

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต: จากนโยบายสู่การปฏิบัติ

ทิววรรณ ปิยกุลมาลา พ.บ.*

ธีรพัฒน์ สุทธิประภา ปร.ด.**

* โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

วันรับ: 27 ธ.ค. 2562

วันแก้ไข: 21 ม.ค. 2563

วันตอบรับ: 31 ม.ค. 2563

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตภายใต้บริบทของจังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้ระเบียบวิธี การวิจัยและพัฒนา ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2561- พฤศจิกายน 2562 วิธีการศึกษาประกอบด้วย (1) การศึกษาปัญหาและสถานการณ์การให้บริการ และการวิเคราะห์ความพร้อมของบุคลากร (2) การพัฒนาแนวทางการ จัดบริการและการสนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากร (3) การติดตามประเมินผลและการปรับปรุงการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต จำนวน 236 คน ซึ่งสุ่ม แบบเจาะจง จากหน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่งในจังหวัดกาฬสินธุ์ เครื่องมือในการศึกษา ประกอบด้วยแบบประเมิน ตัวชี้วัด และแบบประเมินความพร้อมของบุคลากร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า ผล การให้บริการตามตัวชี้วัดงานสุขภาพจิตบางส่วนยังไม่บรรลุเกณฑ์เป้าหมาย และความพร้อมของบุคลากรที่วัดจากระดับ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิตอยู่ในระดับ ปานกลาง ผู้วิจัยสร้างแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตจังหวัดกาฬสินธุ์เป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และสนับสนุนการปฏิบัติงาน โดยจัดการอบรม การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสนทนากลุ่ม การ coaching และสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย หลังการดำเนินการพบว่า การรับรู้ ความ คาดหวังและพฤติกรรมตามขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิตของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับ งานสุขภาพจิตดีขึ้นกว่าก่อนและหลังดำเนินงาน 6 เดือน ผลการดำเนินงานในการให้บริการงานสุขภาพจิต หลังการ ดำเนินงาน 12 เดือน พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 3 เดือนลดลงร้อยละ 3.02 อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission) ของผู้ป่วยจิตเวช ภายใน 3 เดือนลดลงร้อยละ 1.58 ผู้ป่วย จิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่องเพิ่มขึ้นร้อยละ 27.00 อัตราการเข้าถึงบริการ โรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 19.40 และมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด

คำสำคัญ: ระบบบริการสุขภาพจิต; สมรรถนะ; ภาคีเครือข่าย

บทนำ

สุขภาพจิตและโรคจิตเวชเกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ของ ปัจจัยที่หลากหลายทั้งด้านสังคม จิตใจ และปัจจัยทาง ชีวภาพ เช่นเดียวกับสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บโดยทั่วไป

มีหลักฐานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคจิตเวชที่พบทั้งใน ประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ ความ ยากจนและระดับการศึกษาต่ำ⁽¹⁾ ในบางการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับการไร้ที่อยู่อาศัย และการมีรายได้น้อย

เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยและสิ้นหวัง การเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็ว ความเสี่ยงต่อปัญหาความรุนแรง และความเจ็บป่วยทางกาย

ปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทยเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านจิตใจและร่างกาย เป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพรองรับ ทั้งนี้แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580) กำหนดวิสัยทัศน์ให้คนไทยมีปัญหา อารมณ์ดี และมีความสุข อยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า ประกอบด้วย 6 เป้าประสงค์หลักภายในปี 2580 คือ (1) เพิ่มไอคิวหรือความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย ให้มากกว่าหรือเท่ากับ 105 (2) เด็กไทยมีไอคิวหรือความฉลาดทางอารมณ์ในระดับปกติ ให้ได้มากกว่าร้อยละ 85.00 (3) สร้างครอบครัวเข้มแข็งและอบอุ่น โดยตั้งเป้าหมายให้ได้ร้อยละ 95.0 (4) ประเทศไทยมีคะแนนความสุข (World Happiness Index) เพิ่มขึ้น มากกว่า 0.4 (5) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 5.1 ต่อประชากรแสนคน และ (6) ร้อยละของอำเภอที่บูรณาการการดำเนินงานสุขภาพจิตตามมาตรฐานแล้ว ประชาชนมีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 65.00⁽²⁾

