



นิพนธ์ต้นฉบับ การให้บริการสุขภาพจิตในสถานบริการ สาธารณสุขในเขตการสาธารณสุขที่ 4

ภัทรา ธีรลาภ, ศส.ม.*
วรรณวิไล กมลกิจวัฒนา, วท.ม.*

บทคัดย่อ

การสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตแก่จังหวัดในพื้นที่เขต 4 ถือเป็นภาระหน้าที่สำคัญของศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 และเพื่อให้การสนับสนุนดังกล่าว สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ จึงได้ดำเนินการวิจัยเพื่อสำรวจการให้บริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัยในพื้นที่เขตการสาธารณสุขที่ 4 ในด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพและศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพจิต กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 9 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 44 แห่ง และสถานอนามัย 254 แห่ง รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์ ได้รับแบบสอบถามคืนทั้งหมด 171 ฉบับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน t -test และ $peason\ correlation$ ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ทำมากที่สุดคือ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กร้อยละ 81.2 รองลงมาคือ ให้ความรู้สุขภาพจิตในสถานบริการร้อยละ 57.9 กิจกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่ทำมากที่สุดคือ ประเมินพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี ร้อยละ 83.6 รองลงมาคือ ให้บริการปรึกษา ร้อยละ 81.9 กิจกรรมการบำบัดรักษาที่ทำมากที่สุดคือ ติดตามผลการรักษา ร้อยละ 49.1 รองลงมาคือ ให้การปรึกษารอบครัว ร้อยละ 47.3 กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ทำมากที่สุดคือ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านร้อยละ 59.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพจิต ได้แก่ การมีแผนงานสุขภาพจิต การได้รับทรัพยากรสนับสนุนในการดำเนินงานสุขภาพจิต จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตและการดำเนินงานเครือข่ายงานสุขภาพจิต ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 ในการวางแผนสนับสนุนด้านวิชาการแก่สถานบริการสาธารณสุขในเขต 4 ต่อไป

คำสำคัญ : บริการสุขภาพจิต เขตสาธารณสุขที่ 4

*ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 กรมสุขภาพจิต



Mental Health Service in Health Service Centers of Public Health Region 4

*Pattra Tiralap, MSW**
*Wanilai Kamolkigvathara, MSc.**

Abstract

Mental health activity support in the provincial area of the Public Health Region 4 is the prime task of the Fourth Mental Health Center. For this purpose, it had conducted a survey for mental health services in Large Provincial Hospital, Provincial Hospitals, Community Hospitals, and Community Health Centers in Public Health Region 4. The survey involved mental health promotion, mental health prevention, treatment, rehabilitation, and factors affecting mental health services. The survey was carried out by mail. 171 questionnaires were returned from mental health personnel in 2 Large Provincial Hospitals, 9 Provincial Hospitals, 44 Community Hospitals, and 254 Community Health Centers. Percentage, mean, standard deviation, t-test, and Pearson correlation statistics were used to analyze the questionnaires. The research found that the most frequent mental health promotion activities were child development promotion (81.2%) and mental health education (57.9%). Secondly, the most frequent mental health prevention activity was 0-5 year old child development assessment (83.6%), and counselling services (81.9%). Thirdly, the most frequent therapy activity were the after care follow up (49.1%) and family counselling (47.3%). Fourthly, the most frequent rehabilitation activity was home health care (59.1%). Lastly, the most influential factors affecting mental health services were having mental health Policy plans, getting extra support resources, number of staffs in mental health services, and having mental health networks. The survey results will benefit the Fourth Mental Health Center in technical support planning for the Public Health Service Center Region 4.

