



ประกาศกรมสุขภาพจิต

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรมสุขภาพจิต กำหนด นั้น

กรมสุขภาพจิต ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังรายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้ โดยผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น จะต้องจัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๖ เดือน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้วผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงาน จะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ เว้นแต่กรณีผู้ผ่านการประเมินบุคคลจะเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณใด ให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๖ เดือน ในปีงบประมาณนั้น

ทั้งนี้ หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล การทักท้วงหากตรวจสอบแล้วมีหลักฐานว่า ข้อทักท้วงเป็นการกั่นกั้นหรือไม่สุจริตให้ดำเนินการสอบสวนผู้ทักท้วง เพื่อหาข้อเท็จจริงและดำเนินการตามที่เห็นสมควรต่อไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายจุมภฏ พรหมสีดา)

รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต

ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศกรมสุขภาพจิต ลงวันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๖  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
ครั้งที่ ๕๗ /๒๕๖๖

ลำดับที่	ผู้ผ่านการประเมินบุคคล/หน่วยงาน	ตำแหน่งที่เข้ารับการประเมินผลงาน/ หน่วยงาน	ชื่อผลงานที่เสนอขอประเมิน	ชื่อข้อเสนอแนวคิดเพื่อพัฒนางาน
๑.	นางสาวภูษณิศา ชัยวิรัตน์นุกูล นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๐๘ กลุ่มงานพัฒนาวิชาการสุขภาพจิต และจิตเวช กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ (ด้านจิตวิทยา) ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๐๘ กลุ่มงานพัฒนาวิชาการสุขภาพจิต และจิตเวช กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	การพัฒนาหลักสูตรการจัดการผู้ป่วย จิตเวชฉุกเฉิน สำหรับอาสาสมัครฉุกเฉิน การแพทย์รูปแบบออนไลน์	มาตรฐานการปฏิบัติงาน การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
๒.	นางสาวพรพิมล นาอ่อน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ตำแหน่งเลขที่ ๓๖๒๕ กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการจิตเวช กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านสาธารณสุข) ตำแหน่งเลขที่ ๓๖๒๕ กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการจิตเวช กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต	คู่มือแนวทางการคัดกรองและการบันทึก รหัสผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ ๔๓ แฟ้ม (SPECIAL PP) กระทรวงสาธารณสุข	แนวทางการออกแบบและพัฒนา นวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต จากผลการศึกษาวิจัยอนาคตสุขภาพจิตไทย พ.ศ. ๒๕๗๐ (Futures of Mental Health 2033)

### ส่วนที่ 3 แบบการเสนอผลงาน

(ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน/ผลงานที่ผ่านมาไม่เกิน5หน้ากระดาษA4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล...นางสาวภุชณิศา ชัยวิรัตน์นุกูล.....

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล. นักจิตวิทยาคลินิก...ระดับ..ชำนาญการ (ด้านจิตวิทยา).  
.....ตำแหน่งเลขที่.....3309..... กลุ่มงานพัฒนาวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช... หน่วยงาน....  
กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนาหลักสูตรการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน สำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ รูปแบบออนไลน์

2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ.....เมษายน 2565 – กันยายน 2565.....

3) ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ได้นำแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางและประยุกต์ใช้ในการรวบรวม สังเคราะห์ วิเคราะห์ ช่องว่างของระบบบริการด้านสุขภาพจิตในการป้องกันปัญหาความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เพื่อให้ การดำเนินงานเป็นไปอย่างเป็นระบบ มีระเบียบ และมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยเลือกใช้แนวคิด ทฤษฎีที่ เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V) ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ นิยาม ความรู้ความเข้าใจ เกณฑ์ประเภทผู้ป่วย เครื่องมือ/แบบประเมิน กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความ เสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง รวมไปถึงการบูรณาการการดำเนินงานดูแลผู้ป่วย SMI-V กับหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้เกิดระบบการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงกับหน่วยบริการในเขตสุขภาพ มีการติดตามเฝ้าระวัง ป้องกันไม่ให้ ผู้ป่วยจิตเวช ขาดยา อาการกำเริบ หรือใช้สารเสพติดและไม่ก่อเหตุความรุนแรงต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม

2. การดูแลช่วยเหลือและป้องกันความรุนแรง สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ ความ รุนแรง (SMI-V) เป็นการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ที่มีรายละเอียดแยกตามเกณฑ์ประเภทของพฤติกรรม รุนแรง สัญญาณเตือน สเหตุการณ์เกิดพฤติกรรม บังคับเสี่ยง และการดูแลช่วยเหลือด้านจิตสังคม

3. ระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง เป็นแนวทางให้แก่เครือข่ายในระบบสุขภาพเพื่อ การติดตามผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เน้น การให้ความรู้เรื่องจิตเวชฉุกเฉินและการจัดการ การเจรจาต่อรอง พรบ.สุขภาพจิต และอาการข้างเคียงจากยา รักษาโรคทางจิตเวช

4. Clinical Practice Guideline for Psychosocial Intervention in Severe Mental Illness เป็น การทบทวนวรรณกรรมทำให้การดูแลทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง Schizophrenia, Bipolar Disorder เป็นต้น ได้แก่ จิตบำบัดรูปแบบต่างๆ การฝึกทักษะทางสังคม ศิลปะบำบัด กิจกรรมบำบัด การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย ครอบครัวบำบัด การฝึกทักษะทางสังคม และการจ้างงาน รวมไปถึงการดูแลในชุมชน แบบทีมสหวิชาชีพ การจัดการรายกรณี การฟื้นฟูอาชีพ และการมีส่วนร่วมในชีวิต การ ทำงานและการดูแลทางด้านสังคมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช

5. Interdepartmental Severe Mental Illness Coordinating Committee รวบรวมความก้าวหน้า งานวิจัยที่เกี่ยวกับ ผู้ป่วย SMI และผู้ป่วยความผิดปกติทางอารมณ์ที่รุนแรง รวมทั้งศึกษานโยบายสำคัญของ ภาครัฐที่ควรสนับสนุนกลไกการแก้ปัญหาความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในระดับนานาชาติ

6. บันทึกข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือ ปี 2562 เพื่อป้องกันเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด กรมสุขภาพจิตร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย 15 หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมควบคุมโรค สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย กรมการปกครอง กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กรมประชาสัมพันธ์ สำนักงานกองทุนและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานป.ป.ส. โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดผลกระทบของผู้ใช้ยาเสพติดบางรายที่มีอาการทางจิต และส่งผลกระทบต่อสังคม โดยมีแนวทางการบูรณาการร่วมกันในการเฝ้าระวังและการเผชิญเหตุความรุนแรงภายใต้ภารกิจตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ตลอดจนผลักดันแนวทางการเฝ้าระวัง ค้นหา ส่งต่อ และดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต และร่วมผลักดันการดำเนินงานต่างๆ ของคณะกรรมการ Service Plan สาขาจิตเวชและยาเสพติด

#### 4) สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินการและเป้าหมายของงาน

การพัฒนาหลักสูตรการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน สำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ในครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต 4 ขั้นตอน ในการจัดทำ ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์ความต้องการ/ ความจำเป็นในการพัฒนา เป็นการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาเนื้อหาความรู้และการออกแบบเทคโนโลยี ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มเป้าหมายหรือผู้เกี่ยวข้อง และมีการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือผู้มีภาวะจิตเวชฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (EMR) ในระหว่างวันที่ 11 เมษายน - 2 พฤษภาคม 2565 มีผลการสำรวจ ดังนี้

กลุ่มเป้าหมายที่เป็นอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (EMR) จาก 50 จังหวัด จำนวน 1,450 คน ตอบแบบสำรวจออนไลน์ พบว่า ร้อยละ 61.59 เป็นเพศชาย ร้อยละ 38.21 เป็นเพศหญิง ช่วงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 อยู่ในช่วง 30-49 ปี การศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ที่ มัธยมศึกษา (ร้อยละ 38.7) ปริญญาตรี (ร้อยละ 34.7) ปวช./ปวส./อนุปริญญา (ร้อยละ 17.9) ประถมศึกษา (ร้อยละ 4.7) และสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 4) ผู้ให้ข้อมูล 5 อันดับปฏิบัติหน้าที่เป็น กู้ชีพ พยาบาลวิชาชีพ กู้ภัย เป็นทั้งกู้ชีพ-กู้ภัย และพนักงานขับรถฉุกเฉิน จังหวัดที่มีการตอบแบบสำรวจ 10 อันดับ ได้แก่ ปทุมธานี นครราชสีมา หนองบัวลำภู ประจวบคีรีขันธ์ ร้อยเอ็ด นนทบุรี สงขลา อยุธยา สระบุรี และพิษณุโลก

2. ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดเพื่อให้ได้ข้อค้นพบและความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการโดยศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม รายงานการวิจัยผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตที่เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย ปี 2563 ดังนี้

