

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กแบบการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของคลินิกสุขภาพจิตเด็ก โรงพยาบาลหล่มสัก อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

นันทพร กองเงิน พย.บ.

โรงพยาบาลหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

ติดต่อผู้เขียน: นันทพร กองเงิน Email: dekdoynamnao@gmail.com

วันรับ:	26 ธ.ค. 2566
วันแก้ไข:	1 ต.ค. 2567
วันตอบรับ:	11 ต.ค. 2567

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กแบบการมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลหล่มสัก ประชากรคือ กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ปกครองเด็ก ครู รวม 70 คน เก็บรวบรวมข้อมูล เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ กระบวนการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นสังเกตการณ์ ขั้นประเมินผลและสะท้อนข้อมูล เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม และสถิติการเข้าถึงบริการ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่าทุกภาคส่วนยังขาดความรู้และความเข้าใจในการดูแลเด็กที่ถูกต้องตามทฤษฎี จึงได้พัฒนาความรู้ พบว่า ผลการเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลัง ด้วยสถิติ paired sample t-test พบว่าระดับความรู้หลังพัฒนารูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ขั้นสะท้อนข้อมูล ได้ร่วมกันพัฒนาและสังเคราะห์รูปแบบการดูแลเด็ก รูปแบบ SCC Lomsak Model โดยมี 3 ระบบดังนี้ (1) ระบบคัดกรองพัฒนาการเด็กโปรแกรม DSPM กลุ่มครูใช้โปรแกรม DSPM Hero ผู้ปกครอง ใช้โปรแกรม Triple-P (2) ระบบดูแลรักษา จัดให้มีการดูแลตามมาตรฐานกระทรวงกำหนด และ (3) ระบบติดตาม ชุมชนสามารถติดตามและเฝ้าระวังเด็กที่เข้าโปรแกรมดูแลและติดตามรักษาได้ครบกำหนด ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบพบว่าระดับการมีส่วนร่วม ภาพรวมระดับปานกลาง ผลความครอบคลุมการเข้าถึงบริการในปี 2561-2565 ร้อยละ 58.7, 43.7, 58.8, 51.3, 86.6 ตามลำดับ ในปี 2565 จำนวนเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ร้อยละ 75.0) ในการนำรูปแบบไปใช้ควรเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนและเป็นผู้รับผิดชอบร่วมกัน จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นสำเร็จ

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลเด็ก; การมีส่วนร่วม; สุขภาพจิตเด็ก**บทนำ**

หลายประเทศทั่วโลกมีการศึกษาการรับปรึกษาทางจิตเวชในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้นส่วนในประเทศไทยยังมีการศึกษาไม่มากนัก ในผู้ป่วยที่เจ็บป่วย

เรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคระบบทางเดินอาหาร หรือฟิสิกส์ พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 12.36 นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เช่น ในเด็กก่อนวัยรุ่นที่รับไว้ รักษาในโรงพยาบาลมีภาวะ

ซึมเศร้าประมาณร้อยละ 15-20 วัยรุ่นจะพบจำนวนมากถึงร้อยละ 20-40⁽¹⁾ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็กในกลุ่มความผิดปกติของพัฒนาการ และระบบประสาท (neurodevelopmental disorder) พบว่ามีปัญหา คือ โรคสมาธิสั้น โรคต่อต้านและต่อต้าน และมีความผิดปกติในการสื่อสารทางสังคมภายใต้ความผิดปกติทางพัฒนาการทางระบบประสาท⁽²⁾

จากข้อมูลกรมสุขภาพจิต ปี 2564 ระดับความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กนักเรียนไทยอยู่ในเกณฑ์ปกติและสูงกว่าปกติ ร้อยละ 83.4 และจากข้อมูลพัฒนาการเด็ก ปี 2565 พบว่าในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 2 เด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน จำนวน 420 ราย และได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ จำนวน 277 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.95 เด็กกลับมามีพัฒนาการสมวัย จำนวน 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.57 ของเด็กที่ได้รับการกระตุ้น เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลแต่ละระดับจังหวัดในปีงบประมาณ 2565 พบว่าการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคออทิสติก จังหวัดอุดรดิตถ์มากที่สุดร้อยละ 106.98 รองลงมาเป็นจังหวัดพิษณุโลก สุโขทัย เพชรบูรณ์ และตาก คิดเป็นร้อยละ 97.92, 68.60, 55.02 และ 29.93 ตามลำดับ⁽²⁾ โดยจะสังเกตได้ว่า การเข้าถึงบริการยังอยู่ในระดับปานกลางและรูปแบบการดูแลเด็กยังเป็นส่วนของเจ้าหน้าที่ให้บริการเพียงอย่างเดียว ยังขาดการมีส่วนร่วมในภาคส่วนต่างๆ เช่น ชุมชน ผู้ปกครอง หรือครูผู้ดูแลเด็ก จากทฤษฎีการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Cohen และ Uphoff⁽³⁾ จะเห็นว่า มีความเป็นระบบในเรื่องของประเด็นสำคัญ โดยมีการนำเอากระบวนการมีส่วนร่วมจากนักวิชาการทั้งหลายมาประมวลเป็นแนวคิดหลัก และได้จำแนกรูปแบบกระบวนการมีส่วนร่วม ดังนี้ ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) ในกระบวนการของการตัดสินใจนั้น ประการแรกสุดที่ต้องกระทำ คือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้นก็เลือกนโยบายและประชาชนที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อยๆ ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้น การตัดสินใจในช่วง