Key words : Mental health service, Public Health Region 4

**The Fourth Mental Health Center.*

บทนำ

จำนวนผู้ป่วยทางจิตที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะเพิ่มขึ้นทุกปี ดังจะเห็นได้จากสถิติ ตั้งแต่ปี 2540- 2545 ดังนี้¹

ปีพ.ศ.	จำนวนผู้ป่วย	อัตรา:แสนประชากร
2540	1,215,598	1,998.81
2541	1,239,911	2,017.22
2542	1,107,722	1,796.45
2543	1,343,030	2,170.42
2544	1,371,259	2,200.74
2545	1,765,484	2,811.23

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยทางจิตไม่ได้เป็นเพียงภาระของผู้ป่วย ครอบครัวและรัฐในการบำบัดรักษาเท่านั้น แต่การเจ็บป่วยทางจิตได้ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งการอนามัยโลกและชนาการโลก ได้ร่วมกันพัฒนาดัชนีชี้วัดปัญหาสุขภาพแบบใหม่ซึ่งเรียกว่าการสูญเสียปีสุขภาวะ หรือ DALYS (Disability Adjusted Life Years) และจากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทยปี 2542 พบว่าปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชอยู่ใน 20 อันดับ ของโรคที่เป็น $\text{E}^{\text{C}}\text{E}^{\text{M}}\text{O}^{\text{N}}\text{C}^{\text{I}} \text{S}^{\text{I}} \text{O}^{\text{A}}\text{E}^{\text{I}}\text{O}^{\text{E}}\text{E}^{\text{P}}\text{A}^{\text{O}}\text{O}^{\text{E}}$ การป้องกันหรือลดการสูญเสียดังกล่าวมีความจำเป็นที่จะต้องให้การบำบัดแก่ ผู้ป่วยทางจิตเหล่านั้นอย่างถูกต้องและรวดเร็วเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยให้ยากแก่การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้กลับเป็นปกติได้ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนและไม่ได้มารับบริการบำบัดรักษาก็นับว่ามีความแตกต่างกันมาก จะเห็นได้จากผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยในระดับจังหวัดของเขต 4 เมื่อปี 2541 พบอัตราของโรคประสาท ร้อยละ 23.7 หรือเป็นจำนวน 927,771 คน และโรคจิต ร้อยละ 1.6 หรือจำนวน 62,634 คน แต่จำนวนผู้ป่วยโรคประสาทที่มารับบริการใน

สถานบริการสาธารณสุขในเขต 4 ปี 2541 มีเพียง 18,694 คน คิดเป็นร้อยละ 2 และผู้ป่วยโรคจิตมารักษา 2,820 คน คิดเป็นร้อยละ 45 ซึ่งเป็นจำนวนที่น้อยมากและสอดคล้องกับ ผลการสำรวจการเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในการศึกษาเดียวกันที่พบว่า มีเพียงร้อยละ 66²

โดยที่การให้บริการสุขภาพจิตไม่ได้เป็นภาระหน้าที่ของหน่วยงานจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตเพียงกรมเดียว เนื่องจากจำนวนหน่วยงานและบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีน้อย ไม่ได้กระจายครอบคลุมทุกพื้นที่และการให้บริการสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตจะเน้นการให้บริการในระดับตติยภูมิเท่านั้น ดังนั้นจึงมีความพยายามที่จะผสมผสานงานสุขภาพจิตเข้ากับระบบบริการสาธารณสุขทั่วไป โดยได้เริ่มมาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520- 2524) และในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 และ 7 ยังมุ่งเน้นการขยายบริการสุขภาพจิตทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้ครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ต่อเนื่องมาจนกระทั่งถึงแผนพัฒนาสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545- 2549) ได้กำหนดเป้าหมายชัดเจน คือ สถานบริการสาธารณสุข มีบริการสุขภาพจิต ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์แต่ละระดับ ดังนี้⁴

1. สถานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด (รพศ./ รพท.) มีบริการสุขภาพจิตทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในอย่างน้อย 1 แห่ง/จังหวัด

2. สถานบริการสาธารณสุข ระดับพื้นฐาน (รพช./สอ.) มีบริการสุขภาพจิตตามเกณฑ์อย่างน้อย ร้อยละ 50 แต่จากข้อมูลของจำนวนผู้ป่วยทางจิตในชุมชนกับผู้ป่วยที่มารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข มีความแตกต่างกันมาก ดังที่กล่าวมาแล้ว ย่อมแสดงให้เห็นว่า ประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึง

บริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขได้มากเท่าที่ควรจะเป็น ดังนั้นเพื่อให้สามารถบรรลุตามแผนพัฒนาสุขภาพจิตที่กำหนดไว้ จึงจำเป็นต้องให้การสนับสนุนสถานบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ ให้สามารถบริการสุขภาพจิตแก่ประชาชนได้อย่างครอบคลุมและมีคุณภาพ ซึ่งศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 ถือเป็นความจำเป็นและหน้าที่สำคัญที่จะต้องให้การสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตแก่จังหวัดในพื้นที่เขต 4 และเพื่อให้สามารถบรรลุตามภารกิจดังกล่าว ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 จึงเห็นควรมีการศึกษาสภาพการให้บริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับสถานีอนามัย (สต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพจิตโดยมีสมมติฐานว่า การมีแผนงานสุขภาพจิต การได้รับทรัพยากรสนับสนุนในการดำเนินงานสุขภาพจิต จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตและการดำเนินงานเครือข่ายงานสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับการให้บริการสุขภาพจิตซึ่งจะทำให้ได้ทราบข้อมูลพื้นฐานการให้บริการสุขภาพจิต ในทุกด้านและสามารถนำไปใช้วางแผนในการสนับสนุนแก่หน่วยงานในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาการให้บริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขในเขตการสาธารณสุขที่ 4 อันได้แก่ จังหวัดราชบุรี นครปฐม กาญจนบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสาคร และสมุทรสงคราม และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพจิต กลุ่มเป้าหมายคือผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตใน รพศ. 2 คน รพท. 9 คน รพช. 44 คน และ สต. 254 คน (ขนาดตัวอย่างของ สต. ใช้ตารางสำเร็จรูปที่ใช้สูตรของ R.V. Krejcie และ R.W. Morgan)⁵

วิธีการสุ่มตัวอย่าง รพศ. รพท. และ รพช. ใช้วิธีสำมะโนเนื่องจากตัวอย่างมีขนาดเล็ก ส่วน สต. ใช้วิธีสุ่มแบบเป็นระบบ โดยขั้นแรกจับฉลากเลือกตัวอย่างเริ่มต้นจากหมายเลข 1 - 3 ซึ่งเป็นช่วงของการเลือกตัวอย่างเมื่อได้หมายเลข 3 แล้วก็เลือกหมายเลขต่อไปทุก ๆ 3 ช่วง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูล 4 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง กลุ่มงาน/ฝ่ายที่สังกัด หน่วยงานที่สังกัด และที่ตั้งของหน่วยงาน จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลการบริหารงานสุขภาพจิต จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 ข้อมูลการดำเนินงานเครือข่ายงานสุขภาพจิต ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Checklist จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 4 ข้อมูลการให้บริการสุขภาพจิต ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประเมิน 4 ระดับ โดยให้ค่าคะแนน ไม่ได้ทำ = 0 นาน ๆ ครั้ง = 1, ทำบ่อย ๆ = 2 และทำเป็นประจำ = 3 ประกอบด้วยข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพจิต 7 ข้อ การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต 14 ข้อ การบำบัดรักษาทางจิตเวช 10 ข้อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ 2 ข้อ ทดสอบความเชื่อถือได้ของเครื่องมือโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ให้ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตของ รพศ. รพท. รพช. และ สต. ในพื้นที่เขต 1 เนื่องจากมีลักษณะเป็นสถานบริการสาธารณสุขในเขตภาคกลางเหมือนกัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา รวม = 0.76 รวบรวมข้อมูลโดยวิธีส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ สถิติที่ใช้ในการพรรณนาข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรใช้ t-test และ Pearson Correlation

ผล

แบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์ทั้งหมดจำนวน 309 ฉบับ ได้รับตอบกลับคืนมา 171 ฉบับ (ร้อยละ 55.3)

ข้อมูลทั่วไป ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตเป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.7 อายุเฉลี่ย 36 ปี (S.D. = 7.21) เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 28.1 และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนเท่ากัน หน่วยงานที่สังกัดเป็นสถานีนอนามัย ร้อยละ 69 รพช. ร้อยละ 24 จังหวัดที่ตั้งของหน่วยงานเป็นกาญจนบุรี ร้อยละ 24.6 ราชบุรี ร้อยละ 20.5

