดยรวม ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ยกเว้น คะแนนระดับความรุนแรงของอาการพบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มทดลอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
เครื่องมือในการประเมิน	การวัดผลลัพธ์หลัก การรวบรวมข้อมูลเพื่อคู่อัตราการเข้ารับการรักษาโดยการนอนในโรงพยาบาล ได้แก่ จากตัวผู้ป่วย จากผู้ควบคุมทีมแก้ไขภาวะวิกฤต จากทะเบียนประวัติ โดยเก็บข้อมูลที่ 8 สัปดาห์ และ 6 เดือน หลังได้รับการดูแลจากทีมแก้ไขภาวะวิกฤต การวัดผลลัพธ์รอง

หัวข้อ	รายละเอียด
	1.แบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ (Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8; Attkisson & Zwick, 1982) เพื่อวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการของทีมแก้ไขภาวะวิกฤต โดยผู้เก็บข้อมูลทราบว่าผู้ถูกเก็บข้อมูลอยู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม 2. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; Lukoff et al., 1986) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยหลังได้รับการบำบัดภาวะวิกฤต 8 สัปดาห์ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 3. Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA; Priebe et al., 1999) เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับการบำบัดภาวะวิกฤต 8 สัปดาห์ เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 4. Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS, Wing et al., 1998) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางคลินิกและปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยหลังได้รับการบำบัดภาวะวิกฤต 8 สัปดาห์ และ 6 เดือน 5. Life Skills Profile (LSP; Parker et al., 1991) เพื่อประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยหลังได้รับการบำบัดภาวะวิกฤต 8 สัปดาห์ และ 6 เดือน
การบำบัด (intervention)	กลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินและจัดการกับอาการจิตเวชเฉียบพลัน ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตทางจิตเวชที่บ้านถ้าเป็นไปได้ โดยผู้ป่วยและครอบครัวจะสามารถติดต่อเพื่อขอรับบริการได้ ตลอด 24 ชั่วโมง กล่าวคือ จะมีบุคลากรของทีมประจำอยู่ที่สำนักงานตั้งแต่ 8.00 น.- 22.00 น. หลังจากนั้นจะใช้วิธีโทรศัพท์ตามที่บ้านเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลโดยทีมจิตเวชชุมชน มีบ้านพักสำหรับผู้ป่วยภาวะวิกฤตในระยะสั้นและการรับเข้ารักษาแบบผู้ป่วยใน
ระเบียบวิธีวิจัย	ใช้การวิจัยเชิงทดลอง โดยมีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างเป็นระบบ
ระดับของงานวิจัย	งานวิจัยอยู่ในระดับ 2 เนื่องจากเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการวิจัยเชิงทดลอง

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	1. วัดผลเมื่อ 8 สัปดาห์ อัตราการเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชของกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 22) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.0005$, Odds ratio=0.19 (CI 0.11-0.32) อัตราการนอนในบ้านพักสำหรับผู้ป่วยวิกฤตของกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 19) มากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 13) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.21$ Odds ratio=1.5 (CI 0.8-3.1) อัตราการเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วไปและในบ้านพักระยะวิกฤตของกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 36) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 69) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.0005$, Odds ratio=0.26 (CI 0.15-0.43) จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลในตึกจิตเวชของกลุ่มทดลองเฉลี่ย (6.4 วัน คิดเป็นร้อยละ 14.7 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (17.4 วัน คิดเป็นร้อยละ 21.1 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.0005$ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล รวมทั้งวันนอนในบ้านพักระยะวิกฤตของกลุ่มทดลองเฉลี่ย (9.2 วัน คิดเป็นร้อยละ 15.6 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (19.5 วัน คิดเป็นร้อยละ 20.6 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.0005$ จำนวนผู้ป่วยที่ถูกบังคับรักษาในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 12) พบว่าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 19) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.10$ ด้านความพึงพอใจ ของผู้รับบริการ จากการวัดผลโดยใช้แบบสอบถาม CSQ-8 พบว่าผู้รับบริการในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการรับบริการมากกว่าผู้รับบริการในกลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.07$ แต่หลังจากมีการปรับข้อมูลพื้นฐานในเรื่องของระดับความรุนแรงของอาการแล้ว พบว่าผู้รับบริการในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการบริการมากกว่าผู้รับบริการในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.002$ 2. วัดผล เมื่อ 6 เดือน อัตราการเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชภายใน

หัวข้อ	รายละเอียด
	6 เดือน ของกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 29) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 67) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.0005$, Odds ratio=0.20 (CI 0.12-0.34) อัตราการนอนในบ้านพักระยะวิกฤตของกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 24) พบว่ามากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 18) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.18$ Odds ratio=1.5 (CI 0.8-2.8) อัตราการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วไปและในบ้านพักระยะวิกฤตของกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 47) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.0005$, Odds ratio=0.29 (CI 0.17-0.49) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลในตึกจิตเวชของกลุ่มทดลองเฉลี่ย (16.1 วัน คิดเป็นร้อยละ 36.5 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (35 วัน คิดเป็นร้อยละ 47.9 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.0005$ จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล รวมทั้งวันนอนในบ้านพักระยะวิกฤตของกลุ่มทดลองเฉลี่ย (21.3 วัน คิดเป็นร้อยละ 37.9 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (38.6 วัน คิดเป็นร้อยละ 47.0 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.0005$ จำนวนผู้ป่วยที่ถูกบังคับรักษาของกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 18) พบว่าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 26) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.13$
ผลลัพธ์รอง	
	เมื่อวัดผลที่ 8 สัปดาห์ พบว่า อาการรุนแรง (severe symptoms) ของกลุ่มทดลอง ($p = 0.041$) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่เมื่อปรับข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างแล้วพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.14$) และพบว่าระดับความรุนแรงของอาการทางคลินิกและปัญหาทางสังคม ลดลงเมื่อวัดผลที่ 8 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อวัดผลที่ 6 เดือน ($p = 0.21$)
การสรุปเพื่อนำไปใช้	งานวิจัยฉบับนี้ สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้ โดยเป็นการศึกษาในผู้ป่วยชาย มีอายุระหว่าง 18-65 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยทางจิตเวชมาก่อน ซึ่งในชุมชนสามารถพบได้บ่อย แต่รูปแบบ

