



วารสารการพยาบาล

VAJIRA NURSING JOURNAL

ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2560

Volume 19 No.1 January-June 2017

www.vajira.ac.th/vnjo

ISSN 1513-2498

บทความวิชาการ

- ❖ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: บริบทของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
ธีระชล สาทสิน เยาวรัตน์ มัชฌิม
- ❖ บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่โดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง:
การบูรณาการแนวคิดของโอเร็มและแนวคิดการมีส่วนร่วมของต้นสังกัดและเครือข่าย
อุษาศ โกลิหนึ่ง

บทความวิจัย

- ❖ ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ
อาจารย์ พรหมดี ปฏิพร บุญยพัฒน์กุล พรศิริ กนกกาญจนะ
- ❖ การศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเบาหวานต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม
ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
ณัฐภัสสร เดิมขุนทด ประสิทธิ์ ลีวัฒนภัทร

ปกิณกะ

- ❖ เรื่องเล่า..ความสำเร็จของการลดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ
ที่ได้รับการฉายแสง
สิริรัตน์ อินสอน
- ❖ การดูแลรักษาอาการปวดข้อศอก
อรรถกร กาญจนพิบูลวงศ์

เจ้าของ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คณะที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ประยุทธ ศิริวงษ์
นายแพทย์สุรวิทย์ ลิ้มหะกร
นางจรินทร์ เป็นสุข
นางสาวดวงเนตร ภูวัฒนวิชัย

คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

บรรณาธิการ

ดร.ปฏิพร บุญพัฒนากุล

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

รองบรรณาธิการ

นางสาวพัชรี ประไพพิน

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

กองบรรณาธิการ

นางสาวอรุณี รูปงาม

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวอรอวล ลาภเจริญ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวสมจิตต์ แก้วเกรียงไกร

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวนงลักษณ์ ทองอินทร์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวรุ่งทิพย์ พงษ์เจริญรัตน์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวบงอร ตั้งวิโรจน์ธรรม

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวนพพร เชิงข่าวชาญ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวณภาพ เมธากิตติ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวสุมิตรา เมืองขว

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อมรัตน์ เสตสุวรรณ

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมศิริ นนทสวัสดิ์ศรี

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ดร.ชจี พงศธรวิบูลย์

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ดร.จริยา ชื่นศิริมงคล

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ดร.ยุพา วงศ์สรไตร

คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร.เกศรินทร์ อุทริยะประสิทธิ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรณา ตั้งสุขสันต์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัมรียา พวงแก้ว

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.ศรินทร์ ศรีประสงค์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินนุทยา

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ดร.รสสุคนธ์ วาริตสกุล

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

พันโทหญิง ดร.พัชรภรณ์ อุ่นเตจ๊ะ

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

พันเอกหญิง ดร.สายสมร เฉลยภักดี

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

รองศาสตราจารย์ไฉว นรสาร

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ดร.ณัฐชา เจียรนิลกุลชัย

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญา ประจุศิลป์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดร.ทักษิณ สุนทร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

ดร.เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

พันตำรวจตรีหญิง ดร.ปิยรัตน์ สมันตรัฐ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ดร.สิตานันท์ ศรีใจวงศ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

พ.ต.ท.หญิง ดร.คิตยา อิวาโนวิช

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ฝ่ายจัดการ

นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางนันทภัท กุลตั้งกิจเสรี

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

นางสาวเบญจมาภรณ์ มฤตสาร

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



วารสารการพยาบาล

ปีที่ 19 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2560

Vajira Nursing Journal

Volume 19 Number 1 January – June 2017

www.vajira.ac.th/vnjo

ISSN 1513-2498

วารสารการพยาบาล เป็นวารสารวิชาการทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณากลั่นกรองบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร จำนวน 2 ท่านต่อบทความ

วัตถุประสงค์

1. ส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการทางการพยาบาล
2. นำเสนอประสบการณ์ นวัตกรรมและวิทยาการก้าวหน้าทางการพยาบาล
3. สนับสนุนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลเพื่อธำรงไว้ซึ่งการพยาบาลที่มีคุณภาพ
4. สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษาและองค์กรสุขภาพ

ขอบเขต

สาระในวารสารการพยาบาล บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความพิเศษ และปกิณกะ ซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาต่างกล่าวหลากหลายแตกต่างกันไป

กำหนดการวารสารการพยาบาล

ออกเผยแพร่ราย 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน

ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม

อัตราค่าสมาชิกปีละ 100 บาท (2 เล่ม)

สำนักงาน ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 681 ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300 โทร.0-2244-3082-3 Fax. 0-2668-7152 E-mail: nurse@vajira.ac.th

สถานที่พิมพ์ พิษณุการพิมพ์ 127 ซอยจรัญสนิทวงศ์ 11 ถนนจรัญสนิทวงศ์ แขวงวัดท่าพระ เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร 10600

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีสมาชิกวารสารการพยาบาลและผู้สนใจทุกท่าน

วารสารการพยาบาลฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ปีที่ 19 ถือเป็นฉบับปฐมฤกษ์ของการเข้าสู่ฐานข้อมูล Thai-Journal Citation Index Centre (TCI) โดยได้รับการจัดกลุ่มอยู่ในวารสารกลุ่ม 2 คือ ผ่านการพิจารณาเข้าฐาน TCI แล้ว แต่ยังคงอยู่ระหว่างการปรับปรุง นับว่าเป็นสิ่งที่น่ายินดีและภาคภูมิใจอย่างยิ่ง กองบรรณาธิการจะพยายามพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับวารสารให้ดีขึ้นเรื่อยๆ

วารสารฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิชาการ บทความวิจัย และปณิณกะ ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยหลายกลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายแสง และผู้ที่มีอาการปวดข้อศอก ตลอดจนเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการทางการพยาบาล เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

ขอขอบคุณสมาชิกวารสารการพยาบาลทุกท่านที่ให้การสนับสนุน และขอเชิญชวนท่านผู้สนใจสมัครเป็นสมาชิกวารสารการพยาบาล พร้อมส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานที่เป็นประโยชน์แก่สังคมและวิชาชีพการพยาบาล และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าทุกท่านจะได้รับประโยชน์จากวารสารเล่มนี้

ดร.ปฏิพร บุญพัฒนกุล

บรรณาธิการวารสารการพยาบาล

สารบัญ

	หน้า
บทความวิชาการ	
การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: บริบทของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ธีระชล สาทสิน เยาวรัตน์ มัชฌิม	1
บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่โดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: การบูรณาการ แนวคิดของโอเร็มและแนวคิดการมีส่วนร่วมของต้นสังกัดและเครือข่าย อุษาศ โถหินั่ง	10
บทความวิจัย	
ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ อาจารย์ พรหมดี ปฏิพร บุญพัฒน์กุล พรศิริ กนกกาญจนะ	19
การศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเบาหวานต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ณัฐภัสสร เดิมขุนทด ประสิทธิ์ ลีวัฒนภัก	33
ปกิณกะ	
เรื่องเล่า..ความสำเร็จของการลดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายแสง สิริรัตน์ อินสอน	42
การดูแลรักษาอาการปวดข้อศอก อรรณกร กาญจนพิบูลวงศ์	45

บทความวิชาการ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: บริบทของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน End-of-life care: The context of the emergency room

ธีระชล สาทสิน* ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม**

บทคัดย่อ

ถ้าหากคนเราสามารถเลือกสถานที่ตายได้ ทุกคนก็คงอยากตายดี ตายสงบ ปราศจากความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด ตายด้วยจิตที่เป็นกุศล ท่ามกลางความอบอุ่นของครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รัก คงไม่มีใครอยากตายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แต่ในความเป็นจริงแล้วเราเลือกไม่ได้ ดังสัจธรรมที่ว่าเราเลือกเกิดไม่ได้ ฉะนั้นใด เราก็เลือกสถานที่ตายไม่ได้ฉะนั้น ถ้าการตายดี ตายสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวดเป็นความปรารถนาของทุกคน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นอีกหนึ่งความท้าทายสำหรับบุคลากรประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

คำสำคัญ : ผู้ป่วยระยะสุดท้าย/ การดูแลแบบประคับประคอง/ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

Abstract

Everyone wants to die peacefully, without suffering and pain, die with a charitable soul among the warmth of family members and the loved one. No one wants to die at an emergency room. However, the real life world, it could not choose. The truth stated “as we could not choose to be born, we could not choose a place to die”. Promoting die peacefully for end of life patients at an emergency room is challenging for healthcare providers working in this department.

