



การศึกษา

ผลการดำเนินงานโครงการการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่าย

ของ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข

2551



การศึกษา

ผลการดำเนินงานโครงการการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่าย

ของ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข

2551

รายงาน การศึกษาผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่นราชชนกรินทร์

ที่ปรึกษา น.พ.ทวี ตั้งเสรี ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์

ผู้เขียน นางวัชณี หัตถพนม พยาบาลวิชาชีพ 8 วช.
น.พ.ณัฐกร จำปาทอง นายแพทย์ 6
นายไพโรจน์ ร่มซ้าย พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.
น.ส.เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า พยาบาลวิชาชีพ 7 วช.

คณะกรรมการ

แพทย์	1. พ.ญ.กนกวรรณ	กิตติวัฒนากุล	2. น.พ.วรสรรพ	ปรัชญคุปต์
	3. น.พ.อาทิตย์	เล่าสุอังกร	4. น.พ.ณัฐกร	จำปาทอง
	5. พ.ญ.นภสร	จรรยาศรี ไซติคำจร		
พยาบาล	1. นางวัชณี	หัตถพนม	2. นายไพโรจน์	ร่มซ้าย
	3. น.ส.เอมหทัย	ศรีจันทร์หล้า	4. นายธีรยุทธ	ยอดสง่า
	5. นางสาคร	บุปผาเห่า	6. นางพิสมัย	คุณาวัดน์
	7. นางสุนันทา	คำชมภู	8. นายคมสันต์	น้อยเส้น
	9. นางวัชรวิทย์	เสาร์แก้ว	10. น.ส.ศรันพร	มรกตศรีวรรณ

นักสังคมสงเคราะห์

1. นายธนิต	โคตมะ	2. นางไพลิน	ปรัชญคุปต์
3. นางนวลลักษณ์	เลาพันธ์		

นักจิตวิทยา

1. นางกานดา	ผางค์	2. น.ส.อัจฉรา	มั่งพานิช
3. น.ส.เรือนทอง	ทาทองเชื้อ		

เจ้าของ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งที่ 1 วันที่ 30 เมษายน 2551

จำนวน 100 เล่ม

พิมพ์ที่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์ ถ.ชาติสงฆ์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 043-227422 ต่อ 3333 โทรสาร 0-4322-4722

บทคัดย่อ

การศึกษามูลการดำเนินงานโครงการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามูลการดำเนินงานใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายนอกองค์กร ด้านองค์ประกอบภายในองค์กร ด้านนวัตกรรม และด้านการเงิน การดำเนินงานโครงการ ประกอบด้วย ขั้นตอนการ โดยการประชาสัมพันธ์ให้โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่นเข้าร่วมโครงการ จัดประชุมเตรียมความพร้อมร่วมกัน ขั้นตอนการ จัดทีมสุขภาพจิตให้บริการ ในช่วงเช้าให้บริการบำบัด รักษา ณ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน ช่วงบ่ายให้บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ขั้นประเมินผล มีการประชุมประเมินผลภายหลังการออกหน่วยในแต่ละครั้ง และในภาพรวมทุกเดือน สำหรับการประเมินผลระยะยาวภายหลังดำเนินงานโครงการครบ 2 ปี (ปีงบประมาณ 2549-2550) ประเมินผลตามแนวคิดของ Balanced Scorecard ใน 4 ด้านข้างต้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผลคือ แม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชน ผู้รับบริการ ณ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลเครือข่าย ผู้ป่วยและญาติที่ทีมสุขภาพจิตไปให้บริการเยี่ยมบ้านและครอบครัว และศึกษาจากข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมโครงการ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจของแม่ข่ายโรงพยาบาลเครือข่าย แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการตรวจรักษา ณ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย รายงานการให้การปรึกษา รายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤตในชุมชน การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยพยาบาลวิชาชีพและนักสังคมสงเคราะห์ที่ผ่านการประชุมชี้แจงรายละเอียดในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยคอมพิวเตอร์ และใช้สถิติเชิงบรรยาย คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา มีโรงพยาบาลชุมชนเข้าร่วมโครงการ 14 แห่ง ด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายนอกองค์กรพบว่า แม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนพึงพอใจมากที่สุดร้อยละ 83.9 ในข้อโครงการนี้มีประโยชน์ต่อระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยงานของท่าน ผู้รับบริการในภาพรวมรู้สึกพึงพอใจมากที่สุดในการมารับบริการตรวจรักษาโรคทางจิตใจ ณ โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ร้อยละ 86.3 สามารถเพิ่มจำนวนผู้รับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย ร้อยละ 79.9 และ ผู้ป่วยเรื้อรัง ล่าม ยังได้รับการบำบัดรักษาอาการดีขึ้นร้อยละ 80.0 ด้านองค์ประกอบภายในองค์กร มีกระบวนการดำเนินงานโครงการที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมที่สามารถเชื่อมโยงแบบครบวงจร ด้านนวัตกรรม เน้นการเรียนรู้ที่ทำให้โครงการประสบผลสำเร็จเนื่องจากสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นรับผิดชอบจ่ายค่ายาที่โรงพยาบาลเครือข่ายส่งซื้อยาจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และมีการประสานแผนการดำเนินงานที่ดี ด้านการเงินโครงการนี้ช่วยให้ผู้รับบริการลดค่าใช้จ่ายและลดระยะเวลาใน

การเดินทางมารับยา และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ลดการขาดทุนจากการที่ผู้ป่วย
นอกและผู้ป่วยในของจังหวัดขอนแก่นลดลง

สรุปและข้อเสนอแนะ เป็นโครงการที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และระบบการบำบัด
รักษา ณ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลเครือข่าย จึงควรมีการขยายผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลอื่นๆ
ต่อไป

คำสำคัญ โรงพยาบาลเครือข่าย บริการจิตเวชชุมชน

ห้องสมุด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
เลขทะเบียน	002272
วันที่	9 ก.พ. 2555
เลขเรียกหนังสือ	ก. พ. 159
ก 522	2551

ผู้พิมพ์ - พิมพ์ - จัด - จัด

พิมพ์ - พิมพ์ - จัด - จัด

พิมพ์ - พิมพ์ - จัด - จัด

พิมพ์ - พิมพ์ - จัด - จัด

Abstract

The operational results of development network hospital of Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital project is aimed at studying 4 aspects of the operational results including external, internal, innovation and finance perspectives.

Method: The project operation includes the preparation step by informing all community hospitals in Khon Kaen province to participate in the project, holding conferences for operational preparation together. For the operational step, mental health teams are organized and provide treatment at the psychiatric clinic in the community hospital in the morning. In the afternoon, the teams conduct the home health care of the patients and families, who had complex problems. For evaluation step, conference is held after each operation and another overall monthly evaluation. For the long term evaluation is conducted after the 2-year operation (fiscal year 2006-2007) applying balanced scorecard concept according to the 4 aspects mentioned above. The subjects of evaluation include network personnel of community hospitals, clients of psychiatric clinics at the community hospitals, and the patients, family members being home health care. Psychiatric patients' biography participating in the project is also studied. The instruments to collect data include a questionnaire inquiring about satisfaction of the network personnel, a questionnaire inquiring about satisfaction of the clients to psychiatric clinics services, the home health care report of the patient and families who face critical or complex problems in the community. The data are collected by the registered nurses and the social workers who have been well-trained. The data analyses are computerized. Descriptive statistics including, frequency, percentage, means, and standard deviation and content analysis are applied.

Results: 14 community hospitals participated in the project. It was found that, for external perspective, the community hospital network was most satisfied at the percentage of 83.9 on the issue of "the project is helpful for mental health and psychiatric service in your organization". As a whole, the clients were most satisfied to be treated psychiatric diseases at the neighborhood community hospitals at 86.3%. More people being treated at the community hospital increased at 79.9%. Homeless or restraint patients were treated and better symptoms 80.0%. For internal perspective, concrete operational process was successful and comprehensive care connection. For innovation perspective, learning to successful project because Provincial of Khon Kaen Public Health Office is responsible to pay money for medicine ordered from community hospitals and planning cooperation. For finance perspective, the project help decrease

the expenditure of the patients and the time spent travelling to get treatment. Rajanagarindra Psychiatric Hospital's loss has decreased because of fewer in and out-patients.

Conclusion and recommendation

The project is useful for the clients and the system service of network hospital. Therefore, operational expansion should be considered.

Keywords: Network hospital, Community psychiatric service

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษาผลการดำเนินงานโครงการการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ สำเร็จลุล่วงด้วยดีเพราะได้รับความอนุเคราะห์จากบุคลากรและหน่วยงานหลายฝ่ายดังนี้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการประสานงานโรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ และสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อยาทางจิตเวช สำรองไว้ในกลุ่มงานเภสัชกรรมของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้เพียงพอต่อการให้บริการ

นายแพทย์ทวี ตั้งเสรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นที่ปรึกษาโครงการ ซึ่งให้การสนับสนุนด้านงบประมาณการออกหน่วย และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์

องค์กรแพทย์ กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ กลุ่มงานจิตวิทยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่ให้การสนับสนุนจัดอัตรากำลังเพื่อออกหน่วยให้บริการ และกลุ่มงานเภสัชกรรมที่สนับสนุนการเบิกจ่ายยาให้แก่โรงพยาบาลชุมชน

ทุกหน่วยงานและทุกท่านที่ได้กล่าวนามมาแล้วข้างต้น ล้วนมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดีตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

วัชนี หัตถพนม และคณะ

30 เมษายน 2551

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ก
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	3
ขอบเขตของการศึกษา	3
นิยามคำศัพท์	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
แนวคิดของโรงพยาบาลสาขา	5
งานจิตเวชชุมชน (Community Psychiatry)	19
แนวคิดในการใช้ Balanced Scorecard ในการประเมินผล	28
กรอบแนวคิดในการศึกษา	30
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	34
วิธีดำเนินงาน	36
การเก็บรวบรวมข้อมูล	38
การวิเคราะห์ข้อมูล	38
บทที่ 4 ผลการศึกษาและอภิปรายผล	39
ด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายนอกองค์กร	39
ด้านองค์ประกอบภายในองค์กร	65
ด้านนวัตกรรม	83
ด้านการเงิน	86

สารบัญ

หน้า

บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

96

บรรณานุกรม

103

ภาคผนวก

106

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ข้อมูลทั่วไปของแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชน (n=31)	40
2. ความพึงพอใจของแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายที่มีต่อการดำเนินงาน โครงการ (n=31)	42
3. ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการที่ตอบแบบสอบถาม (n=344)	46
4. ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการบำบัด รักษา ณ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเครือข่าย (n=344)	50
5. จำนวน และ ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการบำบัด รักษา ณ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเครือข่าย (n=344)	52
6. ข้อมูลการรับบริการคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเครือข่าย	59
7. จำนวนผู้รับบริการตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำแนกตามอำเภอที่เข้าร่วมโครงการและปีงบประมาณ	61
8. ผลการบำบัดผู้ป่วยเรื้อรังและล่ามขัง	64
9. จำนวน ร้อยละการวินิจฉัยโรคของผู้รับบริการ ณ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเครือข่าย ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (n=1,582)	68
10. บริการให้การปรึกษา ณ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเครือข่าย	69
11. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรัง (ติดตามเยี่ยม 18 คน /25 ครั้ง)	73
12. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยล่ามขัง (ติดตามเยี่ยม 21 คน/27 ครั้ง)	76
13. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนอื่นๆ (ติดตามเยี่ยม 75 คน/85 ครั้ง)	78
14. จำนวน ร้อยละของค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ของผู้รับบริการ (n=344)	88
15. จำนวน ร้อยละของระยะเวลาในการเดินทางไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ของผู้รับบริการ (n=344)	89
16. จำนวน ผู้รับบริการตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำแนกตามอำเภอที่ร่วมโครงการและปีงบประมาณ	91

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1. กรอบแนวคิดในการศึกษา	32
2. จำนวนผู้รับบริการตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ภาพรวม 14 อำเภอที่เข้าร่วมโครงการเมื่อจำแนกตามปีงบประมาณ	62
3. ขั้นตอนการดำเนินงานโรงพยาบาลเครือข่าย	66
4. จำนวนผู้รับบริการตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำแนกตามอำเภอที่เข้าร่วมโครงการและปีงบประมาณที่ให้บริการ	92
5. จำนวนผู้รับบริการตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำแนกตามอำเภอที่ร่วมโครงการและปีงบประมาณที่ให้บริการ	93
6. จำนวนผู้รับบริการตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำแนกตามอำเภอที่เข้าร่วมโครงการ และปีงบประมาณที่ให้บริการ	94
7. จำนวนผู้รับบริการตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ภาพรวม 14 อำเภอที่ร่วมโครงการ และปีงบประมาณที่ให้บริการ	95

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา รัฐบาลมีการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขขนาดใหญ่ ภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “30 บาทรักษาทุกโรค” เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ ส่งเสริม ป้องกันและบำบัดรักษาผู้ป่วยในชุมชนของตนเอง มีการแบ่งระดับสถานบริการสาธารณสุข ออกเป็น 3 ระดับ มีบทบาทและหน้าที่แตกต่างกันออกไป ในระดับปฐมภูมิมีภารกิจหลักคือการให้บริการ สุขภาพครบทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ระดับ ทติยภูมิเป็นหน่วยบริการที่จัดให้มีบริการแบบผู้ป่วยนอก ในลักษณะการผสมผสานทั้งการส่งเสริม สุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน และในระดับตติยภูมิมีหน้าที่ในการรับส่งต่อผู้รับบริการ จากหน่วยบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ ในกรณีที่เกินความสามารถและต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง รวมถึงเป็นหน่วยงานทางวิชาการเพื่อให้การสนับสนุนและเป็นที่ปรึกษา (สุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2545) ผล ของการปฏิรูประบบบริการ จึงทำให้มีความจำเป็นต้องผสมผสานบริการทั้งด้านร่างกายและจิตใจเข้า ด้วยกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่อย่างไรก็ตาม ปัญหาการผสมผสานบริการจัดว่าเป็นปัญหาระดับสากลทั่ว โลก สาเหตุเกิดจากการให้บริการทางการแพทย์ มักจะแยกร่างกายออกเป็น 2 ภาคอย่างชัดเจน คือ ภาค ร่างกายและจิตใจ ทำการประเมินผู้ป่วยแยกตามระบบการทำงานของอวัยวะ และมีความแตกต่างใน วิธีการดูแลผู้ป่วยของแพทย์ฝ่ายกายและจิตแพทย์ นอกจากนี้แพทย์จำนวนมากมีทัศนคติไม่ดีต่อการ เจ็บป่วยทางจิตหรือปัญหาทางสังคมจิตใจ มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตนอกจากไม่รุนแรงถึงตายแล้ว ยังรักษาไม่หายขาดอีกด้วย และมีความเข้าใจผิดว่าผู้ป่วยจิตเวชมักป่วยเพราะจิตใจอ่อนแอ คิดมากไปเอง ทำตัวให้ยุ่งยาก เป็นการเจ็บป่วยที่หาตัวเอง (Goldberg, 1995 อ้างใน สุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2545) นอกจากนี้การจัดสรรเงินงบประมาณ ด้วยวิธีการเหม่าจ่ายรายหัวยังมีจุดอ่อน ที่ทำให้ผู้ให้บริการหรือ หน่วยงานสาธารณสุขมีความเสี่ยงด้านการเงิน จึงอาจลดความเสี่ยงด้วยการให้บริการที่ต่ำกว่าที่ผู้ป่วย ต้องการ พยายามเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ ปฏิเสธไม่ยอมรับผู้ป่วยเรื้อรังเพราะจะทำให้ขาดทุน เป็นต้น (กอบโชค จวงษ์ และคณะ, 2549) เหล่านี้เป็นสาเหตุให้นโยบายการบริการสาธารณสุขเพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน “ใกล้บ้านใกล้ใจ” ไม่ได้ได้รับการตอบรับ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีหน้าที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในเขต 5 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน รับส่ง ต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีอาการรุนแรงและเฉียบพลัน เกินกว่าที่สถานบริการ สาธารณสุขในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิจะให้การดูแลด้วยตนเอง หรือบางส่วนเป็นผู้ป่วยที่สมัครใจมา รับบริการด้วยตนเอง พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานผลการ ปฏิบัติงาน ปี พ.ศ. 2547-2549 สถิติผู้ป่วยนอกมารับบริการจำนวนทั้งหมด 93,946, 105,803 และ 111,092 ราย และจากจำนวนผู้มารับบริการทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและเฉียบพลัน จำเป็นต้อง

รับไว้รักษาภายในโรงพยาบาล จำนวน 2,706, 1,875, และ 1,856 ตามลำดับ ที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่มีอาการสงบและได้รับยาไปรับประทานต่อที่บ้าน เมื่อพิจารณาเฉพาะปี 2549 ทำการจำแนกผู้ป่วยตามการวินิจฉัยโรคจะพบว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมาเป็นกลุ่มอาการวิตกกังวล (Other anxiety disorder) คิดเป็นร้อยละ 18.8 อาการซึมเศร้าชั่วคราว (Depressive episode) คิดเป็นร้อยละ 4.6 (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2549) จึงทำให้เป็นที่น่าสังเกตว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากที่สามารถให้การดูแลและบำบัดรักษาได้ในชุมชน เช่น ผู้ป่วยกลุ่มอาการวิตกกังวล และผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการสงบ แต่มีความจำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่องเป็นต้น ซึ่งจากการสำรวจเบื้องต้นของวิชนี้ หัตถพนม และคณะ (2549) พบว่า ปัญหาการขาดยาและรับการรักษาไม่ต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวช ส่วนหนึ่งเกิดจากต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ไม่ว่าจะเป็นค่ารถในการเดินทางมารับบริการ ค่าอาหาร หรือบางครั้งต้องจ้างคนในการควบคุมผู้ป่วยและเหมารถมารับจ้างเพื่อนำผู้ป่วยมารับรักษา เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์คิดเป็นค่าเฉลี่ย 438.03 บาท/ครั้ง ในขณะที่ไปรับบริการโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียง มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 63.40 บาท/ครั้ง หรือคิดเป็น 6.9 เท่าของค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงต้องใช้ระยะเวลานานเป็นวันเพื่อมารับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เฉลี่ย 7.7 ชั่วโมง ต่ำสุด 3 ชั่วโมง สูงสุด 12 ชั่วโมง ทำให้สูญเสียโอกาสในการหารายได้ของผู้ป่วยและญาติ ประกอบกับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวยากจน ญาติต้องใช้เวลาส่วนมากในการทำงานหาเลี้ยงชีพ จึงไม่มีเวลาดูแลและพาผู้ป่วยมารับยาอย่างต่อเนื่อง นำมาซึ่งปัญหาการขาดยาของผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบและต้องกลับเข้ามารักษากลับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

เพื่อตอบสนองนโยบายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตลอดจนนโยบายทางด้านสาธารณสุข โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้มีการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนอย่างต่อเนื่องตลอดมา ในรูปแบบการสร้างและพัฒนาความรู้ให้แก่เครือข่ายฯ และการดำเนินงานโครงการสุขภาพจิต เป็นต้น เน้นให้บริการเชิงรุกเพิ่มมากขึ้น คือ เน้นให้บริการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าให้การบำบัดรักษาภายในโรงพยาบาล โดยจะรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเฉียบพลันไว้รักษาในช่วงระยะเวลาหนึ่ง แล้วจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลและกลับไปฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนต่อไป อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยไปดำรงชีวิตอยู่ที่บ้าน ยังมีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง แต่บางครั้งในการเดินทางจากบ้านผู้ป่วยมาใช้บริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง และเสียเวลามากในการเดินทางมารับยา ทำให้สูญเสียโอกาสในการหารายได้ของผู้ป่วยและญาติดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้จัดโครงการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549-2550 เป็นต้นมา มีโรงพยาบาลอำเภอในจังหวัดขอนแก่นขอเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 14 อำเภอ การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการประเมินผลการดำเนินงานโดยใช้แนวคิดของ Balanced Scorecard ในการประเมินผลโครงการในด้านผู้มี

ส่วนเกี่ยวข้องกับภายนอกองค์กร องค์ประกอบภายในองค์กร ด้านนวัตกรรม และด้านการเงิน ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการปรับปรุง และพัฒนาโครงการให้มีประสิทธิภาพให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานโครงการการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายใน 4 ด้าน ได้แก่

1. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับภายนอกองค์กร ประกอบด้วย
 - 1.1 ความพึงพอใจของแม่ข่ายโรงพยาบาลเครือข่าย
 - 1.2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
 - 1.3 การเพิ่มจำนวนผู้รับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน
 - 1.4 การลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ
 - 1.5 ลดการรื้อถอน ล่ามขังของผู้ป่วยจิตเวช
2. องค์ประกอบภายในองค์กร ประกอบด้วย
 - 2.1 กระบวนการทำงาน
 - 2.2 จำนวนการให้บริการ
 - 2.3 บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ (จำนวนครั้งในการเป็นที่ปรึกษา ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและการแก้ไข)
3. ด้านนวัตกรรม
4. ด้านการเงิน ศึกษาความคุ้มค่าของงบประมาณที่ใช้ที่มีต่อโรงพยาบาลและผู้รับบริการ

ขอบเขตของการศึกษา

ทำการศึกษาในแม่ข่ายโรงพยาบาลเครือข่าย ญาติและผู้ป่วยจิตเวชใน 14 อำเภอনার่องของ จังหวัดขอนแก่น ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ประกอบด้วย ชุมแพ บ้านฝาง น้ำพอง กระนวน เปือยน้อย แวงใหญ่ หนองสองห้อง บ้านไผ่ ภูผาม่าน อุบลรัตน์ สีชมพู มัญจาคีรี ภูเวียง และหนองเรือ ซึ่งทีมสุขภาพจิตได้ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้บริการตรวจรักษา บริการให้การปรึกษา และติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชนใน 14 อำเภอনার่องดังกล่าวข้างต้น นอกจากนี้ยังทำการศึกษาประวัติผู้ป่วยใน เวชระเบียนของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ด้วย

นิยามคำศัพท์

โรงพยาบาลเครือข่าย หมายถึง โรงพยาบาลอำเภอที่มีขนาดตั้งแต่ 30 เตียงขึ้นไป สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ 14 อำเภอ ในเขตจังหวัดขอนแก่น ซึ่งสมัครใจเข้าร่วมโครงการการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

แม่ข่ายโรงพยาบาลเครือข่าย หมายถึง พยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ณ โรงพยาบาลอำเภอ ในจังหวัดขอนแก่นที่เข้าร่วมโครงการ

การพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่าย หมายถึง การพัฒนาบริการตรวจรักษา ณ คีผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง คะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการ ณ คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ของโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดขอนแก่น ซึ่งได้จากการใช้แบบสอบถาม ความพึงพอใจที่มีต่อการตรวจรักษา ณ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน

ระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการ หมายถึง ระยะเวลาเริ่มต้นตั้งแต่เดินทางออกจากบ้าน จนเสร็จสิ้นกระบวนการรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และเดินทางกลับถึงบ้าน

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ หมายถึง ค่าใช้จ่ายตามจริงที่ใช้ในการเดินทางมารับบริการ ที่โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประกอบด้วยค่าเดินทาง ค่าจ้างคน นำส่ง ค่าอาหาร ค่าที่พัก ค่าสูญเสียรายได้ และ ค่ายา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรด้านสาธารณสุขในอำเภอที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้ ความสามารถในการดูแล และการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชขณะที่อยู่ในชุมชน
2. เกิดรูปแบบโรงพยาบาลเครือข่ายทางจิตเวชที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ สามารถขยายผลสู่พื้นที่อื่นในโอกาสต่อไป
3. ญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยจิตเวช ได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ลดอัตราการกำเริบ และเข้ามารักษาซ้ำภายในโรงพยาบาล สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี
4. เกิดแนวทางการดำเนินงานทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นรูปธรรม สามารถนำไปวางแผนด้านนโยบายการดำเนินงานในโอกาสต่อไป
5. ได้ข้อมูลที่จะเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยของผู้ที่สนใจทั้งในด้านผู้เกี่ยวข้องกับการบริหาร โรงพยาบาลและผู้สนใจอื่นๆ
6. ลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ของผู้ป่วยและญาติ

บทที่ 2

การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดของโรงพยาบาลสาขา
 - 1.1 ความเป็นมาของโรงพยาบาลสาขา
 - 1.2 แนวความคิด (Concept)
 - 1.3 บทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลสาขา
 - 1.4 แนวทางการบริหารจัดการโรงพยาบาลสาขา
 - 1.5 ปัญหาการดำเนินงานโรงพยาบาลสาขา
 - 1.6 แนวคิดในการแก้ปัญหา
 - 1.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. งานจิตเวชชุมชน (Community Psychiatry)
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 แนวทางปฏิบัติสำหรับจิตเวชชุมชน
 - 2.3 การป้องกันทางด้านจิตเวช
 - 2.4 มาตรฐานงานสุขภาพจิตและจิตเวชของหน่วยงานระดับโรงพยาบาลชุมชน
 - 2.5 บทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพจิตกับงานสุขภาพจิตชุมชน
3. แนวคิดในการใช้ Balanced Scorecard ในการประเมินผล
 - 3.1 ความหมาย
 - 3.2 การปรับใช้ Balanced Scorecard ในองค์กรของรัฐ
 - 3.3 ตัวแบบประยุกต์ของ Balanced Scorecard ที่ปรับใช้กับส่วนราชการ
4. กรอบแนวคิดในการศึกษา

แนวคิดของโรงพยาบาลสาขา

1. ความเป็นมาของโรงพยาบาลสาขา (อำพล จินดาวัฒนะ, 2530; เกรียงศักดิ์ การสมเจตน์, 2532)

โรงพยาบาลสาขาเป็นสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับอำเภอ กิ่งอำเภอ เป็นโรงพยาบาลสาขา โดยมีเหตุผลและความเป็นมาที่สำคัญ คือ

- 1.1 มีการปรับแผนพัฒนาสาธารณสุขในช่วงกลางของแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 เพื่อตอบสนองต่อการลดลงของงบประมาณพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ ทำให้ต้องลดการจัดตั้ง

โรงพยาบาลชุมชนในช่วงปี พ.ศ. 2528-2529 จากจำนวน 82 แห่ง ลงเหลือจำนวน 30 แห่ง จึงเป็นผลให้มีอำเภอ/กิ่งอำเภออีกประมาณ 106 แห่ง ไม่มีโรงพยาบาลชุมชนไว้ให้บริการประชาชน

1.2 เพื่อให้ประชาชนในอำเภอ/กิ่งอำเภอ ที่ยังไม่มีโรงพยาบาลชุมชน (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอำเภอ/กิ่งอำเภอที่อยู่ใกล้กับอำเภอที่มีโรงพยาบาลอยู่แล้ว และ/หรือมีประชากรจำนวนน้อย) ได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับที่มีคุณภาพดีกว่าสถานีนามขัณฑ์ประจำอำเภอ/กิ่งอำเภอเดิม

ตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525- 2529) รัฐบาลกำหนดจะกระจายบริการสาธารณสุขสู่ชนบทให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยจะสร้างโรงพยาบาลชุมชนให้ครบทุกอำเภอและกิ่งอำเภอทั่วประเทศ ซึ่งมีเป้าหมาย 603 แห่ง (ไม่รวมอำเภอที่มีโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปตั้งอยู่) และจะสร้างสถานีนามขัณฑ์ให้ครบทุกตำบลทั่วประเทศ (ยกฐานะสำนักงานผดุงครรภ์เป็นสถานีนามขัณฑ์ทุกแห่งด้วย) ซึ่งนโยบายนี้นับว่าเป็นนโยบายหลักทางด้านสาธารณสุขที่มุ่งพัฒนาชนบทอย่างแท้จริง ยิ่งกว่าแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติทุกฉบับที่ผ่านมา รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตามแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 5 จนถึงสิ้นปีงบประมาณ 2527 มีโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศรวม 518 แห่ง ยังขาดอีก 85 แห่ง (ไม่รวมศูนย์การแพทย์และอนามัย) จึงจะครบ 603 แห่ง ซึ่งได้กำหนดไว้ว่าจะก่อสร้างในปีงบประมาณ 2528 อีก 82 แห่ง การก่อสร้างโรงพยาบาลชุมชนในช่วงต้นแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 5 นี้ เน้นหนักการก่อสร้างให้ครบทุกอำเภอ/กิ่งอำเภอในพื้นที่ชนบทยากจนเป็นอันดับแรกและสามารถก่อสร้างได้ครบ 100% ของอำเภอ/กิ่งอำเภอในพื้นที่ชนบทยากจน ภายในปีงบประมาณ 2527 แล้ว ในช่วงกลางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2527 – 2529) รัฐบาลประสบปัญหาด้านการเงินและการคลังอย่างหนักทำให้มีประมาณการว่างบประมาณพัฒนาด้านสาธารณสุขในช่วงปี พ.ศ.2527 – 2529 จะลดลงจากที่ประมาณการไว้ในแผนเดิมประมาณร้อยละ 6.7 ซึ่งย่อมมีผลกระทบต่อเป้าหมายต่างๆ ที่กำหนดไว้ตามแผนเดิม

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช) โดยเลขาธิการฯ และคณะได้ประชุมปรึกษาหารือกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและคณะ เมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2526 เพื่อหารือเกี่ยวกับการปรับแผนงานด้านการพัฒนาสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2527 – 2529 สรุปได้ว่ามีความจำเป็นต้องพิจารณาปรับแผนงานโครงการต่างๆ ใน 2 ทิศทาง คือ

- (1) ทิศทางที่ควรเน้นการดำเนินงานมากขึ้น
- (2) ทิศทางที่ควรชะลอการดำเนินงานลง

การก่อสร้างโรงพยาบาลชุมชนในกลุ่มงานที่มีทิศทางว่าควรชะลอการดำเนินงานลงโดยที่ประชุมมีมติเกี่ยวกับเรื่องนี้ 3 ข้อ คือ

- (1) ให้เฉลี่ยเป้าหมายการจัดตั้งโรงพยาบาลอำเภอที่เหลือจำนวน 82 แห่งในปี 2528 และ 2529 ให้เท่าๆ กัน แทนที่จะสร้างในปี 2528 เพียงปีเดียวตามที่กำหนดไว้เดิม

- (2) การก่อสร้างโรงพยาบาลอำเภอที่จะสร้างใหม่ ให้คำนึงถึงหลักเกณฑ์ที่ตั้งเหมาะสมและการใช้ประโยชน์ให้คุ้มค่า

(3) ในกรณีที่จัดตั้งโรงพยาบาลอำเภอขึ้นใหม่ และมีระยะทางไม่ไกลจากโรงพยาบาลอำเภอเดิม ให้พิจารณาขนาดของโรงพยาบาลอำเภอขนาด 10 เตียงที่มีอยู่เดิม เป็น 30 เตียงแทนการสร้างใหม่

กระทรวงสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องปรับแผนพัฒนาสาธารณสุขในบางส่วน โดยลดการก่อสร้างโรงพยาบาลชุมชนจาก 82 แห่งตามแผนเดิมในปี 2528 ลงเหลือเพียง 30 แห่ง ในปี 2528 – 2529 ด้วยเหตุผลว่า การลดการก่อสร้างโรงพยาบาลชุมชน จะไม่มีผลกระทบกระเทือนต่อการกระจายบริการด้านสาธารณสุขให้ถึงมือประชาชนในชนบท เพราะได้ดำเนินการก่อสร้างโรงพยาบาลชุมชนครบทุกอำเภอในเขตชนบทพื้นที่ยากจนแล้ว ในปี 2527 และอำเภอที่เหลือซึ่งยังไม่มีโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่มี ความจำเป็นต้องก่อสร้างโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นอำเภอหรือกิ่งอำเภอที่อยู่ใกล้กับ โรงพยาบาลจังหวัด หรือโรงพยาบาลชุมชนอื่นอยู่แล้ว และเป็นอำเภอหรือกิ่งอำเภอที่มีประชากรไม่มากนัก

จากนั้น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาเห็นว่า ประชาชนในอำเภอหรือกิ่งอำเภอที่ไม่สามารถจัดสร้างโรงพยาบาลชุมชนให้ได้ ก็ควรได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงได้จัดทำโครงการทดลองใช้สถานีนามัขประจําอำเภอเป็นโรงพยาบาลสาขาขึ้นในปี พ.ศ.2528 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขยายการบริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ไปสู่อำเภอหรือกิ่งอำเภอที่ไม่สามารถจัดสร้างโรงพยาบาลชุมชนได้ และเป็นการศึกษาทดลองหารูปแบบการใช้สถานีนามัขประจําอำเภอ/กิ่งอำเภอเป็นโรงพยาบาลสาขาของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เพื่อที่จะสามารถนำรูปแบบไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุขพิจารณาเห็นว่า การจัดระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ/กิ่งอำเภอ โดยการจัดตั้งโรงพยาบาลสาขาขึ้น เป็นรูปแบบบริการที่แปลกใหม่ต่างไปจากการจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งการจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนเปรียบเสมือนกับการเกิดของไก่จากไข่ คือ เมื่อเกิดแล้วก็ปล่อยให้หากินและเจริญเติบโตเอง ภายใต้การดูแลของแม่ไก่ คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วนการจัดตั้งโรงพยาบาลสาขาเปรียบเสมือนกับการเกิดชนิดที่ลูกยังอาศัยอาหารผ่านทางสายสะดือจากแม่ (โรงพยาบาลสาขาพึ่งโรงพยาบาลแม่ในการเจริญเติบโต)

2. แนวความคิด (Concept)

2.1 โรงพยาบาลสาขา น่าจะถือว่าเป็นสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบชั่วคราว ซึ่งจัดขึ้นเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของประชาชนในอำเภอ/ กิ่งอำเภอที่ยังไม่มีการจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ ซึ่งมีเมื่อเงื่อนไขด้านงบประมาณ ด้านประชากร และอื่นๆ เหมาะสมแล้ว ก็ควรปรับเป็นโรงพยาบาลชุมชนต่อไปในอนาคต

2.2 การดำเนินงานของโรงพยาบาลสาขานั้นถือว่าเป็นการนำทรัพยากรของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนที่เข้มแข็งอยู่เดิมมาสมทบกับเงินงบประมาณของรัฐ ช่วยปรับปรุงและขยายบริการสู่อำเภอ/กิ่งอำเภอใกล้เคียงที่ยังไม่มีโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นการนำทรัพยากรจากชุมชนที่เจริญกว่า หรือมั่งคั่งกว่ามาช่วยพัฒนาชุมชนที่ด้อยกว่า

2.3 การดำเนินงานของโรงพยาบาลสาขา ควรให้บริการได้เหมือนโรงพยาบาลตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก เช่นเดียวกับโรงพยาบาลชุมชน คือ อย่างน้อยต้องให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งในและนอกสำนักงาน

3. บทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลสาขา

3.1 บริการด้านรักษาพยาบาล

3.2 บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ

3.3 การควบคุมและป้องกันโรค

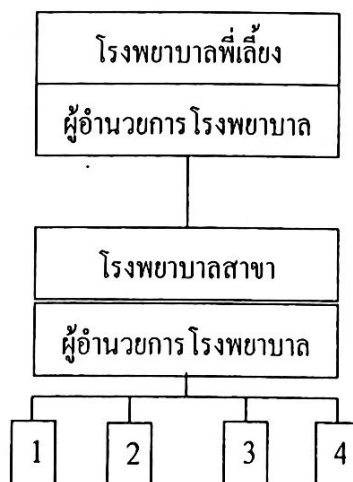
3.4 งานสาธารณสุขมูลฐาน

กล่าวโดยสรุป คือ การให้บริการสาธารณสุขผสมผสาน แต่ก็มิได้กล่าวถึงพื้นที่รับผิดชอบ เพียงแต่กล่าวไว้ว่า “ปฏิบัติงานรับผิดชอบเช่นเดียวกับสถานีอนามัย” ซึ่งน่าจะทำให้เข้าใจได้ว่า จะต้องรับผิดชอบงานในพื้นที่ตำบลที่ตั้งด้วย

4. แนวทางการบริหารจัดการโรงพยาบาลสาขา

อำพล จินดาวัฒนะ (2530) ได้สรุปว่าแนวทางในการบริหารจัดการ การจัดรูปองค์กร และการจัดแบ่งงานภายในองค์กรของโรงพยาบาลสาขา มี 4 รูปแบบ ดังนี้

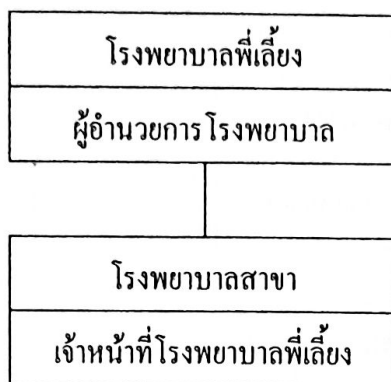
แนวทางการบริหารจัดการโรงพยาบาลสาขา แบบที่ 1



ในทางปฏิบัติมีแพทย์จากโรงพยาบาลพี่เลี้ยงหรือโรงพยาบาลแม่ ทำหน้าที่เสมือนผู้อำนวยการโรงพยาบาลสาขา และมีพยาบาลวิชาชีพอีก 1 คน อยู่ประจำในโรงพยาบาลสาขา ทำหน้าที่ดูแลความเรียบร้อยทั่วไป และบริหารจัดการงานอื่นๆ แทนผู้อำนวยการฯ มีการแบ่งงานภายในองค์กร ออกเป็น 4 ฝ่ายคือ บริหารงานทั่วไป การพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ สุขาภิบาล และป้องกันโรค

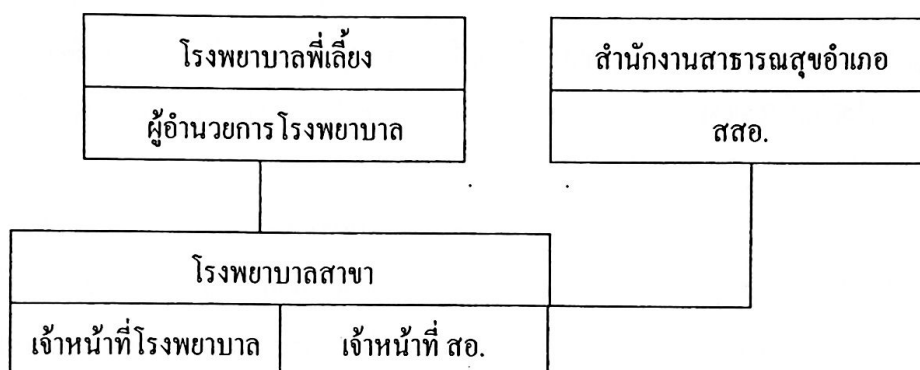
อัตรากำลังเจ้าหน้าที่มีทั้งอยู่ประจำ และไปกลับ

แนวทางการบริหารจัดการโรงพยาบาลสาขา แบบที่ 2



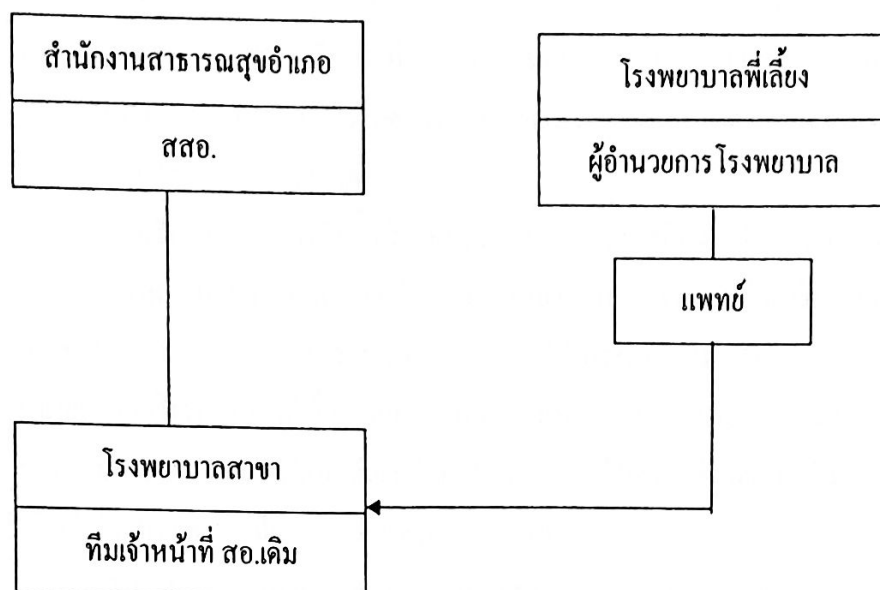
รูปแบบการให้บริการ แบบคลินิกเคลื่อนที่ โดยใช้แพทย์และทีมเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลพี่เลี้ยง บางส่วนปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสาขา ไป-กลับ และมีเจ้าหน้าที่บางส่วนอยู่ประจำ การแบ่งงานภายใน องค์กรไม่มีการจัดแบ่งออกเป็นฝ่ายๆ แต่ประการใด

