



ประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดร้อยเอ็ดได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นายเอกชัย พลหนองคู	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลปทุมรัตน์ กลุ่มงานการแพทย์

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้


ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๕ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๕

(นายสมอ ดงประสิทธิ์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ด

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดร้อยเอ็ด
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ลำดับ ที่	ชื่อ - ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นายเอกชัย พลหนองคูณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลปทุมรัตน์ กลุ่มงานการแพทย์ นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)	๑๘๒๕๘๖	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลปทุมรัตน์ กลุ่มงานการแพทย์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	๑๘๒๕๘๖	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
<p>ชื่อผลงานส่งประเมิน “การวิจัยเชิงประเมินผลโครงการใกล้บ้าน ใกล้ใจ 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)”</p> <p>ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอปทุมรัตน์”</p> <p>รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”</p>						
				 (นายนรากร สุทธิประภา) หัวหน้ากองบริหารทรัพยากรบุคคล		

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การวิจัยเชิงประเมินผลโครงการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ห่วงใยผู้ป่วยจิตเภทในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ 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)

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๑-๓๐ เมษายน ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ความสามารถในการคัดกรอง วินิจฉัยและบำบัดการรักษ การฟื้นฟูและการติดตามผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ

๓.๒ ให้การช่วยเหลือ บำบัดรักษาทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน

๓.๓ การพัฒนาขีดสมรรถนะและทักษะบุคลากรในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล

๓.๔ การจัดการผู้ป่วยรายกรณี และระบบการส่งต่อผู้ป่วย

๓.๕ การจัดการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในคลินิกสุขภาพจิตและชุมชน

๓.๖ การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ในสถานบริการและเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพ เพียงพอ

พร้อมใช้

๓.๗ การจัดทำฐานข้อมูลของผู้ป่วยสุขภาพจิตและการประสานข้อมูลในภาพรวมทั้งอำเภอ

๓.๘ ความรู้ ทักษะในการศึกษาวิจัย พัฒนางาน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สภาพการณ์ปัจจุบันและอนาคตของสังคมไทย มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาทางวิกฤตเศรษฐกิจที่นับวันจะยิ่งทวีความรุนแรงขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจดังกล่าวมีผลกระทบต่อสภาพของสังคมและวัฒนธรรมของไทยเป็นอย่างมาก เป็นเหตุทำให้คนในสังคมต้องพบกับปัญหาในการดำเนินชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียด และหากบุคคลมีความเครียดนี้เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ไม่สามารถแก้ไขปัญหา หรือยังไม่สามารถปรับตัวได้จะบั่นทอนสมรรถภาพทางจิตใจให้เสื่อมถอย ทрудโทรมจนเกิดมีปัญหาด้านจิตได้ในที่สุด ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจิตเวชรายใหม่เพิ่มขึ้นจำนวนมาก อันเนื่องมาจากปัญหาเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงปัญหายาเสพติดที่ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความยุ่งยากและสลับซับซ้อน เกิดปัญหาการทานยาไม่ต่อเนื่อง มีอาการกำเริบ เป้าหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและสามารถใช้ชีวิตอย่างปกติสุขเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกในชุมชนเป็นเป้าหมายสำคัญของการรักษาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญ จากข้อมูลการสำรวจระดับประเทศ ปี ๒๕๕๑ พบความชุกในช่วง ๑๒ เดือนของจิตเวชในคนไทย อย่างน้อย ๑ โรค ร้อยละ ๑๔.๓ และพบโรคร่วมอย่างน้อย ๑.๔ ปัญหาสุขภาพจิตทำให้เกิดภาวะโรคก่อนข้างสูง การศึกษาภาวะโรคของประเทศไทยในปี ๒๕๕๔ พบว่า โรคจิตเวชทำให้เกิดภาวะโรค มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยการที่เสพเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นอันดับหนึ่งในเพศชาย มีสัดส่วนร้อยละ ๒๓ ของความสูญเสียปีสุขภาวะ และโรคซึมเศร้าในเพศหญิงมีสัดส่วนร้อยละ ๑๑ ของความสูญเสียปีสุขภาวะ โรคจิตเภทถือเป็นหนึ่งในโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์การรับรู้และพฤติกรรมโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารอื่นที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว เป็นโรคที่พบได้มากที่สุดและมีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช และพบมากเป็นอันดับ ๑ ของโรคทางจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่มีความบกพร่องหรือมีปัญหาทางสุขภาพจิต (Mental illness) เป็นผู้ที่ปัญหาเกี่ยวกับสังคมไม่สามารถหรือมีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบของตนมีการปรับตัวในชีวิตประจำวันที่ล้มเหลว ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะสร้างคุณค่า

หรือหาความหมายของชีวิตการดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างไร้จุดหมายมีความขมขื่น หนีออกจากความเป็นจริง มีการตอบสนองต่อบุคคลอื่นในลักษณะที่ไม่มีความแน่นอนพฤติกรรมที่แสดงออกไม่อยู่ในขอบข่ายที่สังคมยอมรับได้ แต่เพิ่มการดูแลรักษาเมื่อมีการป่วยทางจิตผู้ป่วยจะถูกนำเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทางจิตเวช ที่ส่วนใหญ่มักจะถูกสร้างอยู่ในที่ไกลจากชุมชนเนื่องจากแนวคิดที่ว่าหากอยู่ในชุมชนผู้ป่วยจะถูกรังเกียจและอาจทำความเดือดร้อนให้แก่ชุมชนได้

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่ายาต้านอาการทางจิตเป็นการบำบัดรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่มีประสิทธิภาพสามารถควบคุมอาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้เป็นอย่างดี อีกทั้งสามารถป้องกันการเกิดอาการกำเริบได้โดยยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้สงบ ป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเองและผู้อื่น การให้ยาอย่างต่อเนื่องในระยะยาวเป็นการให้ยาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะพบว่า ยามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการทางจิตและป้องกันการเกิดอาการกำเริบของโรคจิตเภทได้ดี แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งเป็นปัญหาหลักที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ร้อยละ ๕๐.๐ ในช่วง ๑ ปีแรกหลังการเจ็บป่วย และร้อยละ ๗๕.๐ ใน ๒ ปีหลังการเจ็บป่วย การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเนื่องจากข้อจำกัดหลายประการ เช่น ทัศนคติที่ไม่ดีต่องานสุขภาพจิต การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับงานสุขภาพจิต ความร่วมมือของงานสุขภาพจิตจากชุมชน การขาดแคลนบุคลากรทั้งจิตแพทย์และวิชาชีพอื่นของทีมสุขภาพจิต ความยากลำบากในการเดินทางมาขอรับบริการ ครอบครัวมีฐานะยากจน ล้วนทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้น้อยและไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องทำให้เกิดอาการกำเริบซ้ำของโรคจิตเวช

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทพบว่ามีหลายปัจจัย เช่น ๑) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เช่น การไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง มีทัศนคติความเชื่อต่อการเจ็บป่วยและการรักษาในทางลบ ระดับการศึกษาภาวะบกพร่องของระดับการรู้คิด ๒) ปัจจัยด้านการรักษาและการเจ็บป่วย ได้แก่ ฤทธิ์ข้างเคียงจากยาต้านอาการทางจิต ระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนาน ความทุกข์ทรมานจากความรุนแรงของอาการทางจิต ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจยากจนการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวและ ๔) ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยที่มีผลต่อทัศนคติในการรักษา พบว่า ทัศนคติต่อการรักษาในทางลบและการขาดการรับรู้และการยอมรับในการเจ็บป่วยของตนเองเป็นปัจจัยที่มีสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้สอดคล้องกับกับสถานการณ์ในประเทศไทยที่พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ๑) ผู้ป่วยที่มีความเชื่อและทัศนคติต่อการเจ็บป่วยและการรักษาความรู้เรื่องโรคและอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา ๒) ผู้ดูแลอาจขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภทหรือผู้ดูแลขาดการสนับสนุนผู้ป่วยในการมารับยา และ ๓) บุคลากรทางสุขภาพ การขาดการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบของโรคได้ซึ่งอาการกำเริบเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องเข้ารับการรักษาไว้ในโรงพยาบาลซ้ำและต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท สำหรับผู้ป่วยในคิดเป็น ๓๗๒ ล้านบาทต่อปี และสำหรับผู้ป่วยนอกคิดเป็น ๑๗๑ ล้านบาทต่อปี แม้ว่าการรับประทานยาด้านโรคจิตมีความสำคัญต่อผลการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ ๒๖.๐ ถึง ๔๑.๐ และการศึกษาของ Bressington, Mui, & Gray ในผู้ป่วยจิตเภท ๕๘๔ ราย ที่มารับบริการจากพยาบาลจิตเวชชุมชนในฮ่องกง พบว่า ร้อยละ ๓๐.๐ ของผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยยา ผลการวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นความสำคัญของปัญหาของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นอกจากนี้ Keith และ Kane พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยาเป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเวลาผ่านไปร้อยละ ๕๐.๐ ของผู้ป่วยทางจิตจะเปลี่ยนเป็นให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพียงบางส่วนหรือไม่ร่วมมือใน ๑ ปีและร้อยละ ๗๕.๐ ในสองปี ซึ่งการหยุดยาหรือรับประทานยาบางส่วนไม่ครบมีความสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคไม่ดี ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำบ่อยๆ ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดยา สภาพปัญหาดังกล่าวท้าทายแพทย์และพยาบาลจิตเวชที่จะทำบทบาทหน้าที่เพื่อดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมี

ความสุขและทำหน้าที่ตามศักยภาพได้ นอกจากนั้นยังพบว่า สาเหตุการกลับเป็นซ้ำที่สำคัญคือผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรค ขาดยาจิตเวชและขาดสถานบริการด้านสุขภาพจิต ขาดความตระหนักในการรับประทานยา การใช้สารเสพติด ความเครียดของผู้ป่วย ญาติหวาดกลัว เพื่อบรรเทาทุกข์ในการดูแลและสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ และแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เช่นเดียวกับ สถานการณ์การดำเนินงานผู้ป่วยจิตเวชในเครือข่ายสุขภาพอำเภอปทุมรัตน์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๓ อัตราการขาดยา พบว่าร้อยละ ๑๐.๖, ๑๑.๗๑ และ ๑๘.๙๔ ตามลำดับ การฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน ๑ ราย, ๕ ราย และ ๐ ราย ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยกำเริบ ๘ ราย, ๙ ราย และ ๙ ราย ตามลำดับ

ความร่วมมือในการรับประทานยา (Medication adherence) เป็นพฤติกรรมของบุคคลในการรับประทานยาอาหารและเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตด้วยความเต็มใจและเห็นด้วยกับคำแนะนำของบุคลากรผู้ให้การดูแลทางสุขภาพ การที่ผู้ป่วยจิตเภทจะสามารถดูแลตนเองและให้ความร่วมมือในการรับประทานยาทางจิตเวชได้ครบถ้วนและต่อเนื่องนั้น มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยาหลายประการ ซึ่งอาจจะสรุปปัจจัยที่สำคัญ ๓ ปัจจัยเช่น ๑) ผู้ป่วยจิตเภทมักจะถูกมองว่าเป็นโรคเรื้อรังและไม่สามารถรักษาให้หายได้ผู้ป่วยมักถูกประทุษร้ายและไม่ได้รับการยอมรับจากคนอื่นในสังคมผู้ป่วย มักได้รับยาที่รับประทานต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ผลการรักษาจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วย ๒) บุคลากรทางสุขภาพจิต แพทย์ พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพจิต สัมพันธภาพและบริการที่ผู้ป่วยได้รับเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา และ ๓) สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทอาจมีข้อจำกัดจากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยที่กล่าวไว้ในข้อแรกมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยจึงมีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งกระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย การประเมินสภาพ การให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล พยาบาลควรประยุกต์กระบวนการพยาบาลมาใช้ร่วมกับองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Stufflebeam, D.L.,& et al. ได้พัฒนาทฤษฎีการประเมินจนเป็นที่ยอมรับโดยทั่วกัน ทั้งนี้ มีพัฒนาการในการสร้างตัวแบบซีบีพี (CIPP model) ถึง ๕ ครั้ง การพัฒนาแบบ CIPP ครั้งที่ ๕ ของสตีฟเฟิลบีมได้กำหนดให้มีการประเมิน ๙ หมวด ได้แก่ ๑) การจัดทำข้อตกลงระหว่างผู้ประเมินกับผู้มีส่วนได้เสียเกี่ยวกับระเบียบวิธี งบประมาณ การวางแผนกิจกรรมร่วมกัน ๒) การประเมินผลบริบท เกี่ยวกับความต้องการผลประโยชน์และปัญหาภายใต้สภาพแวดล้อมที่กำหนด ๓) การประเมินผลปัจจัยนำเข้า เกี่ยวกับการวางแผนกิจกรรมและงบประมาณ ๔) การประเมินผลกระบวนการเกี่ยวกับการทำกิจกรรม การบันทึกผลการปฏิบัติงาน รายการติดตามผล ๕) การประเมินผลกระทบเกี่ยวกับผลกระทบต่อชุมชน ๖) การประเมินประสิทธิผลเกี่ยวกับผลลัพธ์จากการดำเนินกิจกรรม ๗) การประเมินความยั่งยืน เกี่ยวกับความต่อเนื่องในอนาคต ๘) การประเมินการกระจายแพร่กระจาย การกระจายไปยังชุมชนอื่น และ ๙) การประเมินผลสรุปยอดเป็นการสรุปผลรวบยอดจากรายงานการประเมินที่ใช้ระเบียบวิธีที่มีความแตกต่างกัน

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า โปรแกรมที่มีการผสมผสานหลายวิธีการเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา เช่น โปรแกรมที่ผสมผสาน cognitive behavioral techniques กับการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม และการดำเนินการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สำหรับระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม โปรแกรมที่ใช้ระยะเวลานานกว่าสามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาได้มากกว่า ตัวอย่างโปรแกรม Telephone-Nursing Intervention (TIPS); Intervention(TIPS) พยาบาลจิตเวชที่ได้รับการอบรมเป็นผู้โทรไปให้การดูแลและให้คำปรึกษากับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อจัดการกับปัญหา ช่วยเตือนและให้คำปรึกษาพิจารณาทางเลือกในการเผชิญปัญหาและจัดการกับอุปสรรคที่มีผลต่อการรับประทานยาผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการรับประทานยาระยะ ๓ เดือน (ร้อยละ ๘๐.๐) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ ๖๐.๑) สำหรับการประเมินผลลัพธ์ของความร่วมมือในการรับประทานยาในงานวิจัยที่ผ่านมาแต่ละโปรแกรมมีการประเมินผลแตกต่างกัน เช่น self-report, pill count และ urine test จากสภาพปัญหา

ดังกล่าวเครือข่ายสุขภาพอำเภอปทุมรัตน์ได้จัดทำ “โครงการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ห่วงใยผู้ป่วยจิตเภท” ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๑-๒๕๖๓ การดำเนินงานประกอบด้วยกิจกรรมหลัก เช่น กิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ลดอาการกำเริบจากการขาดยา การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน และให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการรักษา แต่ยังไม่มีการประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวม ดังนั้น ผู้ประเมินจึงได้ทำการวิจัยเชิงประเมินผลโครงการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ห่วงใยผู้ป่วยจิตเภทในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อนำผลการประเมินไปปรับปรุงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์การประเมิน

เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตประเมินโครงการใกล้บ้านใกล้ใจ ห่วงใยผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดการประเมิน

แนวคิดการประเมิน	โครงการที่ประเมิน	ผลการประเมิน
รูปแบบการประเมินตามแนวคิด CIPP model	โครงการใกล้บ้านใกล้ใจ ห่วงใยผู้ป่วยจิตเภท	บริบท: ความสอดคล้อง เหมาะสมของ วัตถุประสงค์ และเป้าหมาย
ประกอบด้วย		ปัจจัยนำเข้า: ความเหมาะสมของ ปัจจัย ที่เอื้อต่อการดำเนินโครงการ
๑.ประเมินบริบท		กระบวนการ: ความเหมาะสมของ การดำเนินงานโครงการที่มีส่วนร่วม
๒.ประเมินปัจจัยนำเข้า		ผลผลิต: การขาดยา และพฤติกรรม ของผู้ป่วย
๓.ประเมินกระบวนการ		
๔.ประเมินผลผลิต		

รูปแบบของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผลโครงการ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Stufflebeam, D.L., & et al. ที่ได้พัฒนาทฤษฎีการประเมินจนเป็นที่ยอมรับโดยทั่วกัน ทั้งนี้ มีพัฒนาการ ในการสร้างตัวแบบซีบีพี (CIPP model) ได้แก่ ๑) การจัดทำข้อตกลงระหว่างผู้ประเมินกับผู้มีส่วนได้เสีย เกี่ยวกับระเบียบวิธี งบประมาณ การวางแผนกิจกรรมร่วมกัน ๒) การประเมินผลบริบท เกี่ยวกับความต้องการผลประโยชน์และปัญหาภายใต้สภาพแวดล้อมที่กำหนด ๓) การประเมินผลปัจจัยนำเข้า เกี่ยวกับการวางแผนกิจกรรมและงบประมาณ ๔) การประเมินผลกระบวนการ เกี่ยวกับการทำกิจกรรม การบันทึกผล การปฏิบัติงานรายการติดตามผล และ ๕) การประเมินผลผลิต

ประชากรศึกษา ประชากรศึกษา ได้แก่ คณะกรรมการบริหารโครงการฯ ผู้รับผิดชอบโครงการในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับบริการและญาติ ๑๒๖ คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้รับบริการหรือญาติ ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำแนกเป็น ๓ กลุ่ม คือ (๑) ผู้ป่วย ๕๕ คน (๒) ญาติหรือผู้ดูแล ๕๕ คน และ (๓) เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลปทุมรัตน์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๖ คน รวม ๑๒๖ คน

วิธีการดำเนินการประเมิน การวิจัยเชิงประเมินผล เรื่อง โครงการใกล้บ้านใกล้ใจ ห่วงใยผู้ป่วยโรคจิต โดยใช้รูปแบบการประเมินตามแนวคิด CIPP Model ผู้ประเมินได้ดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

แหล่งข้อมูล ได้แก่ เอกสารผลการวิจัย ผลการประเมินตลอดรายงานหรือเอกสารที่เกี่ยวข้องต่างๆ คณะกรรมการดำเนินการโครงการฯ ผู้รับผิดชอบโครงการในโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ผู้ประเมินพัฒนาขึ้นจำนวน ๔ ฉบับ คือ

ฉบับที่ ๑ แบบสอบถามความคิดเห็นของคณะกรรมการดำเนินโครงการ แบ่งเป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ สถานภาพผู้ตอบ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการรับผิดชอบงานจิตเวช ความคิดเห็นต่อการดำเนินโครงการในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ เป็นสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า ๕ ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน ๒๔ ข้อ และข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ

ฉบับที่ ๒ แบบสอบถามความพึงพอใจของญาติ ต่อการดำเนินโครงการ สำหรับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย แบ่งเป็นข้อมูลทั่วไป ได้แก่ สถานภาพผู้ตอบ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ ความพึงพอใจต่อการดำเนินโครงการเป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า ๕ ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด จำนวน ๒๑ ข้อและข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ

ฉบับที่ ๓ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการดำเนินโครงการ สำหรับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า ๕ ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด จำนวน ๔ ข้อและข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ

ฉบับที่ ๔ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข^{๒๓} จำนวน ๑๘ ข้อ ประกอบด้วย ข้อ ๑ - ๑๐ ให้คะแนนตามผู้ป่วยบอก ข้อ ๑๑- ๑๘ ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย ให้วงกลมรอบระดับคะแนน ตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ ดังนี้ ไม่มีอาการ = ๑ คะแนน มีอาการขั้นต่ำสุด = ๒ คะแนน มีอาการเล็กน้อย = ๓ คะแนน มีอาการปานกลาง = ๔ คะแนน มีอาการค่อนข้างรุนแรง = ๕ คะแนน มีอาการรุนแรง = ๖ คะแนน และมีอาการรุนแรงมาก = ๗ คะแนนคะแนนรวมทั้งหมด ๑๘ - ๑๒๖ คะแนนโดยมีเกณฑ์การประเมิน คือ คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๓๖ คะแนน มีอาการระดับน้อย และคะแนนมากกว่า ๓๖ คะแนน มีอาการระดับมาก

ขั้นตอนการสร้าง และพัฒนาเครื่องมือ

๑. ศึกษาวิธีการสร้างแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามจากเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้หลักการและรูปแบบการสร้างข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม

๒. สร้างแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามที่ประกอบด้วยข้อคำถามตามกรอบการประเมิน

๓. ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความถูกต้องของภาษา แล้วจัดพิมพ์แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามฉบับร่าง

๔. นำแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามฉบับร่างเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของข้อคำถามและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

๕. นำแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจำนวน ๓ คน โดยพิจารณาข้อคำถามให้สอดคล้องกับประเด็นที่ต้องการสัมภาษณ์และนำผลพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่างข้อคำถามกับกรอบการประเมิน ผู้วิจัยได้คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ ๐.๕ ถึง ๑.๐ มาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

๖. นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๐ คนเพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษาที่ใช้และระยะเวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ นำผลที่ได้จากการทดลองใช้มาปรับปรุงเครื่องมือ

ประเมิน และจัดทำแบบประเมินฉบับสมบูรณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดย (๑) ผู้ประเมินได้ติดต่อประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (๒) ผู้ประเมินนัดวัน - เวลาในการสัมภาษณ์ พร้อมส่งแนวทางการสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลทราบล่วงหน้าก่อน และ (๓) ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ตามประเด็นที่ได้กำหนดไว้ และประเด็นอื่นๆ เพิ่มเติมที่ได้จากการสัมภาษณ์ ตลอดจนปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะต่าง ๆ เกี่ยวกับการดำเนินโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับจากการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือชนิดต่างๆ แล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ตามขั้นตอนต่อไปนี้

๑. ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และแบบสอบถามปลายเปิด ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) แล้วนำเสนอข้อมูลในรูปแบบเรียง

๒. ข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนที่ใช้แบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย (μ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) ของแต่ละด้าน โดยใช้ เกณฑ์ค่าเฉลี่ยในการแปลความผลค่าคะแนน การแปลความผลค่าคะแนนความคิดเห็นต่อการดำเนินโครงการในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ความพึงพอใจต่อโครงการ และความคิดเห็นต่อการดำเนินโครงการ โดยการแปลผลตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	๔.๕๑-๕.๐๐	มากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	๓.๕๑-๔.๕๐	มาก
คะแนนเฉลี่ย	๒.๕๑-๓.๕๐	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	๑.๕๑-๒.๕๐	น้อย
คะแนนเฉลี่ย	๑.๐๐-๑.๕๐	น้อยที่สุด

๓. ข้อมูลจากแบบสอบถาม ในส่วนที่ใช้แบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย (μ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (σ) ของแต่ละด้าน โดยใช้เกณฑ์เฉลี่ยที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญร่วมกันพิจารณา แล้วแปลความหมายของคะแนน ดังนี้

การประเมินด้านบริบท	ใช้เกณฑ์เฉลี่ยที่ระดับ ๓.๖๐ ขึ้นไป
การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า	ใช้เกณฑ์เฉลี่ยที่ระดับ ๓.๑๕ ขึ้นไป
การประเมินด้านกระบวนการ	ใช้เกณฑ์เฉลี่ยที่ระดับ ๓.๖๕ ขึ้นไป

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเลขที่ COE ๐๓๒๒๕๖๔ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวิธีการดำเนินการวิจัยวัตถุประสงค์และรายละเอียดขั้นตอนการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม การสนทนากลุ่มจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมและผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้นต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๑. ด้านบริบทโครงการฯ พบว่า คณะกรรมการโครงการฯ ทั้งหมด ๑๖ คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง ๑๓ คน (๘๑.๓๐%) ตำแหน่งเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๑๐ คน (๖๒.๕๐%) จบการศึกษาปริญญาตรี ๑๔ คน (๘๗.๕๐%) และมีฐานระยะเวลาปฏิบัติงานด้านจิตเวชมาแล้ว ๖ ปี

๒. การประเมินโครงการฯ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการ โดยรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ($\mu = ๔.๕๓, \sigma = ๐.๔๐$; $\mu = ๓.๖๗, \sigma = ๐.๕๕$; $\mu = ๔.๓๐, \sigma = ๐.๔๘$) ตามลำดับ และผลการประเมินผ่านเกณฑ์ทุกด้าน ดังแสดงในตารางที่ ๑ และ ๒

ตารางที่ ๑ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคณะกรรมการโครงการ (N= ๑๖)

	ลักษณะทางประชากร	N(%)
เพศ	ชาย	๓(๑๘.๘๐)
	หญิง	๑๓(๘๑.๒๐)
ตำแหน่ง	แพทย์	๓(๑๘.๘๐)
	พยาบาลจิตเวช	๑(๖.๒๕)
	เภสัชกร	๒(๑๒.๕๐)
	เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	๑๐(๖๒.๕๐)
วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรี	๑๔(๘๗.๕๐)
	สูงกว่าปริญญาตรี	๒(๑๒.๕๐)
ระยะเวลาปฏิบัติงาน	Median = ๖.๐๐, IRQ= ๘.๒๕	

