

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวและชุมชน มีส่วนร่วม ในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

The Developmental Model for the Health Service System of Early Childhood Through the Participation of Family and Community in Damneon Saduak District, Ratchaburi Province

สุพัตรา พงษ์อิศรานุพร, พย.บ.

กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

Supattra Phongissaranuporn, B.N.S.

Division of Nursing

Damneon Saduak Hospital, Ratchaburi

ณรีณี แยมสกุล, พร.ด.

วิทยาลัยบรมราชชนนี จักรีราช

จังหวัดราชบุรี

Narinee Yamsakul, Ph.d.

Boromarajonani college of nursing Jakreerat,

Ratchaburi

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ของภาวะสุขภาพเด็กปฐมวัย อำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี 2) เพื่อศึกษากลวิธีกระบวนการพัฒนาการให้บริการสุขภาพเด็กปฐมวัย 3) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการให้บริการสุขภาพเด็กปฐมวัย

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีกระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายใต้กรอบทฤษฎีระบบเป็นวงจรการพัฒนายอย่างต่อเนื่อง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ของภาวะสุขภาพเด็กปฐมวัย ระยะเวลา 3 ปี งบประมาณ 2556 – 2558 จากข้อมูลสถิติ และการสนทนากลุ่มแบบไม่มีโครงสร้างกับผู้ให้บริการ (พยาบาลวิชาชีพและผู้รับผิดชอบงานบริการเด็กปฐมวัย) นำข้อค้นพบสรุปแนวทางการพัฒนาภายใต้ทฤษฎีระบบ ระยะที่ 2 ดำเนินการ นำข้อมูลจากระยะที่ 1 พัฒนารอบแนวคิดสำหรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเด็กปฐมวัย ภายใต้ทฤษฎีระบบ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 2.1 การให้ความรู้และส่งเสริมการมีส่วนร่วม ระยะที่ 2.2 การขยายเครือข่าย และการบูรณาการสู่งานประจำ และระยะที่ 2.3 การพัฒนาการให้บริการสุขภาพอย่างยั่งยืน ระยะที่ 3 ประเมินผล การถอดผลลัพธ์ของการศึกษา เพื่อกำหนดองค์ประกอบระบบการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ผลการศึกษา: ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์พบว่า ประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจที่จะมารับบริการ เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความชำนาญ การบริการไม่มีช่องทางสำหรับตรวจก่อนพบแพทย์การบริการไม่มีระบบที่ชัดเจน ขาดการเชื่อมโยงครอบครัว เครือข่าย และชุมชน ระยะที่ 2 การดำเนินการ มีวงจรกระบวนการพัฒนาการ เช่น ระบบการคัดกรอง เพื่อประเมินภาวะสุขภาพเด็ก พัฒนาการเด็ก ในเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ในเครือข่ายแนวทางในการดูแลเด็ก

ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าและล่าช้า และระบบการรายงาน ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และกำหนดองค์ประกอบในระบบการบริการสุขภาพเด็กปฐมวัย ได้แก่ ด้านการวิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงบริการ การบริการที่สม่ำเสมอและต่อเนื่องของผู้ใช้บริการ ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องของทีมบริการ คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ด้านระบบการดูแลต่อเนื่อง ด้านรูปแบบการบริการทางคลินิกแบบสหสาขาวิชาชีพ ด้านการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างและการพัฒนาสมรรถนะ

สรุป: กระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเด็กปฐมวัย เป็นวงจรการพัฒนาที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาของทั้ง 3 ส่วน ได้แก่ ผู้ให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่าย มีการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างและการพัฒนาสมรรถนะผู้รับบริการ มีการให้บริการที่รวดเร็วขึ้น มารับบริการสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และระบบบริการเกิดผลลัพธ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบบริการที่เหมาะสม ได้แก่ การจัดบริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ทีมดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ การบูรณาการการตรวจประเมินแบบ one stop services การกระตุ้นในหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย สำหรับผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีภาวะเสี่ยง ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบสุขภาพเด็กปฐมวัย

คำสำคัญ: เด็กปฐมวัย กระบวนการพัฒนา การมีส่วนร่วม

วารสารแพทย์เขต 4-5 2562 ; 38(1) : 25-37.

ABSTRACT

Objectives: 1) To study the situation of health conditions of early childhood in Damneon Saduak District, Ratchaburi Province. 2) To investigate the strategy of the development process for early childhood health services. 3) To analyze the outcome of the health services for early childhood.

Method: The action research comprised three phases of the continual development processes under systems theory framework for the health service system. The three phases were: phase 1—situation analysis, studying and analyzing the health circumstances of early childhood from the medical records and from unstructured focus group discussion in registered nurses and responsible staff for early childhood services in three consecutive fiscal years from 2013 to 2015. Then to summarize the development model in accordance with systems theory from the findings. Phase 2—study conduct, initiating conceptual framework of the development of the early childhood health services in compliance with systems theory from Phase 1 data. Three steps were involved: step 2.1- educating and promoting the participation; step 2.2- expanding the network and integrating into the routine work; and step 2.3- developing the sustainability of the health service. Phase 3—study evaluation, identifying the elements of the development system of health service gained from the tacit knowledge from the study results.

Results: The data from phase 1, showed people lacking of knowledge and understanding how to access the services, the expertise deficiency of the staff, the inadequacy of distinct service system, the shortage of networking between families and community. The cycles of development

process were detected in phase 2, such as the assessment of child health status and child development by the hospital's and its network's staff, the screening system, the joint assessment of children, the care guidelines for suspected developmental delay and real developmental delay in children including the reporting system. The study evaluation in phase 3 presented changes in service system on service providers, service receivers, and the elements in the health service system for early childhood which were the analysis of service access status, the consistence and continuity of service use, the capability development of relevant staff in service team, the child development clinic, the persistence of caring system, the multidisciplinary model of clinical service, the structural change and performance development.

Conclusion: The development process or cycle of the health service for early childhood involves three parties which are the servicers, the users, and the service system. The servicers in the hospital and its network experience changes in their structure and performance development plan. The users have the faster access to the service and the consistency and the continuity of service use. The service system turns to the proper one consisting of providing child development clinics, implementing multidisciplinary care team, integrating the service assessment to one stop service model, stimulating the network of the primary health care for the risky early childhood caregivers, promoting the participation of the caregivers to be responsible for early childhood health status.

