

การวิจัยเชิงประเมินผลโครงการใกล้บ้านใกล้ใจ ห่วงใยผู้ป่วยจิตเภท
ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลปทุมรัตน์
Evaluation Research of Close up to the House, Close up to the Heart,
Care for Schizophrenia Patients Project in Contracted Unit of
Primary Care Pathumrat Hospital

เอกชัย พลหนองคูณ*

Ekachai Ponnongkoon

Corresponding author : Email : ek_aiforce@hotmail.co.th

(Received: February 26,2022 ; Revised: March13,2022 ; Accepted : March 31,2022)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ห่วงใยผู้ป่วยจิตเภทในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลปทุมรัตน์

รูปแบบการประเมิน : การวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation research ;summative evaluation)

วัตถุประสงค์และวิธีการประเมิน : กลุ่มเป้าหมายเป็นคณะกรรมการโครงการฯ 16 คนและญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย 55 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็น แบบประเมินความพึงพอใจและแบบประเมินอาการทางจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการประเมิน : การประเมินโครงการฯ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการ โดยรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ($\mu = 4.53$, $\sigma = 0.40$; $\mu = 3.67$, $\sigma = 0.55$; $\mu = 4.30$, $\sigma = 0.48$) ตามลำดับ และผลการประเมินผ่านเกณฑ์ทุกด้าน ส่วนด้านผลผลิต พบว่า ผู้รับบริการหรือญาติมีความพึงพอใจต่อโครงการฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.46$, $\sigma = 0.08$) ความคิดเห็นต่อโครงการฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu = 4.59$, $\sigma = 0.67$) และผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย (≤ 36 คะแนน) 43 คน (78.20%)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการดำเนินงานตามโครงการฯ ครั้งนี้ส่งผลให้ผู้รับบริการหรือญาติได้รับประโยชน์จากโครงการ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโครงการนี้ไปแก้ปัญหาในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน และอาจนำโครงการนี้ไปปรับใช้กับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่น เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูงได้

ABSTRACT

Purposes : To assess a context, inputs, processes, and outputs to close up to the house, close up to the heart, Care for Schizophrenia patients Project in Contracted Unit of Primary Care Pathumrat Hospital

Study design : Evaluation research; summative evaluation

Materials and Methods : 16 of target group were a committee's project and 55 of relatives or care givers which were selected by purposive sampling. Data were collected using opinion questionnaires. satisfaction assessment and mental behavior assessment. The data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation.

Main findings : Summative evaluation of project in context, in terms of inputs and process Overall, it was at the highest level ($\mu = 4.53$, $\sigma = 0.40$; $\mu = 3.67$, $\sigma = 0.55$; $\mu = 4.30$, $\sigma = 0.48$), respectively, and the assessment results passed all criteria. As for productivity, it was found that a service recipients or their relatives were satisfied with the project as a whole at a high level ($\mu = 4.46$, $\sigma = 0.08$). The overall opinion of the project was at a very high level ($\mu = 4.59$, $\sigma = 0.67$). , and 43 of patients had mild psychosis (≤ 36 points) (78.20%).

Conclusion and recommendations : The results of this project result in service recipients or relatives benefiting from the project. Therefore, relevant agencies should bring this project to solve problems in areas with similar contexts. And this project may be applied to chronic non-communicable diseases such as diabetes or hypertension clinic.

Keywords : Evaluation research; Close up to the house Close up to the heart; Schizophrenia

บทนำ

สภาพการณ์ปัจจุบันและอนาคตของสังคมไทย มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจสังคม และการเมืองอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาทางวิกฤตเศรษฐกิจที่นับวันจะยิ่งทวีความรุนแรงขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจดังกล่าวมีผลกระทบต่อสภาพของสังคมและวัฒนธรรมของไทยเป็นอย่างมาก เป็นเหตุทำให้คนในสังคมต้องพบกับปัญหาในการดำเนินชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดและหากบุคคล มีความเครียดนี้เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาก็หรือยังไม่สามารถปรับตัวได้จะบั่นทอนสมรรถภาพทางจิตให้เหี่ยวเฉา ทрудโทรมจนเกิดมีปัญหาด้านจิตได้ในที่สุด¹ กล่าวคือการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสามารถใช้ชีวิตอย่างปกติสุขเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกในชุมชนเป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์การรับรู้และพฤติกรรมโดยที่ผู้ป่วย ไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารอื่นที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว² เป็นโรคที่พบได้มากที่สุดและมีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชและพบมากเป็นอันดับ 1 ของโรคทางจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่มีความบกพร่องหรือมีปัญหาทางสุขภาพจิต (Mental illness) เป็นผู้ที่มีปัญหากับสังคมไม่สามารถหรือมีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบของตน มีการปรับตัวในชีวิตประจำวันที่ล้มเหลว ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะสร้างคุณค่าหรือหาความหมายของชีวิตการดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างไร้จุดหมายมีความซึมเศร้า หนีออกจากความเป็นจริงมีการตอบสนองต่อบุคคลอื่นในลักษณะที่ไม่มีความแน่นอน พฤติกรรมที่แสดงออกไม่อยู่ในขอบข่ายที่สังคมยอมรับได้ แต่เดิมการดูแลรักษาเมื่อมีการป่วยทางจิตผู้ป่วยจะถูกนำเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทางจิตเวช ที่ส่วนใหญ่มักจะถูกสร้างอยู่ในที่ไกลจากชุมชนเนื่องจากแนวคิดที่ว่าหากอยู่ในชุมชนผู้ป่วยจะถูกรังเกียจและอาจทำความเดือดร้อนให้แก่ชุมชนได้

