การบริหารจัดการเชิงระบบสู่การพัฒนาบริการสุขภาพจิต แบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชน” อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

อนุพงศ์ ชาวคอนไชย[*a], กัลยามาศ แจ่มกลาง[**]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารจัดการระบบการพัฒนาบริการสุขภาพจิต ใน อ.โนนสูง จ.นครราชสีมา ในรูปแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชน” ดำเนินการระหว่าง 1 ต.ค. 2560-30 ก.ย. 2564 โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ก่อนการดำเนินการ 1) ศึกษาบริบทพื้นที่และวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช 2) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, ระยะที่ 2 ดำเนินการ 1) วางแผน 2) ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และระยะที่ 3 ระยะติดตามและประเมินผล มีการบริหารจัดการเชิงระบบโดยนำข้อมูลปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาเป็นข้อมูลนำเข้า และวางแผนพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พัฒนารูปแบบบริการแบบเครือข่ายบริการสุขภาพจิต (NODE) ของ รพ.สต. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในและนอกเครือข่ายสุขภาพ สนับสนุนเงินงบประมาณตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (P4P) ให้ รพ.สต. จัดระบบยาจิตเวชใน รพ.สต. จัดระบบห้องปฏิบัติการใน รพ.สต. สนับสนุนเครื่องมือทางจิตวิทยา มีนโยบายปรับคลินิกจิตเวชเป็นคลินิกให้การดูแลทางสังคมจิตใจ (Psychosocial clinic) ใช้กรอบแนวคิดการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชแบบ F-C-T และกำหนดเป้าหมายในการติดตามกำหนดเป็นตัวชี้วัด 1) รพ.สต. จัดบริการ Psychosocial clinic, 2) เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช, 3) เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชอาการสงบให้ดำเนินชีวิตในสังคมได้, 4) ลดอัตราการขาดนัด/ขาดยา และ 5) ความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น ผลการวิจัยพบว่า รพ.สต. จัดบริการ Psychosocial clinic ครบ 18/18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ระหว่างปีงบประมาณ 2560-2564 การเข้าถึงบริการโรคจิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 82.00, 82.90, 89.30, 90.50 และ 92.35 การเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 56.19, 66.05, 67.08, 72.36 และ 89.28 การเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.75, 11.03, 15.42, 24.31 และ 28.67 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับดี อาการสงบสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ ร้อยละ 98.15, 98.30, 97.78, 99.28 และ 99.82 อัตราการขาดนัด/ขาดยาลดลงร้อยละ 0.48, 0.72, 0.39, 0.24 และ 0.18 และอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการจัดระบบบริการ เท่ากับร้อยละ 88.32, 89.20, 90.00, 91.22 และ 92.30 ตามลำดับ

คำสำคัญ: การบริหารจัดการเชิงระบบ; บริการสุขภาพจิต; ชุมชน

---

[*] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

[**] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

[a] Corresponding author : อนุพงศ์ ชาวคอนไชย Email : anupong64@hotmail.com

รับบทความ: 17 ก.ค. 65; รับบทความแก้ไข: 27 ก.ค. 65; ตอบรับตีพิมพ์: 27 ก.ค. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 27 ส.ค. 65

The Systematic Management towards Development of Mental Health Services : "Near Home, Near Heart, In the Community", Nonsung District, Nakhon Ratchasima Province

Anupong Chaokhonchai[*a], Kanlayamat Jamklang[**]

Abstract

The purpose of this participatory action research was to study the management of the mental health service development system in Non Sung district, Nakhon Ratchasima province using the model: "Near Home, Near Heart, In the Community" implemented during Oct. 2017 and Sep. 2021. It was divided into 3 phases. Phase 1-preliminary phase was consisted of study of the context of the area and analysis of mental and psychiatric problems and related factors. Phase 2,-action phase was consisted of planning and Implementation of the action plan. Phase 3:-monitoring and evaluation with systematic management by bringing information on problems in caring for psychiatric patients as input and planning to develop the potential for mental health and psychiatric care for sub-district health promoting hospitals (SDHPH), develop a mental health service model of NODE in SDHPH, develop the potential of personnel both inside and outside of health network, support P4P money for SDHPH, organize LAB system in SDHPH, and supporting psychological tools for mental health patient care. The adjustments of psychiatric clinic to psychosocial clinic using the F-C-T conceptual framework for mental health and psychiatric operations. Goals were for set as indicators for monitoring and evaluation including 1) SDHPH provided psychosocial clinic services, 2) improving access to mental health and psychiatric services, 3) improving quality of life among stabled psychiatric patients to be able to live in the society, 4) reducing missed

[*] Medical Physician, Senior Professional Level, Director of Nonsung Hospital, Nakhon Ratchasima Province

[**] Registered Nurse, Professional Level, Nonsung Hospital, Nakhon Ratchasima Province

[a] Corresponding author : Anupong Chaokhonchai Email : anupong64@hotmail.com

Received: Jul. 17, 22; Revised: Jul. 27, 22; Accepted: Jul. 27, 22; Published Online: Aug. 27, 22

appointments and lack of medication rates, and 5) improving service satisfaction. Results showed that 18 out of 18 SDHPH (100%) provided psychosocial clinic services. During the fiscal year of 2560-2564 BE, access to psychiatric services increased by 82.00, 82.90, 89.30, 90.50 and 92.35 percent; access to depression services increased by 56.19, 66.05, 67.08, 72.36 and 89.28 percent; access to ADHD services increased 10.75, 11.03, 15.42, 24.31 and 28.67 percent, quality of life among psychiatric patients was at a good level, calm, able to carry out daily life at 98.15, 98.30, 97.78, 99.28 and 99.82 percent; rate of missed/lack of medication reduced by 0.48, 0.72, 0.39, 0.24 and 0.18 percent, and satisfaction rate of service recipients towards the service system arrangement increased to 88.32, 89.20, 90.00, 91.22 and 92.30 percent, respectively.

