



แนวทางการผสมผสานบริการจิตเวชในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน, พ.บ.*

บทคัดย่อ

แนวคิดระบบบริการสุขภาพเดิมเป็นบริการแบบแยกส่วนกายออกจากใจ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความสำคัญต่องานจิตเวชในระดับต่ำ โดยเฉพาะหน่วยบริการระดับชุมชนเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการผสมผสานบริการ ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หน่วยบริการระดับปฐมภูมิในชุมชนจึงได้เริ่มดำเนินการนำร่องใน 3 จังหวัด ก่อน คือ พระนครศรีอยุธยา นครราชสีมา และสงขลา ทั้งนี้ได้มีการกำหนดบริการทางจิตสังคมเป็นหนึ่งในแนวทางการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ยังไม่พบว่ามี การขยายแนวคิดไปถึงรูปแบบการผสมผสานบริการและความเชื่อมโยงการบริการจิตเวชในระดับทุติยภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม ผู้เขียนได้รวบรวมแนวคิดจากวรรณกรรมและประสบการณ์นำเสนอรูปแบบการจัดบริการทางจิตเวชที่สามารถผสมผสานลงในระบบบริการสาธารณสุขชุมชน

คำสำคัญ: การผสมผสาน บริการจิตเวช บริการปฐมภูมิ บริการทุติยภูมิ

* ศูนย์สุขภาพจิตเขต 4 กรมสุขภาพจิต



A Proposal Model : Psychiatric Services integrated into the primary and secondary care settings at the transitional phase of the Universal Coverage Health Insurance.

*Suparat Ekasawin, M.D.**

Abstract

Psychiatric services are separately provided apart from mainstream services, particularly in the primary care setting. Evidences had shown the significant lack of recognition of mental disorders in general medical practice obstructing the integration process. According to the Universal Coverage Health Insurance, Ministry of Public Health set the primary care units (PCU) which started in 3 provinces, namely ; Pranakornsri Ayudthaya, Nakornrachasima and Sonkla. In addition, the psychosocial care was one of the services in the PCUs, however clear concept of integrating psychiatric services into primary and secondary care settings was not established. The author reviewed related articles and proposed a model of psychiatric services integrated into PCU.

Key words : integration, psychiatric services, primary care, secondary care

** The 4 th Community Mental Health Center, Department of Mental Health.*

บทนำ

ประมาณการจาก WHO ว่า ภายในปี 2563 ภาระการเจ็บป่วยทางจิตจะคิดเป็นร้อยละ 11 ของการเจ็บป่วยทุกโรครวมกัน (Burden of Diseases) โรคที่เป็นสาเหตุความสูญเสีย 10 อันดับแรกเป็นโรคทางจิตเวชถึง 5 โรค ได้แก่โรคซึมเศร้า การคิดเหวี่ยง โรคจิตทางอารมณ์ โรคจิตเภท และโรคย้ำคิดย้ำทำ การศึกษาต่างๆ พบว่า ร้อยละ 8 - 53 ของผู้ป่วยทั่วไปมีปัญหาสุขภาพจิต^{2,3} ชั่วพลู ศิลปกิจ และคณะ⁴ พบความชุกสูงถึงร้อยละ 45 ในขณะที่มีผู้ได้รับการวินิจฉัยเพียง 1 ใน 4 เท่านั้น⁵ สอดคล้องกับรายงานของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าจำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตคิดเป็น ร้อยละ 33-50 และในจำนวนนี้มีผู้ได้รับการวินิจฉัยเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ส่วนจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยจิตเวชมาขอรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกนั้นมากกว่าคนไข้ทั่วไป 2 เท่า^{6,7} และมีผู้ป่วยจิตเวชเพียง 12% ที่เข้าใจอาการของตนเอง และขอรับบริการที่แผนกจิตเวชในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 50% เข้าใจว่าตนเองป่วยทางกายจึงขอรับบริการที่หน่วยบริการฝ่ายกาย จะเห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากอยู่ในความดูแลของแพทย์ทั่วไปไม่ใช่จิตแพทย์ การผสมผสานบริการจิตเวชลงในบริการหลักที่แพทย์ทั่วไปสามารถให้บริการจิตเวชในชุมชนได้นั้นจะทำให้ประชาชนจำนวนมากได้รับบริการที่มีคุณภาพดี เข้าถึงบริการได้ง่าย ประหยัดงบประมาณของชาติ^{9,10}

กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนอย่างต่อเนื่องมาตลอด โดยพยายามผลักดันให้ทุกหน่วยบริการสาธารณสุขตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน จนถึง สถานีอนามัย มีการผสมผสานบริการจิตเวชเข้าไปในบริการหลักของหน่วยบริการชุมชน โดยอาศัยกลยุทธ์หลายประการ อาทิเช่น การให้ความรู้ การสร้างเครือข่ายผู้รับ

ผิดชอบ การผลักดันงานสุขภาพจิต และจิตเวชเข้าเป็นนโยบายในแผนการตรวจราชการและนิเทศงานของกระทรวงสาธารณสุข¹¹ อย่างไรก็ตามปัญหาการผสมผสานบริการจิตเวชว่าเป็นปัญหาในระดับสากลทั่วโลก¹²

อุปสรรคของการผสมผสานบริการ

Goldberg¹² กล่าวถึง สาเหตุ 6 ประการที่เป็นอุปสรรคต่อการผสมผสานการให้บริการจิตเวชลงในระบบบริการหลัก กล่าวคือ

1) การให้บริการทางการแพทย์ ใช้หลักการประเมินแยกอาการผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มโรคตามระบบการทำงานของอวัยวะ เช่น ระบบลำไส้ ผิวหนัง จิตใจ ฯลฯ ทำให้การพัฒนาบริการแบ่งแยกเน้นความเฉพาะทางในระบบอวัยวะนั้นๆ ผู้ป่วยที่มีอาการหลายระบบต้องพบแพทย์เฉพาะทางหลายคนตามแต่อาการผิดปกติ เช่น ป่วยเป็นเบาหวาน ไตวายเรื้อรัง และความจำเสื่อมต้องพบแพทย์ 3 คน คือ แพทย์ต่อมไร้ท่อ แพทย์โรคไต และประสาทแพทย์

2) การเรียนการสอน พยาธิสรีรวิทยาของร่างกาย แบ่งแยกร่างกายออกเป็น 2 ภาค อย่างชัดเจนคือ ภาคร่างกาย ภาคจิตใจ โดยภาคร่างกาย แบ่งเป็น infection, trauma, tumor, metabolic, congenital ซึ่งให้ความสำคัญเน้นโรคที่มีภัยอันตรายต่อชีวิตสำคัญกว่าจิตใจในขณะที่ภาคจิตใจ มีการแบ่งแตกต่างออกไปคือ ความผิดปกติของอารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม ความคิด

3) ความแตกต่างในวิธีการดูแลผู้ป่วยของแพทย์ฝ่ายกายและจิตแพทย์ ในขณะที่แพทย์ฝ่ายกายสามารถทำการสัมภาษณ์หรือตรวจร่างกายผู้ป่วยต่อหน้าแพทย์คนอื่น ๆ หรือนักศึกษาแพทย์ได้ แต่จิตแพทย์ต้องแยกห้องสัมภาษณ์พูดคุยกับผู้ป่วยเป็นการส่วนตัว เพื่อเก็บความลับผู้ป่วย