ดำเนินการวางแผน และการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (implementation) ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินงานโครงการนั้นได้มาจากคำถามว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้างและจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารการทำงานและการประสานงานและการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (benefits) ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้วยังจะต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการนี้รวมทั้งผลที่เป็นประโยชน์ทางบวกและผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคมด้วย ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) การมีส่วนร่วมในการประเมิน ผลนั้นสิ่งสำคัญจะต้องสังเกต คือ ความเห็น (views) ความชอบ (preferences) และความคาดหวัง (expectation) ซึ่งมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่างๆ ได้

รูปแบบการดูแลเด็ก จำเป็นจะต้องอาศัยวิธีการรูปแบบและมาตรฐานต่างๆ ที่ผสมผสานหลักวิชาการสอดคล้องไปตามความต้องการ ความคาดหวัง และความร่วมมือจากทุกฝ่าย ได้แก่ ผู้ปกครองเด็ก ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การร่วมคิดและทำความเข้าใจสภาพปัญหา วิเคราะห์ วางแผน ช่วยกันกำหนดรูปแบบการดูแลเด็ก แบบมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีคุณภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยใช้การศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลและผลความครอบคลุมการรับบริการ ที่เหมาะสมตามบริบทและเป็นรูปธรรม

คลินิกสุขภาพจิตเด็กโรงพยาบาลหล่มสักได้ให้บริการในชื่อ คลินิกวัยใสใจสบาย ให้บริการผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตสะสม ในปี 2563-2565 ผู้ป่วยออทิสติกจำนวน 54 ราย สมาธิสั้น 322 ราย⁽⁴⁾ พบว่ายังมีปัญหา

ความครอบคลุมการให้บริการ ดังนี้ (1) ปัญหาทางด้านการสื่อสารสำหรับครูและผู้ปกครองเด็กที่สูงอายุ (2) ปัญหาผู้ป่วยไม่มาตามนัดทำให้การรักษาไม่ครบกระบวนการ และ (3) ปัญหาการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงาน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัญหาดูแลเด็กที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพจิตเด็ก และพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพจิตเด็กแบบมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งประเมินผลรูปแบบในอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาคือการวิจัยครั้งนี้ ใช้เชิงปฏิบัติการ ทัศนคติ Kemmis & Mc Taggart⁽⁵⁾ ผสมผสานเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการศึกษาสภาพการณ์รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้ปกครองที่มารับบริการในคลินิก ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อนำมาเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนและดำเนินการแก้ไข ติดตามและประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมของผู้มารับบริการในทุกขั้นตอน ตลอดกระบวนการ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหล่มสัก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หล่มสัก เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตอำเภอหล่มสักที่รับผิดชอบงานเด็กและวัยรุ่นอำเภอหล่มสักจำนวน 40 คน

2) กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง คัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงจากทะเบียนเด็กมารักษาต่อเนื่องในปี 2565 รวมจำนวน 30 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้เกี่ยวข้องหลัก ได้แก่ ผู้ปกครองเด็ก ครู จำนวน 20 คน กลุ่มผู้เกี่ยวข้องรองหรือผู้สนับสนุน คือ ผู้นำชุมชน ผู้นำตามธรรมชาติ อาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตชุมชน จำนวน

10 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

- 1) เป็นผู้ที่มีสติ สัมผัสปัญญะดี สามารถให้ข้อมูลได้
- 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบงานกลุ่มวัยเด็ก 0-5 ปีปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐอำเภอหล่มสัก
- 3) ครูที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลเด็กที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพจิตเด็กโรงพยาบาลหล่มสัก
- 4) ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพจิตเด็กโรงพยาบาลหล่มสัก
- 5) เจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และลงลายมือชื่อด้วยความเต็มใจ

เกณฑ์การคัดออก

- 1) มีอาการเจ็บป่วยจนไม่สามารถเข้าร่วมได้จนเสร็จสิ้นโครงการ
- 2) มีอาการทางจิต จนรบกวนความสามารถในการเข้าร่วมกลุ่มเรียนรู้
- 3) ผู้ป่วยที่รับการรักษาที่หน่วยบริการอื่น
- 4) มีประสงค์ยุติเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) การเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การทำวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัยจากกลุ่มเป้าหมาย
- 2) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามกับกลุ่มประชากร และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม
- 3) ระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามความเรียบร้อยของแบบสอบถามทั้งหมดอีกครั้ง และเก็บรวบรวมเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบควบคู่กับการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามในแต่ละครั้ง ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ สร้างดัชนีจำแนกหมวดหมู่ เชื่อมโยงข้อมูล และตีความเพื่อหาความ