Keywords: End of life patients/ Palliative care/ Emergency room

บทนำ

ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นแผนกบริการด้านหน้าที่ให้บริการการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกระบบตลอด 24 ชั่วโมง รูปแบบการดูแลเป็นไปด้วยความเร่งด่วนเพราะทุกคนที่มีความหมายกับชีวิตของผู้ป่วย การเตรียมสมรรถนะของบุคลากรจึงเน้นเรื่องการรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน เช่น การช่วยชีวิตขั้นสูงในผู้ใหญ่ (Advanced Cardiovascular Life Support) และเด็ก (Pediatric Advanced Life Support) การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บรุนแรง (Trauma Life Support) การแปลผลและการจัดการภาวะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ การจัดการสถานการณ์อุบัติเหตุภัยกลุ่มชน และการดูแลผู้ป่วยกลุ่มความเสี่ยงสูงต่างๆ

*อาจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

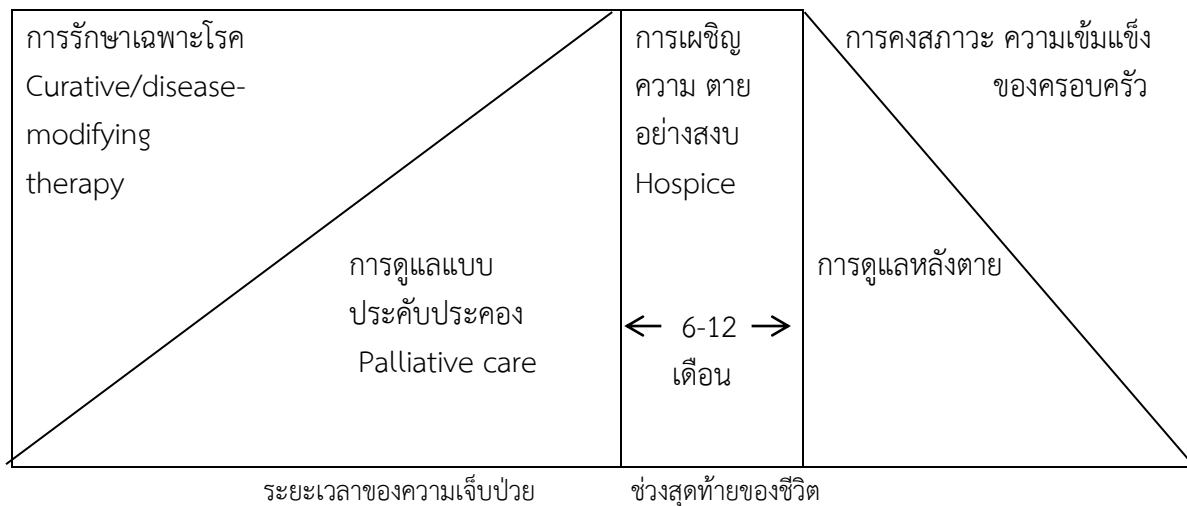
** Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โดยผู้ป่วยกลุ่มความเสี่ยงสูงส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีภาวะซับซ้อนของโรคหรือการเจ็บป่วยหลายระบบ (ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล, 2559; Emergency Nurses Association, 2008) อย่างไรก็ตามจากสถิติของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ ค.ศ. 1994 ถึง 2004 พบผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองตามอาการเพิ่มขึ้นร้อยละ 38.4 (McCaig & Nawar, 2006) โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลเรื่องการจัดการอาการ เช่น อาการปวด หายใจลำบาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น

ปัจจุบันกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดข้อบ่งชี้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ผู้ป่วยที่มีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวัน การวินิจฉัยโรคร่วมหลายโรค โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก ภาวะที่สมองทำงานบกพร่องกะทันหันทำให้เกิดอาการสับสน กระวนกระวาย และระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ความคิด ความจำและสมาธิเสียไป (terminal delirium) นอกจากนี้ยังมีอาการเบื่ออาหาร (cachexia) น้ำหนักลดต่อเนื่อง ระดับอัลบูมินในเลือดลดลง (serum albumin <2.5 mg/dl) ต่อเนื่อง มีภาวะแคลเซียมสูงในเลือด (persistent hypercalcemia) และไม่ตอบสนองต่อการรักษา (กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลที่หอผู้ป่วย และดูแลต่อเนื่องที่บ้านด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพแบบสหวิชาชีพร่วมกับผู้ดูแลและชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และสามารถคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงวาระสุดท้าย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558) ในประเทศไทยมีโรงพยาบาลไม่กี่แห่งที่มีหอผู้ป่วยเฉพาะสำหรับการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จึงกระจายอยู่ในหอผู้ป่วยต่างๆไม่ว่าจะเป็นหอผู้ป่วยสามัญ หอผู้ป่วยวิกฤตและหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต (Abu Hasheesh, Al-Sayed AboZaid, Goda El-Zaid, & Alhujaili, 2014; Nilmanat & Phungrassami, 2006) รวมถึงห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่มีอาการทางกายที่รุนแรงขึ้นจนควบคุมและจัดการไม่ได้ เช่น อาการปวด หายใจลำบาก และอ่อนเพลีย (Barbera, Taylor & Dudgeon, 2010) จนถึงระยะใกล้ตาย (dying) จึงพบว่าผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Le Conte et al., 2010)

ปกติเมื่อบุคคลคนหนึ่งเจ็บป่วยเข้าโรงพยาบาล ช่วงที่ได้รับการรักษาเพื่อให้หายขาดจากโรคเรียกว่า “curative phase” หากพยาธิสภาพของโรคมิแนวโน้มรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และอาจมีชีวิตอยู่ได้ในเวลาที่จำกัด บุคคลก็จะได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) (แผนภาพที่ 1) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ มีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด ได้ใช้เวลาที่เหลือจัดการสิ่งที่ค้างคา ได้อยู่กับคนที่รักและมีความหมายกับชีวิต รวมถึงได้ใช้เวลาที่เหลือเพื่อการเตรียมตัวสำหรับเป้าหมายสุดท้ายคือการตายดี ตายสงบ (good death/ peaceful death) โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง ผู้ป่วยและครอบครัวมักได้รับการเตรียมความพร้อมในระดับหนึ่ง เช่น ได้ทราบว่าตนเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ระยะประมาณการมีชีวิตอยู่ แผนการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเมื่อควบคุมอาการได้แล้วและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ยาสำหรับจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ และการนัดหมายเพื่อติดตามอาการ อย่างไรก็ตามเมื่อพยาธิสภาพของโรครุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยอาจมีอาการที่ไม่สามารถจัดการจนต้องมารับการดูแลที่ห้องฉุกเฉิน แม้ว่าผู้ป่วยบางรายเคยแสดงเจตจำนงไว้ว่า จะไม่รับการรักษาที่เป็นการรักษาแบบเชิงรุก (aggressive treatment) เช่น ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ หรือไม่ยินยอมให้ช่วยฟื้นคืนชีพ ขอเพียงการจัดการอาการเพื่อช่วยให้ตนเองตายสงบในช่วงสุดท้ายของชีวิต แต่ในสถานการณ์จริงเมื่อผู้ป่วยมีอาการที่จัดการไม่ได้และมารับการดูแลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยมักได้รับการดูแลตามรูปแบบของการดูแลในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เช่น หากผู้ป่วยหายใจลำบากก็ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือหากผู้ป่วยหมดสติ หัวใจหยุดเต้นก็จะได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการให้ผู้ป่วยแสดงเจตจำนงหรือการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

(advanced directive care planning) ในประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน บางโรงพยาบาลอาจมีการวางแผนการดูแล มีเอกสารหลักฐานแสดงชัดเจน แต่บางโรงพยาบาลยังไม่ได้ดำเนินการในส่วนนี้ สะท้อนให้เห็นว่าแนวทางการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ยังขาดความเชื่อมโยงทั้งระบบ



แผนภาพที่ 1 วิธีความเจ็บป่วยและรูปแบบการดูแล (Emanuel, Gunten, & Ferris, 2000)

จากสถิติผู้ป่วยที่มารับการดูแลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2559 พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองแต่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อมีอาการหายใจลำบากร้อยละ 21.8 (ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล, 2559) สะท้อนให้เห็นว่าแนวทางการดูแลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงเป็นอีกหนึ่งความท้าทายสำหรับบุคลากรประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผลการศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มีรูปแบบหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจน การดูแลขึ้นกับบุคลากรแต่ละคน ทำให้มีความหลากหลายในการให้ข้อมูล การรักษา และการจัดการอาการ และอาการแสดงที่แตกต่างกัน (Quest, Herr, Lamba, Weissman, & Board, 2013) รวมถึงพฤติกรรม การดูแลของสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็มีความแตกต่างกัน ขึ้นกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับบริการ (Bailey, Murphy, & Porock, 2011) สำหรับประเทศไทยผลการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยเก็บข้อมูลจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาล 3 แห่ง จำนวน 12 คน ผลการศึกษาพบว่าอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ 1) ด้านสภาพแวดล้อมเชิงโครงสร้างหรือเชิงกายภาพของห้องฉุกเฉิน ได้แก่ สถานที่ในการช่วยฟื้นคืนชีพไม่เหมาะสม ไม่มีห้องให้ข้อมูลญาติและให้ญาติได้พักในขณะเศร้าโศก ไม่มีห้องเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต 2) ด้านวัฒนธรรมองค์กรและระบบงาน ได้แก่ การรับคนไข้อย่างไม่จำกัดรวมถึงการมุ่งเน้นการช่วยและยื้อชีวิต ไม่เน้นความสบายและไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย จากวัฒนธรรมและระบบงานของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในส่วนนี้ทำให้กลายเป็นความยากในการที่จะดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้ตายในห้องฉุกเฉิน 3) ด้านศักยภาพของแพทย์และ

พยาบาล ได้แก่ การขาดทักษะและความมั่นใจในการให้ข้อมูลญาติ และขาดทักษะในการสื่อสารการดูแลญาติที่อยู่ในภาวะเศร้าโศก (วราภรณ์ คงสุวรรณ, กิตติกร นิลมานัต และเยาวรัตน์ มัชฌิม, 2557) ดังนั้นการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงควรเริ่มจากความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยกลุ่มนี้ ก่อนนำไปสู่การพัฒนาด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ต่อไป

เนื้อหา

ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โดยปกติผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวมักจะได้รับเตรียมตั้งแต่เข้าสู่ระยะประคับประคอง เช่น หากไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ผู้ป่วยอาจได้รับยาหรืออุปกรณ์ เพื่อจัดการอาการและควบคุมอาการที่บ้าน และนัดมาตรวจเป็นครั้งคราว แต่เมื่อพยาธิสภาพของโรคมีความก้าวหน้ามากขึ้น อาการรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการอาการเองได้ ผู้ป่วยอาจต้องมารับการดูแลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยปัญหาและความต้องการที่พบบ่อย ดังนี้ (Mierendorf & Gidvani, 2014)

