

# การประเมินผลโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในกลุ่มเด็ก 6 – 15 ปี เขตสุขภาพที่ 10

ภุชณิศา มีนาเขตร ปร.ด<sup>1\*</sup>, นิชนันท์ สุวรรณภูมิ พย.ม<sup>1</sup>,  
สุวภัทร นักรู้กาพลพัฒน์ วท.ม<sup>1</sup>, สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์ ส.ด<sup>2</sup>,  
ดรุณี คชพรหม พย.ม<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

โครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในกลุ่มเด็ก 6 – 15 ปี เขตสุขภาพที่ 10 จัดขึ้นเพื่อคัดกรองและดูแลรักษาสุขภาพจิตเด็กที่มีความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท 4 กลุ่มโรค แต่ยังไม่มีการประเมินผลโครงการที่เป็นระบบและครอบคลุมทุกมิติ การวิจัยเชิงประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการและศึกษาแนวทางในการส่งเสริมความสำเร็จ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็ก และผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินโครงการของทีมคัดกรองฯ และผู้ดูแล ตามรูปแบบ CIPPIest Model มีค่าความเชื่อมั่น 0.97 และ 0.95 ตามลำดับ และแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินโครงการ อยู่ในระดับมากทุกด้าน ( $\bar{X} = 3.89, 4.14, S.D = 0.77, 0.57$ ) ผลการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า ด้านบริบท มีการถ่ายทอดนโยบายแต่ยังไม่ทั่วถึง ด้านปัจจัยนำเข้า มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบทำให้ขาดความต่อเนื่อง จำนวนทีมคัดกรองไม่เพียงพอ ด้านกระบวนการ มีการติดตามเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่บุคลากรยังขาดความเชี่ยวชาญในการคัดกรอง ผู้ปกครองขาดความเข้าใจและไม่ยอมรับผลการคัดกรองทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษาด้านผลผลิตและผลกระทบ กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองครอบคลุมทำให้เด็กป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ผู้ปกครองมีความมั่นใจเพิ่มขึ้น แนวทางส่งเสริมความสำเร็จ คือ ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชเด็ก ความรอบรู้และทักษะการดูแลเด็กให้กับผู้ปกครอง เน้นการทำงานแบบบูรณาการ พัฒนาระบบส่งต่อให้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพและพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร ดังนั้น ควรมีการอบรมเพิ่มความเชี่ยวชาญให้บุคลากรอย่างต่อเนื่อง สื่อสารและพัฒนาสื่อการเรียนรู้เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชเด็ก การสังเกตอาการให้กับผู้ปกครองและ อสม.เพื่อช่วยคัดกรอง ส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างสถานพยาบาล โรงเรียนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและสร้างความยั่งยืนให้กับโครงการ

**คำสำคัญ:** การวิจัยเชิงประเมินผล สุขภาพจิตเด็ก รูปแบบการประเมิน CIPPIest

<sup>1</sup> อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

<sup>2</sup> ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10

<sup>3</sup> อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

\* Corresponding email phusanisa.m@ubu.ac.th

วันที่รับ (received) 25 ก.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 19 ธ.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 23 ธ.ค. 2565

## Evaluation of the Screening Service and Mental Health Support Project for Children aged 6-15 years, Health Region 10

Phusanisa Meenakate Ph.D.<sup>1\*</sup>, Nitchanun Suwannakoot MS.N.<sup>1</sup>,  
Suvapat Nakrukamphonphatn M.S.<sup>1</sup>, Supaporn Sritanyarat Dr.P.H.<sup>2</sup>,  
Darunee Kochaphrom MS.N.<sup>3</sup>

### Abstract

The screening service and mental health support project for children aged 6-15 years, Health Region 10, was established to provide screening service and mental health support for the four groups of children with neurodevelopmental disorders. However, there have not been the systematic and comprehensive evaluation covering all aspects toward the project yet. This evaluation research aimed at evaluating the project's results and studying the approaches that contribute to its success. The sample groups were the child mental health screening team and the caregivers of at-risk children. According to the CIPPiast Model, a questionnaire was developed to collect the data revealing opinions on the project evaluation of two group (Alpha = 0.97 and 0.95 respectively). Additionally, the structured interview was also the main research tool in this study. Then, the data were analyzed via descriptive statistics and content analysis. To its findings, both groups had opinions about the project evaluation at a high level in all aspects ( $\bar{X}$  = 3.89, 4.14, S.D = 0.77, 0.57). In terms of contexts and input factors, the content analysis revealed that the policy was not thoroughly conveyed and there was a lack of continuity as a result of changes in the people in charge. Meanwhile, the number of screening team was insufficient. A follow-up regarding the procedure was done to ensure ongoing treatment. Yet, the treatment was delayed since neither the personnel nor the caregivers had the crucial screening competence and true understanding regarding the screening processes. For the productivity and the impact, all at-risk groups received prompt treatment and thorough screening, which contributed to increasing parents' confidence. Additionally, strategies for success included training caregivers in child care skills and knowledge of pediatric psychiatric disorders, with an emphasis on integrative work for quick and effective referral systems and personnel competence. As a result, continuous professional training was advised, and knowledge regarding pediatric psychiatric disorders should be promoted among caregivers and volunteers using effective communication and educational media. In general, this project could aid in evaluating and fostering collaboration between healthcare facilities, educational institutions, and local administrative authorities for the project's effectiveness and sustainability.