หัวข้อ	รายละเอียด
	บริการสำหรับกลุ่มผู้ป่วยซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้เป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาในสถานพยาบาลระดับ Secondary mental health services และได้รับการดูแลจากทีมจิตเวชชุมชน ผลลัพธ์หลักที่วัดอัตราการเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในตรงกับความต้องการในการศึกษาวิธีการลดอัตราการเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้ ซึ่งมีประสิทธิภาพนานถึง 6 เดือน ผู้บำบัด ได้แก่ ทีมแก้ไขภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการฝึกปฏิบัติมาก่อน การบำบัดไม่ได้ระบุรายละเอียดไว้ แต่แนวทางการอยู่ให้บริการโดยวิธีเรียกตัวจากบ้านพักสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการได้ โดยการดูแลเน้นการจัดการปัญหาเฉพาะหน้า ซึ่งเหมาะสมต่อการนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลชุมชนซึ่งดูแลผู้ป่วยในชุมชนและเป็นสถานพยาบาลในลำดับแรกที่ต้องให้การดูแลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยจิตเวชในภาวะวิกฤต
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่สนใจเนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรง งานวิจัยนี้สามารถช่วยในกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลได้เนื่องจากในการปฏิบัติงาน พยาบาลเป็นบุคคลแรกของสถานพยาบาลที่ต้องรับแจ้งและประสานการช่วยเหลือให้แก่ผู้ป่วยในภาวะวิกฤตทุกราย และเห็นว่าการมีทีมเข้ามาช่วยเหลือนี้ส่งผลดีต่อผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติได้โดยไม่ต้องเข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งของสถานบริการ งานวิจัยนี้สามารถทดสอบสมมติฐานที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ว่า การให้การดูแลภาวะวิกฤตสามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยจิตเวชได้ งานวิจัยนี้พยาบาลสามารถนำเสนอผู้บริหาร โรงพยาบาลเพื่อพัฒนาทีม EMS ของโรงพยาบาลให้สามารถบริการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีอาการรุนแรงเฉียบพลันเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วยและคนในครอบครัว และชุมชน ลดการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในได้ กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้ได้จริงในคลินิกซึ่งสามารถตรวจสอบอัตราการเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยได้จากแบบบันทึกประวัติของผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
การมีความหมาย หรือมีคุณค่าใน เชิงของศาสตร์	หลักฐานเชิงประจักษ์นี้มีความหมายและมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์ โดยพิจารณาจาก 1. แหล่งตีพิมพ์เป็นวารสารทางด้านจิตเวชโดยตรง 2. ผู้วิจัยเป็นคณะทำงานทั้งหมด 9 คน โดยเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวชจากองค์กรทางด้านจิตเวชทั้งสิ้น 3. งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากผู้บริหารและองค์กรสุขภาพของ Camden and Islington ซึ่งต้องผ่านการคัดเลือกมาอย่างดี 4. คุณภาพงานวิจัย ชื่อเรื่องบอกถึงวิธีการศึกษาและตัวแปรต้น แต่ไม่ได้บอกตัวแปรตาม งานวิจัยระบุปัญหาและเหตุผลในการวิจัยอย่างชัดเจน มีการระบุวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยไว้อย่างชัดเจน มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวางและทันสมัย โดยวรรณกรรมฉบับล่าสุดที่นำมาประเมินคือเรื่อง ผลของภาวะวิกฤตก่อนและหลังให้การบำบัดแบบทีมแก้ไขภาวะวิกฤต (Outcomes of crises before and after introduction of a crisis resolution team) ซึ่งทำการวิจัยในปี ค.ศ. 2004 และปรับปรุงแก้ไขเพื่อตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2005 มีการระบุกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มประชากรอย่างชัดเจน แต่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมมีน้อยกว่า 134 ราย คือ มี 125 ราย น้อยกว่าที่ผู้วิจัยต้องการ 9 ราย งานวิจัยนี้ระบุว่าเป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบจากศูนย์ข้อมูล ซึ่งส่งผลให้งานวิจัยนี้น่าเชื่อถือ งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก ชมรมวิจัยคณะกรรมการจริยธรรม Camden and Islington
แนวโน้มที่จะ นำไปใช้ได้ ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) รูปแบบการบำบัดภาวะวิกฤตนี้มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้ โดยกลุ่มประชากรในหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับผู้ป่วย ที่อยู่ในความดูแลของหน่วยงาน แต่ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ในชุมชนของหน่วยบริการในงานวิจัยมีมากกว่าในหน่วยงานของผู้ศึกษา กล่าวคือมีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังโดยทีมงานจิตเวชชุมชน ขณะที่ในหน่วยงานที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่เป็นแบบให้การดูแลแบบจัดการรายกรณี

หัวข้อ	รายละเอียด
	(case management) ซึ่งทำให้เมื่อนำมาปฏิบัติงานจริงอาจได้ผลไม่เท่ากับในงานวิจัยซึ่งมีทรัพยากรมากกว่า ดังนั้นถ้าจะนำไปใช้จะต้องมีการศึกษาและติดตามผลปัญหาต่างๆที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการบำบัด ซึ่งจะช่วยให้มีการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และมีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) หากนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมทั้งการใช้ทรัพยากรบุคคลและขาด้านจิตเวช ซึ่งเป็นทรัพยากรสำคัญที่โรงพยาบาลชุมชนมีอยู่อย่างจำกัด และผู้ใช้ซึ่งได้แก่ พยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชต้องผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติด้านการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตและการบำบัดดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ได้รับยาต้านโรคจิตเป็นอย่างดี มีการเชื่อมโยงระบบข้อมูลการใช้ยาซึ่งระบบนี้มีใช้อยู่เดิม ได้แก่ การขอคำปรึกษาจากจิตแพทย์ในระดับจังหวัด ส่วนด้านนโยบายมีความสอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเพื่อลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) หากนำเสนอแนะจากการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชภาวะวิกฤตไปใช้ จะช่วยลดต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลลงได้ โดยอาจต้องเพิ่มต้นทุนในการฝึกอบรมทีมให้การดูแลเพิ่มเติม แต่ถือได้ว่ามีความคุ้มค่า เนื่องจากการพัฒนาทีมผู้ดูแลช่วยให้สามารถพัฒนาระบบการบำบัดภาวะวิกฤตในผู้ป่วยจิตเวชได้ในระยะยาว

งานวิจัยเรื่องที่ 3	outcomes of psychiatric crises before and after introduction of a crisis resolution team
ผู้แต่ง	Johnson, S., Nolan, .F, Hoult, J., Pilling, S., White, I., Bebbington, P., Sandor, A., McKenzie, N., Patel, S.
แหล่งตีพิมพ์	British Journal of Psychiatry, 187: 68-75. (2005).

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	ผลของภาวะวิกฤตก่อนและหลังมีทีมแก้ไขภาวะวิกฤต (Outcomes of crises before and after introduction of a crisis resolution team)
วัตถุประสงค์	เพื่อเปรียบเทียบผลการให้บริการวิกฤตจิตเวชระหว่างก่อนการให้บริการโดยทีมแก้ไขภาวะวิกฤตกับหลังการให้บริการโดยทีมแก้ไขภาวะวิกฤต
ทุน	ได้รับทุนจาก Camden and Islington Mental Health and Social Care
สมมติฐาน	1. การมีทีมแก้ไขภาวะวิกฤตจะทำให้มีจำนวนผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลลดลงและมีความพึงพอใจต่อการบริการเพิ่มมากขึ้น 2. ทีมดูแลภาวะวิกฤตสามารถช่วยลดอาการทางคลินิกและเพิ่มความสามารถทางสังคมของผู้ป่วยได้
setting	ทำในชุมชน ณ ตอนใต้ของ inner-London borough of Islington
กลุ่มตัวอย่าง	งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้มีภาวะวิกฤตซึ่งเคยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช หรือศูนย์สุขภาพจิตมาก่อน อายุระหว่าง 18-65 ปี อาศัยรวมอยู่ในประชากร 63,000 คน ณ ตอนใต้ของ inner-London borough of Islington ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 200 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 77 คน กลุ่มทดลอง 123 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการคัดเลือกจากผู้ป่วยภาวะวิกฤตซึ่งเข้ารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช (ลักษณะของผู้มีภาวะวิกฤต มีรายละเอียดเช่นเดียวกับงานวิจัยชิ้นที่ 2) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการประเมินผู้ป่วยในภาวะวิกฤต โดยจิตแพทย์ 3 คน และนักจิตวิทยาคลินิก กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและ

หัวข้อ	รายละเอียด
	กลุ่มควบคุมใกล้เคียงกัน ได้แก่ 39.3 และ 40.7 ตามลำดับ โดยรวม ทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะคล้ายคลึงกัน แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในผู้ป่วยโรคจิตเภท
เครื่องมือในการประเมิน	การประเมินผลจะประเมินเมื่อรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลและประเมินหลังผ่านระยะวิกฤตไปแล้ว 6 สัปดาห์ และ 6 เดือน โดยเครื่องมือที่ใช้ประเมิน ได้แก่ 1. การสัมภาษณ์ประวัติการแสดงออกทางสังคม 2. Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS; Wing et al., 1998) 3. Life Skills Profile (LSP; Parker et al., 1991) 4. แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; Lukoff et al., 1986)) 5. Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA; Priebe et al., 1999) 6. แบบสอบถามความพึงพอใจผู้รับบริการ (Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8; Atkisson & Zwick, 1982) เพื่อวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการของทีมแก้ไขภาวะวิกฤต โดยผู้เก็บข้อมูลทราบว่าผู้ถูกเก็บข้อมูลอยู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม
การบำบัด (intervention)	ก่อนที่จะกล่าวถึง ทีมแก้ไขภาวะวิกฤต จะกล่าวถึง ทีมจิตเวชชุมชนก่อน ซึ่งเป็นทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอยู่เดิม (Pre-Crisis resolution team) ในโรงพยาบาลจิตเวช โดยสมาชิกประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ จะทำงานเวลา 9.00 น. – 17.00 น. ทุกวันทำการ และมีทีมให้การปรึกษาและให้การดูแลช่วยเหลือ (Liaison team) ซึ่งเป็นทีมสหวิชาชีพจะทำงานเวลา 8.00 น. – 22.00 น. และมีแผนกดูแลเร่งด่วน (acute care)ให้บริการฉุกเฉินสามารถให้การดูแลในระยะวิกฤตตลอด 24 ชั่วโมง เป็นการให้การดูแลตาม European Service Mapping Schedule (Johnson et al., 2000) ซึ่งจะพบว่าอัตราการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ให้บริการนอกศูนย์สุขภาพชุมชนประมาณเดือนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 49 ส่วนที่ให้บริการ บ่อยๆ คือมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์มีประมาณ ร้อยละ 1.5 โดยทีมแก้ไขภาวะวิกฤต (CRT) เป็นทีมงานที่มีเพิ่มเข้ามาในทีม

หัวข้อ	รายละเอียด
	จิตเวชชุมชนที่กล่าวมาข้างต้น อันเป็นผลจากนโยบายแห่งชาติ ที่ต้องการให้มีการบริการที่สามารถประเมินและบำบัดผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชนได้ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งสมาชิกทีมประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้การสนับสนุน และ จิตแพทย์ (Department of Health, 2001) โดยทีมจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและให้การดูแลที่บ้าน ก่อนที่จะมีอาการรุนแรงจนถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ถ้าจำเป็นผู้ป่วยอาจต้องได้รับการดูแลเยี่ยมบ้านหลายครั้งในหนึ่งวันและจะจำหน่ายผู้ป่วยจากการดูแลเมื่อปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขแล้ว (Crisis has resolved) รายละเอียดของกิจกรรมในรูปแบบการดูแล (Johnson, 2004) ได้แก่ 1. ระยะเวลารวบรวมข้อมูล (assessment) โดยการประเมินอาการผู้ป่วย จากการรับและสังเกต ณ จุดเกิดเหตุ พร้อมเข้าไปแก้ปัญหาอย่างรวดเร็ว 2. ระยะเวลาวางแผนแก้ปัญหา (planning) วางแผนการดูแล กำหนดจำนวนครั้งในการติดตาม และวางแผนจำหน่ายตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยยึดหยุ่นตามอาการทางคลินิกของผู้ป่วย 3. ระยะเวลาให้การดูแลแก้ปัญหา (intervention) ได้แก่ - กำหนดผู้ดูแล โดยดึงผู้ที่มีศักยภาพในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม - ให้การดูแลอย่างเข้มข้นโดยการติดตามเยี่ยมบ้านบ่อยๆ อาจจะหลายครั้งใน 1 วัน ยึดหยุ่นตามอาการทางคลินิกของผู้ป่วย - ให้การรักษาโดยใช้ยาได้ตลอด 24 ชั่วโมง และติดตามผลของยาเป็นระยะๆ โดยผู้ควบคุมทีมต้องได้รับการฝึกการใช้ยามาก่อน - สนับสนุนปัจจัยพื้นฐานเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านได้ โดยการสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยและให้ความเคารพญาติหรือผู้ดูแล และผู้ที่เกี่ยวข้อง - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะวิกฤต รวมถึงการขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็นแก่ญาติหรือผู้ดูแล - ผู้บำบัดต้องให้การดูแลผู้ป่วยและญาติ โดยอาจเลือกการให้คำปรึกษาในเรื่องการแก้ปัญหา การจัดการความเครียด การปรับประคับประคองจิตใจ - การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยให้สังเกตอาการนำและวางแผนทางป้องกันให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป

หัวข้อ	รายละเอียด
	ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าใจและเข้าถึงบริการได้ง่ายตลอด 24 ชั่วโมง
	ในระยะเวลาที่อาการทุเลา ควรอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้แก่ญาติและชุมชน โดยเน้นให้ใช้ชีวิตได้อย่างปกติ
	ติดต่อประสานงานกับทีมให้บริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย
	4. ระยะสิ้นสุดปัญหา (resolution) ควรเริ่มวางแผนจำหน่ายตั้งแต่วะยะเริ่มแรก โดยทีมต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย, ผู้ดูแล และผู้เกี่ยวข้อง เป็นอย่างดีว่าส่งผลต่อการเกิดภาวะวิกฤตได้อย่างไร
ระเบียบวิธีวิจัย	A quasi- experimental was used to compare cohorts presenting
ระดับของงานวิจัย	งานวิจัยอยู่ในระดับ 4
ผลการวิจัย	1. อัตราการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ในกลุ่ม Pre-CRT ภายใน 6 สัปดาห์ หลังได้รับการบำบัดแบบ CRT ลดลงจากร้อยละ 71 เหลือร้อยละ 49 พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.002$ (Odds ratio 0.38, 95% Confidence interval 0.21-0.70) 2. อัตราการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ในกลุ่ม Pre-CRT ภายใน 6 เดือนอย่างน้อย 1 ครั้ง หลังได้รับการบำบัดแบบ CRT ลดลงจากร้อยละ 75 เหลือร้อยละ 60 พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.030$, Odds ratio=0.49 (CI 0.26-0.93) 3. จำนวนวันนอนโรงพยาบาลในกลุ่ม Pre-CRT ภายใน 6 สัปดาห์ หลังได้รับการบำบัดแบบ CRT ลดลงจาก 19.1 วัน เหลือ 12.9 วัน พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=0.001$ 4. ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ จากการวัดผลโดยการใช้แบบสอบถาม CSQ-8 พบว่าผู้ได้รับการบำบัดภาวะวิกฤตมีความพึงพอใจมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลแบบมาตรฐานทั่วไป โดยค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจจากแบบสอบถาม CSQ-8 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง 5.6 คะแนน และพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $p<0.0005$