Keywords : Systematic management; Mental health services; Community

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย คาดการณ์ว่าพบในประชากรทั่วโลกถึง 1 ใน 4 หรือจำนวน 450 ล้านคน มีปัญหาจิตเวชในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชส่งผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิต การอยู่ร่วมในสังคมและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่าโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภทเป็น 1 ใน 10 ของโรคที่ทำให้เกิดทุพพลภาพ ส่งผลต่อความพิการเรื้อรัง จากการศึกษาร่วมกันระหว่าง WHO, Harvard School of Public Health and World Bank[1] โรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็นภาระจากอันดับที่ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับ 2 ในปี ค.ศ. 2020 นั่นหมายถึงโรคซึมเศร้าจะเป็นโรคทางจิตเวชที่ก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลก[2] สำหรับโรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุด ทั่วโลกมีการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์สำหรับการดูแลรักษาโรคจิตเวชในชุมชนรวมทั้งประเทศไทย[3] การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในเรื่องของการรับประทานยาตามแผนการรักษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ รูปแบบที่ส่งผลต่อการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การบอกความสำคัญและความจำเป็นในการรับประทานยา การให้การปรึกษา การส่งเสริมความมีคุณค่าของผู้ดูแลและผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม จิตอาสา การประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล และการส่งต่อรับรักษา[4] การที่จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพ มีข้อจำกัดในการพัฒนาระบบบริการ ในส่วนของจำนวนบุคลากรจิตเวชที่มีอยู่ค่อนข้างจำกัด ปัญหาระบบยาและการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช[5] การดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยเครือข่ายทีมสหวิชาชีพ

สามารถแก้ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาและความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีอาการกำเริบ และอยู่ร่วมกับชุมชนได้[6] การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจังหวัดนนทบุรี พบว่า การมีพยาบาลดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ทั่วไปและสมรรถภาพทางจิตดีขึ้น[7] การศึกษาเรื่อง การปรับโครงสร้างให้มีแผนกสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและจัดบริการอย่างจริงจัง โดยมีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่เกิดจากข้อตกลงของครอบครัวและชุมชน ทำให้การดูแลผู้ป่วย จิตเวชได้รับความร่วมมือจากชุมชนมากขึ้น[8] การมีระบบบริการที่สอดคล้องกับความต้องการและได้รับ การสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายและมาจากพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งการออกแบบกิจกรรม ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาอันจะนำไปสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืน[9] องค์กรในชุมชน ที่มีบทบาทร่วมกันมี 4 องค์กรหลัก ได้แก่ ภาคประชาชน กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐ การพัฒนาศักยภาพและการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน นำไปสู่ กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกับองค์กรชุมชน การปฏิบัติการที่ครอบคลุมมิติสุขภาพ และมิติทางสังคม[10]

อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยทางสุขภาพจิตและจิตเวชรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ มากเป็นอันดับที่ 2 รองจากอำเภอเมืองนครราชสีมา ในปี 2552 โรงพยาบาล จิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ มีนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ โดยส่งผู้ป่วยกลับมารักษา ยังโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ในครั้งนั้นโรงพยาบาลโนนสูงบริหารจัดการระบบบริการโดยรับผู้ป่วยกลับ เข้ามารักษารวมกับผู้ป่วยนอกทั่วไป และบริหารจัดการระบบยาด้วยการทำข้อตกลง (MOU) ระบบส่งต่อยา ในราคาทุนจากโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จากการประเมินผลการจัดระบบบริการพบว่า มีผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชที่รับส่งต่อมามีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และบางรายไม่สามารถรอรับบริการร่วมกับ ผู้ป่วยนอกทั่วไปได้ ทำให้อัตราการขาดนัด/ขาดยาสูงถึงร้อยละ 32 ปี 2553 โรงพยาบาลได้มีการบริหาร จัดการโดยให้จัดตั้งคลินิกสุขภาพและจิตเวชขึ้นที่แผนกผู้ป่วยนอก ให้บริการสัปดาห์ละ 1 วัน พบว่ายังมีอัตรา การขาดนัด/ขาดยาสูงถึงร้อยละ 26 เมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการเดินทางมาที่ โรงพยาบาลโนนสูง เพราะการเดินทางจากตำบลมาที่โรงพยาบาล ใช้การเดินทางโดยทางรถไฟเป็นหลัก ข้อดีคือรถไฟให้บริการฟรี ข้อเสียคือรอบให้บริการน้อย ทำให้ต้องมาแต่เช้า และต้องกลับก่อนเที่ยง บางครั้ง ผู้ป่วยมาสายทำให้ไม่ทันรอบรถไฟ นอกจากนี้ยังมีปัญหาผู้ป่วยบางรายไม่มีญาติพามาทำให้ขาดการรักษา ต่อมาในปี 2554–2555 ผู้บริหารโรงพยาบาลโนนสูง ได้มีแนวคิดที่จะกระจายผู้ป่วยจิตเวชที่อาการดีไปรับยา ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามแบบของโครงการนำร่องต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model หรือ CCM) ที่เริ่มจากนำผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ลงสู่ การดูแลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งในการนำกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชลงสู่การดูแลของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลครั้งนี้ ได้รับสนับสนุนแพทย์พี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