ตารางที่ ๒ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการประเมินด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการของโครงการโดยรวม และเป็นรายด้านของเจ้าหน้าที่ (N=๑๖)

รายการประเมิน	$\mu(\sigma)$	ระดับการประเมิน	ผลการประเมิน
ด้านบริบท			
๑. โครงการสอดคล้องกับนโยบายการดำเนินงานของโรงพยาบาล	๔.๕๐(๐.๕๒)	มากที่สุด	ผ่านเกณฑ์
๒. วัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล	๔.๕๐(๐.๕๒)	มากที่สุด	ผ่านเกณฑ์
๓. วัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับสภาพสังคมปัจจุบัน	๔.๗๕(๐.๔๕)	มากที่สุด	ผ่านเกณฑ์
๔. โครงสร้างของโครงการประกอบด้วย การศึกษาสภาพปัญหา การวางแผน การดำเนินงานและการประเมินผล	๔.๓๗(๐.๗๑)	มาก	ผ่านเกณฑ์
๕. สถานที่ในการดำเนินโครงการมีความสะดวกสบายและเหมาะสม	๔.๓๗(๐.๕๐)	มาก	ผ่านเกณฑ์
๖. การดำเนินโครงการมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล	๔.๖๘(๐.๕๗)	มากที่สุด	ผ่านเกณฑ์
เฉลี่ยโดยรวม	๔.๕๓(๐.๔๐)	มากที่สุด	ผ่านเกณฑ์
ด้านปัจจัยนำเข้า			
๑. เจ้าหน้าที่ในการดำเนินโครงการมีจำนวนเพียงพอ	๔.๖๖(๑.๐๑)	มากที่สุด	ผ่านเกณฑ์
๒. ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการดำเนินโครงการมีความเหมาะสม	๓.๘๑(๐.๗๕)	มาก	ผ่านเกณฑ์
๓. ยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ในโครงการมีจำนวนเพียงพอและเหมาะสม	๔.๕๐(๐.๕๒)	มากที่สุด	ผ่านเกณฑ์

๔. รถยนต์ที่เป็นพาหนะในการเยี่ยมบ้านมีความพร้อมและเพียงพอ	๓.๙๔(๐.๗๗)	มาก	ผ่านเกณฑ์
๕. งบประมาณในการดำเนินโครงการมีเพียงพอและเหมาะสม	๓.๕๓(๐.๖๒)	ปานกลาง	ผ่านเกณฑ์
เฉลี่ยโดยรวม	๓.๖๗(๐.๕๕)	มากที่สุด	ผ่านเกณฑ์
ด้านกระบวนการ			
๑. มีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้าและคัดออกจากโครงการอย่างชัดเจน	๔.๑๒(๐.๖๒)	มาก	ผ่านเกณฑ์
๒. ระยะเวลาในการดำเนินโครงการเหมาะสม	๔.๒๕(๐.๕๗)	มาก	ผ่านเกณฑ์
๓. ผู้ดำเนินโครงการ ได้ให้ผู้ป่วยและญาติลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการ	๔.๑๘(๐.๙๑)	มาก	ผ่านเกณฑ์
๔. มีการดำเนินการตามกิจกรรมที่โครงการกำหนดอย่างครบถ้วน	๔.๓๑(๐.๖๐)	มาก	ผ่านเกณฑ์
๕. มีแผนการจัดกิจกรรมในโครงการอย่างชัดเจนและเป็นระบบ	๔.๑๖(๐.๘๔)	มาก	ผ่านเกณฑ์
๖. เจ้าหน้าที่ที่ออกเยี่ยมบ้านมีการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวและวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน	๔.๑๖(๐.๗๕)	มาก	ผ่านเกณฑ์
๗. เจ้าหน้าที่มีการประเมินผู้ป่วยจิตเภท ตามแบบติดตามจิตเวชเรื่องจริงในชุมชน ๑๐ ด้าน	๔.๓๗(๐.๔๗)	มาก	ผ่านเกณฑ์
๘. เจ้าหน้าที่มีการสอบถามเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมถึงปฏิบัติตามแผนการรักษาผู้ป่วยรายบุคคลอย่างเหมาะสม	๔.๓๑(๐.๔๗)	มาก	ผ่านเกณฑ์
๙. มีการจัดเตรียมยาและเวชภัณฑ์ก่อนนำส่งอย่างถูกต้องโดยเภสัชกร	๔.๖๒(๐.๕๐)	มากที่สุด	ผ่านเกณฑ์
๑๐. ผู้ป่วยได้รับการประเมินการกินยาที่ถูกต้อง ครบถ้วนและถูกต้องสม่ำเสมอ	๔.๓๑(๐.๖๐)	มาก	ผ่านเกณฑ์
๑๑. มีการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลถึงรพ.สต.ในเครือข่ายบริการสุขภาพตามเวลาที่กำหนด ครบถ้วนและถูกต้อง	๔.๓๗(๐.๘๐)	มาก	ผ่านเกณฑ์
๑๒. เจ้าหน้าที่ที่ได้ให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงอาการเบื้องต้นที่ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบหรืออาการที่เป็นผลข้างเคียงจากยา	๔.๓๗(๐.๗๒)	มาก	ผ่านเกณฑ์

๑๓. เจ้าหน้าที่ที่มีการบันทึกและสรุปลง
ที่ได้จากการเยี่ยมลงในแบบติดตาม

ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน รวมถึงแจ้งการ นัดหมายครั้งต่อไป	๔.๓๑(๐.๗๐)	มาก	ผ่านเกณฑ์
เฉลี่ยโดยรวม	๔.๓๐(๐.๔๘)	มาก	ผ่านเกณฑ์

๓. ด้านผลผลิต พบว่า ผู้รับบริการทั้งหมด ๕๕ คน ส่วนใหญ่เป็นหญิง ๓๑ คน (๕๖.๔๐%) อายุมากกว่า ๖๐ ปี ๑๙ คน (๓๔.๕๐%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ๓๒ คน (๕๘.๒๐%) อาชีพเกษตรกร ๔๖ คน (๘๓.๖๐%) รายได้ ๑๐,๐๐๑ - ๒๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน ๒๖ คน (๔๗.๓๐%) ระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการตั้งแต่ ๓ - ๕ ปี ๓๑ คน (๕๖.๔๐%) และสถานภาพผู้ตอบเป็นญาติ จำนวน ๒๐ คน (๓๖.๔๐%)

๔. ผู้รับบริการทั้งหมด ๕๕ คนมีความพึงพอใจต่อโครงการ ฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\mu = ๔.๔๖, \sigma = ๐.๐๘$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านผู้ให้บริการมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\mu = ๔.๕๗, \sigma = ๐.๔๙$) รองลงมา คือ ด้านขั้นตอน/ระยะเวลาการบริการ ($\mu = ๔.๔๓, \sigma = ๐.๕๒$) และด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก ($\mu = ๔.๔๑, \sigma = ๐.๕๕$) ตามลำดับ ดังตารางที่ ๓-๔

ตารางที่ ๓ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้รับบริการ (N= ๕๕)

	ลักษณะทางประชากร	N(%)
เพศ	ชาย	๒๔(๔๓.๖๐)
	หญิง	๓๑(๕๖.๔๐)
อายุ	< ๒๐ ปี	๑(๑.๘๐)
	๒๐ - ๓๐ ปี	๓(๕.๕๐)
	๓๑ - ๔๐ ปี	๑๑(๒๐.๐)
	๔๑ - ๕๐ ปี	๕(๙.๑๐)
	๕๑ - ๖๐ ปี	๑๖(๒๙.๑๐)
	> ๖๐ ปี	๑๙(๓๔.๕๐)
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	๓๒(๕๘.๒๐)
	มัธยมศึกษา	๒(๓.๖๐)
	อนุปริญญา / ปวส.	๑๘(๓๒.๗๐)
	ปริญญาตรี	๒(๓.๖๐)
	สูงกว่าปริญญาตรี	๓(๕.๕๐)
อาชีพ	เกษตรกร	๔๖(๘๓.๖๐)
	ค้าขาย	๒(๓.๖๐)
	รับจ้าง	๒(๓.๖๐)
	อื่นๆ	๕(๙.๑๐)
รายได้ต่อเดือน	ต่ำกว่า ๓,๐๐๐ บาท	๒๑(๓๘.๒๐)
	๓,๐๐๑ - ๕,๐๐๐ บาท	๔(๗.๓๐)
	๕,๐๐๑ - ๑๐,๐๐๐ บาท	๑(๑.๘๐)
	๑๐,๐๐๑ - ๒๐,๐๐๐ บาท	๒๖(๔๗.๓๐)
	มากกว่า ๒๐,๐๐๐ บาท	๓(๕.๕๐)

ระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการ	< ๑ ปี	๘(๑๔.๕๐)
	๑ - ๓ ปี	๔(๗.๓๐)
	๓ - ๕ ปี	๓๑(๕๖.๔๐)
	> ๕ ปี	๑๒(๒๑.๘๐)
สถานภาพผู้ตอบ	พ่อ/แม่	๑๗(๓๐.๙๐)
	สมรส/บุตร	๑๓(๒๓.๖๐)
	คู่	๒๐(๓๖.๔๐)
	ญาติ ผู้ดูแล	๕(๙.๑๐)

ตารางที่ ๔ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อโครงการของผู้รับบริการฯ (N=๕๕)

รายการประเมิน	$\mu(\sigma)$	ระดับความพึงพอใจ
๑.ด้านขั้นตอน/ระยะเวลาการบริการ	๔.๔๓(๐.๕๒)	มาก
๒.ด้านผู้ให้บริการ	๔.๕๗(๐.๔๙)	มากที่สุด
๓.ด้านสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก	๔.๔๑(๐.๕๕)	มาก
เฉลี่ยโดยรวม	๔.๔๖(๐.๐๘)	มาก

๕. ญาติทั้งหมด ๕๕ คน มีความคิดเห็นต่อโครงการ ฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\mu = ๔.๕๙, \sigma = ๐.๖๗$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าโครงการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\mu = ๔.๖๒, \sigma = ๐.๕๖$) รองลงมา คือ โครงการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยและญาติได้ ($\mu = ๔.๖๑, \sigma = ๐.๖๕$) และโครงการช่วยลดระยะเวลารอคอยเพื่อมารับตามนัดที่โรงพยาบาล ($\mu = ๔.๕๘, \sigma = ๐.๖๕$) ตามลำดับ และผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อย (≤ ๓๖ คะแนน) จำนวน ๔๓ คน (๗๘.๒๐%) ดังแสดงในตารางที่ ๕ และ ๖

ตารางที่ ๕ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นต่อโครงการของญาติ (N=๕๕)

รายการประเมิน	$\mu(\sigma)$	ระดับความคิดเห็น
๑.โครงการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม	๔.๕๕(๐.๖๓)	มากที่สุด
๒.โครงการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายการเดินทางมารับยาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยและญาติได้	๔.๖๑(๐.๖๕)	มากที่สุด
๓.โครงการช่วยลดระยะเวลารอคอยเพื่อมารับตามนัดที่โรงพยาบาล	๔.๕๘(๐.๖๕)	มากที่สุด
๔.โครงการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง	๔.๖๒(๐.๕๖)	มากที่สุด
เฉลี่ยโดยรวม	๔.๕๙(๐.๖๗)	มากที่สุด

ตารางที่ ๖ จำนวน ร้อยละ และระดับอาการทางจิตของผู้รับบริการ

ระดับอาการทางจิต	N(%)
มีอาการระดับน้อย (<๓๖ คะแนน)	๔๓(๗๘.๒๐)
มีอาการระดับมาก (>๓๖ คะแนน)	๑๒(๒๑.๘๐)

วิจารณ์

ผลการประเมินโครงการฯ โดยรวม ทั้ง ๓ ด้าน คือบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด และผลการประเมินผ่านเกณฑ์ทุกด้านสอดคล้องกับการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชสำหรับเขตสุขภาพที่ ๗ ที่ดำเนินงานโครงการในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ พบว่า ปัจจัยด้านบริบท มีความสอดคล้องระหว่างความจำเป็นของการดำเนินโครงการกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบ Service Plan ที่กำหนดลงมาถึงระดับเขตสุขภาพ และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกรมสุขภาพจิต ในด้านเสริมสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายในการดำเนินงานสุขภาพจิต ตลอดจนสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ และพันธกิจของโรงพยาบาลปทุมรัตน์ ด้านปัจจัยนำเข้ามีความเพียงพอด้านงบประมาณ บุคลากร และสถานที่ เพราะมีต้นทุนจากโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของกรมสุขภาพจิต อยู่ก่อนแล้ว ด้านกระบวนการ พบว่า แพทย์ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลปทุมรัตน์ มีความรู้เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคจิตเวชเพิ่มขึ้น มีความมั่นใจในการรักษาและส่งต่อผู้ป่วยโรคจิตเวชมากขึ้น มีความพึงพอใจต่อคู่มือการใช้ยาทางจิตเวชในระดับมากถึงมากที่สุดเป็นส่วนใหญ่ และผลจากการวิจัยประเมินผลนี้ ทำให้พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาตามระบบดังกล่าว มีอาการดีขึ้นมีการมารับยาต่อเนื่องและการกลับเป็นซ้ำลดลง

ในทำนองเดียวกับผลการประเมินผลโครงการการพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการแพทย์จิตเวช งานบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชสวนปรุง พบว่า ด้านบริบท วัตถุประสงค์โครงการสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมศึกษาต่อด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (๘๒.๔๘%) บุคลากรพยาบาลทุกระดับหมุนเวียนการปฏิบัติงานทุก ๒ ปี ด้านปัจจัยนำเข้า แผนการดำเนินงานตามข้อกำหนดการออกแบบ ISO ๙๐๐๑: ๒๐๐๐ ผู้รับผิดชอบโครงการเป็นผู้นำทางการพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถด้านการพยาบาลจิตเวชและการพัฒนาคุณภาพ ด้านกระบวนการมีการประชุมทีมผู้รับผิดชอบโครงการร่วมกับทีมพยาบาลวิชาชีพ และใช้กระบวนการ Plan Do Study Act และด้านผลลัพธ์ความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์จิตเวช และพยาบาลวิชาชีพผ่านเกณฑ์ประเมินผลการบันทึกทางการแพทย์จิตเวชเพิ่มขึ้น เป็น ร้อยละ ๗๔.๕๘ และร้อยละ ๔๒.๔๐ ตามลำดับ

ส่วนด้านผลผลิตของโครงการฯ พบว่า ผู้รับบริการหรือญาติมีความพึงพอใจต่อโครงการฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีความคิดเห็นต่อโครงการ ฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และจำนวนผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อยเพิ่มขึ้น จำนวน ๔๓ คน (๗๘.๒๐%) พบผลเช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ได้พัฒนาระบบการดูแลติดตามการดูแลต่อเนื่อง การค้นหา คัดกรอง ส่งต่อเข้ารับรักษาและการเยี่ยมบ้านโดยการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อหาสาเหตุปัญหา ประชุมทีมงานเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/เครือข่ายชุมชน ร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหา และรูปแบบการดำเนินงานเพื่อให้ได้แนวทางที่สามารถนำมาปฏิบัติได้และเหมาะสมกับบริบทชุมชน ให้ความรู้แก่เครือข่ายชุมชนประกอบด้วย อสม./ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่นและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการค้นหา/คัดกรองและการเฝ้าระวังจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อ การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชให้มีความต่อเนื่องและครอบคลุมทั้งในสถานบริการและชุมชน โดยใช้แบบติดตามเยี่ยมบ้านและการแบ่งความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเครือข่ายชุมชนในการออกเยี่ยมแต่ละครั้ง พัฒนาระบบการติดตามการนัดรับยาในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ โดยนวัตกรรมคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทุกราย และทางโทรศัพท์ในรายที่ไม่มารับยาตามนัดหรือใกล้วันนัดรับยา พัฒนาการมีส่วนร่วม

ของเครือข่ายในชุมชนในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เผ่าระวังและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน มีอาการทางจิตกำเริบโดยการประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในชุมชนได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต./ ญาติ/อพพร./ผู้นำชุมชน/อสม/อปท./ตำรวจ ในการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาและการกักขังต่อเนื่อง และการติดตามและประเมินผล ทุก ๓ เดือน ส่งผลให้ผลการดำเนินงานในปี พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๑ พบว่า อัตราผู้ป่วยจิตเวชมารับยาตามนัด ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำเพิ่มจาก(๘๑.๑๒%) เพิ่มเป็น (๙๐.๑๒%) อัตราผู้ป่วยจิตเวชได้รับการติดตามต่อเนื่อง/เยี่ยมบ้าน (๖๔.๕๔%) เพิ่มเป็น (๙๓.๒๕%) อัตราการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการกลับเป็นซ้ำไปโรงพยาบาลจิตเวชลดลงจาก ๒๗.๖๔% เป็น ๒.๓% และอัตราประชาชนได้รับการคัดกรองโรคจิต และเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้นเป็น (๑๐๐%) หลังจากดำเนินกิจกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีความรู้อยู่ในระดับสูง (๖๖.๖๗%) ญาติเครือข่ายในชุมชนมีความรู้อยู่ในระดับสูง (๘๔.๖๒%) และผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีทักษะการดูแลอยู่ในระดับสูง (๑๐๐%) และญาติเครือข่ายในชุมชนมีทักษะการดูแลอยู่ในระดับสูง(๙๒.๒๓%)

