

การประยุกต์ใช้แบบจำลองการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในการดูแล ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

นงพิมล นิมิตรอนันต์¹ ส.ด.(การพยาบาลสาธารณสุข), อพย.(การพยาบาลชุมชน)

บทคัดย่อ: การพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับการยอมรับว่าเป็นมาตรการสำคัญในการลดอัตราการตาย อัตราการกลับมาโรงพยาบาลซ้ำ และค่าใช้จ่าย แบบจำลองการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการพยาบาลที่ต่อเนื่องและครอบคลุม มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถข้ามผ่านระยะการเจ็บป่วยไปสู่ระยะการฟื้นหายได้อย่างราบรื่น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายแนวคิดและองค์ประกอบของแบบจำลอง รวมทั้งการประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนี้ด้วยโปรแกรมการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น พยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านมีบทบาทหลักในการสร้างแผนการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นรายกรณี ประกอบด้วย 9 กิจกรรมการพยาบาลและการดูแล 2 ระยะ ได้แก่ ระยะรับรักษาในโรงพยาบาล และระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างได้ผล

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2566; 10(1): 05-19

คำสำคัญ: แบบจำลองการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน ผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะหัวใจล้มเหลว

¹รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน จังหวัดนครปฐม; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: dmongpimol999@gmail.com

วันที่รับบทความ 5 พฤศจิกายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 9 กุมภาพันธ์ 2566 วันที่ตอบรับบทความ 10 กุมภาพันธ์ 2566

Applying the Transitional Care Model in Caring for Older Adults with Heart Failure

Nongpimol Nimit-arnun¹ Dr.P.H (PHN). Dip.CNP.

Abstract: Quality improvement of continuing care service has been recognized as the key strategy for reducing the mortality rate, readmission rate, and cost among older adults with heart failure. The Transitional Care Model is a continuing and comprehensive nursing process, aimed at supporting patients and family caregivers to transition from the illness phase into the convalescence phase smoothly. This article aims to explain concepts and components of the model, and its application in caring for the older adult group through developed intervention program. Transitional care nurses play a major role in creating an individual transitional care plan. The care plan included 9 nursing activities and 2 phases of care; in-hospital phase and post-discharge phase in order to respond effectively to clients' health needs.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2023; 10(1): 05-19

Keywords: Transitional care model, older adults, heart failure

¹Associate Professor, Faculty of Nursing, Christian University, Thailand. Nakhon Pathom province, Corresponding author, E-mail: dnongpimol999@gmail.com

Received November 5, 2022; Revised February 9, 2023; Accepted February 10, 2023

บทนำ

ประเด็นการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยสูงอายุ ได้รับความสนใจจากนักวิชาการทั่วโลก โรงพยาบาลและหน่วยงานพัฒนาคุณภาพบริการในหลายประเทศมุ่งการสร้างสร้งค่นวัตกรรมรูปแบบๆ ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนั้นๆ และบรรลุเป้าหมายของการบริการจัดการที่ดี อีกทั้งให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcomes) ที่ดีกว่าเดิม จนนำไปสู่การกำหนดเชิงนโยบายของโรงพยาบาลนั้นๆ แต่ที่ผ่านมา ทุกประเทศล้วนประสบปัญหาการสื่อสาร และการให้ข้อมูลที่ชัดเจนหรือไม่เพียงพอ ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัว รวมทั้งความล้มเหลวของพยาบาลในการประเมินความต้องการในมิติต่าง ๆ อย่างครอบคลุม พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการสร้างสร้งค่นนวัตกรรมรูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่มีความเชื่อมโยงกัน ทั้งระยะเฉียบพลัน และการดูแลพักฟื้นที่บ้านหรือในสถานบริบาลในชุมชน ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ¹

การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการจัดบริการที่มีคุณภาพสำหรับผู้ป่วยรายบุคคล เริ่มตั้งแต่การเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จนถึงการติดตามดูแลหลังการจำหน่าย หากเป็นบริการที่ขาดประสิทธิภาพย่อมนำมาซึ่งความไม่พึงพอใจและข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการมากมาย สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติที่ไม่ชัดเจน การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรของโรงพยาบาลและสถานบริการในชุมชนหรือหน่วยที่รับการส่งต่อ การติดตามเยี่ยมของพยาบาลและทีม

สุขภาพจากแต่ละสถานบริการที่ซ้ำซ้อนกัน ความไม่เข้าใจแผนการดูแลและแผนการรักษาของโรงพยาบาล รวมทั้งความล้มเหลวของพยาบาลวิชาชีพในการประเมินความต้องการอย่างเป็นองค์รวมและครอบคลุม Laugaland และคณะ² เสนอว่าการพัฒนารูปแบบการเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้ อีกทั้งยังทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ บริการสุขภาพรูปแบบนี้ได้รับการยอมรับในทุกวิชาชีพสุขภาพว่าเป็นบริการที่ทำร่วมกัน (multidisciplinary approach) หนึ่งเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในช่วงของการเปลี่ยนผ่านของการดูแล จึงจำเป็นต้องปรับกระบวนการทัศน์ในการวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายให้มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องกัน ทั้งในระยการดูแลแบบเฉียบพลัน และการดูแลในชุมชน อีกทั้งต้องมีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย ภายใต้บริบทของระบบบริการสุขภาพและสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

Coleman และคณะ³ เสนอว่าการจัดระบบบริการการดูแลต่อเนื่องที่มีความครอบคลุมสามารถช่วยสนับสนุนประคับประคองผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลให้มีสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อบรรลุเป้าหมายการลดอัตราการกลับมาโรงพยาบาลซ้ำและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ จึงได้พัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติในช่วงการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (The Care Transitions Intervention) ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก (the 4 pillars) ได้แก่ การจัดการการใช้ยาด้วยตนเอง การบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงที่ครอบคลุม การติดตามดูแลเยี่ยมบ้านและการพบแพทย์ตามนัด

และ การสอนให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ อาการเตือนหรือสัญญาณบ่งบอกถึงอาการที่ทรุดลง (red flags—warning signs and symptoms) เมื่อนำมาออกแบบเป็นโปรแกรมการดูแล ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การเยี่ยม/ดูแลในระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล การติดตามเยี่ยมบ้านหลังการจำหน่าย และ การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า อัตราการกลับเป็นซ้ำลดลงในระยะเวลา 30 วัน และ 90 วัน จึงมีข้อเสนอว่าพยาบาลและทีมสุขภาพควรมีบทบาทในการศึกษาและติดตามสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ในช่วงระยะเวลาการเปลี่ยนผ่านอย่างต่อเนื่อง⁴ เนื่องจากการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning) และการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) เป็นลักษณะบริการสุขภาพที่คาบเกี่ยวกัน ประคองอินทรมสบัติและคณะ⁵ ได้อธิบายว่าการวางแผนจำหน่ายเป็นความต้องการให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง เพื่อลดการดูแลแบบแยกส่วนที่มีความจำเป็นมากในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเฉียบพลันและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในขณะที่การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นบริการการดูแลที่โรงพยาบาลจัดให้สำหรับผู้ป่วยรายหนึ่งๆเมื่อต้องย้ายสถานที่พักรักษา ตัวจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง อาจอยู่ในสังกัดเดียวกัน แต่ต่างระดับบริการ หรือต่างสังกัด/หน่วยงานก็ได้ การย้ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปพักที่บ้าน การย้ายไปพักที่สถานบริบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพหรือการดูแลระยะยาว (long term care) จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 89 ต้องการการดูแลระยะยาว ญาติผู้ดูแลต้องการเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านให้ปลอดภัย ขณะที่

พยาบาลวิชาชีพต้องการมาตรฐานการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านเพื่อการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและครบถ้วน นอกจากนั้น บุคลากรที่เกี่ยวข้องยังให้ความสนใจที่สนับสนุนโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจรและต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยมีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ประสานงานหลักในทีมการดูแล

ภาวะหัวใจล้มเหลว

ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) เป็นกลุ่มอาการทั้งแบบเฉียบพลันและคงที่/เรื้อรัง ที่มีความซับซ้อนทางคลินิก มีสาเหตุจากความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือดอาจเป็นที่ระดับโครงสร้างหรือการทำงานที่ผิดปกติของโครงสร้าง (structural or functional impairment) ทำให้เกิดความพร่องในการทำหน้าที่ของหัวใจห้องล่างที่ไม่สามารถเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตโดยรวม (cardiac output) ได้เพียงพอ เมื่อร่างกายต้องการการไหลเวียนของโลหิตโดยรวมมากขึ้น อาการและอาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ เหนื่อยง่าย/ออกแรงได้น้อย หายใจหอบเหนื่อยหลังการนอนหลับ (paroxysmal nocturnal dyspnea) นอนราบไม่ได้ (orthopnea) แขนขาบวม เส้นเลือดที่คอโป่งพอง และ ภาวะน้ำท่วมปอด⁶ ภาวะการเจ็บป่วยนี้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก เป็นสาเหตุสำคัญของการตาย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ภาระค่าใช้จ่าย และการพึ่งพา^{7,8} สมาคมโรคหัวใจกลุ่มประเทศยุโรป (European Society of Cardiology)^{6,7} จึงได้เสนอแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและดูแลรักษาที่ครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยจำแนกระดับความรุนแรงของโรค 4 ระดับ (NYHA Functional class) ทั้งมีข้อเสนอแนะสำคัญในการกำกับติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านและมาตรการป้องกันปัจจัยต่างๆ ที่จะทำให้การดำเนิน

ของโรคทรุดลง (prevention and monitoring) ด้วยการเพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง (self-management) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพหัวใจ (cardiac rehabilitation) ขณะที่ Boltz และคณะ⁹ เสนอมาตรฐานการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประกอบด้วย การประเมินสุขภาพที่ครอบคลุม มาตรการการพยาบาล (nursing care strategies) การประเมินผลลัพธ์ที่คาดหวัง (expected outcomes) และการกำกับติดตาม (follow-up monitoring condition) อนึ่ง อุบัติการณ์ภาวะหัวใจล้มเหลวสูงขึ้นอย่างชัดเจนตามช่วงอายุที่มากขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 70-80 ปีขึ้นไป⁹ อุบัติการณ์นี้มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัย โดยเฉพาะกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) การมีโรคร่วมหลายโรค (multi-morbid illness) และการรักษาด้วยยาหลายขนาน (polypharmacy) ทำให้ความรุนแรงของโรคทวีขึ้นและมีความซับซ้อนในการบำบัดรักษายิ่งขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยวัยอื่น¹⁰ ปัญหาที่ซับซ้อนนี้จำเป็นต้องจัดการด้วยการบูรณาการความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและอายุรกรรมโรคหัวใจ เพื่อพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติที่ดีสำหรับผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนี้ โดยเฉพาะแผนการดูแลรักษาที่เน้นความสำคัญของโปรแกรมการออกกำลังกายและโภชนาการบำบัดเพื่อลดการรักษาด้วยยา¹¹

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายแนวคิดและองค์ประกอบของแบบจำลองการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน บทบาทของพยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน และการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเป็นเครื่องมือทางการพยาบาลที่นำสู่คุณภาพบริการที่เป็นเลิศ

แบบจำลองการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (The Transitional Care Model)

แบบจำลองการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน หรือ The Transitional Care Model (TCM) ได้รับการพัฒนาขึ้นโดย ดร. แมรี เนเลอร์ ร่วมกับคณาจารย์พยาบาลจาก University of Pennsylvania School of Nursing ประเทศสหรัฐอเมริกา และกลุ่มนักวิจัยสหสาขาวิชาชีพ ที่สนใจเกี่ยวกับระบบบริการแบบต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง เนเลอร์ เป็นผู้อำนวยการโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และเผยแพร่สู่การปฏิบัติการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในหลายรัฐของสหรัฐอเมริกา ได้ตีพิมพ์ผลงานครั้งแรกใน คศ.1990 และมีผลงานเผยแพร่มาโดยตลอดจนถึงปัจจุบันกว่า 20 ปี¹² คณะผู้พัฒนาแบบจำลองให้ความสำคัญกับช่วงเวลาในระยะเปลี่ยนผ่านว่าเป็นช่วงวิกฤตของผู้ป่วยสูงอายุ เป้าหมายของการพัฒนาคือการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาการรักษา และการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งการลดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว¹³

คุณลักษณะและองค์ประกอบของแบบจำลอง TCM

แบบจำลอง TCM เป็นรูปแบบบริการการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไปจนถึงการติดตามดูแลหลังการจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถข้ามผ่านระยะของความเจ็บป่วยอย่างราบรื่น และให้การดูแลจากสถานที่หนึ่งไปยังสถานที่การดูแลใหม่โดยนำกลยุทธ์การวางแผนจำหน่ายรวมถึงการจัดเตรียมบริการสุขภาพที่บ้านมาใช้ในการปฏิบัติ มีการสื่อสารแผนการดูแลระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้รับบริการ มีการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองตามปัญหาและความ

ต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ความรู้ความเข้าใจนั้นนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วย จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพในที่สุด^{14,15} Hirschman และคณะ¹⁶ เสนอว่า องค์ประกอบหลัก (Core components) ของแบบจำลอง TCM 9 องค์ประกอบ ได้แก่ การคัดกรอง บุคลากรพยาบาลวิชาชีพ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การประเมินภาวะสุขภาพอย่างครอบคลุม รวมทั้งการจัดการความเสี่ยงและอาการ การให้ความรู้ทางสุขภาพและส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง การทำงานร่วมกัน การบริการต่อเนื่อง และการติดต่อประสานงาน ซึ่งเมื่อเทียบเคียงกับแนวคิดของ Coleman และคณะ³ พบว่ามีความคล้ายคลึงกันแต่แบบจำลอง TCM มีความครอบคลุมมากกว่าและสะท้อนถึงการบริการทางการแพทย์ที่ชัดเจน Rezapour-Nasrabad¹⁷ ศึกษาบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 10 รายการที่สืบค้นได้ในช่วงปี ค.ศ.2000-2017 เพื่อยืนยันองค์ประกอบและผลลัพธ์เชิงประจักษ์ของการใช้แบบจำลอง TCM ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน ไม่ประสบความสำเร็จตามแผนการรักษา มีภาวะกลับเป็นซ้ำและมีค่าใช้จ่ายสูง ผลการศึกษาสรุปว่าองค์ประกอบหลักของรูปแบบการดูแล ได้แก่ การประเมินคัดกรองบุคลากรพยาบาลและทีมสุขภาพ สัมพันธภาพที่ดี การประเมินความเสี่ยงและการจัดการอาการผิดปกติ การสอนความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเอง การดูแลอย่างต่อเนื่อง และการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพและแหล่งประโยชน์ ส่วนผลลัพธ์จากบริการรูปแบบนี้ ได้แก่ การลดค่าใช้จ่าย การเพิ่มความสามารถในการทำ

หน้าที่/กิจวัตรประจำวัน ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงกว่าเดิม และเพิ่มระยะเวลาให้ห่างขึ้นของการกลับมารักษาในโรงพยาบาล นอกจากนั้น Morkisch และคณะ¹⁸ ศึกษาบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดสรรในผู้ป่วยสูงอายุที่มีขนาดตัวอย่างมากกว่า 50 คนและระยะเวลาการทดลองไม่น้อยกว่า 30 วัน ผลการศึกษายืนยันผลลัพธ์ทางสุขภาพตามองค์ประกอบเหล่านี้ โดยเฉพาะโปรแกรมที่ใช้ร่วมกันหลายองค์ประกอบและมีการทำงานร่วมกันกับทีมสหสาขา (multicomponent and multidisciplinary intervention)

พยาบาลผู้ดูแลและเปลี่ยนแปลงผ่าน

Naylor^{12,14} และ Ortiz¹³ ระบุว่าผู้เป็นกำลังหลักในการออกแบบและขับเคลื่อนบริการลักษณะนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของโรงพยาบาลและระบบบริการสุขภาพ คือ พยาบาลผู้ดูแลและเปลี่ยนแปลงผ่าน (transitional care nurses) เป็นพยาบาลผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทและหรือผ่านการอบรมเฉพาะทางในบทบาทผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการประสานงาน (the first care coordinator) ทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลเชื่อมต่อไปยังสถานบริการปฐมภูมิเพื่อการส่งต่อการดูแลที่บ้าน พยาบาลกลุ่มนี้อาจเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก หรือพยาบาลผู้จัดการรายการที่มีสมรรถนะขั้นสูงในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุผู้ป่วยเรื้อรังได้อย่างเบ็ดเสร็จครบวงจร (comprehensive care) ในบางกรณีอาจทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาแก่ทีมพยาบาลและทีมสหสาขา (transition coach) ทั้งนี้มีเงื่อนไขสำคัญคือ การตระหนักถึงความสามารถในการรู้หนังสือหรือการอ่านออกเขียนได้ของผู้ป่วยและญาติ (literacy) ซึ่งมีผลต่อการเรียนรู้ รวมทั้งทีม

สุขภาพผู้ให้การดูแลต้องมีการสื่อสาร การส่งต่อข้อมูล ไปยังผู้ให้การดูแลต่อในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ แบบจำลอง TCM ให้ความสำคัญกับกิจกรรม การพยาบาลที่หลากหลายและครอบคลุม¹⁵ ได้แก่ การประเมินสภาวะสุขภาพอย่างสมบูรณ์แบบครอบคลุม ความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ การรู้คิด และการทำหน้าที่ รวมทั้งปัจจัยแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การสร้างแผนการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care plan) ที่อ้างอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เชื่อถือได้แล้วนำไปสู่การปฏิบัติ (evidence-based guidelines) ตลอดจนการวัดและประเมินผลลัพธ์เชิงประจักษ์ การดูแลต้องเริ่มตั้งแต่รับไว้รักษาและต่อเนื่องไปถึงบ้านโดยติดตามเยี่ยมที่บ้านร่วมกับติดตามทางโทรศัพท์และการสื่อสารทางไกลอื่น ๆ ที่มีให้ใช้ประโยชน์ได้ การสร้างกลไกเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันระหว่างผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และหน่วยที่รับส่งต่อ การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในแผนการดูแลระยะยาวในลักษณะการทำงานร่วมกันกับพยาบาลและทีมสุขภาพ

การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

Naylor⁸ ให้ความสนใจในการพัฒนาระบบการดูแลหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล (post-discharge care) สำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว Bixby และคณะ¹⁹ เสนอว่า พยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านมีภารกิจสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองตามแผนการรักษา สามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบ และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจังเพื่อบรรลุเป้าหมายคือการลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และสามารถ

ดำเนินชีวิตต่อไปได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควร อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ในระยะหลังการจำหน่ายที่ผ่านมา พบว่ายังขาดความชัดเจน ความครอบคลุมและความต่อเนื่อง การวางแผนจำหน่ายมักเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแต่ยังขาดการส่งเสริมทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเอง ทั้งยังขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ รวมทั้งการดูแลมักสิ้นสุดลงเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ อัจฉริยา พ่วงแก้ว และคณะ²⁰ ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 237 คน พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง การขอคำปรึกษา และการยึดมั่นให้ความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับไม่เหมาะสม มีปัจจัยที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 54.70 ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของโรคร่วม และภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้สูงสุดถึงร้อยละ 62.90 และอภิปรายว่า การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยยังมีรูปแบบที่หลากหลาย ขณะที่การศึกษาในต่างประเทศยืนยันว่าคุณภาพของโปรแกรมการจัดการภาวะหัวใจล้มเหลวสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ดี จึงเสนอว่าการจัดบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกควรให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม รวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อสนับสนุนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนั้น ศุภวีย์ เลิศพงศ์ภาคภูมิ และคณะ²¹ ศึกษาปัจจัยทำนายการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลันในช่วง 1 ปีหลังการจำหน่าย พบว่าปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ได้แก่ ภาวะโรคร่วม ระดับความดันโลหิตและอัตราชีพจร ร่วมกันทำนาย

ตัวแปรการกลับเข้าพักรักษาซ้ำได้ร้อยละ 57.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงเสนอแนะว่าพยาบาลควรจัดรูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมโดยเฉพาะการดูแลก่อนการจำหน่ายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มีโรคร่วมอัตราร้อยละมากกว่า 80 ครั้งต่อนาทีและระดับความดันซิสโตลิก น้อยกว่า 140 มม.ปรอท

สำหรับการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนั้น Ba และคณะ (2020)²² สังเคราะห์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในช่วง ค.ศ. 2000–2019 จำนวน 25 รายการที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมที่พัฒนาจากแบบจำลอง TCM โดยเฉพาะในระยะ 7 วันแรกหลังการจำหน่าย พบว่า ส่วนใหญ่ใช้วิธีการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อให้คำปรึกษาและให้ความรู้ทางสุขภาพ การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลวิชาชีพ การติดตามประเมินอาการผิดปกติและการดำเนินของโรค การใช้ยาและแผนการรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับผลศึกษาของ Yuan และคณะ²³ ที่บทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ได้รับการหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในช่วง ค.ศ. 2009–2019 จำนวน 38 รายการ สรุปว่าโปรแกรมลักษณะนี้ช่วยลดความเสี่ยงและอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ และมีปัจจัยสำคัญที่นำสู่ความสำเร็จคือการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ

Naylor และคณะ⁸ ศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มโรคหัวใจล้มเหลว โดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) เป็นผู้วางแผนการจำหน่ายอย่างสมบูรณ์และติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นเวลา 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้คุณภาพชีวิตและความสามารถทางกายดีขึ้น รวมทั้งมี

ความพึงพอใจสูงต่อบริการที่ได้รับ สอดคล้องกับจิตติมา เจริญทอง และคณะ²⁴ เสนอว่าผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จึงประยุกต์แบบจำลอง TCM ในการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติกับผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำหน้าที่ คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจต่อการพยาบาลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน วรรณญา เกษไชย²⁵ ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยกลุ่มนี้แบ่งเป็นระยะก่อนการจำหน่าย และระยะภายหลังการจำหน่ายด้วยการติดตามทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของการเปลี่ยนผ่าน แล้วนำไปสู่การแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ รูปแบบการดูแลนี้เน้นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดูแลโดยตรง และเป็นผู้ประสานความร่วมมือจากผู้ป่วย ญาติและทีมสหสาขา ผลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับอาการหายใจลำบากลดลง มีพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำ และโซเดียมในร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรม และการรับรู้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แสดงถึงประสิทธิผลการดูแลทั้งระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรังจึงเสนอว่าควรมีการประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลและการศึกษาวิจัยต่อไป

การพัฒนาโปรแกรมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

จากแนวคิดแบบจำลองและการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ นำมาสู่การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลเพื่อการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยนิยามว่า เป็นรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวรวมทั้งญาติผู้ดูแล เริ่มตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนถึงการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดระยะการรับบริการ พยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นผู้รับผิดชอบหลักในกระบวนการดูแลดังกล่าวโดยการสร้างแผนการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวรายกรณี (transitional care plan) ประกอบด้วย

1. เป้าหมาย/วัตถุประสงค์ (goal/objectives) ได้แก่

1.1 เพื่อให้ความรุนแรงของพยาธิสภาพลดลงและการดำเนินโรคคงที่หรือไม่ทรุดลง

1.2 ผู้ป่วยปลอดภัยและมีความสุขสบายมากขึ้นจากอาการผิดปกติต่างๆ

1.3 ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่และช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

2. กิจกรรมการพยาบาล (nursing activities) ประยุกต์จาก 9 องค์ประกอบการดูแล (ตารางที่ 1)¹²⁻¹⁸ ร่วมกับระยะการดูแล 2 ระยะ ได้แก่ ระยะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล (admission care) และระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (post-hospital care) ซึ่งแต่ละระยะนี้มีรายละเอียดของกิจกรรมการดูแลเฉพาะสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ (ตารางที่ 2)^{3,4,8,19,22-25}

3. ผลลัพธ์การพยาบาล (nursing outcomes)^{8,20-24} ได้แก่

3.1 การเพิ่มศักยภาพการจัดการตนเองของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการควบคุมปริมาณน้ำและเกลือโซเดียม รวมทั้งการใช้ยาตามแผนการรักษา

3.2 การลดความเสี่ยงหรือโอกาสการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล การลดอัตราวันนอนในหอผู้ป่วย และค่าใช้จ่าย

3.3 ความพึงพอใจต่อบริการและการรับรู้คุณภาพชีวิต

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล (ประยุกต์จาก 9 องค์ประกอบการดูแล)

องค์ประกอบการดูแล	กิจกรรมการพยาบาล
1) การคัดกรอง (screening)	การระบุและกำหนดกลุ่มเป้าหมายโดยมีเกณฑ์การคัดกรองเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 75-80 ปีขึ้นไป ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะวิกฤตที่ต้องส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโดยเร็วและได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด นับเป็นองค์ประกอบสำคัญอันดับแรกของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน พยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินคัดกรองที่มีความไว ความเฉพาะเจาะจง และสะดวกรวดเร็วในการใช้งาน ได้แก่ สัญญาณชีพ คลื่นหัวใจ ระดับความรุนแรงของโรค (NYHA Functional class) รวมทั้งอาการเตือนทางคลินิกที่สำคัญ (warning signs/red flag)

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล (ประยุกต์จาก 9 องค์ประกอบการดูแล) (ต่อ)

2) บุคลากรพยาบาลวิชาชีพ (staffing)	พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง/พยาบาลผู้จัดการรายกรณีกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ/ พยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน/พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางโรคหัวใจและทรวงอก ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการให้การดูแลตลอดช่วงระยะเจ็บป่วยจนเข้าสู่ระยะฟื้นฟู เป็น การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยใช้แผนการดูแลและระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care plan) ที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นเครื่องมือสำคัญ พยาบาลกลุ่มนี้ต้องใช้ศักยภาพและองค์ความรู้เชิงบูรณาการในหลายศาสตร์สาขา อาทิ การพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจและทรวงอก เกสัชวิทยา
3) การธำรงสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (maintaining relationships)	พยาบาลสร้างความสัมพันธ์ที่ดีตั้งแต่ระยะเตรียมจำหน่ายจากโรงพยาบาลและดำรงความสัมพันธ์นั้นไว้ตลอดระยะเวลาการดูแล ทั้งระยะหลังการจำหน่ายฯ และเมื่อผู้ป่วยกลับมา รับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก การประเมินความต้องการการดูแลเป็นรายกรณี ตลอดจนอำนวยความสะดวก แสวงหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนให้กับผู้ป่วยและครอบครัว
4) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล (engaging patients & family caregivers)	การดำเนินการตามแผนการดูแลที่จำเป็นโดยการประชุมทีม ออกแบบแผนการดูแลที่สอดคล้องกับความชอบ ค่านิยม และเป้าหมาย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแต่ละรายให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีการรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) พยาบาลต้องจำเป็นต้องปรึกษากับญาติผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อกำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวที่ชัดเจน และมีความเป็นไปได้ตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย การมีส่วนร่วมอย่างเข้มข้นของผู้ป่วยและญาติตั้งแต่ระยะแรกนับเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของแผนการดูแลระยะยาว
5) การประเมินภาวะสุขภาพแบบครอบคลุม รวมทั้งการจัดการความเสี่ยงและอาการ (comprehensive assessing and managing risks and symptoms)	การประเมินอย่างละเอียดเกี่ยวกับอาการทางคลินิกที่สำคัญ เช่น หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ เหนื่อย อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ที่บ่งบอกถึงภาวะการกำเริบของหัวใจล้มเหลว (Exacerbation) และ/หรือติดตามการเปลี่ยนแปลง/ความก้าวหน้าตาม NYHA Functional class ก็ได้ นอกจากนั้น ยังต้องประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) และภาวะโรคเรื้อรังร่วมอื่น ๆ (multimorbidity) โดยจำแนกเป็น 2 กลุ่ม 1) กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจล้มเหลว และ 2) กลุ่มโรคอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล เป็นต้น ประเมินสถานะการทำงานของร่างกาย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและแผนการรักษา สภาวะสุขภาพจิต การรับรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต การทบทวนการใช้ยา (medication review) เพื่อหลีกเลี่ยง/ลดปัญหาการใช้ยาหลายขนาน (polypharmacy) โดยเฉพาะกลุ่มยาที่มีอาการข้างเคียงสูงหรือยาที่อาจมีปฏิกิริยาต่อกัน (drugs interaction) เช่น beta-blockers (BB), angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEI) หรือ angiotensin receptor blockers (ARB) นอกจากนั้น ยังต้องประเมินความเสี่ยงการหกล้ม ภาวะโภชนาการพร่อง ความเจ็บปวด ความไม่สมบูรณ์ของสภาพผิวหนัง การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ รวมทั้งสิทธิประโยชน์และความต้องการสนับสนุนสวัสดิการด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความพิการ

ตารางที่ 1 กิจกรรมการพยาบาล (ประยุกต์จาก 9 องค์ประกอบการดูแล) (ต่อ)

6) การให้ความรู้ทางสุขภาพ และส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง (educating and promoting self-management)	รูปแบบการเรียนรู้ที่มุ่งพัฒนาความฉลาดรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) โดยให้ความสำคัญอย่างมากในกลุ่มผู้สูงอายุและ/ญาติผู้ดูแลที่มีข้อจำกัดด้านความจำ การตัดสินใจและการอ่านออกเขียนได้ พยาบาลพัฒนาเครื่องมือสอนการดูแลตนเองที่มีคุณภาพดี เช่น การสอนสาระสำคัญด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย การสร้างแบบจำลอง การยกตัวอย่าง การใช้คำถามและสนทนาโต้ตอบ การสอนย้อนกลับ และการเรียนรู้แบบกลุ่ม ทั้งนี้ ให้สอดคล้องกับพื้นฐานความรู้และประสบการณ์เดิม เครื่องมือดังกล่าวมีการพัฒนาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จัดทำคู่มือหรือสมุดบันทึกสุขภาพที่มีแนวทาง/วิธีจัดการดูแลในกรณีเร่งด่วน/ฉุกเฉิน รวมถึงข้อมูลติดต่อของแพทย์หรือพยาบาลผู้จัดการรายกรณี การสอนทบทวนความรู้ผ่านการเยี่ยมบ้าน โทรศัพท์และ/แอปพลิเคชันไลน์ ทั้งนี้ สาระการเรียนรู้ที่สำคัญประกอบด้วย การส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ รวมถึงเทคนิคการเพิ่มกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพหัวใจ (cardiac rehabilitation) อาหารเฉพาะโรคเพื่อควบคุมภาวะน้ำเกิน (fluid overload) การใช้ยาตามแผนการรักษา
7) การทำงานร่วมกัน (collaborating)	การทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ และญาติผู้ดูแลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการกำกับติดตามการดำเนินของโรค อาจประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้ง เจ้าหน้าที่แผนกเวชกรรมชุมชน และการส่งต่อปฐมภูมิ ที่มีความเข้าใจในเป้าหมายของแผนการดูแล ทั้งนี้ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพจะช่วยอำนวยความสะดวกในการทำงานร่วมกันยิ่งขึ้น
8) การบริการต่อเนื่อง (promoting continuity)	การให้บริการดูแลผู้ป่วยตลอดช่วงของการดูแลรักษา การส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือการส่งต่อไปยังสถานบริการปฐมภูมิ การติดตามเยี่ยมที่บ้านหรือทางโทรศัพท์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งในช่วงเดือนแรกหลังการจำหน่ายฯ รวมทั้งการติดตามประเมินผลในระยะยาว
9) การติดต่อประสานงาน (fostering coordination)	การสื่อสารและความเชื่อมโยงระหว่างสมาชิกในทีมสหสาขา การให้บริการต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการส่งต่อสำหรับบริการด้านสุขภาพและ/หรือชุมชนใหม่ ๆ ตลอดจนการติดตามดูแลเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวนี พยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นผู้สร้างแผนการดูแลเป็นรายบุคคล เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีพยาธิสภาพ ความก้าวหน้าของโรค บริบทครอบครัวและสังคมที่แตกต่างหลากหลาย จำแนกการดูแลเป็น 2 ระยะ ดังนี้ (ตารางที่ 2)

1. ระยะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล (admission care หรือ in-hospital phase) มีการดูแลดังนี้

1.1 การเยี่ยมเพื่อประเมินความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล และเริ่มวางแผนจำหน่ายภายใน 48 ชั่วโมงแรก ติดตามเยี่ยมและบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยเป็นรายวัน หรือทุก 2-3 วันแล้วแต่กรณี

เช่น สัญญาณชีพ คลื่นหัวใจ ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มอาการสูงอายุ

1.2 การเยี่ยมเพื่อติดตามความก้าวหน้าของโรค/พยาธิสภาพ จนผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นตัว พยาบาลจัดทำแผนจำหน่ายแบบมีส่วนร่วม มีการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการสอนความรู้เฉพาะสาระสำคัญและการฝึกทักษะที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลตนเองที่บ้าน

1.3 การเยี่ยมเพื่อการเตรียมผู้ป่วยล่วงหน้าอย่างน้อย 24 ชั่วโมงก่อนการจำหน่าย มีการติดต่อประสานงาน กับญาติผู้ดูแล และทีมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้าน โดยเฉพาะระบบการสื่อสารกับหน่วยงานที่รับส่งต่อ จากนั้น สรุปประเด็นปัญหาที่สำคัญ การปฏิบัติการดูแลและการประเมินผล/ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ในบางกรณีอาจพบปัญหาที่ไม่สามารถจัดการได้ทั้งหมด จึงจำเป็นต้องบันทึกไว้และประสานงานกับพยาบาลผู้รับดูแลต่อเพื่อร่วมกันติดตามดูแลต่อไป

2. ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (post-hospital care หรือ post-discharge phase)

เป็นการพัฒนาทักษะและเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแลที่บ้าน รวมทั้งเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด (follow-up care) พยาบาลสามารถจัดกิจกรรมการดูแลเพื่อส่งเสริมการประเมินภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับการดำเนินโรค อาจเป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาเป็นรายกรณี การสนทนากลุ่ม การประยุกต์เทคนิคการพัฒนาความฉลาดรอบรู้ทางสุขภาพมาใช้ แก้ไขเฉพาะประเด็นที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างได้ผลการดูแลหลังการจำหน่ายนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การดูแล ณ แผนกผู้ป่วยนอก 2) การเยี่ยมบ้าน และ 3) การกำกับติดตามการดูแลตนเองที่บ้าน (telemonitoring) ซึ่งพยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประเมินและวิเคราะห์ประเด็นปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นและผลลัพธ์ทางสุขภาพว่าบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ด้วยเหตุผลใด บางปัญหาจำเป็นต้องปรึกษาทีมสหวิชาชีพ หรือการแสวงหาแหล่งประโยชน์อื่น ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยบางรายที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยติดตาม (cardiac device) เพื่อช่วยเสริมการทำงานของหัวใจ หรือการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงขึ้น

กิจกรรมการดูแลตามระยะ			เงื่อนไข/บริบท
1. ระยะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล	1.1 การเยี่ยมเพื่อประเมินความต้องการและเริ่มวางแผนจำหน่ายภายใน 24 ชั่วโมงแรก	- การคัดกรอง	* การอ้างสัมพันธภาพที่ดี
	1.2 การเยี่ยมเพื่อติดตามความก้าวหน้าของโรค	- การประเมินภาวะสุขภาพแบบครอบคลุม รวมทั้งการจัดการความเสี่ยงและอาการ	* การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล
	1.3 การเยี่ยมเพื่อเตรียมจำหน่ายผู้ป่วย	- การให้ความรู้ทางสุขภาพและส่งเสริมทักษะการจัดการตนเอง - การบริการต่อเนื่อง	
2. ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	2.1 การดูแล ณ แผนกผู้ป่วยนอก	- การประเมินความก้าวหน้าและความรุนแรงของโรค อาการกำเริบ การติดตามประเมินซ้ำผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ weight gain, fluid overload, chest X-ray, EKG, eGFR, blood electrolyte, urine protein, vital signs โดยเฉพาะ blood pressure	
	2.2 การดูแลที่บ้าน		
	2.3 การกำกับติดตามทางโทรศัพท์	- การทบทวนการใช้ยา (medication review) - การประเมินความร่วมมือต่อแผนการรักษา (adherence) - การสนับสนุน/เสริมแรงการจัดการตนเองของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล การทบทวนความรู้สึกลำบาก การทบทวนทักษะจำเป็น - การประเมินสภาพจิตใจ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ความซึมเศร้า และการให้ปรึกษา (health counseling) - การประเมินผลการส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น (ถ้ามี) - การแสวงหาแหล่งประโยชน์ (ถ้าจำเป็น)	* การทำงานร่วมกัน
			* การประสานงาน

ภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นกลุ่มอาการที่มีความซับซ้อนทางคลินิก พบอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างชัดเจนตามช่วงอายุที่มากขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 70-80 ปีขึ้นไป ประกอบกับปัญหากลุ่มอาการสูงอายุ ภาวะโรคร่วมหลายโรค และการใช้ยา

หลายขนาน จึงทำให้ความรุนแรงของโรคทวีขึ้นและมีความซับซ้อนในการบำบัดรักษายิ่งขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ป่วยอื่น ปัญหาที่ซับซ้อนนี้จำเป็นต้องจัดการด้วยการบูรณาการความรู้เพื่อพัฒนาเป็นแนวทางเวชปฏิบัติที่ดีและมีความต่อเนื่อง

แบบจำลองการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านมีเป้าหมายในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนลดระยะเวลาการรักษา การกลับเข้ารับรักษาซ้ำ ภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายเป็นรูปแบบบริการการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเริ่มจากแรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลไปจนถึงการติดตามดูแลหลังการจำหน่ายฯ ทั้งการดูแลเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและการดูแลที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถข้ามผ่านระยะต่างๆ ของความเจ็บป่วยได้อย่างราบรื่น รวมทั้งการดูแลจากสถานที่หนึ่งไปยังสถานที่ดูแลแห่งใหม่ พยาบาลผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านมีบทบาทหลักในการออกแบบแผนการดูแลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการเป็นรายกรณี เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการทำงานแบบร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพและผู้รับบริการ จนนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Naylor MD, Bowles KH, McCauley KM, Maccoby MC, Maislin G, Pauly MV, Krakauer R. High-value transitional care: translation of research into practice. *J Eval Clin Pract* 2013; 19(5): 727-33.
2. Laugaland K, Aase K, Barach P. Interventions to improve patient safety in transitional care a review of the evidence. *WORK* 41 2012; 2915-24.
3. Coleman EA, Smith JD, Frank JC, Min S, Parry C, Kramer AM. Preparing patients and caregivers to participate in care delivery across setting: The care transitions intervention. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 1819-24.
4. Coleman EA, Parry C, Chalmers S., Min S. The care transition intervention: results of randomized controlled trial. *Arch Int Med* 2006; 166: 1822-8.
5. Intarasombat P, Monkong S, Churaitatsanee S, Vongterapak S, Prasanatikorn W, Pornsawatchai P, et al. Comprehensive care of hospitalized older adults: transitional care from hospital to home. *RNJ* 2013; 19(2): 194-205. [In Thai]
6. European Society of Cardiology (ESC). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2021; 42(36): 3599-3726. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>.
7. Chunharas P, Yingchoncharoen T, Kunchorn RA. Heart Failure Council of Thailand (HFCT) Heart Failure Guideline. Medical Association Cardiology of Thailand 2019. Nextstep Design Limited Partnership. [In Thai]
8. Naylor MD, Brooten DA, Campbell RL, Maislin GM, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: A randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52(5): 675-684.
9. Boltz M, Capezuti EA, Zwicker D, Fulmer T. Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice. 2021. 6th Editions; New York: Springer Publishing Company, LLT.
10. Liu E, Lampert BC. Heart failure in older adults: medical management and advanced therapies. *Geriatrics* 2022; 7, 36.
11. Butrous H, Hummel SL. Heart failure in older adults. *Can J Cardiol* 2016; 32(9): 1140-7.
12. Naylor MD. Transitional care for older adults: a cost-effective model. *LDI of Health Economics* 2004; 9(6): 1-4.

13. Ortiz MR. Transitional care: nursing knowledge and policy implication. *Nursing Science Quarterly* 2019; 32(1): 73-7.
14. Naylor MD. A decade of transitional care research with vulnerable elders. *J Cardiovas Nurs* 2000; 14(3): 1-14.
15. Toles M, Colon-Emeric C, Naylor MD, Barroso J, Anderson RA. Transitional care in skilled nursing facilities: a multiple case study. *BMC Health Services Research* 2016; 16(186): 1-14.
16. Hirschman KB, Shaid E, McCauley K, Pauly MV, Naylor MD. Continuity of care: The Transitional Care Model. *OJIN* 2015; 20(3): 1.
17. Rezapour-Nasrabad R. Transitional Care Model: Managing the experience of hospital at home. *Electron J Gen Med* 2018; 15(5): em73
18. Morkisch N, Upequi-Arango LD, Cardona MI, van den Heuvel D, Rimmele M, Sieber CC, et al. Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: a systematic review. *BMC Geriatrics* 2020; 20(1): 345.
19. Bixby MB, Konick-McMahon J, McKenna CG. Applying the Transitional Care Model to elderly patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2000; 14(3): 53-63.
20. Pongkaew A, Boontein P, Tongsai S, Charoenyos N, Tanutpokeenun L. Factors predicting quality of life among patients with heart failure. *Thai J of Cardio-Thoracic Nurs*, 2020; 31(1): 179-97. [In Thai]
21. Lertpongakpoom S, Phongphet C, Suwanno J. Predictors of readmission after one-year hospital discharge with acute decompensated heart failure. *Thai J of Cardio-Thoracic Nurs* 2019; 30(2): 126-40. [In Thai]
22. Ba HM, Son Y-J, Lee K, Kim B-H. Transitional care interventions for patients with heart failure: An integrative review. *IJERPH* 2020; 17:2925 doi:10.3390/ijerph17082925
23. Yuan L, Fu MR, Luo B, Zheng H. The effectiveness of Transitional care interventions on health care utilization in patients discharges from the hospital with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *J Am Med Directors Assoc* 2021, 22 (Issue 3): 621-9.
24. Rhiantong J, Malathum P, Monkong S, McCauley K, Viwatwongkasem C, Kuanprasert S. Outcomes of an advanced practice nurse-led continuing care program in people with heart failure. *Pacific Rim Int J Nurs Res* 2019; 23(1): 32-46. [In Thai]
25. Kedchai W. The effects of the Transitional Care Model for heart failure patients, Kingnarai hospital. *J Nurs Health Care* 2020; 38(4): 73-82. [In Thai]

การประเมินคุณภาพของแบบคัดกรองความต้องการการดูแล แบบระดับประครองสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก ฉบับภาษาไทย: การศึกษาย้อนหลัง

เสาวลักษณ์ ปราบแก้ว¹, พย.บ.

กนกวรรณ นกเกษม², พย.บ.

ปาริฉัตร บิลล่าเต๊ะ³, พย.ม.

วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร⁴, ปร.ด., อพย.

บทคัดย่อ: การศึกษาแบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพในด้านความไว ความจำเพาะ และความตรงเชิงพยากรณ์ของแบบคัดกรองความต้องการการดูแลแบบระดับประครองสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนัก ฉบับภาษาไทย ศึกษาข้อมูลจากการสุ่มเจาะทะเบียนผู้ป่วยผู้ใหญ่ 207 คน ที่เข้ารักษาในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 แบบคัดกรอง ๑ ได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือและผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ ทดสอบความเที่ยงแบบสอดคล้องกันระหว่างผู้ประเมิน 2 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แคปปา 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้านประชากรและการเสียชีวิตภายใน 6 เดือนด้วยสถิติบรรยายวิเคราะห์ความไวและความจำเพาะและคะแนนจุดตัดที่ดีที่สุดที่สามารถบอกโอกาสของความต้องการการดูแลแบบระดับประครองก่อนการเสียชีวิต 6 เดือน ด้วยกราฟแสดงคุณลักษณะพื้นที่ใต้โค้ง และวิเคราะห์ความตรงเชิงพยากรณ์ของแบบคัดกรอง ๑ ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 11.1 ของผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 6 เดือน มีคะแนนจากแบบคัดกรองความต้องการการดูแลแบบระดับประครอง 0-10 โดยจุดตัด เท่ากับ 4 เป็นคะแนนที่ดีที่สุดที่สามารถบอกโอกาสความต้องการการดูแลแบบระดับประครอง มีความไว 0.826 และความจำเพาะ 0.908 และมีพื้นที่การทำนายถูกต้องร้อยละ 92.8 ในด้านความตรงเชิงพยากรณ์ ผลการวิเคราะห์โลจิสติกเมื่อควบคุมอิทธิพลจากปัจจัยด้านเพศและอายุ พบว่าคะแนนจากแบบคัดกรอง ๑ ที่เพิ่มขึ้นทำนายผลลัพธ์การเสียชีวิตได้ 2.1 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ควรมีการนำแบบคัดกรองความต้องการการดูแลแบบระดับประครองสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก ฉบับภาษาไทยมาใช้ในการคัดกรองและวางแผนให้การดูแลแบบระดับประครองแก่ผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2566; 10(1): 20-35

คำสำคัญ: ความไว ความจำเพาะ ความต้องการการดูแลแบบระดับประครอง แบบคัดกรองผู้ป่วยหนัก

¹พยาบาลผู้จัดการรายการคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด โรงพยาบาลกรุงเทพหาดใหญ่

²พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกอภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลกรุงเทพหาดใหญ่

³ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกรุงเทพหาดใหญ่

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์ผู้บริหาร วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล (วาระ พ.ศ. 2564-2566);

ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: pwongcha@hotmail.com

วันที่รับบทความ 23 มกราคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 19 เมษายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 21 เมษายน 2566

Quality Assessment of the Center to Advance Palliative Care in the ICU Screening Tool–Thai Version: A Retrospective Study

Souwaluk Prabkaew¹, B.N.S

Kanokwan Nokkasam², B.N.S

Paredah Billateh³, M.S.N

Wongchan Petpichetchian⁴, Ph.D., Dip. APAGN

Abstract: This retrospective study aimed to assess the quality of the Center to Advance Palliative Care in the ICU Screening Tool–Thai Version (CAPC–ICU Thai) concerning its sensitivity, specificity and predictive validity. The medical records of 207 adult patients admitted to the intensive care unit of a private hospital between January 2018 and June 2019 were randomly retrieved. The CAPC–ICU was back–translated into Thai with permission granted from the developers. Inter–rater reliability was conducted between two raters yielding a Kappa coefficient of 1.00. Demographic data and the death rate were analyzed using descriptive statistics. Sensitivity and specificity analysis was performed to determine the best cut–off score indicating the probability of palliative care needs six months before death by using Receiver Operating Characteristics (ROC) curve analysis. Logistic regression analysis was conducted to determine the predictive validity of the CAPC–ICU Thai. The findings showed that 11.1% of patients died within six months. The CAPC–ICU Thai scores ranged from 0–10. The cut–off score of 4 provided the best determination of the need for palliative care with a sensitivity of 0.826 and a specificity of 0.908. The area under the ROC curve to predict the outcome was 92.8%. For predictive validity, logistic regression analysis controlling for age and gender revealed that the odds of death outcome significantly increased by 2.1. Implementing the CAPC–ICU Thai as a screening tool for patients admitted to ICUs is recommended so that palliative care can be planned for patients and family members.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2023; 10(1): 20–35

KeyWords: sensitivity, specificity, needs of palliative care, screening tool, critically ill patient

¹Cardiology Nurse Case Manager, Bangkok Hatyai Hospital

²Registered Nurse Intensive Care Unit, Bangkok Hatyai Hospital

³Assistant Manager of Nursing Division, Bangkok Hatyai Hospital

⁴Assistant Professor, The College of Advanced Practice Nurse and Midwife of Thailand, Thailand Nursing and Midwifery Council; Corresponding Author, E-mail: pwongcha@hotmail.com

Received January 23, 2023; Revised April 19, 2023; Accepted April 21, 2023

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้ามากขึ้น และนำมาใช้เพื่อการยืดชีวิตผู้ป่วย ซึ่งการยืดชีวิตดังกล่าวอาจเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตในผู้ป่วยหลายราย ที่สมควรยุติการรักษา เพราะการรักษาที่กำลังทำอยู่ จัดว่าเป็นการรักษาที่ไร้ประโยชน์ (futility treatment)¹ ผู้ป่วยวิกฤตส่วนหนึ่งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (intensive care unit: ICU) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนัก โดยมีเกณฑ์ที่ใช้ในการกำหนดการเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักที่ยอมรับกันโดยทั่วไป ได้แก่ เป็นผู้ป่วยที่ต้องการการเฝ้าระวังใกล้ชิด ต้องได้รับการรักษาเพื่อพยายวยวระที่อาจมีการล้มเหลวหนึ่งระบบหรือมากกว่าหนึ่งระบบ เช่น ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือการรักษาอื่น ๆ เพื่อพยายางานของอวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ ไต รวมถึงผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่และ/หรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วมรุนแรง เป็นต้น² ด้วยลักษณะของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน ICU ดังกล่าว จึงอาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ยาก จนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาไประยะหนึ่ง จึงเข้าสู่สภาวะ futility treatment ดังกล่าวข้างต้น เช่น ผู้ป่วยที่มีอวัยวะสำคัญล้มเหลวรุนแรง หรือมีอวัยวะหลายระบบล้มเหลว เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้นำไปสู่ความขัดแย้งทางจริยธรรมของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เมื่อต้องตัดสินใจว่าจะยุติหรือไม่ยุติการรักษา³ รวมถึงพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้⁴ การรักษาเพื่อยืดชีวิตในผู้ป่วยที่การรักษาไม่ได้ผลอีกต่อไปจึงขัดแย้งกับแนวคิดเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

องค์การอนามัยโลก⁵ นิยามการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ว่า หมายถึงการดูแลที่

มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญปัญหาจากความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต (life-threatening illness) การดูแลแบบประคับประคองช่วยป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานโดยการค้นหาผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองแต่เนิ่น ๆ (early identification) เพื่อนำไปสู่การประเมินและการจัดการกับอาการปวด อาการรบกวนและปัญหาอื่น ๆ ที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยให้การดูแลแบบเป็นทีมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับภาวะเศร้าโศกอย่างเหมาะสม จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองยังมีความจำกัด โดยมีรายงานว่าในแต่ละปีมีผู้ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองสูงถึง 40 ล้านคนทั่วโลก ร้อยละ 78 อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง แต่มีผู้ที่ได้รับบริการการดูแลแบบประคับประคองเพียงร้อยละ 14 เท่านั้น ทั้งนี้ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองโดยเร็วที่สุด⁶ ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแลแบบประคับประคอง ไม่ควรต่ำกว่า 3-4 เดือนก่อนจะเสียชีวิต⁶ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้การเสียชีวิตภายในเวลา 6 เดือน นับจากการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เป็นเกณฑ์บ่งชี้ว่าผู้ป่วยควรได้รับหรือมีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแลแบบประคับประคอง

สำหรับประเทศไทย ในช่วงระยะเวลาสิบกว่าปีที่ผ่านมา มีการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. 2550⁷ โดยในมาตรา 12 ของกฎหมายฉบับดังกล่าว เป็นการรับรองสิทธิของบุคคล ในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากความเจ็บป่วย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือหนึ่งในกระบวนการสื่อสารเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ต่อมา มีการกำหนดนิยามของคำศัพท์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง¹ สนับสนุนการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการจัดทำคู่มือ/แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กรมการแพทย์ สะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติพบว่า การเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองอาจยังไม่ทั่วถึง โดยผลการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยผานวิธีพบว่าปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งมาจากไม่มีแพทย์และพยาบาลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรงหรือไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนหรือข้อจำกัดด้านสมรรถนะของพยาบาลจากระบบการศึกษาทำให้พยาบาลยังมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองไม่เพียงพอ⁸ ซึ่งอาจรวมถึงความสามารถของพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

การคัดกรองผู้ที่สมควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นบันไดขั้นแรกที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคัดกรองผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน ICU นำไปสู่การวางแผนให้การดูแลที่เหมาะสม ดังนั้นจึงควรมีเครื่องมือที่มีคุณภาพในการคัดกรองผู้ป่วย ในประเทศไทยมีการนำแบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Performance Palliative Scale: PPS) มาใช้อย่างแพร่หลาย แต่แบบประเมิน PPS

ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินติดตามสภาวะการเปลี่ยนแปลงทรุดลงทางกาย (functional decline) เพื่อทำนายอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ¹⁰ ซึ่งแม้จะมีการรายงานว่าเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพในด้านความตรงและความเที่ยง^{11, 12} แต่ก็ยังเป็นแบบประเมินที่ไม่ได้ออกแบบมาสำหรับใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จึงควรมีเกณฑ์ (criteria) ที่มีความจำเพาะสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน ICU ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับแบบคัดกรองลักษณะดังกล่าวในประเทศไทย

ในต่างประเทศมีผู้พยายามพัฒนาเครื่องมือสำหรับใช้ในการคัดกรองความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง โดยเครื่องมือที่ออกแบบมาให้ความจำเพาะสำหรับการคัดกรองผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน ICU คือ the Center to Advance Palliative Care in the ICU Screening Tool (CAPC-ICU) ซึ่ง Lapp and Iverson¹³ พัฒนาและทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังกับผู้ป่วย ICU 200 คน พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิต 31 ราย (ร้อยละ 15.5) ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 14 ราย (ร้อยละ 45) ได้รับการดูแลแบบประคับประคองก่อนเสียชีวิต และพบว่าเกณฑ์การคัดกรองของแบบคัดกรอง CAPC-ICU นำไปสู่การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับบริการการดูแลแบบประคับประคอง และยังสามารถทำนายโอกาสการเสียชีวิตใน ICU ได้ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.0001$) โดยคะแนนจากเกณฑ์การคัดกรองที่เพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน โอกาสการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Lapp and Iverson ยังไม่มีการทดสอบเรื่องความไวและความจำเพาะ และยังไม่ได้กำหนดจุดตัดของคะแนนของแบบคัดกรองดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจนำแบบคัดกรอง CAPC-ICU มาแปลเป็นฉบับภาษาไทย

และศึกษาคุณภาพในด้านความไว ความจำเพาะ โดยหาจุดตัดคะแนนที่ดีที่สุด และความตรงเชิงพยากรณ์ในการทำนายการเสียชีวิตในเวลา 6 เดือนซึ่งสะท้อนความต้องการการดูแลแบบประคับประคองก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต เพื่อนำไปใช้ในการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในช่วงระยะ 6 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์สูงสุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินคุณภาพของแบบคัดกรองความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ฉบับภาษาไทย (CAPC-ICU Thai) โดยการทดสอบความไว ความจำเพาะ และความตรงเชิงพยากรณ์

นิยามศัพท์

ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การเสียชีวิตภายในเวลา 6 เดือน เป็นเกณฑ์บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแบบประคับประคองซึ่งสามารถใช้เป็นตัวเทียบมาตรฐาน (reference standard) กับการประเมินด้วยแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai โดยหากผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองก่อนการเสียชีวิต 6 เดือน ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับประโยชน์สูงสุด

ความไว (sensitivity) ในที่นี้หมายถึง ความสามารถของแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai ที่จะบอกโอกาสของความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ค่าโอกาสความน่าจะเป็นในลักษณะนี้สูง (ค่าเข้าใกล้ 1 หรือเข้าใกล้ร้อยละ 100) แปลผลว่าแบบคัดกรอง มีความไวสูง

ความจำเพาะ (specificity) หมายถึง ความสามารถของแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai ที่จะ

บอกโอกาสของความไม่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ ค่าโอกาสความน่าจะเป็นในลักษณะนี้สูง (ค่าเข้าใกล้ 1 หรือเข้าใกล้ร้อยละ 100) แปลผลว่าแบบคัดกรอง มีความจำเพาะสูง

ความตรงเชิงพยากรณ์ (predictive validity) หมายถึงความสามารถของแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai ในการพยากรณ์หรือทำนายความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง โดยประเมินจากค่าสัมประสิทธิ์การทำนายสูง (ค่า odds ratio มากกว่า 1) บ่งชี้ว่าคะแนนที่ประเมินตามเกณฑ์การคัดกรองจากแบบคัดกรองนี้ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำนายการเสียชีวิตภายใน 6 เดือนได้

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) จากเวชระเบียนผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (inclusion criteria) ประกอบด้วย ผู้ป่วย อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาใน ICU ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรที่ใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับงานวิจัยทดสอบความไวและความจำเพาะของเครื่องมือ¹⁴ คือ

$$n \geq \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 Sens(1-Sens)}{d^2 \times Prev}$$

โดยกำหนดค่าความไว (sensitivity: Sens) ที่คาดหวังไม่ต่ำกว่า .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าความคลาดเคลื่อน (d) .10 และค่าความชุกของเหตุการณ์คือความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (prevalence: Prev) ซึ่งพิจารณาปรับ

จากผลการศึกษาของ Lapp and Iverson¹³ ที่พบผู้ป่วยจำนวนร้อยละ 45 ได้รับการส่งต่อ palliative care และเสียชีวิตหลังจำหน่ายออกจาก ICU ซึ่งตัวเลขดังกล่าวอาจไม่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นสถานที่ศึกษาซึ่งอาจพบอุบัติการณ์ต่ำกว่า ผู้วิจัยจึงกำหนดค่า Prev ที่ .30 (ร้อยละ 30) ได้จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการ 207 คน ซึ่งค่า Prev .30 ที่ใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างนี้ต่ำกว่าที่พบในรายงานของ Lapp & Iverson ทั้งนี้เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้น