4) แพทย์จำนวนมากมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการ

เจ็บป่วยทางจิตหรือปัญหาทางสังคมจิตใจที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและยากจะแก้ไข เช่น แสดงความรำคาญหรือคับคั่ง เมื่อผู้ป่วยเล่าความกังวลใจต่างๆ ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาพอ และเมื่อแพทย์สร้างความไว้วางใจให้กับผู้ป่วยไม่ได้ ผู้ป่วยก็มักไม่ร่วมมือในการรับประทานยาหรือไม่มาตามนัด

5) แพทย์ที่อยู่ในฐานะผู้กำหนดนโยบายมักเชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตนั้นนอกจากไม่รุนแรงถึงตายแล้วยังรักษาไม่หายขาดอีกด้วย ความเชื่อนี้ส่งผลให้การจัดสรรงบประมาณของประเทศเพื่อการพัฒนาทางด้านจิตใจน้อยมาก ปี 2542 และ 2543 ประเทศไทยจัดงบประมาณสำหรับงานสุขภาพจิตและจิตเวชคิดเป็นร้อยละ 2.4 และ 2.5 ของงบประมาณสาธารณสุขทั้งหมด¹³

6) ความเข้าใจผิดในเรื่องผู้ป่วยจิตเวชว่ามักป่วยเพราะจิตใจอ่อนแอ คิดมากไปเอง ทำตัวเองให้ยุ่งยาก เป็นการเจ็บป่วยที่หามาเอง เช่น ปัญหาเสพติด ปัญหาฆ่าตัวตาย บริษัทประกันชีวิตจึงปฏิเสธความคุ้มครองการรักษาพยาบาลที่เกิดจากปัญหาทางจิตใจ¹⁴

จุดเปลี่ยนแปลงของการผสมผสานบริการ

ปีงบประมาณ 2544 รัฐบาลเน้นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า¹⁵ ทางกระทรวงสาธารณสุขได้จัดการปฏิรูประบบบริการทั้ง 3 ระดับ¹⁶ คือ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิในชุมชน เรียกว่า ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ (Primary Care Unit, PCU) ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติ 1 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอีก 8 คน โดยมีพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 2 คน ที่มีเวลาปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 40 - 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ให้การดูแลสุขภาพ

แก่ประชากรไม่เกิน 10,000 คน ภารกิจหลัก คือ การให้บริการสุขภาพครบทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งร่างกายและจิตใจภายใต้การบริหารของหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care, CUP) ได้แก่ แก่รพช. หรือ ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล หรือ โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน โดยได้รับการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายตามจำนวนประชากรที่มากขึ้นทะเบียนกับศูนย์สุขภาพชุมชนนั้น ๆ ในแต่ละครั้งที่ประชาชนมาใช้บริการจะเสียค่าธรรมเนียมเพียงครั้งละ 30 บาท เท่านั้น

ผลของการปฏิรูประบบบริการโดยเฉพาะการมีศูนย์สุขภาพชุมชนนี้ทำให้เจ้าหน้าที่ในศูนย์จำเป็นต้องผสมผสานบริการทั้งด้านร่างกายและจิตใจเข้าด้วยกันอย่างเลี่ยงไม่ได้ ได้มีการนำเทคนิคการดูแลทางสังคมจิตใจ (Psychosocial care) ผสมผสานเข้าไปในบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน¹⁷ แต่สิ่งสำคัญที่ยังขาดความชัดเจนคือบริการจิตเวชที่ครอบคลุมถึงการส่งเสริม ป้องกัน การวินิจฉัยเบื้องต้นและการรักษาที่เหมาะสมเมื่อจำเป็นอาจส่งต่อแพทย์ผู้ชำนาญต่อไปในระดับบริการทุติยภูมิ

ในกรณีที่ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม จะส่งผลต่อต้นทุนค่าใช้จ่ายในการจัดบริการ เพราะผู้ป่วยจะมีอาการป่วยและขอรับบริการบ่อย เช่น ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายซ้ำหลายครั้งเพราะป่วยด้วยโรคซึมเศร้า การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าได้แต่แรกแล้วให้การรักษายาจะช่วยลดโอกาสที่ผู้ป่วยจะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้ามักคิดเป็นจำนวนเงินน้อยกว่าการให้การรักษาการฆ่าตัวตายซ้ำหลายครั้ง¹⁸ หรือในกรณีผู้ป่วยทางกายที่มีอาการจิตเวชร่วมด้วย เช่น ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดร่วมกับโรคซึมเศร้ามักจะมีระยะเวลาอนโรงพยาบาลเพื่อรักษาโรคหัวใจยาวนานกว่าการรักษาผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อ

เนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างเดียว¹⁹ และการเกิดโรคร่วมดังกล่าวจะเพิ่มอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิต²⁰ ฉะนั้นการวินิจฉัยโรคจิตเวชได้ตั้งแต่เริ่มต้นและให้การรักษาย่างเหมาะสมจะช่วยประหยัดต้นทุนค่าใช้จ่ายต่อหัวลงไปได้มาก

ด้วยเงื่อนไขการบริหารงบประมาณที่ศูนย์สุขภาพชุมชนได้รับการเหมาจ่ายตามจำนวนหัวประชากรทำให้ต้องควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายในการจัดบริการ แพทย์ทั่วไปในศูนย์สุขภาพชุมชนจำเป็นต้องพัฒนาขีดความสามารถทั้งการดูแลทางสังคมจิตใจและทางจิตเวชด้วย การที่แพทย์ทั่วไปต้องส่งผู้ป่วยจิตเวชต่อให้จิตแพทย์เป็นผลให้ศูนย์สุขภาพชุมชนนั้นต้องตามจ่ายค่าบริการ ถ้าเป็นผู้ป่วยนอกเรียกเก็บตามที่จ่ายจริง ถ้าเป็นผู้ป่วยในเรียกเก็บในอัตราเหมาจ่ายคือ 165 บาท/วัน แต่ต้องไม่เกิน 15 วัน²¹ การผสมผสานบริการโดยการให้ความสำคัญต่อปัจจัยทางจิตสังคมและอาการทางจิตเวช จึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการอยู่รอดของศูนย์สุขภาพชุมชน

กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินการจัดทำต้นทุนค่ารักษาพยาบาลตามกลุ่มโรคร่วม (Diagnostic Related Groups, DRGs)²² ซึ่งในระยะต่อไปควรมีการจัดทำต้นทุนค่ารักษาพยาบาลโรคทางกายที่มีโรคจิตเวชร่วมด้วย²³ (Comorbidity) เพื่อนำไปตอบคำถามการวางแผนควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายในกรณีต้องปรึกษาหรือส่งต่อจิตแพทย์เพราะผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วม เช่น ผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดร่วมกับมีภาวะติดสุรา ถ้าขอการปรึกษาจากจิตแพทย์ให้รักษาสภาวะติดสุราจะช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดเพียงลงด้วยหรือไม่

รูปแบบของการผสมผสานบริการจิตเวชระดับปฐมภูมิ

หน่วยบริการปฐมภูมิ²⁴ หมายถึงหน่วยบริการที่จัดให้มีบริการแบบผู้ป่วยนอกในลักษณะของการผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ทั้งรูปแบบการให้บริการที่บ้าน ในชุมชนไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ในกรณีที่เกินความสามารถหน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องรับผิดชอบส่งผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการทุติยภูมิ

การจัดบริการจิตเวชระดับปฐมภูมิจำเป็นต้องยึดแนวคิดพื้นฐาน 3 ประการ²⁵

1. เป็นบริการจิตเวชที่ผสมผสานกับบริการทางร่างกาย (Integrated Care) และประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงบริการได้ง่าย (Frontline Care)
2. เป็นบริการจิตเวชที่มีประสิทธิภาพ มีการส่งต่อระหว่างบริการแต่ละระดับได้อย่างมีช่องว่างน้อยที่สุด (Comprehensive Care) และบริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (Provider Network)
3. เป็นบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและคนปกติในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง (Longitudinal Care) โดยผู้ให้บริการคนเดิม พร้อมระบบข้อมูลแบบครอบครัว (Family File) ฉบับเดียวกัน

แนวทางการจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

1. ด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ
 - 1.1) ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินจิตสังคม ในขั้นตอนการคัดกรองและวินิจฉัย วางแผนรักษา แม้จะนำมาด้วยอาการฝ่ายกายก็ตาม

1.2) จัดบริการวินิจฉัยตรวจรักษาสำหรับ ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งในกรณีมีโรคจิตเวช เพียงอย่างเดียวหรือภาวะโรคร่วม (Comorbidity) ตาม แนวทางเวชปฏิบัติด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 8 โรค ซึ่ง ประกอบด้วย โรคจิต วิตกกังวล ซึมเศร้า ปัญหาสาร เสพติด ภาวะเพื่อสับสน ฆ่าตัวตาย ปัญญาอ่อน และ ปัญหาพฤติกรรมในเด็ก²⁶

1.3) ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทาง จิตเวชเรื้อรังอย่างต่อเนื่องโดยการเยี่ยมบ้านและการ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home visit & Home Health Care)²⁷ การที่หน่วยบริการอยู่ใกล้บ้านและมีการติดตามต่อเนื่อง นี้จะช่วยลดโอกาสขาดยา หรือโอกาสเกิดซ้ำของโรค

1.4) ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉิน ทางจิตเวช หรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับการรักษาที่ สถานบริการโดยการจัดทีมฉุกเฉิน (Crisis Teams) เข้า ไปให้การดูแลผู้ป่วยถึงบ้าน หลังจากนั้นเยี่ยมบ้านวัน เว้นวันจนพ้นภาวะฉุกเฉินจะช่วยลดความต้องการเตียง ในโรงพยาบาลลงได้²⁸

1.5) ให้คำแนะนำครอบครัวผู้ป่วย ช่วย ฝึกทักษะของการช่วยเหลือตนเอง ทักษะทางสังคม ทักษะวิชาชีพต่าง ๆ ในผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อฟื้นฟู สมรรถภาพพื้นฐาน²⁹

1.6) ให้การกระตุ้นและปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยเปิดโอกาสให้พ่อแม่เข้าเป็นผู้สังเกตการณ์ และเป็นผู้ร่วมรักษา³⁰

2. ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การป้องกันนั้นมุ่งเน้นเพียงการไม่ให้เกิด อาการเจ็บป่วยทางจิตแต่การส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นการ เสริมสร้างและคงสภาวะสุขภาพจิตที่ดีทั้งในปัจเจก และชุมชน ฉะนั้นในการจัดบริการสุขภาพจิตไม่เพียง

ให้รอดพ้นจากการเจ็บป่วย แต่ต้องเพิ่มความสามารถให้ คนและชุมชนพัฒนาความคิด ความมีเหตุผล การ ควบคุมและแสดงอารมณ์ความรู้สึกอย่างเหมาะสมด้วย นอกจากนี้ยังรวมรวมถึงการพัฒนาปัจจัยแวดล้อมใน ชุมชน เช่น โรงเรียนหรือสถานประกอบการต่าง ๆ เพราะมีอิทธิพลต่อกระบวนการทำงานของจิตใจ³¹ ใน ด้านของการรณรงค์ผ่านสื่อร่วมกับการจัดกิจกรรมที่ เหมาะสมในชุมชนมีผลต่อความรู้และทัศนคติของ ประชาชนเช่นกัน³²

เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวชนั้นมีหลายปัจจัยเกี่ยวข้อง อาทิ ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม เศรษฐกิจ ฯลฯ การแก้ไขปัญหาสุขภาพ จิตจึงไม่ควรเน้นเพียงการบำบัดรักษา แต่ควรส่งเสริม และป้องกันสภาวะทางจิต ยิ่งไปกว่านั้นมีการศึกษา ยืนยันถึงประสิทธิภาพของการส่งเสริมป้องกันใน รูปแบบต่าง ๆ ซึ่งจะกล่าวต่อไป สำหรับฝ่ายภยันั้น งานส่งเสริมป้องกันสุขภาพได้รับการยอมรับมานาน แล้ว ดังเห็นได้จากเจ้าหน้าที่ในสถานอนามัยหรือ โรงพยาบาลมักแนะนำให้ผู้มาใช้บริการออกกำลังกาย หรือการล้างมือก่อนรับประทานอาหาร แต่สำหรับ สุขภาพจิตแล้วยังไม่มีการให้บริการส่งเสริมป้องกัน ชัดเจน แม้ว่ารายงานการศึกษาต่าง ๆ ยืนยันได้ถึงผลดี ของการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะด้านจิตเวช เด็กและวัยรุ่น³³⁻³⁶ และยังทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการดูแล สุขภาพของประเทศด้วย การวางแผนพัฒนางาน ส่งเสริมงานป้องกันสามารถดำเนินการได้อย่างเป็น รูปธรรมไม่น้อยไปกว่าการพัฒนาการบำบัดรักษา โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิควรให้น้ำหนักของงาน ส่งเสริมป้องกันมากกว่างานรักษาฟื้นฟู ในที่นี้ได้ รวบรวมแนวทางการจัดบริการส่งเสริมป้องกันตามกลุ่ม อายุ

แนวทางการบริการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตาม Ottawa Charter for Health Promotion⁴⁰

1. สร้างเครือข่ายผู้ให้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิต แสวงหาความร่วมมือจากทุกส่วนของชุมชนทั้งรัฐ/เอกชน
2. จัดบริการส่งเสริมสุขภาพจิตที่เข้าถึงง่ายและมีประสิทธิภาพและกระจายอยู่ในหน่วยต่างๆ ของชุมชน
3. สนับสนุนให้ชุมชนเข้มแข็งและสร้างปฏิสัมพันธ์กับชุมชน
4. พัฒนาด้านความรู้/ทัศนคติที่ดีเรื่องสุขภาพจิต

การจัดบริการส่งเสริมป้องกันในแต่ละกลุ่มอายุ

1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และเด็กทารก 0 - 2 ปี
 1. เฝ้าระวังสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ทุกราย ตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ไปจนกระทั่งหลังคลอด 3 เดือนเช่น การคัดกรองความเครียดในหญิงตั้งครรภ์ หรือ โรคซึมเศร้าในหญิงหลังคลอดซึ่งพบทั้งภาวะเศร้าชั่วคราว (Puerperal Blue) และ ภาวะยาว (Perinatal Depression) ประมาณร้อยละ 80 และ 20 ตามลำดับจึงควรได้รับการแทรกเพิ่มเติมลงไปในการฝากครรภ์ทุกครั้งและทุกครั้งที่ตั้งครรภ์³⁹
 2. ให้ความรู้เรื่องแม่-เด็ก ตามด้วยการติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น หญิงหลังคลอดมีโรคซึมเศร้า เด็กน้ำหนักแรกคลอดต่ำ เด็กพิการ พ่อแม่ที่ลูกตาย พ่อแม่วัยรุ่น จะช่วยลดภาวะเสี่ยงในปัญหาสุขภาพจิต⁴¹
 3. ให้คำปรึกษาแก่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในชุมชน ผสมผสานการดูแลร่างกายและจิตใจ รวมทั้งเพิ่มความสามารถคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยง

2. กลุ่มเด็กปฐมวัย 2 - 4 ปี

1. สร้างเครือข่ายผู้ดูแลเด็กวัย 2 - 4 ปี ในชุมชน
2. ให้ความรู้ ดูแลและพัฒนาการตามวัย⁴⁴ รวมทั้งทักษะการปรับตัวสำหรับคู่สมรส⁴⁵ ในกลุ่มพ่อแม่ที่พาเด็กมาให้ภูมิคุ้มกัน พ่อแม่ที่มีลูกในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
3. เฝ้าระวัง ประเมินพัฒนาการเด็กทุกราย ตั้งแต่แรกคลอดจนถึง 6 ปี พร้อมคัดกรองภาวะพัฒนาการล่าช้า
4. ประเมินท่าทีการเลี้ยงดูบุตร⁴⁶ และให้คำแนะนำเมื่อพบการเลี้ยงดูที่มีความเสี่ยงเช่น การช่วยเหลือเด็กมากหรือ เข้มงวดเกินไป

3. กลุ่มเด็กโต 5 - 11 ปี

1. สร้างเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องเด็กวัย 5 - 11 ปี ทั้งพ่อแม่ ชุมชน โรงเรียน
2. สนับสนุนให้มีกิจกรรม ทักษะการเป็นพ่อแม่ กิจกรรมสำหรับเด็กในเรื่องทักษะชีวิตในการแก้ไขปัญหา วิธีคลายเครียดสำหรับเด็กและพ่อแม่ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของชุมชน
3. คัดกรองปัญหาสุขภาพจิต โดย Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)⁴⁷
4. เพิ่มความรู้และทักษะในการช่วยเหลือปัญหาพฤติกรรมเด็กสำหรับครู⁴⁸
5. ผลักดันให้งานส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตเด็กนักเรียนเป็นภาวะกิจร่วมของโรงเรียนกับชุมชน

4. กลุ่มวัยรุ่น 12 - 17 ปี

1. กระตุ้นให้โรงเรียนเห็นความสำคัญบรรจุนสุขภาพจิตเป็นบริการหลักร่วมไปกับบริการจัดการศึกษาให้วัยรุ่น
2. ให้ความรู้ครูและผู้ปกครองถึงพัฒนาการของวัยรุ่นและเทคนิคในการให้เพศศึกษาแก่เด็ก

3. ร่วมกับโรงเรียนให้โอกาสวัยรุ่นได้มีส่วนในการแก้ไขปัญหาของโรงเรียนและชุมชน

4. ใช้แบบคัดกรอง SDQ⁴⁷ เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่น

5. ใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า/ฆ่าตัวตาย

5. กลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย 18 - 25 ปี

กลวิธี

1. ให้ความรู้ด้านชีวิตคู่และเพศศึกษา ปัญหาฆ่าตัวตายหรือสุขภาพจิตอื่น ๆ และจัดกิจกรรมในวิทยาลัย/มหาวิทยาลัย/โรงงาน ผ่านกลุ่มกิจกรรมที่มีอยู่เดิม เช่น กลุ่มกีฬา กลุ่มไต่เขาที่ กลุ่มสตรี ฯลฯ

2. แนะนำบริการให้คำปรึกษาเมื่อต้องเผชิญกับเรื่องร้ายแรง เช่น ออกหัก ทะเลาะกับเพื่อน

3. ใช้สื่อที่เข้าถึงวัยรุ่นได้ดี เช่น โทรศัพท์สายด่วน รายการวิทยุ รายการโทรทัศน์

6. กลุ่มวัยทำงาน

กลวิธี

1. สนับสนุนให้สถานประกอบการเพิ่มบริการคัดกรอง ช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่คนทำงาน

2. ประเมินความเครียด และแนะนำวิธีคลายเครียด

3. บริการให้คำปรึกษา (counseling) เพื่อพัฒนาทักษะในการปรับตัวแก้ปัญหาในกรณีเครียด กังวล เพื่อสร้างความเข้าใจตนเอง และปัญหาที่ทำให้เครียดหรือในกรณีภาวะยากลำบาก วิกฤตของบุคคล เช่น เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ประสบภัยธรรมชาติ ฯลฯ

4. ส่งเสริมให้มีกิจกรรมเพื่อนคู่คิด ในสถานประกอบการที่จะดูแลจิตใจกันตลอดปี

5. ใช้สื่อให้ความรู้เรื่อง บุคลิกภาพที่มีผลต่อสัมพันธภาพและเทคนิคการทำงานเป็นทีม

7. กลุ่มผู้สูงอายุ

กลวิธี

1. สร้างสัมพันธภาพให้ครอบครัว เข้าใจผู้สูงอายุ โดยบริการเยี่ยมบ้าน ช่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติระหว่างครอบครัวผู้สูงอายุ แนะนำการเปลี่ยนแปลงของวัยชรา และการปรับตัวของผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว

2. คัดกรองโรคซึมเศร้า วิตกกังวล

3. เพิ่มทักษะการดูแลตนเอง กิจกรรมคลายเครียด

4. ประคับประคองญาติที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลานาน

5. จัดกิจกรรมทางสังคม ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม

6. เยี่ยมบ้านในรายมีปัจจัยเสี่ยง

7. คัดเลือกผู้สูงอายุที่แข็งแรงและสุขภาพจิตดีเป็นที่เลี้ยงผู้สูงอายุด้วยกัน

รูปแบบการผสมผสานการบริการระดับทุติยภูมิ

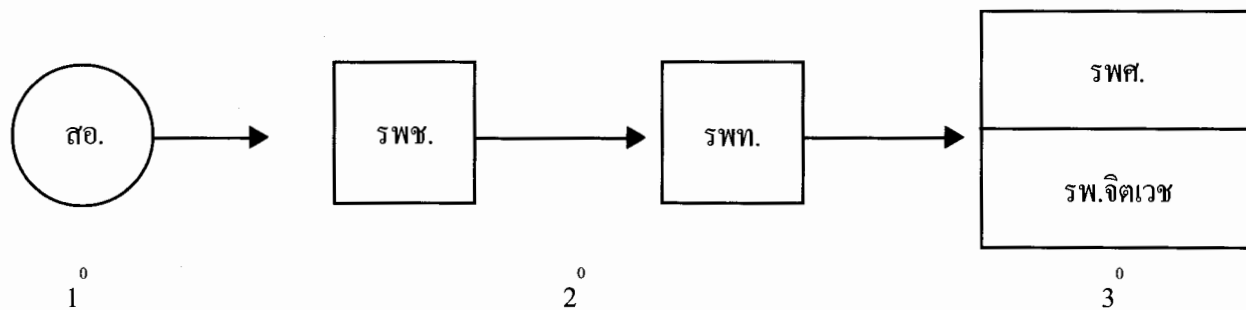
หน่วยบริการระดับทุติยภูมิ²⁴ หมายถึง หน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยในเป็นหลัก ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนต่าง ๆ เข้าร่วมเป็นเครือข่ายบริการทุติยภูมิ หน่วยบริการทุติยภูมินี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในภายใต้การบริหารของหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting Unit for Secondary Care, CUS)

แต่ในกรณีของผู้ป่วยจิตเวช ความจำเป็นในการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะมีเพียงผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและ

ผู้อื่น และเป็นเพียงชั่วระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น จึงควรยึดหยุ่นให้หน่วยบริการระดับทุติยภูมิสามารถจัดบริการทุติยภูมิแบบผู้ป่วยนอกได้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการซับซ้อนแต่ไม่เป็นอันตราย ซึ่งจะผลดีต่อทั้งผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการบริหารงบประมาณค่าใช้จ่ายด้วย จึงขอเสนอรูปแบบการผสมผสานบริการแบบ **ผู้ป่วยนอกในระดับทุติยภูมิ**