แนวทางการบริหารจัดการโรงพยาบาลสาขา แบบที่ 3



รูปแบบการให้บริการ ในการปฏิบัติใช้แพทย์จากโรงพยาบาลพี่เลี้ยงและทีมจากโรงพยาบาลพี่เลี้ยง ร่วมกับเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยมีสายการบังคับบัญชาขึ้นตรงต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสาขา แต่ไม่มีการจัดแบ่งฝ่ายหรือการจัดองค์กรภายใน

แนวทางการบริหารจัดการโรงพยาบาลสาขา แบบที่ 4



รูปแบบการให้บริการมีแพทย์ที่มาจากโรงพยาบาลที่เล็งหมุนเวียนมาทำการตรวจรักษา แต่สายการบังคับบัญชาขึ้นต่อสาธารณสุขอำเภอ โดยมีหัวหน้าสถานีนอมนำทำหน้าที่เหมือนผู้อำนวยการ บังคับบัญชาเจ้าหน้าที่ของสถานีนอมนำซึ่งปฏิบัติงานประจำ และไม่มีการจัดองค์กรภายใน

5. ปัญหาการดำเนินงานโรงพยาบาลสาขา

จากการดำเนินงานของโครงการ โรงพยาบาลสาขาคั้งแต่ปีงบประมาณ 2528 ถึง 2530 พบว่ามีปัญหาต่างๆ มากมายทั้งด้านระบบการบริหาร วิธีดำเนินงาน และการเตรียมการ ซึ่งสามารถสรุปประเด็นสำคัญๆ ได้ดังต่อไปนี้

5.1 การจัดรูปองค์กร สายการบังคับบัญชา และการจัดอัตรากำลังไม่ชัดเจน กล่าวคือบางแห่งไม่มีการจัดรูปองค์กรฯ และไม่มีการจัดสายการบังคับบัญชาของเจ้าหน้าที่ให้ชัดเจน ทำให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติและการทำงานของเจ้าหน้าที่เป็นอย่างมาก เช่น เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสาขาแห่งเดียวกันแต่มีสายการบังคับบัญชาขึ้นกับผู้บังคับบัญชาคนละคน ไม่มีการมอบหมายให้คนหนึ่งผู้ใดเป็นผู้รับผิดชอบปล่อยให้ดูแลปกครองกันเอง เป็นลักษณะที่ขาดเอกภาพในการบังคับบัญชา ก่อให้เกิดการสับสน ขาดขวัญ กำลังใจ ขาดความสามัคคีในหมู่เพื่อนร่วมงาน ทำให้งานไม่พัฒนาเท่าที่ควร

โรงพยาบาลสาขาบางแห่งไม่มีผู้อำนวยการรับผิดชอบโดยตรง ต้องให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เล็ง ทำหน้าที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสาขาด้วย แต่การอำนวยความสะดวกสถานที่ และประกอบกับไม่มีการมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ระดับรองให้ทำหน้าที่ช่วยผู้อำนวยการแทน ทำให้การดำเนินงานเป็นไปในลักษณะล่าช้าเฉื่อยชา หาผู้ควบคุมและตัดสินใจแน่นอนไม่ได้ ทำให้งานไม่ก้าวหน้า และเกิดปัญหาอุปสรรคติดตามมามากมาย เช่น การลา การพิจารณาความดีความชอบ ฯลฯ

บางแห่งการบริหารจัดการยังคงขึ้นกับสาธารณสุขอำเภอเหมือนกับเป็นสถานีนามัยเดิม และโรงพยาบาลที่เล็ขงไม่ได้ทำหน้าที่เป็นที่เล็ขงจริง ทำให้เกิดความรู้สึกว่าไม่ได้เป็นเจ้าของ ทำให้การทำงานเกิดอุปสรรค ซึ่งการจัดองค์กรและสายการบังคับบัญชาดังกล่าวน่าจะไม่สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติในโครงการทดลอง ปี 2528 ยิ่งไปกว่านั้นโรงพยาบาลบางแห่งไม่มีการขุดกิจการของสถานีนามัยเดิม ไม่โอนเจ้าหน้าที่และทรัพย์สินเข้าโรงพยาบาลสาขา หรือไม่ยอมยกพื้นที่ตำบลที่ตั้งของสถานีนามัยเดิมให้โรงพยาบาลสาขารับผิดชอบ เป็นต้น

สำหรับด้านอัตรากำลังนั้น โรงพยาบาลสาขาบางแห่งมีอัตรากำลังเจ้าหน้าที่อยู่ประจำน้อยมาก หรือไม่มีเจ้าหน้าที่อยู่ประจำเลย และมีบางแห่งไม่สามารถจัดเจ้าหน้าที่ให้บริการครบถ้วนทุกบริการได้ ทำให้ไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขผสมผสานได้ ประกอบกับโรงพยาบาลสาขาบางแห่งใช้แพทย์หลายคนจากโรงพยาบาลที่เล็ขงหมุนเวียนกันไปปฏิบัติงาน ทำให้ประชาชนไม่ค่อยนิยม และบางแห่งมีขีดความสามารถต่ำ ทำให้แพทย์เองเกิดความเบื่อหน่ายไม่ตั้งใจปฏิบัติงานเป็นผลให้ประชาชนมารับบริการน้อยลง และเกิดปัญหาต่อเนื่องตามมาอย่างมาก

5.2 หลักการ แนวคิด และวิธีดำเนินงานยังสับสนไม่ชัดเจน ระยะเริ่มแรกของการดำเนินงานโครงการทดลอง การเขียนโครงการ แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการดำเนินงาน ตลอดจนแนวทางปฏิบัติยังไม่แจ่มชัด และสับสนในบางประเด็น เช่น ลักษณะการให้บริการและขอบเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสาขา ตามข้อเสนอแนะของคณะทำงานพิจารณาแนวทางการจัดบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ/กิ่งอำเภอ กำหนดให้โรงพยาบาลสาขามีขอบเขตความรับผิดชอบและการให้บริการเหมือนกับโรงพยาบาลชุมชน แต่การดำเนินงานโครงการทดลองกำหนดให้โรงพยาบาลสาขาเป็นเพียงด่านกลั่นกรอง หรือสังเกตอาการผู้ป่วยเท่านั้น รวมทั้งโครงการ ได้เขียนการประเมินผลโครงการไว้ แต่ก็ไม่ได้ปฏิบัติอย่างจริงจัง และเมื่อได้ขยายโครงการโรงพยาบาลสาขาออกไปในปีต่อมา (2529 และ 2530) พบว่าโรงพยาบาลสาขาบางแห่งไม่สามารถให้บริการแบบผสมผสานได้ คงให้เฉพาะงานบริการด้านการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว คล้ายกับคลินิกผู้ป่วยนอกเคลื่อนที่ นอกจากที่กล่าวมาแล้วยังพบว่าในการดำเนินงานของโรงพยาบาลสาขาบางแห่งมีลักษณะการให้บริการเฉพาะแต่ในเวลาราชการเท่านั้น ทำให้ประชาชนมารับบริการได้น้อยกว่าเมื่อครั้งเป็นสถานีนามัยประจำอำเภอ และมีบางแห่งให้บริการเฉพาะบางงาน ไม่ให้บริการพื้นฐานที่จำเป็น เช่น ไม่ให้บริการทำคลอด ฝากครรภ์ และไม่ทำการให้ภูมิคุ้มกันโรค และยังมีโรงพยาบาลหลายแห่งที่ไม่สามารถทำหน้าที่ให้บริการด้านวิชาการ เช่น การนิเทศงาน การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน และการสนับสนุนระบบการส่งต่อระหว่างสถานีนามัยและโรงพยาบาลได้ เหล่านี้ เป็นต้น

5.3 การเตรียมการและการประสานงานกับพื้นที่ซึ่งด้อยประสิทธิภาพจากการที่โครงการทดลองได้ขยายพื้นที่ทำการทดลองในปีงบประมาณ 2529 และ 2530 เพิ่มจาก 12 แห่ง อีก 82 แห่งเป็น 94 แห่ง นับว่าเป็นการขยายการทำงานของโครงการที่รวดเร็ว โดยที่ยังมิได้มีการประเมินความพร้อมของจังหวัดและโรงพยาบาลที่ต้องทำหน้าที่เป็นโรงพยาบาลพี่เลี้ยงแต่อย่างใด หากแต่กำหนดให้โรงพยาบาลซึ่งอยู่ใกล้อำเภอ/กิ่งอำเภอ หรือมีเส้นทางคมนาคมติดต่อกันสะดวก ทำหน้าที่เป็นโรงพยาบาลพี่เลี้ยง ซึ่งพบว่ามียานวนมากที่มีโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง จะต้องทำหน้าที่เป็นโรงพยาบาลพี่เลี้ยง แต่ก็เป็นที่ทราบอยู่แล้วว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง ส่วนมากยังคงไม่พร้อมที่จะรับภาระเป็นโรงพยาบาลพี่เลี้ยง และถ้าหลักเลี้ยงไม่ได้ที่จะต้องรับ ก็คงจะเป็นภารกิจที่หนักและมีปัญหาตามมามากมาย เช่น ปัญหาขาดแคลนทรัพยากร ปัญหาความเต็มใจของแพทย์ที่จะไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสาขา ฯลฯ นอกจากนี้ปัญหาทางแพทย์แล้ว โรงพยาบาลสาขาบางแห่งจัดเตรียมการที่ไม่พร้อม แม้ว่าจะเปิดดำเนินการแล้วก็ตาม เช่น มียาและเวชภัณฑ์ไม่พอเพียงกับการบริการผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางมารับยาในวันรุ่งขึ้นหรือตามไปรับยาที่โรงพยาบาลพี่เลี้ยง เป็นต้น

จากการดำเนินงานของโรงพยาบาลสาขาที่ผ่านมา ขาดการเตรียมผู้ที่เกี่ยวข้อง ขาดการเตรียมเจ้าหน้าที่อย่างมีระบบและประสิทธิภาพ ขาดการประเมินผลความร่วมมือและสรุปแนวทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลให้ชัดเจน และขาดการเตรียมความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ที่เกี่ยวข้อง จึงส่งผลให้เกิดการรับรู้และความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ก่อให้เกิดปัญหาอุปสรรคตามมามากมาย

5.4 แนวทางในการดำเนินงานของโรงพยาบาลสาขาไม่ชัดเจนจากการที่โครงการทดลองยังไม่ได้มีการประเมินความพร้อมและยังไม่ได้ประเมินผลการดำเนินงานของโครงการประกอบกับยังไม่ได้มีการทดสอบหรือศึกษาวิจัยว่า หลักการและแนวทางปฏิบัติอย่างใดของโรงพยาบาลสาขาที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติจริง ดังนั้นจึงสมควรที่จะทบทวนแนวคิด หลักการและแนวทางปฏิบัติที่ผ่านมา เพื่อการปรับปรุงโครงการให้กระชับและจัดทำเป็นคู่มือ การดำเนินงานโรงพยาบาลสาขา รวมทั้งการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานต่างๆ เช่น การจัดอัตรากำลัง มาตรฐานการให้บริการขั้นต่ำ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องในแต่ละระดับได้เข้าใจตรงกัน และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติได้อย่างสอดคล้องกัน

นอกจากนี้ในด้านของงานสุขภาพจิตและจิตเวช ถึงแม้รัฐบาลจะเน้นนโยบายให้มีการผสมผสานบริการทั้งด้านร่างกายและจิตใจเข้าด้วยกัน ได้มีการนำเทคนิคการดูแลทางสังคมจิตใจ (Psychosocial care) ผสมผสานเข้าไปในบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน แต่ถึงกระนั้นการผสมผสานการให้บริการจิตเวชลงในระบบบริการหลักมีอุปสรรคหลายประการ เช่น (Goldberg, 1995 อ้างใน สุภรัตน์ เอกอัศวิน, 2545)

5.4.1 การให้บริการทางการแพทย์ใช้หลักประเมินแยกอาการผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มโรค ตามระบบการทำงานของอวัยวะ ทำให้การพัฒนาบริการแบ่งแยกเน้นความเฉพาะทางในระบบอวัยวะนั้นๆ ผู้ป่วยที่มีอาการหลายระบบ ต้องพบแพทย์เฉพาะทางหลายคนตามแต่อาการผิดปกติ

5.4.2 การเรียนการสอน พยาธิสรีรวิทยาของร่างกาย แบ่งแยกร่างกายออกเป็น 2 ภาค อย่างชัดเจน คือ ภาคร่างกาย ภาควิชาจิต โดยภาคร่างกาย แบ่งเป็น infection, trauma, tumor, metabolic,

congenital ซึ่งให้ความสำคัญเน้นโรคที่มีอันตรายต่อชีวิตสำคัญกว่าจิตใจ ในขณะที่ภาคจิตใจ มีการแบ่งแตกต่างออกไป คือ ความผิดปกติของอารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม ความคิด

5.4.3 ความแตกต่างในวิธีการดูแลผู้ป่วยของแพทย์ฝ่ายกายและจิตแพทย์ ในขณะที่แพทย์ฝ่ายกายสามารถทำการสัมภาษณ์หรือตรวจร่างกายผู้ป่วยต่อหน้าแพทย์คนอื่นๆ หรือนักศึกษาแพทย์ได้ แต่จิตแพทย์ต้องแยกห้องสัมภาษณ์พูดคุยกับผู้ป่วยเป็นการส่วนตัว เพื่อเก็บความลับผู้ป่วย

5.4.4 แพทย์จำนวนมากมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเจ็บป่วยทางจิตหรือปัญหาทางสังคมจิตใจที่ผู้ป่วยต้องเผชิญและยากจะแก้ไข เช่น แสดงความรำคาญหรือดุดบถ เมื่อผู้ป่วยเล่าความกังวลใจต่างๆ ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลาพอ และเมื่อแพทย์สร้างความไว้วางใจให้กับผู้ป่วยไม่ได้ ผู้ป่วยก็มักไม่ร่วมมือในการรับปรึกษาหารือหรือไม่มาตามนัด

5.4.5 แพทย์ที่อยู่ในฐานะผู้กำหนดนโยบายมักเชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตนั้นนอกจากไม่รุนแรงถึงตายแล้วยังรักษาไม่หายขาดอีกด้วย ความเชื่อนี้ส่งผลให้การจัดสรรงบประมาณของประเทศเพื่อการพัฒนาทางด้านจิตใจน้อยมาก ปี 2542 และ 2543 ประเทศไทยจัดงบประมาณสำหรับงานสุขภาพจิตและจิตเวชคิดเป็นร้อยละ 2.4 และ 2.5 ของงบประมาณสาธารณสุขทั้งหมด

5.4.6 ความเข้าใจผิดในเรื่องผู้ป่วยจิตเวชว่ามักป่วยเพราะจิตใจอ่อนแอ คิดมากไปเอง ทำตัวเองให้ยุ่งยาก เป็นการเจ็บป่วยที่หามาเอง เช่น ปัญหาเสพติด ปัญหาฆ่าตัวตาย บริษัทประกันชีวิตจึงปฏิเสธความคุ้มครองการรักษาพยาบาลที่เกิดจากปัญหาทางจิตใจ

6. แนวคิดในการแก้ปัญหา

จากปัญหาการดำเนินงานโรงพยาบาลสาขา ถ้าจะให้การดำเนินงานโรงพยาบาลสาขาเกิดผลดีสมดังเป้าหมายของโครงการฯ ที่วางไว้ และก่อให้เกิดการพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่องนั้น สมควรดำเนินการในแนวทางต่อไปนี้ (อำพล จินดาวัฒนะ, 2530)

6.1 ควรกำหนดรูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลสาขาให้ชัดเจน ทั้งในด้าน

6.1.1 นโยบายการดำเนินงาน

6.1.2 ขอบเขต หน้าที่ ความรับผิดชอบ

6.1.3 การจัดรูปองค์กร สายการบังคับบัญชา และการจัดอัตรากำลัง

6.1.4 การบริหารงานบุคคล

6.1.5 การควบคุมกำกับ การประสานงาน การรายงานผลการดำเนินงาน

6.1.6 การบริหารการเงิน

6.2 ควรกำหนดวิธีดำเนินงานทั้งในระยะเตรียมการ และระยะดำเนินการ รวมทั้งการประเมินผล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ดำเนินงานในการนำไปใช้วางแผนดำเนินงานและพัฒนาต่อไปด้วยตนเอง

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ (2530) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “การดำเนินงานของโรงพยาบาลสาขา (Extended OPD)” ทำการศึกษาในโรงพยาบาลสาขาที่ดำเนินการด้วยงบประมาณปี 2528 ซึ่งเป็นรุ่นแรกจำนวน 12 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ข้อมูลอำเภอ/กิ่งอำเภอ ที่ตั้งโรงพยาบาล สาขา ข้อมูลเกี่ยวกับโรงพยาบาลแม่ การจัดรูปองค์กร การบริหารงาน และการจัดอัตรากำลังของโรงพยาบาลสาขา ทรัพยากรของโรงพยาบาลสาขา การให้บริการ (ระบบบริการ จิตความสามารถ) ผลงาน ปัญหาอุปสรรคและข้อคิดเห็นทั่วไปจากทั้งเจ้าหน้าที่และประชาชน วิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายโรงพยาบาล และศึกษาเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลในประเด็นที่น่าสนใจ ทั้งที่เกี่ยวกับการดำเนินงานของโรงพยาบาลสาขาและการดำเนินงานของโครงการในภาพรวมทั้งหมด ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีการเตรียมการที่เข้มแข็ง และรัดกุมเพียงพอ เพื่อการสนับสนุนการเปิดดำเนินงานของโรงพยาบาลสาขา เช่น ในด้านระยะเวลาการประชุมทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้อง ไม่มีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการขั้นต่ำ ไม่มีการเตรียมความพร้อมในเรื่องระบบสาธารณูปโภค ไม่มีการกำหนดแนวทางการติดตามและประเมินผลที่ปฏิบัติได้จริง ขาดขวัญและกำลังใจ แนวคิดและการดำเนินโครงการ โรงพยาบาลสาขายังไม่ชัดเจน และไม่มีการเตรียมการอย่างมีระบบ ที่จะพัฒนาโรงพยาบาลสาขาไปเป็นโรงพยาบาลชุมชนในอนาคต ซึ่งจะเห็นได้จากไม่มีคู่มือแนวทางการดำเนินงานของโรงพยาบาลสาขา ไม่มีหลักเกณฑ์และแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลสาขา โรงพยาบาลสาขาหลายแห่งมีข้อจำกัดเรื่องที่ดิน ที่ตั้ง สิ่งก่อสร้างและอื่นๆ ซึ่งจะเกิดปัญหาเมื่อถึงเวลาที่ควรได้รับการยกฐานะเป็นโรงพยาบาลชุมชน ข้อเสนอแนะของผู้วิจัยในการดำเนินงานของโรงพยาบาลสาขา คือการคัดเลือกโรงพยาบาลแม่ ควรใช้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ใกล้เคียงและมีความพร้อมสูงที่สุด ควรมอบหมายหน้าที่การงานให้กับเจ้าหน้าที่ให้ชัดเจน การจัดบริการประชาชนต้องให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งในและนอกสำนักงาน และให้บริการฉุกเฉินนอกเวลาราชการด้วย ควรจัดแพทย์จำนวนหนึ่งคน หมุนเวียนไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสาขาและควรจะเป็นแพทย์คนเดิมเพื่อประชาชนมีโอกาสพบแพทย์คนเดิม ซึ่งเป็นความนิยมของประชาชนทั่วไป

เกรียงศักดิ์ การสมเจตน์ (2532) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลสาขาที่มีโรงพยาบาลชุมชนเป็นพี่เลี้ยง” โดยการประยุกต์และผสมผสานหลักวิชาการทางการบริหารกับแนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลสาขาของกระทรวงสาธารณสุข แล้วนำไปทดลองใช้ที่โรงพยาบาลลำโรง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นเวลา 3 เดือน โดยมีโรงพยาบาลหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ วัดผลการดำเนินงานก่อนและหลังการนำรูปแบบไปใช้ใน 5 ด้าน คือ 1) ประสิทธิภาพกิจกรรมด้านบริหารและด้านบริการของโรงพยาบาลสาขา 2) ผลกระทบต่อโรงพยาบาลพี่เลี้ยง 3) ความพึงพอใจของผู้ที่เกี่ยวข้องคือผู้บริหารภายในจังหวัด เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพี่เลี้ยง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสาขาและประชาชน 4) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และ 5) รายรับรายจ่ายในช่วงเวลาดำเนินงาน โดยใช้การทดสอบค่าที การทดสอบซายน์แรงค์ และสถิติพรรณนา ผลการวิจัย

พบว่า กลุ่มทดลองมีประสิทธิผลกิจกรรมด้านบริหารงานทั่วไป ด้านการเจ้าหน้าที่ ด้านการเงินการบัญชี ด้านพัสดุ และประสิทธิผลกิจกรรมด้านบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การทันตสาธารณสุข และงานรักษาพยาบาลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองมีผลกระทบในทางลบต่อโรงพยาบาลที่เลี่ยนน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผู้นำชุมชนและประชาชนในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสาขาในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เลี่ยนในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานสูงขึ้นใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้บริหารระดับจังหวัดในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานสูงกว่าผู้บริหารในกลุ่มเปรียบเทียบ ปัญหาอุปสรรคในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ รายรับของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และเมื่อหักค่าใช้จ่ายแล้วเหลือเงินสุทธินากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ประชาชนและผู้นำชุมชนทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีความพึงพอใจต่อการให้บริการของโรงพยาบาลสาขา ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า รูปแบบในการบริหารจัดการที่สร้างขึ้นมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ และได้ให้ข้อเสนอแนะว่าสมควรศึกษาวิจัยต่อไปในโรงพยาบาลสาขาที่เป็นตัวแทนในแต่ละภาคเพื่อที่จะได้รูปแบบที่เหมาะสมมากขึ้น การดำเนินงานนั้นควรเน้นที่การเตรียมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและการเตรียมชุมชนเพื่อให้เกิดความพร้อมที่จะดำเนินการ ผู้บริหารระดับจังหวัดต้องให้ความสำคัญ และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มแรก และควรมีการติดตามอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอ

สมสนุก พระอมาตย์ และคณะ (2543) ทำการประเมินผลโครงการพัฒนาการให้บริการผู้มีปัญหาทางจิตเวชโดยเครือข่ายระบบส่งต่องานสุขภาพจิต จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งการวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินเฉพาะกระบวนการ (Process) ที่เกิดขึ้นในขณะดำเนินโครงการ ระยะเวลาในการประเมินคือหลังจากสิ้นสุดโครงการไปแล้ว 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 พฤษภาคม 2543 ทำการรวบรวมข้อมูลจากทะเบียนรายงานต่างๆ การนิเทศงานสุขภาพจิตและแบบประเมินผลโครงการฯ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการศึกษา พบว่า ด้านการดำเนินงานได้มีการสร้างเครือข่ายระบบการส่งต่องานสุขภาพจิตระหว่างสาธารณสุขจังหวัด จังหวัดศรีสะเกษกับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ตลอดจนมีศูนย์รวบรวมข้อมูลขึ้นทั้ง 2 หน่วยงาน และได้มีการสร้างนวัตกรรมใหม่ในการดูแลผู้มีปัญหาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง คือ สมุดบันทึกสุขภาพและระบบทะเบียนรายงานต่างๆ ผู้มีปัญหาด้านจิตเวชได้รับการดูแลจากเครือข่าย โดยมี คปสอ. ที่ดำเนินการเรื่องนี้แล้ว ร้อยละ 86.36 ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมร้อยละ 57.0 อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือนของผู้ป่วยจิตเวช คือ ร้อยละ 2.42

ส่วนด้านความคิดเห็นของบุคลากรเครือข่าย พบว่า ความคิดเห็นต่อการดำเนินโครงการส่วนใหญ่เห็นด้วยระดับมาก คือ โครงการนี้ควรมีผู้รับผิดชอบเฉพาะ และควรบรรจุในแผนงานของหน่วยงานอย่างชัดเจน ความคิดเห็นในการส่งต่อข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับปานกลาง คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้มีปัญหา หรือแบบ ศก./รพ. พศ.01 และแบบ ศก./รพ. พศ. 03 ง่ายในการกรอกข้อมูล และข้อมูลที่ได้รับทำให้ดูแลผู้มีปัญหาต่อเนื่องในชุมชนได้ ความคิดเห็นต่อสมุดบันทึก

สุขภาพในการดูแลรักษาตนเอง พบว่า ส่วนใหญ่เห็นว่ามิใช่ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ร้อยละ 96.1 มีการบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกสุขภาพร้อยละ 89.3 และเห็นว่าไม่ควรปรับปรุงสมุดบันทึกสุขภาพ ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบส่งต่องานสุขภาพจิตในเขต รับผิดชอบอื่นๆ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

กนิษฐพจน์ เจริญภักดี และคณะ (2545) ได้ดำเนินโครงการโรงพยาบาลเครือข่ายจิตเวช ในเขต รับผิดชอบ 12 จังหวัดในภาคเหนือ ของโรงพยาบาลสวนปรุง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการ ด้านสุขภาพจิตในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ให้โรงพยาบาล เครือข่ายมีความพร้อมในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่รับผิดชอบได้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุม ให้การส่งต่อผู้ป่วยดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและได้รับการดูแลจากสถานพยาบาลในชุมชนของตนเอง และเพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและชุมชนยอมรับ ตลอดจนช่วยกันดูแลรักษาและป้องกัน แก้ไขปัญหาทางสุขภาพจิตด้วยพลังความคิดของชุมชนเองได้ดี ที่สุด โดยได้ดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายจิตเวชตั้งแต่ปลายปี พ.ศ.2542 ปัจจุบันมีโรงพยาบาล เข้าร่วมโครงการรวม 19 แห่ง

ดำเนินการโดยการจัดอบรมเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากร แล้วส่งแพทย์จากโรงพยาบาล สวนปรุงไปเป็นที่เล็งในการตรวจรักษาที่คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลเครือข่าย นิเทศเฉพาะกิจ โรงพยาบาลเครือข่ายร่วมกับศูนย์สุขภาพจิตเขต 10 และศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กภาคเหนือปีละ 2 ครั้ง ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน ประชุม อบรม สัมมนาโครงการปลดปล่อยตัวผู้ป่วยจิตเวชที่ ถูกล่ามขัง สร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อมในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช แก่ อสม.และญาติผู้ป่วย สนับสนุนเวชภัณฑ์ที่จำเป็นและเทคโนโลยีต่างๆ ทางวิชาการ สนับสนุนวิทยากรใน การอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรของโรงพยาบาลเครือข่าย และสนับสนุนบุคลากรของโรงพยาบาล เครือข่ายให้เข้ารับการอบรมเพิ่มเติมหลักสูตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชหลักสูตร 4 เดือน ณ โรงพยาบาลสวนปรุง

ผลการดำเนินงาน 1) ด้านบริหาร มีการติดต่อประสานในการจัดการทรัพยากรและเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลเครือข่ายรับเป็นธุระส่งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมารับยาที่โรงพยาบาลสวนปรุงแทนผู้ป่วย ได้รูปแบบการดำเนินงานในทิศทางเดียวกัน 2) ด้านบริการ โรงพยาบาลเครือข่ายสามารถให้บริการใน คลินิกจิตเวชที่ถูกต้องมากขึ้น ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลต่อเนื่องจากสถานบริการในชุมชน ผู้ป่วยล่ามขัง ในพื้นที่ได้รับการสำรวจและเตรียมการเพื่อให้มีการปลดปล่อยโซ่ตรวนต่อไป ผู้ป่วยโรคทางกายที่มี ปัญหาซับซ้อนด้านจิตเวช เช่น ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยคิดสุรา ได้รับการให้คำปรึกษาจากจิตแพทย์ที่ไป ช่วยเป็นที่เล็ง เกิดกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือ (self help group) ของผู้ป่วยจิตเวช และพบว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเวช ที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสวนปรุง และเคยมาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วย ใน มีจำนวนลดลง ร้อยละ 20 และ 3) ด้านวิชาการ มีการถ่ายทอดเทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน บุคลากร โรงพยาบาลเครือข่ายมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น จากการที่มีจิตแพทย์ไปเป็นที่เล็ง บุคลากรที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลเครือข่ายเกิดความรู้สึภาคภูมิใจที่มีผู้เชี่ยวชาญด้าน

จิตเวช หรือมีจิตแพทย์ไปช่วยเหลือ ทำให้คลินิกจิตเวชได้รับการยอมรับมากขึ้น และสามารถคัดกรอง ผู้ปฏิบัติงานจริงด้านสุขภาพจิต เข้ารับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางทางพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

สุพรรณ สมจิตรสกุล (2550) ได้ทำการศึกษา การเรียนรู้ของทีมนักปลากจังหวัดนครพนม เรียนรู้ จากบทเรียนที่ล้มเหลว “การเรียนรู้ของทีมนักปลาก” กล่าวคือเดิมโรงพยาบาลปลากได้มีการจัดระบบ คลินิกเบาหวานในโรงพยาบาล โดยมีผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดบริการ ต่อมาในปี 2545 เมื่อมีโครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้เครือข่ายบริการมองว่า สถานื่อนามัยที่อยู่มีอาณาเขตติดอำเภอเมือง จึงได้จัดบริการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อกันไม่ให้ผู้ป่วยไปรับบริการในเขตบริการที่อื่น โดยจัดรูปแบบ โรงพยาบาลสาขาโดยมีแพทย์ ทันตแพทย์ เกษตรกร พยาบาล ออกให้บริการในสถานื่อนามัยกุดาไ้ มหาชัย โพนสว่าง นามะเชื้อ บริการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หมุนเวียนกันไป แต่ดำเนินการได้เพียง 1 ปี ต้อง ขกเลิกด้วยเหตุปัจจัยทั้งทางโรงพยาบาลและสถานื่อนามัย เมื่อได้วิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้มีการ ล้มเหลว คือ 1) การเตรียมพร้อมในด้านผู้ให้บริการ 2) การเตรียมระบบการดูแลผู้รับบริการไม่ สอดคล้องกับความต้องการ เช่น การเจาะเลือดรอล่วงหน้า และ 3) รูปแบบที่ดำเนินการเป็นระบบพึ่งพา โรงพยาบาลมากเกินไป

ต่อมาในปี 2546 ผู้ป่วยที่เคยเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบบริการคลินิก ได้พยายามขอให้ทาง โรงพยาบาลจัดระบบบริการในสถานื่อนามัย ทางทีมได้ร่วมพูดคุยกับผู้ที่เกี่ยวข้อง และนำบทเรียนการ จัดบริการที่ผ่านมาเป็นข้อพิจารณาในการปรับเปลี่ยนระบบบริการ ผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยชาวบ้าน โคนสูง ซึ่งเป็นคนเผ่าไทโซ่ ที่อพยพมาจากอำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร และชาวบ้านนกเหาะ ส่วนใหญ่เป็น ชนเผ่าผู้ไท อาศัยอยู่ใกล้สถานื่อนามัยโคนสูงไม่เกิน 2 กิโลเมตร ให้บริการเฉพาะผู้ป่วยเก่า ไม่มี ภาวะแทรกซ้อน ควบคุมโรคได้ดี ต้องไปตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลปีละ 1 ครั้ง และสมัครใจมารับ บริการที่สถานื่อนามัย ดำเนินการโดยทีมโรงพยาบาล (แพทย์ และพยาบาล) ลงพื้นที่ไปช่วยจัดระบบ บริการ กำหนดวันบริการเป็นวันอังคาร โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) ผู้ป่วยรับการเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาล โดยลูกจ้างสถานื่อนามัย 2) ตรวจรักษาโดยเจ้าหน้าที่สถานื่อนามัย (ระยะเริ่มแรกจะมีแพทย์นั่งเป็นที่ ปรีกษา แต่ไม่ตรวจ เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจแก่เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ) และ 3) รับยาโดยผู้ตรวจ รักษา ซึ่งสามารถทำให้อธิบายการใช้ยาและพูดคุยเรื่องการควบคุมโรคกับผู้ป่วยได้ด้วย

ผลการดำเนินการพบว่า ผู้ป่วยที่รับบริการมีความสุขในการบริการที่ใกล้บ้าน รู้สึกใกล้ชิดกับ ผู้ให้บริการ บอกความต้องการ “มันใกล้บ้าน ถีบจักรยานมาก็ถึง อยากได้อะไรก็บอก เพราะเป็นหมอบ้าน เราเอง” ผู้ป่วยที่ส่งกลับมารับบริการที่โรงพยาบาลมีจำนวนน้อยเพียง 2-3 ราย การคัดกรองผู้ป่วยใน ชุมชน ทำโดยไม่ต้องลงพื้นที่ (ผู้ป่วยบอกญาติไปตรวจเอง) เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยผู้ให้บริการ ได้ใกล้ชิด กับชุมชน สามารถเปิดบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน เจ้าหน้าที่สถานื่อนามัยมีความ ต้องการพัฒนาระบบบริการ เช่น การพัฒนาระบบการให้ความรู้ การศึกษาวิถีชีวิตผู้ป่วยเบาหวานในเผ่า ไทโซ่ สิ่งที่ได้ทำต่อ มีพื้นที่สถานื่อนามัยอื่นๆ มีความสนใจที่จะเปิดบริการผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ เช่น สถานื่อนามัยมหาชัย สถานื่อนามัยกุดาไ้ (ซึ่งเป็นพื้นที่ที่เคยล้มเหลวมาแล้ว) ซึ่งจากการเรียนรู้พบว่าการ จัดระบบบริการจำเป็นต้องมีการเตรียมผู้รับบริการ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและผู้ให้การสนับสนุน ระบบที่

เอื้อต่อการส่งต่อการสนับสนุนสิ่งของ และวิชาการ รวมทั้งการเสริมกำลังใจ ซึ่งความสม่ำเสมอในการสนับสนุน รูปแบบการจัดบริการ ต้องหลากหลาย ไม่ตายตัว ชีตหุ่นค่อบริบทของชุมชนและสถานบริการ

โรงพยาบาลสวนปรุง (2546) ได้สรุปผลการดำเนินงาน โครงการสนับสนุน โรงพยาบาลเครือข่าย สุขภาพจิตและจิตเวช โดยได้ทำการประเมินผลการให้บริการในโรงพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 ทั้งหมด 6 จังหวัดได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดลำพูน จังหวัดลำปาง จังหวัดเชียงราย จังหวัดพะเยา และจังหวัดแม่ฮ่องสอน รวมมีโรงพยาบาลเครือข่ายทั้งหมด 19 แห่ง โดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต การมารับบริการร่วมด้วย ทำการประเมินผลการสนับสนุนงานโรงพยาบาลเครือข่ายสำหรับทีมงานจิตเวช ประเมินผลจากผู้ป่วยญาติที่มาใช้บริการ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้รับผิดชอบงานโรงพยาบาลเครือข่าย ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลเครือข่ายได้ให้บริการในปี พ.ศ.2546 ในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลเครือข่ายทั้งหมด 64 ครั้ง โดยเป็นบริการก่อนพบแพทย์ จำนวน 1,832 ราย ให้บริการตรวจรักษาโดยจิตแพทย์ 2,646 ราย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ 483 ราย ให้บริการปรึกษาเชิงลึก 137 ราย ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ร่วมกับบุคลากรเครือข่าย 33 ราย เตรียมความพร้อมโรงพยาบาลเครือข่ายใหม่ 3 ครั้ง ทีมงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลเครือข่ายที่ทำการประเมินรวม 6 จังหวัด มีจำนวน 70 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 31-40 ปี ทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระยะเวลาที่ทำงานอยู่ในตำแหน่งอยู่ในช่วง ½ - 5 ปี ส่วนใหญ่เคยผ่านหลักสูตรสุขภาพจิตและจิตเวช หลักสูตรที่ผ่านมากที่สุดคือ Basic Course บุคลากรที่ให้บริการของโรงพยาบาลเครือข่ายส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.606 (SD = 0.562) ปัญหาและข้อเสนอแนะจากทีมงานสุขภาพจิตในแต่ละโรงพยาบาลเครือข่าย คือ ผู้ป่วยได้รับใบแจ้งนัดหมายจากโรงพยาบาลสวนปรุงล่าช้า ระยะเวลาในการทำงานร่วมกันในเครือข่ายมีน้อย ระบบการ Consult จิตแพทย์ยังไม่สะดวก แผนการออกให้บริการไม่แน่นอน และมีปัญหาในการนัดหมายผู้ป่วยในพื้นที่ บางครั้ง ข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการทำ Case conference และลงเยี่ยมชุมชนบ้าง ประชุมทีมผู้รับผิดชอบ และประเมินผลเป็นระยะๆ อยากให้มีวิชาการ และแผนประจำปีที่ชัดเจนในการออกให้บริการ น่าจะเพิ่มเวลาในการให้บริการมากขึ้น จากผลการประเมินความพึงพอใจในการมารับบริการโรงพยาบาลเครือข่าย จากผู้ป่วยและญาติ พบว่าผู้ที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย อายุ 15-29 ปี สถานภาพสมรสโสด ระดับการศึกษาประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 1,000 บาท/เดือน รายได้ส่วนใหญ่ไม่พอใช้ ระยะเวลาที่ป่วยมากที่สุดคือ 6-10 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการเยี่ยมบ้านจากบุคลากรของโรงพยาบาลเครือข่าย (รพช.สถานีนอนมัย) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประเภทบัตรประกันสุขภาพบัตรทอง มารับบริการที่โรงพยาบาลเครือข่ายเพราะรู้ว่ามียุทธศาสตร์สุขภาพจิตในโรงพยาบาลใกล้บ้าน ผลการประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยหรือญาติที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเครือข่าย ต่อคลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลเครือข่ายทั้ง 6 จังหวัด ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ 2.342 SD. 6.874)

ปัญหาและข้อเสนอแนะ จากแบบประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติ คือ บุคลากรที่ให้บริการมีน้อย แพทย์ปรับเปลี่ยนยาอื่นแล้วไม่ดีขึ้น ห่วงยาไม่ให้ยาตามที่แพทย์สั่ง ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา

ต้องแอบผสมในเครื่องดื่มให้กิน ญาติเบื่อนำยพุดิกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องรอนานและเข้า
บางโรงพยาบาลไม่มียาบางตัวทำให้ต้องไปซื้อยาดังกล่าวที่โรงพยาบาลสวนปรุงทำให้เสียเวลา ค่าใช้จ่าย
มาก อยากให้หนักครั้งต่อไปประมาณ 3-6 เดือน ข้อเสนอแนะอื่นๆ คือ มีบริการที่ใหม่ๆ เช่น กิจกรรมกลุ่ม
บำบัด ขอให้เจ้าหน้าที่อธิบายเมื่อมีการเปลี่ยนยาเพราะกลัวไม่ถูกโรคและมีผลข้างเคียงของยา การรับ
บริการที่โรงพยาบาลใกล้บ้านดีที่สุด ควรมีห้องให้การปรึกษาเป็นสัดส่วน ข้อมูลประวัติการรับยาของ
ผู้ป่วยควรส่งให้สถานีอนามัยใกล้บ้านด้วย เพราะรับยาสะดวกและรวดเร็วกว่า

ผลการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลเครือข่ายกับโรงพยาบาล
สวนปรุงพบว่า ค่าใช้จ่ายในการไปใช้บริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายเมื่อมารับ
บริการที่โรงพยาบาลสวนปรุง มากกว่าโรงพยาบาลเครือข่ายร้อยละ 80.0 จากการเปรียบเทียบระยะเวลา
ในการไปใช้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเครือข่ายกับโรงพยาบาลสวนปรุง
พบว่าใช้ระยะเวลาที่โรงพยาบาลสวนปรุงมากกว่าโรงพยาบาลเครือข่ายร้อยละ 88.0