สัมพันธของเรื่องราวและหาข้อสรุป โดยตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) ด้วยการคืนผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ตรวจสอบ (member checking) เพื่อโต้แย้งหรือยืนยันข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา

2) ข้อมูลเชิงปริมาณ ประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สถิติที่ใช้ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่า จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน paired sample t-test⁽⁶⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ส่วนที่ 2 ความรู้ในพฤติกรรมและการดูแลเด็กสมาธิสั้นและออกทิสติก ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของประชาชนในมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็ก ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามที่แสดงระดับการมีส่วนร่วมมีเกณฑ์การให้คะแนนตามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีรายละเอียด คำถามทั้งสิ้น 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) (2) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (implementation) (3) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (benefit) และ (4) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation)

เกณฑ์การแปลผล

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยมีเกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.80 มีส่วนร่วมน้อยที่สุด หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.81–2.61 มีส่วนร่วมน้อย หมายถึง การมี

ส่วนร่วมอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.62–3.41 มีส่วนร่วมน้อย หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.42 –4.21 มีส่วนร่วมมาก หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.22 –5.00 มีส่วนร่วมมากที่สุด หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมากที่สุด

2) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามฉบับนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองโดยมีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

ก. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องการมีรูปแบบส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็ก จากนั้นนำมากำหนดแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย กำหนดนิยาม และเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม

ข. นำแบบสอบถามฉบับร่าง เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมตามจุดมุ่งหมายของการศึกษา และการใช้ภาษา

ค. นำแบบสอบถามฉบับร่าง ที่แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงของแบบสอบถามโดยให้ตรงตามเนื้อหา การใช้ถ้อยคำสำนวน ความชัดเจนในข้อคำถาม และครอบคลุมเรื่องที่ศึกษา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

ง. ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามที่คุณเชี่ยวชาญเสนอแนะและนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียง หรือเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามมีความเชื่อถือได้ สามารถนำไปเก็บข้อมูลจริงต่อไป

3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

แนวคำถามการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องหลักและผู้เกี่ยวข้องรอง ผู้วิจัยกำหนดดังนี้ คือ

1. รู้สึกอย่างไรเมื่อเห็นผู้ป่วยโรคจิตเวชเด็กใน

ชุมชน	ที่ต้องการกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะพิจารณา
2. คาดหวังอย่างไรกับการค้นหาผู้ป่วยโรคจิตเวชเด็ก	1.2 เตรียมประเด็น ปัญหาและกระบวนการวางแผนการแก้ไข
3. มีวิธีการหรือคำแนะนำช่วยเหลืออย่างไร	1.3 เสนอแนวทางต่าง ๆ ในที่ประชุมแบบมีส่วนร่วมให้ผู้ร่วมประชุมซึ่งหลากหลายประสบการณ์ เข้าใจง่าย
4. ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างไรในการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยโรคจิตเวชเด็ก	1.4 การแบ่งกลุ่ม เตรียมผู้สนับสนุนกลุ่ม (facilitator) ชักจูงทำความเข้าใจกับกระบวนการ ซึ่งมีหลักการให้ทุกคนได้มีโอกาสเท่าเทียมกัน ในการแสดงความคิดเห็นวิธีประชุมทำงาน การประชุมแบ่งเป็น 6 ขั้นตอน คือ A-1, A-2, I-1, I-2, C-1, C-2 ในบางกลุ่มมีความเข้าใจเร็ว ก็ให้ทำรวดเร็วต่อเนื่อง ในทางปฏิบัติผู้สนับสนุนการประชุมไม่ต้องบอกชื่อ แจ้งกิจกรรมทีละขั้นตอนเริ่มประชุมนั่งรวมกันก่อน ผู้นำการสนับสนุนการประชุมชี้แจงหัวข้อ ประเด็น และวัตถุประสงค์ของเรื่องที่จะประชุมพิจารณา ให้ซักถามจนเข้าใจเรื่อง จึงแยกเข้ากลุ่มเล็ก นั่งคละกัน
5. กิจกรรมหรือสิ่งที่จะทำต่อในชุมชน	1) ขั้นตอน A - 1 เข้าใจสถานการณ์ สภาพความเป็นจริง (reality) ผู้สนับสนุน สะท้อนให้เห็นว่า ในปัจจุบันนี้ เรื่องที่จะพิจารณากัน มีรูปลักษณะอย่างไร ประเด็นปัญหาสู่การปฏิบัติ
แนวคำถามการสนทนากลุ่มภาคีเครือข่าย ผู้วิจัยกำหนดดังนี้	2) ขั้นตอน A - 2 สร้างรูปแบบการดูแลเด็กร่วมกัน สภาพที่คาดหวังในอนาคต (ideal vision หรือ scenario) ทุกคนเขียนภาพแสดงให้เห็นว่า ภาพเดิมจะเปลี่ยนไปคาดหวังจะให้เป็นอย่างไร ที่มีความเป็นไปได้ นำมาแลกเปลี่ยน อธิบาย และรวมกัน นำเสนอที่ประชุม แล้วรวมกัน
1. รู้สึกอย่างไรเมื่อเห็นผู้ป่วยโรคจิตเวชเด็กในชุมชน	3) ขั้นตอน I - 1 คิดหาทวิวิธี (solution design) ทุกคนเขียนกิจกรรมที่คิดว่าต้องทำ เพื่อเกิดผลสำเร็จ ให้ได้ภาพรวมของ A-2 เขียนกิจกรรมละ 1 แผ่น ให้มากเท่าที่ตนมีศักยภาพ และประสบการณ์ นำมาร่วมกันเลือกข้อที่เหมือนกัน เป็นมติ 3-5 ข้อ ส่วนข้อที่แตกต่าง เก็บไว้นำเสนอต่อที่ประชุมรวมให้ซักถาม และร่วมกันคัดไว้ 5-6 เรื่อง และอาจมีข้อย่อยภายในข้อใหญ่ก็ได้
2. คาดหวังอย่างไรกับการคัดกรองโรคจิตเวชเด็กในชุมชน	4) ขั้นตอน I - 2 จัดความสำคัญ จำแนกกิจกรรม (priority) กิจกรรมที่ได้รับรู้จากการอภิปรายมา เลือก
3. มีนโยบายอย่างไรในการคัดกรองโรคจิตเวชเด็กในชุมชน	
4. มีส่วนร่วมอย่างไรในการคัดกรองโรคจิตเวชเด็กในชุมชน	
5. แนวทางในคัดกรองโรคจิตเวชเด็กในชุมชนในตำบล เป็นอย่างไร	
ขั้นตอนดำเนินการวิจัย	
ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหาการรูปแบบคัดกรองส่งต่อเด็กเตรียมพร้อมก่อนทำวิจัย ประชุมกับทีม ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อชี้แจงโครงการ วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน	
การศึกษาข้อมูลและสถานการณ์ปัญหา จากการสะท้อนข้อมูลผู้มารับบริการ ปัญหาในระบบบริการประกอบด้วย รูปแบบการบริการของคลินิกจิตเวชเด็กโดยใช้การสัมภาษณ์และการสังเกต และการวิเคราะห์สถานการณ์ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา	
ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลเด็ก	
1. ขั้นตอนการวางแผน (planning) ผู้ที่เข้าในกระบวนการวิจัย โดยใช้เทคนิคการจัดประชุมด้วยกระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) เพื่อระดมความคิดเห็นจาก ผู้เข้าร่วมประชุมจากตัวแทนเกี่ยวข้องและมีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อกำหนดกิจกรรม	
1.1 การคัดเลือกผู้เข้าประชุม เนื่องจากเป็นวิธีประชุม	