การบริหารงานสุขภาพจิต หน่วยงานมีแผนปฏิบัติงานสุขภาพจิต ร้อยละ 84.2 ร้อยละ 37.4 สามารถดำเนินงานสุขภาพจิตบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในระดับร้อยละ 50-74% และร้อยละ 31 สามารถดำเนินงานสุขภาพจิตบรรลุตามเป้าหมายได้ในระดับร้อยละ 75-100 มีระบบรายงานผลการดำเนินงาน ร้อยละ 94.7 ผู้บริหารมีการกำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน ร้อยละ 80.7 แต่ไม่มีการให้แรงจูงใจ/รางวัล/สิ่งตอบแทนในการปฏิบัติงานสุขภาพจิตมากถึง ร้อยละ 84.2 จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยมี 1 คน (S.D. = 1.82) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตโดยเฉลี่ย 4 ปี (S.D. = 4.07) ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้สุขภาพจิต ร้อยละ 80.7 ได้รับทรัพยากรสนับสนุนในการดำเนินงานสุขภาพจิตไม่เพียงพอในทุกด้านที่มากที่สุดคือ งบประมาณ ร้อยละ 79.5 และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ร้อยละ 74.9

การดำเนินงานเครือข่ายงานสุขภาพจิต มีการดำเนินงานเครือข่ายในทุกกิจกรรม เรียงตามลำดับคือมีการประชุมอบรม สัมมนา เพื่อพัฒนาวิชาการ/บุคลากร ร้อยละ 68.4 มีการอำนวยความสะดวกระหว่างเครือข่ายในการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยทางจิต ร้อยละ 67.8 และได้รับคำปรึกษาแนะนำจากเครือข่ายเมื่อมีปัญหา และมีการนิเทศงานภายในเครือข่าย ร้อยละ 66.7 เท่ากัน

การให้บริการสุขภาพจิต ตารางที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพจิต กิจกรรมที่ทำบ่อยๆ/ทำเป็นประจำมากที่สุดตามลำดับ คือ ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ร้อยละ

81.2 ให้ความรู้สุขภาพจิตในสถานบริการ ร้อยละ 57.9 และส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียน ร้อยละ 46.2

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต กิจกรรมที่ทำบ่อยๆ/ทำเป็นประจำมากที่สุดคือ ประเมินพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี ร้อยละ 83.6 รองลงมาคือ ให้บริการปรึกษา ร้อยละ 81.9 และคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในหญิงมีครรภ์ ร้อยละ 69

การบำบัดทางจิตเวช กิจกรรมส่วนใหญ่ไม่ได้ทำ/นาน ๆ ครั้ง กิจกรรมที่ทำบ่อย ๆ/ทำเป็นประจำมากที่สุดคือ ติดตามผลการรักษา ร้อยละ 49.1 รองลงมาคือ ให้การปรึกษาครอบครัว ร้อยละ 47.3 และให้การปรึกษาผู้ป่วยจิตเวช/ญาติ ร้อยละ 42.7 ตามลำดับ

การฟื้นฟูสมรรถภาพ กิจกรรมที่ทำมากที่สุดคือ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ 59.1

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพจิต จากการทดสอบด้วย t-test และ Pearson Correlation พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การมีแผนงานสุขภาพจิต (ตามตารางที่ 2) การได้รับทรัพยากรสนับสนุนในการดำเนินงานสุขภาพจิต จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตและการดำเนินงานเครือข่ายงานสุขภาพจิต (ตามตารางที่ 3)

วิจารณ์

โดยที่บุคลากรสาธารณสุขโดยทั่วไปเป็นหญิง ดังนั้นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตส่วนใหญ่จึงเป็นเพศหญิง และเป็นพยาบาลเมื่อรวบรวมจำนวนของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และ นักวิชาการสาธารณสุขจะมีมากถึงร้อยละ 48.5 ดังนั้นบุคลากรที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลทุกระดับจึงเป็นพยาบาลส่วนใหญ่

