



## ผลการพัฒนาระบบบริการจิตเวชแบบบูรณาการ กับสถานบริการปฐมภูมิในกรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาในพื้นที่นำร่อง 2 แห่ง

พงศกร เล็งดี\*, ประเทือง ละออสุวรรณ\*\*,  
อัญชลี ศรีสุพรรณ\*\*, กาญจนา สุดใจ\*\*, สาวิตรี แสงสว่าง\*\*

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อทดลองรูปแบบการบริการด้านจิตเวชในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ยังไม่มีคลินิกสุขภาพจิตในกรุงเทพมหานคร

**วัสดุและวิธีการ :** ในปี 2556 ได้เริ่มมีการพัฒนาระบบการบริการด้านจิตเวชในศูนย์บริการสาธารณสุข 2 แห่ง โดยใช้กระบวนการอบรมพยาบาลวิชาชีพ เกษัชกร และอาสาสมัครสาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุข ให้มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช การคัดกรองผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต การใช้ยาทางจิตเวช การติดตามเยี่ยมบ้าน และการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวช หลังจากนั้นจิตแพทย์จากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยาได้ไปตรวจรักษาผู้ป่วยและสอนหน้างานให้กับแพทย์ของศูนย์บริการสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน

**ผล :** จากการดำเนินงาน 2 ปีที่ผ่านมา, มีการค้นพบผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่ 115 คน และผู้ป่วยจิตเวชรายเก่าสามารถมารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขได้สะดวกและต่อเนื่องมากกว่าการเดินทางไปโรงพยาบาลจิตเวช การให้บริการผู้ป่วยนอกแต่ละครั้งมีผู้ป่วยมารับบริการ 40 – 50 คน พยาบาลของศูนย์บริการสาธารณสุขสามารถดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขในการคัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เกษัชกรประจำศูนย์บริการสาธารณสุขมีความมั่นใจและสามารถดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาทางจิตเวชได้ ตลอดจนมีการเพิ่มรายการยาจิตเวชเข้าสู่บัญชียาของศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อรองรับการให้บริการด้านจิตเวช

**สรุป :** โครงการนี้เป็นการพัฒนาศักยภาพของศูนย์บริการสาธารณสุขให้สามารถให้บริการด้านจิตเวช และสามารถขยายรูปแบบการทำงานไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุขอื่นๆ ได้

**คำสำคัญ :** ระบบบริการจิตเวช, สถานบริการปฐมภูมิ

\*จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

\*\*พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา



## EFFECTIVENESS OF INTEGRATED PRIMARY MENTAL HEALTH CARE IN 2 PUBLIC HEALTH CENTER IN BANGKOK

---

*Pongsakorn Lengdee\**, *Prathaung Laorsuwan\*\**,  
*Anchalee Srisuphan\*\**, *Kanchana Sutchai\*\**, *Sawitree Saengsawang\*\**

### Abstracts

**Objective :** The study was to create pilot project of primary mental health services in public health centers through involvement of primary care team members together with local health volunteers in Bangkok.

**Material and Method :** Since 2013, we have developed continuous mental health care service in 2 primary health care centers. We trained the public health nurses, pharmacists, health volunteers of general psychiatric disorders, psychiatric screening tools, psychotropic drugs, home visit services and psychiatric rehabilitation. Then we set extended out- patient service to the public health centers every month, psychiatrists from psychiatric hospital went to assess patients at the community. General practitioners of public health centers observed and learned how to do assessment, diagnosis, and provide treatment from psychiatrist.

**Results :** In two years of this service, two public health centers could detect 115 new and old psychiatric patients, patients from psychiatric hospital could be referred to receive continuous care at their community. About 40-50 patients came to extended OPD to receive medication. Public health nurse could supervise health volunteers to detect psychiatric patients and visit patients at their homes. Public health centers' pharmacist had confidence in providing psychotropic drugs. Public health centers' director signed to increase items of psychotropic medications to provide more and better services for the patients at their communities.

**Conclusion :** This study demonstrated the effectiveness of pilot project training in primary care team in public health centers. The implementation of this project to the other public health centers would be worth.