กิจกรรมตามความถนัดของตนว่า กิจกรรมใดสำคัญ และเป็นไปได้ แยกออกเป็น 1. กิจกรรมที่จะทำได้เอง 2. กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกับคนอื่น 3. กิจกรรมที่ต้องให้คนอื่นทำให้ ชี้แจง ร่วมกันคัดเลือกไว้ เขียนชื่อกลวิธี หรือ กิจกรรม ลงแผน นำเสนอต่อที่ประชุมรวม ร่วมกันเลือก ให้เหลือชุดเดียว เรียงลำดับความสำคัญ ตามจำนวนแผ่น เขียนที่เหมือนกัน ให้ทุกคนรับทราบผลของ I-2 เก็บไว้เป็นแนวทางหลักของการทำขั้นตอนต่อไป

5) ขั้นตอน C - 1 วางแผน หาผู้รับผิดชอบ (responsibility) กลุ่ม ทุกคนเลือกหาหัวข้อกลวิธี กิจกรรมที่ได้จาก I-2 เขียนลงแผ่นละ 1 กิจกรรม มากน้อยตามแต่ที่ตนมีบทบาท หน้าที่ ความสามารถที่จะทำได้เอง หรือร่วมทำกับใคร หรือต้องขอให้ใครทำให้ เขียนชื่อคนที่กิจกรรมด้วย นำไปรวมกันให้เป็นชุดเดียว เขียนแผ่นใส นำเสนอที่ประชุมรวม ให้อภิปราย เรียนรู้งานกันและกันขั้นตอนนี้ ทุกคนได้วิเคราะห์ตนเอง แสดงพลังความสามารถ และภารกิจที่จะร่วมทำงานในเรื่องใดได้บ้าง

6) ขั้นตอน C - 2 (30 นาที) จัดทำแผน/กิจกรรม/โครงการ (action plan) แบ่งกลุ่มใหม่ ให้เข้าตามระดับงานที่รับผิดชอบ ร่วมกันเขียนแผนงาน/โครงการ ตามรูปแบบมาตรฐาน

2. ขั้นตอนการปฏิบัติการ (action) ผู้ที่เข้าร่วมในขั้นตอนนี้ ผู้ร่วมวิจัย จัดแบ่งกลุ่มการนำเอาแผนงานกิจกรรมที่วางไว้มาดำเนินการ