(1) ประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือผู้มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน

- การได้รับบาดเจ็บทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่จากการเข้าชาร์ต เช่น ถูกผู้ป่วยกัดใบหูฉีกขาด ถูกชกจนปากแตก ฟกช้ำตามร่างกาย หรือผู้ป่วยแขนหักจากการผูกมัด
- กรณีคนไข้มีอาการประสานตำรวจทุกครั้ง ก่อนเข้า scene จะถอดชุดเครื่องแบบออก และประเมินความเสี่ยงทั้งอาการผู้ป่วยและสภาพแวดล้อม
- การประสานรับ-ส่งต่อผู้ป่วยใช้ระยะเวลาานาน
  - (2) ความมั่นใจและความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ ในกรณีที่มีการอบรมและทบทวนเส้นทางและลำดับขั้นการจัดการหรือปฏิบัติตัวใน การแจ้งเหตุ รายชื่อ/เบอร์โทรผู้ที่เกี่ยวข้อง ในชุมชน ทีมจะมีความพร้อมพร้อมแล้วและความมั่นใจมากขึ้น
  - (3) การอบรม หรือมีความรู้/ทักษะพื้นฐานในการปฏิบัติงานกับผู้ที่มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน

- ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิตเวชและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช เช่น การสังเกตอาการ ปังจี้เสียงต่อการเกิดอาการคลุ้มคลั่งฯ แนวทาง/ช่องทางให้คำปรึกษา (เช่น สายด่วนสุขภาพจิต 1323 เบอร์โทรศัพท์เจ้าหน้าที่ผู้รู้ อสม. เป็นต้น) การเจรจาไกล่เกลี่ยเบื้องต้น แนวทางให้การช่วยเหลือผู้ป่วย และการดูแล ความปลอดภัยตนเอง รวมถึงสร้างทัศนคติเชิงบวกกับผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง
- จัดการข้อมูลผู้ป่วยฯ/กลุ่มเสี่ยง ให้เป็นฐานเดียวกัน เพื่อการติดตามเยี่ยมบ้าน และเป็นข้อมูลประเมินสถานการณ์ขณะเกิดเหตุ โดยบริหารจัดการติดตาม เยี่ยมบ้าน กิจกรรมสนับสนุนให้ผู้ป่วยฯ/กลุ่มเสี่ยงเกิดการยอมรับตนเอง และจากสังคม มีมาตรการทางสังคมป้องกันหรือลดปังจี้เสียง
  - (4) ความต้องการที่จะพัฒนาทักษะพื้นฐานในการปฏิบัติงาน
- ทักษะควรมีการเพิ่มความรู้ด้านการเข้าชาร์จและผูกยึดผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและ ถูกวิธี
- ทักษะการประเมินสถานการณ์ (ระดับความรุนแรง และปังจี้กระตุ้น) เมื่อเกิดเหตุคนคลุ้มคลั่ง
  - (5) ปัญหาและอุปสรรค
    - 5.1) ด้านการประสาน ส่งต่อผู้มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน
      - การนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน อาการคลุ้มคลั่ง/จิตประสาท/อารมณ์ต้องใช้เวลามากกว่าอาการอื่น ๆ
      - กู้ชีพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลจิตเวชไม่สามารถส่งผู้ป่วยโดยตรง จะต้องผ่านการวินิจฉัยแยกโรคทางกายจากโรงพยาบาลจังหวัดก่อน
      - กู้ภัยนำผู้ป่วยมาส่งคนเดียว ไม่มีญาติ ไม่สามารถชักประวัติผู้ป่วย ไม่ทราบประวัติการรักษา
    - 5.2) ด้านความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน
      - เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน ไม่รู้บทบาทและขอบเขตงานชัดเจน กับการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วย
      - ความกลัว/ไม่มั่นใจในการเข้าช่วยเหลือ ไม่แน่ใจว่าหากเกิดบาดเจ็บอันตรายจากการปฏิบัติหน้าที่ใครจะรับผิดชอบ
      - ชุมชนไม่มีแบบแผนหรือขั้นตอนการช่วยเหลือผู้ป่วย/แบบแผนการประสานงานกับ รพ.สต. ตำรวจ 191 และ 1669
      - แนวทางช่วยเหลือหรือเข้าชาร์จทำตามความเคยชิน การจับตัวนำส่ง การผูกมัดไม่ถูกต้อง และเกือบทุกคนไม่เคยฝึกอบรม
  - (6) ความต้องการการสนับสนุนที่จะทำให้การปฏิบัติหน้าที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
    - การเพิ่มองค์ความรู้ ทักษะด้านการจัดการผู้ป่วยฉุกเฉิน คลุ้มคลั่ง อย่างปลอดภัยและถูกวิธี
    - การเพิ่มการคุ้มครองหากบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน
- 3. การออกแบบและจัดทำต้นร่าง โดยการประชุมผู้เชี่ยวชาญ ผู้เกี่ยวข้องเพื่อจัดระบบเนื้อหา ออกแบบจึงจัดทำต้นร่าง ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้
  - (1) วิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย
  - (2) กำหนดเป้าหมายเชิงพฤติกรรม
  - (3) กำหนดรูปแบบของเนื้อหาที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ โดยพิจารณาตามความเหมาะสมของกลุ่มเป้าหมาย และรูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสม
  - (4) กำหนดรายละเอียดเนื้อหา โดยรวบรวมองค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และข้อมูลที่ได้จากการประชุมผู้เชี่ยวชาญมากำหนดขอบเขตเนื้อหาในการจัดทำ
- 4. การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้
  - (1) ประชุมกลุ่มสนทนา (Focus Group) ผู้เชี่ยวชาญ และตัวแทนทีมผู้ปฏิบัติงานที่เป็นพี่เลี้ยงในเขตสุขภาพ จากสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช เพื่อตรวจสอบคุณภาพเนื้อหา

