

# การใช้แนวทางการจัดการรายกรณีที่นำโดยพยาบาล ในการดูแลเด็กเปราะบางและครอบครัว

เอมอร ทาระคำ พย.ม. อพย.(การพยาบาลเด็ก)<sup>1</sup>

โชคนิติพัฒน์ วิสญ พย.ม.(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)<sup>2</sup>

## บทคัดย่อขยาย

**บทนำ** ปัญหาของการดูแลเด็กเปราะบางที่มีความรุนแรงยิ่งขึ้นในประเทศไทยทั้งในชุมชนเมืองและชนบท จำเป็นต้องมีความร่วมมือระหว่างทีมงานและเครือข่ายจากหลากหลายสาขาที่เชื่อมโยงทั้งคลินิกและชุมชน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของทีมดูแลสุขภาพแบบสหวิชาชีพในการนำไปปฏิบัติจริงเพื่อส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของเด็กเปราะบางและครอบครัว

**วัตถุประสงค์การวิจัย** เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และผลของการใช้แนวทางการจัดการรายกรณีที่นำโดยพยาบาลในการดูแลเด็กเปราะบางและครอบครัว

**การออกแบบวิจัย** การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ

**วิธีดำเนินการวิจัย** กลุ่มตัวอย่างคือเด็กเปราะบางที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 18 คน ผู้ดูแลเด็กเปราะบางจำนวน 18 คน และทีมสหวิชาชีพ จำนวน 15 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป การจัดการรายกรณีแบบประเมินความพึงพอใจของเด็กเปราะบางและครอบครัว และแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของการจัดการรายกรณี แบบประเมินความพึงพอใจของเด็กเปราะบางและครอบครัวและแบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ เท่ากับ .81, .80 และ .85 ตามลำดับ การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินความพึงพอใจ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .79 และ .76 ตามลำดับ นำแนวปฏิบัติเฉพาะแต่ละประเภทของเด็กเปราะบางไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างทุกรายที่เข้ารับการรักษา และการตรวจเยี่ยม 4 ครั้งหลังจากออกจากโรงพยาบาล ลงบันทึกข้อมูลการจัดการรายกรณีทุกรายในระหว่างโครงการ รวบรวมข้อมูลความพึงพอใจก่อนและหลังการเข้าเยี่ยมครั้งที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบวิลคอกซัน

**ผลการศึกษา** ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.22) อายุเฉลี่ย 11.66 ปี (SD = 3.18) มีภาวะเปราะบางด้านสังคม (ร้อยละ 61.1) รองลงมาคือด้านจิตใจ (ร้อยละ 33.33) และด้านร่างกาย (ร้อยละ 5.56) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.78) มีอายุเฉลี่ย 53.33 ปี (SD = 3.64) มีความสัมพันธ์กับเด็กโดยเป็นปู่ย่า-ตายาย (ร้อยละ 55.56) และมารดา (ร้อยละ 38.89) ทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ กุมารแพทย์ นักจิตวิทยา เกษตรกร และนักกายภาพบำบัด ผลการศึกษาพบว่า แนวทางการดูแลถูกนำไปใช้เกือบทุกขั้นตอน ยกเว้นการวางแผนฉุกเฉิน ดำเนินการเพียงบางราย ผลการดำเนินงานด้านความพึงพอใจของเด็กเปราะบางและครอบครัว และของทีมสหวิชาชีพต่อแนวทางการจัดการรายกรณีที่นำโดยพยาบาลพบว่า มีคะแนนความพึงพอใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $z = -3.626, p < .001$ ;  $z = -3.430, p = .001$  ตามลำดับ) ไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำ

**ข้อเสนอแนะ** ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการดูแลเด็กเปราะบางโดยใช้การจัดการรายกรณีที่นำโดยพยาบาลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกในเบื้องต้น การสร้างระบบการจัดการการดูแลระยะยาว การเพิ่มขีดความสามารถของทีมในการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนของเด็กและครอบครัว และการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ทีมสามารถนำเด็กและครอบครัวออกจากความเปราะบางได้

**คำสำคัญ** เด็กเปราะบาง การจัดการรายกรณีที่นำโดยพยาบาล ครอบครัว สหสาขาวิชาชีพ ความพึงพอใจ วันที่ได้รับ 22 ก.ย. 66 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 24 ธ.ค. 66 วันที่รับตีพิมพ์ 27 ก.พ. 67

<sup>1</sup>ผู้ประพันธ์บรรณกิจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ อำเภอสุพรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด E-mail: emon.tharakum@gmail.com

<sup>2</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ อำเภอสุพรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

# Implementing Nurse–Led Case Management Guideline for Vulnerable Children and Their Families

Emon Tharakum, M.N.S.,Dip.APPN<sup>1</sup>

Choknitiphat Wisoon., M.N.S.<sup>2</sup>

## Extended Abstract

**Introduction** The challenge of vulnerable children in Thailand is on the rise, affecting both urban and rural communities. Collaborative efforts among multidisciplinary teams and community networks that bridge clinics and local communities are anticipated to bolster the capabilities of healthcare teams in promoting the well-being of vulnerable children and their families.

**Objective** To assess the feasibility and effects of implementing nurse–led case management guidelines for vulnerable children and their families

**Design** The design of this study was implementation research.

**Methodology** This study included a sample of 18 vulnerable children admitted to a secondary–level hospital in a northeastern province, 18 family caregivers and 15 multidisciplinary health professionals, all recruited through purposive sampling. Data collection involved a demographic questionnaire, case management guidelines, satisfaction questionnaires for both vulnerable children and their families, and a satisfaction questionnaire for the multidisciplinary care team. The content validity indices for the case management guideline and satisfaction questionnaires were .81, .80 and .85, respectively. Reliability testing for satisfaction questionnaires resulted in Cronbach’s alpha coefficients of .79 and .76, respectively. Specific guidelines tailored to each type of vulnerability were implemented in all cases, including four post–hospitalization visits. Satisfaction data were collected both before and after the fourth visits. Descriptive statistics and the Wilcoxon Signed Rank test were employed for data analysis.

**Results** Most of the vulnerable children were female (72.22%) with an average age of 11.66 years (SD = 3.18). The primary vulnerabilities observed among children in this study included social vulnerability (61.1%), psychological vulnerability (33.33%), and physical vulnerability (5.56%). Family caregivers were predominantly female (77.78%), with an average age of 53 years (SD = 3.64). Most caregivers were grandparents (55.56%) and mothers (38.89%). The multidisciplinary team comprised professional nurses, pediatricians psychologists, pharmacists, and physical therapists. Results revealed that the guidelines were applied at almost every step, with the exception of emergency planning, which was executed only in some cases. Following the nurse–led case management guidelines, satisfaction scores significantly increased for vulnerable children and families ( $z = -3.626, p < .001$ ) and the multidisciplinary team ( $z = -3.430, p = .001$ ), respectively. Importantly, there were no records of recurrence admission or complications following the intervention.

**Recommendations** The study’s findings highlight the effectiveness of nurse–led case management, revealing positive initial outcomes. Establishing a long–term care management system and strengthening the team’s capacities to address the sophisticated challenges faced by children and their families, along with providing sustained support over time, will empower teams to improve a greater number of children and families from vulnerability.

*Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2024; 39(1) 64–82*

**Keywords** vulnerable children/ nurse–led case management/ family /multidisciplinary/ satisfaction

Received 22 September 2023, Revised 24 December 2023, Accepted 27 February 2024

<sup>1</sup>Corresponding author, Registered Nurse, Professional level, Suwannaphum hospital, Roi-Et Province, Thailand

E-mail: emon.tharakum@gmail.com

<sup>2</sup> Registered Nurse, Professional level. Suwannaphum hospital, Roi-Et Province, Thailand