3. ขั้นตอนการสังเกตผล (observation) เป็นการเก็บข้อมูลการบันทึกของผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ระหว่าง การปฏิบัติและหลังปฏิบัติการ โดยการดำเนินงานตามกิจกรรมหรือโครงการโดยการสอบถามปัญหาในการมีส่วนร่วม โครงการต่าง ๆ โดยการสัมภาษณ์ การถ่ายภาพ และกล้องวิดีโอ เพื่อนำข้อมูลที่ได้นำมา สรุปผลมารวม ประชุมกันในการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงานต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะติดตามและประเมินผล

จัดประชุมโดยผู้วิจัยร่วมกับ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตเด็ก กุมารแพทย์ ศูนย์สุขภาพจิตเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 3 คน เพื่อติดตามและประเมินผล การใช้รูปแบบ

การดูแลเด็ก แบบมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เขียนรายงานสรุปเพื่อปรับปรุงแก้ไข ให้มีความชัดเจน ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ใช้กระบวนการประชุมถอดบทเรียนการรวบรวมข้อมูล สะท้อนผลลัพธ์ ใช้เครื่องมือแบบบันทึกกิจกรรมการประชุม เก็บข้อมูลและใช้แบบสอบถาม

ระยะเวลาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 2 ครั้ง คือ หลังจากการศึกษา ระยะที่ 1 เป็นระยะเวลา 4 เดือน

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 30 มีนาคม พ.ศ. 2566

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มเป้าหมายโดยมีการเสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการ สสจ. พช.1/64-99-030264

ผลการศึกษา

สถานการณ์ปัญหาการติดตามและดูแลเด็กที่มาใช้บริการในคลินิกสุขภาพจิตเด็ก

จากการประชุมแบบมีส่วนร่วมได้วิเคราะห์ปัญหาและคืนข้อมูลให้กับภาคีเครือข่าย

1. ปัญหาจากความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครอง ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่คัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่ามีการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TE-DA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น

2. การรักษาไม่ครอบคลุม และขาดนัดติดตาม การรักษา

3. ปัญหาความไม่เข้าใจในการดูแลเด็กของผู้ปกครองและครู เนื่องจากขาดความรู้ที่ถูกต้อง

4. ปัญหาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขาดประสบการณ์ทำงานและภาระงานมีค่อนข้างมากทำให้เกิดการปฏิบัติงานล่าช้าและพบข้อปรับปรุงบ่อยครั้ง

การพัฒนาารูปแบบการติดตามและดูแลเด็กที่มารับบริการอย่างมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนในการระดมสมองเพื่อแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน โดยเน้นไปที่การสร้างความเข้าใจ การมีส่วนร่วม และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและผู้ปกครอง ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลเด็กเล็กอย่างยั่งยืนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (appreciation – influence – control: AIC) พบว่ามีการวิเคราะห์ปัญหาและนำเสนอแนวทางแก้ไขในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการติดตามและดูแลเด็กเล็กที่มารับบริการ ตามตารางที่ 1

การกำหนดเป้าหมายร่วมในการดำเนินงาน ดำเนินการตามขั้นตอนนี้เป็นความต่อเนื่องที่เกิดจากขั้นตอนที่ 2 โดยการกำหนดเป้าหมายร่วมในการดำเนินงานต้องการร่วมกันคือการปรับแผนการจัด ประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับผู้ปกครองเด็ก การคัดกรองจากครูใน ศูนย์พัฒนาเด็กและโรงเรียน

การออกแบบกิจกรรม นำเอาข้อมูลที่ได้รวบรวมได้มาคืนข้อมูล ให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เป็นตัวแทนจาก

คนสามกลุ่มคือผู้ร่วมวิจัยผู้ให้ข้อมูล ได้ร่วมพิจารณา และให้ข้อเสนอแนะกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมในการดำเนินการที่สอดคล้องกับผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ร่วมกันเช่น การประชุมคณะผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การดำเนินกิจกรรมการดูแลเด็กร่วมกัน ดำเนินกิจกรรมตามที่ได้ออกแบบ กิจกรรมไว้ในขั้นตอนที่ 4 โดยทีมเจ้าภาพมีการประชาสัมพันธ์และประสานงานสนับสนุนการดำเนินงานให้สามารถดำเนินการได้ตามแผนทุกกิจกรรม

การประเมินสะท้อนผลลัพธ์ดำเนินการหลังการดำเนินการ การถอดบทเรียน ติดตามตรวจสอบและประเมินผลว่ากิจกรรมที่กำหนดไว้ทำให้งานบรรลุตามวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ที่กำหนด หรือไม่ อาจจะตีเป็นตารางเชื่อมโยงระหว่าง ผลลัพธ์ ตัวชี้วัด ผลการดำเนินงานที่มีข้อมูลประกอบ

การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับระดับการมีส่วนร่วมหลังการพัฒนาารูปแบบ

ผลการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมการดูแลเด็กมากที่สุดอยู่ที่ด้านการรับผลประโยชน์ และภาพรวมอยู่

ตารางที่ 1 ผลการการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (appreciation influence control: AIC) เปรียบเทียบประเด็นปัญหาและรูปแบบที่ต้องพัฒนา