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่ายาต้านอาการทางจิตเป็นการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีประสิทธิภาพสามารถ

ควบคุมอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้เป็นอย่างดี อีกทั้งสามารถป้องกันการเกิดอาการกำเริบได้โดยยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้สงบ ป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเองและผู้อื่น การให้ยาอย่างต่อเนื่องในระยะยาวเป็นการให้ยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ³ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะพบว่ายามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการทางจิตและป้องกันการเกิดอาการกำเริบของโรคจิตเภทได้ดี แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาซึ่งเป็นปัญหาหลักที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภท⁴ โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ร้อยละ 50.00 ในช่วง 1 ปีแรกหลังการเจ็บป่วยและร้อยละ 75.00 ใน 2 ปีหลังการเจ็บป่วย⁵

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า มีหลายปัจจัย เช่น 1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เช่น การไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง มีทัศนคติความเชื่อต่อการเจ็บป่วยและการรักษาในทางลบ ระดับการศึกษาภาวะบกพร่องของระดับการรู้คิด 2) ปัจจัยด้านการรักษาและการเจ็บป่วย ได้แก่ ฤทธิ์ข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิต ระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนาน ความทุกข์ทรมานจากความรุนแรงของอาการทางจิต⁶ 3) ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจยากจน การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวและ 4) ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยที่มีผลต่อทัศนคติในการรักษา⁷ พบว่าทัศนคติต่อการรักษาในทางลบและการขาดการรับรู้และการยอมรับในการเจ็บป่วยของตนเองเป็นปัจจัยที่มีสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท⁸ ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีความเชื่อและทัศนคติต่อการเจ็บป่วยและการรักษาความรู้เรื่องโรคและอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา 2) ผู้ดูแลอาจขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภทหรือผู้ดูแลขาดการสนับสนุนผู้ป่วยในการมารับยา และ 3) บุคลากรทางสุขภาพ การขาดการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย⁹ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบของโรคได้ซึ่งอาการกำเริบเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องเข้ารับการรักษา

รักษาไว้ในโรงพยาบาลซ้ำและต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท สำหรับผู้ป่วยในคิดเป็น 372 ล้านบาทต่อปี และสำหรับผู้ป่วยนอกคิดเป็น 171 ล้านบาทต่อปี⁹ แม้ว่าการรับประทานยาต้านโรคจิตมีความสำคัญต่อผลการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 26.00 ถึง 41.00¹⁰ และการศึกษาของ Bressington, Mui,& Gray¹⁰ ในผู้ป่วยจิตเภท 584 ราย ที่มารับบริการจากพยาบาลจิตเวชชุมชนในฮ่องกง พบว่า ร้อยละ 30.00 ของผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยา ผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นอกจากนี้ Keith และ Kane¹¹ พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยาเป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเวลาผ่านไปร้อยละ 50.00 ของผู้ป่วยทางจิตจะเปลี่ยนเป็นให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพียงบางส่วนหรือไม่ร่วมมือใน 1 ปี และร้อยละ 75.00 ในสองปี ซึ่งการหยุดยาหรือรับประทานยาบางส่วนไม่ครบมีความสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคไม่ดี¹²⁻¹³ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำบ่อย ๆ ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดยา¹⁴ สภาพปัญหาดังกล่าวท้าทายแพทย์และพยาบาลจิตเวชที่จะทำบทบาทหน้าที่เพื่อดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขและทำหน้าที่ตามศักยภาพได้ นอกจากนี้ยังพบว่า สาเหตุการกลับเป็นซ้ำที่สำคัญคือผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคขาดยาจิตเวชและขาดสถานบริการด้านสุขภาพจิต ขาดความตระหนักในการรับประทานยา การใช้สารเสพติด ความเครียดของผู้ป่วย ญาติหวาดกลัว เบื่อหน่ายท้อแท้ในการดูแล สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ¹⁵ เช่นเดียวกับสถานการณ์การดำเนินงานผู้ป่วยจิตเวชในเครือข่ายสุขภาพอำเภอปทุมรัตน์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 พบอัตราการขาดยา 10.61%, 11.71% และ 18.94% การฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 1 ราย, 5 ราย และ 0 ราย ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยกำเริบ 8 ราย, 9 ราย และ 9 ราย ตามลำดับ¹⁶

ความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication

adherence) เป็นพฤติกรรมของบุคคลในการรับประทานยาและเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตด้วยความเต็มใจและเห็นด้วยกับคำแนะนำของบุคลากรผู้ให้การดูแลทางสุขภาพ¹⁷ การที่ผู้ป่วยจิตเภทจะสามารถดูแลตนเองและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาทางจิตเวชได้ครบถ้วนและต่อเนื่องนั้น มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาหลายประการ¹⁸ ซึ่งอาจจะสรุปปัจจัยที่สำคัญ 3 ปัจจัย เช่น 1) ผู้ป่วยจิตเภทมักจะถูกมองว่าเป็นโรคเรื้อรังและไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยมักถูกประทับตราและไม่ได้รับการยอมรับจากคนอื่นในสังคม ผู้ป่วยมักได้รับยาการรักษาที่ต้องรับประทานต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ผลการรักษาจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย 2) บุคลากรทางสุขภาพ แพทย์ พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพจิต สัมพันธภาพและบริการที่ผู้ป่วยได้รับเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา และ 3) สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทอาจมีข้อจำกัดจากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยที่กล่าวไว้ในข้อแรกมีผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยจึงมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งกระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย การประเมินสภาพ การให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล พยาบาลควรประยุกต์กระบวนการพยาบาลมาใช้ร่วมกับองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Stufflebeam, D.L.,& et al.¹⁹ ได้พัฒนาทฤษฎีการประเมินจนเป็นที่ยอมรับโดยทั่วกัน ทั้งนี้มีพัฒนาการในการสร้างตัวแบบซีบีพี (CIPP Model) ถึง 5 ครั้ง การพัฒนาแบบ CIPP ครั้งที่ 5 ของสตีฟเฟิลบีมได้กำหนดให้มีการประเมิน 9 หมวด ได้แก่ 1) การจัดทำข้อตกลงระหว่างผู้ประเมินกับผู้มีส่วนได้เสียเกี่ยวกับระเบียบวิธี งบประมาณ การวางแผนกิจกรรมร่วมกัน 2) การประเมินผลบริบท เกี่ยวกับความต้องการผลประโยชน์และปัญหาภายใต้สภาพแวดล้อมที่กำหนด 3) การประเมินผลปัจจัยนำเข้า เกี่ยวกับการวางแผน

กิจกรรมและงบประมาณ 4) การประเมินผลกระบวนการเกี่ยวกับการทำกิจกรรม การบันทึกผลการปฏิบัติงาน รายการติดตามผล 5) การประเมินผลกระทบเกี่ยวกับผลกระทบต่อชุมชน 6) การประเมินประสิทธิผลเกี่ยวกับผลลัพธ์จากการดำเนินกิจกรรม 7) การประเมินความยั่งยืน เกี่ยวกับความต่อเนื่องในอนาคต 8) การประเมินการแพร่กระจายการกระจายไปยังชุมชนอื่นและ 9) การประเมินผลสรุปรวบรวมข้อมูลเป็นการสรุปผลรวบยอดจากรายงานการประเมินที่ใช้ระเบียบวิธีที่มีความแตกต่างกัน¹⁹

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า โปรแกรมที่มีการผสมผสานหลายวิธีการเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทายา เช่น โปรแกรมที่ผสมผสาน Cognitive Behavioral Techniques กับ การให้ครอบครัวมีส่วนร่วม และการดำเนินการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม โปรแกรมที่ใช้ระยะเวลานานกว่าสามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทายาได้มากกว่า ตัวอย่างโปรแกรม Telephone-Nursing Intervention(TIPS); Intervention(TIPS)²⁰ โรงพยาบาลจิตเวชที่ได้รับการอบรมเป็นผู้โทรไปให้การดูแลและให้คำปรึกษากับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อจัดการกับปัญหาช่วยเตือนและให้คำปรึกษาพิจารณาทางเลือกในการเผชิญปัญหาและจัดการกับอุปสรรคที่มีผลต่อการรับประทายา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการรับประทายา

ระยะ 3 เดือน (80.00%) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (60.10%) สำหรับการประเมินผลลัพธ์ของความร่วมมือในการรับประทายาในงานวิจัยที่ผ่านมา แต่ละโปรแกรมมีการประเมินผลแตกต่างกัน เช่น Self-report, Pill count และ Urine test อย่างไรก็ตามผลวิจัยยังไม่มีข้อสรุปที่แน่นอนจากสภาพปัญหาดังกล่าวเครือข่ายสุขภาพอำเภอปทุมรัตน์ได้จัดทำ “โครงการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ห่วงใยผู้ป่วยจิตเวช” ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2561-2563 การดำเนินงานประกอบด้วยกิจกรรมหลัก เช่น กิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ลดอาการกำเริบจากการขาดยา การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน และให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการรักษา แต่ยังไม่มีการประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวม ดังนั้นผู้ประเมินจึงได้พัฒนาความร่วมมือในการรับประทายาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเครือข่ายสุขภาพอำเภอปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับยาอย่างต่อเนื่องและลดอาการกำเริบเนื่องจากการขาดยา

วัตถุประสงค์ของการประเมิน

เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และ ผลผลิตของโครงการใกล้บ้านใกล้ใจ ห่วงใยผู้ป่วยจิตเวชในหน่วยบริการสุขภาพปทุมภูมิ โรงพยาบาลปทุมรัตน์

กรอบแนวคิดการประเมิน

แนวคิดการประเมิน	โครงการที่ประเมิน	ผลการประเมิน
รูปแบบการประเมินตามแนวคิด CIPP Model ประกอบด้วย	โครงการใกล้บ้านใกล้ใจ ห่วงใยผู้ป่วยจิตเวช	บริบท : ความสอดคล้อง เหมาะสมของ วัตถุประสงค์ และเป้าหมาย ปัจจัยนำเข้า : ความเหมาะสมของ ปัจจัยที่เอื้อต่อการดำเนินโครงการ กระบวนการ: ความเหมาะสมของ การดำเนินงานโครงการ การมีส่วนร่วม ผลผลิต : ความคิดเห็น, อาการทางจิต และความพึงพอใจ
1.ประเมินบริบท		
2.ประเมินปัจจัยนำเข้า		
3.ประเมินกระบวนการ		
4.ประเมินผลผลิต		

