

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยเอื้ออำนวยและขัดขวางต่อบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมในหน่วยบริการปฐมภูมิ : หลักฐานจากโครงการขยายผลมาตรฐานบริการระดับประเทศ

วันรับ : 9 กันยายน 2568

วันแก้ไข : 1 พฤศจิกายน 2568

วันตอบรับ : 14 พฤศจิกายน 2568

วรินทิพย์ สว่างศรี, พ.บ.¹, วีร์ เมฆวิสัย, ปร.ด.², ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, พ.บ.³,
ธนภุช ลิขิตธรากุล, วท.ม.¹, ประภัสสร เตียเย็น, ส.บ.³, พรรณภัทร ไช้กุล, วท.บ.³

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กรุงเทพฯ¹,
สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต จังหวัดนนทบุรี²,
กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต จังหวัดนนทบุรี³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้ออำนวยและปัจจัยขัดขวางกับการให้บริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมในหน่วยบริการปฐมภูมิ

วิธีการ : การศึกษาภาคตัดขวาง ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการประเมินตนเองของหน่วยบริการปฐมภูมิจาก 4 ภูมิภาค ที่เข้าร่วมโครงการขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตด้วยคู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัว วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามกรอบแนวคิด RE-AIM กับความครอบคลุมของบริการสุขภาพจิตตามมาตรฐานด้วย Fisher's exact test, independent t-test และ Pearson's correlation

ผล : หน่วยบริการที่มีข้อมูลสมบูรณ์ 30 แห่ง ภายหลังดำเนินโครงการ มีหน่วยบริการ 4 แห่ง (ร้อยละ 13.3) ที่ผ่านเกณฑ์ความครอบคลุมของบริการที่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการผ่านเกณฑ์ อย่างไรก็ตาม ร้อยละความครอบคลุมของบริการมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อการใช้คู่มือฯ ($r = 0.582, p = .010$) และการได้รับงบประมาณภายนอก ($t = -3.727, p < .001$) นอกจากนี้ การรับรู้ข้อมูลบริการสุขภาพจิตของประชาชนยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสะดวกในการเข้าถึงบริการ การมีส่วนร่วมของผู้นำ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อการใช้คู่มือฯ โดยปัจจัยเหล่านี้ยังมีความสัมพันธ์ระหว่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป : การยอมรับของผู้ปฏิบัติงานและการสนับสนุนงบประมาณมีบทบาทสำคัญต่อการบูรณาการงานสุขภาพจิตในระบบปฐมภูมิ โดยการสนับสนุนของผู้นำช่วยส่งเสริมการยอมรับ ขณะที่การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชนอาจเป็นกลไกสำคัญต่อความสำเร็จของพื้นที่ การขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตจึงควรมุ่งเสริมสร้างความพร้อมของผู้ปฏิบัติงานควบคู่กับการสนับสนุนเชิงระบบ

คำสำคัญ : บริการสุขภาพจิต, ปัจจัยขัดขวาง, ปัจจัยเอื้ออำนวย, ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ติดต่อผู้นิพนธ์ : วรินทิพย์ สว่างศรี ; e-mail: pu_warin@gmail.com

Original article

Facilitators and barriers to optimum mental health services in primary care units: evidence from a national scale-up project

Received : 9 September 2025

Revised : 1 November 2025

Accepted : 14 November 2025

Warintip Sawangsri, M.D.¹, Wee Mekwilai, Ph.D.²,Dutsadee Juengsiragulwit, M.D.³, Tanakrit Likritalakul, M.Sc.¹,Prapussorn Tiayen, B.P.H.³, Phanphat Hokul, B.Sc.³Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute, Department of Mental Health, Bangkok¹,Bureau of Mental Health Academic Affairs, Department of Mental Health, Nonthaburi Province²,Bureau of Mental Health Service Administration, Department of Mental Health, Nonthaburi Province³

Abstract

Objective: To examine facilitators and barriers associated with the optimum mental health services in primary care units (PCUs) in Thailand.

Methods: This cross-sectional study utilized secondary data from the Scale-Up Project of Mental Health Service Standards Using the “Transformative Mental Health in Primary Care” guidelines, conducted in pilot PCUs across four regions of Thailand. Associations between RE-AIM-based self-reported factors and service coverage (defined as the proportion of standard mental health service components delivered) were analyzed using Fisher’s exact test, independent t-test, and Pearson’s correlation.

Results: Of the 30 PCUs with complete data, four (13.3%) met the service coverage criterion ($\geq 80\%$ of standard service components) after project implementation. No factors were significantly associated with meeting the criterion. However, higher service coverage was associated with providers’ satisfaction with the guidelines ($r = 0.582$, $p = .010$) and the presence of external funding ($t = -3.727$, $p < .001$). In addition, public awareness of mental health service was significantly positively correlated with several factors, including service accessibility, leadership engagement, behavioral change among service users, and providers’ satisfaction with the guidelines, with these factors also showing significant intercorrelations.

Conclusion: Providers’ acceptance and funding play an important role in integrating mental health services into primary care. Leadership support facilitates providers’ acceptance, while promoting mental health literacy among the public may be a key mechanism for the success of services at the local level. Efforts to scale up mental health service standards should therefore focus on strengthening providers’ readiness alongside sustained system-level support.

Keywords: barriers, facilitators, mental health service, primary care

Corresponding author: Warintip Sawangsri; e-mail: pu_warin@gmail.com

ความรู้เดิม : การบูรณาการบริการสุขภาพจิตในหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ และส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในชุมชนได้อย่างไรก็ตาม การนำมาตรฐานหรือแนวทางบริการสุขภาพจิตไปใช้จริงในหน่วยบริการอาจมีข้อจำกัด เช่น การขาดแคลนบุคลากร ทรัพยากร และระบบสนับสนุนในพื้นที่

ความรู้ใหม่ : หน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมโครงการขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตด้วยคู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัวในระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีเพียงส่วนน้อยสามารถให้บริการสุขภาพจิตตามมาตรฐานในระดับที่เหมาะสม โดยความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อการใช้คู่มือฯ และงบประมาณภายนอกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความครอบคลุมของบริการอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การรับรู้ข้อมูลบริการสุขภาพจิตของประชาชน การมีส่วนร่วมของผู้นำ ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อการใช้คู่มือฯ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ ยังมีความสัมพันธ์กันในลักษณะเชิงระบบ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : การขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในหน่วยบริการปฐมภูมิควรมีการเสริมสร้างความพร้อมและการยอมรับของผู้ปฏิบัติงาน ควบคู่กับการสนับสนุนเชิงนโยบายและโครงสร้าง เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและความยั่งยืนของบริการสุขภาพจิตในพื้นที่

บทนำ

หน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit: PCU) เป็นหน่วยบริการที่มีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ¹ ปัจจุบันประเทศไทยมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนแล้วกว่า 1,390 แห่ง และมีการถ่ายโอนภารกิจบางส่วนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน²