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน มี 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไป (เพศ อายุ สิทธิการรักษา) (2) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย (การวินิจฉัย เหตุผล/ปัญหาสุขภาพหลักที่เข้ารับการรักษาใน ICU จำนวนวันนอนใน ICU การใช้เครื่องช่วยหายใจ ลักษณะการจำหน่ายออกจาก ICU) และ (3) ข้อมูลการเสียชีวิตหลังจาก ICU (ที่หอผู้ป่วย หรือนอกโรงพยาบาล)

2. แบบคัดกรองความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ฉบับภาษาไทย (CAPC-ICU Thai) เป็นเครื่องมือที่มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) ว่ามีเกณฑ์ที่ใช้คัดกรอง (screening criteria) นั้น ๆ หรือไม่ โดยให้เลือกคำตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ ถ้าเลือกคำตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน ถ้าไม่ใช่ให้ 0 คะแนน โดยเกณฑ์ที่ใช้คัดกรอง มีองค์ประกอบ 3 ด้าน/เกณฑ์ คือ เกณฑ์โรคจำนวน 10 ข้อ (เช่น มะเร็งระยะที่ 4 อวัยวะล้มเหลวมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ระบบ ภาวะหลังหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน) เกณฑ์การใช้

บริการในหอผู้ป่วยหนักและอุปกรณ์ 7 ข้อ (เช่น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือหอผู้ป่วยหนักด้วยอาการซ้ำ ๆ ในระยะ 3 เดือน การเข้ามารักษาในหอผู้ป่วยหนักมากกว่าหนึ่งครั้งในรอบการรักษาครั้งนั้น การใส่ท่อช่วยหายใจ ความจำเป็นต้องได้รับการปรึกษาด้านจริยธรรม) และเกณฑ์อื่น ๆ 5 ข้อ (เช่น ความขัดแย้งในการตัดสินใจการรักษา—ยุติหรือไม่ยุติการรักษา การเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องนอนติดเตียง ไม่ประหลาดใจหากผู้ป่วยจะเสียชีวิตในอีก 12 เดือนข้างหน้า) รวม 22 ข้อ คะแนนที่เป็นไปได้คือ 0-22 ผู้วิจัยได้รับอนุญาตแปลเป็นภาษาไทยจากผู้พัฒนาเครื่องมือ¹⁵ โดยกระบวนการแปลเครื่องมือ CAPC-ICU เป็นภาษาไทยใช้เทคนิคการแปลย้อนกลับ (back translation)¹⁶ จากนั้น ทดสอบความเที่ยงประเภทความสอดคล้องระหว่างผู้ใช้แบบคัดกรอง (Interrater reliability) 2 รอบ รอบที่ 1 สุ่มเลือกเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างของปี พ.ศ. 2560 จำนวน 20 ฉบับ ผู้วิจัยสองคนใช้แบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai จากเวชระเบียนชุดเดียวกันโดยอิสระจากกัน นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยกำหนดให้มีค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ในการทดสอบรอบที่ 1 ผลพบว่ามีข้อความหรือข้อความที่มีความเห็นไม่ตรงกันมากกว่าร้อยละ 20 จึงนำมาปรึกษาร่วมกันจนเข้าใจตรงกัน รอบที่ 2 ทำการทดสอบซ้ำด้วยกระบวนการเดียวกันกับรอบที่ 1 พบว่าการใช้แบบคัดกรอง 20 ฉบับโดยผู้วิจัยสองคน มีความเห็นสอดคล้องกันทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100 จึงนำแบบคัดกรองไปใช้เก็บข้อมูลจริง

กระบวนการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตใช้ข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลที่เป็นสถานที่

ศึกษาจากผู้บริหารโรงพยาบาลภายหลังได้รับอนุญาต
ผู้วิจัยเข้าถึงฐานข้อมูลผู้ป่วยในระบบสารสนเทศของ
โรงพยาบาล คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์
ที่กำหนด จากนั้นดำเนินการสุ่มตัวอย่างทุก ๆ 3 คน
จากลำดับหมายเลขการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน
(admission number: AN) ระหว่างเดือนมกราคม
พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 ให้ได้
เวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 207 ฉบับ และบันทึกข้อมูล
โดยใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้น

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองของคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลในเครือบริษัท
กรุงเทพดุสิตเวชการจำกัด เลขที่โครงการ BMC-IRB
2019-10-040 และเอกสารรับรองเลขที่ COA
2020-05 โดยไม่ใช้เอกสารแสดงความยินยอมของ
กลุ่มตัวอย่างเนื่องจากเป็นการศึกษาจากข้อมูล
ทุติยภูมิ โดยการบันทึกข้อมูลไม่มีการระบุตัวบุคคล
และดำเนินการทุกขั้นตอนในเรื่องการรักษาความลับ
ผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ผลการวิจัย ผู้วิจัยใช้สถิติบรรยาย
ได้แก่ จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)
หรือค่ามัธยฐาน (median: Mdn) และพิสัยส่วน
เบี่ยงเบนควอไทล์ (interquartile range: IQR) และ/
หรือค่าฐานนิยม (mode: Mo) ตามลักษณะของข้อมูล
และวิเคราะห์ความไว และความจำเพาะ โดยนำ
คะแนน CAPC-ICU Thai ไปหาความสัมพันธ์กับการ
เสียชีวิตภายใน 6 เดือนหลังจากเข้ารับการรักษา ผู้วิจัย
วิเคราะห์หาค่าจุดตัดคะแนน (cut-off score) ที่ดีที่สุด

โดยใช้ Receiver Operating Characteristic (ROC)
Curve analysis คำนวณค่า Youden's Index โดยค่าที่
เข้าใกล้หนึ่งมากที่สุดบ่งชี้ถึงคะแนน ณ จุดตัดที่
สามารถทำนายได้แม่นยำมากที่สุด¹⁷ และวิเคราะห์
ความตรงเชิงพยากรณ์ของแบบคัดกรอง CAPC-ICU
Thai ในการทำนายความต้องการการดูแลแบบ
ประคับประคอง/การเสียชีวิต โดยใช้สถิติการ
วิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression)
และควบคุมอิทธิพลจากปัจจัยด้านประชากรคือ เพศ
และอายุ (ส่วนปัจจัยด้านโรคและการรักษา เช่น
โรคร่วม การใส่ท่อช่วยหายใจ/ใช้เครื่องช่วยหายใจ
ไม่นำมาควบคุม เพราะเป็นส่วนหนึ่งของการประเมิน
ของแบบคัดกรอง CAPC-ICU) โดยนำเข้าตัวแปร
ดังกล่าวในสมการทำนาย นำเสนอขนาดอิทธิพลของ
คะแนนจากแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai ต่อความ
ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง/การเสียชีวิต
ภายใน 6 เดือนด้วยค่าอัตราส่วนโอกาสที่มีการปรับค่า
(Adjusted Odds Ratio: Adj. OR) กำหนดระดับนัย
สำคัญทางสถิติที่ .05 และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ .95 (95%
Confidence Interval: CI)

ผลการวิจัย

ผู้ป่วย 207 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ
72.0 อายุเฉลี่ย 63.73 ปี (SD = 13.72) ใช้สิทธิ
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 72.5 เหตุผล/ปัญหา
สุขภาพหลักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก คือ
ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute
myocardial infarction) ร้อยละ 64.1 รองลงมาคือ
เป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด (post-operation) ร้อยละ 14.0
ส่วนใหญ่ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 82.1 และมี
ค่ามัธยฐานจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก 2 วัน
(IQR = 1) (ตารางที่ 1) พบผู้ป่วยเสียชีวิตภายในเวลา

6 เดือน จำนวน 23 คน (ร้อยละ 11.1) โดยเสียชีวิต
ที่ ICU จำนวน 12 คน และเสียชีวิตที่บ้าน/โรง
พยาบาลใกล้เคียงจำนวน 11 คน ในจำนวนนี้เป็นการ

เสียชีวิตหลังจากออกจากโรงพยาบาลในช่วง 1 เดือน
หลังการรักษามากที่สุด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	n (%)
เพศ ชาย	149 (72.0)
หญิง	58 (28.0)
อายุเฉลี่ย 63.73 ปี (SD = 13.72) Min = 23 Max = 98	
สิทธิ์การรักษา	
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า UC	150 (72.5)
จ่ายเอง	45 (21.7)
ประกันชีวิต	6 (2.9)
บริษัทคู่สัญญา	5 (2.4)
รัฐวิสาหกิจ	1 (0.5)
เหตุผล/ปัญหาสุขภาพหลักที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก	
Acute myocardial infarction	127 (61.4)
Post-operation	29 (14.0)
Acute respiratory failure	8 (3.9)
Acute congestive heart failure	7 (3.4)
Status post-cardiac arrest	6 (2.9)
Acute stroke	5 (2.4)
Cardiogenic shock	5 (2.4)
Septic shock	4 (1.9)
Complex arrhythmias	2 (1.0)
Electrolyte imbalance	1 (0.5)
อื่น ๆ (เช่น Acute pancreatitis, Subdural hematoma, Multiple trauma)	13 (6.3)
การใช้เครื่องช่วยหายใจ	
ใช่	37 (17.9)
ไม่ใช่	170 (82.1)
จำนวนวันที่ผู้ป่วยนอนใน ICU Mdn = 2, IQR = 1, Mo = 1 (ร้อยละ 45.9) Min = 1, Max = 30	

หมายเหตุ: M = mean, SD = standard deviation, Mdn = median, IQR = interquartile range, Mo = mode,
Min = minimum score, Max = maximum score

การประเมินคุณภาพของแบบคัดกรองความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ
ในหอผู้ป่วยหนัก ฉบับภาษาไทย: การศึกษาย้อนหลัง

ตารางที่ 2 ข้อมูลการจำหน่ายออกจาก ICU และการเสียชีวิต

ข้อมูล	n (%)
การจำหน่ายออกจาก ICU	
กลับบ้าน	145 (70.0)
ย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยทั่วไป	31 (15.0)
ย้ายไปรักษาต่อที่สถานพยาบาลใกล้เคียง	19 (9.2)
เสียชีวิต	12 (5.8)
การเสียชีวิตภายหลังออกจาก ICU	
เสียชีวิตที่หอผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษารั้งนี้	0 (0)
เสียชีวิตที่บ้าน/โรงพยาบาลใกล้เคียง	11 (100)
ระยะเวลาการเสียชีวิตหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	
1 เดือน	5 (45.5)
2 เดือน	2 (18.2)
3 เดือน	1 (9.1)
4 เดือน	1 (9.1)
6 เดือน	2 (18.2)

ผลการประเมินคุณภาพของแบบคัดกรอง
CAPC-ICU Thai

1. ความไวและความจำเพาะของแบบคัดกรอง
CAPC-ICU Thai

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีช่วงคะแนน CAPC-ICU Thai ตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน โดยมีผู้ที่มีคะแนนเป็น 0 (ไม่พบเกณฑ์ที่ใช้คัดกรองใด ๆ) เพียง 23 คน (ร้อยละ 11.1) ผลการวิเคราะห์ด้วย Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve พบว่าคะแนน CAPC-ICU Thai ที่จุด ≥ 4 เป็นคะแนนที่ดี

ที่สุดที่สามารถบ่งชี้โอกาสความต้องการการดูแลแบบประคับประคองจากการเสียชีวิตภายในเวลา 6 เดือน (รวมการเสียชีวิตใน ICU ไปจนถึงหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล) โดยมีค่าความไวเท่ากับ 0.826 (95% CI [0.774, 0.877]) และความจำเพาะเท่ากับ 0.908 (95% CI [0.868, 0.947]) มีค่า Youden's Index สูงสุด = 0.734 (ตารางที่ 3 และ 4) และมีพื้นที่การทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 92.8 (Area Under the Curve: AUC = 0.928, 95% CI [0.883, 0.974], $p < .001$) (ภาพที่ 1)

ตารางที่ 3 จำนวน (ร้อยละ) ของการประเมินด้วยแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai ที่จุดตัดคะแนนเท่ากับการเสียชีวิตภายใน 6 เดือน ค่าความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity)

คะแนน CAPC-ICU	การเสียชีวิต		รวม n (%)
	เสียชีวิต n (%)	ไม่เสียชีวิต n (%)	
≥ 4	19 (52.8)	17 (47.2)	36 (17.4)
< 4	True Positive 4 (2.3)	False Positive 167 (97.7)	171 (82.6)
	False Negative	True Negative	
รวม	23 (100)	184 (100)	207 (100)

Sensitivity = True Positive/True Positive + False Negative = 19/19+4 = 0.826

95% CI [0.774, 0.877]

Specificity = True Negative/True Negative + False Positive = 167/167+17 = 0.908

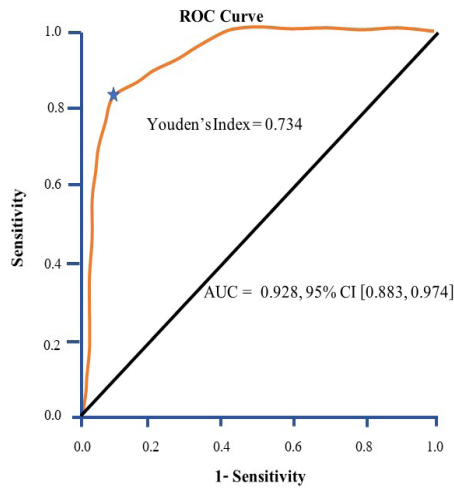
95% CI [0.868, 0.947]

ตารางที่ 4 ค่าความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) และค่า Youden's Index ที่ค่าจุดตัดคะแนนจากแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai ระดับต่าง ๆ

ค่าจุดตัดคะแนน	Sensitivity	Specificity	Youden's Index
1	1.000	0.125	0.125
2	1.000	0.587	0.587
3	0.870	0.821	0.691
4	0.826	0.908	0.734
5	0.739	0.946	0.685
6	0.565	0.962	0.527
7	0.435	0.967	0.402

Youden's Index = Sensitivity + Specificity - 1

การประเมินคุณภาพของแบบคัดกรองความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ
ในหอผู้ป่วยหนัก ฉบับภาษาไทย: การศึกษาย้อนหลัง



ภาพที่ 1 กราฟแสดง ROC Curve และพื้นที่ใต้โค้ง (Area Under the ROC Curve: AUC)

2. ความตรงเชิงพยากรณ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก โดยกำหนดตัวแปรต้นคือการประเมินด้วย CAPC-ICU Thai ตัวแปรตามคือความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง/การเสียชีวิตภายใน 6 เดือน และควบคุมอิทธิพลจากปัจจัยด้านประชากรคือ เพศและอายุ พบว่า โมเดลการทำนายมีความเหมาะสม โดยคะแนน CAPC-ICU Thai ที่เพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน มีโอกาสเกิดการเสียชีวิตภายใน 6 เดือนเพิ่มขึ้น 2.1 เท่า (Adj. OR = 2.103; 95% CI [1.638, 2.700]) (ตารางที่ 5) และผู้ป่วยกลุ่มที่มี

คะแนน CAPC-ICU Thai ≥ 4 คะแนน มีโอกาสเกิดการเสียชีวิตภายใน 6 เดือน มากกว่ากลุ่มที่มีคะแนน CAPC-ICU Thai < 4 คะแนน ถึง 59 เท่า (Adj. OR = 59.506; 95% CI [15.502, 228.418]) (ตารางที่ 6) ทั้งนี้เมื่อนำสมการทำนายโดยใช้คะแนน CAPC-ICU Thai ที่จุดตัดคะแนน = 4 และควบคุมปัจจัยด้านเพศและอายุไปวิเคราะห์ด้วย ROC curve พบว่า คะแนนที่จุดตัดนี้ ยังคงมีความแม่นยำสูง โดยมีพื้นที่การทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 92.8 (AUC = 0.928, 95% CI [0.883, 0.974], $p < .001$) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 5 ความตรงเชิงพยากรณ์ของคะแนน CAPC-ICU Thai วิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยสถิติโลจิสติก และควบคุมอิทธิพลจากปัจจัยเพศและอายุ

ตัวแปร	b	SE	p	Adj. OR	95% CI	
					Lower	Upper
ค่าคงที่ (constant)	-5.101	1.409	.000	0.006		
เพศชาย	1.492	0.632	.018	4.445	1.289	15.239
อายุ	0.001	0.020	.948	0.999	0.960	1.039
คะแนน CAPC-ICU	0.743 ^a	0.127	.000	2.103	1.638	2.700

^aWald = 34.001, $p < .001$; Cox & Snell $R^2 = 0.262$; Hosmer and Lemeshow test $\chi^2 = 14.933$, $p = .060$

b = regression coefficient, SE = standard error, p = significance level, Adj. OR = Adjusted Odds Ratio, CI = confidence interval

ตารางที่ 6 ความตรงเชิงพยากรณ์เมื่อกำหนดจุดตัดคะแนน CAPC-ICU Thai ที่ 4 คะแนนวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยสถิติโลจิสติกเมื่อควบคุมอิทธิพลจากปัจจัยเพศและอายุ

ตัวแปร	b	SE	p	Adj. OR	95% CI	
					Lower	Upper
ค่าคงที่ (constant)	-4.503	1.357	.001	0.011		
เพศชาย	1.680	0.658	.011	5.366	1.476	19.505
อายุ	0.000	0.020	.992	1.000	0.962	1.040
กลุ่ม CAPC-ICU ≥ 4 คะแนน	4.086 ^a	0.686	.000	59.506	15.502	228.418

^aWald = 10.857, $p < .01$; Cox & Snell $R^2 = 0.267$; Hosmer and Lemeshow test $\chi^2 = 5.101$, $p = .747$

b = regression coefficient, SE = standard error, p = significance level, Adj. OR = Adjusted Odds Ratio, CI = confidence interval

ตารางที่ 7 พื้นที่ใต้โค้ง (Area Under the ROC Curve: AUC) ของตัวแปรคะแนน CAPC-ICU Thai ที่จุดตัด 4 คะแนน ตัวแปรเพศและอายุ

ตัวแปร	AUC	SE	p	95% CI	
				Lower	Upper
กลุ่ม CAPC-ICU ≥ 4 คะแนน	0.928	0.023	.000	0.883	0.974
เพศชาย	0.636	0.065	.034	0.509	0.763
อายุ	0.646	0.070	.022	0.509	0.784

AUC = Area Under the ROC Curve, SE = standard error, p = significance level, CI = confidence interval

อภิปรายผล

การประเมินคุณภาพของแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อหาจุดตัดคะแนนที่ดีที่สุด ที่ยังไม่เคยมีการศึกษาเช่นนี้มาก่อน ผลการศึกษาพบว่า คะแนน CAPC-ICU Thai ที่จุดตัด ≥ 4 เป็นคะแนนที่ดีที่สุด กล่าวคือสามารถบอกถึงโอกาสของความต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่ประเมินจากการเสียชีวิตภายใน 6 เดือนได้ถูกต้องและแม่นยำ ร้อยละ 82.6 (sensitivity = 0.826) สามารถบอกโอกาสของความไม่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองประเมินจากการไม่เสียชีวิตภายใน 6 เดือนได้ถูกต้องแม่นยำ

ร้อยละ 90.8 (specificity = 0.908) และมีความตรงเชิงพยากรณ์โดยคะแนนที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 คะแนน พบโอกาสการเสียชีวิตภายใน 6 เดือนเพิ่มขึ้นถึง 2.1 เท่า และกลุ่มที่มีคะแนน ≥ 4 มีโอกาสเพิ่มสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มที่มีคะแนนต่ำกว่า 4 ถึงร้อยละ 59 ในต่างประเทศมีผู้นำแบบคัดกรอง CAPC-ICU นี้ไปขยายผลใช้กับผู้ป่วยหนักอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยวิกฤตทางระบบประสาทในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในรัฐนิวเจอร์ซีย์ ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยศึกษากับกลุ่มก่อนมีการใช้แบบคัดกรอง ($n = 64$) และกลุ่มหลังการใช้แบบคัดกรอง ($n = 70$) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง CAPC-ICU ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้น เกิดกระบวนการประชุม

ครอบครัว (family meeting) เพิ่มขึ้นสองเท่า และการใช้แผนการรักษาแบบไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ (do not resuscitate: DNR) เพิ่มขึ้น แต่ผลการทดสอบยังไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ¹⁸ การศึกษาดังกล่าวไม่ได้มีการทดสอบเพื่อหาจุดตัดคะแนน แต่นำแบบคัดกรองไปใช้เพื่อวางแผนการดูแลแบบประคับประคอง และผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเกณฑ์ต่าง ๆ กับกลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ด้วย ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างไปจากการศึกษาในครั้งนี้ที่มีผู้ป่วยหลากหลายประเภท โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองโดยเร็ว โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสสูญเสียชีวิตภายใน 6 เดือน เช่น ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน ICU บางรายที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนหรือคุณภาพชีวิต เช่น มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงของการเกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัดใหญ่ ระยะเวลาการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ และบ่งชี้ถึงคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยหนักเพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลและในหอผู้ป่วย ICU ลดภาระของครอบครัว และลดอัตราการเข้าใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน¹⁹ ทั้งนี้เป็นเพราะการดูแลแบบประคับประคองเป็นการส่งเสริมให้มีการจัดการอาการ (symptom management) การวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า (advance care plan) อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ (patient satisfaction) และยังสามารถลดการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อื่น ๆ²⁰ และส่งเสริมให้เกิดการตายอย่างสงบ (peaceful death) อีกด้วย จึงมีข้อเสนอแนะ

ว่าควรมีการวางแผนการดูแลแบบประคับประคองกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน ICU ทุกราย¹⁹ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติอาจไม่สามารถดำเนินการได้ในทุกโรงพยาบาลหรือทุก ICU และกับผู้ป่วยทุกราย ดังนั้นการนำแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai ซึ่งมีจุดตัดคะแนนที่สามารถบอกโอกาสความน่าจะเป็นว่าผู้ป่วยรายใดอาจเกิดการเสียชีวิตภายในระยะเวลา 6 เดือนข้างหน้ามาใช้จึงมีความเป็นไปได้สูงที่จะช่วยคัดกรองให้ผู้ป่วยที่สมควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (มีคะแนนจากแบบคัดกรองเท่ากับหรือมากกว่า 4) มีโอกาสเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคอง และได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

การศึกษานี้ ผู้วิจัยประเมินคุณภาพของแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai โดยใช้เกณฑ์ผลลัพธ์ คือ การเสียชีวิตภายในเวลา 6 เดือนเป็นตัวแปรแทน (proxy variable) ที่สะท้อนความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง และพบว่าแบบคัดกรองมีคุณภาพทั้งในด้านความไว ความจำเพาะ และความตรงเชิงพยากรณ์ แม้ว่าอัตราการเสียชีวิตภายใน 6 เดือนที่พบในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจะไม่สูงมากนัก ($n = 23$, ร้อยละ 11.1) เมื่อเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ เช่น การศึกษาติดตามผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน ICU และได้รับการรักษาเพื่อยืดชีวิต (life-sustaining therapy) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบอัตราการเสียชีวิตภายใน 6 เดือนสูงถึงร้อยละ 43.6²¹ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบริบทของสถานที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลเอกชน หากแพทย์พิจารณาว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงก็มักรับไว้รักษาใน ICU อย่างน้อย 1-2 วัน ดังนั้นการนำแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai มาใช้จะช่วยลดภาระการส่งต่อผู้ป่วยหรือดำเนินการทันทีเพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองโดยไม่จำเป็น แต่หากผู้ป่วยรายใดที่ผลการคัดกรองเป็นผู้ที่ควรได้รับ

การดูแลแบบประคับประคอง การส่งต่อผู้ป่วยไปยังทีมผู้เชี่ยวชาญการดูแลแบบประคับประคองโดยเร็วย่อมเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และยังช่วยลดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม (moral distress) ของพยาบาล ICU จากการเป็นผู้สังเกต (witness) ว่าอาจมีการเสียชีวิตเกิดขึ้นในเวลาอีกไม่นาน โดยที่ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีการรักษาเพื่อยืดชีวิตอาจเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว²² พยาบาล ICU จึงควรทำหน้าที่เป็นผู้แทนในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองหากมีความจำเป็น (advocate for palliative care)

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษาแบบย้อนหลังจากเวชระเบียนครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องต่อไปนี้ (1) ที่มาของข้อมูลที่บันทึกไว้อาจมีความคลาดเคลื่อนได้ (misclassification bias) ในอนาคตควรมีการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective study) (2) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นไปตามบริบทของโรงพยาบาลเอกชนและพบจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 6 เดือน ไม่สูงมาก จึงอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงไปยังผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลภาครัฐ โดยเฉพาะโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่ผู้ป่วยอาจมีปัญหาสภาพที่ซับซ้อนมากกว่า อาจทำการศึกษาซ้ำ ปรับแบบการวิจัยเป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า และเพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อยืนยันข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้

สรุปและข้อเสนอแนะ

การประเมินคุณภาพของแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ในบริบทของโรงพยาบาลเอกชนพบว่า

แบบคัดกรองนี้มีความไว ความจำเพาะและความตรงเชิงพยากรณ์จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านการวิจัย (research evidence) ชั้นสำคัญที่พยาบาล ICU สามารถพิจารณาประกอบการตัดสินใจนำไปใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกต่อไป อย่างไรก็ตาม การนำแบบคัดกรองนี้ไปใช้ ควรมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

1. ประชุมผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาทบทวนเกณฑ์การคัดกรองทั้ง 22 ข้อ ว่ามีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลหรือไม่ หากมีการปรับเปลี่ยนเกณฑ์การคัดกรองในบางข้อ ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อทดสอบคุณภาพ โดยอาจทำการศึกษาซ้ำ (replication study) เพื่อยืนยันความถูกต้องแม่นยำ และควรทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า เพื่อลดปัญหาความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นจากการบันทึกข้อมูล
2. ควรมีการจัดอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วย ให้มีความรู้ความเข้าใจและฝึกปฏิบัติการใช้แบบคัดกรอง CAPC-ICU จนเกิดทักษะ
3. ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรกำหนดเป็นนโยบายให้หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยหนักมีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลแบบประคับประคอง สนับสนุนให้มีการใช้แบบคัดกรอง เช่น CAPC-ICU Thai และควรพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการตัดสินใจขึ้นมารองรับ โดยนำเข้าคะแนนจากแบบคัดกรอง CAPC-ICU ให้มีการเตือนผู้ที่เกี่ยวข้องเมื่อพบคะแนน CAPC-ICU ≥ 4 เพื่อการดำเนินการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมต่อไป
4. หน่วยงานที่มีบริบทใกล้เคียงกับการศึกษานี้ และมีความสนใจนำแบบคัดกรอง CAPC-ICU Thai ไปใช้ ควรศึกษากลยุทธ์การนำแบบคัดกรอง

การประเมินคุณภาพของแบบคัดกรองความต้องการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา
ในหอผู้ป่วยหนัก ฉบับภาษาไทย: การศึกษาย้อนหลัง

CAPC-ICU Thai ไปใช้ตามแนวทางของการวิจัย
ดำเนินการ (implementation research) และประเมิน
ผลลัพธ์ในด้านการยอมรับนำไปปฏิบัติ (adoption)
ของพยาบาลและความยั่งยืน (sustainability) ตลอด
จนอัตราการได้รับการส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับดูแลแบบ
ประคับประคอง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ พว.ชุติกานุจัน รัตนโอภา
ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล และ พว. พัชรวิเชียรชอย
หัวหน้าแผนกอภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลกรุงเทพ
หาดใหญ่ ที่ให้การสนับสนุนทั้งด้านการจัดประสบการณ์
การเรียนรู้กระบวนการวิจัย การจัดสรรเวลา การแก้
ปัญหาต่าง ๆ และที่สำคัญที่สุดคือการให้กำลังใจ
อย่างสม่ำเสมอ จนทำให้สามารถดำเนินการวิจัยนี้ให้
สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Royal Thai Government Gazette. Declaration of National Health Committee on the operational definition of terms related to palliative care. [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 23]. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/261/T_0003.PDF (In Thai).
2. Stretch B, Shepherd SJ. Criteria for intensive care unit admission and severity of illness. *Surgery (Oxford)* 2021;39(1):22-8. doi:10.1016/j.mpsur.2020.11.004
3. Bernat JL. Medical futility: Definition, determination, and disputes in critical care. *Neurocrit Care* 2005;2(2):198-205. doi:10.1385/ncc:2:2:198