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย

1.1 อาการหายใจลำบาก (dyspnea) เป็นความรู้สึกไม่สบายในการหายใจเป็นความวิตกกังวลมากกว่าการวินิจฉัยและเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (amyotrophic lateral sclerosis) และภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรค ร่วมกับความวิตกกังวลโดยพื้นฐานที่มีอยู่เดิม การประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากสามารถทำได้โดย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย (การฟังปอด การสังเกตอัตราการหายใจ ลักษณะการหายใจ) การใช้เครื่องวัดค่าออกซิเจนในร่างกาย (pulse oximeter) การจับชีพจร เป็นต้น การจัดการอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากที่เกิดจากความวิตกกังวล แพทย์จะพิจารณาให้ยาในกลุ่ม anxiolytic ร่วมกับยาในกลุ่ม opioid เช่น clonazepam เริ่มด้วย 0.25 mg รับประทานทุก 12 ชั่วโมง Lorazepam (0.5-1 mg รับประทานทุก 4 ถึง 6 ชั่วโมง) ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ได้ควรพิจารณาให้เป็นยาฉีดทางหลอดเลือดดำ (Mierendorf & Gidvani, 2014) กิจกรรมการพยาบาลคือการดูแลสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อน โดยการจัดสิ่งแวดล้อมและที่พักให้เงียบสงบ ลดสิ่งรบกวนต่าง ๆ เช่น อาจจัดให้อยู่มุมหนึ่งของที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่สงบ แนะนำญาติเรื่องการการสัมผัส สอนเรื่องการหายใจ หรือดูแลให้ใช้พัดลมขนาดจิ๋วเป่าบริเวณใบหน้าเพื่อช่วยบรรเทาอาการหายใจลำบาก

1.2 อาการปวด (pain) อาการเจ็บปวดมักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเรื้อรังเป็นประจำ ผู้ป่วยบางรายจะแสดงออกทางสีหน้าท่าทางเมื่อมีอาการปวดมาก และอาจจะไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจร่างกายจนกว่าจะได้รับยาแก้ปวดบรรเทาอาการให้ดีขึ้นก่อน การจัดการอาการ แพทย์จะพิจารณาให้ยาแก้ปวดตามแนวทางการจัดการความปวดโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดให้ใช้ยาเป็นหลักในการบรรเทาความปวดเป็น 3 ขั้นบันได (3 step ladder) คือ

ขั้นที่ 1 ใช้ยา non opioid ในรายปวดน้อยถึงปานกลาง โดยให้ร่วมกับยา adjuvant หรือไม่ก็ได้

ขั้นที่ 2 ใช้ยา opioid ที่มีฤทธิ์อ่อน (weak opioid) รายปวดปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งไม่ดีขึ้นด้วยขั้นที่ 1 มักให้ non opioid และ adjuvant ร่วมด้วย

ขั้นที่ 3 ระยะปวดรุนแรงมากที่ไม่ดีขึ้นในขั้นที่ 2 ให้ opioid ที่มีฤทธิ์แรง (strong opioid) สำหรับความปวดรุนแรง โดยให้ non opioid และ adjuvant ร่วมด้วย ได้แก่ การใช้ยาฉีดร่วมกับยากินหรือการให้ Morphine dilute เป็นต้น (WHO, 1996)

กิจกรรมการพยาบาลเรื่องการบริหารยา ควรฉีดยาเขาหลอดเลือดดำช้าๆ โดยช่วงเวลาฉีดแต่ละครั้งมากกว่า 5 นาที และต้องสังเกตอาการของผู้ป่วยใกล้ชิด สังเกตและตรวจสอบสัญญาณชีพก่อนและหลังให้ยา ถ้าพบอัตราการหายใจน้อยกว่า 12 ครั้งต่อนาที ควรรายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาหยุดยา ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอเพื่อลดการเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ความทนต่อความเจ็บปวดลดลง จัดพื้นที่บางมุมในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดูแลสิ่งแวดล้อมที่อาจกระตุ้นอาการปวด เช่น เสียง หรือสิ่งรบกวนอื่น ๆ

1.3 อาการคลื่นไส้และอาเจียน (nausea and vomiting) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเกิดอาการหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา อาการจะเกิดประมาณ 3-5 วัน สามารถใช้แบบประเมินสาเหตุอาการคลื่นไส้และอาเจียนโดยใช้ A VOMIT ประกอบไปด้วย ภาวะเครียด (A:Anxiety/Anticipation) การกลืน (V:Vestibular) การอุดตัน (O:Obstruction) ยาหรือการเผาผลาญ (M:Medications/Metabolic) การติดเชื้อหรือการอักเสบ (I:Infection/Inflammation) และสารพิษหรือเนื้องอก (T:Toxins/Tumor) การจัดการอาการ แพทย์จะพิจารณาให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียน (Metoclopramide 5 - 20 mg รับประทานหรือให้ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง) (Mierendorf & Gidvani, 2014) กิจกรรมการพยาบาล คือดูแลการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่ง่ายไม่ควรฝืนรับประทานหากรู้สึกคลื่นไส้ ให้รับประทานอาหารมือน้อยๆ แต่บ่อยๆ รักษาความสะอาดในช่องปากและทำความสะอาดช่องปากหลังอาเจียน และจัดพื้นที่บางมุมในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

1.4 ท้องผูก (constipation) เป็นอาการที่พบบ่อยข้างบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มมอร์ฟีน ส่งผลต่อให้ลำไส้เคลื่อนไหวช้ากว่าปกติหรือบีบตัวลดลง การจัดการอาการ แพทย์จะพิจารณาให้ยาแก้ท้องผูกหรือยาระบาย (Senna 2-3 เม็ด ทุก 12-24 ชั่วโมง, Lactulose 15 mL - 30 mL ทุก 12-24 ชั่วโมง หรือ Polyethylene glycol 17 g ทุก 24 ชั่วโมง) (Mierendorf & Gidvani, 2014) สำหรับผู้ป่วยบางรายอาจจะทนความหวานของ Lactulose ไม่ได้และทำให้มีอาการคลื่นไส้อาเจียนมากขึ้น กรณีนี้สามารถให้ยาระบายอื่นๆแทนได้ เช่น Milk of Magnesia หรือ Polyethylene glycol กิจกรรมการพยาบาล หากผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากได้ ควรกระตุ้นผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากใยและดื่มน้ำ รวมถึงอาจให้รับประทานสมุนไพร เช่น มะระขี้นก (นันทวัน บุญยะประสงค์, 2542)

2. ความต้องการทางด้านจิตใจ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีความผิดปกติทางด้านจิตใจ 3 อย่าง (ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์, 2550) คือ 1) ภาวะซึมเศร้า (depression) 2) ภาวะวิตกกังวล (anxiety) และ 3) ภาวะสับสน (delirium) มีความรู้สึกผิดหรือปฏิเสธความจริง รู้สึกหมดคุณค่าในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น รวมถึงมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายกลัวการหายใจไม่ออก กลัวตาย และที่สำคัญที่สุดคือกลัวพลัดพรากจากบุคคลที่รัก (ทองทิพย์ พรหมศรี, สุดารัตน สิทธิสมบัติ และอัจฉรา สุคนธสรณ์, 2551; ทศนีย์ ทองประทีป, 2548) นอกจากนี้เมื่อภาวะแย่งลง อ่อนเพลียไม่มีแรง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยบางรายรู้สึกถึงการเป็นภาระของครอบครัว ดังนั้นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการประเมินภาวะด้านจิตใจและความต้องการของผู้ป่วยให้ครอบคลุมและให้การดูแลด้านจิตใจ ได้แก่การส่งเสริมความผาสุก การบรรเทาความทุกข์ทรมานหรือภาวะตึงเครียด รวมถึงการบำบัดด้วยยา เพื่อเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระยะท้ายอย่างเหมาะสม และสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ (กิตติกร นิลมานันต์, 2555)

3. ความต้องการทางด้านสังคม

ความต้องการทางด้านสังคมเมื่อบุคคลเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อแง่มุมทางสังคมของชีวิต โดยเฉพาะผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย (สวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโซ และสุวิริยา สุวรรณโคตร, 2556) ดังนั้นความต้องการทางด้านสังคมจึงมีความสำคัญไม่ว่าจะเป็นความรักและความผูกพันของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว เมื่อผู้ป่วยมีอาการหนักและทราบว่าตนเองจะต้องเสียชีวิตลง อาจทำให้รู้สึกกระวนกระวายใจ การเอื้อให้ครอบครัวได้ปรับความเข้าใจและแสดงออกถึงความรักความผูกพันกับสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้แสดงให้ผู้ป่วยทราบว่าสับสนเจตนาารมณในสิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนาให้สำเร็จ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขมากขึ้น ลดความรู้สึกคับข้องใจ ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมองเห็นความสวยงามของชีวิต แม้ว่าจะต้องจากและสูญเสียคนที่รัก

4. ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ

ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณหลังจากที่ได้รับรู้ว่า ความตายกำลังใกล้ เข้ามา ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเสียกำลังใจ ไม่มีความหวังในการดำเนินชีวิต ทำให้ไม่สามารถทำสิ่งที่ค้างคาไว้ให้สำเร็จ ลุล่วง ไม่มีโอกาสได้กล่าวขอโทษหรือขอโทษกรรมต่อการกระทำที่ผิดพลาดในอดีต (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2548) ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณอาจสะท้อนออกมาในรูปแบบของความต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ตนเองนับถือเพื่อ คงไว้ซึ่งความผูกพันกับความเชื่อทางศาสนาตามความเชื่อของแต่ละบุคคล เพื่อให้ได้รับการให้อภัย คงไว้ซึ่งความรัก ความหวัง และความไว้วางใจ ความหมายและเป้าหมายสูงสุดหรือความต้องการที่จะปฏิบัติในสิ่งที่ตนเองคิดว่าดีและหลีกเลี่ยงสิ่งที่ชั่ว เช่น จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของเพ็นแมน โอลิเวอร์ และฮาร์ริงตัน (Penman, Oliver, & Harrington, 2009) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมทางจิตวิญญาณตามการรับรู้กับการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยได้ศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ช่วงระหว่าง ค.ศ. 1997 ถึง ค.ศ. 2007 พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความต้องการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ และมีการแสวงหาความต้องการทางด้านจิตวิญญาณจากผู้รู้และผู้เชี่ยวชาญอยู่ในระดับสูง