มาช่วยสอนระบบคลินิกจิตเวช (Clinical teaching) ให้กับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ดูแลคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาล และมีการจัดระบบบริหารเวชภัณฑ์ยา โดยเภสัชกรโรงพยาบาลโนนสูงได้ขอสนับสนุนรายการยาจิตเวชซึ่งอยู่นอกกรอบบัญชีโรงพยาบาลตามที่กระทรวงกำหนดจากโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์เพื่อให้มียาพร้อมและเพียงพอต่อการให้บริการต่อเนื่อง จากการดำเนินการดังกล่าวพบว่าทำให้อัตราการขาดนัด/ขาดยาลดลงเหลือร้อยละ 10 พร้อมกันนี้อำเภอโนนสูงได้มีการจัดทำสมัชชาสุขภาพ “คนโนนสูง ครอบครัวเดียวกัน” โดยยกปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาที่สำคัญในพื้นที่ที่ต้องแก้ไข โดยเฉพาะเรื่องที่ยังมีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาซ่อนอยู่ในชุมชน และปัญหาบุคลากรที่ให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขาดความมั่นใจในการดูแลและให้บริการผู้ป่วยจิตเวช จึงมีแผนพัฒนาบุคลากรสหวิชาชีพระยะ 5 ปี (ปี 2556-2560) ควบคู่กับการพัฒนาระบบงานสุขภาพจิตและจิตเวช

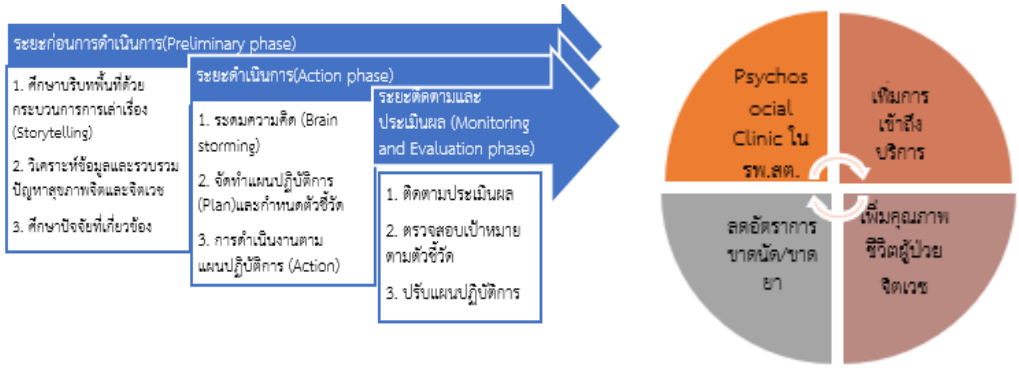
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและประเมินผลลัพธ์จากการพัฒนาตามรูปแบบ “ใกล้บ้านใกล้ใจ ในชุมชน” อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) มุ่งศึกษาเรื่องระบบงานสุขภาพจิตและจิตเวชอำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ในปี 2560-2564

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีการดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้ **ระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการ (Preliminary phase)** ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทพื้นที่ด้วยกระบวนการเล่าเรื่อง (Storytelling) 2) วิเคราะห์รวบรวมข้อมูลและปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ 3) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง **ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Action phase)** ได้แก่ 1) การระดมความคิด (Brainstorming) 2) จัดทำแผน (Plan) 3) กำหนดตัวชี้วัด การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ (Action) **ระยะที่ 3 ระยะติดตามและประเมินผล (Monitoring and evaluation phase)** ได้แก่ 1) ติดตามประเมินผล 2) ตรวจสอบเป้าหมายตามตัวชี้วัด 3) ปรับแผนปฏิบัติการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้กระบวนการเล่าเรื่อง (Storytelling) การระดมความคิด (Brainstorming) วิเคราะห์ปัญหา (SWOT) การจัดทำแผน (Plan) และกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ โดยจัดทำเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเวทีสมัชชาสุภาพ ระดับอำเภอ ในเวทีได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย มีการเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลและผู้ร่วมในกระบวนการวิจัย สามารถตัดสินใจในการให้ข้อมูลอย่างอิสระ และกระบวนการในการจัดการกับข้อมูล ได้เก็บเป็นความลับ และนำเสนอเฉพาะในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอข้อมูลส่วนบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลอัตรากำลังจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของอำเภอโนนสูง วิเคราะห์เป็นจำนวนตัวเลขตามการประเมินมาตรฐานการพัฒนาระบบบริการของกรมสุขภาพจิต ประกอบกับความครอบคลุมของบุคลากรต่อหน่วยบริการ 2) ข้อมูลผลการประเมินมาตรฐานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชโดยกรมสุขภาพจิต วิเคราะห์เป็นระดับตัวเลขตามหัวข้อการประเมิน โดยมีค่าเป้าหมายเป็นตัวกำหนดระดับ 3) ข้อมูลผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชอำเภอโนนสูง วิเคราะห์ผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดเป็นร้อยละโดยมีค่าเป้าหมายเป็นเกณฑ์วัดระดับ