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กเปราะบาง (vulnerable children) คือเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีที่มีความเสี่ยงต่อการประสบอันตรายทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม หรือเด็กที่มีโอกาสจะประสบกับผลเชิงลบอันเนื่องมาจากปัจจัยต่าง ๆ ในชีวิต<sup>1</sup> เด็กกลุ่มเปราะบางทางด้านร่างกาย เช่น เด็กที่ได้รับการทารุณกรรม เด็กพิการ ส่วนกลุ่มเปราะบางด้านจิตใจ เช่น เด็กซึมเศร้า เด็กที่ถูกทอดทิ้ง เด็กกลุ่มเปราะบางด้านสังคม เช่น เด็กติดสารเสพติด เป็นต้น จากรายงานการสำรวจในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ปัจจุบันมีเด็กเข้าข่ายภาวะเปราะบางมากถึง 3.17 ล้านคนในประเทศไทย และสถานการณ์เด็กเปราะบางมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น สะท้อนปัญหาสังคมไทยหลายด้าน ทั้งจากการหย่าร้าง ปัญหาความยากจนของครอบครัว ปัญหา ยาเสพติด การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมของวัยรุ่น ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุความเปราะบางที่สำคัญ<sup>2</sup> นอกจากนี้ ที่มาของความเปราะบางอาจเกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งหรือหลายสาเหตุร่วมกัน หรือเป็นผลต่อเนื่องกัน ส่งเสริมให้ปัญหาความเปราะบาง มีความรุนแรงมากขึ้น<sup>3</sup> ยกตัวอย่างเช่น การเจ็บป่วยในวัยเด็กจากปัญหาทางร่างกายสามารถนำไปสู่ปัญหาที่ซับซ้อนเพิ่มขึ้นหากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งมักมีรากฐานของปัญหามาจากสภาพสังคม ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมจากสภาพความยากจน<sup>4</sup>

จากบริบทดังกล่าว ปัญหาของเด็กกลุ่มเปราะบางจึงมีความซับซ้อน การแก้ไขปัญหาลูกกลุ่มเปราะบางต้องอาศัยมุมมองรอบด้าน ต้องการความร่วมมือจากหลายฝ่ายร่วมกันช่วยแก้ไขในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องและที่สำคัญ ครอบครัวต้องเป็นส่วนสำคัญในการร่วมแก้ไขปัญหา และยึดร่วมแก้ไขปัญหามุมมองในทีมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการร่วมกันปกป้องคุ้มครองเด็ก ทั้งการมีส่วนร่วมในการเตรียมการให้

ความช่วยเหลือ หรือคุ้มครองเด็กที่สงสัยว่าจะได้รับอันตรายหรือเสี่ยงต่อการที่จะถูกละเลยให้ได้รับอันตราย<sup>5</sup>

ภายใต้ความเป็นเด็กเปราะบาง เด็กมีความเสี่ยงที่จะประสบอันตรายทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม หรือเด็กมีโอกาสจะประสบกับผลลัพธ์เชิงลบ<sup>1</sup> จากการสำรวจข้อมูลเด็กเปราะบางในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นหน่วยปฏิบัติงานของผู้วิจัย ภายใต้การดำเนินงานโดยทีมสุขภาพของโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ พบจำนวนเด็กเปราะบางที่ชัดเจนมีจำนวน 65 คน มีความเปราะบางในหลายมิติ แยกเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางสังคม ดังนี้ 1) เด็กกลุ่มเปราะบางด้านร่างกายจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ประกอบด้วย เด็กสมองพิการ 10 ราย เด็กป่วยด้วยโรคหัวใจ 2 คน เด็กป่วยด้วยโรคมะเร็ง 1 คน 2) เด็กกลุ่มเปราะบางด้านจิตใจและพัฒนาการจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 26.15 ประกอบด้วย เด็กทำร้ายตัวเอง 6 คน เด็กซึมเศร้า 4 คน เด็กออทิสติก 2 คน เด็กสมาธิสั้น 2 คน เด็กติดเกม 3 คน และ 3) เด็กกลุ่มเปราะบางด้านสังคมจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 53.85 ประกอบด้วย เด็กใช้สารเสพติด 8 คน แม่วัยใสหรือมารดาวัยรุ่น 5 คน เด็กติดเชื้อ HIV 1 คน เด็กที่เกิดจากพ่อและแม่ติดสารเสพติด 6 คน เด็กที่เกิดจากพ่อและแม่ติดยา 8 คน เด็กกำพร้าพ่อและแม่ 2 คน เด็กถูกกระทำความรุนแรง 3 คน และเด็กที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ 2 คน และข้อมูลที่สำรวจได้นี้ อาจเป็นเพียงส่วนหนึ่งของเด็กเปราะบางที่ทีมสุขภาพสามารถคัดกรองได้จากการที่เด็กและครอบครัวปรากฏตัวให้สามารถเข้าถึง แต่เชื่อว่ายังมีเด็กอีกมากที่ทีมสุขภาพอาจไม่สามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพ

การมีแนวทางการจัดการและทีมการดำเนินการที่ชัดเจน พร้อมทั้งจะเข้าดำเนินการช่วยเหลือดูแล เป็นความจำเป็นที่ต้องเร่งดำเนินการและเร่งนำไปทดลอง

ปฏิบัติใช้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกไม่เข้าถึงการบริการสุขภาพ โดยปัญหาการเข้าถึงการบริการสุขภาพของเด็กเปราะบางและครอบครัว มีตั้งแต่การไม่สามารถเข้ามารับการบริการสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ ไปจนถึงการขาดการจัดการที่ดีภายใต้ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ และจากทุกภาคส่วนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กเปราะบางและครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เด็กเปราะบางสามารถได้รับการพัฒนาที่เหมาะสมตามศักยภาพ และการดูแลอย่างใกล้ชิดของครอบครัวเพื่อทำการประเมินและตอบสนองต่อความต้องการของเด็กเปราะบาง คำถามที่เกิดขึ้นคือ หากสามารถมีแนวทางและกระบวนการทำงานที่ชัดเจนผลลัพธ์จะเป็นอย่างไร

Case Management Society of America (CMSA) ได้ให้ความหมายของการจัดการรายกรณี (case management) ว่าเป็นระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้วิธีการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพในการประเมินภาวะสุขภาพ การวางแผน การกำหนดแนวทางการดูแล การดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดและติดตามประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อบรรลุความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ โดยใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างคุ้มค่า<sup>6</sup> ในกรณีที่เป็นเด็ก แนวคิดการดูแลเด็กโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family centered care) เป็นหนึ่งในกลยุทธ์ที่ให้ความสำคัญกับครอบครัว สนับสนุนให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของเด็กเปราะบาง การรวมครอบครัวเข้าไว้ในแผนการดูแลเด็กเปราะบางประกอบไปด้วยคุณลักษณะสำคัญ 4 ประการคือการประสานความร่วมมือ การสื่อสาร ความไว้วางใจและความเห็นอกเห็นใจ<sup>7</sup> ซึ่งจะเป็นสิ่งสำคัญที่นำไปสู่ความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาลูก

ภายใต้หลักการดังกล่าว กระบวนการจัดการรายกรณีจึงเป็นกระบวนการให้บริการที่เน้นผู้ป่วย

ในที่นี่คือเด็กเปราะบางและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีกระบวนการที่ประสานงานอย่างเป็นระบบ เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการให้บริการ เน้นทั้งคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุดของการให้บริการ มีการทำงานในลักษณะของทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) มีการนำทีมการดูแลอย่างใกล้ชิดอย่างมีประสิทธิภาพโดยผู้จัดการรายกรณี (case manager)<sup>8</sup> ซึ่งในการศึกษานี้เป็นการจัดการรายกรณีที่พยาบาลเป็นผู้นำทีม (nurse-led case management) ซึ่งหมายถึง กระบวนการทำงานร่วมกันในการประเมิน วางแผน ประสานงานการดูแล และดูแลต่อเนื่อง ร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่พยาบาลเป็นผู้นำการขับเคลื่อน เพื่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวทางระเบียบวิธีปฏิบัติไม่ได้จำกัดอยู่ที่พยาบาลที่มีหน้าที่เป็นด้านให้การพยาบาลและรักษาทางการแพทย์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงการมีส่วนร่วมตามความเหมาะสม รับผิดชอบในการประสานงานโดยรวม บริหารจัดการ และติดตามดูแลต่อเนื่อง เพื่อความเฉพาะในแผนการรักษาหรือกิจกรรมการพยาบาลนั้น ๆ<sup>9-10</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดการรายกรณีในกลุ่มเด็กเปราะบางมีแนวทางการจัดการที่มีความจำเพาะในแต่ละกลุ่มของเด็ก<sup>11</sup> ผลของการจัดการสามารถเพิ่มจำนวนครั้งของการมาตรวจครรภ์ของแม่วัยรุ่นและลดโอกาสตั้งครรภ์เพิ่ม<sup>12</sup> อย่างไรก็ตามการจัดการรายกรณี สำหรับประเทศไทย เป็นเรื่องดำเนินงานมาหลายปี แต่การนำไปสู่การปฏิบัติเชิงระบบมีการรายงานจำกัด โดยเฉพาะการจัดการรายกรณีที่มีพยาบาลเป็นแกนนำ และยังขาดทั้งรูปธรรมและแนวทางที่ชัดเจน มีความแตกต่างของทั้งบริบททางวัฒนธรรมของสังคมไทยและสังคมตะวันตก รูปแบบของการทำงานของทีมสหวิชาชีพในการให้บริการ และคาบเกี่ยวด้านอำนาจในการตัดสินใจ การประสานงานและการจัดการ

พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสหวิชาชีพที่มีความพร้อมในการเป็นผู้นำทีม โดยเฉพาะการเชื่อมต่อระหว่าง

โรงพยาบาล เด็กเปราะบาง ครอบครัว และชุมชน รวมไปถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีรายงานการศึกษาที่เป็นรูปธรรมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบของการดำเนินงานโดยใช้การจัดการรายกรณีโดยพยาบาลเป็นผู้นำทีม พบว่าการพัฒนารูปแบบประกอบด้วยหลายองค์ประกอบ เช่น ด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ด้านผู้ให้บริการและทีมสหวิชาชีพ ด้านผู้รับบริการผู้ป่วยและผู้ดูแล ด้านชุมชน โรงเรียน หรือสถานพยาบาลที่ต้องดูแลต่อเนื่อง<sup>13</sup> คำถามคือ แนวทางการดำเนินการจัดการรายกรณีในกลุ่มเด็กเปราะบางควรเป็นรูปแบบใดในบริบทของประเทศไทย และภายใต้การดำเนินงานในพื้นที่ของทีมวิจัย จึงจะบรรลุเป้าหมายของการดำเนินงานอย่างแท้จริง

ที่ผ่านมา การพัฒนางานด้านการดูแลเด็กเปราะบางที่โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ยังไม่มีรูปแบบของระบบและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน และขาดความเฉพาะเจาะจงกับความต้องการที่จำเพาะของเด็กและครอบครัว รวมไปถึงการติดตามที่ไม่ต่อเนื่อง การดำเนินงานเป็นไปในลักษณะของการตั้งรับมากกว่า การดำเนินการเชิงรุก และขาดผู้ประสานการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน การนำรูปแบบของการบริการสุขภาพด้วยการจัดการรายกรณีมาใช้ คาดว่า จะสามารถให้การช่วยเหลือและปกป้องเด็ก ให้โอกาสเด็กเปราะบางและครอบครัวให้สามารถผ่านพ้นปัญหาได้

ผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพภายใต้การดำเนินงานของโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ ได้ตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาเด็กเปราะบางและครอบครัว จึงพัฒนาแนวทางการจัดการรายกรณีที่นำโดยพยาบาลในการดูแลเด็กเปราะบางและครอบครัวในพื้นที่อำเภอสุพรรณภูมิ โดยเชื่อว่า การใช้มาตรการเชิงรุกจะสามารถป้องกันและคุ้มครองเด็กเปราะบางก่อนเข้าสู่

ภาวะวิกฤต สามารถลดช่องว่างการสูญเสียและคาดว่า จะเกิดผลลัพธ์ที่ดีอย่างเป็นรูปธรรม นำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตเด็กเปราะบางและครอบครัวอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยมีการดำเนินงานทั้งสิ้น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์ศึกษาโครงสร้างระบบบริการ การจัดการระบบสุขภาพ และผลการดำเนินงานการดูแลเด็กเปราะบางและครอบครัวในระยะเวลาที่ผ่านมา สำนวณความคิดเห็นของทีมสหวิชาชีพ สำนวณความต้องการช่วยเหลือความคิดเห็นต่อการให้บริการของเด็กเปราะบางและครอบครัว และระยะที่ 2 คือการพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กเปราะบางและครอบครัว ประกอบด้วย การจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน การเตรียมความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับหลักการจัดการรายกรณี และหลักการการดูแลเด็กเปราะบาง การประชุมทีมสหวิชาชีพ แสดงความคิดเห็นและระดมสมอง และร่วมพัฒนาแนวทางการจัดการรายกรณีในการดูแลเด็กเปราะบางและครอบครัว ระยะที่ 3 เพื่อทดลองใช้รูปแบบและประเมินผลการใช้รูปแบบการดูแลเด็กเปราะบางและครอบครัว โดยใช้การจัดการรายกรณีในรูปแบบของโครงการวิจัยนำร่อง และระยะที่ 4 ระยะประเมินผลการใช้รูปแบบ และประยุกต์ร่วมกับแนวคิดเชิงระบบในการพัฒนารูปแบบ ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการรายงานผลการดำเนินงานในระยะที่ 3 โดยเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวทางการจัดการรายกรณีที่นำโดยพยาบาลไปใช้ในการดูแลเด็กเปราะบางและครอบครัว
2. เพื่อประเมินผลการใช้แนวทางการจัดการรายกรณีที่นำโดยพยาบาลในการดูแลเด็กเปราะบางและครอบครัว



## กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวทางการจัดการ รายการณีและการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดที่ประยุกต์มาจากหลักการจัดการรายการณีของ CMSA Standards of Practice for Case Management<sup>6</sup> ที่พัฒนาขึ้นโดยมีเป้าหมายเพื่อเสนอแนะแนวทางในการนำการจัดการรายการณีไปปฏิบัติ และได้นำสาระจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการรายการณีที่นำโดยพยาบาล มาร่วมพัฒนากรอบแนวคิดการพัฒนาแนวทางการจัดการรายการณีในการดูแลเด็กเปราะบางและครอบครัว มีหลักการดังนี้

**1. ศูนย์กลางหลักของการดูแล (core care center)**  
ในที่นี้หมายถึงผู้ที่ได้รับการดูแลจากการจัดการรายการณี CMSA ได้อธิบายถึงศูนย์กลางของการดูแลคือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ที่ควรได้รับการดูแลแบบองค์รวม (holistic care)<sup>6</sup> ในการศึกษาครั้งนี้ การจัดการรายการณีมีเป้าหมายที่เด็ก (pediatric focus) โดยให้ความสำคัญกับความต้องการด้านการดูแลสุขภาพ พัฒนาการ และปัญหาที่จำเพาะสำหรับเด็ก และในขณะเดียวกันการดูแลเด็ก ต้องใช้หลักครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) ในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือเลือกวิธีการรักษา โดยคำนึงถึงการดูแลที่ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และพัฒนาการ จึงเป็นที่มาของการนำครอบครัวมามีส่วนร่วมในการทำการศึกษานี้

**2. กระบวนการหลักของการจัดการรายการณี (case management)** ประกอบไปด้วยกระบวนการย่อย 7 ประการคือ การประเมิน (assessment) การวางแผน (planning) การกำหนดแผนกรณีฉุกเฉิน (emergency plan) การประสานความร่วมมือ (collaboration) การดำเนินการ (implementation) การกำกับติดตาม

เฝ้าระวัง (monitoring) และการประเมินผล (evaluation)

การศึกษานี้ พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายการณี (nurse case manager) ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการประสานและดำเนินการของกระบวนการดังกล่าว เป็นการจัดการรายการณีที่พยาบาลเป็นผู้นำทีม (nurse-led case management) ทำการประเมิน วางแผน ประสานงานการดูแล และดูแลต่อเนื่อง ร่วมกับทีมสหวิชาชีพโดยเป็นแกนในการบริหารจัดการและติดตามดูแลต่อเนื่อง เพื่อความเฉพาะในแผนการรักษาหรือกิจกรรมการพยาบาลนั้นๆ<sup>9</sup>

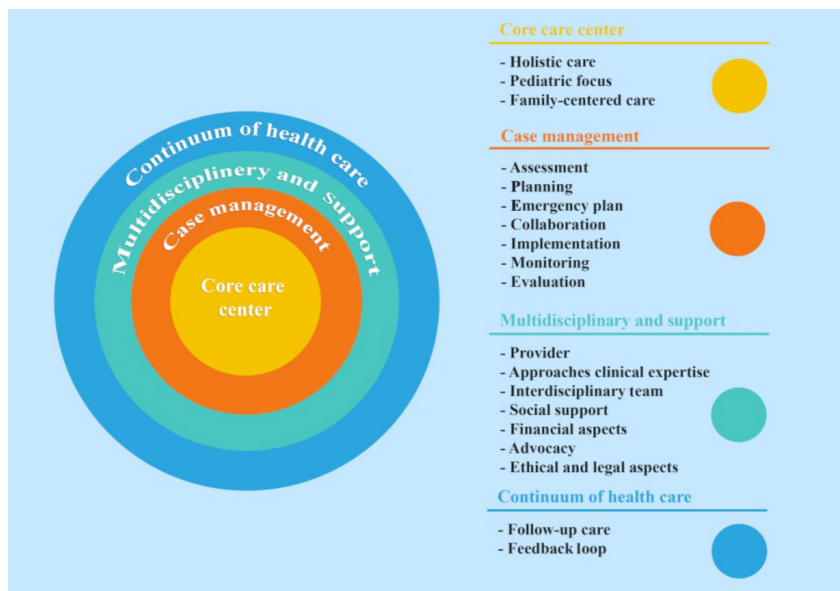
**3. การบริการสนับสนุน (support team and services)** ปัญหาเด็กเปราะบางมีความละเอียดอ่อนซับซ้อน ต้องการความร่วมมือหลายฝ่าย ต้องอาศัยการสนับสนุนช่วยเหลือจากหลายด้าน<sup>7</sup> ประกอบด้วย ผู้ให้บริการ (provider) ผู้มีความเชี่ยวชาญทางคลินิก (clinical expertise) การสนับสนุนช่วยเหลือด้านการเงิน (financial aspects) ด้านจริยธรรมและกฎหมาย (ethical and legal aspects) ด้านการสนับสนุนทางสังคม (social support)