**Keywords:** evaluation research, child mental health, CIPPiset model assessment model

---

<sup>1</sup> Lecturer, Faculty of nursing, Ubon Ratchathani University

<sup>2</sup> Director of the Mental Health Center 10, Mental Health Center 10

<sup>3</sup> Lecturer, Faculty of nursing, Ratchathani University

\* Corresponding email phusanisa.m@ubu.ac.th

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการเรียนและปัญหาพฤติกรรมเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเด็กวัยเรียน เด็กที่มีปัญหาการเรียนมักถูกตำหนิจากพ่อแม่ และครูเป็นประจำ ส่งผลให้เด็กขาดความภาคภูมิใจในตนเองและอาจเกิดปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมตามมา<sup>1</sup> สาเหตุที่ทำให้เด็กมีปัญหาการเรียนและพฤติกรรมที่พบได้บ่อย เกิดจากโรคทางจิตเวชกลุ่มความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท (Neurodevelopmental disorder) ซึ่งหากเด็กได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมจะช่วยให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้ดีขึ้น ลดปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ได้<sup>2</sup> การคัดกรองโรคทาง จิตเวชในเด็กวัยเรียนจึงมีความสำคัญ เพื่อช่วยให้เด็กที่มีความผิดปกติได้รับการรักษาและดูแลได้อย่างรวดเร็ว แต่จากการศึกษาข้อมูลพบว่าการคัดกรองเด็กวัยเรียนยังไม่ครอบคลุม และเด็กกลุ่มเสี่ยงมีการเข้าถึงระบบบริการตลอดจนการได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นจำนวนน้อย

สาเหตุของปัญหาการเรียนอาจเกิดได้จากหลายปัจจัย โดยอาจเกิดจากครอบครัว สังคม หรืออาจเกิดจากตัวเด็กเอง เช่น ความบกพร่องทางร่างกายหรือระบบประสาทสัมผัสที่มีผลต่อการเรียนรู้ ความผิดปกติทางร่างกาย รวมถึงโรคทางจิตเวชกลุ่มความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท (Neurodevelopmental disorder) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่พบได้บ่อย ประกอบด้วย 4 โรคหลัก ได้แก่ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual disability : ID) ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ (Specific learning disorder : LD) โรคสมาธิสั้น (Attention deficit/hyperactivity disorder : ADHD) และโรคออทิสติก (Autism spectrum disorder) จากการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ ในปี 2559<sup>3</sup> พบว่า เด็กไทยมีระดับสติปัญญา (Intelligent Quotient: IQ) เฉลี่ยเท่ากับ 98.32 ซึ่งต่ำกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากล (IQ = 100) เด็กมีความเสี่ยงต่อปัญหาการเรียนและพฤติกรรม ร้อยละ 19.7 โดยเสี่ยงต่อภาวะบกพร่องทางการเรียนมากที่สุด ร้อยละ 14.7 รองลงมาคือเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นร้อยละ 10.0 เสี่ยงต่อภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ร้อยละ 7.7 และเสี่ยงต่อโรคออทิสติก ร้อยละ 2.3 ตามลำดับ เด็กที่มี IQ ต่ำมีโอกาสพบความเสี่ยงต่อภาวะสมาธิสั้น ออทิสติก บกพร่องทางการเรียนรู้และบกพร่องทางสติปัญญา มากกว่าเด็กที่มี IQ ปกติถึง 7.5 เท่า<sup>2</sup>

เด็กที่มีปัญหาด้านการเรียนนอกจากจะส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้แล้ว ยังส่งผลให้เกิดปัญหาพฤติกรรมร่วมด้วย โดยเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาพบว่า มีปัญหาพฤติกรรมร่วมด้วย ร้อยละ 25 และพบมากขึ้นตามระดับความรุนแรงของภาวะความบกพร่องทางสติปัญญา<sup>2</sup> นอกจากนี้ในเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นพบว่า มีความสัมพันธ์กับการเริ่มมีอาการของภาวะซึมเศร้าที่อายุน้อย และมีอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น<sup>4</sup> จากการสำรวจระดับ IQ เมื่อพิจารณาแยกรายเขตสุขภาพพบว่า เขตสุขภาพที่ 10 มีค่าเฉลี่ยของระดับ IQ น้อยที่สุดคือ 90.88 นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กกลุ่มเสี่ยงยังมีการเข้าถึงระบบบริการตลอดจนการได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นจำนวนน้อย จากข้อมูลในปี 2562 พบว่า มีผู้ป่วยออทิสติกที่เข้าถึงบริการ ร้อยละ 59.73 และมีผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 15.39<sup>5</sup>

ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหารร่วมกับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 จึงได้จัดโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในกลุ่มเด็ก 6 - 15 ปี เขตสุขภาพที่ 10 ขึ้น โดยเริ่มดำเนินการในปี 2563 ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 10 ภายใต้งบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ในด้านบริการสร้างเสริมและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขตหรือจังหวัด (P&P Area-based service) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนอายุ 6 - 15 ปี ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ได้รับการคัดกรองและดูแลรักษาที่ต่อเนื่องเพิ่มขึ้น ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการมีการรายงานผลการดำเนินงานในภาพรวม แต่พบว่ายังไม่ได้มีการประเมินโครงการอย่างเป็นทางการที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจนและครอบคลุมรอบด้าน

การประเมินผลโครงการ (Evaluation) เป็นขั้นตอนที่สำคัญเพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับผิดชอบโครงการ ทำให้ผู้บริหารและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทราบถึงผลสำเร็จของการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค ผลการประเมินเป็นข้อมูลในการพัฒนาและปรับปรุงโครงการให้ดียิ่งขึ้น ปัจจุบันมีรูปแบบการประเมินหลากหลายรูปแบบ ซึ่งรูปแบบหนึ่งที่เป็นที่นิยมในปัจจุบันคือรูปแบบการประเมิน CIPPIest ของ Stufflebeam and Shinkfield<sup>6</sup> ประกอบด้วย การประเมินบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Product) ผลกระทบ (Impact) ประสิทธิภาพ (Effectiveness) ความยั่งยืน (Sustainability) และการถ่ายโอนความรู้ (Transportability) สามารถใช้ในการประเมินประสิทธิภาพประสิทธิผลของโครงการ เหมาะในการนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินโครงการทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะโครงการในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค<sup>7</sup>