ดำรง แวอาลี และคณะ (2546) ทำการศึกษาผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาศักยภาพการ
บริการจิตเวชในโรงพยาบาลเครือข่าย พบส 12/2 ของโรงพยาบาลยะลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา
ศักยภาพโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเบื้องต้น ให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถ
ไปรับบริการในโรงพยาบาลใกล้บ้าน ให้สอดคล้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลดความ
แออัดของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศูนย์ยะลาและเพื่อพัฒนาระบบส่งต่อทั้งไปและกลับในผู้ป่วยจิตเวช
ดำเนินการโดยจัดประชุมสัมมนาแนวทางในการดำเนินงาน จัดประชุมวิชาการสำหรับพยาบาลใน
โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนในเขต พบส. 12/2 ทำการสำรวจทางจิตเวชของโรงพยาบาลทั้ง
30 แห่ง และทำบัญชียาของทุกโรงพยาบาล ทำแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชอย่างละเอียด รวมถึง
แผนการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ดำเนินการส่งผู้ป่วยกลับ และนิเทศติดตามและเขียนเขียนใน
โรงพยาบาลต่างๆ ทั้ง 3 จังหวัด ผลการศึกษาพบว่าแพทย์ พยาบาลและเภสัชกรในโรงพยาบาลทั่วไป
โรงพยาบาลชุมชน มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น มียาจิตเวชเพิ่มมากขึ้น มีคลินิกจิตเวชเกิดขึ้น
14 แห่ง ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลใกล้บ้าน ลดค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อม
ในการเดินทางมาโรงพยาบาลยะลา เกิดเครือข่ายในการบริการจิตเวชในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาล
ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส มีการประสานงานและปรึกษาเรื่องผู้ป่วย
ทางโทรศัพท์ ระหว่างแพทย์ในเครือข่ายกับจิตแพทย์ และการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชมายังโรงพยาบาลยะลา
ลดลง

งานจิตเวชชุมชน (Community Psychiatry)

1. ความหมาย

จิตเวชชุมชน (Community Psychiatry) เป็นแขนงหนึ่งในวิชาจิตเวชที่ประยุกต์เอาวิชาสาธารณสุข
(Public Health) มาแก้ปัญหาทางจิตเวช ในความหมายของจิตเวชชุมชนดังกล่าวนี้ สามารถมองได้ 2 ด้าน
คือ (กวี สุวรรณกิจ, 2536)

1.1 เป็นการใช้วิชาทางจิตเวช เพื่อชุมชน หรือกลุ่มชนที่อยู่ร่วมกัน เป็นการนำเอาการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจเข้าไปในชุมชน แทนที่จะใช้วิชาการนี้อยู่แต่ใน หน่วยงานจิตเวชเท่านั้น

1.2 เป็นการนำเอาสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของชุมชนเข้าไปปรุงแต่งเปลี่ยนแปลงสภาพบรรยากาศ ของหน่วยงานจิตเวชให้ดีขึ้น รวมทั้งปรับปรุงเพิ่มเติมวิธีการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ให้ดีขึ้นอีกด้วย

กล่าวโดยสรุป คือ จิตเวชชุมชนเป็นวิชาที่ว่าด้วยการนำเอาการปฏิบัติงานด้านการรักษา การป้องกันโรคทางด้านจิตเวชศาสตร์ และการส่งเสริมสุขภาพจิตรวมกันนำไปใช้กับชุมชน โดยเน้นการ เข้าถึงชุมชนหรือการลดอุปสรรคต่างๆ ที่ทำให้ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการ

2. แนวทางปฏิบัติสำหรับจิตเวชชุมชน (สมพงษ์ รังสิตพรหมณกุล, 2528; กวี สุวรรณกิจ, 2536 สุโขทัยธรรมาราช, 2539;)

นักวิชาการหลายท่านกล่าวว่างานบริการทางจิตที่มีอยู่ พบว่าหลายคนในชุมชนไม่สามารถรับ บริการได้เนื่องจากมีอุปสรรคหลายอย่าง เช่น ทางด้านระยะทาง ปัญหาทางการเงิน ความไม่รู้ และไม่ เห็นความสำคัญเป็นต้น ดังนั้นแนวทางที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน ควรมีดังนี้

2.1 มีกลุ่มประชากรเป้าหมาย (a population focus) และรับผิดชอบต่อประชากรทั้งหมดในพื้นที่ ที่ได้รับมอบหมายให้อยู่ภายใต้การดูแลของศูนย์สุขภาพจิตชุมชนแต่ละแห่ง

2.2 เน้นการป้องกันทางจิตเวช (preventive psychiatry)

2.3 สถานที่ให้บริการใกล้ผู้ป่วยมากที่สุด มีเป้าหมายสำคัญคือทำให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสังคมของ ตนเอง มีความสะดวกที่ทุกคนสามารถจะไปรับบริการได้

2.4 จัดบริการสมบูรณ์แบบ คือ มีบริการทุกชนิดที่จำเป็น เช่น บริการฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน บริการให้การปรึกษา เป็นต้น

2.5 มีลักษณะ multidisciplinary team approach ทีมงานจากหลายสาขาวิชา เช่น จิตแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้ขอบเขตของความสามารถในการดำเนินงานกว้างขึ้นและมีประสิทธิภาพดีขึ้น

2.6 มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการดูแลที่สะดวก รวดเร็ว และเกิดผลดีที่สุดกับผู้ป่วย

2.7 ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เพื่อให้การให้บริการเป็นไปตามความต้องการและปัญหา ของชุมชนในที่นั้นๆ

2.8 การให้บริการปรึกษาทางสุขภาพจิต เป็นที่ปรึกษากับหน่วยงานอื่นๆ ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงาน สามารถให้บริการสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม

3. การป้องกันทางด้านจิตเวช (สมพงษ์ รังสิตพรหมณกุล, 2528; กวี สุวรรณกิจ, 2536)

แนวคิดหลักของงานจิตเวชชุมชนอีกประการหนึ่ง คือ เป้าหมายในการป้องกันโรคจิตประสาท แบ่งออกเป็นการป้องกัน 3 ระดับ

3.1 การป้องกันขั้นต้น (Primary Prevention) เป็นการป้องกันที่สาเหตุ ลดอัตราการเกิดโรคทางจิตประสาทในกลุ่มประชากร โดยจัดสาเหตุหรือสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคจิตประสาท ซึ่งสาเหตุนั้นพอแบ่งได้ 3 ประเภท คือ สาเหตุทางชีววิทยา (Biological factor) สาเหตุทางด้านจิตใจ (Psychological factor) สาเหตุทางสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factor) กิจกรรมการดำเนินงานประกอบด้วย การกำจัดเหตุ (Removing the agent) การกำจัดการนำโรค (Intervention in transmission) และการเพิ่มความต้านทานโรค (Enhancing host resistance) ดำเนินการดังนี้

3.1.1 การให้การศึกษาแก่ประชาชนโดยตรงในด้านความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

3.1.2 การจัดบริการโดยตรงต่อประชาชนในภาวะวิกฤต ซึ่งต้องการความช่วยเหลืออย่างรีบด่วน

3.1.3 เป็นที่ปรึกษาแนะนำและให้การศึกษาต่อกลุ่มบุคคลซึ่งจะช่วยเหลือประชาชนได้อีกคนหนึ่ง เช่น กลุ่มครู พระ นักสังคมสงเคราะห์ หรือกลุ่มอื่นๆ ซึ่งมีหน้าที่ต้องติดต่อกับคนส่วนมากอยู่แล้ว

3.2 การป้องกันขั้นที่สอง (Secondary Prevention) การค้นพบผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก และให้การรักษาโดยเร็วที่สุด เป็นการช่วยให้ระยะเวลาการรักษาสั้นลงป้องกันการเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง เพราะการเป็นโรคทางจิตเวช ยิ่งป่วยนานจะทำให้ความสามารถในด้านต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง การด้อยความสามารถในผู้ป่วยจิตเวช มี 3 ชนิด คือ การด้อยความสามารถที่จะเข้าสังคม การด้อยความสามารถในการประกอบอาชีพ และการด้อยความสามารถในการพึ่งตนเอง ซึ่งต้องทำให้ผู้ป่วยอื่นอย่างมากมาย

3.3 การป้องกันขั้นที่สาม (Tertiary Prevention) คือ การป้องกันการขาดสมรรถภาพภายหลังการเจ็บป่วยทางจิตประสาท และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการจัดบริการฟื้นฟูบุคลิกภาพ สมรรถภาพ และการเฝ้าติดตามผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษากับศูนย์สุขภาพจิตทุกคน เพื่อให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ตลอดจนการให้การช่วยเหลือต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวกับสังคมของตน จึงเป็นการป้องกันการกลับมาของโรคทางจิตเวช โดยการพยายามลดความด้อยความสามารถต่างๆ ที่เกิดขึ้น ด้วยวิธีการที่เรียกว่าการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) เป็นขบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความคิดริเริ่ม สามารถตัดสินใจและพึ่งตนเองได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงการฝึกหัดทักษะการเข้าสังคม การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และการฝึกอาชีพ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน

4. มาตรฐานงานสุขภาพจิตและจิตเวชของหน่วยงานระดับโรงพยาบาลชุมชน

เพื่อให้ผู้รับบริการที่อยู่ในชุมชนได้รับบริการที่มีคุณภาพในชุมชน กรมสุขภาพจิตได้กำหนดมาตรฐานงานสุขภาพจิตและจิตเวชในระบบบริการสาธารณสุข สำหรับโรงพยาบาลชุมชนไว้ ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2548)

4.1 ด้านบำบัด รักษา

4.1.1 การบำบัด รักษาทางสุขภาพจิตและจิตเวชเบื้องต้นในแผนกบริการผู้ป่วยนอก เพื่อให้

ผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้รับการบำบัดรักษาทางจิตเวชเบื้องต้น และได้รับยาอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมที่ทำประกอบด้วย การคัดกรองเบื้องต้น การตรวจวินิจฉัยบำบัดรักษาจิตเวชเบื้องต้น ดูแลให้ได้รับยาทางจิตเวชเพื่อการรักษาต่อเนื่องและส่งต่อในรายที่จำเป็นต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

4.1.2 การกระตุ้นพัฒนาการเด็ก เพื่อประเมินและคัดกรองด้านพัฒนาการเด็ก และเด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย กิจกรรมที่ต้องทำประกอบด้วยการคัดกรองเบื้องต้นในคลินิกสุขภาพเด็กดีและประเมินพัฒนาการตามแบบคัดกรอง กระตุ้นพัฒนาการเด็กและส่งต่อในรายที่ผิดปกติ

4.1.3 บริการคลายเครียด เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการคลายเครียดและเกิดความพึงพอใจ กิจกรรมที่ทำประกอบด้วย คัดกรองผู้รับบริการ โดยใช้แบบประเมินความเครียด ให้การปรึกษา จัดกิจกรรมคลายเครียดตามความเหมาะสม และส่งต่อในรายที่มีระดับความเครียดรุนแรง

4.1.4 การดูแลสังคมและจิตใจ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลทางสังคมจิตใจ โดยให้บริการตามความเหมาะสม บันทึกข้อมูล วางแผนให้การช่วยเหลือให้บริการในรายที่จำเป็นร่วมกับทีมสุขภาพจิตรวมทั้งการติดตามประเมินผลและส่งต่อในรายที่มีปัญหาซับซ้อน

4.1.5 บริการจิตเวชฉุกเฉิน เช่น ผู้พยายามฆ่าตัวตาย หรือก้าวร้าว รุนแรง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการช่วยเหลือทันที กิจกรรมที่ทำประกอบด้วย การช่วยเหลือเบื้องต้น การวินิจฉัยและการรักษาทางจิตเวชเร่งด่วน การให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ญาติและครอบครัว และการส่งต่อในรายที่จำเป็น

4.2 ด้านส่งเสริม ป้องกัน

4.2.1 การคัดกรอง ประเมินปัญหาสุขภาพจิต เพื่อค้นหาผู้มีความผิดปกติด้านสุขภาพจิตในระยะเริ่มแรก กิจกรรมที่ทำประกอบด้วย ประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ตามแบบประเมิน และประเมินพัฒนาการเด็กตามแบบประเมินในกลุ่มต่างๆ เช่น เด็กแรกเกิด การวัด EQ และคัดกรองภาวะออทิสติกเป็นต้น

4.2.2 การคัดกรองกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น เอดส์ ความเครียด ซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย ยาเสพติด ครอบครัว พฤติกรรม เพศ และการเรียน เป็นต้น เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต โดยการใช้แบบคัดกรองในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

4.2.3 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต

(1) เครือข่ายทางสังคม เพื่อสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่นการจัดตั้งศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น การสนับสนุนให้แกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในงานสุขภาพจิต

(2) ชุมชนผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการดูแลแบบองค์รวม โดยสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ และจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล มีบริการตรวจสุขภาพเบื้องต้น การประเมินภาวะเครียด ซึมเศร้า ให้ความรู้/ข้อมูลด้านการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น กิจกรรมวันผู้สูงอายุ

4.2.4 การให้ความรู้ทางสุขภาพจิต ในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น หญิงตั้งครรภ์ การพัฒนา EQ ในเด็ก ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน พระสงฆ์ บุคลากรในสถานประกอบการ แกนนำนักเรียนมัธยม และประชาชนในชุมชน เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ด้านสุขภาพจิต กิจกรรมประกอบด้วยการให้ความรู้ด้าน

สุขภาพจิตแก่กลุ่มเป้าหมายตามสื่อต่างๆ ให้ผู้ศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ สนับสนุนสื่อให้กับหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน อบรบทักษะชีวิต และให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตกับประชาชนในชุมชน

4.3 ด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ

4.3.1 ติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยจัดระบบส่งต่อการดูแลช่วยเหลือ เชื่อมบ้านในรายที่มีปัญหาซับซ้อน ให้ความรู้และข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยจิตเวชและญาติ เช่น การสังเกตความผิดปกติ และการดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

4.3.2 จัดกิจกรรมฟื้นฟูทางสังคมจิตใจในกลุ่มเป้าหมายเช่น กลุ่มผู้ป่วยเอดส์ และกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจ กิจกรรมประกอบด้วย จัดกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมจิตใจในกลุ่มเป้าหมายโดยการจัดกิจกรรมนันทนาการ และการทำ Focus group เป็นต้น

5. บทบาท หน้าที่ของทีมสุขภาพจิตกับงานสุขภาพจิตชุมชน

ในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนจะต้องมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมจึงจะทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ บทบาทหน้าที่ในแต่ละวิชาชีพมีดังนี้

5.1 บทบาท หน้าที่ของจิตแพทย์กับงานสุขภาพจิตชุมชน

จิตแพทย์มีหน้าที่ความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตชุมชน ดังต่อไปนี้

5.1.1 รับผิดชอบต่อประชากรในชุมชน (Responsibility to a population) ซึ่งหมายถึง การมีแผนที่จะค้นหาความต้องการทางด้านสุขภาพจิตทั้งหมดที่มีในชุมชน ให้ความสำคัญของการส่งเสริมป้องกัน ไม่น้อยกว่าด้านการรักษา และเป็นบริการที่ควรครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มในชุมชน

5.1.2 ให้บริการดูแลรักษาที่อยู่ใกล้ชิดชุมชน (Treatment close to the patient) บริการสุขภาพจิตควรจัดไว้ในบริเวณใกล้เคียงกับที่อยู่หรือที่ทำงานของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้บริการได้โดยเร็ว สะดวกและการอยู่รักษาในสถานบริการจะใช้เวลาเพียงสั้นๆ เท่านั้น

5.1.3 สามารถให้บริการแบบเบ็ดเสร็จได้ (Comprehensive services) โดยมีบริการหลายอย่างตามความต้องการและความจำเป็นของชุมชน ได้แก่

(1) บริการจิตเวชฉุกเฉิน (Emergency services) ตลอด 24 ชั่วโมง

(2) บริการผู้ป่วยนอก (Outpatient services)

(3) บริการโรงพยาบาลเฉพาะช่วงเวลา (Partial hospitalization) เช่น โรงพยาบาลกลางวัน

(4) บริการผู้ป่วยใน (Inpatient services)

(5) บริการให้คำปรึกษาและสุขภาพจิตศึกษา (Consultation – education services)

นอกจากนี้ยังควรมีบริการสุขภาพจิตสำหรับเด็ก คนชรา ผู้ติดสุราและผู้ติดสารเสพติด การคัดแยกผู้ป่วยที่มีปัญหาก่อนรับไว้รักษาในโรงพยาบาล การติดตามดูแลรักษาหลังออกจากโรงพยาบาล (follow up services) บริการแบบบ้านถึงวิธี เป็นต้น

5.1.4 ร่วมทำงานเป็นทีม (Multidisciplinary team approach) ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช เป็นต้น เพื่อให้สามารถครอบคลุมปัญหาและให้การช่วยเหลือได้ทั่วถึง

5.1.5 สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง (Continuity of care) ตั้งแต่การรับบริการที่แผนกฉุกเฉิน การรักษาในโรงพยาบาล การติดตามดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล มีการโอนหรือส่งต่อข้อมูลที่เป็นของผู้ป่วย หรือส่งไปรับบริการในสถานบริการที่ใกล้บ้านผู้ป่วย

5.1.6 จัดการให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Consumer participation) ให้ชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการตัดสินใจ และจัดหาบริการต่างๆ สำหรับชุมชนของเขา

5.1.7 ส่งเสริมให้มีการป้องกันทางด้านจิตเวช (Prevention) โดยบริการจะต้องครอบคลุมการป้องกันทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ การป้องกันปฐมภูมิ การป้องกันทุติยภูมิ และการป้องกันตติยภูมิ

5.1.8 บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต (Mental health consultation) คำปรึกษาที่ให้ อาจเป็นในรูปของการเน้นที่ตัวผู้รับคำปรึกษา (Consultee centered) หรือบริการอาจจะเน้นการแก้ไขที่ตัวระบบ หรือสิ่งที่กระทบต่อผู้ป่วย (Program centered) เป็นสำคัญ

5.1.9 การประเมินผลและการวิจัย (Evaluation and research) เพื่อทราบถึงสภาวะการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น และหาข้อมูลความเป็นจริงของปัญหาที่มีอยู่เพื่อวางแผนการดำเนินงานให้ได้ผลดียิ่งขึ้น

5.1.10 มีการติดต่อเชื่อมโยงกับบริการอื่นๆ ในชุมชน (Linkage to health and human services) เพื่อสนับสนุนและช่วยเหลือซึ่งกันและกันกับองค์กรอื่นๆ ที่ให้บริการในชุมชน

5.2 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลกับงานสุขภาพจิตชุมชน

เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีความใกล้ชิด และมีบทบาทสำคัญในการดูแล ผู้รับบริการและครอบครัว ตลอดจนพยาบาลมีบทบาทในการดูแลบุคคลให้ครอบคลุม กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ เพื่อให้เป็นการดูแลแบบองค์รวมแล้ว พยาบาลต้องมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเองและมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิตชุมชน และจิตเวชชุมชน เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตั้งแต่เริ่มต้นและตรงตามสภาพปัญหาที่แท้จริง รวมทั้งมีความต่อเนื่องและมีคุณภาพ ในการดูแล ผู้รับบริการที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต และจิตเวช

บทบาทของพยาบาลในงานสุขภาพจิตชุมชน เพื่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี และป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพ เพราะถือว่าผู้รับบริการคือคนในชุมชนทั้งหมด การพยาบาล จึงควรยึดหลักการป้องกัน 3 ระยะ โดยพยาบาลในงานสุขภาพจิตชุมชนมีบทบาท และวิธีการให้บริการจะประกอบด้วย

5.2.1 การรักษาหรือให้คำปรึกษา งานในด้านสุขภาพจิตชุมชนจะมุ่งเน้นบริการรักษา สำหรับครอบครัวและชุมชน ซึ่งหมายความว่าถ้ามีผู้ป่วยมารักษา ผู้ให้บริการไม่เพียงแต่จะรักษาดูแล เฉพาะตัวผู้ป่วยคนเดียวเท่านั้น แต่จะให้ความอนุเคราะห์ดูแลทั้งครอบครัวและผู้ใกล้ชิดของผู้นั้นด้วย ว่ามีผลกระทบต่อนุภาพจิตเพียงไร ตลอดจนผลกระทบที่อาจจะเกิดต่อชุมชนอีกด้วย

5.2.2 งานการป้องกัน ซึ่งแยกการป้องกันออกเป็น 3 ระดับ คือ

(1) การป้องกันขั้นต้น เป็นงานที่มุ่งลดอัตราการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการส่งเสริมและการป้องกันการเกิดปัญหาทางจิต โดยป้องกันการเกิดตัวก่อความเครียด ส่งเสริมให้ประชาชนหาแนวทางการเผชิญกับตัวก่อความเครียดในทางที่ถูก และมุ่งเน้นหรือค้นหากลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง โดยปฏิบัติดังนี้

- ค้นหาสิ่งทำให้เกิดความเครียดต่อชุมชน และหากกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยง
- จัดกลุ่มส่งเสริมและให้ความรู้ แก่ผู้ปกครองในการดูแลวัยรุ่น จัดกลุ่มในโรงเรียน จัดศูนย์บริการสุขภาพจิต
- จัดกลุ่มกิจกรรมช่วยเหลือสำหรับรายบุคคล ครอบครัว คู่รัก
- เป็นผู้ให้การปรึกษาในการดูแลสุขภาพจิต
- ให้การศึกษาด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชนด้วยวิธีต่างๆ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิต และความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ

- วางแผน และกำหนดนโยบายให้บริการด้านการพยาบาลจิตเวชชุมชน

(2) การป้องกันขั้นที่สอง เป็นงานที่มุ่งลดความชุกของโรค เป็นการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในระยะสั้นๆ สืบค้นผู้มีปัญหาทางจิตให้ได้รักษาทันทั่วถึง เพื่อไม่ให้อาการป่วยเกิดเรื้อรังหรือรุนแรง โดยปฏิบัติดังนี้

- การทำจิตบำบัดทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว
- การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย และให้การช่วยเหลือผู้ที่เข้าสู่ภาวะวิกฤต
- ให้การปรึกษาและเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้มีปัญหาทางจิต
- ช่วยลดภาวะความตึงเครียดหรือความกดดัน ที่เกิดกับประชาชนหรือชุมชน

เพื่อส่งเสริมสุขภาพ

- สืบค้นผู้ป่วยและส่งต่อให้ได้รับการรักษาโดยเร็ว
- ให้บริการฉุกเฉินทางด้านสุขภาพจิต
- ให้บริการ คัดกรอง และประเมินแก่ผู้มารับบริการ
- การให้บริการในโรงพยาบาล และดูแลการให้ยาผู้ป่วย ฯลฯ

(3) การป้องกันขั้นที่สาม เป็นการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้มีปัญหาทางจิต เพื่อลดความชุกของโรค โดยปฏิบัติดังนี้

- ทำแผนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล
- ประสานงาน ช่วยเหลือติดตามผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัด การเยี่ยมบ้าน และบริการอื่นๆ
- สอนให้ผู้ป่วยรู้จักดูแลตนเองก่อนออกจากโรงพยาบาล
- บริการให้การสนับสนุนผู้ป่วย

- การทำจิตบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัว
- ส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และต่อเนื่อง
- จัดโครงการ โรงพยาบาลเฉพาะบางเวลา

5.3 บทบาท หน้าที่ของงานจิตวิทยาคลินิก

งานจิตวิทยาคลินิกชุมชน เป็นการประยุกต์องค์ความรู้ทางจิตวิทยาคลินิก และจิตวิทยาสาขาอื่นๆ มาใช้ในการรณรงค์ ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้กับประชาชนในชุมชนทุกระดับ ด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาและจัดทำสื่อฝึกอบรมและเผยแพร่ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์และสื่ออื่นๆ โดยมุ่งให้ประชาชนมีแรงจูงใจ เกิดการเรียนรู้ สนใจที่จะปรับพฤติกรรม และพัฒนาตนเองให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น หรือพ้นจากภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญาสุขภาพจิต นอกจากนี้ การดำเนินงานยังมุ่งเน้นประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็ก และเยาวชนที่มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพ การคิด สารเสพติด เด็กที่ถูกกระทำทารุณกรรม ผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ผู้ประสบอุบัติเหตุ ผู้ว่างงาน ผู้อพยพ และผู้สูงอายุ และเป็นที่พักพิงให้องค์กรต่างๆ ในชุมชน ซึ่งประกอบด้วงานสำคัญ ดังต่อไปนี้

5.3.1 การถ่ายทอดความรู้ทางจิตวิทยาคลินิก สุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน

5.3.2 การสืบค้นปัญหาสุขภาพจิตในระยะเริ่มแรกของกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ในชุมชนด้วย

เครื่องมือและกระบวนการทางจิตวิทยา

5.3.3 ส่งเสริมและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต ในระยะเริ่มแรก

5.3.4 การพัฒนาบุคลิกภาพ

5.3.5 การถ่ายทอดแนวคิดทางจิตวิทยาเพื่อผลิตรูปแบบและพัฒนาสื่อต่างๆ ในการ

รณรงค์และส่งเสริมสุขภาพจิต

5.4 บทบาท หน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์

ให้บริการแก่ผู้รับบริการในชุมชน แบ่งตามระดับของการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้ 3 ระดับ ดังนี้คือ

5.4.1 ด้านป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในกลุ่มเสี่ยง โดยให้การปรึกษา ให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ และการประสานทรัพยากรทางสังคม การติดต่อเพื่อให้ประชาชนเข้าถึง ทรัพยากรชุมชนที่เขาต้องการหรือทรัพยากรที่มีอยู่แล้วแต่ประชาชนยังไม่ทราบวิธีการที่จะเข้าถึง

5.4.2 ด้านส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน

(1) การส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น กระบวนการ AIC การสนทนากลุ่มเฉพาะเรื่อง (Focus group) ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดำเนินงาน

(2) เผยแพร่ความรู้เรื่องสุขภาพจิตชุมชนในรูปแบบต่างๆ เช่น การบรรยาย จัด นิทรรศการการเผยแพร่เอกสารและสื่อต่างๆ

(3) จัดอบรม ประชุม สัมมนา โครงการสุขภาพจิตชุมชนต่างๆ ประสานงาน กับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่นั้นๆ

(4) ให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน ในรูปแบบของการอบรม สัมมนา อภิปรายโดยเน้นกลุ่มที่เป็นผู้นำในชุมชน รวมทั้งเน้นไปที่กลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต

(5) เฝ้าระวังการเกิดปัญหาทางสังคม ที่มีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โดยการศึกษาอุบัติการณ์ (Incidence) และความชุก (Prevalence) ของปัญหาสุขภาพจิต โดยการติดตามข่าวสารหรือการศึกษาปัญหานำมาวิเคราะห์ วิจัย เพื่อวางแผนการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตต่อไป

(6) การให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์ จดหมาย วิทูร

5.4.3 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

นักสังคมสงเคราะห์จะมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญโดยการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพจิตในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน หรือผู้ป่วยที่ประสบภาวะวิกฤต นักสังคมสงเคราะห์จะทำการค้นหาปัญหา และวินิจฉัยปัญหาทางสังคม ให้การบำบัดช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพจิต ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจ และสังคมอีกด้วย นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ในการประสานงานเพื่อหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม และเสริมรุ้กิจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถดำรงชีพอยู่ในสังคมได้

5.5 บทบาท หน้าที่ของนักอาชีวบำบัด และกิจกรรมบำบัด

5.5.1 นักอาชีวบำบัด และกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapy) ทำหน้าที่ช่วยเหลือให้บุคคลที่มีปัญหา โดยการใช้กิจกรรมที่มีเป้าหมายการรักษาโดยอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ใช้ทฤษฎีและเทคนิคต่างๆ ทางพฤติกรรม (การเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมที่เหมาะสมและลดหรือระงับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม) เพื่อช่วยบุคคลเปลี่ยนจากสภาพที่บกพร่องในการทำหน้าที่ (Dysfunction) ไปสู่การทำหน้าที่ของตนเองได้ (Function) ให้สามารถประกอบกิจกรรมและบทบาทหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมกับความสามารถของตนเองและไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและชุมชน

บทบาทของนักอาชีวบำบัด นักกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยที่กลับไปอยู่ชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการคงสภาพ (Maintenance) การให้กำลังใจทั้งผู้ป่วยและญาติ มุมมองของกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายมุ่งไปที่กิจกรรมในการทำกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมการทำงาน กิจกรรมการใช้เวลาว่าง (งานอดิเรก) ที่ใช้เวลาอย่างเหมาะสม สมดุลในการดำเนินชีวิต ไม่หนักไปทางใดทางหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นการกระทำประเภทใด การที่จะถือเป็นกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย (Occupation) ได้ ต้องเป็นการกระทำที่ก่อให้เกิดการพัฒนา ร่างกาย จิตใจ สติปัญญา รวมถึงไม่ทำลายขนบธรรมเนียมอันดีงาม ไม่ทำลายตนเองและผู้อื่นเท่านั้น การเล่นเกม การเล่น การประกอบอาชีพ การเสพสุรา ยาเสพติด การประกอบอาชีพ การเล่นเกมเหล่านี้แม้จะทำเพื่อความสนุกสนานเพลิดเพลิน และสร้างรายได้ แต่ก็ไม่ได้ถือเป็นกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย หรือ Occupation เพราะกิจกรรมดังกล่าวนอกจากจะทำลายพัฒนาการด้านต่างๆ ของผู้กระทำแล้ว ยังเป็นเหตุแห่งทุกข์ภัยต่างๆ ทางสังคมอีกด้วย

5.5.2 บทบาท หน้าที่ในชุมชน

- (1) ศึกษาข้อมูล เพื่อวางแผนการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน
- (2) แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่าง ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนกับทีมผู้ให้บริการ
- (3) เตรียมชุมชนเพื่อให้มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชน
- (4) สนับสนุน ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย
- (5) แนะนำทักษะพื้นฐานและการปรับสิ่งแวดล้อม คัดแปลงอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการประกอบอาชีพและกิจวัตรประจำวัน
- (6) แนะนำ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน เช่น ชมรมต่างๆ หรือประเพณีในชุมชน
- (7) ปรับพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำได้อีก เช่น เรื่องการรับประทานยา ความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องศาสนา เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ฯลฯ

ในส่วนของการแนะนำในการประกอบอาชีพต้องมองเรื่องความเหมาะสม ความชอบความสามารถ ความถนัด การทำงานเดี่ยวหรือทำงานร่วมกับผู้อื่น ความอดทนต่อการทำงาน การเรียนรู้งาน ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เงินทุน แหล่งกู้ ผู้ที่จะให้การปรึกษาได้เมื่อพบปัญหา อาชีพนั้นต้องสอดคล้องกับชุมชน มีวัตถุดิบในชุมชน

สำหรับทุกวิชาชีพที่กล่าวถึงมาทั้งหมดในทีมสุขภาพจิตมีบทบาทหน้าที่ในแต่ละวิชาชีพที่แตกต่างกันไปแต่มีจุดมุ่งหมายเดียวกันคือ ให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยจิตเวช มีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น สามารถกลับไปดำรงชีวิตตามปกติได้โดยเร็วที่สุด

แนวคิดในการใช้ Balanced Scorecard ในการประเมินผล

1. ความหมาย

Balance หมายถึง ความสมดุลของจำนวนมุมมองที่ใช้ในการพิจารณาองค์กร เวลา กำหนดปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จและตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก เพื่อป้องกันความเบี่ยงเบนและช่วยให้มีการพิจารณาองค์กรจากทุกมุมมองอย่างครบถ้วน

Scorecard หมายถึง รายงานสรุปผลสัมฤทธิ์ที่องค์กรบรรลุ ซึ่งนำเสนออยู่ในรายงานสำหรับผู้บริหาร เพื่อให้ผู้บริหารสามารถติดตามความก้าวหน้าของการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร

Balanced Scorecard เป็นเทคนิคที่พัฒนาขึ้นเมื่อ ค.ศ.1992 โดย Kaplan และ Norton (1992) จากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดมีจุดมุ่งหมายเพื่อวัดผลการปฏิบัติงานระดับองค์กรของภาคเอกชนใน 4 ด้าน คือด้านลูกค้า (Customers) ด้านกระบวนการภายในองค์กร (Internal Business Process) ด้านองค์กรการเรียนรู้และพัฒนา (Learning and Growth) และด้านการเงิน (Financial) ต่อมาได้นำไปใช้อย่างแพร่หลายในหน่วยงานราชการหลายประเทศ

สำนักงาน ก.พ. ได้นำ Balanced Scorecard มาใช้เป็นกรอบแนวทางกำหนดปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จและตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลักขององค์กรในการพัฒนาระบบการบริหารมุ่ง

ผลสัมฤทธิ์ เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาองค์กรจากทุกมุมมองอย่างครบถ้วนทั้ง 4 มุมมอง คือ มุมมองด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายนอกองค์กร มุมมองด้านองค์ประกอบภายในองค์กร มุมมองด้านนวัตกรรม และ มุมมองด้านการเงิน (สำนักงาน ก.พ., 2546)

สำหรับมุมมองของ Balanced Scorecard ไม่จำเป็นต้องมี 4 ด้านเสมอไป องค์กรที่นำเทคนิค Balanced Scorecard มาใช้ประเมินผลการปฏิบัติงาน สามารถปรับมุมมองให้มีจำนวนเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ตามความเหมาะสม โดยมุมมองที่กำหนดขึ้น ควรเอื้ออำนวยให้องค์กรสามารถตอบสนองความต้องการของผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียประโยชน์ทุกกลุ่ม (สำนักงาน ก.พ., 2546)

2. การปรับใช้ Balanced Scorecard ในองค์กรของรัฐ

จากการทดลองปฏิบัติการพัฒนาระบบการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ในส่วนราชการไทย สำนักงาน ก.พ. พิจารณาเห็นสมควรกำหนดมุมมองใน Balanced Scorecard ออกเป็น 4 มุมมอง โดยปรับรายละเอียดองค์ประกอบของแต่ละมุมมองให้สอดคล้องกับสภาพของงานราชการดังนี้ (พสุ เดชะรินทร์, 2546; สำนักงาน ก.พ., 2546)

2.1 มุมมองด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายนอกองค์กร (External Perspective) เป็นการพิจารณาองค์กรในมุมมองของประชาชนผู้รับบริการ สาธารณชนทั่วไปที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมภายนอกองค์กร ผู้มีส่วนได้เสียประโยชน์ต่างๆ รัฐบาล หน่วยงานราชการอื่นๆ รัฐวิสาหกิจ ภาคเอกชน และสถาบันการศึกษา

ตัวอย่างของปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จตามมุมมองภายนอกองค์กร ได้แก่

2.1.1 ผู้รับบริการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับการที่มีคุณภาพ

2.1.2 ผู้รับบริการและประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในกฎหมายและขั้นตอนการ

ดำเนินงาน รวมทั้งมีส่วนร่วมให้ข้อคิดเห็น

2.2 มุมมองด้านองค์ประกอบภายในองค์กร (Internal Perspective) เป็นการพิจารณาย้อนกลับไปที่โครงสร้างองค์กร กระบวนการทำงาน ทรัพยากรมนุษย์ ความสามารถหลักขององค์กร วัฒนธรรม และค่านิยม

ตัวอย่างของปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จตามมุมมององค์ประกอบภายในองค์กร ได้แก่

2.2.1 บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ มีทักษะและจริยธรรมการทำงาน มีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของตน และมีจุดมุ่งหมายร่วมกันในการบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กร

2.2.2 กระบวนการมีความเหมาะสมกับการปฏิบัติงาน และสามารถรองรับการเติบโตทางเศรษฐกิจ

2.2.3 ระเบียบปฏิบัติมีความเป็นสากล ทันสมัย ครอบคลุม เป็นไปตามพันธกรณีและสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

2.2.4 ระบบงานเอื้ออำนวยให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

2.3 มุมมองด้านนวัตกรรม (Innovation Perspective) เป็นการพิจารณาความสามารถขององค์กรต่อความเปลี่ยนแปลง การมองไปในอนาคตว่าองค์กรควรริเริ่มสร้างสรรค์อย่างไร เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดียิ่งขึ้นกว่าเดิม

ตัวอย่างปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จตามมุมมองด้านนวัตกรรม

2.3.1 มีแผนการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและให้บริการ

2.3.2 รูปแบบการให้บริการใหม่ๆ ที่มีการคิดค้นและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2.3.3 ผลงานทางวิชาการที่สามารถนำไปใช้กำหนดมาตรฐานและการบริหารจัดการ

แรงงาน

2.4 มุมมองด้านการเงิน (Financial Perspective) ให้ความสำคัญกับการประหยัดทรัพยากรทางการบริหาร ความคุ้มค่าของเงินงบประมาณที่ใช้ ความสามารถในการให้บริการเทียบกับผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา รวมถึงการทุจริตและประพฤติมิชอบที่ปรากฏ

3. ตัวแบบประยุกต์ของ Balanced Scorecard ที่ปรับใช้กับส่วนราชการ

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายนอกองค์กร	องค์ประกอบภายในองค์กร
▪ ประชาชนผู้รับบริการ นักวิชาการ ▪ หน่วยงานราชการและรัฐวิสาหกิจ รัฐบาล ▪ ผู้มีส่วนได้เสียประโยชน์	▪ ความรู้ความสามารถของบุคลากร ทักษะ ▪ จริยธรรม ขวัญและกำลังใจ ▪ กระบวนการทำงาน วัฒนธรรมองค์กร
นวัตกรรม	การเงิน
▪ งานวิจัยที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ ▪ การพัฒนาระบบงาน การสร้างเครือข่าย ▪ ระบบการตรวจค้นข้อมูล ▪ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ▪ การป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ	▪ ความประหยัด ความมีประสิทธิภาพ ▪ ความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร ▪ การใช้งบประมาณตรงตามวัตถุประสงค์ ▪ การตรวจสอบป้องกันการรั่วไหล

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดของโรงพยาบาลสาขา และโรงพยาบาลเครือข่ายร่วมกัน โดยโรงพยาบาลสาขาหรือเครือข่ายในที่นี้คือโรงพยาบาลประจำอำเภอในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 14 แห่ง ซึ่งมีการบริหารงานโดยผู้อำนวยการในแต่ละโรงพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เป็นที่เล็งในการจัดทีมสุขภาพจิตไปให้บริการ บำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช ณ คลินิกสุขภาพจิตของโรงพยาบาลอำเภอ โดยบริการที่จัดให้ได้แก่ ประเมินอาการทางจิตก่อนพบแพทย์ ตรวจวินิจฉัยโรค และให้การรักษา ให้บริการปรึกษา กลุ่มกิจกรรมบำบัด ในภาคบ่ายมีบริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและ

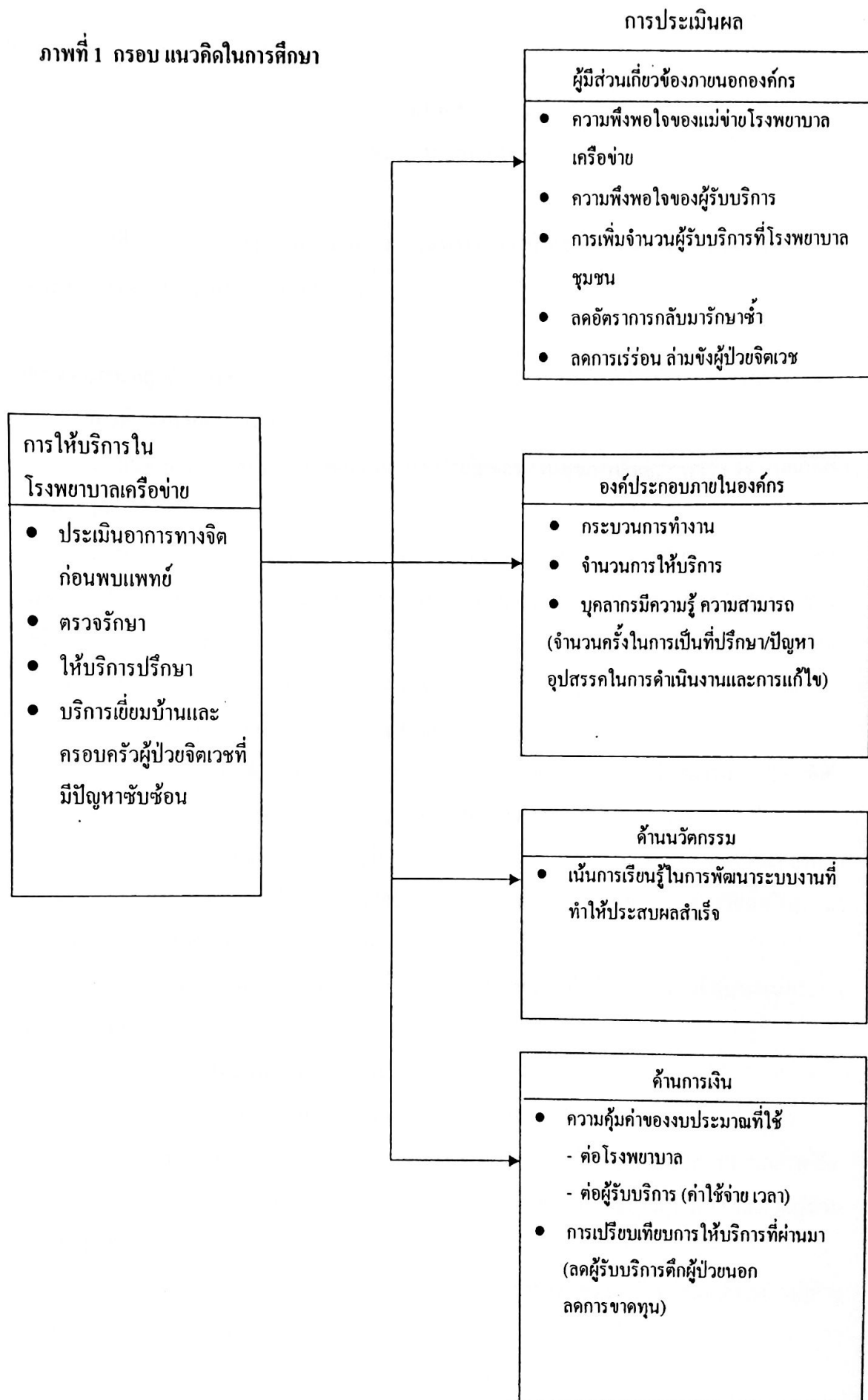
กรอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน จึงใช้แนวคิดของบริการจิตเวชชุมชน การดำเนินงานของทีมสุขภาพจิต
ไปให้บริการในชุมชนแบบเข้าไปเยี่ยมกลับ