ประเด็นปัญหา	รูปแบบเดิม	รูปแบบที่พัฒนา	หน่วยงานรับผิดชอบ
1. การตรวจพัฒนาการตามรอบอายุ ไม่ครอบคลุม	ชุมชนไม่มีการให้ความสำคัญ	1. กำหนดข้อตกลงร่วมกันทุกภาคส่วน การมีส่วนร่วมดูแลเด็ก 2. จัดทำประกาศขั้นตอนรับบริการ 3. ข้อตกลงร่วมกัน	1. ผู้ปกครอง 2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูขาดความรู้และความตระหนัก	ไม่มี	ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ	1. อสม 2. โรงเรียน/ครู
3. การส่งต่อรักษาดูแลขาดนัดและขาดการติดตาม	ไม่มีระบบติดตาม	พัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ครู	รพ.สต/รพ.หล่มสัก/ครู
4. ปัญหาผู้ปกครองขาดการดูแลต่อเนื่อง	ไม่มี	ร่วมกับผู้ปกครองสร้างความเข้าใจ	โรงพยาบาลหล่มสัก

ในระดับปานกลาง เกิดจากขาดการสื่อสารและทำความเข้าใจในส่วนต่างภาพรวม เพราะจะมีความรู้ในส่วนของตนเองเช่น ครูจะดูแลเด็กในเฉพาะมุมมองของครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะดูแลเด็กในมิติของการรักษา หากพัฒนาส่วนต่าง ๆ ไปพร้อมกันระดับการมีส่วนร่วมจะเพิ่มมากขึ้น ตามตารางที่ 2

ผลการพัฒนาระบบเชื่อมโยงในการพัฒนาแบบ
จากการประชุมถอดบทเรียนในการพัฒนาแบบ
การดูแล SCC Lomsak Model โดยมี 3 ระบบดังนี้

1) ระบบคัดกรอง (screening) การคัดกรอง
พัฒนาการเด็กทั้ง 3 กลุ่มโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้
โปรแกรม DSPM เป็นเครื่องมือในการคัดกรอง กลุ่มครู
ใช้โปรแกรม DSPM Hero ผู้ปกครอง อสม แกนนำชุมชน
ใช้โปรแกรม Triple P (ภาพที่ 1)

2) ระบบดูแลรักษา (care) จัดให้มีการดูแลโดยกุมาร
แพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาลจิตเวชเด็ก ตามโปรแกรม
TEDA4I

3) ระบบติดตาม (community) ชุมชนสามารถ
ติดตามและเฝ้าระวังเด็กที่เข้าโปรแกรมดูแลพัฒนาการ
เด็กและติดตามรักษาได้ครบกำหนด

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ก่อน และ
หลัง โดยใช้สถิติที่ Paired Sample t-test คะแนนความรู้
ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนเข้าร่วม
โครงการ ผู้เข้าร่วมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 24.0 แต่หลังจาก
เข้าร่วมโครงการแล้ว คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 42.6 ซึ่ง

สะท้อนให้เห็นถึงการเรียนรู้ที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนความ
แตกต่างทางสถิติ ($p < 0.05$) หมายความว่า การเพิ่มขึ้น
ของคะแนนนี้ไม่ได้เกิดขึ้นจากความบังเอิญ แต่เป็นผล
โดยตรงจากโครงการที่ได้ดำเนินการไป ตามตารางที่ 3

การประเมินผลรูปแบบการดูแลเด็ก

ผลความครอบคลุมการเข้าถึงบริการในปี 2561 -
2565 ร้อยละ 58.06, 43.7, 58.8, 51.3, 86.6, 100.0
ตามลำดับ ผลความครอบคลุมการเข้าถึงบริการหลังพัฒนา
รูปแบบการดูแลเด็ก ส่งผลให้อำเภอห่มสักผ่านเกณฑ์
ตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จำนวนเข้าถึง
บริการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 86.6 ตามตารางที่ 4

วิจารณ์

การพัฒนาแบบการดูแลเด็กแบบการมีส่วนร่วม
ของครู ผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของคลินิก
สุขภาพจิตเด็ก โรงพยาบาลห่มสัก อำเภอห่มสัก
จังหวัดเพชรบูรณ์ ในระยะที่ 1 วิเคราะห์ปัญหา ใช้
กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการขั้นวางแผน (planning)
จากการค้นหาและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และนำ
ปัญหาร่วมกันบูรณาการแก้ไขและพัฒนาแบบการดูแล
เด็ก เกิดความร่วมมือในทุกภาคส่วน

ในระยะที่ 2 การพัฒนาแบบ ใช้กระบวนการวิจัย
เชิงปฏิบัติการขั้นปฏิบัติการ (action) ขั้นสังเกตการณ์
(observe) การพัฒนาแบบการดูแลเด็ก จากการ
วิเคราะห์ปัญหาพบว่าทุกภาคส่วนยังขาดความรู้และความ

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมต่อการจัดการปัญหาการติดตามและดูแลเด็ก (n=70)