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	เช่นเดียวกับงานวิจัยชิ้นที่ 2 แต่ผลลัพธ์แสดงความเข้มแข็งในระดับที่น้อยกว่างานวิจัยชิ้นที่ 2
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	เช่นเดียวกับงานวิจัยชิ้นที่ 2
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	งานวิจัยเป็นงานที่มีค่าและมีคุณภาพ โดยที่แหล่งตีพิมพ์เป็นวารสารทางด้านจิตเวชโดยตรง ผู้วิจัยเป็นคณะทำงานทั้งหมด 9 คน โดยเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวชจากองค์กรทางด้านจิตเวชทั้งสิ้น งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก Camden and Islington Mental Health and Social Care ซึ่งเป็นหน่วยงานด้านสุขภาพจิตโดยตรงและต้องผ่านการคัดเลือกมาอย่างดี ชื่อเรื่องบอกถึงตัวแปรต้นและตัวแปรตาม แต่ไม่ได้บอกวิธีการศึกษา งานวิจัยระบุปัญหาและเหตุผลในการวิจัยอย่างชัดเจน มีการระบุวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยไว้อย่าง ชัดเจนคือ เพื่อประเมินผลของการแนะนำทีมแก้ภาวะวิกฤตในกลุ่มผู้ให้การดูแลสุขภาพจิตชุมชน มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวางและทันสมัย โดยวรรณกรรมฉบับล่าสุดที่นำมาประเมินคือเรื่อง การดูแลผู้ป่วยโดยทีมดูแลภาวะวิกฤตและทีมดูแลที่บ้านอย่างใกล้ชิด (Crisis resolution and intensive home treatment team) ซึ่งทำการวิจัยในปีเดียวกัน คือปี ค.ศ. 2004 งานวิจัยนี้ระบุว่าเป็นการวิจัยแบบ cohort study ซึ่งยอมรับความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้เนื่องจากการศึกษาวิจัยในมนุษย์อาจมีความจำกัดด้านจริยธรรมส่งผลให้ไม่สามารถทำการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างเป็นระบบได้ งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	การประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ ซึ่งประเมินจาก 3 หัวข้อหลัก ได้แก่
การปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding)

หัวข้อ	รายละเอียด
	2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation)
	3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio)
	พบเช่นเดียวกับงานวิจัยชิ้นที่ 2



งานวิจัยเรื่องที่ 4 Assessing the impact of community-based mobile crisis services on preventing hospitalization.

ผู้แต่ง Guo, S., Biegel, D. E., Johnsen, A. J., Dyches H.

แหล่งตีพิมพ์ Psychiatric service, 52(2): 223-228. (2001).

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	การประเมินผลกระทบของบริการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน ในการป้องกันการเข้ารับบริการจัดการภาวะวิกฤตใน โรงพยาบาล (Assessing the impact of community-based mobile crisis services on preventing hospitalization)
วัตถุประสงค์	1. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน เปรียบเทียบกับรูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล 2. เพื่อศึกษาลักษณะของผู้รับบริการสุขภาพจิตที่มีอัตราการเข้ารับบริการ บำบัดภาวะวิกฤตในโรงพยาบาลที่สูง
ทุน	ได้รับทุนจาก Cuyahoga County community mental health board
สมมติฐาน	รูปแบบบริการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชนสามารถลดระยะเวลา และอัตราการเข้ารับบริการจัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาลได้
setting	การศึกษาใช้ข้อมูลการบริหารงานสุขภาพจิตของเขตอุตสาหกรรม ตอนกลางของเมืองใหญ่ทางตะวันตก ประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่าง	คัดเลือกผู้รับบริการเข้ารับบริการจัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาลช่วง 11 เดือนแรกของปีงบประมาณ 1995 จำนวน 4,372 ราย และคัดเลือกผู้รับบริการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชนช่วง 11 เดือนแรกของปีงบประมาณ 1997 จำนวน 1,757 ราย โดยมีการจับคู่ตัวแปร 7 ตัวนี้คือ เพศ เชื้อชาติ อายุขณะที่มีภาวะวิกฤต (age at the time of crisis service) การวินิจฉัยหลัก ประวัติการรับบริการมาก่อน (recency of prior use of services) ประวัติการใช้สารเสพติด และการถูกระบุว่า มีอาการทางจิตรุนแรง (severe mental disability certification status) หลังการจับคู่ตัวแปรดังกล่าว ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ดูแลที่หน่วยฉุกเฉินและดูแลในชุมชน กลุ่มละ 110 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง เป็นชนผิวดำ

หัวข้อ	รายละเอียด
	(African Americans) มากกว่าชนผิวขาว (Caucasians) อายุเฉลี่ยคือ 36 ปี
เครื่องมือในการประเมิน	การศึกษานี้ไม่ได้แสดงข้อมูลของเครื่องมือในการประเมินผู้รับบริการเกี่ยวกับภาวะวิกฤตอย่างชัดเจน แต่ใช้ข้อมูลผู้มีภาวะวิกฤตจากการวินิจฉัยของแพทย์ การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยใช้แบบจำลองของ Cox (Cox proportional hazard model) วิเคราะห์อัตราและระยะเวลาของการเข้ารับบริการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล
การบำบัด (intervention)	1. การบำบัดกลุ่มควบคุมเป็นการจัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล รูปแบบการบำบัดคือ ให้การดูแลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินเมื่อผู้รับบริการเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล 2. การบำบัดกลุ่มทดลองคือการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน ทีมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ 2.1 ผู้เชี่ยวชาญในการจัดการภาวะวิกฤต (คุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญคือสามารถวางแผนการบำบัดในระยะ crisis ได้ และต้องเป็นบุคลากรวิชาชีพทางด้านสุขภาพจิต สามารถประเมินและวินิจฉัยโรคทางจิตเวชได้ สามารถคัดกรองและทำหน้าที่ ผู้จัดการรายกรณี (case management) ได้ มีหน้าที่ในการวินิจฉัย รวบรวมข้อมูล ประเมินอาการผู้ป่วย คัดกรองผู้ป่วยว่ามีแนวโน้มจะต้องเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลหรือไม่ วางแผนการบำบัดในระยะวิกฤต และจัดการกรณีอื่นๆที่เกี่ยวกับภาวะวิกฤตเพิ่มเติม 2.2 พยาบาลเป็นผู้ให้บริการด้านยาและดำเนินการให้มีการประเมินเพื่อการวินิจฉัย 2.3 จิตแพทย์มีหน้าที่กำกับดูแลการให้บริการด้านยาและการประเมินเพื่อการวินิจฉัย และคัดกรองผู้ป่วยที่มีแนวโน้มต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยรูปแบบการดูแลจะออกให้บริการเมื่อมีผู้โทรศัพท์มาแจ้ง ทีมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน จะตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยและส่งสมาชิกทีมออกไปให้การดูแล ณ จุดที่เกิดเหตุ เพื่อให้การดูแลตามอาการ และติดตามอาการ โดยส่งต่อเข้ารับบริการที่เหมาะสม และเชื่อมโยงกับบริการในชุมชน บางราย

หัวข้อ	รายละเอียด
	ที่อาการรุนแรงจึงส่งต่อมารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มเติม ซึ่งรูปแบบนี้ได้ นำงบประมาณค่าใช้จ่ายที่ใช้ในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลไปใช้เป็นค่าใช้จ่าย ของรูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชนแทน ซึ่งค่าใช้จ่าย ของรูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชนเท่ากับหรือพอๆกับการ บำบัดในหน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาล
ระเบียบวิธีวิจัย	ใช้การวิจัย A quasi- experimental design (Cohorts presentation)
ระดับของ งานวิจัย	งานวิจัยอยู่ในระดับ 4
ผลการวิจัย	การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ที่ได้จากฐานข้อมูลองค์กรบริหารงานสุขภาพจิต ระดับจังหวัด โดยข้อมูลประชากรและการใช้บริการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ ในชุมชน ได้มาจากระบบรายงานบริการชุมชน ส่วนข้อมูลการรับบริการ ในโรงพยาบาลได้มาจากข้อมูลการบันทึกประวัติการใช้บริการของผู้รับบริการ การวัดผลลัพธ์หลัก 1. จากการเปรียบเทียบสัดส่วนโดยใช้แบบจำลองของ Cox (Cox proportional hazard model) พบว่า อัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน หลังภาวะวิกฤตของกลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน (ร้อยละ 24.2) น้อยกว่าผู้ที่ได้รับการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในโรงพยาบาล (ร้อยละ 32.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $\chi^2=263.23$, $df=33$, $p<0.001$ 2. อัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลภายใน 2 วัน หลังภาวะวิกฤตของกลุ่มผู้รับบริการที่ได้รับการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน (ร้อยละ 18) มีอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ที่ได้รับการจัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล (ร้อยละ 26) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ 3. จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการควบคุมตัวแปรอิสระทั้งหมด พบว่า ผู้ที่ได้รับการบริการจัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาลเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

