

สรุปรายงานการประชุมหาข้อเสนอแนะการดำเนินงานโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจร  
สำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า  
วันที่ 22 ตุลาคม 2554 เวลา 09.30-12.30น.  
ณ ห้องประชุม HITAP1

ผู้เข้าร่วมประชุม

- |                                |  |
|--------------------------------|--|
| 1. นพ.บุญชัย นวมงคลวัฒนา       | กรมสุขภาพจิต                               |
| 2. พญ.พนธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ | กรมสุขภาพจิต                               |
| 3. นพ.ธรณินทร์ กองสุข          | โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์                    |
| 4. คุณจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน    | โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์                    |
| 5. ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์      | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 6. พญ.เบญจมาศ พฤกษ์กานนท์      | กรมสุขภาพจิต                               |
| 7. คุณสกวรัตน์ พวงลัดดา        | กรมสุขภาพจิต                               |
| 8. คุณพรทิพย์ วชิรดิลก         | กรมสุขภาพจิต                               |
| 9. คุณกนกวรรณ สุทธศรีวิไล      | กรมสุขภาพจิต                               |
| 10. คุณตติยา ทุมเสนา           | กรมสุขภาพจิต                               |
| 11. นายธีระ ศิริสมุท           | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 12. น.ส.รุ่งนภา คำผาง          | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 13. นายสุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล  | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 14. น.ส.เยาวรีย์ ดอเลาะ        | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

เริ่มประชุมเวลา 09.30 น.

ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานโครงการ ฯ

1. กรอบแนวคิดและวิธีการดำเนินงาน

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายเกี่ยวกับตัวชี้วัดของโครงการ โดยในเรื่องของคำจำกัดความของคำว่า Accessibility หรือการเข้าถึงบริการ ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้ชี้แจงว่า ในโครงการนี้จะวัดเรื่องของ Accessibility จากการวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยได้มากขึ้น ซึ่งตามข้อสัญญาที่ทำกับ สปสช. คือ จะมีผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาเพิ่มขึ้นประมาณ 27,000 คนภายใน 2 ปี ส่วนในเรื่องของระบบการติดตามผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาจะเป็น secondary outcome

ในเรื่องของการสำรวจจะทำการสำรวจในชุมชนเพื่อทำการวินิจฉัยออกมาให้ได้ 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มคนที่ไม่มีคามผิดปกติ 2) เป็นคนไข้จิตเวชที่ไม่เคยมีการวินิจฉัยมาก่อน และ 3) เป็นคนไข้จิตเวชที่เคยได้รับการวินิจฉัยและการรักษามาก่อนแต่ได้รับการรักษาต่อเนื่องหรือไม่ อย่างไร ซึ่งจะมีการทำสำรวจทุกปีเพื่อดูสัดส่วน

ของคนที่มีปัญหาทางจิตเวชและไม่เคยได้รับการวินิจฉัยในชุมชน ผลลัพธ์จะต้องลดลงถ้าทำโปรแกรมได้ดี ดังนั้นสิ่งที่ต้องออกแบบก่อน คือ เครื่องมือในการวินิจฉัยโรค

สำหรับการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 3 เรื่องการพัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน พญ. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ ได้เสนอว่า เนื่องจากขั้นตอนนี้เป็นเรื่องของการพัฒนาภาคและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญ เราจึงควรมีรูปแบบหรือเครื่องมือที่เป็นแพคเกจครบถ้วนทั้ง 8 โรคให้ชัดเจน ซึ่งตอนนี้ที่มีอยู่แล้ว คือ โรคจิต (Psychosis) โรคซึมเศร้า (Depression) และความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์ (Alcohol use disorder) ส่วนโรคอื่นๆที่เหลือยังไม่มีเครื่องมือที่เป็นรูปแบบที่ดีมากพอที่จะใช้เป็นกลไกสนับสนุนการดำเนินงานได้ ซึ่งด้าน นพ. ธรณินทร์ กองสุข ได้เสนอเพิ่มเติมว่า ถ้าจะมีการลงลึกในแต่ละโรคที่งานจะต้อง review ในแต่ละโรค และตั้งทีมผู้เชี่ยวชาญหรือเชิญทีมผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ มากคุยกัน

เนื่องจากโครงการนี้เน้นการบริการหลักที่ Primary care ซึ่งการ define คำว่า Primary care ในที่นี้หมายถึง รพ.สต. และโรงพยาบาลชุมชนหรือ CUP ซึ่ง Primary care นี้จะมีแพทย์แต่อาจจะไม่มีจิตแพทย์ แต่จะให้โรงพยาบาลจิตเวชในพื้นที่ใกล้เคียงเป็นที่เลี้ยงให้ ในเรื่องของการรักษาจะเน้นทางด้าน non-medical treatment เป็นหลัก เช่น การให้ Education, community support นพ. ธรณินทร์ กองสุข ได้เสนอว่าควรมีการกำหนดเรื่องการวินิจฉัยและการรักษาของโรคจิตเวชทั้ง 8 โรคนี้ให้ชัดเจนและมีการพัฒนาเครื่องมือในการวินิจฉัยโรค เนื่องจากบางโรคไม่สามารถที่จะวินิจฉัยหรือรักษาได้ที่ระดับ Primary care

โรคความผิดปกติทางพัฒนาการและพฤติกรรมในเด็ก (Behavioral and Developmental disorder) ใน รพ.ช. หรือโรงพยาบาลจิตเวชแทบจะไม่เจอโรคนี้เลย ดังนั้นในโครงการนี้จึงได้ตกลงว่าจะไม่ใช้ในโรงพยาบาลแต่จะใช้โรงเรียนหรือ Community approach เนื่องจากตอนนี้ทาง สพฐ. ได้ดำเนินการเรื่องนี้อยู่แต่อาจจะมีการพัฒนาในเรื่องของเครื่องมือที่ได้มาตรฐานกว่าในการเอามาใช้ในโครงการ

เนื่องจากเครื่องมือที่จะใช้ในโครงการนี้จะไม่มีการทำวิจัยใหม่แต่จะพยายามใช้เครื่องมือที่เป็นมาตรฐานเดิมที่มีอยู่แล้ว ซึ่งทาง พญ. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ ได้เสนอว่าเนื่องจากในขั้นตอนของการดำเนินการของโครงการยังขาดขั้นตอนระหว่าง 2 กับ 3 จึงควรมีการตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญในแต่ละเรื่องให้มาทำ consensus เป็น guideline คร่าวๆว่าต้องทำอะไร อย่างไรบ้าง และควรมีการถามความเห็นทีมผู้ปฏิบัติในชุมชนด้วยว่ามีความเป็นไปได้มากน้อยอย่างไร เพื่อเป็น Baseline เบื้องต้น ซึ่งด้าน นพ. ธรณินทร์ กองสุข เสนอเพิ่มเติมว่า ควรมีการทบทวนคุณภาพประสิทธิภาพของวิธีการเครื่องมือของแต่ละโรคและวิธีการเครื่องมือในการบำบัดรักษาของทั้ง 8 โรคในประเทศไทย และนำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้กับพื้นที่ 6 จังหวัดที่จะลงไปเก็บข้อมูล แล้วทำการวัดผล นำไปปรับปรุงแล้วจึงค่อยนำไปขยายต่อไป และกล่าวว่าในการพัฒนาเครื่องมือ ควรมีบุคลากร เช่น แพทย์ พยาบาลในพื้นที่มาร่วมเป็นทีมพัฒนาเครื่องมือด้วย

ดร. นพ. ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้กล่าวว่า ในเรื่องของการพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในขั้นตอนที่ 3 ควรเริ่มทำตั้งแต่ตอนนี้เลยไม่ควรรอให้เสร็จสิ้นขั้นตอนที่ 1-2 ซึ่งควรจะเริ่มทำตั้งแต่เดือนธันวาคมนี้เป็นต้นไปและให้เสร็จสิ้นภายในเดือนมกราคม

## 2.การพัฒนาเครื่องมือในการเก็บข้อมูล การคัดเลือกพื้นที่และการสุ่มตัวอย่าง

### 2.1 เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ที่ประชุมได้ให้ข้อเสนอว่า

1. การทำ Focus group discussion ที่ประชุมเสนอว่าการแบ่งกลุ่มควรจะมีการแยก level ไม่ควรมาอยู่รวมกัน เช่น ระดับ รพ.สต. , ระดับ รพช. , ระดับชุมชน เป็นต้น
2. วัตถุประสงค์ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพควรมีความชัดเจน เพื่อจะทำให้สามารถใช้เครื่องมือได้ถูกต้อง
3. ในการตั้งคำถามแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ควรใช้คำถามที่แตกต่างกัน
4. ลักษณะของคำถาม เช่น การถามเรื่องทัศนคติของบุคลากร ควรจะถามตรงๆ
5. ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คุณสมบัติของผู้เก็บข้อมูลเป็นสิ่งที่สำคัญมากเนื่องจากหากผู้เก็บข้อมูลไม่ดี ข้อมูลก็อาจจะหลุดได้ ดังนั้นจึงควรมีประเด็นที่ชัดเจนเตรียมไว้ให้ผู้เก็บข้อมูล

### 2.2 เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ที่ประชุมได้ให้ข้อเสนอว่า

#### Baseline assessment

1. ส่วนที่ 2 ข้อ 2.1 ในการบันทึกควรจะมีการแยกรายใหม่รายเก่า และควรเพิ่มโรค Alcohol dependence เข้าไปด้วย
2. ในแบบสอบถามสำหรับสถานบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ในส่วนของระดับสถานบริการให้ตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยออก เนื่องจากไม่มีในพื้นที่ที่เราจะเก็บข้อมูล และในส่วนที่ 1 ข้อ 1.1 ควรตัดจำนวนครัวเรือนออก และให้แก้ไขหัวของแบบสอบถามเปลี่ยนจากระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ให้เป็นระดับ รพ.สต. ระดับรพช. ระดับรพท./รพศ. แทนเพื่อให้ชัดเจนมากขึ้น และในส่วนที่ 3 ข้อ 3.5 ควรจะมีการถามแพทย์เพิ่มเติมด้วย

#### เครื่องมือสำรวจระดับวิทยา M.I.N.I.

- ส่วนที่ 1 เรื่องวัน เดือน ปีเกิด ให้ใช้คำถามเหมือนเดิม ถ้าผู้ให้ข้อมูลตอบไม่ได้ให้หาจากฐานข้อมูลของ สอ.
  - ส่วนที่ 2 ตัดออก
  - ส่วนที่ 3 ในข้อ 4 สามารถตัดได้โดยเอา Substance use disorder มาแทน
  - ส่วนที่ 4 ตัดออก
  - ส่วนที่ 5 เพิ่มคำถามในคนที่ไม่ป่วยด้วย และจัดเรียง Sequence ใหม่ ซึ่งคำถามส่วนนี้ทางทีมผู้เชี่ยวชาญแนะนำว่าควรจะถามหลังจากที่ถามส่วนที่ 6 แล้ว
  - ส่วนที่ 6 ให้ตัดคำถามโรคที่ไม่เกี่ยวข้องออก ได้แก่ ข้อ D, E, F, I, Dementia ส่วนที่ยังคงไว้อยู่เหมือนเดิม คือ ข้อ A, B, C, J, K, L และเรื่อง Mania
- ส่วนที่เพิ่มเติม คือ แบบสอบถามความรู้และทัศนคติของประชาชนโดยจะใช้ของกรมสุขภาพจิต แบบสอบถาม EQ-5D และ VAS

ในการเก็บข้อมูล M.I.N.I. จะมีการ confirm โรคด้วยซึ่งจำเป็นจะต้องมีจิตแพทย์ลงไปด้วย

## 2.3 การคัดเลือกพื้นที่และการสุ่มตัวอย่าง

นพ.ธรณินทร์ กองสุข ได้ให้ข้อเสนอว่า

1. Sample size ตามที่เขียนไว้ในโครงการจะอ้างอิงเฉพาะ 6 อำเภอที่เราเลือกเท่านั้น ไม่ได้อ้างอิงทั้งหมด ซึ่งจะสามารถอ้างอิงทั้งหมดได้ก็ต่อเมื่อบริบทของพื้นที่ทั้งหมดเหมือนกัน
2. ในการ Survey ทั้ง 7 โรค (ตัดโรคความผิดปกติทางพัฒนาการและพฤติกรรมในเด็กออก) ควรเอา Prevalence ที่น้อยที่สุดใน 7 โรคนั้นมาเป็นตัวกำหนดในสูตรคำนวณ
3. ในการกำหนด Sampling unit ตามโครงการนี้จะใช้เพศและอายุเป็นตัวกำหนด ดังนั้นควรมีชื่ออายุของคนในหมู่บ้านที่เราจะเก็บ โดยใช้ข้อมูลรายชื่อตามที่เจ้าหน้าที่ สสจ. สสอ. เป็นคน List ตามรายชื่อของประชาชนในหมู่บ้านที่มีอยู่จริงมาให้เรา แล้วเราก็มารวบรวมเป็นบัญชี 3 บัญชีแล้วก็สุ่มตามจำนวนที่เราต้องการ แล้วส่งรายชื่อนั้นให้แก่เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ช่วยประสานงานและเตรียมคนให้เวลาที่เราจะลงไปเก็บข้อมูลซึ่งจะได้รับความร่วมมือมากกว่า ถ้าพบว่ารายชื่อตามที่เราระบุไว้ไม่สามารถเจอตัวได้ ก็ให้ทำการสุ่มโดยใช้ดินสอ 5 แห่งตามกลุ่มอายุเพื่อให้ได้ตามจำนวนที่เรากำหนดไว้

## 3.แนวทางการบริหารจัดการ

ที่ประชุมได้ให้ข้อเสนอว่า

1. คนที่จะเก็บข้อมูล Survey M.I.N.I ควรเป็นคนที่มีประสบการณ์เรื่องผู้ป่วยจิตเวชมาก่อน เช่น พยาบาล นักจิตเวช แพทย์หรือจิตแพทย์ เป็นต้น และควรจะต้องผ่านการอบรมซึ่งหากใครที่เคยอบรมมาก่อนก็ควรจะต้องอบรมเพิ่ม เพื่อเป็นการทบทวนความรู้
2. ข้อมูลที่เก็บได้หลังจากการสัมภาษณ์ควรมีการตรวจสอบอย่างน้อย 3 ครั้ง คือ คนที่เก็บข้อมูลในพื้นที่ หัวหน้าทีม และหน่วยกลาง และในการคีย์ข้อมูลควรเผื่อระวังมากเนื่องจากความผิดพลาดที่เกิดจากการคีย์ข้อมูลเป็นไปได้สูงมาก
3. ในการบริหารจัดการถ้าใช้การบริหารจัดการของกรมฯจะมีคณะทำงานกลางซึ่งจะต้องนำเรื่องเข้าที่ประชุมกรมฯก่อนซึ่งต้องไปคุยกับอธิบดีกรมฯ แต่ถ้าจะไม่ใช้ของกรมฯจะต้องหาอาสาสมัครในพื้นที่ และมีคนที่มี Power ในแต่ละหน่วยเพื่อสามารถไปดึงคนอื่น ๆ ในพื้นที่เข้ามาช่วย โดยในพื้นที่ภาคเหนือจะเป็นรพ.สวนปรุง พื้นที่นครสวรรค์เป็นรพ.นครสวรรค์ฯ พื้นที่นครราชสีมาเป็นรพ.นครราชสีมาฯ พื้นที่สุราษฎร์เป็นรพ.สวนสราญรมย์ และพื้นที่ยะลาเป็นรพ.สงขลา ซึ่งทีมเดิมที่เคยเก็บข้อมูลจะมีแค่ 2 ทีม คือ ทีมรพ.สวนปรุงและทีมรพ.นครสวรรค์ฯ จึงควรมีการจัดตั้งทีมใหม่ขึ้น

## ข้อตกลง

ที่ประชุมมีมติให้มีการจัดประชุมขึ้นอีกครั้ง ประมาณสัปดาห์ที่ 2 ของเดือนธันวาคม โดยแนะนำให้เชิญ นพ.ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ และ รศ.พญ.สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย เข้าร่วมในการประชุมด้วยเพื่อช่วยเสนอความคิดเห็นในแบบสอบถาม M.I.N.I ที่ปรับปรุงรวมถึงแผนในการเก็บข้อมูล และควรเชิญคนที่เป็นแกนหลักในพื้นที่เข้าร่วมด้วย

ปิดการประชุมเวลา 12.30 น.

เยาวรีย์ ดอเลาะ  
บันทึกการประชุม