จากข้อมูลการบริหารงานสุขภาพจิตจะเห็นว่า งานสุขภาพจิตเป็นงานที่มีการกำหนดเป็นแผน

ปฏิบัติใน รพศ./รพท./รพช. และสอ. และมีระบบ รายงานกำกับ ติดตามผลการดำเนินงานเป็นส่วนใหญ่ แต่มีหน่วยงานที่สามารถบรรลุผลตามเป้าหมายในระดับ 50-74% อยู่ร้อยละ 37.4 และระดับ 75-100% เพียงร้อยละ 31 จึงถือว่ายังไม่สามารถบรรลุตาม เป้าหมายได้มากเท่าที่ควรจะเป็น ซึ่งก็สอดคล้องกับ ผลการให้บริการสุขภาพจิตในภาพรวมที่กิจกรรมส่วนใหญ่จะทำงานๆ ครั้ง และไม่ได้ทำมีมากถึงร้อยละ 78.78 ของจำนวนกิจกรรมทั้งหมด และเมื่อพิจารณาถึงการได้รับทรัพยากรสนับสนุนในการดำเนินงาน สุขภาพจิตที่ไม่เพียงพอในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นปริมาณ และคุณภาพของบุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ ก็ย่อมเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานสุขภาพจิต ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมายได้อย่างที่ ควรจะเป็น

การดำเนินงานเครือข่ายงานสุขภาพจิต ถึงแม้ จะมีการดำเนินงานเครือข่ายในด้านต่าง ๆ มากกว่า ร้อยละ 50 แต่ก็มีอัตราไม่สูงมากนัก เช่น มีการประชุม อบรม สัมมนา เพื่อพัฒนาวิชาการ/บุคลากรใน เครือข่ายมากที่สุดก็เพียงแค่ ร้อยละ 68.4 ส่วนการจัด กิจกรรมของเครือข่ายมีเพียงร้อยละ 55 ซึ่งแสดงว่า การ ดำเนินงานเครือข่ายงานสุขภาพจิตในระดับพื้นที่ยังไม่ ได้มีการส่งเสริม ผลักดันให้เกิดผลอย่างเต็มที่

การให้บริการสุขภาพจิต ด้านการส่งเสริม สุขภาพจิตในภาพรวมมีเพียง 2 กิจกรรมเท่านั้น ที่มี หน่วยงานเกินกว่าร้อยละ 50 ทำกิจกรรมนั้น บ่อยๆ / ทำเป็นประจำ ส่วนอีก 5 กิจกรรมจาก ทั้งหมด 7 กิจกรรม หน่วยงานมากกว่าร้อยละ 50 ไม่ได้ทำ/ ทำนานๆ ครั้ง แสดงให้เห็นว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่าง จะประกอบด้วยสถานอนามัยเป็นส่วนมาก แต่หน่วย งานเหล่านั้นซึ่งมีหน้าที่หลักในการส่งเสริม ป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตก็ไม่ได้ทำกิจกรรมของการส่งเสริม ตามที่ควรจะเป็น ผลการศึกษาดังกล่าว ขัดแย้งกับ ผลการวิจัยของ ภัทรา ธิรลาภ และคณะ⁶ ซึ่งอาจจะเป็น

เพราะเครื่องมือที่ใช้มีความละเอียดในการวัดแตกต่างกัน และการแปลผลก็แตกต่างกันด้วย แต่สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของสมหมาย เลหาจินดา และคณะ⁷ ในเรื่องกิจกรรมส่งเสริมที่โรงพยาบาลชุมชนในเขต 8, 9, 10 ให้บริการเป็นส่วนใหญ่