ผลการดำเนินงานในการให้บริการงานสุขภาพจิต ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ปี 2561 ของจังหวัดกาฬสินธุ์พบว่า ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมมีจำนวนทั้งสิ้น 98,032 ราย แบ่งเป็นโรคจิต จำนวน 39,897 ราย ความผิดปกติที่สัมพันธ์กับความเครียด 15,719 ราย โรคจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติด 14,407 ราย โรคซึมเศร้า 11,038 ราย กลุ่มอาการทางพฤติกรรมที่พบร่วมกับความผิดปกติทางสรีรวิทยาและปัจจัยทางจิตเวชมากขึ้น ทางกายภาพ 8,851 ราย ความผิดปกติทางจิตและอาการทางจิตที่เกิดจากโรคทางกาย 2,119 ราย ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น 1,953 ราย ความผิดปกติทางจิตที่ไม่ระบุรายละเอียด 1,664 ราย ความผิดปกติของพัฒนาการทางจิต 1,384 ราย ภาวะปัญญาอ่อน 859 ราย และความผิดปกติทางบุคลิกภาพและพฤติกรรมของ

ผู้ใหญ่ 141 ราย⁽³⁾

นโยบายการดำเนินการเพื่อป้องกันโรคจิตเวชและส่งเสริมสุขภาพจิต มีความสำคัญอย่างยิ่ง ทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้นและลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ พบว่าการกำหนดนโยบายในทุกระดับขององค์กรและในทุกภาคส่วน สามารถส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพจิต⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตามการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่มีความเฉพาะของบริบท (context specific) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้ได้ผลอย่างยั่งยืน⁽⁵⁾ การวิจัยและพัฒนาระบบบริการในบริบทจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งยังไม่เคยมีการดำเนินการมาก่อนจึงเป็นเรื่องที่มีความจำเป็น เพื่อเป็นแนวทางในการขยายผลการพัฒนาต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์งานสุขภาพจิตของจังหวัดกาฬสินธุ์และพัฒนาระบบสุขภาพจิตจากนโยบายนำสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่างๆในจังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยมีระยะเวลาในการศึกษาระหว่างระหว่างเดือนตุลาคม 2561 - พฤศจิกายน 2562 รวม 14 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการและการพัฒนาระบบสุขภาพจิต จำนวน 236 คน คัดเลือกจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลชุมชน 17 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 18 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 156 แห่ง โดยวิธีเจาะจง (purposive selection)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบประเมินคุณภาพงานบริการสุขภาพจิตตามตัวชี้วัดของกรมสุขภาพจิต
2. แบบประเมินความพร้อมของบุคลากร ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ความคาดหวังต่อขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติงานจิตเวช และแบบวัดพฤติกรรมตามขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิต ชนิดตอบด้วยตนเอง มีลักษณะเป็น Rating scale 5 ระดับ การแปลผลคะแนน ดีเยี่ยม ดี พอใช้ ต้องปรับปรุง ไม่ถูกต้อง

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยสอบถามความเห็นผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านโดยกำหนด ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 -1.00 ทำการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91, 0.89 และ 0.86 ตามลำดับ

ขั้นตอนการศึกษา

ระยะที่ 1 (ตุลาคม 2561 – มีนาคม 2562) ดำเนินการดังนี้

1. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการจัดการจัดบริการสุขภาพจิตและความพร้อมของบุคลากร
2. สร้างแนวทางการดำเนินงานบริการสุขภาพจิตโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นเครื่องมือ (Intervention) ในการพัฒนาระบบบริการ
3. จัดกิจกรรม สนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากร ดังนี้

- 1) พัฒนาบุคลากรทุกระดับ โดยวิธีการอบรม
- 2) จำแนกหน่วยบริการตามพื้นที่เป็นโซน (Zoning) และจัดให้มีระบบการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานตามแนวทางที่กำหนด ตามโซน
- 3) เผยแพร่แนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนไปใช้ในระดับอำเภอ

ระยะที่ 2 (เมษายน – กันยายน 2562) การติดตามประเมินผลและการพัฒนาต่อเนื่อง ดังนี้

- 1) จัดการอบรมแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสนทนากลุ่ม

2) ปรับปรุงการนิเทศติดตามเป็น coaching

3) การพัฒนาการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency distribution) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