**Key words :** mental health service, primary health care

---

\*Psychiatrist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

\*\*Registered Nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

## บทนำ

การเจ็บป่วยทางจิตเป็นปัญหาที่นับวันจะมีอัตราที่สูงขึ้นตามสภาพสังคมที่เปลี่ยนไป มีผลต่อภาระโรคและส่งผลกระทบต่ออัตราการตายของประชากร<sup>1</sup> การพัฒนาแนวทางการรักษาทางจิตเวชมีความก้าวหน้าและมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ การเข้าถึงบริการนั้นยังไม่ครอบคลุม การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวชยังเป็นปัญหาในประเทศที่มีรายได้รวมต่ำถึงปานกลางนั้นพบว่า ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวชระดับรุนแรงไม่สามารถเข้าถึงบริการประมาณ 75 - 85%<sup>2</sup> องค์การอนามัยโลกสนับสนุนการทำงานแบบบูรณาการกับสถานบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งเป็นวิธีการที่คืออย่างหนึ่งในการปิดช่องว่างของการเข้าถึงบริการ ซึ่งเป็นที่ทราบกันว่าประเทศที่มีการพัฒนาระบบบริการทางสุขภาพจากระดับปฐมภูมิเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ภาวะสุขภาพของประชาชนดีขึ้น<sup>3</sup> และการทำงานร่วมกันระหว่างสถานบริการปฐมภูมิกับสถานบริการระดับต่างๆ สามารถกระตุ้นการพัฒนาระบบบริการทางสุขภาพในส่วนอื่นๆตามมด้วย<sup>4,5,6</sup>

ในประเทศไทย มีความพยายามที่จะมีการพัฒนาระบบการดูแลจิตเวชชุมชนด้วยทรัพยากรที่จำกัดมาโดยตลอด แต่เนื่องจากสัดส่วนของบุคลากรทางสุขภาพจิตที่มีน้อย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปก็ได้รับการฝึกในสาขานี้ด้วย อีกทั้งยังขาดปฏิสัมพันธ์กับวงการจิตเวช ระบบการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนของไทยจึงจำเป็นต้องบูรณาการไปกับการดูแลสุขภาพกายโดยใช้โครงสร้างของระบบสาธารณสุขจากระดับหมู่บ้าน

ตำบล อำเภอ จังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ และผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงก็ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งกระบวนการนี้ไม่รวมถึงกรุงเทพมหานครที่มีระบบบริการสาธารณสุขที่ซับซ้อนมาก

ระบบบริการสุขภาพของประชากรในกรุงเทพมหานคร มีรูปแบบที่หลากหลาย เนื่องจากมีสถานบริการสุขภาพจำนวนมาก การให้บริการเน้นการรักษามากกว่าการส่งเสริมและป้องกัน ผู้รับบริการมีจำนวนมากเกินกว่าผู้ให้บริการ ทำให้เกิดการขาดอัตรากำลัง นอกจากนี้ประชาชนผู้รับบริการยังขาดความเชื่อมั่นในมาตรฐานบริการ รวมทั้งไม่เข้าใจในระบบส่งต่อของสถานบริการสุขภาพในเรื่องการเข้ารับการรักษา อีกทั้งในกรุงเทพมหานครมีการคมนาคมสะดวกสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย ผู้ป่วยจึงเข้ารับบริการตามที่ตนสะดวก<sup>7</sup> แต่ยังมีประชาชนบางกลุ่มที่เข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการ และยังมีประชาชนกลุ่มที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ด้วยข้อจำกัดด้านสภาพร่างกาย ลักษณะงานที่ทำ หรือการอพยพย้ายถิ่น เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนงานก่อสร้าง กลุ่มด้อยโอกาสในสังคม และกลุ่มแรงงานต่างด้าว ทำให้ขาดการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ภายใต้อาณัติแบบเมือง<sup>7,8</sup>

ด้านระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาเป็นโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ทำงานร่วมกับสถานบริการต่างๆในกรุงเทพมหานคร สถาบันฯ ได้เห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับสถานบริการปฐมภูมิใน

กรุงเทพมหานครซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับของสำนักอนามัย คือ ศูนย์บริการสาธารณสุขมาโดยตลอด ที่ผ่านมามีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนด้วยกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การพัฒนาศักยภาพของแพทย์ พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่อง ภายหลังจากการรักษาจากสถาบันฯ