ในการประเมินผลการดำเนินงานได้ใช้แนวคิดของ Balanced Scorecard โดยประเมินผลใน
4 ด้าน คือ

- 4.1 ด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายนอกองค์กร
- 4.2 ด้านองค์ประกอบภายในองค์กร
- 4.3 ด้านนวัตกรรม
- 4.4 ด้านการเงิน

รายละเอียดดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา



บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาผลการดำเนินงาน โครงการการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่นราชชนรินทร์ ดำเนินการศึกษาดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1. แม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนและทีมงานซึ่งรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช 14 อำเภอที่เข้าร่วมโครงการ

2. ทำการศึกษาในญาติผู้ป่วย และผู้ป่วยจิตเวช ที่มารับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลชุมชน ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเครือข่าย 14 อำเภอ ประกอบด้วย ชุมแพ บ้านไผ่ เปือยน้อย หนองสองห้อง น้ำพอง กระนวน แวงใหญ่ บ้านฝาง ภูผาม่าน ภูเวียง มัญจาคีรี อุบลรัตน์ หนองเรือ และสีชมพู

2.1 คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดมีดังนี้ ได้แก่

2.1.1 เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ หรือญาติที่มารับบริการแทนผู้ป่วยและเป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง

2.1.2 เคยเป็นผู้รับบริการที่เคยรับบริการ ณ คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลชุมชนตามโครงการตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป และเคยรับบริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์ มาก่อน (เพื่อทราบค่าใช้จ่ายในการบริการของทั้ง 2 แห่ง)

2.1.3 สื่อสารกับผู้ศึกษาได้ไม่เป็นไข้ หูหนวก หรือมีอาการทางจิตมากจนกระทั่งสื่อสารไม่ได้

2.1.4 ให้ความร่วมมือในการศึกษาตามโครงการ

2.2 คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่คัดออกจากโครงการ ได้แก่

ตอบแบบสอบถามในโครงการไม่ครบทุกข้อหรือขอยุติการตอบแบบสอบถามกลางคัน

3. ผู้ป่วยและญาติที่ทีมสุขภาพจิตไปให้บริการเยี่ยมบ้านและครอบครัวผู้ป่วยที่มีประวัติเรื้อรันท่วมซ้ำ และมีปัญหาซับซ้อนในชุมชน

4. ศึกษาจากข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมในโครงการจากงานเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความพึงพอใจของแม่ข่ายของโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายที่มีต่อการดำเนินงานโครงการ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช เคยอบรมหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (หลักสูตร 4 เดือนขึ้นไป) เคยศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เคยผ่านการอบรมในหลักสูตรสุขภาพจิตและจิตเวชใดบ้าง

1.2 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลเครือข่าย ประกอบด้วย ความพึงพอใจต่อระบบการดำเนินงานและประสานงาน การให้บริการ บุคลากร ประโยชน์ของโครงการ และข้อเสนอแนะอื่นๆ มีคำถามทั้งหมด 17 ข้อ จำแนกเป็น

ความพึงพอใจต่อระบบการดำเนินงานและประสานงาน	5	ข้อ
ความพึงพอใจต่อการให้บริการ	5	ข้อ
ความพึงพอใจต่อบุคลากร	5	ข้อ
ความพึงพอใจต่อประโยชน์ของโครงการ	2	ข้อ

ในแต่ละข้อจะแบ่งความพึงพอใจออกเป็น 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด
- 4 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก
- 3 คะแนน หมายถึง พึงพอใจปานกลาง
- 2 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อย
- 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผล ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจมีดังนี้

4.50 – 5.00	หมายถึง	พึงพอใจมากที่สุด
3.50-4.49	หมายถึง	พึงพอใจมาก
2.50-3.49	หมายถึง	พึงพอใจปานกลาง
1.50-2.49	หมายถึง	พึงพอใจน้อย
1.00-1.49	หมายถึง	พึงพอใจน้อยที่สุด

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการบริการตรวจรักษา ณ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง และนำไปทดสอบกับผู้รับบริการ จำนวน 30 คน ณ คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน (ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา) เพื่อศึกษาความเหมาะสมของภาษาและหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเฉพาะข้อ 2.3 โดย

การหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.85 แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยอำเภอที่อยู่อาศัย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ความพึงพอใจของรายได้ จำนวนครั้งที่มารับบริการจากทีม โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ณ โรงพยาบาลชุมชน สิทธิในการรักษา ระยะเวลาที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และการทราบข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่โรงพยาบาลชุมชน

2.2 ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการในสถานบริการของรัฐ ประกอบด้วยจำนวน คนที่มาแต่ละครั้ง ค่าเดินทาง ค่าจ้างคนนำส่ง ค่าอาหาร ค่าที่พัก ค่าสูญเสียรายได้และค่ายา จำแนกเป็น ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลชุมชน

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลชุมชน โดยทีมสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 25 ข้อ จำแนกเป็น

2.3.1 ความพึงพอใจในบริการใกล้บ้าน	7	ข้อ
2.3.2 ความพึงพอใจด้านบุคลากร		
- แพทย์	6	ข้อ
- เจ้าหน้าที่ (พยาบาล, นักสังคมสงเคราะห์)	6	ข้อ
2.3.3 ความพึงพอใจด้านระบบบริการ	6	ข้อ

โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง ได้รับความพึงพอใจมากที่สุดหรือได้รับการตอบสนองมากที่สุดในกิจกรรม หรือพฤติกรรมนั้นๆ

4 คะแนน หมายถึง ได้รับความพึงพอใจมาก หรือได้รับการตอบสนองมากในกิจกรรม หรือ พฤติกรรมนั้นๆ

3 คะแนน หมายถึง ได้รับความพึงพอใจปานกลาง หรือได้รับการตอบสนองปานกลางในกิจกรรม หรือพฤติกรรมนั้นๆ

2 คะแนน หมายถึง ได้รับความพึงพอใจน้อย หรือได้รับการตอบสนองน้อยในกิจกรรมหรือพฤติกรรมนั้นๆ

1 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจ หรือไม่ได้รับการตอบสนองในกิจกรรม หรือพฤติกรรมนั้นๆ

เกณฑ์การแปลผล ทำการแปลผลจากค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจดังนี้

4.50-5.00	หมายถึง	พึงพอใจมากที่สุด
3.50-4.49	หมายถึง	พึงพอใจมาก

2.50-3.49	หมายถึง	พึงพอใจปานกลาง
1.50-2.49	หมายถึง	พึงพอใจน้อย
1.00-1.49	หมายถึง	ไม่พึงพอใจ

3. รายงานการให้การศึกษา ณ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลเครือข่าย เป็นรายงานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ใช้ในการบันทึกการให้การศึกษาในขณะที่ไปให้บริการ ณ โรงพยาบาลเครือข่าย ประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่ ปัญหา อาการ พฤติกรรมที่รับบริการปรึกษา สาเหตุของปัญหา แนวทางแก้ไขปัญหา และการประเมินผลการให้การศึกษา

4. รายงานการติดตามเยี่ยมเพื่อบำบัด รักษาผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤตในชุมชน เป็นรายงานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใช้ในการบันทึกขณะติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ การศึกษา อาชีพ ที่อยู่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ผลการตรวจร่างกาย การรักษา ปัญหาที่พบและการแก้ไขปัญหา

5. เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน (secondary data) ของผู้ป่วยที่รับบริการในโครงการเพื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้ง และวันที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ นอกจากนี้ยังศึกษาสถิติของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์ เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ เฉพาะผู้ป่วยใน 14 อำเภอที่เข้าร่วมโครงการ

วิธีดำเนินงาน

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 เขียนโครงการนำเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์เพื่อขออนุมัติโครงการ

1.2 ประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงานแก่ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์ และทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ

1.3 ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานโครงการฯ ในที่ประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อวางแผนการดำเนินงานร่วมกันคือ

1.3.1 การเบิกเวชภัณฑ์ยา เพื่อให้มีความเหมาะสม และสอดคล้องกับการใช้ยา ให้เบิกจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์ ตามรายการที่กำหนด จำนวน 25 รายการ และให้โรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมโครงการจัดทำแผนการใช้เวชภัณฑ์ยาให้เพียงพอกับผู้มารับบริการ และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์ สามารถเบิกจ่ายตามรายการ 25 รายการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

1.3.2 การเตรียมความพร้อมในการให้บริการตรวจรักษาของโรงพยาบาลชุมชน

(1) สํารวจ ค้นหาผู้ป่วยโรคจิตเวช ทั้งรายเก่า รายใหม่ เพื่อขึ้นทะเบียนรับการรักษา

(2) จัดทำทะเบียนผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่ง

(3) นัดผู้ป่วยและญาติให้มารับบริการรักษาตามวัน เวลาที่กำหนด

(4) ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยล้ามจัง เร่ร้อน หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เพื่อจัดทีมออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในช่วงบ่าย ร่วมกับทีมโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย

(5) ประสานงานจัดเตรียมทีมสุขภาพจิตเพื่อออกหน่วยเคลื่อนที่ให้บริการทีมสุขภาพจิตประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา

(6) ทีมสุขภาพจิตโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จัดเตรียมข้อมูลผู้ป่วย ที่มีภูมิลำเนาใน 14 อำเภอที่ร่วมโครงการเกี่ยวกับประวัติการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ชนิดของยาและการรับประทานยาของผู้ป่วย และวันที่ล่าสุดที่ผู้ป่วยมารับบริการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสั่งการรักษาย่างต่อเนื่องของแพทย์ ซึ่งในเบื้องต้นมีการจัดเตรียมเฉพาะการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท Bipolar disorder, Depression, Psychoses

2. ขั้นตอนการ

2.1 ทีมสุขภาพจิต หรือทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ออกหน่วยให้บริการตรวจรักษาและเป็นที่ปรึกษา ที่เลี้ยงแก่แพทย์ และพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมโครงการในช่วงเช้า มีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 ทุกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการในปีแรกออกหน่วยให้บริการเดือนละ 1 ครั้งเป็นเวลา 3 เดือนต่อไปทุก 2 เดือน

2.1.2 สำหรับโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการเป็นปีที่ 2 ออกหน่วยให้บริการทุก 3 เดือนโดย 8 อำเภอแรกที่เข้าร่วมโครงการในปีงบประมาณ 2549 ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านไผ่ ชุมแพ เปือยน้อย หนองสองห้อง น้ำพอง กระนวน แวงใหญ่ บ้านฝาง

อำเภอที่เหลืออีก 6 อำเภอเข้าร่วมโครงการในปีงบประมาณ 2550 ได้แก่ โรงพยาบาลภูเวียง มัญจาคีรี อุบลรัตน์ หนองเรือ สีชมพู ภูผาม่าน

2.2 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยล้ามจัง เร่ร้อน หรือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนร่วมกับทีมโรงพยาบาลชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ในช่วงบ่ายของวันออกหน่วยให้บริการ

2.3 มีระบบบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และการส่งต่อผู้ป่วยกับแม่ข่ายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้ตลอดเวลา

3. ประเมินผล

3.1 ประเมินผลระยะสั้น โดย

3.1.1 การประชุมทีมย่อยระหว่างสุขภาพจิตโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลชุมชนภายหลังออกหน่วยแต่ละครั้ง

3.1.2 ประเมินผลภาพรวมทุกเดือน โดยแพทย์และทีมสุขภาพจิตโซนจังหวัดขอนแก่น เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานประเมินผลจากปัญหาอุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขภายหลังออกหน่วยแต่ละครั้ง

3.2 ประเมินระยะยาว โดยเมื่อดำเนินงานโครงการครบ 2 ปี (ปีงบประมาณ 2549-2550) ดำเนินการประเมินผลตามแนวคิดของ Balanced Scorecard 4 มุมมอง คือ มุมมองด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายนอกองค์กร มุมมองด้านองค์ประกอบภายในองค์กร มุมมองด้านนวัตกรรม มุมมองด้านการเงิน รายละเอียดในหัวข้อของการประเมินผล ศึกษาได้จากกรอบแนวคิดในการศึกษาบทที่ 2

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดประชุมทีมสุขภาพจิตโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประกอบด้วยพยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อชี้แจงรายละเอียดแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย และแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นแนวทางเดียวกัน
2. ประสานงานเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขณะออกหน่วยให้บริการตรวจรักษา ณ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมชน
3. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ผ่านการประชุมเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูล
4. ข้อมูลจำนวนผู้มารับบริการตรวจรักษา รับคำปรึกษา และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน รวบรวมจากจำนวนการให้บริการ แยกตามประเภทการรับบริการในแต่ละครั้งที่ออกหน่วย
5. การเก็บข้อมูลความพึงพอใจของแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายส่งแบบสอบถามให้แม่ข่ายตอบเองและส่งกลับคืนมายังโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ภายในเดือนกันยายน 2550
6. ข้อมูลการเข้ามารักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมโครงการ เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโครงการ เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย
7. ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล กุมภาพันธ์ – กันยายน 2550

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาแปลงเป็นรหัส และป้อนข้อมูลเข้าคอมพิวเตอร์เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูล
2. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS for window และใช้สถิติเชิงบรรยาย คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

บทที่ 4

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

การศึกษารุ่นนี้ ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดของ Balanced Scorecard ในการประเมินผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายนอกองค์กร 2) ด้านองค์ประกอบภายในองค์กร 3) ด้านนวัตกรรม และ 4) ด้านการเงิน ทำการประเมินผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานตามโครงการ จากกิจกรรมการให้บริการขณะออกหน่วยได้แก่ การประเมินอาการทางจิตก่อนพบแพทย์ บริการตรวจรักษา การให้บริการปรึกษา และบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายนอกองค์กร

1. ความพึงพอใจของแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนที่ร่วมโครงการ

ข้อมูลทั่วไปของแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชน 14 อำเภอที่เข้าร่วมโครงการ ($n=31$) พบว่าเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.5 และเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 93.5 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 45.2 (อายุเฉลี่ย 38.13 ปี ค่าสุด 20 ปี สูงสุด 58 ปี $SD. = 8.26$) มีประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1-2 ปี ร้อยละ 38.7 (ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 3.58 ปี ค่าสุด 1 ปี สูงสุด 10 ปี $SD.=2.45$) ด้านการอบรมหรือศึกษาต่อทางสุขภาพจิตและจิตเวช ส่วนมากไม่เคยอบรมหรือศึกษาต่อ ร้อยละ 80.6 เคยศึกษาต่อหลักสูตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (หลักสูตรระยะยาว) 3 คน และอบรมหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 4 เดือน 1 คน การอบรมด้านให้การปรึกษาของกรมสุขภาพจิต (หลักสูตรระยะสั้น) ส่วนมากได้รับการอบรมหลักสูตร Basic counseling ร้อยละ 67.7 รองลงมาเคยอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อ HIV ร้อยละ 29.0 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ในการศึกษารุ่นนี้ได้ทำการประเมินความพึงพอใจของแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมโครงการใน 4 ด้าน คือ 1) ระบบการดำเนินงานและประสานงาน 2) การให้บริการ 3) ด้านบุคลากร และ 4) ประโยชน์ของโครงการ ผลการประเมินพบว่าแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนมีระดับคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดทุกหัวข้อที่ทำการประเมิน รายละเอียดจำแนกแต่ละด้านดังนี้ ด้านระบบการดำเนินงานและประสานงาน พบว่ามีความพึงพอใจระดับมากที่สุดในการมีการประสานงานก่อนออกหน่วยให้บริการ และมีการประสานแผนการดำเนินงานตลอดทั้งปีให้ทราบ ร้อยละ 61.3, 58.1 และมีความพึงพอใจระดับมากเกี่ยวกับการประชุมร่วมกับผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลเครือข่ายฯ ร้อยละ 58.1 ด้านการให้บริการ พบว่าส่วนมากมีความพึงพอใจระดับมากเรื่องรูปแบบการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม บริการปรึกษาหรือประเมินอาการทางจิตก่อนพบแพทย์ และระยะเวลาที่ให้บริการมีความเหมาะสม บริการปรึกษาหรือประเมินอาการทางจิตก่อนพบแพทย์ และระยะเวลาที่ให้บริการมีความเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 67.7, 64.5 ตามลำดับ ด้านบุคลากรพบว่ามีความพึงพอใจระดับมากที่สุดที่ทีมสุขภาพจิต

มีความกระตือรือร้นใส่ใจในการให้บริการ ทีมงานสุขภาพจิตเป็นแบบอย่างที่ดีในการให้บริการ ร้อยละ 64.5, 54.8 และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดที่ทีมงานสุขภาพจิตสอนงานหรือสาธิตการให้บริการ ร้อยละ 64.5 ด้านประโยชน์ของโครงการ พบว่า แม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ทั้งโครงการนี้มีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และมีประโยชน์ต่อระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยงานของท่าน คิดเป็นร้อยละ 90.3 และ 83.9 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชน (n=31)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	6.5
หญิง	29	93.5
อายุ		
ต่ำกว่า 21 ปี	1	3.2
21-30 ปี	4	12.9
31-40 ปี	14	45.2
41-50 ปี	10	32.3
51-60 ปี	2	6.5
(อายุเฉลี่ย 38.13 ปี ต่ำสุด 20 ปี สูงสุด 58 ปี SD.=8.26)		
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพ	29	93.5
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1	3.2
อื่นๆ (ระบุ)	1	3.2
ระยะเวลาที่ทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช		
1-2 ปี	12	38.7
3-4 ปี	7	22.6
5-6 ปี	10	32.3
มากกว่า 6 ปี	2	6.5
(ระยะเวลาที่ทำงานเฉลี่ย 3.58 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 10 ปี SD.=2.45)		

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชน (n=31) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การอบรมหรือศึกษาต่อทางสุขภาพจิตและจิตเวช (หลักสูตรระยะยาว)		
ไม่เคยอบรมหรือศึกษาต่อ	25	80.6
หลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (หลักสูตร 4 เดือนขึ้นไป)	1	3.2
การศึกษาหลักสูตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช	3	9.7
อื่นๆ (ระบุ)	2	6.5
การอบรมด้านให้การปรึกษาของกรมสุขภาพจิต (หลักสูตรระยะสั้น)		
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
หลักสูตร Basic counseling	21	67.7
หลักสูตร Matrix	3	9.7
หลักสูตร Depression and suicide	6	19.4
หลักสูตรการให้การปรึกษาผู้ติดเชื้อ HIV	9	29.0
หลักสูตรให้การปรึกษาคอครัว	5	16.1
หลักสูตรอื่นๆ (ระบุ)	5	16.1

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายที่มีต่อการดำเนินงานโครงการ (n=31)

หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระบบการดำเนินงานและประสานงาน					
1. มีการประสานงานก่อนออกหน่วยให้บริการ	19(61.3)	12(38.7)	-	-	-
2. มีการประสานแผนการดำเนินงานตลอดทั้งปีให้ทราบ	18(58.1)	12(38.7)	1(3.2)	-	-
3. การประชุมร่วมกับผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลเครือข่ายฯ	8(25.8)	18(58.1)	4(12.9)	-	1(3.2)
4. การเป็นที่ปรึกษาแก่โรงพยาบาลเครือข่ายตลอด 24 ชั่วโมง	7(22.6)	19(61.3)	5(16.1)	-	-
5. ได้รับการตอบสนองในการประสานงานตามที่ร้องขอ	10(32.3)	20(64.5)	1(3.2)	-	-
การให้บริการ					
6. รูปแบบกิจกรรมที่ให้บริการเหมาะสม	10(32.3)	21(67.7)	-	-	-
7. ระยะเวลาที่ให้บริการเหมาะสม	7(22.6)	19(61.3)	5(16.1)	-	-
8. การบริการปรึกษาผู้ป่วย/ญาติเฉพาะราย	8(25.8)	17 (54.8)	6(19.4)	-	-
9. บริการปรึกษาหรือประเมินอาการทางจิตก่อนพบแพทย์	6(19.4)	20(64.5)	5(16.1)	-	-
10. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน	17(54.8)	12(38.7)	2(6.5)		
บุคลากร					
11. ทีมงานสุขภาพจิตพูดจาไพเราะ อธิบายดี ชี้แนะเข้มแข็งใส	21(67.7)	10(32.3)	-	-	-
12. ทีมงานสุขภาพจิตมีความกระตือรือร้นใส่ใจในการให้บริการ	20(64.5)	11(35.5)	-	-	-
13. ทีมงานสุขภาพจิตเป็นแบบอย่างที่ดีในการให้บริการ	17(54.8)	14(45.2)	-	-	-
14. ทีมงานสุขภาพจิตสอนงานหรือสาธิตการให้บริการแก่ท่าน	7(22.6)	20(64.5)	4(12.9)	-	-
ประโยชน์ของโครงการ					
16. โครงการนี้มีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ	28(90.3)	3(9.7)	-	-	-
17. โครงการนี้มีประโยชน์ต่อระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยงานของท่าน	26(83.9)	5(16.1)	-	-	-

อภิปรายผล

การประเมินผลความพึงพอใจของแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชน (14 อำเภอ) ที่ร่วมโครงการจำนวน 31 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี มีประสบการณ์ทำงานด้านสุขภาพจิต 1-2 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมหรือศึกษาต่อทางสุขภาพจิตและจิตเวช แต่เคยอบรมด้านให้การปรึกษาของกรมสุขภาพจิตหลักสูตร Basic counseling หลักสูตรการให้การปรึกษาผู้ติดเชื้อ HIV เป็นต้น ทำการประเมินความพึงพอใจ 4 ด้าน คือ ระบบการดำเนินงานและประสานงาน การให้บริการด้านบุคลากร และประโยชน์ของโครงการ ผลการประเมินพบว่าแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนส่วนมากมีความพึงพอใจระดับมากขึ้นไป ถึงระดับมากที่สุดในทุกหัวข้อที่ทำการประเมิน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลสวนปรุง (2546) ที่พบว่าบุคลากรที่ให้บริการของโรงพยาบาลเครือข่ายฯ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก แต่ทั้งนี้การศึกษาของโรงพยาบาลสวนปรุงยังพบมีปัญหาค่าดำเนินงาน คือ ผู้ป่วยได้รับใบแจ้งนัดหมายจากโรงพยาบาลสวนปรุงล่าช้า ระยะเวลาในการทำงานร่วมกันในเครือข่ายมีน้อย ระบบการ consult จิตแพทย์ยังไม่สะดวก แผนการออกให้บริการไม่แน่นอน มีปัญหาในการนัดหมายผู้ป่วยในพื้นที่เป็นบางครั้ง และในด้านเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเครือข่ายพบว่า ยังขาดความมั่นใจในการดำเนินงาน ซึ่งปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่พบ มีทั้งความเหมือนและความแตกต่างกับการศึกษาครั้งนี้ คือ ในด้านความเหมือนพบว่า แม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนยังขาดความมั่นใจในการดำเนินการ จึงต้องการให้ทีมของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ออกหน่วยให้บริการทุกเดือน การออกตรวจ 3 เดือน/ ครั้ง มีระยะเวลาห่างเกินไป ส่วนความแตกต่างพบว่า แม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดเกี่ยวกับการประสานงานก่อนออกหน่วยให้บริการและมีการประสานแผนการดำเนินงานตลอดทั้งปีให้ทราบ ซึ่งการประสานงานจะทำการประสานงานที่แม่ข่ายผู้รับผิดชอบงานโดยตรงเกี่ยวกับวันเวลาที่ออกหน่วย การวางแผนให้บริการตรวจรักษา ตลอดจนแผนการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติเรื้อรัง ล่ามขัง หรือมีปัญหาซับซ้อนในชุมชน ทำการแจ้งล่วงหน้าตั้งแต่ต้นเดือน ในแต่ละเดือนที่ออกหน่วยให้บริการ แผนการออกหน่วยประจำปีทำการสำเนาเอกสารให้แม่ข่ายตั้งแต่ต้นปีงบประมาณที่เริ่มดำเนินโครงการ จึงทำให้แม่ข่ายมีความพึงพอใจด้านการประสานงานของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ส่วนปัญหาในด้านบุคลากรขาดความมั่นใจ ได้แก้ไขปัญหาโดยการกั้นประวัติการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภททุกคนที่มีความจำเป็นต้องรับประทานยาต้านโรคจิตอย่างต่อเนื่อง ให้แก่โรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายฯ สามารถจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยได้ตามแผนการรักษาเดิม ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรง หรือมีปัญหาการดูแลรักษา แม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนสามารถขอคำปรึกษาทางโทรศัพท์จากแม่ข่ายโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง จึงทำให้แม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนเกิดความมั่นใจและมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น แม่ข่ายโรงพยาบาลภูเวียงกล่าวว่า “ผลการดำเนินงานทำให้เกิดคลินิกสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นรูปธรรม เปิดให้บริการทุกสัปดาห์ มีการติดตามเยี่ยมและให้การบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยในชุมชนที่ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมีความรู้และทักษะในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการ และ

มีการประสานงานระหว่างแม่ข่ายและเครือข่าย สร้างสัมพันธภาพที่ีระหว่างเจ้าหน้าที่ที่ออกมาตรวจและโรงพยาบาลเครือข่าย"

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

1. การประชาสัมพันธ์โครงการภายในโรงพยาบาลไม่ครอบคลุม เนื่องจากผู้รับบริการส่วนหนึ่ง ยังไม่ได้มารับบริการในคลินิกสุขภาพจิต การแก้ไขโดยแจ้งกลุ่มโรคที่ต้องมาขึ้นทะเบียนและรับบริการ ในคลินิกสุขภาพจิตแก่ผู้เกี่ยวข้องได้แก่ แพทย์ และพยาบาลในแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลชุมชน และจัดให้มีการประชาสัมพันธ์ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยที่สนใจไปรับบริการ ที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านได้
2. แพทย์และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลยังขาดความมั่นใจในการคัดกรองและการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ยังคงคิดว่าเป็นโรคเฉพาะทาง ต้องรักษาจากจิตแพทย์จึงได้จัดวิชาการให้ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช และการรักษา ตลอดจนการทำ case conference ในผู้ป่วยที่สนใจ
3. สถานที่ในการให้บริการ ณ โรงพยาบาลชุมชนมีความคับแคบ ไม่สะดวกในการให้บริการ ซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะดำเนินการให้ขยายพื้นที่ เพื่อสะดวกในการให้บริการในอนาคตต่อไป
4. ยาที่หน่วยงานที่มีในโรงพยาบาลชุมชน ไม่เหมือนกับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้ป่วยเลยไม่ยอมรับประทานยา ในปีงบประมาณ 2551 จึงอยากขอรับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชให้กับผู้ป่วยทุกคน
5. เมื่อสิ้นสุดโครงการในแต่ละปี ควรมีการสรุปกิจกรรมแต่ละแห่งให้รับทราบ เกี่ยวกับการพัฒนางาน หรือข้อเสนอแนะอื่นๆ ด้วยจะดีมาก เพราะบางครั้งไม่ทราบว่าหน่วยงานของตนเองควรมีการพัฒนาเพิ่มเติมเรื่องอะไรบ้าง ควรมีการปรับปรุงในส่วนไหน อาจทำโดยมีแบบฟอร์มกำกับ สะดวกต่อการปฏิบัติงานในหน่วยงาน และให้หน่วยงานมีเวทีในการนำเสนอผลงานด้วยจะดีมาก
6. ในภาพรวมที่ๆ น้องๆ ทีมงาน รวมทั้งแพทย์นักรักทุกคน ขอให้โครงการนี้มีต่อเนื่องตลอดไป
7. อยากให้ทีมออกตรวจโรงพยาบาลชุมชนเดือนละครั้ง เพราะการออกตรวจ 3 เดือน/ครั้ง มีระยะเวลาห่างมาก
8. ขอสนับสนุนการทำโครงการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
9. อยากให้แม่ข่ายช่วยชี้แนะเกี่ยวกับเรื่อง กรณีที่น่าจะทำโครงการหรือทำวิจัยในพื้นที่ รองรับปัญหาที่ท่านเล็งเห็น อยากให้สอนในเรื่องการวิเคราะห์ชุมชนให้ด้วย
10. อยากให้มี CPG (Clinical Practice Guideline) ในการดูแลรักษาผู้ป่วย Depression, Paranoid schizophrenia Generalized anxiety disorders ก็จะเป็นดี
11. ในผู้ป่วยที่รับประทานยาซึ่งไม่มียาใน 25 รายการที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสนับสนุน ถ้ามีความประสงค์จะรับยาในโรงพยาบาลชุมชน น่าจะมีแนวทางในการให้การช่วยเหลือ โดยการรับยามาให้ด้วยในแต่ละครั้งที่ออก OPD

12. อยากให้แพทย์ประจำ (โรงพยาบาลชุมชน) มาช่วยสังเกต การตรวจ เพื่อพัฒนาทักษะในเวลาที่โรงพยาบาลจิตเวชไม่ได้มาออก OPD

2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการบริการบำบัดรักษา ณ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาล จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่อำเภอกระนวน ร้อยละ 16.3 รองลงมาเป็นอำเภอภูเวียง และหนองเรือ ร้อยละ 11.9 และ 9.9 เป็นอำเภอเก่าที่ร่วมโครงการ ร้อยละ 52.9 อำเภอใหม่ร้อยละ 47.1 มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้หญิง ร้อยละ 51.2 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ร้อยละ 29.9 รองลงมาอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 19.5 (อายุเฉลี่ย 44.31 ปี ค่าสุด 15 ปี สูงสุด 86 ปี SD.=14.26) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50.3 โสดร้อยละ 32.0 เรียนจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 73.0 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 13.1 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.2 งานบ้านร้อยละ 15.7 มีรายได้ต่ำกว่า 500 บาท ร้อยละ 21.8 รองลงมามีรายได้อยู่ในช่วง 501-1,000 บาท และ 1,501-2,000 คิดเป็นร้อยละ 18.3 และ 16.0 ตามลำดับ (รายได้เฉลี่ย 2,434.13 บาท ค่าสุดไม่มีรายได้ สูงสุด 38,000 บาท SD. = 3,004.19) ส่วนมากแล้วรายได้ไม่พอใช้และมีหนี้สิน ร้อยละ 36.9 รองลงมาพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 26.2 จำนวนครั้งที่รับบริการจากทีมโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (เมื่อออกหน่วยให้บริการ ณ โรงพยาบาลเครือข่าย) จำนวน 2 ครั้ง ร้อยละ 58.1 เคยรับบริการ 3 ครั้งร้อยละ 20.9 สิทธิในการรักษามีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 87.2 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมากเป็นผู้ป่วยเอง ร้อยละ 70.6 เป็นบิดา มารดา ร้อยละ 15.4 แนวทางที่ทราบข้อมูลการให้บริการคลินิกจิตเวชที่โรงพยาบาลชุมชน ส่วนมากจะเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานีนามขี้แจ้งให้ทราบ ร้อยละ 12.8 รองลงมาคือมีจดหมายติดต่อให้มารับบริการ ร้อยละ 69.8 รายละเอียดดังตารางที่ 3

การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการบริการบำบัด รักษา ณ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ทำการประเมินความพึงพอใจ 3 ด้าน คือ ความพึงพอใจในบริการใกล้บ้าน ความพึงพอใจในบุคลากร และความพึงพอใจในระบบบริการ จากการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดในทุกหัวข้อการประเมิน โดยผู้รับบริการมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจอยู่ระหว่าง 4.53-4.90 คะแนน (คะแนนต่ำสุด 1 คะแนน คะแนนสูงสุด 5 คะแนน) พิจารณาแยกในแต่ละด้าน พบว่าด้านความพึงพอใจในบริการใกล้บ้าน มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ในภาพรวมรู้สึกพึงพอใจในการมารับบริการตรวจรักษาโรคทางจิตใจ ณ โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ร้อยละ 86.3 มีความสะดวกสบายในการมาตรวจ ณ โรงพยาบาลใกล้บ้าน ร้อยละ 84.9 สามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ ร้อยละ 83.1 ด้านความพึงพอใจในบุคลากร (แพทย์) มีความพึงพอใจมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ แพทย์ตรวจรักษาด้วยความกระตือรือร้น ใส่ใจบริการ ร้อยละ 84.0 แพทย์ตรวจรักษาโดยใช้วาจาสุภาพอ่อนโยน ชี้แจงแจ่มใส ร้อยละ 82.0 แพทย์ให้บริการตรวจรักษาด้วยความชำนาญ มีความรู้ ความสามารถ ร้อยละ 77.0 ความพึงพอใจในบุคลากร (เจ้าหน้าที่ เช่น พยาบาล นักสังคม) 3 ลำดับแรก คือ เจ้าหน้าที่พูดจาไพเราะ มีอัธยาศัยดี ชี้แจงแจ่มใส ร้อยละ 80.2 เจ้าหน้าที่มีความ

กระตือรือร้น ใส่ใจในการให้บริการ ร้อยละ 76.2 เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้เล่าถึงอาการเจ็บป่วยตามที่
ต้องการ ร้อยละ 70.9 และความพึงพอใจในระบบบริการ 3 ลำดับแรก คือ มีการจัดลำดับก่อนหลังพบแพทย์
อย่างเป็นระบบ ร้อยละ 68.6 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอในการให้บริการผู้ป่วย ร้อยละ 68.3 ขั้นตอนในการ
ให้บริการไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน 66.6 รายละเอียดดังตารางที่ 4, 5

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการที่ตอบแบบสอบถาม (n=344)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อำเภอที่อยู่อาศัย		
บ้านไผ่	29	8.4
ชุมแพ	22	6.4
น้ำพอง	12	3.5
หนองสองห้อง	11	3.2
กระนวน	56	16.3
เวียงใหญ่	17	4.9
เปือยน้อย	28	8.1
บ้านฝาง	7	2.0
อุบลรัตน์	16	4.7
สีชมพู	23	6.7
ภูผาม่าน	20	5.8
มัญจาคีรี	28	8.1
หนองเรือ	34	9.9
ภูเวียง	41	11.9
อำเภอร่วมโครงการ		
อำเภอเก่า	182	52.9
อำเภอใหม่	162	47.1
เพศ		
ชาย	168	48.8
หญิง	176	51.2

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการที่ตอบแบบสอบถาม (n=344) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
ต่ำกว่า 21 ปีลงมา	4	1.2
21-30 ปี	58	16.9
31-40 ปี	103	29.9
41-50 ปี	59	17.2
51-60 ปี	67	19.5
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	53	15.4
อายุเฉลี่ย 44.31 ปี ค่าสุด 15 ปี สูงสุด 86 ปี SD. = 14.26		
สถานภาพสมรส		
โสด	110	32.0
คู่	173	50.3
หม้าย	29	8.4
หย่าร้าง แยกกันอยู่	32	9.3
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	5	1.5
ประถมศึกษา	251	73.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	45	13.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	32	9.3
ปวช.	6	1.7
ปวส.	2	0.6
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	3	0.9
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	214	62.2
ค้าขาย	15	4.4
รับจ้าง	43	12.5
งานบ้าน	54	15.7
รับราชการ	2	0.6
นักเรียน นักศึกษา	1	0.3
อื่นๆ (ระบุ)	15	4.4

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการที่ตอบแบบสอบถาม (n=344) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้		
ต่ำกว่า 500 บาท	75	21.8
501-1,000 บาท	63	18.3
1,001-1,500 บาท	25	7.3
1,501-2,000 บาท	55	16.0
2,001-2,500 บาท	6	1.7
2,501-3,000 บาท	50	14.5
3,001-3,500 บาท	3	0.9
3,501-4,000 บาท	19	5.5
4,001-4,500 บาท	4	1.2
4,501-5,000 บาท	11	3.2
5,000-10,000 บาท	31	9.0
มากกว่า 10,000 บาท	2	0.6
รายได้เฉลี่ย 2,434.13 บาท ค่าสุด ไม่มีรายได้ สูงสุด 38,000 บาท SD. =3,004.19		
ความเพียงพอของรายได้		
พอใช้และเหลือเก็บ	39	11.3
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	90	26.2
ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน	73	21.2
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	127	36.9
อื่นๆ (ระบุ)	15	4.4
จำนวนครั้งรับบริการจากทีม รพจ.		
2 ครั้ง	200	58.1
3 ครั้ง	72	20.9
4 ครั้ง	33	9.6
5 ครั้ง	19	5.5

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการที่ตอบแบบสอบถาม (n=344) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งรับบริการจากทีม รพจ. (ต่อ)		
6 ครั้ง	4	1.2
7 ครั้ง	4	1.2
8 ครั้ง	3	0.9
9 ครั้ง	1	0.3
10 ครั้ง	8	2.3
สิทธิในการรักษา		
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	300	87.2
บัตรประกันสังคม	7	2.0
จ่ายค่ารักษาเอง	2	0.6
เบิกคืนสังกัด	10	2.9
อื่นๆ	25	7.3
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
ผู้ป่วย	2.43	70.6
บิดา มารดา	53	15.4
บุตร	11	3.2
พี่น้อง	16	4.7
อื่นๆ	21	6.1
ทราบข้อมูลการให้บริการ		
เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบ (รพช./ สอ.)	240	69.8
มีจดหมายติดต่อกับมารับบริการ	44	12.8
การประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	14	4.1
เจ้าหน้าที่แจ้งและได้รับจดหมาย	31	9.0
เจ้าหน้าที่แจ้งและการประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	3	0.9
จดหมายและการประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	1	0.3
อื่นๆ	11	3.2

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการบำบัดรักษา ณ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาล
เครือข่าย (n=344)

ลำดับ ที่	คำถาม	$\bar{x}$	ระดับความพึงพอใจ
1.	ท่านยินดีมารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านตลอดไปถ้าแพทย์จากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์มาให้บริการร่วมด้วยเป็นครั้งคราว	4.69	พึงพอใจมากที่สุด
2.	ผลการรักษาโรคทางจิตใจของท่านที่โรงพยาบาลชุมชนให้ผลการรักษาดีเช่นเดียวกับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์	4.59	พึงพอใจมากที่สุด
3.	ท่านสามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน	4.77	พึงพอใจมากที่สุด
4.	ท่านรู้สึกสะดวกสบายในการมาตรวจรักษาโรคทางจิตใจ ณ โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน	4.80	พึงพอใจมากที่สุด
5.	ท่านไม่ต้องเสียเวลามากในการมารับบริการตรวจรักษาโรคทางจิตใจ ณ โรงพยาบาลใกล้บ้าน	4.76	พึงพอใจมากที่สุด
6.	ในภาพรวมท่านรู้สึกพึงพอใจในการมารับบริการตรวจรักษาโรคทางจิตใจ ณ โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน	4.82	พึงพอใจมากที่สุด
7.	แพทย์ให้บริการตรวจรักษาด้วยความกระตือรือร้น ใส่ใจบริการ	4.79	พึงพอใจมากที่สุด
8.	แพทย์ให้บริการตรวจรักษาด้วยความชำนาญ มีความรู้ความสามารถ	4.73	พึงพอใจมากที่สุด
9.	แพทย์ใช้ระยะเวลาในการตรวจรักษาอย่างเหมาะสม	4.64	พึงพอใจมากที่สุด