การจัดการรายการณีที่นำโดยพยาบาลในการศึกษานี้ อาศัยความเชี่ยวชาญทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพชั้นสูงด้านเด็ก ซึ่งมีประโยชน์อย่างยิ่งในการดูแลเด็กที่มีความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อน และทีมผู้เชี่ยวชาญจากสหสาขาวิชาชีพ (interdisciplinary team) ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา และนักกายภาพบำบัด เพื่อสร้างแผนการดูแลที่ครอบคลุมทันการเปลี่ยนแปลง ส่วนการสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นการประสานงานไปยังผู้เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน ครู ตำรวจ หรือหน่วยงานที่รับตัวเด็กเข้าดูแลต่อระยะต่อไป เช่น บ้านพักเด็กและครอบครัว (บ้านพักฉุกเฉิน) โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ ศูนย์การศึกษาพิเศษ เป็นต้น การสนับสนุนให้

ความช่วยเหลือด้านการเงิน มีบริการสนับสนุนเชื่อมต่อครอบครัวกับองค์กรที่สามารถช่วยเหลือด้านการเงิน และค่าใช้จ่ายจากนักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนาสังคม และความเป็นมนุษย์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น มีการปกป้องสิทธิและคุ้มครองเด็ก ดูแลโดยยึดหลักจริยธรรมและกฎหมาย ซึ่งการดูแลเด็กเปราะบางอาจเกี่ยวข้องกับหลักจริยธรรมและกฎหมาย ทั้งนี้ ในการจัดการในทุกขั้นตอนการดูแล มีการการสนับสนุนปกป้องสิทธิและคุ้มครองเด็ก (advocacy) เป็นกระบอกเสียงคอยช่วยเหลือเด็ก

4. การติดตามดูแลสุขภาพต่อเนื่อง (continuum of health care) ประกอบไปด้วยการติดตามผลการดูแล

(follow-up care) และการป้อนกลับข้อมูลเพื่อการแก้ไขปรับปรุง (feedback loop) ในการติดตามผลการดูแล ในการศึกษาใช้การกำหนดเวลานัดหมายติดตามผลกับเด็กเปราะบางและครอบครัวด้านการดูแลสุขภาพในชุมชนและติดตามความคืบหน้าของเด็กและจัดการกับข้อวิตกกังวล การติดตามเยี่ยมครบ 4 ครั้งตามแนวทางที่กำหนด มีระบบส่งต่อและป้อนกลับข้อมูลกรณีที่ทำเป็นระหว่างโรงพยาบาล ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพในชุมชน เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการดูแลรักษาตามความจำเป็น (Figure 1)



**Figure 1** Conceptual model of nurse-led case management for vulnerable children and families modified from CMSA Standards of Practice for Case Management<sup>7</sup>

## วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (implementation research)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือเด็กเปราะบางในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ได้จากการสำรวจ

จำนวน 65 คน ที่มีความเปราะบางในหลายมิติ ทั้ง ความเปราะบางด้านร่างกาย ความเปราะบางด้านจิตใจ และความเปราะบางด้านสังคม

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย

1. เป็นผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ ในช่วงเวลาที่กำลังศึกษาเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเข้าข่ายนิยามเปราะบาง ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม 2) อายุไม่เกิน 18 ปี 3) มีระดับการรู้สติดีและสามารถพูดคุยสื่อสารได้รู้เรื่อง 4) มีภูมิสำเนาอยู่ในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด และ 5) ได้รับคำยินยอมจากผู้ปกครองให้เข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก ขอดอนตัวออกจากการเข้าร่วมวิจัย หรือเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตลอดการวิจัย

2. ผู้ดูแลเด็กเปราะบาง เกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กเปราะบาง 2) มีระดับการรู้สติดีและสามารถพูดคุยสื่อสารได้รู้เรื่อง 3) มีภูมิสำเนาอยู่ในพื้นที่อำเภอสุวรรณภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด 4) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออก ขอดอนตัวออกจากการเข้าร่วมวิจัย หรือเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตลอดการวิจัย

3. ทีมสหวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานดูแลเด็กเปราะบาง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการดูแลเด็กเปราะบางโดยตรง มีประสบการณ์การทำงาน 2 ปีขึ้นไป จำนวน 15 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 9 คน กุมารแพทย์ 2 คน แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันแขนงจิตแพทย์ชุมชน 1 คน เภสัชกร 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน

เครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กเปราะบาง ประกอบด้วย เพศ อายุ มิติของความเปราะบาง ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม (ข้อมูลนี้เจ้าหน้าที่เป็นผู้ตอบ)

1.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กเปราะบาง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ

1.3 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ประสบการณ์ การดูแลเด็กเปราะบาง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการดำเนินงานตามแนวทางการจัดการรายกรณี ด้านการดูแลหลัก การบริการสนับสนุน การจัดการรายกรณี และการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง โดยการนำแนวปฏิบัติที่กำหนด มาลงบันทึกเป็นเครื่องหมายลูกในข้อที่ดำเนินการ และหากมีรายละเอียดเพิ่มเติม ให้ใส่ข้อมูลลงในข้อที่เกี่ยวข้อง บันทึกโดยผู้จัดการรายกรณี แบบบันทึกนี้ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิในขั้นตอนการพัฒนา การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการทดสอบได้เพิ่มเติม

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจของเด็กเปราะบางและครอบครัวต่อการจัดการรายกรณี ที่นำโดยพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์การทำงาน มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นด้านการได้รับการช่วยเหลือ แผนการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหา การให้การดูแลช่วยเหลือ การปกป้องคุ้มครอง การติดตามดูแล และความพึงพอใจต่อแนวทางการจัดการรายกรณีที่น่าโดยพยาบาลในเด็กเปราะบางและครอบครัวในภาพรวม ลักษณะการตอบเป็นแบบ Likert's scale 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจ/เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) มีความพึงพอใจ/เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) มีความพึงพอใจ/เห็นด้วย ปานกลาง (3 คะแนน) มีความพึงพอใจ/เห็นด้วย น้อย (2 คะแนน) ไม่มีความพึงพอใจ/เห็นด้วย น้อยที่สุด (1 คะแนน)



เห็นด้วย น้อย (2 คะแนน) มีความไม่พึงพอใจ/ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) และหากข้อความใดไม่เกี่ยวข้องให้ระบุ ว่า not applicable (NA) และไม่คำนวณค่าคะแนน ในข้อนั้น ๆ การแปลผลโดยจัดช่วงอันตรภาคชั้นเป็น 5 ระดับดังนี้ มีความพึงพอใจมากที่สุด (4.50–5.00 คะแนน) มีความพึงพอใจมาก (3.50 – 4.49 คะแนน) มีความพึงพอใจปานกลาง (2.50 – 3.49 คะแนน) มีความพึงพอใจน้อย (1.50–2.49 คะแนน) และ ไม่พึงพอใจ (1.00– 1.49 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ พัฒนขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเรื่อง การจัดการรายกรณีและการดูแลเด็กเปราะบางและ ประสบการณ์การทำงาน แบบสอบถามจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยความพึงพอใจต่อการมอบหมายงานตาม แนวทางปฏิบัติในการดูแลเด็กเปราะบาง รูปแบบ การช่วยเหลือที่ยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง การประเมินและ วางแผนการดูแล การปกป้องคุ้มครองเด็ก การประสานงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การติดตามดูแลต่อเนื่อง ความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน และความพึงพอใจ ต่อแนวทางการจัดการรายกรณีที่นำโดยพยาบาลใน เด็กเปราะบางและครอบครัวในภาพรวม ลักษณะการตอบ เป็นแบบ Likert's scale 5 ระดับ ตั้งแต่มีความพึงพอใจ/ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึงมีความไม่พึงพอใจ/ ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) การแปลผลโดยจัดช่วง อันตรภาคชั้นเป็น 5 ระดับดังนี้ มีความพึงพอใจมากที่สุด (4.50–5.00 คะแนน) มีความพึงพอใจมาก (3.50 – 4.49 คะแนน) มีความพึงพอใจปานกลาง (2.50 – 3.49 คะแนน) มีความพึงพอใจน้อย (1.50–2.49 คะแนน) และ ไม่พึงพอใจ (1.00– 1.49 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แนวทางการจัดการรายกรณีเด็ก เปราะบางและครอบครัว การพัฒนาแนวทางดำเนินการ ในระยะที่ 2 ของโครงการดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 ในการศึกษาสถานการณ์ โครงสร้างระบบบริการ การจัดการระบบสุขภาพ และ