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับศึกษาของทศกัญญาณี เสียงเพราะ พบว่าผลการจัดกิจกรรมให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ในชุมชนต้นแบบการสร้างและดำเนินงานของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อบรมแกนนำเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือระดับหมู่บ้านให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ ปรับทัศนคติในชุมชนเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ ระบบการจัดเก็บข้อมูลระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด และการเยี่ยมบ้าน ซึ่งแต่ละกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่ชุมชนต้องการพัฒนาให้มีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน นำรูปแบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำที่ได้เป็นโครงการนำร่องไปใช้ในผู้ป่วยจำนวน ๑๗ คน เป็นระยะเวลา ๑ เดือนโดยนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง ๑๗ คน ชี้แจงผู้เข้าร่วมการศึกษาเกี่ยวกับรายละเอียดของการวิจัย ซึ่งครอบคลุมถึงวัตถุประสงค์งานวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่ออาสาสมัครและให้ลงนามในใบยินยอมด้วยความสมัครใจให้อาสาสมัครกรอก ภายหลังจากพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่า การกักขังยาสม่ำเสมอและความสามารถโดยรวมดีขึ้น และกลุ่มตัวอย่างไม่มีกลับมาเข้ามานอนโรงพยาบาลซ้ำที่หอผู้ป่วยจิตเวชในระหว่างการวิจัยถึงร้อยละ ๑๐๐

การที่ผลการประเมินผลโครงการปรากฏเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการดำเนินงานของโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโครงการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ห่วงใยผู้ป่วยโรคจิตในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลปทุมรัตน์ครั้งนี้ เป็นไปตามวัตถุประสงค์และกระบวนการที่กำหนดไว้ จากการดำเนินงาน ได้เห็นถึงการพัฒนารูปแบบบริการที่มีคุณภาพ มีการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตที่ต่อเนื่อง โดยส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล การมีกิจกรรมร่วมกันและคอยสังเกตอาการผิดปกติเพื่อจัดการดูแลช่วยเหลือได้ทันจะส่งผลดีต่อการควบคุมอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเวชได้ การประสานความร่วมมือไปยังญาติเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชนและมีเพื่อนบ้านและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนให้การยอมรับเกิดการสนับสนุนในด้านต่างๆจากผู้นำชุมชน ก็มักส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว ได้รับการดูแลและลดความรุนแรงและผลกระทบต่อการเป็นผู้ป่วยจิตเวชได้ ตลอดจนการสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะต้องอาศัยความร่วมมือและดำเนินการที่มีประสิทธิภาพมีผลในการลดจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่กลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย อันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองรู้สึกตนเอง นอกจากนี้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนครั้งนี้ เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การจัดตั้งเป็นทีมเครือข่ายที่มาจากหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆเข้ามามีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการดูแล มีการจัดอบรมให้ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแลหรือญาติ จิตอาสา อสม.อย่างเหมาะสม มีการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ประจำและพยาบาลจิตเวชของโรงพยาบาลและการติดตามของเจ้าหน้าที่รพ.สต.และชุมชนที่เกี่ยวข้องในการดูแล เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยให้เป็นไปด้วยความสะดวก รวดเร็ว คงไว้ซึ่งคุณภาพการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ

กล่าวได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนั้น ครอบครัวถือว่าเป็นหน่วยที่มีบทบาทในการดูแล การจัดการกับอาการทั้งด้านร่างกายและใจ การจัดการสิ่งแวดล้อมช่วยลดสิ่งกระตุ้นที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย

และการส่งต่อข้อมูลกับชุมชนหรือโรงพยาบาล ส่วนภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในสร้างทีมติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว เฝ้าระวังและรายงานพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและติดตามเยี่ยมบ้าน ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงส่งผลให้ผู้รับบริการหรือญาติได้รับประโยชน์การจากโครงการฯ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำโครงการนี้ไปแก้ปัญหาในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ภาคีเครือข่ายนำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทไปขยายผลและออกแบบบริการและสร้างความร่วมมือของในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน โดยกำหนดมาตรการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย องค์กรชุมชน ในการสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน

๖.๒ ผลการศึกษาที่ได้นำไปวางแผนพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการและการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชนร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีช่องทางด่วนในการส่งต่อ การเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว รวมถึงการลดอัตราการขาดนัดขาดยา

๖.๓ ส่งเสริมให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนรับรู้ข้อมูลและยอมรับและร่วมกันแก้ปัญหาของผู้ป่วยสุขภาพจิตโดยการทำ ความเข้าใจกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและบริบทสิ่งแวดล้อมให้มีระบบการดูแลในชุมชนที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่

๖.๔ พัฒนาระบบบริการร่วมกันของรพ.สต.และอสม.ในการส่งมอบยาให้กับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน และมีการจัดระบบที่เลี้ยงติดตามเฝ้าระวัง ส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชน

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ ในการดำเนินงานพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อให้ระบบบริการมีคุณภาพได้มาตรฐาน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในการสร้างความรู้ความเข้าใจและพัฒนาไปในแนวทางเดียวกัน โดยเฉพาะในการดูแลแบบใกล้บ้านใกล้ใจของผู้ป่วย ภายหลังที่ได้มีระบบการส่งต่อการดูแลรักษาต่อเนื่องไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิทั้ง ๑๓ แห่ง ผู้วิจัยจึงได้ประเมินติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดการกำเริบ ขาดนัด ขาดยา

๗.๒ ต้องประสานงานและจัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจในการเก็บข้อมูลประชุมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคลินิกสุขภาพจิต และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.ในเครือข่าย ๑๓ แห่ง เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกัน ในการเก็บข้อมูล

๗.๓ ต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวชและการประสานงานในระดับอำเภอ

๗.๔ รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเพื่อประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและแบบสัมภาษณ์ มีความยุ่งยากในการค้นหาเอกสาร วรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง ต้องใช้ผู้สัมภาษณ์ที่มีความรู้และทักษะในการสัมภาษณ์ การวิเคราะห์ รวบรวม เรียบเรียงข้อมูล รวมไปถึงการอภิปรายผลต้องใช้เวลาในการศึกษาเพิ่มเติม การปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้มาซึ่งความถูกต้องสมบูรณ์

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ ขาดมีความรู้ความเข้าใจความร่วมมือของบุคลากรในพื้นที่ มีการสนับสนุนด้านบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากข้อจำกัดด้านจำนวนแพทย์และมีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง

๘.๒ การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานยังมีน้อย

๙. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเรื่อง การวิจัยเชิงประเมินผลโครงการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ห่วงใยผู้ป่วยโรคจิตใน
หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลปทุมรัตน์ ผู้วิจัยพบประเด็นที่เป็นข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาดังนี้
ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

๑. ผลการประเมินบริบท พบว่า ความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล
ประเด็นความรู้และทักษะการจัดการผู้ป่วยจิตเวช เสนอแนะให้มีการอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการจัดการ
ผู้ป่วยจิตเวช สำหรับผู้รับผิดชอบจิตเวชในโรงพยาบาลส่งพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น(อปท.) ผู้นำชุมชน และตำรวจทุกปี ๆ ละครั้ง เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและความมั่นใจ
ในการจัดการกับผู้ป่วยโรคจิตเวช

๒. ควรมีการเสริมสร้างความร่วมมือของบุคลากรในพื้นที่ โดยสร้างเครือข่ายการ
ทำงาน มีการสนับสนุนด้านบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น จัดให้มีการจัดการความรู้ที่มีประสิทธิภาพ และ
ประเมินผลเป็นระยะ เพิ่มพี่เลี้ยงทางวิชาการ โดยจิตแพทย์และมีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือว่าเป็น
ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง

๓. ควรปรับปรุงขั้นตอนหรือกิจกรรมบางอย่างของโครงการ เช่น ประชาสัมพันธ์
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงาน ตั้งแต่เริ่มดำเนินการให้ประชาชนในชุมชนรับทราบอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