หัวข้อ	รายละเอียด
	มากกว่าผู้รับบริการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน (ร้อยละ 51) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ การวัดผลลัพธ์รอง พบว่าจากการศึกษาถึงลักษณะของผู้รับบริการที่มักเข้ารับบริการในโรงพยาบาลสามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้ 1. เกือบสองเท่าของผู้รับบริการที่มีปัจจัยต่อไปนี้จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า ได้แก่ - ผู้รับบริการที่ส่งต่อโดยระบบกฎหมาย เข้ารักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่ขอรับบริการเอง - ผู้รับบริการที่มีปัญหาแสดงท่าทีที่จะทำร้ายตนเอง (suicidal gesture) หรือพยายามทำร้ายตนเอง หรือ วุ่นวาย (agitation) หรือ วิตกกังวลเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าผู้มีปัญหาจากการใช้สารเสพติด (substance abuse) 2. มากกว่าสองเท่าของผู้รับบริการที่มีปัจจัยต่อไปนี้จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล - ผู้รับบริการที่ถูกส่งต่อโดยโรงพยาบาลจิตเวชหรือสถานบำบัดอื่นๆ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มากกว่าผู้ที่มาขอรับบริการเอง - ผู้รับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยหลักเป็น โรคจิตเภท โรคจิตทางอารมณ์ (affective psychosis) เข้ารับบริการในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ติดยาหรือสุรา (alcohol or drug disorder) - ผู้ที่มีอาการหลงผิดประสาทหลอน และมีอารมณ์เศร้า - ผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่ไม่มีที่อยู่อาศัย เข้ารับบริการในโรงพยาบาล มากกว่าผู้ที่มีงานทำและมีที่อยู่อาศัย
การสรุปเพื่อนำไปใช้	รูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชนนี้ ต้องอาศัยระบบการทำงานเป็นทีม มีความพร้อมและการประสานงานที่ตลอด 24 ชั่วโมง ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย ผู้รับบริการรูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน จะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในน้อยลง ลักษณะของผู้รับบริการที่มักต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนหนึ่งเป็นผู้ด้อยโอกาส ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรัง ไม่มีรายได้ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง

หัวข้อ	รายละเอียด
	มาก ผู้ที่ถูกส่งต่อ ระบบกฎหมาย ซึ่งหากสามารถให้การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้ก่อนที่จะมีอาการรุนแรงจนควบคุมไม่ได้ ก็จะสามารถป้องกันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลังภาวะวิกฤตได้มากขึ้น ผู้บำบัด ได้แก่ ทีมบำบัดช่วยเหลือภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการฝึกปฏิบัติมาก่อน การบำบัดที่นำไปใช้ได้เป็นการประเมินผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและให้การดูแลอย่างฉับพลันในระยะวิกฤตโดยเน้นการจัดการปัญหาเฉพาะหน้า เพื่อให้อาการคงที่ (Stable) และมีการดูแลต่อเนื่องโดยพยาบาลจิตเวชชุมชน หรือพยาบาลจิตเวชเจ้าของไข้ ซึ่งมีความเหมาะสมต่อการนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลชุมชนซึ่งดูแลผู้ป่วยในชุมชนและเป็นสถานพยาบาลในลำดับแรกที่ต้องให้การดูแลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยจิตเวชในภาวะวิกฤต
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้สามารถนำมาปรับใช้ในการปฏิบัติงานของหน่วยงานได้ เนื่องจากโรงพยาบาลมีทีมระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) อยู่แล้ว งานวิจัยนี้สามารถทดสอบสมมติฐานที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ว่ารูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชนสามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชได้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล งานวิจัยนี้ความสำเร็จขึ้นอยู่กับการทำงานเป็นทีมและมีการประสานงานอย่างเป็นระบบ พยาบาลสามารถเสนอแนวปฏิบัติต่อทีมบริหารของโรงพยาบาล และริเริ่มพัฒนาทีมบริการจิตเวชฉุกเฉิน มีการอบรมและฝึกปฏิบัติด้านการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตให้อาการสงบลง การประเมินและการวินิจฉัยปัญหาการใช้ยาทางจิตเวชในภาวะวิกฤต รวมทั้งการประสานงานทีมอย่างเป็นระบบ
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	งานวิจัยมีคุณค่าน่าเชื่อถือพอควรแต่มีข้อจำกัดอยู่บ้างโดยที่แหล่งตีพิมพ์เป็นวารสารทางด้านจิตเวชโดยตรง ผู้วิจัยเป็นคณะทำงานทั้งหมด 4 คน โดยเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวชทั้งสิ้น งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะกรรมการสุขภาพจิตชุมชน Cuyahoga (Cuyahoga County community mental health board) ซึ่งเป็นหน่วยงานด้านสุขภาพจิตโดยตรงและต้องผ่านการคัดเลือกมาอย่างดี

หัวข้อ	รายละเอียด
	ชื่อเรื่องของงานวิจัยฉบับนี้สะท้อนให้เห็นถึงวิธีการศึกษาและตัวแปรสำคัญแต่ไม่ได้แสดงให้เห็นถึงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา งานวิจัยระบุปัญหาและเหตุผลในการวิจัยอย่างชัดเจน มีการระบุวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยไว้อย่างชัดเจน มีการระบุกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มประชากรอย่างชัดเจน แต่กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการศึกษาข้อมูลด้วยวิธีจับคู่ต่างเวลาในการบำบัดรักษา ซึ่งอาจส่งผลให้มีความลำเอียงเกิดขึ้นจากระเบียบวิธีวิจัยที่ไม่รัดกุมนี้ มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวางแต่หลักฐานอ้างอิงยังมีความทันสมัยน้อยและไม่พบงานวิจัยเชิงทดลองอยู่ด้วย
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) ผลการศึกษานี้สามารถนำแนวทางมาใช้กับหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่ได้ เนื่องจากประชากรที่ทำการศึกษามีความคล้ายคลึงกับประชากรที่ปฏิบัติงานอยู่ คือเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดและสุราาร่วมด้วยเป็นต้น 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) หากนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง ต้องมีการให้ความรู้และทักษะในการให้การบำบัดดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในภาวะวิกฤตในชุมชนกับบุคลากรของระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มเติม และพิจารณาเรื่องการใช้จ่ายด้านจิตเวชที่มีอยู่อย่างจำกัดสำหรับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในภาวะฉุกเฉินในชุมชนได้อย่างปลอดภัย และต้องมีการประสานงานกับจิตแพทย์ประจำจังหวัดเพื่อเป็นที่ปรึกษาเนื่องจากหน่วยงานมีเพียงพยาบาลจิตเวช ไม่มีจิตแพทย์ 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) หากนำข้อเสนอแนะจากการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชภาวะวิกฤตไปใช้ ค่าใช้จ่ายในระยะสั้นในการเตรียมการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการสร้างความรู้แก่ทีมอาจเพิ่มขึ้น แต่หากคำนึงถึงประโยชน์ในระยะยาวจะพบว่า หน่วยบริการสามารถลดต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องกลับเข้ารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลลงได้ สามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายของญาติที่มาเฝ้าติดตามขณะอยู่โรงพยาบาล และลดการสูญเสียรายได้ของครอบครัวลงได้

งานวิจัยเรื่องที่ 5 The impact of mobile crisis services on the use of community-based mental health services.

ผู้แต่ง Dyches H., Biegel, D. E., Johnsen, J.A., Guo, S., Min, O.M.