ผลการดำเนินงาน และการดูแลเด็กเปราะบางและ ครอบครัวในระยะเวลาที่ผ่านมา ความคิดเห็นของ ทีมสหวิชาชีพ ความต้องการช่วยเหลือ ความคิดเห็น ต่อการให้บริการของเด็กเปราะบางและครอบครัว การเตรียมความรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับหลักการจัดการ รายกรณี และหลักการการดูแลเด็กเปราะบาง การประชุม ทีมสหวิชาชีพ แสดงความคิดเห็นและระดมสมอง และ ร่วมพัฒนาแนวทางการจัดการรายกรณีในการดูแล เด็กเปราะบางและครอบครัว

แนวทางการจัดการรายกรณีที่พัฒนาขึ้น ประกอบไปด้วยแนวทางในการดูแล 1) เด็กที่มีปัญหา ด้านร่างกาย 2) ปัญหาด้านสุขภาพจิต 3) ปัญหาสังคม ด้านยาเสพติด 4) ปัญหาเด็กถูกคุกคามและกระทำ รุนแรง 5) ปัญหาด้านการตั้งครบกไม่พร้อม 6) ปัญหา ด้านพัฒนาการ ในการศึกษาครั้งนี้ นำแนวทาง การดูแลกลุ่มเป้าหมายมาทดลองปฏิบัติใช้ 5 ปัญหา ประกอบไปด้วย 1) กลุ่มเด็กเปราะบางด้านร่างกาย เช่น เด็กสมองพิการ 2) เด็กถูกกระทำรุนแรง 3) เด็กกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพจิต เช่น เด็กซึมเศร้า ทำร้ายร่างกายตนเอง 4) เด็กเปราะบางด้านสังคม เช่น เด็กที่มีปัญหาด้านยาเสพติด เด็กที่มีผลกระทบจาก สารเสพติดทุกชนิด 5) เด็กที่มีปัญหาตั้งครบกไม่พร้อม เด็กหญิงแม่ เด็กถูกคุกคามทางเพศ เด็กถูกทำร้าย ร่างกายโดยบุคคลในครอบครัว

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ กุมารแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ด้านการพยาบาลเด็กและระเบียบวิธีวิจัย 2 ท่าน ได้ คำนวณความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) ของเครื่องมือส่วนที่ 3 เท่ากับ .80 และทดสอบ ความเชื่อมั่น (reliability) ในเด็กเปราะบางและ ครอบครัวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

ในช่วงก่อนเริ่มการวิจัยจำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .79 เครื่องมือส่วนที่ 4 ได้ค่า CVI เท่ากับ .85 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .76 และทำการทดสอบในกลุ่มสหวิชาชีพจำนวน 15 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .76 เครื่องมือส่วนที่ 5 ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .81

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE 0332566 เมษายน 2566 ผู้วิจัยได้ขออนุญาตหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องให้ทราบข้อมูลการวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ ขั้นตอนในการวิจัย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ความยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กทำการขออนุญาตจากผู้ปกครองที่ถูกกฎหมาย และขอคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรทุกราย มีการรักษาความลับ และการดูแลข้อมูล โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรม และเคารพในสิทธิส่วนบุคคล นำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

1. ชี้แจงโครงการ วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินวิจัย และขอความยินยอมจากเด็ก ผู้ปกครองของเด็ก รวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพก่อนเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความพึงพอใจ ก่อนได้รับรูปแบบการจัดการรายกรณีที่น่าโดยพยาบาล

3. ขั้นตอนการนำแนวทางการจัดการรายกรณีที่น่าโดยพยาบาล ไปใช้ดำเนินการในลักษณะบูรณาการเข้าไปในกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นงานประจำในการดูแลเด็กเปราะบางและครอบครัว

3.1 เมื่อมีเด็กเปราะบางเข้ารับการรักษาพยาบาลที่อยู่เวรปฏิบัติกร่วมกับแพทย์ดำเนินการช่วยเหลือขั้นต้นตามแผนการรักษาของกุมารแพทย์

3.2 พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่แจ้งต่อผู้จัดการรายกรณีเพื่อดำเนินการจัดการรายกรณี

3.3 พยาบาลผู้จัดการรายกรณีดำเนินการประเมิน จัดการ ประสานงาน ตามแนวทางการจัดการรายกรณี

4. การติดตาม เป็น 4 ระยะ คือ

การเยี่ยมครั้งที่ 1 หลังเกิดเหตุภายใน 2 สัปดาห์ โดย พยาบาลผู้จัดการรายกรณี

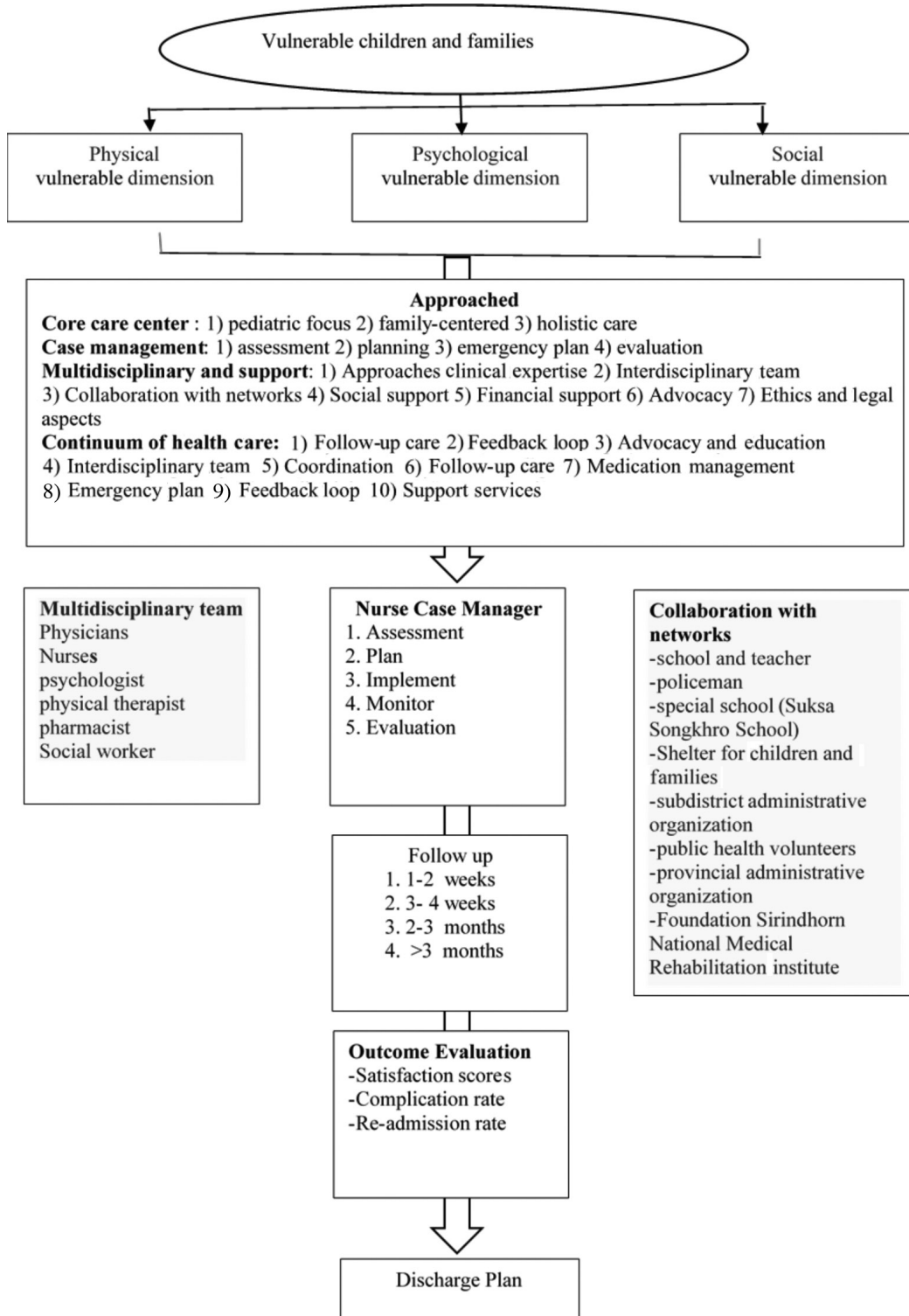
การเยี่ยมครั้งที่ 2 หลังเกิดเหตุ 2-4 สัปดาห์ โดยทีมสหวิชาชีพ และเครือข่าย