เมื่อศูนย์สุขภาพชุมชนจัดบริการแบบผสมผสานแล้ว ในกรณีที่แพทย์ทั่วไปจำเป็นต้องส่งผู้ป่วยเพื่อปรึกษาผู้เชี่ยวชาญระดับทุติยภูมิจะมีวิธีบริหารจัดการอย่างไร โดยที่ยังคงรักษารูปแบบการผสมผสานบริการกายใจไว้ด้วยกัน ปัจจุบันการส่งต่อจากศูนย์สุขภาพชุมชนไปหน่วยบริการทุติยภูมิเพื่อวัตถุประสงค์

2 ประการ คือ เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมยิ่งขึ้น และเพื่อให้พักรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่ว่าจะด้วยวัตถุประสงค์ใด มักใช้รูปแบบการให้ผู้ป่วยจิตเวชนำไปส่งต่อเดินทางไปยังหน่วยบริการทุติยภูมิเลย จะเห็นว่าการจัดบริการส่งต่อในลักษณะนี้มีการผสมผสานบริการน้อยและบริการขาดความต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะได้รับการสัมภาษณ์ ชักประวัติ ประเมินอาการจากเจ้าหน้าที่คนใหม่ รวมทั้งการมีเพิ่มประวัติใหม่แยกจากแพทย์ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นเจ้าของไข้คนที่ 1 ผู้ป่วยต้องทำความคุ้นเคยกับเจ้าของไข้คนที่ 2 ดังแผนภูมิที่ 1 ซึ่งมีรายงานพบว่าเมื่อแพทย์ทั่วไปส่งผู้ป่วยเพื่อขอรับการปรึกษาจากจิตแพทย์ที่อยู่ต่างสำนักงาน จะมีผู้ป่วยเพียง 50% เท่านั้นที่ไปพบจิตแพทย์¹⁰



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการส่งต่อในระบบเดิม ซึ่งทุกหน่วยจัดบริการแบบตั้งรับในหน่วยงาน

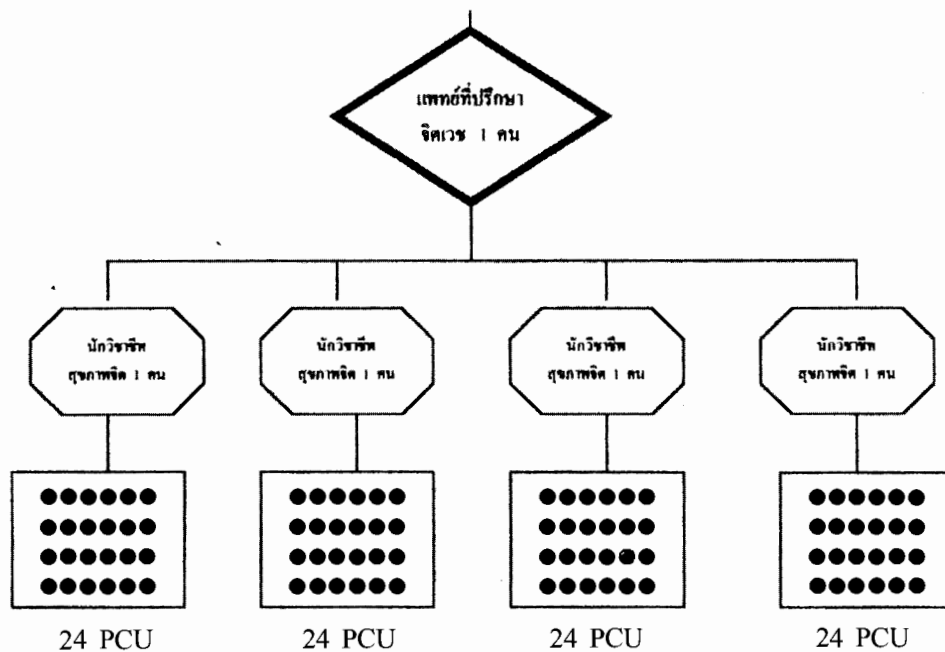
Nickel และ McIntyr¹⁰ เสนอรูปแบบการให้บริการทุติยภูมิทางจิตเวชที่มีการผสมผสานบริการแบบสหวิชาชีพ ในสำนักงานเดียวกัน มีความต่อเนื่องของการเก็บข้อมูล (Multidisciplinary and on Site - services) โดยจัดให้มี “ทีมที่ปรึกษาทางจิตเวช” ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จำนวน 4 คน/จังหวัดซึ่งมาจาก โรงพยาบาลชุมชน หรือ โรงพยาบาลทั่วไปเป็นหน่วยทุติยภูมิ แม่ข่าย ประกอบด้วย แพทย์ที่ปรึกษาจิตเวช 1 คน นักวิชาชีพสุขภาพจิต 3 คน (นักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ หรือพยาบาลจิตเวช) เปิดบริการร่วมในหน่วยปฐมภูมิ จัดนักวิชาชีพสุขภาพจิต 1 คนเข้าไปให้

บริการระดับทุติยภูมิแก่ผู้ป่วยที่ยุ่ยากและซับซ้อนในสำนักงานเดียวกับศูนย์สุขภาพชุมชนนั้น ๆ นักวิชาชีพสุขภาพจิต 1 คน จะดูแลศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่าย 24 แห่ง หมุนเวียนไปในเครือข่ายของตนเองทุกแห่ง ที่ปรึกษาสุขภาพจิตสามารถให้บริการยืนยันการวินิจฉัย และร่วมวางแผนการรักษาและฟื้นฟูสภาพพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวชที่ยุ่ยากแก่เจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน เช่น การบริการจิตบำบัดระยะสั้น พฤติกรรมบำบัด กลุ่มบำบัด ประเมินเชาวน์ปัญญาอย่างง่าย ๆ โดยเป็นการแสดงสาริตถควมคู่ไปกับการบำบัดรักษา ในกรณีจำเป็นต้องใช้ยาร่วมด้วย นักวิชาชีพสุขภาพจิตจะปรึกษา

แพทย์ที่ปรึกษาจิตเวชในทีมที่ปรึกษาของตนเอง เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น จึงส่งกลับไปอยู่ในความดูแลของเจ้าของใช้ในระดับปฐมภูมิคนเดิม แต่ยังคงได้รับการแนะนำจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องโดยอาศัยการทำ Case Conference ระหว่างทีมที่ปรึกษาจิตเวช 4 คน และเจ้าหน้าที่จากศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างสม่ำเสมอทุก 1 เดือน เฉพาะรายที่มีปัญหาซับซ้อนรุนแรง หรือพิจารณาแล้วเห็นความจำเป็นที่ควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาล แพทย์ที่ปรึกษาจิตเวชจะส่งผู้ป่วยเข้าไปยังโรงพยาบาลชุมชน หรือ โรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นแม่ข่ายต่อไป นักวิชาชีพสุขภาพจิตที่เป็นเจ้าของใช้ในระดับทุติยภูมิจะประสานวางแผนการดูแลหลังจำหน่ายกลับในชุมชนกับแพทย์ในโรงพยาบาลทุติยภูมิเพื่อถ่ายทอดให้เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเจ้าของใช้ที่แท้จริงต่อไป ในส่วนของตัว