จากการศึกษารายงานผลการดำเนินการของโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในกลุ่มเด็ก 6 - 15 ปี เขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2563 พบว่า มีการรายงานผลเฉพาะด้านผลผลิตของโครงการ (Output) เท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเขตสุขภาพที่ 10 เข้าถึงบริการสุขภาพจิตต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข โดยพบว่ามีผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพียงร้อยละ 29.09 จากค่าเป้าหมาย ร้อยละ 50<sup>5</sup> และผู้ป่วยโรคออทิสติกเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพียงร้อยละ 73.95 ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาประเมินผลโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในกลุ่มเด็ก 6 - 15 ปี เขตสุขภาพที่ 10 โดยใช้รูปแบบ CIPPIest Model เนื่องจากเป็นวิธีการประเมินที่มีวิธีการดำเนินงานที่ชัดเจน เป็นระบบและครอบคลุม ผลการศึกษาที่ได้สามารถใช้เป็นแนวทางในการเสนอต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริหารจัดการโครงการเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนพิจารณาปรับปรุงแก้ไขและขยายผลโครงการให้มีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินผลโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในกลุ่มเด็ก 6 - 15 ปี เขตสุขภาพที่ 10 ตามกรอบแนวคิด CIPPIest Model ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต ด้านผลกระทบ ด้านประสิทธิภาพ ด้านความยั่งยืน และด้านการถ่ายทอดส่งต่อ
2. เพื่อศึกษาแนวทางในการส่งเสริมความสำเร็จของโครงการ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) ประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPPIest Model ของ Stufflebeam and Shinkfield<sup>6</sup> ซึ่งเป็นรูปแบบการประเมินที่พัฒนาเกี่ยวข้องกับ การตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการเพื่อให้ได้ข้อมูลเพื่อช่วยให้ผู้บริหารตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง โดยรูปแบบการประเมิน CIPPIest ได้พัฒนาปรับขยายมาจากรูปแบบการประเมิน CIPP ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Product) ต่อมาได้มีการปรับขยายในส่วนของด้านผลผลิต (Product) โดยแบ่งออกเป็น การประเมินผลกระทบ (Impact) การประเมิน ประสิทธิภาพ (Effectiveness) การประเมิน ความยั่งยืน (Sustainability) และการประเมิน การถ่ายทอดส่งต่อ (Transportability) จะเห็นได้ว่ารูปแบบการประเมิน CIPPIest สามารถให้ข้อมูลสารสนเทศที่เป็นประโยชน์อย่างลุ่มลึกแก่ผู้บริหารสำหรับใช้ในการตัดสินใจ สามารถใช้ในการพัฒนา ประสิทธิภาพของระบบปฏิบัติการที่มีผลกระทบต่อสาธารณสุขคนได้เป็นอย่างดี<sup>8</sup> เหมาะสำหรับนำมาใช้ในการ

ประเมินโครงการโดยเฉพาะทางด้านสุขภาพ ช่วยทำให้ผลการประเมินที่ได้มีความครอบคลุมถูกต้องและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงตรงกับความต้องการของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) โดยใช้รูปแบบ CIPPIest Model เพื่อประเมินผลระหว่างการทำนงงานโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในกลุ่มเด็ก 6 - 15 ปี เขตสุขภาพที่ 10 ในปีงบประมาณ 2564

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. วิธีเชิงปริมาณ ประชากร ได้แก่ 1) ทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็กกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น นักจิตวิทยาครูในโรงเรียน ในเขตสุขภาพที่ 10 เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) อำเภอละ 4 - 5 คน จาก 70 อำเภอ รวมเป็น 288 คน 2) ผู้ดูแลหรือผู้ปกครองของเด็กในโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในเด็ก 6 - 15 ปี เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 28,000 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโร ยามานะ (Taro Yamane)<sup>9</sup> ได้กลุ่มตัวอย่าง 395 คน เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิตเด็ก และ 2) สามารถอ่านออกเขียนได้ และสื่อสารภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง คือ ไม่ยินดีให้ข้อมูล ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากแบบใส่คืน (Sampling with replacement)

2. วิธีเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในกลุ่มเด็ก 6 - 15 ปี ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบโครงการในระดับหน่วยงาน และผู้ปฏิบัติงานในทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็กกลุ่มเสี่ยงได้แก่ พยาบาล ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และครู จังหวัดละ 15 คน รวม 75 คน เนื่องจากเป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่มีประสบการณ์โดยตรงในประเด็นดังกล่าว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และรวบรวมข้อมูลจนกว่าจะอิ่มตัว

#### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-32/2564 เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2564 ก่อนการเริ่มต้นเก็บข้อมูลวิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อดี ข้อเสีย วิธีการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การเก็บความลับของข้อมูล การยุติหรือการถอนตัวจากการวิจัยสามารถกระทำได้โดยอิสระจากการตัดสินใจของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่โดยการให้ความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ไม่กระทบต่อการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน รักษาความลับโดยการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม หากต้องหยิบยกคำพูดของกลุ่มตัวอย่างจะใช้คำที่แทนชื่อนามสกุลจริง ไฟล์เสียงและข้อมูลจะเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์จะถูกรักษาไว้เป็นระยะเวลา 5 ปี โดยมีรหัสลับในการเข้าถึงข้อมูล ไม่มีผู้ใดสามารถเข้าถึงข้อมูลได้นอกจากคณะผู้วิจัย เมื่อสิ้นสุดการวิจัยผู้วิจัยจะทำลายโดยการลบไฟล์เสียง

#### เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แบบสอบถามการประเมินผลโครงการของทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็กกลุ่มเสี่ยง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเติมคำและเลือกตอบแบบหลายตัวเลือก จำนวน

6 ข้อประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา บทบาทหน้าที่ในทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็ก กลุ่มเสี่ยง และประวัติการเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองสุขภาพจิตเด็ก ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลโครงการ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 38 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท 5 ข้อ ด้านปัจจัยนำเข้า 7 ข้อ ด้านกระบวนการ 7 ข้อ ด้านผลผลิต 6 ข้อ ด้านผลกระทบ 3 ข้อ ด้านประสิทธิผล 5 ข้อ ด้านความยั่งยืน 2 ข้อ และด้านการถ่ายทอดส่งต่อ 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์ในคะแนนคือ 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด)

2. แบบสอบถามการประเมินผลโครงการของผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเติมค่าและเลือกตอบแบบหลายตัวเลือก จำนวน 5 ข้อประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับเด็กกลุ่มเสี่ยง ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลโครงการ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 19 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการ 4 ข้อ ด้านผลผลิต 5 ข้อ ด้านผลกระทบ 2 ข้อ ด้านประสิทธิผล 4 ข้อ ด้านความยั่งยืน 1 ข้อ และด้านการถ่ายทอดส่งต่อ 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์ในคะแนนคือ 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด)

3. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structure Interview) สำหรับผู้รับผิดชอบโครงการในระดับหน่วยงาน และผู้ปฏิบัติงานในทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็กกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ พยาบาล ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ครู โดยมีแนวคำถาม ได้แก่ ลักษณะความเป็นมาของโครงการเป็นอย่างไร มีการดำเนินการอย่างไรบ้าง มีใครเกี่ยวข้องบ้าง การดำเนินการโครงการมีผลอย่างไร มีปัญหาและอุปสรรคใดบ้าง และมีปัจจัยใดบ้างที่จะทำให้โครงการประสบความสำเร็จ ใช้เวลารวบรวมข้อมูลประมาณ 60 นาที หรืออาจนัดหมายอีกครั้งขึ้นกับความอึดตัวของข้อมูล ใช้สถานที่ในการสนทนาคือห้องประชุม โดยผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเสียงและบันทึกภาคสนามระหว่างรวบรวมข้อมูล เนื่องจากผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการรวบรวมข้อมูลก่อนการวิจัยเชิงคุณภาพผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพก่อนการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามการประเมินผลโครงการของทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็กกลุ่มเสี่ยง และผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง มีเกณฑ์การแปลความหมายกำหนดระดับคะแนนเฉลี่ยในช่วงคะแนนต่อไปนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด<sup>10</sup>

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวช (จิตแพทย์) พยาบาลวิชาชีพผู้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และนักจิตวิทยา ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้การหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective Congruence : IOC) เท่ากับ 0.67 – 1.00 และตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็กกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง ที่เคยเข้าร่วมโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในเด็ก 6 – 15 ปี เขตสุขภาพที่ 10 ในปีงบประมาณ 2563 จำนวนกลุ่มละ 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามการประเมินผลโครงการโดยทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็กกลุ่มเสี่ยง และแบบสอบถามการประเมินผลโครงการโดยผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง เท่ากับ 0.97 และ 0.95 ตามลำดับ

### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เตรียมผู้ช่วยวิจัย คือ เจ้าหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 โดยชี้แจงเกี่ยวกับกระบวนการวิจัย แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1) กลุ่มที่มคัดกรองสุขภาพจิตเด็กกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 ประสานงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขประจำจังหวัดเพื่อนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง โดยให้มาที่สำนักงานสาธารณสุขประจำจังหวัด ในแต่ละจังหวัด ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม 2564 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และแจ้งสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยพร้อมขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

2) กลุ่มผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 ประสานงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขประจำจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขประจำอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกี่ยวกับการเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และขอข้อมูลเกี่ยวกับผู้ประสานงานในแต่ละตำบลเพื่อทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัย โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของแต่ละพื้นที่ ชี้แจงวัตถุประสงค์และแจ้งสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยพร้อมขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในห้องปิดที่สำนักงานสาธารณสุขในแต่ละจังหวัด ใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาที โดยผู้วิจัยจะรวบรวมข้อมูลให้ครบทุกประเด็นจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัวซึ่งหากข้อมูลไม่เพียงพอผู้วิจัยจะนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการสนทนาซ้ำ ความน่าเชื่อถือในการวิจัย (trustworthiness) ผู้วิจัยได้สร้างความน่าเชื่อถือได้ (Credibility) โดยใช้การโยงข้อมูลสามเส้า (Data triangulation) คือ ทำการเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายคนและแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน และทำการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member check) ด้านความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) วิเคราะห์และทำความเข้าใจเรื่องราวมองเห็นภาพประสบการณ์เหมือนเกิดขึ้นกับตนเอง ด้านความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) โดยการทำงานร่วมกับทีมวิจัยเพื่อการตรวจสอบข้อมูล และด้านความสามารถในการยืนยัน (Confirmability)<sup>11</sup>

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ตามแนวทางของ Strauss & Corbin<sup>12</sup> โดยการถอดเทปคำต่อคำและให้รหัสข้อมูล วิเคราะห์ประเด็นหลัก ประเด็นย่อย โดยตั้งประเด็นความสำคัญที่เกี่ยวกับการประเมินผลโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในกลุ่มเด็ก 6 – 15 ปี และวิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขเพื่อจัดทำเป็นข้อสรุปตามวัตถุประสงค์การวิจัย