การบูรณาการบริการสุขภาพจิตเข้ากับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล เพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง ลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ ลดการตีตราทางสังคม (stigma) ลดค่าใช้จ่ายด้านการเดินทางและการรักษา ตลอดจนส่งเสริมการดูแลที่มีมาตรฐานและการติดตามต่อเนื่อง^{3,4} ปัจจุบันหน่วยบริการปฐมภูมิของประเทศไทยมีการบูรณาการบริการสุขภาพจิตเข้าไปในระบบบริการ ทั้งการส่งเสริมป้องกันการคัดกรอง และการดูแลให้คำปรึกษาเบื้องต้น อย่างไรก็ตาม การบูรณาการยังคงพบข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง ความไม่ชัดเจนของบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในพื้นที่ การบริการที่ยังไม่ครอบคลุมและทั่วถึงทุกพื้นที่ การขาดแคลนงบประมาณสนับสนุน รวมถึงค่านิยมและทัศนคติเชิงลบของประชาชนต่อปัญหาสุขภาพจิตในบางพื้นที่⁵⁻⁸

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 กรมสุขภาพจิตได้พัฒนา มาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพจิตในระดับชุมชน โดยจัดทำ “คู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัว” (Transformative Mental Health in Primary Health Care) สำหรับเป็นแนวทางการจัดบริการสุขภาพจิตในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู โดยบูรณาการเข้ากับแผนการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของทีมเวชศาสตร์ครอบครัวที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้การกำกับของ พรบ. บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยกระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาสภาพปัญหาและพัฒนา มาตรฐาน (เมษายน - ธันวาคม 2565) 2) การสื่อสารและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่นำร่อง (ธันวาคม 2565 - เมษายน 2566) 3) การทดลองใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ นำร่อง 62 แห่ง จาก 6 จังหวัด (เมษายน - สิงหาคม 2566) 4) การประเมินผลและปรับปรุงมาตรฐาน (กันยายน 2566 - กุมภาพันธ์ 2567) 5) การขับเคลื่อนการขยายผลในระดับเขตสุขภาพ ครอบคลุม 12 เขตสุขภาพ ผ่านโครงการขยายผล มาตรฐานบริการสุขภาพจิตด้วยคู่มือสร้างสุขโดยทีม หมอครอบครัวในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในบริการปฐมภูมิ 51 แห่งจาก 14 จังหวัด (มีนาคม - กรกฎาคม 2567) และ 6) การบูรณาการมาตรฐานฯ (ตุลาคม 2567 เป็นต้นไป)

ผลการประเมินโครงการเบื้องต้นพบว่า โครงการสามารถขับเคลื่อนได้ดีเมื่อมีการจัดบริการเชิงรุกและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตควบคู่กับการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่ชัดเจน โดยมีปัจจัยสนับสนุนสำคัญ ได้แก่ ความร่วมมือของเครือข่ายและบุคลากรในพื้นที่ที่เข้มแข็ง การพัฒนาความรู้บุคลากรอย่างต่อเนื่อง การมีจิตแพทย์ออกตรวจสม่ำเสมอ การสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานในพื้นที่ และการมีบริการสนับสนุน เช่น การจัดส่งยาใกล้บ้าน ตลอดจนการพัฒนาระบบทะเบียนและฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่ช่วยในการติดตามดูแล ขณะเดียวกันมีข้อเสนอแนะให้พัฒนาคู่มือให้กระชับและใช้งานง่าย การเพิ่มการอบรมทักษะสำคัญ เช่น การให้คำปรึกษาแบบใช้ความเข้มแข็งเป็นฐาน (strength-based counseling: SBC) และการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing: MI) การบูรณาการคู่มือฯ กับมาตรฐานบริการปฐมภูมิ การเปิดพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ การส่งเสริมทักษะการบันทึกข้อมูล รวมถึงการกำหนดบทบาทผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในหน่วยบริการที่ชัดเจนมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการมีแนวทางการให้บริการสุขภาพจิตที่พัฒนาอย่างเป็นระบบในหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถยกระดับมาตรฐานการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน แต่การนำแนวทางดังกล่าวไปปฏิบัติจริงในระดับหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องยังขึ้นอยู่กับอีกหลายปัจจัย ทั้งด้านบุคลากร เช่น ความรู้และทักษะทางคลินิก ด้านสุขภาพจิต อัตรากำลัง ภาระงาน และความร่วมมือในการปฏิบัติ ด้านองค์กร เช่น การสนับสนุนจากผู้นำ ความเพียงพอของทรัพยากร และงบประมาณ ตลอดจนด้านบริบทในพื้นที่ เช่น ความเข้าใจและความร่วมมือของชุมชนและภาคส่วนท้องถิ่น^{4,9,10} ทั้งนี้ ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับปัจจัยเอื้ออำนวยและปัจจัยขัดขวางที่อาจส่งผลกระทบต่อขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมโครงการ

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อระบุปัจจัยดังกล่าว เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงแนวทางส่งเสริมปัจจัยเอื้ออำนวย และจัดการปัจจัยขัดขวาง เพื่อให้การขยายมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบปฐมภูมิเกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อสุขภาพจิตของประชาชนไทย

วิธีการ

การศึกษาแบบย้อนหลัง ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน กรมสุขภาพจิต เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2568 หมายเลขรับรอง DMH.IRB.COA 016/2568 และได้รับอนุญาตในการขอใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตด้วยคู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัวในระบบสุขภาพปฐมภูมิ กรมสุขภาพจิต

แหล่งข้อมูล

ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมโครงการขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตด้วยคู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัวในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ 5 ของการพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยประกอบด้วย การจัดประชุมชี้แจงคู่มือฯ การอบรมความรู้และการอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการส่งเสริมป้องกัน (วัคซีนใจ) การให้คำปรึกษาเบื้องต้น เช่น SBC และ MI และการคัดกรองด้วยเครื่องมือต่าง ๆ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หน่วยบริการปฐมภูมินำร่องที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 51 แห่ง เป็นหน่วยวิเคราะห์ (unit of analysis) ในการศึกษาครั้งนี้ โดยแต่ละแห่งมีผู้ให้ข้อมูลคือบุคลากรประจำหน่วยบริการที่ได้รับมอบหมายให้เป็นตัวแทนตอบแบบสอบถาม ซึ่งกำหนดคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติด หน่วยบริการปฐมภูมินั้น ๆ และ 2) มีส่วนร่วมในการดำเนินการโครงการตั้งแต่ต้นจนจบ เลือกหน่วยบริการทุกแห่งที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วมโครงการ และ 2) มีการตอบแบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์ และเกณฑ์การคัดออก คือ เป็นข้อมูลที่มาจากหน่วยบริการปฐมภูมิเดียวกัน

ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์

1. ข้อมูลพื้นฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ ชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดที่ตั้ง ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดที่พบบ่อย การให้บริการสุขภาพจิตด้านต่าง ๆ จำนวนบุคลากรทั้งหมด จำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช และจำนวนประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

2. ปัจจัยของการขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ นำข้อมูลมาจากผลการประเมินตนเองของตัวแทนหน่วยงานที่มีการเก็บรวบรวมหลังการดำเนินโครงการ ด้วยแบบสอบถาม Google form ที่ส่งไปยังพื้นที่นำร่อง ข้อคำถามอ้างอิงจากการศึกษาของ Isaacs และ Mitchell¹¹ ที่ว่าด้วยการบูรณาการบริการสุขภาพจิตในระบบปฐมภูมิ และปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน คำตอบมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ จิตแพทย์ และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการประยุกต์ใช้งานวิจัยด้านสุขภาพในระบบบริการ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) เฉลี่ยเท่ากับ 0.92

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามดังกล่าวมาจัดตามกรอบแนวคิด RE-AIM¹² ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการประเมินการขับเคลื่อนงานวิจัยหรือโครงการด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติจริงในระบบสาธารณสุข (implementation science) ประกอบด้วย 5 มิติหลัก ได้แก่ Reach คือ การเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมาย Effectiveness คือ ประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์ของโครงการต่อพฤติกรรมและสุขภาพ Adaptation คือ การยอมรับและการนำไปใช้ของหน่วยงานหรือบุคลากร Implementation คือ การดำเนินงานจริงและต้นทุนทรัพยากร และ Maintenance คือ ความต่อเนื่องและความยั่งยืนในระยะยาว โดยมีนิยามและเกณฑ์การให้คะแนนดังตารางที่ 1

3. ความพึงพอใจในการใช้คู่มือฯ ใช้ข้อมูลจากการสอบถามความพึงพอใจในภาพรวมที่มีการเก็บรวบรวมในโครงการ โดยตัวแทนบุคลากรประจำหน่วยบริการที่กล่าวมาข้างต้นเป็นผู้ประเมิน คำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก เฉย ๆ น้อย และน้อยที่สุด

4. ความครอบคลุมของบริการสุขภาพจิตตามมาตรฐาน ใช้ข้อมูลจากรายงานการให้บริการที่เก็บรวบรวมในโครงการ โดยบุคลากรในหน่วยบริการเป็นผู้ตอบผ่าน Google form โดยมีบริการทั้งหมด 34 ประเภท จากมาตรฐานบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Optimum Mental Health Service in PCU)

บทที่ 8 ในคู่มือฯ จำแนกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมป้องกัน 6 ประเภท การคัดกรองปัญหาจิตเวชในคลินิกโรคทางกาย 16 ประเภท การรักษาโรคจิตเวชเบื้องต้น 4 ประเภท การติดตามต่อเนื่อง 3 ประเภท และการเยี่ยมบ้านและส่งต่อ 5 ประเภท คำตอบแต่ละข้อมีสองตัวเลือก ได้แก่ มีการให้บริการ คิดเป็น 1 คะแนน และไม่มีการให้บริการ คิดเป็น 0 คะแนน จากนั้นนำคะแนนรวมที่ได้แปลงเป็นร้อยละความครอบคลุมของบริการสุขภาพจิตตามมาตรฐาน โดยในการศึกษานี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ของการให้บริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมของหน่วยบริการปฐมภูมิไว้ที่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่มด้วย Fisher's exact test และระหว่างตัวแปรแบบต่อเนื่องด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากการทดสอบการกระจายตัวของคะแนนรวมของตัวแปรรายด้านตามกรอบ RE-AIM พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ โดยการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov และ Shapiro-Wilk มีค่า p-value เท่ากับ .200 และ .791 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่า .05 รวมทั้งค่า skewness เท่ากับ .157 และ kurtosis เท่ากับ -.426 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (± 1) แสดงว่าข้อมูลมีความโค้งกระจายอยู่ในระดับปกติ จึงสามารถใช้สถิติแบบพารามेटริกได้

ผล

พบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิ 51 แห่ง ได้รับแบบสอบถามตอบกลับ 62 ชุด จากหน่วยบริการ 51 แห่ง โดยเป็นข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ 21 ชุด ข้อมูลที่ซ้ำซ้อนจากหน่วยเดียวกัน 11 ชุด รวมคัดออกทั้งหมด 32 ชุด คงเหลือข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ 30 แห่ง (30 ชุดข้อมูล) ดังแผนภาพที่ 1

หน่วยบริการปฐมภูมิ 30 แห่งที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล มีการกระจายตัวอยู่ใน 11 อำเภอ 10 จังหวัด แบ่งเป็นหน่วยบริการในภาคกลาง 13 แห่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 9 แห่ง ภาคเหนือ 5 แห่ง และภาคตะวันออก 3 แห่ง

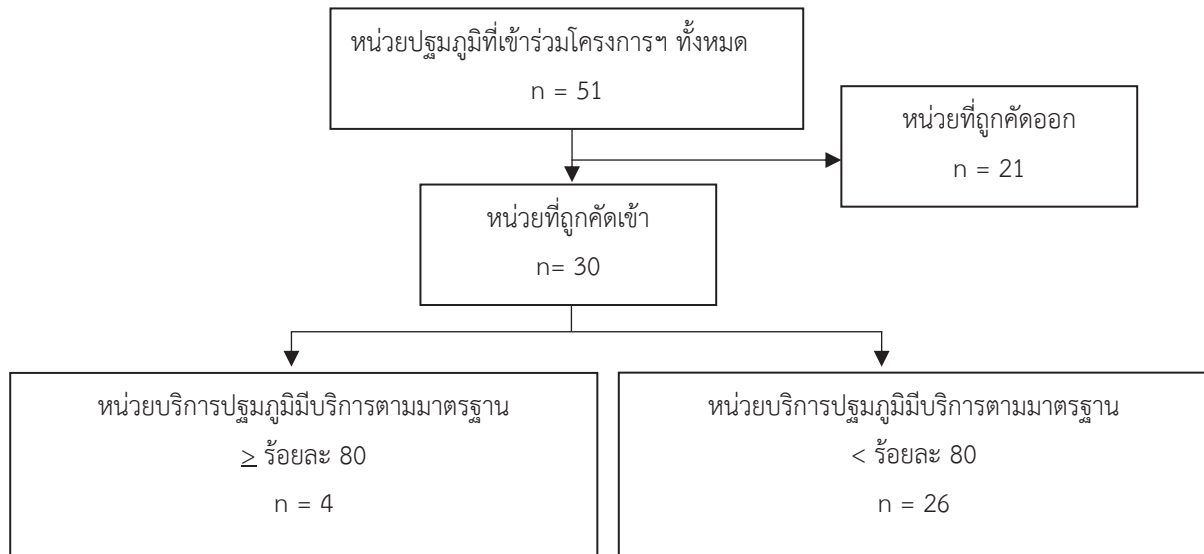
ตารางที่ 1 กรอบแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