แหล่งตีพิมพ์ Social work practice, 12(6): 731-751. (2002).

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	ผลกระทบของบริการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชนต่อบริการสุขภาพจิตในชุมชน (The impact of mobile crisis services on the use of community-based mental health services)
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเปรียบเทียบการใช้บริการติดตามการรักษาหลังเกิดภาวะวิกฤตระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับบริการจัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาลกับบริการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน 2. เพื่อหาลักษณะของผู้รับบริการสุขภาพจิตที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพจิตชุมชนหลังมีภาวะวิกฤต
ทุน	ได้รับทุนจาก Cuyahoga County community mental health board
สมมติฐาน	1. ผู้ที่ได้รับการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชนมีแนวโน้มจะได้รับบริการติดตามการรักษาหลังเกิดภาวะวิกฤตมากกว่าบริการจัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล 2. ผู้ที่เคยเข้ารับบริการในระบบดูแลสุขภาพจิตรายใหม่ จะมีแนวโน้มได้รับบริการติดตามการรักษาหลังเกิดภาวะวิกฤตมากกว่าผู้ที่เคยเข้ารับบริการมาก่อนหน้านี้
setting	การศึกษาใช้ข้อมูลการบริหารงานสุขภาพจิตของเขตอุตสาหกรรมตอนกลางของเมืองใหญ่ทางตะวันตก ประเทศสหรัฐอเมริกา เช่นเดียวกับงานวิจัยเรื่องที่ 4
กลุ่มตัวอย่าง	คัดเลือกผู้รับบริการจัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาลปีงบประมาณ 1995 จำนวน 1,187 ราย จาก 4,660 ราย และคัดเลือกผู้รับบริการจัดการภาวะวิกฤตในชุมชนช่วง ปีงบประมาณ 1997 จำนวน 1,187 ราย จาก 1,888 ราย โดยจับคู่ตัวแปร 7 ตัว เช่นเดียวกับงานวิจัยเรื่องที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง เป็นชนผิวดำ (African Americans) มากกว่าชนผิวขาว (Caucasians) อายุเฉลี่ยคือ 36 ปี

หัวข้อ	รายละเอียด
	กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงที่สุดรองลงมา ได้แก่ โรคจิตทางอารมณ์ (affective psychosis) และอันดับ 3 ได้แก่ ปัญหาจากการใช้ยาหรือสุรา (Alcohol or drug problem) และมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาจากการใช้สารเสพติด และพบว่ามากกว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีอาการทางจิตรุนแรง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประมาณ 3 ใน 5 เป็นผู้รับบริการใหม่ในระบบสุขภาพจิต
เครื่องมือในการประเมิน	การศึกษานี้ไม่ได้แสดงข้อมูลของเครื่องมือในการประเมินผู้รับบริการเกี่ยวกับภาวะวิกฤตอย่างชัดเจน แต่ใช้ข้อมูลผู้มีภาวะวิกฤตจากการวินิจฉัยอาการ เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ แบบจำลองของ Cox (Cox proportional hazard model) ใช้เพื่อวิเคราะห์อัตราและระยะเวลาของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
การบำบัด (intervention)	1. การบำบัดภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล รูปแบบการบำบัดเช่นเดียวกับงานวิจัยเรื่องที่ 4 2. การบำบัดภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน รูปแบบการบำบัดเช่นเดียวกับงานวิจัยเรื่องที่ 4 แต่รายละเอียดในงานวิจัยฉบับนี้ทำให้ทราบข้อมูลเพิ่มเติมว่า ผู้เชี่ยวชาญที่ทำหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูลและวินิจฉัยอยู่กับพยาบาลจิตเวช อาจเป็นนักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลวิชาชีพ หรือจิตแพทย์ก็ได้
ระเบียบวิธีวิจัย	ใช้การวิจัย cohort study (an ex post matched control group quasi –experimental design)
ระดับของงานวิจัย	งานวิจัยอยู่ในระดับ 4
ผลการวิจัย	การวัดผลลัพธ์หลัก 1. จากการเปรียบเทียบสัดส่วนโดยใช้แบบจำลองของ Cox (Cox proportional hazard model) พบว่า อัตราการเข้ารับบริการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องหลังเกิดภาวะวิกฤตใน 90 วัน ของผู้มีภาวะวิกฤต ที่ได้รับบริการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชน (ร้อยละ 45.1) มากกว่าผู้รับบริการที่ได้รับการ

หัวข้อ	รายละเอียด
	จัดการภาวะวิกฤตในโรงพยาบาล (ร้อยละ 37.4) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ การวัดผลลัพธ์รอง พบว่าลักษณะของผู้รับบริการที่มักเข้ารับบริการของสุขภาพจิตชุมชน ได้แก่ 1. ผู้รับบริการที่เป็นชนผิวดำรับบริการมากกว่าผู้รับบริการที่เป็นชนผิวขาว 2. ผู้รับบริการที่ไม่มีที่อยู่อาศัยรับบริการมากกว่าผู้รับบริการที่มีผู้ดูแล เช่น อยู่กับครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน 3. ผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าและปัญหาอื่นๆ ที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด เข้ารับบริการมากกว่าผู้รับบริการที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติด 4. ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทและ โรคจิตทางอารมณ์ (affective psychosis) รับบริการมากกว่าผู้รับบริการที่มีปัญหาจากการใช้ยาหรือดื่มสุรา 5. ผู้รับบริการที่มีอาการทางจิตรุนแรงรับบริการมากกว่าผู้ที่อาการไม่รุนแรง 6. ผู้ที่เคยรับบริการมาก่อนจะรับบริการมากกว่าผู้ที่ไม่เคยรับบริการมากกว่า 2 เท่า
การสรุปเพื่อนำไปใช้	ผู้บำบัด ได้แก่ ทีมภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการฝึกปฏิบัติมาก่อน รูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชนนี้ ต้องอาศัยระบบการทำงานเป็นทีม มีความพร้อมและการประสานงานที่ดีตลอด 24 ชั่วโมง ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย การบำบัดที่นำไปใช้ได้เช่นเดียวกับงานวิจัยเรื่องที่ 4 และเน้นการให้บริการสุขภาพจิตในชุมชนต่อเนื่องหลังพ้นภาวะวิกฤต เพื่อลดการต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	เนื่องจากกลุ่มประชากรหลัก เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงที่สุดเช่นเดียวกับหน่วยงานที่ปฏิบัติอยู่ ดังนั้นงานวิจัยนี้สามารถนำมาใช้ในหน่วยงานได้ งานวิจัยนี้สามารถทดสอบสมมติฐานที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ว่าผู้ได้รับการบำบัดภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ที่มีแนวโน้มจะได้รับบริการชุมชนหลังเกิดภาวะวิกฤตมากกว่าผู้รับบริการในโรงพยาบาล ซึ่งอาจเนื่องจากการประสานงานระหว่างทีมจิตเวชเคลื่อนที่กับทีมจิตเวชชุมชนตั้งแต่ระยะ