ในปี 2555 - 2557 สถาบันฯร่วมกับสำนักอนามัยจึงได้พัฒนาโครงการปิดช่องว่างการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิตโดยมีศูนย์บริการสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการคือ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 29 และ 48 การศึกษานี้จึงเป็นการรวบรวมข้อมูล เพื่อสะท้อนผลการทำงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชระหว่างสถานบริการระดับตติยภูมิ กับสถานบริการระดับปฐมภูมิ ในช่วงเวลา 2 ปีที่ จัดโครงการนี้

### วัตถุประสงค์และวิธีการ

รวบรวมข้อมูลจากโครงการปิดช่องว่างการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิตนาร์่องในกรุงเทพมหานคร ของศูนย์บริการสาธารณสุข 29 และ 48 ในช่วงเวลาปี 2555 - 2557 โดยโครงการนี้เป็นความร่วมมือระหว่างสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และสำนักอนามัยในการทดลองเปิดคลินิกจิตเวชเคลื่อนที่ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเวช และเพิ่มประสิทธิภาพของการบูรณาการงานจิตเวชระหว่างศูนย์บริการสาธารณสุขกับสถาบันฯ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. กลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาประสานงานกับสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ซึ่งแจ้งความสำคัญของปัญหาทางสุขภาพจิตในชุมชนกรุงเทพฯ ศักยภาพของศูนย์บริการสาธารณสุข และรูปแบบการทำงานร่วมกันในโครงการ

2. ประสานงานกับศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีความพร้อมในการขยายงานด้านจิตเวช โดยศูนย์บริการสาธารณสุขต้องมีพยาบาลจิตเวชและอาสาสมัครสาธารณสุขที่สนใจในงานดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช

3. พัฒนาศักยภาพของพยาบาลจิตเวชและอาสาสมัครสาธารณสุข ในการคัดกรองและการดูแลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ผู้ป่วยที่มีอาการทางอารมณ์และผู้ที่มีปัญหาจิตเวชยาเสพติด

4. จัดหน่วยตรวจจิตเวชเคลื่อนที่จากสถาบันฯ โดยมีจิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาคลินิกจากสถาบันฯ ลงปฏิบัติงานที่ศูนย์บริการสาธารณสุขประจำทุกเดือน โดยมีการสอนหน้างานและเรียนรู้ร่วมกันระหว่างบุคลากรของสถาบันฯ กับบุคลากรของศูนย์

เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ ผู้นิพนธ์ได้รวบรวมข้อมูลและประเด็นการพัฒนาจากศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งสองศูนย์ และนำมาวิเคราะห์ผลการพัฒนางาน สถิติที่ใช้ เป็นสถิติเชิงพรรณนา ใช้ร้อยละและอัตราส่วนในการคำนวณ