นิยาม	เกณฑ์การให้คะแนน			
	ความหมาย	การแปลผล (Fisher's exact)	การให้คะแนน (Pearson's correlation)	
Reach				
ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ (R1)	โอกาสและความสามารถที่บุคคลหนึ่งจะได้รับบริการสุขภาพจิตและจิตเวชใน PCU ได้อย่างเหมาะสม ง่าย และสะดวกสบาย	1. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2. ไม่เห็นด้วย 3. เฉย ๆ 4. เห็นด้วย 5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย	1 2 3 4 5
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านบริการสุขภาพจิตของประชาชน (R2)	ผู้รับบริการใน PCU ได้รับข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับบริการสุขภาพจิต	1. มากที่สุด 2. มาก 3. ปานกลาง 4. น้อย	พอ ไม่พอ	4 3 2 1
Effectiveness				
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต/โรคจิตเวชของผู้รับบริการ (E1)	ผู้ป่วยใน PCU มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต/โรคจิตเวชและการบริการสุขภาพจิตที่มีให้	1. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2. ไม่เห็นด้วย 3. เฉย ๆ 4. เห็นด้วย 5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย	1 2 3 4 5
ความร่วมมือของผู้รับบริการ (E2)	ผู้ป่วยใน PCU ให้ความร่วมมือต่อการบริการสุขภาพจิตที่มีให้	1. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2. ไม่เห็นด้วย 3. เฉย ๆ 4. เห็นด้วย 5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย	1 2 3 4 5
Adoption				
การมีส่วนร่วมของผู้นำ ในการบูรณาการงานสุขภาพจิตในระบบบริการปฐมภูมิ (A1)	ผู้นำใน PCU มีส่วนในการสนับสนุนการบูรณาการงานสุขภาพจิตในพื้นที่ระบบบริการปฐมภูมิ	1. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2. ไม่เห็นด้วย 3. เฉย ๆ 4. เห็นด้วย 5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย	1 2 3 4 5
การมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร (A2)	บุคลากรในองค์กรมีส่วนร่วมในการดำเนินงานบูรณาการงานสุขภาพจิตในพื้นที่ระบบบริการปฐมภูมิเป็นอย่างดี	1. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2. ไม่เห็นด้วย 3. เฉย ๆ 4. เห็นด้วย 5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย	1 2 3 4 5
Implementation				
อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร (I1)	อัตราส่วนประชากรต่อบุคลากรที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิ	มากกว่าหรือเท่ากับ ค่าเฉลี่ยของอัตราส่วน กลุ่มตัวอย่าง น้อยกว่าค่าเฉลี่ยของ อัตราส่วนกลุ่มตัวอย่าง	มากกว่าหรือ เท่ากับค่าเฉลี่ย น้อยกว่า ค่าเฉลี่ย	คะแนนเป็นตาม อัตราส่วน

ตารางที่ 1 กรอบแนวคิดปัจจัยที่มีผลต่อการขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ (ต่อ)

นियาม	นิยาม	เกณฑ์การให้คะแนน		
		ความหมาย	การแปลผล (Fisher's exact)	การให้คะแนน (Pearson's correlation)
Implementation (ต่อ)				
การฝึกอบรมบุคลากร (I2)	บุคลากรได้รับการฝึกอบรม ให้มีความสามารถในการจัดการปัญหาด้านสุขภาพจิตใน PCU ได้อย่างเพียงพอ	1. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2. ไม่เห็นด้วย 3. เฉย ๆ 4. เห็นด้วย 5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย	1 2 3 4 5
ความถี่ในการใช้คู่มือฯ (I3)	ผู้รับบริการใน PCU ได้รับข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับบริการสุขภาพจิต	1. ทุกสัปดาห์ 2. ทุก 2 - 3 สัปดาห์ 3. เดือนละ 1 ครั้ง 4. นาน ๆ ครั้ง (1 - 3 ครั้ง) 5. ไม่เคย	ใช่ ไม่ใช่	5 4 3 2 1
ความพึงพอใจในการใช้คู่มือฯ (I4)	มีการใช้คู่มือสร้างสุขโดยทีมหมอครอบครัวบ่อยแค่ไหน	1. มากที่สุด 2. มาก 3. เฉย ๆ 4. น้อย 5. น้อยที่สุด	พอใจ ไม่พอใจ	5 4 3 2 1
ความถี่ของการประสานกับหน่วยงานภายนอก (I5)	ความถี่ที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีการประสานกับบุคลากรเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต หรือ บุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ในหน่วยงานสาธารณสุขที่เห็นขึ้นไป	1. ไม่เคยเลย 2. น้อยกว่า 6 ครั้ง/ปี 3. 6 - 11 ครั้ง/ปี 4. ทุกเดือน 5. มากกว่า 1 ครั้ง/เดือน	น้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อเดือน ขึ้นไป	1 2 3 4 5
ปัญหาของการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก (I6)	หน่วยงานพบปัญหาในการประสานกับบุคลากรเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต หรือ บุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ในหน่วยงานสาธารณสุขที่เห็นขึ้นไป	1. ไม่พบปัญหาเลย 2. นาน ๆ ครั้ง 3. บางครั้ง 4. บ่อยครั้ง 5. ทุกครั้ง	ไม่บ่อยครั้ง บ่อยครั้ง	5 4 3 2 1
ความเพียงพอของทรัพยากร (I7)	ทรัพยากรที่ PCU ใช้ในการดำเนินงานและจัดการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เช่น ทรัพยากรมนุษย์ ทรัพยากรข้อมูล และอุปกรณ์ ทรัพยากรเทคโนโลยี เป็นต้น	ไม่เพียงพอ เพียงพอ	ไม่เพียงพอ เพียงพอ	
การดำเนินการของผู้นำ (I8)	ผู้นำใน PCU มีการดำเนินการเฉพาะสนับสนุนการบูรณาการงานสุขภาพจิตในพื้นที่ระบบบริการปฐมภูมิ	1. ไม่มีการดำเนินการ 2. มีการดำเนินการ	ไม่มี มี	
Maintenance				
งบประมาณภายนอก (M1)	พื้นที่มีแหล่งเงินทุนอื่น ๆ ในการสนับสนุนงานบูรณาการบริการสุขภาพจิตใน PCU	มี ไม่มี	มี ไม่มี	
นโยบายจากภายนอก (M2)	พื้นที่ได้รับนโยบายสนับสนุนเพียงพอต่อการบูรณาการบริการสุขภาพจิตใน PCU	ไม่เพียงพอ เพียงพอ	ไม่เพียงพอ เพียงพอ	

หมายเหตุ : เนื่องจากไม่พบการศึกษาอัตราส่วนที่เหมาะสมของบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดต่อประชากรจึงใช้ค่าเฉลี่ยจากกลุ่มตัวอย่างแทน



แผนภาพที่ 1 จำนวนหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการและผ่านเกณฑ์การคัดเลือกในการศึกษา

หน่วยบริการมีจำนวนบุคลากรเฉลี่ย 11 คน จำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเฉลี่ย 2.9 คน และมีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบเฉลี่ย 10,382.7 คน คิดเป็นอัตราส่วนบุคลากรผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตต่อจำนวนประชากรเฉลี่ย 1 : 3,580 คน โดยมีหน่วยบริการที่มีอัตราส่วนสูงกว่าค่าเฉลี่ย 19 แห่ง (ร้อยละ 63.3) ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด โรคจิตเภท และภาวะซึมเศร้า ตามลำดับ