การมีส่วนร่วมของครู ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สาสุข ต่อการจัดการปัญหาการติดตามและดูแลเด็กที่มารับบริการ	ค่าเฉลี่ย	SD	แปลผล	อันดับ
1. ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.2	0.1	ปานกลาง	3
2. ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ	3.3	0.3	ปานกลาง	2
3. ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	3.5	0.2	มาก	1
4. ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	3.0	0.2	ปานกลาง	4
ภาพรวม	3.2	0.2	ปานกลาง	



คะแนนความรู้	ค่าเฉลี่ย	SD	d	t	p-value*
หลัง	42.6	10.6	34.9	32.6	<0.001
ก่อน	24.0	14.5			

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 การเข้าถึงบริการและผลความครอบคลุมหลังการศึกษา ปี 2561-2566

รายการ	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
ร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือนที่คัดกรองพัฒนาการ แล้วพบว่ามีการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	58.1	43.7	58.8	51.3	86.6	100.0

หมายเหตุ เกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ผ่านร้อยละ 75

เข้าใจในการดูแลเด็กที่ต้องทำตามทฤษฎี จึงได้พัฒนาความรู้พบว่า ผลการเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ พบว่าแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ความรู้หลังการพัฒนาแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการกำหนดเป้าหมายร่วมในการดำเนินงาน โดยการส่งเสริมประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับผู้ปกครองเด็ก การคัดกรองจากครูใน ศูนย์พัฒนาเด็กและโรงเรียน การออกแบบกิจกรรม นำเอาข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาคืนข้อมูล ให้กับ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เป็นตัวแทนจากคนสามกลุ่มคือ ผู้ร่วมวิจัยผู้ให้ข้อมูล ได้ร่วมพิจารณา และให้ข้อเสนอแนะ กำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมในการดำเนินการที่สอดคล้องกับผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ร่วมกันเช่น การประชุมคณะผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การดำเนินกิจกรรมการดูแลเด็กร่วมกัน ดำเนินกิจกรรมตามที่ได้ออกแบบ โดยทีมเจ้าภาพมีการประชาสัมพันธ์และประสานงาน สนับสนุนการดำเนินงาน ให้สามารถดำเนินการได้ตามแผนทุกกิจกรรม การประเมินสะท้อนผลลัพธ์ดำเนินการหลังการดำเนินการ การถอดบทเรียน ติดตามตรวจสอบและประเมินผลว่า กิจกรรมที่กำหนดไว้ทำให้งานบรรลุตามวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ที่กำหนด หรือไม่ อาจจะดีเป็นตารางเชื่อมโยงระหว่าง ผลลัพธ์ ตัวชี้วัด ผลการดำเนินงานที่มีข้อมูลประกอบในขั้นสะท้อนข้อมูล(reflection) ได้ร่วมกัน พัฒนาและสังเคราะห์รูปแบบการดูแลเด็ก โดยรูปแบบการดูแล SCC Lomsak Model โดยมี 3 ระบบดังนี้

1. ระบบคัดกรอง การคัดกรองพัฒนาการเด็กทั้ง 3 กลุ่มโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้โปรแกรม DSPM เป็นเครื่องมือในการคัดกรอง กลุ่มครูใช้โปรแกรม DSPM

Hero ผู้ปกครอง อสม แกนนำชุมชน ให้โปรแกรม Triple P ตามภาพที่ 1

2. ระบบดูแลรักษา จัดให้มีการดูแลโดยกุมารแพทย์ นักจิตวิทยา และพยาบาลจิตเวชเด็ก ตามโปรแกรม TE-DA4I

3. ระบบติดตาม ชุมชนสามารถติดตามและเฝ้าระวังเด็กที่เข้าโปรแกรมดูแลพัฒนาการเด็กและติดตามรักษา ได้ครบกำหนด

ระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบพบว่าจากการพัฒนาแบบผลลัพธ์ระดับการมีส่วนร่วม ภาพรวมเพิ่มขึ้นอยู่ใน ระดับปานกลาง โดยที่ระดับร่วมรับผลประโยชน์มากที่สุดตั้งนั้นควรกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมทั้งในการตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติการ และร่วมประเมินผลให้เพิ่มขึ้น ซึ่งการมีส่วนร่วมมีความสำคัญในการดูแลเด็กเนื่องจาก การส่งผลให้การรักษาประสบความสำเร็จ คล้ายคลึงกับการศึกษาของ ยุวดี อ่ำประยูร⁽⁷⁾ ศึกษากระบวนการกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาของเด็กออทิสติกโดย ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรักษา พบว่า เด็กออทิสติกที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรักษามีคะแนนทางด้านความเข้าใจภาษาสูงกว่าก่อนเข้ารับกระบวนการกระตุ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าเด็กออทิสติกมีคะแนนทางด้านการใช้ภาษาสูงกว่าก่อนเข้ารับกระบวนการกระตุ้น โดยคะแนน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การมีส่วนร่วมมีผลทำให้ระดับการรักษาดีขึ้น

หลังจากพัฒนาแบบการดูแลเด็กและปรับใช้ พบว่า ผลความครอบคลุมการเข้าถึงบริการในปี 2561-2565 ร้อยละ 58.7, 43.7, 58.8, 51.3, 86.6 ตาม