วิธีดำเนินการประเมิน

รูปแบบการประเมิน การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผลโครงการโดยใช้กรอบแนวคิดของ Stufflebeam, D.L., & et al.¹⁹ ที่ได้พัฒนาทฤษฎีการประเมินจนเป็นที่ยอมรับโดยทั่วกัน ทั้งนี้มีพัฒนาการในการสร้างตัวแบบซีบี (CIPP Model) ได้แก่ 1) การจัดทำข้อตกลงระหว่างผู้ประเมินกับผู้มีส่วนได้เสีย เกี่ยวกับระเบียบวิธี งบประมาณ การวางแผนกิจกรรมร่วมกัน 2) การประเมินผลบริบท เกี่ยวกับความต้องการผลประโยชน์และปัญหาภายใต้สภาพแวดล้อมที่กำหนด 3) การประเมินผลปัจจัยนำเข้า เกี่ยวกับการวางแผนกิจกรรมและงบประมาณ 4) การประเมินผลกระบวนการเกี่ยวกับการทำกิจกรรม การบันทึกผลการปฏิบัติงาน รายการติดตามผล และ 5) การประเมินผลผลิต

ประชากรศึกษา ได้แก่ คณะกรรมการบริหารโครงการฯ ผู้รับผิดชอบโครงการในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับบริการและญาติ 126 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้รับบริการหรือญาติ ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) ผู้ป่วย 55 คน (2) ญาติหรือผู้ดูแล 55 คน และ (3) เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลปทุมรัตน์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 16 คน รวม 126 คน

แหล่งข้อมูล ได้แก่ เอกสารผลการวิจัย ผลการประเมินตลอดรายงานหรือเอกสารที่เกี่ยวข้องต่างๆ ของคณะกรรมการดำเนินการโครงการฯ ผู้รับผิดชอบโครงการในโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ผู้ประเมินพัฒนาขึ้นจำนวน 4 ฉบับ คือ

ฉบับที่ 1 แบบสอบถามความคิดเห็นของคณะกรรมการดำเนินการโครงการ แบ่งเป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ สถานภาพผู้ตอบ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการรับผิดชอบงานจิตเวช ความคิดเห็นต่อการดำเนินโครงการในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการเป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 24 ข้อ

และข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ

ฉบับที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติต่อการดำเนินโครงการ สำหรับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยแบ่งเป็น ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ สถานภาพผู้ตอบ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพรายได้ต่อเดือนและระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ ความพึงพอใจต่อการดำเนินโครงการเป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด จำนวน 21 ข้อ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ

ฉบับที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการดำเนินโครงการ สำหรับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด จำนวน 4 ข้อและข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ

ฉบับที่ 4 แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข²¹ จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย ข้อ 1 - 10 ให้คะแนนตามผู้ป่วยบอกข้อ 11- 18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วยให้วงกลมรอบระดับคะแนน ตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ ดังนี้ไม่มีอาการ = 1 คะแนน มีอาการขั้นต่ำสุด = 2 คะแนน มีอาการเล็กน้อย = 3 คะแนน มีอาการปานกลาง = 4 คะแนน มีอาการค่อนข้างรุนแรง = 5 คะแนน มีอาการรุนแรง = 6 คะแนน และมีอาการรุนแรงมาก = 7 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 18 - 126 คะแนนโดยมีเกณฑ์การประเมิน คือ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน มีอาการระดับน้อย และ คะแนนมากกว่า 36 คะแนน มีอาการระดับมาก

ขั้นตอนการสร้าง และพัฒนาเครื่องมือ

1. ศึกษาวิธีการสร้างแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามจากเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้หลักการและรูปแบบการสร้างข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม

2. สร้างแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อคำถามตามกรอบการประเมิน

3. ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความถูกต้องของภาษา แล้วจัดพิมพ์แบบสัมภาษณ์และ

แบบสอบถามฉบับร่าง

4. นำแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามฉบับร่างเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของข้อคำถามและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

5. นำแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจำนวน 3 คน โดยพิจารณาข้อคำถามให้สอดคล้องกับประเด็นที่ต้องการสัมภาษณ์และนำผลพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับการตอบประเมินผู้วิจัยได้คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ถึง 1.0 มาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

6. นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษาที่ใช้และระยะเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ นำผลที่ได้จากการทดลองใช้มาปรับปรุงเครื่องมือประเมิน และจัดทำแบบประเมินฉบับสมบูรณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดย (1) ผู้ประเมินได้ติดต่อประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (2) ผู้ประเมินนัดวัน-เวลาในการสัมภาษณ์พร้อมส่งแนวทางการสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลทราบล่วงหน้าก่อนและ (3) ผู้ประเมินดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเองตามประเด็นที่ได้กำหนดไว้ และประเด็นอื่น ๆ เพิ่มเติมที่ได้จากการสัมภาษณ์ ตลอดจนปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะต่าง ๆ เกี่ยวกับการดำเนินโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับจากการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือชนิดต่าง ๆ แล้ว ผู้ประเมินได้ดำเนินการวิเคราะห์ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และแบบสอบถามปลายเปิด ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) แล้วนำเสนอข้อมูลในรูปความเรียง

2. ข้อมูลจากแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนที่ใช้แบบสอบถามมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย (μ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) ของแต่ละด้าน โดยใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ย ในการแปลผลค่าคะแนนความคิดเห็นต่อการดำเนินโครงการในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ความพึงพอใจต่อโครงการ และความคิดเห็นต่อการดำเนินโครงการโดยการแปลผลตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย²² ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00	มากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50	มาก
คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50	น้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50	น้อยที่สุด

3. ข้อมูลจากแบบสอบถาม ในส่วนที่ใช้แบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) ดำเนินการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (μ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) ของแต่ละด้าน โดยใช้เกณฑ์เฉลี่ยที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญร่วมกันพิจารณา แล้วแปลความหมายของคะแนน ดังนี้