4. Lluch-Canut T, Sequeira C, Falcó-Pegueroles A, Pinho JA, Rodrigues-Ferreira A, Olmos JG, et al. Ethical conflicts and their characteristics among critical care nurses. *Nurs Ethics* 2019;27(2):537-53. doi: 10.1177/0969733019857785
5. World Health Organization. Palliative care 2020. [Internet]. Updated 5 August 2020 [cited 2022 Nov 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
6. Jordan RI, Allsop MJ, ElMokhallati Y, Jackson CE, Edwards HL, Chapman EJ, et al. Duration of palliative care before death in international routine practice: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med* 2020;18(1):368. doi: 10.1186/s12916-020-01829-x
7. Royal Thai Government Gazette. National Health Act B.E. 2550 (2007). [Internet]. 2007 [cited 2022 Nov 23]. Available from: https://www.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Information_Center/Attach/25621124013609AM_17.pdf (In Thai).
8. Siraprasasiri P, Horrattanueng D. Palliative care and end-of-life care manual (for healthcare providers). Nontaburi: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King Press. [Internet] 2020 [cited 2022 Nov 23]. Available from: 256401141307 1 3 PM_ aw คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง_5.pdf (dms.go.th) (In Thai).
9. Hamdan Alshehri H, Olausson S, Öhlén J, Wolf A. Factors influencing the integration of a palliative approach in intensive care units: a systematic mixed-methods review. *BMC Palliat Care*. [Internet] 2020 [cited 2023 Apr 8];19:1-18. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00616-y>

10. Baik D, Russell D, Jordan L, Dooley F, Bowles KH, Masterson Creber RM. Using the palliative performance scale to estimate survival for patients at the end of life: a systematic review of the literature. *J Palliat Med* 2018;21(11):1651–61. doi: 10.1089/jpm.2018.0141
11. Ho F, Lau F, Downing MG, Lesperance M. A reliability and validity study of the Palliative Performance Scale. *BMC Palliat Care* 2008;7(1):1–10. doi: 10.1186/1472-684X-7-10
12. Chewaskulyong B, Sapinun L, Downing GM, Intaratat P, Lesperance M, Leatrakul S, et al. Reliability and validity of the Thai translation (Thai PPS Adult Suandok) of the Palliative Performance Scale (PPSv2). *Palliat Med* 2012;26(8):1034–41. doi: 10.1177/0269216311424633
13. Lapp EA, Iverson L. Examination of a palliative care screening tool in intensive care unit patients. *J Hosp Palliat Nurs* 2015;17(6):566–74. doi: 10.1097/NJH.0000000000000202
14. Thauh T. Statistics and sample size application (Version 5.0) (Android Application).
15. Lapp EA. E-mail to: BHH RN HRD (Bangkok Hatyai Hospital). 2018 06 24.
16. WHODAS2.0. 2020. Available from: https://terrance.who.int/mediacentre/data/WHODAS/Guidelines/WHODAS2.0_Translation_guidelines.pdf
17. Ruopp MD, Perkins NJ, Whitcomb BW, Schisterman EF. Youden Index and optimal cut-point estimated from observations affected by a lower limit of detection. *Biom J* 2008;50(3):419–30. Doi: 0.1002/bimj.200710415
18. Grasso J. Palliative care screening in the neurological ICU [Dissertation]. Newark (NJ): Rutgers University; 2021.
19. Pan H, Shi W, Zhou Q, Chen G, Pan P. Palliative care in the intensive care unit: not just end-of-life care. *Intensive Care Research* [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 5];3:77–8. Available from: <https://doi.org/10.1007/s44231-022-00009-0>
20. Flaherty C. Palliative care screening: appraisal of a tool to identify patients' symptom management and advance care planning needs. *Clin J Oncol Nurs* 1969;22(4): E92–E6. doi: 10.1188/18.CJON.E92–E96
21. Detsky ME, Harhay MO, Bayard DF, Delman AM, Buehler AE, Kent SA, et al. Six-month morbidity and mortality among intensive care unit patients receiving life-sustaining therapy: a prospective cohort study. *Ann Am Thorac Soc* 2017;14(10): 1562–70. doi: 10.1513/AnnalsATS.201611-875OC
22. Mealer M, Moss M. Moral distress in ICU nurses. *Intensive Care Med* 2016;42(10):1615–7. doi: 10.1007/s00134-016-4441-1

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า: โมเดลตำบลบ้านกล้วย สุโขทัย

วรรณริชฎา กิตติธงโสภณ¹ วท.ม. (สาธารณสุข), อพย.(การพยาบาลเด็ก)

ศิริลักษณ์ อุปาวณิช² วท.ม.(เวชศาสตร์ชุมชน)

บทคัดย่อ: การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า ตำบลบ้านกล้วย จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้ดูแลหลักในเด็กปฐมวัย จำนวน 60 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน 9 คน ดำเนินการวิจัย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 2) ร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย 3) การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในผู้ดูแลเด็ก และชุมชน 4) ปรับรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า โดยเพิ่มวิธีการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลเด็ก และ 5) ประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน และคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามความรู้ และพฤติกรรมของผู้ดูแลหลัก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เชิงเนื้อหา และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังใช้รูปแบบด้วยสถิติทดสอบทีคู่ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย ผู้ดูแลเด็ก ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยในองค์กรปกครองท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยส่งเสริมกิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่ การประสานงาน สร้างความรู้ความเข้าใจ การกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการ การติดตาม การให้คำปรึกษา และการให้เวลา คุณภาพในการกระตุ้นพัฒนาการ พบว่าหลังการใช้รูปแบบ ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ และพฤติกรรมเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2566; 10(1): 36-53

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน การส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ผู้รับผิดชอบหลัก, Email: wanrichada.k@outlook.co.th

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

วันที่รับบทความ 8 พฤศจิกายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 14 เมษายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 15 เมษายน 2566

Development of Community Participation Model for Promoting Early Childhood Development in Children with Potential Developmental Delay: Ban Kluai Model, Sukhothai

Wanrichada Kittitongsophon¹ M.Sc. (Public Health), Dip.APPN

Siriluk Upavanich² M.Sc. (Community Medicine)

Abstract: This research and development aimed to develop and evaluate a community participation model to promote early childhood development in children with potential developmental delay in one subdistrict of Sukhothai Province. Sample groups were purposively selected: 60 caregivers of children with potential developmental delay and 9 stakeholders in the community. The research method comprised 5 steps, namely 1) Analysis of the situation in promoting early childhood development, 2) Design of the model of community participation to promote early childhood development in children with potential developmental delay, 3) Applying the tentative model to child caregivers and community, 4) Revising the community participation model for promotion of development in children with potential developmental delay by adding an educational method for elderly caregivers, and 5) Evaluation of the developed model. The instruments consisted of the community participation model for early childhood development in children with potential developmental delay and the Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). The data collection tools consisted of a focus group guideline and questionnaires on knowledge and behavior of the caregiver. Data were analyzed using descriptive statistics, content analysis, and paired t-test to compare the results before and after using the model. The results revealed that the community participation model consisted of several stakeholders such as child caregivers, teachers at the child development centre, responsible person at the local government organization, responsible person at the subdistrict health promoting hospital and public health volunteers. Six main activities were implemented, namely coordination, education, promotion of child development, monitoring and evaluation, consulting and spending quality time to promote child development. After implementing the model, it was found that caregivers had significantly increased knowledge and appropriate behavior ($p < .05$).

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2023; 10(1): 36-53

Keywords: community participation, promotion of development, early childhood, children with potential developmental delay

¹Registered Nurse, Professional Level. Group of Nurse, Childhood Development, Sukhothai Hospital, Sukhothai Province; Corresponding author, Email: wanrichada.k@outlook.co.th

²Registered Nurse, Professional Level. Group of Nurse, Sukhothai Hospital, Sukhothai Province

Received November 8, 2023; Revised April 14, 2023; Accepted April 15, 2023

ความเป็นมาและความสำคัญ

การพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นสิ่งที่รัฐบาลไทยให้ความสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงวัยการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุด คือการลงทุนในเด็กปฐมวัย ซึ่งก่อให้เกิดผลตอบแทนจากการลงทุนถึงร้อยละ 7-10 ต่อปี¹ เนื่องจากในช่วง 5 ปีแรกของชีวิต เป็นช่วงที่สมองเติบโตและพัฒนาอย่างรวดเร็วที่สุดกว่าช่วงวัยอื่น² ซึ่งต้องการการเลี้ยงดูและได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัยอย่างถูกต้องและเหมาะสมจากผู้ดูแลเด็ก ในช่วงปี พ.ศ. 2557-2558 พบว่าเด็กปฐมวัยไทยมากกว่า 1 ใน 4 มีระดับพัฒนาการโดยรวมที่มีความเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า³ จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าพัฒนาการเด็กปฐมวัยกว่า 250 ล้านคน หรือร้อยละ 43 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางมีความเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้าตามวัยที่ควรจะเป็น⁴ ทั้งนี้ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางซึ่งเกิดปัญหาพัฒนาการเด็กปฐมวัยเช่นกัน และจากการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบวิกฤติทางพัฒนาการในเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้าต่ำกว่ามาตรฐานร้อยละ 34³ โดยมีอัตราสูงกว่าสถิติที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้คือพัฒนาการเด็กล่าช้าไม่เกินร้อยละ 25⁵ จึงจำเป็นต้องค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า เพื่อให้ได้รับการส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสม ซึ่งพบว่าร้อยละ 90 จะกลับมาปกติ ส่วนอีกร้อยละ 10 อาจมีปัญหาอื่น ๆ ร่วมด้วย³

จังหวัดสุโขทัยเป็นจังหวัดหนึ่งที่พบสถานการณ์ปัญหาเด็กสงสัยมีพัฒนาการล่าช้าสูงในปี พ.ศ. 2561 พบถึงร้อยละ 23.98 และยังพบว่าเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าต้องได้รับการกระตุ้นเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental

Assessment for Intervention; TEDA4I) ถึงร้อยละ 44 ซึ่งจัดเป็นสถานการณ์ปัญหาลำดับที่ 1 ของเขตสุขภาพที่ 2⁶ โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย พบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะ 3 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2562 จากร้อยละ 17.67, 21.89 และร้อยละ 40.63 ตามลำดับ และยังพบเด็กมีพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาสูงสุดเมื่อเทียบกับพัฒนาการล่าช้าด้านอื่นด้วย และเด็กกลุ่มนี้ยังขาดการติดตามที่ต่อเนื่อง ดังข้อมูลผู้รับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลสุโขทัยในปี พ.ศ. 2560 - 2562 พบว่าเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่กลับมารับการประเมินซ้ำถึงร้อยละ 73.95, 77.59 และ 82.14 ตามลำดับ⁷ อาจนำไปสู่สถานการณ์ปัญหาเด็กมีพัฒนาการล่าช้าที่สูงขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กของผู้ดูแลเด็กในหลายหน่วยงานร่วมกันจึงมีความสำคัญยิ่ง

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับผลการฝึกกระตุ้นพัฒนาการในเด็กที่มาใช้บริการที่ห้องกระตุ้นพัฒนาการเด็ก โรงพยาบาลสุโขทัย พบว่า ผู้ดูแลหลักของเด็ก ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการฝึกกระตุ้นพัฒนาการในเด็ก มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁸ จากสรุปผลการดำเนินงานในคลินิกสุขภาพเด็กดีของโรงพยาบาล พบว่า บทบาทการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มาจากคนในครอบครัว ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงเครือข่ายอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องนั้น มีบทบาทในการดูแลเด็กปฐมวัยแยกเฉพาะในหน่วยงานของตนเองยังขาดการประสานความร่วมมืออย่างเป็นรูปธรรมในพื้นที่ รวมทั้งชุมชนมองว่าการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากร

สาธารณสุขเป็นหลัก และผู้ดูแลเด็กไม่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัยที่สงสัยล่าช้า มองว่าเป็นเรื่องปกติซึ่งสามารถพัฒนาได้เองเมื่อเติบโตขึ้น ในบางรายไม่ยอมรับว่าบุตรหลานตนเองเกิดความผิดปกติทางพัฒนาการ⁶ นอกจากนี้ระบบเฝ้าระวังและติดตามพัฒนาการเด็กที่เป็นอยู่ยังเป็นกลยุทธ์แบบเชิงรับ ผู้ดูแลเด็กขาดความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการ จึงทำให้ขาดทักษะและการปฏิบัติที่ถูกต้อง⁷ อาจทำให้การส่งเสริมกระตุ้นในเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้าไม่ได้ผล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าส่วนใหญ่มาจากการขาดการเลี้ยงดูและกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม^{9,10} ความร่วมมือในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็กมีความสำคัญอย่างยิ่ง¹¹ รวมทั้งการจัดระบบส่งเสริมและติดตามพัฒนาการเด็กเหล่านี้ ต้องให้ความสำคัญกับผู้ดูแล ตัวแทนเจ้าหน้าที่ในชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก⁹ เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดสามารถกระตุ้นพัฒนาการได้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการ การรับรู้ของผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และการได้รับสนับสนุนจากแหล่งต่าง ๆ เช่น การสนับสนุนจากชุมชน เครือข่ายทางสังคม (social network)⁸ การได้รับคำแนะนำ และการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัว¹²

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย คือการสร้างภาคีเครือข่ายในการร่วมกำหนดเป้าหมาย มีการกำหนดแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม มุ่งเน้นให้ผู้เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญ เข้าใจบทบาทของตนเองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มีการกำกับติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง¹³ จาก

การศึกษาของ ชฎาภรณ์ ชื่นตา และคณะ¹⁴ ในจังหวัดยโสธรได้จัดรูปแบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการ โดยผสมผสานการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้วยระบบติดตามการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการหลังการติดตามในระยะเวลา 1 และ 2 เดือน พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถกระตุ้นพัฒนาการด้านที่สงสัยล่าช้าในเด็กกลุ่มที่สงสัยล่าช้าให้มีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มารดาหรือบิดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้และดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น ดังนั้น การพัฒนาการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ อสม. ส่งผลให้พัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น และค้นพบเด็กพัฒนาการล่าช้าเพื่อส่งพบแพทย์ได้ครอบคลุม¹¹ เด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น¹⁵

อย่างไรก็ตาม ด้วยความแตกต่างของบริบทการดำเนินงานในคลินิกสุขภาพเด็กดีของโรงพยาบาลสุโขทัย ซึ่งเน้นการดำเนินงานในเชิงรับตามระบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)³ หากพบว่าเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ผู้ดูแลเด็กจะได้รับการสอนให้กลับกระตุ้นพัฒนาการที่บ้าน และนำเด็กกลับมาประเมินซ้ำหลัง 1 เดือน ซึ่งเป็นการปฏิบัติ

**การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า:
โมเดลตำบลบ้านกล้วย สุโขทัย**

ภารกิจแบบแยกส่วน ระหว่างพยาบาลและผู้ดูแลเด็ก โดยพยาบาลทำการประเมินพัฒนาการเด็ก และนัดให้ผู้ดูแลเด็กกลับมาประเมินซ้ำตามวันนัดหมายเท่านั้น รวมทั้งไม่มีการประสานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ เข้ามาสนับสนุนในการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ดังนั้น การประสานความร่วมมือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้ามีความจำเป็นยิ่งต่อการลดสถานการณ์ปัญหาพัฒนาการเด็กล่าช้าในพื้นที่ ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้าขึ้น เพื่อเหนี่ยวนำผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาดังกล่าวเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริม และกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า มากกว่าเป็นภารกิจของพยาบาลในคลินิกสุขภาพเด็กดีเพียงฝ่ายเดียว ซึ่งคาดหวังว่าการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้าจะเอื้อต่อการพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ และสติปัญญาตามระยะพัฒนาการปกติเมื่อเข้าสู่วัยเรียนในอนาคตได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า
2. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. เด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กอายุ 3-5 ปี ที่มีผลการประเมินพัฒนาการ

ตามช่วงอายุไม่ผ่านในครั้งแรก จากการประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยกระทรวงสาธารณสุข (Developmental Surveillance and Promotion Manual; DSPM)³ โดยประเมินพัฒนาการตามช่วงอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor; GM) ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor; FM) ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language; RL) ด้านการใช้ภาษา (Expressive Language; EL) ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (Personal and Social; PS) และทำเครื่องหมายในช่องผ่าน หรือไม่ผ่านตามผลการประเมินของผู้ประเมิน

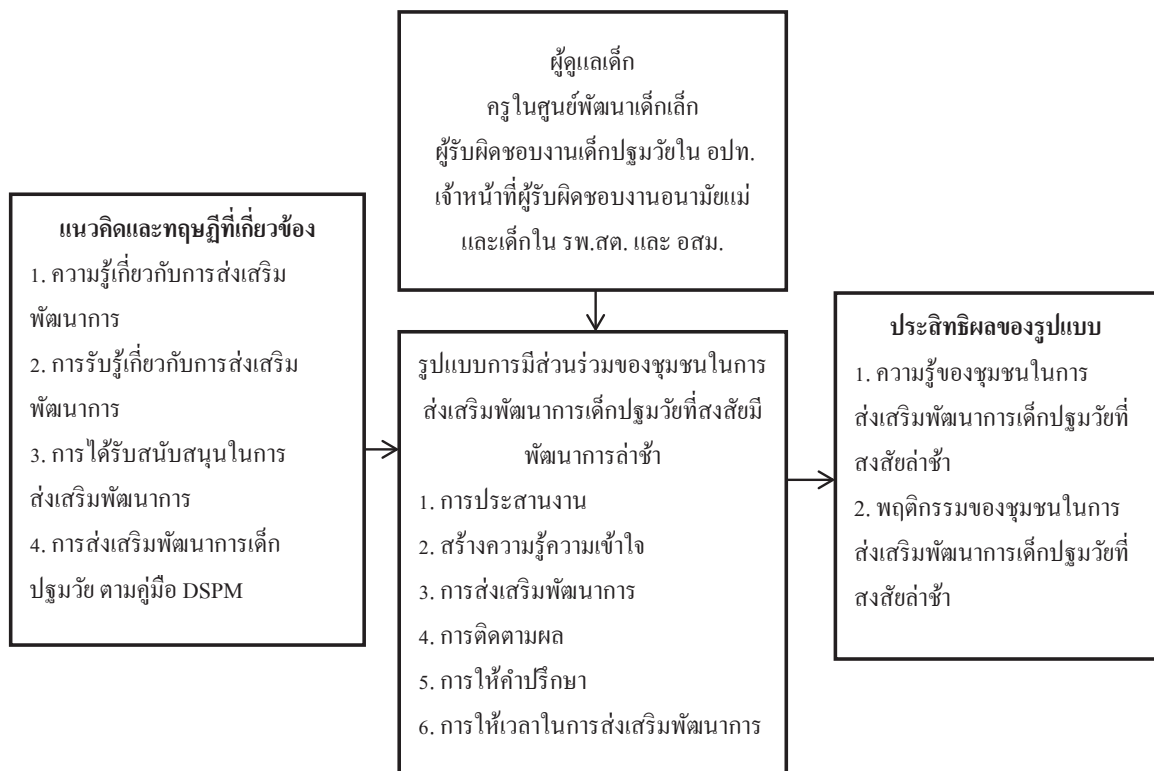
2. ชุมชน หมายถึง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ได้แก่ ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กใน รพ.สต. และ อสม.

3. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า หมายถึง แนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วยชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า ตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)³ เน้นการประสานงาน สร้างความรู้ความเข้าใจ การกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการ การติดตาม การให้คำปรึกษา และการให้เวลาคุณภาพในการส่งเสริมพัฒนาการ โดยมีการประเมินผล ด้านความรู้ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการส่งเสริม และติดตามพัฒนาการของเด็กปฐมวัยที่สงสัยล่าช้า

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการ การรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการ การได้รับสนับสนุนในการส่งเสริมพัฒนาการ และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)³ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor; GM) ด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา (Fine Motor; FM) ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language; RL) ด้านการใช้

ภาษา (Expressive Language; EL) ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (Personal and Social; PS) โดยให้สมาชิกชุมชนได้แก่ ผู้ดูแลเด็ก ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยใน อปท. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กใน รพ.สต. และ อสม. มีส่วนร่วมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามแนวทางคู่มือ DSPM ที่จะส่งผลต่อ ความรู้ พฤติกรรมของผู้ดูแลเด็ก ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยวัดผลการศึกษาก่อนและหลังนำรูปแบบไปใช้รายละเอียดกรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า:
โมเดลตำบลบ้านกล้วย สุโขทัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (ดังตารางที่ 1) โดยมี ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาในขั้นตอนที่ 1,3,5 คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 1) ผู้ดูแลเด็กจำนวน 30 คน จากทะเบียนผู้เข้ารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลสุโขทัย ซึ่งเป็น

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงขั้นตอนการดำเนินงาน วิธีการและกลุ่มตัวอย่าง และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่	วิธีการและกลุ่มตัวอย่าง	ระยะเวลา
1. ศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในผู้ดูแลเด็ก	1.1 สํารวจทะเบียนผู้เข้ารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี ที่มารับบริการ 2 สัปดาห์แรกของเดือน กันยายน 2563 คัดเลือกผู้ดูแลที่ดูแลเด็กที่มีผลการประเมินพัฒนาการไม่ผ่านด้านใดด้านหนึ่งใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว (GM) ด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา (FM) ด้านการเข้าใจภาษา (RL) ด้านการใช้ภาษา (EL) ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม (PS) เป็นกลุ่มตัวอย่าง 1.2 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้าจำนวน 30 คน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน 1.3 สันทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กปฐมวัย จำนวน 9 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการกองศึกษาในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเข้าใจปัญหา และความต้องการสนับสนุนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน	1 สัปดาห์
2. ร่างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	2.1 ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 นำมาร่างรูปแบบได้ 6 ประเด็นหลัก ดังนี้ การประสานงาน การสร้างความรู้ความเข้าใจ การส่งเสริมพัฒนาการที่บ้าน การติดตาม การให้คำปรึกษา การให้เวลาส่งเสริมพัฒนาการ	1 สัปดาห์

ตารางที่ 1 แสดงขั้นตอนการดำเนินงาน วิธีการและกลุ่มตัวอย่าง และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย (ต่อ)

ขั้นตอนที่	วิธีการและกลุ่มตัวอย่าง	ระยะเวลา
3. นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไป ใช้กับผู้ดูแลเด็ก และชุมชน	3.1 นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่สงสัยมี พัฒนาการล่าช้า กลุ่มตัวอย่างจากในขั้นตอนที่ 1 จำนวน 30 คน 3.2 สันทนากลุ่มเพื่อสะท้อนผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ถึงปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างนำรูปแบบไปใช้	2 สัปดาห์
4. ปรับรูปแบบการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัย มีพัฒนาการล่าช้า	4.1 ปรับปรุงรูปแบบในประเด็นการสร้างความรู้ความเข้าใจเพิ่มเติม ด้านการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กที่เป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดใน ด้านความจำ การอ่านหนังสือ และทักษะการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง โดยเพิ่มเติมการสร้างสื่อวีดิทัศน์ คลิปสอนการใช้คู่มือ DSPM ให้กับผู้ดูแลเด็ก และวิธีการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก นำกลับไปดู ที่บ้าน และเผยแพร่ต่อสมาชิกครอบครัว 4.2 นำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ถึงความเหมาะสมรูปแบบที่ได้ พัฒนาขึ้น	4 สัปดาห์
5. ประเมินผลรูปแบบการมี ส่วนร่วมของชุมชน	5.1 สํารวจทะเบียนผู้เข้ารับบริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดี ที่มารับ บริการ 2 สัปดาห์แรกของเดือน พฤศจิกายน 2563 คัดเลือกผู้ ดูแลที่ดูแลเด็กที่มีผลการประเมินพัฒนาการไม่ผ่านด้านใดด้าน หนึ่งใน 5 ด้าน ดังกล่าว เป็นกลุ่มตัวอย่าง 5.2 นำรูปแบบที่พัฒนาจากในขั้นตอนที่ 4 ไปใช้กับผู้ดูแลเด็กปฐมวัย มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน 30 คน ซึ่งเป็นกลุ่มใหม่ ไม่ เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 โดยเป็นเด็กกลุ่มใหม่ ที่ต้องเข้ารับการประเมินพัฒนาการตามช่วงอายุเมื่อมีอายุครบ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน และเด็กต้องได้รับการกระตุ้นพัฒ นาการตามกระบวนการโดยผู้ปกครองที่บ้าน และกลับมา ประเมินพัฒนาการซ้ำ ภายใน 30 วัน ดังนั้นกระบวนการการ กระตุ้นพัฒนาการเด็กได้ดำเนินการเสร็จสิ้นในเดือนนั้น ๆ และ ประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมใน ทุกเดือน 5.3 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามความรู้และ พฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า จำนวน 2 ครั้ง ก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ เพื่อประเมินผลรูปแบบ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าใน 5 ด้าน	4 สัปดาห์

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและปลายเปิด 2) ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ผู้วิจัยประยุกต์ข้อคำถามจากคู่มือ DSPM³ เป็นลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก (ถูกต้อง ไม่แน่ใจ ไม่ถูกต้อง) โดยแปลผลคะแนนความรู้จากคะแนนเต็มทั้งหมด แบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁶ คือ ระดับสูง มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 13-15 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน และ 3) พฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จากคู่มือ DSPM³ จำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็ม 75 คะแนน ลักษณะข้อคำถามเป็นเลือกตอบแบบประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ (เป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำบางครั้ง ทำน้อยครั้ง ไม่ทำเลย) การแปลผลคะแนนเฉลี่ย (Mean) ใช้เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของเบส¹⁷ คือระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 3.67 คะแนนขึ้นไป ระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.66 คะแนน และระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.33 คะแนน

2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ด้านการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการ การได้รับสนับสนุนในการส่งเสริมพัฒนาการ และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM มีประเด็นการสนทนากลุ่มจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) ความรู้สึกที่มีต่อการส่งเสริม

พัฒนาการในเด็ก 2) ประสิทธิภาพส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ผ่านมา 3) ปัญหาอุปสรรคในการกระตุ้นพัฒนาการ 4) สิ่งที่ทำให้ประสบผลสำเร็จในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และ 5) ความต้องการสนับสนุนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ด้านความรู้และพฤติกรรม มีค่า CVI เท่ากับ 0.90 และ 0.87 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่คล้อยคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่มารับบริการคลินิกสุขภาพเด็กดีในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้านความรู้มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.80 และด้านพฤติกรรม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85

2. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม หลังจากนั้นทดลองใช้ประเด็นคำถามกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน 3 คน เพื่อดูความเหมาะสมของประเด็นคำถามและปรับปรุงเรียบเรียงข้อความในข้อ 2 จากท่านได้ส่งเสริมพัฒนาการบุตรหลานอย่างไร เป็นประสิทธิภาพส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ผ่านมาให้มีความชัดเจนและลำดับโดยการสลับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

3. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของรูปแบบ นำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ถึงความเหมาะสมรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น มีค่า CVI เท่ากับ 1.00

4. วิดีทัศน์สอนการใช้คู่มือ DSPM ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านในด้านคุณภาพ ความเหมาะสม และความสามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้าได้ มีค่า CVI เท่ากับ 1.00

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัยยึดหลักจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โดยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์เลขที่ IRB61/2563 ลงวันที่ 25 สิงหาคม 2563 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และเครื่องมือในการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง ขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการโดยลงชื่อในเอกสารการยินยอม และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบใดๆ กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บรักษาความลับข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด ข้อมูลจะถูกทำลายทันทีหลังจากเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)
3. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้และพฤติกรรม โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)

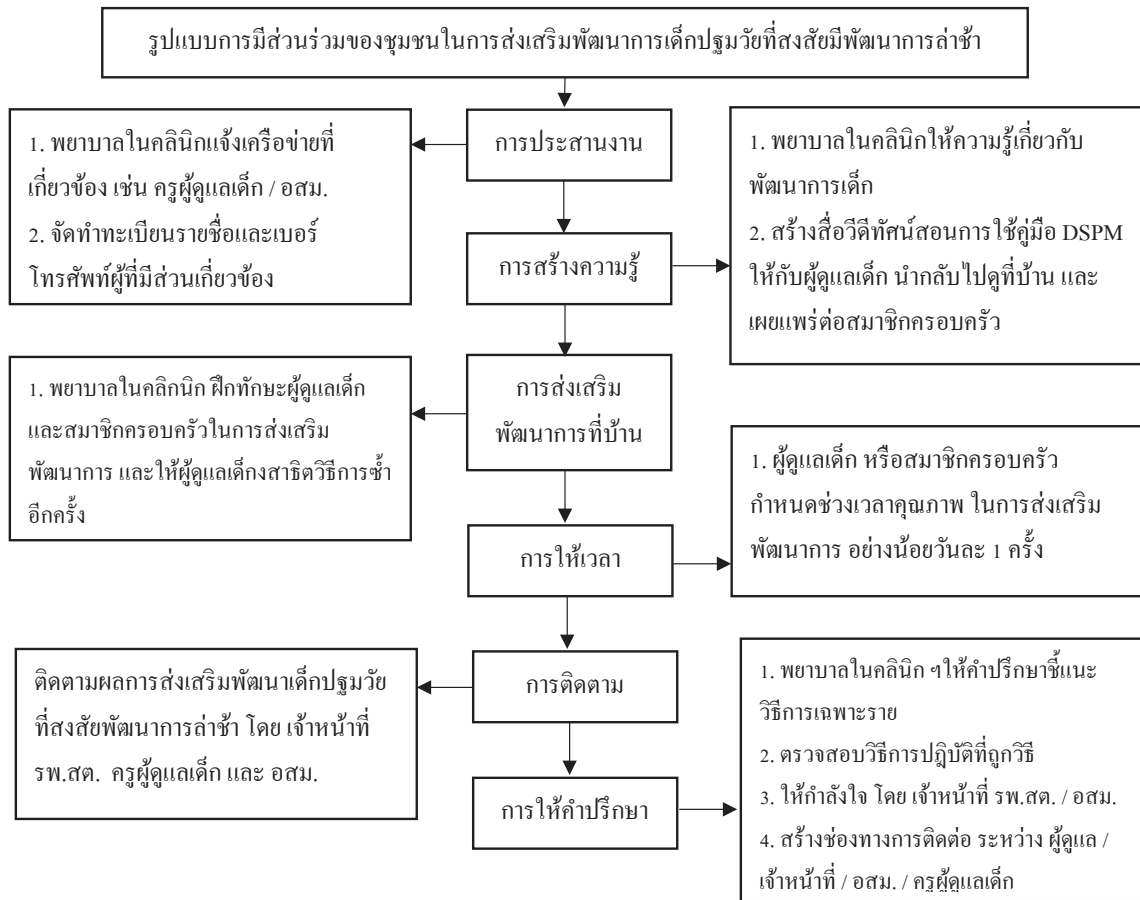
ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า

จากการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 พบว่า ผู้ดูแลเด็กจำนวน 30 คน มีอายุเฉลี่ย 52.59 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 56.25 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.50 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวใหญ่มีสมาชิกอื่นอาศัยอยู่ด้วย ร้อยละ 68.75 มีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 8.77$, $SD = 4.78$) มีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.38$, $SD = 0.20$) ปัญหาและความต้องการสนับสนุนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในชุมชน ปัญหาได้แก่การให้เวลาของผู้ดูแลเด็ก การเดินทางพาเด็กไปรับการประเมินซ้ำ และการติดตามไม่ต่อเนื่อง ความต้องการสนับสนุน ได้แก่ อุปกรณ์ในการส่งเสริมพัฒนาการ ให้ครูในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือสมาชิกครอบครัวช่วยส่งเสริมพัฒนาการ ต้องการความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการในผู้ดูแล อสม. และการติดตามผลการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้าน ผู้วิจัยร่างรูปแบบและพัฒนารูปแบบจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 โดยอ้างอิงจากแนวคิดทฤษฎีได้ 6 ประเด็นหลัก ดังนี้ การประสานงาน การสร้างความรู้ความเข้าใจ การส่งเสริมพัฒนาการที่บ้าน การติดตาม การให้คำปรึกษา การให้เวลาส่งเสริมพัฒนาการ แสดงดังภาพที่ 2

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า:
โมเดลตำบลบ้านกล้วย สุโขทัย



ภาพที่ 2 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น

ผู้วิจัยสามารถสรุปความแตกต่างของรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่สงสัยล่าช้า จากรูปแบบเดิมที่มีอยู่ พยาบาลมีบทบาทหลักในการประเมินพัฒนาการเด็ก ให้บริการในวันที่กำหนดให้คำปรึกษาเฉพาะในเวลาที่คลินิกให้บริการ และนัดหมายผู้ดูแลเด็กให้นำเด็กกลับมาประเมินซ้ำ ซึ่งมีความแตกต่างจากรูปแบบบริการเดิม เป็นการใช้นวัตกรรมมีส่วนร่วมเข้ามาดำเนินงาน ระหว่างพยาบาล ผู้ดูแลเด็ก

ครูผู้ดูแลเด็ก และ อสม. ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กร่วมกัน มีการใช้สื่อการสอนที่สามารถนำไปเผยแพร่ให้กับสมาชิกที่บ้านได้ มีการติดตามเป็นระยะระหว่างพยาบาลและเครือข่ายในชุมชน มีช่องทางสำหรับการติดต่อสื่อสารที่สะดวกรวดเร็วได้ทุกช่วงเวลา ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ดีขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่สงสัยล่าช้าระหว่างรูปแบบเดิม และที่พัฒนาขึ้น

หัวข้อ	รูปแบบเดิม	รูปแบบที่พัฒนาขึ้น
การประสานงาน	เจ้าหน้าที่คลินิกสุขภาพเด็กดีประสานโดยตรงกับผู้ดูแลเด็ก	มีช่องทางการประสานงาน ระหว่างเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ครูผู้ดูแลเด็ก อสม. เป็นต้น
สร้างความรู้ความเข้าใจ	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พุดคุยให้ความรู้กับผู้ดูแลเด็ก ขณะมารับบริการที่คลินิก	นวัตกรรมสื่อวีดิทัศน์สอนการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) สำหรับใช้ไปเผยแพร่ให้กับสมาชิกในครอบครัว
การส่งเสริมพัฒนาการ	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้สุศึกษาตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)	เจ้าหน้าที่ให้ผู้ดูแลเด็กฝึกปฏิบัติส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนกลับบ้าน
การติดตาม	เป็นการบริการแบบตั้งรับในคลินิกสุขภาพเด็กดี	เป็นการร่วมติดตามโดยเจ้าหน้าที่ครูผู้ดูแลเด็ก และ อสม.ในพื้นที่
การให้คำปรึกษา	ให้คำปรึกษาในวันที่เปิดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี	ให้คำปรึกษา ชี้แนะวิธีการเฉพาะรายบุคคลได้สะดวก ผ่านช่องทางโทรศัพท์และไลน์ เป็นต้น
การให้เวลาระดับต้นพัฒนาการ	เน้นให้เวลาระดับต้นตามพัฒนาการที่ล่าช้า	กำหนดช่วงเวลาคุณภาพ สำหรับในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของสมาชิกครอบครัว

2. ผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า

จากการศึกษาในขั้นตอนที่ 5 ผู้ดูแลเด็กเป็น คนละกลุ่มกับขั้นตอนที่ 1 พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 53.33 อายุเฉลี่ย 34 ปี จบการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 33.33 ประกอบอาชีพค้าขาย หรือธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 53.33 รายได้ประจำต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 83.33 มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายในการเลี้ยงดูเด็ก ร้อยละ 53.33 ผู้ดูแลเด็กคือ บิดามารดา ร้อยละ 76.67 มีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 7.44$, $SD = 1.46$) มีพฤติกรรมใน

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 3.01$, $SD = 0.19$)

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็ก พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนารูปแบบฯ ผู้ดูแลเด็กมีความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิม (ระดับต่ำ) เป็นระดับสูง ($\bar{X} = 18.66$, $SD = 0.67$) และมีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้นจากเดิม (ระดับต่ำ) เป็นในระดับสูง ($\bar{X} = 4.03$, $SD = 0.15$) โดยพบว่า ผู้ดูแลเด็กมีความรู้และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 3

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า:
โมเดลตำบลบ้านกล้วย สุโขทัย

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
ของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็ก ก่อนและหลังใช้รูปแบบ

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	กลุ่มตัวอย่าง (n=30)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD		
ความรู้				
ก่อนใช้รูปแบบ	7.44	1.46	-43.30	.000*
หลังใช้รูปแบบ	18.56	0.67		
พฤติกรรม				
ก่อนใช้รูปแบบ	3.01	0.19	-57.29	.000*
หลังใช้รูปแบบ	4.03	0.15		

* p-value < 0.01

หลังใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า
เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ด้านกล้ามเนื้อเล็ก
และสติปัญญา (FM) ด้านการเคลื่อนไหว (GM) ด้าน

การเข้าใจภาษา (RL) และด้านการใช้ภาษา (EL) ผ่าน
การประเมินมีพัฒนาการที่สมวัย คิดเป็นร้อยละ 100
ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของพัฒนาการเด็ก ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
ก่อนและหลัง ใช้รูปแบบ (n=30)

พัฒนาการ	ก่อนใช้รูปแบบ (จำนวน/ร้อยละ)	หลังใช้รูปแบบ (จำนวน/ร้อยละ)
	สงสัยล่าช้า	สมวัย
ด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา	6 / 20.00	6 / 20.00
ด้านการเคลื่อนไหว	8 / 26.66	8 / 26.66
ด้านการเข้าใจภาษา	5 / 16.67	5 / 16.67
ด้านการใช้ภาษา	11 / 36.67	11 / 36.67
พัฒนาการภาพรวม	30 / 100.00	30 / 100.00

อภิปรายผลการวิจัย

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ
ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการ
ล่าช้า ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย

ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ และพฤติกรรมการส่งเสริม
พัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น การใช้เวลาในการส่งเสริม
พัฒนาการ รวมถึงการสนับสนุนในการส่งเสริม
พัฒนาการโดยเครือข่ายในชุมชนให้การติดตาม การ
ให้คำปรึกษา การมีส่วนร่วมของชุมชนในการช่วยการ

ส่งเสริมพัฒนาการครั้งนี้ ประกอบด้วย ครูผู้ดูแลเด็ก สมาชิกครอบครัว หน่วยบริการสุขภาพ และ อสม. ทั้งนี้การสร้างความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการ การสาธิตและฝึกให้ผู้ดูแลกลับไปส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านโดยพยาบาลคลินิกสุขภาพเด็กดี ให้สูติศึกษาในโรงพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งเป็นการใช้ความสามารถทางการพยาบาลในการดูแลเด็กปฐมวัย โดยวิธีการสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive-educative nursing) ผู้ดูแลเด็ก บุคคลในครอบครัว หรือญาติได้รับการสอน การแนะนำ การสนับสนุน และให้กำลังใจจากพยาบาลให้กลับไปปฏิบัติที่บ้าน¹⁸ ซึ่งสามารถตอบสนองต่อการดูแลของผู้ดูแลเด็ก จากการสอนการให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุนส่งเสริมทางด้านร่างกายและด้านอารมณ์ หรือเพิ่มแรงจูงใจ เป็นต้น¹⁹ สอดคล้องกับแนวทางการเชื่อมต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกระทรวงศึกษาธิการ² ที่ได้กล่าวถึงการพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นการเชื่อมต่อการอบรมเลี้ยงดูของผู้ดูแลเด็กกับครอบครัว สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย หน่วยบริการสุขภาพอย่างบูรณาการ ซึ่งการเชื่อมต่อการพัฒนาเด็กมีส่วนสำคัญ ทั้งนี้การส่งเสริมพัฒนาการต้องเกิดความต่อเนื่อง เด็กจำเป็นต้องเรียนรู้และปรับตัวอย่างต่อเนื่อง การปรับตัวของเด็กในรอยเชื่อมต่อการพัฒนา จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน การช่วยเหลือจากพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดู ผู้สอน และบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับการวิจัยของ วิจิตร จันตบุตร¹³ ได้อภิปรายถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย คือการสร้างภาคีเครือข่ายในการร่วมกำหนดเป้าหมาย มีการกำหนดแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม มุ่งเน้นให้ผู้เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญ เข้าใจบทบาทของตนเองในการส่งเสริมพัฒนาการ

เด็ก มีการกำกับติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวทางการสนับสนุนทางสังคมของ เลคีย์และลัทส์²⁰ หน้าที่หลักของการสนับสนุน คือ การเสริมจุดแข็งให้กับบุคคลสามารถบรรลุเป้าหมาย ได้แก่ การให้กำลังใจ (Emotional) การสนับสนุนเครื่องมือ (Instrumental) การสนับสนุนข้อมูล (Informational) และการสนับสนุนเชิงประเมิน (Appraisal)

2. ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้าครั้งนี้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็ก มีความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการที่ดีขึ้นและมีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบอย่างชัดเจน ผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลเด็กตอบข้อคำถามได้ถูกต้องมากที่สุด คือ ความรู้และทักษะในการกระตุ้นพัฒนาการที่ถูกวิธี จะช่วยแก้ไขพัฒนาการล่าช้าในเด็กให้ดีขึ้นสมวัยได้ และตอบถูกต้องได้น้อยที่สุด คือ เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าหรือไม่สมวัย จะหายได้เองโดยอัตโนมัติเมื่อเด็กมีอายุที่มากขึ้น ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลได้ว่า เมื่อผู้ดูแลได้รับการพัฒนาความรู้ตามคู่มือ DSPM ที่สอดคล้องกับพัฒนาการสงสัยล่าช้าของเด็ก ทำให้ผู้ดูแลเด็กตระหนักถึงความสำคัญของพัฒนาการในเด็กปฐมวัย และให้ความสำคัญกับบุตรหลานที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า การส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กปฐมวัย สอดคล้องการศึกษาของ โลชาเลสและคณะ²¹ ได้พัฒนาโปรแกรมการสื่อสารแก่ผู้ดูแลเด็กเพื่อสนับสนุนการรับรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยส่งผลให้เด็กกลุ่มทดลองมีคะแนนพัฒนาการภาพรวมสูงขึ้นจากเดิมเป็นร้อยละ 83 ทั้งในด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านภาษา และการเคลื่อนไหว และสูงกว่าเด็ก

*การพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า:
โมเดลตำบลบ้านกล้วย สุโขทัย*

ในพื้นที่ควบคุม การศึกษาครั้งนี้การมีส่วนร่วมสนับสนุนของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการที่ดีขึ้นตามไปด้วย หลังจากพัฒนารูปแบบเมื่อผู้ดูแลเด็กมีความรู้และพฤติกรรมในการส่งเสริมพัฒนาการที่ดีขึ้น ส่งผลให้เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าในด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา (FM) 6 คน ด้านการเคลื่อนไหว (GM) 8 คน ด้านการเข้าใจภาษา (RL) 5 คน และ ด้านการใช้ภาษา (EL) 11 คน มีพัฒนาการที่สมวัยคิดเป็นร้อยละ 100 สอดคล้องกับการวิจัยของ อัมมทานี และคณะ ได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยบูรณาการระหว่างแม่ผู้ดูแลเด็กเข้ากับบริการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศบังคลาเทศ ส่งผลให้เด็กในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้านสติปัญญา ด้านภาษา ด้านกล้ามเนื้อ และด้านพฤติกรรม พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²²

จุดเด่นและปัจจัยของความสำเร็จของการวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนที่เกี่ยวข้อง การสร้างความรู้ความเข้าใจ การกระตุ้นติดตามพัฒนาการโดยชุมชน การใช้สื่อวีดิทัศน์สอนการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายดูแลเด็กปฐมวัยที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าโดยกำหนดบทบาทและหน้าที่ที่ชัดเจน สอดคล้องกับการวิจัยของ ชฎาภรณ์ ชื่นตา และคณะ¹⁴ ที่ได้พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดยโสธร ส่งผลให้เด็กปฐมวัยส่วนมากได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมีคุณภาพและครอบคลุมทุกรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาประกอบด้วย 1) การจัดระบบการดำเนินงานร่วม 2) การผสมผสานการดำเนินงานเฝ้าระวัง

และส่งเสริมพัฒนาการ และ 3) การดำเนินงานต่อเนื่องด้วยระบบติดตามการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ หลังทดลองใช้รูปแบบผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถกระตุ้นพัฒนาการด้านที่สงสัยล่าช้าในเด็กกลุ่มที่สงสัยล่าช้าในระยะเวลา 1 เดือน และ 2 เดือน ทำให้พัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39.8 เป็นร้อยละ 85.0 และร้อยละ 96.7 ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมารดาหรือบิดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กที่บ้าน และ อสม. มีความรู้และดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการวิจัยของ สุมาลี จรุงจิตตานุสนธิ์²³ ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า ในจังหวัดบุรีรัมย์ ส่งผลให้เกิดความครอบคลุมของการตรวจพัฒนาการและเข้าถึงบริการของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเพิ่มขึ้น ทำให้เด็กได้รับการกระตุ้นและส่งเสริมจนเด็กมีพัฒนาการปกติ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเข้าใจในการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กมีระบบทะเบียนให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ได้ติดตาม ช่วยในการเฝ้าระวังเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ทำให้ได้รูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าที่เหมาะสม และการวิจัยของ วัฒนา สว่างศรี⁹ ได้พัฒนารูปแบบการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ซึ่งภายหลังการพัฒนารูปแบบส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 96.59 ส่วนเด็กที่อายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 35.77 และได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ 1 เดือน มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 94.62 และการวิจัยของอัจฉราวดี ศรียะศักดิ์²⁴ ได้พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของบิดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กรณีศึกษาอำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ค่าเฉลี่ย

คะแนนความรู้การปฏิบัติและพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของบิดาในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกลุ่มทดลองภายหลังพัฒนารูปแบบดีกว่าก่อนพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นการใช้รูปแบบที่มีกระบวนการชัดเจนเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยล่าช้า แต่การประเมินผลได้ดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว ไม่มีการควบคุมตัวแปรและไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำใช้ เนื่องจากมีปัจจัยอื่น ๆ แทรกเข้ามาด้วยจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะที่หลากหลาย เช่น ประสบการณ์เพศอายุอาชีพ ระดับการศึกษา เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยล่าช้า ตำบลบ้านกล้วย อำเภอมือง จังหวัดสุโขทัย สามารถเพิ่มความเข้าใจ และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พยาบาลควรมีการนำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ สร้างการมีส่วนร่วม การประสานงาน การสร้างความรู้ การส่งเสริมพัฒนาการที่บ้าน การให้เวลาคุณภาพ การติดตามและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ในเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียง

2. การวิจัยครั้งเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดียวเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการศึกษา ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรออกแบบการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อให้เห็นความชัดเจนของผลจากการนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ตำบลนี้ไม่ได้เกิดขึ้นด้วยความบังเอิญ

3. ควรมีการติดตามผลจากการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการในเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ที่ประเมินผลลัพธ์ด้านพัฒนาการเด็กในช่วงเดือนถัดมาต่อเนื่องหรือในระยะยาว หลังใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. National Early Childhood Development Board. National standard for early childhood development centers. Bangkok: Ministry of education; 2019. (In Thai)
2. Ministry of education. Early childhood education program. Bangkok: The Agricultural Co-operative Federation of Thailand Co. Ltd.; 2017. (In Thai)
3. Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). Ministry of Public Health; 2018. (In Thai)
4. World Health Organization. Progress in partnership: 2017 progress report on the every woman every child global strategy for women's, children's and adolescents' health; 2017 [cited 2021 Jan 12]. Available from: URL: https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/global-strategy/gs-update-2017-gspr.pdf?Status=Master&sfvrsn=e57a0316_2.
5. World Health Organization. Improving early childhood development: WHO guideline; 2020 [cited 2021 April 16]. Available from: URL: <https://www.who.int/publications/i/item/97892400020986>.
6. Bureau of Health Promotion, Department of Health. A study report of factors affecting early childhood development 6th ed. B.E. 2560. Bangkok: C G TOOLS CO. Ltd.; 2018. (In Thai)

**การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า:
โมเดลตำบลบ้านกล้วย สุโขทัย**

7. Sukhothai Hospital. Summary of early childhood development in well baby clinic. Sukhothai Province: Sukhothai hospital; 2020. (In Thai)
8. Kittitongsophon W. The study of the relationship between some factors of the effect of stimulating early childhood development in well baby clinic. Sukhothai hospital; 2017. (In Thai)
9. Sawangsri W. The study development of an early childhood development assessment model by Network partners participate; 2018 [cited 2022 Feb 16]. Available from: URL:<http://mkho.moph.go.th/research2018/showdata2.php?id=157>. (In Thai)
10. National Institute of Child Health. Department of Health, Ministry of Public Health. Summary of meeting and prepare early childhood development operations B.E. 2022 [cited 2022 Mar 3]. Available from: URL:http://nich.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=842. (In Thai)
11. Tamdee D, Chotibang J, Namprom N. Guideline for early childhood development, aged 1 month to 2 years. Nursing Public Health and Education Journal 2018;19(2):1-16. (In Thai)
12. Nontapan P. Factors related to behaviors promoting preschooler development among child care providers, Songkhla Province. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province 2018;1(3):10-24. (In Thai)
13. Jundaboot W, Yoosook W, Semrum W. Development guideline for promotion of pre-schoolers in child development center, Sewichian municipal district, Numyuen district, Ubon ratchathani province. Journal of Education Naresuan University 2018;1(13):208-19. (In Thai)
14. Chuenta C, Kaewsai C, Saelim S, Kumpha P. Development of integrated surveillance and promotion of early childhood development in child care centers, Yasothon Province. Community Health Development Quarterly Khon Kaen University 2018;6(2):290-315. (In Thai)
15. Chaichanasan C, Posr A, Tangtumpitak T. The family participation in child development stimulation and promotion at child development centre. Journal of Nursing Science & Health 2019;41(1):95-104. (In Thai)
16. Boonchom B. Introductory research. 10th ed. Bangkok: Suweeriyan; 2017. (In Thai)
17. Best JW, Kahn JV. Research in education. 10th ed. PHL New Delhi: Learning Private Limited; 2010.
18. Nonjui P. Health Education. Srinagarind Med J 2021; 36(2): 246-51. (In Thai)
19. Health Education Division. Quality development guidelines health education according to health service system standards. Nonthaburi: 25 Media Co. Ltd.; 2022. (In Thai)
20. Lakey B, Lutz, CJ. Handbook of social support and the family. 1996 [cited 2022 Mar 3]. Available from: URL: https://www.researchgate.net/profile/Brian-akey/publication/304356237_Social_Support_and_Preventive_and_Therapeutic_Interventions/links/5be563924585150b2ba916d1/Social-Support-and-Preventive-and-Therapeutic-Interventions.pdf.
21. Rosales A, Sargsyan V, Abelyan K, Hovhannesyan A, Ter-Abrahanyan K, Quanstrum K, et al. Behavior change communication model enhancing parental practices for improved early childhood growth and development outcomes in rural Armenia – A quasi-experimental study. Preventive Medicine Reports 2019;14:1-6.

22. Hamadani JD, Mehrin SF, Tofail F, Hasan MI, Huda SN, Henningham HB, et al. Integrating an early childhood development programmed into Bangladeshi primary health-care services: an open-label, cluster-randomized controlled trial. *The Lancet Global Health* 2019;7(3):366-75.
23. Jarungjittanuson S. Development of surveillance and promotion model for early childhood with developmental delay in Buriram Province. *Journal of Nursing and Health Care* 2018;35(2):122-32. (In Thai)
24. Sriyasak A, Ketin V, Kayeese W. Development the model of paternal involvement in early childhood development: Case Study in Nong Ya Plong district Phetchaburi Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2021;22(1):402-11. (In Thai)

ผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้น

กนกวรรณ โคตรพัฒน์¹ พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

อรวรรณ หนูแก้ว² Ph.D. (Nursing)

วันดี สุทธิรังษี³ Ph.D.(Nursing)

บทคัดย่อ : การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กสมาธิสั้นอายุ 9-12 ปีที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงและสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมศิลปะบำบัดร่วมกับการดูแลปกติ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โปรแกรมศิลปะบำบัดสำหรับเด็ก พัฒนาจากแนวคิดของโลเวนเฟลด์และบริทเทนและทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพราว ซึ่งประกอบด้วย 8 กิจกรรม เป็นกิจกรรมกลุ่มย่อย 30-45 นาทีต่อกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 2 กิจกรรม เป็นเวลาต่อเนื่องสองสัปดาห์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ส่วนแบบประเมินสมาธิสั้น (Swanson Nolan and Pelham IV scale; SNAP-IV) ตรวจสอบความเที่ยงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาด้วย Wilcoxon Signed-Ranks Test และ Mann-Whitney Test ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนภาวะสมาธิสั้นด้านขาดสมาธิและชนอยุ่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-6.75, p<.001$; $Z = -6.77, p<.001$) ตามลำดับ ขณะเดียวกันค่ามัธยฐานคะแนนภาวะสมาธิสั้นด้านขาดสมาธิและชนอยุ่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง มีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-4.87, p<.001$; $Z=-4.86, p<.001$) ตามลำดับ ดังนั้นโปรแกรมศิลปะบำบัดสามารถลดภาวะสมาธิสั้นในเด็กสมาธิสั้นได้ จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานคลินิกจิตเวชเด็ก

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2566; 10(1): 54-68

คำสำคัญ: ศิลปะบำบัด สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ภาวะสมาธิสั้น เด็กสมาธิสั้น

¹พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; ผู้รับผิดชอบหลัก, E-mail: orawan.n@psu.ac.th

³รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วันที่รับบทความ 6 ตุลาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 6 มีนาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 14 มีนาคม 2566

Effects of Art Therapy Program on Attention–Deficit/Hyperactivity Symptoms among Children with Attention–Deficit/Hyperactivity Disorder

Kanokwarn Khotaput¹ MSN. (Psychiatric and Mental Health Nursing)

Orawan Nukaew² Ph.D. (Nursing)

Wandee Sutarangsri³ Ph.D. (Nursing)

Abstract : This quasi-experimental research aimed to examine the effect of an art therapy program on attention-deficit/hyperactivity symptoms among children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Participants were children aged 9–12 years diagnosed with ADHD who were recruited by purposive sampling. They were equally assigned into an experimental and a control group, each group consisting of 30 children. The experimental group received the program and usual care, whereas the control group received only usual care. The research instruments consisted of a demographic data form, an art therapy program for children developed from the conceptual framework of Lowenfeld & Brittain and the interpersonal relationship theory of Peplau, and the inattention questionnaire (Swanson Nolan and Pelham IV [SNAP-IV] scale). The art therapy program consisted of eight small-group activities, two activities per session and two sessions per week over two contiguous weeks, each activity lasting 30–45 minutes. Content validity of the program was verified by experts. The reliability of the SNAP-IV scale was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .85. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon Signed-Rank test and Mann-Whitney test. The results revealed that the mean rank scores of SNAP-IV scales (inattention and hyperactivity/impulsive) of children with ADHD after participating in the program were statistically significantly lower than those of children who received only usual care ($Z = -6.75, p < .001$; $Z = -6.77, p < .001$, respectively). In addition, the experimental group's median scores of SNAP-IV scales (inattention and hyperactivity/impulsive) after participation in the program were statistically significantly lower than before participation ($Z = -4.87, p < .001$; $Z = -4.86, p < .001$, respectively). Thus, the art therapy program could decrease attention-deficit/hyperactivity symptoms of children with ADHD. It is suggested that this program could be clinically implemented at child psychiatric clinics.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2023; 10(1): 54-68

Keywords: art therapy, therapeutic relationship, attention-deficit/hyperactivity symptoms, children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

¹ Registered nurse, Suansaranrom Hospital, Suratthani Province

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University; Corresponding author, E-mail: orawan.n@psu.ac.th

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Received October 6, 2022; Revised March 6, 2023; Accepted March 14, 2023

ความเป็นมาและความสำคัญ

สถานการณ์ความชุกของเด็กสมาธิสั้นในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า เด็กที่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ช่วงอายุ 3-17 ปี มีร้อยละ 9.8 เป็นเพศชาย ร้อยละ 13 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 6¹ สำหรับการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กของประเทศไทย พบว่ามีร้อยละ 8.1 เป็นเพศชาย ร้อยละ 12 และเป็นหญิง ร้อยละ 4.2² สถิติของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ ในช่วงพ.ศ. 2558-2560 เด็กที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นและเข้ารับการรักษากลุ่มที่มีอายุ ระหว่าง 6-12 ปี พบ เพศชาย จำนวน 198 คน 365 คน 536 คน ตามลำดับ และเพศหญิง จำนวน 54 คน 85 คน และ 116 คน ตามลำดับ³ จากสถิติดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรคสมาธิสั้นมีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งเพศชายและหญิง เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นเกิดจากความผิดปกติการทำหน้าที่ของสมอง มีอาการเด่น คือ ขาดสมาธิ อยู่นิ่ง และหุนหันพลันแล่นทำให้มีพฤติกรรมต่าง ๆ ดังเช่นการเคลื่อนไหวมากกว่าเด็กปกติ จนทำให้สูญเสียการดำเนินงานในชีวิตประจำวัน บกพร่องด้านการเรียนและทักษะทางสังคม^{4,5}

จากลักษณะอาการของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นส่งผลกระทบต่อตัวเด็ก ครอบครัว และสังคม การดำเนินโรคสมาธิสั้นของเด็ก โดยมีแนวโน้มอาการขาดสมาธิต่อเนื่องเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นมีปัญหาด้านการควบคุมอารมณ์ หรือ โรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคต่อต้าน (Oppositional defiant disorder) โรคพฤติกรรมอันธพาล (Conduct disorder) เป็นต้น^{6,7} สำหรับผลกระทบต่อครอบครัว คือ มารดาเกิดปัญหาทางด้านจิตใจ ความเครียดภาวะซึมเศร้า ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ความรู้สึกภาระในการดูแลเด็กของผู้ดูแล และความรู้สึกตราบาป⁸ หากเด็กกลุ่มนี้มี