๑. ควรศึกษาเรื่องความคาดหวังของประชาชนต่อบทบาทของหน่วยงาน หรือผู้ที่มี
ส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคจิตเวชเพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงให้สอดคล้องกับ
ความต้องการของประชาชน

๒. การศึกษาวิจัยในพื้นที่อื่นๆ ควรศึกษาการมีส่วนร่วมในการทำงานระบบบริการ
ผู้ป่วยโรคจิตเวชกับบุคลากรสาธารณสุข และประชาชน

๓. ควรศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชนโดยใช้กระบวนการต่างๆ


๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

มีการเผยแพร่ผลงานวิชาการของข้าราชการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรม
ทางสุขภาพ ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๑ เมื่อเดือน ตุลาคม ๒๕๖๔ - เมษายน ๒๕๖๕

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นายเอกชัย พลหนองคุณ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %
- ๒) สัดส่วนของผลงาน.....
- ๓) สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ


(ลงชื่อ)


(นายเอกชัย พลหนองคุณ)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)

(วันที่) ๑๓ / ก.ย / ๖๕

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายเอกชัย พลหนองคุณ	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

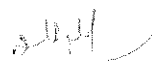
(ลงชื่อ) 

(นายพงษ์เฉลย พลอยวิเลิศ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปทุมรัตน์

(วันที่) ๑๗ / ๗ / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายปิติ หังไพศาล)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

(วันที่) 29 ก.ย. 2565

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอปทุมรัตต์

๒. หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์การรับรู้และพฤติกรรมโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารอื่นที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว เป็นโรคที่พบได้มากที่สุดและมีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวชและพบมากเป็นอันดับ ๑ ของโรคทางจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่มีความบกพร่องหรือมีปัญหาทางสุขภาพจิต (Mental illness) ซึ่งผลกระทบต่อผู้ป่วยพบว่า มีความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม มีปัญหาเกี่ยวกับสังคมไม่สามารถหรือมีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบของตน มีการปรับตัว ในชีวิตประจำวันที่ล้มเหลว ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะสร้างคุณค่าหรือหาความหมายของชีวิตการดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างไร้จุดหมายมีความขมขื่นหนีออกจากความเป็นจริง มีการตอบสนองต่อบุคคลอื่นในลักษณะที่ไม่มีความแน่นอนพฤติกรรมที่แสดงออกไม่อยู่ในขอบข่ายที่สังคมยอมรับได้ ในการดูแลรักษาเมื่อมีการป่วยทางจิตผู้ป่วยจะถูกนำเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลทางจิตเวช ที่ส่วนใหญ่มักจะถูกสร้างอยู่ในที่ไกลจากชุมชนเนื่องจากแนวคิดที่ว่าหากอยู่ในชุมชนผู้ป่วยจะถูกรังเกียจและอาจทำความเดือดร้อนให้แก่ชุมชนได้ ปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างรวดเร็ว

สถานการณ์การเจ็บป่วยของโรคจิตเภทโรงพยาบาลปทุมรัตต์ ซึ่งมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่จากปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท (F๒๐-F๒๙) จำนวนครั้งของผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวน ๑,๙๐๗, ๒,๑๔๕ และ ๑,๖๗๕ ครั้ง ตามลำดับ จากผลการดำเนินงานพบว่า มีอัตราการขาดนัดขาดยา โดยพบว่าในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ มีอัตราการขาดนัด ๑๘.๙๔, ๕.๓๒ และ ๑๓.๐๐ ตามลำดับ ส่วนอัตราผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำพบ ร้อยละ ๑.๙๒, ๒.๐๒ และ ๒.๐๙ ตามลำดับ จะเห็นว่าในปี ๒๕๖๕ พบอัตราการขาดนัดเพิ่มขึ้น จากการทบทวนร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ พบว่า สาเหตุของการขาดนัดเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากสถานการณ์โรคระบาด Covid-๑๙ ซึ่งได้ทำการปรับระบบจัดส่งยาไปให้ผู้ป่วยถึงบ้าน ต่อมาโรคระบาดมีแนวโน้มลดลง จึงประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยกลับมารับยาที่โรงพยาบาลเหมือนเดิม อัตราผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบซ้ำรุนแรง (Relapse) มีแนวโน้มลดลง เนื่องจาก มีการดำเนินโครงการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง และผู้ป่วยเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน (SMI-V) ติดตามเยี่ยมโดย อสม. ผู้รับผิดชอบรพ.สต. โรงพยาบาลจิตเวช และเภสัชกร ในรายยุ่งยากซับซ้อนทุกราย และจากการใช้กลยุทธ์ ๓C คือ Client ,Care/Care giver, Community service

จากการทบทวนพบว่า ในกลุ่มที่ขาดนัดขาดยา ส่วนใหญ่ไม่มีผู้ดูแลรับประสานยาไม่ต่อเนื่องและไม่ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ บางรายมีพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติดร่วมด้วยส่งผลให้ขาดยาและมีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน ครอบครัวและชุมชนเกิดความเดือดร้อน หวาดกลัว ไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยด้อยโอกาสทางสังคม ส่งผลต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากสภาพปัญหาดังกล่าวเครือข่ายสุขภาพอำเภอปทุมรัตต์จึงได้จัดทำ “โครงการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ห่วงใยผู้ป่วยจิตเภท” ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๑-๒๕๖๓ การดำเนินงานประกอบด้วยกิจกรรมหลัก เช่น กิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ลดค่าใช้จ่าย ในการเดินทางมาโรงพยาบาล ลดอาการกำเริบจากการขาดยา การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชนและให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการรักษา และมีการศึกษาและประเมินผลการดำเนินงานโครงการในภาพรวม เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตประเมินโครงการใกล้บ้านใกล้ใจ ห่วงใยผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ประสิทธิภาพการจัดโครงการใกล้บ้านใกล้ใจของคลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลปทุมรัตต์ ด้านผู้รับบริการหรือญาติ มีความพึงพอใจต่อโครงการโดยรวมอยู่ในระดับมาก

มีความคิดเห็นต่อโครงการ ฯ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และจำนวนผู้ป่วยมีอาการทางจิตอยู่ในระดับน้อยเพิ่มขึ้น จำนวน ๔๓ คน (๗๘.๒๐%)

จากผลการศึกษาดังกล่าว พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนั้น มีการการหยุดยาหรือรับประทานยาบางส่วนไม่ครบมีความสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคไม่ดีผู้ป่วย ที่มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำบ่อยๆ ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดยา สภาพปัญหาดังกล่าวทำทนายแพทย์และพยาบาลจิตเวชที่จะทำพบทบทวนหน้าที่ซึ่งครอบครัวและชุมชนถือว่าเป็นหน่วยที่มีบทบาทในการดูแล การจัดการกับอาการทั้งด้านร่างกายและใจ การจัดการสิ่งแวดล้อมช่วยลดสิ่งกระตุ้นที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย และการส่งต่อข้อมูลกับชุมชนหรือโรงพยาบาล นอกจากนี้ ภาศิเครือข่ายในชุมชนก็เป็นส่วนร่วมที่สำคัญในการสร้างทีมติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว เฝ้าระวังและรายงานพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและติดตามเยี่ยมบ้าน ดังนั้น จึงได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปทุมรัตต์ขึ้น เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้รับบริการหรือญาติชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขและทำหน้าที่ตามศักยภาพได้ และเป็นต้นแบบแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำโครงการนี้ไปแก้ปัญหาในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางแก้ไข