ลำดับผลความครอบคลุมการเข้าถึงบริการหลังพัฒนารูปแบบการดูแลเด็ก ส่งผลให้อำเภอหล่มสักผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จำนวนเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 86.6 จากการถอดบทเรียนพบว่าการกำหนดผลลัพธ์ร่วมกัน เพื่อการดูแลเด็กสร้างความเข้าใจ และกำหนดขึ้นจากการพิจารณาเอาผลลัพธ์ที่ต้องการอยากให้เกิดขึ้นร่วมกันส่งผลให้ การเข้าถึงและให้บริการดีขึ้น การสื่อสารและพัฒนาศักยภาพในกลุ่มต่างๆ มีความสำคัญและแตกต่างกันออกไป ควรจะกำหนดเป้าหมายและวิธีการที่แตกต่างกัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การดำเนินงาน ปัจจัยของความสำเร็จ มีการกำหนดผลลัพธ์ร่วมกัน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสร้างความเข้าใจ ผลลัพธ์ระยะสุดท้ายกำหนดขึ้นจากการพิจารณาเอาผลลัพธ์ที่ต้องการอยากให้เกิดขึ้นร่วมกัน การเข้าถึงและให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของจิตณพัฒน์ ยอดไกรศรี⁽⁸⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ซึ่งพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความเครียดและพลังสุขภาพจิต และพบว่า ความเครียดสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้มากที่สุด รองลงมาคือ พลังสุขภาพจิต

ผลการออกแบบกิจกรรมการลดปัญหาการติดตามและดูแลเด็กที่มารับบริการ นำเอาข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาคืนข้อมูลให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เป็นตัวแทนจากคนสามกลุ่มคือผู้ร่วมวิจัยผู้ให้ข้อมูล และนักพัฒนา ได้ร่วมพิจารณา และให้ข้อเสนอแนะกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมในการดำเนินการที่สอดคล้องกับผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

1. นภัทร ลิขานันท์. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับ การส่งปรึกษาสาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น จากแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554. วารสาร-สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2565;36(8):601-10.
2. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 ก.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://dmh.go.th/report/dmh/rpt_year/view.asp?id=462
3. Cohen JM, Uphoff NT. Participation's place in rural development: seeking clarity through specificity. World Dev 1980;8(2):213-35.
4. Health Data Center. กลุ่มรายงานมาตรฐาน: ข้อมูลเพื่อตอบสนอง service plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช: ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ (workload) [อินเทอร์เน็ต]. 2022 [สืบค้นเมื่อ 27 ก.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://pnb.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ea11bc4bb-f333b78e6f53a26f7ab6c89
5. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Geelong: Deakin University; 1988.
6. สุทิน ชนบุญ. สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยด้านสุขภาพเบื้องต้น. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
7. ยุวดี อ่ำประยูร. กระบวนการกระตุ้นพัฒนาการทางภาษาของเด็กออทิสติกโดยผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการรักษา. วารสาร-ราชานุกูล 2565;34:23-27
8. จิตณพัฒน์ ยอดไกรศรี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. วารสารสมาคม-จิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2567;1(1):7-20

**Development of a Collaborative Childcare Model Involving Teachers, Parents and Healthcare Personnel
at Child Mental Health Clinic, Lomsak Hospital, Phetchabun Province**

Nantaporn Kongngern, B.N.S.

Lomsak Hospital, Phetchabun Province, Thailand

Journal of Health Science of Thailand 2025;34(Suppl 1):S104-S115.

Corresponding author: Nantaporn Kongngern, Email: dekdoynamnao@gmail.com

Abstract: The action research of Kemmis & McTaggart's action research theory was utilized to create a collaborative childcare model involving teachers, parents, and healthcare personnel at Lomsak Hospital, Phetchabun province. The sample consisted of 70 individuals, including healthcare personnel, parents, and teachers. Data collection employed both quantitative and qualitative methods. The participatory process comprised four stages: planning, action, observation, and reflection. Quantitative data were collected through surveys and service access statistics, while qualitative data were gathered from interviews and focus group discussions. The analysis uncovered a lack of knowledge and understanding among all stakeholders regarding proper childcare. Consequently, knowledge was cultivated. A statistically significant disparity in knowledge levels before and after implementing the model was detected using a Paired Sample t-Test with a significance level of 0.05. The reflection phase led to the development and synthesis of the SCC Lomsak Model childcare format, which consisted of three systems: (1) screening system: employing the DSPM program for child developmental screening, teachers utilized DSPM Hero, while parents utilized the Triple program; (2) care system: ensuring childcare adhered to ministry standards; and (3) community system: allowing the community to oversee children enrolled in the childcare program. In the third phase of evaluation, the overall level of participation was deemed moderate. Service access control percentages for the years 2021-2025 were 58.7%, 43.7%, 58.8%, 51.3%, and 86.6%, respectively. By 2025, the service access rate had increased, meeting the Ministry of Public Health's criterion of 75%. Implementing the model emphasized participatory processes in planning and ownership, facilitating successful problem-solving collaboration.

Keywords: childcare model; participation; child mental health