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต หน่วยงาน ส่วนใหญ่มีการทำกิจกรรมด้านป้องกันปัญหาสุขภาพจิต มากกว่ากิจกรรมด้านอื่น ๆ จากกิจกรรมทั้งหมด 14 รายการมีการดำเนินงานบ่อย ๆ / ทำเป็นประจำอยู่ 9 รายการ และไม่ได้ทำ/ทำเป็นบางครั้งอยู่ 5 รายการ ซึ่งเมื่อพิจารณาคุณลักษณะของกิจกรรมดังกล่าวจะเป็น กิจกรรมที่ปรากฏใน โครงการพัฒนาสุขภาพจิตหลาย โครงการ เช่น โครงการสุขภาพจิตเด็กพิการและเด็ก ด้อยโอกาส โครงการป้องกันปัญหาซึมเศร้าและ ฆ่าตัวตาย ผลจากการดำเนินโครงการเหล่านี้ น่าจะเป็น ผลทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจและสามารถ ให้บริการในเรื่องเหล่านั้น ได้ผลการศึกษาที่สอดคล้อง กับการศึกษาของสมหมาย เลหาจินดา และคณะ⁷ ซึ่ง กิจกรรมด้านป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่โรงพยาบาล ชุมชนให้บริการมาก คือ การให้บริการปรึกษาแนะนำ ค้นหาผู้ป่วย สุขภาพจิต ในชุมชน และส่งเสริม พัฒนาการเด็ก อายุ 0-5 ปี

การบำบัดรักษาทางจิตเวช อาจกล่าวได้ว่า กิจกรรมทั้งหมด หน่วยงานส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 ไม่ได้ทำ/นานๆ ครั้ง สาเหตุอาจมาจากการขาดความ รู้ ความมั่นใจในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งจะเห็นได้ จากผู้ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้สุขภาพจิตมีมากถึง ร้อยละ 80.7 และความรู้สุขภาพจิตที่ผู้ปฏิบัติงาน สุขภาพจิตต้องการอบรมมากที่สุด คือ โรคทางจิตเวช และการรักษา และที่ผ่านมา การพัฒนาบุคลากร สาธารณสุขในเขต 4 ให้มีความรู้และทักษะในการ บำบัดรักษาทางจิตเวชด้วยรูปแบบวิธีต่างๆ ก็มีน้อย นอกจากนั้นกิจกรรมการบำบัดส่วนใหญ่ผู้ปฏิบัติงาน สุขภาพจิตใน รพศ. รพท. และ รพช. จะมีศักยภาพใน

การให้บริการมากกว่าใน สอ. ดังนั้นจึงทำให้การศึกษาครั้งนี้ให้ผลแตกต่างจากการศึกษาของภัทรา ธิรลภ⁶ ที่กล่าวมาแล้วนั้น

การฟื้นฟูสมรรถภาพกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นสิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอนมัยสามารถดำเนินการได้อยู่แล้ว ดังนั้นกิจกรรมนี้จึงมีหน่วยงานที่ทำบ่อย ๆ / ทำเป็นประจำ อยู่ร้อยละ 59.1 ซึ่งถ้าหากระบบการรับ-ส่งต่อมีความเข้มแข็งในทุกระดับ อาจจะทำให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีมากกว่านี้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพจิตเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ คือ การมีแผนงานสุขภาพจิต การได้รับทรัพยากรสนับสนุนในการดำเนินงาน จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิต และการดำเนินงานเครือข่ายงานสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของประณิตศิลป์ วงษ์ชมภู⁸ ภัทรา ธิรลภ และคณะ⁶ สมหมาย เลหาะจินดาและกรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ⁹ นฤมล ศรีทานันท์ และคณะ¹⁰ แต่ระดับของความสัมพันธ์ดังกล่าวค่อนข้างต่ำ ดังนั้นแม้หน่วยงานจะมีปัจจัยที่เอื้อต่อการให้บริการสุขภาพจิต เช่น การมีแผนงานสุขภาพ การดำเนินงานเครือข่ายงานสุขภาพจิตแต่ก็ไม่ได้ผลเท่าที่ควร ทำให้การให้บริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น

เมื่อพิจารณาปัจจัยดังกล่าวแต่ละเรื่องจะพบว่า มีทั้งปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการสุขภาพจิต ปัจจัยที่เป็น บวก ได้แก่ การมีแผนงานสุขภาพจิต และการดำเนินงานเครือข่ายงานสุขภาพจิต ซึ่งหน่วยงานส่วนใหญ่มีแผนงานสุขภาพจิตและมีการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพจิต แต่ปัจจัยที่เป็นลบ ได้แก่ การได้รับทรัพยากรสนับสนุนในการดำเนินงานสุขภาพจิตและจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตนั้น ปรากฏว่าหน่วยงานส่วนใหญ่ได้รับทรัพยากรสนับสนุนไม่พอเพียงในทุกเรื่อง และจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตของแต่ละหน่วยงาน โดยเฉลี่ยมี