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ทีมคัดกรองฯ จำนวน 288 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.2) อายุระหว่าง 31 – 40 ปี (ร้อยละ 38.2) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 50.3) จบการศึกษาในระดับชั้นปริญญาตรี (ร้อยละ 61.5) มีบทบาทหน้าที่เป็นพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 74.7) เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการคัดกรองสุขภาพจิตเด็ก (ร้อยละ 61.8) ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง จำนวน 395 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.4) อายุระหว่าง 36 – 55 ปี (ร้อยละ 48.0) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 75.2) จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 31.1) มีความเกี่ยวข้องกับเด็กกลุ่มเสี่ยงคือเป็นบิดามารดา (ร้อยละ 44.6)

### 2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 ผลการประเมินโครงการของทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็กกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงรายด้าน พบว่า ทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็กกลุ่มเสี่ยง ประเมินผลโครงการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.89$ , S.D. = 0.77) และทีมผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงประเมินผลโครงการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.14$ , S.D. = 0.57) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการประเมินโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในเด็ก 6 – 15 ปี เขตสุขภาพที่ 10 ของทีมคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง

ทีมคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยง				ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง			
ด้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ด้าน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
บริบท	4.03	0.70	มาก	กระบวนการ	4.13	0.58	มาก
ปัจจัยนำเข้า	3.85	0.79	มาก	ผลผลิต	4.13	0.55	มาก
กระบวนการ	3.88	0.76	มาก	ผลกระทบ	4.07	0.70	มาก
ผลผลิต	3.88	0.75	มาก	ประสิทธิผล	4.16	0.65	มาก
ผลกระทบ	3.90	0.76	มาก	ความยั่งยืน	4.23	0.82	มากที่สุด
ประสิทธิผล	3.91	0.74	มาก	การถ่ายทอดส่งต่อ	4.12	0.72	มาก
ความยั่งยืน	3.86	0.81	มาก				
การถ่ายทอดส่งต่อ	3.82	0.82	มาก				
<b>ภาพรวม</b>	<b>3.89</b>	<b>0.77</b>	<b>มาก</b>	<b>ภาพรวม</b>	<b>4.14</b>	<b>0.57</b>	<b>มาก</b>

จากผลการประเมินโครงการตามตารางที่ 1 เมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละด้าน โดยพิจารณาจากข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด พบว่า ทีมคัดกรองสุขภาพจิตเด็กกลุ่มเสี่ยง มีผลการประเมินในแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านบริบท คือ โครงการมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ( $\bar{X} = 4.20$ , S.D. = 0.79) ด้านปัจจัยนำเข้า คือ การบริหารโครงการมีความเป็นระบบชัดเจน ( $\bar{X} = 4.02$ , S.D. = 0.82) ด้านกระบวนการ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยงมีความเหมาะสม ( $\bar{X} = 3.96$ , S.D. = 0.81) ด้านผลผลิต คือ ผู้ดูแลเด็กป่วยมีทักษะเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับคำแนะนำ ( $\bar{X} = 3.93$ , S.D. = 0.84) ด้านผลกระทบ คือ ผลจากการจัดโครงการทำให้เครือข่ายด้านการดูแลสุขภาพจิตเด็กมีการทำงานร่วมกันอย่างมีคุณภาพ ( $\bar{X} = 3.93$ , S.D. = 0.82) ด้านประสิทธิผล คือ โครงการสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยสุขภาพจิตเด็กให้หายหรือทุเลาจากภาวะเจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ( $\bar{X} = 3.93$ ,

S.D. = 0.81) ด้านความยั่งยืน คือ มีการดำเนินงานต่อเนื่องแม้โครงการสิ้นสุดไปแล้ว ( $\bar{X}$  = 3.88, S.D. = 0.80) และด้านการถ่ายทอดส่งต่อ คือ โครงการสามารถดำเนินการต่อเนื่องได้ภายใต้การสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ( $\bar{X}$  = 3.85, SD = 0.87)

ผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง มีผลการประเมินในแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านกระบวนการ คือ การกำกับติดตามของเจ้าหน้าที่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ( $\bar{X}$  = 4.16, S.D. = 0.73) ด้านผลผลิต คือ ความสะดวกรวดเร็วในการพบแพทย์และรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาล ( $\bar{X}$  = 4.22, S.D. = 0.67) ด้านผลกระทบ คือ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ( $\bar{X}$  = 4.08, S.D. = 0.75) ด้านประสิทธิผล คือ คุณภาพของการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ( $\bar{X}$  = 4.21, S.D. = 0.73) ด้านความยั่งยืน คือ โครงการควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ( $\bar{X}$  = 4.23, S.D. = 0.82) และด้านการถ่ายทอดส่งต่อ คือ โครงการสามารถขยายผลให้กับพื้นที่อื่นๆ ได้ ( $\bar{X}$  = 4.19, S.D. = 0.75)

**2.2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ** มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 93.33 ประกอบด้วย ครู และพยาบาลทั้งในระดับปฏิบัติการและระดับผู้รับผิดชอบโครงการ โดยให้ข้อมูลในด้านต่างๆ ดังนี้

**ด้านบริบท** พบว่า นโยบายการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตเด็กอายุ 6-15 ปี เป็นนโยบายที่ถ่ายทอดมาจากระดับชาติ ช่วงแรกมีการถ่ายทอดไม่ครอบคลุมไม่ชัดเจน ต่อมา มีการถ่ายทอดนโยบายมากขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุมบางพื้นที่ ดังที่พยาบาลหญิงในระดับปฏิบัติการท่านหนึ่งกล่าวว่า “ไม่ทราบที่มาของโครงการในช่วงปีแรกแต่มาทราบในปีต่อมา และรับผิดชอบงานตามนโยบายและภารกิจที่ได้รับมอบหมายถ่ายทอดจนถึงโรงเรียน” (NPY-003)