ก่อนดำเนินโครงการ มีหน่วยบริการที่มีบริการสุขภาพจิตด้านการส่งเสริมป้องกัน การคัดกรองปัญหาจิตเวช ในคลินิกโรคทางกาย การรักษาโรคจิตเวชเบื้องต้น การติดตามต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเวช และการเยี่ยมบ้านและส่งต่อครบทั้ง 5 ด้าน (มีการให้บริการอย่างน้อยหนึ่งประเภทต่อด้าน) จำนวน 11 แห่ง (ร้อยละ 36.7) โดยบริการสุขภาพจิตที่หน่วยบริการมีมากที่สุด ได้แก่ การส่งเสริมป้องกัน จำนวน 29 แห่ง (ร้อยละ 96.7) การเยี่ยมบ้านและการส่งต่อ จำนวน 28 แห่ง (ร้อยละ 93.3) และการติดตามต่อเนื่อง จำนวน 26 แห่ง (ร้อยละ 86.7) ภายหลังจากดำเนินโครงการ มีหน่วยบริการที่มีบริการสุขภาพจิตครบทั้ง 5 ด้านเพิ่มเป็น 15 แห่ง (ร้อยละ 50.0) โดยบริการสุขภาพจิตที่หน่วยบริการมีมากที่สุด ได้แก่ การคัดกรองปัญหาจิตเวชในคลินิกโรคทางกาย จำนวน 30 แห่ง (ร้อยละ 100) การเยี่ยมบ้านและการส่งต่อ จำนวน 30 แห่ง (ร้อยละ 100) และการส่งเสริมป้องกัน จำนวน 29 แห่ง (ร้อยละ 96.7)

เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ความครอบคลุมของบริการสุขภาพจิตตามมาตรฐาน กล่าวคือ มีการให้บริการร้อยละ 80 ขึ้นไปของบริการทั้งหมด พบว่ามีหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 4 แห่ง (ร้อยละ 13.3) การเปรียบเทียบปัจจัยต่อการขยายผลมาตรฐานบริการ ระหว่างหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์ พบว่า ปัจจัยที่หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์มีแนวโน้มรายงานมากกว่าหน่วยบริการที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร ความเพียงพอของทรัพยากรและงบประมาณภายนอก ส่วนปัจจัยที่หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์มีแนวโน้มรายงานน้อยกว่าหน่วยบริการที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ การฝึกอบรมบุคลากร อย่างไรก็ตาม ไม่พบปัจจัยใดที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างร้อยละความครอบคลุมของบริการตามมาตรฐานกับคะแนนของปัจจัยแต่ละด้านที่มีการกระจายตัวใกล้เคียงปกติ ด้วยสถิติ Pearson's correlation พบว่า ความพึงพอใจในการใช้คู่มือฯ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับร้อยละความครอบคลุมของบริการ ($r = 0.582, p = .001$) ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยที่มี 2 ตัวเลือกด้วย independent t-test พบว่า หน่วยงานที่รายงานว่ามีงบประมาณภายนอกมีค่าเฉลี่ยร้อยละความครอบคลุมของบริการสูงกว่าหน่วยงานที่รายงานว่าไม่มีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.727, p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ปัจจัยต่อการขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำแนกตามการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการ (n = 30)

	ผ่านเกณฑ์ (n = 4) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ผ่านเกณฑ์ (n = 26) จำนวน (ร้อยละ)	Fisher's Exact Test
Reach			
ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ			1.000
เห็นด้วย	4 (100.0)	25 (96.2)	
ไม่เห็นด้วย	0 (0.0)	1 (3.8)	
การรับรู้ข้อมูลบริการสุขภาพจิตของประชาชน			N/A
พอ	4 (100.0)	26 (100.0)	
ไม่พอ	0 (0.0)	0 (0.0)	
Effectiveness			
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ			1.000
เห็นด้วย	4 (100.0)	22 (84.6)	
ไม่เห็นด้วย	0 (0.0)	4 (15.4)	
ความร่วมมือของผู้รับบริการ			1.000
เห็นด้วย	4 (100.0)	24 (92.3)	
ไม่เห็นด้วย	0 (0.0)	2 (7.7)	
Adoption			
การมีส่วนร่วมของผู้นำ			N/A
เห็นด้วย	4 (100.0)	26 (100.0)	
ไม่เห็นด้วย	0 (0.0)	0 (0.0)	
การมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร			N/A
เห็นด้วย	4 (100.0)	26 (100.0)	
ไม่เห็นด้วย	0 (0.0)	0 (0.0)	
Implementation			
อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร			.314
น้อยกว่าค่าเฉลี่ย	4 (100.0)	18 (69.2)	
มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย	0 (0.0)	8 (30.8)	
การฝึกอบรมบุคลากร			.538
เห็นด้วย	3 (75.0)	22 (84.6)	
ไม่เห็นด้วย	1 (25.0)	4 (15.4)	
ความถี่ในการใช้คู่มือฯ			1.000
เห็นด้วย	4 (100.0)	25 (96.2)	
ไม่เห็นด้วย	0 (0.0)	1 (3.8)	
ความพึงพอใจในการใช้คู่มือฯ			1.000
พึงพอใจ	4 (100.0)	25 (96.2)	
ไม่พึงพอใจ	0 (0.0)	1 (3.8)	
ความถี่ของการประสานกับหน่วยงานภายนอก			1.000
1 ครั้งต่อเดือนขึ้นไป	2 (50.0)	16 (61.5)	
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน	2 (50.0)	10 (38.5)	
ปัญหาของการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก			1.000
บ่อยครั้ง	1 (25.0)	4 (15.4)	
ไม่บ่อย	3 (75.0)	22 (84.6)	
ความเพียงพอของทรัพยากร			.611
เพียงพอ	3 (75.0)	9 (34.6)	
ไม่เพียงพอ	1 (25.0)	17 (65.4)	

ตารางที่ 2 ปัจจัยต่อการขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำแนกตามการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการ (n = 30) (ต่อ)

	ผ่านเกณฑ์ (n = 4) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ผ่านเกณฑ์ (n = 26) จำนวน (ร้อยละ)	Fisher's Exact Test
Implementation (ต่อ)			
การดำเนินการของผู้นำ			1.000
มี	4 (100.0)	25 (96.2)	
ไม่มี	0 (0.0)	1 (3.8)	
Maintenance			
งบประมาณภายนอก			1.000
มี	4 (100.0)	22 (84.6)	
ไม่มี	0 (0.0)	4 (15.4)	
นโยบายจากภายนอก			1.000
เพียงพอ	4 (100.0)	24 (92.3)	
ไม่เพียงพอ	0 (0.0)	2 (7.7)	