การประเมินด้านบริบท ใช้เกณฑ์เฉลี่ยที่ระดับ 3.60 ขึ้นไป การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า ใช้เกณฑ์เฉลี่ยที่ระดับ 3.15 ขึ้นไป การประเมินด้านกระบวนการใช้เกณฑ์เฉลี่ยที่ระดับ 3.65 ขึ้นไป

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเลขที่ COE 0322564 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวิธีการดำเนินการวิจัยวัตถุประสงค์และรายละเอียดขั้นตอนการวิจัยโดยข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม การสนทนากลุ่มจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมและผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลการประเมิน

1. ด้านบริบท พบว่า คณะกรรมการโครงการฯ ทั้งหมด 16 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง 13 คน (81.30%) ตำแหน่งเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 10 คน (62.50%) จบการศึกษาปริญญาตรี 14 คน (87.50%) และมีฐานระยะเวลาปฏิบัติงานด้านจิตเวชมาแล้ว 6 ปี

2. การประเมินโครงการฯ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการ โดยรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ($\mu = 4.53, \sigma = 0.40$; $\mu = 3.67, \sigma = 0.55$; $\mu = 4.30, \sigma = 0.48$) ตามลำดับและผลการประเมินผ่านเกณฑ์ทุกด้าน ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคณะกรรมการโครงการ (n= 16)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(ร้อยละ)
เพศ	ชาย	3(18.80)
	หญิง	13(81.30)
ตำแหน่ง	แพทย์	3(18.80)
	พยาบาลจิตเวช	1(6.30)
	เภสัชกร	2(12.50)
	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	10(62.50)
วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรี	14(87.50)
	สูงกว่าปริญญาตรี	2(12.50)
ระยะเวลาปฏิบัติงาน	Median= 6.00, IRQ= 8.25	

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการประเมินด้านบริบทด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการของโครงการโดยรวมและเป็นรายด้านของเจ้าหน้าที่ (n=16)

รายการประเมิน	$\mu(\sigma)$	ระดับการประเมิน	ผลการประเมิน
1. ด้านบริบท	4.53(0.40)	มากที่สุด	ผ่านเกณฑ์
2. ด้านปัจจัยนำเข้า	3.67(0.55)	มาก	ผ่านเกณฑ์
3. ด้านกระบวนการ	4.30(0.48)	มาก	ผ่านเกณฑ์

3.ด้านผลผลิต พบว่า ผู้รับบริการทั้งหมด 55 คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง 31 คน (56.40%) อายุมากกว่า 60 ปี 19 คน (34.50%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 32 คน (58.20%) อาชีพเกษตรกร 46 คน (83.60%) รายได้ 10,001 - 20,000 บาทต่อเดือน 26 คน (47.30%) ระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการตั้งแต่ 3 - 5 ปี 31 คน (56.40%) และสถานภาพผู้ตอบเป็นญาติ จำนวน 20 คน (36.40%)

4. ผู้รับบริการทั้งหมด 55 คนมีความพึงพอใจต่อโครงการฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = 4.46, \sigma = 0.08$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านผู้ให้บริการมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\mu = 4.57, \sigma = 0.49$) รองลงมา คือ ด้านขั้นตอน/ระยะเวลาการบริการ ($\mu = 4.43, \sigma = 0.52$) และด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก ($\mu = 4.41, \sigma = 0.55$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3-4

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้รับบริการ (n= 55)

เพศ	ลักษณะทางประชากร	จำนวน(ร้อยละ)
อายุ	ชาย	24(43.60)
	หญิง	31(56.40)
	<20 ปี	1(1.80)
	20 - 30 ปี	3(5.50)
	41 - 50 ปี	5(9.10)
	51 - 60 ปี	16(29.10)
	31 - 40 ปี	11(20.00)
	>60 ปี	19(34.50)
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	32(58.20)
	มัธยมศึกษา	18(32.70)
	อนุปริญญา / ปวส	2(3.60)
	ปริญญาตรี	2(3.60)
	สูงกว่าปริญญาตรี	1(1.80)
อาชีพ	เกษตรกร	46(83.60)
	ค้าขาย	2(3.60)
	รับจ้าง	2(3.60)
	อื่นๆ	5(9.10)
รายได้ต่อเดือน	ต่ำกว่า 3,000 บาท	21(38.20)
	10,001 - 20,000 บาท	26(47.30)
	3,001 - 5,000 บาท	4(7.30)
	มากกว่า 20,000 บาท	3(5.50)
	5,001 - 10,000 บาท	1(1.80)
ระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ	<1 ปี	8(14.50)
	3 - 5 ปี	31(56.40)
	1 - 3 ปี	4(7.30)
	>5 ปี	12(21.80)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร		จำนวน(ร้อยละ)
สถานภาพผู้ตอบ	พ่อ/แม่	17(30.90)
	คู่สมรส/บุตร	13(23.60)
	ญาติ	20(36.40)
	ผู้ดูแล	5(9.10)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อโครงการของผู้รับบริการฯ (n=55)

รายการประเมิน	$\mu(\sigma)$	ระดับความพึงพอใจ
1.ด้านขั้นตอน/ระยะเวลาการบริการ	4.43(0.52)	มาก
2.ด้านผู้ให้บริการ	4.57(0.49)	มากที่สุด
3.ด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก	4.41(0.55)	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	4.46(0.08)	มาก