พฤติกรรมก้าวร้าว โรคต่อต้าน หรือโรคพฤติกรรมอันธพาล ร่วมด้วย ทำให้เกิดความรุนแรง หรือปัญหาอาชญากรรมต่าง ๆ

เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคสมาธิสั้นเกิดจากความผิดปกติของการทำหน้าที่สื่อประสาท dopamine เพิ่มขึ้น⁶ ปัจจุบันการรักษาเด็กสมาธิสั้นมีรูปแบบการบำบัดแบบผสมผสาน คือ การรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วย⁵ สำหรับการรักษาด้วยยานั้น มียาหลักที่ใช้บ่อยสำหรับเด็กกลุ่มนี้คือ ยากลุ่ม Methylphenidate หรือ Ritalin ซึ่งช่วยลดอาการขาดสมาธิ ควบคุมอาการ อยู่นิ่งได้^{9,10} อย่างไรก็ตามมีการบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วยขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของเด็ก และบริบทของครอบครัวและผู้ดูแลของเด็ก ดังเช่นการปรับพฤติกรรมของเด็ก หรือโปรแกรมจัดการพฤติกรรมก้าวร้าวเพื่อให้เด็กลดพฤติกรรมก้าวร้าว^{11,12,13} การดูแลการบำบัดทางเลือกอื่น ๆ ได้แก่ ศิลปะบำบัดดนตรีบำบัด เป็นต้น^{14,15} โดยเฉพาะด้านศิลปะบำบัด ที่หลากหลายรูปแบบด้านการวาดภาพ ระบายสี การพิมพ์ลาย การตัดปะ หรือการปั้น สามารถช่วยเพิ่มสมาธิและทักษะทางสังคมของเด็กได้^{16,17,18}

สำหรับการบำบัดด้านศิลปะนั้นมีการวิจัยที่นำศิลปะบำบัดเหล่านี้มาช่วยเพิ่มสมาธิ ลดพฤติกรรม การอยู่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ลดพฤติกรรมก้าวร้าว หรือพัฒนาทักษะทางสังคม โดยการวิจัยส่วนใหญ่ได้ใช้กรอบแนวคิดของ Lowenfeld และ Brittain¹⁹ เกี่ยวกับการวาดภาพตามพัฒนาการของเด็ก โดยเด็กจะสามารถวาดภาพตามศักยภาพของแต่ละวัย ของเด็กอายุ 2- 14 ปี ตั้งแต่ การขีดเขียนที่ไม่เป็นระเบียบ เป็นวงกลมและเส้น ๆ เริ่มวาดภาพให้มีความหมาย วาดภาพได้คล้ายคลึงของจริงจนกระทั่งเป็นขั้นการใช้เหตุผล ขึ้นกำหนดรูปทรงและรูปแบบได้¹⁹ จากการ

ทบทวนวรรณกรรมการนำศิลปะมาประยุกต์ใช้สำหรับเด็กพบว่าการนำแนวคิดของLowenfeld และ Brittain มาออกแบบกิจกรรมด้านศิลปะบำบัดรูปแบบต่างๆสำหรับเด็ก เช่น การวาดภาพ พิมพ์ภาพ และการระบายสี^{17, 18, 20} การวาดภาพตามใจเด็ก ภาพสัตว์ สมาชิกในครอบครัว และโรงเรียน²¹ การระบายสี การพิมพ์ภาพ หรือวาดลายภาพจากสิ่งของการตัดปะภาพ หรือ การพิมพ์ลาย¹⁵ เป็นต้น ในการเพิ่มสมาธิและการรอคอย พร้อมทั้งลดพฤติกรรมการอยู่ไม่นิ่ง พร้อมทั้งมีสัมพันธภาพกับเพื่อน ๆ ของเด็กสมาธิสั้นดีขึ้น

สำหรับการดูแลปกติของเด็กสมาธิสั้น ดังนั้นการรักษาด้วยยาและการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นและการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง สำหรับพยาบาลจิตเวชแล้วการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางการพยาบาลเป็นบทบาทการพยาบาลที่สำคัญทางด้านจิตเวช โดยส่วนใหญ่มักใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพของการสื่อสารเพื่อการบำบัดของ Peplau²² เป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการช่วยปรับเปลี่ยนและปรับปรุงพฤติกรรม ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมศิลปะบำบัดตามกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของพยาบาลเพื่อช่วยลดภาวะสมาธิสั้นสำหรับเด็กสมาธิสั้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมศิลปะบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มทดลอง(ที่เข้าร่วมโปรแกรมศิลปะบำบัด) และกลุ่มควบคุม (ที่ได้รับการดูแลตามปกติ)

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest – posttest control group design)

ประชากร คือ เด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยจากการจิตแพทย์เด็กว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัย International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD-10) F.90 ที่มารับบริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ จำนวน 203 คน³

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยจากการจิตแพทย์เด็กว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยด้วยเกณฑ์ ICD-10 (F.90) อายุระหว่าง 9-12 ปี ที่มารับบริการที่สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้โดยมีคุณสมบัติในการคัดเลือกเข้าศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ติดต่อกัน 3 เดือนขึ้นไป
2. ไม่มีความพิการทางด้านร่างกายที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรม
3. มีคะแนนจากแบบประเมินภาวะสมาธิสั้น (SNAP-IV) โดยผู้ปกครองด้านการขาดสมาธิมากกว่า หรือเท่ากับ 16 คะแนน และด้านชน/อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น มากกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน
4. บิดา/มารดา/ผู้ปกครองสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. มีอาการรุนแรงหรืออาการก้าวร้าวระหว่างทำการศึกษาจนไม่สามารถทำกิจกรรมตามโปรแกรมได้

2. มีภาวะอื่น ๆ หรือได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมเพิ่ม เช่น ภาวะติดต่อด้าน ในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยครั้งนี้ของ Sangkaew, Nukaew, Suttharangsee มีขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.04²³ แต่การศึกษาครั้งนี้ได้ปรับลดขนาดอิทธิพลให้เป็นขนาดเท่ากับ .80 อย่างไรก็ตามค่าขนาดอิทธิพลสูงมากถึงแม้ว่าเป็นโปรแกรมทางการพยาบาลแต่กิจกรรมของโปรแกรมต่างกัน ดังนั้นจึงลดค่าขนาดอิทธิพล และใช้ค่าขนาดอิทธิพล .80 ตามเกณฑ์ขนาดสูง คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Polit & Beck²⁴ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อคงไว้ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างเมื่อเกิดการสูญหาย จึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คนในการศึกษา โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นจับคู่ (match pair) เรื่องอายุ และระดับของภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้น

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมศิลปะบำบัดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. คะแนนภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมศิลปะบำบัดต่ำกว่าเด็กสมาธิสั้นของกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau และ แนวคิด

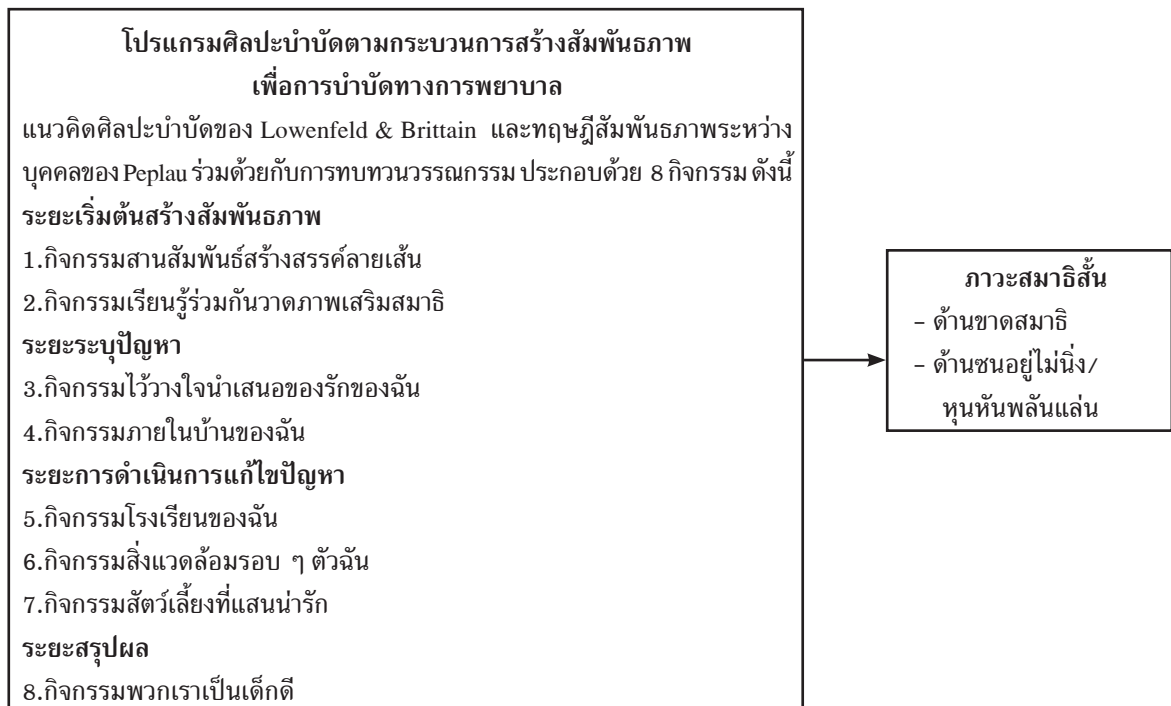
พัฒนาการด้านศิลปะสำหรับเด็กของ Lowenfeld และ Brittain¹⁹ ในช่วงวัย 9-12 ปี ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับศิลปะบำบัดสำหรับเด็กและเด็กสมาธิสั้น โดยผู้วิจัยได้นำทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau เป็นการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ นำมาใช้ในกระบวนการสร้างสัมพันธภาพกับเด็กสมาธิสั้นในระหว่างการทำศิลปะบำบัด มี 4 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ ระยะระบุปัญหา ระยะการดำเนินการแก้ปัญหา และระยะสรุปผล²² เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็กในทางที่ดีขึ้น โดยแต่ละระยะนำแนวคิดพัฒนาการด้านศิลปะสำหรับเด็กของ Lowenfeld และ Brittain ลักษณะการวาดภาพของเด็ก และขั้นตอนพัฒนาการวาดเขียนของเด็กตามอายุ¹⁹ ในช่วงอายุ 9-12 ปี มีลักษณะขั้นตอนภาพจากของจริง โดยพัฒนาการวาดเขียนครอบคลุมตั้งแต่ขีดเขียนภาพเหมือนจริงจนถึงขั้นตอนวาดภาพของจริง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับศิลปะบำบัดสำหรับเด็ก พบว่า ศิลปะส่วนใหญ่มีรูปแบบวาดเส้นสีวาดภาพระบายสี พิมพ์ภาพด้วยแม่พิมพ์และหัตถศิลป์^{15,16} โดยหลักการวาดภาพระบายสี พบว่าเริ่มจากการวาดภาพสิ่งที่เด็กชอบ ตนเอง ครอบครัว หรือสิ่งใกล้ตัว โรงเรียน ภาพเพื่อน ตลอดสิ่งรอบ ๆ ตัวเด็ก^{17,18,20,21} เป็นการช่วยเพิ่มสมาธิ ผ่อนคลายอารมณ์ได้ลดพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มทักษะทางสังคม¹⁶

สำหรับศิลปะบำบัดช่วยลดภาวะสมาธิสั้น ด้านขาดสมาธิ ด้านนอนไม่หลับ ด้านหุนหันพลันแล่น²⁵ การโดยการวาดรูปลายเส้น และภาพที่เด็กชอบทำให้เด็กมีสมาธิทำกิจกรรมที่ตนเองชอบได้นาน ๆ เพิ่มความจดจ่อในการทำงาน ลดอาการชน/อยู่ไม่นิ่งหรือนิ่งไม่ติดที่ลง การให้เด็กระบายสีน้ำเป็นการฝึกการ

รอคอยให้สีน้ำแห้งเป็นการช่วยให้เด็กรู้จักรอคอย
อดทน ในการทำศิลปะบำบัดได้จัดให้เด็กได้มีการ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ช่วยให้เด็กฝึก ฟังเพื่อน ๆ
และลดอาการพูดโพล่งคำตอบก่อนฟังคำถาม และ
รอคอยคิวในการพูดได้^{17,18,20}

ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมศิลปะบำบัด
ตามกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ทางการพยาบาลโดยเริ่มจากพื้นฐานด้านความ
สามารถของเด็กจากง่ายไปยากตามแนวพัฒนาการ
ด้านการวาดเขียนสำหรับวัยเด็ก 9 - 12 ปี ที่สามารถ
วาดภาพเหมือนของจริงได้และเน้นกระบวนการสร้าง
สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางการพยาบาลประกอบด้วย
4 ระยะ มีกิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของโปรแกรมฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย
เครื่องมือที่ใช้สำหรับการทดลอง และ เครื่องมือที่ใช้
สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้สำหรับการทดลอง คือ
โปรแกรมศิลปะบำบัดตามกระบวนการสร้าง
สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดทางการพยาบาล ผู้วิจัย
พัฒนาโดยใช้กรอบแนวคิดพัฒนาการด้านศิลปะ

สำหรับเด็กของ Lowenfeld และ Brittain¹⁹ และ ทฤษฎี
สัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau²² ร่วมกับการ
ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับศิลปะบำบัดสำหรับ
เด็กและเด็กสมมติสัน โดยการจัดกิจกรรมกลุ่ม
กลุ่มละ 6 คน ทั้งหมด 8 กิจกรรม ๆ ละ 30-45 นาที
วันละ 2 กิจกรรม เป็นเวลาต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “สานสัมพันธ์สร้างสรรค์ลายเส้น” เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพ ให้เด็กไว้วางใจ โดยทำกิจกรรมวาดภาพลายเส้นตามความสนใจของเด็ก วาดอย่างอิสระ เพื่อประเมินความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 2 “เรียนรู้ร่วมกันวาดภาพเสริมสมาธิ” เป็นกิจกรรมวาดภาพ และระบายสีตามความสนใจอย่างอิสระ เพื่อให้เด็กมีความร่วมมือในการทำกิจกรรม ตามความสนใจ และฝึกสมาธิ

กิจกรรมที่ 3 “ไว้วางใจนำเสนอของรักของฉัน” เป็นกิจกรรมวาดภาพ ระบายสี โดยเด็กวาดภาพที่สื่อถึงสิ่งที่ตนรัก หลังจากนั้นเล่าเรื่องราวของภาพกันในกลุ่ม

กิจกรรมที่ 4 “ภายในบ้านของฉัน” เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสีภาพบ้าน และสมาชิกในครอบครัวของเด็ก ผู้วิจัยให้การยอมรับกับพฤติกรรมให้กำลังใจเด็กในการทำกิจกรรม

กิจกรรมที่ 5 “โรงเรียนของฉัน” เป็นกิจกรรมวาดภาพระบายสีภาพบ้าน โรงเรียน ตามจินตนาการของเด็ก

กิจกรรมที่ 6 “สิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวฉัน” เป็นกิจกรรมให้เด็กพิมพ์ภาพตามภาพต้นแบบ 2 ภาพ คือ ภาพบ้าน และภาพต้นไม้

กิจกรรมที่ 7 “สัตว์เลี้ยงที่แสนน่ารัก” เป็นกิจกรรมให้เด็กวาดภาพสัตว์ตามกำหนด และระบายสีให้สวยงาม

กิจกรรมที่ 8 “พวกเราเป็นเด็กดี” เป็นกิจกรรมให้เด็กวาดภาพตนเองและเพื่อน จากนั้นระบายสีด้วยสี

2. เครื่องมือที่ใช้สำหรับเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียน และยาที่ได้รับ

2.2 แบบประเมินภาวะสมาธิสั้น (Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale: SNAP-IV) ฉบับภาษาไทย²⁵ ในส่วน 2 ด้าน คือ ด้านการขาดสมาธิ และด้านชุนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น มีลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามทั้งหมด 18 ข้อ ด้านการขาดสมาธิ 9 ข้อ และ ด้านชุนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น 9 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การประเมิน ด้านการขาดสมาธิ คะแนนเท่ากับ หรือ มากกว่า 16 คะแนน ถือว่า ขาดสมาธิ และ ด้านชุนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น เท่ากับ หรือมากกว่า 14 คะแนน ถือว่ามีอาการชุนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น²⁵

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมศิลปะบำบัดหาค่าความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะโดยการทดลองใช้ (try out) กับเด็กสมาธิสั้น จำนวน 10 คน พบว่า เนื้อหาเหมาะสม กิจกรรมทำให้เด็กสนใจและร่วมมือ

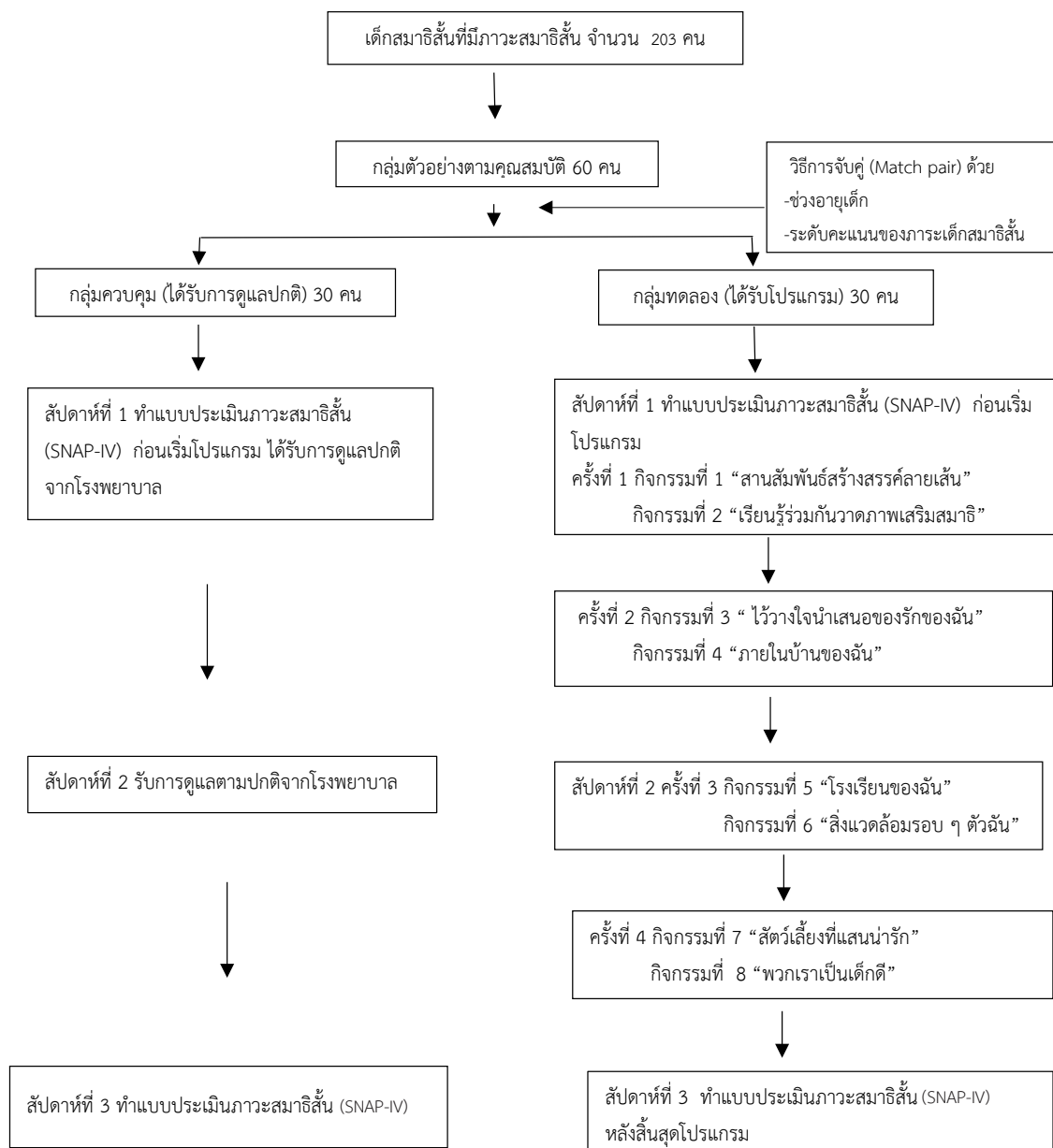
สำหรับแบบประเมินภาวะสมาธิสั้น (SNAP-IV) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน²⁵ นำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ทดลองใช้กับเด็กสมาธิสั้น จำนวน 20 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .85 ด้านขาดสมาธิ เท่ากับ .81 และด้านชุนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น เท่ากับ .65

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเตรียมข้อมูล ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล การเตรียมผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการพยาบาลจิตเวชเด็ก และมีความรู้เกี่ยวกับแบบประเมินภาวะสมาธิสั้น (SNAP-IV)

ขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพบกับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นเพื่อขอความยินยอมจากผู้ปกครองในการเป็นอาสาสมัคร และดำเนินโปรแกรมโดยแบ่งเด็กที่ได้รับโปรแกรมเป็น 5 กลุ่ม ๆ

6 คน แต่ละกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรม ตามโปรแกรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 35-40 นาที สรุปรูปภาพที่ 2



ภาพที่ 2 สรุปรูปและขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยจริยธรรมของศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามหนังสือเลขที่ PSUIRB2018-Nst 023 ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต เลขที่ SSR REC 12/2561

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าไครส์แคร์

2. วิเคราะห์ข้อมูลทดสอบความแตกต่างของค่ามัธยฐานของภาวะสมาธิสั้นก่อนและหลังการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test

3. วิเคราะห์ข้อมูลทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Mann-Whitney Test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเด็กสมาธิสั้น กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.3 อายุเฉลี่ย 10.47 ปี ผลการเรียนรู้เฉลี่ย เท่ากับ 2.80 และได้รับยากลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้น ร้อยละ 93.3 สำหรับกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย ร้อยละ 83.3 อายุเฉลี่ย 10.50 ปี ผลการเรียนรู้เฉลี่ย เท่ากับ 2.83 และได้รับยากลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้น ร้อยละ 90.0 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแคร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	X ²	p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	25(83.3)	25 (83.3)	.00	1.00
หญิง	5(16.7)	5(16.7)		
อายุ (ปี) (I: M = 10.47, SD =.86, Min =9, Max =12; C: M = 10.50, SD =.82, Min =9, Max =12)				
9 ปี-10 ปี	13(43.3)	11(36.7)	.78	.67
10 ปี 1 วัน - 11 ปี	15(50.0)	18(60.0)		
11 ปี 1 วัน - 12 ปี	2(6.7)	1(3.3)		

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	X ²	p
	(n=30)	(n=30)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ผลการเรียนเฉลี่ย (I: M = 2.80, SD = .46, Min = 2 Max = 3; C : M = 2.83, SD = .53, Min = 2, Max = 4)				
2.00-2.99	6(20.0)	7(23.3)	3.05	.21
3.00-3.99	24(80.0)	21(70.0)		
4.00	0	2(6.7)		
ยาที่ได้รับ				
กลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้น	28(93.3)	27(90.0)	.22	.63
กลุ่มออกฤทธิ์กระตุ้นร่วมกับยารักษา	2(6.7)	3(10.0)		
อาการทางจิต				

I: intervention (กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม) C: control (กลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิ
 สั้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทั้งกลุ่มทดลองและ
 กลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่า
 มัธยฐานคะแนนภาวะสมาธิสั้นรายด้านของเด็กสมาธิ
 สั้นก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในแต่ละกลุ่มพบว่า
 ในกลุ่มทดลอง ค่ามัธยฐานคะแนนภาวะสมาธิสั้นราย
 ด้าน (คือ คะแนนด้านขาดสมาธิ และด้านชนอน้อย
 ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น) ของเด็กสมาธิสั้นหลังเข้า
 ร่วมโปรแกรมมีค่าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่าง
 มีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.87, p < .001$; $Z = -4.86, p < .001$) ตามลำดับ สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า
 คะแนนด้านขาดสมาธิ และด้านชนอน้อย ไม่นิ่ง/หุนหัน
 พลันแล่น ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่มีความ
 แตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.73, p > .05$;
 $Z = -1.41, p > .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นทั้งในกลุ่มทดลอง
 และกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะสมาธิสั้น	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		Z	p
	(n=30)		(n=30)			
	Mdn	IQR	Mdn	IQR		
กลุ่มทดลอง						
ขาดสมาธิ	24.57	2.52	6.40	2.02	-4.87	.000
ชนอนิ่ง/หุนหันพลันแล่น	24.53	2.04	6.57	1.97	-4.86	.000
กลุ่มควบคุม						
ขาดสมาธิ	24.60	2.45	24.50	2.44	-1.73	.83
ชนอนิ่ง/หุนหันพลันแล่น	24.60	1.97	24.53	1.96	-1.41	.15

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า อันดับคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นรายด้านคือ ด้านการขาดสมาธิ ด้านชุนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วม

โปรแกรม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-.025, p>.05$; $Z=-.216, p>.05$) แต่เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม พบว่า อันดับคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้น ด้านการขาดสมาธิ ด้านชุนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-6.75, p<.001$; $Z=-6.77, p<.001$) ตามลำดับดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนเฉลี่ยภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมศิลปะบำบัด

คะแนนภาวะสมาธิสั้น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Z	p
	(n=30)		(n=30)			
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks		
ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม						
ขาดสมาธิ	30.45	913.50	30.55	916.50	-.025	.980
ชุนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	30.05	901.50	30.95	928.50	-.216	.829
ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม						
ขาดสมาธิ	15.50	465.00	45.50	1365.00	-6.75	.000
ชุนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น	15.50	465.00	45.50	1365.00	-6.77	.000

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยการเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมศิลปะบำบัด พบว่า คะแนนด้านขาดสมาธิ และด้านชุนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม การนำกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของ Peplau ตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การระบุปัญหา แก้ไขปัญหา และสรุปผล²² โดยโปรแกรมศิลปะบำบัด เริ่มด้วยการสร้างความไว้วางใจ สร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่สำคัญ การแนะนำตัวและร่วมกันร้องเพลงและเต้น เพื่อช่วยให้เด็กรู้สึกผ่อนคลาย และมี

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างกันเกิดความรู้สึกเข้ากันได้ (rapport) โดยกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพร่วมกับการวาดภาพลายเส้นง่าย เด็กสมาธิสั้นสามารถวาดภาพต้นไม้ บ้าน ตามแนวคิดของ Lowenfeld และ Brittain รวมทั้งการวาดภาพลายเส้นง่าย ๆ ตามพัฒนาการของเด็ก และตามความสนใจของเด็ก¹⁹ จะทำให้เด็กมีสมาธิจดจ่อในการทำกิจกรรมจนสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาในฮ่องกงของ Lee & Liu ศึกษาการใช้ศิลปะบำบัดสำหรับเด็กที่มีความต้องการทางการพิเศษ โดยมีกิจกรรมการวาดภาพ ตามความสนใจ และเพิ่มสมาธิ ในเด็กสมาธิสั้น²¹ สำหรับการ

ระบุปัญหา เป็นการค้นหาปัญหาและสาเหตุ และทำความเข้าใจพฤติกรรมที่เป็นปัญหา พยาบาลมีความเข้าใจเด็ก ยอมรับเด็กโดยไม่มีเงื่อนไข และมองเด็กในแง่ดี การให้เด็กวาดภาพที่สื่อถึงสิ่งที่ตนเองรัก และบอกเล่ากับเพื่อน ๆ ในกลุ่ม เพื่อทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (trust) เด็กมุ่งมั่นวาดภาพที่ตนรักจนสำเร็จ เป็นลักษณะของการพยาบาลที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและเด็กสมาธิสั้นตามแนวคิดของ Peplau²² นอกจากนั้นพยาบาลยังเป็นผู้ให้การสนับสนุน (resource person) ด้วยการพูดเสริมความมั่นใจแก่เด็ก ช่วยเหลือเด็กโดยการเพิ่มเวลาให้กำลังใจ จนวาดภาพได้สำเร็จ กิจกรรมให้เด็กวาดภาพบ้านของตนเองและ ระบายสีภาพ หลังจากนั้นเด็กเล่าถึงพฤติกรรมที่บ้านให้กลุ่มฟัง ช่วยประเมินปัญหาของเด็กจากสิ่งที่เด็กเล่า และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา ส่วนใหญ่เด็ก ๆ วาดภาพบ้านและสมาชิกในครอบครัว และตนเอง แสดงให้เห็นว่าเด็กได้เข้าใจตนเอง รวมทั้งช่วยให้เด็กมีสมาธิมากขึ้นกับการวาดภาพ และการใช้ระบายสีน้ำช่วยให้เด็กรู้จักการควบคุมตนเอง และการรอคอยระหว่างสีแห้งช่วยให้เด็กได้ฝึกพฤติกรรมการมีสมาธิ และสามารถรอคอยได้ ร่วมกับกระบวนการสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Pomtharaphong et al. ศึกษาการออกแบบชุดอุปกรณ์สำหรับการระบายสีเพื่อเพิ่มสมาธิ มีความตั้งใจ จดจ่ออยู่หนึ่งได้ของเด็กสมาธิสั้น¹⁷ และการศึกษาของ Alrzaïn เรื่องผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดสำหรับเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียน พบว่า คะแนนพฤติกรรมขาดสมาธิ ($z = -2.20$; $p < .05$) อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ($z = -2.21$; $p < .05$) ลดลงจากก่อนได้รับโปรแกรม¹⁸