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินที่นำเสนอต่อไปนี้ ผู้เขียนได้สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 7 องค์ประกอบ (seven EOLC domains) ของเคลริกและคณะ (Clarke et al., 2003) ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา และเป็นผู้พัฒนาตัวชี้วัดในการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยตัวชี้วัดดังกล่าวสะท้อนสมรรถนะของบุคลากร ครอบคลุม 7 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในประเทศไทยผู้เขียนได้บูรณาการแนวคิดดังกล่าวกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามกรอบมาตรฐานของสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2558) ดังนี้

1. ยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจ เช่น กรณีที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตจำนงหรือวางแผนการดูแลล่วงหน้าไว้แล้ว บุคลากรที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินควรทบทวนแผนการดูแลล่วงหน้าที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตจำนงไว้ และอธิบายอาการเปลี่ยนแปลงที่ประเมินได้ให้ครอบครัวทราบข้อมูลที่เป็นปัจจุบันตลอดจนประเมินซ้ำว่า ผู้ป่วยและครอบครัวยืนยันที่จะยึดตามแผนการดูแลเดิมหรือไม่ พร้อมอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นตามมา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทางเลือก การเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขในการดูแล และเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยและครอบครัว

2. สื่อสารภายในทีมที่ดูแล โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ได้แก่ การชี้แจงเป้าหมายของการดูแล และการสื่อสารความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการปรึกษากันภายในทีมเพื่อลดความขัดแย้งหรือการสื่อสารที่อาจทำให้ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวเข้าใจผิด สื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการแจ้งข่าวร้ายให้ผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความชัดเจนโดยการจัดลำดับความสำคัญที่เหมาะสม ระบุสมาชิกในครอบครัวที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ติดต่อประสานงานสำหรับครอบครัว เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตาย

3. เชื่อมโยงความต่อเนื่องของการดูแล ได้แก่ ความต่อเนื่องในการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ การส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้สมาชิกในทีมทราบ การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแล

4. สนับสนุนทางอารมณ์และการปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ เข้าใจความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว อำนวยความสะดวกในการสร้างความเข้มแข็งของความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและครอบครัว เอื้อในการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว รวมไปถึงจัดการและสนับสนุนให้ครอบครัวผู้ป่วยที่เสียชีวิตก้าวผ่านช่วงเวลาแห่งความสูญเสียไปได้

5. จัดการอาการและดูแลความสะดวกสบาย ได้แก่ เน้นความสุขสบายแบบครบวงจร ประเมินอาการผู้ป่วยเป็นระยะ จัดการกับอาการตามมาตรฐานการดูแล ทั้งกรณีที่ต้องใช้ยาและไม่ใช้ยา ประเมินภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อำนวยความสะดวกเรื่องสิทธิการรักษา จำกัดหรือยุติกิจกรรมการดูแลที่ไม่จำเป็น เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การชั่งน้ำหนัก การตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง เป็นต้น ลดสิ่งกระตุ้น เช่น แสงไฟ และเสียง เป็นต้น ดูแลสุขอนามัยของผู้ป่วย ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ในระยะใกล้ตายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยว

6. สนับสนุนทางจิตวิญญาณสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่ ประเมินความต้องการทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว สนับสนุนการเข้าถึงทรัพยากรทางจิตวิญญาณ เช่น ช่องทางการติดต่อเพื่อนิมนต์พระหรือเชียวบาทหลวง หรือตัวแทนทางศาสนาปฏิบัติกิจกรรมทางจิตวิญญาณตามความเชื่อความศรัทธา อำนวยความสะดวกในการปฏิบัติทางจิตวิญญาณและวัฒนธรรมให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น จัดให้มีหนังสือสวดมนต์ อุปกรณ์สำหรับกรวดน้ำ

7. สนับสนุนทางอารมณ์ทีมสุขภาพ ได้แก่ การบริหารจัดการบุคลากรในการดูแลเพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล มีการวางแผนและเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย มีช่องทางในการขอความช่วยเหลือหรือขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ตลอดเวลาเมื่อมีความต้องการ หรือปัญหาเกี่ยวกับการดูแลมีความซับซ้อน

สรุป

การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำเป็นต้องมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตาย การพัฒนานุเคราะห์เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และทักษะการสื่อสารในการดูแลในระยะสุดท้าย และการจัดสภาพแวดล้อมหรือพื้นที่เฉพาะสำหรับการช่วยฟื้นคืนชีพ ห้องให้ข้อมูลญาติ และห้องสำหรับผู้ป่วยใกล้ตายที่เหมาะสมและเอื้อต่อการตายอย่างสงบ

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ตัวชี้วัดการดูแลแบบประคับประคอง*. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติกร นิลมานัต. (2555). *การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต*. สงขลา: นครินทร์: ชานเมืองการพิมพ์.
- ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. (2559). [ข้อมูลการให้บริการตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล (Service Profile)]. มปท.
- ทองทิพย์ พรหมศร, สุดารัตน์ สิทธิสมบัติ และอัจฉรา สุคนธรรพ์. (2551). *การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, บัณฑิตวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2548). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 12(1), 31-39.
- ภูซังค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. (2550). *Psychiatric assessment and management in palliative care ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care improving care of the dying)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์.
- นันทวัน บุญยะประภัศร. (2542). *สมุนไพรพื้นบ้าน*. บริษัทประชาชน, กรุงเทพฯ.
- วราภรณ์ คงสุวรรณ, กิตติกร นิลมานัต, และเยาวรัตน์ มัชฌิม. (2557). อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตใกล้ตายที่ห้องฉุกเฉิน: ประสพการณ์ของพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์*, 34(3), 97-108.
- สภาการพยาบาล. (2558). *Development of Palliative Care in Thailand : Present and Future*. สืบค้นจาก http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dmsweb_v2_2 / Seminar/ Palliative_Care_and_Hospice_Care/data/02_26032558.pdf
- สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาระโซ และสุวิริยา สุวรรณโคตร. (2556). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย : มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล*. วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม: สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- Abu Hasheesh, M. O., AboZeid, S.A., El-Zaid, S.G., & Alhujaili, A. D. (2013). Nurses' characteristics and their attitudes toward death and caring for dying patients in a public hospital in Jordan. *Health Science Journal*, 7(4), 384-394.
- Bailey, C., Murphy, R., & Porock, D. (2011). Professional tears: Developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal of clinical nursing*, 20(23-24), 3364-3372.
- Barbera, L., Taylor, C., & Dudgeon, D. (2010). Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life?. *Canadian Medical Association Journal*, 182(6), 563-568.
- Clarke, E. B., Curtis, J. R., Luce, J. M., Levy, M., Danis, M., Nelson, J., & Solomon, M. Z. (2003). Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 31(9), 2255-2262. doi:10.1097/01.ccm.0000084849.96385.85
- Emanuel, L. L., von Gunten, C. F., & Ferris, F. D. (2000). Gaps in end-of-life care. *Archives of Family Medicine*, 9(10), 1176-1180.

- Emergency Nurses Association. (2008). *Competencies for nurse practitioners in emergency care*. Emergency Nurses Association, Des Plaines, Ill, USA. Retrieve from http://aaenpnatl.org/images/downloads/Practice/compsforpnpsinemergencycarefinal_ena.pdf.
- Le Conte, P., Riochet, D., Batard, E., Volteau, C., Giraudeau, B., Arnaudet, I., . . . Potel, G. (2010). Death in emergency departments: A multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Medicine*, 36(5), 765-772. doi:10.1007/s00134-010-1800-1
- McCaig, L. F., & Nawar, E. W. (2006). National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2004 emergency department summary. *Advance Data*, 372, 1-29.
- Mierendorf, S. M., & Gidvani, V. (2014). Palliative Care in the Emergency Department. *The Permanente Journal*, 18(2), 77-85. doi:10.7812/TPP/13-103
- Nilmanat, K., & Phungrassami, T. (2006). Status of end of life care in Thailand. *UICC World Cancer Congress*. (pp. 8-12).
- Prompahakul, C. Nilmanat, K. & Kongsuwan, W. (2011). Nurses' Caring Behaviors for Dying Patients in Southern Thailand. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(2), 147-158.
- Penman, J., Oliver, M., & Harrington, A. (2009). Spirituality and spiritual engagement as perceived by palliative care clients and caregivers. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 29.
- Quest, T., Herr, S., Lamba, S., & Weissman, D. (2013). Demonstrations of clinical initiatives to improve palliative care in the emergency department: A report from the IPAL-EM Initiative. *Annals of Emergency Medicine*, 61(6), 661-667.
- World Health Organization. (1996). *Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes (Vol. 2)*: World Health Organization. Retrieve from [https://books.google.co.th/books?hl=en&lr=&id=3hVf8Ewh8xUC&oi=fnd&pg=PA2&dq=Cancer+control:+knowledge+into+action:+WHO+guide+for+effective+programmes+\(Vol.+2\)&ots=a7DCUw9ZWk&sig=RDQ1YdIKNXTtT9iZVf62M2bPgus&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.th/books?hl=en&lr=&id=3hVf8Ewh8xUC&oi=fnd&pg=PA2&dq=Cancer+control:+knowledge+into+action:+WHO+guide+for+effective+programmes+(Vol.+2)&ots=a7DCUw9ZWk&sig=RDQ1YdIKNXTtT9iZVf62M2bPgus&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false).