Keywords: early childhood, development process, participation

Reg 4-5 Med J 2019 ; 38(1) : 25-37.

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ของเด็ก เด็กปฐมวัยมีแนวโน้มน้ำหนักเกินเกณฑ์หรืออ้วน จากการสำรวจของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เกี่ยวกับสถานะสุขภาพ พัฒนาการ และการเจริญเติบโต เด็กปฐมวัย ปี 2550 พบว่าร้อยละ 25.1 ในเด็กอายุ 1-2 ปี และร้อยละ 42.1 ในเด็กอายุ 4-5 ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า¹ สอดคล้องกับสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย¹ ประเมินด้วยแบบทดสอบ DENVER II พบว่าเด็กปฐมวัย มีพัฒนาการที่สงสัยล่าช้าที่พบมาก ได้แก่ ด้านภาษารองลงมา คือ การใช้กล้ามเนื้อเล็ก การปรับตัว พัฒนาการทางสังคม การช่วยเหลือตนเอง และ

การใช้กล้ามเนื้อใหญ่ ซึ่งเป็นพัฒนาการพื้นฐานของสติปัญญาสำคัญต่อกระบวนการเรียนรู้ของเด็ก เป็นช่วงระยะที่สมองเจริญเติบโตหรือเรียกว่า “หน้าต่างแห่งโอกาส” กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นนโยบายและตัวชี้วัดหลักของเป้าหมายบริการ เน้นการส่งเสริมให้ครอบคลุมการดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก การพัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็ก การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาข้อมูลในพื้นที่ ปี พ.ศ. 2551 ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี² ได้ศึกษาภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยในเขตสาธารณสุขที่ 4 และ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัย มีน้ำหนักตัวตามเกณฑ์ส่วนสูงสมส่วน ร้อยละ 85.1

การประเมินพัฒนาการเด็กด้วยแบบประเมินอนามัย 49 พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการรวมสมวัย ร้อยละ 61.7 มีปัญหาพัฒนาการ ได้แก่ ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก พัฒนาการด้านการใช้ภาษาสมวัย พัฒนาการด้านสังคม และจากการศึกษาการประเมินผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว เขตสาธารณสุขที่ 4, 5 ประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยแบบประเมินอนามัย 49 พบว่าเด็กปฐมวัยเกือบ 1 ใน 4 ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า³ จากการทบทวนเอกสารและรายงานการศึกษาที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่าในเขตสาธารณสุขที่ 4 และ 5 มีปัญหาเรื่องเด็กปฐมวัยมีภาวะอ้วน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คณะแผนพัฒนาการและสัดส่วนของเด็กไทยที่มีพัฒนาการค่อนข้างล่าช้าและช้ากว่าปกติมากขึ้นตามอายุ แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์เด็กปฐมวัยเป็นปัญหาที่น่าห่วงอย่างยิ่ง

โรงพยาบาลดำเนินสะดวกเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 5 รับผิดชอบอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ยังไม่มีการศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพพัฒนาการเด็กและระบบการจัดบริการพัฒนาการเด็กปฐมวัย จากความสำคัญดังกล่าว จึงศึกษาเรื่องการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี เพื่อให้ทราบสถานการณ์สุขภาพและพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขต นำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลเบื้องต้น ประกอบการวางแผนพัฒนาระบบบริการ วิธีการส่งเสริมและการจัดกิจกรรมในระบบการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง และสอดคล้องกับสภาพปัญหาของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ เพื่อให้สามารถดำเนินงานระบบการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยให้บรรลุเป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์ของภาวะสุขภาพเด็กปฐมวัย

2. เพื่อศึกษากลวิธีกระบวนการพัฒนาการให้บริการสุขภาพเด็กปฐมวัย

3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการให้บริการสุขภาพเด็กปฐมวัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ มีกระบวนการพัฒนา จำแนกการศึกษาเป็น 3 ระยะ⁴ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) ระยะดำเนินการ (implementation) และระยะประเมินผล (evaluation) เป็นวงจรกระบวนการพัฒนา

กลุ่มประชากร ได้แก่ เด็กปฐมวัยในเขตพื้นที่ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ในกลุ่มเด็กปฐมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก โดยแบ่งออกเป็น 2 แหล่ง คือ 1) ข้อมูลจากเอกสาร ได้แก่ ข้อมูลทางสถิติ บันทึกทางการแพทย์จากสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก และแบบฟอร์มการประเมินภาวะสุขภาพเด็กปฐมวัย และ 2) ข้อมูลจากบุคคล แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างหลักได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก และเครือข่ายสุขภาพอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ที่มีความพร้อมในการร่วมพัฒนาบริการ และเป็นบุคคลที่ต้องการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงานของตนเองให้ดีขึ้น⁵ เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการเชื่อว่าความสำเร็จของการพัฒนาต้องมาจากผู้ร่วมวิจัยมีความยินดีในการเข้าร่วมโครงการ⁶ จำนวน 25 คน และกลุ่มตัวอย่างรอง คือกลุ่มบุคคลที่ได้รับประโยชน์จากการที่กลุ่มตัวอย่างหลักเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงการปฏิบัติโดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง 3 กลุ่ม จำนวน 35 คน ได้แก่ กลุ่มที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีเด็กปฐมวัยที่สงสัยล่าช้าและล่าช้า โดยรับบริการแผนกคลินิกสุขภาพเด็กดีและคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ จำนวน 19 คน กลุ่มที่ 2 ผู้ปกครอง

ที่มีเด็กปฐมวัยที่ส่งสัยล่าช้าและล่าช้าที่รับบริการใน
คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ จำนวน 14 คน และกลุ่มที่ 3
ครูพี่เลี้ยงของศูนย์เด็กเล็กที่เข้าร่วม จำนวน 2 แห่ง
จำนวน 2 คน

เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. แบบบันทึกเอกสาร เป็นแบบฟอร์มที่
พัฒนาขึ้นมาในการประเมินภาวะสุขภาพเด็กปฐมวัย
ที่มารับบริการโรงพยาบาลดำเนินสะดวก ปี พ.ศ. 2556
- 2558 นำมาเป็นองค์ความรู้เบื้องต้นในบริบทพื้นที่
ศึกษาวิจัยครั้งนี้ และโดยทีมผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองจาก
กรอบแนวคิดการวิจัย