1.2 สถิติเชิงอนุมาน (inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้แก่ F-test ด้วยเทคนิค Two-way ANOVA เปรียบเทียบรายคู่โดย Duncan test และ F-test ด้วยเทคนิค repeated measurement เปรียบเทียบรายคู่โดย least significant difference (LSD)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1

1. สถานการณ์การดำเนินงานสุขภาพจิต จังหวัดกาฬสินธุ์ มีดังต่อไปนี้

1.1 ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม มีจำนวนทั้งสิ้น 84,968 ราย เป็นโรคจิต 39,897 ราย โรควิตกกังวล 15,719 ราย โรคจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติด 14,407 ราย โรคซึมเศร้า 11,038 ราย ส่วนผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ได้แก่ อัตราการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่อง

1.2 ด้านความพร้อมของบุคลากรพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อขอบเขตและสมรรถนะ การปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 ± 0.57) โดยสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 ± 0.93) ความคาด

หวังต่อขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิต โดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 ± 0.69) โดยสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการเป็นที่ปรึกษาในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่มที่ตนเองเชี่ยวชาญ (consultation) (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 ± 0.92) และพฤติกรรมตามขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิต โดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.49 ± 0.41) โดยสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.18 ± 0.87) และพบว่า การรับรู้ความคาดหวังและพฤติกรรมต่อขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิตที่มีสถานที่ปฏิบัติงานและอายุต่างกันมีขอบเขตและสมรรถนะ การปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิตแตกต่างกัน

2. ผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อจัดทำแนวทางการดำเนินงานบริการสุขภาพจิตในทุกกระดับ สามารถสรุปเป็นกรอบในการดำเนินงานของจังหวัดกาฬสินธุ์ คือ

2.1 การดำเนินงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลทั่วไป ประกอบด้วย การออกไปตรวจรักษา การคัดกรองเบื้องต้น การประเมินผู้ป่วย การบริการก่อนพบจิตแพทย์ การวางแผนรักษา การบริการหลังพบแพทย์ การวางแผนจำหน่าย การให้สุขภาพจิตศึกษา การติดตามดูแล F/U ติดตามผลรักษา และการดูแลต่อเนื่อง

2.2 การดำเนินงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย การจัดการเพิ่มเวชระเบียน การซักประวัติ และตรวจรักษาที่คลินิกจิตเวช การรับยา การวางแผนดูแลติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องในชุมชน การฟื้นฟูสภาพ การประเมินและวางแผน การประสานงาน/ข้อมูล การส่งต่อและการติดตามเยี่ยมบ้าน

2.3 แนวทางปฏิบัติในการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน และการวางแผนการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

2.4 การประสานงานเรื่องแนวทางการดำเนินงานของ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/จังหวัดในทุกกระดับ

2.5 การจัดระบบให้มีการติดตามเยี่ยมเสริมพลังในทุกกระดับ

3. ผลการดำเนินงานในการให้บริการงานสุขภาพจิตระหว่าง ต.ค.61-มี.ค.62 พบว่าดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการในทุกตัวชี้วัด ดังตารางที่ 1

4. ด้านความพร้อมของบุคลากรหลังการดำเนินงาน 6 เดือน (ตุลาคม 2561 - มีนาคม 2562) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.63 ± 0.41) ความคาดหวังต่อขอบเขตและสมรรถนะ การปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิต โดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.04 ± 0.43) และพฤติกรรมตามขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิต โดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 ± 0.36) โดยสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 ± 0.91)

ระยะที่ 2

1.ด้านความพร้อมบุคลากรหลังการดำเนินงาน 12 เดือน (เม.ย.-ก.ย.62) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อขอบเขตและสมรรถนะ การปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.36 ± 0.36) (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 ± 0.53) ความคาดหวังต่อขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิต โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.36 ± 0.36) และพฤติกรรมตามขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิต โดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 ± 0.53) โดยสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) (ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.64 ± 1.21)

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต: จากนโยบายสู่การปฏิบัติ

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานในการให้บริการงานสุขภาพจิต

รายการ	เกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	
		ก.ย. 2561	ต.ค. 2561- มี.ค. 2562
1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำด้วยโรคเดิม ภายใน 3 เดือน	<10.00	7.27	6.33
2. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่อง	70.00	52.00	66.48
3. อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission) ของผู้ป่วยจิตเวช ภายใน 3 เดือน	5.00	3.23	2.77
4. อัตราการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า	65.00	54.90	54.90