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่โดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง:
การบูรณาการแนวคิดของโอเร็มและแนวคิดการมีส่วนร่วมของดันสต์และทริเวตต์
Nurses' role in caring for children with cleft lip /palate by family-centered care:
The integration of Orem self-care and the participation by Dunst and Trivette

อุษารักษ์ โกลิหนึ่ง*

บทคัดย่อ

เด็กปากแหว่งเพดานโหว่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการช้ากว่าเด็กปกติ เนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ จากความลำบากในการดูด เคี้ยวและกลืน หรืออาจมีสำลักนม อาหาร ทำให้เกิดการติดเชื้อในหูชั้นกลางเรื้อรัง มีปัญหาในการได้ยิน ส่งผลกระทบต่อการสื่อสารและมีปมด้อยในการเข้าสังคม การดูแลอย่างใกล้ชิดของครอบครัวเพื่อทำการประเมินและตอบสนองต่อความต้องการตามระยะพัฒนาการและภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพมีความจำเป็น ระบบการพยาบาลที่สนับสนุนและส่งเสริมครอบครัวให้สามารถดูแลบุคคลในภาวะพึ่งพาตามแนวคิดของโอเร็ม และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสมาชิกในครอบครัวตามแนวคิดของดันสต์และทริเวตต์ จึงมีความสำคัญต่อการสนับสนุนครอบครัวให้สามารถดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ได้ถูกต้องและเหมาะสม

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล/ ปากแหว่งเพดานโหว่/ ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

Abstract

Cleft lip and cleft palate are birth abnormalities of the mouth and lip causing child's delayed development and failure to thrive. Child development may be interrupted by malnutrition and otitis media. The former causes by difficulty in sucking and swallowing of milk, the latter is due to aspiration which impacts the hearing, communication and social skill in children. Addressing a proper child development in children with cleft lip and cleft palate by incorporating family support is the critical purpose to support the child's self-care requisite according to Orem Self-care theory and Dunst and Trivette's the Family-Centered Care concepts. Therefore, family-centered care to promote child development in children with cleft lip and cleft palate should be included family empowerment, offering treatment and caring choice and supporting collaborative relationship between parents and healthcare professional.

Key words: nurses' role/ cleft lip and cleft palate/ family-centered care

* Corresponding author, อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

บทนำ

ปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความผิดปกติหรือความพิการของใบหน้า ริมฝีปาก ฐานจมูกและเพดานปาก โดยปากอาจแหว่งเพียงข้างเดียวหรือสองข้างหรืออาจมีเพดานโหว่ร่วมด้วย จึงส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม จากรายงานสถานการณ์ในแถบเอเชียพบจำนวนเด็กปากแหว่งเพดานโหว่มากกว่าในอเมริกาและยุโรปประมาณ 1.5 ถึง 2 เท่าตามลำดับ (ทัศนีย์ อรรถารส, 2555; ทัศนีย์ ประสภกิตติคุณ, 2558) สำหรับประเทศไทยพบเด็กปากแหว่งเพดานโหว่เฉลี่ย 2.49 คน ในเด็กแรกเกิดมีชีวิต 1,000 คน (Puthilukul, 2015) สาเหตุไม่ทราบแน่ชัด คาดว่าน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการม้วนพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม โดยสาเหตุที่พบบ่อยคือเกิดจากความล้มเหลวในขณะที่เป็นตัวอ่อนในครรภ์มารดา ระหว่างอายุครรภ์ที่ 4-12 สัปดาห์ (Mossey, Little, Munger, Dixon, & Shaw, 2009) ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความผิดปกติของโครงสร้างในช่องปากและฐานจมูก ส่งผลให้มีความยากลำบากในการดูด เคี้ยวและกลืน เด็กปากแหว่งเพดานโหว่จึงได้รับสารอาหารไม่เพียงพอและเสี่ยงต่อการสำลักนมและอาหาร ทำให้การเจริญเติบโตช้ากว่าเด็กปกติ (กิตติลักษณ์ จุลลัษเฐียร, 2560; เบญจมาศ พระธานี, 2559) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางด้านภาษาและภาวะจิตสังคม กล่าวคือ เด็กปากแหว่งเพดานโหว่เวลาพูดเสียงจะขึ้นจมูก พูดไม่ชัด หรือเป็นหูน้ำหนวกจากการสำลักอาหารและติดเชื้อในหูชั้นกลางเรื้อรังทำให้มีปัญหาในการได้ยิน ส่งผลกระทบต่อการสื่อสาร ทำให้เด็กอายที่จะพูดคุยและไม่อยากพูด มีปมด้อยในการเข้าสังคม ไม่ยอมเล่นกับเพื่อน และไม่ยอมไปโรงเรียน (Prathanee, Thanawiratananit & Thanawiratananit, 2013) จากงานวิจัยบทบาทของผู้ปกครองในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ของเบญจมาศ พระธานีและอุษาศ โภทินัง พบว่าเด็กปากแหว่งเพดานโหว่มากกว่าร้อยละ 70 ไม่ยอมเล่นกับเพื่อนและไม่ยอมไปโรงเรียน (Prathanee & Thanawiratananit, 2016)

การเจ็บป่วยและขั้นตอนการรักษาเด็กปากแหว่งเพดานโหว่มีความซับซ้อน ต้องใช้เวลาในการรักษานาน และได้รับการผ่าตัดหลายครั้ง เริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 21 ปี (เบญจมาศ พระธานี, 2557) การดูแลรักษาเด็กปากแหว่งเพดานโหว่แบ่งได้ 2 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด โดยระยะก่อนผ่าตัดนับตั้งแต่แรกเกิดถึง 3 เดือน จำเป็นต้องได้รับการดูแลตามความต้องการเพื่อการเติบโตตามพัฒนาการ การได้รับน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่วนระยะหลังผ่าตัดแบ่งเป็น ระยะหลังผ่าตัด 7 วันแรก หลักการดูแลคือการป้องกันภาวะแผลแยกและติดเชื้อ และระยะพักฟื้นเป็นระยะที่แผลหายแล้วแต่ยังคงหลงเหลือร่องรอยของการผ่าตัดที่ริมฝีปาก อาจต้องการผ่าตัดตกแต่งแผลต่อไป ระยะนี้มีความสำคัญเรื่องการฝึกพูดและส่งเสริมการเข้าสู่สังคม โดยการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เด็กเกิดความเครียดและความวิตกกังวลจากการแยกจาก (separate anxiety) และการสูญเสียความสามารถในการควบคุมตัวเอง (loss of control) จากการอยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือสังคมที่เปลี่ยนไป (นงลักษณ์ จินตนาติก, 2558; Hockenberry & Wilson, 2015)

เป้าหมายของบทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ คือ การดูแลให้เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ร่วมกับการจัดการความผิดปกติและความพิการ การวางแผนการพยาบาลสำหรับเด็กปากแหว่งเพดานโหว่จึงต้องคำนึงถึงความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ และวิธีการพยาบาลในการส่งเสริมและสนับสนุนครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ให้ได้รับการดูแลที่ครบถ้วนตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยใช้แนวคิดการดูแลบุคคลในภาวะพึ่งพาของตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2010; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) และแนวคิดให้ครอบครัวมีส่วนร่วมของดันและทริเวตต์ (Dunst & Trivette, 1996)

เนื้อหา

ความต้องการการดูแลที่จำเป็นของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

แนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2010; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) สนับสนุนให้ดูแลบุคคลในภาวะพึ่งพาตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (self-care requisite) 3 อย่าง คือ การดูแลตามความต้องการการดูแลโดยทั่วไป (universal self-care requisites) การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (development self-care requisites) และการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (health deviation self-care requisites) เด็กปากแหว่งเพดานโหว่ถือเป็นภาวะพึ่งพา โดยเฉพาะเด็กแรกเกิดและเด็กเล็ก ซึ่งครอบครัวมีส่วนสำคัญมากในการดูแลตามความต้องการที่จำเป็นจึงมีความสำคัญมากต่อการดำรงชีวิต การเจริญเติบโตและพัฒนาการ ดังนี้

1. การดูแลตามความต้องการการดูแลโดยทั่วไปและการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ได้แก่

1.1 สารอาหาร เนื่องจากเด็กปากแหว่งเพดานโหว่มีความลำบากในการรับประทานอาหาร เป็นสาเหตุให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอและอาจเป็นโรคขาดสารอาหารได้ (บวรศิลป์ เชาวนชื่นและคณะ, 2554) ดังนั้นครอบครัวจึงจำเป็นต้องดูแลให้เด็กปากแหว่งเพดานโหว่ได้รับอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะในช่วงขวบปีแรกเด็กปากแหว่งเพดานโหว่มีความต้องการพลังงานประมาณ 100 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน (อรุณศรี บุญนาค, 2558; กัลยา นาคเพ็ชร, 2555) ซึ่งเด็กสามารถรับได้จากนมแม่ สำหรับเด็กโตอายุมากกว่า 1 ปีถึงวัยรุ่น จำเป็นต้องได้รับพลังงานประมาณ 1,000 กิโลแคลอรี/วัน รวมถึงวิตามินและแร่ธาตุบางชนิด เช่น สังกะสี แคลเซียม แมกนีเซียม ไอโอดีน และธาตุเหล็ก (อรุณศรี บุญนาค, 2558) การได้รับอาหารครบ 5 หมู่และพลังงานที่เพียงพอ จะช่วยให้เด็กมีการเจริญเติบโตสมวัย มีภูมิคุ้มกันต้านทานต่อโรคและไม่ติดเชื้อง่าย (บวรศิลป์ เชาวนชื่นและคณะ, 2554)

1.2 อากาศ จากการที่เด็กปากแหว่งเพดานโหว่มีความผิดปกติของปาก ฐานของจมูกและกระดูกแอลวีโอรา (alveolar bone) เป็นร่องแหวนหายไป ทำให้มีลมรั่วออกมาทางจมูก หายใจไม่สะดวก จึงควรอยู่ในอากาศที่ถ่ายเทสะดวกและหลีกเลี่ยงควันบุหรี่เพราะเด็กอาจหายใจไม่ทันและสำลักได้ (Prathanee, 2002)