เพียงหน่วยงานละ 1 คน เท่านั้น ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมด้านการส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ได้

สรุป

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้มองเห็นภาพรวมของการให้บริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่เขต 4 ว่า มีการให้บริการสุขภาพจิตในด้านต่าง ๆ ด้วยความถี่ไม่สูงมากนัก ดังนั้นจึงเป็นภาระหน้าที่ของศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 ที่จะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่จะมีผลต่อความสำเร็จของการให้บริการสุขภาพจิต นอกเหนือจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งได้ศึกษามาแล้ว

ข้อเสนอแนะ

น่าจะมีการศึกษาการให้บริการสุขภาพจิตของสถานบริการสาธารณสุข โดยแยกออกเป็นแต่ละระดับ ก็จะทำให้เห็นภาพการให้บริการของระดับต่างๆ ชัดเจนขึ้น และศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการสุขภาพจิตในระดับสูงกว่านี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์สารนิเทศ กองแผนงาน. อัตราผู้ป่วยทางด้านสุขภาพจิตของประเทศไทย. นนทบุรี: กองแผนงาน; 2545.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2545 - 2546. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2546.
3. ศูนย์สุขภาพจิตเขต 4 ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยในระดับจังหวัดประจำปีงบประมาณ 2542 ในสาธารณสุขเขต 4. นนทบุรี: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4; 2542.
4. แผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549). กรุงเทพฯ: Siam insert marketing 2544.
5. เพ็ญแข แสงแก้ว. การวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2541.
6. ภัทรา ธิรลภ นิวัติ เอี่ยมเที่ยง และอริสสา ฤทธิกาญจน์. รายงานการวิจัยเรื่อง การให้บริการสุขภาพจิตของ รพท. รพท.

- รพช. ในภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. นนทบุรี: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 กรมสุขภาพจิต; 2540.
7. สมหมาย เล่าหะจินดา ชูติดา สุรพฤกษ์ และกรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ. รายงานการวิจัยเรื่อง รูปแบบการให้บริการสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชนในเขต 8, 9 และ 10. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต; 2539.
 8. ประณีตศิลป์ วงษ์ชมภู. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของโรงพยาบาลภาคเหนือของประเทศไทย (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
 9. สมหมาย เล่าหะจินดา และกรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ. รายงานการวิจัยเรื่อง ปัญหาอุปสรรคและความต้องการของแพทย์และพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนในเขตการสาธารณสุขที่ 8, 9, 10 ต่อการให้บริการสุขภาพจิต. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต; 2539.
 10. นฤมล ศรีทานันท์ สมสนุก พระอมาตย์ และรัตติยาทองแสง. รายงานการวิจัยเรื่อง ทักษะการปฏิบัติจริง ความต้องการและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสุขภาพจิตของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน 5 จังหวัดในเขตการสาธารณสุขที่ 7. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต; 2541.