2. แบบสัมภาษณ์ (interview) มี 2 แบบ
ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview) ตามแนวทางแบบสัมภาษณ์ กำหนด
แต่ละประเด็นคำถาม โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง
เจาะลึกเพื่อหาคำตอบตามความมุ่งหมายของการวิจัย

3. แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (focus
group discussion) โดยการกำหนดกลุ่มตัวอย่างเจาะ
ลึกในกลุ่มผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาที่มารับบริการ

4. แบบการสังเกต (observation) แบ่งเป็น
2 ชุด ได้แก่ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผู้ร่วมวิจัยหลัก
เข้าไปร่วมในการให้บริการในพื้นที่และแบบสังเกตแบบ
ไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) ผู้วิจัย
หลักใช้แบบสังเกตกิจกรรมในพื้นที่อยู่วงนอก ไม่เข้าร่วม
กิจกรรมกับชุมชน⁷

ความน่าเชื่อถือได้ของการวิจัยมาจาก
คุณสมบัติของนักวิจัย⁴ นักวิจัยมีประสบการณ์ในการเข้า
ร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ การวิจัยเชิงคุณภาพ นอกจากนี้
ยังใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ทั้ง
ด้านแหล่งข้อมูลที่ได้มาจากบุคคลหลายฝ่าย การได้มา
ของข้อมูลที่ใช้หลายวิธี ด้านที่นักวิจัยที่เป็นผู้ปฏิบัติ
งานจริงในพื้นที่

การเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ
การรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ใช้วิธีการสัมภาษณ์
เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการสังเกตแบบมีส่วนร่วม
ขณะเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการเตรียมตัวในการ

สนทนากลุ่ม การสังเกต การสัมภาษณ์ และระบบพี่เลี้ยง
เพื่อจะพิจารณาความเหมือน ความแตกต่างกันในด้าน
ปัจจัยของลักษณะการทำงาน ระยะเวลาในการดูแลเด็ก
ปฐมวัยที่มีปัญหาสงสัยล่าช้าและล่าช้า คือ ผู้รับผิดชอบ
โครงการการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลเด็กปฐมวัยที่มี
ปัญหาสงสัยและล่าช้าของโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ
ความสามารถการถ่ายทอดประสบการณ์และการปฏิบัติงาน
ที่คณะผู้วิจัยต้องการศึกษาได้ สำหรับผู้ป่วยและญาติ
มีการสร้างสัมพันธภาพและการสัมภาษณ์ โดยการ
สนทนาแบบเป็นธรรมชาติและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล
การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 30- 45 นาทีต่อครั้ง
โดยคำนึงถึงความสมบูรณ์และความอึดื้อ เลือกสถานที่
ใช้เป็นห้องคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก และห้องประชุม
ของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์
สุขภาพชุมชนเมือง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการ
วิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ที่คณะผู้วิจัย
ทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กับการเก็บข้อมูล
ได้แก่ การจัดระบบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก
บันทึกภาคสนามที่ได้จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม
และการสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ โดยให้รหัสที่มา
ของข้อมูล อ่านข้อมูลแล้วให้ดัชนี จากนั้นรวมดัชนี
เป็นประเด็นย่อย เมื่อพบประเด็นที่ซ้ำกันบ่อยๆ จึงยก
ระดับขึ้นมาเป็นประเด็นหลัก^{4,8} การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่าน
การอนุมัติของคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาล
ดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี

ผลการศึกษาและอภิปราย

การศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพ
เด็กปฐมวัย โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในอำเภอ
ดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี ผลการวิจัยและอภิปรายผล
นำเสนอ 3 ตอน ดังนี้

**ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์/สถานการณ์ของภาวะสุขภาพ
เด็กปฐมวัย**

ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ได้ศึกษาช่วงระยะ
เวลา 3 ปี งบประมาณ 2556 – 2558 (ตารางที่ 1)

จำนวนเด็กปฐมวัยในปีงบประมาณ 2556 เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย ด้านการเจริญเติบโต พบว่าส่วนมากที่สุด ร้อยละ 71.9 รองลงมาหัวม ร้อยละ 8.4 น้อยที่สุด อ้วน ร้อยละ 1.9 และผอมกับค่อนข้างผอมร้อยละ 5.2 เตี้ย ร้อยละ 3.7 และสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 93.3 ด้านพัฒนาการพบว่ามีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 2.4 และล่าช้าร้อยละ 0.6

ปีงบประมาณ 2557 เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย ด้านการเจริญเติบโต พบว่าส่วนมากที่สุด ร้อยละ 76.2 รองลงมาเริ่มอ้วน ร้อยละ 8.3 และอ้วนน้อยที่สุด ร้อยละ 3.9 ผอมกับค่อนข้างผอม ร้อยละ 3.9 เตี้ย

ร้อยละ 3.9 และสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 96.0 ด้านพัฒนาการ พบว่าเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 1.68 ล่าช้า ร้อยละ 0.83

ปีงบประมาณ 2558 เป็นเพศชายมากกว่าหญิง ด้านการเจริญเติบโต พบว่าส่วนมากที่สุด ร้อยละ 75.5 รองลงมาเริ่มอ้วน ร้อยละ 10.3 และน้อยที่สุดอ้วน ร้อยละ 5.4 ผอมกับค่อนข้างผอม ร้อยละ 3.1 เตี้ยร้อยละ 5.0 และสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 91.9 ด้านการพัฒนาการพบว่ามีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 1.9 และล่าช้าร้อยละ 0.8

ตารางที่ 1 การประเมินสุขภาพด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กปฐมวัยที่มารับบริการโรงพยาบาล
ดำเนินสะดวก ปีงบประมาณ 2556-2558

การประเมินสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)		
	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558
เพศ	n= 2,502	n=2,931	n=3,207
ชาย	1,243 (49.7)	1,454 (49.6)	1,758 (54.8)
หญิง	1,259 (50.3)	1,477 (50.4)	1,449 (45.2)
ด้านการเจริญเติบโต			
ส่วน	1,798 (71.9)	2,217 (76.2)	2,362 (75.6)
อ้วน	47 (1.9)	114 (3.9)	171 (5.4)
เริ่มอ้วน	207 (8.3)	241 (8.3)	326 (10.3)
หัวม	209 (8.4)	225 (7.7)	211 (6.6)
สูงตามเกณฑ์	2,321 (93.3)	2,795 (96.0)	2,914 (91.9)
ผอมกับค่อนข้างผอม	129 (5.2)	114 (3.9)	100 (3.6)
เตี้ย	92 (3.7)	64 (3.92)	160 (5.05)
ค่อนข้างเตี้ย	74 (2.9)	61 (2.1)	130 (4.1)
ด้านการพัฒนาการ			
สงสัยล่าช้า	60 (2.4)	49 (1.7)	60 (1.9)
ล่าช้า	16 (0.6)	24 (0.8)	27 (0.9)

ผู้ให้บริการสุขภาพ ขาดความรู้เกี่ยวกับการประเมินและการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย ได้แก่ ทักษะการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กของผู้ดูแล และมาตรฐานการดูแลเด็กปฐมวัย ดังตัวอย่างที่กลุ่มตัวอย่างหลักพูดว่า

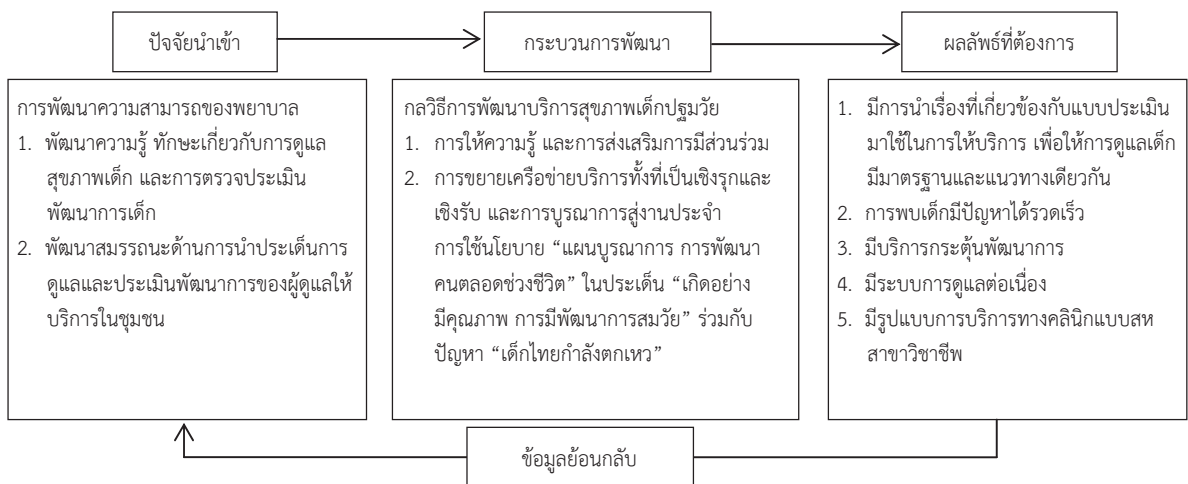
“พยาบาลเองต้องสามารถตรวจประเมินพัฒนาการเด็กได้ก่อน ถึงจะไปสอนคนอื่นได้ แต่ไอ้ที่ว่าตรวจถูกๆ ก็ไม่แน่ใจเท่าไร”

“การดูแลประเมินพัฒนาการเด็กที่ตึกก็ยังไม่มีความปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน”

“สหสาขาวิชาชีพก็ยังไม่ได้อยู่ว่าจะทำยังไง”

“แบบประเมินอะไรก็ไม่มี ไม่เหมือนกันสักทีแล้วจะเทียบกันอย่างไร”

ข้อค้นพบในระยนี้จึงนำมาสู่การสรุปกรอบความคิดเพื่อเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระยะดำเนินการ ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเด็กปฐมวัย

ข้อค้นพบในระยนี้วิเคราะห์สถานการณ์สะท้อนให้เห็นว่าการให้บริการสุขภาพ ต้องพัฒนาบุคลากรในเรื่อง การตรวจประเมินพัฒนาการ ทักษะของการดูแลสุขภาพเด็กและการประเมินพัฒนาการ จัดอุปสรรคแบบประเมินที่ทำให้การดูแลเด็กปฐมวัยไม่สามารถเกิดการเชื่อมต่อในระยะเริ่มแรกด้วย

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์กลวิธีการกระบวนการพัฒนาสุขภาพเด็กปฐมวัย

กลวิธีการพัฒนาสุขภาพเด็กปฐมวัย สรุปเป็นวงจรพัฒนาเพื่อการดูแลการเจริญเติบโตและด้านการพัฒนาบริการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การให้ความรู้และส่งเสริมการมีส่วนร่วม ใช้วิธีดำเนินการดังนี้

1.1 การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเป็นปัญหาของสุขภาพเด็กปฐมวัย และการค้นหาประเด็นการต่อเนื่องที่มารับบริการ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมกับกลุ่มตัวอย่างหลักใช้วิธีการ “โยนหินถามทางและการให้ข้อมูลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ” จากนั้นจึงนำมาสู่การขอความเห็นร่วมจากกลุ่มตัวอย่างหลัก สร้างทีมทำงานภายใน และเชื่อมต่อภายนอกโรงพยาบาล

1.2 การใช้นโยบายสุขภาพเป็นโอกาสของการพัฒนาได้แก่ การเขียนโครงการเพื่อเสนอของบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากหน่วยงานต่างๆ

1.3 การประสานงานเพื่อขยายเครือข่าย
บริการสุขภาพเด็กปฐมวัย ทั้งที่เป็นบริการในโรงพยาบาล
และบริการในชุมชน โดยการประสานงานกับคณะกรรมการ
ประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)

1.4 การกำกับติดตามการดำเนินงานตาม
โครงการ

ระยะที่ 2 การขยายเครือข่าย และการบูรณา
การสู่งานประจำ

การขยายเครือข่ายบริการ ใช้กลวิธี
หาเพื่อนทำงาน ประสานประโยชน์ ใช้เทคนิคการ
ประชาสัมพันธ์ ระบบพี่เลี้ยง และสร้างช่องทางด่วน
เพื่อให้เด็กปฐมวัยที่ตรวจคัดกรองตามแบบประเมินที่มี
ภาวะผิดปกติและสงสัย ให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่าง
สะดวกและรวดเร็ว ได้แก่ จัดตั้ง “ห้องกระตุ้นฝึกพูด
สู่การเปิดบริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก” ให้บริการ
แบบ one stop services