1.3 ป้องกันการติดเชื้อ เด็กปากแหว่งเพดานโหว่มักมีปัญหาเรื่องการสำลักง่าย จึงเกิดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนล่างและช่องหูชั้นกลาง (เบญจมาศ พระธานี, 2559) ทำให้เด็กมีภาวะปอดอักเสบและหูน้ำหนวกซึ่งอาจทำให้สูญเสียการได้ยิน ดังนั้นครอบครัวต้องส่งเสริมให้เด็กดูดนมมารดาให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ การดูดนมจากเต้ามารดาช่วยป้องกันการสำลักได้ดี โดยผลวิจัยของพรเพ็ญ ปทุมวิวัฒนาและคณะ (Pathumwiwatana, Tongasukho, Naratippakorn, Praduwong & Chusilp, 2010) พบว่าเทคนิคการปรับท่าอุ้มและการประคองเต้า สามารถช่วยให้เด็กปากแหว่งเพดานโหว่ดูดนมมารดาจากเต้าได้สำเร็จ รวมทั้งช่วยป้องกันการสำลักและท้องอืด แต่ถ้าเด็กไม่สามารถดูดนมแม่ได้ ควรใช้เทคนิคการจัดท่าอุ้มเด็กให้ศีรษะสูง 45 องศาระหว่างดูดนม และใช้ขวดนมแบบพิเศษที่เป็นพลาสติกอ่อนสามารถบีบช่วยให้น้ำนมไหลพร้อมทั้งใช้จุกนมยาวและมีรูกว้างขึ้น หรืออาจใช้ช้อนหรือใช้ syringe ป้อนนม โดยหยดลงบริเวณกระพุ้งแก้มด้านในเพื่อให้นมไหลลงไปโดยไม่ต้องดูดหรือดูดน้อยที่สุด หรืออาจให้ทันตแพทย์ประเมินการใช้เพดานเทียมเพื่อปิดเพดานที่โหว่ การใส่เพดานเทียมจะช่วยให้การดูดนมมีประสิทธิภาพมากขึ้น ข้อสำคัญคือมารดาต้องล้างทำความสะอาดเพดานเทียมก่อนและหลังใส่ทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมา เช่น ติดเชื้อทางเดินอาหาร (อรุณศรี บุญนาคและคณะ, 2558)

1.4 การส่งเสริมพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว (motor development) เป็นความสามารถของร่างกายในการเคลื่อนไหว การทรงตัวของกล้ามเนื้อเล็กและกล้ามเนื้อใหญ่ (ฉันทิกา จันทรและยุวดี

พงษ์สาระนั้นทุกุล, 2558) เด็กปากแหว่งเพดานโหว่ควรได้รับการส่งเสริมพัฒนาการและการออกกำลังกายให้เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย เช่น วัยทารกควรส่งเสริมการเคลื่อนไหวโดยการเปลี่ยนท่านอนบ่อยๆ ส่งของเล่นให้หัดคว้า หัดกำ เมื่อเข้าสู่วัยหัดเดินกระตุ้นให้ก้าวเดินโดยการจูง 2 มือ หลังจากนั้นจูงมือข้างใดข้างหนึ่ง (ฉันทิกา จันทรเปี้ย, 2558) เด็กเข้าสู่วัยก่อนเรียนควรส่งเสริมให้วิ่งเล่นและการออกกำลังกาย เพื่อช่วยพัฒนากล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวและด้านจิตสังคม (psychosocial development) ทฤษฎีจิตสังคมของอีริกสัน (Erikson's theory psychosocial) ได้อธิบายว่าการเล่นของเด็กเป็นการเรียนรู้การเข้าสังคม ทำให้เด็กมีพัฒนาการ เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และความรู้สึกผิด (initiative & guilt) (ฉันทิกา จันทรและคณะ, 2558)

2. การดูแลที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ

เนื่องจากเด็กปากแหว่งเพดานโหว่มีความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด ทำให้บิดามารดาหรือบุคคลในครอบครัวรู้สึกตกใจ เสียใจและสับสน ขณะเดียวกันก็มีความต้องการที่จะแสวงหาความช่วยเหลือและสถานที่รักษา สอดคล้องกับผลการศึกษาของเบญจมาศ พระธานี (Prathanee & Thohinung, 2016) พบว่าการแสวงหาสถานที่รักษาเป็นสิ่งที่ผู้ปกครองต้องการมากที่สุด รองลงมาคือค่าใช้จ่ายในการรักษา เมื่อได้สถานที่รักษาความต้องการที่จำเป็นขั้นต่อไป คือการได้รับการการรักษาโดยการผ่าตัด การดูแลที่จำเป็นเมื่อต้องทำการผ่าตัดหรือมีภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ดังนี้

2.1 ก่อนผ่าตัด

2.1.1 ความต้องการอาหาร ในขวบปีแรกของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่มีความต้องการอาหาร น้ำ อากาศและการพักผ่อนให้เพียงพอเพื่อทำการผ่าตัด การเตรียมร่างกายเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ก่อนการผ่าตัดโดยยึดหลักตามกฎเกิน 10 (rule of over ten) ซึ่งประกอบด้วย อายุ 10 สัปดาห์ น้ำหนัก 10 ปอนด์ และฮีโมโกลบิน (hemoglobin) 10 กรัม/เดซิลิตรขึ้นไป เพื่อความปลอดภัยของเด็กระหว่างการวางยาสลบ (เบญจมาศ พระธานี, 2559) และการส่งเสริมให้เด็กมีภาวะโภชนาการที่ดี ช่วยให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อได้ (สุตารัตน์ สุวรรณเทวะคุปต์, 2558)

2.1.2 ความต้องการน้ำร้อยละ 75-80 ของน้ำหนักตัว ดังนั้นเด็กปากแหว่งเพดานโหว่โดยเฉพาะอายุมากกว่า 6 เดือน จำเป็นต้องดูแลให้เด็กได้รับน้ำให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จะช่วยการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงทั่วร่างกายได้ดีและช่วยขนส่งสารอาหารให้เซลล์ต่าง ๆ ส่งผลให้ผิวหนังชุ่มชื้นร่างกายสดชื่น ช่วยรักษาสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย กรณีมีบาดแผลสามารถช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น (Hormniain, 2014)

2.1.3 ต้องการดูแลทางด้านจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวลจากการแยกจากและการสูญเสียความสามารถในการควบคุมตัวเอง เช่น วัยทารกเป็นวัยที่ต้องการดูแลอย่างใกล้ชิดต้องพึ่งพาผู้ใหญ่ในทุกด้าน โดยอยู่ในช่วงกลัวคนแปลกหน้าและเรียนรู้จากการสัมผัส ความต้องการในช่วงนี้คือการกอดและอุ้ม (ฉันทิกา จันทรเปี้ย, 2558) ส่วนเด็กโตเป็นวัยที่เด็กต้องการข้อมูล การให้ข้อมูลต่างๆ ต้องให้เหมาะกับช่วงวัยและเปิดโอกาสให้เด็กมีส่วนร่วมในการรักษา หรือให้โอกาสได้เลือกกิจกรรมบางอย่างด้วยตนเองตามวัย สามารถช่วยให้เด็กร่วมมือในการรักษาทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ถูกต้องและดีขึ้น (สุตารัตน์ สุวรรณเทวะคุปต์, 2558)

2.2 หลังผ่าตัด

2.2.1 การดูแลป้องกันแผลแยกและติดเชื้อ หลังจากเด็กได้รับการผ่าตัด ผู้ปกครองต้องดูแลเด็กหลังผ่าตัดเป็นระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 หลังผ่าตัด 7 วันแรก เด็กมีความเสี่ยงต่อภาวะแผลแยกและติดเชื้อ ระยะนี้ต้องยึดตรึงข้อศอกเด็กทั้ง 2 ข้างเพื่อป้องกันเด็กเอามือใส่ปาก ผู้ปกครองควรมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กดังนี้ 1) ทำการห่อตรึงและต้องคลายออกทุก 1-2 ชั่วโมง นาน 10-15 นาที 2) ป้อนนมโดยใช้ช้อนหรือ

syringe และห้ามดูดนมขวดและนมมารดาประมาณ 1 เดือนหลังผ่าตัด (Hockenberry & Wilson, 2015) 3) อุ้มสัมผัส กอดและตอบสนองความต้องการของเด็ก เพื่อไม่ให้เด็กร้องไห้และป้องกันแผลแยก 4) ดูแลความสะอาด และทำการล้างมือก่อนและหลังดูแลเด็ก 5) พามาตรวจตามนัดทุกครั้ง ส่วนระยะที่ 2 ระยะพักฟื้น ระยะนี้แผลผ่าตัดหายแล้วเด็กสามารถรับประทานอาหารหรือดูดนมได้ตามปกติ หลงเหลือแต่ร่องรอยของการผ่าตัดที่ริมฝีปาก ผู้ปกครองควรเห็นความสำคัญของการผ่าตัดตบแต่งแผลเมื่อเด็กอายุมากขึ้น โดยเฉพาะเด็กที่มีปัญหาเพดานโหว่ต้องมาซ่อมแซมตามแพทย์นัด ถ้าปล่อยไว้จะทำให้เด็กมีปัญหา ของใบหน้าผิดปกติ รูปหูไม่ชัด และไม่ยอมเข้าสังคม (บวรศิลป์ เชาวันชื่นและคณะ, 2554)