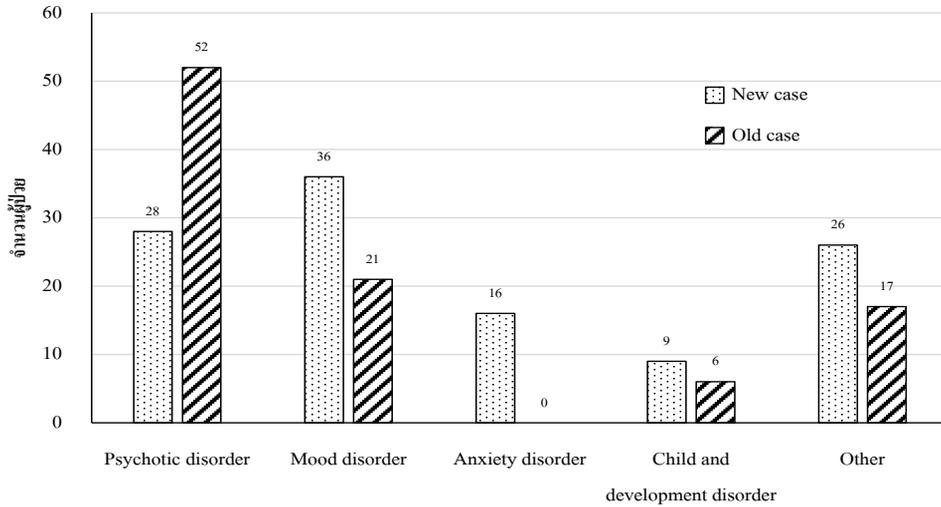
**ผล****ด้านการบริหารจัดการ**

จากการพัฒนาโครงการได้มีการวางระบบการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่โดย อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ และพยาบาลจิตเวชของศูนย์บริการสาธารณสุข นัดหมายผู้ป่วยและญาติมาตรวจประเมินกับจิตแพทย์ที่ออกหน่วยเคลื่อนที่ทุก 1 เดือน มีการคัดกรองประวัติเบื้องต้นโดยพยาบาลจิตเวช และตรวจประเมินให้การรักษาโดยจิตแพทย์ โดยมีความมุ่งหวังให้แพทย์เวชปฏิบัติของศูนย์บริการสาธารณสุข ได้มีโอกาสเรียนรู้การตรวจรักษาไปด้วย แต่เนื่องจากแพทย์ของศูนย์บริการสาธารณสุขมีภารกิจมาก ทำให้มีโอกาสมาร่วมเรียนรู้ในโครงการน้อย ด้านการใช้ยาทางจิตเวช เกสัชกรของสถาบันฯ และเกสัชกรของศูนย์บริการสาธารณสุขได้พิจารณาการใช้ยาร่วมกันโดย เวชภัณฑ์ยาที่ใช้ในโครงการเริ่มแรกเป็นยาจากสถาบันฯ เพื่อประเมินความจำเป็นของยาที่ต้องใช้ในศูนย์บริการสาธารณสุข จากนั้นจึงนำข้อมูลเสนอให้กับสำนักอนามัยเพื่อการบริหารยาให้มีขนานยาที่มากขึ้น ได้แก่ Sodium valproate,

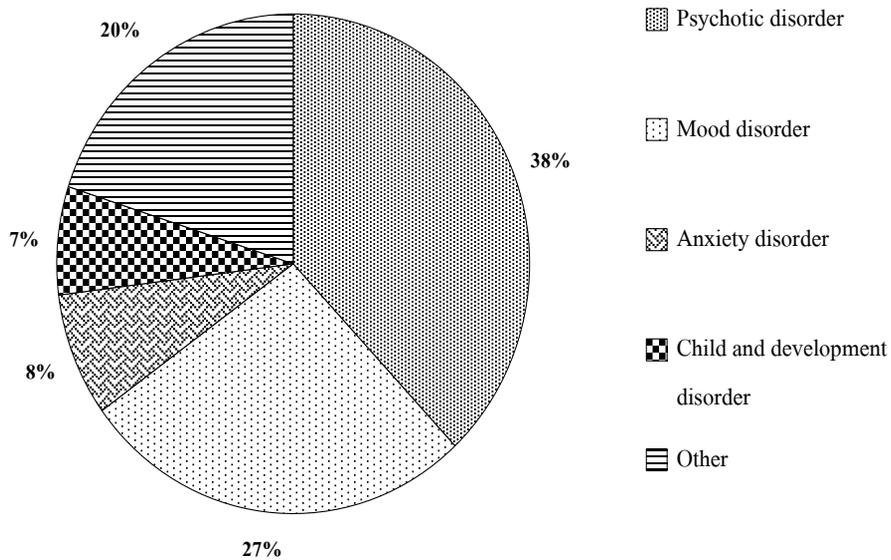
Risperidone และ Clonazepam สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยจิตเวชนั้นจะมีนักสังคมสงเคราะห์ของสถาบันและของศูนย์บริการสาธารณสุขให้การช่วยเหลือ และอาสาสมัครสาธารณสุขจะมีบทบาทในการเรียกผู้ป่วยพบแพทย์ รายงานอาการของผู้ป่วยในรายที่ญาติไม่สามารถมาพบกับผู้ป่วยได้ ทำให้ได้เรียนรู้ถึงประสิทธิภาพของการประเมินอาการผู้ป่วยเบื้องต้นของตนเอง และเรียนรู้การพูดคุยให้คำปรึกษาเบื้องต้นจากพยาบาลและแพทย์ จุดน่าสนใจคือ อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถชักชวนผู้ป่วยให้มารับบริการตามนัดได้ดี เนื่องจากอยู่ในพื้นที่เดียวกับผู้ป่วย และมีการสร้างแรงจูงใจโดยการเลี้ยงอาหารกลางวันให้กับผู้ป่วยที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ในเวลา 1 ปี เมื่อบุคลากรของศูนย์บริการสาธารณสุขมีทักษะมากขึ้น ทีมสหวิชาชีพของสถาบันฯ ได้ถ่ายโอนการปฏิบัติงานให้กับทีมสหวิชาชีพของศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นผู้บริหารหน่วยตรวจด้วยตนเอง โดยมีจิตแพทย์ของสถาบันฯ ไปออกหน่วยตรวจให้เดือนละครั้งเท่านั้น

**ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงาน**

งาน/กิจกรรม	ผล
การตรวจทางจิตเวช	- มีจิตแพทย์ออกตรวจที่หน่วยบริการทุก 1 เดือน
เกสัชกร/การรักษาด้วยยา	- เกสัชกรมีความมั่นใจในการจ่ายยาและดูแลผลข้างเคียงเพิ่มขึ้น - มียาจิตเวชเพิ่มขึ้น เช่น Risperidone, Sodium Valproate, Clonazepam
อาสาสมัคร/พยาบาลประจำศูนย์	- พยาบาลสามารถประเมินอาการทางจิตโดยใช้เครื่องมือคัดกรองได้ - อาสาสมัครสามารถใช้เครื่องมือคัดกรองอย่างง่าย และเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชได้



รูปภาพที่ 1 แสดงจำนวนของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโครงการหน่วยบริการจิตเวชเคลื่อนที่



รูปภาพที่ 2 แสดงสัดส่วนของโรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยในหน่วยบริการจิตเวชเคลื่อนที่

### ด้านการเข้ารับบริการของผู้ป่วย

จากผลการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครในการค้นหาผู้ป่วยโรคจิตเวชและการตรวจรักษาทางจิตเวชที่ศูนย์บริการสาธารณสุข พบว่า มีการค้นพบผู้ป่วยใหม่เพิ่มขึ้น โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต และผู้ที่มีโรคทางอารมณ์ เช่น โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์ 2 ขั้ว และมีผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเก่าที่เคยรักษาที่สถาบันฯ หรือเคยรักษาที่สถานบริการอื่นมารับบริการมากขึ้น

โรคที่พบได้บ่อยเมื่อมีการออกตรวจในหน่วยบริการจิตเวชเคลื่อนที่คือ โรคจิต และโรคทางอารมณ์ ส่วนกลุ่มโรคอื่นๆ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสภาวะการปรับตัวกับความเครียด (adjustment disorder) กลุ่มอาการนอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และการใช้สุรายาเสพติด

### อภิปราย

ผลการศึกษาสะท้อนภาพของการสร้างระบบการทำงานร่วมกันในรูปแบบการบูรณาการในระดับปฐมภูมิเพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน โดยใช้ทรัพยากรในชุมชน ความสอดคล้องกับหลักการทำงานบูรณาการงานจิตเวชไปกับสถานบริการปฐมภูมิขององค์การอนามัยโลก 10 ประการ<sup>9</sup> ที่เด่นชัดคือ

1. การฝึกทักษะของบุคลากรของสถานบริการปฐมภูมิทั้งก่อนดำเนินการและระหว่างดำเนินการ

2. การวางขอบเขตงานของสถานบริการของปฐมภูมิให้ชัดเจน ซึ่งในโครงการนี้ได้วางขอบเขตให้ศูนย์บริการสาธารณสุขให้

สามารถประเมิน ติดตามและดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนได้

3. การดำเนินโครงการต้องมีผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชเป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนการทำงาน เพราะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต้องครอบคลุมถึงการวินิจฉัย การตัดสินใจรักษา รวมทั้งการส่งต่อที่เหมาะสม

4. ผู้ป่วยในชุมชนต้องได้รับยาทางจิตเวชที่จำเป็นใกล้บ้าน ซึ่งในการดำเนินโครงการได้มีการประเมินความพร้อมทางเวชภัณฑ์ยา และมีการเพิ่มยา 3 ชนิด เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในชุมชน

5. การบูรณาการต้องมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งโครงการนี้ทำต่อเนื่องเป็นเวลา 2 ปี และในปัจจุบันศูนย์บริการสาธารณสุขยังคงกิจกรรมนี้ไว้โดยมีจิตแพทย์จากสถาบันฯ ไปช่วยในการตรวจวินิจฉัยและให้คำปรึกษา