การบูรณาการสู่งานประจำ เป็นการ
พัฒนาการบริการในโรงพยาบาล โดยใช้การพัฒนา ดังนี้

1) การจัดทำนโยบาย “*ใช้การดูแลสุขภาพ
เด็กดีเป็นกระแสหลักของการให้บริการสุขภาพภายใต้
กรอบแนวคิด คลินิกเด็กสุขภาพดี Well Child Clinic
ทุกระดับ*” เกิดการสร้างเครือข่ายการดูแลเด็กปฐมวัย
(early childhood network) หรือกลุ่มตัวอย่างหลัก
เรียกนโยบายนี้ว่า “*การให้บริการเชิงรุก ณ ที่ตั้งรับ*”
โดยทุกหน่วยงานใช้แบบฟอร์มประเมินสุขภาพ มีการสอน
วิธีการดูแลแก่ผู้ดูแล รายงานผลการปฏิบัติงานทุกเดือน
และทุกสถานบริการในเครือข่าย โดยคณะทำงานของ
โรงพยาบาลเป็นพี่เลี้ยงการฝึกปฏิบัติพร้อมกับบุคลากร
สาธารณสุขในพื้นที่ และหากผู้ปกครองที่ดูแลมีข้อสงสัย
หรือไม่แน่ใจ สามารถให้พยาบาลวิชาชีพตรวจสอบได้
ณ ห้องฝึกพูดในปี 2556 – 2557 และพัฒนาเป็นคลินิก
กระตุ้นพัฒนาการเด็กในปี 2558 จนถึงปัจจุบัน

2) การพัฒนางานประจำให้มีคุณภาพ โดย
เพิ่มศักยภาพพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะด้านการ
ตรวจคัดกรอง โดยส่งฝึกอบรมกับสถาบันต่างๆ และ

จัดตั้งคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก เพื่อให้เด็กปฐมวัยที่
มีปัญหาหรือสงสัยได้รับการรักษาพยาบาล

ระยะที่ 3 การพัฒนาการให้บริการสุขภาพ
อย่างยั่งยืน

โดยแบ่งการพัฒนาเป็น 2 ส่วนควบคู่กัน ได้แก่
การบริการเชิงรุก เป็นการเชื่อมต่อการให้บริการระดับ
ปฐมวัย มีการจัดตั้ง “*Early Childhood Network*”
เพื่อเป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การคัดกรอง
และการประเมินพัฒนาการของบุคลากรสาธารณสุข
และเครือข่ายผู้ดูแลเด็ก และการบริการเชิงรับที่มี
“*คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก*” ในแผนกผู้ป่วยนอก
ภายใต้การรับผิดชอบของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และ
“*การบริการเชิงรุก ณ ที่ตั้งรับ*” มี “*คลินิกเด็กดี*” ที่ให้
บริการ ณ สถานบริการในเครือข่าย ทั้ง 20 แห่ง

กลวิธีการพัฒนาที่ส่งเสริมความยั่งยืน ได้แก่
การสนับสนุนความรู้สึกเป็นเจ้าของ การสนับสนุนให้
เขียนเรื่องเล่าดีๆ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่สื่อสารผ่าน
ทาง line ของเครือข่ายแม่และเด็กอำเภอดำเนินสะดวก
ได้ข้อค้นพบที่เป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จที่แสดงว่า
เป็นการพัฒนาอย่างยั่งยืน คือ การพัฒนาจนเกิดการ
เปลี่ยนโครงสร้างของสังคมที่นักวิจัยเข้าไปพัฒนา
มีองค์กรรองรับการเปลี่ยนแปลงของการพัฒนา ผู้รับ
การพัฒนาได้ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการ
มีการตื่นรู้สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีคิดและการปฏิบัติได้
ทั้งนี้ผลลัพธ์ของการพัฒนาบริการครั้งนี้สะท้อนได้ว่า
เป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน ที่สอดคล้องกับหลักการดังกล่าว
คือ การมีเครือข่ายบริการคัดกรองและการประเมิน
พัฒนาการเด็กปฐมวัย ที่เรียกว่า “*คลินิกสุขภาพเด็กดี*”
และการบริการดูแลเด็กที่ภาวะผิดปกติและสงสัย
ให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง
ในพื้นที่ เรียกว่า “*คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก*” โดยพัฒนา
ศักยภาพบุคลากรในเครือข่าย “*การบริการเชิงรุก ณ ที่ตั้งรับ*”
อยู่ในสถานบริการในเครือข่าย 20 แห่ง มีหลักฐาน
เชิงประจักษ์ได้แก่ การคัดกรองและการประเมินพัฒนาการ
เด็กตามแบบประเมินมาตรฐานเดียวกันทั้งระบบ

มีทักษะในการตรวจคัดกรองการเจริญเติบโตและ
ประเมินพัฒนาการเด็กได้อย่างแม่นยำ มีทิศทางเดียวกัน
โดยการพัฒนาคุณภาพคลินิกสุขภาพเด็กดีในเครือข่าย
และมีเครือข่ายการดูแลสุขภาพเด็กเกิดขึ้นรองรับการ
เปลี่ยนแปลงการพัฒนาบริการ มีการจัดบริการการดูแล
ร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพรูปแบบการรักษายาบาล
ชัดเจนเรียกว่า clinical tracer และการพัฒนาการเพื่อ
ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง สอดคล้องการ
ศึกษาของ รังสิณี และคณะ¹⁰ ที่พบว่าการสร้างพลังใจ
สำหรับมารดา มีผลให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองใน
การดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าเพิ่มขึ้น ฉะนั้นควรส่งเสริม
การนำโปรแกรมการสร้างพลังใจไปประยุกต์ใช้ในทาง
ปฏิบัติกับมารดาของผู้ป่วยเด็กพัฒนาการล่าช้า เพื่อให้
มารดามีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น อันจะนำ
ไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแก่เด็กกลุ่มนี้ต่อไป การศึกษา
ของ กีบสัน¹¹ ได้ศึกษาและนำเสนอกระบวนการสร้าง
พลังใจในมารดาเด็กป่วยเรื้อรัง โดยระบุว่าเงื่อนไขก่อน
เข้าสู่กระบวนการสร้างพลังใจ คือ มารดาหรือผู้ดูแลต้อง
มีความรัก (love) ความผูกพัน (bond) และสัญญาใจ
(commitment) ที่จะดูแลบุตรหลานของตนให้ดีที่สุด
เมื่อเด็กที่พัฒนาการผิดปกติกลับบ้านแล้ว ข้อค้นพบจาก
การศึกษานี้ยังสนับสนุนแนวคิดการดูแลที่ใช้ครอบครัว
เป็นศูนย์กลางการดูแลที่เน้นให้สมาชิกในครอบครัว
มีส่วนร่วมตัดสินใจร่วมกัน ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ
กับสมาชิกในครอบครัว¹² และการศึกษาการดูแลเด็ก
เจ็บป่วยเรื้อรังแบบองค์รวมที่โรงพยาบาลนี้ให้ความชัดเจน
สำหรับการมีกลุ่มผู้ปกครองที่มีเด็กที่มีภาวะผิดปกติ¹³⁻¹⁵
สะท้อนให้เห็นว่าระบบการให้บริการเป็นการดูแลที่ใช้
ชุมชนเป็นฐาน (community-based health services)
เป็นการดูแลที่ใช้ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ ที่นับได้ว่า
เป็นบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงถึงการดูแลในระดับปฐมวัย
ที่เน้นการให้บริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของชุมชน
ข้อค้นพบกลวิธีการพัฒนาสุขภาพเด็กปฐมวัย เป็นวงจร
กระบวนการพัฒนา 3 ระยะ ได้แก่