**ด้านปัจจัยนำเข้า** พบว่า ด้านรูปแบบของโครงการ มีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มงานที่รับผิดชอบ ทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องของการดำเนินการและเจ้าหน้าที่มีการทำงานที่หลากหลายทำให้ขาดความเชี่ยวชาญ มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบทำให้ขาดความต่อเนื่อง ดังที่พยาบาลหญิงในระดับผู้รับผิดชอบโครงการและระดับปฏิบัติการกล่าวว่า “มีการเปลี่ยนแปลงคนทำงาน เปลี่ยนหน่วยงานรับผิดชอบ ทำให้ขาดความต่อเนื่อง” (NRY-004) “พยาบาล ไม่เพียงพอ ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ความเชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็กไม่เพียงพอ” (NPA-021) ด้านบุคลากร พบว่า แพทย์จะทำหน้าที่วินิจฉัยและรักษาโรค พยาบาลทำหน้าที่ประเมินกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับคัดกรองจากครู ครูทำหน้าที่ในการคัดกรองเบื้องต้น ซึ่งในบางพื้นที่พบว่า มีจำนวนทีมคัดกรองไม่เพียงพอ ด้านงบประมาณยังมีบางส่วนไม่ทราบถึงที่มาของงบประมาณ ด้านเครื่องมือคัดกรอง ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมและแบบคัดกรอง 4 กลุ่มโรคของกรมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นเครื่องมือกลางสามารถนำไปใช้ได้ในพื้นที่ ดังที่พยาบาลหญิงระดับปฏิบัติการและครูได้กล่าวว่า “มีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มงานที่รับผิดชอบ ผู้รับผิดชอบเป็นคนละคนทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน” (NPS-033) “ทีมคัดกรองในหน่วยบริการยังไม่เพียงพอเพราะสุขภาพจิตเด็กมีแค่ 1 – 2 คนต่อโรงพยาบาล” (NPA-017) “ไม่ทราบที่มาของแหล่งเงินงบประมาณ” (NPM-055) “ใช้แบบประเมินกลางเหมือนกัน” (TM-031)(NPU-063)

**ด้านกระบวนการ** มีการเตรียมบุคลากรโดยมีการจัดอบรมให้บุคลากรทุกกลุ่ม มีการประเมินคัดกรองความเสี่ยงซ้ำโดยพยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิต ซึ่งพบว่าบางพื้นที่ไม่มีพยาบาลที่จบเฉพาะทาง การใช้เครื่องมือคัดกรองพบว่าบุคลากรบางส่วนยังขาดความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือ มีการส่งต่อเด็กป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาและสามารถขอรับคำปรึกษาได้ผ่าน Telemedicine (ในบางพื้นที่) มีการติดตามการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน เมื่อพบเด็กกลุ่มเสี่ยงจะมีการสื่อสารกับผู้ปกครอง แต่ผู้ปกครองบางรายไม่ยอมรับผลการคัดกรองทำให้ส่งต่อเพื่อรับการรักษาล่าช้าและบางรายไม่ได้รับการส่งต่อ ดังที่พยาบาลหญิงระดับผู้รับผิดชอบ

โครงการ พยาบาลระดับปฏิบัติการและครูได้กล่าวว่า “มีจัดอบรมการใช้เครื่องมือให้กับผู้ที่ได้รับแต่งตั้งจากโรงเรียนและหน่วยงานสาธารณสุข” (TM-034, NRM-046) “พยาบาลไม่เพียงพอในพื้นที่บางแห่ง ไม่มีพยาบาลที่จบเฉพาะทางด้านจิตเวช” (NPA-023) “ไม่เข้าใจการใช้เครื่องมือคัดกรอง บางพื้นที่ที่ไม่มีความเชี่ยวชาญทำให้ผลการคัดกรองไม่แม่นยำทำให้เด็กได้รับการดูแลล่าช้า” (NPY-014) “รพ.สต. มีหน้าที่ในการติดตามกรณีของเด็กที่ได้รับประทานยา” (NPS-034) “กรณีต้องการคำปรึกษาสามารถขอคำปรึกษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกลทางวิดีโอคอลของโรงพยาบาลจิตเวชได้ในบางครั้งเนื่องจากจิตแพทย์เด็กมีจำนวนจำกัด” (NPA-028) “ผู้ปกครองไม่เข้าใจ ไม่ยอมรับ ปฏิเสธผลการคัดกรองทำให้เกิดความล่าช้าในการส่งต่อรักษา บางรายไม่ได้รับการส่งต่อ” (TY-010, NPU-063)

**ด้านผลผลิตและผลกระทบ** กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองอย่างครอบคลุมตามจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด สามารถให้รักษาผู้ป่วยเด็กได้อย่างทันท่วงทีและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลเด็ก ส่งเสริมความเชื่อมั่นและเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ปกครองและครอบครัวของเด็ก ดังที่พยาบาลหญิงระดับปฏิบัติการได้กล่าวว่า “จำนวนเด็กที่ได้รับการคัดกรองเป็นไปตามเป้าหมาย เด็กที่มีความเสี่ยงได้รับการวินิจฉัยต่อเนื่อง การคัดกรองเด็กจากแบบคัดกรองจากเจ้าหน้าที่ทำให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจและพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่” (NPS-040)

**ด้านประสิทธิผล ความยั่งยืนและการถ่ายทอดส่งต่อ** สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และควรจะมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเน้นการทำงานแบบภาคีเครือข่าย สอดคล้องกับคำกล่าวของพยาบาลหญิงระดับปฏิบัติการและครูที่ว่า “กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ได้รับการคัดกรองและเข้าสู่ระบบการรักษา” (NPY-013) “มีความต้องการการดำเนินงานของโครงการนี้ต่อไป” (TM-034)