สำหรับโปรแกรมศิลปะบำบัดนี้เป็นการช่วยให้เด็กเข้าใจตนเองและเรียนรู้ในการแก้ปัญหาของ

ตนเอง โดยผู้วิจัยได้มีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาเด็กสมาธิสั้น ด้วยการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไขและรับความคิดเห็นของเด็กโดยไม่โต้แย้ง ทั้งสนับสนุนสิ่งที่เด็กตัดสินใจพร้อมทั้งการให้คำแนะนำ ตามแนวคิดของ Peplau²² และการให้วาดภาพและระบายสีน้ำ เด็กจะอยู่หนึ่งขึ้นจากการวาดภาพ มีสมาธิ และจากการใช้น้ำทำให้เด็กมีการรอคอย ให้สีแห้งเพื่อให้ผลงานของตนเองออกมาสวยงาม การพิมพ์ภาพจากวัสดุธรรมชาติ คือ ใบไม้ ก้านกล้วย ช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา ในระหว่างทำกิจกรรมให้เด็กเล่าพฤติกรรมของเด็กเมื่อเล่นกับเพื่อน ๆ แล้วมีพฤติกรรมควบคุมตนเองไม่ได้ หุนหันพลันแล่น พยายามยอมรับในสิ่งที่เด็กเล่าโดยไม่ตัดสิน และสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบที่ตามมา พยาบาลช่วยให้เด็กได้เข้าใจและเรียนรู้ในการแก้ปัญหาของตนเองสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้นำกำหนดเป้าหมายให้เด็ก พิมพ์ ภาพจากวัสดุจากธรรมชาติ คือ ก้านมะละกอ และก้านกล้วย ให้เป็นรูปดอกไม้ รูปบ้านตามที่กำหนด ด้วยความสม่ำเสมอ ทำให้เด็กคุ้นเคย ไว้วางใจ และวาดภาพตามภาพต้นแบบกำหนด จะทำให้เด็กมีความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่กำหนดโดยไม่มีภาวะต่อต้าน อีกทั้งฝึกการรอคอย เพื่อให้ได้ภาพที่สวยงาม มีการผ่อนคลายอารมณ์ดีขึ้น หากเด็กบางรายวาดภาพไม่เหมือนต้นแบบ ผู้วิจัยให้คำแนะนำในการวาดถึงแม้ว่าจะไม่เหมือนต้นแบบก็ให้กำลังใจแก่เด็กและเพื่อน ๆ ช่วยกันส่งเสริมให้เวลา รอคอยในการทำกิจกรรมจนสำเร็จ รวมทั้งให้การสนับสนุนเด็กอย่างสม่ำเสมอ ตามแนวคิดของของ Peplau²² ที่ผู้วิจัยมีการให้การยอมรับ รวมทั้งพูดเสริมความมั่นใจและกำลังใจแก่เด็กสมาธิสั้น จะช่วยให้เด็กเชื่อมั่นใน

ตนเอง ปรับตัวเข้ากับคนอื่น ช่วยให้ลดภาวะติดต่อด้านของเด็ก รวมทั้งการเข้าใจตนเอง และสามารถแก้ปัญหาได้แล้ว ดังนั้นเด็กมองเห็นตนเองเป็นเด็กดีหรือเด็กเกเร ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต โดยเด็กทุกคนบอกว่าตนเองอยากเป็นเด็กดี และตั้งใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง หลังจากนั้นทุกคนวาดภาพลงบนกระดาษแผ่นใหญ่ร่วมกัน โดยทุกคนมีส่วนร่วม มีสมาธิในการวาดภาพ และคอยช่วยเหลือกัน เด็กมีการแบ่งปันอุปกรณ์ในการทำกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee & Liu ที่นำศิลปะบำบัดมาใช้สำหรับเด็กการศึกษาพิเศษ ได้แก่ เด็กสมาธิสั้น เพื่อเพิ่มสมาธิ และลดพฤติกรรมก้าวร้าว ลดลง²¹ และการศึกษาของ Toemthong Wattanakul และ Plengnut ที่ใช้ศิลปะบำบัดสำหรับเด็กบกพร่องพัฒนาการและสติปัญญา พบว่า กิจกรรมศิลปะบำบัดช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าว คือ ส่งเสียงโวยวาย ขว้างของทำลายของ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁶

ส่วนผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมศิลปะบำบัดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ พบว่า คะแนนภาวะสมาธิสั้นรายด้านคือ ด้านการขาดสมาธิ ด้านชนอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันของเด็กสมาธิสั้นในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมศิลปะบำบัด ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อธิบายได้ว่า ก่อนเข้ารับการเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการดูแลปกติตามแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นของสถาบันสุขภาพจิตเด็กภาคใต้ได้แก่ การรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของจิตแพทย์เด็ก และการให้ความรู้แก่ผู้ปกครองและเด็กเน้นในเรื่องการให้คำแนะนำการรักษาด้วยยาและการปฏิบัติตัวของเด็กสมาธิสั้น สำหรับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมศิลปะบำบัด เน้นการนำศิลปะบำบัด เช่น การวาดลายเส้น วาดภาพบ้าน ภาพที่ตนเองรัก และ

การระบายภาพด้วยสีน้ำ ตามแนวคิดของ Lowenfeld และ Brittain¹⁹ ร่วมกับกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดของ Peplau เป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพกับเด็กสมาธิสั้น ช่วยปรับเปลี่ยนและปรับปรุงพฤติกรรม โดยเฉพาะคุณลักษณะของพยาบาท ด้วยทฤษฎีนี้คือการสร้างความไว้วางใจเข้ากันได้มองโลกในแง่ดียอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข เข้าถึงความรู้สึกของผู้รับบริการ เป็นต้น²² ช่วยส่งเสริมสมาธิของเด็กเพิ่มขึ้น และการลดการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น รู้จักการรอคอย ช่วยส่งเสริมสมาธิของเด็กเพิ่มขึ้น และการลดการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น รู้จักการรอคอย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wetwichanan และ Chanvirat พบว่า การใช้ชุดกิจกรรมศิลปะทำให้การจัดจ่อตั้งใจทำงานของเด็กนักเรียนที่บกพร่องด้านการเรียนรู้ที่มีภาวะสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น¹⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Alrzain เรื่องผลของโปรแกรมศิลปะบำบัดสำหรับเด็กสมาธิสั้นในโรงเรียน พบว่า คะแนนพฤติกรรมขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่นลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมศิลปะบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = 2.51, p < .05$)¹⁸

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้ได้ว่า โปรแกรมศิลปะบำบัดตามกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อบำบัดทางการพยาบาล ต่อภาวะสมาธิสั้นของเด็กโรคสมาธิสั้น โดยมีกิจกรรมศิลปะและสัมพันธภาพบำบัด มีส่วนช่วยให้ลดภาวะสมาธิสั้นของเด็ก ร่วมกับการดูแลปกติได้

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรนำโปรแกรมศิลปะบำบัดไปใช้เพื่อการบำบัดทางการพยาบาลโดยบูรณาการกับการพยาบาลแบบปกติในการลดภาวะสมาธิสั้นของเด็กสมาธิสั้นในคลินิกจิตเวชเด็ก

2. ควรทำการศึกษาติดตามผลของโปรแกรม ศิลปะบำบัดในระยะยาว เช่น หลังการทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน เป็นต้น เพื่อประเมินพัฒนาการและ ติดตามปัญหาความยั่งยืนของโปรแกรมและควรนำไปศึกษากับเด็กสมาธิสั้นวัยอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

- Centers for Disease Control and Prevention. Data and statistics about attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). [cited 2022 May 22] Available from: URL: <https://www.cdc.gov/ncbddd/data.html>.
- Visanuyothin T, Pavasuthipaist C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. J Ment Health Thai 2013; (21):66-75. (In Thai)
- Medical Records and Statistics Division. Data and statistics of child psychiatry report: Southern Institute of Child and Adolescent Psychiatry:2017. (In Thai)
- Carbray JA. Attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2018; 56(12): 1-10.
- Pornnoppadol C. Attention deficit hyperactivity disorder. Bangkok: Siriraj Book; 2018. (In Thai)
- Maskasame, K. Attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescence. JCP. 2020;16(2): 75-102. (In Thai)
- Sitdhiraksa N, Wansawak K, Wanrit K, Kritiyagami P, Aphinanthavej S, Ketman P. Psychiatry Siriraj DSM-V. 2nd ed. Bangkok: Prayoonsan Thai Printing; 2015. (In Thai)
- Nukaew O. Children psychiatric nursing care. Songkhla: Aom Document; 2022.(In Thai)
- Punja S, Shamseer L, Hartling L, Urichuk L, Vandermeer B, Nikles J, et al. Amphetamines for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents (Review). Cochrane [cited 2022 May 22] Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009996.pub2>
- Storebo OJ, Ramstad E, Krogh HB, Nilausen TD, Skoog M, Holmskov M, et.al. Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Cochrane Database Syst Rev 2015; (11): CD009885
- Boonsanu K, Yunibhand J. The effect of behavior therapy on aggressive behaviors of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. JPNMH 2012; 2(1): 114-28. (In Thai)
- Juengsiragulwit D, Pityaratstian N, Nimnuan C. The efficacy of brief group cognitive behavior therapy in children with ADHD. J Psychiatr Assoc Thailand 2012;57(1): 19-28. (In Thai)
- Sangkaew T, Nukaew O, Suttharangsee W. The effects of an aggressive behavior management on behaviors of children suffering from attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD): A preliminary study. SCNJ 2017;4(Suppl): S214-29. (In Thai).
- Sirisutraykha T. Art therapy [cited 2023 Feburaby 13] Available from: URL: https://www.happyhomeclinic.com/alt02-arttherapy_artandscience.htm. (In Thai)
- Wetwichanan W, Chanvirat W. The use of art activity to develop attention on work of children with learning disabilities and ADHD. Ratchaphruek J 2019; 17(2):88-94. (In Thai)
- Toemthong T, Wattanakul N, Plengnut J. The effects of music and art therapy program on aggressive behaviors of severe intellectual and developmental disabilities persons in Rajanukul Institute. Bangkok: Rajanukul Institute; 2010. (In Thai)

17. Pomtharaphong Y, Siripitchtrakul A, Ruengsombat M, Thongsuphon M. Art educational media design to promotion development and training concentration for children with ADHD. RMUTP sci J 2012; 6(2): 138-44. (In Thai)
18. Alrazain, B. Developing and evaluating an art therapies programme for children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in primary schools in the Kingdom of Saudi Arabia (KSA) [Dissertation]. Edinburgh: Queen Margart Univ; 2016.
19. Lowenfeld, V, Brittain, WL. Creative and mental growth. 4th ed. New York (NY): The Macmillan company; 1964.
20. Rodrigo S. Art therapy and attention deficit hyperactivity disorder: A phenomenological exploration. The Paulinian Compass 2016; 4(1):27-33.
21. Lee S-L, Liu H-L.A. A pilot study of art therapy for children with special educational needs in Hong Kong. The Arts in Psychotherapy 2016; 51:24-9.
22. Peplau HE. Interpersonal relations in nursing. New York (NY): Spring Publishing;1991.
23. Sangkaew T, Nukaew O, Suttharangsee W. The effects of an aggressive behavior management program on behaviors of children suffering from attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD): A preliminary study. SCNJ 2017; 4(special issues): S214-29. (In Thai)
24. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principle and methods. 9th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2012.
25. Pityaratstian N, Booranasuksakul T, Juengsiragulwit D, Benyakorn S. ADHD screening properties of the Thai version of Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) and strengths and difficulties questionnaire (SDQ). J Psychiatr Assoc Thailand 2014;59 (2): 97-110. (In Thai)

พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: เส้นทางความก้าวหน้าและประเด็นท้าทาย

ศุภิสรา พลครุฑ¹ พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

บทคัดย่อ: การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 โดยกำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเริ่มดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนาวมินทรราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาตั้งแต่ พ.ศ. 2551 ที่ผ่านมา และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 นี้ ได้กำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใดที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใด ต้องทำการถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นด้วย พยาบาลวิชาชีพถือเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีจำนวนมากและเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนบริการสุขภาพในชุมชน ประเด็นดังกล่าวจึงถือเป็นความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพในการเตรียมความพร้อมเมื่อต้องถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งบทความวิชาการฉบับนี้ได้วิเคราะห์ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพภายใต้สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามแนวคิดวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก (PESTLE analysis) ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านการเมือง 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ 3) ปัจจัยด้านสังคม 4) ปัจจัยด้านเทคโนโลยี 5) ปัจจัยด้านกฎหมาย และ 6) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของพยาบาลวิชาชีพ และเพื่อสร้างความเป็นมืออาชีพหากต้องปฏิบัติงานภายใต้สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2566; 10(1): 00-00

คำสำคัญ: ความก้าวหน้า ประเด็นท้าทาย พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

¹นักวิชาการพยาบาลชำนาญการ กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; ผู้รับผิดชอบบทความ: Email: chanchira5858@gmail.com

วันที่รับบทความ 23 กุมภาพันธ์ 2565 วันที่แก้ไขบทความ 9 กุมภาพันธ์ 2566 วันที่ตอบรับบทความ 10 กุมภาพันธ์ 2566

Professional Nurses in Tambon Health Promoting Hospital Transferring to Local Administrative Organization: Career Path and Challenges

Supisara Phonkrut¹ MNS. (CNP)

Abstract: Transferring public health missions to local administrative organizations has been operating since B.E. 2551 (2008) and is guided by the Decentralization Plan to Local Administrative Organizations (Version 2), B.E. 2551, and the Action Plan Determining the Decentralization Procedures to Local Administrative Organizations (Version 2) on the transfer of missions. In B.E. 2565 (2022), the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health has declared the mission of tambon health promoting hospital must be transferred to the local administrative organization. Professional nurses are a large population and an important mechanism for driving health services in the community. The issue is considered a challenge for nurses. This article analyzed external factors influencing the practice of professional nurses based on the concept analysis of Political factors, Economic factors, Social factors, Technological factors, Legal factors, Environmental factors (PESTLE analysis) to be used as information for nurses' decision-making and empowerment as professionals after transferring to a local administrative organization.

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2023; 10(1): 00-00

Keywords: career path, challenge, professional nurses, tambon health promoting hospital, local administrative organization

¹Nursing Technical officer, Professional level, Nursing Division, Office of Permanent Secretary; Corresponding Author:
Email: chanchira5858@gmail.com

Received February 23, 2022; Revised February 9, 2023; Accepted February 10, 2023

บทนำ

การถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นไปตามแผนการกระจายอำนาจและแผนปฏิบัติการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 ที่กำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ด้านการถ่ายโอนภารกิจ กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาตั้งแต่ พ.ศ. 2551 และต่อเนื่องมาจนถึง พ.ศ. 2563 เป็นจำนวนทั้งหมด 65 แห่ง จากจำนวนสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9,787 แห่งทั่วประเทศ¹ และจากการประชุมคณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2564 มีมติเห็นชอบให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด 49 แห่ง รับการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัด โดยมีองค์การบริหารส่วนจังหวัด ที่ประสงค์ขอรับถ่ายโอนและผ่านการประเมิน จำนวน 49 แห่ง และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ประสงค์ขอถ่ายโอนจำนวน 3,367 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 34.53 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด จำนวน 9,750 แห่ง ซึ่งมีการดำเนินการถ่ายโอนให้แล้วเสร็จ

ภายในวันที่ 1 ตุลาคม 2565² โดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการจัดการระบบสุขภาพท้องถิ่นสำหรับเตรียมความพร้อมรองรับการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านการจัดระบบบริการสาธารณสุข และด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้การดำเนินการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขับเคลื่อนไปได้ โดยมุ่งหวังให้ประชาชนในท้องถิ่นได้รับบริการสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้การบริหารงานขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ต้องเป็นไปตามพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 มาตรา 45 กำหนดว่า องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีอำนาจหน้าที่ในการตราข้อบัญญัติโดยไม่ขัดหรือแย้งต่อกฎหมาย จัดทำแผนพัฒนาองค์การบริหารส่วนจังหวัด และประสานการจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดตามระเบียบที่คณะรัฐมนตรีกำหนด และในส่วนของภารกิจด้านสาธารณสุข ตามแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจที่คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้กำหนดให้มีการจัดตั้งสำนัก/กองสาธารณสุขซึ่งมีอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับงานการศึกษา ค้นคว้า วิจัย วิเคราะห์ และจัดทำแผนงานด้านสาธารณสุข งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ รวมไปถึงงานด้านสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม งานมาตรฐานและคุณภาพหน่วยบริการ และการกำกับดูแลด้านสาธารณสุขระดับพื้นที่หรือท้องถิ่น โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

**พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น:
เส้นทางความก้าวหน้าและประเด็นท้าทาย**

เป็นหน่วยบริการทางด้านสาธารณสุขในชุมชนที่มีภารกิจในการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีจำนวนมากและเป็นกลไกสำคัญในการให้บริการแก่ประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยส่วนใหญ่รับผิดชอบงานตรวจรักษา งานคัดกรองภาวะสุขภาพ งานเยี่ยมบ้าน และงานส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งผลการวิจัยเกี่ยวกับลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในประเทศไทย พบว่า พยาบาลหนึ่งคนรับผิดชอบงาน ตั้งแต่ 1-8 งาน ส่วนใหญ่รับผิดชอบงานตรวจรักษา (93.75%) งานคัดกรองภาวะสุขภาพ (90.63%) รองลงมา คืองานเยี่ยมบ้าน (84.38%) งานส่งเสริมสุขภาพ (84.38%) งานจัดระบบบริการ (78.13%) งานสอนและเป็นวิทยากร (71.88%) และงานครูพี่เลี้ยง (25%) นอกจากนี้ยังมีบทบาทอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานบริการพยาบาล ได้แก่ การวางแผนจัดซื้อจัดจ้าง หรือการบริหารงบประมาณในหน่วยบริการอีกด้วย³

ความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพภายใต้การปฏิบัติงานในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

พยาบาลวิชาชีพควรนำเครื่องมือต่าง ๆ มาเป็นกลยุทธ์ในการทำงาน เพื่อปรับปรุงกระบวนการให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมขององค์กรนั้น ๆ ซึ่งปัญหาที่พบในการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่มาจากปัจจัยภายนอก เช่น ปัญหาขาดการประสานงานระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานราชการที่ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณะ ปัญหาความไม่ชัดเจนในการแบ่งหน้าที่

ระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ และความโปร่งใสภายในองค์กร ปัญหาการทับซ้อนของภารกิจหน้าที่และงบประมาณในการให้บริการระหว่างราชการส่วนกลางและท้องถิ่น และปัญหาความไม่เพียงพอของรายได้เพื่อรองรับการให้บริการสาธารณะ⁴

ดังนั้นบทความนี้ผู้เขียนจึงนำเสนอผลการวิเคราะห์ความท้าทายที่เกิดจากปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานภายใต้สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ทฤษฎีการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก (PESTLE analysis) ของ Francis J. Aguilar⁵ มาเป็นแนวคิดหลักในการวิเคราะห์ ประกอบด้วย ปัจจัย 6 ด้าน คือ 1) ปัจจัยด้านการเมือง 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ 3) ปัจจัยด้านสังคม 4) ปัจจัยด้านเทคโนโลยี 5) ปัจจัยด้านกฎหมาย และ 6) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใต้การกำกับดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสรุปดังนี้

1. ปัจจัยทางการเมือง (political factors)

จากนโยบายการกระจายอำนาจการให้บริการสาธารณสุขที่ถูกกำหนดไว้ภายใต้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 เพื่อให้เป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 ที่ให้ความเป็นอิสระแก่ท้องถิ่นตามหลักแห่งการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของคนในท้องถิ่น ส่งผลให้ต่อมามีการประกาศแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ที่กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอน

ภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนานวมินทรราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ด้วยเหตุนี้ คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงได้กำหนดแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนานวมินทรราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งได้กำหนดแนวทางการเตรียมความพร้อมในการบริหารภารกิจด้านสาธารณสุข ด้านงบประมาณ ด้านการบริหารงานบุคคล และการชักจูงความเข้าใจของการใช้คู่มือแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจฯ ของสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ซึ่งจากการศึกษาความคาดหวังของประชาชนต่อการส่งเสริมธรรมาภิบาลขององค์การบริหารส่วนตำบล ในเขตอำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี พบว่า สิ่งที่ประชาชนคาดหวังจากกลไกด้านการบริหารจัดการในระดับท้องถิ่น ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านหลักนิติธรรม ด้านหลักคุณธรรม ด้านหลักความโปร่งใส ด้านหลักการมีส่วนร่วม ด้านหลักความรับผิดชอบ และด้านหลักความคุ้มค่า^๖ จึงนับเป็นความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติงานภายใต้อำนาจของนักการเมืองท้องถิ่นที่มีลักษณะการรวมตัวกันเหนียวแน่นผูกขาดอำนาจและการตัดสินใจของสังคม มีสายสัมพันธ์แนบแน่นกับข้าราชการในจังหวัด หน่วยงานต่าง ๆ และเป็นผู้มีบารมีและมีอิทธิพลจนเป็นเหตุให้ผูกขาดอำนาจทางการเมืองได้อย่างเบ็ดเสร็จ^๗ ด้วยเหตุนี้ พยาบาลวิชาชีพควรวางตัวเป็น กลางทางการเมือง โดยเน้นการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนผ่านองค์กรภาคประชาชนคู่ขนานไปกับกระบวนการในการดำเนินงานขององค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น และต้องยอมรับการถูกตรวจสอบได้โดยประชาชน

2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (economic factors)

การกระจายอำนาจทางการคลังนับเป็นส่วนหนึ่งของการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความสำคัญ หากไม่มีการกระจายอำนาจทางการคลัง หรือละเลยความสำคัญของการคลังท้องถิ่นแล้ว ก็เป็นการยากในการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นอย่างแท้จริง ดังนั้นการพัฒนาความสามารถทางการคลังของท้องถิ่นมีความจำเป็น ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การพัฒนาศักยภาพในการจัดหารายได้ และการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีที่เหมาะสม ดังเช่นกรณีที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพในการจัดหารายได้เอง หมายถึง การที่ท้องถิ่นมีความสามารถในการจัดเก็บภาษีท้องถิ่นประเภทต่าง ๆ โดยการกระตุ้น การนำทรัพยากรท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์ การหารายได้ในรูปแบบค่าธรรมเนียม การใช้ประโยชน์ต่าง ๆ และรวมถึงรายได้ที่รัฐบาลกลางจัดสรรให้ ซึ่งประกอบด้วย ภาษีแบ่งและเงินอุดหนุน รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี มักเป็นไปเพื่อก่อให้เกิดการตอบสนองต่อความต้องการของท้องถิ่นเป็นสำคัญ^๘ ดังนั้น ในการจัดสรรงบประมาณ และการสนับสนุนฯ เวชภัณฑ์ และบุคลากรให้แก่สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนานวมินทรราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ต้องไม่แตกต่างจากแนวทางการจัดสรรงบประมาณและการสนับสนุนฯ เวชภัณฑ์ รวมถึงบุคลากรก่อนการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด และต้องมีความเสมอภาคและความเท่าเทียมกับหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ

**พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น:
เส้นทางความก้าวหน้าและประเด็นท้าทาย**

ต้องรายงานให้คณะกรรมการบริหารการกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบ ขณะเดียวกันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข ต้องร่วมกันพิจารณากำหนดแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (Standard Operating Procedures: SOP) และดำเนินการซักซ้อมความเข้าใจให้แก่หน่วยบริการประจำแม่ข่ายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุขให้ยึดถือปฏิบัติและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ซึ่งถือเป็นประเด็นท้าทายในการสนับสนุน ช่วยเหลือแต่ละเครือข่ายตามหลักเกณฑ์ที่ได้ทำข้อตกลงร่วมกันไว้ นอกจากนี้ จากการศึกษาบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านมา ผู้เขียนพบว่า พยาบาลอาจได้รับบทบาทอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานบริการพยาบาล เช่น การวางแผนจัดซื้อจัดจ้าง หรือการบริหารงบประมาณในหน่วยบริการ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพควรศึกษาหลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เพื่อวางแผนการจัดบริการสุขภาพในชุมชนให้สอดคล้องกับเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจาก สปสช. และศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับระเบียบการปฏิบัติงานในเรื่องของการจัดหาพัสดุ วิธีการจัดซื้อและจัดจ้างเพื่อความถูกต้องตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการพัสดุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. ปัจจัยด้านสังคม (social factors)

ประวัติศาสตร์การเมืองการปกครองท้องถิ่นมีพัฒนาการพร้อมกับการมีชุมชนมาเป็นเวลานาน โดยพบว่า ก่อนที่จะมีกฎหมายบ้านเมืองจัดระบบการปกครองท้องถิ่นอย่างเป็นทางการนั้น ชุมชนต่าง ๆ

มีองค์กรชุมชนทำหน้าที่ดำเนินกิจกรรมสาธารณะในชุมชน ซึ่งเป็นวัฒนธรรมการปกครองตนเองแบบดั้งเดิม (traditional civic culture) ที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติในท้องถิ่น ไม่มีสถานะทางกฎหมาย การดำเนินกิจการสาธารณะของกลุ่มส่วนใหญ่อาศัยกระบวนการทางสังคม ความไว้วางใจ ความสัมพันธ์เชิงเครือญาติ แต่ในปัจจุบัน กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ดำเนินกิจกรรมสาธารณะด้านต่าง ๆ⁷ เพื่อให้เป็นไปตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 ที่ให้ความสำคัญเป็นอิสระแก่ท้องถิ่นตามหลักแห่งการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของคนในท้องถิ่น ผ่านพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 โดยที่ท้องถิ่นต้องมีอิสระในการกำหนดทิศทางการจัดบริการสาธารณะ มีมาตรฐานการบริการสาธารณะด้านโครงสร้างพื้นฐาน ด้านคุณภาพชีวิต ด้านการจัดระเบียบและรักษาความสงบเรียบร้อยและด้านการลงทุนทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อมและศิลปวัฒนธรรม รวม 48 มาตรฐาน⁹ จากผลการศึกษาการจัดการสังคมและวัฒนธรรมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ส่วนใหญ่สังคมและวัฒนธรรมในท้องถิ่นมุ่งเน้น การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนตามแนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีการจัดการองค์กรใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านภาคี/เครือข่าย ด้านการสื่อสาร/เทคโนโลยี ด้านนโยบาย และด้านบุคลากร บูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคมเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเสริมสร้างจุดแข็ง ปิดจุดอ่อน และพัฒนาสมาชิกในชุมชนให้เป็นคนเก่ง คนดี ในระดับชุมชน การสร้างคุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตอย่างมีเหตุผล มีผล ในระดับครัวเรือน

รวมไปถึงการสนับสนุน ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม ธรรมชาติและสุขภาพ¹⁰ และจากการศึกษาวัฒนธรรมองค์กรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับเทศบาลนคร และเทศบาลเมือง ในจังหวัดชลบุรี และจังหวัดระยอง พบว่า วัฒนธรรมองค์กรที่เป็นวัฒนธรรมเด่น คือ วัฒนธรรมสายบังคับบัญชา และมีวัฒนธรรมรอง คือ วัฒนธรรมสัมพันธ์เกื้อกูล ส่วนวัฒนธรรมที่ต้องการ คือ วัฒนธรรมสัมพันธ์เกื้อกูล¹¹ ซึ่งสะท้อนถึงการทำทนายด้านสังคมสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือการปรับวิธีการทำงานโดยเน้นความคิดสร้างสรรค์ การทำงานเชิงรุก ส่งเสริมการมีส่วนร่วมให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและความต้องการของผู้รับบริการ เน้นการสร้างแผนปฏิบัติการให้เป็นรูปธรรม ชัดเจน และไม่สนับสนุนวัฒนธรรมสายบังคับบัญชา แต่ควรเน้นให้เกิดวัฒนธรรมสัมพันธ์เกื้อกูล ซึ่งเป็นความสัมพันธ์แนวราบที่ไม่มีความแตกต่างทางชนชั้น แต่มีความใกล้ชิด ช่วยเหลือเกื้อกูลกันบนพื้นฐานของความปรารถนาดีต่อกัน

4. ปัจจัยด้านเทคโนโลยี (technological factors)