1. การให้ความรู้และส่งเสริมการมีส่วนร่วม
โดยการขยายเครือข่ายบริการสุขภาพจากการประสาน
ผลประโยชน์ ใช้กลวิธีการประชาสัมพันธ์และการเป็น
พี่เลี้ยง

2. การขยายเครือข่ายและการบูรณาการสู่
งานประจำ นำประเด็นปัญหาตามความต้องการของ
เครือข่าย เกิดการบริการช่องทางด่วน สู่การบริการ
แบบ one stop service ขยายบริการคลินิกกระตุ้น
พัฒนาการ การบริการเชิงรุก ณ ที่ตั้งรับ และการมีแบบ
ฟอร์มเดียวกันในการให้การดูแลของเครือข่าย มีระบบ
การติดตาม

3. การพัฒนาการให้บริการสุขภาพอย่าง
ยั่งยืน การมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายทางสุขภาพ ได้แก่
บุคลากรทีมสุขภาพทั้งในระดับโรงพยาบาลและพื้นที่
ผู้ดูแลที่มีมากกว่าบิดามารดาแต่คือครอบครัว และ
สุดท้าย คือ ชุมชน

ตอนที่ 3 ระยะประเมินผล

ผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์การให้บริการสุขภาพ
เด็กปฐมวัย สามารถสรุปได้ดังนี้

1. มีการนำเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์
สถานการณ์ การมีส่วนร่วม และเครือข่าย มาใช้ในการให้
บริการสุขภาพเพื่อให้เด็กปฐมวัยเข้าถึงบริการได้มากขึ้น
ได้แก่ การมีส่วนร่วมที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับบทบาท
ของครอบครัวและชุมชน ในการส่งเสริมระบบการ
จัดการดูแล การเจริญเติบโต และการกระตุ้นพัฒนา
การที่มีความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ดังตัวอย่างคำบอก
เล่าที่ว่า

กรณีที่ 1 “มีครอบครัวหนึ่งนะหนูภูมิใจ
มากเลย แม่ทุ่มเทในการดูแลแล้วสามีทิ้งไม่กล้าบอกสามี
ถึงอาการของลูก บอกว่าจะดูแลคนเดียว หนูเลยพูดว่า
อยากให้ลูกปกติไหม สามารถที่จะดูแลตนเองได้ เราจะ
อยู่กับลูกได้นานๆ เท่าไร ถ้าให้การรักษาย่างสม่ำเสมอ
โดยการมีส่วนร่วมของทั้งครอบครัว ไม่ว่าสามี พ่อแม่สามี
จะทำให้เด็กได้รับการดูแลที่สม่ำเสมอและไม่เกิดการ

สับสนของพฤติกรรม ถ้าไม่กระตุ้นอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเด็กอาจจะมีพัฒนาการหยุดอยู่กับที่ได้ ปัญหาตามมาจะมากขึ้น ใครจะดูแลล่ะ ทำให้แม่เด็กเปลี่ยนใจ โดยในครั้งต่อมาที่นัดมากระตุ้นได้นำสามีและแม่สามีมาร่วมรับฟังและเรียนรู้ร่วมด้วย จากนั้นหนูไม่เคยเห็นแม่เด็กพาเด็กมาเข้ารับการกระตุ้นคนเดียวเลย ไม่สามีหรือแม่สามีจะมาร่วมด้วยตลอด จนสามารถจำหน่ายเด็กได้ภายหลัง โดยได้เข้ารับการกระตุ้นจำนวน 6 ครั้ง หนูภูมิใจมากเลย หนูคิดว่าหนูจะทำอย่างนี้อีกเพื่อนำไปดูแลคนอื่น”

กรณีที่ 2 “มีเด็กคนหนึ่งขาดนัดในการรักษา หนูโทรตามก็แล้ว จดหมายตามก็แล้วก็ไม่ยอมมารับการประเมินและการกระตุ้น วันนั้นมีการประชุมเครือข่ายในรูปของคณะกรรมการ MCH หนูตัดสินใจนำกรณีของเด็กคนนี้ถามในผู้รับผิดชอบงานพื้นที่ของแม่ที่แจ้งไว้ว่าทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามให้ได้ไหม น้องที่รับเรื่องบอกว่าไม่มีเด็กคนนีในพื้นที่ แต่เดี๋ยวหนูจะไปตามดูอีกทีว่ามีใครรู้จักเด็กคนนีไหม พบว่าแม่และเด็กอยู่อีกตำบลหนึ่ง โดยไปอยู่กับบ้านสามี พ่อแม่เด็กไม่รู้เรื่องเลยไม่ได้พาเด็กมารับการกระตุ้น ครั้งนั้นคนที่พาเด็กมาเป็นยายไม่เข้าใจ”

มีการจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแล โดยได้งบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 5 ราชบุรี แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีการส่งพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยกุมาร ไปอบรมพัฒนาศักยภาพในด้านการกระตุ้นพัฒนา และการฝึกพูด จำนวน 3 ท่าน และกลุ่มครอบครัวที่มีเด็กปฐมวัยจำนวน 50 ครอบครัว พร้อมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่

2. คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก เป็นระบบการขยายกรอบการจัดบริการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาของพื้นที่และสะท้อนความต้องการของการให้บริการสุขภาพ “ใกล้บ้านใกล้ใจ” โดยเริ่มดำเนินการครั้งแรก

ปีงบประมาณ 2556 กำหนดเป้าหมายช่วงที่ 1 คือ การส่งเสริมพัฒนาการและฝึกพูด ประกอบด้วยกิจกรรมการคัดกรองพัฒนาการเด็กทุกคนที่มาใช้บริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดีของโรงพยาบาลดำเนินสะดวก การค้นหาเด็กที่ปัญหาพัฒนาการล่าช้าให้พัฒนาได้อย่างเต็มศักยภาพ จากสรุปผลการดำเนินงานพบส่วนขาด คือ ผู้ปฏิบัติงานขาดองค์ความรู้และทักษะเพียงพอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน โดยมีแผนพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ และกำหนดแผนการพัฒนาศักยภาพต่อเนื่องทุกๆ ปี

3. มีระบบการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การจัดบริการสุขภาพ ตั้งแต่การมีหน่วยคัดกรองการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ที่ให้คำปรึกษา ก่อนและหลังการตรวจ มีระบบการส่งต่อเข้ารับสู่ระบบการตรวจคัดกรองและประเมินโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จากห้องกระตุ้นฝึกพูดจนเป็นคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก และการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยกลุ่มตัวอย่างหลักที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ให้การพยาบาลเด็กและครอบครัวที่มาใช้บริการ พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างหลักพูดว่า “ที่เราต้องออกไปเยี่ยมบ้านคนไข้เองก็เพราะเราได้สร้างสัมพันธ์ภาพไว้แล้ว ตั้งแต่ดูแลกันในคลินิกไว้ใจกันแล้ว ไปเยี่ยมบ้านเขาอีกนิดเดียวเอง ทำไม่จะทำให้ไม่ได้ ถ้าให้คนแผนกอื่นเขามาดูแลก็ต้องมาสร้างสัมพันธ์ภาพกับคนไข้ใหม่อีกเราไปที่บ้านเขาจะได้เห็นความเป็นอยู่แล้ว ที่สำคัญคือให้คนในครอบครัว บิดา มารดา มามีส่วนร่วมในการดูแลด้วย เพราะการดูแลเด็กต้องอาศัยความคุ้นเคยเด็กไม่กลัว ร่วมกับเสริมสร้างพลังให้ครอบครัวเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการทำและสิ่งสำคัญ คือ ความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การดูแลจะสำเร็จ พยาบาลและครอบครัวต้องก้าวไปด้วยกัน”

4. มีรูปแบบการบริการทางคลินิกแบบสหสาขาวิชาชีพที่สะท้อนความต้องการ ประกอบด้วยขั้นตอนการปฏิบัติงานตั้งแต่การคัดกรองที่เป็นระบบ

เดียวกันตั้งแต่แรก การส่งต่อ ร่วมกับการประเมินเด็กเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ลดความกลัว ความแปลกหน้าของเด็ก ความไม่มั่นใจในการตรวจคัดกรอง การประเมินของทีม การดูแลเด็ก มีระบบการประเมินติดตามความก้าวหน้า การดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการเข้าร่วมชมรมเด็กพิเศษ และขยายการเชื่อมโยงไปสู่เครือข่ายทั้ง 20 แห่ง เพื่อเกิดระบบการดูแลที่มีความครอบคลุมและมีการเชื่อมโยงกัน ของระบบการดูแลเด็กปฐมวัย

5. การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง และการพัฒนาสมรรถนะด้านการปฏิบัติงานของผู้ร่วมวิจัยหลักที่เป็นผู้ร่วมพัฒนาบริการ ได้แก่ การมีคลินิกกระตุ้นพัฒนาการให้บริการแบบ Continuity of care record and document ที่แยกออกมาให้บริการเฉพาะ ไม่รวมกับผู้ป่วยนอกแผนกอื่น ผลจากการพัฒนาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการให้บริการมากขึ้น มีบริการเชิงรุก ณ ที่ตั้งรับทุกสถานบริการในเครือข่าย การจัดการความรู้ เวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังตัวอย่างคำพูดที่ว่า “ตอนนี้ทำงานกันจนเป็นงานประจำไปแล้ว กระตุ้นกันทุกวันพฤหัสบดี ร่วมกับมีระบบการส่งต่อที่รู้กันทุกคนในเครือข่าย สอนและร่วมกับญาติที่มาดูแลเด็กของเรา เราจะตามญาติมาสอน พยาบาลวิชาชีพในที่นี้ทุกคนจะกระตุ้นได้หมด มีอุปกรณ์มากขึ้น มีคู่มือ มีวิดีโอ มีอุปกรณ์พร้อม”

ข้อค้นพบการประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย ผลลัพธ์มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้นจากการเข้ามามีส่วนร่วมบทบาทครอบครัว ระบบคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ระบบการดูแลต่อเนื่อง รูปแบบการบริการทางคลินิกแบบสหสาขาวิชาชีพที่ต่อเนื่อง และทุกงานสู่งานประจำ

สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ในอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี เป็นวงจรกระบวนการพัฒนาภายใต้ทฤษฎีระบบ เริ่มการวิเคราะห์สถานการณ์ หาส่วนขาด

เช่น ประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจที่จะมารับบริการ เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ความชำนาญการบริการ การเชื่อมโยงของเครือข่าย ไม่มีช่องทางสำหรับตรวจก่อนพบแพทย์ การบริการไม่มีระบบที่ชัดเจน ได้ประเด็นวงจรกระบวนการพัฒนาการดำเนินการ เช่น การพัฒนาศักยภาพ การประสานเครือข่าย ขยายให้ครอบคลุม บูรณาการสู่งานประจำ และพัฒนาให้บริการสุขภาพยั่งยืน เช่น ระบบและแบบการคัดกรองเดียวกัน คลินิกบริการกระตุ้นพัฒนา ระบบการรายงานและการประเมินผล เกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงในระบบบริการทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ครอบครัวและชุมชน ในระบบการบริการสุขภาพเด็กปฐมวัย ได้แก่