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนของแต่ละปัจจัยโดย Pearson's correlation พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการกับการรับรู้ข้อมูลบริการสุขภาพจิตของประชาชน ความสะดวกในการเข้าถึงบริการกับการฝึกอบรมบุคลากร การรับรู้ข้อมูลบริการสุขภาพจิตของประชาชนกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ การรับรู้ข้อมูลบริการสุขภาพจิตของประชาชนกับการมีส่วนร่วมของผู้นำ การรับรู้ข้อมูลบริการสุขภาพจิตของประชาชนกับความพึงพอใจในการใช้คู่มือฯ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการกับความพร้อมมือของผู้รับบริการ และการมีส่วนร่วมของผู้นำกับความพึงพอใจในการใช้คู่มือฯ ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า หน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 4 แห่ง (ร้อยละ 13.3) ให้บริการมาตรฐานที่เหมาะสมในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิตามเกณฑ์ ทั้งนี้ ปัจจุบันยังไม่มีเกณฑ์มาตรฐานที่ชี้วัดความสำเร็จในการขยายผล ผู้วิจัยจึงกำหนดเกณฑ์ชี้วัดดังกล่าวจากความครอบคลุมของบริการที่ร้อยละ 80 ขึ้นไปจากจำนวนบริการที่ระบุไว้ในคู่มือฯ ทั้งหมด 34 ประเภท แม้ว่าภายหลังโครงการ หน่วยบริการที่สามารถจัดบริการสุขภาพจิตได้ครบทั้ง 5 ด้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.7 เป็นร้อยละ 50.0 แต่ยังมีเพียงส่วนน้อยที่ผ่านเกณฑ์สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างการเริ่มมีบริการกับการ

ดำเนินงานจริงตามมาตรฐาน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการคัดกรองปัญหาจิตเวชในคลินิกโรคทางกายและการเยี่ยมบ้านดำเนินการได้มากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทของระบบปฐมภูมิ ขณะที่บริการด้านการรักษาและการติดตามต่อเนื่องยังดำเนินการได้ไม่ครบถ้วนในหลายพื้นที่ ซึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านศักยภาพบุคลากรและระบบการเชื่อมต่อการบริการผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

การวิเคราะห์ด้วย Fisher's exact test ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการผ่านเกณฑ์ความครอบคลุมของบริการสุขภาพจิตตามมาตรฐาน แม้ว่าผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ความอ่อนไหว (sensitivity analysis) โดยการปรับเกณฑ์ลงเหลือร้อยละ 60 แล้วก็ตาม ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากจำนวนหน่วยการวิเคราะห์ที่น้อย ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการทดสอบความแตกต่างทางสถิติ อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์คะแนนของปัจจัยในรูปแบบต่อเนื่องด้วยการวิเคราะห์ Pearson's correlation พบว่าความพึงพอใจในการใช้คู่มือฯ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับร้อยละความครอบคลุมของบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศที่ชี้ว่า ทักษะจิต ความเข้าใจ ความเชื่อมั่น และการยอมรับผู้ปฏิบัติงาน และความสอดคล้องกับกระบวนการทำงานจริงของแนวทางปฏิบัติ เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการบูรณาการสุขภาพจิตในระบบปฐมภูมิ¹³⁻¹⁵ และสอดคล้องกับแนวคิด

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนปัจจัยต่อการขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิกับร้อยละความครอบคลุมของบริการตามมาตรฐาน (n = 30)

	ค่าสถิติ	p-value
Reach		
ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ	r = 0.141	.459
การรับรู้ข้อมูลบริการสุขภาพจิตของประชาชน	r = 0.280	.133
Effectiveness		
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ	r = 0.000	1.000
ความร่วมมือของผู้รับบริการ	r = 0.000	1.000
Adoption		
การมีส่วนร่วมของผู้นำ	r = 0.162	.392
การมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร	r = 0.140	.460
Implementation		
อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร	r = 0.240	.202
การฝึกอบรมบุคลากร	r = 0.014	.942
ความถี่ในการใช้คู่มือฯ	r = 0.014	.944
ความพึงพอใจในการใช้คู่มือฯ	r = 0.582	.001
ความถี่ของการประสานกับหน่วยงานภายนอก	r = 0.126	.507
ปัญหาการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก	r = -0.088	.642
ความเพียงพอของทรัพยากร	เพียงพอ = 62.81 ± 21.00, ไม่เพียงพอ = 56.94 ± 18.64; t = -0.794	.434
การดำเนินการของผู้นำ	มี = 58.98 ± 20.08, ไม่มี = 60.61 ± 2.29; t = 0.113	.911
Maintenance		
งบประมาณภายนอก	มี = 65.00 ± 19.99, ไม่มี = 46.66 ± 4.56; t = -3.727	< .001
นโยบายจากภายนอก	เพียงพอ = 59.37 ± 21.20, ไม่เพียงพอ = 58.33 ± 14.47; t = -0.127	.900

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนปัจจัยต่อการขยายผลมาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิจากการวิเคราะห์ Pearson's correlation (n = 30)

	R1	R2	E1	E2	A1	A2	I1	I2	I3	I4	I5	I6
R1	1.000	0.482**	0.236	0.231	-0.034	0.149	-0.175	0.596**	0.180	0.285	0.256	-0.007
R2		1.000	0.446*	0.261	0.487**	0.187	-0.182	0.229	-0.032	0.499**	0.000	0.095
E1			1.000	0.366*	0.082	0.105	-0.104	0.041	0.104	0.339	0.025	0.122
E2				1.000	0.186	0.269	0.165	0.239	0.279	0.187	0.347	-0.156
A1					1.000	0.280	-0.120	-0.036	-0.042	0.369*	0.246	0.210
A2						1.000	0.095	0.197	-0.053	0.243	0.336	-0.347
I1							1.000	-0.009	-0.245	-0.346	0.128	-0.107
I2								1.000	0.068	0.250	0.307	0.005
I3									1.000	0.295	0.310	0.040
I4										1.000	0.220	0.124
I5											1.000	0.119
I6												1.000

หมายเหตุ : * p < .05, ** p < .01 ; R1 = ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ, R2 = การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านบริการสุขภาพจิตของประชาชน, E1 = การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ, E2 = ความร่วมมือของผู้รับบริการ, A1 = การมีส่วนร่วมของผู้นำ, A2 = การมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร, I1 = อัตราส่วนบุคลากร, I2 = การฝึกอบรมบุคลากร, I3 = ความถี่ในการใช้คู่มือฯ, I4 = ความพึงพอใจในการใช้คู่มือฯ, I5 = ความถี่ของการประสานกับหน่วยงานภายนอก, I6 = ปัญหาของการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก

ด้านการยอมรับ (provider acceptance) และการเข้ากันได้กับกระบวนการทำงานจริง (workflow compatibility)¹⁶ เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเชิงกลุ่มที่มี 2 ตัวเลือกด้วย independent t-test พบว่า หน่วยงานที่รายงานว่ามีงบประมาณภายนอกมีค่าเฉลี่ยร้อยละความครอบคลุมของบริการสูงกว่าหน่วยงานที่รายงานว่าไม่มีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ระบุว่า การจัดสรรทรัพยากรและการสนับสนุนทางการเงินเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการบูรณาการบริการสุขภาพจิตในระบบปฐมภูมิ และช่วยเพิ่มศักยภาพของหน่วยบริการในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง¹⁷⁻¹⁹