(2) ปรับแก้เนื้อหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจสอบคุณภาพเนื้อหาและจัดทำต้นร่างหลักสูตร  
การจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน สำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ รูปแบบออนไลน์

#### 5) ผลสำเร็จของงาน(เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

จากการการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือผู้มีภาวะจิตเวชฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (EMR) พบว่ามีความคิดเห็นต่อหัวข้อหลักสูตรเพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือผู้มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน ดังนี้

- (1) ประสบการณ์ในการปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือผู้มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน พบว่า เคยมีประสบการณ์ ร้อยละ 78.48 และไม่เคยมีประสบการณ์ ร้อยละ 21.52
- (2) ความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือผู้มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน (1 – 10 ระดับ) พบว่าความมั่นใจระดับ 1-4 มีอยู่ ร้อยละ 12 ความมั่นใจระดับ 5-8 มีอยู่ ร้อยละ 72.55 และความมั่นใจระดับ 9-10 มีอยู่ ร้อยละ 15.45
- (3) ประสบการณ์การเข้าร่วมการอบรมในการปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือผู้มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน พบว่า ไม่เคยเข้าร่วมการอบรม ร้อยละ 65.9 เคยเข้าร่วมการอบรม ร้อยละ 34.1
- (4) ความรู้/ทักษะพื้นฐานในการปฏิบัติงานกับผู้มีภาวะจิตเวชฉุกเฉินที่เคยผ่านการอบรม จากลำดับ มากไปน้อย ได้แก่
  - ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิตเวชที่สำคัญและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช
  - ทักษะการป้องกันตนเอง (ปลอดภัยทั้งผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่)
  - ทักษะการเจรจาต่อรอง/ทักษะการสื่อสารเบื้องต้น
  - ทักษะการประเมินสถานการณ์ (ระดับความรุนแรง และปัจจัยกระตุ้น)
  - ทักษะในการจัดสิ่งแวดล้อม ณ จุดเกิดเหตุให้ปลอดภัย
  - ระบบการปรึกษา เพื่อส่งต่อและนำส่งผู้ป่วย
  - ทักษะการจำกัดพฤติกรรมผู้มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน
  - การเฝ้าระวัง และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
  - พรบ. สุขภาพจิต/บทบาทหน้าที่ ขอบเขตของผู้รับผิดชอบ
- (5) ความต้องการที่จะพัฒนาทักษะในการปฏิบัติหน้าที่กู้ชีพ กู้ภัย เรียงจากลำดับ มากไปน้อย ได้แก่
  - ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิตเวชที่สำคัญและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช
  - ทักษะการป้องกันตนเอง (ปลอดภัยทั้งผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่)
  - ทักษะการเจรจาต่อรอง/ทักษะการสื่อสารเบื้องต้น
  - ทักษะการประเมินสถานการณ์ (ระดับความรุนแรง และปัจจัยกระตุ้น)
  - ทักษะในการจัดสิ่งแวดล้อม ณ จุดเกิดเหตุให้ปลอดภัย
  - ระบบการปรึกษา เพื่อส่งต่อและนำส่งผู้ป่วย
  - ทักษะการจำกัดพฤติกรรมผู้มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน
  - การเฝ้าระวัง และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
  - พรบ. สุขภาพจิต/บทบาทหน้าที่ ขอบเขตของผู้รับผิดชอบ
- (6) ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน ได้แก่
  - องค์กรความรู้ และทักษะในการปฏิบัติหน้าที่ มีไม่เพียงพอ
  - การรับมือกับผู้มีภาวะจิตเวชฉุกเฉินที่เป็นเพศตรงข้าม
  - จำนวนเจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมปฏิบัติงานมีไม่เพียงพอต่อการควบคุมสถานการณ์ ณ จุดเกิดเหตุ