ตารางที่ 1 ร้อยละของการให้บริการสุขภาพจิต

การให้บริการสุขภาพจิต	ไม่ได้ทำ	นาน ๆ ครั้ง	ทำบ่อย ๆ	ทำเป็นประจำ
(1) การส่งเสริมสุขภาพจิต				
1. ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	41	129	368	444
2. ให้ความรู้สุขภาพจิตในสถานบริการ	1.8	39.2	37.4	20.5
3. ส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงเรียน	5.8	45.6	31.6	14.6
4. เผยแพร่ความรู้สุขภาพจิตผ่านสื่อต่างๆ เช่น เอกสาร เสียงตามสาย VDO	9.9	52.6	22.2	12.3
5. ส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน	5.8	50.3	28.7	9.4
6. จัดนิทรรศการ	9.4	67.3	14.0	7.0
7. ส่งเสริมสุขภาพจิตในโรงงาน/สถานประกอบการ	65.5	22.2	5.8	2.9
(2) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต				
1. ประเมินพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี	4.7	9.9	31.6	52.0
2. ให้บริการปรึกษา	0.6	16.4	31.6	50.3
3. คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์	9.4	18.7	22.8	46.2
4. คัดกรองปัญหาพฤติกรรมเด็ก	14.0	32.2	28.7	22.2
5. ให้บริการคลายเครียด	14.0	31.0	20.5	32.2
6. กระตุ้นพัฒนาการเด็ก	16.4	28.7	26.9	26.3
7. ค้นหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน	4.7	38.0	30.4	25.1
8. ประเมินความเครียด	12.9	33.9	29.2	22.2
9. จัดกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ	12.3	20.5	18.1	46.2
10. ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	19.9	38.0	21.1	18.7
11. คัดกรองภาวะซึมเศร้า	16.4	42.1	22.2	17.5
12. ให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์	57.9	25.7	8.2	7.0
13. จัดกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังทางกาย	57.3	22.2	11.1	6.4
14. ประเมินภาวะสมองเสื่อม	46.2	37.4	10.5	4.1

ตารางที่ 1 ร้อยละของการให้บริการสุขภาพจิต (ต่อ)

การให้บริการสุขภาพจิต	ไม่ได้ทำ	นาน ๆ ครั้ง	ทำบ่อย ๆ	ทำเป็นประจำ
(3) การบำบัดรักษาทางจิตเวช				
1. ติดตามผลการรักษา	16.4	28.7	23.4	25.7
2. ให้การปรึกษาครอบครัว	12.3	38.0	25.7	21.6
3. รักษาผู้ติดสารเสพติดด้วย Matrix Program	39.2	17.0	12.3	29.2
4. รักษาผู้ติดสารเสพติดรายบุคคล	43.3	18.1	13.5	21.6
5. ให้การปรึกษาผู้ป่วยจิตเวช/ญาติ	14.0	40.4	21.6	21.1
6. ตรวจ วินิจฉัย	49.7	20.5	9.9	15.8
7. รักษาทางยา	57.3	15.8	10.5	12.3
8. รักษาด้วยการปรับพฤติกรรม	66.1	18.7	7.6	5.3
9. รักษาด้วยจิตบำบัด	63.7	17.5	9.9	5.3
10. รักษาด้วยกลุ่มบำบัด	76.6	10.5	5.3	4.1
(4) การฟื้นฟูสมรรถภาพ				
1. ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home HealthCare)	12.3	26.3	22.8	36.3
2. จัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยใน	85.4	7.6	1.8	1.2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของการให้บริการสุขภาพจิตตามการมีแผนงานสุขภาพจิต

การมีแผนงานสุขภาพจิต	การให้บริการสุขภาพจิต		t	p
	Mean	S.D.		
มีแผนงานสุขภาพจิต	44.00	17.88	1.32	0.04
ไม่มีแผนงานสุขภาพจิต	38.95	13.24		

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง การให้บริการสุขภาพจิตกับการได้รับทรัพยากรสนับสนุนในการดำเนินงาน จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานและการดำเนินงานเครือข่ายสุขภาพจิต

		จำนวน บุคลากรที่ ปฏิบัติงาน	การได้รับ ทรัพยากร	การดำเนินงาน เครือข่าย	การให้บริการ สุขภาพจิต
จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงาน	Pearson	1.000	.204**	.076	.169*
	Correlation				
	Sig (2- tailed)	.	.009	.332	.032
	N	167	165	164	162
การได้รับทรัพยากรสนับสนุน	Pearson	.204**	1.000	.257**	.291**
	Correlation				
	Sig (2- tailed)	.009	.	.001	.000
	N	165	169	168	164
การดำเนินงานเครือข่าย	Pearson	.076	.257**	1.000	.456**
	Correlation				
	Sig (2- tailed)	.332	.001	.	.000
	N	164	168	168	164
การให้บริการสุขภาพจิต	Pearson	.169*	.291**	.456**	1.000
	Correlation				
	Sig (2- tailed)	.032	.000	.000	.
	N	162	164	164	166

** Correlation is significant at the 0.01 level (2- tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2- tailed).