2.2.2 การฝึกพูด เป็นสิ่งที่จำเป็นมากสำหรับเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ เนื่องจากเด็กจะมีปัญหาการพูดช้ากว่าปกติและมีพัฒนาการทางด้านภาษาช้ากว่าวัย (เบญจมาศ พระธานี, 2557) ส่วนหนึ่งเกิดจากความบกพร่องของเพดานอ่อน เวลาพูดเสียงจะขึ้นจมูกทำให้เด็กพูดไม่ชัด ครอบครัวต้องส่งเสริมและช่วยในการฝึกพูดโดยนักแก้ไขการพูดของโรงพยาบาลและครอบครัวควรร่วมฝึกด้วย เพื่อให้ครอบครัวสามารถกลับมาฝึกที่บ้านและมีการประเมินเป็นระยะจนเด็กมีอายุ 6 ปี และจนกว่าการใช้ภาษาจะดีขึ้น (Prathanee et al, 2013)

บทบาทพยาบาลในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่โดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

จากการที่เด็กปากแหว่งเพดานโหว่เป็นภาวะพิการและจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวในทุกด้าน ทั้งด้านการดูแลโดยทั่วไป การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นเรื่องยากและระยะยาว พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเตรียมครอบครัวให้สามารถดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ได้อย่างปกติสุขได้ บทบาทหลักของพยาบาลในการช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ให้ได้รับการตอบสนองตามความจำเป็น ดังนี้

1. การประเมิน การประเมินความสามารถของบุคคลในครอบครัวในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (Orem, 2010; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ได้แก่

1.1 ประเมินความสามารถขั้นพื้นฐาน เป็นขั้นที่สำคัญมาก

1.1.1 การรับรู้ความต้องการของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่แต่ละช่วงวัย

1.1.2 การรับรู้เหตุการณ์ต่างๆในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ เพื่อสนับสนุนให้เด็กใช้ชีวิตได้เหมือนเด็กปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด เช่น การรับรู้ถึงวันและเวลาที่แพทย์นัด และรู้วิธีการกระตุ้นเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ให้เด็กมีกิจกรรมร่วมกับเด็กอื่นตามวัย ตามสถานที่และวันเวลาที่เหมาะสม

1.1.3 ความตั้งใจและห่วงใยที่จะดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ในการใช้ชีวิตประจำวัน เรื่องการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การดูแลความสะอาดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

1.1.4 การบริหารจัดการตัวเองในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ที่อยู่ในความดูแล

1.2 ประเมินพลังความสามารถ เป็นลักษณะของพลังที่เชื่อมการรับรู้กับพฤติกรรมในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ที่อยู่ในความรับผิดชอบ ตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งหายจากโรคและใช้ชีวิตได้เหมือนเด็กปกติทั่วไป ประกอบด้วยพลังความสามารถใน 10 เรื่อง คือ

1.2.1 การสนใจและเอาใจใส่

1.2.2 พลังงานในร่างกายในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.2.3 ควบคุมส่วนต่างๆของร่างกายให้สามารถทำงานได้

1.2.4 ใช้เหตุผลในการดำเนินชีวิตประจำวัน

1.2.5 แรงจูงใจ

1.2.6 ทักษะในการตัดสินใจ

1.2.7 การแสวงหาความรู้

1.2.8 ทักษะการใช้กระบวนการความคิดและสติปัญญา

1.2.9 ดูแลบุคคลที่อยู่ในความพึงพอใจอย่างเป็นระบบ เช่น ความเพียงพอและเหมาะสมของการได้รับอาหาร อากาศ น้ำ การรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

1.2.10 การดำเนินชีวิตได้อย่างต่อเนื่อง

1.3 ประเมินการปฏิบัติดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ 3 ประการ คือ

1.3.1 การคาดการณ์ (estimative) คือความสามารถของผู้ดูแลในการประเมินสถานการณ์และสภาพแวดล้อม เช่น ประเมินสภาพจิตใจและความต้องการของเด็ก

1.3.2 การปรับเปลี่ยน (transitional) คือความสามารถในการตัดสินใจ เช่น การใส่เพดานเทียม และการผ่าตัด

1.3.3 การลงมือปฏิบัติ (productive operation) คือความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ เช่น การดูแลให้ได้รับประทานอาหาร การฝึกพูด และการป้องกันการอักเสบของหู

2. การช่วยเหลือหรือส่งเสริมครอบครัวให้สามารถดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

2.1 การช่วยเหลือและส่งเสริมครอบครัวในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลตามผลการประเมินความสามารถของบุคคลในครอบครัวในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่หรือตามระดับความต้องการการสนับสนุนในดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; จันทรเพ็ญ สันตวาจา, 2548)

2.1.1 การทำให้หรือทำแทน พยาบาลทำหน้าที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการในการดูแลผู้ป่วย/ครอบครัว โดยต้องแจ้งข้อมูลให้ผู้ป่วย/ครอบครัวทราบก่อนว่าจะทำอะไรอย่างไร

2.1.2 การชี้แนะ พยาบาลทำหน้าที่ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวให้สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

2.1.3 การสนับสนุน พยาบาลทำหน้าที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

2.1.4 การสอน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วย/ครอบครัวได้รับความรู้ หรือทักษะจึงถือว่าการสอนเป็นสิ่งสำคัญมากในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง หรือดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา

2.1.5 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา เป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม เช่น เปิดโอกาสให้ได้พูดคุยกับผู้ป่วยคนอื่น

2.2 การส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยใช้แนวคิดของดันและทริเวทย์ (Dunst & Trivette, 1996; Sherwindt, 2008; Noipong, Prasopkittikun & Nookong, 2012) ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 ด้าน ดังนี้

2.2.1 การสร้างความมั่นใจ พยาบาลต้องแสดงออกเป็นรูปธรรมด้วยการพูดคุยทักทาย แสดงท่าทางที่ตั้งใจ ห่วงใยและจริงใจในการให้ความช่วยเหลือ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้ซักถามหรือระบายความรู้สึก พร้อมให้กำลังใจและคำแนะนำด้านต่างๆ การสื่อสารที่ช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง

พยาบาลกับครอบครัวด้วยการใช้คำถามที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป มีหลักการคือ (ทัศนีย์ ประสภกิตติคุณ, 2555)

2.2.1.1 การสร้างบรรยากาศความห่วงใยด้วยคำถามปลายเปิด เช่น วันนี้น้องเป็นอย่างไรบ้างคะ น้องสบายดีไหมคะ

2.2.1.2 ใช้คำถามตรงๆถึงความคาดหวังที่ครอบครัวมีต่อพยาบาล เช่น คุณแม่คิดว่าวันนี้น้องพยาบาลจะช่วยดูแลน้องอย่างไรได้บ้างคะ

2.2.1.3 ใช้คำถามเพื่อหยุดการรับรู้ของครอบครัวที่มีต่อบุตร เช่น คุณพ่อคิดว่าวันนี้น้องเป็นอย่างไรบ้างคะ การได้ข้อมูลจากการตอบคำถามนี้นอกจากสร้างความมั่นใจและยังได้ประเมินการรับรู้ข้อมูลว่าได้รับรู้ข้อมูลถูกหรือผิดเพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือในด้านอื่นๆต่อไปได้

2.2.1.4 การกระตุ้นให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ด้วยการให้ผู้ปกครองบอกถึงสิ่งที่ต้องการทำหรือให้พยาบาลทำให้ เช่น คุณแม่ต้องการเข้ามาดูแลน้องในห้องนี้ไหมคะ หรือ คุณแม่มีความต้องการส่วนตัวอะไรที่จะทำให้น้องไหมคะ

2.2.2 การส่งเสริมทางเลือกให้ครอบครัว พยาบาลต้องให้กำลังใจพร้อมให้ข้อมูลการรักษาในแต่ละขั้นตอนรวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาและสถานที่ที่สามารถรักษาเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ได้ เพื่อเป็นข้อมูลให้ครอบครัวได้ร่วมกันตัดสินใจและวางแผนในการดูแลเด็ก (Prathanee & Thohinung, 2016)

2.2.3 การให้ครอบครัวมีส่วนร่วม พยาบาลต้องทำงานร่วมกับครอบครัวในลักษณะที่ประสานประโยชน์ร่วมกันและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างพยาบาลกับครอบครัว พยาบาลควรจัดกิจกรรมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมใน 3 ด้าน คือ การได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยของเด็กจากพยาบาลหรือทีมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ และการเข้ามามีส่วนร่วมของครอบครัว ในกิจกรรมการพยาบาล ครอบครัวจะได้รับความรู้ คำแนะนำและการสาธิตพร้อมการฝึกทักษะในการทำกิจกรรมการพยาบาลให้กับเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ เช่น การป้อนนม อาหารและยาทางปาก การดูแลความสะอาด และการส่งเสริมพัฒนาการในแต่ละช่วงวัย

สรุป

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ตามแนวคิดการดูแลบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบหรือในภาวะพึ่งพาของโอริเอมและการส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางต้นและทวีเวทย์ เริ่มจากการประเมินความต้องการ ด้านการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลที่จำเป็นตามพัฒนาการและการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ โดยครอบครัวควรได้รับการประเมินความสามารถในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ รวมถึงได้รับการสนับสนุนตามระดับความต้องการ การสนับสนุนในดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา จากนั้นครอบครัวควรมีส่วนร่วมในรูปแบบของกิจกรรมการพยาบาลที่เริ่มจากการสร้างความมั่นใจให้ครอบครัว ส่งเสริมทางเลือกและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่างๆเพื่อให้ครอบครัวสามารถดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยหรือใกล้เคียงมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