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการ (Preliminary phase)

1) ศึกษาบริบทพื้นที่และวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ ด้วยกระบวนการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานสุขภาพจิตและจิตเวชอำเภอโนนสูง (CUP โนนสูง) นำผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เข้าที่ประชุมจัดทำแผนประจำปีของอำเภอโนนสูง (CUP โนนสูง) และนำเสนอข้อมูลสภาพปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่อำเภอโนนสูง ในเวทีสมัชชาสุขภาพ “คนโนนสูง ครอบครัวเดียวกัน” โดยมีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมซึ่งได้แก่ พระภิกษุ อำเภอ ตำรวจ ครู องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตัวแทนผู้พิการ อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนผู้สูงอายุ เป็นต้น มีการนำแนวคิดต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model หรือ CCM) มาประเมินใช้กับกลุ่มผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า ด้านผู้ป่วย : ปัญหาอัตราการขาดนัด/ขาดยาลดลง แต่ก็พบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีคุณภาพชีวิตต่ำ ไม่กล้าเข้าสังคม การเข้าถึงบริการโรคจิตและโรคซึมเศร้ายังน้อย พบผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทุกเพศทุกวัยซ่อนอยู่ในชุมชน และมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีปัญหาสุขภาพจิตรักษาในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านบุคลากร : ขาดความมั่นใจในการดูแลและให้บริการผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช ขาดขวัญและแรงจูงใจในการจัดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงได้กำหนดนโยบายการพัฒนาด้านบุคลากร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา ผู้ช่วยเหลือคนไข้ โดยในปี 2556 แพทย์จบเวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตเวช จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพจบพยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ใหญ่ จำนวน 1 คน ปี 2558 จบพยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ใหญ่จำนวน 2 คน ปี 2559 นักจิตวิทยาคลินิกจบหลักสูตรการฝึกปฏิบัติงานนักจิตวิทยาคลินิก (Intern) และสอบได้ใบประกอบโรคศิลปะ จำนวน 1 คน ปี 2560 แพทย์จบหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน พยาบาลจบเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ใหญ่ จำนวน 1 คน

2) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน มีฐานะค่อนไปทางยากจน ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ผู้ป่วยที่เคยก่อความรุนแรงชุมชนหวาดกลัว ผู้ป่วยมีตราบาปถูกกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Action phase)

1) การวางแผน (Plan)

1.1 กำหนดนโยบายการพัฒนาด้านบุคลากรด้านงานสุขภาพจิตและจิตเวช

1.2 บริหารจัดการระบบสนับสนุนบริการ ได้แก่ จัดสรรงบตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (P4P) ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดระบบยา ระบบห้องปฏิบัติการ (LAB) และเครื่องมือทางสุขภาพจิตและจิตเวช

1.3 ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบบริการแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชน”

2) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ (Action)

2.1 พัฒนาบุคลากรทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยในปี 2560 มีพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข จบหลักสูตรนักสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 41 คน ปี 2561 พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ให้เป็น อสม.เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 20 คน จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพเข้าเรียนหลักสูตรเฉพาะทางจิตแด็กและวัยรุ่น ส่งผลให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (CUP) อำเภอโนนสูงมีอัตรากำลังสุขภาพจิตและจิตเวช ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนบุคลากรด้านงานสุขภาพจิตและจิตเวช CUPอำเภอโนนสูง พ.ศ. 2564

บุคลากรแต่ละวิชาชีพ	รพช.	รพ.สต.	สสอ.	รวม
แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตและจิตเวช	2	0	0	**2**
เภสัชกรบริบาลงานสุขภาพจิตและจิตเวช	2	0	0	**2**
พยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ใหญ่	2	2	0	**4**
พยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	1	0	0	**1**
นักจิตวิทยาคลินิก	2	0	0	**2**
นักสุขภาพจิตชุมชน	4	36	1	**41**
รวม	**13**	**38**	**1**	**52**