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ตามกรอบ RE-AIM พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ของกลุ่มเป้าหมาย การเข้าถึงบริการ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน และการสนับสนุนจากผู้นำ ล้วนมีความสัมพันธ์เชิงเส้นซึ่งกันและกัน (intercorrelation) สะท้อนถึงความเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การเข้าถึงการยอมรับ สู่การดำเนินงานจริง¹¹ โดยการรับรู้ข้อมูลบริการสุขภาพจิตของประชาชนอาจสะท้อนศักยภาพของหน่วยบริการ กล่าวคือ หน่วยบริการที่สามารถสื่อสารข้อมูลบริการสุขภาพจิตสู่ประชาชนได้ดีมักมีบุคลากรที่ให้ความสำคัญกับการทำงานเชิงรุก เช่น การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และสร้างเครือข่ายในชุมชน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดำเนินงานในระบบบริการปฐมภูมิและการบูรณาการสุขภาพจิตในชุมชน^{3,10,14} ศักยภาพดังกล่าวอาจทำให้บุคลากรเห็นประโยชน์และความสอดคล้องของคู่มือกับการปฏิบัติงานจริง จึงส่งผลต่อการยอมรับและความพึงพอใจในการใช้เครื่องมือสอดคล้องกับแนวคิดด้านการยอมรับของผู้ปฏิบัติงานที่ระบุว่า การรับรู้ประโยชน์และความเข้ากันได้กับบริบทการทำงานมีผลต่อการนำแนวทางไปใช้จริง¹³

นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของผู้นำในหน่วยบริการปฐมภูมียังอาจมีบทบาทสำคัญในการผลักดันการสื่อสารข้อมูลบริการสุขภาพจิตสู่ประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งการสนับสนุนบุคลากรให้เกิดความพร้อมและความเชื่อมั่นในการนำแนวทางหรือคู่มือไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่ชี้ว่าการสนับสนุนจากผู้นำและโครงสร้างการทำงานในองค์กรเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการบูรณาการบริการสุขภาพจิตในระบบ

ปฐมภูมิ^{14,17} และสอดคล้องกับกรอบแนวคิด RE-AIM ที่เน้นบทบาทของการยอมรับในระดับองค์กรและการดำเนินงานจริงต่อความสำเร็จของการนำโปรแกรมไปใช้ในระบบบริการสุขภาพ¹²

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลบริการสุขภาพจิตของประชาชนยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอีกหลายปัจจัย ได้แก่ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการ ซึ่งสะท้อนว่า เมื่อประชาชนรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพจิตมากขึ้น ย่อมมีแนวโน้มเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้น และเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสื่อสารข้อมูลบริการและการสร้างความตระหนักรู้ในชุมชนมีส่วนช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในระบบปฐมภูมิ^{3,17} ผลดังกล่าวอาจอธิบายได้จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy) ที่ระบุว่า การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและบริการที่มีอยู่เป็นปัจจัยสำคัญต่อการแสวงหาความช่วยเหลือและการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต²⁰ รวมทั้งแบบจำลองพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ (behavioral model of health service use) ที่อธิบายว่าการใช้บริการสุขภาพเป็นผลจากการรับรู้ความต้องการบริการและความสามารถในการเข้าถึงบริการร่วมกัน²¹ ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิจึงควรให้ความสำคัญกับการสื่อสารข้อมูลบริการและการสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพจิตในประชาชนควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า แม้ว่าความต้องการบริการ (demand) เช่น ความตระหนักรู้ถึงปัญหาสุขภาพจิตและบริการสุขภาพจิต รวมถึงโครงสร้างระบบบริการ (supply) เช่น จำนวนบุคลากรและทรัพยากร ตลอดจนกลไกสนับสนุน (support) ทั้งด้านนโยบายและงบประมาณจากภายในและภายนอก ล้วนมีความสำคัญต่อการบูรณาการบริการสุขภาพจิต^{3,6-8,15-18,22,23} แต่หากแนวทางการบูรณาการและขยายผลไม่มีมาตรฐานที่ชัดเจน ไม่สอดคล้องกับบริบทหรือไม่ถูกมองว่าเป็นประโยชน์ อาจส่งผลต่อคุณภาพความเท่าเทียม และความยั่งยืนของการดำเนินงาน^{9,10,24} กล่าวคือ ความสำเร็จของการบูรณาการบริการสุขภาพจิตไม่ได้ขึ้นกับความเพียงพอของทรัพยากรและการสนับสนุน

เท่านั้น หากแต่เป็นผลของความสัมพันธ์เชิงระบบระหว่าง ความต้องการบริการ โครงสร้างระบบบริการ และกลไก สนับสนุน ตลอดจนความพร้อม ความมั่นใจ และการยอมรับ ในแนวทางการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งอาจเป็นปัจจัย ตั้งต้นสำคัญต่อความยั่งยืนของการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ในหน่วยบริการปฐมภูมิของประเทศไทย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ในการตีความผลการศึกษาดังนี้ การออกแบบการศึกษาแบบ ภาคตัดขวาง (cross-sectional design) สามารถอธิบาย ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลเท่านั้น แต่ไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลของปัจจัยที่มีต่อ ความสำเร็จของการขยายผลได้ การใช้ข้อมูลทุติยภูมิจาก การประเมินโครงการเดิมทำให้ตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์จำกัด ตามข้อมูลที่มีอยู่ ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมปัจจัยสำคัญบางประการ เช่น บริบทขององค์กรหรือภาระงานของบุคลากร อีกทั้ง ข้อมูลบางส่วนเป็นการประเมินตนเองของบุคลากรใน หน่วยบริการ ซึ่งอาจมีความเอนเอียงจากการรับรู้ของผู้ตอบ (self-report bias) หรือแนวโน้มในการประเมินผลการ ดำเนินงานในทางที่ดี (social desirability bias) หน่วยบริการ ที่นำมาวิเคราะห์เป็นพื้นที่นำร่องของโครงการที่มีความพร้อม ระดับหนึ่งและมีจำนวนค่อนข้างน้อย จึงอาจจำกัดอำนาจของ การทดสอบทางสถิติและอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของ หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในประเทศไทย นอกจากนี้ เกณฑ์ความสำเร็จของหน่วยบริการจากความครอบคลุมของ บริการที่ร้อยละ 80 ขึ้นไปเป็นเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นเพื่อ ใช้ในการวิเคราะห์ เนื่องจากยังไม่มีเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ไว้อย่างชัดเจน การกำหนดเกณฑ์ดังกล่าวอาจมีผลต่อการ จัดกลุ่มผลลัพธ์และการตีความผลการศึกษา ในอนาคตจึงควรมีการพัฒนาเกณฑ์การประเมินมาตรฐานที่ผ่านฉันทามติของ ผู้เชี่ยวชาญ รวมทั้งใช้ตัวชี้วัดหลายมิติร่วมกัน เช่น ตัวชี้วัด ด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของบริการ เพื่อให้การประเมินผลสะท้อนคุณภาพของระบบบริการ ได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