การเยี่ยมครั้งที่ 3 หลังเกิดเหตุ 2-3 เดือน โดยทีมสหวิชาชีพ และเครือข่าย

การเยี่ยมครั้งที่ 4 หลังเกิดเหตุ 3 เดือนขึ้นไป ประสานการดูแลส่งต่อข้อมูลกับหน่วยงานภายนอกเพื่อความร่วมมือ การมีส่วนร่วม (coordination) ของผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ ครู นักสังคมสงเคราะห์ บ้านพักเด็กและครอบครัว องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น นักพัฒนาสังคม โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ เป็นต้น

5. ติดตามการเกิดภาวะแทรกซ้อน และกลับมารักษาซ้ำด้วยปัญหาเดิมจากระบบเวชระเบียนและจากซอฟต์แวร์แอปพลิเคชันสำหรับสถานพยาบาล

6. ติดตามเยี่ยมครบ 4 ครั้งทำการประเมินความพึงพอใจในกลุ่มเด็กที่สามารถตอบแบบประเมินได้ กลุ่มครอบครัว และทีมสุขภาพ ภายหลังใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีที่น่าโดยพยาบาลในการดูแลเด็กเปราะบางและครอบครัว รายละเอียดขั้นตอนแสดงดัง Figure 2



**Figure 2** Flow of nurse-led case management guidelines for vulnerable children and families

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลจากบันทึกการนำแนวปฏิบัติไปดำเนินการ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลปกติ (normal distribution) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่า ตัวแปรทุกตัวไม่มีการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติ

3. ทำการเปรียบเทียบข้อมูลความพึงพอใจ ก่อนและหลังได้รับการจัดการรายกรณีที่น่าโดยพยาบาล โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test

### ผลการวิจัย

ผู้ป่วยเด็กเปราะบางที่เข้าสู่ระบบการจัดการ รายกรณีที่น่าโดยพยาบาล จำนวน 18 คน ส่วนใหญ่

เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.22) อายุ 4-17 ปี ค่าเฉลี่ยอายุ 11.66 ปี (SD = 3.18) มากกว่าครึ่งเป็น วัยรุ่น (ร้อยละ 55.56) รองลงมาคือวัยเรียน (ร้อยละ 27.78) ส่วนใหญ่มีความเปราะบางในมิติด้านสังคม (ร้อยละ 61.11) คือ เด็กทำร้ายตนเอง โดยการกินยา พาราเซตามอลเกินขนาด 5 คน กรีดแขนตนเอง 2 คน เด็กเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้สารเสพติด 2 คน เด็กที่ถูกกระทำรุนแรง 1 คน เด็กที่ถูกล่อลวงละเมิด ทางเพศ 1 คน ความเปราะบางที่พบรองลงมาคือมิติ ด้านจิตใจ (ร้อยละ 33.33) คือ เด็กซึมเศร้า 3 คน เด็กถูกทอดทิ้ง 1 คน เด็กสมาธิสั้น 1 คน เด็กออทิสติก 1 คน ความเปราะบางในมิติด้านร่างกายพบน้อยที่สุด (ร้อยละ 5.56) คือ เด็กสมองพิการที่มีภาวะชัก 1 คน ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กเปราะบาง แสดงดัง Table 1

**Table 1** Descriptive characteristics of vulnerable children (n=18)

Characteristics	n	%
<b>Gender</b>		
Male	5	27.8
Female	13	72.2
<b>Age (years) M 11.66, SD = 3.18</b>		
1 - 6	3	16.7
7 - 12	5	27.7
13 - 18	10	55.6
<b>Dimension of vulnerability</b>		
Physical	1	5.6
Psychological	6	33.3
Social	11	61.1

ผู้ดูแลเด็กเปราะบาง จำนวน 18 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.78) มีอายุเฉลี่ย 53.33 ปี (SD = 3.64) ประมาณ 1 ใน 3 มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 38.89) ความสัมพันธ์กับเด็ก ส่วนใหญ่เป็น ปู่ย่า-ตายาย (ร้อยละ 55.56) รองลงมาคือมารดา

(ร้อยละ 38.89) และเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.44) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 66.67) เกือบครึ่งมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 44.44) มากกว่าครึ่งมีอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 55.56) (Table 2)

**Table 2** Characteristics of family of vulnerable children (n=18)

Characteristics	n	%
<b>Gender</b>		
Male	4	22.2
Female	14	77.8
<b>Age (years)</b> M 53.33, SD =3.64		
31 – 60	13	72.2
> 60	5	27.8
<b>Marital status</b>		
Married	7	38.9
Divorced / Separated	6	33.3
Windowed	5	27.8
<b>Relationship with children</b>		
Mother	7	38.8
Father	1	5.6
Grandparents	10	55.6
<b>Religion</b>		
Buddhist	17	94.4
Muslim	1	5.6
<b>Education</b>		
No education	4	22.2
Elementary level	12	66.6
Middle school level	1	5.6
High school level	1	5.6
<b>Occupation</b>		
Farmer	8	44.4
Labor	10	55.6

ทีมสหวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานดูแลเด็กกลุ่มเปราะบาง 73.33) ทีมสหวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.33) (ร้อยละ 60.00) รองลงมาคือกุมารแพทย์ (ร้อยละ 13.20) ส่วนน้อยคือนักกายภาพบำบัด จิตแพทย์ ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 60.00) มีประสบการณ์ นักจิตวิทยาและเภสัชกร คิดเป็นร้อยละ 6.70 เท่ากัน การช่วยเหลือเด็กกลุ่มเปราะบางและครอบครัว (ร้อยละ (Table 3)

**Table 3** Characteristics of multidisciplinary team (n=15)

Characteristics	n	%
<b>Gender</b>		
Male	1	6.7
Female	14	93.3
<b>Age (years)</b> M 45.68, SD 0.70, Min–Max 31–52		
30–40	6	40.0
41–50	7	46.7
51–60	2	13.3
<b>Education</b>		
Master's degree	9	60.0
Bachelor's degree	6	40.0



**Table 3** Characteristics of multidisciplinary team (n=15) (Cont.)

Characteristics	n	%
<b>Work experience</b>		
Experience	11	73.3
No experience	4	26.7
<b>Profession</b>		
Nurse	9	60.0
Pediatrician	2	13.2
Physical therapist	1	6.7
Psychiatrist	1	6.7
Psychologist	1	6.7
Pharmacist	1	6.7

ผลการประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แนวทางการจัดการรายกรณีที่น่าโดยพยาบาลในการดูแลเด็กเปราะบางและครอบครัว โดยทำการบันทึกผลการดำเนินงาน และนำมาตรวจสอบกับแนวทางการดำเนินงานที่กำหนด พบว่าในขั้นตอนการดูแลหลัก (core care centers) ได้แก่ การดูแลแบบมุ่งเน้นที่ตัวเด็ก การดูแลแบบเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และการดูแลแบบองค์รวม ได้ทำตามแนวทางทั้งหมด ร้อยละ 100 ขั้นตอนหลักการจัดการรายกรณี (case management) ประกอบด้วย การประเมิน การวางแผนการดูแล และการประเมินผล ได้ทำตามแนวทางทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 ยกเว้น การวางแผนช่วยเหลือฉุกเฉิน ได้ทำไม่ครบทุกราย คิดเป็นร้อยละ 83.3 ขั้นตอนการให้ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary team approaches) ได้ทำครบทุกราย คือ กุมารแพทย์ และพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100 ที่ไม่ได้ทำครบทุกรายคือ จิตแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 33.33 นักจิตวิทยา คิดเป็น

ร้อยละ 72.22 เกสซกร คิดเป็น ร้อยละ 27.78 และ นักกายภาพบำบัด ร้อยละ 5.60 เนื่องจากไม่มีข้อบ่งชี้ในการปรึกษาหรือการเข้าร่วม

ขั้นตอนการประสานหน่วยงานภายนอก (collaboration with the networks) ส่วนใหญ่เป็นการประสานโรงเรียนและครู คิดเป็นร้อยละ 55.60 องค์การบริหารส่วนตำบล คิดเป็นร้อยละ 50.00 และ นักสังคมสงเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 44.40 ตามลำดับ และขั้นตอนการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง (continuum of health care) ได้ทำตามแนวทางทุกราย