2. ผลการดำเนินงานในการให้บริการงานสุขภาพจิต และผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสำคัญหลังดำเนินการ พบว่าดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการในทุกตัวชี้วัด ดังตารางที่ 2 และ 3

3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวัง ต่อขอบเขตและสมรรถนะ การปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้าน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น จากก่อนดำเนินการ จากระดับปานกลาง เป็นระดับมาก ส่วนพฤติกรรมต่อขอบเขตและสมรรถนะ การปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิตโดยรวมและรายด้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นจากก่อนดำเนินการ จากระดับปานกลาง เป็นระดับมาก โดยการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวัง และพฤติกรรมต่อขอบเขตและสมรรถนะ การปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิตเมื่อเปรียบเทียบกับก่อน (กันยายน 2561) หลังดำเนินการ 6 เดือน (ตุลาคม 2561 - มีนาคม 2562) และหลังดำเนินการ 12 เดือน (เมษายน - กันยายน 2562) มีความแตกต่างกันอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่หลังดำเนินการ 12 เดือน มีค่าคะแนนมากที่สุด และหลังดำเนินการ 12 เดือน บุคลากรที่มีสถานที่ปฏิบัติงานและอายุต่างกัน ขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

4. ด้านกิจกรรมดำเนินการ ได้แก่ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสนทนากลุ่ม การ coaching การมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย และการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดผลลัพธ์

4.1 ระดับชุมชน เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนกับภาคีเครือข่าย ตั้งแต่การเฝ้าระวัง คัดกรอง ดูแลเบื้องต้น ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่องในชุมชน

4.2 ระดับอำเภอเกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยทางจิตที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีแนวทางการให้คำปรึกษาโดยจิตแพทย์และแนวทางการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนถึงโรงพยาบาลทั่วไปเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ลดอัตราการส่งต่อไปโรงพยาบาลจังหวัด

ตารางที่ 2 ผลการดำเนินงานในการให้บริการงานสุขภาพจิต (เม.ย.-ก.ย. 2562)

รายการ	เกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	
		ก.ย. 2561	เม.ย.-ก.ย. 2562
1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำด้วยโรคเดิม ภายใน 3 เดือน	<10.00	7.27	4.25
2. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่อง	70.00	52.00	85.00
3. อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission) ของผู้ป่วยจิตเวช ภายใน 3 เดือน	5.00	3.23	1.65
4. อัตราการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า	65.00	54.90	74.27

ตารางที่ 3 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสำคัญในปี 2561 และ 2562

รายการ	เกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน	
		ก.ย. 2561	ก.ย. 2562
1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำด้วยโรคเดิม ภายใน 3 เดือน	<10.00	7.27	4.25
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภท ขาดยา 2 เดือนขึ้นไป	<10.00	6.50	3.00
3. ร้อยละของการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ภายใน 1 ปี	0.00	1.08	0.03
4. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่อง	70.00	52.00	85.00
5. อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission) ของผู้ป่วยจิตเวช ภายใน 3 เดือน	5.00	3.23	1.65
6. การส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนมารักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด	จำนวนครั้ง	41	29
7. การส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า	จำนวนครั้ง	23	14
8. อัตราผู้ป่วยก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่นในโรงพยาบาล	0.00	2.44	0.00
9. อัตราผู้ป่วยก้าวร้าว ทำร้ายตนเองในโรงพยาบาล	0.00	0.00	0.00
10. ร้อยละความพึงพอใจของผู้มารับบริการคลินิกจิตเวช	80.00	80.00	87.00
11. อัตราการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า	65.00	54.90	74.27

4.3 ระดับจังหวัด ได้แก่

4.3.1 เกิดบทบาทในการเป็นแม่ข่ายในการ coaching และเสริมพลัง ลูกข่ายระดับอำเภอ ชุมชน

4.3.2 การร่วมสร้างระบบการคัดกรอง ค้นหา ผู้มีพฤติกรรมก้าวร้าวจากการใช้สารเสพติด

4.3.3 การจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง นำไปใช้ทุกระดับสถานบริการ