5.ญาติทั้งหมด 55 คน มีความคิดเห็นต่อโครงการ ฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu = 4.59, \sigma = 0.67$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าโครงการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\mu = 4.62, \sigma = 0.56$) รองลงมา คือ โครงการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายการเดินทางมารับยา

ที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยและญาติได้ ($\mu = 4.61, \sigma = 0.65$) และโครงการช่วยลดระยะเวลารอคอยเพื่อมารับยาตามนัดที่โรงพยาบาล ($\mu = 4.58, \sigma = 0.65$) ตามลำดับ และผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย (≤ 36 คะแนน) จำนวน 43 คน (78.20%) ดังแสดงในตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นต่อโครงการของญาติ (n=55)

รายการประเมิน	$\mu(\sigma)$	ระดับความคิดเห็น
1.โครงการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม	4.55(0.63)	มากที่สุด
2.โครงการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายการเดินทางมารับยาที่ โรงพยาบาลของผู้ป่วยและญาติได้	4.61(0.65)	มากที่สุด
3.โครงการช่วยลดระยะเวลารอคอยเพื่อมารับตามนัดที่ โรงพยาบาล	4.58(0.65)	มากที่สุด
4.โครงการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง	4.62(0.56)	มากที่สุด
เฉลี่ยโดยรวม	4.59(0.67)	มากที่สุด

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ และระดับอาการทางจิตของผู้รับบริการ

ระดับอาการทางจิต	จำนวน(ร้อยละ)
มีอาการระดับน้อย (≤ 36 คะแนน)	43(78.20)
มีอาการระดับมาก (> 36 คะแนน)	12(21.80)

วิจารณ์

ผลการประเมินโครงการฯ โดยรวม ทั้ง 3 ด้าน คือบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด และผลการประเมินผ่านเกณฑ์ทุกด้านสอดคล้องกับการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชสำหรับ เขตสุขภาพที่ 10 ที่ดำเนินงานโครงการในปี พ.ศ.2557 พบว่า ปัจจัยด้านบริบท มีความสอดคล้องระหว่างความจำเป็นของการดำเนินโครงการกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบ Service Plan ที่กำหนดลงมาถึงระดับเขตสุขภาพ และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกรมสุขภาพจิต ในด้านเสริมสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายในการดำเนินงานสุขภาพจิต ตลอดจนสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ และพันธกิจของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ด้านปัจจัยนำเข้ามีความเพียงพอด้านงบประมาณ บุคลากรและสถานที่ เพราะมี ต้นทุนจากโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของกรมสุขภาพจิตอยู่ก่อนแล้ว ด้านกระบวนการ พบว่า แพทย์ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลเครือข่าย ในเขตสุขภาพที่ 10 มีความรู้เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจิตเวชเพิ่มขึ้น มีความมั่นใจในการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยโรคจิตเวชมากขึ้น มีความพึงพอใจต่อคู่มือการใช้ยาทางจิตเวชในระดับมากถึงมากที่สุดเป็นส่วนใหญ่ และผลจากการวิจัยประเมินผลนี้ทำให้พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาตามระบบดังกล่าว มีอาการดีขึ้นมีการมารับยาต่อเนื่องและการกลับเป็นซ้ำลดลง²³

ในทำนองเดียวกับการประเมินผลโครงการการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์จิตเวช งานบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชสวนปรุงพบว่า ด้านบริบท วัตถุประสงค์ โครงการสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ พยาบาลวิชาชีพ ได้รับการอบรมศึกษาต่อด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (82.48%) บุคลากรพยาบาลทุกระดับหมุนเวียนการปฏิบัติงานทุก 2 ปี ด้านปัจจัยนำเข้า แผนการดำเนินงานตามข้อกำหนดการออกแบบ ISO 9001:2000 ผู้รับผิดชอบโครงการเป็นผู้นำทางการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถด้านการพยาบาลจิตเวชและการพัฒนาคุณภาพ ด้านกระบวนการมีการประชุมทีมผู้รับผิดชอบโครงการร่วมกับทีมพยาบาลวิชาชีพ และใช้กระบวนการ Plan Do Study Act

และด้านผลลัพธ์ความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์ จิตเวช และพยาบาลวิชาชีพผ่านเกณฑ์ประเมินผลการบันทึกทางการแพทย์จิตเวชเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 74.58 และ ร้อยละ 42.40 ตามลำดับ²⁴

ส่วนด้านผลผลิตของโครงการฯ พบว่า ผู้รับบริการ หรือญาติมีความพึงพอใจต่อโครงการฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีความคิดเห็นต่อโครงการ ฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และจำนวนผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อยเพิ่มขึ้นจำนวน 43 คน (78.20%) พบผลเช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพาน จังหวัด เชียงรายได้พัฒนาระบบการดูแลติดตามการดูแลเนื่อง การค้นหา คัดกรอง ส่งต่อเข้ารับรักษาและการเยี่ยมบ้านโดยการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อหาสาเหตุปัญหาประชุม ทีมงาน เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/เครือข่ายชุมชน ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหา และรูปแบบการดำเนินงาน เพื่อให้ได้แนวทางที่สามารถนำมาปฏิบัติได้และเหมาะสมกับบริบทชุมชนให้ความรู้แก่เครือข่ายชุมชนประกอบด้วย อสม./ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่นและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการ ค้นหา/คัดกรองและการเฝ้าระวังจิตเวชฉุกเฉินและการ ส่งต่อการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชให้มีความต่อเนื่อง และครอบคลุมทั้งในสถานบริการและชุมชน โดยใช้แบบ ติดตามเยี่ยมบ้านและการแบ่งความรับผิดชอบของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ การประสานงานกับ ทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลและเครือข่ายชุมชนในการออกเยี่ยมแต่ละครั้ง พัฒนาระบบการติดตามการนัดรับยาในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ โดยนวัตกรรมคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทุกราย และทาง โทรศัพท์ในรายที่ไม่มารับยาตามนัดหรือใกล้วันนัดรับยา พัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนในการจัดการ รายการณผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เฝ้าระวังและส่งต่อผู้ป่วย จิตเวชที่มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน มีอาการทางจิตกำเริบโดยการ ประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของหน่วยงานใน ชุมชนได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต/ ญาติ/อพพร./ผู้นำชุมชน/ อสม/อปท./ตำรวจ ในการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษา และการกักขังต่อเนื่องและการติดตามและประเมินผล ทุก 3 เดือน ส่งผลให้ผลการดำเนินงานในปี พ.ศ.2560-2561