- อุปกรณ์ไม่เพียงพอ
  - ยังไม่ได้รับการแต่งตั้งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พรบ.สุขภาพจิต
- (7) ความต้องการการสนับสนุนที่จะทำให้การปฏิบัติหน้าที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- องค์ความรู้/ทักษะการปฏิบัติงานในผู้มีภาวะจิตเวชฉุกเฉินในสถานการณ์ต่าง ๆ
  - วัสดุ/อุปกรณ์ ที่ครบครันให้กับเจ้าหน้าที่เพื่อใช้ปฏิบัติงาน

**สรุปผลการสำรวจ ได้ดังนี้**

- (1) ผู้ตอบแบบสำรวจที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะจิตเวชส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคน อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 40 - 49 ปี
- (2) จากผลการสำรวจความรู้/ทักษะพื้นฐานในการปฏิบัติงานกับผู้มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน พบว่า ส่วนใหญ่ความรู้/ทักษะพื้นฐานที่ผู้ตอบแบบสำรวจเคยผ่านการอบรมมาแล้ว กับความรู้/ทักษะที่ต้องการพัฒนาเป็นทักษะเดียวกัน แสดงให้เห็นว่าทักษะความรู้ที่ผู้ตอบแบบสำรวจส่วนใหญ่ได้ผ่านการอบรมนั้นตรงกับความต้องการแล้ว แต่อาจจะมีอีกหลายปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถตอบโจทย์ในเรื่องของการเสริมความรู้ที่มากพอ จากการสำรวจพบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจสูง (6-10) จำนวน 967 ท่าน และการจัดกระบวนการเรียนรู้จัดทำหลักสูตรครั้งนี้ สามารถเพิ่มองค์ความรู้และทักษะ เน้นความสำคัญของด้านอื่น ๆ ในการจัดการผู้มีภาวะจิตเวชฉุกเฉินมากขึ้น
- (3) จากผลสำรวจปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะจิตเวช พบว่า องค์ความรู้และทักษะในการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ยังมีไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติหน้าที่ การเสริมความรู้และทักษะจึงเป็นส่วนสำคัญ ที่จะทำให้การปฏิบัติหน้าที่มีประสิทธิภาพ และยังเป็น การลดปัญหาและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นในการทำงานร่วมด้วย
- (4) จากผลสำรวจความต้องการสนับสนุนที่จะทำให้การปฏิบัติหน้าที่มีประสิทธิภาพ พบว่า ผู้ตอบแบบสำรวจต้องการองค์ความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน มากกว่าวัสดุ/อุปกรณ์ อาจเนื่องด้วยทางเจ้าหน้าที่มีอุปกรณ์ในการทำงานเพียงพอและเพียงพอต่อการปฏิบัติหน้าที่อยู่แล้ว แต่ยังขาดการสนับสนุนในส่วนของทักษะและความรู้ในการปฏิบัติหน้าที่ การให้การสนับสนุนในด้านนี้จึงเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งที่จะทำให้การปฏิบัติหน้าที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- (5) แนวโน้มความต้องการในการเข้าอบรมหลักสูตร การจัดการจิตเวชฉุกเฉิน ร้อยละ 95 และต้องการรูปแบบ On-site (ภาคปฏิบัติ) และ Online (ภาคทฤษฎี ผ่านระบบ e-Learning)

ทั้งนี้ผลงานการจัดทำหลักสูตร การจัดการจิตเวชฉุกเฉิน มาจากนำประเด็นจากการสำรวจและการศึกษาเพิ่มเติมจากงานวิจัย เข้ามาหรือในการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมด้านการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน สำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญจากกรมสุขภาพจิต สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เจ้าหน้าที่ตำรวจสถานีตำรวจภูธรเมืองนนทบุรี และนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ร่วมอภิปรายในการประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนหลักสูตรด้านการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โดยดำเนินการเลือกแนวคิด ทฤษฎี หลักการที่สอดคล้องกับความต้องการในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือผู้มีภาวะจิตเวชฉุกเฉินของอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ และเพื่อรองรับการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ตำรวจที่เข้าระงับเหตุจากสถานการณ์ความรุนแรงจากผู้ที่มีภาวะคลุ้มคลั่ง จิตประสาธและอารมณ์ หรือภาวะจิตเวชฉุกเฉิน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**6) การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ**

จากการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต ทั้ง 4 ขั้นตอน ในการพัฒนาหลักสูตรการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน สำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ให้ได้หลักสูตรออนไลน์ ประกอบด้วยหัวข้อ ดังต่อไปนี้

บทนำ บทบาทและหน้าที่ของเจ้าหน้าที่แต่ละฝ่าย

บทที่ 1 โรคจิตเวชที่สำคัญ และผู้ป่วยจิตเวชก่อความรุนแรง

บทที่ 2 การสังเกต บังคับกระตุ้น การประเมินสถานการณ์ระดับความรุนแรง

บทที่ 3 การพูดคุยกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริง

บทที่ 4 การบริหารจัดการภาวะจิตเวชฉุกเฉิน คลุ้มคลั่ง การจำกัดพฤติกรรมและการดูแลเบื้องต้น

บทที่ 5 การใช้ยาควบคุมอาการ

บทที่ 6 การดูแลผู้ป่วยขณะนำส่งโรงพยาบาล

บทที่ 7 กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 8 การเฝ้าระวังและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ต้นร่างหลักสูตรที่ได้พัฒนาขึ้นนี้ สถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิตและในเขตสุขภาพสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการถ่ายทอดความรู้และฝึกทักษะภาคปฏิบัติ เรื่อง การจัดการจิตเวชฉุกเฉิน โดยกำหนดคุณสมบัติผู้เข้าร่วมการผ่านการอบรมตามต้นร่างในรูปแบบออนไลน์ และได้ใช้ประโยชน์ทางตรงของผลงานในด้าน

(1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรนอกระบบสาธารณสุข ทั้งแกนนำชุมชน ท้องถิ่น อปพร. กู้ภัย มูลนิธิ ตำรวจ ประชาชนที่เป็นอาสาสมัครชุมชน

(2) ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในระบบสาธารณสุข เช่น อสม. รพ.สต. สสอ. รพช. รพท. รพศ. และ รพจ. ร่วมแลกเปลี่ยนและฝึกปฏิบัติการซ้อมแผนเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินด้านความรุนแรงในชุมชน จากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

ทั้งนี้การนำไปใช้ในเชิงคุณภาพนั้นเพื่อผลักดันให้เกิดกลไกการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้านสุขภาพจิต ร่วมกับการป้องกันความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด สร้างความรอบรู้ในระดับชุมชน ที่สอดคล้องกับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข และการเปิดหอผู้ป่วยในจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงที่มีภาวะเรงด่วนฉุกเฉินหรือมีโรคร่วมทางจิตเวชและภาวะแทรกซ้อนทางกาย ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ระบบการส่งต่อกับเครือข่ายแบบไร้รอยต่อในการแก้ไขปัญหา ยาเสพติด ประกอบกับเป็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดภายใต้ยุทธศาสตร์ด้านความมั่นคงของชาติ เพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข ทั้งแกนนำชุมชน ท้องถิ่น อปพร. กู้ภัย มูลนิธิ ตำรวจ ประชาชนที่เป็นอาสาสมัครชุมชน และเครือข่ายในระบบสาธารณสุข เช่น อสม. รพ.สต. สสอ. รพช. ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเป็นทั้งพี่เลี้ยงที่ปรึกษาให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน เพื่อความปลอดภัยของคนไทยทุกครัวเรือนต่อไป

## 7) ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การออกแบบกระบวนการเพื่อรับฟังแนวคิดการเริ่มพัฒนาหลักสูตรจิตเวชฉุกเฉิน ได้แก่ เครือข่ายเจ้าหน้าที่ตำรวจ ฝ่ายปกครองในพื้นที่ที่ผ่านมา และขอคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ข้อดี โอกาสพัฒนา จากประสบการณ์และข้อเสนอแนะในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับผู้ป่วยจิตเวชคลุ้มคลั่งแบบบูรณาการ ไปดำเนินการในพื้นที่นำร่อง นอกจากนั้นจะต้องวิเคราะห์และสรุปประเด็นเนื้อหาในการดำเนินการทบทวนหลักสูตรรูปแบบ และเนื้อหาที่จำเป็นของหลักสูตร ออกแบบดำเนินการพัฒนาวิชาการ และวางกรอบระยะเวลา การจัดทำหลักสูตรการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน สำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ รูปแบบออนไลน์ ทดสอบคุณภาพของเนื้อหาหลักสูตร โดยผู้เชี่ยวชาญ และวิทยากรจากสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ให้ความเห็น และพัฒนา