4.3.4 การพัฒนาระบบบริการคลินิกจิตเวชและหอผู้ป่วยจิตเวช

4.3.5 จัดระบบส่งยาแบบ drug delivery

4.3.6 ร่วมวางแผน พัฒนาระบบกับหน่วยงานระดับจังหวัด

5. การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวัง และพฤติกรรมตามขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิตของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตหลังดำเนินการ 12 เดือน อยู่ในระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบกับก่อน (กันยายน 2561) หลังดำเนินการ 6 เดือน (มีนาคม 2562) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) โดยที่หลังดำเนินการ 12 เดือนมีค่าคะแนนมากที่สุด

วิจารณ์

การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวัง และพฤติกรรมตามขอบเขตและสมรรถนะของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต มีความแตกต่างกัน โดยที่ความคาดหวังสูงกว่าการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรม มีค่าคะแนนสูงกว่า การรับรู้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)^(6,7) ที่กล่าวว่า ความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่ปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้เป็นการคาดหวังในสิ่งที่เกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ การรับรู้ความสามารถกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถตนเองว่า จะกระทำตนเองกับความคาดหวังผลลัพธ์ นั้น บุคคลจะพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการกระทำพฤติกรรมเนื่องจากมนุษย์เรียนรู้ว่าการกระทำใดนำไปสู่ผลลัพธ์ใด แต่ความสามารถของมนุษย์แต่ละคนที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ มีขีดจำกัดไม่เท่ากัน ดังนั้น การที่บุคคลจะตัดสินใจว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ ส่วนหนึ่งจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถตนเองและอีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับ

ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ ส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติงานสุขภาพจิตของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น บางด้านที่อยู่ในระดับมาก ส่วนความคาดหวังต่อขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติงานสุขภาพจิต โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ภาสิต ศิริเทศ และณพิวิทย์ ธรรมสีหา⁽⁸⁾ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกพฤติกรรมสุขภาพนั้น หากมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงก็จะมี การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม และพฤติกรรมตามขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิตของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต ก่อนดำเนินการ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวัง และพฤติกรรมต่อขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิตของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตที่มีสถานที่ปฏิบัติงานและอายุที่ต่างกัน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากประสบการณ์ที่ต่างกันจากสถานที่ปฏิบัติงานและอายุต่างกัน จะส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวัง และพฤติกรรม สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura A⁽⁶⁾ ที่อธิบายว่าปัจจัยที่มีผลต่อระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบ่งเป็น 4 ปัจจัย ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จในอดีต (enactive mastery experience) การรับรู้ประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) การจูงใจด้วยคำพูด (verbal persuasion) และสภาวะทางกายและอารมณ์ (physiological and affective state) ซึ่งผลของการรับรู้ความสามารถของตนเองของปัจจัยต่าง ๆ อาจมาจากหนึ่งหรือหลายปัจจัย และระดับการส่งผลในแต่ละบุคคลไม่เท่ากันและการศึกษาของภาสิต ศิริเทศ และณพิวิทย์ ธรรมสีหา⁽⁸⁾ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกพฤติกรรมสุขภาพนั้น หากมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงจะมีการแสดงออกซึ่ง

พฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยมุ่งเน้นที่การพัฒนาศักยภาพและสมรรถนะบุคลากร ด้วยการอบรมตามแนวคิดของ Nadler L⁽⁹⁾ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ว่าเป็นกิจกรรมส่วนบุคคลเพื่อให้บุคคลนั้นมีศักยภาพในการตอบสนองต่อความต้องการขององค์กรโดยมีกิจกรรมต้องปฏิบัติ การฝึกอบรมมีประโยชน์ในแง่ที่เป็นการเพิ่มพูนประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานโดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานและยังเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยแก้ไขข้อบกพร่องหรือข้อผิดพลาดต่าง ๆ ในการปฏิบัติงาน ช่วยให้การรับรู้ ความคาดหวังและพฤติกรรมต่อขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิตของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต ส่งผลให้เกิดผลงานด้านสุขภาพจิตดีขึ้น ซึ่งเกิดจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางการดำเนินงาน ให้ได้มาตรฐานและเป็นทิศทางเดียวกันเป็นการระดมสมองจากผู้ปฏิบัติงานที่มาจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกระดับโดยยึดขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิตของสภาการพยาบาล การประเมินคุณภาพการบริหารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต) มาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต) การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก (กรมสุขภาพจิต) แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุสำหรับโรง-พยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน (กรมสุขภาพจิต และคู่มือความรู้สุขภาพจิตชุมชน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ซึ่งสามารถสรุปได้เป็นแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลทั่วไป แนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชน แนวทางการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน แนวทางการจัดการผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินในชุมชน แนวทางการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและจังหวัด ตามบริบทของพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ

กุนต์ โทโพธิ์ไทย⁽¹⁰⁾ อรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิต-
โต⁽¹¹⁾ และวินัย รอบคอบ และคณะ⁽¹²⁾

นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัญหาอุปสรรคจากการถอดบทเรียน ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนจากการคัดกรองเบื้องต้น การประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่คลาดเคลื่อน การวางแผนรักษาในรายที่มีปัญหาซับซ้อน การจำหน่ายผู้ป่วยที่ไม่ครอบคลุมและติดตามผลรักษาไม่ต่อเนื่องเป็นรูปธรรม และเมื่อได้กลับมาทบทวน และปรับปรุงวิธีการดำเนินงานในระยะที่ 2 สามารถทำให้ค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวัง และพฤติกรรมตามขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิตของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตหลังดำเนินการ 12 เดือน อยู่ในระดับมาก และเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนหลังดำเนินการ 6 เดือน และหลังดำเนินการ 12 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่ หลังดำเนินการ 12 เดือนมีค่าคะแนนมากที่สุดและส่งผลให้ ผลงานด้านสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้น และผ่านเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด สะท้อนให้เห็นว่าการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ควรมีกระบวนการหลากหลายรูปแบบ และเป็นกระบวนการที่บุคลากรและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้⁽¹³⁾ การสนทนากลุ่ม⁽¹⁴⁾ การ coaching ก่อให้เกิดการสื่อสารสองทาง มีการสะท้อนกลับข้อมูล (feedback) เกิดการปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และแม่ข่ายระดับจังหวัดมีโอกาสได้รับฟังปัญหา และร่วมมือกันหาแนวทางแก้ไข ซึ่งผลของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตประกอบด้วย การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสนทนากลุ่ม การ coaching การพัฒนาเครือข่าย และการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดผลงานด้านสุขภาพจิต เช่น การสนองนโยบายด้านการลดแออัด (refer ลดลง) นโยบายการสร้างเครือข่ายสุขภาพ service plan เป็นต้น ทำให้โรงพยาบาลกาฬสินธุ์พัฒนาตนเอง จนเป็นที่เลื่องลือกับลูกข่ายระดับอำเภอได้ ทำให้โรงพยาบาลระดับ F1-3 มีศักยภาพสูงชันในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ลดการส่งต่อผู้ป่วย มีศักยภาพในการวินิจฉัยโรคซึม-

เศร้า ทำให้อัตราการเข้าถึงบริการสูงชัน มีศักยภาพในการดูแลต่อเนื่อง ทำให้อัตราการ relapse/re-admission ลดลง บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องมีพฤติกรรมตามขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วินัย รอบคอบ และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่า (1) รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต เพื่อการป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย Application รู้เท่าทันโรคซึมเศร้า คู่มือการให้ความรู้โรคซึมเศร้า และแนวทางการจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าสำหรับอาสาสมัคร-สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (2) รูปแบบฯ มีคุณภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี และคุณภาพรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดีถึงดีมาก (3) ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ พบว่า หลังการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีการรู้เท่าทันโรคซึมเศร้าสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ และมีคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของกนกศรี จาดเงินและเกศรินทร์ เชื้อภักดี⁽¹⁵⁾ พบว่า ภายหลังจากนำแนวทางการลดอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลบางปะกงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ อาสาสมัคร-สาธารณสุขมีความรู้หลังการอบรมเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนทักษะการประเมินผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80.0 ทุกคน และอัตราการลดลงของอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเวชมีเพิ่มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 94.33 และสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ที่ร้อยละ 80 เนื่องมาจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้^(13,14,16,17)

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมตามขอบเขตและสมรรถนะ การปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิตด้านสมรรถนะที่ 8 มีความสามารถใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) มีคะแนนน้อยที่สุด สะท้อนถึงบุคลากรในการใช้ evidence-based practice