การบริหารจัดการเมืองแบบอัจฉริยะ (smart city) เป็นการบริหารจัดการเมือง หรือชุมชนแนวใหม่ ที่นิยมใช้ในการบริหารจัดการท้องถิ่นในปัจจุบัน ซึ่งเป็นคำเรียกเมืองหรือท้องถิ่นที่มีระบบการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีช่วยให้เกิดคุณภาพการใช้ชีวิตในเมืองหรือท้องถิ่นนั้น ๆ ดีขึ้น ลดผลกระทบที่มีต่อสิ่งแวดล้อม และลดการใช้พลังงานของเมืองเป็นรูปแบบการประยุกต์โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัล หรือข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีการสื่อสารในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการชุมชน การบริหารจัดการท้องถิ่นที่ดีซึ่งอาศัยผู้บริหารและบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพสูง ยึดหลักการทำงานที่รวดเร็ว

แม่นยำและตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายในแต่ละพื้นที่ ดังนั้น ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information Technology : IT) จึงเป็นทางเลือกสำคัญหนึ่งที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งนำมาประยุกต์ใช้ในการทำงาน¹² ดังตัวอย่างเช่น รูปแบบการบริหารจัดการเมืองอัจฉริยะ (smart city) ในมิติของการพัฒนาเมืองอัจฉริยะ 9 มิติ ของท้องถิ่นคือ 1) เมืองอัจฉริยะด้านการศึกษา (smart education) 2) เมืองอัจฉริยะด้านสุขภาพ (smart healthcare) 3) เมืองอัจฉริยะด้านคุณภาพชีวิต สังคมและชุมชน (smart living) 4) เมืองอัจฉริยะด้านความปลอดภัย (smart safety) 5) เมืองอัจฉริยะด้านการบริหารจัดการภาครัฐ (smart government) 6) เมืองอัจฉริยะด้านสิ่งแวดล้อม (smart environment) 7) เมืองอัจฉริยะด้านเศรษฐกิจ (smart economy) 8) เมืองอัจฉริยะด้านการคมนาคม (smart mobility) และ 9) เมืองอัจฉริยะด้านพลังงาน (smart energy) ซึ่งเป็นการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการบริหารจัดการท้องถิ่นที่ทันสมัย ดังนั้นความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพ คือ ความสามารถในการปรับตัวให้ทันต่อรูปแบบเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่กำลังนำเข้ามาปรับใช้ในการบริหารจัดการท้องถิ่นในปัจจุบันเพื่อสร้างให้ท้องถิ่นนั้น ๆ มีความโดดเด่นเฉพาะตัว พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนบริการด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน จึงควรพัฒนาตนเองเพื่อให้ทันต่อความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ โดยเน้นบทบาทในการเป็นผู้ประสานงานกับหลายภาคส่วนในชุมชน ทั้งในภาคท้องถิ่น ภาครัฐ และภาคเอกชน เพื่อเป็นแกนหลักในการร่วมกันขับเคลื่อนไปสู่การเป็นเมืองหรือชุมชนอัจฉริยะที่มีความปลอดภัยและสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชนในท้องถิ่นต่อไปในอนาคต

5. ปัจจัยด้านกฎหมาย (legal factors)

ปัจจุบันสื่อสังคมออนไลน์ เข้ามามีบทบาทต่อสังคมไทยเพิ่มมากขึ้น มีการนำข้อมูลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์และส่งต่ออย่างรวดเร็ว จากพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 หรือที่ประชาชนทั่วไป รู้จักในชื่อ “PDPA” (Personal Data Protection Act) และบังคับใช้ทั้งฉบับเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2565 ที่ผ่านมา เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์กลไก หรือมาตรการกำกับดูแลเกี่ยวกับการให้ความคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อป้องกันการล่วงละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัวส่วนตัวของข้อมูลส่วนบุคคลที่อาจมีเพิ่มขึ้น ดังนั้น ประเด็นด้านกฎหมายจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายและสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างความตระหนักรู้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ให้มีความรู้ความเข้าใจและระมัดระวัง การใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ ฟังระวังเรื่องความเป็นส่วนตัว (privacy) และความปลอดภัยของข้อมูล (security) โดยยึดหลักจรรยาบรรณวิชาชีพด้วยการรักษาความลับของผู้ป่วย คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดและไม่ทำอันตรายต่อผู้ป่วย สร้างความรอบรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ (health literacy) และความรู้เท่าทันข้อมูล (information literacy) ด้วยการประเมินคุณภาพ ความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของข้อมูล ควรมีการกำกับดูแล และป้องกันสื่อออนไลน์ที่มีผลต่อภาพลักษณ์วิชาชีพ ทั้งสื่อส่วนตัวและสื่อสาธารณะ มีแนวทางการปฏิบัติกรณีเกิดเหตุการณ์ที่ล่อแหลมต่อการถูกฟ้องร้องหรือร้องเรียน¹³ ดังนั้นความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ คือความสามารถในการทำงานแบบเครือข่าย (governance by networks and relationship) กล่าวคือ การวางแผนกระบวนการทำงานที่ต้องใช้ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อข้อมูลส่วน

บุคคลของผู้รับบริการระหว่างกัน เพื่อร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบภายในเครือข่ายเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันบนความรับผิดชอบต่อสาธารณะ (public accountability)¹⁴

6. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental factors)

ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มาตรา 16 ระบุให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามารับผิดชอบภารกิจที่เกี่ยวกับการบริการสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชน เช่น จัดให้มีและบำรุงทางน้ำและทางบก การรักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำ ทางเดินและที่สาธารณะ รวมทั้งการจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล การรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง ป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ส่งเสริมการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม คุ้มครอง ดูแลและบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละท้องถิ่นได้ทันต่อเหตุการณ์และพัฒนาท้องถิ่นสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นได้จริง ดังเช่นในปัจจุบัน พบว่าปัญหามลพิษทางอากาศที่รุนแรงหรือปรากฏการณ์ฝุ่นละอองเกินค่ามาตรฐาน PM 2.5 ในแต่ละปี มีค่าสูงเกินมาตรฐานเพิ่มมากขึ้นเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อระบบทางเดินหายใจ ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหามลพิษส่วนใหญ่มาจากโรงงานอุตสาหกรรมโดยเฉพาะอุตสาหกรรมหนักขนาดใหญ่ที่ตั้งอยู่ในชุมชน

พบว่าสามารถสร้างมลพิษได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้แก่ การปล่อยควันพิษ ดังนั้นการสร้างความตระหนักและความเข้าใจในการป้องกันและลดปัญหาลิ่งแวดล้อมหรือมลพิษของชุมชนมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ดังการศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมของสมาชิกชุมชนในเขตเทศบาลตำบลแห่งหนึ่งของอำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี พบว่า สาเหตุที่ทำให้การมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมน้อยลงเนื่องจากคนในชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเองในชุมชน และการเผยแพร่ข่าวสารไปยังคนในชุมชนยังไม่ทั่วถึงและสม่ำเสมอ¹⁵ และจากการศึกษาเกี่ยวกับอัตลักษณ์ชุมชนและขีดความสามารถในการรองรับได้เพื่อการบริหารจัดการวางแผนอนุรักษ์และพัฒนาสภาพแวดล้อมชุมชนตำบลแห่งหนึ่งของอำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี พบว่าความสำเร็จในการจัดการสิ่งแวดล้อมของคนในชุมชน (ตามเกณฑ์การประเมินที่มีระดับคะแนนสูง) เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ 1) นโยบายผู้บริหารท้องถิ่นมีส่วนสำคัญในการจัดการสภาพแวดล้อมในพื้นที่ 2) การพบเห็นการทำผิดกฎหมายในพื้นที่และให้ความช่วยเหลือกับเจ้าหน้าที่ในทันที 3) ชุมชนเห็นความสำคัญและมีค่านิยมร่วมกันในการพัฒนาพื้นที่ และ 4) ชุมชนมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง¹⁶

ประเด็นความท้าทายของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในท้องถิ่นคือ การให้ความสำคัญในการประชาสัมพันธ์ข่าวสารต่าง ๆ นอกเหนือจากแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์แบบเดิม โดยใช้รูปแบบการประชาสัมพันธ์แบบใหม่ที่ทันสมัยมากขึ้น เช่น ประชาสัมพันธ์ผ่านทาง Facebook, Line, วิทยุชุมชน หรือรูปแบบอื่นที่ดึงดูดความสนใจของคนในชุมชน โดยอาจประยุกต์ใช้แนวคิดการตลาดเพื่อสิ่งแวดล้อม

(green marketing) กล่าวคือ เน้นการทำการตลาดที่สนับสนุนความร่วมมือของบุคคลและสังคมในการป้องกันปัญหาลิ่งแวดล้อมในชุมชน หรือเน้นการทำการตลาดที่ส่งเสริมทั้งการอุปโภค บริโภคที่เป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ร่วมกับการดูแลรักษาระบบนิเวศ เน้นการปรับพฤติกรรมผู้บริโภคให้ใส่ใจสิ่งแวดล้อม โดยเน้นการสร้างข้อผูกพันระหว่างผู้ผลิตและผู้บริโภคในชุมชน

เส้นทางความก้าวหน้าของพยาบาลวิชาชีพ หลังถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีการถ่ายโอนไปยังสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำเป็นต้องได้รับการประเมินผลการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเป็นอิสระในการบริหารงานบุคคลตามความต้องการและความเหมาะสมของท้องถิ่น แต่ได้กำหนดมาตรฐานกลางการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2544 เพื่อให้มีแนวทางการประเมินผลงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีความเป็นธรรม ซึ่งการกำหนดตำแหน่งพนักงานส่วนท้องถิ่นมี 4 ประเภท ประกอบด้วย ตำแหน่งประเภทบริหาร ตำแหน่งประเภทอำนวยการ ตำแหน่งประเภทวิชาการ และตำแหน่งประเภททั่วไป (รายละเอียดดังตารางที่ 1) พยาบาลวิชาชีพจัดอยู่ในตำแหน่งประเภทวิชาการ คือ เป็นตำแหน่งที่จำเป็นต้องสำเร็จการศึกษาระดับปริญญา ตามมาตรฐานทั่วไปที่คณะกรรมการกลางข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นกำหนด เพื่อปฏิบัติงานในหน้าที่ของตำแหน่งนั้น ตำแหน่งประเภทวิชาการ ประกอบด้วย ระดับปฏิบัติการ ข้าราชการ

**พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น:
เส้นทางความก้าวหน้าและประเด็นท้าทาย**

ชำนาญการพิเศษ และเชี่ยวชาญ แตกต่างจากระดับตำแหน่งของพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่พยาบาลวิชาชีพสามารถก้าวไปถึงระดับทรงคุณวุฒิได้ แต่เมื่อพิจารณาตามโครงสร้างการกำหนดตำแหน่ง และระดับตำแหน่งของพยาบาลวิชาชีพ ในสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนานวมินทรราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2564 เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนานวมินทรราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด พบว่า สายงานพยาบาลวิชาชีพ

สามารถขึ้นสู่ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือผู้อำนวยการสถานีนามัยฯ ได้โดยมีการกำหนดตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งร่วมกับตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข หรือจัดอยู่ในกลุ่มบริการสุขภาพสาขาความเชี่ยวชาญ (ด้านการพยาบาล) อย่างไรก็ตามตำแหน่งที่กำหนดต้องพิจารณาตามงบประมาณรายจ่ายด้านบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ถูกกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 40 ของเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปี ตามมาตรา 35 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างการกำหนดตำแหน่งความก้าวหน้าของบุคลากร จำแนกตามประเภทตำแหน่ง และระดับตำแหน่ง

ประเภทตำแหน่ง	ระดับตำแหน่ง	สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ประเภทบริหาร	ระดับต้น	✓	✓
	ระดับกลาง	×	✓
	ระดับสูง	✓	✓
ประเภทอำนวยการ	ระดับต้น	✓	✓
	ระดับกลาง	×	✓
	ระดับสูง	✓	✓
ประเภทวิชาการ	ปฏิบัติการ	✓	✓
	ชำนาญการ	✓	✓
	ชำนาญการพิเศษ	✓	✓
	เชี่ยวชาญ	✓	✓
	ทรงคุณวุฒิ	✓	×
ประเภททั่วไป	ปฏิบัติงาน	✓	✓
	ชำนาญงาน	✓	✓
	อาวุโส	✓	✓

หมายเหตุ “✓” หมายถึง มีการกำหนดระดับตำแหน่ง “×” หมายถึง ไม่มีการกำหนดระดับตำแหน่ง

สำหรับการกำหนดตำแหน่งบุคลากรภายใน
สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนานวมินทรราชินี
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาขางานพยาบาล
วิชาชีพ พบว่า สามารถกำหนดตำแหน่งตามกลุ่มงาน
เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล/ผู้อำนวยการสถานีนอนามัย
เฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนานวมินทรราชินี กลุ่มงาน

ส่งเสริมป้องกันควบคุมโรค และกลุ่มงานเวชปฏิบัติ
ครอบครัว ส่วนความก้าวหน้าของตำแหน่งในสาขางาน
พยาบาลวิชาชีพ ตามเกณฑ์และคุณสมบัติ พบว่า
มีความแตกต่างของหลักเกณฑ์และคุณสมบัติ
ตำแหน่งระหว่างสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ
สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบหลักเกณฑ์และคุณสมบัติในการก้าวสู่ตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น สาขางานพยาบาลวิชาชีพ

หลักเกณฑ์/คุณสมบัติ	ความก้าวหน้าในสาขางานพยาบาลวิชาชีพ	
	สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
คุณสมบัติเฉพาะ	ต้องได้รับปริญญาตรีหรือปริญญาโทหรือปริญญาเอก หรือคุณวุฒิอย่างอื่นที่เทียบได้ในระดับเดียวกัน และ ต้องได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้น หนึ่ง หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง เพื่อ ใช้ในการพิจารณาคุณสมบัติ และประสบการณ์ในการ ก้าวสู่ตำแหน่งในแต่ละระดับ	ต้องได้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ สาขาวิชาการพยาบาล หรือสาขาการ พยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง
คุณสมบัติของบุคคลที่จะ เข้ารับการประเมินให้ดำรง ตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น	(1) มีคุณสมบัติตรงตามคุณสมบัติเฉพาะสำหรับ ตำแหน่งที่จะแต่งตั้งตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง (2) มีคุณสมบัติในเรื่องเกี่ยวกับใบอนุญาตประกอบ วิชาชีพของสาขางานต่าง ๆ คุณวุฒิ หรือการอบรม หลักสูตรเพิ่มเติมครบถ้วนตามที่ ก.พ. กำหนดใน แต่ละสาขางานตามหลักเกณฑ์การเลื่อนระดับตำแหน่ง ประเภทวิชาการ (3) มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งหรือเคยดำรง ตำแหน่งในสาขางานที่จะแต่งตั้งตามคุณวุฒิของบุคคล สำหรับการย้ายไปแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งระดับต่าง ๆ ไม่น้อยกว่าระยะเวลาที่กำหนด (4) อ.ก.พ. กรม หรือ อ.ก.พ. กระทรวง โดยความเห็นชอบ จากสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) อาจกำหนดให้ผู้เข้ารับการประเมิน ต้องมีคุณสมบัติ เพิ่มเติมที่จำเป็นกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้งด้วยก็ได้ (ทั้งนี้ ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไข การย้าย การโอน หรือการเลื่อนข้าราชการพลเรือน สามัญ เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ตามที่ ก.พ. กำหนด)	พิจารณาตามคุณสมบัติและประสบการณ์ ตามระยะเวลาในการครองตำแหน่งและ คุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่ง ผลงาน ความรู้ ความสามารถ ความประพฤติ คุณธรรมและจริยธรรม ประวัติการ ปฏิบัติราชการ และการผ่านหลักสูตร อบรมตามที่คณะกรรมการกลางข้าราชการ หรือพนักงานส่วนท้องถิ่นกำหนดโดยให้ คำนึงถึงประโยชน์ที่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นพึงจะได้รับ และให้เลื่อน หรือ แต่งตั้งจากผู้สอบแข่งขันได้ ผู้สอบ คัดเลือกได้หรือผู้ได้รับคัดเลือกให้ดำรง ตำแหน่งนั้น โดยหากมีคุณสมบัติครบ ถ้วนตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ก็ให้ เสนอต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัด ดำเนินการเลื่อนและแต่งตั้งให้ดำรง ตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้นตามประกาศ คณะกรรมการกลางข้าราชการองค์การ บริหารส่วนจังหวัดที่เกี่ยวข้อง

**พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น:
เส้นทางความก้าวหน้าและประเด็นท้าทาย**

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบหลักเกณฑ์และคุณสมบัติในการก้าวสู่ตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น สายงานพยาบาลวิชาชีพ (ต่อ)

หลักเกณฑ์/คุณสมบัติ	ความก้าวหน้าในสายงานพยาบาลวิชาชีพ	
	สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งประเภท วิชาการ	<pre> graph BT A[ป. เอก 2 ปี] --> B[ป. โท 4 ปี] B --> C[ป. ศร 6 ปี] C --> D[ป. เอก 6 ปี] D --> E[ป. โท 8 ปี] E --> F[ป. ศร 10 ปี] F --> G[ป. เอก 9 ปี] G --> H[ป. โท 11 ปี] H --> I[ป. ศร 13 ปี] I --> J[ป. โท 13 ปี] J --> K[ป. ศร 15 ปี] </pre>	<pre> graph BT A[ป. เอก 2 ปี] --> B[ป. โท 4 ปี] B --> C[ป. ศร 6 ปี] C --> D[4 ปี + สมรรถนะ] D --> E[ชำนาญการพิเศษ] E --> F[2 ปี + สมรรถนะ] F --> G[เชี่ยวชาญ] </pre>

หมายเหตุ. จากหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่นร 1006/ว 14 ลงวันที่ 11 สิงหาคม 2564, คู่มือและแนวทางปฏิบัติ เพื่อเป็นการเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับระบบจำแนกตำแหน่งของข้าราชการส่วนท้องถิ่นจากรบบซีเป็นระบบแท่ง สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย¹⁷

จากตารางที่ 2 สรุปได้ว่า ความแตกต่างของหลักเกณฑ์และคุณสมบัติในการก้าวสู่ตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น ของสายงานพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านคุณสมบัติเฉพาะไม่แตกต่างกัน แต่ในด้านคุณสมบัติของบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้กำหนดให้ปฏิบัติตามมาตรฐานการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น ซึ่งแต่ละท้องถิ่นจะมีความเป็นอิสระในการบริหารงานบุคคลตามความต้องการและความเหมาะสม โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติครบถ้วน มีปริมาณงาน และคุณภาพของงานตามภารกิจที่เหมาะสม สามารถเสนอขอรับการพิจารณากำหนดตำแหน่งในระดับที่

สูงขึ้นไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดได้ แต่ต้องคำนึงถึงผลการปฏิบัติที่ผ่านมา ทักษะ ประสิทธิภาพ ระยะเวลา การดำรงตำแหน่งตลอดจนประสิทธิภาพประสิทธิผล ที่ก่อให้เกิดผลดีต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสมรรถนะที่จำเป็นประจำสายงาน ตามที่คณะกรรมการกลางข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่นกำหนด ดังเช่น สายงานในตำแหน่งประเภทวิชาการ กำหนดด้านความรู้ที่จำเป็นประจำสายงานไว้อย่างน้อยสายงานละ 5 ด้าน ด้านทักษะที่จำเป็นประจำสายงานไว้อย่างน้อยสายงานละ 3 ด้าน สมรรถนะหลัก 5 สมรรถนะ และสมรรถนะประจำสายงาน 5 สมรรถนะ เป็นต้น

สำหรับสิทธิประโยชน์และความก้าวหน้าของบุคลากรที่ถ่ายโอน ตามหลักการถ่ายโอนบุคลากรจะต้องได้รับไม่ต่ำกว่าเดิม และเมื่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดได้รับแจ้งรายชื่อบุคลากรที่ถ่ายโอนจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการแจ้งต่อคณะกรรมการข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ก.จ.จ.) เพื่อขอรับการโอนย้ายบุคลากรนั้นภายใน 15 วัน เมื่อ ก.จ.จ. มีมติเห็นชอบให้รับโอน ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการออกคำสั่งรับโอนให้เสร็จสิ้นภายใน 3 วัน โดยให้มีผลนับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคมของปีที่มีการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด และตำแหน่งที่รับโอนต้องมาในตำแหน่งและอัตราเดิม ตัวอย่างเช่น พยาบาลวิชาชีพที่มีระดับตำแหน่งเดิมอยู่ในฐานะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็ต้องดำรงตำแหน่งเช่นเดิม และหากมีปริมาณงานคุณภาพของงานและภารกิจหน้าที่เหมาะสมในระดับชำนาญการพิเศษ หรือเชี่ยวชาญ และมีคุณสมบัติครบถ้วนตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ก็ให้เสนอต่อองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพื่อดำเนินการเลื่อนและแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้นตามประกาศคณะกรรมการกลางข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่เกี่ยวข้อง และให้นำระยะเวลาการดำรงตำแหน่งเดิมที่กระทรวงสาธารณสุขमानับรวมเป็นระยะเวลาในการเลื่อนและแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้นได้ โดยการเลื่อนระดับหรือตำแหน่งที่สูงขึ้นให้ยึดถือปฏิบัติตามประกาศหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่นเช่นเดียวกับข้าราชการและลูกจ้างขององค์การบริหารส่วนจังหวัด แต่หากบุคลากรที่เข้าข่ายต้องถ่ายโอนตามภารกิจ แต่ไม่สมัครใจโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมีทางเลือกการตัดสินใจแนวทางใดแนวทางหนึ่ง ดังนี้

- 1) ขอย้าย/สับเปลี่ยนไปดำรงตำแหน่งทดแทนในส่วนกลางของกระทรวงต้นสังกัดหรือกระทรวงอื่น
- 2) ขอเข้าโครงการเกษียณอายุราชการก่อนกำหนด
- และ 3) ขออยู่ช่วยราชการในองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่รับโอนภารกิจ¹

โอกาสในการพัฒนาความก้าวหน้าของพยาบาลวิชาชีพภายหลังการถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงมีความแตกต่างจากสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพยาบาลวิชาชีพควรศึกษาและทำความเข้าใจรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ตามประกาศคณะกรรมการกลางข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ก.จ.) คณะกรรมการกลางพนักงานเทศบาล (ก.ท.) และคณะกรรมการกลางพนักงานส่วนตำบล (ก.อบต.) เรื่อง มาตรฐานทั่วไปเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงานของข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) ปี พ.ศ. 2563¹⁷ เพื่อใช้เป็นแบบประเมินผลการปฏิบัติงานของข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น (สำหรับตำแหน่งประเภทวิชาการ และทั่วไป) ซึ่งแบ่งออกเป็น 10 รายการ ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงาน 3) การประเมินสมรรถนะ 4) ข้อตกลงการประเมินผลการปฏิบัติงาน 5) สรุปผลการประเมิน 6) แผนพัฒนาการปฏิบัติราชการ 7) การแจ้งและรับทราบผลการประเมิน 8) ความเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป (ถ้ามี) 9) ความเห็นของคณะกรรมการกลั่นกรองการประเมินผลการปฏิบัติงานของข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น และ 10) ผลการพิจารณาของนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือนายกเทศมนตรีหรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพที่กำลังถ่ายโอนหรือถ่ายโอนแล้วควรมีการเตรียมความพร้อม

**พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น:
เส้นทางความก้าวหน้าและประเด็นท้าทาย**

รูปแบบการประเมินผลงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่อาจมีข้อแตกต่างจากกระทรวงสาธารณสุขด้วย

การเตรียมความพร้อมเพื่อความก้าวหน้าของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น นอกจากการเตรียมความพร้อมส่วนบุคคลในการพัฒนาตนเองแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่สำคัญในการสนับสนุน ผลักดัน ความก้าวหน้าของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อให้คุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการประสบความสำเร็จได้นั้นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข ในการร่วมกันกำหนดมาตรฐานขั้นพื้นฐาน ด้านโครงสร้างที่รวมไปถึงสายการบังคับบัญชาที่ชัดเจน ค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ รวมถึงวิถีชีวิต และวัฒนธรรมในองค์กรส่วนท้องถิ่นที่ส่งเสริมให้เกิดความเคารพสิทธิส่วนบุคคล เพื่อเสริมสร้างความรู้สึภาคภูมิใจในองค์กร ซึ่งจะส่งผลให้เพิ่มอัตราการคงอยู่ของบุคลากรพยาบาลและลดการลาออกจากการงานในอนาคต การเพิ่มคุณภาพชีวิตในการทำงานให้ดีขึ้นส่งผลให้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและเสนอแนะ

สรุปประเด็นท้าทาย ตามการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก โดยใช้ทฤษฎีการวิเคราะห์ปัจจัยระดับมหภาค (PESTLE analysis) เมื่อมองในภาพรวมอย่างเป็นระบบ จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวอาจส่งผลทั้งทางบวกและทางลบต่อพยาบาลวิชาชีพที่ถ่ายโอนไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากความแตกต่างของแต่ละท้องถิ่นที่อาจมี

ระบบการบริหารงานภายในองค์กรที่แตกต่างกัน ซึ่งมีปัจจัยภายนอกหลายประการที่ส่งผลให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่มาจากปัจจัยด้านสังคม การต้องปฏิบัติงานภายใต้อำนาจของนักการเมืองท้องถิ่น ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพควรวางตัวเป็นกลางทางการเมือง เน้นการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของประชาชนผ่านองค์กรภาคประชาชนคู่ขนานไปกับกระบวนการในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น และยอมรับหรือก้าวทันกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงสู่สิ่งใหม่ด้วยการมีความพร้อมในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพอยู่ตลอดเวลา

เอกสารอ้างอิง

1. Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee. Guidelines Operation of the transfer of the mission of the Chaloe Phrakiat Health Station 60th Anniversary Nawamintharachinee and Tambon Health Promoting Hospital to the Local Administrative Organization [Internet]. [Cited 2021 Dec 19]. Available from: https://drive.google.com/file/d/1aIdKh0TwdEiV_LRlHB5Jdm95E-FAKHhyAF/view
2. Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee. Summary of transferring district health promoting hospital [Internet]. [Cited 2022 June 14]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2022/05/25180>
3. Chaichana J, Prachusilpa G. A Study of Professional Nurse Roles in Sub-District Health Promotion Hospital. JRTAN 2018;19(special):193-202. (In Thai)

4. Yeerong W. The Transferring Missions to Local Administrative Organization: The Progress and Problems of the Transferring Obstacles. *TJPA* 2020;18(2):27-57. (In Thai)
5. Rastogi M, Trivedi K. PESTLE Technique – A Tool to Identify External Risks in Construction Projects. *IRJET* 2016;3(1):383-8.
6. Saisuchol N. People’s Expectations toward the Promotion of Good Governance of Sub-district Administrative Organizations in Bang Yai District, Nonthaburi Province. *RPU Journal* 2019;(special):196-211. (In Thai)
7. Yannawuttho N, Abhivajjaro A. Local Politicians in The Bureaucratic System. *Journal of Interdisciplinary Innovation Review* 2022;5(1):177-94. (In Thai)
8. Ladbuakhao S. Local Finance: Problems and Solutions. *PSPAJ* 2019;11(1):189-214. (In Thai)
9. Department of Local Administration. Standard of Local Public Services. Bangkok: Department of Local Administration; 2022. (In Thai)
10. Learthairod A, et al. Social and Cultural Management of Local Administrative Organizations in Nakhonsawan Province. *MCU SSP* 2017;6(2):143-60. (In Thai)
11. Tavarom A. The Organizational Culture of Local Administrative Organization: A Case Study of Provincial Administrative Organization, City Municipality and Town Municipality in Chon Buri and Rayong Provinces. *Journal of Public Administration and Politics* 2019;8(1):85-105. (In Thai)
12. Chaiprasert N. Roles of Locality in Smart City Management. *Journal of MCU Palisueksabuddhaghosa Review* 2022;8(1):71-84. (In Thai)
13. Siripukdeekan C, Kulpukdee R. Challenge of Nurse Administrators in the 21st Century. *JOPN* 2020;12(1):222-32. (In Thai)
14. Seedam I. Public Sector Administration in the Model of Network Governance and its Implementation for Thailand. *RCIM* 2021;9(3):95-106. (In Thai)
15. Kokamai Y, Weerapalangoon W. Participation of Community Members in Environmental Management in Bang Len sub-district Municipality, Bang Yai district, Nonthaburi. *HUSO Journal PNRU* 2019;3(2):12-29. (In Thai)
16. Promjittiphong C, et al. The Identity and Community Capacity to Support for Conservation Planning and Environmental Community Development: The Case Study in Tombon Banpang, Amphoe Phromburi, Singburi Province. *Asia Social Issues* 2016;(special): 111-31. (In Thai)
17. Office of the Permanent Secretary for Interior. Guidelines to enhance understanding about the classification system of local government officials from common level system to single classification. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary for Interior; 2015. (In Thai)