**แนวทางในการส่งเสริมความสำเร็จ** (1) การพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวชเด็กทั้ง 4 กลุ่มโรค การสังเกตอาการเด็กที่มีความบกพร่องด้านการเรียนรู้ เพื่อให้เด็กสามารถเข้ารับการรักษาได้เร็วขึ้น (2) มุ่งเน้นการทำงานแบบบูรณาการ (3) พัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อให้เข้าถึงบริการและได้รับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง (4) ส่งเสริมความรอบรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กของผู้ปกครอง ผู้ดูแลและครอบครัว (5) พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการคัดกรองสุขภาพจิตเด็ก

## การอภิปรายผล

การประเมินผลโครงการจัดบริการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือสุขภาพจิตในเด็ก 6 – 15 ปี เขตสุขภาพที่ 10 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการและศึกษาแนวทางในการส่งเสริมความสำเร็จ ซึ่งจะอภิปรายผลแยกตามองค์ประกอบของ CIPPIEST ดังต่อไปนี้

**ด้านบริบท** ผลการศึกษาด้านที่พบว่าโครงการมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน แต่การถ่ายทอดนโยบายยังไม่ทั่วถึงส่งผลกระทบต่อความเข้าใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่นั้น อาจเป็นเพราะปัญหาโรคจิตเวชเด็กในวัยเรียนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น แต่มีการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตของผู้ป่วยน้อย และยังไม่บรรลุเป้าหมาย ดังนั้นรัฐบาลจึงให้ความสำคัญและเร่งแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงกำหนดนโยบายและตัวชี้วัดผลการดำเนินงานมายังหน่วยงานในระดับจังหวัด ซึ่งในบางพื้นที่ผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ในระดับตำบล หรืออำเภอไม่ได้รับการสื่อสารหรือการถ่ายทอดนโยบายจึงส่งผลให้ขาดความเข้าใจในการปฏิบัติงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เสกสันต์ ชานมณีรัตน์<sup>14</sup> ที่พบว่าผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยยังขาดรู้ความเข้าใจในเชิงนโยบาย วัตถุประสงค์และเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัดในการปฏิบัติงาน เช่นเดียวกับจารุภา จำนงค์<sup>15</sup> ที่พบว่ากระบวนการถ่ายทอดนโยบายตั้งแต่ระดับกระทรวง เขต จังหวัด อำเภอจนถึงตำบล อาจยังไม่ครอบคลุมถึงผู้รับผิดชอบโครงการทุกคนโดยเฉพาะระดับตำบล

**ด้านปัจจัยนำเข้า** ผลการศึกษาที่พบว่า การบริหารโครงการมีความเป็นระบบชัดเจน แต่มีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มงานที่รับผิดชอบทำให้ขาดความต่อเนื่อง และมีบางส่วนไม่ทราบถึงที่มาของงบประมาณนั้น อาจเป็นผลมาจากด้านบริบทที่พบว่ามี การถ่ายโอนนโยบายไม่ทั่วถึง ในด้านบุคลากรมีจำนวนที่มคั้ดกรองไม่เพียงพอ อาจเนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยประสบปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานมีภาระงานหลายหน้าที่และด้วยจำนวนพยาบาลที่มีจำนวนไม่เพียงพอทำให้ขาดโอกาสในการเข้ารับการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวชเด็ก สอดคล้องกับข้อมูลของศูนย์สุขภาพจิตที่ 10<sup>13</sup> แต่อย่างไรก็ตามด้านเครื่องมือคัดกรองซึ่งใช้ของกรมสุขภาพจิต พบว่ามีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการคัดกรอง อาจเนื่องจากเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นของกรมสุขภาพจิตมีลักษณะการใช้งานที่ไม่ซับซ้อน ทำให้ง่ายต่อการนำไปใช้ สอดคล้องกับสัญลักษณ์ วังเลี้ยง<sup>1</sup> ที่พบว่าแบบสังเกตพฤติกรรมสำหรับเด็กใน 4 กลุ่มโรคของกรมสุขภาพจิตเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการใช้คัดกรองนักเรียน

**ด้านกระบวนการ** ผลการศึกษาในด้านกระบวนการนั้นถึงแม้ว่าจะมีการเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกระดับด้วยการจัดอบรมเกี่ยวกับการคัดกรอง แต่กลับพบว่าบุคลากรบางส่วนยังขาดความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือ ทำให้ไม่มั่นใจในการคัดกรองส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการรักษา ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงกลุ่มงานและผู้รับผิดชอบงาน รวมถึงปัญหาการขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ทำให้ขาดความชำนาญ นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงไม่ให้ความร่วมมือและไม่ยอมรับว่าบุตรหลานมีภาวะเจ็บป่วยหรือมีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพจิต ส่งผลให้เด็กไม่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยจากแพทย์และไม่ได้รับการรักษา อาจเกิดจากผู้ปกครอง พ่อ แม่ หรือผู้ดูแลไม่เข้าใจในข้อจำกัดของเด็ก และไม่ได้ตระหนักถึงความต้องการพิเศษของเด็กกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งไม่รู้วิธีรับมือกับพฤติกรรมของเด็ก สอดคล้องกับสัญลักษณ์ วังเลี้ยง<sup>1</sup> ที่พบว่า ผู้ปกครองยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการเรียนและพฤติกรรมของเด็ก และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา บางรายไม่ยอมรับว่าบุตรหลานมีปัญหาและมีทัศนคติไม่ดีต่อการมาพบจิตแพทย์

**ด้านผลผลิตและผลกระทบ** พบว่ามีประเด็นที่น่าสนใจคือ กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองอย่างครอบคลุมตามจำนวนเป้าหมายที่กำหนด ในขณะที่พบว่ามี การขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพอธิบายได้ว่าในการคัดกรองเบื้องต้นเป็นการคัดกรองโดยครู โดยครูเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองเนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กนักเรียนทำให้สามารถสังเกตพฤติกรรมและคัดกรองได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับทิศทางการดำเนินงานและนโยบายของกรมสุขภาพจิต ซึ่งได้พัฒนาแอปพลิเคชัน “HERO” ซึ่งเป็นการประสานการทำงานร่วมกันระหว่างครู หมอ พ่อแม่ โดยให้ความสำคัญและมุ่งเน้นไปที่ครู