1. ผู้ให้บริการ กระบวนการและผลลัพธ์ที่ได้ คือ แสดงผลของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้และสร้างความตระหนักรู้อย่างต่อเนื่อง สามารถนำประเด็นที่ได้รับจากการเรียนรู้มาดำเนินงานกระบวนการพัฒนาการให้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง จัดทำโครงการพัฒนาสร้างความตระหนัก ส่งเสริมการดูแลเด็กปฐมวัยอย่างยั่งยืน เกิดการจัดการความรู้ให้พัฒนาสู่งานประจำ เสริมสร้างความรู้ทั้งต่อตนเองและยังส่งเสริมให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ทีมงานและผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง

2. ระบบบริการ กระบวนการและผลลัพธ์ที่ได้ คือ การเปิดห้องกระตุ้นฝึกพูด ขยายการบริการเป็นคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กโดยเฉพาะ นอกจากนั้นยังเกิดการเปลี่ยนแปลงในการให้บริการแบบ continuity of care record and document เครือข่ายระดับพื้นที่ เกิดหน่วยบริการการให้คลินิกคุณภาพเด็กดี โดยมีพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุขที่มีความรู้และความชำนาญ ผ่านการอบรมการพัฒนาศักยภาพ การดูแลเด็กปฐมวัย ได้รับการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ

3. ระบบการส่งต่อ กระบวนการและผลลัพธ์ที่ได้ คือ การคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้าและล่าช้าได้เร็ว เพื่อนำเข้าสู่ระบบการฟื้นฟูที่เหมาะสมในแต่ละด้าน การวางแผนการฟื้นฟูและการดูแลต่อเนื่อง มีระบบ

การส่งต่อโดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการสุขภาพที่สามารถประสานการส่งต่อในหน่วยงานที่ต้องได้รับการดูแลระดับที่สูงขึ้น เกิดช่องทางด่วนในระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพเด็กปฐมวัย

4. กลุ่มผู้ดูแลเด็ก (ผู้รับบริการ) กระบวนการและผลลัพธ์ที่ได้ คือ กลุ่มผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาเกิดการรวมตัวมีชมรมเด็กพิเศษ โดยมีกิจกรรมในการส่งเสริมการดูแลฟื้นฟูแบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการประเมินภาวะสุขภาพ การเจริญเติบโต และการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่เหมาะสมเฉพาะกรณีอย่างต่อเนื่อง

5. ระดับชุมชน กระบวนการและผลลัพธ์ที่ได้ คือ การดูแลแบบเอื้ออาทรในชุมชนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการให้ข้อมูลการเข้ารับบริการตรวจประเมินภาวะสุขภาพ การคัดกรองพัฒนาการ การฟื้นฟูกระตุ้นพัฒนาการ จากการตรวจคัดกรองพบเด็กปฐมวัยที่มีภาวะเริ่มอ้วน และสงสัยล่าช้าอัตราเพิ่มขึ้น และเข้ารับการประเมินและการคัดกรองพัฒนาการอย่างรวดเร็วขึ้น แสดงถึงความตระหนักในการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยของครอบครัว ชุมชน มากขึ้น

6. วิชาการ กระบวนการและผลลัพธ์ที่ได้ คือ มีการเผยแพร่ผลงานในระดับเขตและเวทีประชุมวิชาการระดับประเทศ และเป็นต้นแบบในการดูแลเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาในระดับเขต 5

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย คือ การนำกระบวนการพัฒนารูปแบบที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการบริการสุขภาพด้านอื่นในองค์กร เพื่อการพัฒนากระบวนการบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบมาทำการศึกษาแบบการวิจัยและการพัฒนา เพื่อยืนยันกระบวนการพัฒนารูปแบบในบริการสุขภาพ เช่น เด็กปฐมวัย ในบริบทอื่น ประเด็นปัญหาอื่นๆ ทางสุขภาพ เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการพัฒนา

เอกสารอ้างอิง

1. สุขจริง ว่องเดชากุล. รายงานการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประจำปี 2550. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
2. สกาวรัตน์ เทพรักษ และคณะ. ภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยในเขตสาธารณสุขที่ 4 และ 5. ราชบุรี: งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4; 2557.
3. พรณิชา ชุณหคันธรส และคณะ. การประเมินผลการดำเนินงานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว เขตสาธารณสุขที่ 4, 5 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. ราชบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 4; 2553.
4. ศิริพร จิรวัฒน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
5. Chandler D, Torbert B. Transforming inquiry and action: interweaving 27 flavors of action research. Action Res 2003;1(2):133-52.
6. Reason J. Achieving a safe culture: theory and practice. Work Stress 1998;12(3):293-306.
7. ทรงคุณ จันทจร. การถ่ายทอดภูมิปัญญาพื้นบ้านในเรื่องทรัพยากรดิน น้ำ ป่าไม้ ของกลุ่มชาติพันธุ์กะเลิง พังงา อาณาจักรเกลือ 2000. มหาสารคาม: สถาบันวิจัย ศิลปะ และ วัฒนธรรมอีสาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2549.
8. Bernard HR, Wutich AY, Ryan GW. Analyzing qualitative data: systematic approaches. 2nd ed. Los Angeles: SAGE; 2017.
9. Conway J, FitzGerald M. Processes, outcomes and evaluation: challenges to practice development in gerontological nursing. J Clin Nurs 2004;13(6B):121-7.

10. Palapirom R, Prasopkittikun T, Vichitsukon K. Effects of an empowerment program on mothers' self efficacy in the care of children with developmental delays. J Nurs Sci. 2010;28(4):68-75.
11. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. J Adv Nurs 1995;21(6):1201-10.
12. Tangvoraphonkchai J, Thanattheerakul C. Holistic care for chronically ill children in the hospital. J Nurs Sci and Health 2013;36(3):1-14.
13. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริการ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2554 เล่มที่ 4. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์จำกัด; 2553.
14. อรุณ แสงแก้ว. พฤติกรรมการดูแลเด็กเล็กของผู้ดูแลเด็กเล็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, ภาควิชาจิตวิทยาและการแนะแนว, บัณฑิตวิทยาลัย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2550.
15. ดวงพร โตทัพ. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการพัฒนาเด็กปฐมวัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสระพัฒนา อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยทองสุข; 2556.