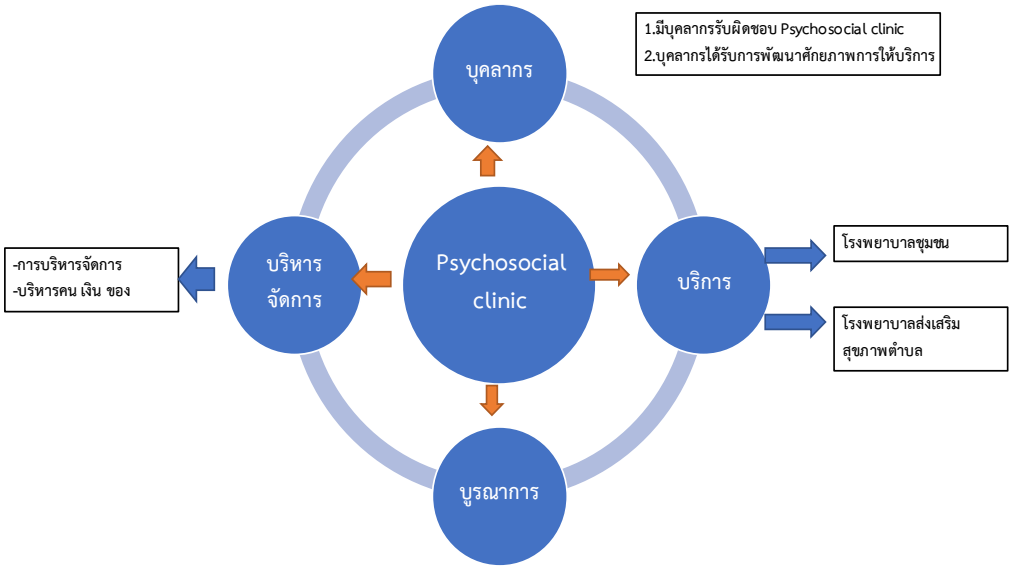
ที่มา : งานบริหารและพัฒนาบุคลากร CUP อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

2.2 บริหารจัดการระบบสนับสนุนบริการ ได้แก่ จัดสรรงบตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (P4P) ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีระบบยา ระบบห้องปฏิบัติการ (LAB) และเครื่องมือทางสุขภาพจิตและจิตเวช ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 การบริหารจัดการระบบสนับสนุนบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ที่มา : กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลโนนสูง อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา

2.3 ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชน” โรงพยาบาลโนนสูงจึงได้บริหารจัดการเชิงระบบด้วยการขยายระบบบริการแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจในชุมชนมากขึ้น โดยการจัดระบบบริการคลินิกจิตเวชขึ้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเริ่มจากการส่งผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ 6 แห่ง และขยายบริการไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจนครบ 18 แห่ง ทีมดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลโนนสูง ได้แก่ แพทย์ พยาบาลเฉพาะทาง เภสัชกร และนักจิตวิทยา ไปออกบริการร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรูปแบบของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเชิงรุกแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชน” อำเภอโนนสูง พัฒนารูปแบบการให้บริการจากส่งผู้ป่วยกลับไปรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยาคลินิก และพนักงานบริการ ออกให้บริการตรวจรักษา พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางจิตมีปัญหาทางด้านสังคมและจิตใจที่ใช้ในการคัดกรองและค้นหาปัญหาแตกต่างจากโรคทางกาย มีปัญหาในการสื่อสารและเข้าสังคม คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (CUP) อำเภอโนนสูงได้นำข้อมูลปัญหาร่วมประชุมปรึกษาหารือผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชอำเภอโนนสูง สรุปผลการดำเนินงานประจำปีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง ได้แก่ การคืนข้อมูลสมัชชาสุขภาพจิตให้ชุมชน ใช้แนวคิด “คนโนนสูงครอบครัวเดียวกัน” มีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมซึ่งได้แก่ พระภิกษุ อำเภอ ตำรวจ ครู องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตัวแทนผู้พิการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตัวแทนผู้สูงอายุ เป็นต้น นำข้อมูลสภาพปัญหามาบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบบริการโดยปรับรูปแบบการให้บริการเดิม เปลี่ยนเป็นรูปแบบบริการการดูแลทางสังคมจิตใจ (Psychosocial clinic) โดยกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบงานในแต่ละแห่ง เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ปฏิบัติงานตามบทบาทของแต่ละวิชาชีพ โรงพยาบาลโนนสูงจัดตั้งคลินิกจิตเวชเด็กขึ้นต่อยอดจาก Psychosocial Clinic ของผู้ใหญ่ โดยผู้บริหารสนับสนุนบริการ ได้แก่ ระบบยา ระบบห้องปฏิบัติการ (LAB) เครื่องมือทางสุขภาพจิตและจิตเวชและจัดสรรงบตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (P4P) ดังภาพที่ 2

จากการบริหารจัดการระบบแบบดูแลทางสังคมจิตใจ Psychosocial clinic ส่งผลทำให้อัตราการขาดนัดขาดยาลดลง ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จึงได้จัดกระบวนการระดมความคิดประชุมทีมเครือข่ายสุขภาพจิตทั้งในระบบและนอกระบบสุขภาพ ทำให้ได้นวัตกรรมรูปแบบการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในรูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพจิต (NODE) โดยแบ่งเครือข่าย (NODE) จากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่ไปใช้บริการ หน่วยที่มีผู้ป่วยมากและมีที่ตั้งเป็นศูนย์กลางจะถูกตั้งเป็นแม่ข่ายให้คำปรึกษา (Consult) ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกัน



ภาพที่ 2 ดูแลทางสังคมจิตใจ Psychosocial clinic

ซึ่งสามารถจัดตั้งเครือข่ายบริการสุขภาพจิต (NODE) ได้ทั้งหมด 6 แห่ง ดังนี้ 1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหว้า เป็นแม่ข่าย 1 ดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่า (1) 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่ เป็นแม่ข่าย 2 ดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโตนด, นาราดพัฒนา, บ้านเพชร, หนองตะครอง 3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ากระทุ่ม เป็นแม่ข่าย 3 ดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลุมข้าว, ดอนชมพู, ตลาดแค 4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไพ เป็นแม่ข่าย 4 ดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะพาน 5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า เป็นแม่ข่าย 5 ดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพลสงคราม, มะรุม และ 6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนท้าว เป็นแม่ข่าย 6 ดูแล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่า (2) นอกจากนี้ยังออกแบบระบบบริการแตกต่างจาก Psychosocial clinic ทั่วไป ที่ให้บริการครึ่งวันช่วงบ่ายทุก 2 เดือน เป็นรูปแบบการให้บริการเต็มวันในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นเครือข่ายบริการ (NODE) โดยช่วงเช้าให้บริการ Psychosocial clinic ส่วนช่วงบ่ายเป็นการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยชุมชนและค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ นอกจากนี้ยังรับให้คำปรึกษาและดูแลผู้ป่วยกรณีซับซ้อนให้กับลูกข่ายอีกด้วย ซึ่งการจัดบริการรูปแบบนี้มีจุดเด่นที่มีทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลโนนสูงออกร่วมปฏิบัติการกับทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งผลให้สามารถคัดกรองและประเมินสุขภาพจิต ให้การรักษาเริ่มยาได้ในชุมชน กลายเป็นรูปแบบเครือข่ายบริการ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชน” พร้อมกันนั้นได้มีการระดมสมองเพื่อหากรอบแนวคิดการทำงานของทีม

สุขภาพจิตระดับอำเภอโนนสูง (CUP) เพื่อพัฒนาระบบงานสุขภาพจิตให้มีการเชื่อมโยงเครือข่ายและเกิดความยั่งยืน

กรอบแนวคิดการดำเนินสุขภาพจิตและจิตเวชแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชน” คือ F-C-T

F : Finding New case

C : Community Care and Treatment

T : Team For Rehabilitations

โดยมีการดำเนินการตามกรอบแนวคิดดังนี้

F : Finding New case เป็นการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ โรคจิต โรคซึมเศร้า โรคจิตเวชในเด็กและผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอื่น โดยได้มีการสร้างความรู้เรื่องโรค การดูแลรักษาและการใช้เครื่องมือคัดกรองทางจิตเวชให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ อสม. เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตชุมชน ในชุมชนคัดกรองเบื้องต้นโดย หาก อสม. พบผลการคัดกรองว่าผิดปกติก็จะให้ส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อทำการประเมินซ้ำ ซึ่งหากพบผิดปกติ จะทำการปรึกษาพยาบาลผู้รับผิดชอบ (Consult manager) คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลโนนสูง เพื่อรายงานแพทย์นำเข้าสู่ระบบการรักษาตามโครงการลดช่องว่างการเข้าถึงบริการโรคจิตร่วมกับโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ กรณีโรคจิตเด็กในโรงเรียน ได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพครูในโรงเรียนประถมศึกษา เพื่อคัดกรองโรคจิตเวชเด็กและนำเข้าสู่บริการที่โรงพยาบาลโนนสูง ส่วนการค้นหาโรคซึมเศร้า จัดให้สถานพยาบาลมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้คำถาม 2Q กับผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป ผู้ป่วยนอกเรื้อรังและผู้ป่วยคลินิกพิเศษต่างๆ ทุกครั้งที่มารับบริการ หากพบภาวะผิดปกติจะส่งมาประเมินซ้ำที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลโนนสูงและนำเข้าสู่การรักษา

C : Community Care and Treatment เป็นการดูแลรักษาแบบองค์รวม จัดบริการทั้งเชิงรุกในชุมชนและเชิงรับในสถานพยาบาล จัดทำแนวทางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชภายใน CUP อำเภอโนนสูง กรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาความยุ่งยากซับซ้อน (Difficult case) จะใช้เทคนิคการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี (Technology of participation: TOP MODEL) เพื่อทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน

T : Team For Rehabilitations เป็นรูปแบบการรักษาโดยใช้ยา “กินยาดี มีญาติดู ทีมอยู่ใกล้” กินยาดี ใช้การจัดยาเป็นแบบหนึ่งหน่วยรับประทาน (Unit dose) กรณีผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้องอ่านหนังสือไม่ได้ ให้มีญาติดูแลใกล้ชิด สังเกตอาการกำเริบและกำกับการกินยา มีเภสัชกรให้คำปรึกษาด้านยา ทีมดูแลอยู่ใกล้และเครือข่ายเข้มแข็ง มีภาคีเครือข่ายช่วยดูแลผู้ป่วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ผู้นำชุมชน อสม. ตำรวจ ช่วยประสานดูแล และมีทีมเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (MCATT)

โรงพยาบาลโนนสูงได้มีการพัฒนาระบบโครงสร้างอาคารการให้บริการ จากเดิมให้บริการรวมอยู่กับอาคารผู้ป่วยนอก 1 ห้อง ปรับเปลี่ยนเป็นสร้างอาคารสุขภาพจิตและจิตเวชขึ้น โดยออกแบบโครงสร้าง