สรุป

ความพึงพอใจในคู่มือปฏิบัติงาน ซึ่งสะท้อนถึง ความมั่นใจและการยอมรับต่อแนวปฏิบัติงานของบุคลากร และการได้รับงบประมาณสนับสนุนจากภายนอก มีบทบาท

สำคัญต่อความสำเร็จของการขยายผลมาตรฐานบริการ สุขภาพจิตในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ขณะที่ปัจจัยด้านความพร้อม ของทรัพยากรและการสนับสนุนเชิงนโยบาย โดยเฉพาะ การมีส่วนร่วมของผู้นำ แม้ไม่พบความสัมพันธ์โดยตรงกับ ความสำเร็จของการดำเนินงาน แต่อาจส่งผลต่อความเชื่อมั่น ของผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ การสร้างความตระหนักของผู้ ประชาชนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและบริการสุขภาพจิต ในพื้นที่ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการตัดสินใจเข้ารับ บริการ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพจิต ที่เหมาะสม

ผลการศึกษานี้สะท้อนว่าความสำเร็จของการขยายผล มาตรฐานบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิต้องอาศัยการ ขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ ทั้งการสนับสนุนเชิงโครงสร้างและ นโยบาย ควบคู่กับการสื่อสารและเสริมสร้างความเชื่อมั่นของ บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งการสนับสนุนทรัพยากรและ งบประมาณที่เพียงพอ เพื่อเอื้อต่อการดำเนินงานและ การพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่องในระดับพื้นที่

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

วรินทิพย์ สว่างศรี : ออกแบบการวิจัย เก็บรวบรวม ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ ; วีร์ เมฆวิไลย์ : ออกแบบ การวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล ; ดุชนฎี จิ่งศิริกุลวิทย์ : ออกแบบ การวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล ; ธนภฤช ลิขิตธรากุล : วิเคราะห์ ข้อมูล เขียนบทความ ; ประภัสสร เตียเย็น : เก็บรวบรวม ข้อมูล ; พรรณภัทร ไช้กุล : เก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Thailand. Primary Health Care System Act, B.E. 2562 (A.D. 2019). Royal Thai Government Gazette. 2019 Apr 30;136(56A):165-85. (in Thai)
2. Local Administrative Development Division, Department of Local Administration. Laws related to the decentralization of power to local government organizations [Internet]. Bangkok: Department of Local Administration; 2023 [cited 2025 Oct 5]. Available from: <https://www.dla.go.th/land/ebook.do?cmd=form2&tokenId=o74q1hfv4deixzqmr77nq88z97h91nkb27m-q5jb5tj> (in Thai)
3. World Health Organization. Mental health in primary care: illusion or inclusion? [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2025 Oct 5]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/326298>

4. Endalamaw A, Khatri RB, Erku D, Nigatu F, Zewdie A, Wolka E, et al. Successes and challenges towards improving quality of primary health care services: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):893. doi:10.1186/s12913-023-09917-3.
5. Department of Mental Health. Manual for mental health operations in the primary healthcare system, 2025. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2025. (in Thai)
6. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Services for depression and suicide in Thailand. *WHO South East Asia J Public Health.* 2017;6(1):34-38. doi:10.4103/2224-3151.206162.
7. World Health Organization. WHO-AIMS report on the mental health system in Thailand [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2006 [cited 2025 Oct 5]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/who-aims-country-reports/thailand_who_aims_report.pdf?sfvrsn=853b6294_3
8. Thai Health Promotion Foundation. Thai Health Report 2023: Mental health and well-being in Thailand [Internet]. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2023 [cited 2025 Nov 12]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/wp-content/uploads/2023/11/Thai-Health-2023.pdf> (in Thai)
9. Farmer MM, Rose DE, Rubenstein LV, Canelo IA, Schectman G, Stark R, et al. Challenges facing primary care practices aiming to implement patient-centered medical homes. *J Gen Intern Med.* 2014;29(Suppl 2):S555-62. doi:10.1007/s11606-013-2691-y.
10. Mahmoodi H, Bolbanabad AM, Shaghghi A, Zokaie M, Gheshlagh RG, Afkhamzadeh A. Barriers to implementing health programs based on community participation: the Q method derived perspectives of healthcare professional. *BMC Public Health.* 2023;23(1):2019. doi:10.1186/s12889-023-16961-5.
11. Isaacs AN, Mitchell EKL. Mental health integrated care models in primary care and factors that contribute to their effective implementation: a scoping review. *Int J Ment Health Syst.* 2024;18(1):5. doi:10.1186/s13033-024-00625-x.
12. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Public Health.* 1999;89(9):1322-7. doi:10.2105/AJPH.89.9.1322.
13. Flanagan ME, Ramanujam R, Doebbeling BN. The effect of provider- and workflow-focused strategies for guideline implementation on provider acceptance. *Implement Sci.* 2009;4:71. doi:10.1186/1748-5908-4-71.
14. Wakida EK, Obua C, Rukundo GZ, Maling S, Talib ZM, Okello ES. Barriers and facilitators to the integration of mental health services into primary healthcare: a qualitative study among Ugandan primary care providers using the COM-B framework. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):890. doi:10.1186/s12913-018-3684-7.
15. Wakida EK, Talib ZM, Akena D, Okello ES, Kinengyere AA, Mindra A, et al. Barriers and facilitators to the integration of mental health services into primary health care: a systematic review. *Syst Rev.* 2018;7(1):211. doi:10.1186/s13643-018-0882-7.
16. Funk M, Saraceno B, Drew N, Faydi E. Integrating mental health into primary healthcare. *Ment Health Fam Med.* 2008;5(1):5-8.
17. Searby A, Bartram T, Demir M, Condrón A, Ali N. Barriers and facilitators to mental health service integration in primary care: a systematic review. *J Integr Care.* 2023;31(8):887-904. doi:10.1108/JICA-05-2023-0036.
18. Mukala Mayoyo E, Chenge F, Sow A, Criel B, Michielsens J, Van den Broeck K, et al. Health system facilitators and barriers to the integration of mental health services into primary care in the Democratic Republic of the Congo: a multimethod study. *BMC Prim Care.* 2024;25(1):214. doi:10.1186/s12875-024-02460-y.
19. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995;36(1):1-10.
20. Murphy B, Worcester M, Higgins R, Elliott P, Le Grande M, Larsson C, et al. Screening and referral is not enough: a qualitative exploration of barriers to access and uptake of mental health services in patients with cardiovascular diseases. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):408. doi:10.1186/s12913-020-06030-7.
21. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental health. *Psychol Med.* 2013;43(4):849-63.
22. England E, Nash P, Jackson M, Bower P, Chew-Graham C. Implementing the role of the primary care mental

- health worker: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2007;57(536):204-11. doi:10.3399/096016407779977051.
23. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol.* 2012;67(3):231-43. doi:10.1037/a0025957.
 24. Duangchant O. Developing the standards of mental health promotion and mental health problem prevention for community hospital. *Journal of Mental Health of Thailand.* 2018;26(3):174-83. (in Thai)