จากผลการประเมินผลโครงการ ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ห่วงใยผู้ป่วยโรคจิตในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ โรงพยาบาลปทุมรัตต์ครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล การมีกิจกรรมร่วมกันและคอยสังเกตอาการผิดปกติเพื่อจัดการดูแลช่วยเหลือได้ทันจะส่งผลดีต่อการควบคุมอาการของผู้ป่วยจิตเวชได้ การมีเพื่อนบ้านและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนให้การยอมรับ เกิดการสนับสนุนในด้านต่างๆ ก็มักส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและลดความรุนแรงและผลกระทบต่อความเป็นผู้ป่วยจิตเวชได้ การสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจะต้องอาศัยความร่วมมือและดำเนินการที่มีประสิทธิภาพมีผลในการลดจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่กลับเข้ามาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย อันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองรู้สึกตนเอง การจัดกิจกรรมให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ในชุมชน การสร้างและดำเนินงานของเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อบรมแกนนำเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือระดับหมู่บ้าน ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติปรับทัศนคติในชุมชนเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ ระบบการจัดเก็บข้อมูลระบบติดตามผู้ป่วยชนิด และการเยี่ยมบ้าน ซึ่งแต่ละกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่ชุมชนต้องการพัฒนาให้มีขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เช่นเดียวกับการศึกษาดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพ อำเภอพาน จังหวัดเชียงรายได้พัฒนาระบบการดูแลติดตามการดูแลต่อเนื่อง โดยนำรูปแบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำที่ได้ซึ่งเป็นโครงการนำร่องไปใช้ในผู้ป่วยจำนวน ๑๗ คนเป็นระยะเวลา ๑ เดือนโดยนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง ๑๗ คน ภายหลังการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่า การรับประทานยาสม่ำเสมอและความสามารถโดยรวมดีขึ้น และกลุ่มตัวอย่างไม่มีการกลับเข้ามาอนโรงพยาบาลซ้ำได้ ผู้ประเมินจึงได้พัฒนาต่อยอดผลการศึกษาดังกล่าวเพื่อส่งเสริมการดูแลของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปทุมรัตต์ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดการขาดยา และลดอาการกำเริบเนื่องจากการขาดยา มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ โดยได้พัฒนาระบบการดูแลติดตามการดูแลต่อเนื่อง การค้นหา คัดกรอง ส่งต่อเข้ารับรักษา และการเยี่ยมบ้านโดยการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อหาสาเหตุปัญหา ประชุมทีมงาน เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/เครือข่ายชุมชนร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหา และรูปแบบการดำเนินงานเพื่อให้ได้แนวทางที่สามารถนำมาปฏิบัติได้และเหมาะสมกับบริบทชุมชน ให้ความรู้แก่เครือข่ายชุมชนประกอบด้วยอาสาสมัคร/ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่นและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการค้นหา/คัดกรองและการเฝ้าระวังจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อ

การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช ให้มีความต่อเนื่องและครอบคลุมทั้งในสถานบริการและชุมชน โดยใช้แบบติดตามเยี่ยมบ้านและการแบ่งความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเครือข่ายชุมชนในการออกเยี่ยมแต่ละครั้ง พัฒนาระบบการติดตามการนัดรับยาในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ โดยนวัตกรรมคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทุกราย และทางโทรศัพท์ ในรายที่ไม่มารับยาตามนัดหรือใกล้วันนัดรับยา พัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เฝ้าระวังและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะจิตเวชฉุกเฉินมีอาการทางจิตกำเริบโดยการประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในชุมชนได้แก่ เจ้าหน้าที่รพ.สต./ ญาติ/อปพร./ผู้นำชุมชน/อสม./อปท./ตำรวจ ในรูปแบบการจัดตั้งทีมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ชื่อทีมว่า นาคาพิทักษ์ โดยมีเจ้าหน้าที่ตำรวจเป็นแกนนำ ในการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาและการรับประทานยาต่อเนื่อง และการติดตามและประเมินผล ทุก ๓ เดือน ส่งผลให้ผลการดำเนินงานในปี พ.ศ.๒๕๖๓-๒๕๖๕ พบว่า อัตราผู้ป่วยจิตเวชมารับยาตามนัดลดลง ร้อยละ ๑๘.๙๔, ๕.๓๒ และ ๑๓ ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยจิตเวชได้รับการติดตามต่อเนื่อง/เยี่ยมบ้าน ร้อยละ ๑๐๐ อัตราประชาชนได้รับการคัดกรองโรคจิต และเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น เป็นร้อยละ ๕๓.๐๐

กล่าวได้ว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปทุมรัตต์ เป็นการส่งเสริมให้ผู้รับบริการหรือญาติได้รับประโยชน์การจากโครงการฯ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำโครงการนี้ไปแก้ปัญหาในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนต่อไป โดยสรุปการพัฒนา ดังนี้

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยเครือข่ายสุขภาพอำเภอปทุมรัตต์

- ๓.๑ การรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาสาเหตุปัญหา ร่วมกันวางแผนการดำเนินงาน
- ๓.๒ นำเสนอภาพรวมของปัญหาต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ เจ้าหน้าที่คลินิกสุขภาพจิตร่วมเป็นกรรมการ
- ๓.๓ ประชุมคณะกรรมการเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/เครือข่ายชุมชน ร่วมกันวิเคราะห์ สภาพปัญหา และรูปแบบการดำเนินงานเพื่อให้ได้แนวทางที่สามารถนำมาปฏิบัติได้และเหมาะสมกับบริบทชุมชน
- ๓.๔ อบรมให้ความรู้สุขภาพจิตแบบแยกกลุ่มระหว่างผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมีหลักการดังนี้

- ด้านกลุ่มผู้ดูแล ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการ การดูแลรักษา การติดตามอาการ เน้นการสังเกตอาการผิดปกติและวิธีการดูแลผู้ป่วย เช่น การรับประทานยาต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

- ด้านภาคีเครือข่าย ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม./ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น ให้ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช อาการ การรักษา ช่องทางการเข้าถึงการรักษาในสถานพยาบาล ร่วมกันค้นหา/คัดกรองและการเฝ้าระวังจิตเวชฉุกเฉินและการส่งต่อ และการช่วยเหลือทางด้านสังคมอื่นๆ ตลอดจนการผลักดันเปลี่ยนหมุนเวียนการเยี่ยมให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลสม่ำเสมอ

๓.๕ พัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชให้มีความต่อเนื่องและครอบคลุมทั้งในสถานบริการและชุมชน โดยใช้แบบติดตามเยี่ยมบ้านและการแบ่งความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละพื้นที่ การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเครือข่าย ชุมชน

ในการออกเยี่ยมแต่ละครั้ง ปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยด้วย Care giver ให้ครบทุกคน มีระบบติดตามกรณีไม่มาตามนัดหมาย โดยผู้นำชุมชน อสม. หากพบว่าอาการไม่คงที่จะดำเนินการเยี่ยมติดตามอย่างน้อย ๓ ครั้ง

๓.๖ พัฒนาระบบการติดตามการนัดรับยาในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ โดยนวัตกรรมคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทุกราย และทางโทรศัพท์ในรายที่ไม่มารับยาตามนัดหรือใกล้วันนัดรับยา กรณีที่ผู้ป่วยที่มีอาการปกติและไม่สะดวกในการเดินทางมารับยา ทางเจ้าหน้าที่คลินิกสุขภาพจิตจะจัดส่งยาไปให้กับทางรพ.สต. เพื่อให้ดูแลกำกับติดตามการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องไม่ขาดยา

๓.๗ พัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เฝ้าระวัง และส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะจิตเวชฉุกเฉิน มีอาการทางจิตกำเริบโดยการประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของหน่วยงานในชุมชน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ รพ.สต./ ญาติ/อพปร./ผู้นำชุมชน/อสม./อปท./ตำรวจ ในการนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาและการกักขังต่อเนื่อง โดยการจัดตั้งทีมเฝ้าระวังสุขภาพจิต มีเจ้าหน้าที่ตำรวจเป็นแกนนำ ในการเฝ้าระวังและการเข้าถึงผู้ป่วยในกรณีที่มีอาการกำเริบฉุกเฉิน

๓.๘ ดำเนินงานเชื่อมชุมชนเพื่อลดการเข้าถึงสุรา และยาเสพติด ของผู้ป่วยจิตเภท

๓.๙ การติดตามและประเมินผล ทุก ๓ เดือน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ มีภาคีเครือข่ายทีมสหวิชาชีพในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่ตำรวจ รพ.สต. ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ในการร่วมดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน ให้ความร่วมมือในการดูแลช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตร่วมกับชุมชนได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๔.๒ ผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวและชุมชนรับรู้ข้อมูลและยอมรับปัญหาของผู้ป่วยสุขภาพจิต

๔.๓ มีระบบการติดตามเฝ้าระวัง ค้นหา ส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีช่องทางด่วนในการส่งต่อ การเข้ารับบริการรักษาเสถียร รวดเร็ว


๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ อัตราการขาดนัด

๕.๒ อัตราผู้ป่วยจิตเวชได้รับการติดตามต่อเนื่อง/เยี่ยมบ้าน

๕.๓ อัตราผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำ

๕.๔ อัตราประชาชนได้รับการคัดกรองโรคจิตเวชและเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น

(ลงชื่อ) 

(นายเอกชัย พลหนองคุณ)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)

(วันที่)  /  / 

ผู้ขอประเมิน