ส่วนขั้นตอนที่ดำเนินการไม่ครบถ้วนคือ การสนับสนุนให้ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ (financial support) ได้ทำร้อยละ 33.30 ขั้นตอนการปกป้องคุ้มครองสิทธิ ที่ต้องมีที่ปรึกษาด้านกฎหมาย (legal consultation) เข้ามาช่วย ได้ทำร้อยละ 11.11 ขึ้นอยู่กับปัญหาของเด็กเปราะบางแต่ละราย (Table 4)

**Table 4** Utilizing case management guidelines

Core processes of nurse-led case management	n	%
<b>Core care centers</b>		
Pediatric focus	18	100.0
Family-centered care	18	100.0
Holistic care	18	100.0
<b>Case management</b>		
Assessment	18	100.0
Planning	18	100.0
Emergency plan	15	83.3
Evaluation	18	100.0

**Table 4** Utilizing case management guidelines (Cont.)

Core processes of nurse-led case management	n	%
<b>Multidisciplinary team approaches</b>		
Pediatrician	18	100.0
Psychiatrist	6	33.3
Psychologist	13	72.2
Pharmacist	5	27.8
Physical therapy	1	5.6
Advanced practice nurse	18	100.0
<b>Collaboration with the networks</b>		
Police	6	33.3
School and teacher	10	55.6
Social worker	8	44.4
Shelter for children and families	5	27.8
Special education school	5	27.8
Subdistrict administrative organization	9	50.0
Provincial administrative organization	1	5.6
Public health volunteers	6	33.3
Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute	1	5.6
<b>Social support</b>		
Financial support	6	33.3
<b>Advocacy</b>		
Legal consultation	2	11.11
<b>Continuum of health care</b>		
Follow-up care	18	100.0
Feedback loop		
Vulnerable children satisfaction	12	66.7
Feedback		
Vulnerable families satisfaction feedback	6	33.3

ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของเด็กเปราะบางและครอบครัวก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวทางการจัดการรายกรณีที่น่าโดยพยาบาลในเด็กเปราะบางและครอบครัว ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจหลังใช้แนวทางการจัดการรายกรณีที่น่าโดยพยาบาล ( $M = 37.50$ ,  $SD = 4.25$ ) สูงกว่าก่อนใช้แนวทางการจัดการรายกรณีที่น่าโดยพยาบาล ( $M = 30.50$ ,  $SD = 2.09$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -3.626$ ,  $p < .001$ ) (Table 5)

ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้แนวทางการจัดการรายกรณีที่น่าโดยพยาบาลในเด็กเปราะบางและครอบครัว ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจหลังใช้แนวทางการจัดการรายกรณีที่น่าโดยพยาบาล ( $M = 42.06$ ,  $SD = 1.79$ ) สูงกว่า ก่อนใช้แนวทางการจัดการรายกรณีที่น่าโดยพยาบาล ( $M = 31.93$ ,  $SD = 2.91$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -3.430$ ,  $p = .001$ ) (Table 5)

**Table 5** Comparisons of satisfaction before and after implementation of nurse-led case management guidelines using Wilcoxon Signed Ranks test

Satisfaction	Before		After		Z	p-value
	M	SD	M	SD		
Vulnerable children and families (n = 18)	30.50	2.09	37.50	4.25	-3.626	<.001
Multidisciplinary teams (n = 15)	31.93	2.91	42.06	1.79	-3.430	.001

### การอภิปรายผล

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยปฏิบัติการ มีเป้าหมายเพื่อประเมินผลการใช้แนวทางการจัดการรายกรณีที่นำโดยพยาบาลในการดูแลเด็กเปราะบางและครอบครัวของทีม ผลการศึกษาพบว่า เด็กเปราะบางส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่น (ร้อยละ 55.56) รองลงมาคือวัยรุ่น (ร้อยละ 27.78) เป็นมิตติความเปราะบางด้านสังคม (ร้อยละ 61.11) และมิตติความเปราะบางด้านจิตใจ (ร้อยละ 33.33) ซึ่งปัญหาของเด็กในวัยนี้สอดคล้องกับรายงานที่ผ่านมา ทั้งปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและไม่พึงประสงค์ที่ต้องให้บริการทั้งแม่และลูก<sup>14</sup> ภาวะสุขภาพจิตไม่คงที่<sup>15</sup> และการติดยาเสพติด<sup>16</sup> ซึ่งเป็นปัญหาที่เชื่อมโยงกับครอบครัวของเด็กเปราะบาง ซึ่งเด็กส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัวทั้งที่เป็นปู่ย่าตายาย หรือมารดา (Table 2)

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าแนวทางการจัดการรายกรณีที่น่าโดยพยาบาลในการดูแลเด็กเปราะบางและครอบครัวที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ โดยจาก Table 4 พบว่า เกือบทุกขั้นตอนในแนวทางการจัดการรายกรณีได้มีการนำไปใช้ในส่วนของผู้ประสานงานในเบื้องต้น พบว่า เป็นประโยชน์และเป็นแนวทางในการทำงานร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งหน่วยงานภายนอก ดัง Table 4 แสดงถึงประเด็นความเป็นไปได้ของการใช้แนวทางการจัดการรายกรณีที่น่าโดยพยาบาลในการดูแลเด็กเปราะบางและครอบครัว จากการติดตามผลการปฏิบัติโดย

การบันทึกผลการดำเนินงาน และนำมาตรวจสอบกับแนวทางการดำเนินงานที่กำหนด แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติได้จริง

นอกจากนี้ ผลการดำเนินงานตามแนวทางในการศึกษานี้ (Table 4) ยืนยันว่า กระบวนการจัดการรายกรณี ที่ต้องอาศัยการทำงานในลักษณะสหวิชาชีพ ต้องการการนำทีมที่มีประสิทธิภาพจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse-led case management)<sup>17</sup> โดยพบว่า มีการทำตามแนวทางที่กำหนดเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 83.33 และไม่ได้ทำครบทุกขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ 16.67 ขั้นตอนที่ไม่มีการดำเนินการส่วนใหญ่คือการสนับสนุนให้ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ (financial) รองลงมาคือการวางแผนช่วยเหลือฉุกเฉิน (emergency plan) ซึ่งจะทำให้ล่าช้า หรือไม่ทันเวลา แต่เมื่อมีการประชุมทบทวนการดูแลจึงได้มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากทีมและให้มีความเฉพาะกับปัญหาของผู้ป่วยมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ไม่พบรายงานการศึกษาในเด็กกลุ่มเปราะบางในประเทศไทยในรูปแบบที่คล้ายคลึงกันมาเทียบเคียง มีเพียงบทความที่กล่าวถึงหลักการจัดการรายกรณีที่มีความสอดคล้องกันและการดำเนินงานเพื่อการคุ้มครองเด็กในภาคใต้<sup>18</sup> การดำเนินงานไม่ได้ตั้งต้นที่โรงพยาบาล ซึ่งมีความแตกต่างของระบบการดำเนินงาน แต่ประโยชน์ที่เกิดขึ้นคือการเข้าถึงการดูแลทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ประเด็นความพึงพอใจต่อแนวทางการจัดการรายกรณีที่นำโดยพยาบาลในการดูแลเด็กเปราะบางและครอบครัว แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเมื่อนำแนวทางการจัดการรายกรณีที่นำโดยพยาบาลในการดูแลเด็กเปราะบางและครอบครัว พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของเด็กเปราะบางและครอบครัว และความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อแนวทางการจัดการรายกรณีที่นำโดยพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 5) และไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำ แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการจัดการรายกรณีที่นำไปปฏิบัติได้จริง

โจทย์ของการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อความยั่งยืนต้องอาศัยทีมการทำงานที่เชี่ยวชาญในการประสานกับหลายฝ่าย จาก Table 4 จะเห็นได้ว่า แนวทางการจัดการรายกรณีที่สร้างขึ้นสามารถเชื่อมโยงการปฏิบัติการดูแลเด็กเปราะบางจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนได้อย่างแท้จริง โดยพบว่า การประสานงานมากกว่าร้อยละ 50 ของการดำเนินงานได้ประสานกับ โรงเรียนและครู องค์กรบริหารส่วนตำบล และนักสังคมสงเคราะห์ตามลำดับรวมถึงการคุ้มครองทางด้านกฎหมาย และการประสานไปยังหน่วยงานจำเพาะด้านที่พักพิงและการศึกษาที่จำเพาะ เมื่อพิจารณาจากกรอบแนวคิด และจากแนวทางของ CMSA<sup>6</sup> ที่ระบุการบริการสนับสนุน (support team and services) ที่ต้องเพิ่มเติมนอกเหนือไปจากกระบวนการจัดการรายกรณี การศึกษาครั้งนี้ พบว่าเป็นรายการประสานความร่วมมือหลัก ดำเนินการไปพร้อม ๆ กับการจัดการด้านสุขภาพโดยประสานกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทีมการทำงานที่นอกจากผู้จัดการรายกรณีที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงแล้ว ยังต้องเป็นผู้ที่คุ้นชินหรือมีความรอบรู้ และมีการตัดสินใจที่ดีในการประสานงานด้วย<sup>18</sup>