หัวข้อ	รายละเอียด
	วิกฤต แล้วทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับบริการจิตเวชชุมชนได้มากขึ้น
การมีความหมาย หรือมีคุณค่าใน เชิงของศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์เป็นวารสารทางด้านสังคมซึ่งเป็นงานวิจัยที่ทำให้มุมมองเปิดกว้างขึ้น 2. ผู้วิจัยเป็นคณะทำงานทั้งหมด 4 คน โดยเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช และเคยศึกษาวิจัยการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชนมาก่อนทั้งสิ้น 3. งานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก Cuyahoga County community mental health board ซึ่งเป็นหน่วยงานด้านสุขภาพจิตโดยตรงและต้องผ่านการคัดเลือกมาอย่างดี 4. ชื่อเรื่องของงานวิจัยฉบับนี้สะท้อนให้เห็นถึงวิธีการศึกษาและตัวแปรสำคัญแต่ไม่ได้แสดงให้เห็นถึงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา งานวิจัยระบุปัญหาและเหตุผลในการวิจัยอย่างชัดเจน มีการระบุวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยไว้อย่างชัดเจน มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวาง หลักฐานเชิงประจักษ์ ยังมีความทันสมัย โดยงานวิจัยปีล่าสุดที่นำมาศึกษา เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในปี ค.ศ. 2001 ก่อนปีที่ตีพิมพ์งานวิจัยฉบับนี้เพียงปีเดียว แต่ไม่พบงานวิจัยเชิงทดลองอยู่ด้วย มีการระบุกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มประชากรอย่างชัดเจน แต่กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการศึกษาข้อมูลด้วยวิธีจับคู่ ซึ่งอาจส่งผลให้มีความลำเอียงเกิดขึ้นจากระเบียบวิธีวิจัยที่ไม่รัดกุมเพียงพอ
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	การศึกษานี้มีแนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติเช่นเดียวกับงานวิจัยเรื่องที่ 4 ทั้ง การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) และความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio)

งานวิจัยเรื่องที่ 6 **Evaluation of a mobile crisis program: effectiveness, efficiency, and consumer satisfaction.**

ผู้แต่ง **Scott, R. L.**

แหล่งตีพิมพ์ **Psychiatric service, 51(9): 1153-1156. (2000).**

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อเรื่อง	การประเมินประสิทธิภาพประสิทธิผลและความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ (Evaluation of a mobile crisis program: effectiveness, efficiency, and consumer satisfaction)
วัตถุประสงค์	1. เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ต่ออัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอัตราการจับกุมของผู้ที่มีภาวะวิกฤต 2. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ของผู้รับบริการและตำรวจ
ทุน	การศึกษานี้ไม่ได้ระบุดังการได้รับทุนสนับสนุน
สมมติฐาน	1. โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่สามารถลดการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลจิตเวชและลดอัตราการจับกุมผู้ที่มีภาวะวิกฤตของตำรวจได้ 2. ผู้รับบริการและตำรวจมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่
setting	งานวิจัยนี้ทำการศึกษาในเมืองแอตแลนตา (Atlanta) รัฐจอร์เจีย (Georgia) ประเทศสหรัฐอเมริกา
กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่ได้รับการดูแลโดยทีมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ 73 ราย และดูแลโดยตำรวจทั่วไปจำนวน 58 ราย โดยศึกษาข้อมูลเป็นระยะเวลา 3 เดือน ในช่วง 1 ตุลาคม- 31 ธันวาคม ค.ศ. 1995 ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่อง อายุ เชื้อชาติ การไม่มีที่อยู่อาศัย และการเข้ารับการรักษาในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างที่รับบริการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่เป็นเพศชายเท่ากับ กับเพศหญิงและเป็นชนผิวดำเท่ากับกับชนผิวขาว แต่ผู้รับบริการจัดการภาวะวิกฤตจากตำรวจทั่วไปพบเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงและเป็นชนผิวดำมากกว่าชนผิวขาว กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 37 ปี เกือบครึ่งมีอาการก้าวร้าว

หัวข้อ	รายละเอียด
	ในภาวะวิกฤต (Violence- related crisis situation) และไม่มีที่อยู่อาศัยร้อยละ 10 ทั้ง 2 กลุ่ม
เครื่องมือในการประเมิน	งานวิจัยฉบับนี้ ใช้เครื่องมือ Client Satisfaction Questionnaire-8 เป็นแบบประเมิน 4 ระดับ เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ใช้เครื่องมือ Service satisfaction Scale- 30 เพื่อประเมินความพึงพอใจของตำรวจต่อการทำงานเป็นทีมและความสัมพันธ์กับสมาชิกทีมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ งานวิจัยฉบับนี้ ไม่ได้แสดงให้เห็นถึงเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะวิกฤตของผู้ป่วย
การบำบัด (intervention)	1. การบำบัดภาวะวิกฤตโดยตำรวจเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตเพื่อป้องกันอันตราย และเพื่อความปลอดภัยของผู้ที่เกี่ยวข้องและเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป 2. โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ เป็นโปรแกรมความร่วมมือระหว่างหน่วยรักษาความปลอดภัยระดับจังหวัด (County's public safety department) กับกลุ่มสนับสนุนในท้องถิ่น (Local advocacy groups) และสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช ทีมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ประกอบด้วยคณะทำงาน 2 ชุด ผลัดเปลี่ยนเวรการทำงาน สมาชิกทีมใน 1 ชุด ประกอบด้วยพยาบาลจิตเวช 1 คนและ ตำรวจ 2 นาย โดยมีจิตแพทย์เป็นผู้ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ทีมจะอยู่เวรรับโทรศัพท์ เวลา 15.00 น.- 22.30 น. ตลอด 7 วัน และออกให้บริการเมื่อรับแจ้งเหตุ โดยทำหน้าที่ประเมินถึงความจำเป็นว่าต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ โดยผู้ควบคุมทีมเป็นผู้นำส่ง แต่ถ้าไม่จำเป็น พยาบาลจะให้คำปรึกษาเพื่อให้การช่วยเหลือ ณ ที่เกิดเหตุ และส่งต่อไปให้บุคลากรในท้องที่ให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป ตำรวจทำหน้าที่ช่วยเหลือสนับสนุนการจัดการภาวะวิกฤต และป้องกันสมาชิกทีมจากอันตรายจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย เนื่องจากพบอัตราของผู้ป่วยมีภาวะวิกฤต แสดงอาการก้าวร้าวรุนแรงสูง รูปแบบการดูแลเริ่มขึ้นเมื่อมีผู้โทรศัพท์มาแจ้งภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชจากระบบแจ้งเหตุ ที่หมายเลข 911 ของตำรวจและตำรวจซึ่งอยู่ในทีมจัดการ

หัวข้อ	รายละเอียด
	ภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ดำเนินการโดยโทรปรึกษาทีมแพทย์ หรือรับแจ้งจากศูนย์สุขภาพจิตชุมชน DeKalb ซึ่งรับแจ้งเหตุมาจากบริการสายด่วนของศูนย์บริการ โดยทีมจะให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์และติดตามความก้าวหน้าของการให้การช่วยเหลือ และถ้าจำเป็นจะออกไปให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง
ระเบียบวิธีวิจัย	ใช้การศึกษาวิจัยแบบ Case control เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) เกี่ยวกับตัวแปรลักษณะทางประชากร การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอัตราการจับกุมของตำรวจ
ระดับของงานวิจัย	งานวิจัยอยู่ในระดับ 4
ผลการวิจัย	1. ประสิทธิภาพของโปรแกรม พบว่า ผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลจากทีมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (ร้อยละ 45) น้อยกว่าผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลจากตำรวจทั่วไป (ร้อยละ 82) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ และผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลจากทีมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจ (ร้อยละ 36) น้อยกว่าผู้รับบริการที่ได้รับการดูแลจากตำรวจทั่วไป (ร้อยละ 67) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ 2. ประสิทธิภาพของโปรแกรม ค่าใช้จ่าย โดยรวม ต่อหัว ซึ่งรวมทั้งค่าใช้จ่ายที่ให้บริการในชุมชนและทั้งที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ารูปแบบบริการโดยทีมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ที่ใช้เงินทั้งหมด (\$1,520) ต่ำกว่า รูปแบบบริการที่ดูแลโดยตำรวจทั่วไป (\$1,963) ร้อยละ 23 3. ความพึงพอใจต่อโปรแกรม 1. พบว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการเฉลี่ยเท่ากับ 27.4 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.9 และค่าความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัว พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.7 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.8 ซึ่งมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่เมื่อเปรียบเทียบกับการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพจิตชุมชนที่ Attkisson และ Greenfield ทำไว้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.09 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.01