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการบริการบำบัดรักษา ณ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาล
เครือข่าย (n=344) (ต่อ)

ลำดับ ที่	คำถาม	$\bar{x}$	ระดับความพึงพอใจ
10.	แพทย์ให้บริการตรวจรักษาโดยใช้เวชจากสภาพ อ่อนโยน ชุ่มชื้นแฉะใส	4.78	พึงพอใจมากที่สุด
11.	แพทย์ให้ข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการรักษา ตรงตามความต้องการของท่าน	4.63	พึงพอใจมากที่สุด
12.	เจ้าหน้าที่พูดจาไพเราะ มีอัธยาศัยดี ชุ่มชื้น แฉะใส	4.76	พึงพอใจมากที่สุด
13.	เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้น ใส่ใจในการให้บริการ	4.72	พึงพอใจมากที่สุด
14.	เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ท่านเล่าถึงอาการเจ็บป่วยของ ท่านตามที่ท่านต้องการ	4.63	พึงพอใจมากที่สุด
15.	เจ้าหน้าที่ตอบคำถามหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคและ การรักษาได้ตรงตามความต้องการของท่าน	4.61	พึงพอใจมากที่สุด
16.	เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำในการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้านอย่างเหมาะสม	4.60	พึงพอใจมากที่สุด
17.	มีการจัดลำดับก่อน-หลังพบแพทย์อย่างเป็นระบบ	4.60	พึงพอใจมากที่สุด
18.	เจ้าหน้าที่จัดลำดับก่อน-หลังพบแพทย์ด้วยความ เหมาะสมตามอาการและความจำเป็นเร่งด่วน	4.60	พึงพอใจมากที่สุด
19.	มีเจ้าหน้าที่เพียงพอในการให้บริการผู้ป่วย	4.58	พึงพอใจมากที่สุด
20.	ขั้นตอนการให้บริการไม่ยุ่งยากซับซ้อน	4.58	พึงพอใจมากที่สุด
21.	เวลาในการรอพบแพทย์ใช้เวลาได้อย่าง เหมาะสม (หมายถึง รอแพทย์ตรวจตามคิว)	4.53	พึงพอใจมากที่สุด

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการบำบัด รักษา ณ คลินิกจิตเวช
โรงพยาบาลเครือข่าย (n=344)

ลำดับ ที่	คำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ พึงพอใจ
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.	ท่านยินดีมารับบริการ ณ โรงพยาบาล ชุมชนใกล้บ้านตลอดไปถ้าแพทย์จาก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มาให้บริการร่วมด้วยเป็นครั้ง คราว	270 (78.5)	48 (14.0)	22 (6.4)	3 (0.9)	1 (0.3)
2.	ผลการรักษาโรคทางจิตใจของท่านที่ โรงพยาบาลชุมชนให้ผลการรักษาดี เช่นเดียวกับ โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์	245 (71.2)	67 (19.5)	25 (7.3)	4 (1.2)	3 (0.9)
3.	ท่านสามารถลดค่าใช้จ่ายในการ เดินทางเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล ชุมชนใกล้บ้าน	286 (83.1)	42 (12.2)	12 (3.5)	4 (1.2)	-
4.	ท่านรู้สึกสะดวกสบายในการมาตรวจ รักษาโรคทางจิตใจ ณ โรงพยาบาล ชุมชนใกล้บ้าน	292 (84.9)	39 (11.3)	11 (3.2)	1 (0.3)	1 (0.3)
5.	ท่านไม่ต้องเสียเวลามากในการมารับ บริการตรวจรักษาโรคทางจิตใจ ณ โรงพยาบาลใกล้บ้าน	283 (82.3)	43 (12.5)	14 (4.1)	3 (0.9)	1 (0.3)
6.	ในภาพรวมท่านรู้สึกพึงพอใจในการมา รับบริการตรวจรักษาโรคทางจิตใจ ณ โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน	297 (86.3)	35 (10.2)	11 (3.2)	-	1 (0.3)
7.	แพทย์ให้บริการตรวจรักษาด้วยความ กระตือรือร้น ใส่ใจบริการ	289 (84.0)	39 (11.3)	15 (4.4)	1 (0.3)	-

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการบำบัด รักษา ณ คลินิกจิตเวช
โรงพยาบาลเครือข่าย (n=344) (ต่อ)

ลำดับ ที่	คำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ พึงพอใจ
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
8.	แพทย์ให้บริการตรวจรักษาด้วยความ ชำนาญ มีความรู้ความสามารถ	265 (77.0)	65 (18.9)	13 (3.8)	1 (0.3)	-
9.	แพทย์ใช้ระยะเวลาในการตรวจรักษา อย่างเหมาะสม	242 (70.3)	80 (23.3)	21 (6.1)	1 (0.3)	-
10.	แพทย์ให้บริการตรวจรักษาโดยใช้วาจา สุภาพอ่อนโยน ยิ้มแย้มแจ่มใส	282 (82.0)	49 (14.2)	12 (3.5)	1 (0.3)	-
11.	แพทย์ให้ข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับโรค และการรักษาตรงตามความต้องการ ของท่าน	242 (70.3)	80 (23.3)	20 (5.8)	2 (0.6)	-
12.	เจ้าหน้าที่พูดจาไพเราะ มีอัธยาศัยดี ยิ้ม แย้ม แจ่มใส	276 (80.2)	54 (15.7)	14 (4.1)	-	-
13.	เจ้าหน้าที่มีความกระตือรือร้น ใส่ใจใน การให้บริการ	262 (76.2)	68 (19.8)	14 (4.1)	-	-
14.	เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ท่านเล่าถึง อาการเจ็บป่วยของท่านตามที่ท่าน ต้องการ	244 (70.9)	77 (22.4)	20 (5.8)	3 (0.9)	-
15.	เจ้าหน้าที่ตอบคำถามหรือข้อสงสัย เกี่ยวกับโรคและการรักษาได้ตรงตาม ความต้องการของท่าน	240 (69.8)	75 (21.8)	29 (8.4)	-	-

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการบำบัด รักษา ณ คลินิกจิตเวช
โรงพยาบาลเครือข่าย (n=344) (ต่อ)

ลำดับ ที่	คำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ พึงพอใจ
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
16.	เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำในการ รักษาพยาบาลและการปฏิบัติตัวขณะ อยู่ที่บ้านอย่างเหมาะสม	239 (69.5)	76 (22.1)	26 (7.6)	2 (0.6)	1 (0.3)
17.	มีการจัดลำดับก่อน-หลังพบแพทย์อย่าง เป็นระบบ	236 (68.6)	85 (24.7)	19 (5.5)	3 (0.9)	1 (0.3)
18.	เจ้าหน้าที่จัดลำดับก่อน-หลังพบแพทย์ ด้วยความเหมาะสมตามอาการและ ความจำเป็นเร่งด่วน	228 (66.3)	96 (27.9)	17 (4.9)	3 (0.9)	-
19.	มีเจ้าหน้าที่เพียงพอในการให้บริการ ผู้ป่วย	235 (68.3)	79 (23.0)	24 (7.0)	5 (1.5)	1 (0.3)
20.	ขั้นตอนการให้บริการไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน	229 (66.6)	91 (26.5)	19 (5.5)	4 (1.2)	1 (0.3)
21.	เวลาในการรอพบแพทย์ใช้เวลาได้อย่าง เหมาะสม (หมายถึง รอแพทย์ตรวจตาม คิว)	223 (64.8)	89 (25.9)	27 (7.8)	3 (0.9)	2 (0.6)

อภิปรายผล

การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเวชและญาติที่มีต่อการให้บริการคลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวช ณ โรงพยาบาลชุมชน โดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ทำการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ 3 ด้านคือ ความพึงพอใจในบริการใกล้บ้าน ด้านบุคลากร และระบบบริการ พบว่าผู้รับบริการมีค่าเฉลี่ยคะแนนพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาแยกตามหัวข้อการประเมินพบว่า 3 อันดับแรกที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการบริการใกล้บ้านคือ ในภาพรวมแล้วรู้สึกพึงพอใจในการมารับบริการตรวจรักษา ณ โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน มีความสะดวกสบายในการมาตรวจ และสามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมารับการรักษาไม่ต่อเนื่องคือระยะทางไกล และไม่มีเงินจะใช้จ่ายในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (วัชนี หัตถพนม และคณะ, 2549) การเปิดให้บริการคลินิกจิตเวชที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ทำให้ประชาชนมีความสะดวกในการมารับยา นำมาซึ่งความพึงพอใจตามมา ผู้ป่วยที่รับบริการมีความสุขในการบริการที่ใกล้บ้าน รู้สึกใกล้ชิดกับผู้ให้บริการ สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ “มันใกล้บ้าน ถีบจักรยานมาก็ถึง อยากได้อะไรก็บอก เพราะเป็นหมอบ้านเราเอง” (สุพัฒน์ สมจิตรสกุล, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ การสมเจตน์ (2532) ได้ทำการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลสาขาที่มีโรงพยาบาลชุมชนเป็นที่เลี้ยง โดยประยุกต์และผสมผสานหลักวิชาการทางการบริหารกับแนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลสาขาของกระทรวงสาธารณสุข แล้วนำไปใช้ที่โรงพยาบาลลำโรง จังหวัดอุบลราชธานีเป็นเวลา 3 เดือน โดยมีโรงพยาบาลหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาพบว่าผู้นำชุมชนและประชาชนในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เลี้ยงในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานสูงขึ้นใกล้เคียงกับกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้บริหารระดับจังหวัดในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานสูงกว่าผู้บริหารในกลุ่มเปรียบเทียบ

การประเมินความพึงพอใจในบุคลากรแยกประเมิน 2 กลุ่ม คือ 1) แพทย์ 2) เจ้าหน้าที่ (พยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์) พบว่าความพึงพอใจต่อการให้บริการของแพทย์อยู่ในระดับมากที่สุด ในการให้บริการตรวจรักษาด้วยความกระตือรือร้นใส่ใจบริการ มีการใช้วาจาสุภาพอ่อนโยน ยิ้มแย้มแจ่มใส และให้บริการตรวจรักษาด้วยความชำนาญ มีความรู้ความสามารถ ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาของกนิษฐพจน์ เจริญภักดี และคณะ (2545) ซึ่งได้ดำเนินโครงการ โรงพยาบาลเครือข่ายจิตเวชในเขตรับผิดชอบ 12 จังหวัดในภาคเหนือของโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าบุคลากรโรงพยาบาลเครือข่ายมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น จากการที่มีจิตแพทย์ไปเป็นที่เลี้ยง บุคลากรที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลเครือข่าย เกิดความรู้สึกลึกซึ้งภาคภูมิใจที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชหรือมีจิตแพทย์ไปช่วยเหลือ นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเครือข่ายจิตเวชในเขตจังหวัดขอนแก่น พบปัญหาการดำเนินงานบริการผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มีความคล้ายคลึงกัน คือ ผู้ป่วยจะไม่ให้ความเชื่อถือยารักษาโรคจิตที่ได้รับจากโรงพยาบาลชุมชน ว่ามีประสิทธิภาพไม่เท่าเทียมกับยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลจิตเวช

โดยตรง ทั้งที่ขาเป็นประเภทเดียวกัน แต่ถ้ารับที่โรงพยาบาลชุมชนจะไม่ค่อยแรง และให้ผลการรักษาไม่ดี ดังนั้นการมีจิตแพทย์จากโรงพยาบาลจิตเวชไปให้บริการตรวจรักษาร่วมด้วยเป็นครั้งคราว ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเชื่อถือต่อการรักษาเพิ่มมากขึ้น และมีความพึงพอใจ ต้องการให้แพทย์จากโรงพยาบาลจิตเวชออกไปให้บริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนบ่อยๆ ในด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อเจ้าหน้าที่ (พยาบาล, นักสังคมสงเคราะห์) พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดและมีความคล้ายคลึงกันกับความพึงพอใจที่มีต่อแพทย์ คือ เจ้าหน้าที่พุดจาไพเราะ มีอัธยาศัยดี ยิ้มแย้มแจ่มใส และมีความกระตือรือร้น ใส่ใจในการให้บริการ และมีสิ่งที่ควรพิจารณาอีกอย่างเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ ในการที่เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้เล่าถึงอาการเจ็บป่วยตามที่ต้องการ ซึ่งเป็นผลจากผู้รับบริการด้านจิตเวชแต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนน้อย เจ้าหน้าที่มีเวลาเพิ่มมากขึ้นในการให้บริการ แต่จะไม่พบในการให้บริการในโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ จะพบว่าเมื่อจำกัดด้านผู้รับบริการมีจำนวนมาก จึงต้องใช้เวลาอย่างเร่งรัดที่สุด เพื่อให้ทันกับการให้บริการผู้ป่วยและญาติ

ในด้านของความพึงพอใจที่มีต่อระบบบริการ พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดเช่นเดียวกัน คือมีการจัดลำดับก่อนหลังพบแพทย์อย่างเป็นระบบ มีเจ้าหน้าที่พอเพียงในการให้บริการผู้ป่วย และขั้นตอนในการให้บริการไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน ซึ่งเกิดจากการประชุมเตรียมความพร้อมร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และทีมสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมการให้บริการ เกี่ยวกับการกำหนดวันเปิดให้บริการคลินิกจิตเวช การจัดอัตราค่าจ้างให้บริการ การเตรียมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เช่น ประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และประวัติการรักษาโรค เป็นต้น นอกจากนี้ขณะดำเนินงานยังได้มีการศึกษาปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน และร่วมประชุมกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชนเป็นระยะ เพื่อหาแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่ จึงทำให้ระบบการให้บริการมีความราบรื่นและคล่องตัว ต่างจากการศึกษาของอำพล จินดาวัฒนะ และคณะ (2530) ที่พบว่าการดำเนินงานของโรงพยาบาลสาขา (Extended OPD) มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่เกิดจากไม่มีการเตรียมการที่เข้มแข็ง เช่น ด้านระยะเวลาการประชุมทำความเข้าใจกับผู้เกี่ยวข้อง ไม่มีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการขั้นต่ำ ไม่มีการกำหนดแนวทางการติดตามและประเมินผลที่ปฏิบัติได้จริง ขาดขวัญกำลังใจ และแนวคิดการดำเนินโครงการโรงพยาบาลสาขายังไม่ชัดเจน และไม่มีการเตรียมการอย่างมีระบบ ดังนั้นจึงได้ให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานต่อไปว่าควรมอบหมายหน้าที่การงานให้กับเจ้าหน้าที่ให้ชัดเจน การจัดบริการประชาชนต้องให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบผสมผสาน ทั้งในและนอกสำนักงาน และให้บริการฉุกเฉินนอกเวลาราชการด้วย แต่ถึงอย่างไรก็ตามปัญหาการดำเนินงานสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย ดังการศึกษาของรุจา เล้าสกุล (2522) ซึ่งได้ศึกษาสภาพและปัญหาของบริการสุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทย จะพบว่าปัญหาที่พบได้มากที่สุดคือบุคลากรไม่เพียงพอ รองลงมาที่พบได้มากเช่นกันเกี่ยวกับการปฏิบัติงานที่หน่วยงานคือ ได้รับมอบหมายภาระหน้าที่เกินกำลังความสามารถ ปัญหาอื่นๆที่พบ ได้แก่ หน่วยงานบางหน่วยงานยังมีความขาดแคลนด้านการบริหาร วิชาการและบริการ จึงได้ให้ข้อเสนอแนะว่าการที่จะให้บริการสุขภาพจิตได้อย่างทั่วถึง ควรจะต้องเพิ่มหน่วยงานและบุคลากรที่มี

คุณภาพให้กระจายไปอยู่ตามส่วนภูมิภาคมากขึ้น และจะต้องเผยแพร่ความรู้เรื่องสุขภาพจิตได้แก่ประชาชนอย่างแพร่หลาย

ข้อเสนอแนะอื่นๆ ของผู้รับบริการที่มีต่อการบริการ

1. อยากให้เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์ออกมาตรวจให้ตลอด อยากให้มาทุกเดือน หรือตามความเหมาะสม
2. อยากให้แพทย์มาตรวจเป็นประจำ จะได้ใกล้ชิด มีโอกาสได้คุยกับหมอโดยตรง อบอุ่นใจที่ได้อยู่ใกล้ชิดหมอ
3. เป็นการให้บริการใกล้บ้าน พอใจมาก ดีแล้ว เพราะสะดวกสบาย ลดค่าใช้จ่าย อยากให้มาตรวจใกล้บ้านอีก
4. ขอบคุณแพทย์ที่เสียเวลามาตรวจถึงที่ ขออวยพรให้เจ้าหน้าที่ที่มารักษาสผู้ป่วย มีความอยู่เย็นเป็นสุข
5. อยากให้แพทย์โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์ ไปให้บริการถึงบ้านเพราะตนเองเดินไม่ได้ เวลาจะมาพบแพทย์แต่ละครั้งต้องเป็นภาระของญาติให้พามา
6. ไปรับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์จะสะดวกกว่า ค่าโดยสารถูกกว่าไม่ต้องต่อรถโดยสาร (บ้านอยู่ อ.น้ำพอง)
7. รู้สึกดีใจมากกับการบริการของคณะแพทย์ อยากขอบคุณคณะแพทย์มาก คณะแพทย์ของโรงพยาบาลใส่ใจดูแลเป็นอย่างดี ดูแลอย่างใกล้ชิด
8. ผู้ป่วยมีจำนวนมาก แต่แพทย์มีคนเดียว ต้องการให้เพิ่มแพทย์หรือเจ้าหน้าที่มากกว่านี้ เพื่อให้บริการที่รวดเร็วกว่านี้
9. อยากให้หมอ บริการด้วยศีลธรรม
10. แพทย์ไม่สนใจตอบคำถาม หรือไม่ได้ใส่ใจคำพูดที่ผู้ป่วยบอก อยากให้แพทย์ใส่ใจคำบอกเล่าของผู้ป่วยให้มาก เช่นบอกว่ากินข้าวไม่ได้ แต่หมอก็ไม่สนใจ ไม่สั่งยาให้
11. แพทย์จัดยาให้ หลังรับประทานยาแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น
12. อยากให้แพทย์ให้คำแนะนำเรื่องการรักษาต่อเนื่องให้มากกว่านี้
13. บางครั้งหมอพูดแบบไม่ให้กำลังใจผู้ป่วย
14. การจัดคิววอกไปวนมา ไม่เป็นระบบ อยากให้จัดคิวเท่าเทียมกัน เช่น พระภิกษุไม่ให้ลัดคิว
15. อยากให้เปิดคลินิกจิตเวชฉุกเฉินประจำ เวลาผู้ป่วยต้องการพบแพทย์
16. ห้องบัตร OPD ทำงานล่าช้า การรอรับยาล่าช้า ห้องยาใช้เวลาารอนาน
17. ยาไม่เหมือนกัน คนละสี ยามีไม่ครบ
18. นั่งรอนาน อยากให้ตรวจเสร็จเร็วกว่านี้ จะได้กลับบ้านเร็วขึ้น
19. ไม่มีสถานที่ที่เหมาะสม สำหรับการตรวจและขณะรอพบแพทย์ การเลือกสถานที่ที่ไม่เหมาะสม กีดขวางทางเดิน ควรหาสถานที่ที่ดีกว่านี้ อยากให้มีห้องจิตเวชโดยเฉพาะ

20. ควรมีการประชาสัมพันธ์สถานที่หมอดตรวจมากกว่านี้ บางคนไม่ทราบ นั่งรอด้านหน้า OPD ไม่ทราบว่าหมอดตรวจตรวจด้านหลัง
21. อยากให้มีการประชาสัมพันธ์เรื่องคลินิกจิตเวช หรือประกาศเสียงตามสายของหมู่บ้าน
22. อยากมีบัตร ยกเว้นค่าบริการ

3. การเพิ่มจำนวนการรับบริการของผู้ป่วยจิตเวชที่โรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย

เมื่อทำการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ไปรับบริการ ณ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลชุมชน 14 อำเภอที่เข้าร่วมโครงการ โรงพยาบาลเครือข่าย ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ พบว่าผู้ป่วยมีการรับยาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มมากขึ้นทุกอำเภอ โดยก่อนเริ่มดำเนินโครงการ มีผู้ป่วยไปรับยาที่โรงพยาบาลชุมชน 14 อำเภอ 2,787 คน หลังดำเนินโครงการผู้ป่วยไปรับยาที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นเป็น 5,014 คน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 79.9)

ในด้านการส่งต่อ (Refer) จากโรงพยาบาลชุมชนมาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดได้อีกอย่างหนึ่งว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นและสามารถอยู่ในชุมชนได้ และโรงพยาบาลชุมชนมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยไว้ในพื้นที่ ไม่จำเป็นต้องส่งต่อมายังโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่าโดยภาพรวมมีการส่งต่อลดลง โดยก่อนเริ่มดำเนินงานโครงการมีการส่งต่อ 1,215 ราย หลังดำเนินงานโครงการการส่งต่อลดลงเหลือ 970 ราย (ลดลงร้อยละ 20.2) มีบางอำเภอที่มีอัตราการส่งต่อเพิ่มขึ้นในขณะดำเนินงานตามโครงการ เช่น น้ำพอง มัญจาคีรี และบ้านฝาง รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ข้อมูลการรับบริการคลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลเครือข่าย

ลำดับ	อำเภอ	ยอดผู้รับบริการ (คน)		ยอด Refer (ราย)	
		ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
1	ชุมแพ	298	396	163	94
2	บ้านไผ่	118	221	112	106
3	เปือยน้อย	36	60	19	7
4	หนองสองห้อง	39	170	66	48
5	น้ำพอง	280	401	99	107
6	กระนวน	80	101	89	70
7	วางใหญ่	170	378	17	25
8	บ้านฝาง	109	154	44	52
9	ภูผาม่าน	195	542	30	12
10	ภูเวียง	60	314	233	110
11	มัญจาคีรี	46	154	88	143
12	อุบลรัตน์	112	123	83	39
13	หนองเรือ	183	250	101	92
14	สีชมพู	1,061	1,750	71	65
รวม		2,787	5,014	1,215	970

อภิปรายผล

ผู้ป่วยโรคจิต โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุด มีลักษณะการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เมื่อเป็นแล้วอาการมักไม่หายขาด อาการเป็นๆ หายๆ และมีอาการหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยเหล่านี้จึงมีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง บางคนต้องรับประทานตลอดชีวิต แต่เท่าที่ผ่านมามพบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีอาการทางจิตกำเริบ และกลับมารักษาซ้ำได้บ่อย ซึ่งมีสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิต พบปัจจัยด้านผู้ป่วยมากที่สุด คือ การไม่ร่วมมือในการบำบัดรักษาด้วยยา (มาโนช หล่อตระกูล, 2546) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยด้านอื่นคือครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจยากจน ไม่มีเงินในการเดินทางมารับยา ตลอดจนระยะทางไกลเมื่อต้องเดินทางมารับที่โรงพยาบาลจิตเวช ปัจจัยทางด้านระบบบริการสาธารณสุข พบว่าโรงพยาบาลใกล้บ้านไม่มียาบางชนิดตามแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบถ้วน ถึงแม้ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมรับประทานยาก็ตาม เหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานตามนัดหรือทำให้ขาดยา (วัชณี หัตถพนม และคณะ, 2549; พรประไพ แยกเต้า, 2550) การเปิดให้บริการคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน เป็นการเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วย

จิตเวชสามารถรับยาอย่างต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น และมีการดูแลอย่างต่อเนื่องในสถานบริการในชุมชน สามารถลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลจิตเวช เป็นประโยชน์ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนนานที่สุด เห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าสถิติการรับยาที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มมากขึ้น ลดอัตราการกำเริบซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเกินกว่าที่โรงพยาบาลชุมชนสามารถจะดูแลได้มีจำนวนลดลง ส่งผลตามมาทำให้การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นแก่นรานครินทร์ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของกนิษฐพจน์ เจริญภักดี และคณะ (2545) โรงพยาบาลสวนปรุง (2546) และดำรง แวอาลี และคณะ (2546) ที่พบว่าการดำเนินงานโรงพยาบาลเครือข่าย ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลต่อเนื่องจากสถานบริการในชุมชน ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลเครือข่ายเพราะรู้ว่าคลินิกสุขภาพจิตในโรงพยาบาลใกล้บ้าน เนื่องจากสามารถลดค่าใช้จ่ายได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โครงการโรงพยาบาลเครือข่ายด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจึงเป็นโครงการที่มีประโยชน์ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุด

4. การลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

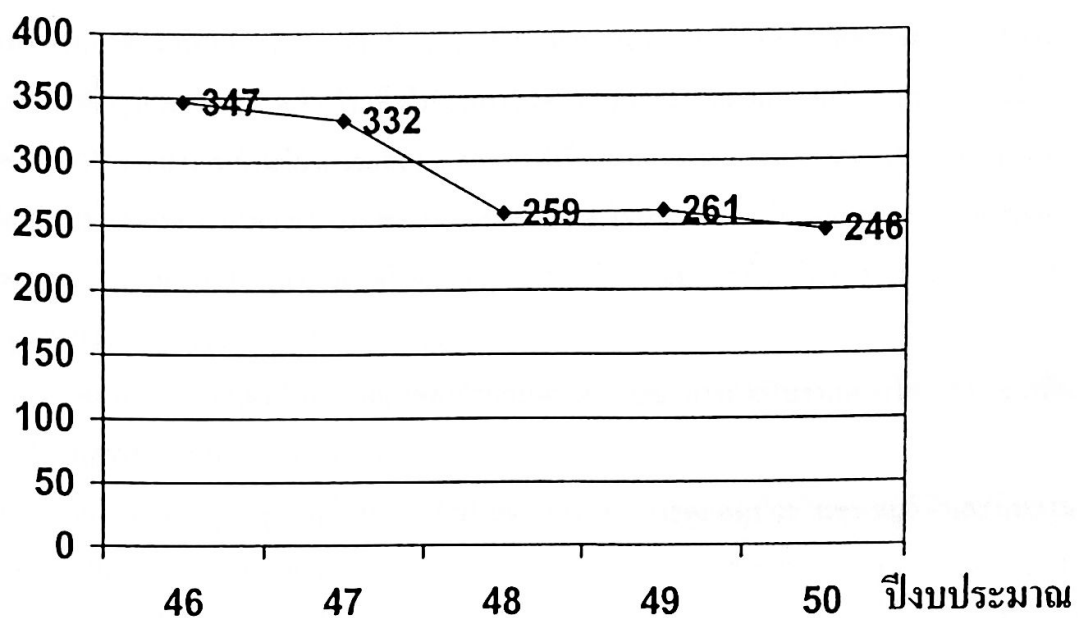
จากผลการศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบเฉพาะปี พ.ศ. 2548 พบว่ามีผู้ป่วยในของ 14 อำเภอที่เข้ารับการรักษา 259 คน เปรียบหลังดำเนินโครงการปี พ.ศ. 2550 เหลือเพียง 246 คน ลดลงจากเดิม 13 คน ดังตารางที่ 7 และภาพที่ 2

ตารางที่ 7 จำนวนผู้รับบริการตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จำแนกตามอำเภอที่เข้าร่วมโครงการและปีงบประมาณ

ลำดับ ที่	อำเภอ	พ.ศ.2546	พ.ศ.2547	พ.ศ.2548	พ.ศ.2549	พ.ศ.2550
1	กระนวน	28	32	20	20	17
2	ชุมแพ	46	38	33	38	30
3	น้ำพอง	59	59	33	41	33
4	เปือยน้อย	8	3	7	2	6
5	เวียงใหญ่	5	8	3	3	3
6	บ้านฝาง	10	18	13	12	16
7	หนองสองห้อง	32	24	16	21	14
8	บ้านไผ่	47	33	38	31	30
9	อุบลรัตน์	9	15	12	13	7
10	ภูผาม่าน	8	8	4	6	3
11	สีชมพู	15	14	16	15	17
12	หนองเรือ	29	34	21	23	27
13	ภูเวียง	26	25	23	18	20
14	มัญจาคีรี	25	21	20	18	20
รวม		347	332	259	261	246

ภาพที่ 2 จำนวนผู้รับบริการตีผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ภาพรวม 14 อำเภอ
ที่เข้าร่วมโครงการเมื่อจำแนกตามปีงบประมาณ

จำนวน (ราย)



อภิปรายผล

เมื่อพิจารณาด้านจำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ของผู้ป่วย 14 อำเภอที่ร่วมโครงการ ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้อย่างหนึ่งของการดำเนินงานโครงการ ว่าจะสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ของผู้ป่วยจิตเวช พบว่ามีการลดลงของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเพียงเล็กน้อย แต่เมื่อพิจารณาย้อนหลัง 5 ปี พบว่าจำนวนผู้ป่วยในมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ ซึ่งอธิบายได้ว่าสาเหตุการลดลงของจำนวนผู้ป่วยในเกิดขึ้นเนื่องจากนโยบายการดำเนินงานของโรงพยาบาล ที่ต้องการลดผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพื่อให้บริการในฐานะหน่วยงานตติยภูมิมากขึ้น และเพื่อจะใช้เวลาที่เหลือในการพัฒนางานด้านวิชาการและงานคุณภาพให้มีความเหมาะสมในการเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ รวมถึงการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สอดคล้องนโยบายการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต ที่ต้องการกระจายผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชให้อยู่ในชุมชนมากขึ้น เน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยจะรับผู้ป่วยไว้รักษากรณีฉุกเฉินในช่วงเวลาสั้นๆ แล้วให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงอาจไม่เห็นตัวเลขที่เด่นชัดในการลดลงของจำนวนผู้ป่วยในขณะการดำเนินงานตามโครงการ ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการประเมินผลของการศึกษาครั้งนี้ในด้านการลดจำนวนผู้ป่วยใน แต่อย่างไรก็ตาม การที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้นานๆ จำเป็นต้องมีระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่ดีและมีความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลชุมชน ดังเช่นการศึกษาของสมสนุก พระอมาตย์ และคณะ (2543) ได้ทำการประเมินผลโครงการพัฒนาการให้บริการผู้มีปัญหาทางจิตเวชโดยเครือข่ายระบบส่งต่อสถานสุขภาพจิต ทำให้เกิดนวัตกรรมใหม่ในการดูแลผู้มีปัญหาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง มีระบบบันทึกรายงานชัดเจน ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมจากเครือข่ายและลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือนของผู้ป่วยจิตเวช เช่นเดียวกันกับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ได้มีการพัฒนางานจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ในรูปแบบของการสร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน โครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอย่างครบวงจร การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน และการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องในชุมชน เป็นต้น

5. ลดการเร่ร่อน ล่ามขังผู้ป่วยจิตเวช

ขณะดำเนินงานตามโครงการ ทุกครั้งที่ออกหน่วยให้บริการในภาคเช้าจะเป็นการบริการตรวจรักษา และภาคบ่ายจะเป็นการออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่เร่ร่อน หรือถูกล่ามขังอยู่ในชุมชน ผลการดำเนินงาน ได้สำรวจพบผู้ป่วยเร่ร่อนและล่ามขังได้จำนวน 65 คน เร่ร่อน 39 คน ล่ามขัง 26 คน ได้รับการบำบัดรักษาแล้ว 50 คน (ร้อยละ 76.9) ผลการบำบัดพบว่ามีอาการคงเดิม 10 คน (ร้อยละ 20) และดีขึ้นแต่ญาติต้องช่วยเหลือ ดีขึ้นและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และดีขึ้นช่วยงานและประกอบอาชีพได้ คิดเป็นร้อยละ 42.0, 18.0 และ 20.0 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการบำบัด รักษาผู้ป่วยเรื้อรังและล่าช้า

ประเภท	จำนวน	ยังไม่ได้รับ การรักษา	ได้รับการ รักษาแล้ว	ผลการบำบัด			
				อาการ คงเดิม	ดีขึ้นญาติ ต้อง ช่วยเหลือ	ดีขึ้นและ สามารถ ช่วยเหลือ ตนเองได้	ช่วยงาน และ ประกอบ อาชีพได้
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เรื้อรัง	39	15(38.5)	24(69.5)	7(29.2)	8(33.3)	4(16.7)	5(20.8)
ล่าช้า	26	-	26(100)	3(11.5)	13(50.0)	5(19.2)	5(19.2)
รวม	65	15(23.1)	50(76.9)	10(20.0)	21(42.0)	9(18.0)	10(20.0)

หมายเหตุ ผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยเรื้อรังไม่มีญาติ 10 คน อีก 5 คนที่มีญาติกำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินการปรับทัศนคติ เตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชน

อภิปรายผล

การดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลเครือข่าย ดำเนินการควบคู่กันกับ “โครงการคืนชีวิตใหม่สู่สังคม” ของกรมสุขภาพจิต ภายใต้นโยบายลดอคติแบ่งแยกผู้ป่วยจิตเวชออกจากสังคม (Destigmatization) เพื่อให้ผู้ป่วยที่ถูกล่าช้าและเรื้อรังได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง พึ่งพาให้มีชีวิตใหม่ในชุมชน (กรุงเทพมหานคร, 2549) ตามศักยภาพของแต่ละคน กิจกรรมการให้ความช่วยเหลือที่บ้าน ประกอบด้วย การตรวจวินิจฉัย ให้การรักษาด้วยยาทั้งยาปรับประทุและยานอนหลับ (long acting) การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้าน ตลอดจนให้การฟื้นฟูทางจิตสังคมแก่ผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น การฟื้นฟูด้านการดูแลกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และการฟื้นฟูด้านอาชีพ เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนมากจะได้รับการบำบัดรักษาด้วยยา ในคนที่ไม่ได้รับการรักษาส่วนมากเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่มีญาติดูแล (จำนวน 10 คน) แต่ทั้งนี้กำลังอยู่ในระหว่างดำเนินการหาแนวทางเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาโดยความร่วมมือทั้งภาครัฐบาลและเอกชน สำหรับจำนวน 5 คนของผู้ป่วยเรื้อรังที่มีญาติกำลังอยู่ระหว่างการดำเนินการปรับทัศนคติของญาติ ครอบครัว ชุมชน ให้เห็นความสำคัญของการรักษา และให้ความร่วมมือ

ผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง ล่าช้า ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและความเรื้อรังของอาการทางจิต ซึ่งส่วนมากแล้วมีอาการดีขึ้นแต่ญาติต้องช่วยเหลือ ร้อยละ 42.0 มีอาการดีขึ้นสามารถช่วยงานและประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 20.0 และมีอาการคงเดิม ร้อยละ 20.0 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้นส่วนมากมีข้อจำกัดด้านผู้ป่วยเอง เช่นเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางสมอง มีภาวะปัญญาอ่อนแต่กำเนิด

(Mental retardation) หรือเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มโรคปัญญาอ่อน และโรคจิตที่มีพยาธิสภาพทางสมอง มักจะพบปัญหาอย่างค่อเนื่องเกี่ยวกับปัญหาในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ ปัญหาการดำรงชีวิตประจำวัน และการไร้ความสามารถโดยรวม และต้องอาศัยความชำนาญเฉพาะทาง (กอบโชค จวงษ์ และคณะ) ในผู้ป่วยโรคจิตเวชส่วนใหญ่จะมีแนวโน้มที่จะกลายเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การล่าช้าของผู้ป่วยหรือปล่อยให้ผู้ป่วยเดินเร่ร่อน ไม่ได้ได้รับการรักษาที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสื่อมของบุคลิกภาพ มีพฤติกรรมดุดองและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิต (เชาวนิษฐ์ คำโฮม, 2545; สมจิตต์ ฤประสงค์, 2545) การบำบัดรักษาต้องใช้เวลานานเช่นเดียวกัน เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตสังคม ถึงแม้ว่าการทางจิตจะสงบแล้วก็ตาม

ด้านองค์ประกอบภายในองค์กร

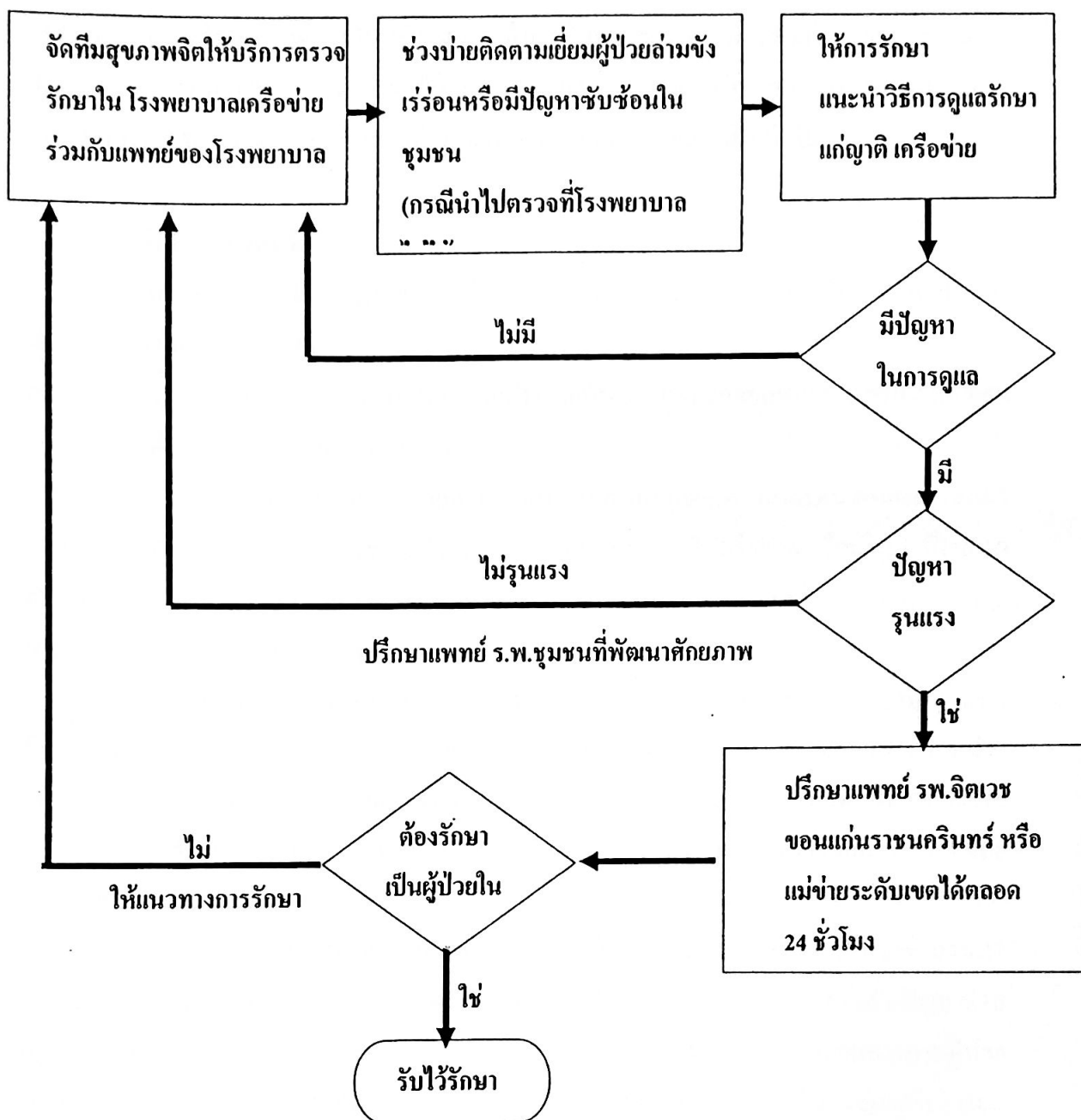
1. กระบวนการทำงาน

การดำเนินตามโครงการโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ทำให้เกิดระบบการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนที่มีความชัดเจนเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยสามารถรับบริการโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน และดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชนอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องนโยบายการดำเนินงานด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและกรมสุขภาพจิต ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) “เพื่อให้เกิดความสุขที่ยั่งยืนของสังคมไทย” โดยมีนโยบายการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตประจำปี 2552 เน้นการดำเนินการพัฒนางานสุขภาพจิตเพื่อเป้าประสงค์หลัก คือ ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดีโดยยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียง เน้นปรับปรุงคุณภาพมาตรฐานสู่ความเป็นเลิศโดยไม่เพิ่มขนาดสถานบริการ พัฒนาและบูรณาการองค์ความรู้สุขภาพจิตที่มีมาตรฐานสอดคล้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันด้านจิตใจให้แก่ประชาชน ผ่านเครือข่ายทั้งภาครัฐและองค์กรชุมชน เสริมสร้างศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพจิต สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และให้โอกาสผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต ผลักดันสังคมให้ยอมรับให้โอกาสผู้ที่อยู่กับปัญหาสุขภาพจิต