ความเชี่ยวชาญและรอบรู้ของผู้จัดการรายกรณีมีความสำคัญ ในการศึกษาครั้งนี้สิ่งที่ทีมผู้วิจัยได้รับการเรียนรู้เพิ่มเติมที่สำคัญคือ นอกจากจะทราบข้อมูลสถานการณ์ มีแนวทางในการดำเนินงาน มีการจัดการรายกรณี มีผู้จัดการรายกรณีที่มีประสบการณ์แล้ว การที่ทีมสุขภาพจะเข้าไปช่วยเหลือเด็กเปราะบางให้สามารถผ่านพ้นอุปสรรคในระยะยาวได้ เป็นความยากลำบาก ด้วยตระหนักถึงความซับซ้อนและความท้าทายของปัญหา ที่ต้องเกี่ยวข้องกับหลักจริยธรรมและที่สำคัญความล่อแหลมทางกฎหมาย หากขาดความเชี่ยวชาญ และมีแหล่งประสานงานที่จำกัด ถือเป็นความเสี่ยงสูงในการจัดการรายกรณีที่นำโดยพยาบาล<sup>8</sup> โดยเฉพาะการขอคำปรึกษาหรือประสานงานต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญหรือผู้พิทักษ์กฎหมาย เมื่อนำไปรวมกับภาระงานด้านการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน นับว่าเป็นอีกหนึ่งการบริการทางสุขภาพเพื่อเด็กเปราะบางและครอบครัวที่ท้าทาย หากการดำเนินงานสามารถนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง คาดว่าการจัดการรายกรณีที่นำโดยพยาบาลจะมีประสิทธิภาพในการลดต้นทุนการดูแลสุขภาพและเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล

### ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ โดยเฉพาะปัญหาการศึกษาในเด็ก ข้อมูลที่ได้จากตัวเด็กผู้เผชิญภาวะเปราะบาง ในบางรายอายุน้อยเกินกว่าจะประเมินความรู้สึก ความต้องการได้อย่างวัยผู้ใหญ่ และแม้ในกลุ่มเด็กโต ด้วยวุฒิภาวะและปัจจัยทางการศึกษา กับภาวะที่กำลังเผชิญ การประเมินข้อมูลในหลาย ๆ ด้านต้องอาศัยเวลา และการออกแบบการวิจัยที่เหมาะสม ซึ่งการเก็บข้อมูลจากเด็กเป็นข้อมูลที่ดีที่สุด แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สามารถเก็บข้อมูลจากเด็กได้ทุกคน จึงเก็บข้อมูลในผู้ปกครองของเด็กแทน นอกจากนี้สถานการณ์เด็กและครอบครัวกับความเปราะบางมี

มิติที่มากกว่าทางด้านสุขภาพซึ่งผู้วิจัยมิได้นำมา  
 ทำการศึกษาในครั้งนี้

### ข้อเสนอแนะและการนำผลวิจัยการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาล สามารถนำผลการวิจัย  
 ไปขยายผลในการพัฒนาแนวทางการจัดการรายกรณี  
 ที่นำโดยพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มเปราะบาง  
 ในบริบทที่คล้ายคลึงกับงานวิจัย

2. ด้านการบริหารการพยาบาล ควรส่งเสริม  
 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการรายกรณี  
 ที่นำโดยพยาบาล ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความต้องการ  
 การดูแลที่ซับซ้อนทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์  
 สังคม และประเด็นเสี่ยงต่อการติดยาทางสังคม

3. ด้านการศึกษาวิจัย ควรมีการศึกษาผลลัพธ์  
 การดูแลผู้ป่วยเด็กในแต่ละมิติของความเปราะบาง  
 หลังจากนำแนวทางการจัดการรายกรณีที่น่าโดยพยาบาล  
 ไปใช้ รวมทั้งการศึกษาเด็กเปราะบางแบบเชิงรุกใน  
 ชุมชนต่อไป

### References

- Schweiger G. Ethics, poverty and children's vulnerability. *Ethics Soc Welf.* 2019;13(3):288-301. <https://doi.org/10.1080/17496535.2019.1593480> PMID: 31839805.
- Institute for Population and Social Research, Mahidol University. *Thaihealth 2019: Social media, double-edged media, Thai people's well-being in the social world.* Nakhon Pathom: Amarin Printing and Publishing; 2019. Available from: [https://www.thaihealthreport.com/file\\_book/483-Thai-Health-2019.pdf](https://www.thaihealthreport.com/file_book/483-Thai-Health-2019.pdf) (in Thai)
- Sriwichiana K, Tonbooth S, Pannarunothaib S. Knowledge synthesis and situations of public policy driving in an issue of health rights of vulnerable groups. *Journal of Social Work.* 2021;29(1):177-209. Available from: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/swjournal/article/view/247778/171242> (in Thai)
- Berkowitz G, Halfon N, Klee L. Improving access to health care: case management for vulnerable children. *Soc Work Health Care.* 1992;17(1):101-23. [https://doi.org/10.1300/j010v17n01\\_07](https://doi.org/10.1300/j010v17n01_07) PMID: 1440106
- Sartore G-M, Harris J, Macvean M, Albers B, Mildon R. Rapid evidence assessment of case management with vulnerable families. Report prepared by the Parenting Research Centre, NSW Department of Family and Community Services [internet]; 2015. Available from: [https://www.parentingrc.org.au/wp-content/uploads/2018/04/FACS\\_Case\\_Management\\_Report\\_March\\_2016.pdf](https://www.parentingrc.org.au/wp-content/uploads/2018/04/FACS_Case_Management_Report_March_2016.pdf)
- Case Management Society of America (CMSA). Standards of practice for case management. Little Rock, AR: CMSA; 2016. Available from: <https://www.abqaurp.org/DOCS/2016%20CM%20standards%20of%20practice.pdf>
- Harrison TM. Family-centered pediatric nursing care: state of the science. *J Pediatr Nurs.* 2010;25(5):335-43. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2009.01.006> PMID: 20816555
- Pookboonmee R. Success roles of APN in using case management. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice.* 2014;1(1):83-91. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/apnj/article/view/120452/91959> (In Thai)
- Cullum N, Spilsbury K, Richardson G. Nurse led care. *BMJ.* 2005;330(7493):682-3. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7493.682> PMID: 15790618
- Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martín-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdráan-Mañas M, Carrasco AM, et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in primary health care. a quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:193. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-193> PMID: 18811927



11. Halfon N, Berkowitz G, Klee L. Development of an integrated case management program for vulnerable children. Child Welfare. 1993;72(4):379-96. PMID: 8348846
12. Guidry J, Hebert LJ, Stern C. Teen Advocate Program: a unique assessment of case management. J La State Med Soc. 1989;141(8):37-40. PMID: 2769012
13. Nuchit R. The development of a case management model for pediatric patients with acute lymphoblastic leukemia at Udonthani hospital. Udonthani Hospital Medical Journal. 2019; 27(2):109-118. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udh-hosmj/article/view/213434/148450> (in Thai)
14. Jirawattananon M. Attribute of educational welfare services for young-single mothers in Thai society. Journal of Social Work. 2017;25(2):1-26. Available from: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/sw-journal/article/view/170052/122265> (in Thai)
15. Angsukaititavorn S. Mood swing: the challenge of mental health problems and prevention among adolescent. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2021;35(2):171-87. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/250867/172604> (in Thai)
16. Sittikrathok A, Virasiri S. Family adaptation among adolescent with addiction. Journal of Nursing and Health Care. 2020;38(3):139-46. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/218252/166522> (in Thai)
17. Wu YL, Padmalatha KMS, Yu T, Lin YH, Ku HC, Tsai YT, et al. Is nurse-led case management effective in improving treatment outcomes for cancer patients? A systematic review and meta-analysis. J Adv Nurs. 2021;77(10):3953-63. <https://doi.org/10.1111/jan.14874> PMID: 33942383
18. Yuhangogh N, Boonyarattanasoontom J. Case management for child protection: concepts, and implementation. Journal of Social Work. 2020;28(1):1-24. Available from: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/sw-journal/article/view/225299> (in Thai)