หัวข้อ	รายละเอียด
	2. จากการสำรวจความพึงพอใจของตำรวจ ทั้งหมด 106 นาย พบว่า ร้อยละ 75 พึงพอใจกับประสิทธิภาพการทำงานและความสัมพันธ์ของทีมงาน ร้อยละ 19 มีความพึงพอใจปานกลางและร้อยละ 6 ไม่พึงพอใจ แต่ในคำถามปลายเปิดของผู้ที่พึงพอใจปานกลางและผู้ที่ไม่พึงพอใจมีความหมายในเชิงบวก
การสรุปเพื่อนำไปใช้	รูปแบบการบำบัดภาวะวิกฤตเคลื่อนที่มีสมาชิกทีมเป็นบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ พยาบาลจิตเวชและจิตแพทย์ ร่วมกับบุคลากรของกระทรวงมหาดไทยเป็นตำรวจ 2 นาย เพื่อช่วยเหลือในรายที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรงซึ่งพบมากในผู้ป่วยภาวะวิกฤต การจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่นี้ทำให้เห็นถึงการประสานงานที่ดีของโรงพยาบาลและสถานีตำรวจ โดยในสถานการณ์ที่ตำรวจได้รับแจ้งและไปดูแลที่เกิดเหตุก่อนพยาบาล ตำรวจจะติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์และวิทยุเพื่อขอคำปรึกษาในการจัดการภาวะวิกฤตในเบื้องต้น ซึ่งหากจัดการได้ ทีมจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่อาจไม่ต้องออกไปที่เกิดเหตุด้วยตนเองได้ การจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่นี้สามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากอาการรุนแรงและจากความไม่สมัครใจ รวมทั้งสามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยได้มากกว่าการจัดการภาวะวิกฤตของตำรวจทั่วไป (เนื่องจากผู้ป่วยยังสามารถอยู่ในชุมชนได้มากกว่าเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล)
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	งานวิจัยนี้สามารถช่วยในกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลได้ เนื่องจากในการปฏิบัติงานจริง พยาบาลเป็นบุคคลแรกของสถานพยาบาลที่ต้องรับแจ้งประเมินอาการ ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและประสานการช่วยเหลือให้แก่ผู้ป่วยในภาวะวิกฤตทุกราย และเห็นว่าการมีทีมเข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยนี้ส่งผลดีต่อผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติได้โดยไม่ต้องเข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน รวมทั้งสามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยของสถานพยาบาลลง งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์สอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ว่า รูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตเคลื่อนที่สามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชได้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตโดยตำรวจทั่วไป งานวิจัยนี้พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการตัดสินใจนำมาแก้ปัญหาได้ตาม

หัวข้อ	รายละเอียด
	ขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาล แต่ต้องได้รับการอบรมและฝึกปฏิบัติด้านการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตและการให้คำปรึกษาต่อตำรวจในการจัดการภาวะวิกฤตในเบื้องต้น และมีการประสานงานทีมอย่างเป็นระบบ
การมีความหมาย หรือมีคุณค่าใน เชิงของศาสตร์	งานวิจัยนี้มีคุณค่าและน่าเชื่อถือ เนื่องจาก แหล่งตีพิมพ์เป็นวารสารทางด้านจิตเวชโดยตรง การศึกษานี้ มีผู้วิจัย 1 คน ซึ่งเป็นผู้อำนวยการของการจัดการดูแลที่ Georgia Mountains Community Services และเมื่อเขียนบทความนี้ขึ้นทำให้ผู้วิจัยได้รับเลือกเป็นคณะกรรมการและเครือข่ายของบริการชุมชน Dekalb ซึ่งถือว่าได้รับการยอมรับจากหน่วยงานภาครัฐในชุมชน ชื่อเรื่องของงานวิจัยฉบับนี้สะท้อนให้เห็นถึงวิธีการศึกษาและตัวแปรสำคัญแต่ไม่ได้แสดงให้เห็นถึงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา งานวิจัยระบุปัญหาและเหตุผลในการวิจัยอย่างชัดเจน มีการระบุวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยไว้อย่างชัดเจน มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างกว้างขวางแต่หลักฐานเชิงประจักษ์ยังมีความทันสมัยน้อย มีการระบุกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มประชากรอย่างชัดเจน แต่กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยเพียง 131 ราย
แนวโน้มที่จะ นำไปใช้ได้ใน การปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) ผลการศึกษานี้สามารถนำแนวทางมาใช้กับหน่วยงานที่ปฏิบัติงานอยู่ได้ เนื่องจากกลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยจิตเวชเช่นเดียวกัน รูปแบบการบำบัดภาวะวิกฤตเคลื่อนที่ในชุมชนนี้ ต้องอาศัยการติดต่อประสานงานที่ดีของทั้งระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ เนื่องจากการประสานงานระหว่างหน่วยงานนอกกระบบสาธารณสุข แม้ในทางปฏิบัติของพื้นที่จะมีการประสานงานในการดูแลผู้ป่วยในบางรายแต่พบว่ายังไม่มีระบบที่ชัดเจน ดังนั้นอาจต้องประสานงานตั้งแต่ระดับจังหวัด ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานในกระทรวงมหาดไทย เพื่อให้มีแผนงานและแนวทางการประสานงานและปฏิบัติงานร่วมกันที่ชัดเจน 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of Implementation) หากนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง สามารถนำมาปฏิบัติจริง

หัวข้อ	รายละเอียด
	ได้ เพราะหน่วยงานมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีอยู่เดิม ซึ่งมีการติดต่อประสานงานกับตำรวจอยู่แล้ว แต่ต้องเพิ่มทักษะ บทบาทหน้าที่ และแนวทางการให้คำปรึกษาของพยาบาลจิตเวชกับตำรวจในการจัดการภาวะวิกฤต ณ ที่เกิดเหตุให้ชัดเจน
	ต้องมีการประสานงานที่แสดงให้องค์กรนอกระบบสาธารณสุขเห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการให้ความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤต
	3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) หากนำข้อเสนอแนะจากการบำบัดภาวะวิกฤตในผู้ป่วยจิตเวชไปใช้ ค่าใช้จ่ายในระยะสั้นในการเตรียมการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องการสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ทีมอาจเพิ่มขึ้น แต่หากคำนึงถึงประโยชน์ในระยะยาว บุคลากรสาธารณสุขและตำรวจมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานในภาวะวิกฤตทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมากขึ้น ลดต้นทุนในการดูแลผู้ป่วย ผู้รับบริการ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาแบบผู้ป่วยใน ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายของญาติที่มาเฝ้าติดตามขณะอยู่โรงพยาบาลและลดการสูญเสียรายได้ของครอบครัว สำหรับสถานีตำรวจสามารถลดเวลา และค่าใช้จ่ายจากภาระงานในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวชลงได้

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ - สกุล

นางสาวศิลา ศิริฤกษ์

วัน เดือน ปีเกิด

9 พฤษภาคม 2524

สถานที่เกิด

จังหวัดกาญจนบุรี

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2547

จังหวัดเพชรบุรี

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวช)

ประวัติการทำงาน

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

สถานที่ทำงาน

โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

439 หมู่ 6 ต. ห้วยกระเจา อ. ห้วยกระเจา จ. กาญจนบุรี

71170

โทรศัพท์ 034-6773013-4 ต่อ 75

Email: sileematan@hotmail.com