จึงควรหาแนวทางที่จะช่วยผลักดันให้มีการนำ evidence-based practice เพื่อการพัฒนาเพิ่มมากขึ้น

2. การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยทางจิตเวชขึ้นกับบริบทซึ่งมีความแตกต่างในแต่ละพื้นที่ ดังนั้น วิธีการพัฒนาควรมีความหลากหลายและเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

3. ควรมีการผลักดันนโยบายไปสู่พื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม เหมาะสมกับบริบท

เอกสารอ้างอิง

1. แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต. การส่งเสริมสุขภาพจิต: แนวคิด หลักฐาน และแนวทางปฏิบัติ. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2560.
2. กรมสุขภาพจิต. แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580). นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
3. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. รายงานผลการให้บริการงานสุขภาพจิต ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ปี 2561 ของจังหวัดกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์: งานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2561.
4. แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต. ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2560
5. Tezera D. Factors for the successful implementation of polices. Merit Research Journal of Education and Review 2019;7(8):92-5
6. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: WH Freeman and Company; 1977.
7. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. New Jersey: Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs; 1986.
8. ภาสิต ศิริเทศ, ฌพวิทย์ ธรรมสีหา. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก 2562;20(2):58-65.
9. Nadler L. Developing human resources. Houston: Gulf Publishing Company; 1970.
10. กนต์ โตโพธิ์ไทย. การสร้างสุขโดยการบูรณาการงานสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558;25(2):166-77.
11. อรสา วัฒนศิริ, เสาวภา ศรีภูสิตโต. การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารกองการพยาบาล 2556;40(1):67-83.
12. วินัย รอบคอบ, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, วรภรณ์ ทินวัง. รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในประชาชนของจังหวัดลำปาง. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2562;12(3): 11-22.
13. ฉวีวรรณ ชมภูเข. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2561;11(1):110-7.
14. จุฑามาศ เวชพานิช. ผลของการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2561;12(2):414-22.
15. กนกศรี จาดเงิน, เกศรินทร์ เชื้ออภัยดี. การพัฒนาแนวทางการลดอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลบางปะกง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2562; 4(4):106-13.
16. ศิริพร วีระเกียรติ, บุญพา ณ นคร, นพรัตน์ ไชยธานี. การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของหลักพุทธศาสนาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2558;35(1):85-100.
17. วิโรจน์ นรชาญ. การสร้างและพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชน ในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ ตำบลหนองไผ่ อำเภอรวยบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2562;4(2): 107-18.

Abstract: Mental Health System Development: from Policy to Practice

Tiwawan Piyakulmala, M.D.*; Teerapat Suttipapar, Ph.D.**

** Kalasin Hospital; ** Kalasin Provincial Public Health Office, Thailand*

Journal of Health Science 2019;28:293-302.

The aims of this study were to develop a mental health service system under the Kalasin provincial context. A research and development methodology was conducted from October 2018 to November 2019. The study comprised 3 main elements: (1) conducting a situation analysis on service provision and readiness of health personnel; (2) developing the appropriate service guideline and supporting health personnel to implement; and (3) monitoring and evaluation for improvement of service provision. A purposive sampling technique was applied to select 236 mental health personnel from all health facilities of Ministry of Public Health in the province. The data collection tools consist of the evaluation forms of mental health service key performance indicators (KPIs) and assessing the readiness of health personnel. Descriptive statistics and content analysis were used for analyzing the data. The results showed that some of the KPIs were not achieved. The health personnel as measure with their self-efficacy towards the scope and performance of psychiatric and mental health showed moderate level of readiness. Therefore, the researchers established a guideline as an intervention to improve mental health service. Activities for strengthening competency of health personnel were introduced including training, focus group discussions, establish platform for knowledge sharing, coaching, and promoting local network partnerships. After 6 months of the guideline implementation, the perception, expectation and practices of health personnel according to the scope and competency of psychiatric and mental health practice were improved. Furthermore after 12 months, the relapses of schizophrenia patients from the same disease within three months decreased by 3.02%. The re-admission rate of psychiatric patients within 3 months also decreased by 1.58%. Whereas, 27.00% improvement was observed in the follow-up visits and ongoing care among the psychiatric patients with complex problems. Additionally, the rate of access to major depression services was increased by 19.37%. In conclusion, the overall performance met the criteria of KPI standard.

Keywords: mental health system; performance; network partnership