6. การบูรณาการต้องมีผู้ที่ทำหน้าที่ประสานงานอย่างต่อเนื่อง โดยโครงการนี้กลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนของสถาบันฯ เป็นผู้ประสานงาน ติดตามผล และสะท้อนผลงานให้กับศูนย์บริการสาธารณสุข และสำนักอนามัยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ

7. การทำงานบูรณาการเช่นนี้ควรมีการประสานงานกับบุคลากรที่อยู่นอกระบบสุขภาพ เช่น NGO องค์กรอื่นๆ ในชุมชน โดยโครงการนี้ได้มีการขยายงานไปที่อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน แต่ยังไม่สามารถเชื่อมโยงไปยังหน่วยงานอื่นๆ ที่หลากหลายได้

ข้อเสนออื่นที่โครงการนี้ยังไม่สามารถผลักดันให้เกิดตามข้อเสนอหลักการ

ทำงานบูรณาการงานจิตเวชไปกับสถานบริการ  
ปฐมภูมิของ องค์การอนามัยโลก<sup>9</sup> ได้แก่

1. การวางโครงการให้อยู่ในระดับ  
นโยบายและแผนของรัฐ โดยปัจจุบันโครงการ  
นี้ยังอยู่ในระดับโครงการนำร่องเท่านั้น

2. การประชาสัมพันธ์ให้สังคมรับรู้  
โครงการนี้ยังขาดการประชาสัมพันธ์ให้  
ประชาชนและสังคมได้รับรู้อย่างแพร่หลาย

3. การเพิ่มบุคลากรและเงินทุนในการ  
ดำเนินงานให้ลงไปที่สถานบริการปฐมภูมิให้  
มากขึ้น โครงการนี้มีแผนการประเมินความคุ้มค่า  
ต้นทุนของการทำงาน เพื่อนำเสนอไปยังผู้  
บริหารในการบริหารคนและเงินต่อไป

## สรุป

การคัดกรองโรคทางจิตเวชในชุมชน  
ของกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีสถานบริการ  
ทางการแพทย์ที่หลากหลายแต่ยังสามารถค้น  
พบผู้ป่วยรายใหม่ที่ยังไม่เคยรักษาที่ใดมาก่อน  
ชี้ให้เห็นว่าการคัดกรองเพื่อการเข้าถึงบริการ  
ของผู้ป่วยจิตเวชยังต้องได้รับการปรับปรุง<sup>10</sup>

## ข้อเสนอแนะ

การศึกษาจากโครงการนำร่องนี้ นำ  
เสนอผลลัพธ์บางประการที่ได้จากการทำงาน  
ร่วมกันระหว่างสถาบันฯ กับสถานบริการ  
ปฐมภูมิ แต่ผลลัพธ์เชิงลึกที่ควรประเมินต่อไป  
ในโครงการเช่นนี้ ได้แก่ ผลความคุ้มค่า การ  
เปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย และ  
ผลการรักษา เช่น อาการทางจิต ระดับความ  
ซึมเศร้า คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจของผู้รับ  
บริการ

## เอกสารอ้างอิง

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006; 3(11): 442.
2. Funk, Michelle and Drew, Natalie and Knapp, Martin. Mental health, poverty and development. Journal of public mental health 2012; 11(4): 166-85.
3. Starfield B. Primary care visits and health policy. CMAJ 1998; 159(7): 795-6.
4. Butler M, Kane RL, McAlpine D, Kathol RG, Fu SS, Hagedorn H, et al. Integration of mental health/substance abuse and primary care. Evid Rep Technol Assess (Full Rep) 2008; 173: 1-362.
5. Chew-Graham et al. Aiming to improve the quality of primary mental health care: developing an intervention for underserved communities. BMC Family Practice 2014; 15: 68.
6. Helen L, Jon G, André T. Integrated primary mental health care: threat or opportunity in the new NHS? Discussion paper. British Journal of General Practice 2004; 54: 285-91.
7. สุกัญญา ประจุกุศลป, อริย์วรรณ อ่วมธานี. สุขภาพ และระบบบริการสุขภาพประชากรชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. จุฬาสัมพันธ์ 2549; 49(30).
8. Bangkok Metropolitan Administration. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพคนเมืองกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2553-2556; 2553.
9. World Health Organization, World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global perspective; 2008.

10. Van RE, van Hout H, van de Lisdonk E, Zitman F. Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by family physicians; a focus group study. *BMC Fam Pract* 2009; 10: 52.