นอกจากนี้การดำเนินงานตามโครงการยังมีความสอดคล้องกับนโยบายการดำเนินงานของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งมีวิสัยทัศน์เพื่อเป็นโรงพยาบาลที่เป็นเลิศในด้านบริการวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับประเทศ มีพันธกิจหลักสำคัญเกี่ยวกับงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนคือการพัฒนาเครือข่ายบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในทุกระดับให้มีประสิทธิภาพที่เป็นประโยชน์ต่อเครือข่ายและประชาชน ดังนั้นการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จึงเป็นการดำเนินงานที่มีความสอดคล้องเหมาะสม ที่ต้องการให้ผู้ป่วยจิตเวช สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนให้นานที่สุด จะรับผู้ป่วยไว้รักษาภายในโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉิน และให้การรักษาในระยะเวลาด้านๆ เท่านั้น

จากการดำเนินงานโครงการ 2 ปีที่ผ่านมา มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการดำเนินงาน จนกระทั่งได้รูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ดังภาพที่ 3

ภาพที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินงานโรงพยาบาลเครือข่าย



ขั้นตอนการดำเนินงาน คือ ช่วงเช้าเป็นบริการตรวจรักษาร่วมกับแพทย์ประจำของโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย ช่วงบ่ายติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรัง ล้ามั่งหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชนซึ่งไม่สามารถนำผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลได้ ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินอาการทางจิตเพื่อพบแพทย์สั่งการรักษา และให้คำแนะนำการดูแลรักษาผู้ป่วยในชุมชนให้แก่ญาติและเครือข่าย กรณีที่ไม่มีปัญหาในการดูแล ผู้ป่วยจะได้พบแพทย์และให้ยาไปรับประทานที่บ้าน ในการให้บริการต่อเนื่องไปกรณีที่แพทย์จากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ไม่ได้ให้บริการแต่ละโรงพยาบาลก็จะดำเนินการเช่นเดียวกัน ถ้ามีปัญหาการดูแลที่ไม่รุนแรงอาจปรึกษาแพทย์โรงพยาบาลชุมชนเพื่อปรับการรักษาให้ แต่

ประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยมีปัญหารุนแรง สามารถขอคำปรึกษาโดยตรงจากจิตแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์หรือแม่ข่ายระดับเขตได้ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งจะประเมินอีกครั้งว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหรือไม่ ถ้าจำเป็นจะอำนวยความสะดวกโดยการประสานงานโรงพยาบาลจิตเวชผู้ปวชนอก เพื่อดำเนินการรับผู้ป่วยไว้รักษา แต่ถ้าญาติและเครือข่ายสามารถดูแลผู้ป่วยได้ในชุมชน จิตแพทย์จะให้แนวทางการรักษาที่มีความเหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยต่อไป

2. จำนวนการให้บริการ

การดำเนินงานโครงการการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 ใน 8 อำเภอนำร่อง คือ ชุมแพ บ้านไผ่ เปือยน้อย หนองสองห้อง น้ำพอง กระนวน แวงใหญ่ และบ้านฝาง โดยใน 3 เดือนแรกออกหน่วยให้บริการทุกเดือนต่อไปทุก 2 เดือน รวมจำนวนการออกให้บริการตลอดปีจำนวน 56 ครั้ง และในปีงบประมาณ 2550 ทำการขยายผลการดำเนินงานเพิ่มในอีก 6 อำเภอ คือ ภูพานัน ภูเวียง มัญจาคีรี อุบลรัตน์ หนองเรือ และสีชมพู โดย 8 อำเภอเก่าออกให้บริการทุก 3 เดือน ส่วน 6 อำเภอใหม่ออกให้บริการทุกเดือนใน 3 เดือนแรกต่อไปทุก 2 เดือน รวมจำนวนการออกหน่วยให้บริการตลอดปี จำนวน 72 ครั้ง ผลการดำเนินงานนำเสนอเฉพาะปีงบประมาณ 2550 มีดังต่อไปนี้

2.1 บริการตรวจรักษา ให้บริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ณ โรงพยาบาลชุมชน มีผู้รับบริการจำนวน 1,582 คน 2,682 ราย (เฉพาะที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ออกหน่วยให้บริการ) ผู้รับบริการส่วนมากเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 51.9 รองลงมาเป็น โรควิตกกังวล และโรคจิตอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 14.7 และ 9.6 ตามลำดับ รายละเอียดการบริการตรวจรักษา จำแนกตามการวินิจฉัยดังตารางที่ 9

2.2 บริการให้การปรึกษา ขณะออกหน่วยให้บริการได้ให้บริการให้การปรึกษาจำนวน 19 ครั้ง จำแนกตามปัญหาที่มาขอรับการปรึกษาได้ 2 กลุ่มคือ ปัญหาด้านผู้ป่วยจำนวน 13 ครั้ง ปัญหาด้านผู้ดูแลจำนวน 6 ครั้ง ปัญหาด้านผู้ป่วยที่พบคือวัยรุ่นมีความเครียดแล้วมีอาการแสดงออกทางกาย ผู้ป่วยโรคจิตมองคุณค่าตนเองต่ำ ผู้ป่วยจิตเวชยังมีอาการทางจิตขณะอยู่ที่บ้านและอาการอื่นๆ เช่น เครียดนอนไม่หลับ เป็นต้น ปัญหาด้านผู้ดูแลส่วนมากเป็นปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วย ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และมีภาวะเครียดจากการดูแลผู้ป่วย รายละเอียดดังตารางที่ 10

2.3 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน ได้ทำการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 18 คน 25 ครั้ง ผู้ป่วยล้ามน้ำหนักจำนวน 21 คน 27 ครั้ง และผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนอื่นๆ จำนวน 75 คน 85 ครั้ง ปัญหาจากการติดตามเยี่ยมจำแนกเป็น 1) ด้านผู้ป่วย ได้แก่ มีอาการทางจิตกำเริบ ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย รักษาไม่ต่อเนื่อง การใช้สารเสพติด 2) ด้านผู้ดูแล ส่วนมากญาติไม่สนใจดูแลผู้ป่วย ทอดทิ้งผู้ป่วย คิดว่าเป็นภาระในการดูแล ไม่มีเวลาดูแลเพราะต้องทำมาหากิน และ 3) ด้านชุมชน รู้สึกหวาดกลัวผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยสร้างความเดือดร้อนให้แก่ชุมชน จึงต้องการให้ล้ามน้ำหนักผู้ป่วยไว้ การให้ความช่วยเหลือในขณะออก

ติดตามเช็มน คือ ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการรักษาด้วยยา ทั้งชนิด (long acting) และยาปรับประทาน และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว รายละเอียดของปัญหาและการช่วยเหลือดังตารางที่ 11, 12 และ 13

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละการวินิจฉัยโรคของผู้รับบริการ ณ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (n=1,582)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค		
โรคสมองเสื่อม	38	2.4
โรคจิตจากแอลกอฮอล์	31	2.0
โรคจิตจากสารเสพติด	8	0.5
โรคจิตเภท	821	51.9
โรคจิตอื่นๆ	152	9.6
โรคจิตทางอารมณ์	5	0.3
โรคอารมณ์สองขั้ว	14	0.9
โรคซึมเศร้า	72	4.5
โรคประสาท	9	0.6
โรควิตกกังวล	232	14.7
โรคปัญญาอ่อน	16	1.0
โรคลมชัก	63	4.0
อื่นๆ (ระบุ)	48	3.0
ไม่พบการวินิจฉัย	73	4.6

ตารางที่ 10 บริการให้การปรึกษา ณ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลเครือข่าย

ปัญหาที่พบ	เทคนิค/การช่วยเหลือ
ด้านผู้ป่วย 1. เด็กหญิงวัยรุ่นจำนวน 2 คน มีความเครียดเรื้อรัง ครอบครัว แล้วมีอาการแสดงออกทางกายดังนี้ คนที่ 1 ครอบครัวแตกแยก อยากให้พ่อแม่คืนดีกัน มีอาการไม่มีเรี่ยวแรง อ่อนเพลีย ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม คนที่ 2 กังวลเรื่องการเรียน ขัดแย้งกับพ่อเลี้ยง กินไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน ทำให้ชาวบ้านลือว่าผู้ป่วยท้อง ทำให้มีอาการเหนื่อยเพลีย เดินไม่ได้	- ประเมินปัญหา สาเหตุของปัญหา รวมถึงกลไกทางจิตที่ผู้ป่วยใช้เพื่อลดความเครียดของตนเอง เช่นการมีปัญหาด้านจิตใจแล้วมีอาการแสดงออกทางกาย - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกกับข้อใจของตนเอง - ช่วยผู้ป่วยในการสำรวจเป้าหมายชีวิตของตนเอง ให้เกิดการเรียนรู้ถึงพฤติกรรมที่แสดงออกมา มีความต้องการให้เกิดอะไรขึ้น ผลเป็นอย่างไร ทั้งด้านดีและไม่ดี แล้วหาวิธีในการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น แต่มีสิ่งต้องพึงระวัง คือ ผู้บำบัดต้องไม่แสดงอาการตำหนิหรือตัดสินผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมแสดงออกว่าเป็นสิ่งผิด จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอาย และไม่ต้องการเปลี่ยนแปลงตนเอง - ให้คำแนะนำวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม - Breathing exercise
2. หญิงวัยผู้ใหญ่ จำนวน 2 คน ป่วยเป็นโรคจิต มองคุณค่าตนเองต่ำ ไม่มีความสามารถดูแลครอบครัว เพราะเป็นบ้าทำให้เลี้ยงลูกได้ไม่ดี เงินไม่พอใช้ มีอารมณ์เศร้า	- เปิดโอกาสให้ผู้ระบายความรู้สึกกับข้อใจของตนเอง - แนะนำการจัดการความเครียด (stress management) • ประเมินวิธีการเดิมที่เคยใช้แล้วได้ผล ส่งเสริมใช้วิธีการเดิมและเพิ่มเติมวิธีการใหม่ เช่น การใช้เวลาวางให้เกิดประโยชน์ การทำงานบ้าน การพูดคุยปรึกษาญาติใกล้ชิด • ใช้เทคนิคการพูดกับตนเองว่าตนเองเป็น “แม่ที่ดี” - ให้ข้อมูลที่เป็นจริง (Present reality) ว่าความเศร้าเกิดได้ ไม่ร้ายแรง แต่ต้องจัดการกับอารมณ์นั้นให้ได้ - แนะนำการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่พบ	เทคนิค/การช่วยเหลือ
3. ผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 2 คน ขณะอยู่ที่บ้านยังมีอาการทางจิต เช่น หวาดระแวง มีหูแว่วเสียงคนนิินทาหรือคำประณาม ผู้ป่วยหญิงสาวมีความเข้าใจผิด เนื่องจากแพทย์ได้ตรวจภายในทาง การแพทย์ (PV) คิดว่าตนเองเสียความบริสุทธิ์ให้แพทย์คนนั้น ต้องการเรียกร้องความเสียหาย	- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพุดระบายความรู้สึกความคับข้องใจของตนเอง - ให้ข้อมูลที่เป็นจริง (Present reality) เกี่ยวกับอาการทางจิต เป็นอาการที่เกิดได้ในผู้ป่วยโรคจิต หรือให้ข้อมูลเรื่องการตรวจภายใน หลักการสาเหตุหรือความจำเป็นที่ต้องทำ และให้ข้อมูลความหมายของคำว่า “เสียบริสุทธิ์” ตามความเข้าใจของผู้ป่วย เปรียบเทียบกับวัฒนธรรมสังคมไทย - Psycho support - แนะนำการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
4. มีอาการเครียด คิดมากหลายเรื่อง คิดเรื่องครอบครัว หนี้สิน บุตรชายเกเร เลี้ยงลูกไม่ดี เครียดเรื่องการเจ็บป่วยของตนเองที่เป็นโรคเรื้อรังนอนไม่หลับ หรือตื่นกลางดึกแล้วนอนหลับต่อยาก	- ประเมินปัญหา สาเหตุของปัญหา และแนวทางให้ความช่วยเหลือ - เปิดโอกาสให้ผู้พุดระบายความรู้สึกคับข้องใจ - ให้ข้อมูลที่เป็นจริงเรื่องความคิด และความรู้สึกทำให้เกิดทุกข์ เน้นให้ผู้ป่วยอยู่กับปัจจุบัน (here and now) - ให้ข้อมูลเรื่องบุตรเกเร เลี้ยงลูกไม่ดี ไม่ใช่เรื่องส่วนตัวทั้งหมด เพราะมีปัจจัยอื่นอีกหลายอย่างที่มีผลต่อเด็ก - ค้นหาจุดดีของการทำหน้าที่เป็นแม่ ชมเชยและให้กำลังใจ - Positive thinking
5. นอนไม่หลับ ดิทยา Diazepam มาก มารับยาตลอด พบแพทย์เฉพาะคนที่สั่งยาตามใจตนเอง คิดว่ายา DZP จะช่วยตนเองได้ มา OPD เกือบทุกวัน	- เปิดโอกาสให้ผู้พุดระบายความรู้สึก - ให้คำแนะนำว่ายา Diazepam มีผลเสียต่อร่างกาย - ให้พบจิตแพทย์เพื่อทำการปรับยาให้เหมาะสมโดยใช้ยาตัวอื่นแทน ซึ่งให้ข้อมูลว่ายาจะไม่ออกฤทธิ์ทันที จะออกฤทธิ์ได้เต็มที่เมื่อเวลาผ่านไป 2-3 สัปดาห์ - ผู้ป่วยยินดีพบจิตแพทย์ และปรับยา

ปัญหาที่พบ	เทคนิค/การช่วยเหลือ
6. มารดาหลังคลอดบุตรคนแรก 16 วัน มีอาการไม่สดชื่น อ่อนเพลีย เครียดที่ต้องตื่นมาดูแลลูก ค่ำไปต้องฝากบุตรไว้กับย่า เพราะตนเองต้องไปทำงานต่างจังหวัด	- เปิดโอกาสให้ผู้ประสบความารู้สึกความคับข้องใจของตนเอง - ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวมารดาหลังคลอดและให้คำแนะนำเรื่อง Stress management คือ การปรึกษาญาติใกล้ชิด, Breathing exercise
7. ผู้ป่วยโรคจิตหญิง ติดเชื้อ HIV มีอาการซึมหม่อลอย ร้องไห้ไม่หยุด	- ผู้ป่วยอาการทางจิตยังไม่สงบ ต้องรอให้ได้รับการบำบัดด้วยยา ให้อาการทางจิตสงบจึงจะเริ่มให้การปรึกษา
8. เหงา คิดถึงบุตรชายไม่มาเยี่ยม มีหูแว่วเสียงคนคำประณาม บุตรสาว ภรรยาเสียชีวิตแล้ว ทำให้รู้สึกหัวเหว่	- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยผู้ประสบความารู้สึกความคับข้องใจของตนเอง - แนะนำการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เช่น การสวนมนต์ ไปวัด การพบปะเพื่อผู้สูงอายุ หรือการทำกิจกรรมที่ชอบ ช่วยไม่ให้หงาเพราะต้องอยู่คนเดียว - การออกกำลังกายสม่ำเสมอ
9. มีปัญหาเกี่ยวกับการรักษา ที่ต้องไปรับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	- ขอให้แพทย์ส่งต่อมารับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อความสะดวกในการเดินทางมารับยา - แนะนำให้พบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
10. มีความเครียดจากการเลี้ยงดูแม่ตาบอดซึ่งชอบดุด่า เกิดความขัดแย้งในใจ มีอาการมือเท้าเย็น ใจสั่น ปวดท้ายทอย เหนื่อยเพลีย	- ให้คำปรึกษาตามการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมบำบัด ทักษะที่ใช้คือ - ค้นหาความคิดทางลบ - หาข้อมูลสนับสนุนความคิดอื่น - ให้ผู้ป่วยเชื่อมโยงเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม - ฝึกทักษะการปรับความคิด - สำรวจความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงไป - Breathing exercise

ปัญหาที่พบ	เทคนิค/การช่วยเหลือ
ด้านผู้ดูแล 1. มีปัญหาการดูแลผู้ป่วย ขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย (จำนวน 4 คน)	- แนะนำการรับยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งรับประทานและชาดัด - แนะนำเรื่องการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง - ให้กำลังใจญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช - ให้ช่องทางการขอคำปรึกษาเมื่อมีปัญหา เช่น เจ้าหน้าที่สถานีนามัย โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
2. เครียดที่ต้องดูแลผู้มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ถ้าหากตายไปแล้วไม่มีคนดูแล ที่น้องก็ห่างเหินกัน	- ให้ญาติได้พูดคุยระบายความรู้สึกกับน้อง - แนะนำให้บุตรฝึกหัดดูแลตนเอง และช่วยงานบ้าน - พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด หรือให้ญาติมารับยาแทน - กระตุ้นผู้ป่วยเข้าสังคมให้มีความคุ้นเคยกับญาติพี่น้อง
3. คิดมากเรื่องบุตรชายไม่ช่วยทำงาน นั่งซึมเหม่อทั้งวัน เปรียบเทียบกับบุตรชายของเพื่อนที่แต่งงานทำมาหากินได้	- ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเวช - กระตุ้นให้ช่วยทำงาน ให้กำลังใจโดยให้เป็นเงินหรือขนม อย่างที่เคยให้ทุกวัน - Positive thinking ยังมีบุตรอีก 3 คนที่คอยให้กำลังใจ มีฐานะทางครอบครัวดี ไม่มีหนี้สิน มีเพื่อนบ้านที่ลำบากกว่า

ตารางที่ 11 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรัง (ติดตามเยี่ยม 18 กพ/ 25 ครั้ง)

ปัญหาที่พบ	เทคนิค/การช่วยเหลือ
ด้านผู้ป่วย 1. มีอาการทางจิต - เดินเรื่อยเปื่อย รอบหมู่บ้าน อยู่ไม่คิดที่ (10 คน) - นั่งอยู่คนเดียว ถามไม่ตอบ (2 คน) - พุดคนเดียว ขึ้นหัวเราะคนเดียว ร้องรำทำเพลง (2 คน) - ไม่อาบน้ำ ร่างกายสกปรก - หนีออกจากบ้านครั้งละหลายๆ วันไปนอนกับ ผู้ชาย พุดมาก อารมณ์ครื้นเครง หัวเราะง่าย - สะสมสิ่งของ สะสมขยะ ใส่เสื้อผ้าหลายชั้น - หวาดระแวงกลัวคนทำร้าย สะสมอาวุธ - หงุดหงิด อาละวาด คู่ค้าคนเข้าใกล้ (2 คน) - แยกตนเองหลบนอน	- แพทย์ให้การรักษาด้วยยา ทั้งยาต้านประทุษร้ายและยาจิต (long acting) หรือปรับการรักษาให้ - ให้คำแนะนำเกี่ยวกับ • ความรู้เรื่องโรคจิต อาการ อาการแสดงและการรักษา • ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่อง • ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคจิต - ประสานพื้นที่ เพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน หรือเพื่อเตรียมชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วย - ดูแลจิตยา long acting - ในคนที่อาการรุนแรง วางแผนให้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยให้เครือข่ายฯ นำส่ง - ให้โรงพยาบาลชุมชนรับยาแทนและส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้าน - เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน ให้ติดต่อโรงพยาบาลชุมชน
2. เกิดฤทธิ์ข้างเคียงของยา เวียนหัวเวลาลุกนั่ง น้ำลายไหล ตัวแข็ง มือสั่น ตัวสั่น (3 คน)	- ให้ความรู้เรื่องฤทธิ์ในการรักษาอาการทางจิตและฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยาด้านโรคจิต - ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรักษาด้วยยาด้านโรคจิต จะช่วยควบคุมไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ - แนะนำการเปลี่ยน position - หากอาการ ไม่ดีขึ้น ให้มาพบแพทย์เพื่อปรับยา
3. รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่ยอมรับประทานยา (9 คน)	- แพทย์ปรับการรักษาให้ โดยเน้นให้ยาจิต long acting - ให้คำแนะนำญาติ อาจต้องบดยาผสมใส่ในอาหารให้แก่ผู้ป่วย - ประสานพื้นที่เพื่อดูแลต่อเนื่องอย่างใกล้ชิด

ปัญหาที่พบ	เทคนิค/การช่วยเหลือ
ด้านผู้ป่วย (ต่อ) 4. ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ทำงานได้ กลับได้ (ติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินผล)	- ให้กำลังใจ และส่งเสริมการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง - แนะนำการทำการกิจกรรมตามศักยภาพ
5. ผู้ป่วยเป็นปัญญาอ่อนชนิดรุนแรง ดูตนเองไม่ได้ ปัสสาวะ-อุจจาระเรื้อรา	- ให้การรักษาตามอาการ (Symptomatic treatment) - ให้ความรู้เรื่องโรค การรักษา และพยากรณ์โรค แก่ญาติ - ประเมินความเครียดของผู้ดูแล ให้พบระบบความรู้สึกล
6. ผู้ป่วยมีปัญหาการใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์ และ/หรือนูหรี	- ให้ข้อมูลเรื่องผลกระทบของการใช้สารเสพติดที่มีต่อผู้ป่วย คือ ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบ ถึงแม้จะได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต นอกจากนี้ยังทำให้เกิดฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยาเพิ่มมากขึ้น - แนะนำญาติให้ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติด
ด้านผู้ดูแล 1. ญาติไม่ขอการรักษา คิดว่าเป็นภาระที่ต้องดูแล	- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดี-ผลเสีย ของการรักษาหรือไม่รักษา - แพทย์สั่งให้การรักษาด้วยยา - ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ - ประสานพื้นที่เพื่อเตรียมครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. ญาติไม่มีเวลาดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา เพราะต้องทำมาหากิน	- ปรับการรักษาให้ญาติเกิดความสะดวกในการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา โดยให้ยาชนิดยา long acting และปรับรับประทานเหลือเวลาเด็วคือ ตอนเย็นหรือก่อนนอน

ปัญหาที่พบ	เทคนิค/การช่วยเหลือ
ด้านชุมชน คนในชุมชนรู้สึกหวาดกลัวผู้ป่วย	- ให้ข้อมูลแก่คนในชุมชนว่าโรคจิตสามารถรักษาให้อาการสงบได้ และจะไม่เป็นอันตรายต่อคนในชุมชนถ้าได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง - ประสานผู้นำชุมชน อสม. เพื่อช่วยให้ข้อมูลและปรับเปลี่ยนทัศนคติของคนในชุมชน

ตารางที่ 12 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยลุ่มขัง (ติดตามเยี่ยม 21 คน/ 27 ครั้ง)

ปัญหาที่พบ	เทคนิค/การช่วยเหลือ
ด้านผู้ป่วย 1. มีอาการทางจิต - หงุดหงิด คุดทะราด ร้องเสียงดัง ทำลายสิ่งของ ทำร้ายญาติ (5 คน) - พุดคนเดียว ขี้มั่วเหว (2 คน) - ปัญญาอ่อนพุดคุยไม่รู้เรื่องอยู่ไม่นิ่ง (3 คน) - ไม่สวมเสื้อผ้า นั่งโยกตัว จิกเสื้อผ้า (3 คน) - ไม่พูด - หวาดกลัวคนทำร้าย หูแว่ว - กลางคืนนอนไม่หลับ - ไม่ช่วยเหลือตนเอง ไม่อาบน้ำ (2 คน) - อาละวาด เผาบ้านตนเอง - เสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพอย่างมาก - มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ชอบขโมยของ ชาวบ้าน	- แพทย์สั่งการรักษาให้/ ปรับการรักษา - ให้คำแนะนำ ● ให้ทดลองปล่อยผู้ป่วยเป็นครั้งคราว ● การดูแลเรื่องการรับประทานยา ● การดูแลความสะอาดร่างกาย ● การพบแพทย์ตามนัด ● สังเกตอาการหลังปรับยา และอาการก่อนมีอาการกำเริบ - ประสานเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย หรือ โรงพยาบาลชุมชนให้ดูแลต่อเนื่อง - ฝึกผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเอง - ตั้งเป้าหมายการรักษากับญาติ คือจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการอาละวาด เมื่ออาการสงบสามารถปลดโซ่ได้
2. ขาดการรักษาไม่ต่อเนื่อง	- แพทย์สั่งการรักษาให้/ ปรับการรักษา - ให้ อสม. เป็นคนรับยาแทนผู้ป่วย - ประสานเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย หรือ โรงพยาบาลชุมชนเพื่อดูแลต่อเนื่อง และฉีดยา (long acting) ให้ที่บ้าน - แนะนำญาติให้ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง
3. เกิดฤทธิ์ข้างเคียงของยาโรจิต ตัวแข็ง เดินตัวทื่อ	- ให้ข้อมูลเรื่องฤทธิ์ข้างเคียงของยาโรจิต และการแก้ไขเบื้องต้นคือให้เพิ่มยาตัว "T" เพื่อลดอาการตัวแข็ง - ไม่ให้หยุดยาเอง ให้ญาติพาผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อปรับการรักษาด้วยยา

ปัญหาที่พบ	เทคนิค/การช่วยเหลือ
ด้านผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้หญิง หรือผู้สูงอายุ ญาติรู้สึกหวาดกลัว และควบคุมผู้ป่วยไม่ได้	- Psycho supportive - หาผู้ดูแลช่วย ซึ่งเป็นญาติใกล้ชิดหรือถ้าไม่มีอาจดึงแกนนำทางสังคมเช่นผู้นำชุมชนหรือ อสม. มาช่วยดูแล
ด้านชุมชน ผู้ป่วยสร้างความเดือดร้อนให้แก่ชุมชน ทำให้รู้สึกหวาดกลัว ต้องการให้ล่ามจูงผู้ป่วยไว้	- ให้ข้อมูลแก่คนในชุมชนเกี่ยวกับโรคจิตและการรักษาที่ต่อเนื่อง จะช่วยควบคุมไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและเป็นอันตรายต่อชุมชน - ประสานแกนนำชุมชน หรือ อสม. เพื่อช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของคนในชุมชน สร้างความตระหนักให้คนในชุมชน ว่าปัญหาของผู้ป่วยเป็นปัญหาส่วนรวมที่ต้องช่วยกันแก้ไข - ประสานเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย หรือ โรงพยาบาลชุมชนเพื่อออกติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง

ตารางที่ 13 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนอื่นๆ (ติดตามเยี่ยม 75 คน/ 85 ครั้ง)

ปัญหาที่พบ	เทคนิค/การช่วยเหลือ
ด้านผู้ป่วย 1. มีอาการทางจิต - ผู้ป่วย Dementia มีอาการเดินรอบหมู่บ้าน พุดมาก - หงุดหงิดง่าย ถืออาวูธ ทำลายสิ่งของ จะทำร้ายญาติพี่น้อง (11 คน) - นอนไม่หลับ (12 คน) - มีหูแว่ว ภาพหลอน (9 คน) - ระแวงว่าตนเองถูกคุณไสย ระแวงเพื่อนบ้านถูกกลั่นแกล้ง กลัวคนทำร้าย (12 คน) - หลงผิดว่าเป็นร่างทรง เป็นทหาร ตำรวจ เป็นลูกเขยกำนันเปี๊ยะ มีวิญญาณสิงในร่าง ในหลวงส่งกระแสดูมาให้ - เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง (3 คน) - พุดคนเดียว อิมหัวเราะ (13 คน) - พฤติกรรมเรื้อรังเบื่อๆ เดี๋ยวบ่น (4 คน) - พยายามฆ่าตัวตาย เบื่อหน่าย ท้อแท้ (3 คน) - ฆ่าตัวตายสำเร็จ (1 คน) - เก็บสะสมสิ่งของ - มีอารมณ์ทางเพศสูง เดินตามผู้หญิง - อารมณ์ครื้นเครง (2 คน) - มีอาการชัก - สับสน งุนงง - ไม่สนใจตนเอง ไม่อาบน้ำ สกปรก (3 คน)	- แพทย์สั่งการรักษาให้/ ปรับการรักษา - ให้คำแนะนำ • ให้ความรู้เรื่องโรคจิตและการรักษา • ให้คำแนะนำเรื่องฤทธิ์ข้างเคียงของยาจากการใช้ยาเป็นเวลานาน รวมถึง drug induce seizure • ให้มาพบแพทย์ตามนัด • แนะนำการรับประทานยา และการรักษาต่อเนื่อง • แนะนำการปฏิบัติตัว งดสารเสพติดทุกชนิด • ให้สังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยา • ให้สังเกตอาการเตือนก่อนกำเริบ - ประสานเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง - ดูแลจิตยา long acting - ส่งต่อผู้ป่วยไปรับยา หรือรับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ - วางแผนรับผู้ป่วยไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ - แนะนำญาติเรื่องการดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่อง กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมช่วยเหลือกิจวัตรของตนเองตลอดจนการมีกิจกรรมร่วมในครอบครัวและชุมชน

ปัญหาที่พบ	เทคนิค/การช่วยเหลือ
2. ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่ยอมรับการรักษา	- ประชุมญาติเพื่อวางแผนการรักษา - ให้ข้อมูลที่เป็นจริง (Present reality) แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและความจำเป็นในการรักษาด้วยยา เน้นพฤติกรรมหรืออาการที่ผู้ป่วยมองว่าเป็นปัญหาของตนเอง เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา - แพทย์สั่งการรักษาให้ผู้ป่วยให้มีความสะดวกต่อผู้ป่วยในการรับประทานยา และสะดวกต่อญาติในการดูแล - ประสานเครือข่ายเพื่อดูแลต่อเนื่อง
3. ได้รับอุบัติเหตุ เป็นอัมพาต เดินไม่ได้	- ประเมินอาการ ปัญหาความไม่สบายใจ ภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง - เปิดโอกาสให้พูดระบาย - แนะนำญาติเรื่องการดูแล
4. ผู้ป่วยรับประทานยาเกินขนาด ขาดหมัดก่อนกำหนด	- ค้นหาสาเหตุของการกินยามากกว่าแพทย์สั่ง - แนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์
5. ในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตหลายคน บางครั้งผู้ป่วยหากระแวงกันเอง ขาดแรงจูงใจในการทำงาน ไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้ การทำหน้าที่ทางสังคมไม่ดี	- ให้การรักษาด้วยยาด้านโรคจิต - แนะนำให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง - ประสานงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อดูแลต่อเนื่อง ให้ความช่วยเหลือด้านการบำบัดรักษา - ประสานงานแกนนำชุมชนเพื่อให้ความช่วยเหลือครอบครัว - ให้ความช่วยเหลือทางสังคม ออกใบรับรองความพิการ เพื่อขอเงินสงเคราะห์ผู้พิการจาก อบต.
6. เกิดฤทธิ์ไม่พึงประสงค์จากยาต้านโรคจิต ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง เวียนหัว ง่วงนอน (5 คน)	- ให้ข้อมูลเรื่องฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยาต้านโรคจิต และความจำเป็นในการรับประทานยา - แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อลดฤทธิ์ข้างเคียงจากยาหรือป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เช่น อาจเพิ่มยาคือ "T" เพื่อลดอาการตัวแข็ง ลิ้นแข็ง

ปัญหาที่พบ	เทคนิค/การช่วยเหลือ
	- แนะนำการค่อยๆเปลี่ยนท่าเวลาลุกนั่ง เพื่อป้องกันอาการหน้ามืด หกล้ม - ไม่ควรหยุดยาเอง ให้นำผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อปรับยา
7. ใช้สารเสพติด Alcohol กาว M-100 กาแฟ (7 คน)	- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลเสียของการใช้สารเสพติด จะทำให้มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำและเกิดฤทธิ์ข้างเคียงของยาต้านโรคจิตเพิ่มมากขึ้น - แนะนำการหยุดใช้สารเสพติดโดยเด็ดขาดหรือหาวิธีการลดลงและหยุดใช้ในที่สุด - แนะนำญาติให้ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปใช้สารเสพติด
ด้านผู้ดูแล 1. ญาติไม่สนใจผู้ป่วย ญาติทอดทิ้ง (2 คน)	- ให้กำลังใจญาติในการดูแลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้พูดระบายความรู้สึก - ชี้ให้เห็นผลเสียที่อาจตามมาจากการทอดทิ้งผู้ป่วยจะทำให้อาการกำเริบรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ - ประสานเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชนเพื่อดูแลต่อเนื่อง
2. ญาติปรับยาให้แก่ผู้ป่วยด้วยตนเองเนื่องจากผู้ป่วยเกิดฤทธิ์ข้างเคียงจากยา เคนเซ	- แนะนำญาติไม่ให้ปรับยาเอง ควรนำผู้ป่วยไปปรึกษาแพทย์
3. การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวสูง (high EE)	- ค้นหาสาเหตุ และเหตุการณ์ที่ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ - แนะนำการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม - ให้ข้อมูลเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำได้
4. ผู้ป่วยไม่ช่วยเหลือตนเอง มารดาต้องดูแลกิจวัตรให้	- กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรของตนเอง - ให้ข้อมูลแก่ญาติเรื่องผลกระทบจากการไม่ทำกิจกรรม จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสื่อมลงเรื่อยๆ

ปัญหาที่พบ	เทคนิค/การช่วยเหลือ
5. ญาติมีทัศนคติต่อผู้ป่วยไม่ดี	- เปิดโอกาสให้ญาติพุดระบายความรู้สึก - Positive thinking - ผลกระทบจากการคิดด้านลบ - ให้กำลังใจญาติ
6. ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุหรือไม่มีคนดูแลผู้ป่วย อาศัยอยู่ตัว	- เตรียมครอบครัว ชุมชน - ประชุมญาติเพื่อวางแผนการรักษา - ประสานเครือข่ายเพื่อดูแลต่อเนื่อง - ให้กำลังใจญาติ

3. บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ (จำนวนครั้งในการเป็นที่ปรึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและการแก้ไข)

ในขณะดำเนินงานตามโครงการ โรงพยาบาลเครือข่าย นอกจากการออกหน่วยให้บริการ การนิเทศงาน เป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงานคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมชนแล้ว บทบาทสำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลจิตเวช คือการดำเนินงานการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งใช้รูปแบบพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน (Psychiatric Consultation Liaison Nurses : PCLN) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัว ญาติ ชุมชน ที่ประสบภาวะวิกฤติได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม และทันเวลาที่ ลดความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข ผลการดำเนินงานพบว่า มีผู้ขอปรึกษาในปีงบประมาณ 2550 จำนวน 57 คน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาล ร้อยละ 82.3 รองลงมาเป็นเจ้าของพนักงานสาธารณสุข ร้อยละ 9.1 นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 3.8 ผู้ขอคำปรึกษาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 61.5 ปัญหาที่ขอรับการปรึกษามากเป็นปัญหาเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย เช่นผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง ร้อยละ 37.7 ปัญหาอื่นๆ ประกอบด้วย ปัญหาผู้มีอาการซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤติหลังประสบภัยพิบัติ ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยรุ่น เด็กติดเกมส์ ปัญหาผู้ป่วยเรื้อรัง ล่ามขัง ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยและการประสานเพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีญาติดูแล มีแนวโน้มถูกญาติทอดทิ้ง และปัญหาเกี่ยวกับระบบการส่งต่อ การจัดตั้งคลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน และการดำเนินงานโครงการเป็นต้น การให้ความช่วยเหลือโดยให้การปรึกษาและให้คำแนะนำ การประสานพยาบาลผู้ป่วยนอกเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกการรับบริการกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน การประสานงานทีมสุขภาพจิต เช่น แพทย์ นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ ตลอดจนการจัดทีมติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน ใน

กรณีผู้ป่วยอาการกำเริบรุนแรงหรือประสพภาวะวิกฤติที่เกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลชุมชนที่จะให้การรักษา จะส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการอย่างถูกต้องเหมาะสมในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผลการให้การช่วยเหลือแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่า โดยส่วนใหญ่ผู้ภายหลังที่ขอรับการปรึกษา เครือข่ายฯ สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการกับอาการทางจิตที่กำเริบรุนแรง การให้การปรึกษาในเบื้องต้น การดูแลในภาวะวิกฤติต่างๆ รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และหลังจากให้คำปรึกษาแล้วพบว่ายังมีปัญหาที่โรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง สามารถกลับมาขอคำปรึกษาได้อีกครั้งทางโทรศัพท์ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

อภิปรายผล

ผลการดำเนินงานการให้การปรึกษาแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน บทบาทพยาบาลจิตเวชการปรึกษาและประสานงาน เมื่อพิจารณาด้านพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน พบว่า เป็นพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ที่เป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ เป็นผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ให้การดูแลผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชโดยตรง ปฏิบัติงานทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ ทั้งในแผนกผู้ป่วยในและงานจิตเวชชุมชน โดยเครือข่ายสามารถขอรับการปรึกษาที่สำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการโซนจังหวัด โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยการมาขอรับการปรึกษากับตนเอง หรือโทรศัพท์มาขอรับการปรึกษา และในกรณีที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนสามารถติดต่อโทรศัพท์มือถือที่สามารถรับคำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง และนอกจากนี้พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานยังพัฒนาศักยภาพของตนเองด้านองค์ความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านการให้การช่วยเหลือผู้ที่ประสบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โดยผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และศึกษาต่อในระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้รับความเชื่อถือและไว้วางใจในความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน รวมทั้งทักษะและความชำนาญขั้นสูงในการพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน (Levy & Lewis, 1993) สามารถคัดกรองประเมินปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างครอบคลุม รวมทั้งการเชื่อมโยงปัญหาต่างๆ กับปัญหาด้านสุขภาพจิตเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ ประยุกต์บูรณาการสู่การปฏิบัติงาน และสามารถจับบทบาทของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานซึ่งประกอบด้วยบทบาทโดยตรงและบทบาทโดยอ้อม บทบาทโดยตรง (Direct Consultation) คือการให้การปรึกษา เพื่อช่วยเหลือและให้การดูแลโดยตรงกับผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากร รวมทั้งให้การปรึกษาผู้ป่วยและญาติที่ประสบภาวะวิกฤติต่างๆ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และมีปัญหาซับซ้อนรุนแรง หรือผู้ที่ประสบภาวะวิกฤติที่อยู่ในชุมชนโดยการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย

ครอบครัว และชุมชน ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยรายบุคคล รวมทั้งกลุ่มบำบัด การสอนสุขศึกษา การให้คำแนะนำต่างๆ นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ให้การปรึกษากับเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ ที่มีปัญหาครอบครัวหรือภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองหรือปัญหาในการทำหน้าที่ให้การปรึกษาในคลินิก แล้วเกิดความไม่มั่นใจว่าตนเองใช้ทักษะได้ถูกต้องหรือไม่ อาจเกิดผลเสียอย่างไรบ้างต่อผู้ป่วยจากการดำเนินงานดังกล่าว สอดคล้องกับ Lehmann (1995) ที่กล่าวถึงบทบาทโดยตรงของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานว่าเป็นการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ และวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนไม่ชัดเจน ส่วนการปรึกษาโดยอ้อม (Indirect Consultation) นั้นได้ให้การช่วยเหลือแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต ครอบครัวผู้ป่วย ที่ขอรับการปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาภายในครอบครัว รวมถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับ Caplan (1970) อ้างถึงใน Kurlowicz, 1998) ที่กล่าวว่าบทบาทการให้การปรึกษาโดยอ้อมนั้นเป็นกระบวนการทำงานระหว่างผู้ให้การปรึกษา (Consultant) ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญและผู้ขอรับการปรึกษา (Consultee) ที่ขอความช่วยเหลือหรือขอคำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาและการดูแลผู้ป่วย ในด้านบทบาทการประสานงานนั้น เป็นบทบาทที่ใช้องค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ส่งมารับบริการการปรึกษา (Minarik & Neese, 2002) เป็นผู้เชื่อมประสานการทำงานของบุคลากรทีมสุขภาพให้มีความสะดวกในการติดต่อสื่อสาร การทำงานร่วมกัน และเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยครอบครัว และทีมสุขภาพ (Robinson, 1987 อ้างถึงใน Krupnick, 1995) และนอกจากนี้ยังพบว่าบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงาน คือ การประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ ในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถเลือกใช้กลไกการปรับตัวที่เหมาะสมในการเผชิญปัญหา ความไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Burgess & McCorkle, 1985; Chiu, 1999) และยังช่วยให้ทีมสหวิชาชีพเห็นถึงความสำคัญให้ความร่วมมือในการดำเนินงานเป็นอย่างดี ทำให้เกิดความรู้สึกร่วมกันมีส่วนร่วมในงาน มีส่วนร่วมในการปรับปรุงแก้ไข ทำให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและมีผลการปฏิบัติงานที่ดี นอกจากนี้บทบาทการปรึกษาและการประสานงานแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้พยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานยังเป็นผู้ให้ความรู้ (Educator) เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช การรักษา ยาที่ใช้ในการรักษา รวมทั้งผลข้างเคียงที่เกิดจากยา หรือแม้กระทั่งการใช้เทคนิคการให้การปรึกษา การแจ้งข่าวร้าย แก่ครอบครัวหรือผู้ประสพภาวะสูญเสีย การเจรจาต่อรอง เป็นต้น จึงถือได้ว่าบทบาทของพยาบาลจิตเวชผู้ให้การปรึกษาและประสานงานเป็นบทบาทที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและทีมงานอย่างยิ่ง (Sharrock & happell, 2001)