**ด้านประสิทธิผล ความยั่งยืนและการถ่ายทอดส่งต่อ** ผลการศึกษาด้านประสิทธิผล พบว่า ทั้งทีมคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงมีความเห็นสอดคล้องกันในประเด็นของคุณภาพของการให้บริการของเจ้าหน้าที่ ทำให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยให้หายหรือทุเลาจากภาวะเจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ในด้านความยั่งยืน พบว่า ควรมีการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน อธิบายได้ว่าการดูแลและรักษาเด็กที่มีภาวะผิดปกติในโรคทางจิตเวชให้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมทั้งจากผู้ปกครอง โรงเรียนและสถานพยาบาล ซึ่งต้องประสานการทำงานร่วมกันทั้งในการดูแลรักษา และการช่วยเหลือสอดคล้องกับสัญลักษณ์ วังเลี้ยง<sup>1</sup> ที่พบว่าผู้ปกครองและครูเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด หากสามารถสังเกตลักษณะอาการและประเมินได้ว่าบุตรหลานมีความผิดปกติจะทำให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว

ข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้ คือ ช่วงเวลาในการรวบรวมข้อมูลของการวิจัยประเมินผลโครงการ เป็นการดำเนินการในระหว่างการดำเนินงานของโครงการในทุกพื้นที่ ซึ่งในแต่ละพื้นที่มีช่วงเวลาของการดำเนินการแตกต่างกัน อาจส่งผลต่อผลการวิจัยโดยเฉพาะในด้านผลผลิต ผลกระทบ และประสิทธิผล จึงเป็นประเด็นที่ต้องดำเนินการภายหลังเสร็จสิ้นโครงการต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรพัฒนาสื่อการเรียนรู้และการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักและส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช รวมทั้งการสังเกตอาการที่ผิดปกติเพื่อช่วยในการคัดกรองในเบื้องต้น ส่งเสริมและสนับสนุนให้ครูใช้ Application “HERO” เพื่อช่วยให้สามารถค้นหาเด็กกลุ่มเสี่ยงเร็วขึ้น

ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษารูปแบบการสร้าง ความตระหนักและส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและทักษะการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงรวมถึงเด็กที่มีภาวะเจ็บป่วยให้กับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลที่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่

ด้านนโยบาย ควรมีการเพิ่มช่องทางการสื่อสารเพื่อถ่ายทอดนโยบายให้ลงไปถึงระดับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ พัฒนาหลักสูตรการอบรมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครู เพื่อสร้างและขยายเครือข่ายในการเฝ้าระวังและจัดการอบรมฟื้นฟูศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

### เอกสารอ้างอิง

1. ัญลักษณ์ วังเลี้ยง. ปัญหาการเรียนและพฤติกรรมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในจังหวัดสงขลา. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564;66:261-76.
2. นพวรรณ ศรีวงศ์พานิช, จันทร์อาภา สุขทัพพ์, วนิดา ชนนทยุทธวงศ์, อัมพร เบญจพลพิทักษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้น ออทิสซึม ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ และภาวะบกพร่องทางสติปัญญาจากการสังเกตพฤติกรรมโดยครูกับระดับสติปัญญา (IQ) ของเด็กไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2562;27:159-70.
3. กรมสุขภาพจิต. เชื่อมันเด็กไทยไอคิวดีอีคิวเด่น “การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ในเด็กไทยระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พ.ศ. 2559” [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 มี.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://doc.dmh.go.th/report/compare/iqueq.pdf>.
4. รัชนิวรรณ ปันศรี,ชวรัตน์ ชาญศิลป์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564;66:107-22.
5. กระทรวงสาธารณสุข. การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 มี.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat\\_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89).
6. Stufflebeam DL, & Shinkfield AJ. Evaluation: Theory, models and applications. San Francisco: Jossey-Bass; 2007.
7. นฤมล เอกธรรมสุทธิ และสิริรัตน์ เจริญศรีเมือง. แนวทางการประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPPIest ในการประเมินโครงการทางสุขภาพ. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 2564;11:137-48.

8. ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, สมจิตรา เรืองศรี, กิตติศักดิ์ ลักษณะ. การประเมินหลักสูตรแนวใหม่ : รูปแบบ CIPP<sub>EST</sub>. วารสารพยาบาลตำรวจ 2560;9:203-12.
9. Taro Y. Statistics: an introductory analysis. 3<sup>rd</sup>ed. New York: Harper and Row Publication; 1973.
10. สุภภัทร นักรู้กำพลพัฒน์, นิชนันท์ สุวรรณภู, อมรัตน์ นระสนธิ. ประเมินโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิก บุหรี่ทั่วไทย เขตใต้องค์กราชั้น ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 10. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2562;25:102-18.
11. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์ พับลิชชิ่ง; 2559.
12. อารีวรรณ อ่วมตานี. การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
13. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10. ฐานข้อมูลสถานบริการสาธารณสุขที่ขาด PG เด็ก [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 14 มี.ค. 2565] เข้าถึงได้จาก: <http://www.mdo.moph.go.th/computer/web51v2/filenewspay/090118033717.pdf>.
14. เสกสันต์ ชานมณีรัตน์. การประเมินผลการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5 2561;37:66-77.
15. จารุภา จำนงค์ศักดิ์. การประเมินนโยบายสำคัญ: กรณีศึกษาโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระ เกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558. วารสารแพทย์เขต 4-5 2560;36:176-88.
16. กรมสุขภาพจิต. แอปพลิเคชัน “HERO” [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2290>.