ให้ได้มาตรฐาน เปิดให้บริการเมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2562 และได้ผ่านการประเมินมาตรฐานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (กรมสุขภาพจิต) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินมาตรฐานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (กรมสุขภาพจิต) 30 กันยายน 2562

เกณฑ์มาตรฐาน	ค่าเป้าหมาย	ผลการประเมิน
1. ด้านบุคลากร	ระดับ 1	ระดับ 1
2. ด้านสถานที่	ระดับ 1	ระดับ 1
3. ด้านขีดความสามารถ		
3.1 การตรวจวินิจฉัยโรค	ระดับ 1	ระดับ 1
3.2 การให้การดูแลทางสังคมและจิตใจ	ระดับ 1	ระดับ 1
3.3 การส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิต	ระดับ 1	ระดับ 1
3.4 ระบบยา	ระดับ 1	ระดับ 1
3.5 การส่งต่อ	ระดับ 1	ระดับ 1
3.6 การติดตามดูแล	ระดับ 1	ระดับ 1

ที่มา : การประเมินมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช (กรมสุขภาพจิต)

โรงพยาบาลโนนสูง ได้ปรับโครงสร้างการบริหารโดยจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ลงวันที่ 9 มีนาคม 2563 ส่งผลให้การบริหารจัดการอัตรากำลังเป็นระบบมากขึ้น

ระยะที่ 3 ระยะติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation phase)

การติดตามผลการดำเนินงาน จะติดตามผลเป็นรายไตรมาส มีการสรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน โดยผ่านกระบวนการจัดกิจกรรมในรูปแบบเรื่องเล่าเร้าพลังปีละ 1 ครั้ง

ผลการบริหารจัดการพัฒนาระบบสุขภาพจิตและจิตเวชช่วงปีงบประมาณ 2560-2564 อำเภอโนนสูงมีบริการสุขภาพจิตแบบ Psychosocial clinic จำนวน 19 แห่ง (รวมโรงพยาบาลโนนสูง) คิดเป็นร้อยละ100 คลินิกจิตเวชเด็ก 1 แห่ง เครือข่ายสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 6 แห่ง มีแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ใหญ่ 4 คน พยาบาลจิตเวชเด็ก 1 คน เภสัชกรผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวช 2 คน นักจิตเวชชุมชน จำนวน 41 คน (ครบทุก รพ.สต.) อสม. เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตชุมชน 20 คน (ครบทุก รพ.สต) ผลงานในปี 2560-2564 พบว่าผลการคัดกรองโรคซึมเศร้าในประชาชนอายุ 15-59 ปี บรรลุค่าเป้าหมาย (≥80%)

ร้อยละ 78.82, 82.90, 87.28, 90.50 และ 90.54 ตามลำดับ ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้าในประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป บรรลุค่าเป้าหมาย (≥80%) ร้อยละ 97.34, 79.23, 90.86, 93.06 และ 88.30 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เข้าสู่กระบวนการรักษาได้รับการเฝ้าระวังต่อเนื่องทุกราย รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชอำเภอโนนสูง ตามตัวชี้วัดการดำเนินงาน ปี 2560-2564

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560	2561	2562	2563	2564
จำนวนผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช	(ราย)	1,475	1,757	1,984	2,220	2,469
อัตราการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า	≥50%	56.19	66.05	67.08	72.36	89.28
อัตราการเข้าถึงบริการโรคจิต	≥65%	82.00	82.90	89.30	90.50	92.35
อัตราการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้นในเด็ก	≥15%	10.75	11.03	15.42	24.31	28.67
อัตราการขาดยา	≤3%	0.48	0.72	0.39	0.24	0.18
ผู้ป่วยอาการสงบ ดำรงชีวิตประจำวันได้	≥90%	98.15	98.30	97.78	99.28	99.82
คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย	96-130	NA	NA	NA	101	105
อัตราความพึงพอใจผู้รับบริการต่อการจัดระบบบริการ	≥85%	88.32	89.20	90.00	91.22	92.30

ที่มา : งานข้อมูลและสารสนเทศ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลโนนสูง

สรุปและอภิปรายผล

การบริหารจัดการเชิงระบบสู่การพัฒนาบริการสุขภาพจิตแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชน” อำเภอ โนนสูง จังหวัดนครราชสีมา เป็นการศึกษาระบบการบริหารจัดการระบบบริการผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมีเครือข่ายทั้งในระบบและนอกระบบสุขภาพเป็นผู้มีส่วนร่วมในการออกแบบนวตกรรมการให้บริการ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยสหวิชาชีพโรคเดียว[6] และนำมาต่อยอดในประเด็นข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาบุคลากรสหวิชาชีพด้านงานสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ควรมีองค์ความรู้เพื่อการให้บริการ การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสามารถบริหารจัดการเชิงระบบสู่การพัฒนาบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของอำเภอโนนสูง ได้เป็นอย่างดี และเมื่อเทียบกับผลการศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตบริการสุขภาพ[5] จะเห็นว่าผลการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มีการพัฒนาเฉพาะรูปแบบการบริหารจัดการในโรงพยาบาลเท่านั้น ยังสามารถบริหารจัดการได้ทั้งระบบการบริการงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งอำเภอ และยังสามารถจัดดำเนินการได้ตามแผนการพัฒนาบุคลากรในระยะเวลา 5 ปี ทำให้

มีทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตและจิตเวชทั่วทั้งอำเภอโนนสูง การมีบุคลากรมีความรู้ ความสามารถ ส่งผลให้เกิดการบริการแบบองค์รวม ตอบโจทย์ปัญหาการขาดความรู้และความมั่นใจที่จะให้บริการผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี การจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชแบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชนนี้ ดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิดของการทำงานตามกระบวนการ F-C-T และมีนวตกรรมการจัดบริการแบบเครือข่ายบริการ (NODE) ทำให้มีการช่วยเหลือกันในทีมปฏิบัติการระดับปฐมภูมิ มีการบริหารจัดการระบบสนับสนุนบริการ ได้แก่ จัดสรรงบตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (P4P) ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระบบยา ระบบห้องปฏิบัติการ (LAB) เครื่องมือทางสุขภาพจิตและจิตเวช มีการจัดบริการเชิงรับในสถานพยาบาล รูปแบบ Psychosocial clinic แบบผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาทางกายร่วมด้วย เป็นการให้บริการตามบริบทของโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 มีการจัดบริการเชิงรุกในชุมชน เครือข่ายในชุมชนสามารถติดตามผู้ป่วยขาดนัด ขาดยา ค้นหาผู้ป่วยที่ซ่อนอยู่ในชุมชน และทำงานเชื่อมโยงกับเครือข่ายต่างๆ แบบมีส่วนร่วม ทำให้อัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยอาการสงบ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ ไม่ก่อเกิดอันตรายในสังคม คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี การเดินทางสะดวกและอยู่ใกล้ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง แต่ในอีกมุมหนึ่งพบว่าการปรับรูปแบบบริการเช่นนี้กลับส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายยาจิตเวชเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการเข้าถึงบริการที่มากขึ้น และต้นทุนค่ายารักษาผู้ป่วยกลุ่มจิตเวชมีราคาสูง โดยเฉพาะยารักษาโรคสมาธิสั้น มูลค่ายารักษาผู้ป่วยกลุ่มจิตเวช ปี 2560-2562 เท่ากับ 2,042,773 บาท, 2,221,829 บาท และ 2,562,562 บาท ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตแบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชน” มีข้อจำกัดในเรื่องผู้ป่วยสิทธิข้าราชการกับระบบบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ความไม่พร้อมของผู้ป่วยที่จะเปิดเผยข้อมูลการเจ็บป่วยให้ชุมชนทราบ และยากลุ่มจิตเวชมีราคาสูง จากการศึกษานี้จึงมีข้อเสนอแนะเพื่อให้การจัดบริการรูปแบบนี้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเวชมากที่สุดมี 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ปรับระบบการเบิกจ่ายในสิทธิข้าราชการให้เชื่อมโยงไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) เพิ่มการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช ผ่านช่องทางการสื่อสาร เช่น สื่อโซเชียล สถานศึกษา หน่วยราชการ โรงงาน และ 3) ควรมีระบบสนับสนุนด้านยา โดยเฉพาะยาราคาสูง เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนงบประมาณยากลุ่มโรคจิตเวช หรือมีระบบคลังยากลางระดับจังหวัด ข้อเสนอแนะทั้ง 3 ประเด็นนี้จะส่งผลให้โรงพยาบาลอื่นๆ สามารถตัดสินใจนำรูปแบบการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างสมบูรณ์ ส่วนประเด็นที่น่าสนใจในการนำไปศึกษาต่อเป็นเรื่องของกลวิธีที่จะสามารถลดตราบาปของผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชในสังคมไทย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560 (Annual Report 2017). กรุงเทพฯ: บริษัท ละม่อม จำกัด; 2560.
2. สุนทรีภรณ์ ทองไสย. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. วารสารกองการพยาบาล. 2558;(3):159-65.
3. Juntapim S, Nuntaboot K. Care of patients with schizophrenia in the community. Arch Psychiatr Nurs. 2018;32(6):855-60. doi:10.1016/j.apnu.2018.06.011
4. เปรมฤดี ดารักษ์, ปรียา ทองประไพ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้ได้รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาในชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดยะลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2562;(พิเศษ):29-42.
5. บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2557;22(3):142-56.
6. กมลวรรณ สีเชียงสา, จันทร์ทิพย์ กาญจนศิลป์, สายทิพย์ สุทธิรักษา. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. วารสารเภสัชกรรมไทย 2562;2:457-67.
7. ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์, ลักขณา ยอดกลกิจ, มาลินี ชมชื่น. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดนนทบุรี [อินเตอร์เนต]. [เข้าถึงเมื่อ 2562 ต.ค. 7]. เข้าถึงได้จาก: http://journalgrad.ssru.ac.th/index.php/5-01/article/view/159/244
8. นิจพร สว่างไธสง. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน อำเภอสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2559;(1):60-71.
9. น้ำผึ้ง โนรีรัตน์, นิรุวรรณ เทิร์นโบล์, อดิศร วงศ์คงเดช. การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศรีสัชนาลัยวิจัย 2564;(1):119-33.
10. ศรินรัตน์ จันทพิมพ์, ขนิษฐา นันทบุตร. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561;(2):68-76.