ปรับปรุงวิชาการและการดำเนินงานปรับแก้เนื้อหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจสอบคุณภาพเนื้อหาและจัดทำต้นร่างหลักสูตรฯ ผลิต ถ่ายทอด และเผยแพร่องค์ความรู้ในรูปแบบออนไลน์ ผ่านระบบ E-Learning

#### 8) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

หลังการพัฒนาปรับปรุงวิชาการและการดำเนินงานปรับแก้เนื้อหาตามข้อเสนอแนะจากการตรวจสอบคุณภาพเนื้อหาและจัดทำต้นร่างหลักสูตรการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน สำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ รูปแบบออนไลน์ ยังไม่สามารถนำหลักสูตรขึ้น ระบบ E-Learning ของกรมสุขภาพจิตได้ เนื่องจากหมดสัญญาจ้าง และอยู่ระหว่างทำสัญญาจัดจ้างทำระบบ E-Learning ในปีงบประมาณ 2566 แต่ใช้วิธีการเผยแพร่ไปยังหน่วยงานในสังกัด กรมสุขภาพจิต เพื่อนำไปฝึกอบรมในรูปแบบออนไลน์

#### 9) ข้อเสนอแนะ

หลักสูตรการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน สำหรับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ รูปแบบออนไลน์ที่ได้พัฒนาขึ้นตามกระบวนการวิจัยและพัฒนาเบื้องต้นนั้น สามารถเผยแพร่ให้แก่วิทยากรของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการฝึกอบรมในภาคปฏิบัติปฏิบัติการซ้อมแผนเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินด้านความรุนแรงในชุมชน จากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ก่อความรุนแรงในชุมชน

#### 10) การเผยแพร่(ถ้ามี)

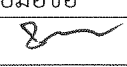
/ ผลงานแล้วเสร็จและเผยแพร่แล้ว ระบุแหล่งเผยแพร่ ..แจ้งส่ง link สื่อการสอนออนไลน์ ในการประชุมชี้แจง และหนังสือไปยังหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต.....

ผลงานแล้วเสร็จแต่ยังไม่ได้เผยแพร่

ผลงานยังไม่แล้วเสร็จ

#### 11) การรับรองสัดส่วนของผลงาน ในส่วนที่ตนเองปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคลมีส่วนร่วมในผลงานที่ขอรับการประเมิน ร้อยละ..80....และมีผู้มีส่วนร่วมในผลงาน ดังนี้

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	สัดส่วนมีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวชนิกรรดา ไทยสังคม	ร้อยละ 10	
นางสาวนันทสิริ ม่วงปาน	ร้อยละ 10	นันทสิริ ม่วงปาน

#### ส่วนที่ 4 แบบเสนอข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน

(ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางานไม่เกิน 3 หน้ากระดาษ A4)

ชื่อผู้สมัครเข้ารับการประเมินบุคคล.....นางสาวภูษณิศา ชัยวิรัตน์กุล.....

ตำแหน่งที่ขอเข้ารับการประเมินบุคคล.นักจิตวิทยาคลินิก...ระดับ..ชำนาญการ (ด้านจิตวิทยา).

.....ตำแหน่งเลขที่...3309..... กลุ่มงาน กลุ่มงานพัฒนาวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช

กลุ่มภารกิจ-... หน่วยงาน....กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

1) ชื่อผลงานเรื่อง มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2) หลักการและเหตุผล

ปัญหาความรุนแรงในสังคมไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หลังการระบาดของโรคโควิด-19 คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2565 กำหนดมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต โดยมุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องในชุมชนในผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง จัดตั้งชุดปฏิบัติการประจำตำบล ชูรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน จัดเจ้าหน้าที่ให้ช่วยเหลือผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งค้นหาและเฝ้าระวังการก่อความรุนแรงจากข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) บนระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าการเข้ารับบริการสะสมตั้งแต่ปี 2559 ถึงปี 2565 จำนวน 27,518 คน โดยผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ก่อความรุนแรง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรง จำนวน 1,463 คน 2,783 คน และ 3,527 ในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ โรคจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วย SMI-V 4 อันดับโรค ได้แก่ 1. โรคความผิดปกติทางอารมณ์ 2. โรคจิตเวชอื่นๆ 3. โรคจิตเภท และ 4. โรคจิตเวหายาเสพติด สำหรับผู้ป่วยจิตเวชการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นนำไปสู่การเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น เช่นหลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเอง ผู้อื่น หรือทำลายทรัพย์สินมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม นำไปสู่ภาวะพร่องหรือการสูญเสียการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ เช่น การดูแลตนเองการประกอบอาชีพ การเข้าสังคม เป็นต้น เป็นภาวะโรคและความสูญเสียของสังคมไทย ซึ่งสามารถป้องกันแก้ไขได้ หากมีระบบการดูแลที่ดี

โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อปรับปรุงแนวทางการจัดระบบบริการด้านสุขภาพจิตในการป้องกันปัญหาความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ให้เกิดความครอบคลุมบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้านสุขภาพจิต
2. เพื่อขยายผลการนำหลักสูตรการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน สำหรับบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ 1669 ให้เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกันทั้งทีมสุขภาพ สังคม และความมั่นคง

3) บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ความรุนแรงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเพื่อป้องกันปัญหาความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Severe Mental Illness – High Risk to Violence : SMI-V) ให้ได้รับการดูแลอย่างเข้มข้นในโรงพยาบาลนำส่งอย่างปลอดภัยด้วยระบบบริการจิตเวชฉุกเฉิน และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชนแบบไร้รอยต่อ โดยสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข เพื่อลดความรุนแรงหรือภาวะอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวช จากสถานการณ์ความรุนแรง จังหวัดหนองบัวลำภู มีมติคณะรัฐมนตรี 18 ตุลาคม 2565 ในเรื่องอาวุธปืน ยาเสพติด สุขภาพจิต การบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด จึงได้เสนอกรอบแนวคิดการขับเคลื่อนระบบ SMI-V Care ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของกรมสุขภาพจิตในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตที่มีคุณภาพด้วยนวัตกรรมดิจิทัลที่เข้าถึงง่าย และการเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้เป็นปกติด้วยการผลักดันนโยบายการเปิดหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง

ระบบบริการด้านสุขภาพจิตในการป้องกันปัญหาความรุนแรงจากผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ควรมีการพัฒนาด้านวิชาการ จัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานให้หน่วยบริการที่จัดตั้งขึ้นสามารถให้บริการประชาชนในพื้นที่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต เสริมพลังครอบครัว สร้างความรู้ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต คัดกรอง บำบัด ช่วยเหลือ ส่งต่อฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างเป็นระบบตลอดจนสามารถให้การดูแลระยะฉุกเฉินและการดูแลต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนอยู่ในสังคมได้ ไม่ก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น อย่างไรก็ตาม แม้จะเปิดบริการหอผู้ป่วยจิตเวชที่รองรับผู้ป่วยได้มากขึ้นกว่า 1,000 เตียง ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป แต่ยังคงพบปัญหาการนำตัวผู้ป่วยที่มีภาวะคลุ้มคลั่งตามเกณฑ์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (CBD-13) จำนวนมากยังไม่สามารถถูกนำส่งเข้ารับบริการจิตเวชได้อย่างปลอดภัย และรวดเร็วต่อเหตุการณ์ จึงควรจัดทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทุกระดับ

#### 4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่ใช้เป็นแนวทางให้แก่เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ก่อความรุนแรงทั้งระดับ ตำบล อำเภอ และจังหวัด ซึ่งเป็นการขยายผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉิน ให้เกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกันทั้งทีมสุขภาพ สังคม และความมั่นคง โดยบูรณาการทั้งด้านวิชาการหลักสูตร/องค์ความรู้/แนวทางการดำเนินงานภายใต้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564 และพรบ.สุขภาพจิต เป้าหมายให้จังหวัดมีรูปแบบการดำเนินการเฝ้าระวัง คัดกรอง ค้นหาส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในชุมชน และแนวทางการเข้าถึงบริการผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ก่อความรุนแรงครอบคลุมทุกพื้นที่

#### 5) ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. หลักสูตรการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน สำหรับบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉิน รูปแบบออนไลน์ 1 หลักสูตร
2. ร้อยละ 70 ของผู้อบรมในหลักสูตร EMR “การฝึกอบรมปฐมพยาบาลและปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน” (40 ชั่วโมง) ผ่านหลักสูตรการจัดการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน สำหรับบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉิน รูปแบบออนไลน์ (70 นาที)
3. มีคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตระดับจังหวัด