

รายงานการทบทวนดัชนีชี้วัด และระบบสารสนเทศสุขภาพจิต

โดย นายแพทย์ธรณินทร์ กองสุข
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สนับสนุนโดย สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

รายงานการทบทวนดัชนีชี้วัด และระบบสารสนเทศสุขภาพจิต

โดย

นายแพทย์ธรรณิษฐ์ กองสุข
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สนับสนุนโดย สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

คำนำ

รายงานฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานในชุดโครงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพจิตซึ่งโครงการนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญคือพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิตของประเทศไทยและพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่เหมาะสม ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ระดับต่างๆ รวมทั้งจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนและทำงานร่วมกันของเครือข่ายข้อมูลสุขภาพจิต ทั้งผู้ใช้ ผู้ผลิต นักวิชาการ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาองค์ความรู้ การใช้ประโยชน์ และการพัฒนาระบบ

ระบบข้อมูลสุขภาพจิตของประเทศไทยปัจจุบันดำเนินการโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ข้อมูลจากโรงพยาบาลจิตเวชและเป็นข้อมูลของการให้บริการจิตเวชเป็นส่วนใหญ่ มีการนำเข้าข้อมูลบางส่วนจากการบริการสุขภาพจิตของสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิบ้าง แต่มีจุดด้อยในการจัดระบบและการนำมาใช้ประโยชน์ รวมถึงดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศไทยในปัจจุบันที่กำกับติดตามโดยกระทรวงสาธารณสุขมีอยู่เพียงตัวเดียวคือ อัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาระบบข้อมูลและดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของประเทศไทย แต่การดำเนินงานดังกล่าวต้องมีองค์ความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวข้องและทราบสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตปัจจุบันด้วย ดังนั้น คณะทำงานที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งจากกรมสุขภาพจิตและมหาวิทยาลัยจึงได้ทบทวนองค์ความรู้เรื่องดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตและระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพจิตเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

กิจกรรมทบทวนระบบสารสนเทศและดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตได้รับความร่วมมือและความช่วยเหลือจากบุคคลหลายท่าน โดยเฉพาะศาสตราจารย์นายแพทย์ มานิต ศรีสุรภานนท์ ภาควิชาจิตเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีส่วนร่วมสำคัญอย่างยิ่งในการทบทวนดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของต่างประเทศ ดร.เพชรมณี วิริยะสีบพงศ์ อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ที่มีส่วนร่วมสำคัญในการทบทวนระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิตของต่างประเทศ คุณชนินทร์ ลีมีสนธิกุล นักวิชาการสถิติชำนาญการ กองแผนงานกรมสุขภาพจิต ที่ช่วยรวบรวมรายการข้อมูลจากระบบรายงานสุขภาพจิตและจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต และคุณจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน ที่ช่วยทำให้สมบูรณ์ทั้งการพิสูจน์อักษรและจัดทำรูปเล่ม

สารบัญ

■ คำนำ	2
■ กิตติกรรมประกาศ	3
■ สารบัญ	4
■ สารบัญภาพและตาราง	5
■ บทนำ	6
■ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต : การทบทวนวรรณกรรม	7
■ การทบทวนระบบสารสนเทศสุขภาพจิตในต่างประเทศ	19
○ ระบบสารสนเทศสุขภาพจิตของประเทศสหรัฐอเมริกา	19
○ ระบบสารสนเทศสุขภาพจิตของประเทศอังกฤษ	23
○ ระบบสารสนเทศสุขภาพจิตของประเทศออสเตรเลีย	24
○ ระบบสารสนเทศสุขภาพจิตของประเทศนิวซีแลนด์	26
○ ระบบสารสนเทศสุขภาพจิตของประเทศสหภาพยุโรป	27
○ สรุปผลการทบทวนระบบสารสนเทศสุขภาพจิตในต่างประเทศ	30
■ การทบทวนระบบสารสนเทศสุขภาพจิตของประเทศไทย	31
○ แหล่งข้อมูลภายในกรมสุขภาพจิต	31
○ แหล่งข้อมูลภายนอกกรมสุขภาพจิต	33
○ การวิเคราะห์ส่วนขาดของระบบสารสนเทศสุขภาพจิต	34
○ สรุปผลการทบทวนระบบข้อมูลสุขภาพจิตของไทย	37
■ ชุดดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของประเทศไทยที่ควรมีและระบบสารสนเทศที่ควรเป็น	38
○ ประเภทของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมี <input type="checkbox"/>	39
○ หลักเกณฑ์ในการเลือกดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต	39
■ เอกสารอ้างอิง	64

สารบัญญภาพและตาราง

■ ภาพที่ 1 ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพจิต	8
■ ตารางที่ 1 คุณสมบัติที่ดีหรือเกณฑ์การเลือกดัชนี	10
■ ตารางที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของสหภาพยุโรป	12
■ ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของกลุ่มประเทศ ประเทศ และรัฐต่างๆ	14
■ ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ส่วนขาดของระบบสารสนเทศสุขภาพจิตของไทย	35
■ ตารางที่ 5 ชุดดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย	40
■ ตารางที่ 6 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health determinants Risk, Protective factors	43
■ ตารางที่ 7 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health status	48
■ ตารางที่ 8 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health care system	50

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตและข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ ในปัจจุบัน เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมวัฒนธรรมเศรษฐกิจการเมือง ยิ่งมีการเปลี่ยนแปลงมากยิ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตมากจนเกิดปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงหรือเกิดความเจ็บป่วยจิตเวชทำให้เกิดการสูญเสียคุณภาพชีวิตของบุคคล ครอบครัวและสังคม ส่งผลเสียต่อกำลังคนสำหรับการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ ปัญหาทางจิตเกิดขึ้นในวัยต่างๆ มีลักษณะที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในวัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ ที่มักจะมีปัญหาทางสุขภาพจิต ทั้งที่เกิดจากความผิดปกติจากความสมดุลของสารเคมีในสมอง ความเสื่อมของสมอง และจากปัญหาที่กระทบกระเทือนจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการฆ่าตัวตายที่มีสาเหตุมาจากปัญหาทางสังคม ที่ผ่านมามีปัญหาถึงแม้ว่าปัญหาสุขภาพจิตจะไม่ได้เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ แต่ความสูญเสียที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยทางจิตนั้น นับว่ามีความสำคัญอยู่ในลำดับต้นๆ อีกทั้งปัญหาการฆ่าตัวตายก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งการรักษาก็มักจะต้องใช้เวลานาน และในบางครั้งผลการรักษาก็ไม่ดีเท่าที่ควร อีกทั้งผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตนั้นส่วนใหญ่เป็นประชากรในวัยทำงาน การสูญเสียประชากรในกลุ่มนี้ ก็เท่ากับสูญเสียกำลังสำคัญของครอบครัวและของประเทศในภาพรวม ส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจของครัวเรือนและสังคมในที่สุด ถึงแม้ว่าจะมีความพยายามในการลดปัญหาดังกล่าวลง อันได้แก่ การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การตรวจและรักษาในระยะเริ่มแรก ทั้งการให้ยาและการรักษาโดยจิตสังคมบำบัด การให้คำปรึกษา เป็นต้น แต่ปัญหาดังกล่าวยังคงดำรงอยู่ ดังนั้น การมีข้อมูลดัชนีชี้วัดที่บ่งบอกถึงสถานการณ์ของปัญหาสุขภาพจิต และผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานควบคุมปัญหาดังกล่าว จึงมีความสำคัญต่อการวางแผนแก้ไขปัญหาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ระบบข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตนั้นมักจะมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานพยาบาล ซึ่งหมายถึงข้อมูลของผู้ที่มีอาการและมาปรึกษาแพทย์ ได้รับการวินิจฉัยและรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลจากสถานพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วยทางจิตโดยเฉพาะเช่น โรงพยาบาลจิตเวช นอกจากนี้ ยังมีข้อมูลจากการสำรวจชุมชนเพื่อคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จจากฐานข้อมูลมรณบัตร แต่เนื่องจากข้อมูลการรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชนั้น สามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่สถานพยาบาลระดับสถานีอนามัย รวมทั้งคลินิก และโรงพยาบาลเอกชน ดังนั้นข้อมูลจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอาจจะไม่ครอบคลุมปัญหาที่แท้จริงทั้งหมด ข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนจะช่วยบอกสถานการณ์ที่แท้จริงได้ แต่อาจจะมีปัญหาด้านการวินิจฉัย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเครื่องมือการคัดกรองที่ใช้ว่ามีความเที่ยงตรงเพียงใด

อย่างไรก็ดี ความต้องการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิต อาจจะมีบางประการที่ยังไม่สามารถตอบสนองได้จากระบบข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน ส่วนหนึ่งของความต้องการเหล่านี้ ได้แก่ ข้อมูลที่บ่งบอกภาวะสุขภาพจิตเชิงบวก (หรือความสุข) ข้อมูลพัฒนาการด้านสติปัญญาและอารมณ์ ข้อมูลคุณภาพในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางจิตเวช ข้อมูลผลกระทบระยะยาวของปัญหาสุขภาพจิต และข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้น ในการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อตอบสนองดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตนั้น อาจจะต้องมีการพัฒนาแหล่งข้อมูลขึ้นมาใหม่ ควบคู่ไปกับการพัฒนาคุณภาพของแหล่งข้อมูลเดิม เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้องมากที่สุด โดยที่การดำเนินการดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนของผู้ใช้ระดับนโยบาย ผู้จัดสรรงบประมาณ ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติระดับต่างๆ นักวิชาการ เจ้าของฐานข้อมูล รวมถึงประชาชน ที่ต้องทำงานร่วมกันในลักษณะเครือข่ายของการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพจิตที่ต่อเนื่องในระยะยาว

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต: การทบทวนวรรณกรรม*

(Mental Health Indicators: a Literature Review)

นิยาม

สุขภาพจิต (Mental Health)

สุขภาพจิต (Mental Health) เป็นคำที่มีหลายความหมาย แต่ความหมายที่ได้รับการยอมรับค่อนข้างกว้างขวาง คือ การมองว่าสุขภาพจิตมี 2 มิติ (Korkeila et al, 2003) คือ

- สุขภาพจิตด้านบวก (Positive mental health) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเป็นสุข (Well-being) และความสามารถในการเผชิญปัญหาหรือความยุ่งยาก (Coping in the face of adversities)
 - สุขภาพจิตด้านลบ (Negative mental health) ซึ่งเกี่ยวข้องกับอาการและความเจ็บป่วย
- สุขภาพจิตเป็นส่วนที่มองไม่เห็นของสุขภาพซึ่งสะท้อนถึงความสมดุลระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม
- สิ่งที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตอาจแบ่งออกได้เป็น (Lahtinen et al, 1999)

- ปัจจัยทางชีวภาพและจิตใจของแต่ละบุคคล
- การปฏิสัมพันธ์กับสังคม
- โครงสร้างทางสังคมและทรัพยากร (Societal structures and resources)
- คุณค่าทางวัฒนธรรม (Cultural values)

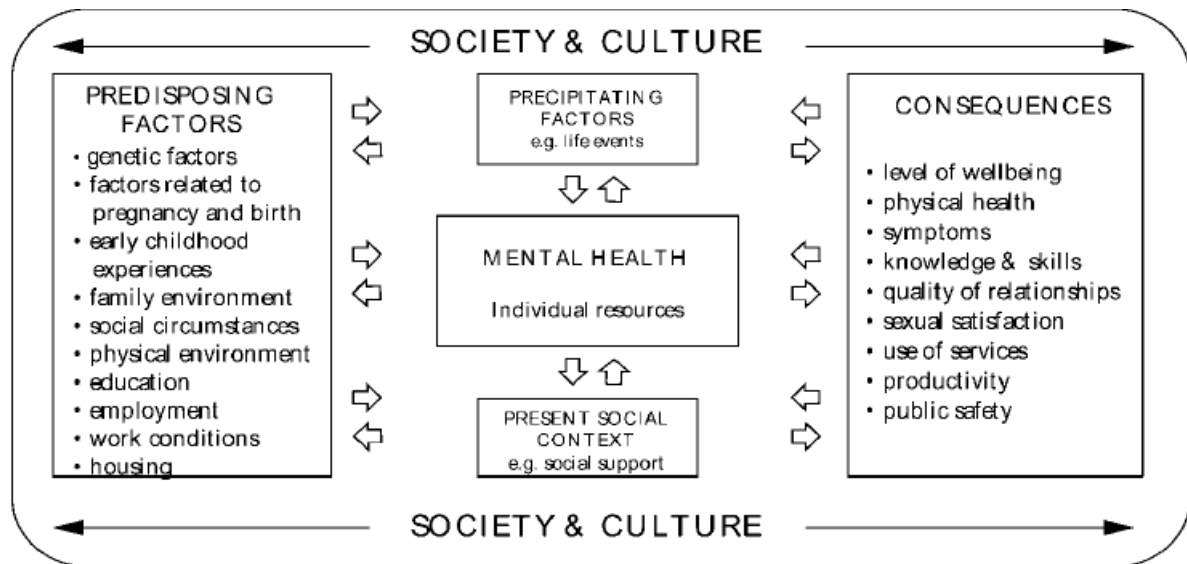
ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพจิตอาจแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มดังนี้ (ภาพที่ 1)

- ปัจจัยโน้มนำ (Predisposing factors)
- ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors)
- บริบททางสังคมในปัจจุบัน (Present social context)
- ผลที่ตามมา (Consequences)

ดัชนีชี้วัดสุขภาพและสุขภาพจิต (Health and Mental Health Indicators)

ดัชนีชี้วัดสุขภาพบ่งชี้ถึงแง่มุมต่างๆ ของภาวะสุขภาพ (State of health) ในชุมชน ดัชนีที่ดีควรจะเป็นสิ่งเชื่อมต่อระหว่างนโยบายสุขภาพ (Health policy) กับวิทยาศาสตร์ เช่น ระบาดวิทยา

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต คือ การวัดภาวะสุขภาพจิตในชุมชนซึ่งจัดว่าเป็นตัวแปรหนึ่งที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตและบ่งชี้ถึงลำดับความสำคัญ (Priority) หรือปัญหา ดัชนีเหล่านี้ อาจเป็นหัวข้อหนึ่งสำหรับการสำรวจ การเก็บข้อมูลทางสถิติ และการวัดซ้ำด้านสุขภาพ



ภาพที่ 1 ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพจิต (Korkeila et al, 2003)

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตอาจเป็นการวัดสำรวจอย่างใกล้เคียงหรือโดยตรง (Proxy or direct survey measure) ของปัจจัยที่เป็นแกนของสุขภาพจิตหรือการวัดปัจจัยโน้มนำ กระตุ้น และป้องกัน (Predisposing, precipitating, or protecting factors) แม้ว่า ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตส่วนใหญ่จะรวมถึงบริการทางสุขภาพจิต (Mental health services) ร่วมด้วยโดยบรรยายเกี่ยวกับโครงสร้าง กระบวนการ คุณภาพ และผลลัพธ์ แต่สำหรับการทบทวนเอกสารนี้จะไม่รวมถึงดัชนีชี้วัดการดูแลสุขภาพจิต (Mental health care indicators)

การค้นหาข้อมูล

การทบทวนวรรณกรรมนี้กระทำโดยการค้นหาบทความจากแหล่งต่างๆ ดังนี้ คือ

1. Pubmed Medline โดยใช้คำว่า Mental health indicators แม้ว่าจะมีบทความที่ค้นพบมากมาย แต่ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับดัชนีชี้วัดการดูแลสุขภาพจิต มีบทความเดียวที่เกี่ยวข้องกับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต ซึ่งเป็นบทความเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตสำหรับสหภาพยุโรป (Korkeila, 2003) (ต่อไปนี้จะเรียกว่า ดัชนีชี้วัดของสหภาพยุโรป)
2. Google และ Yahoo โดยใช้คำว่า Mental health indicators ซึ่งผลการค้นเป็นเช่นเดียวกับการค้น Pubmed Medline คือ ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับดัชนีชี้วัดการดูแลสุขภาพจิต มีเพียง 6 บทความที่เกี่ยวข้องกับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต คือ
 - 2.1 Outcomes and indicators, measurement tools and database ที่เหมาะสำหรับประเทศออสเตรเลีย ซึ่งพัฒนาโดย School of Psychology and Centre for Primary Health Care, University of Queensland (Spence 2002) (ต่อไปนี้จะเรียกว่า ดัชนีชี้วัดของควีนส์แลนด์)
 - 2.2 Mental health indicators ของประเทศออสเตรเลีย ซึ่งเป็นรายการดัชนีที่ควรนำเสนอและนำเสนอได้จริง (Australian Institute of Health and Welfare, 2005) (ต่อไปนี้จะเรียกว่า ดัชนีชี้วัดของออสเตรเลีย)

- 2.3 Indicators of mental health and well-being ที่เหมาะสมสำหรับสกอตแลนด์ (Parkinson, 2004) (ต่อไปนี้จะเรียกว่า ดัชนีชี้วัดของสกอตแลนด์)
- 2.4 CAMH monitor report: addiction & mental health indicators among Ontario adults in 2001, and changes since 1977 ในประเทศแคนาดา (Adlaf & Ialomiteanu, 2002) (ต่อไปนี้จะเรียกว่า ดัชนีชี้วัดของออนตาริโอ)
- 2.5 Measuring mental health in California's counties: what can we learn? ในประเทศสหรัฐอเมริกา (Eisenberg et al, 2005) (ต่อไปนี้จะเรียกว่าดัชนีชี้วัดของแคลิฟอร์เนีย)
- 2.6 Minimum data set of European mental health indicators ซึ่งมีรายละเอียดเพิ่มเติมในบางแง่มุมของบทความที่ 1 (ซึ่งต่อไปนี้จะถือว่าข้อมูลในบทความที่ 2.6 เป็นส่วนหนึ่งของเอกสารที่ 1)
- 2.7 Proposal: guidelines for using the set of mental health indicators มีรายละเอียดของเครื่องวัด (รวมทั้งจุดตัดที่สามารถใช้เป็นเกณฑ์ในการหาค่าต่างๆ ของดัชนีชี้วัดของสหภาพยุโรป)
- 2.8 Mental health indicators ของประเทศไทยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Thailand Health Profile 2001-2004 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ 2548) (ต่อไปนี้จะเรียกดัชนีชี้วัดของไทย)

ลักษณะของวรรณกรรมที่ถูกทบทวน

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต กล่าวถึงในทุกบทความยกเว้น 2.3

การพัฒนาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของสหภาพยุโรป ออสเตรเลีย และสกอตแลนด์ กล่าวถึงในบทความที่ 1, 2.1 และ 2.3

รายงานค่าต่างๆ ของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของประเทศออสเตรเลีย, รัฐ Ontario ของแคนาดา รัฐ California ของประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศไทย กล่าวถึงในบทความที่ 2.2, 2.4, 2.5 และ 2.8 ตามลำดับ

แนวคิดเกี่ยวกับการเลือกดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ดี

เอกสารที่ 2.1 และ 2.3 กล่าวถึงการคุณสมบัติที่ดีหรือเกณฑ์การเลือกดัชนี จากตารางที่ 1 จะเห็นว่า ดัชนีชี้วัดของควีนส์แลนด์มีความกระชับมากกว่า แต่ดัชนีชี้วัดของสกอตแลนด์ครอบคลุมประเด็นต่างๆ มากกว่า นอกจากนี้ เอกสารที่ 1 ยังได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของดัชนีชี้วัดของสหภาพยุโรปกับปัจจัยต่างๆ ด้านสุขภาพจิต (รวมทั้งเครื่องวัด กรณีที่ต้องใช้การวัดในการสำรวจระดับปัจเจกบุคคล) (ตารางที่ 2)

การเปรียบเทียบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของกลุ่มประเทศ, ประเทศ หรือรัฐต่างๆ

เนื่องจากดัชนีชี้วัดของสหภาพยุโรปมีความหลากหลายและครอบคลุมมากที่สุดจึงถูกใช้เป็นหลักในการเปรียบเทียบ จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่า ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตอาจแบ่งได้เป็น 6 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

- I. Demographic and socio-economic factors
- II. Health status
 - 1. Cause-specific mortality
 - 2. Morbidity, disease specific
 - 3. Morbidity, generic
- III. Determinants of health
 - 1. Personal conditions
 - 2. Health behavior
 - 3. Living and working conditions
- IV. Health system
 - 1. Prevention, health protection, and health promotion
 - 2. Health care resources
 - 3. Health care utilization
 - 4. Social services and welfare
 - 5. Expenditure
 - 6. Health care quality indicators
- V. Mental health literacy
- VI. Family

ข้อสังเกตสำหรับการแบ่งดังกล่าว คือ กลุ่ม I-IV เป็นกลุ่มหลักของดัชนีชี้วัดของสหภาพยุโรป ส่วนกลุ่ม V-VI เป็นกลุ่มที่เพิ่มเติมขึ้นมาในดัชนีชี้วัดของควีนส์แลนด์ และจากการที่ดัชนีชี้วัดของออสเตรเลียก็กล่าวถึงความสามารถของการรู้ถึงอาการของโรคซึมเศร้าด้วยเช่นกัน จึงอาจกล่าวได้ว่าดัชนีชี้วัดของออสเตรเลียค่อนข้างให้ความสำคัญกับ Mental health literacy ในขณะที่ประเทศอื่นไม่ได้ให้ความสำคัญกับประเด็นนี้ นอกจากนี้ Family functioning และ parenting skills ก็เป็นกลุ่มดัชนีชี้วัดของควีนส์แลนด์ที่ไม่มีในประเทศอื่นด้วยเช่นกัน

ตารางที่ 1 คุณสมบัติที่ดีหรือเกณฑ์การเลือกดัชนี

หัวข้อ	Spence et al, 2002	Parkinson 2004
1. หลักฐานทางวิชาการ (Evidence-based)	มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุน	เข้าได้กับผลลัพธ์และหลักฐานทางวิชาการ
2. สัมพันธ์กับนโยบาย, การดำเนินการหรือการให้ความสำคัญ (Relevance to policy, action, priorities)	สัมพันธ์กับหรือตอบสนองนโยบาย	สัมพันธ์กับระดับของการดำเนินการ (ชุมชน ประเทศ) และการให้ความสำคัญของโปรแกรมระดับชาติ
3. ชัดเจน (Clear)	ชัดเจน กระชับ และความแม่นยำตรงด้านหน้าตา (Face validity)	เห็นพ้องต้องกัน ชัดเจนทั้งในแง่คำถามและการแปลผล
4. ไวต่อการเปลี่ยนแปลง (Sensitive to change)	ไวเพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลง	ไวต่อการเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาเปลี่ยนไป

ตารางที่ 1 คุณสมบัติที่ดีหรือเกณฑ์การเลือกดัชนี (ต่อ)

หัวข้อ	Spence et al, 2002	Parkinson 2004
5. วัดได้ (Measurable) และสามารถรับได้ (Affordable)	วัดได้และสามารถรับได้	วัดได้ ยอมรับได้ เชื่อถือได้ แม่นตรง ทำซ้ำได้ ปฏิบัติได้ แม่นยำ คุ่มค่า (Cost-effectiveness) ในแง่ของการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ การเก็บรักษาและนำมาใช้
6. ไปด้วยกันได้และครอบคลุม (Uniqueness and comprehensiveness)	ไปด้วยกันได้และครอบคลุม	ครอบคลุมและสมดุลในมิติต่างๆ (Dimensions) ของสุขภาพจิต
7. เข้าถึงประชากร (Population approach)		เข้าถึงสุขภาพของประชากร (Population health approach)
8. เปรียบเทียบได้ (Comparable)		เปรียบเทียบได้กับประเทศอื่นๆ
9. จริยธรรม (Ethical)		เข้าได้กับจริยธรรม
10. ปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงได้ (Improvable and adaptable)		ปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงได้เมื่อเห็นสมควร

ตารางที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของสหภาพยุโรป (Korkeila et al, 2003)

หัวข้อ	ลักษณะของดัชนีตามการแบ่งกลุ่มของปัจจัย	ตัวอย่างของดัชนีชี้วัดที่ (เครื่องมือวัด)	ระดับและแหล่งของข้อมูล
I. Demographic and socio-economic factors	Predisposing factor	Demographic and socio-economic factors (personal data of socioeconomic status)	จากสถิติที่รวบรวมเป็นประจำอยู่แล้ว (Aggregate, routine statistics)
II. Health status			
1. Cause-specific mortality	Consequence	<ul style="list-style-type: none"> - Suicide - Mortality due to harmful events, intention unclear - Drug related deaths - PYLL fraction of suicide 	จากสถิติที่รวบรวมเป็นประจำอยู่แล้ว
2. Morbidity, disease specific	State of mental health	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiety (GAD) (<i>CIDI-SF generalized anxiety disorder</i>) - Depressive disorders (<i>CIDI-SF episode of major depression</i>) - Alcohol dependence (<i>CAGE questions</i>) - Suicide attempts (<i>single item on lifetime suicide attempts</i>) 	การสำรวจระดับปัจเจกบุคคล (Individual-related, survey data)
3. Morbidity, generic	State of mental health	<ul style="list-style-type: none"> - Psychological distress (<i>MHI-5 from SF-36</i>) - Psychological well-being (<i>Energy, vitality from SF-36 and single item on happiness</i>) - Disability (<i>Role limitation due to emotional problems from SF-36</i>) 	การสำรวจระดับปัจเจกบุคคล

ตารางที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของสหภาพยุโรป (Korkeila et al, 2003) (ต่อ)

หัวข้อ	ลักษณะของดัชนีตามการแบ่งกลุ่มของปัจจัย	ตัวอย่างของดัชนีชี้วัดที่ (เครื่องมือวัด)	ระดับและแหล่งของข้อมูล
III. Determinants of health			
1. Personal conditions	Consequence	- Sense of mastery (<i>Sense of mastery 7-item version</i>) - Optimism (<i>LOT-R</i>)	การสำรวจระดับปัจเจกบุคคล
2. Health behavior	N/A	N/A	N/A
3. Living and working conditions	- Present social context - Precipitating factor	- Social support (<i>Oslo-3 social support scale</i>) - Social isolation (<i>Four items on isolation</i>) - Social networks: as inquired in the ECHP - Life events (<i>List of Threatening Experience, TLE</i>)	การสำรวจระดับปัจเจกบุคคล
IV. Health system			
1. Prevention, health protection, and health promotion	Consequence	- Prevention projects - Promotion projects	จากสถิติที่รวบรวมเป็นประจำอยู่แล้ว
2. Health care resources	- Consequence	- Psychiatric beds - Psychiatrists - Child Psychiatrists - Other professional than physicians in mental health care	จากสถิติที่รวบรวมเป็นประจำอยู่แล้ว
3. Health care utilization	Consequence	- Number of discharges due to mental health conditions - Number of discharges due to mental health conditions for minors (under 18 year olds) - Number of long stay patients - Use of outpatients services - Self-reported use of mental health services - Sale of psychotropic drugs	จากสถิติที่รวบรวมเป็นประจำอยู่แล้ว

ตารางที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของสหภาพยุโรป (Korkeila et al, 2003) (ต่อ)

หัวข้อ	ลักษณะของดัชนีตามการแบ่งกลุ่มของปัจจัย	ตัวอย่างของดัชนีชี้วัดที่ (เครื่องวัด)	ระดับและแหล่งของข้อมูล
4. Social services and welfare	- Consequence	- Number of disability pensions due to mental disorders - Money spent on disability due to mental disorders - Sickness compensation periods due to mental disorders	จากสถิติที่รวบรวมเป็นประจำอยู่แล้ว
5. Expenditure	- Consequence	- Total national expenditure on psychiatric services - Proportionate national expenditure on psychiatric services - Proportionate national expenditure on psychiatric services for minors	จากสถิติที่รวบรวมเป็นประจำอยู่แล้ว
6. Health care quality indicators	- Consequence	- Availability of national quality accreditation	จากสถิติที่รวบรวมเป็นประจำอยู่แล้ว

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของกลุ่มประเทศ ประเทศ และรัฐต่างๆ

หัวข้อ	Korkeila et al, 2003	Spence et al, 2002 ^a	AIHW 2005 ^b	Adlaf & Ialomiteanu 2002 ^c	Eisenber et al, 2005 ^d	Wibulpolprasert, et al. 2005
I. Demographic and socio-economic factors	Demographic and socio-economic factors	-	-	-	-	-
II. Health status 1. Cause-specific mortality	- Suicide - Mortality due to harmful events, intention unclear - Drug related deaths - PYLL fraction of suicide		- Suicide			- Suicide

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของกลุ่มประเทศ ประเทศ และรัฐต่างๆ (ต่อ)

หัวข้อ	Korkeila et al, 2003	Spence et al, 2002 ^a	AIHW 2005 ^b	Adlaf & Ialomiteanu 2002 ^c	Eisenber et al, 2005 ^d	Wibulpolprasert, et al. 2005
2. Morbidity, disease specific	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiety (GAD) - Depressive disorders - Alcohol dependence - Suicide attempts 	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiety - Depression - Postnatal depression - Substance misuse - Conduct disorder and behavioral disorders - Suicide and self-harming behaviors - Eating disorders - Psychosis - Dementia 	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiety and depression symptoms - Anxiety disorders - Depressive disorders - Postpartum depression 		<ul style="list-style-type: none"> - Feeling downhearted and sad - Not feeling calm and peaceful 	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiety disorder - Mood disorders - Mental retardations - Epilepsy - Schizophrenia
3. Morbidity, generic	<ul style="list-style-type: none"> - Psychological distress - Psychological well-being - Disability 	<ul style="list-style-type: none"> - Mental well-being, quality of life, and resilience 		-Psychological distress	<ul style="list-style-type: none"> - Doing less overall due to emotional problems - Doing less effectively due to depression or anxiety - Lacking energy 	

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของกลุ่มประเทศ ประเทศ และรัฐต่างๆ (ต่อ)

หัวข้อ	Korkeila et al, 2003	Spence et al, 2002 ^a	AIHW 2005 ^b	Adlaf & Ialomiteanu 2002 ^c	Eisenber et al, 2005 ^d	Wibulpolprasert, et al. 2005
III. Determinants of health						
1. Personal conditions	- Sense of mastery - Optimism	-	-	-	-	-
2. Health behavior	-	-	-	-	-	-
3. Living and working conditions	- Social support - Social isolation - Social networks: as inquired in the ECHP - Life events	- Social support - Community connectedness	-	-	-	-
IV. Health system						
1. Prevention, health protection, and health promotion	- Prevention projects - Promotion projects	- Investment in evidence-based programs relevant to promoting mental health and preventing and reducing mental health problems and mental disorders	-	-	-	-
2. Health care resources	- Psychiatric beds - Psychiatrists - Child Psychiatrists - Other professional than physicians in mental health care	-	-	-	-	-

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของกลุ่มประเทศ ประเทศ และรัฐต่างๆ (ต่อ)

หัวข้อ	Korkeila et al, 2003	Spence et al, 2002 ^a	AIHW 2005 ^b	Adlaf & lalomiteanu 2002 ^c	Eisenber et al, 2005 ^d	Wibulpolprasert, et al. 2005
3. Health care utilization	<ul style="list-style-type: none"> - Number of discharges due to mental health conditions - Number of discharges due to mental health conditions for minors (under 18 year olds) - Number of long stay patients - Use of outpatients services - Self-reported use of mental health services - Sale of psychotropic drugs 	-	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital separation (discharge) rates for suicide and self-inflicted injury 	<ul style="list-style-type: none"> - Prescribed anxiety medication - Prescribed depression medication 	-	<ul style="list-style-type: none"> - Admission rate of psychotic patients
4. Social services and welfare	<ul style="list-style-type: none"> - Number of disability pensions due to mental disorders - Money spent on disability due to mental disorders - Sickness compensation periods due to mental disorders 		<ul style="list-style-type: none"> - Persons in the community who rate treatment of depression as helpful 			
5. Expenditure	<ul style="list-style-type: none"> - Total national expenditure on psychiatric services - Proportionate national expenditure on psychiatric services - Proportionate national expenditure on psychiatric services for minors 	-	-	-	-	-

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของกลุ่มประเทศ ประเทศ และรัฐต่างๆ (ต่อ)

หัวข้อ	Korkeila et al, 2003	Spence et al, 2002 ^a	AIHW 2005 ^b	Adlaf & lalomiteanu 2002 ^c	Eisenber et al, 2005 ^d	Wibulpolprasert, et al. 2005
6. Health care quality indicators	- Availability of national quality accreditation	-	- General practitioners who know and apply best practice guidelines for the identification and management of depression	-	-	-
V. Mental health literacy	-	- Mental health literacy	- Persons in the community who recognize the symptoms of depressive disorders	-	-	-
VI. Family	-	- Family functioning and parenting skills	-	-	-	-

^a ทุกหัวข้อเป็นดัชนีชี้วัดผลลัพธ์ทางสุขภาพจิต (mental health outcome indicators), ไม่รวมดัชนีชี้วัดขั้นตอนทางกลยุทธ์ (strategic process indicators) ซึ่งประกอบด้วย (ie, monitoring and surveillance, the presence of evidence-based programs, early identification and appropriate referral, community education related to mental health, public policy and practice, professional education and training, inter-/intra-/multi-sectoral collaboration and partnerships, and mental health research and evaluation activities

^b ข้อมูลที่นำเสนอในปี 2005 มิได้ครบทุกดัชนี

^c ไม่รวมดัชนีชี้วัดการเสพติด (addiction indicators)

^d ใช้ 5 ข้อคำถามจาก Short-Form (SF)-

การทบทวนระบบสารสนเทศสุขภาพจิตในต่างประเทศ

การดำเนินการพัฒนาระบบสารสนเทศด้านสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความต้องการการใช้ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งต้องมีกระบวนการจัดการฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิต ซึ่งโดยทั่วไปการจัดการข้อมูลส่วนใหญ่จะเริ่มจากมุมมองของผู้ใช้ระบบสารสนเทศ โดยรูปแบบของฐานข้อมูลทั่วไปจะมีการจัดทำพจนานุกรมข้อมูล ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการจัดการระบบสารสนเทศด้านสุขภาพจิต จากการทบทวนการพัฒนาระบบข้อมูลด้านสุขภาพจิตของประเทศสหรัฐอเมริกา นิวซีแลนด์ กลุ่มประเทศยุโรป ออสเตรเลีย และประเทศอังกฤษ มีดังนี้

■ ระบบสารสนเทศสุขภาพจิตในประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกามีการพัฒนาฐานข้อมูลและสารสนเทศสุขภาพจิตมานานมากกว่า 20 ปี ดำเนินงานโดยการจัดตั้งองค์การความร่วมมือ ด้านการพัฒนาสารสนเทศสุขภาพจิต เช่น SAMHSA'S office of Applied Study (OAS) ที่มีสำนักงานใหญ่ตั้งอยู่รัฐมิชิแกน นิวยอร์ก ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง เป็นองค์กรที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพจิต และสารสนเทศ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดอื่นๆ นอกจากนี้ ยังเน้นข้อมูลด้านการรักษา ตัวอย่างกรณีผู้ป่วยแต่ละราย แต่ละกลุ่ม รวมไปถึงพัฒนาระบบการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด ซึ่งผู้ใช้ข้อมูลอาจเลือกนำไปใช้ตามความเหมาะสม

วัตถุประสงค์ที่สำคัญของ SAMHSA คือ พัฒนาข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิต เพื่อการบริหารและการตัดสินใจของผู้บริหารประเทศและนักวิชาการ อีกทั้งวางระบบข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพจิตแก่รัฐต่างๆ ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศระหว่างหน่วยงานบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ใช้ข้อมูลมีความสะดวกในการค้นหาและนำไปใช้ SAMHSA ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลกลางให้จัดระบบสารสนเทศด้านสุขภาพจิต โดยการทำพจนานุกรมฐานข้อมูลและปรับเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศทุกเดือน

1. ข้อมูลสารสนเทศที่น่าสนใจ ผลงานที่ SAMHSA'S ผลิตขึ้นมาส่วนใหญ่มีออกมาในรูปเอกสาร คู่มือ และมีการเสนอข้อมูลข่าวสารผ่านทาง website เช่น การรักษาผู้ที่ติดสารเสพติด สุรา บุหรี่และการใช้ยาที่ผิด ๆ ของประชาชนทั่วไป โปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและผู้ที่ติดสุรา
2. องค์ประกอบในระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิต

2.1 ระบบทะเบียนผู้ป่วยอยู่ภายใต้การจำแนกโรค (Classification) การจำแนกโรคทางจิตเวชศาสตร์ มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้การสื่อสารระหว่างบุคลากรมีความชัดเจน เข้าใจได้ตรงกันและสามารถทำได้สะดวกขึ้น นอกจากนั้น ยังเป็นประโยชน์ในด้านการศึกษาวิจัย โดยการใช้เกณฑ์สำหรับวินิจฉัยโรคที่เป็นแนวทางเดียวกัน ระบบทะเบียนกับการจำแนกโรคที่ใช้กันในปัจจุบันมีอยู่ 2 ระบบ คือ

2.1.1 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV) พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ปัจจุบันเป็นฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 เริ่มใช้ในปี ค.ศ.1994

2.1.2 International Classification of Disorders and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10) เป็นระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ปัจจุบันเป็นฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 เริ่มใช้ปี ค.ศ.1992 โดยทั่วไปมีคำที่ใช้จำแนกโรคอย่างกว้าง ๆ ได้แก่

- 2.1.2.1 Psychotic เสียการรับรู้และการโต้ตอบสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริง เช่น อาการหลงผิด, ประสาทหลอน, ความผิดปกติของพฤติกรรม เป็นต้น
 - 2.1.2.2 Neurotic กลุ่มอาการวิตกกังวล เครียด เกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใจ หรือสถานการณ์ในช่วงนั้น โดยยังมีการรับรู้และการโต้ตอบต่อสิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริง อาจแสดงออกโดยอาการย้ำคิด ย้ำทำหรือกลัวเกินกว่าปกติ (Phobia)
- 2.2 **หัวข้อเรื่อง/เนื้อหาในระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพจิต** เน้นข้อมูลสารสนเทศที่เป็นพื้นฐานจำเป็นสำหรับการสร้างทักษะแก่ประชาชนและเยาวชน การให้การปรึกษา และการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิต และการป้องกันตนเองจากปัญหาเหล่านั้น รวมทั้งโน้มน้าวให้มีพฤติกรรมในทางบวกด้านสุขภาพที่จะมีผลต่อสุขภาพจิต ได้แก่
- 2.2.1 **การเจริญเติบโต** การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าวัยต่างๆ ขบวนการเปลี่ยนแปลงนี้มีผลอย่างไรต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์
 - 2.2.2 **สุขภาพอนามัยที่สำคัญเกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาสุขภาพจิต** เช่น โภชนาการที่เหมาะสมตามความต้องการของร่างกายและที่ควรจะได้รับในแต่ละช่วงของการเจริญเติบโตทั้งเพศชายและเพศหญิง สุขภาพในช่องปาก การออกกำลังกาย เพศศึกษาและอนามัยเจริญพันธุ์ การประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเอง รวมทั้งการควบคุมอารมณ์การแสดงออกความรู้สึกลงโดยไม่ก้าวร้าว
 - 2.2.3 **ภาวะเสี่ยงต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม** เช่น การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นโดยไม่มีการป้องกัน การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือการใช้สารเสพติด และนำเสนอวิธีการที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเหล่านี้
 - 2.2.4 **บทบาทหน้าที่และความต้องการพื้นฐานของทั้งเพศชายและหญิงในด้านความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ชีวิตครอบครัว** เช่น บทบาทของพ่อและแม่ในการเลี้ยงดูบุตร หน้าที่และความรับผิดชอบต่อสังคมในฐานะพลเมืองที่ดี ความจำเป็นของการศึกษาที่มีต่อการดำเนินชีวิตของทั้งชายและหญิง เป็นต้น
 - 2.2.5 **การสร้างทักษะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม** เป็นกิจกรรมที่ประกอบด้วยการสอนและการฝึกอบรมเพื่อให้เกิดทักษะและความสามารถในการปฏิบัติ โดยได้มีการนำไปใช้กับประชาชนทั่วไปเพื่อสร้างความสามารถในด้านใดด้านหนึ่งจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง หรือด้านทานภาวะเสี่ยงต่างๆ ในสังคมได้ โดยเฉพาะทักษะในการดำเนินชีวิตและทักษะเฉพาะทาง เช่น การรู้จักปฏิเสธ การรู้จักตัดสินใจในทางบวก และทักษะการแก้ปัญหา พบว่า ประสพผลสำเร็จอย่างมากในประเทศสหรัฐอเมริกาในเรื่องดังต่อไปนี้
 - 2.2.5.1 ลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และยาเสพติดในประชาชนวัยต่างๆ
 - 2.2.5.2 สุขภาพจิตดีขึ้น เพิ่มความรู้สึกราคุมุมใจและเชื่อมั่นในตนเอง
 - 2.2.5.3 เพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเยาวชนและพ่อแม่ และระหว่างครูและนักเรียน

- 2.2.6 การสร้างทักษะให้แก่เยาวชนในการแก้ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง ได้มีการเสนอแนะทักษะสำคัญสำหรับวัยรุ่นเพื่อการปฏิบัติไปสู่การมีสุขภาพดี ดังต่อไปนี้
- 2.2.6.1 ทักษะการดูแลตนเอง เช่น อนามัยส่วนบุคคล การแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน สุขภาพฟันและช่องปาก การดูแลรูปร่างลักษณะโดยทั่วไป การวางแผนการบริโภคและเตรียมอาหารที่ถูกสุขอนามัย ฯลฯ
- 2.2.6.2 ทักษะในการดำรงชีวิต เช่น การทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ การหางานทำ การปรับตัวในที่ทำงาน
- 2.2.6.3 ทักษะชีวิต (Life skill) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามว่า “เป็นความสามารถในการปรับตัวและสร้างพฤติกรรมทางบวกที่มีผลให้บุคคลสามารถเผชิญกับสถานการณ์และความต้องการที่ท้าทายต่างๆที่ผ่านเข้ามาในชีวิตประจำวันได้” ทักษะชีวิตในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและพัฒนาชีวิตประกอบด้วย
- a) ทักษะในการรู้จักตนเอง
 - b) ทักษะในการรู้จักและเข้าใจผู้อื่น
 - c) ทักษะในการติดต่อสื่อสาร การปฏิเสธโดยไม่ใช้ความรุนแรงต่อสถานะเสี่ยงต่างๆ และแรงกดดันของกลุ่มเพื่อน
 - d) ทักษะในการคิดสร้างสรรค์ ปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์
 - e) ทักษะในการตัดสินใจ รู้จักกระบวนการในการตัดสินใจที่ถูกต้อง
 - f) ทักษะในการแก้ปัญหา
 - g) ทักษะในการควบคุมอารมณ์และจัดการกับความเครียดในชีวิต
 - h) ทักษะในทางปฏิเสธสำหรับแก้ปัญหายาเสพติด

2.2.7 การให้การปรึกษา

การให้การปรึกษา คือ กระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคล โดยผู้ให้การปรึกษาซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกมาดีแล้วดำเนินการช่วยเหลือให้ผู้รับปรึกษาจัดการกับปัญหาของตนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยายามทำให้เกิดความเข้าใจในสภาพและความเป็นจริงของปัญหาและสามารถเลือกแนวทางที่ดีมีเหตุผลในการแก้ปัญหา ซึ่งในแต่ละช่วงชีวิตของบุคคลเต็มไปด้วยการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมและในขณะเดียวกันก็ต้องพยายามให้เกิดความสำเร็จในการศึกษาหรือการประกอบอาชีพ ดังนั้นการมีผู้ประคับประคองให้ก้าวเดินไปในทางที่ถูก การชี้แนะในทางที่ถูกต้อง การรับฟังและช่วยแก้ปัญหาต่าง และเมื่อผสมผสานกับความรู้ในทักษะชีวิตก็จะช่วยให้ประชาชนพัฒนาไปสู่ชีวิตที่มีสุขภาพดีในทุกมิติได้ สำหรับผู้ที่มีศักยภาพในการให้การปรึกษาแก่ประชาชนก็มีหลากหลายแล้วแต่สถานการณ์และลักษณะปัญหา ได้แก่ พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง ครู ผู้นำทางศาสนา ผู้ใหญ่ในชุมชน เพื่อนฝูง นักวิชาการด้านการให้การปรึกษา อาสาสมัครชุมชน ตลอดจนบริการที่ทันสมัย เช่น โทรศัพท์สายด่วน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพของการให้คำปรึกษา บุคลากรเหล่านี้ได้รับการฝึกอบรมทั้งในด้านเทคนิคของการให้การปรึกษาที่ดีและมีองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหา สำหรับสถานที่ที่ให้การปรึกษามีหลากหลาย ทั้ง

บ้าน โรงเรียน มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล สถานีนอนมัย คลินิก สถานที่ทางศาสนา ศูนย์ศึกษา โรงงานหรือแม้แต่ในถนนหนทาง เพื่อเข้าถึงประชาชนที่ไม่มีบ้าน

2.2.8 ข้อมูลด้านการบริการสุขภาพ

ประชาชนเจ็บป่วย มีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่จะไปหาแพทย์ตามคลินิก หรือซื้อยามากินเอง ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) แสดงว่า ยังมีประชาชนเป็นจำนวนมาก ที่ไม่ทราบว่า สุขภาพจิตจะนำไปสู่ผลกระทบที่รุนแรงทางสุขภาพต่อไปอย่างไร ไม่รู้จักแหล่งให้บริการสุขภาพ รวมทั้งไม่ไปรับบริการ เพราะไม่ยอมให้เป็นตราบาปจากที่มีผู้รู้เห็นว่าเข้ารับบริการด้านการรักษาสุขภาพจิต ดังนั้นการจัดให้มีข้อมูลด้านสุขภาพที่เหมาะสมบริการแก่ประชาชนจะช่วยลดปัญหาต่อไปนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ปัญหาการตั้งครรภีในวัยรุ่น รวมทั้งผลกระทบ โอกาสรอดปลอดภัยของทารกที่คลอดจากแม่อายุน้อย (ต่ำกว่า 18 ปี) โอกาสในการใช้การคุมกำเนิด ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคเอดส์ ลอดอัตราการสูบบุหรี่ ต้มเหล้าและใช้สารเสพติดต่างๆ โดยมีข้อมูลต่อไปนี้

2.2.8.1 ข้อมูลและรายงานผู้ที่ติดยาเสพติดในแต่ละรัฐ

2.2.8.2 ข้อมูลและรายงานผู้ที่ใช้ยาผิด

2.2.8.3 ข้อมูลแหล่งบริการสุขภาพจิตและแหล่งบริการสุขภาพอื่น ๆ

2.2.8.4 ข้อมูล แนวโน้มการรักษาผู้ป่วย

2.2.8.5 ข้อมูลการใช้สารต่างๆ ในวัยรุ่น ข้อมูลการรักษาผู้ป่วยแต่ละประเภท

2.2.8.6 ข้อมูลความรุนแรงในเด็ก

2.2.8.7 ข้อมูลการดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มอาชีพต่างๆ

2.2.8.8 ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่คิดฆ่าตัวตาย

2.2.8.9 ข้อมูลการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน

2.2.8.10 ข้อมูลการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเวช

2.2.9 **บทความการรักษาและการใช้ยาทางจิตเวช** มีการจัดทำแบบคัดกรองทางจิตเวชใน website โดยกลุ่มจิตแพทย์ บริษัทยาและรัฐบาลของสหรัฐ ร่วมกันจัดทำแบบคัดกรองอาการจิตเวชในกลุ่มเด็ก และมีข้อมูลเผยแพร่เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคจิตเวชที่พบบ่อย การใช้ยาจิตเวชในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก วิธีการรักษาทางจิตเวช การรักษาผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ ความรู้พื้นฐานภาวะซึมเศร้า ภาวะอารมณ์แปรปรวน ภาวะเครียด อาการทางจิตที่เกิดขึ้นจากการประสบเหตุการณ์ที่รุนแรง สาเหตุและทางเลือกในการรักษาโรคซึมเศร้า การป้องกันการฆ่าตัวตาย และมีแบบประเมินที่สามารถเข้าถึงได้ทาง Internet เช่น แบบทดสอบความจำและการรับรู้ แบบวัดเขาวนปัญญา แบบวัดบุคลิกภาพ แบบวัดทัศนคติ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยง โดยข้อมูลทั้งหมดมีทั้งฉบับเต็มและแบบย่อความ

3. รูปแบบของการถ่ายทอดข้อมูลสารสนเทศและการนำไปใช้

3.1 ผ่านสื่อมวลชน และเว็บไซต์ อินเทอร์เน็ต

3.2 ระหว่างบุคคลต่อบุคคล เช่น ครู พ่อแม่สู่เด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสู่ประชาชน มีการฝึกอบรมประชาชนในการให้ข้อมูลข่าวสารซึ่งจะได้ผลอย่างมากในเรื่องที่เกี่ยวกับเพศศึกษาและปัญหาเพศสัมพันธ์ สำหรับการสื่อสารจากเพื่อนสู่เพื่อน ใช้ได้ผลในเรื่องการลดเลิกพฤติกรรมเสี่ยง เช่น

การสูญบุหรื ซึ่งในการสร้างประสิทธิภาพของการสื่อสารระหว่างบุคคลนั้นจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ทั้ง 2 ฝ่าย เช่นเปิดโอกาสให้เยาวชนได้แสดงความคิดเห็นด้วยไม่ใช่เป็นการให้ข้อมูลด้านเดียว รวมทั้งมีลักษณะการนำเสนอที่กระฉับกระเฉง ไร่ใจ และดัดแปลงให้เข้ากับ ความสนใจและความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

4. **วิธีการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิต** ข้อมูลถูกสร้างขึ้นจากประเด็นที่เป็นปัญหาของแต่ละรัฐ มีการประมวลผลข้อมูลก่อนแล้วจึงนำมาเก็บไว้ในคลังข้อมูล วิธีเก็บข้อมูลเพื่อใช้งานนั้น กองบรรณาธิการจะแยกฐานข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน คือข้อมูลสำหรับประชาชนทั่วไป และข้อมูลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจนโยบาย มีการจัดเก็บไว้ทั้งในรูป PDF และ HTML และส่วนใหญ่นิยมใช้โปรแกรมประยุกต์ในการดำเนินการ
5. **การบริหารระบบฐานข้อมูล** มีการจัดการข้อมูลที่ดีมาก มีองค์การรับผิดชอบด้านข้อมูลสารสนเทศสุขภาพจิตโดยเฉพาะ ตั้งขึ้นมาเพื่อให้มีความอิสระด้านวิชาการ และมีโครงสร้างการบริหารที่เอื้อต่อการสร้างฐานข้อมูล องค์กรเอกชนหลายแห่งเป็นเจ้าของเว็บไซต์ด้านสุขภาพจิตได้นำเครื่องมือและเทคนิคใหม่ๆ มาใช้สร้างฐานข้อมูล ข้อมูลทุกอย่างเป็นสมบัติของประเทศชาติและของสาธารณะ จึงมีหน่วยงานต่างๆ ในประเทศและสากลใช้ร่วมกัน เช่น Department of health and Human Services และ White House หรือ รัฐบาลกลาง หรือ รัฐบาลท้องถิ่นรวมทั้งประชาชนทั่วโลก
6. **กลุ่มเป้าหมาย** คือ ประชาชนทั่วไป บุคลากรสุขภาพ นักวิชาการ นักวิจัยและคณะรัฐบาล
7. **เว็บไซต์ที่จัดทำและเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิตในระดับประเทศมีทั้งหมด 699 Web** และในระดับท้องถิ่นมีจำนวน 2,398 web
8. **ปีที่มีข้อมูล** คือ คศ.2001 ถึงปัจจุบัน
9. **ดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้อง** ได้แก่ อัตราผู้ติดยาเสพติด อัตราการฆ่าตัวตาย อัตราการใช้บริการโรงพยาบาลจิตเวชในแต่ละโรงพยาบาลและแต่ละรัฐ
10. **ข้อจำกัดของระบบ** คือ ข้อมูลบางอย่างต้องมีค่าใช้จ่าย เช่น ผลงานวิจัยด้านสุขภาพจิตที่แล้วเสร็จในปี 2006 ข้อมูลส่วนบุคคลบางอย่างไม่เปิดเผย ทำให้ต้นทุนสูงต่อการใช้ข้อมูลหนึ่งครั้ง เป็นต้น

■ ระบบสารสนเทศสุขภาพจิตของประเทศอังกฤษ (England)

The Association of Public Health Observatories (APHO) เป็นองค์กรตัวแทนที่เชื่อมประสานเครือข่าย Public health observatories (PHOs) ทั้ง 12 องค์กรโดยเครือข่ายเหล่านี้ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพของ England, Scotland, Wales, Northern Ireland and the Republic of Ireland และสร้างสารสนเทศด้านสุขภาพ เช่น health profile ภาพรวมของประเทศและรายท้องถิ่นทุกพื้นที่ของอังกฤษ รวมถึงรายงานดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพจิตที่สำคัญ

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 ผลิตข้อมูลสารสนเทศที่มีคุณภาพสูงด้านสุขภาพแก่องค์กรหรือหน่วยงานต่างๆรวมทั้งประชาชนทั่วไป
- 1.2 กำกับติดตามสุขภาพและแนวโน้มการเกิดโรคจิตเวชรวมทั้งพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค
- 1.3 วิเคราะห์ช่องว่างของสารสนเทศด้านสุขภาพ
- 1.4 แนะนำวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและวิธีการประเมินสุขภาพที่ไม่ดี
- 1.5 นำเสนอวิธีการใหม่ๆ ในการดูแลสุขภาพของประชาชน จากสื่อหลายๆ แหล่ง หรือหลายๆ ช่องทาง

1.6 รายงานผลการประเมินภาวะสุขภาพของท้องถิ่นและประเทศเพื่อให้มีการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น รวมทั้งรายงานภาวะสุขภาพของประชาชนในแต่ละท้องถิ่นด้วย

1.7 คาดการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

2. เนื้อหา

ประกอบด้วย

2.1 อุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและภาวะสุขภาพจิตของประชาชนแต่ละพื้นที่

2.2 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของอัตราการตายในช่วงระยะ 10 ปี

2.3 แสดงผลดัชนีชี้วัดสุขภาพ 32 ตัว เปรียบเทียบแต่ละพื้นที่และภาพรวมของประเทศ

2.4 Hospital Episode Statistics (HES) ซึ่งเป็นข้อมูลจากหน่วยสถานบริการ แสดงผลการให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่คนในประเทศอังกฤษ

3. **กลุ่มเป้าหมาย** ข้อมูลสารสนเทศที่รวบรวมและจัดทำขึ้นส่วนใหญ่ใช้ในการวางแผนกำหนดนโยบายสุขภาพและการตัดสินใจเชิงนโยบาย มีบางส่วนสำหรับผู้ปฏิบัติงาน และประชาชนทั่วไป

4. **การเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศ** มีการจัดพิมพ์ Annual report, Health profile report, สารสนเทศดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพจิตที่สำคัญ รายงานทั้งในรูปแบบเอกสารและ E-file ซึ่งสามารถค้นหาได้จาก www.apho.org.uk

5. **ปีที่ปรับปรุงข้อมูล** เริ่มก่อตั้งปี 2000 และมีการปรับปรุงข้อมูลทุกปี

6. **หน่วยงานผู้จัดเก็บ** The Association of Public Health Observatories (APHO)

7. **ข้อจำกัดของระบบ** เป็นข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพโดยรวม ไม่เน้นเฉพาะเรื่องสุขภาพจิต

■ ระบบสารสนเทศสุขภาพจิตในประเทศออสเตรเลีย

ในปัจจุบันในประเทศออสเตรเลีย มีวิวัฒนาการพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพจิต ที่ช่วยขยายโอกาสในการผลิตความรู้ใหม่ศาสตร์ด้านสุขภาพจิต และสร้างเครือข่ายข้อมูลในการประสานงานร่วมกับ บุคลากรอื่นในทีมสุขภาพอื่นๆ สารสนเทศเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้บุคลากรสุขภาพของประเทศออสเตรเลียพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสม ทันเวลาที่ต้องการ หน่วยงานที่รับผิดชอบการผลิตข้อมูลด้านสุขภาพจิตส่วนใหญ่เป็นมหาวิทยาลัยและภาครัฐ เช่น Accommodation Assistance Program Nation Data Collection และ <http://www.sihw.Goc.au/publications/index.Cfm/title/10193> หน่วยงานหลักของประเทศในปัจจุบันที่รับผิดชอบระบบข้อมูลสถิติด้านสุขภาพ มีชื่อว่า "สถาบันสุขภาพและสวัสดิการ" (Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) ก่อตั้งอย่างเป็นทางการในปี ค.ศ.1987 โดยอยู่ภายใต้การกำกับของคณะกรรมการที่ขึ้นตรงต่อรัฐสภา (Parliament) การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพของออสเตรเลียได้เริ่มขึ้นในปี ค.ศ.1993 โดยได้มีการตกลงร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดเก็บข้อมูลด้านสาธารณสุขหลักๆ ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุขของรัฐต่างๆ สำนักงานสถิติแห่งชาติ และสถาบันสุขภาพและสวัสดิการ (Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) และต่อมาในปี 1999 สำนักงานประกันสุขภาพได้เข้าร่วมด้วย เพื่อร่วมกันจัดโครงสร้างการบริหารระบบข้อมูลสาธารณสุขแห่งชาติ การพัฒนาคุณภาพของข้อมูล กระบวนการจัดเก็บข้อมูล และการกระจายเผยแพร่ข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการขึ้นชุดหนึ่ง ชื่อว่า คณะกรรมการบริหารระบบข้อมูลสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Information Management Group) เป็นคณะทำงานที่ดูแลและประสานงานระหว่างหน่วยงานหลักเพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบข้อมูลสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีสาธารณสุข

1. **วัตถุประสงค์** คือ
 - 1.1 เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพทุกช่วงตาม life cycle
 - 1.2 เพื่อพัฒนาสารสนเทศในสถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรสุขภาพจิต
 - 1.3 เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในหมู่นักวิชาการบุคลากรสุขภาพจิตและนักวิจัย
 - 1.4 เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศ
2. **หัวข้อเรื่อง/เนื้อหาในระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพจิต**

หน่วยงาน AIHW (Australian Institute of Accommodation Assistance Program National Data Collection) เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่รวบรวมรายงานด้านสุขภาพจิต การบริการสุขภาพจิตในออสเตรเลีย รวมถึงรายงานอุบัติการณ์และสาเหตุและสิ่งทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านสุขภาพจิตเป็นการวิเคราะห์และรายงานสารสนเทศโดยมีประชาชนเป็นฐาน โดยมีกระบวนการพัฒนาระบบรายงานให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ มีการปรับข้อมูลพื้นฐานทุกปี ข้อมูลในระบบนอกจากเป็นข้อมูลจากสถานบริการแล้วยังมีข้อมูลที่ได้จากการสำรวจสุขภาพและสุขภาพจิตของประชาชนในระดับชาติซึ่งดำเนินการสำรวจเป็นระยะ โดยหน่วยงานที่มีชื่อว่า Australian Bureau of Statistics เช่น ในระหว่างปี ค.ศ. 1997-1998 ได้ดำเนินการสำรวจภาวะสุขภาพจิตและสุขภาพ (Survey of Mental Health and Wellbeing) ครอบคลุมประชากรอายุระหว่าง 18 ปีขึ้นไปหนึ่งกลุ่ม และกลุ่มอายุระหว่าง 4 ถึง 17 ปีอีกกลุ่มหนึ่ง ข้อมูลที่จัดเก็บในการสำรวจ ได้แก่ ความชุกของโรคจิตเวชระดับของความพิการที่สัมพันธ์กับภาวะผิดปกติทางจิต การใช้บริการสาธารณสุข และความต้องการการช่วยเหลือที่เกิดจากปัญหาอื่น ๆ ด้านสุขภาพจิต
3. **การเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศ**

มีหลากหลายช่องทางและหลายรูปแบบ พอจะแยกตามกลุ่มผู้ใช้ ได้ ดังนี้

 - 3.1 กลุ่ม Intelligence เป็นการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศและเผยแพร่เพื่อการตัดสินใจของผู้บริการซึ่งจะมีทั้งในรูป Data warehouse, Data Mining และ Online Analytical Processing
 - 3.2 กลุ่มจิตแพทย์และนักสุขภาพจิต จะมีวารสารทางวิชาการที่เฉพาะและมีwebsiteเสนอบทความวิชาการเชิงลึกที่หลากหลาย
 - 3.3 กลุ่ม Collaboration เช่น E-mail , web Conference ผ่านระบบเครือข่าย internet การ Chat กัน ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยบนระบบเครือข่าย internet
4. **การบริหารระบบข้อมูล** มีการตั้งคณะกรรมการบริหารข้อมูลโดยเฉพาะเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือและการอ้างอิงได้
5. **กลุ่มเป้าหมาย** คือ ผู้บริหารนักวิชาการและประชาชนทั่วไป
6. **Websiteด้านข้อมูลสารสนเทศสุขภาพจิต** ระดับประเทศทั้งหมด 169 web และในระดับท้องถิ่นมีจำนวน 1.167 web
7. **ปีที่มีข้อมูล** คือ ค.ศ. 2003 ถึงปัจจุบัน
8. **ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต** ได้แก่
 - 8.1 จำนวนผู้ป่วยทางจิตเวช
 - 8.2 จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตาย
 - 8.3 อัตราการติดยาเสพติดในประชากรแต่ละกลุ่ม
 - 8.4 อัตราการสูบบุหรี่
 - 8.5 อัตราการติดเอดส์

- 8.6 อัตราการเกิดความรุนแรงในสังคม
- 8.7 ร้อยละของประชากรแต่ละวัยที่มีความเครียด
- 8.8 ร้อยละของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
- 8.9 สัดส่วนของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
- 8.10 จำนวนหน่วยบริการสุขภาพจิตในแต่ละชุมชน
- 8.11 อัตราการหย่าร้าง
- 8.12 อัตราการทำร้ายตนเอง
- 8.13 อัตราการทำร้ายคนอื่น
- 8.14 ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

9. **ข้อจำกัดของระบบ** คือ มีข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลวิชาการเช่นรายงานวิจัยส่วนใหญ่ต้องซื้อเสียใช้ค่าใช้จ่ายในราคาสูง

■ ระบบสารสนเทศสุขภาพจิตในประเทศนิวซีแลนด์

มีหน่วยงานที่พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศโดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลกลางและกระทรวงสาธารณสุขของนิวซีแลนด์ คือ The New Zealand Health Information Service และ Mental Health Data warehouse (MHDW) ซึ่งก่อตั้งขึ้นเพื่อผลิตข้อมูลด้านสุขภาพแก่กระทรวงสาธารณสุขนิวซีแลนด์เป็นส่วนใหญ่ภายใต้ชื่อ [Http://www.nzhis.govt.nz](http://www.nzhis.govt.nz). และดำเนินงานในลักษณะเครือข่าย ประกอบด้วยหน่วยงานทั้งหมดในกระทรวงสาธารณสุข

1. วัตถุประสงค์ คือ

- 1.1 นำเสนอข้อมูลสารสนเทศให้กับผู้บริหารประเทศและประชาชน
- 1.2 นำเสนอข้อมูลสารสนเทศในด้านสุขภาพที่มีความถูกต้องและทันสมัย ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและสุขภาพทั่วไป
- 1.3 วิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศนิวซีแลนด์แล้วเผยแพร่เพื่อสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ
- 1.4 สนับสนุนให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนพัฒนาสุขภาพของประชาชนในประเทศนิวซีแลนด์
- 1.5 ส่งเสริมการพัฒนาข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่เป็นมาตรฐาน
- 1.6 นำเสนอด้วยรูปแบบเดียวกันให้เกิดความสะดวกและง่ายต่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศระหว่างหน่วยงานต่างๆ

2. **ข้อมูลสารสนเทศที่นำเสนอในระบบ** ส่วนใหญ่มักนำเสนอเป็น Template กราฟ ตาราง ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาที่เป็นจำนวนผู้ใช้บริการด้านสุขภาพจิตในแต่ละหน่วยบริการ รวมทั้งนำเสนอเป็นบทความและบรรยาย

3. เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต มีดังนี้

- 3.1 ภาพรวมของเว็บที่นำเสนอสุขภาพจิตในประเทศนิวซีแลนด์
- 3.2 การจำแนกประชากรในประเทศแต่ละกลุ่ม ซึ่งรวมทั้งกลุ่มศาสนาต่างๆและชนพื้นเมืองด้วย
- 3.3 นำเสนอจำนวนหน่วยบริการสุขภาพจิตในประเทศ
- 3.4 วิธีการลงข้อมูลของผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูล
- 3.5 อัตราการเกิดของประเทศนิวซีแลนด์
- 3.6 อัตราการตายของประเทศและสถิติการเจ็บป่วยของประชากรในประเทศ

- 3.7 จำนวนสมาชิกที่เป็นชนกลุ่มน้อยและชนพื้นเมืองในประเทศนิวซีแลนด์
 - 3.8 ข้อมูลการจำแนก เพศ อายุ สถานะภาพของผู้ใช้บริการสุขภาพจิตแต่ละพื้นที่ในประเทศ
 - 3.9 อัตราการครองเตียงของผู้ป่วยจิตเวชแต่ละประเภท
 - 3.10 การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช
 - 3.11 การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชในเบื้องต้น
 - 3.12 คุณภาพของสถานบริการสุขภาพ
 - 3.13 ระดับคุณภาพชีวิตของประชากรในประเทศนิวซีแลนด์
 - 3.14 เครือข่ายภาคประชาชนที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
 - 3.15 อัตราการดื่มสุราและบริโภคยาของประชากรแต่ละกลุ่มอายุ
 - 3.16 จำนวนเด็กและวัยรุ่นที่มารับบริการรักษาเกี่ยวกับการเลิกสุรา บุหรี่ และสารเสพติดประเภทต่างๆ
 - 3.17 ดัชนีชี้วัดสุขภาพของประชากรในประเทศนิวซีแลนด์
 - 3.18 การเตือนภัยที่เกี่ยวกับการแพทย์และการรักษา เช่น Medical warnings, medical alerts บทสรุปเหตุการณ์ต่างๆของการดูแลสุขภาพ
 - 3.19 ข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพจิตกลุ่มอายุต่างๆ
 - 3.20 ข้อมูลการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชแต่ละประเภท
 - 3.21 ข้อมูลการใช้ยาจิตเวชในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค
4. **วิธีการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศ** ประเทศนิวซีแลนด์ให้ความสำคัญกับสารสนเทศด้านสุขภาพอย่างมาก โดยเริ่มจากการนำเอาความต้องการผู้ใช้สารสนเทศมาเป็นกรอบในการพัฒนาระบบสารสนเทศของประเทศ มีการวางแผนสร้างและปรับปรุงระบบสารสนเทศตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 จัดเก็บข้อมูลในรูปแบบข้อความบรรยายและรายงานวิจัยเป็น PDF และ HTML มีข้อมูลหมุนเวียนอย่างสม่ำเสมอและเป็นปัจจุบัน แต่ละ website ด้านสุขภาพจะมีผู้รับผิดชอบแสวงหาเนื้อหา คัดเลือกเนื้อหาที่มีคุณภาพสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของ website รวมทั้งมีการออกแบบระบบสารสนเทศและการนำเสนอให้มีความน่าสนใจแก่ผู้อ่านหรือผู้ใช้ข้อมูล
 5. **กลุ่มเป้าหมาย** ส่วนใหญ่เป็นแพทย์และบุคลากรสุขภาพ รองลงมาคือนักวิชาการ นักวิจัย ส่วนกลุ่มประชาชนทั่วไปส่วนใหญ่ผู้ใช้จะเป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน
 6. **ปีที่มีข้อมูล** คือข้อมูล ค.ศ.2001 ถึงปัจจุบัน
 7. **หน่วยงานผู้จัดเก็บรวบรวมข้อมูล** คือ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ของนิวซีแลนด์
 8. **ข้อจำกัดของระบบข้อมูลสารสนเทศ** การนำเสนอบทความวิชาการเป็นส่วนใหญ่

■ ระบบสารสนเทศสุขภาพจิตในกลุ่มประเทศยุโรป

การพัฒนาระบบสารสนเทศด้านสุขภาพจิตในกลุ่มประเทศยุโรป เริ่มแรกประกอบด้วยความร่วมมือของประเทศฝรั่งเศส อิตาลี เยอรมัน เบลเยียม ออสเตรีย ฮังการี และตุรกี ต่อมารวมประเทศสวิสเซอร์แลนด์ด้วย ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศยุโรป มีการรวมเป็นเครือข่ายสหภาพยุโรปทั้งหมดและรวมตัวจัดตั้งองค์กรที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาสารสนเทศสุขภาพจิตและสุขภาพทั่วไปของประชากรในกลุ่มประเทศยุโรป เช่น [Http://counseling_resource.com/quizzes/index.html](http://counseling_resource.com/quizzes/index.html) และ <http://ec.europa.eu/comm/hea.th/ph information/indicators/indic data en.htm>

1. วัตถุประสงค์ คือ

- 1.1 เพื่อพัฒนาข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิตให้กับผู้ป่วย สำหรับการดูแลตนเองและการรักษาพยาบาล
- 1.2 เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลจิตใจตนเองของประชาชนทั่วไป
- 1.3 เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชแต่ละประเภท แบบวัดสุขภาพจิตและจิตวิทยาทั่วไปแก่นักวิชาการ
- 1.4 เพื่อสร้างเครือข่ายกลุ่มผู้ใช้ข้อมูลสุขภาพจิตในแต่ละด้าน
- 1.5 เพื่อสร้างโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลุ่มเครือข่ายสุขภาพจิตแต่ละกลุ่ม

2. เนื้อหาที่นำมาจัดทำข้อมูลและสารสนเทศ ผลงานที่กลุ่มเครือข่ายประเทศยุโรป ผลัดขึ้นมา ส่วนใหญ่มักออกมาในรูปแบบคัดกรอง แบบทดสอบ คู่มือการใช้แบบวัด การรักษาผู้ป่วยรายด้านจิตเวช การดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ดังเช่นใน http://ec.europa.eu/comm/hea.th/ph_information/indic_data_en.htm ซึ่งได้แก่

2.1 คู่มือ/แนวทางการดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษา เช่น

- 2.1.1 วิธีการรักษาผู้ติดสุรา (www.thescmdancecenter.com)
- 2.1.2 วิธีการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (www.hegepa.com)
- 2.1.3 การรักษาผู้ติดสารต่างๆ (www.alternaticezrehab.com)
- 2.1.4 การแพทย์ทางเลือกสำหรับการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช (www.earthhouse.org)
- 2.1.5 วิธีการเรียนรู้และการต่อสู้ภาวะวิตที่รุนแรง(www.panic portal.com)
- 2.1.6 ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ชีวิตเพื่อพัฒนาชีวิต (emcinternational.net)
- 2.1.7 ความรู้สำหรับผู้ป่วยภาวะจิตเภท (www.ask-guru-of.net;www.-health.net)
- 2.1.8 ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต (www.health-related-info.com)
- 2.1.9 ความรู้เกี่ยวกับอาการ 13 ประการของ Burn out (www.assessment.com)
- 2.1.10 การหลีกเลี่ยงความเครียด (www.assessment.com)
- 2.1.11 วิธีการแก้ไขความวิตกกังวลด้วยตนเอง (www.selftherapy.org)
- 2.1.12 วิธีการสร้างความสุขในชีวิตประจำวันที่มีประสิทธิภาพ-ที่ให้ผลลัพธ์แบบถาวร (www.b-happy-now.com)
- 2.1.13 การสรุปบทความเกี่ยวกับการวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า (www.consumer Health Digest.com)

2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานและระบาดวิทยาสุขภาพจิต ได้แก่

- 2.2.1 สารสนเทศสุขภาพจิต (www.healthology.com)
- 2.2.2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเครียดของสังคม (www.socialanxirtys.net)
- 2.2.3 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะ Panic และ Anxiety (www.easycalm.com)

2.3 ข้อมูลแหล่งบริการ ได้แก่

- 2.3.1 ข้อมูลแหล่งให้คำแนะนำสุขภาพจิต (www.psychiatry247.com)
- 2.3.2 การแพทย์ทางเลือกสำหรับการงดสุรา(www.darkninghtofthesoul.org)

2.4 เครื่องมือเกี่ยวกับสุขภาพจิต ที่เป็นแบบประเมิน และแบบคัดกรองต่างๆ ดังนี้

- 2.4.1 แบบทดสอบ Depression และ Anxiety Goldberg มี 18 คำถาม คือ Goldberg Depression

- 2.4.2 QIDS; Quick Inventory of Depressive Symptomatology self Report Wakefield Self-Report Questionnaire มี 12 คำถาม
 - 2.4.3 Adult ADHD Screening เช่น Jasper Goldberg Adult Attention Deficit Hyperactivity disorder symptom มี 24 คำถาม
 - 2.4.4 Schizophrenia Screening PRIME Prodromal test คือ Prodromal Screening มี 12 คำถาม
 - 2.4.5 Bipolar and Mania Clinical symptoms of Manic Depression มี 12 คำถาม
 - 2.4.6 Goldberg Mania Questions มี 18 คำถาม
 - 2.4.7 Alcohol and Drug use เช่น CAGE 14 คำถาม, MAST 28 คำถาม, DAST 20 คำถาม
 - 2.4.8 Dissociative Identity disorder เช่น DES มี 28 คำถาม
 - 2.4.9 Physical Symptoms มี PILL มี 24 คำถาม
 - 2.4.10 US Preventive Services Task Force Recommendations and Rationale on Depression Screening
3. **วิธีการจัดเก็บข้อมูลสารสนเทศ** กลุ่มประเทศกลุ่มยุโรปมีการพัฒนาข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพอยู่ในเครือข่ายระหว่างกลุ่มยุโรป การนำเสนอข้อมูลที่มีลักษณะเด่น คือ ให้ความรู้กว้างขวางในเรื่อง การคัดกรองสุขภาพจิตและจิตเวชด้านต่างๆ มีการจัดเก็บในรูปแบบ PDF, Power point และ HTML
 4. **การบริหารระบบข้อมูล** ในกลุ่มประเทศยุโรปมีการบริหารข้อมูลทุกวัน โดยส่วนใหญ่เจ้าของฐานข้อมูลจะปรับฐานข้อมูลให้ทันสมัยทุกวัน มีกองบรรณาธิการและตรวจสอบข้อมูล ความน่าเชื่อถือของข้อมูล เน้นการอ้างอิงผู้ผลิตฐานข้อมูลแต่ละชุดที่นำเสนอต่อสังคมโลก
 5. **กลุ่มเป้าหมาย** คือ ประชาชนทั่วไปของสังคมโลก บุคลากรสุขภาพ นักวิชาการ นักวิจัย และ คณะรัฐมนตรีหรือรัฐบาลของกลุ่มประเทศยุโรป
 6. **มีหน่วยงานที่จัดทำข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิตในระดับประเทศ** ทั้งหมด 578 web และ ในระดับท้องถิ่นมีจำนวน 19,634 web
 7. **ปีที่มีข้อมูลคือ ค.ศ. 2005 ถึงปัจจุบัน**
 8. **ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องได้แก่**
 - 8.1 อัตราการฆ่าตัวตาย อัตราความรุนแรงในวัยรุ่น
 - 8.2 อัตราการใช้บริการสุขภาพจิตในสถานบริการสุขภาพ
 - 8.3 จำนวนสถานบริการด้านสุขภาพจิต
 - 8.4 จำนวนผู้ติดสารเสพติดแต่ละประเภท
 - 8.5 อุบัติการณ์ของภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาทางจิตเวช
 - 8.6 ความชุกของความผิดปกติทางจิต
 - 8.7 ข้อมูลระบาดวิทยาด้านจิตเวช/และสุขภาพจิต
 - 8.8 จำนวนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตของประเทศ
 - 8.9 จำนวนผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตในแต่ละชุมชน
 - 8.10 จำนวนประชากรแต่ละกลุ่มอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยง
 - 8.11 อัตราการหย่าร้างของคู่สมรส
 - 8.12 จำนวนบุคลากรสุขภาพจิตในแต่ละรัฐ

8.13 จำนวนประชากรที่สมองเสื่อม

8.14 จำนวนประชากรที่เป็นโรคพากินสัน

9. **ข้อจำกัดของระบบ** คือ ข้อมูลสารสนเทศบางอย่างเป็นสมาชิกและต้องมีค่าใช้จ่ายในการสืบค้น ทำให้เมื่อต้องการข้อมูลระดับลึกไม่สามารถกระทำได้

สรุปผลการทบทวนระบบสารสนเทศสุขภาพจิตในต่างประเทศ

จากการทบทวนการพัฒนาาระบบข้อมูลด้านสุขภาพจิตของประเทศสหรัฐอเมริกา นิวซีแลนด์ กลุ่มประเทศยุโรป ออสเตรเลีย และประเทศอังกฤษ โดยสรุปดังนี้

- องค์กรที่เกี่ยวข้อง** มีการจัดตั้งองค์กรแห่งความร่วมมือที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง มหาวิทยาลัยทั้งภาครัฐและเอกชน เครือข่ายบริการระดับชาติ แต่ส่วนใหญ่จะเป็นเอกชน และมีหน่วยงานของภาครัฐเป็นผู้สนับสนุน ที่ช่วยขยายโอกาสในการผลิตความรู้ใหม่ศาสตร์ด้านสุขภาพจิต และสร้างเครือข่ายข้อมูลในการประสานงานร่วมกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพอื่นๆ ให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสม ทันเวลาที่ต้องการ
- เป้าหมายและวัตถุประสงค์** เพื่อการบริหารจัดการและการตัดสินใจของผู้บริหารประเทศด้านสุขภาพจิต เผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิตและสุขภาพทั่วไปที่มีความถูกต้องทันสมัยและมีคุณภาพสูงเพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในประเทศวางระบบข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพจิตให้กับหน่วยงานของรัฐบาลและสถาบันการศึกษาที่ผลิตบุคลากรด้านสุขภาพจิต สนับสนุนให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศ ตลอดจนส่งเสริมการพัฒนาข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่เป็นมาตรฐาน รวมถึงจัดช่องทางให้ผู้ใช้ข้อมูลมีความสะดวกในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสารสนเทศทั้งด้านสุขภาพทั่วไปและสุขภาพจิต พัฒนาระบบสารสนเทศที่สัมพันธ์กับช่วงชีวิตแต่ละวัย และพยากรณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นที่จะเกิดขึ้นในอนาคต
- เนื้อหาที่นำมาจัดทำข้อมูลและสารสนเทศ** จะครอบคลุมทุกอย่างที่สัมพันธ์กับช่วงชีวิตแต่ละวัย การเกิดโรคจิตเวชของประชาชน มีเทคโนโลยี เครื่องมือ แนวทางการดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษาที่ครบทุกมิติของการดูแลสุขภาพ รวมทั้ง ข้อมูล องค์ความรู้พื้นฐานทางระบาดวิทยา เครื่องมือและเทคโนโลยีในการประเมิน การคัดกรอง การวินิจฉัย การบำบัดรักษาโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต มีข้อมูลที่ให้ไว้สำหรับป้องกันการเกิดโรค ตลอดจนเผยแพร่แหล่งข้อมูล/สถานบริการสุขภาพต่างๆ ตลอดจนทางเลือกในการบำบัดรักษา
- การบริหารระบบข้อมูล** มีองค์การรับผิดชอบด้านสารสนเทศสุขภาพจิตโดยเฉพาะ เพื่อให้มีความเป็นอิสระด้านวิชาการ และมีโครงสร้างการบริหารที่เอื้อต่อการสร้างฐานข้อมูล ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเจ้าของเว็บไซต์เป็นองค์กรเอกชนที่มีเครื่องมือและเทคโนโลยีใหม่ๆ ในการสร้างฐานข้อมูล โดยข้อมูลสารสนเทศทุกอย่างจะเป็นสมบัติของประเทศชาติและสาธารณะ ในการดำเนินงานจะมีการปรับฐานข้อมูลให้ทันสมัยทุกวัน มีกองบรรณาธิการสำหรับตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล
- กลุ่มเป้าหมาย** คือ ประชาชนทั่วไป บุคลากรด้านสาธารณสุข นักวิชาการ นักวิจัย และรวมถึงคณะรัฐมนตรีหรือรัฐบาล
- หน่วยงานที่จัดทำข้อมูลสารสนเทศ** มีทั้งในระดับประเทศและท้องถิ่น
- ปีที่มีข้อมูล** ที่ค่อนข้างครบถ้วนเริ่มตั้งแต่ คศ.2000 ถึงปัจจุบัน

8. **ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง** จะตอบสนองกับเป้าหมายในการดูแลประชาชนที่ครบตามวงจรของชีวิต (Life cycle)
9. **ข้อจำกัดของระบบ** ข้อมูลบางอย่างต้องมีค่าใช้จ่ายสูง เป็นบทความวิชาการเป็นส่วนใหญ่ และนำเสนอโดยการบรรยายเท่านั้นไม่มีเสียงและภาพ อาจทำให้ดูน่าเบื่อ

การทบทวนระบบสารสนเทศสุขภาพจิตของประเทศไทย

ในการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับระบบข้อมูลสุขภาพจิตของประเทศไทยที่ผ่านมา เป็นการทบทวนจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง และการค้นหาข้อมูลเป็นการค้นหาทาง Electronic database ได้ทำการค้นหาเฉพาะหน่วยงานที่มีการเผยแพร่ทาง Internet และที่แหล่งข้อมูลที่มีการเผยแพร่เท่านั้น ซึ่งอาจจะมีข้อมูลที่เป็นต้องการมีอยู่ในแหล่งข้อมูลอื่นที่ไม่สามารถสืบค้นได้ ดังนั้นในการทบทวนจึงมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลที่สืบค้นได้มาประยุกต์ใช้ และการนำมาอ้างอิงกับข้อมูลบางส่วนที่ไม่สามารถรวบรวมหรือสืบค้นข้อมูลได้ การทบทวนระบบข้อมูลสุขภาพจิตของประเทศไทยครั้งนี้ มี 3 องค์ประกอบ คือ 1) แหล่งข้อมูลภายในกรมสุขภาพจิต 2) แหล่งข้อมูลภายนอกกรมสุขภาพจิต และ 3) วิเคราะห์ส่วนขาดของระบบข้อมูลที่ดีควรมีที่ประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วยจำแนกตาม ICD 10 ของสถานบริการทั่วประเทศ และทุกสังกัด เทคโนโลยีสุขภาพจิตและจิตเวช ข้อมูลงานวิจัยทางสุขภาพจิตและจิตเวชแบบ Full Text ข้อมูลทรัพยากรทางสุขภาพจิตและจิตเวช ดังรายละเอียดต่อไปนี้

■ แหล่งข้อมูลภายในกรมสุขภาพจิต

1. **ฐานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช** ส่วนใหญ่ถูกจัดเก็บเป็นแฟ้มข้อมูล Excel รวบรวมการจัดเก็บเป็นรายเดือน ผู้ใช้ข้อมูลเป็นผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้สนใจ เป็นข้อมูลระดับประเทศ เริ่มจัดเก็บตั้งแต่ปี 2540- ปัจจุบัน ดำเนินการโดยกองแผนงานกรมสุขภาพจิต และข้อจำกัดคือ เป็นข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่
 - 1.1 ผู้ป่วยนอก รายเก่า/ผู้ป่วยนอก รายใหม่
 - 1.2 ผู้ป่วยใน/จำนวนรับครั้งแรก/จำนวนรับครั้งรอง/จำนวนวันจำหน่าย/จำนวนผู้ป่วยจำหน่าย/ตาย/ Refer
 - 1.3 จำนวนผู้ป่วยนอก/ใน จำแนกตาม ICD10/ เพศ /กลุ่มอายุ/Diagnosis ICD10/ของหน่วยงาน สังกัดกรมสุขภาพจิต
 - 1.4 บริการปรึกษาปัญหาทางโทรศัพท์/1323 /1667 ซึ่งมีหัวข้อดังต่อไปนี้ ได้แก่ ปัญหาทางจิต/ระบบประสาท/ ปัญหาทางเพศ/ สารเสพติด/ การทำงาน/ ครอบครัว/ เศรษฐกิจ/ วัยเด็ก/ ผู้สูงอายุ/ วัยรุ่น/ โรคเอดส์/ ปัญหาทางกฎหมาย/ ฆ่าตัวตาย/ สอบถามข้อมูลสถานบริการ/ อื่นๆ
 - 1.5 บริการคลินิกคลายเครียด ข้อมูลการให้บริการจำแนกตามเพศ/ลักษณะปัญหา ด้าน ครอบครัว การเจ็บป่วย การปรับตัว สารเสพติด ด้านการเรียน ด้านการทำงาน ด้านเศรษฐกิจ ฆ่าตัวตาย อื่นๆ / การให้บริการ ด้าน จิตบำบัด การฝึกคลายกล้ามเนื้อ การปรับปรุงสุขภาพร่างกาย การออกกำลังกาย/ อื่นๆ

- 1.6 บริการผู้ป่วยยาเสพติด จะจำแนกตาม การบำบัดรักษา/ การเตรียมการก่อนรักษา/ การถอนพิษ/ การฟื้นฟูสมรรถภาพ/ การติดตามผลหลังการรักษา/ การจำหน่ายผู้ป่วย/ การวิเคราะห์สารเสพติด/ การตรวจพิสูจน์ผู้ใช้สารเสพติด/ การตรวจหาการติดเชื้อไวรัสในผู้บำบัด
- 1.7 Curative service จำแนกจำนวนเตียง/ วันอยู่โรงพยาบาล/ ช่วงเวลาว่างของเตียง/ อัตราการครองเตียง/ เฉลี่ยวันอยู่โรงพยาบาล/ จำนวนผู้ป่วยจำหน่าย
- 1.8 บริการช่วยเหลือในวิกฤติสุขภาพจิตจากภัยธรรมชาติ ข้อมูลการให้บริการจำแนกตามวิธีการให้ความช่วยเหลือ/ ผลการช่วยเหลือ/ ลักษณะปัญหา
- 1.9 บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคออทิสติก จะมีข้อมูลประกอบด้วยชื่อ/ ที่อยู่/ อายุ
2. **สถานการณ์ด้านสุขภาพจิต** ส่วนใหญ่ถูกจัดเก็บเป็นแฟ้มข้อมูล Excel จัดเก็บโดยสำรวจเป็นรายปี ผู้ใช้ข้อมูลเป็นผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้สนใจ เป็นข้อมูลระดับประเทศ เริ่มจัดเก็บตั้งแต่ปี 2540-ปัจจุบัน ดำเนินการโดยกองแผนงานกรมสุขภาพจิต บางข้อมูลเป็นข้อมูลทุติยภูมิ และสำรวจปีละ 1 ครั้ง และบางครั้งไม่ได้รับแบบสำรวจกลับมาครบถ้วน ข้อมูลได้แก่
 - 2.1 ข้อมูลฆ่าตัวตาย/จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตาย/ เพศ/ จังหวัด
 - 2.2 ทรัพยากรด้านสุขภาพจิต บุคลากร ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต /ชื่อ-สกุล/ สังกัด/ จังหวัด
 - 2.3 หน่วยงานที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต/ชื่อหน่วยงาน/ลักษณะการให้บริการจิตเวช/จำนวนเตียง/จำนวนบุคลากร/บริการที่เปิดให้บริการ/จำนวนผู้มารับบริการ/ปัญหาอุปสรรค
3. **ฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก** ถูกจัดเก็บเป็นฐานข้อมูล ที่จำแนกตาม OPD card รวบรวมจัดเก็บเป็นรายเดือน ผู้ใช้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้สนใจ เป็นข้อมูลระดับประเทศ เริ่มจัดเก็บตั้งแต่ปี 2548-ปัจจุบัน มีตัวชี้วัดคือ ความครบถ้วน ทันต่อการใช้งาน ความสมบูรณ์ ต่อเนื่องของข้อมูล ดำเนินการโดยกลุ่มงานระบาดวิทยาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ข้อมูลเป็น Hospital based และเป็นข้อมูลปฐมภูมิ แต่ขาด search engine อยู่ในระหว่างพัฒนาระบบรายงาน
4. **ฐานข้อมูลผลงานวิจัยทางสุขภาพจิตและจิตเวช** ถูกจัดเก็บในรูปแบบบทความวิจัยทางสุขภาพจิตและจิตเวช รวบรวมจัดเก็บในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และค้นหาโดยใช้ search engine ผ่านทางอินเทอร์เน็ต ผู้ใช้ข้อมูล ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการ นักศึกษา เป็นข้อมูลระดับประเทศเริ่มจัดเก็บตั้งแต่ปี 2499 เริ่มมีข้อมูล 2542 ดำเนินการโดยกรมสุขภาพจิต มีข้อจำกัดคือ ขาดข้อมูล Full Text
5. **ฐานข้อมูล E-Book ด้านสุขภาพจิต** ได้แก่ องค์ความรู้/แบบทดสอบ/แบบคัดกรอง ทางสุขภาพจิต ฐาน รวบรวมจัดเก็บในฐานข้อมูลเอกสารในรูปแบบ PDF file ค้นหาโดยใช้ search engine ผ่านทางอินเทอร์เน็ต ผู้ใช้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการและผู้สนใจ เป็นข้อมูลระดับประเทศ เริ่มจัดเก็บตั้งแต่ปี 2544 ดำเนินการโดยกรมสุขภาพจิต ข้อจำกัดคือ ยังขาดองค์ความรู้จากภายนอกกรมสุขภาพจิต
6. **ฐานข้อมูล CD-ROM** ถูกจัดเก็บในวารสาร American Journal of Psychiatry Annual review of Psychology, Archives of General Psychiatry, British journal of Psychiatry, Current opinion in Psychiatry, Journal of American academy of child @ adolescent Psychiatry, Journal of clinical Psychopharmacology, Psychological medicine, Psychosomatic medicine, Yearbook in Psychiatry รวบรวมจัดเก็บในฐานข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ ในรูป CD-ROM ผู้ใช้เป็นจิตแพทย์ และนักวิชาการ เป็นข้อมูลระดับประเทศ เริ่ม

จัดเก็บตั้งแต่ปี 1995 ห้องสมุดกรมสุขภาพจิต เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ ข้อจำกัดคือ ต้องไปใช้บริการที่ห้องสมุดกรมสุขภาพจิตเท่านั้น

7. ฐานข้อมูลรายงานสถานการณ์ความรุนแรง แหล่งข้อมูลมี 2 แบบคือ

7.1 ผลงานวิจัยการใช้ความรุนแรงของวัยรุ่นไทยในฐานข้อมูลบทความย่อ เป็นข้อมูลคัดจากหนังสือพิมพ์ เกี่ยวกับความรุนแรงในสังคมไทย รวบรวมจัดเก็บในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ บนอินเทอร์เน็ต ผู้ใช้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการและผู้สนใจ เป็นข้อมูลระดับประเทศ เริ่มจัดเก็บตั้งแต่ปี 2548 โดยกลุ่มงานระบาดวิทยากรมสุขภาพจิต ที่ยังขาดข้อมูล Full Text

7.2 ความรุนแรงจากข่าวหนังสือพิมพ์ฐานข้อมูล รวบรวมจัดเก็บในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ บนอินเทอร์เน็ต ผู้ใช้เป็นนักวิชาการและผู้สนใจ เป็นข้อมูลระดับประเทศ เริ่มจัดเก็บตั้งแต่ปี 2547 โดยกลุ่มงานระบาดวิทยากรมสุขภาพจิต เป็นข้อมูลจากหนังสือพิมพ์ ทำให้มีปัญหาด้านคุณภาพ และความครอบคลุมของข้อมูล

8. ฐานข้อมูลห้องสมุดกรมสุขภาพจิต รวบรวมจัดเก็บเป็นข้อมูลหนังสือในห้องสมุดกรมสุขภาพจิต ที่เชื่อมโยงข้อมูลห้องสมุดหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต มีการจัดเก็บแบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ บนอินเทอร์เน็ต ผู้ใช้เป็นนักวิชาการและผู้สนใจ เป็นข้อมูลระดับประเทศ เริ่มจัดเก็บตั้งแต่ปี 2537 มีความรวดเร็วในการค้นหาเป็นตัวชี้วัด ข้อจำกัดคือ ขาดข้อมูล Full Text

9. ฐานข้อมูลวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เป็นผลงานวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่ตีพิมพ์ลงในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ บนอินเทอร์เน็ต เรียงตามลำดับวารสาร ผู้ใช้เป็นจิตแพทย์ นักวิชาการ และผู้สนใจ เป็นข้อมูลระดับประเทศ เริ่มจัดเก็บตั้งแต่ปี 2546 โดยกรมสุขภาพจิต ข้อจำกัดคือ เป็นเอกสาร แบบ PDF แบบบทความ

■ แหล่งข้อมูลภายนอกกรมสุขภาพจิต

มีฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต มีการดำเนินการโดยองค์กรอื่นๆที่เป็นทั้งสมาคมวิชาชีพทางด้านจิตเวช ที่มีการเผยแพร่ทาง Internet ดังนี้

1. **มุมสุขภาพจิต** เป็นฐานข้อมูลบทความด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ฐานข้อมูลเชื่อมโยง Home page ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศไทย และภาคจิตเวชในมหาวิทยาลัยของประเทศไทย มีทั้งแบบทดสอบทางสุขภาพจิต ถูกจัดเก็บเป็น Web Page บน Internet มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ ผู้ใช้ข้อมูลเป็นจิตแพทย์ นักวิชาการ และผู้สนใจ เป็นข้อมูลระดับประเทศ ดำเนินการโดยภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี ซึ่งบางข้อมูลมีปัญหาในการ Download และส่วนมากเป็นบทความวิชาการ

2. **THAI MENTAL.com** เป็นฐานข้อมูล รายการ U-Life สายด่วนสุขภาพจิต แบบทดสอบทางสุขภาพจิต ถูกจัดเก็บตามหัวข้อปัญหาที่ได้ ออกอากาศในรูปอิเล็กทรอนิกส์ บนอินเทอร์เน็ต ผู้ใช้เป็นนักวิชาการ และประชาชน เป็นข้อมูลระดับประเทศ ดำเนินการโดยบริษัทไทยเมดิคัลแล็บ ข้อจำกัดคือ จะมีเฉพาะรูปแบบของข้อมูลที่เป็นบทความ

3. **Child watch** เป็นฐานข้อมูลเด็กและเยาวชนไทย อายุตั้งแต่ 15 ปีลงมาทั่วประเทศ ได้แก่ เด็กพยายามฆ่าตัวตาย บาดเจ็บ/เสียชีวิต อัตราเรียนต่อ ทหารายได้พิเศษ ออกจากการเรียนกลางคัน/ย้ายสถานศึกษา โดดเรียน ไม่อยู่กับพ่อแม่ มีเพศสัมพันธ์ เห็นการเสพยาเสพติด เด็กมาทำคลอด ถูกละเมิด ถูกทอดทิ้ง เข้าสถานพินิจ ขอรับการบำบัดยาเสพติด ถูกจัดเก็บรูป Excel บน อินเทอร์เน็ต

ผู้ใช้นักวิชาการและประชาชน เป็นข้อมูลระดับประเทศ เริ่มจัดเก็บตั้งแต่ปี 2547 มีจุดมุ่งหมายในการ สร้างกลไกการเฝ้าระวังทางสังคม ดำเนินการรวบรวมโดยสถาบันรามจิตติ (โทร 0 2278 0593,6, www.childwatchthai.com) ข้อจำกัดคือเป็นข้อมูลทุติยภูมิ

■ **การวิเคราะห์ส่วนขาดของระบบสารสนเทศสุขภาพจิต**

ในการวิเคราะห์ส่วนขาดของระบบสารสนเทศสุขภาพจิต ได้นำข้อมูลที่ได้จากสถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต สถานพยาบาลนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต แต่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลสังกัดอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุข สถานพยาบาลเอกชน หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต หน่วยงานสังกัดอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่นภาควิชาจิตเวชของมหาวิทยาลัยต่างๆ และหน่วยที่รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการวิจัยคือ สภาวิจัยแห่งชาติ โดยนำวิเคราะห์ในประเด็นที่สำคัญคือ ข้อมูลที่ต้องการ และความสำคัญแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง แล้วมาวิเคราะห์ส่วนขาดระบบ คือ การขาดแหล่งข้อมูล (รายการข้อมูล) การขาดความครอบคลุม การขาดคุณภาพ และขาดการวิเคราะห์ ซึ่งผลการวิเคราะห์ตามตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ส่วนขาดของระบบสารสนเทศสุขภาพจิตของไทย

ข้อมูลที่ต้องการ	ความสำคัญ	แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง	ขาดแหล่งข้อมูล (รายการข้อมูล)	ขาดความครอบคลุม	ขาดคุณภาพ	ขาดการวิเคราะห์
1. ข้อมูลผู้ป่วยจำแนกตาม ICD 10 ของสถานบริการทั่วประเทศ และทุกสังกัด	เพื่อให้ได้ข้อมูลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช ในส่วน Hospital base ของประเทศไทย ตาม ICD 10	<ul style="list-style-type: none"> - สถานพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต - สถานพยาบาลนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต แต่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข - สถานพยาบาลสังกัดอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุข - สถานพยาบาลเอกชน 	<ul style="list-style-type: none"> - สถานพยาบาลนอกสังกัดกรมสุขภาพจิต แต่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข - สถานพยาบาลสังกัดอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุข - สถานพยาบาลเอกชน 	รายงานผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช ตาม ICD 10 มีเฉพาะหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งมีอยู่ 17 แห่งทั่วประเทศ ทำให้ไม่สามารถเป็นตัวแทนผู้ป่วยจิตเวชของประเทศได้	<ul style="list-style-type: none"> - ปัญหาคุณภาพการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ของแพทย์นอกสังกัดกรมสุขภาพจิต - การขาดแคลนบุคลากรด้านจิตเวช ทำให้เกิดภาวะงานเกินกำลังบุคลากร ทำให้มีปัญหาคุณภาพงาน 	ด้านบุคลากรในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ทั้งในด้านปริมาณ/คุณภาพ/การหมุนเวียนบุคลากรกับผลต่องานสุขภาพจิตและจิตเวช ในโรงพยาบาลชุมชน รพศ,รพท และโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งการบำบัดรักษา และมาตรฐานการวินิจฉัยโรค
2. เทคโนโลยีสุขภาพจิตและจิตเวช a. รูปแบบ b. ประเภท/กลุ่มเป้าหมาย c. วิธีการพัฒนา	เทคโนโลยีสุขภาพจิตและจิตเวชจะช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรได้ระดับหนึ่ง เพราะจะช่วยให้ประชาชนสามารถเฝ้าระวังสุขภาพจิตของตนเองได้ สามารถช่วยเหลือแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้ และสามารถส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้กับทั้งตนเองและสมาชิกในครอบครัวและชุมชนของตนเองได้ด้วย	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต - หน่วยงานสังกัดอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น ภาควิชาจิตเวชของมหาวิทยาลัยต่างๆ 	หน่วยงานสังกัดอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น ภาควิชาจิตเวชของมหาวิทยาลัยต่างๆ	ปัญหาใหญ่คือการมุ่งเน้นพัฒนาเทคโนโลยีเฉพาะด้านที่สนใจ เช่น สารเสพติด/ฆ่าตัวตาย โดยมักไม่ให้ความสนใจด้านอื่นเช่น โรคจิตเภท ซึ่งมีปริมาณการให้บริการในโรงพยาบาลจิตเวชที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวชทั้งหลายประมาณ 80%	ผลจากการพัฒนาเทคโนโลยีแบบแยกกันทำ ก่อให้เกิดการขาดมาตรฐานหรือเทคโนโลยีเรื่องเดียวกันแต่ รูปแบบต่างกันมากมาย และสุดท้ายคือการไม่เหมาะสมกับพื้นที่ใช้งาน	ควรมีการวิเคราะห์มาตรฐาน ความต้องการของพื้นที่ ความทันสมัยของเทคโนโลยีที่มีอยู่

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ส่วนขาดของระบบสารสนเทศสุขภาพจิตของไทย (ต่อ)

ข้อมูลที่ต้องการ	ความสำคัญ	แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง	ขาดแหล่งข้อมูล (รายการข้อมูล)	ขาดความครอบคลุม	ขาดคุณภาพ	ขาดการวิเคราะห์
3. ข้อมูลงานวิจัยทางสุขภาพจิตและจิตเวชแบบ Full Text	ฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิต และจิตเวช แบบ Full Text จะส่งผลต่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต - หน่วยงานสังกัดอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น ภาควิชาจิตเวชของมหาวิทยาลัยต่างๆ - สภาวิจัยแห่งชาติ 	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยงานสังกัดอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น ภาควิชาจิตเวชของมหาวิทยาลัยต่างๆ - สภาวิจัยแห่งชาติ - ฐานข้อมูลงานวิจัยในต่างประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> - ปัจจุบันส่วนมากเป็นฐานข้อมูลบทความย่อ - สำหรับในมหาวิทยาลัยแม้จะเป็น Full Text แต่ก็เป็นวิทยานิพนธ์ ไม่ใช่งานวิจัยของระดับอาจารย์ หรือนักวิชาการและไม่ได้แยกเป็นหมวดเฉพาะ ทำให้มีปัญหาในการคัดเลือก งานวิจัย 	งานวิจัยในกรมสุขภาพจิตส่วนมากเป็นผลงานประกอบการเลื่อนระดับ ของบุคลากร ทำให้มีปัญหาในด้านคุณภาพของงานวิจัยหรือมุ่งเน้นเฉพาะพื้นที่ ไม่สามารถเป็นภาพของชุมชน หรือประเทศได้	<ul style="list-style-type: none"> - ควรมีการวิเคราะห์แนวทางการวิจัยทางสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งด้านคุณภาพงานวิจัย ความเป็นตัวแทนชุมชน หรือประเทศ - ควรมีการวิเคราะห์รูปแบบและการดำเนินการจัดตั้งฐานข้อมูลงานวิจัยด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศไทย
4. ข้อมูลทรัพยากรทางสุขภาพจิตและจิตเวช a. บุคลากร b. รูปแบบบริการ c. จำนวนเตียงทางจิตเวช d. รูปแบบการจัดองค์กร e. คลังเวชภัณฑ์	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยในการวางแผนของรัฐบาลในงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช - เกิดเครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งด้านการบำบัดรักษา การส่งเสริมป้องกัน และการแลกเปลี่ยนทรัพยากร ทั้งในยามปกติและในภาวะวิกฤติ 	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต - หน่วยงานสังกัดอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น ภาควิชาจิตเวชของมหาวิทยาลัยต่างๆ - ภาคเอกชน 	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยงานสังกัดอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น ภาควิชาจิตเวชของมหาวิทยาลัยต่างๆ - ภาคเอกชน 	แม้กรมสุขภาพจิตมีการสำรวจทรัพยากรสุขภาพจิตและจิตเวชทุกปี แต่ส่วนใหญ่จะสำรวจหน่วยงานราชการ ทำให้ขาดข้อมูลในภาคเอกชน เช่นองค์กร สมาคมต่างๆ รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชน ด้วย	ข้อมูลที่กรมสุขภาพจิตมีอยู่ ได้จากการสำรวจทางไปรษณีย์ ทำให้เกิดการสูญเสียข้อมูลจากการไม่ส่งแบบกลับ การตอบแบบจากผู้ที่ไม่ได้รับผิดชอบโดยตรง การสับเปลี่ยนโยกย้ายของบุคลากร ซึ่งมีผลต่อคุณภาพของข้อมูล	ผลจากการแยกดูแลทรัพยากร ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ทำให้มีผลต่อการวิเคราะห์ความต้องการที่แท้จริงในพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีผลต่อการขอสนับสนุนทรัพยากรจากหน่วยงานอื่นในภาวะวิกฤติ

■ สรุปผลการทบทวนระบบข้อมูลสุขภาพจิตของไทย

1. **องค์กรที่เกี่ยวข้อง** หน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ กรมสุขภาพจิต ที่ได้รับการจัดตั้งจากรัฐบาล และดำเนินการในรูปแบบของความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยทั้งภาครัฐและเอกชน เครือข่ายบริการระดับชาติ ส่วนเอกชนจะมีหน่วยงานของภาครัฐเป็นผู้สนับสนุน ที่ช่วยผลิตความรู้ใหม่ด้านสุขภาพจิต และสร้างเครือข่ายข้อมูลในการประสานงานร่วมกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพอื่นๆ
2. **เป้าหมายและวัตถุประสงค์** เพื่อเผยแพร่ข้อมูลสารสนเทศในด้านสุขภาพจิตแก่สาธารณชนทั่วไป และเพื่อการตัดสินใจของผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบาย มีการวางระบบข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพจิตให้หน่วยงานของรัฐ แต่ยังไม่ชัดเจนในการส่งเสริมการพัฒนาข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิตให้ครบถ้วนตามช่วงชีวิตแต่ละวัยและพัฒนาการตรวจสอบมาตรฐานของสารสนเทศที่จะเผยแพร่ให้มีความถูกต้อง ทันเวลา และมีคุณภาพสูงในการสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชนในประเทศ
3. **เนื้อหาที่นำมาจัดทำข้อมูลและสารสนเทศ** ยังไม่ชัดเจนในความครอบคลุม ครบถ้วน และความเชื่อมโยงทุกมิติของวงจรชีวิต การดำเนินโรค การประเมิน การคัดกรอง การวินิจฉัย การบำบัดรักษา ปัญหาสุขภาพจิต การป้องกันการเกิดโรค การประเมินผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพจิต ยังไม่ชัดเจนในการจัดหมวดหมู่ และขาดความสะดวกต่อการนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพจิตตาม Life Cycle
4. **การบริหารระบบข้อมูล** มีกรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบด้านสารสนเทศสุขภาพจิตดูแลทั้งระบบข้อมูลด้านการบริการและวิชาการ
5. **กลุ่มเป้าหมาย** ประชาชนทั่วไป บุคลากรสุขภาพ นักวิชาการ นักวิจัย และคณะรัฐมนตรีหรือรัฐบาล
6. **หน่วยงานที่จัดทำข้อมูลสารสนเทศ** ข้อมูลด้านบริการส่วนใหญ่ได้จากหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ส่วนข้อมูลด้านวิชาการนอกจากกรมสุขภาพจิตแล้วก็ยังมีราชวิทยาลัยและสมาคมราชจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
7. **ปีที่มีข้อมูล** ที่ค่อนข้างครบถ้วนเริ่มตั้งแต่ ปี 2540 ถึงปัจจุบัน
8. **ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง** จะตอบสนองกับเป้าหมายในการดูแลประชาชน การเกิดโรคที่ปัญหาปัจจุบันและตามนโยบาย
9. **ข้อจำกัดของระบบ** เป็นบทความวิชาการเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังไม่มี Full text เป็นเอกสารที่นำเสนอโดยการบรรยายเท่านั้น ยังไม่มีเสียงและภาพเคลื่อนไหว

ชุดดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของประเทศไทยที่ควรมีและระบบสารสนเทศสุขภาพจิตที่ควรเป็น

ระบบสารสนเทศสุขภาพจิต (Mental health information system) คือ ระบบสำหรับรวบรวม ข้อมูล ประมวลผล วิเคราะห์ เผยแพร่และใช้ประโยชน์จากสารสนเทศที่เกี่ยวกับการบริการสุขภาพจิตและความต้องการด้านสุขภาพจิตของประชากรที่ต้องให้บริการ (WHO, 2005) ระบบสารสนเทศสุขภาพจิตที่ดีจะเป็นทั้งเครื่องมือในการวางแผนและเป็นเครื่องมือสำหรับจัดบริการด้านสุขภาพ

ระบบรายงาน (Reporting system) ไม่ใช่ระบบสารสนเทศ ข้อมูลในระบบรายงานมักไหลแบบ bottom to top จะมีการส่งข้อมูลจากหน่วยงานรอบนอกเข้าไปที่ส่วนกลางและข้อมูลเหล่านั้นก็มักไม่ค่อยกลับมาสู่บุคคลที่รวบรวมส่ง ซึ่งผู้รวบรวมส่งข้อมูลจะไม่เห็นคุณค่าและรู้สึกน่าเบื่อ จึงพบบ่อยว่าส่งรายงานไม่สมบูรณ์หรือไม่มีคุณภาพและสุดท้ายมักไม่ยั่งยืนไม่เป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนหรือการจัดบริการ

โครงการวิจัย (Research project) บางครั้งอาจเป็นระบบสารสนเทศ แต่ส่วนใหญ่แล้วโครงการวิจัยมักจะมีมุ่งสนใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น ระบาดวิทยา ซึ่งสารสนเทศแบบนี้จะลงในละเอียดมากเกินไปและการนำไปใช้ประโยชน์ค่อนข้างจะเฉพาะเจาะจง ระบบสารสนเทศจะเป็นวิธีการที่ยั่งยืนในการรวบรวม วิเคราะห์ เผยแพร่และใช้ประโยชน์จากข่าวสารที่ถูกสร้างขึ้นจากการปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพจิต โดยพัฒนาและนำไปปฏิบัติโดยบุคคลที่มีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง (Traintor & Laska, 2002)

องค์การอนามัยโลกได้เสนอหลักการพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพจิต (WHO, 2005) ไว้ที่น่าสนใจ ดังนี้

1. การพัฒนาระบบสารสนเทศสุขภาพจิตควรเป็นกิจกรรมพัฒนาที่เน้นความต่อเนื่องไม่ควรมุ่งหวังความสำเร็จในทันที โดยออกแบบภาพใหญ่ให้เห็นทั้งหมด แต่เริ่มพัฒนาแบบค่อยเป็นค่อยไปอย่างต่อเนื่อง
2. ต้องใช้ดัชนีชี้วัด ซึ่งดัชนีชี้วัดจะสรุปสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพจิต สามารถชี้บอกสถานการณ์สุขภาพจิต และสามารถชี้วัดการเปลี่ยนแปลง และสิ่งสำคัญก็คือดัชนีชี้วัดที่เลือกนั้นต้องเป็นดัชนีชี้วัดในการปฏิบัติและช่วยโดยตรงในการตัดสินใจของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานและช่วยในการวางแผน เมื่อกำหนดดัชนีชี้วัดแล้วระบบสารสนเทศก็ต้องออกแบบให้สอดคล้องกับดัชนีชี้วัดบนพื้นฐานของความเป็นไปได้และทรัพยากรที่มีอยู่
3. กำหนดชุดข้อมูลขั้นต่ำ หมายถึง ข้อมูลที่น้อยที่สุด จำเป็นที่สุดที่ต้องรวบรวมและนำไปใช้ประโยชน์ ดัชนีชี้วัดที่เลือกไว้นั้นจะเป็นตัวกำหนดข้อมูลที่ต้องรวบรวม ข้อมูลจะต้องไม่ถูกรวบรวมด้วยเหตุผลเพราะตัวข้อมูลเอง แต่ต้องเพราะจะนำไปใช้กับดัชนีชี้วัดเพื่อประกอบการตัดสินใจ
4. ระบบสารสนเทศต้องเป็นมิตรกับผู้ใช้ ให้ประโยชน์กับผู้ใช้
5. กำหนดให้ชัดเจนถึงความสัมพันธ์ของระบบสารสนเทศสุขภาพจิตกับระบบสารสนเทศสุขภาพทั่วไปและระบบสารสนเทศอื่นๆ
6. ควรปรึกษาขอความเห็นผู้มีส่วนได้เสียทุกกลุ่ม
7. ควรเชื่อมโยงระบบสารสนเทศสุขภาพจิตกับการพัฒนาปฏิรูประบบบริการสุขภาพจิต
8. พิจารณาใช้ทั้งข้อมูลในงานประจำ (Routine data) และไม่ใช่งานประจำ (Non-routine data)
9. พิจารณาด้านจริยธรรม การรักษาความลับ การเข้าถึงข้อมูล
10. พิจารณาความต้องการสารสนเทศด้านอื่นๆที่พิเศษเฉพาะร่วมด้วย เช่น ด้านกฎหมายสุขภาพจิต ระบบสารสนเทศสุขภาพจิตอาจจำเป็นต้องมีข้อมูลเหล่านั้นตามข้อกำหนด เช่น การบังคับรักษา การผูกมัด การดูแลในท้องแยก การพิจารณาของศาล เป็นต้น

การพัฒนาาระบบสารสนเทศสุขภาพจิตของประเทศไทยควรเชื่อมโยงกับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต ซึ่งจากการทบทวนดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของต่างประเทศจะพบว่ามีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศแต่ส่วนใหญ่จะมีองค์ประกอบหลักที่คล้ายๆกัน ดังนี้

1. กลุ่มดัชนีชี้วัดปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้องและตัวกำหนดสุขภาพจิตอื่นๆ (Risk and protective factors and determinants)
2. กลุ่มดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพจิต (Mental health status)
3. กลุ่มดัชนีชี้วัดระบบบริการสุขภาพจิต (Mental health system)

ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของประเทศไทยที่ควรมีนั้น ควรประกอบด้วยดัชนีชี้วัดที่ครอบคลุมทั้ง 3 กลุ่มดังกล่าวไว้ข้างต้น ซึ่งนอกจากจะสามารถบ่งบอกสถานะสุขภาพจิตระดับประเทศและระดับภูมิภาคแล้วควรสามารถวัดประสิทธิผลของระบบบริการสุขภาพจิตและสามารถบอกสถานะของตัวกำหนดสุขภาพจิตทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องด้วยเช่นเดียวกัน

อย่างไรก็ตามการกำหนดดัชนีชี้วัดในแต่ละกลุ่มควรสอดคล้องเหมาะสมและเป็นไปได้กับสิ่งที่มีอยู่ในระบบข้อมูลสุขภาพจิตปัจจุบันให้มากที่สุดหรือพัฒนาปรับปรุงระบบข้อมูลใหม่ให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น และกลุ่มดัชนีชี้วัดระบบบริการสุขภาพจิต ควรมีทั้งดัชนีชี้วัดความต้องการของประชากร (Needs indicators) ดัชนีชี้วัดสิ่งนำเข้า (Input indicators) ดัชนีชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators) และดัชนีชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome Indicators) (WHO,2005)

■ ประเภทของดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมี

1. กลุ่มดัชนีชี้วัดปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้องและตัวกำหนดสุขภาพจิตอื่นๆ (Risk and protective factors and determinants)
 - 1) Personal condition
 - 2) Social and cultural environment
2. กลุ่มดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพจิต (Mental health status)
 - 1) Mortality
 - 2) Morbidity
 - 3) Positive mental health
3. กลุ่มดัชนีชี้วัดระบบบริการสุขภาพจิต (Mental health system)
 - 1) Input (mental health resource et. Budget, personnel, beds)
 - 2) Process
 - 3) Outcome

■ หลักเกณฑ์ในการเลือกดัชนีชี้วัดสุขภาพจิต

ในการคัดเลือกตัวอย่างดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตในการศึกษาคั้งนี้ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการเลือกดังต่อไปนี้

1. Evidence-base มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุน
2. Relevance ตรงกับความต้องการของผู้ใช้ สอดคล้องกับนโยบาย และการปฏิบัติ
3. Cost-effectiveness คุ่มค่าไม่สิ้นเปลืองมาก
4. Response to change ไวต่อการเปลี่ยนแปลง

5. Measurable, Reliable, validity วัดได้ เพียงตรง ถูกต้องแม่นยำ
6. Comparable เปรียบเทียบได้ ทั้งกับต่างประเทศหรือต่างพื้นที่

ตารางที่ 5 ชุดดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย

ดัชนีชี้วัดปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยปกป้องและตัวกำหนดสุขภาพจิตอื่นๆ		
Personal condition	● Poverty	1. ร้อยละของประชากรที่ยากจนตามเกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
	● Education attainment	2. ร้อยละของประชากรที่เรียนจบต่ำกว่าชั้นมัธยมปลาย
Socio-cultural environment	● Unemployment	3. อัตราการว่างงานต่อแสนประชากร
	● Divorce	4. อัตราการหย่าร้างต่อแสนประชากร
	● Violent crime	5. อัตราอาชญากรรมรุนแรงต่อแสนประชากร
	● Social support	6. จำนวนผู้ที่มีการช่วยเหลือจากสังคมหรือคนใกล้ชิดรอบข้างเป็นอย่างดี (Strong social support) ต่อ 100,000 ประชากร
	● Community connectedness	7. อัตราประชากรที่มีการเชื่อมโยงทางสังคมในชุมชนของตนเองจากการประเมินด้วยเครื่องมือมาตรฐาน
Health behaviors	● Alcohol consumption	8. อัตราการบริโภคสุราต่อปี (Per capita consumption of alcohol/year)
	● Exercise	9. ร้อยละของประชากรที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ
	● Teenage pregnancy	10. อัตราการตั้งครรภ์ในเด็กและเยาวชน
ดัชนีชี้วัดสภาวะสุขภาพจิต (Mental health status)		
Morbidity	● Suicide	11. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร
Morbidity	● Alcohol dependence	12. ความชุกของโรคติดสุรา
	● Major depressive disorder	13. ความชุกของโรคซึมเศร้า
	● Anxiety disorders (GAD, Panic disorder)	14. ความชุกของโรควิตกกังวล
	● Substance use disorders	15. ความชุกของโรคติดสารเสพติด
	● Schizophrenia	16. ความชุกของโรคจิตเภท
	● Dementia	17. ความชุกของโรคสมองเสื่อม

ตารางที่ 5 ชุดดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย (ต่อ)

ดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพจิต (Mental health status) ต่อ		
Positive mental health	<ul style="list-style-type: none"> Happiness 	18. ร้อยละของประชากรที่มีความสุขจากการสำรวจ
	<ul style="list-style-type: none"> Quality of life 	19. ร้อยละของประชากรที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจากการสำรวจ
ดัชนีชี้วัดระบบบริการสุขภาพจิต (Mental health care system)		
resources	<ul style="list-style-type: none"> Workforces 	20. จำนวนจิตแพทย์ต่อแสนประชากร 21. จำนวนพยาบาลจิตเวชต่อแสนประชากร 22. ร้อยละของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ผ่านการอบรมเพิ่มเติมด้านจิตเวช 23. ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขที่สถานีอนามัย ศูนย์สาธารณสุขชุมชน โรงพยาบาลชุมชนผ่านการฝึกอบรมพื้นฐานสุขภาพจิตและจิตเวชฉุกเฉิน
	<ul style="list-style-type: none"> Psychiatric beds 	24. จำนวนเตียงผู้ป่วยจิตเวชต่อแสนประชากร
	<ul style="list-style-type: none"> Mental health service units 	25. จำนวนคลินิกบริการสุขภาพจิตต่อแสนประชากร
	<ul style="list-style-type: none"> Expenditure 	26. ร้อยละของงบประมาณสุขภาพจิตในงบรวมด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศ
Process	<ul style="list-style-type: none"> Access to mental health services 	27. อัตราเด็กบกพร่องทางสติปัญญาที่ได้รับโปรแกรมกระตุ้นพัฒนาการ
		28. อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
		29. อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเภท
		30. อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรควิตกกังวล
		31. อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยติดสุรา
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> Remission 	32. อัตราการทุเลาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากการดูแลรักษา
		33. อัตราการทุเลาของผู้ป่วยโรคจิตเภทจากการดูแลรักษา
		34. อัตราการทุเลาของผู้ป่วยโรควิตกกังวลจากการดูแลรักษา
		35. อัตราการทุเลาของผู้ป่วยโรคติดสุราจากการดูแลรักษา
		36. อัตราการทุเลาของผู้ป่วยโรคติดยาเสพติดจากการดูแลรักษา

ตารางที่ 5 ชุดดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย (ต่อ)

ดัชนีชี้วัดระบบบริการสุขภาพจิต (Mental health care system) ต่อ		
	<ul style="list-style-type: none"> ● Readmission 	37. อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายใน 28 วันหลังจำหน่าย 38. อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายใน 28 วันหลังจำหน่าย
	<ul style="list-style-type: none"> ● Relapse 	39. อัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 40. อัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท 41. อัตราการกลับซ้ำของผู้ป่วยติดยาเสพติด 42. อัตราการกลับซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตกึ่งจิตเภท
	<ul style="list-style-type: none"> ● Suicide in Psychiatric patients. 	43. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 44. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้ป่วยโรคจิตเภท 45. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของโรคจิตกึ่งจิตเภท 46. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้ป่วยติดยาเสพติด 47. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้ป่วยติดยาเสพติด

ตารางที่ 6 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health determinants Risk, Protective factors

ดัชนีชี้วัดหมวด Mental health determinants Risk, Protective factors	ความหมาย และความสำคัญ	องค์กร นานาชาติ	วิธีคำนวณ (ข้อมูลที่ต้องมี)	การใช้ประโยชน์	ผู้ใช้	ความถี่ ของการ ใช้	ระดับของ ข้อมูลที่ใช้ (ประเทศ ภาค จังหวัด)	ความ สำคัญ + ถึง +++	แหล่งข้อมูลที่มี (ระบบข้อมูล)
ร้อยละของประชากรที่ ยากจนตามเกณฑ์ของ สำนักงานคณะกรรมการ สภาพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ	ประชากรที่ยากจนเมื่อวัด ด้วยเส้นยากจนใหม่ ตาม เกณฑ์ของคณะกรรมการ สภาพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ Deprivation – Evidence showed that lower social class increased the risk of schizophrenia, delayed recovery, and resulted in a poorer response to treatment. Social deprivation was also identified as a risk factor for anxiety and depression	ECHI	<i>ข้อมูลที่ต้องมี</i> 1. ค่าใช้จ่ายรายครัวเรือน 2. จำนวนประชากรกลางปี <i>วิธีคำนวณ</i> จำนวนประชากรที่มีรายจ่าย ครัวเรือนต่ำกว่าเกณฑ์ ยากจนของคณะกรรมการ สภาพัฒนาการด้วย จำนวน ประชากรกลางปี	คาดประมาณ ขนาดของกลุ่ม ประชากรที่เสี่ยง ต่อการเกิด ปัญหา สุขภาพจิต	นักวิชาการ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	++	สำนักงาน คณะกรรมการ สภาพัฒนาการ เศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ

ตารางที่ 6 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health determinants Risk, Protective factors (ต่อ)

ดัชนีชี้วัดหมวด Mental health determinants Risk, Protective factors	ความหมาย และความสำคัญ	องค์กร นานาชาติ	วิธีคำนวณ (ข้อมูลที่ต้องมี)	การใช้ประโยชน์	ผู้ใช้	ความถี่ ของ การใช้	ระดับของ ข้อมูลที่ใช้ (ประเทศ ภาค จังหวัด)	ความ สำคัญ + ถึง +++	แหล่งข้อมูลที่มี (ระบบข้อมูล)
ร้อยละของประชากรที่ เรียนจบต่ำกว่าชั้นมัธยม ปลาย	ประชากรที่มีการศึกษาต่ำ กว่ามัธยมปลาย	ECHI	1. จำนวนประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีวุฒิ การศึกษาต่ำกว่ามัธยม ปลาย 2. จำนวนประชากรกลางปี ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป วิธีการคำนวณ: (1/2)×100	คาดประมาณ ประชากรกลุ่ม เสี่ยงที่มีแนวโน้ม จะมีปัญหา สุขภาพจิตเมื่อ เกิดภาวะเครียด ของชีวิต (Stressful life events)	นักวิชาการ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+	สำนักงานสถิติ แห่งชาติ
อัตราการว่างงาน	ร้อยละของผู้ที่ไม่มีงานทำ ต่อกำลังแรงงานรวม (ผู้ที่ ไม่มีงานทำและกำลัง แรงงานรวมตามคำนิยามที่ ใช้ในโครงการสำรวจ ภาวะการทำงานของ ประชากรสำนักงานสถิติ แห่งชาติ)	APHO ECHI	1. จำนวนคนอายุ 14-59 ปี ที่ไม่มีงานทำ 2. กำลังแรงงานรวม วิธีการคำนวณ: (1/2)×100	คาดประมาณ กลุ่มเสี่ยงต่อ ปัญหา สุขภาพจิต	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	++	สำนักงานสถิติ แห่งชาติ
อัตราการหย่าร้าง	จำนวนคู่สมรสที่หย่าร้าง เทียบกับคู่สมรสทั้งหมดใน แต่ละปี	APHO	1. จำนวนคู่สมรสที่หย่าร้าง ร้าง 2. จำนวนทะเบียนสมรส ทั้งหมด วิธีการคำนวณ: (1/2)×100	คาดประมาณ กลุ่มเสี่ยงต่อ ปัญหา สุขภาพจิต	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	++	กระทรวงมหาด ไทย สำนักงานสถิติ แห่งชาติ

ตารางที่ 6 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health determinants Risk, Protective factors (ต่อ)

ดัชนีชี้วัดหมวด Mental health determinants Risk, Protective factors	ความหมาย และความสำคัญ	องค์กร นานาชาติ	วิธีคำนวณ (ข้อมูลที่ต้องมี)	การใช้ประโยชน์	ผู้ใช้	ความถี่ ของ การใช้	ระดับของ ข้อมูลที่ใช้ (ประเทศ ภาค จังหวัด)	ความ สำคัญ + ถึง +++	แหล่งข้อมูลที่มี (ระบบข้อมูล)
อัตราการเกิด อาชญากรรมรุนแรง	อาชญากรรมที่รุนแรง สะท้อนภาวะสุขภาพจิต สังคมโดยรวม	APHO	1. จำนวนอาชญากรรม รุนแรง 2. จำนวนอาชญากรรม ทั้งหมด วิธีการคำนวณ: $(1/2) \times 100$	เป็นดัชนีชี้วัด ภาวะสุขภาพจิต ของสังคม โดยรวม	ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กระทรวง มหาดไทย หรือ กระทรวง ยุติธรรม
จำนวนผู้ที่มีการช่วยเหลือ จากสังคมหรือคนใกล้ชิด รอบข้างเป็นอย่างดี (Strong social support) ต่อ 100,000 ประชากร	ประชาชนที่มี strong social support หมายถึง ผู้ที่คาดว่าจะได้รับการ ช่วยเหลือจากสังคม ชุมชน เพื่อนบ้านหรือคนใกล้ชิด เป็นอย่างดีหากมีปัญหา หรือประสบเหตุการณ์ เครียดในชีวิต Evidence shows that social support, especially perceived social support, correlates strongly with measures on mental health, particularly when the individual Experiences stress.	ECHI	1. จำนวนผู้ที่มีการ ช่วยเหลือจากสังคมหรือ คนใกล้ชิดรอบข้างเป็น อย่างดี (Strong social support) จากการ ประเมินด้วยเครื่องมือ มาตรฐานเช่น Oslo-3 social support scale 2. จำนวนประชากรกลางปี	ประมาณการผู้ที่มี ปัจจัยปกป้อง ด้านสุขภาพจิต และวางแผนการ ส่งเสริมในผู้ที่ ขาดปัจจัย ปกป้องในด้านนี้	นักวิชาการ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายครั้ง ที่ สำรวจ	ประเทศ ภาค จังหวัด	++	จากการสำรวจ

ตารางที่ 6 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health determinants Risk, Protective factors (ต่อ)

ดัชนีชี้วัดหมวด Mental health determinants Risk, Protective factors	ความหมาย และความสำคัญ	องค์กร นานาชาติ	วิธีคำนวณ (ข้อมูลที่ต้องมี)	การใช้ประโยชน์	ผู้ใช้	ความถี่ ของ การใช้	ระดับของ ข้อมูลที่ใช้ (ประเทศ ภาค จังหวัด)	ความ สำคัญ + ถึง +++	แหล่งข้อมูลที่มี (ระบบข้อมูล)
อัตราประชากรที่มีการ เชื่อมโยงทางสังคมใน ชุมชนของตนเองจากการ ประเมินด้วยเครื่องมือ มาตรฐาน	ประชาชนที่มีการเชื่อมโยง ทางสังคมหมายถึง ผู้ที่มี ความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับ ชุมชนหรือกลุ่มบุคคลเป็น อย่างดี เช่น เป็นสมาชิก กลุ่ม/ชมรม/สมาคมของ ชุมชนหรือของวิชาชีพและ เข้าร่วมกิจกรรมอย่าง ต่อเนื่อง มีหลักฐานทางวิชาการ สนับสนุนว่าผู้ที่มี Community connectedness เป็น ปัจจัยปกป้องที่สำคัญเมื่อ ประสบกับความเครียดใน ชีวิต	AIHW	1. จำนวนผู้ที่มีการ เชื่อมโยงทางสังคมใน ชุมชนของตนเองจาก การประเมินด้วย เครื่องมือมาตรฐาน 2. จำนวนประชากรกลางปี	ประมาณการผู้ที่มี ปัจจัยปกป้อง ด้านสุขภาพจิต และวางแผนการ ส่งเสริมในผู้ที่ ขาดปัจจัย ปกป้องในด้านนี้	นักวิชาการ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายครั้ง ที่ สำรวจ	ประเทศ ภาค จังหวัด	++	จากการสำรวจ
อัตราการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ต่อปี Per capita consumption of alcohol/year	การบริโภคสุรานำไปสู่ ปัญหาสุขภาพจิตและจิต เวชทั้งแบบเฉียบพลันและ เรื้อรัง	APHO, ECHI	1. ปริมาณการผลิตและ นำเข้าเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ 2. จำนวนประชากรกลางปี	ประมาณการ ปัจจัยเสี่ยงที่ สำคัญต่อการ เกิดปัญหา สุขภาพจิตและ จิตเวช	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรม สรรพสามิต

ตารางที่ 6 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health determinants Risk, Protective factors (ต่อ)

ดัชนีชี้วัดหมวด Mental health determinants Risk, Protective factors	ความหมาย และความสำคัญ	องค์กร นานาชาติ	วิธีคำนวณ (ข้อมูลที่ต้องมี)	การใช้ประโยชน์	ผู้ใช้	ความถี่ ของ การใช้	ระดับของ ข้อมูลที่ใช้ (ประเทศ ภาค จังหวัด)	ความ สำคัญ + ถึง +++	แหล่งข้อมูลที่มี (ระบบข้อมูล)
ร้อยละของประชากรที่มี การออกกำลังกาย สม่ำเสมอ	หมายถึง ผู้ที่ออกกำลังกาย สม่ำเสมอตามเกณฑ์ มาตรฐานสากล จากหลักฐานทางวิชาการ การออกกำลังกาย สม่ำเสมอทำให้สุขภาพจิต ดีขึ้นและสามารถช่วยลด อาการของโรคจิตเวชได้ เช่น อาการซึมเศร้า	APHO	ข้อมูลที่ต้องมี 1. จำนวนผู้ที่ออกกำลังกาย แต่ละครั้งใช้เวลา30-45 นาที่อย่างน้อย 3 ครั้งต่อ สัปดาห์ 2. จำนวนประชากรกลางปี วิธีการคำนวณ: $(1/2) \times 100$	ปัจจัยบวกที่ ส่งเสริม สุขภาพจิตและ ป้องกันการเกิด ความเจ็บป่วย	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	ราย เดือน หรือ รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	++	กระทรวง สาธารณสุข
อัตราการตั้งครรภ์ในเด็ก และเยาวชน	หมายถึงการตั้งครรภ์ใน หญิงที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ซึ่งพบว่ามีักจะเป็นการ ตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และยังไม่มีความพร้อม- ขาดทักษะการเป็นพ่อแม่ เสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหา สุขภาพจิต	CIHI,ECHI	1. จำนวนหญิงตั้งครรภ์อายุ น้อยกว่า 18ปี 2. จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ทั้งหมด วิธีการคำนวณ: $(1/2) \times 100$	ประมาณการ กลุ่มเสี่ยงสูงที่จะ เกิดปัญหา สุขภาพจิต	ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+	กระทรวง สาธารณสุข

ตารางที่ 7 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health status

ดัชนีชี้วัดหมวด Mental health status	ความหมาย และความสำคัญ	องค์กร นานาชาติ	วิธีคำนวณ (ข้อมูลที่ต้องมี)	การใช้ประโยชน์	ผู้ใช้	ความถี่ ของ การใช้	ระดับของ ข้อมูลที่ใช้ (ประเทศ ภาค จังหวัด)	ความ สำคัญ + ถึง +++	แหล่งข้อมูลที่มี (ระบบข้อมูล)
อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จต่อแสน ประชากร	หมายถึงการเสียชีวิต เนื่องจากการทำร้ายตนเอง	AIHW, ECHI	1. จำนวนผู้ที่เสียชีวิต เนื่องจากการทำร้าย ตนเอง 2. จำนวนประชากรกลางปี	ประเมิน สถานการณ์ สุขภาพจิตใน ภาพรวม	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข
ความชุกของโรคติดสุรา	การเจ็บป่วยด้วยโรค Alcohol dependence ทั้งรายเก่าและรายใหม่	AIHW, APHO, CIHI, ECHI	1. จำนวนผู้ป่วยเป็น Alcohol dependence ทั้งรายใหม่และรายเก่าที่ ยังป่วย 2. จำนวนประชากรกลางปี	ทำให้ทราบ ขนาดของปัญหา ของโรคติดสุรา	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายครั้ง การ สำรวจ	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข
ความชุกของโรค ซึมเศร้า	ประมาณการความชุก ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากการ สำรวจทางระบาดวิทยา	AIHW, CIHI, ECHI	1. จำนวนผู้ป่วยเป็น Depressive disorders ทั้งรายใหม่และรายเก่าที่ ยังป่วย 2. จำนวนประชากรกลางปี	ทำให้ทราบ ขนาดของปัญหา ของโรคซึมเศร้า	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายครั้ง การ สำรวจ	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข
ความชุกของโรควิตก กังวล	ประมาณการความชุก ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั้งหมด จากการสำรวจทางระบาด วิทยา	AIHW, ECHI	1. จำนวนผู้ป่วยเป็น Panic disorder, GAD, Agoraphobia, Phobia, Obsessive compulsive disorder ทั้งรายใหม่และรายเก่าที่ ยังป่วย 2. จำนวนประชากรกลางปี	ทำให้ทราบ ขนาดของปัญหา ของโรควิตก กังวล	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายครั้ง การ สำรวจ	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข

ตารางที่ 7 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health status (ต่อ)

ดัชนีชี้วัดหมวด Mental health status	ความหมาย และความสำคัญ	องค์กร นานาชาติ	วิธีคำนวณ (ข้อมูลที่ต้องมี)	การใช้ประโยชน์	ผู้ใช้	ความถี่ ของ การใช้	ระดับของ ข้อมูลที่ใช้ (ประเทศ ภาค จังหวัด)	ความ สำคัญ + ถึง +++	แหล่งข้อมูลที่มี (ระบบข้อมูล)
ความชุกของโรคติดสาร เสพติด	ประมาณการความชุก ผู้ป่วยโรคติดสารเสพติด ทั้งหมดจากการสำรวจทาง ระบาดวิทยา	AIHW, APHO, CIHI, ECHI	1. จำนวนผู้ป่วย substance use disorders ทั้งรายใหม่ และรายเก่าที่ยังป่วย 2. จำนวนประชากรกลางปี	ทำให้ทราบ ขนาดของปัญหา ของโรคติดสาร เสพติดที่เป็น ปัญหาสำคัญ	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายครั้ง การ สำรวจ	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข
ความชุกของโรคจิตเภท	ประมาณการความชุก ผู้ป่วยโรคจิตเภทจากการ สำรวจทางระบาดวิทยา	AIHW, ECHI	1. จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) ทั้ง รายใหม่และรายเก่าที่ยัง มีอาการ 2. จำนวนประชากรกลางปี	ทำให้ทราบ ขนาดของปัญหา ของโรคจิตเภท	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายครั้ง การ สำรวจ	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข
ความชุกของโรคสมอง เสื่อม	ประมาณการความชุก ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจาก การสำรวจทางระบาด วิทยา	ECHI	1. จำนวนผู้ป่วยโรคสมอง เสื่อม (Dementia) ทั้ง รายใหม่และรายเก่าที่ยัง มีอาการ 2. จำนวนประชากรกลางปี	ทำให้ทราบ ขนาดของปัญหา ของโรคสมอง เสื่อม	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายครั้ง การ สำรวจ	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข
ร้อยละของประชากรที่ มีความสุขจากการ สำรวจ	ประมาณการผู้ที่มีความสุข จากการประเมินด้วย เครื่องมือมาตรฐาน	CIHI, ECHI	1. จำนวนผู้ที่มีความสุขจาก การประเมินด้วย เครื่องมือมาตรฐาน 2. จำนวนประชากรกลางปี	ประเมินสภาวะ โดยรวมของ สุขภาพจิตด้าน บวก	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายครั้ง การ สำรวจ	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข
ร้อยละของประชากรที่ มีคุณภาพชีวิตที่ดีจาก การสำรวจ	ประมาณการผู้มีคุณภาพ ชีวิตที่ดีจากการประเมิน ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน	ECHI	1. จำนวนผู้ที่มีคุณภาพชีวิต ระดับดีจากการประเมิน ด้วยเครื่องมือมาตรฐาน 2. จำนวนประชากรกลางปี	ประเมินคุณภาพ ชีวิตของ ประชาชนใน ระดับต่างๆ	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายครั้ง การ สำรวจ	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข

ตารางที่ 8 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health care system

ดัชนีชี้วัดหมวด Mental health care system	ความหมาย และความสำคัญ	องค์กร นานาชาติ	วิธีคำนวณ (ข้อมูลที่ต้องมี)	การใช้ประโยชน์	ผู้ใช้	ความถี่ ของ การใช้	ระดับของ ข้อมูลที่ใช้ (ประเทศ ภาค จังหวัด)	ความ สำคัญ + ถึง +++	แหล่งข้อมูลที่มี (ระบบข้อมูล)
จำนวนจิตแพทย์ต่อ แสนประชากร	แพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตร ผู้เชี่ยวชาญสาขาจิตเวช ศาสตร์ทั่วไปและสาขาจิต เวชเด็กและวัยรุ่น ที่ กระจายอยู่ทั่วประเทศทั้ง ในภาครัฐและเอกชน	ECHI	1. จำนวนแพทย์ที่ได้รับ วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขา จิตเวชศาสตร์ทั่วไปและ สาขาจิตเวชเด็กและ วัยรุ่น 2. จำนวนประชากรกลางปี	เป็นสารสนเทศ แสดงผู้เชี่ยวชาญ ที่มีศักยภาพใน การให้บริการ สุขภาพจิตและ จิตเวชที่มีความ ยุ่งยากซับซ้อน และการบริการ สุขภาพจิตระดับ ตติยภูมิ	ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	แพทย์สภา
จำนวนพยาบาลจิตเวช ต่อแสนประชากร	พยาบาลจิตเวช หมายถึง พยาบาลที่ผ่านการอบรม หลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทางสุขภาพจิตและ จิตเวชที่สภากาพยาบาล ให้การรับรอง และ พยาบาลที่จบหลักสูตร พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิตสาขาวิชา สุขภาพจิตและจิตเวช	ECHI	1. จำนวนพยาบาลที่ผ่าน การอบรมหลักสูตรการ พยาบาลเฉพาะทาง สุขภาพจิตและจิตเวชที่ สภากาพยาบาลให้การ รับรอง และพยาบาลที่ จบหลักสูตรพยาบาล ศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและ จิตเวช จำนวนประชากร กลางปี 2. จำนวนประชากรกลางปี	เป็นสารสนเทศ แสดงบุคลากรที่ มีศักยภาพใน การให้บริการ สุขภาพจิตและ จิตเวชที่มีความ ยุ่งยากซับซ้อน	ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	สภากา พยาบาลและ กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข

ตารางที่ 8 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health care system (ต่อ)

ดัชนีชี้วัดหมวด Mental health care system	ความหมาย และความสำคัญ	องค์กร นานาชาติ	วิธีคำนวณ (ข้อมูลที่ต้องมี)	การใช้ประโยชน์	ผู้ใช้	ความถี่ ของ การใช้	ระดับของ ข้อมูลที่ใช้ (ประเทศ ภาค จังหวัด)	ความ สำคัญ + ถึง +++	แหล่งข้อมูลที่มี (ระบบข้อมูล)
ร้อยละของแพทย์เวช ปฏิบัติทั่วไปที่ผ่านการ อบรมเพิ่มเติมด้านจิต เวช	หมายถึง แพทย์เวชปฏิบัติ ทั่วไปที่ได้รับ ประกาศนียบัตรสุขภาพจิต ชุมชนหรือได้รับการอบรม หลักสูตรด้านสุขภาพจิต และจิตเวชศาสตร์ทั่วไป หรือด้านจิตเวชเด็กและ วัยรุ่น ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข	ECHI	1. จำนวนแพทย์เวชปฏิบัติ ทั่วไปที่ได้รับ ประกาศนียบัตร สุขภาพจิตชุมชนหรือ ได้รับการอบรมหลักสูตร ด้านสุขภาพจิตและจิต เวชศาสตร์ทั่วไปหรือ ด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2. จำนวนแพทย์เวชปฏิบัติ ทั่วไปทั้งหมด	เป็นสารสนเทศ แสดงบุคลากรที่ มีศักยภาพใน การให้บริการ สุขภาพจิตและ จิตเวช	ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข และแพทย์สภา

ตารางที่ 8 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health care system (ต่อ)

ดัชนีชี้วัดหมวด Mental health care system	ความหมาย และความสำคัญ	องค์กร นานาชาติ	วิธีคำนวณ (ข้อมูลที่ต้องมี)	การใช้ประโยชน์	ผู้ใช้	ความถี่ ของ การใช้	ระดับของ ข้อมูลที่ใช้ (ประเทศ ภาค จังหวัด)	ความ สำคัญ + ถึง +++	แหล่งข้อมูลที่มี (ระบบข้อมูล)
ร้อยละของบุคลากร สาธารณสุขที่สถานี อนามัย ศูนย์ สาธารณสุขชุมชน โรงพยาบาลชุมชนผ่าน การฝึกอบรมพื้นฐาน สุขภาพจิตและจิตเวช ฉุกเฉิน	หมายถึง เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขหรือพยาบาลที่ ปฏิบัติงานในสถานี อนามัย/ศูนย์สาธารณสุข ชุมชน/โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับ การฝึกอบรมพื้นฐาน สุขภาพจิตและจิตเวช ฉุกเฉิน ตามหลักสูตร ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข	ECHI	1. จำนวนเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขหรือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน สถานีอนามัย/ศูนย์ สาธารณสุขชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลที่ได้รับการ ฝึกอบรมพื้นฐาน สุขภาพจิตและจิตเวช ฉุกเฉิน ตามหลักสูตร ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2. จำนวนเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขหรือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน สถานีอนามัย/ศูนย์ สาธารณสุขชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลทั่วไป ทั้งหมด	เป็นสารสนเทศ แสดงบุคลากรที่ มีศักยภาพใน การให้บริการ สุขภาพจิตและ จิตเวชขั้น พื้นฐานได้	ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข

ตารางที่ 8 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health care system (ต่อ)

ดัชนีชี้วัดหมวด Mental health care system	ความหมาย และความสำคัญ	องค์กร นานาชาติ	วิธีคำนวณ (ข้อมูลที่ต้องมี)	การใช้ประโยชน์	ผู้ใช้	ความถี่ ของ การใช้	ระดับของ ข้อมูลที่ใช้ (ประเทศ ภาค จังหวัด)	ความ สำคัญ + ถึง +++	แหล่งข้อมูลที่มี (ระบบข้อมูล)
จำนวนเตียงผู้ป่วยจิต เวชต่อแสนประชากร	หมายถึง เตียงรับรักษา ผู้ป่วยจิตเวชใน โรงพยาบาลของรัฐและ เอกชน	ECHI	1. จำนวนเตียงที่เตรียมไว้ สำหรับรักษาผู้ป่วยจิต เวชในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน 2. จำนวนประชากรกลางปี	ประเมินความ เพียงพอสำหรับ การดูแลรักษา ผู้ป่วยจิตเวชที่มี อาการรุนแรง	ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข
จำนวนคลินิกบริการ สุขภาพจิตต่อแสน ประชากร	หมายถึงสถานบริการ สาธารณสุขที่สามารถให้ การช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน แก่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต		1. จำนวนสถานบริการ สาธารณสุขที่ให้บริการ ช่วยเหลือขั้นพื้นฐานแก่ ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น คลินิกสุขภาพจิต คลินิกให้การปรึกษา ทั้ง ของภาครัฐและเอกชน 2. จำนวนประชากรกลางปี	ประเมินความ เพียงพอสำหรับ แหล่งให้การ ช่วยเหลือผู้มี ปัญหา สุขภาพจิตทั่วไป	ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข
ร้อยละของงบประมาณ สุขภาพจิตในงบรวม ด้านสุขภาพทั้งหมด ของประเทศ	หมายถึงสัดส่วนของ เงิน งบประมาณรายจ่ายของ ประเทศที่จัดสรรให้กับ โครงการหรือกิจกรรมด้าน สุขภาพจิตต่องบประมาณ แผ่นดินทั้งหมดด้าน สุขภาพของประเทศ	AIHW, APHO, CIHI, ECHI	1. จำนวนเงินงบประมาณ รายจ่ายของประเทศที่ จัดสรรให้กับโครงการ หรือกิจกรรมด้าน สุขภาพจิต 2. จำนวนเงินงบประมาณ แผ่นดินทั้งหมดด้าน สุขภาพของประเทศ	งบประมาณที่ รัฐบาลจัดสรร ให้กับกิจกรรม และการแก้ไข ปัญหา สุขภาพจิต	ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ	+++	สำนักนโยบาย และ ยุทธศาสตร์ กระทรวง สาธารณสุข และ กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข

ตารางที่ 8 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health care system (ต่อ)

ดัชนีชี้วัดหมวด Mental health care system	ความหมาย และความสำคัญ	องค์กร นานาชาติ	วิธีคำนวณ (ข้อมูลที่ต้องมี)	การใช้ประโยชน์	ผู้ใช้	ความถี่ ของ การใช้	ระดับของ ข้อมูลที่ใช้ (ประเทศ ภาค จังหวัด)	ความ สำคัญ + ถึง +++	แหล่งข้อมูลที่มี (ระบบข้อมูล)
อัตราของเด็กบกพร่อง ทางสติปัญญาได้รับ โปรแกรมการกระตุ้น พัฒนาการ	หมายถึง ผู้ป่วยmental retardation ได้รับการ กระตุ้นพัฒนาการตาม โปรแกรมมาตรฐาน		1. จำนวนผู้ป่วยmental retardation ที่ได้รับการ กระตุ้นพัฒนาการอย่าง ครบถ้วนตามโปรแกรม มาตรฐาน 2. จำนวนผู้ป่วยmental retardation ที่คาด ประมาณจากการสำรวจ ทางระบาดวิทยา	ประเมินการ เข้าถึงบริการ ของกลุ่มผู้ป่วย บกพร่องทาง สติปัญญา	ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี หรือ รายครั้ง ที่ สำรวจ	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข
อัตราการเข้าถึงบริการ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	People diagnosed and treated each year for Depressive disorders as a percentage of total estimated annual prevalence of Depressive disorders	AIHW, APHO, CIHI, ECHI	1. จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการวินิจฉัยและ ได้รับการรักษา 2. จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่คาดประมาณจากการ สำรวจทางระบาดวิทยา	ประเมินการ เข้าถึงบริการ ของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข
อัตราการเข้าถึงบริการ ของผู้ป่วยโรคจิตเภท	People diagnosed and treated each year for schizophrenia as a percentage of total estimated annual prevalence of schizophrenia	APHO, CIHI, ECHI	1. จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยและ ได้รับการรักษา 2. จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่คาดประมาณจากการ สำรวจทางระบาดวิทยา	ประเมินการ เข้าถึงบริการ ของผู้ป่วยโรคจิต เภท	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข

ตารางที่ 8 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health care system (ต่อ)

ดัชนีชี้วัดหมวด Mental health care system	ความหมาย และความสำคัญ	องค์กร นานาชาติ	วิธีคำนวณ (ข้อมูลที่ต้องมี)	การใช้ประโยชน์	ผู้ใช้	ความถี่ ของ การใช้	ระดับของ ข้อมูลที่ใช้ (ประเทศ ภาค จังหวัด)	ความ สำคัญ + ถึง +++	แหล่งข้อมูลที่มี (ระบบข้อมูล)
อัตราการเข้าถึงบริการ ของผู้ป่วยกลุ่มโรควิตก กังวล	People diagnosed and treated each year for Anxiety disorders as a percentage of total estimated annual prevalence of Anxiety disorders	ECHI	1. จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรค วิตกกังวล ได้แก่ Panic disorder, GAD, Agoraphobia, Phobia, Obsessive compulsive disorder ที่ได้รับการวินิจฉัยและ ได้รับการรักษา 2. จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรค วิตกกังวลที่คาด ประมาณจากการสำรวจ ทางระบาดวิทยา	ประเมินการ เข้าถึงบริการ ของผู้ป่วยกลุ่ม โรควิตกกังวล	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข
อัตราการเข้าถึงบริการ ของผู้ป่วยติดสุรา (Alcohol dependence disorder)	People diagnosed and treated each year for Alcohol dependent disorder as a percentage of total estimated annual prevalence of Alcohol dependent disorders	ECHI	1. จำนวนผู้ป่วย Alcohol dependence disorderที่ได้รับการ วินิจฉัยและได้รับการ รักษา 2. จำนวนผู้ป่วย Alcohol dependence disorder ที่คาดประมาณ จากการสำรวจทาง ระบาดวิทยา	ประเมินการ เข้าถึงบริการ ของผู้ป่วย Alcohol dependence disorder	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข

ตารางที่ 8 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health care system (ต่อ)

ดัชนีชี้วัดหมวด Mental health care system	ความหมาย และความสำคัญ	องค์กร นานาชาติ	วิธีคำนวณ (ข้อมูลที่ต้องมี)	การใช้ประโยชน์	ผู้ใช้	ความถี่ ของ การใช้	ระดับของ ข้อมูลที่ใช้ (ประเทศ ภาค จังหวัด)	ความ สำคัญ + ถึง +++	แหล่งข้อมูลที่มี (ระบบข้อมูล)
อัตราการทุเลาของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจาก การดูแลรักษา	จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการดีขึ้นถึงเกณฑ์ทุเลา (Remission criteria) จากการประเมินด้วยเครื่องมือประเมินมาตรฐานภายหลังจากการได้รับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขต่อจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด		1. จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการดีขึ้นถึงเกณฑ์ทุเลา จากการประเมินด้วยเครื่องมือประเมินมาตรฐานภายหลังจากการได้รับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข 2. จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด	ประเมินการประสิทธิผลของการบริการสุขภาพจิตด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช	นักวิชา การผู้บริหารผู้กำหนดนโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข
อัตราการทุเลาของ ผู้ป่วยโรคจิตเภทจาก การดูแลรักษา	จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการดีขึ้นถึงเกณฑ์ทุเลา (Remission criteria) จากการประเมินด้วยเครื่องมือประเมินมาตรฐานภายหลังจากการได้รับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขต่อจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด		1. จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการดีขึ้นถึงเกณฑ์ทุเลา (Remission criteria) จากการประเมินด้วยเครื่องมือประเมินมาตรฐานภายหลังจากการได้รับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข 2. จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด	ประเมินการประสิทธิผลของการบริการสุขภาพจิตด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช	นักวิชา การผู้บริหารผู้กำหนดนโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข

ตารางที่ 8 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health care system (ต่อ)

ดัชนีชี้วัดหมวด Mental health care system	ความหมาย และความสำคัญ	องค์กร นานาชาติ	วิธีคำนวณ (ข้อมูลที่ต้องมี)	การใช้ประโยชน์	ผู้ใช้	ความถี่ ของ การใช้	ระดับของ ข้อมูลที่ใช้ (ประเทศ ภาค จังหวัด)	ความ สำคัญ + ถึง +++	แหล่งข้อมูลที่มี (ระบบข้อมูล)
อัตราการทุเลาของ ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิต กังวลจากการดูแล รักษา	จำนวนผู้ป่วยโรคจิตกังวล ที่มีอาการดีขึ้นถึงเกณฑ์ ทุเลา (Remission criteria) จากการประเมิน ด้วยเครื่องมือประเมิน มาตรฐานภายหลังจาก ได้รับการรักษาในสถาน บริการสาธารณสุข ต่อ จำนวนผู้ป่วยโรคจิตกังวล ที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด		1. จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรค จิตกังวลที่มีอาการดีขึ้น ถึงเกณฑ์ทุเลา (Remission criteria) จากการประเมินด้วย เครื่องมือประเมิน มาตรฐานภายหลังจาก ได้รับการรักษาในสถาน บริการสาธารณสุข 2. จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรค จิตกังวลที่เข้ารับการ รักษาทั้งหมด	ประเมินการ ประสิทธิผลของ การบริการ สุขภาพจิตด้าน การบำบัดรักษา ผู้ป่วยจิตเวช	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข
อัตราการทุเลาของ ผู้ป่วยโรคติดสุราจาก การดูแลรักษา	จำนวนผู้ป่วยโรคติดสุรา (Alcohol dependence disorder)ที่มีอาการดีขึ้น ถึงเกณฑ์ทุเลา (Remission criteria) จาก การประเมินด้วยเครื่องมือ ประเมินมาตรฐานภายหลัง จากได้รับการรักษาใน สถานบริการสาธารณสุข ต่อจำนวนผู้ป่วยโรคติดสุรา ที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด		1. จำนวนผู้ป่วยโรคติดสุรา ที่มีอาการดีขึ้นถึงเกณฑ์ ทุเลา จากการประเมิน ด้วยเครื่องมือประเมิน มาตรฐานภายหลังจาก ได้รับการรักษาในสถาน บริการสาธารณสุข 2. จำนวนผู้ป่วยโรคติดสุรา ที่เข้ารับการรักษา ทั้งหมด	ประเมินการ ประสิทธิผลของ การบริการ สุขภาพจิตด้าน การบำบัดรักษา ผู้ป่วยจิตเวช	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข

ตารางที่ 8 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health care system (ต่อ)

ดัชนีชี้วัดหมวด Mental health care system	ความหมาย และความสำคัญ	องค์กร นานาชาติ	วิธีคำนวณ (ข้อมูลที่ต้องมี)	การใช้ประโยชน์	ผู้ใช้	ความถี่ ของ การใช้	ระดับของ ข้อมูลที่ใช้ (ประเทศ ภาค จังหวัด)	ความ สำคัญ + ถึง +++	แหล่งข้อมูลที่มี (ระบบข้อมูล)
อัตราการทุเลาของ ผู้ป่วยโรคติดสารเสพติด จากการดูแลรักษา	จำนวนผู้ป่วยโรคติดสาร เสพติด (Substance use disorders) ที่มีอาการดีขึ้น ถึงเกณฑ์ทุเลา (Remission criteria) จาก การประเินด้วยเครื่องมือ ประเินมาตรฐานภายหลัง จากได้รับการรักษาใน สถานบริการสาธารณสุข ต่อจำนวนผู้ป่วยโรคติดสาร เสพติดที่เข้ารับการรักษา ทั้งหมด		1. จำนวนผู้ป่วยโรคติดสาร เสพติดที่มีอาการดีขึ้นถึง เกณฑ์ทุเลา (Remission criteria) จากการ ประเินด้วยเครื่องมือ ประเินมาตรฐาน ภายหลังจากได้รับการ รักษาในสถานบริการ สาธารณสุข 2. จำนวนผู้ป่วยโรคติดสาร เสพติดที่เข้ารับการ รักษาทั้งหมด	ประเินการ ประสิทธิผลของ การบริการ สุขภาพจิตด้าน การบำบัดรักษา ผู้ป่วยจิตเวช	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข
อัตราการกลับเข้ารับ ซ้ำของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า (Major depressive disorder) ภายใน 28 วันหลัง จำหน่าย	จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ กลับเข้ามารักษาซ้ำด้วย การเจ็บป่วยเดิมภายใน 28 วัน หลังจากจำหน่ายจาก โรงพยาบาล ต่อจำนวน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ จำหน่ายทั้งหมด	UK QIP	1. จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่กลับเข้ามารักษาซ้ำ ด้วยการเจ็บป่วยเดิม ภายใน 28 วัน หลังจาก จำหน่ายจาก โรงพยาบาล 2. จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่จำหน่ายทั้งหมด	ประเินการ ประสิทธิผลของ การบริการ สุขภาพจิตด้าน การบำบัดรักษา ผู้ป่วยจิตเวชที่มี อาการรุนแรง	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข

ตารางที่ 8 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health care system (ต่อ)

ดัชนีชี้วัดหมวด Mental health care system	ความหมาย และความสำคัญ	องค์กร นานาชาติ	วิธีคำนวณ (ข้อมูลที่ต้องมี)	การใช้ประโยชน์	ผู้ใช้	ความถี่ ของ การใช้	ระดับของ ข้อมูลที่ใช้ (ประเทศ ภาค จังหวัด)	ความ สำคัญ + ถึง +++	แหล่งข้อมูลที่มี (ระบบข้อมูล)
อัตราการกลับเข้ารับ รักษา ซ้ำของผู้ป่วยโรคจิต เภท(Schizophrenia) ภายใน28วันหลัง จำหน่าย	จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ กลับเข้ามารักษาซ้ำด้วย การเจ็บป่วยเดิมภายใน 28 วัน หลังจากจำหน่ายจาก โรงพยาบาล ต่อจำนวน ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่จำหน่าย ทั้งหมด	UK QIP	1. จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่กลับเข้ามารักษาซ้ำ ด้วยการเจ็บป่วยเดิม ภายใน 28 วัน หลังจาก จำหน่ายจาก โรงพยาบาล 2. จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่จำหน่ายทั้งหมด	ประเมินการ ประสิทธิผลของ การบริการ สุขภาพจิตด้าน การบำบัดรักษา ผู้ป่วยจิตเวชที่มี อาการรุนแรง	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข
อัตราการกลับเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)	จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ มีอาการกลับเป็นซ้ำตาม เกณฑ์การวินิจฉัย Relapse หลังจากมีอาการ หายแล้ว ต่อจำนวนผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่ได้รับการ รักษาทั้งหมด		1. จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีอาการกลับเป็นซ้ำ ตามเกณฑ์การวินิจฉัย Relapse หลังจาก อาการหายดีแล้ว 2. จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งหมดที่ได้รับการรักษา	ประเมินการ ประสิทธิผลของ การบริการ สุขภาพจิตด้าน การดูแลเฝ้า ระวังผู้ป่วยจิต เวชที่มีความ เสี่ยงสูงที่จะกลับ เป็นซ้ำ	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข

ตารางที่ 8 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health care system (ต่อ)

ดัชนีชี้วัดหมวด Mental health care system	ความหมาย และความสำคัญ	องค์กร นานาชาติ	วิธีคำนวณ (ข้อมูลที่ต้องมี)	การใช้ประโยชน์	ผู้ใช้	ความถี่ ของ การใช้	ระดับของ ข้อมูลที่ใช้ (ประเทศ ภาค จังหวัด)	ความ สำคัญ + ถึง +++	แหล่งข้อมูลที่มี (ระบบข้อมูล)
อัตราการกลับเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยโรคจิตเภท	จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกลับเป็นซ้ำตามเกณฑ์การวินิจฉัย Relapse หลังจากมีอาการหายแล้ว ต่อจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด		1. จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกลับเป็นซ้ำตามเกณฑ์การวินิจฉัย Relapse หลังจากมีอาการหายดีแล้ว 2. จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมดที่ได้รับการรักษา	ประเมินการประสิทธิผลของการบริการสุขภาพจิตด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงที่จะกลับเป็นซ้ำ	นักวิชา การผู้บริหารผู้กำหนดนโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข
อัตราการกลับซ้ำซ้ำของ ผู้ป่วยติดสุรา (Alcohol dependence disorder)	จำนวนผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีอาการกลับเป็นซ้ำตามเกณฑ์การวินิจฉัย Relapse หลังจากมีอาการหายแล้ว ต่อจำนวนผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด		1. จำนวนผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีอาการกลับเป็นซ้ำตามเกณฑ์การวินิจฉัย Relapse หลังจากมีอาการหายดีแล้ว 2. จำนวนผู้ป่วยโรคติดสุราทั้งหมดที่ได้รับการรักษา	ประเมินการประสิทธิผลของการบริการสุขภาพจิตด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงที่จะกลับเป็นซ้ำ	นักวิชา การผู้บริหารผู้กำหนดนโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข

ตารางที่ 8 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health care system (ต่อ)

ดัชนีชี้วัดหมวด Mental health care system	ความหมาย และความสำคัญ	องค์กร นานาชาติ	วิธีคำนวณ (ข้อมูลที่ต้องมี)	การใช้ประโยชน์	ผู้ใช้	ความถี่ ของ การใช้	ระดับของ ข้อมูลที่ใช้ (ประเทศ ภาค จังหวัด)	ความ สำคัญ + ถึง +++	แหล่งข้อมูลที่มี (ระบบข้อมูล)
อัตราการกลับซ้ำของ โรควิตกกังวล	จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลที่มีอาการกลับเป็นซ้ำตามเกณฑ์การวินิจฉัย Relapse หลังจากมีอาการหายแล้ว ต่อจำนวนผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด		1. จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวล ได้แก่ Panic disorder, GAD, Agoraphobia, Phobia, Obsessive compulsive disorder) ที่มีอาการกลับเป็นซ้ำตามเกณฑ์การวินิจฉัย Relapse หลังจากมีอาการหายดีแล้ว 2. จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลทั้งหมดที่ได้รับการรักษา	ประเมินการประสิทธิผลของการบริการสุขภาพจิตด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงที่จะกลับเป็นซ้ำ	นักวิชา การผู้บริหารผู้กำหนดนโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข
อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า(Major depressive disorder)	จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายต่อประมาณการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด		1. จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 2. จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดคาดประมาณจากการสำรวจทางระบาดวิทยา	ประเมินการประสิทธิผลของการบริการสุขภาพจิตด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง	นักวิชา การผู้บริหารผู้กำหนดนโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข

ตารางที่ 8 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health care system (ต่อ)

ดัชนีชี้วัดหมวด Mental health status	ความหมาย และความสำคัญ	องค์กร นานาชาติ	วิธีคำนวณ (ข้อมูลที่ต้องมี)	การใช้ประโยชน์	ผู้ใช้	ความถี่ ของ การใช้	ระดับของ ข้อมูลที่ใช้ (ประเทศ ภาค จังหวัด)	ความ สำคัญ + ถึง +++	แหล่งข้อมูลที่มี (ระบบข้อมูล)
อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จของผู้ป่วยโรคจิต เภท	จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ต่อประมาณการผู้ป่วยโรค จิตเภททั้งหมด		1. จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัว ตาย 2. จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งหมดคาดประมาณ จากการสำรวจทาง ระบาดวิทยา	ประเมินการ ประสิทธิผลของ การบริการ สุขภาพจิตด้าน การดูแลเฝ้า ระวังการเกิด อุบัติเหตุ สำคัญในผู้ป่วย จิตเวชที่มีความ เสี่ยงสูง	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข
อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จของผู้ป่วยกลุ่ม โรคจิตก้ำกึ่ง	จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคจิต ก้ำกึ่งที่เสียชีวิตจากการฆ่า ตัวตาย ต่อประมาณการ ผู้ป่วยโรคจิตก้ำกึ่งทั้งหมด		1. จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรค จิตก้ำกึ่งที่เสียชีวิตจาก การฆ่าตัวตาย 2. จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรค จิตก้ำกึ่งทั้งหมดคาด ประมาณจากการสำรวจ ทางระบาดวิทยา	ประเมินการ ประสิทธิผลของ การบริการ สุขภาพจิตด้าน การดูแลเฝ้า ระวังการเกิด อุบัติเหตุ สำคัญในผู้ป่วย จิตเวชที่มีความ เสี่ยงสูง	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข

ตารางที่ 8 ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตที่ควรมีของประเทศไทย หมวด Mental health care system (ต่อ)

ดัชนีชี้วัดหมวด Mental health status	ความหมาย และความสำคัญ	องค์กร นานาชาติ	วิธีคำนวณ (ข้อมูลที่ต้องมี)	การใช้ประโยชน์	ผู้ใช้	ความถี่ ของ การใช้	ระดับของ ข้อมูลที่ใช้ (ประเทศ ภาค จังหวัด)	ความ สำคัญ + ถึง +++	แหล่งข้อมูลที่มี (ระบบข้อมูล)
อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จของผู้ป่วยติดสุรา	จำนวนผู้ป่วยโรคติดสุราที่ เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ต่อประมาณการผู้ป่วยโรค ติดสุราทั้งหมด		1. จำนวนผู้ป่วยโรคติดสุรา ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัว ตาย 2. จำนวนผู้ป่วยโรคติดสุรา ทั้งหมดคาดประมาณ จากการสำรวจทาง ระบาดวิทยา	ประเมินการ ประสิทธิผลของ การบริการ สุขภาพจิตด้าน การดูแลเฝ้า ระวังการเกิด อุบัติเหตุ สำคัญในผู้ป่วย จิตเวชที่มีความ เสี่ยงสูง	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข
อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จของผู้ป่วยติดสาร เสพติด	จำนวนผู้ป่วยโรคติดสาร เสพติดที่เสียชีวิตจากการ ฆ่าตัวตาย ต่อประมาณการ ผู้ป่วยโรคติดสารเสพติด ทั้งหมด		1. จำนวนผู้ป่วยโรคติดสาร เสพติดที่เสียชีวิตจาก การฆ่าตัวตาย 2. จำนวนผู้ป่วยโรคติดสาร เสพติดทั้งหมดคาด ประมาณจากการสำรวจ ทางระบาดวิทยา	ประเมินการ ประสิทธิผลของ การบริการ สุขภาพจิตด้าน การดูแลเฝ้า ระวังการเกิด อุบัติเหตุ สำคัญในผู้ป่วย จิตเวชที่มีความ เสี่ยงสูง	นักวิชา การ ผู้บริหารผู้ กำหนด นโยบาย	รายปี	ประเทศ ภาค จังหวัด	+++	กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข

หมายเหตุ

AIHW = Australian Institute of Health and Welfare http://www.aihw.gov.au/nhpa/mentalhealth/indicators_df.cfm, APHO = Association of public health observatories, UK

UK QIP = UK Quality Indicator Project®(UK QIP), CIHI = Canadian institute of health information, Canada, ECHI = European Community Health Indicator (project), EU

เอกสารอ้างอิง

- Adlaf EM, Ialomiteanu. CAMH Monitor eReport: Addiction & mental health indicators among Ontario adults in 2001, and changes since 1977. Available form:
http://www.ocat.org/pdf/CAMH_report_prevalence.pdf
- Anonymous. Minimum data set of European mental health indicators. Available form:
<http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/minimum.pdf>
- Anonymous. Proposal: guidelines for using the set of mental health indicators: survey data. Available form:
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/1998/monitoring/fp_monitoring_1998_annexe3_09_en.pdf
- Australian Government, Australian Institute of Health and Welfare. Mental health indicators: indicator list. Available form:
http://www.aihw.gov.au/nhpa/mentalhealth/indicators_df.cfm
- Eisenberg D, Bellows N, Brown TT, Scheffler RM. Measuring mental health in California's counties: what can we learn? Berkeley, California: The Nicholas C. Petris Center on Health Care Markets and Consumer Welfare, 2005. Available form:
<http://www.petriss.org/Docs/MentalHealth.pdf>
- http://www.cmd.act.gov.au/__data/assets/pdf_file/0018/114822/community-wellbeing-indicators.pdf
- Korkeila J, Lehtinen V, Bijl R, et al. Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scan J Public Health* 2003;31:451-459.
- Lahtinen E, Lehtinen V, Riikonen E, et al. Framework for promoting mental health in Europe. Hamina, EC, Stakes, and the Ministry of Social Affairs and Health, 1999.
- Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C. Design and implementation of health information systems. Geneva: WHO press, 2000.
- Parkinson J. Indicators of mental health and well-being – background paper. Edinburgh: Scotland, 2002. Available form: [http://www.phis.org.uk/doc.pl?file=pdf/Mental Health background paper revised2.doc](http://www.phis.org.uk/doc.pl?file=pdf/Mental%20Health%20background%20paper%20revised2.doc)
- Spence SH, Donald M, Dower J, Woodward R, Lacherez P. Outcomes and indicators measurement tools and databases. Canberra: Commonwealth of Australia, 2002. Available from:
[http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/mental-pubs/\\$FILE/outindi.pdf](http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/mental-pubs/$FILE/outindi.pdf)
- Taintor Z, Laska E. Mental health information systems for the needs of developing countries. Unpublished background paper prepared for the WHO meeting, Research for Change, Cape Town, South Africa, 3-6 December 2002

Thomas Stephens, Corinne Dulberg, Natacha Joubert. Mental Health of the Canadian Population: A Comprehensive Analysis. Volume 20, No.3 – 2000

World Health Organization. Mental health information systems (Mental Health Policy and Service Guidance Package). Geneva: WHO press,2005.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, สุวัช เขียวศิริวัฒนา, ปาณบดี เอกะจัมปะกะ, สุทธิสารณ์ วัฒนมะโน, รุจิรา ทวีรัตน์. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544-2547. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2548.

Available form: http://www.moph.go.th/ops/health_48

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. พฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย ปี 2550. Available form: <http://www.nso.go.th>