พบว่า อัตราผู้ป่วยจิตเวชมารับยาตามนัด ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำเพิ่มจาก (81.12%) เพิ่มเป็น (90.12%) อัตราผู้ป่วยจิตเวชได้รับการติดตามต่อเนื่อง/เยี่ยมบ้าน (64.54%) เพิ่มเป็น (93.25%) อัตราการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการกลับเป็นซ้ำไปโรงพยาบาลจิตเวชลดลงจาก 27.64% เป็น 2.30% และอัตราประชาชนได้รับการคัดกรองโรคจิตและเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้นเป็น (100.00%)²⁵; หลังจากดำเนินกิจกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีความรู้ในระดับสูง (66.67%) ภาควิชาเครือข่ายในชุมชนมีความรู้ในระดับสูง (84.62%) และผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีทักษะการดูแลอยู่ในระดับสูง (100.00%) และภาควิชาเครือข่ายในชุมชนมีทักษะการดูแลอยู่ในระดับสูง (92.23%)²⁶

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการจัดกิจกรรมให้ความรู้ประชาชนสัมพันธ์ในชุมชน การสร้างและดำเนินงานของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อบรมแกนนำเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือระดับหมู่บ้านให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติปรับทัศนคติในชุมชนเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ระบบการจัดเก็บข้อมูลระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด และการเยี่ยมบ้าน ซึ่งแต่ละกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่ชุมชนต้องการพัฒนาให้มีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน นำรูปแบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำที่ได้เป็นโครงการนำร่องไปใช้ในผู้ป่วยจำนวน 17 คน เป็นระยะเวลา 1 เดือนโดยนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง 17 คน ชี้แจงผู้เข้าร่วมการศึกษาเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย ซึ่งครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์งานวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่ออาสาสมัครและให้ลงนามในใบยินยอมด้วยความสมัครใจให้อาสาสมัครกรอกภายหลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่าการกินยาสม่ำเสมอและความสามารถโดยรวมดีขึ้น และกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีการกลับเข้ามานอนโรงพยาบาลซ้ำที่หอผู้ป่วยจิตเวชในระหว่างการจัดวิจัยถึงร้อยละ 100²⁷

การที่ผลการประเมินผลโครงการปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากโครงการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ห่วงใยผู้ป่วยจิตเวชในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลปทุมรัตน์ครั้งนี้ได้ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้เกิด

สัมพันธ์ภาพที่ดีขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล การมีกิจกรรมร่วมกันและคอยสังเกตอาการผิดปกติเพื่อจัดการดูแลช่วยเหลือได้ทันจะส่งผลดีต่อการควบคุมอาการของผู้ป่วยจิตเวชได้ การมีเพื่อนบ้านและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนให้การยอมรับ เกิดการสนับสนุนในด้านต่างๆ ก็มักส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและลดความรุนแรงและผลกระทบต่อการเป็นผู้ป่วยจิตเวชได้ การสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะต้องอาศัยความร่วมมือและดำเนินการที่มีประสิทธิภาพมีผลในการลดจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่กลับเข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย อันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกดีตนเอง

กล่าวได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนั้น ครอบครัวถือว่าเป็นหน่วยที่มีบทบาทในการดูแลการจัดการกับอาการทั้งด้านร่างกายและใจ การจัดการสิ่งแวดล้อมช่วยลดสิ่งกระตุ้นที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและการส่งต่อข้อมูลกับชุมชนหรือโรงพยาบาล ส่วนภาควิชาเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในสร้างทีมติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ฝ้าระวังและรายงานพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและติดตามเยี่ยมบ้าน ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงส่งผลให้ผู้รับบริการหรือญาติได้รับประโยชน์การจากโครงการฯ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโครงการนี้ไปแก้ปัญหาในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเรื่อง การวิจัยเชิงประเมินผลโครงการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ห่วงใยผู้ป่วยจิตเวชในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลปทุมรัตน์ ผู้วิจัยพบประเด็นที่เป็นข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาดังนี้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.ผลการประเมินบริบท พบว่า ความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและผู้ดูแล ประเด็นความรู้และทักษะการจัดการผู้ป่วยจิตเวช ข้อเสนอแนะให้มีการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการจัดการผู้ป่วยจิตเวช สำหรับผู้รับผิดชอบจิตเวชในโรงพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) ผู้นำชุมชน และตำรวจ
ทุกปี ๆ ละครั้งเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและความมั่นใจใน
การจัดการกับผู้ป่วยโรคจิตเวช

2.ควรมีการเสริมสร้างความร่วมมือของบุคลากรในพื้นที่
โดยสร้างเครือข่ายการทำงาน มีการสนับสนุนด้านบุคลากร
ทางการแพทย์เพิ่มขึ้น จัดให้มีการจัดการความรู้ที่มี
ประสิทธิภาพและประเมิณผลเป็นระยะ เพิ่มพื้เลี้ยงทาง
วิชาการ โดยจิตแพทย์และมีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง
ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสำคัญ
อย่างยิ่ง

3.ควรปรับปรุงขั้นตอนหรือกิจกรรมบางอย่างของ
โครงการ เช่น ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ
ดำเนินงาน ตั้งแต่เริ่มดำเนินการให้ประชาชนในชุมชนรับ
ทราบอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

1.ควรศึกษาเรื่องความคาดหวังของประชาชน
ต่อบทบาทของหน่วยงาน หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการ
พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคจิตเวชเพื่อเป็นข้อมูลในการ
ปรับปรุงให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

2. การศึกษาวิจัยในพื้นที่อื่นๆ ควรศึกษาการมี
ส่วนร่วมในการทำงานระบบบริการผู้ป่วยโรคจิตเวชกับ
บุคลากรสาธารณสุขและประชาชน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงแผน
พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (2555-
2559) ด้านสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข;
2557.
- Tandon R, Bruijnzeel D, Rankupalli B. Does
change in definition of psychotic symptoms in
diagnosis of schizophrenia in DSM-5 affect caseness?
Asian Journal of Psychiatry. 2013;6(4):330-2.
- Staring AB, Van der Gaag M, Mulder CL. Schizophrenia and antipsychotic medication-better
adherence, better outcomes?. Schizophrenia
Research. 2013;151(1-3):296-7.
- Harrow M, Jobe TH. Does long-term treatment
of schizophrenia with antipsychotic medications
facilitate recovery?. Schizophrenia bulletin.
2013;39(5):962-5.
- วัชรินทร์ วุฒิธนฤทธิ. การส่งเสริมความร่วมมือในการ
รับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสาร
การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2560;31(1):1-12.
- Brain C, Allerby K, Sameby B, Quinlan P, Joas E,
Karilampi U, et al. Drug attitude and other
predictors of medication adherence in
schizophrenia: 12 months of electronic
monitoring(MEMS(R)) in the Swedish COAST- study.
European Neuropsychopharmacol. 2013;23(12):1754-62.
- Gaebel W, Riesbeck M, Wilmsdorff MV, Burns
T, Derks EM, Kahn RS, et al. Drug attitude as
predictor for effectiveness in first-Episode
schizophrenia:Results of an open randomized
trial(EUFEST). European Neuropsychopharmacology.
2010;20(5):310-6.
- สายรุ้ง จันทรเส็ง. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือใน
การรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาล
อุตรดิตถ์ [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่; 2548.
- Kongsakon R, Kanchanatawan B. Cost analysis
of treatment for schizophrenic patients in social
security scheme,Thailand. ASEAN Journal of
Psychiatry. 2007;8(2):118-123.
- Bressington D, Mui J, Gray R. Factors associated
with antipsychotic medication adherence in
community-based patients with schizophrenia
in Hong Kong: a cross sectional study.
International Journal of Mental Health Nursing.
2013;22(1):35-46.
- Keith SJ, Kane JM. Partial compliance and patient
consequences in schizophrenia: our patients

- can do better. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2003;64(11):1308-15.
12. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication non adherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2002;63(1):892-909.
 13. Masand PS, Roca M, Turner MS, Kane JM. Partial adherence to antipsychotic medication impacts the course of illness in patients with schizophrenia: a review. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*. 2009;11(4):147-54.
 14. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์; 2552.
 15. ณัฐติกา ชูรัตน์. การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล็กที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์*. 2559;3(1):24-36.
 16. โรงพยาบาลปทุมรัตน์. กลุ่มงานการพยาบาล. ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ปี พ.ศ.2563. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล; 2563.
 17. World Health Organization. Adherence to long-term therapy: Evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
 18. El-Missiry A, Elbatrawy A, El Missiry M, Moneim DA, Ali R, Essawy H. Comparing cognitive functions in medication adherent and non-adherent patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*. 2015;70:106-12.
 19. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Evaluation Theory, Models and Applications. San Francisco: Jossey-Bass; 2007.
 20. Beebe LH, Smith K, Crye C, Addonizio C, Strunk DJ, Martin W, et al. Telenursing intervention increases psychiatric medication adherence in schizophrenia outpatients. *Journal of the American Psychiatry Nurses Association*. 2008;14(3):217-24.
 21. กรมสุขภาพจิต. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: พรอสเพอริสพลัส; 2563.
 22. เพ็ญแข ศิริวรรณ และคณะ. สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัลพับลิเคชั่น; 2551.
 23. หวาน ศรีเรือนทอง, กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, อีราภา ธาณี, กมลทิพย์ สงวนรัมย์. การวิจัยประเมินผลโครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 10. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2560;26(2):362-71.
 24. ประหยัด ประภาพรหม, ราณี พรมานะจิรังกุล, มธุริน คำวงศ์ปิ่น. การประเมินผลโครงการการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์จิตเวชงานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสวนปรง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 2554;25(2):92-101.
 25. สุพรรณ มหิตติ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอพาน. เชียงราย: กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน โรงพยาบาลพาน; 2561.
 26. กำพร ดานา. การพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2564;30(3):406-14.
 27. หทัยกาญจน์ เสี่ยงเพราะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์*. 2564;36(2):413-26.