เลขจำนวนคนหรือจำนวน PCU นั้นจากรายงานกองแผนงาน กรมสุขภาพจิต ปี 2536-42 อัตราผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชของไทยประมาณ 70 ต่อแสนประชากร ประมาณการผู้ป่วยจิตเวช ที่ต้องการการบริการทุติยภูมิประมาณร้อยละ 30⁵⁴ คือ 23 ต่อแสนประชากรคิดเป็น 2.3 คนต่อ PCU เท่านั้น ถ้านักวิชาชีพสุขภาพจิต 1 คนสามารถให้บริการจิตเวชทุติยภูมิได้อย่างน้อย 50 คนหมายถึงนักวิชาชีพสุขภาพจิต 1 คนให้บริการได้ถึง 24-25 PCU ส่วนแพทย์ที่ปรึกษาจิตเวชนั้น น่าที่จะให้การปรึกษาที่ซับซ้อนแก่นักวิชาชีพสุขภาพจิต 3 คนฉะนั้นใน 1 จังหวัดควรจัดนักวิชาชีพสุขภาพจิต 3 คน แพทย์ที่ปรึกษาจิตเวช 1 คน ดังแผนภูมิที่ 2 เพื่อเพิ่มความเข้าใจจึงจัดตัวอย่างตารางการปฏิบัติงานของนักวิชาชีพสุขภาพจิต 1 คนไว้ในแผนภูมิที่ 3

โรงพยาบาลทุติยภูมิแม่ข่าย



แผนภูมิที่ 2 รูปแบบผสมผสานบริการจิตเวชระดับทุติยภูมิแบบผู้ป่วยนอกภายในจังหวัด

สัปดาห์	จันทร์		อังคาร		พุธ		พฤษภาคม	ศุกร์
	เช้า	บ่าย	เช้า	บ่าย	เช้า	บ่าย		
1	①	②	⑨	⑩	⑰	⑳	ติดตามผู้ป่วยที่นอนในรพ.	Conference ร่วมกับแพทย์ที่ปรึกษา
2	③	④	⑪	⑫	⑱	⑳	ติดตามผู้ป่วยที่นอนในรพ.	Conference ร่วมกับแพทย์ที่ปรึกษา
3	⑤	⑥	⑬	⑭	⑲	⑳	ติดตามผู้ป่วยที่นอนในรพ.	Conference ร่วมกับแพทย์ที่ปรึกษา
4	⑦	⑧	⑮	⑯	㉑	㉒	ติดตามผู้ป่วยที่นอนในรพ.	Conference ร่วมกับแพทย์ที่ปรึกษา

○ = 1 PCU

แผนภูมิที่ 3 ตารางการปฏิบัติงานของนักวิชาชีพสุขภาพจิต 1 คน/เดือน แต่ละ PCU จะมีนักวิชาชีพสุขภาพจิตมาเปิดบริการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

จุดแข็ง ของรูปแบบบริการระดับทุติยภูมิตั้งคือ ผู้ป่วยยังคงมีแพทย์เจ้าของไข้คนเดิม นักวิชาชีพสุขภาพจิตคนเดิมเพิ่มประวัติเดียว แม้ว่าผู้ป่วยจะถูกส่งต่อให้รับการรักษาในระดับทุติยภูมิแล้วก็ตามสำหรับผู้ป่วยจิตเวช นั้น ประวัติภูมิหลังทางสังคมสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญต่อการวางแผนดูแลรักษา^{55,56} อีกทั้งผู้ป่วยยังไม่ต้องเดินทางออกนอกภูมิลำเนาและเจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิ ยังได้เพิ่มประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชประเภทต่างๆ เพิ่มขึ้น ยิ่งกว่านั้นเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถปรึกษาผู้ป่วยที่อยู่ยากได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากที่ปรึกษาทำงานควบคู่อยู่ในบริเวณเดียวกัน

จุดอ่อน คือ นักวิชาชีพสุขภาพจิตจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ทางคลินิก อย่างเพียงพอ โดยเฉพาะการแยกโรคทางกายที่มีอาการจิตเวชร่วมด้วย ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบัน ที่ปรึกษาจิตเวชซึ่งมาจากโรงพยาบาลชุมชน หรือ โรงพยาบาลทั่วไปไม่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะด้าน จึงจำเป็นอย่างมากที่จะต้องรับเพิ่มจำนวนบุคลากรทางจิตเวชในหน่วยงานบริการทุติยภูมิ และกรมสุขภาพจิต โดยศูนย์สุขภาพจิตเขต ซึ่งมีการฝึกในการสนับสนุนวิชาการแก่ผู้จัดบริการในชุมชน จึง

ควรเตรียมการถ่ายทอดเทคโนโลยีทั้งสำหรับบุคลากรที่จะเป็น “ที่ปรึกษาจิตเวชระดับทุติยภูมิ” และ “ผู้ให้บริการจิตเวชเบื้องต้น” ในศูนย์สุขภาพชุมชนโดยการฝึกอบรมระยะสั้นและต่อเนื่อง

งานบริหารจัดการบริการจิตเวชทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ (Back offices)

เพื่อให้บริการจิตเวชแบบผสมผสานที่กล่าวมา ได้มาตรฐาน และดำเนินการอย่างมีเป้าหมาย คุ่มค่า จำเป็นต้องมียุทธศาสตร์การบริหารจัดการ เพื่อกำหนด ควบคุม มาตรฐาน เก็บรวบรวมข้อมูล พัฒนาบุคลากรทั้งของศูนย์สุขภาพชุมชนและที่ปรึกษาทางจิตเวชในชุมชน นั้นๆ รวมทั้งการบริหารเงิน คน ของ และสัญญา นิติกรรมต่างๆ

หน่วยงานที่ช่วยบริหารจัดการให้ “ศูนย์สุขภาพชุมชน” และ “ทีมที่ปรึกษาจิตเวช” ดำเนินการเชิงรุกได้ แบ่งผู้รับผิดชอบ เป็น 2 ประเภท คือ

1) หน่วยคู่สัญญาระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ (CUP, CUS)²⁵ รับผิดชอบเรื่องกำลังคน ควบคุมการใช้จ่ายงบประมาณ บริหารจัดการข้อมูล รวมทั้งประเมินผลความคุ้มค่าและดูแลสัญญานิติกรรม

2) ศูนย์สุขภาพจิตเขต กรมสุขภาพจิต
รับผิดชอบ การสนับสนุนวิชาการ จัดทำมาตรฐาน

บริการถ่ายทอดเทคโนโลยี รวมทั้งประเมินผลทาง
วิชาการด้วย

CUP สต.+รพช.	2 ศูนย์สุขภาพจิตเขต (กรมสุขภาพจิต)
รพท.	