ด้านนวัตกรรม

เกิดรูปแบบการให้บริการใหม่ ๆ ที่มีการคิดค้นและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนในรูปแบบโรงพยาบาลเครือข่าย อาจกล่าวได้ว่าไม่ใช่เรื่องใหม่สำหรับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ทั้งหมดเสียทีเดียว เนื่องจากที่ผ่านมาโรงพยาบาลจิตเวช

ขอนแก่นราชชนกรินทร์ได้มีการพัฒนางานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างต่อเนื่องในรูปแบบการสร้างเครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน มีการพัฒนาความรู้แก่เครือข่าย ทั้งในรูปแบบการอบรม ประชุม สัมมนา และการติดตามเยี่ยมเครือข่าย สนับสนุนคู่มือ เอกสารทางวิชาการ ในด้านการดูแลผู้ป่วยมีโครงการหลายโครงการ เช่น โครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนแบบครบวงจร การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน การดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนดังกล่าวรับผิดชอบโดยสำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด แบ่งความรับผิดชอบแยกตามจังหวัดในระบบ Zone ward คือจะรับผู้ป่วยไว้รักษาแต่ละจังหวัดแยกเป็นตึกผู้ป่วยในจังหวัด 5 จังหวัด ในเขตรับผิดชอบของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน แต่ทั้งนี้จากการดำเนินงานที่ผ่านมายังพบมีปัญหาระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาจนมีอาการสงบแล้วกลับไปอยู่ในชุมชน ส่วนมากจะกลับมารักษาซ้ำภายในโรงพยาบาลด้วยปัญหาการรับประทานยาที่ไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยและญาติไม่มีเวลา หรือไม่มีเงินที่จะใช้จ่ายในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์ ตลอดจนโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ไม่มีนโยบายการสำรองยาสำหรับให้บริการแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ หรืออาจมีเพียงจำนวนเล็กน้อย ไม่เพียงพอที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวช ในด้านบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่ให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ส่วนมากพบว่าขาดความรู้ ความสามารถ และความมั่นใจในการให้บริการผู้ป่วย นอกจากนี้ด้านความเชื่อ ความเข้าใจที่ผิดของผู้ป่วยและญาติก็มีผลต่อการรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน กล่าวคือผู้ป่วยและญาติจะมีความเชื่อว่ายาจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน จะให้คุณภาพการรักษาไม่เท่าเทียมกับยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลจิตเวช จึงไม่ต้องการรับยาที่โรงพยาบาลชุมชน การให้บริการคลินิกจิตเวช ณ โรงพยาบาลชุมชน โดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยจิตแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวช และนักสังคม เป็นต้น ที่เป็นบุคลากรจากโรงพยาบาลจิตเวชโดยตรง จะช่วยลดความเชื่อ ความเข้าใจที่ผิดของผู้ป่วยและญาติได้ เนื่องจากผู้ป่วยและญาติมีความเชื่อถือที่ตัวบุคลากรและยาที่ใช้ในการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวช เมื่อได้รับการบริการจากทีมโรงพยาบาลจิตเวชโดยตรง จึงมีความยินดีที่จะมารับยาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ถึงแม้บางครั้งทีมจากโรงพยาบาลจิตเวชจะไม่ได้ไปออกหน่วย ในด้านของบุคลากรที่ให้การดูแลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชก็เกิดความมั่นใจในการให้บริการผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เมื่อมีทีมสุขภาพจิตคอยให้ความช่วยเหลือแนะนำ ให้ความรู้โดยการสอนงาน และเป็นที่ปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์ เริ่มดำเนินการโครงการโรงพยาบาลเครือข่าย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 เป็นต้นมา เมื่อเริ่มดำเนินงานโครงการมีโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 8 อำเภอ ดำเนินการพร้อมทั้งศึกษาปัญหา อุปสรรค และหาแนวทางแก้ไข ปรับปรุงแผนการดำเนินงานอย่างมีความเหมาะสมในแต่ละพื้นที่ เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพ เกิดความพึงพอใจทั้งผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ ในปีงบประมาณ 2550 จึงมีโรงพยาบาลชุมชนที่มองเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการดำเนินโครงการมีการสมัครเข้าร่วมโครงการเพิ่มอีก 6 อำเภอ รวมเป็น 14 อำเภอ ซึ่งที่จริงแล้วความต้องการของโรงพยาบาลชุมชน ต้องการให้มีการขยายโรงพยาบาลเครือข่ายให้ครอบคลุมทั้งจังหวัดขอนแก่น แต่เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากรของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ราชนครินทร์ ที่ไม่สามารถสนับสนุนการบริการได้ทั้งหมด จึงมีข้อตกลงให้บริการจำนวนเท่านี้ไปก่อน และเมื่ออำเภอแรก ๆ ที่เข้าร่วมโครงการมีความสามารถในการดำเนินงานด้วยตนเอง การออกหน่วยให้บริการจะเว้นช่วงห่างออกไป อาจดำเนินการโดยออกนิเทศติดตามเป็นระยะ จึงจะขยายการให้บริการโรงพยาบาลเครือข่ายให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลอำเภอในจังหวัดขอนแก่นต่อไป

จากผลการดำเนินงานโครงการดังกล่าวเป็นระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา คณะผู้วิจัยเน้นการเรียนรู้ในการพัฒนาระบบงานที่ทำให้โครงการประสบผลสำเร็จเฉพาะที่สำคัญ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ทำการประชาสัมพันธ์แผนการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลเครือข่าย ให้โรงพยาบาลชุมชนได้รับทราบ และทำการรับสมัครเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนที่มีความสนใจและสมัครใจ และให้มีผู้รับผิดชอบประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เกษตรกร ให้มาร่วมประชุมเพื่อรับทราบแผนการดำเนินงานร่วมกัน
2. ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อทบทวนประสบการณ์ความล้มเหลวที่ผ่านมาของการดำเนินงานโรงพยาบาลเครือข่าย และหาแนวทางแก้ไขปัญหาเหล่านั้น ซึ่งพบปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมาคือ ผู้ป่วยส่วนมากใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่ต้องจ่ายเงินเอง จึงเกิดความสะดวกที่จะไปรับบริการที่ไหนก็ได้ ประกอบกับผู้ป่วยและญาติมีความเชื่อว่ายาที่ได้รับจากโรงพยาบาลจิตเวชเป็นยาที่มีคุณภาพดีในการบำบัดรักษา จึงต้องการมารับยาที่โรงพยาบาลจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยที่มารับบริการมีจำนวนไม่ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าโรงพยาบาลชุมชนได้รับสนับสนุนเงินงบประมาณจำนวนน้อย ไม่เพียงพอที่จะใช้จ่ายเพื่อซื้อยาสำรองไว้เพื่อให้แก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จึงได้นำเสนอปัญหานี้ต่อที่ประชุมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีในการส่งซื้อยาผ่านโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อให้ได้ยาที่เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกับโรงพยาบาลจิตเวช ลดความเชื่อที่ผิดของผู้ป่วยและญาติว่ายาจากโรงพยาบาลชุมชนคุณภาพดีไม่เท่ายาจากโรงพยาบาลจิตเวช โดยที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นเป็นผู้จ่ายเงินแทนโรงพยาบาลชุมชน
3. จัดประชุมเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพจิตจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และทีมโรงพยาบาลชุมชน

ขั้นดำเนินการ

1. ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ โดยในภาคเช้าจะเป็นบริการตรวจรักษาและให้การปรึกษาที่คลินิกจิตเวช ภาคบ่ายเป็นการติดตามเยี่ยมครอบครัวผู้ป่วยและญาติที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน
2. แผนการออกหน่วยให้บริการกำหนดไว้ตลอดปี ได้แจ้งให้โรงพยาบาลชุมชนรับทราบตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ และในแต่ละเดือนที่ออกหน่วยจะแจ้งให้โรงพยาบาลชุมชนรับทราบล่วงหน้าอีกครั้ง เพื่อความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับวันเวลาที่ออกหน่วยให้บริการและจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องติดตามเยี่ยมในชุมชน

3. มีระบบให้การปรึกษาได้ตลอดเวลา ถึงแม้จะไม่ได้เป็นวันออกหน่วยให้บริการ ขั้นประเมินผล ประกอบด้วย

1. การประเมินผลระยะสั้น โดยการประชุมร่วมกับทีมสุขภาพจิตโรงพยาบาลชุมชนหลังออกหน่วยให้บริการแต่ละครั้ง การประชุมประจำเดือน และศึกษาปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานเป็นระยะ พร้อมทั้งหาแนวทางการแก้ไขปัญหาให้มีความสอดคล้องแต่ละพื้นที่
2. การประเมินผลระยะยาว ทำการประเมินตามกรอบแนวคิด Balanced scorecard ที่มีความครอบคลุมประโยชน์ที่จะได้รับการดำเนินงานโครงการทั้งต่อผู้ให้และผู้รับบริการ ตลอดทั้งองค์กรที่ดำเนินงานด้วย

ด้านการเงิน

1. ความคุ้มค่าของงบประมาณที่ใช้ต่อโรงพยาบาล

เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการออกหน่วยกับต้นทุนการให้บริการผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (เปรียบเทียบเฉพาะปีงบประมาณ 2550) พบว่ามีการออกหน่วย 72 ครั้ง ในแต่ละครั้งจะเกิดค่าใช้จ่ายซึ่งประกอบด้วยค่าเบี้ยเลี้ยง 504 บาทต่อครั้ง ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงโดยเฉลี่ยประมาณ 500 บาทต่อครั้ง ซึ่งตลอดทั้งปีเสียค่าใช้จ่ายในการออกหน่วย 72,288 บาท (ไม่คิดค่าใช้จ่ายในการจ่ายเงินเดือนให้แก่ข้าราชการที่ออกหน่วย และค่าสิ้นเปลืองหรือการสึกหรอของรถยนต์) การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วยนอก ก่อนการดำเนินงานโครงการและหลังดำเนินโครงการ ของ 14 อำเภอที่เข้าร่วมโครงการ พบว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายจากการที่จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอกลดลง ประมาณ 319,513 บาท โดยคำนวณจากผู้ป่วยนอก 1 รายที่มารับบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นจ่ายให้รายละเอียด 200 บาท ต่อครั้ง แต่ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยจังหวัดขอนแก่นรายละเอียดประมาณ 326.19 บาท ฉะนั้น 1 ราย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ขาดทุน 126.19 บาท ก่อนเริ่มโครงการปี 2548 มีผู้ป่วยมารับบริการตึกผู้ป่วยนอก 22,922 ราย พ.ศ. 2550 เมื่อประเมินผลโครงการมีผู้มารับบริการ 20,390 ราย ลดลงจากเดิม 2,532 ราย เมื่อคูณกับ 126.19 บาทที่ขาดทุน จึงเป็นเงินที่ลดการขาดทุน 319,513.08 บาท และเมื่อพิจารณาด้านผู้ป่วยในปีงบประมาณ 2550 (หลังดำเนินงานโครงการ) มีผู้ป่วยจำหน่ายที่เรียกเก็บเงินจาก สปสช. 341 คน มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคนประมาณ 18,896.28 บาท แต่สามารถเรียกเก็บได้เฉลี่ย 4,936.06 บาท ส่วนที่เรียกเก็บไม่ได้ประมาณ 13,960.22 บาท ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2550 เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2548 (ก่อนเริ่มโครงการ) จำนวนผู้ป่วยในที่มารับบริการของ 14 อำเภอนำร่องที่ร่วมโครงการจำนวนลดลง 13 คน สามารถลดค่าใช้จ่ายประมาณ 181,482.86 บาท เมื่อทำการศึกษาย้อนหลัง 5 ปี จะพบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ รายละเอียดของจำนวนผู้ป่วยในศึกษาได้จากตารางที่ 7 และภาพที่ 2

โดยภาพรวมแล้วโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ลดการขาดทุนทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในปีงบประมาณ 2550 รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 500,995.94 บาท แต่เสียค่าใช้จ่ายในการออกหน่วย 72,288 บาท

2. ความคุ้มค่าของงบประมาณและระยะเวลาที่ใช้ต่อผู้รับบริการ

ผลการศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่ไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ของผู้ป่วยจิตเวชและญาติ พบว่าเมื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน มากกว่าครึ่งหนึ่งมีค่าใช้จ่ายอยู่ในช่วง 0-100 บาท ร้อยละ 54.1 (ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 125.78 บาท ค่าสุดไม่เสียค่าใช้จ่าย สูงสุด 780 บาท SD.=112.62) ถ้าไปรับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ส่วนมากมีค่าใช้จ่ายอยู่ในช่วง 0-500 บาท ร้อยละ 60.8 (ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 538.91 บาท ค่าสุด 15 บาท สูงสุด 3,050 บาท SD. = 416.39) รายละเอียดดังตารางที่ 14

การเปรียบเทียบระยะเวลาในการเดินทางไปรับบริการ พบว่า ถ้าไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ส่วนมากใช้เวลา 3-4 ชั่วโมง ร้อยละ 48.8 (ระยะเวลาเดินทางเฉลี่ย 3.14 ชั่วโมง ค่าสุด 1 ชั่วโมง สูงสุด 10 ชั่วโมง SD.=1.54) รับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ใช้เวลา 7-8 ชั่วโมง ร้อยละ 36.6 (ระยะเวลาเดินทางเฉลี่ย 7.50 ชั่วโมง ค่าสุด 2 ชั่วโมง สูงสุด 28 ชั่วโมง SD.=2.43) รายละเอียดดังตารางที่ 15

ตารางที่ 14 จำนวน ร้อยละของค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชน และ
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ของผู้รับบริการ (n=344)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชน		
0-100 บาท	186	54.1
101-200 บาท	89	25.9
201-300 บาท	44	12.8
301-400 บาท	18	5.2
401-500 บาท	4	1.2
501-600 บาท	1	0.3
มากกว่า 600 บาท	2	0.6
(ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 125.78 บาท ค่าสุด 0 บาท สูงสุด 780 บาท SD.=112.62)		
รับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์		
0-500 บาท	209	60.8
501-1,000 บาท	100	29.1
1,001-1,500 บาท	24	7.0
1,501-2,000 บาท	6	1.7
2,001-2,500 บาท	3	0.9
มากกว่า 3,000 บาท	2	0.6
(ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 538.91 บาท ค่าสุด 15 บาท สูงสุด 3,050 บาท SD.=416.39)		

ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละของระยะเวลาในการเดินทางไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ของผู้รับบริการ (n=344)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชน		
1-2 ชั่วโมง	119	34.6
3-4 ชั่วโมง	168	48.8
5-6 ชั่วโมง	50	14.5
7-8 ชั่วโมง	6	1.7
9-10 ชั่วโมง	1	0.3
ระยะเวลาเฉลี่ย 3.14 ชั่วโมง ค่าสุด 1 ชั่วโมง สูงสุด 10 ชั่วโมง (SD.=1.54)		
รับบริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์		
ต่ำกว่า 3 ชั่วโมง	6	1.7
3-4 ชั่วโมง	25	7.3
5-6 ชั่วโมง	85	24.7
7-8 ชั่วโมง	126	36.6
9-10 ชั่วโมง	77	22.4
มากกว่า 10 ชั่วโมง	25	7.3
ระยะเวลาเฉลี่ย 7.50 ชั่วโมง ค่าสุด 2 ชั่วโมง สูงสุด 28 ชั่วโมง (SD.=2.43)		

อภิปรายผล

การศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชน ใกล้บ้าน และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเป็นผู้ป่วยจิตเวชหรือญาติที่มารับบริการทั้งที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านและโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 344 คน จาก 14 อำเภอที่เข้าร่วมโครงการ (ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นกลุ่มเดียวกับผู้ตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการบริการบำบัดรักษา ณ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลชุมชน รายละเอียดดังตารางที่ 3)

ผลการศึกษาพบว่า การรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน สามารถลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยจิตเวชและญาติ ผู้ป่วยบางคนไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ เพราะบ้านอยู่ใกล้โรงพยาบาล ใช้เวลาเดินทางไม่นานก็ถึงโรงพยาบาล ไม่ได้จ่ายค่ายาเพราะใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ขณะรอพบแพทย์ผู้ป่วยก็ไม่มากนัก ใช้เวลาน้อย ได้กลับบ้านเร็วขึ้น ได้ไปรับประทานข้าวที่บ้าน บางคนที่บ้านอยู่ไกลออกไปก็สามารถนั่งรถประจำทางมารับบริการใช้เวลาไม่นานเช่นเดียวกัน ตรงกันข้ามกับการมารับ

บริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ต้องเริ่มต้นเดินทางออกจากบ้านตั้งแต่ตีสี่ ตีห้า เสียเวลาในการรอรถโดยสารประจำทาง ใช้เวลาในการเดินทางมารับบริการตรวจรักษากันานเนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมาก หลังจากตรวจเสร็จต้องรับเดินทางกลับเพื่อให้ทันรถโดยสารเข้าหมู่บ้าน กว่ากลับถึงบ้าน บางคนก็ถึงบ้านประมาณ 5-6 โมงเย็น ในการมารับยาแต่ละครั้ง ถ้าไม่ได้นำไปส่งตัวมาด้วย ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้จ่ายค่ายาด้วยตนเอง รวมถึงค่าใช้จ่ายเรื่องค่ารถโดยสาร ค่าอาหาร บางครั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการจ้างเหมารถยนต์ และจ้างคนเพื่อควบคุมผู้ป่วยนำส่งโรงพยาบาลซึ่งโดยสรุปแล้วการรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายและลดรายจ่ายเวลาในการเดินทางอย่างมากกว่าไปรับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

จากผลการศึกษาที่ได้รับสอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลสวนปรุง (2546) ซึ่งได้สรุปผลการดำเนินงานโครงการสนับสนุนในโรงพยาบาลเครือข่ายด้านค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลสวนปรุง เมื่อเปรียบเทียบกับการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน พบว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายได้ร้อยละ 80.0 และสามารถลดระยะเวลาในการเดินทางมารับยาได้ร้อยละ 88.0 คำรองแวอาลี และคณะ (2546) กล่าวว่าค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการจะประกอบด้วยค่าใช้จ่ายที่เป็นทางตรงและทางอ้อม ซึ่งสอดคล้องกับ วัชณี หัตถพนม และคณะ(2549)ได้ทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายทางตรงได้แก่ ค่ายา ค่าอาหาร ค่าพาหนะ เป็นต้น ส่วนค่าใช้จ่ายทางอ้อมประกอบด้วยค่าจ้างเหมารถยนต์ในการนำส่งกรณีผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ค่าจ้างคนเพื่อควบคุมผู้ป่วยในการนำส่ง รวมถึงความสูญเสียรายได้จากการที่ผู้ป่วยและญาติต้องหยุดงานเพื่อเดินทางมารับยาตลอดทั้งวัน

ปัจจัยด้านค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชเป็นสาเหตุหนึ่งในที่ทำให้ผู้ป่วยขาดยาและรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากโดยส่วนใหญ่แล้วครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช เป็นครอบครัวที่ยากจน จากการศึกษาในครั้งนี้ จะพบว่าโดยเฉลี่ยแล้วครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชส่วนมากมีรายได้อยู่ในช่วงต่ำกว่า 500 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 21.8 รองลงมามีรายได้อยู่ในช่วง 501-1000 บาท ต่อเดือน และ 1501-1500 บาท ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 18.3 และ 16.0 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่แล้วครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชมีความยากจน เงินที่หามาได้ไม่เพียงพอจะใช้จ่ายในครอบครัว และมีหนี้สิน ดังนั้นผู้ป่วยและญาติจึงจำเป็นต้องใช้เวลาส่วนใหญ่เพื่อทำงานหาเงินเลี้ยงชีวิตและครอบครัว ไม่มีเวลาว่างที่จะเดินทางมารับยา ดังนั้นการให้บริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านจึงเป็นการเพิ่มโอกาสในผู้ป่วยและญาติมีการรับยาอย่างต่อเนื่องเพิ่มขึ้น ไม่เสียค่าใช้จ่ายและเสียเวลามากในการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3. การเปรียบเทียบการให้บริการที่ผ่านมา (ลดผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ลดการขาดทุน)

จากการเปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (14 อำเภอ จ. ขอนแก่น ที่ร่วมโครงการ) ก่อนดำเนินโครงการ ปีงบประมาณ 2548, 2549 จำนวน 22,922 คน และ 23,386 คนตามลำดับ หลังดำเนินโครงการปีงบประมาณ 2550 มีจำนวน 20,390

คน ผู้รับบริการลดลง 2,532 คนคิดเป็นค่าใช้จ่ายขาดทุนที่ลดลง 319,513 บาท ซึ่งคำนวณจากค่าใช้จ่ายเฉลี่ยผู้ป่วยนอกของจังหวัดขอนแก่นในปีงบประมาณ 2550 เท่ากับ 326.19 บาท (จากผลการเฉลี่ยค่าใช้จ่ายบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ปีงบประมาณ 2550) แต่เรียกเก็บได้ 200 บาท ต่อคน (ระบบเหมาจ่าย) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมารับบริการ 1 คน จะมีค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่เรียกเก็บไม่ได้ ประมาณ 126.19 บาท ต่อคน

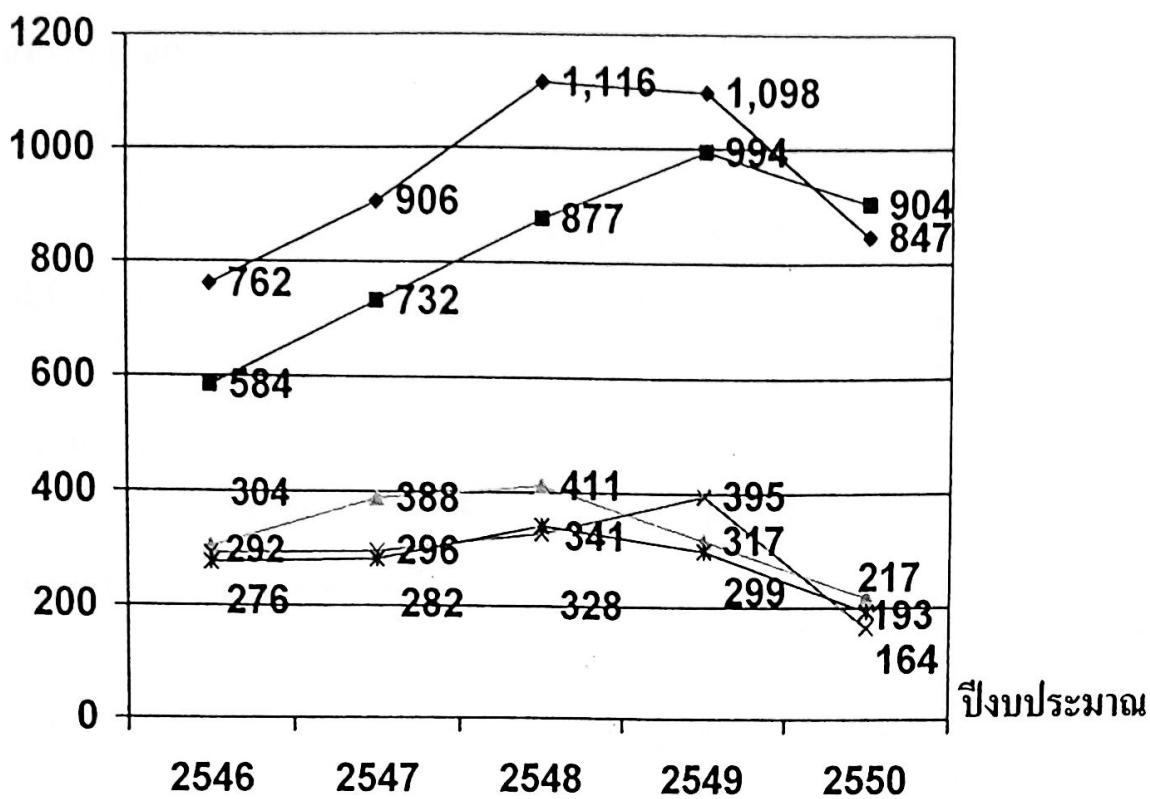
แนวโน้มผู้รับบริการจำแนกตามอำเภอ หรือภาพรวมของทุกอำเภอ ที่เข้าร่วมโครงการก่อนดำเนินโครงการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี หลังดำเนินโครงการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์มีแนวโน้มลดลง รายละเอียดดังตารางที่ 16 และภาพที่ 4-7

ตารางที่ 16 จำนวนผู้รับบริการตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จำแนกตามอำเภอที่ร่วมโครงการและปีงบประมาณ

ลำดับ	อำเภอ	พ.ศ.2546	พ.ศ.2547	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2549	พ.ศ. 2550
1	กระนวน	1,526	1,732	1,976	1,893	1,711
2	ชุมแพ	2,322	2,646	2,982	2,620	2,268
3	น้ำพอง	2,666	3,022	3,412	3,582	3,280
4	เปือยน้อย	276	282	341	299	193
5	เวียงใหญ่	304	388	411	317	217
6	บ้านฝาง	1,324	1,286	1,552	1,526	1,539
7	หนองสองห้อง	762	906	1,116	1,098	847
8	บ้านไผ่	2,013	2,207	2,314	2,423	2,231
9	อุบลรัตน์	584	732	877	994	904
10	ภูผาม่าน	292	296	328	395	164
11	สีชมพู	951	1,010	1,065	1,259	1,030
12	หนองเรือ	2,103	2,230	2,572	2,679	2,267
13	ภูเวียง	1,724	1,945	2,191	2,221	1,778
14	มัญจาคีรี	1,466	1,508	1,785	2,080	1,961
รวม		18,313	20,190	22,922	23,386	20,390

ภาพที่ 4 จำนวนผู้รับบริการเด็กผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
จำแนกตามอำเภอที่เข้าร่วมโครงการ

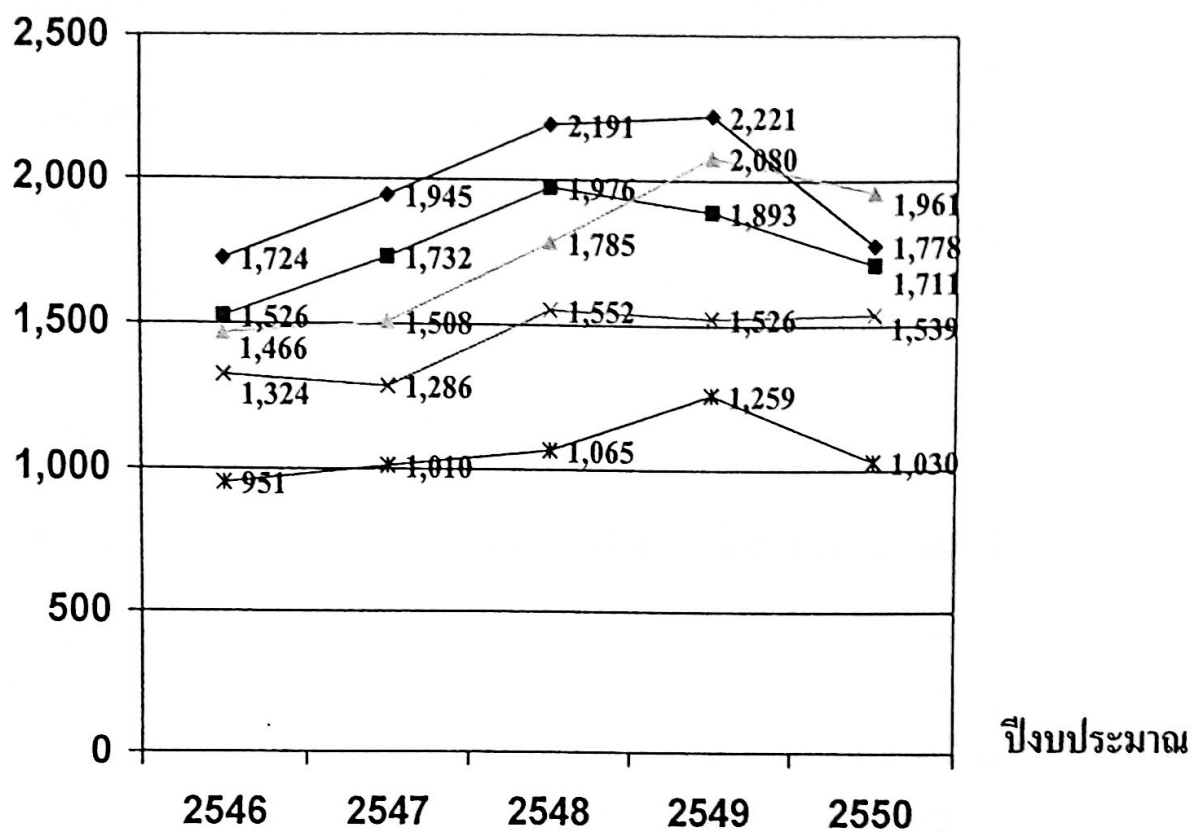
จำนวน (ราย)



- ◆ หนองสองห้อง
- อุบลรัตน์
- X ภูผาม่าน
- ▲ เวียงใหญ่
- * เปือยน้อย

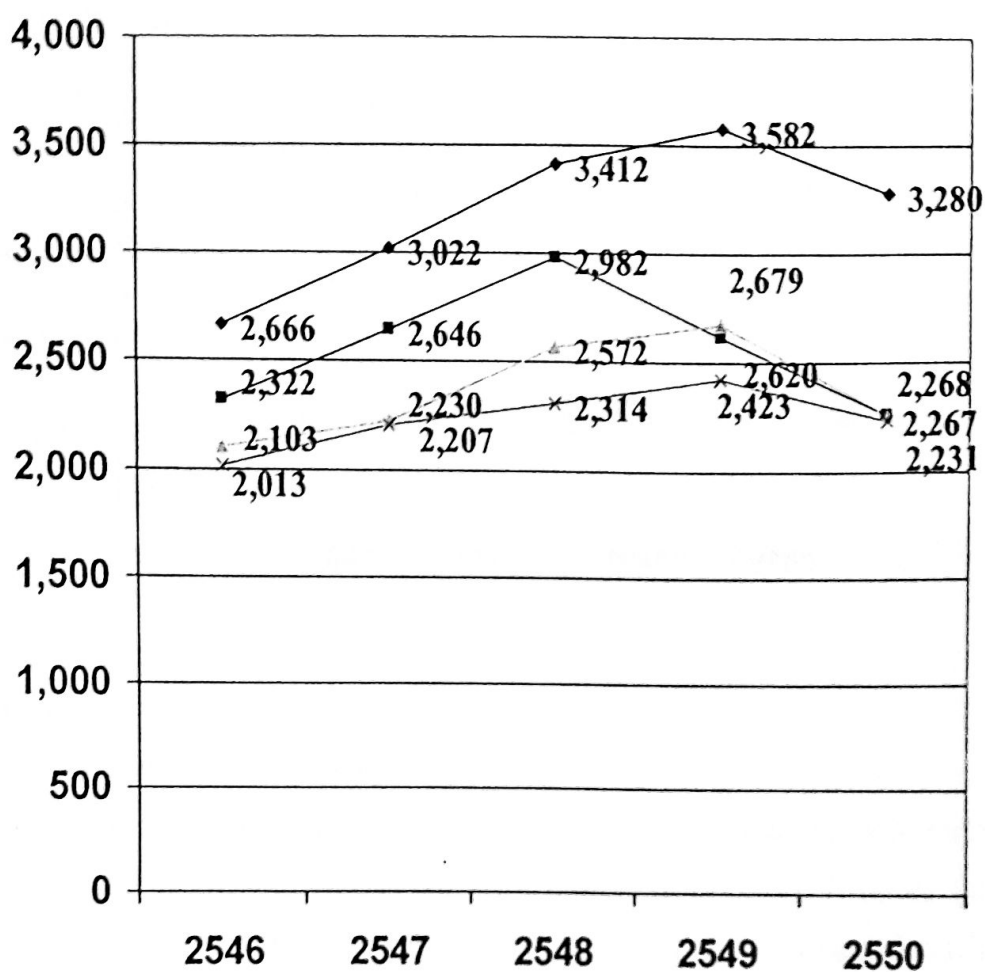
ภาพที่ 5 จำนวนผู้รับบริการตักผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำแนกตามอำเภอ
ที่ร่วมโครงการ และปีงบประมาณที่ให้บริการ

จำนวน (ราย)



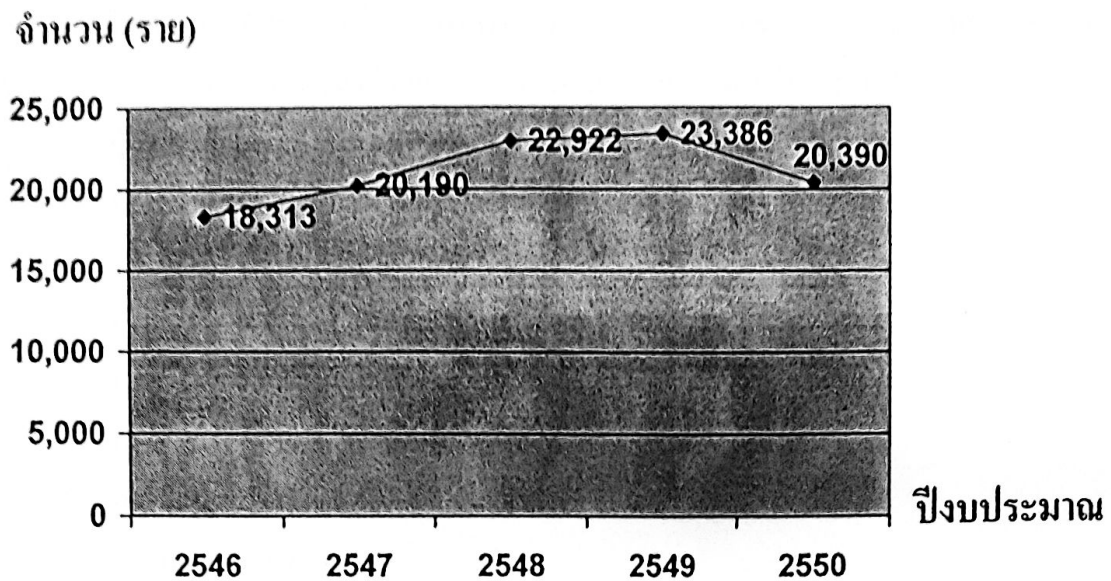
- ▲ น่าน
- ขอนแก่น
- X บ้านฝาง
- * สีชมพู
- ◆ ภูเวียง

ภาพที่ 6 จำนวนผู้รับบริการตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำแนกตามอำเภอ
ที่เข้าร่วมโครงการและปีงบประมาณที่ให้บริการ
จำนวน (ราย)



- ◆ น้ำพอง
- △ หนองเรือ
- ชุมแพ
- X บ้านไผ่

ภาพที่ 7 จำนวนผู้รับบริการตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ภาพรวม 14 อำเภอที่ร่วมโครงการ และปีงบประมาณที่ให้บริการ



อภิปรายผล

โครงการนี้เริ่มดำเนินการปี พ.ศ. 2548 ใน 8 อำเภอนำร่อง ต่อมาในปี พ.ศ.2549 ทำการขยายผลการดำเนินโครงการเพิ่มเป็น 14 อำเภอหลังดำเนินโครงการ คือปีงบประมาณ 2549-2550 พบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการยังไม่ลดชัดเจน แต่ทั้งนี้หากไม่ดำเนินการใดๆ มีแนวโน้ม (trend) ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการมีจำนวนเพิ่มขึ้น สืบเกิดได้จากตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546-2548 ก่อนเริ่มดำเนินโครงการ พบว่าผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งเป็นผลเนื่องจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปัจจุบัน ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ง่ายขึ้นเพราะรักษาฟรี เมื่อผู้ป่วยหรือญาติมาทำธุระส่วนตัวก็สามารถแวะมารับบริการก่อนกลับบ้านได้ หรือบางส่วนเป็นผู้ป่วยที่มีความสมัครใจมารับบริการด้วยตนเอง เนื่องจากมีความเชื่อว่ายาของโรงพยาบาลจิตเวชมีคุณภาพในการรักษาที่ดีกว่ายาที่ได้รับจากโรงพยาบาลชุมชน ทำให้โรงพยาบาลเพิ่มการขาดทุนจากการที่ผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และมีส่วนต่างของค่าบริการที่ไม่สามารถเบิกคืนได้จากหน่วยงานใด แต่หลังดำเนินโครงการ พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลง จึงเป็นการลดการขาดทุนของโรงพยาบาลได้อีกทางหนึ่ง

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษามูลการดำเนินงานโครงการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่นราชชนกรินทร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามูลการดำเนินงานโครงการใน 4 ด้าน ได้แก่

1. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายนอกองค์กร ประกอบด้วย
 - 1.1 ความพึงพอใจของแม่ข่ายโรงพยาบาลเครือข่าย
 - 1.2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
 - 1.3 การเพิ่มจำนวนผู้รับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน
 - 1.4 การลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ
 - 1.5 ลดการเร่ร่อน ล่ามขังของผู้ป่วยจิตเวช
2. องค์ประกอบภายในองค์กร ประกอบด้วย
 - 2.1 กระบวนการทำงาน
 - 2.2 จำนวนการให้บริการ
 - 2.3 บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ (จำนวนครั้งในการเป็นที่ปรึกษา ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและการแก้ไข)
3. ด้านนวัตกรรม
4. ด้านการเงิน ศึกษาความคุ้มค่าของงบประมาณที่ใช้ที่มีต่อโรงพยาบาลและผู้รับบริการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ทำการศึกษาจากแม่ข่ายโรงพยาบาลเครือข่าย ผู้ป่วยจิตเวชและญาติใน 14 อำเภอท้องของ
จังหวัดขอนแก่น ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ประกอบด้วย ชุมแพ บ้านฝาง น้ำพอง กระนวน เปือยน้อย
เวียงใหญ่ หนองสองห้อง บ้านไผ่ ภูผาม่าน อุบลรัตน์ สีชมพู มัญจาคีรี ภูเวียง และหนองเรือ ซึ่งทีม
สุขภาพจิตได้ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ให้บริการตรวจรักษา บริการให้การปรึกษา และติดตามเยี่ยมผู้ป่วย
ที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน นอกจากนี้ยังทำการศึกษาประวัติผู้ป่วยในเวชระเบียนของโรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่นราชชนกรินทร์ด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความพึงพอใจของแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายที่มีต่อการดำเนินงาน
โครงการ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล และความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการ
พัฒนาโรงพยาบาลเครือข่าย
2. แบบสอบถามความพึงพอใจที่มีต่อการบริการตรวจรักษา ณ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลชุมชน มีค่า
ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (เฉพาะส่วนความพึงพอใจของผู้รับบริการ) หรือค่า Cronbach's alpha

coefficient เท่ากับ 0.85 แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ข้อมูลทั่วไป ค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ

3. รายงานการให้การปรึกษา ณ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลเครือข่าย
4. รายงานการติดตามเยี่ยมเพื่อบำบัด รักษาผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤติในชุมชน
5. เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน (secondary data) ของผู้ป่วยที่รับบริการในโครงการ

วิธีดำเนินงาน

ขั้นเตรียมการ ดำเนินการโดยเขียนโครงการนำเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงานแก่ทีมสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และทีมสุขภาพจิตโรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ และชี้แจงแนวทางการดำเนินงานโครงการในที่ประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน เช่น การเบิกเวชภัณฑ์ยา ดำรง ค้นหาผู้ป่วยโรคจิตเวช และจัดทำทะเบียนผู้ป่วย ทำการนัดผู้ป่วยและญาติให้มารับบริการรักษาตามวัน เวลาที่กำหนด นัดผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยล้าม้าง เรื้อรอน หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนเพื่อจัดทีมออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในช่วงบ่าย จัดเตรียมทีมสุขภาพจิตเพื่อออกหน่วยเคลื่อนที่ให้บริการ และทีมโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้จัดเตรียมข้อมูลผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาใน 14 อำเภอที่ร่วมโครงการเกี่ยวกับการวินิจฉัยและประวัติการรักษาด้วยยา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งการรักษาอย่างต่อเนื่องของแพทย์

ขั้นดำเนินการ โดยทีมสุขภาพจิตโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ออกหน่วยให้บริการตรวจรักษาและเป็นที่ปรึกษา ที่เกี่ยวข้องแก่แพทย์ และพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมโครงการในช่วงเช้า สำหรับช่วงบ่ายติดตามเยี่ยมผู้ป่วยล้าม้าง เรื้อรอน หรือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนร่วมกับทีมโรงพยาบาลชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ มีระบบบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และการส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

ขั้นประเมินผล ทำการประเมินผลระยะสั้น โดยการประชุมทีมระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลชุมชนภายหลังออกหน่วยแต่ละครั้ง ประเมินผลภาพรวมทุกเดือน และประเมินผลจากปัญหาอุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขภายหลังออกหน่วยแต่ละครั้ง การประเมินผลระยะยาวโดยเมื่อดำเนินงานโครงการครบ 2 ปี ทำการประเมินผลตามแนวคิดของ Balanced Scorecard

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการโดยจัดประชุมทีมสุขภาพจิต เพื่อชี้แจงรายละเอียดแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยและแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นแนวทางเดียวกัน ประสานงานเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ผ่านการประชุมเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูล โดยข้อมูลจำนวนผู้มารับบริการตรวจรักษา รับการปรึกษา และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน รวบรวมจากจำนวนการให้บริการ แยกตามประเภทการรับบริการในแต่ละครั้งที่ออกหน่วย การเก็บข้อมูลความพึงพอใจของแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายโดยส่งแบบสอบถามให้ตอบเองและส่งกลับคืน ข้อมูลการเข้ามารักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมโครงการ เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าโครงการ เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 11 เดือน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์-ธันวาคม 2550

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS for window และใช้สถิติเชิงบรรยาย คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา

ประเมินผลการดำเนินงานโดยใช้กรอบแนวคิดของ Balanced Scorecard ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

- 1) ด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายนอกองค์กร
- 2) ด้านองค์ประกอบภายในองค์กร
- 3) ด้านนวัตกรรม และ
- 4) ด้านการเงิน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ด้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้องภายนอกองค์กร

1.1 ความพึงพอใจของแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนที่ร่วมโครงการ ได้ทำการประเมินความพึงพอใจของแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมโครงการใน 4 ด้าน คือ 1) ระบบการดำเนินงานและประสานงาน 2) การให้บริการ 3) ด้านบุคลากร และ 4) ประโยชน์ของโครงการ ผลการประเมินพบว่าแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนมีระดับคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุดทุกหัวข้อที่ทำการประเมิน รายละเอียดจำแนกแต่ละด้านดังนี้ ด้านระบบการดำเนินงานและประสานงาน พบว่ามีความพึงพอใจระดับมากที่สุดในการมีการประสานงานก่อนออกหน่วยให้บริการ และมีการประสานแผนการดำเนินงานตลอดทั้งปีให้ทราบ ด้านการให้บริการ ส่วนมากมีความพึงพอใจระดับมากเรื่องรูปแบบการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม ด้านบุคลากร พบว่ามีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุดที่ทีมสุขภาพจิตมีความกระตือรือร้นใส่ใจในการให้บริการ และเป็นแบบอย่างที่ดีในการให้บริการ ด้านประโยชน์ของโครงการ พบว่าโครงการนี้มีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ และมีประโยชน์ต่อระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยงาน

1.2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อบริการบำบัดรักษา ณ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลเครือข่าย ทำการประเมินความพึงพอใจ 3 ด้านคือ ความพึงพอใจในบริการใกล้บ้าน ความพึงพอใจในบุคลากร และความพึงพอใจในระบบบริการ พบว่าผู้รับบริการมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับ

มากที่สุดในทุกหัวข้อการประเมิน ด้านบริการใกล้บ้าน ในภาพรวมรู้สึกพึงพอใจในการมารับบริการตรวจรักษาโรคทางจิตใจ ณ โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน มีความสะดวกสบาย และสามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ ด้านบุคลากร (แพทย์) มีความพึงพอใจที่แพทย์ตรวจรักษาด้วยความกระตือรือร้นใส่ใจบริการ ความพึงพอใจในบุคลากร (เจ้าหน้าที่ เช่น พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์) มีความพึงพอใจเจ้าหน้าที่พูดจาไพเราะ มีอัธยาศัยดี อ้อมแอ้มแจ่มใส และมีความกระตือรือร้น ใส่ใจในการให้บริการ และด้านระบบบริการพบว่าพึงพอใจที่มีการจัดลำดับก่อนหลังพบแพทย์อย่างเป็นระบบ

1.3 การเพิ่มจำนวนการรับบริการของผู้ป่วยจิตเวชที่โรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย พบว่าผู้ป่วยมีการรับยาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มมากขึ้นทุกอำเภอ โดยก่อนเริ่มดำเนินโครงการมีผู้ป่วยไปรับยาที่โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 14 อำเภอจำนวน 2,787 คน หลังดำเนินโครงการผู้ป่วยไปรับยาที่โรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นเป็น 5,014 คน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 79.9) ในด้านการส่งต่อ (Refer) จากโรงพยาบาลชุมชนมาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่าโดยภาพรวมมีการส่งต่อลดลง โดยก่อนเริ่มดำเนินงานโครงการมีการส่งต่อ 1,215 ราย หลังดำเนินงานโครงการการส่งต่อลดลงเหลือ 970 ราย (ลดลงร้อยละ 20.2)

1.4 การลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เปรียบเทียบเฉพาะปี พ.ศ.2548 พบว่ามีผู้ป่วยในของ 14 อำเภอที่เข้ารับการรักษา 259 คน หลังดำเนินโครงการปี พ.ศ. 2550 เหลือเพียง 246 คน ลดลงจากเดิม 13 คน

1.5 ลดการเรื้อรัง ล่ามขังของผู้ป่วยจิตเวช ได้สำรวจพบผู้ป่วยเรื้อรังและล่ามขังมีจำนวน 65 คน เรื้อรัง 39 คน ล่ามขัง 26 คน ได้รับการบำบัดรักษาแล้ว 50 คน มีอาการคงเดิม 10 คน (ร้อยละ 20) และดีขึ้นแต่ญาติต้องช่วยเหลือ ดีขึ้นและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และดีขึ้นช่วยงานและประกอบอาชีพได้ คิดเป็นร้อยละ 42.0, 18.0 และ 20.0 ตามลำดับ

2. ด้านองค์ประกอบภายในองค์กร

2.1 กระบวนการทำงาน มีความสอดคล้องนโยบายการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความสุขที่ยั่งยืนของสังคมไทย ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดีโดยยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งจากการดำเนินงานโครงการ 2 ปีที่ผ่านมา มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการดำเนินงาน จนกระทั่งได้รูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม (ดังภาพที่ 3)

2.2 จำนวนการให้บริการ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 ใน 8 อำเภอนำร่อง จำนวนการออกหน่วยให้บริการตลอดปี 56 ครั้ง และในปีงบประมาณ 2550 ทำการขยายผลการดำเนินงานเพิ่มอีก 6 อำเภอ เป็น 14 อำเภอ รวมจำนวนการออกหน่วยให้บริการตลอดปี 72 ครั้ง ผลการดำเนินงานนำเสนอเฉพาะปีงบประมาณ 2550 มีดังต่อไปนี้

2.2.1 บริการตรวจรักษา มีผู้รับบริการจำนวน 1,582 คนหรือจำนวน 2,682 ราย ผู้รับบริการส่วนมากเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.2.2 บริการให้คำปรึกษา จำนวน 19 ครั้ง จำแนกเป็นปัญหาด้านผู้ป่วยจำนวน 13 ครั้ง ปัญหาด้านผู้ดูแลจำนวน 6 ครั้ง

2.2.3 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน ได้ทำการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 18 คน 25 ครั้ง ผู้ป่วยล้ามจังจำนวน 21 คน 27 ครั้ง และผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนอื่นๆ จำนวน 75 คน 85 ครั้ง

2.3 บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ (จำนวนครั้งในการเป็นที่ปรึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและการแก้ไข) มีผู้ขอปรึกษาในปีงบประมาณ 2550 จำนวน 57 คน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปัญหาที่ขอรับการปรึกษาส่วนมากเป็นปัญหาเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรง

3. ด้านนวัตกรรม

เกิดรูปแบบการให้บริการใหม่ๆ ที่มีการคิดค้นและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เน้นการเรียนรู้ที่ได้รับจากนวัตกรรมที่ทำให้โครงการประสบผลสำเร็จ โดยมีการดำเนินงานตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นเตรียมการ ทำการประชาสัมพันธ์แผนการดำเนินโครงการให้โรงพยาบาลชุมชนได้รับทราบ แล้วทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาประสบการณ์ความล้มเหลวที่ผ่านมาของการดำเนินงานโรงพยาบาลเครือข่าย และหาแนวทางแก้ไขปัญหาลำงั้น ทำการรับสมัครเฉพาะผู้ที่สนใจ แล้วจึงจัดประชุมเตรียมความพร้อม แพทย์ พยาบาล เกษษกร ของโรงพยาบาลเครือข่ายร่วมกับทีมสุขภาพจิตโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกนรินทร์ ประสานงานกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในการรับผิดชอบจ่ายค่ายาที่โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายสั่งซื้อยาจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกนรินทร์ เพื่อให้ทุกโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ มียาเช่นเดียวกันกับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกนรินทร์

ขั้นดำเนินการ ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ และศึกษาปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานเป็นระยะ พร้อมทั้งหาแนวทางการแก้ไขให้มีความสอดคล้องแต่ละพื้นที่ มีระบบให้การปรึกษาได้ตลอดเวลา ถึงแม้จะไม่ได้เป็นวันออกหน่วยให้บริการ และเอื้ออำนวย สนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชในความรับผิดชอบได้

ขั้นประเมินผล ประเมินผลระยะสั้นและประเมินผลระยะยาว โดยประเมินผลตามกรอบแนวคิด Balanced scorecard ที่มีความครอบคลุมประโยชน์ที่จะได้รับการดำเนินการทั้งผู้ให้และผู้รับบริการและองค์กร

4. ด้านการเงิน

4.1 ความคุ้มค่าของงบประมาณที่ใช้ต่อโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกนรินทร์ เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่ในการออกหน่วยกับต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน เฉพาะปีงบประมาณ 2550 พบว่าตลอดทั้งปีเสียค่าใช้จ่ายในการออกหน่วย 72,288 บาท สามารถลดการขาดทุนจากการที่จำนวนผู้ป่วยมารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอกลดลง ประมาณ 319,513 บาท และเมื่อพิจารณาด้านผู้ป่วยใน สามารถลดค่าใช้จ่ายประมาณ 181,482.86 บาทเนื่องจากผู้ป่วยในลดลง

4.2 ความคุ้มค่าด้านการเงินที่มีต่อผู้รับบริการ ผลการศึกษาเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่ไปรับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน และโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกนรินทร์ของผู้ป่วยจิตเวชและญาติ พบว่าเมื่อไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน มากกว่าครึ่งหนึ่งมีค่าจ่ายอยู่ในช่วง 0-100 บาท

ร้อยละ 54.1 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 125.78 บาท ถ้าไปรับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ส่วนมากมีค่าใช้จ่ายอยู่ในช่วง 0-500 บาท ร้อยละ 60.8 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 538.91 บาท

การเปรียบเทียบระยะเวลาในการเดินทางไปรับบริการ พบว่าถ้าไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ส่วนมากใช้เวลา 3-4 ชั่วโมง ร้อยละ 48.8 ระยะเวลาเดินทางเฉลี่ย 3.14 ชั่วโมง ถ้าไปรับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ใช้เวลา 7-8 ชั่วโมง ร้อยละ 36.6 ระยะเวลาเดินทางเฉลี่ย 7.50 ชั่วโมง

4.3 เปรียบเทียบการให้บริการที่ผ่านมา (ลดผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ลดการขาดทุน) จากการเปรียบเทียบจำนวนผู้รับบริการตักผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (14 อำเภอ จ.ขอนแก่น ที่ร่วมโครงการ) ก่อนดำเนินโครงการ ปีงบประมาณ 2548 มีผู้รับบริการตักผู้ป่วยนอกจำนวน 22,922 คน ตามลำดับ และหลังดำเนินงานโครงการปีงบประมาณ 2550 มีจำนวน 20,390 คน ผู้รับบริการลดลง 2,532 คน คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่ลดลง 319, 513 บาท

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านระบบการดำเนินงาน

1.1.1 สามารถนำข้อดีของการศึกษาครั้งนี้เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายทางจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การประชาสัมพันธ์และรับสมัคร โรงพยาบาลที่มีความสนใจและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ การวางแผนการดำเนินงานตลอดปี การประสานงานล่วงหน้าก่อนออกหน่วยให้บริการ และมีช่องทางในการติดต่อประสานงานเพื่อขอคำปรึกษาการดูแลผู้ป่วย หรือการส่งต่อผู้ป่วยให้เกิดความเชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ถึงชุมชน และกรณีผู้ป่วยอยู่ในชุมชนและมีปัญหาอาการกำเริบซ้ำรุนแรงเครือข่ายก็สามารถประสานงานกับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้ตลอดเวลา เพื่อประสานงานส่งต่อผู้ป่วยมาอยู่รักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

1.1.2 การประชุมร่วมกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้ความอนุเคราะห์ในการเป็นตัวกลางจ่ายเงินค่ายาที่โรงพยาบาลชุมชนสั่งซื้อไปให้บริการที่คลินิกจิตเวช ทั้งนี้เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนมียาเช่นเดียวกับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จ่ายให้กับผู้ป่วย ช่วยลดปัญหาที่ว่ายาไม่เหมือนกับโรงพยาบาลจิตเวช ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณที่โรงพยาบาลชุมชนมีไม่มากนัก และข้อจำกัดด้านการทำบัญชียาจิตเวชที่เกินกว่าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนด แต่ถ้าเป็นยาโครงการพิเศษสามารถมีไว้ในโรงพยาบาลชุมชนได้

1.1.3 การจัดให้มีการประชุมร่วมกันตั้งแต่ ขึ้นเตรียมการ ระหว่างดำเนินการเป็นระยะๆ เพื่อวางแผนการดำเนินงานร่วมกันกับโรงพยาบาลชุมชน ตลอดจนการแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น

1.2 ด้านการพัฒนาความรู้และทักษะแก่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต

1.2.1 เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับโรงพยาบาลชุมชน และศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีนอนมัย ต้องได้รับการพัฒนาความรู้ และทักษะในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งโรงพยาบาล

จิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์ได้ดำเนินการในเรื่องนี้มาโดยตลอด ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2541 จนถึงปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อให้เครือข่ายมีความรู้และทักษะในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน ซึ่งจะดำเนินการเรื่องนี้ได้ เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตจะต้องมีความรู้พื้นฐานในเรื่องนี้ จึงจะสามารถดำเนินงานโครงการได้ผลดี

1.2.2 ในกรณีที่เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตมีการโยกย้ายสับเปลี่ยนตำแหน่งมาปฏิบัติงานทดแทน บางครั้งเป็นบุคลากรที่ไม่มีความรู้พื้นฐานในเรื่องงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์ต้องพัฒนาบุคลากรเหล่านี้ให้มีความรู้ ทักษะในการปฏิบัติงานทดแทนได้อย่างทันท่วงที โดยใช้วิธีการสอนงาน การให้ความรู้ สาธิตบริการ สังเกตการให้บริการและนิเทศงาน การจัดทำ Case conference ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาในการให้บริการด้วย

1.2.3 ในบางโรงพยาบาลมีข้อจำกัดในเรื่องแพทย์ ไม่สามารถมาร่วมให้บริการได้ เนื่องจากมีแพทย์จำนวนน้อยในโรงพยาบาลชุมชน การสอนงานแก่พยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช ของโรงพยาบาลชุมชนให้มีความรู้ในด้านการบำบัด รักษา ก็เป็นสิ่งที่จำเป็น เพราะผู้ป่วยจิตเวช จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องในชุมชน แต่ควรเปิดช่องทางในการประสานงานทางโทรศัพท์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

1.3 การพัฒนาความรู้ของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับเขต

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์เป็นแม่ข่ายระดับเขต บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโครงการจำเป็นต้องมีการพัฒนาความรู้ ทักษะในการบำบัด รักษาผู้ป่วยจิตเวชให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมากขึ้น เนื่องจากต้องทำหน้าที่เป็นที่พึ่ง ที่ปรึกษาของเครือข่ายระดับชุมชนได้ตลอดเวลา

1.4 การจัดทำทำเนียบเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต เป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินงาน ทั้งนี้เพื่อสะดวกในการติดต่อประสานงานระหว่างเครือข่ายทุกระดับเมื่อมีปัญหาต้องการปรึกษา

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการ หากมีการสร้างความเข้มแข็งให้โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นระดับหัวหน้าโซน เพื่อในอนาคตข้างหน้าโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนกรินทร์จะจัดทีมสุขภาพจิตไปให้บริการเฉพาะหัวหน้าโซนของโรงพยาบาลชุมชน และให้หัวหน้าโซนดูแลการบำบัดรักษาของโรงพยาบาลในโซนของตนเอง

2.2 ศึกษาผู้รับบริการบางส่วนที่ไม่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน ถึงเหตุผลที่ไม่ไปรับบริการ เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการปรับปรุงการดำเนินงานโครงการต่อไป

บรรณานุกรม

- กนิษฐพจน์ เจริญศักดิ์, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, กิตติวรรณ เทียมแก้ว. โรงพยาบาลเครือข่ายทางจิตเวช. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545; 10(1) : 45-8.
- กรุงเทพธุรกิจ. เปิดใจ-ลคอคคิชุมชน คืนชีวิตใหม่ผู้ป่วย “โรคจิต”. หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ ฉบับวันที่ 23 มกราคม 2549; 19 (6332): 12.
- กรมสุขภาพจิต. ประวัติจิตเวชชุมชนในประเทศไทย. วารสารกรมสุขภาพจิต 2538; 3 (2) : 25-35.
- กรมสุขภาพจิต. มาตรฐานงานสุขภาพจิตและจิตเวชในระบบบริการสาธารณสุข. นนทบุรี: ปิยอนด์ พับลิชชิ่ง; 2548.
- เกรียงศักดิ์ การสมเจตน์. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรงพยาบาลสาขาที่มีโรงพยาบาลชุมชนเป็นพี่เลี้ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ สาขาการบริหารโรงพยาบาล; 2532.
- กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา. บูรณาการงานสุขภาพจิตชุมชนโดยพระสงฆ์เป็นแกนนำ. ใน: การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5 ประจำปี 2549 เรื่องจากหลังคาแดงสู่ชุมชน ระหว่างวันที่ 3-5 กรกฎาคม 2549. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2549: 147.
- กวี สุวรรณกิจ. จิตเวชชุมชน. ใน: เกษม ดันติผลาชีวะ (บรรณาธิการ). ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2536.
- กอบโชค จวงษ์, นุสพวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ. การศึกษาวันนอนเฉลี่ยและกลุ่มอาการผู้ป่วยจิตเวช. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2549; 14 (2) : 75-88.
- เขาวนีย์ คำโฮม. ผลการดำเนินโครงการปลดโซ่ตรวนผู้ป่วยจิตเวช จังหวัดอำนาจเจริญ ปี 2545. ใน: การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2545 เรื่องสุขภาพจิตกับยาเสพติด. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2545: 149.
- ดำรง แวอาลี, สมใจ ชูเชิด, สุนันทา เศรษฐวัชรานิช, รัตนา ปรีชาสุชาติ. การศึกษาผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาศักยภาพการบริการจิตเวชในโรงพยาบาลเครือข่าย พบส. 12/2 ของโรงพยาบาลยะลา.ยะลา: โรงพยาบาลยะลา; 2546.
- พรประไพ แยกเต้า, นิรมล โกสียพันธ์, จลี เจริญสรรพ, สัมพันธ์ มณีรัตน์, พรทิพย์ โพธิ์ครูประเสริฐ, อารมณ์ สุวรรณเกษราเลิศ. โครงการสนับสนุนยาด้วยระบบประกันสุขภาพทางไปรษณีย์. Available from: <http://www.jvkk.go.th/research/details.asp?code=0101518> [2007 Feb 11].
- พสุ เดชะรินทร์. Balanced scorecard. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546.
- มานิช หล่อตระกูล. โรคจิตเภท. ใน: มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (บรรณาธิการ). จิตเวชศาสตร์ร่วมาธิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์; 2546.

- รุจา เล้าสกุล. การศึกษาสภาพและปัญหาของบริการสุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ หนองหญ้าไซ; 2522.
- รัตนา สายพานิชย์, สมบัติ ศาสตร์รุ่งเรือง, และชัชวาลย์ ศิลปะกิจ. การสำรวจการให้บริการให้บริการด้านจิตเวชในระดับโรงพยาบาลชุมชน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541; 43 (4):303-15.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2549. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2549.
- โรงพยาบาลสวนปรุง. สรุปผลการดำเนินงานโครงการสนับสนุนโรงพยาบาลเครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวช. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2546.
- วัชณี หัตถพนม, ณัฐกร จำปาทอง, สุวดี ศรีวิเศษ, ชีราพร มณีนาถ, ละเอียด ปัญญาใหญ่. เอกสารประกอบการตรวจเยี่ยมโครงการคืนชีวิตใหม่สู่สังคม. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2549.
- ศุภรัตน์ เอกอัสวิน. แนวทางการผสมผสานบริการจิตเวชในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545; 10 (1): 30-44.
- สุพัฒน์ สมจิตรสกุล. การเรียนรู้ของทีมนักพยาบาล. Available from: <http://www.gotoknow.org/blog/2nurse/6043> [2007 Mar 13].
- สมจิตต์ ลูประสงค์. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง. ใน: การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2545 เรื่องสุขภาพจิตกับยาเสพติด. นนทบุรี; กรมสุขภาพจิต; 2545: 155.
- สมพงษ์ รังสิราหมณกุล. คู่มือจิตเวชศาสตร์. ขอนแก่น: ศรีจันทร์ออฟเซต; 2528.
- สมสนุกพระอามาตย์, เทพนิมิต บางแสง, สิรินาฏ มั่นคง. การประเมินผลโครงการพัฒนาการให้บริการผู้มีปัญหาทางจิตเวชโดยเครือข่ายระบบการส่งต่องานสุขภาพจิต จังหวัดศรีสะเกษ. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต; 2543.
- สุโขทัยธรรมาราช มหาวินิจฉัย. กรณีเลือกสรรการพยาบาลมารดา ทารก และจิตเวช. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช; 2539.
- สำนักงาน ก.พ. คู่มือการพัฒนาระบบการบริการ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน; 2546.
- อำพล จินดาวัฒนะ, สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, สมศักดิ์ ชุณหะวัณ, ชูชัย ศุภวงศ์, และสมชัย สิริกนกวิไล. การศึกษาวิจัยเรื่องการค้างานของโรงพยาบาลสาขา. มปท., 2530.
- Kaplan RS.&Norton DP. The balanced scorecard. Boston : Harvard Business Review Jan-Feb; 1992.
- Burgess AW.& McCorkle R. Liaison and consultative issue in psychiatric mental health nursing. In Burgess AW. (Ed): Psychiatric nursing in the hospital and the community.(pp.916-34)^{4b}

- ed. Englewood Cliffs: Prentice-hall; 1985.
- Chiu L. Psychiatric liaison nursing in Taiwan. *Clinical Nurse Specialist* 1999;10(6):311-15.
- Krupnick SL. Psychiatric consultation liaison nursing. In Antai-Otong D. (Ed): *Psychiatric Nursing: biological and behavioral concepts*. (pp.615-46). Philadelphia : W.B. Saunders Company; 1995.
- Kurlowicz LH. Psychiatric consultation nursing. In Burgess AW. (Ed) : *Advance psychiatric nursing*. (pp. 239-55). Stamford : Appleton & Lange; 1998.
- Lehmann FG. Consultation liaison psychiatric nursing care. In Stuart GW. & Sundeen SJ. (Eds): *Principles and practice of psychiatric nursing*. (pp. 851-62) 5th ed. St. Louis : Mosby; 1995.
- Levy J. & Lewis A. Psychiatric consultation liaison nursing. In Rawlin, RP., William SR., Beck CK. (Eds) : *Mental health psychiatric nursing : a holistic life-cycle approach*. (pp. 878-90) 3rd ed. St. Louis : Mosby; 1993.
- Minarik PA. & Neese LB. Essential educational content for advance practice in psychiatric consultation liaison nursing. *Archives of Psychiatric Nursing* 2002; 16(1) : 3-15.
- Sharrock J. & Happell B. An overview of th role and function of a psychiatric consultation liaison nurse : an Australian perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2001; 8 : 411-17.

ภาคผนวก

แบบประเมิน

ความพึงพอใจของแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายที่มีต่อการดำเนินงานโครงการ

ชื่อโรงพยาบาลเครือข่าย.....อำเภอ.....จังหวัดขอนแก่น

คำชี้แจง

1) ขอความร่วมมือจากท่านตอบแบบสอบถามนี้ตามความเป็นจริง คำตอบของท่านจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้เพื่อพัฒนางานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ในโรงพยาบาลเครือข่าย ซึ่งจะช่วยให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อท่านเอง ระบบบริการ และผู้รับบริการ

2) แบบสอบถามมีทั้งหมด 2 ส่วนดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานโครงการ โรงพยาบาลเครือข่าย

3) โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย/ลงใน ☐ หน้าข้อความที่ตรงตามความเป็นจริงสำหรับท่าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

สำหรับผู้วิจัย

Id ☐

1. เพศ

1. ☐ ชาย 2. ☐ หญิงSex ☐

2. อายุ.....ปี

Age ☐

3. ตำแหน่ง

Pos ☐1. ☐ แพทย์ 2. ☐ พยาบาลวิชาชีพ 3. ☐ พยาบาลเทคนิค4. ☐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5. ☐ อื่นๆ ระบุ.....

4. ระยะเวลาที่ทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช.....ปี.....เดือน

Tim ☐

5. เคยผ่านการอบรม หรือศึกษาต่อทางสุขภาพจิตและจิตเวช (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

Eve ☐1. ☐ ไม่เคย2. ☐ เคยอบรมหลักสูตรการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (หลักสูตร 4 เดือนขึ้นไป)3. ☐ เคยศึกษาหลักสูตรการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช4. ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

6. เคยผ่านการอบรมด้านการให้การปรึกษาของกรมสุขภาพจิต หลักสูตรอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ☐ หลักสูตร Basic counsellingE1 ☐2. ☐ หลักสูตร MatrixE2 ☐3. ☐ หลักสูตร Depression & SuicideE3 ☐4. ☐ หลักสูตรการให้การปรึกษาผู้ติดเชื้อ HIVE4 ☐

5. ☐ หลักสูตรการให้การปรึกษาครอบครัวE5 ☐6. ☐ หลักสูตรอื่นๆ (ระบุ).....E6 ☐

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชน

หัวข้อ	ระดับความพึงพอใจ					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
ระบบการดำเนินงานและประสานงาน						
1. มีการประสานงานก่อนออกหน่วยให้บริการ						Q1 ☐
2. มีการประสานแผนการดำเนินงานตลอดทั้งปีให้ทราบ						Q2 ☐
3. การประชุมร่วมกับผู้รับผิดชอบงานใน ร.พ.เครือข่ายฯ						Q3 ☐
4. การเป็นที่ปรึกษาแก่โรงพยาบาลเครือข่ายตลอด 24 ชั่วโมง						Q4 ☐
5. ได้รับการตอบสนองในการประสานงานตามที่ร้องขอ						Q5 ☐
การให้บริการ						
6. รูปแบบกิจกรรมที่ให้บริการเหมาะสม						Q6 ☐
7. ระยะเวลาที่ให้บริการเหมาะสม						Q7 ☐
8. การบริการปรึกษาผู้ป่วย/ญาติเฉพาะราย						Q8 ☐
9. บริการปรึกษาหรือประเมินอาการทางจิตก่อนพบแพทย์						Q9 ☐
10. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน						Q10 ☐
บุคลากร						
11. ทีมงานสุขภาพจิตพูดจาไพเราะ อธิบายดี ยิ้มแย้มแจ่มใส						Q11 ☐
12. ทีมงานสุขภาพจิตมีความกระตือรือร้นใส่ใจในการให้บริการ						Q12 ☐
13. ทีมงานสุขภาพจิตเป็นแบบอย่างที่ดีในการให้บริการ						Q13 ☐
14. ทีมงานสุขภาพจิตสอนงานหรือสาธิตการให้บริการแก่ท่าน						Q14 ☐
15. ท่านมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานจากการสอนงาน						Q15 ☐
ประโยชน์ของโครงการ						
16. โครงการนี้มีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ						Q16 ☐
17. โครงการนี้มีประโยชน์ต่อระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยงานของท่าน						Q17 ☐

ข้อเสนอแนะอื่นๆ.....
.....
.....

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการตรวจรักษา ณ คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลชุมชน

id ☐

ชื่อ-สกุล (ผู้ตอบแบบสอบถาม).....

อำเภอ.....ผู้บันทึกข้อมูล..... Amp ☐

New ☐

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการตรวจรักษา ณ คลินิกจิตเวชที่ทีมสุขภาพจิตจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มาให้บริการ ณ โรงพยาบาลชุมชน
2. ผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นผู้ป่วยหรือญาติที่เคยรับบริการจากจิตแพทย์ที่ให้บริการ ณ โรงพยาบาลชุมชนมาก่อนอย่างน้อย 1 เดือน และเคยไปรับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ด้วย
3. คำตอบที่ได้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน แต่จะนำไปพัฒนาบริการที่ดียิ่งขึ้น จึงขอความกรุณาให้ทุกท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
4. แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
 - ส่วนที่ 2 ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการในสถานบริการของรัฐ
 - ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง : โปรดให้คำตอบที่ตรงตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน โดยใส่เครื่องหมาย/ ลงหน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ตามความเป็นจริง

สำหรับผู้วิจัย

1. เพศ

Sex ☐

() 1. ชาย

() 2. หญิง

2. อายุปัจจุบัน.....ปี.....เดือน

Age ☐

3. สถานภาพสมรส

Sta ☐

() 1. โสด

() 3. หม้าย

() 2. คู่

() 4. หย่าร้าง แยกกันอยู่

4. การศึกษา

Edu ☐

- () 1. ไม่ได้เรียน () 5. ปวช.
 () 2. ประถมศึกษา () 6. ปวส.
 () 3. มัธยมศึกษาตอนต้น () 7. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 () 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย () 8. สูงกว่าปริญญาตรี
 () 9. อื่นๆ (ระบุ).....

5. อาชีพ

Occ ☐

- () 1. เกษตรกรรม () 5. รับราชการ
 () 2. ค้าขาย () 6. นักเรียน นักศึกษา
 () 3. รับจ้าง () 7. อื่นๆ (ระบุ).....
 () 4. งานบ้าน

6. รายได้ของผู้ตอบแบบสอบถามต่อเดือน.....บาท

Inc ☐

7. ความเพียงพอของรายได้

Eno ☐

- () 1. พอใช้และเหลือเก็บ () 4. ไม่พอใช้และมีหนี้สิน
 () 2. พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ () 5. อื่นๆ (ระบุ).....
 () 3. ไม่พอใช้แต่ไม่มีหนี้สิน

8. จำนวนครั้งที่มารับบริการจากทีม ร.พ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ณ โรงพยาบาลชุมชน.....ครั้งNum ☐

9. สิทธิการรักษาในปัจจุบัน

Wri ☐

- () 1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า () 4. เบิกต้นสังกัด
 () 2. บัตรประกันสังคม () 5. อื่นๆ (ระบุ).....
 () 3. จ่ายค่ารักษาเอง

10. ท่านมารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนใช้เวลา
(ไป-กลับรวมเวลาบริการด้วย).....ชม.Goh ☐

11. ผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวข้องกับ

Rel ☐

- () 1. ผู้ป่วย () 4. เป็นพี่หรือเป็นน้อง (พ่อแม่เดียวกับผู้ป่วย)
 () 2. เป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วย () 5. อื่นๆ (ระบุ).....
 () 3. เป็นบุตรของผู้ป่วย

12. ถ้าท่านมารับบริการที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ใช้เวลา
(ไป-กลับรวมเวลาบริการด้วย).....ชม.Gok ☐

13. ท่านทราบว่าโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ให้บริการ

Adu ☐

ณ โรงพยาบาลชุมชนของท่านโดยวิธีการใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. เจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบ (จาก รพช./สอ.)
 () 2. มีจดหมายติดต่อให้มารับบริการ
 () 3. จากการประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
 () 4. อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการในสถานบริการของรัฐ

1. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (ครั้งสุดท้าย)

ค่าเดินทาง (บาท)	ค่าจ้างคนนำส่ง (บาท)	จำนวนคนที่มา แต่ละครั้ง (คน)	ค่าอาหาร/ ค่าที่พัก (บาท)	ค่าสูญเสียรายได้ ในการนำส่ง (บาท)	ค่ายา (บาท)
			ค่าอาหารบาท ค่าที่พักบาท		

2. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชน

ค่าเดินทาง (บาท)	ค่าจ้างคนนำส่ง (บาท)	จำนวนคนที่มา แต่ละครั้ง (คน)	ค่าอาหาร/ ค่าที่พัก (บาท)	ค่าสูญเสียรายได้ ในการนำส่ง (บาท)	ค่ายา (บาท)
			ค่าอาหารบาท ค่าที่พักบาท		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการ แผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลชุมชน
โดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

คำชี้แจง : แบบสอบถามส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อบริการ ผู้รับบริการจะเป็นผู้ให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5 คะแนน หมายถึง ได้รับความพึงพอใจมากที่สุดหรือได้รับการตอบสนองมากที่สุดในกิจกรรม หรือพฤติกรรมนั้นๆ

4 คะแนน หมายถึง ได้รับความพึงพอใจมาก หรือได้รับการตอบสนองมากในกิจกรรม หรือพฤติกรรมนั้นๆ

3. คะแนน หมายถึง ได้รับความพึงพอใจปานกลาง หรือได้รับการตอบสนองปานกลางในกิจกรรม หรือพฤติกรรมนั้นๆ

2 คะแนน หมายถึง ได้รับความพึงพอใจน้อย หรือได้รับการตอบสนองน้อยในกิจกรรม หรือพฤติกรรมนั้นๆ

1 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจ หรือไม่ได้รับการตอบสนองในกิจกรรม หรือพฤติกรรมนั้นๆ

ลำดับที่	คำถาม	ระดับความพึงพอใจ					สำหรับผู้วิจัย
		5	4	3	2	1	
1.	ด้านความพึงพอใจในบริการใกล้บ้าน						
	1.1 ท่านยินดีมารับบริการ ณ โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านตลอดไปถ้าแพทย์จากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์มาให้บริการด้วยเป็นครั้งคราว						Q 1 ☐
	1.2 ผลการรักษาโรคทางจิตใจของท่านที่โรงพยาบาลชุมชนให้ผลการรักษาดีเช่นเดียวกับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์						Q 2 ☐
	1.3 ท่านสามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน						Q 3 ☐
	1.4 ท่านรู้สึกสะดวกสบายในการมาตรวจรักษาโรคทางจิตใจ ณ โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน						Q 4 ☐
	1.5 ท่านไม่ต้องเสียเวลามากในการมารับบริการตรวจรักษาโรคทางจิตใจ ณ โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน						Q 5 ☐
	1.6 ในภาพรวมท่านรู้สึกพึงพอใจในการมารับบริการตรวจรักษาโรคทางจิตใจ ณ โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน						Q 6 ☐
	1.7 อื่นๆ(ระบุ).....						Q 7 ☐
2.	ด้านบุคลากร						
	2.1 แพทย์ (หมายถึงแพทย์จาก ร.พ.จิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์)						Q 8 ☐
	2.1.1 แพทย์ให้บริการตรวจรักษาด้วยความกระตือรือร้นใส่ใจบริการ						

ลำดับที่	คำถาม	ระดับความพึงพอใจ					สำหรับผู้วิจัย
		5	4	3	2	1	
	2.1.2 แพทย์ให้บริการตรวจรักษาด้วยความชำนาญ มีความรู้ความสามารถ						Q 9 ☐
	2.1.3 แพทย์ใช้ระยะเวลาในการตรวจรักษาอย่างเหมาะสม						Q 10 ☐
	2.1.4 แพทย์ให้บริการตรวจรักษาโดยใช้วาจาสุภาพ อ่อนโยน ชี้แนะเข้มแข็งใส						Q 11 ☐
	2.1.5 แพทย์ให้ข้อมูล คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการรักษาตรงตามความต้องการของท่าน						Q 12 ☐
	2.1.6 อื่นๆ (ระบุ).....						Q 13 ☐
	2.2 เจ้าหน้าที่ (จาก ร.พ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์) 2.2.1 เจ้าหน้าที่พุดจาไพเราะ มีอัธยาศัยดี ชี้แนะเข้มแข็งใส						Q 14 ☐
	2.2.2 เจ้าหน้าที่ที่มีความกระตือรือร้น ใส่ใจในการให้บริการ						Q 15 ☐
	2.2.3 เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ท่านเล่าถึงอาการเจ็บป่วยของท่านตามที่ท่านต้องการ						Q 16 ☐
	2.2.4 เจ้าหน้าที่ตอบคำถามหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคและการรักษาได้ตรงตามความต้องการของท่าน						Q 17 ☐
	2.2.5 เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำในการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตัวขณะอยู่ที่บ้านอย่างเหมาะสม						Q 18 ☐
	2.2.6 อื่นๆ (ระบุ).....						Q 19 ☐

ลำดับที่	คำถาม	ระดับความพึงพอใจ					สำหรับผู้วิจัย
		5	4	3	2	1	
3.	ด้านระบบบริการ						
	3.1 มีการจัดลำดับก่อน-หลังพบแพทย์อย่างเป็นระบบ						Q 20 ☐
	3.2 เจ้าหน้าที่จัดลำดับก่อน-หลังพบแพทย์ด้วยความเหมาะสมตามอาการและความจำเป็นเร่งด่วน						Q 21 ☐
	3.3 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอในการให้บริการผู้ป่วย						Q 22 ☐
	3.4 ขั้นตอนการให้บริการไม่ยุ่งยาก ซับซ้อน						Q 23 ☐
	3.5 เวลาในการรอพบแพทย์ใช้เวลาได้อย่างเหมาะสม (หมายถึง รอแพทย์ตรวจตามคิว)						Q 24 ☐
	3.6 อื่นๆ (ระบุ).....						Q 25 ☐

4. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

และครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนหรือวิกฤติในชุมชน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ.....สกุล.....

อายุ.....ปี การศึกษา..... อาชีพ.....

บ้านเลขที่.....

อาการสำคัญ.....

ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา.....

ผลการตรวจร่างกาย.....

การรักษา.....

ปัญหาที่พบและการแก้ไขปัญหา.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้บริการ

รายงาน

การให้การปรึกษาในชุมชน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ.....สกุล.....

อายุ.....ปี การศึกษา.....อาชีพ.....

บ้านเลขที่.....

ปัญหา อาการ พฤติกรรมที่รับบริการปรึกษา.....

.....

.....

.....

.....

.....

สาเหตุของปัญหา.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แนวทางแก้ไขปัญหา.....

.....

.....

.....

.....

.....

การประเมินผลการให้การปรึกษา.....

.....

.....

.....

.....

หมายเหตุ.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้ให้การปรึกษา