ศูนย์สุขภาพชุมชน

CUS รพช./รพท.	2 ศูนย์สุขภาพจิตเขต (กรมสุขภาพจิต)
------------------	--

ทีมที่ปรึกษาจิตเวช

- * CUP = Contracting Unit for Primary Care (หน่วยคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ)
ดูแลศูนย์สุขภาพชุมชนที่โครงสร้างเดิมมาจากสถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน
- * CUS = Contracting Unit for Secondary Care (หน่วยคู่สัญญาระดับทุติยภูมิ).
ดูแลหน่วยบริการระดับทุติยภูมิที่โครงสร้างเดิมมาจากโรงพยาบาลทั่วไป

วิจารณ์

นอกจากแนวคิดรูปแบบการผสมผสาน และ
วิธีการบริหารจัดการที่ดีแล้วยังจำเป็นต้องมี

1. แนวทางปฏิบัติด้านการส่งเสริม ป้องกัน
รักษาฟื้นฟู และการส่งต่อที่ชัดเจนสำหรับศูนย์สุขภาพ
ชุมชน ส่วนวิธีการจัดบริการนั้น เจ้าหน้าที่สามารถ
ยึดหยุ่นบริการโดยอาจใช้วิธีนัดผู้ป่วยมาที่ศูนย์สุขภาพ
ชุมชน หรือแวะไปเยี่ยมให้บริการถึงบ้านผู้ป่วย เพราะ
ด้วยจุดแข็งของบริการที่หน่วยงานตั้งอยู่ในชุมชนที่รับ
ผิดชอบและมีการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบครบวงจร
ทำให้การเยี่ยมบ้านสามารถปฏิบัติงานได้ทั้งส่งเสริม
ป้องกัน บำบัดฟื้นฟู แก่สมาชิกหลายคนในครอบครัว
โดยการเยี่ยมเพียงครั้งเดียว และการที่จัดบริการถึงบ้าน
โดยผู้ป่วยยังคงอยู่กับครอบครัวจะช่วยลดอัตราการป่วย
ซ้ำทางจิตและลดค่าใช้จ่ายในการพักในโรงพยาบาลลง
ได้มาก ผลกระทบที่สำคัญของการจัดบริการศูนย์
สุขภาพชุมชน คือ ความจำเป็นในการใช้เตียงของ
โรงพยาบาลลดลงและหลายประเทศทำได้สำเร็จ⁵⁷

2. ในส่วนของตัวชี้วัดการส่งต่อเพื่อปรึกษา
นั้นก็ควรมีการกำหนดไว้ให้ชัดเจน เช่น ผู้ป่วยโรคจิตที่
มีอาการรุนแรง หรือโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการ
ฆ่าตัวตายสูง ควรส่งต่อทีมที่ปรึกษาจิตเวช แต่ในกรณี
โรคซึมเศร้าเล็กน้อยจนถึงปานกลางหรือโรคจิตที่
อาการดีขึ้นแล้วก็สามารถดูแลโดยศูนย์สุขภาพ
ชุมชนได้ ทั้งนี้กรมสุขภาพจิตได้จัดทำแนวทาง
เวชปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาลชุมชน²⁶ ซึ่งสามารถยึด
เป็นหลักในการจัดระบบรักษาหรือส่งต่อ

3. การปรับทัศนคติของผู้ให้บริการ ดังเช่น
ที่กล่าวไว้ข้างต้น แพทย์ทั่วไปจำนวนหนึ่งมีทัศนคติที่
ไม่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช หรือลำบากใจที่ต้องให้การช่วย
เหลือผู้ป่วยจิตเวชบางคนที่มีพฤติกรรมวุ่นวาย ในฐานะ
ที่ปรึกษาจิตเวช ที่ปรึกษาจึงควรให้บริการที่น่าพึงพอใจ
คือ ควรเข้าใจเห็นใจในความรู้สึกยากลำบากของ
เจ้าหน้าที่เริ่มต้นให้การดูแลทางจิตเวชแบบผสมผสาน
และควรช่วยชี้แจงให้เห็นถึงประโยชน์ของการ
คัดกรองและการรักษาโรคทางจิตเวชแต่เนิ่น ๆ ซึ่ง

จะช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในกรบริการผู้ป่วยรายนั้นๆ ลง ที่คนคิดที่แพทย์มีต่อผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญ⁵⁸ ฉะนั้น หลักสูตรการเตรียมความพร้อมสำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ สุขภาพชุมชนหรือที่ปรึกษาทางจิตเวช จึงจำเป็น อย่างยิ่งที่ต้องมีกิจกรรมช่วยปรับทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วย จิตเวช โดยเฉพาะในช่วงเปลี่ยนผ่านนี้จะมีการจัดอบรม ระยะสั้นเพื่อสอบอนุมัติบัตรของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป สำหรับพยาบาลก็มีการอบรมเพิ่มเติมเช่นกันเพื่อให้ พร้อมต่อการทำงานในศูนย์สุขภาพชุมชน การผลักดัน องค์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับแพทย์⁵⁹ และพยาบาลควรรี บเร่งดำเนินการในระยะเปลี่ยนผ่านนี้

4. แนวคิดนี้กล่าวถึงขอบเขตบริการอย่าง คร่าวๆ ในทางปฏิบัติแล้วหน่วยคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ สามารถปรับแต่งกิจกรรม พร้อมกำหนดตัวชี้วัดให้ เหมาะสมแก่ชุมชนต่อไป

สรุป

ในบทความนี้ได้กล่าวถึงสาเหตุต่างๆ ที่เป็น อุปสรรคต่อการจัดบริการแบบผสมผสานงาน จิตเวชของ ศูนย์บริการสุขภาพหลัก การเปลี่ยนแปลงระบบบริการ ภายใต้อาณาจักรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะ เปลี่ยนผ่านซึ่งหลักเกณฑ์ต่างๆ ยังมีการเปลี่ยนแปลง ได้มาก โครงการสำคัญนี้จะเป็นโอกาสทองที่งาน สุขภาพจิตและจิตเวชจะได้รับการผสมผสานลงใน ระบบหลักตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ จนถึงตติยภูมิ โดยนำเสนอรูปแบบที่เป็นรูปธรรมและเน้นการร่วมกัน ดูแลผู้ป่วยในลักษณะสหวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม บทความนี้เป็นเพียงแนวคิด การจัดทำโครงการศึกษานำร่องตามแนวคิดนี้สามารถปรับให้เหมาะสม สอดคล้องกับทรัพยากรของแต่ละท้องถิ่นและอาจ นำไปขยายผลเมื่อโอกาสเหมาะสมประกันสุขภาพมี ผลบังคับทั่วประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. Murray CJL, Lopez AD. The Global Burden of Disease : A Comprehensive Assessment of Mortality and Disabilities, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Massachusate : Cambridge ; 1996.
2. สงศรี จัยสิน, จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ, เรไร ทิวทัศน์, สภาภรณ์ ทองดารา, นันทนา ชูบุญราษฎร์. การสำรวจสภาวะ สุขภาพจิตของประชาชน จังหวัดชลบุรี. วารสารสมาคม จิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2531 ; 33 : 119 - 27.
3. Sukying C, Nilchaikouit T, Silpakit C. One - month prevalence of psychiatric illness in Nongchok district , Bangkok. Rama Med J 1995 ; 18 : 253 - 60.
4. ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, รัตนา สายพานิชย์. Psychiatric disorders in primary health care settings : An implication for undergraduate psychiatric education. รายงานการวิจัยเสนอ ในที่ประชุมวิชาการประจำปีของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี, 2540.
5. ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์, วิธภา วงศ์สารศรี. ความทุกข์ของ ปัญหาสุขภาพจิตและความสามารถในการตรวจวินิจฉัยของ แพทย์ทั่วไปของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2543 ; 45 : 261 - 70 .
6. Schulberg HC, Burns BJ. Mental disorders in primary care : epidemiologic, diagnosis and treatment research directions. Gen Hosp Psychiatry 1988 ; 10 : 79-87.
7. Narrow WE, Regier DA, Rae DS. Use of services by persons with mental and addictive disorders. Arch Gen Psychiatry 1993 ; 59 : 95 - 107.
8. Regier DA, Goldberg ID, Tarsbe CA. The defacto US mental health service system. Arch Gen Psychiatry 1978 ; 35 : 689 - 93.
9. Marks JN, Goldberg DP, Hillier VF. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. Psycho Med 1979 ; 9 : 337 - 53 .
10. Kim K, Fiaherty JA. Integrating psychiatric services into primary care setting : A system approach. Psych Annual 1977 ; 27 : 430 - 35.
11. สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข. แผนการตรวจ ราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนัก ตรวจราชการ 2544.
12. Goldberg RJ. Psychiatric and the comprehensive medical care. South Med J 1995 ; 88 : 260 - 7.
13. Department of Mental Health. Thai Mental Health Profile 2000-2001. Bangkok : Department of Mental Health ; 2001.

14. บริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชั่นแนลแอสซัวร์ันส์ จำกัด (สาขาประเทศไทย) กรมธรรม์ประกันภัย. กรุงเทพฯ : บริษัท อเมริกันอินเตอร์เนชั่นแนลแอสซัวร์ันส์ จำกัด(สาขาประเทศไทย), 2542.
15. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. ปฏิรูประบบสุขภาพอะไรเป็นอะไรในกระแสการเปลี่ยนแปลง. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข ; 2544.
16. สำนักงานประกันสุขภาพ, สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. ประกันสุขภาพถ้วนหน้าประชาชนจะได้อะไร. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ ; 2544.
17. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. ศูนย์สุขภาพชุมชน ใกล้บ้าน ใกล้ใจ (แผ่นพับ). นครราชสีมา : โรงพยาบาลนครราชสีมา ; 2544.
18. Kirmayer LJ, Robbin JM, Dworkind M. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993 ; 150 : 734 - 41.
19. Orleans CT, Geonge LK, Houpt JL. How primary care physicians treat psychiatric disorders. *Am J psychiatry* 1985 ; 142 : 52 - 7.
20. Jencles SF. Recognition of mental distress and diagnosis of mental disorders in primary care. *JAMA* 1985 ; 253 : 1903 - 7.
21. การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลทางจิตเวชในระยะเปลี่ยนผ่าน. เอกสารประกอบการประชุม. รายงานประชุมกรมสุขภาพจิต. 2544 ตุลาคม. นนทบุรี.
22. โครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท. เอกสารประกอบการประชุม. รายงานการประชุม กรมสุขภาพจิต. 2544 พฤษภาคม. นนทบุรี.
23. Kates N. Psychiatric consultation in the family physician's office. *Gen Hosp Psychiatry* 1988 ; 142 : 52 - 7.
24. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ ; 2544.
25. รายละเอียดชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านส่งเสริมสุขภาพ. กรมอนามัย. 2544.
26. กรมสุขภาพจิต. แนวทางเวชปฏิบัติด้านสุขภาพจิตและจิตเวช(ร่าง) นนทบุรี : โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต ; 2544.
27. Jacob KS. Community care for people with mental disorders in developing countries. *Br J Psychiatry* 2001 ; 178 : 296 - 8.
28. Marshall M, Creed F. Assertive community treatment is it the future of community care in the UK ? *Int Rev Psychiatry* 2000 ; 12 : 191 - 6.
29. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive text book of psychiatry. 6th ed. Baltimore : William & Wilkins, 1995.
30. Wasserman AL. Principle of psychiatric care. In: *Psychiatric disorders in children and adolescents*. Philadelphia : W.B. Saunders ; 1990 : 486-502.
31. Mrazek PJ, Haggerty RJ. Reducing Risks for Mental Disorders : Frontiers for Preventive Intervention Research. Washington DC : National Academy Press ; 1996.
32. Caplan G. Principles of Preventive Psychiatry. New York : Basic Books ; 1964.
33. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC : American Psychiatric Association ; 1994.
34. Australian Health Ministry . National Mental Health Policy 1992 . Canberra : APGS ; 1991.
35. Hersey JC, Kilnamoff LS, Lam DJ, Taylor RL . Promoting social support : the impact of California's Friends can be good medicine campaign. *Health Education Quarterly* 1984; 11(3) : 293-311.
36. Raphael B. Scope for Prevention in Mental Health. National Medical and Research Council, Canberra : AGPS ; 1993.
37. Sanders M. Healthy Families, Healthy Nation. Strategies for Promoting Family Mental Health in Australia. Brisbane : Australian Academic Press ; 1995.
38. World Health Organization & Canadian Public Health Association. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa : World Health Organization & Canadian Public Health Association ; 1986.
39. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R, Detection of postnatal depression-development of the Edinburgh Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987 ; 150 : 782-6.
40. Olds DL, Handerson CR, Kitzman H. Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25-50 months of life? *Pediatrics* ; 93(1) : 89 -98.
41. Mccormick MC, McCarton CM, Tonascia C, Brooks-Gunn J. Early educational intervention from very low birth weight infants : Results from the infant health and development program. *Pediatrics* 1993 ; 123 : 527 - 33.
42. Hawkins JD, Catalano RF, Morrison DM, O'Donnell J, Abbott RD, Day LE. The Seattle Social Development Project : Effects of the first four years on protective factors and problem behaviors, in *The Prevention of Antisocial Behavior in Children*. New York : McCord & Tremblay, Guilford Press ; 1992.
43. Madden J, O'Hara H, Levenstein P. Home again : Effects of the Mother-Child Home Program on mother and child. *Child Dev* 1984 ; 55 : 636-47.

44. กรมสุขภาพจิต. วัคซีนใจ (คู่มือคุ้มกันทางจิตใจเด็กวัย 0-6 ปี). นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต. 2543.
45. ศูนย์สุขภาพจิต. โรงเรียนสำหรับพ่อแม่. กรุงเทพฯ : ศูนย์สุขภาพจิต ; 2539.
46. Mussen P. The process of parenting. 2th ed. Philadelphia : Goeorge Banta,1981: 51-71.
47. วณิดา ชนินทพุทธวงศ์, บรรณาธิการ.คู่มือวิทยาการการดูแลช่วยเหลือนักเรียน สำหรับครูที่ปรึกษา. กรุงเทพฯ : ยูเรนัส อิมเมจ ; 2544.
48. Olweus D. Bully / victim problems among school children : Basic facts and effects of an intervention program, in The Development and Treatment of Childhood Aggression. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates ; 1991.
49. Hansen WB, Graham JW. Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents : Peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. Pre Med 1991 ; 20 : 414-30.
50. McLennan A 1998. Mental health and well-being : Profile for Adults. Australian Bureau of Statistics. Australia. Canberra : Australia ; 1997.
51. Cotton P. The prevention and management of psychological dysfunction in occupational settings in Early Intervention & Prevention in Mental Health. Melbourne: The Australian Psychological Society ; 1996 : 247-282.
52. Heaney CA. Enhancing social support at the workplace : assessing the effects of the Caregiver Support Program, Health Ed Quart 1992 ; 18 (1) : 477-94.
53. Jorm AF Dementia: risk and possibilities for prevention. Handbook of Studies on Preventive Psychiatry. New York ; 1997.
54. Cornwell P, Scott J. Partial remission in depressive disorders. Acta Psych Scand 1997 ; 95 ; 265-71.
55. ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539 ; 41 (3) : 191 - 202.
56. George L, Blazer D, Hughes D, Fowler N. Social support in the outcome of major depression. Br J Psychiatry 1989 ; 154 : 478 - 85.
57. Bebbington P. Managed Care and Psychiatry. Curr Op Psychiatry 2001 ; 14 : 290 -92.
58. Hesbacher PT, Tieckels K, Morris RJ, Newman H, Rosenfeld H. Psychiatric illness in family practice. J Clin psychiatry 1980 ; 41 : 6 - 10.
59. รัดนา สายพานิชย์, สมบัติ ศาสตรร์รังัก, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. การสำรวจการให้บริการด้านจิตเวชในระดับโรงพยาบาลชุมชน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541 ; 43 : 303 - 15.