กัลยา นาคเพ็ชร. (2555). การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาและเมตาโบลิสม: การพยาบาลเด็กวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. (หน้า 57-128). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- กิตติลักษณ์ จุลละฐีธร. (2560). ปัญหาจากภาวะปากแหว่งเพดานโหว่. [cited 2017 March 12]. Available from baby.haijai.com/.
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา อภิญญา เพียรพิจารณ์ รัตนารณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. (2548). แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีและกระบวนการ พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1นนทบุรี: โรงพิมพ์พิมพ์ลักษณ์.
- ฉันทิกา จันทร์ ยูวดี พงษ์สาระนันท์กุล. (2558). การเจริญเติบโตและพัฒนาการ: การพยาบาลเด็กเล่ม 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.(หน้า 1-61). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน.
- ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ. (2558). แนวคิดที่สำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก: การพยาบาลเด็กคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน.
- ทัศนีย์ อรรถารส. (2555). มโนทัศน์การพยาบาลเด็ก: การพยาบาลเด็กวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ จินตนาติล. (2558). เด็กที่เข้ารับการรักษารในโรงพยาบาล: การพยาบาลเด็กคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (หน้า 237-249). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน.
- เบญจมาศ พระธานี. (2557). ปากแหว่งเพดานโหว่: ปัญหาทางการพูดและการรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพ. (หน้า3-26). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เบญจมาศ พระธานี. (2559). ปากแหว่งเพดานโหว่. [cited 2017 March 12]. Available from <http://haamor.com/th>.
- บวรศิลป์ เชาวนชื่น เบญจมาศ พระธานี สุธีรา ประดับวงศ์. (2554). คู่มือผู้ปกครอง แนวทางการดูแลรักษา ผู้ที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
- สุดารัตน์ สุวรรณเทวะคุปต์. (2558). การพยาบาลเด็กก่อนและหลังผ่าตัด: การพยาบาลเด็กคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. (หน้า 237-249). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล.นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- อรุณศรี บุญนา. (2558). การสร้างเสริมโภชนาการในเด็ก: การพยาบาลเด็กคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (หน้า 63-73). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน.
- Dusnt CJ, Trivett CM. (1996). Empowerment, effective help giving practices and family-centered care. *Pediatric Nurse*. 22(4): 334-337
- Hockenberry M.J., Wilson D. (2015). *Wong's nursing Care of Infants and Children*. 10thed. St. Louis: Mosby.
- Hormnaim N. (2014). The Nursing Roles to Promote Wound Healing by Using Nutrition Principles. *Journal of the police nurse*, 6 (2): 236-249.
- Mossey P., Little J., Munger R., Dixon M., Shaw W. (2009). Cleft lip and palate. *Lancet*, 374: 1773-85.
- Noipong S., Prasopkittikun T., Nookong A. (2012). The effects of an empowerment program on self-efficacy in child care and satisfaction towards nursing service in mothers shoes children are undergoing orthopaedic surgery. *Journal of nursing science*, 30(3):36-45.
- Orem D.E. (2010). *Nursing concepts of practice*. (6thed.). St Louis: Mosby.

- Pathumwiwatana P., Tongsukho S., Naratippakorn T., Praduwig S., Chusilp K. (2010). The promotion of exclusive breastfeeding in infant with complete cleft and palate during the first 6 months after child birth at srinagarind hospital. J Med Assoc Thai, 93Suppl.4:S71-77.
- Prathanee B. (2002). Cleft lip-palate and craniofacial anomalies. 2nded. (p271-314). Khon Kaen: Siriphan Offset Publisher.
- Prathanee B., Thanawiratananit P., Thanawiratananit S.. (2013). Speech, Language, Voice, Resonance and Hearing Disorders in Patients with Cleft Lip and Palate. J Med Assoc Thai, 95 Suppl.11:S71-80.
- Prathanee B. & Thohinung U. (2016). Caregivers' role in caring for child with Cleft Lip /Palate. J Med Assoc Thai, 99 Suppl.5:S21-27.
- Puthilukul P. (2015). Caring Cleft Lip /Palate (CLP). [cited 2015 July 25]. Available from <http://www.healthcarethai.com4>.
- Shelton T., Terri L., Stepanek S., Jennifer S. (1994). Family-Centered Care for Children Needing Specialized Health and Developmental Services. 3thed. Bethesda, MD: Association for the Care of Children's Health.

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ Factors Influencing Compliance with Triage Protocol in Trauma Patients

อาจารย์ พรหมดี* ดร.ปฏิพร บุญพัฒน์กุล** พรศิริ กนกกาญจนะ***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับบริการที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 200 ราย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลพยาบาลคัดแยก และข้อมูลการคัดแยก วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติพรรณนา ไคสแควร์และการถดถอย พหุโลจิสติกส์

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ (81.5%) เมื่อวิเคราะห์แต่ละปัจจัยพบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 ได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ ยกเว้นผู้ป่วยกลุ่มอายุ มากกว่า 60 ปี (71.8%) ผู้ป่วยที่มีสาเหตุการบาดเจ็บจากพลัดตกหกล้ม (79.2%) และทำร้ายตนเอง/ถูกทำร้าย (78.0%) ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองจากพยาบาลที่มีประสบการณ์การคัดกรองมากกว่า 10 ปี (78.6%) และพยาบาลที่สอบไม่ผ่านในการสอบความรู้และการประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุ (75.4%) ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในช่วงเวลา 16.00-23.59 น. (75.7%) และช่วงที่มีสัดส่วนจำนวนพยาบาล 1 คนต่อจำนวนผู้ป่วยมากกว่า 10 คน (60.5%) โดยปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุ คือ ปัจจัยสัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วย ($p < 0.001$)

การจัดอัตรากำลังพยาบาลให้เหมาะสมกับภาระงานในห้องฉุกเฉิน เป็นการสนับสนุนการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ

คำสำคัญ: การปฏิบัติตาม/ แนวทางการคัดกรอง/ ผู้ป่วยอุบัติเหตุ

Abstract

A descriptive correlational design was used for this study. The objective was to determine factors influencing compliance with triage protocol in trauma patients who admitted at Faculty of Medicine Vajira Hospital from January 2015, 1 to December 2015, 31. The 200 trauma patients were eligible with purposive sampling. The research instruments were record forms for data of trauma patient, triage nurse and triage performance. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square and binary logistic regression.

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Results showed that most trauma patients received the compliance with triage protocol (81.5%). When considered each factors, most trauma patients received the compliance with triage protocol more than 80% except the older than 60 years (71.8%), fall/ assault/ harm themselves (79.2%), triage experience more than 10 years (78.6%), fail a trauma examination and assessment (75.4%), arrive between 4.00-11.59 pm (75.7%), and nurse patient ratio 1:>10 (60.5%). Factor influencing compliance with triage protocol in trauma patients was nurse to patient ratios ($p<0.001$).

Nursing personnel needed in emergency department should be managed according to actual workload for supporting compliance with triage protocol in trauma patients.

Keywords: compliance/ triage protocol/ trauma patients

บทนำ

อุบัติเหตุเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและทุพพลภาพอันดับต้นของประชากรโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าประชากรเสียชีวิตจากอุบัติเหตุสูงถึง 5,000,000 ราย/ปี โดยคาดว่าพ.ศ. 2030 จะเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 40 (Mathers & Joncar, 2005) สถานการณ์การเฝ้าระวังการบาดเจ็บพ.ศ.2548-2553 ในประเทศไทย รายงานผู้บาดเจ็บจากทุกสาเหตุจำนวน 939,584 รายและอัตราการป่วยตาย (case fatality rate) ร้อยละ 4.79 โดยสาเหตุของอุบัติเหตุจำแนกเป็นจากการชนส่งร้อยละ 47.31 พลัดตกหกล้มร้อยละ 16.51 อุบัติเหตุแรงเชิงกลวัตถุสิ่งของร้อยละ 14.64 ถูกทำร้ายด้วยวิธีต่างๆ ร้อยละ 9.54 และทำร้ายตนเองด้วยวิธีต่างๆ ร้อยละ 4.03 ช่วงเวลาที่เกิดการบาดเจ็บมากที่สุดคือ 15.00น. - 21.00น. (กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาการบาดเจ็บ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2556) โดยสถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุของประเทศไทยถูกจัดอยู่ในอันดับที่ 5 ของโลก (พิมพ์ภา เตชะกมลสุข, กาญจน์ย์ ด่านาคแก้ว และอนงค์ แสงจันทร์ทิพย์, 2553)

การเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงที่ห้องฉุกเฉินพบมากถึงร้อยละ 30 (Hasler, et al., 2011) ถ้าผู้ป่วยเหล่านี้มีสัญญาณชีพผิดปกติภายใน 15 นาทีเมื่อแรกรับที่ห้องฉุกเฉินจะมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพปกติถึง 3 เท่า (Merz, et al., 2011) แต่ถ้าผู้ป่วยอุบัติเหตุได้รับการประเมินและดูแลตามหลัก primary survey อย่างรวดเร็วโดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 5.2 นาที พบว่าอัตราการตายลดลงร้อยละ 91 (Spanjersberg, et al., 2009) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาของ Kim และคณะ (2012) พบว่าการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บที่ห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 35.2 เป็นการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ และร้อยละ 48.4 เกิดจากการตัดสินใจผิดพลาดในการประเมินและการจัดการ การคัดแยกถือเป็นปัจจัยแรกที่สำคัญ การไม่ปฏิบัติถูกต้องตามแนวทางหรือมีการจัดระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บต่ำกว่าเกณฑ์ (undertriage) จะยิ่งส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Ryb, Cooper & Waak, 2012)

การประเมินคัดแยก คือ หลักการพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นเพื่อให้ได้ข้อมูลอาการและประวัติการเจ็บป่วย นำมาซึ่งการตัดสินใจให้ระดับความเร่งด่วนที่ถูกต้องกับความต้องการการช่วยชีวิต การทำตามแนวปฏิบัติการคัดแยกถือเป็นการเริ่มกระตุ้นทีมในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ จากข้อมูลอาการ อาการแสดง กลไกการบาดเจ็บ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและกายวิภาคที่เกิดการบาดเจ็บ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและจัดการภาวะคุกคามชีวิตอย่างรวดเร็ว (Bressan, Frankin & Jowett, 2014) ส่งผลลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง (Considine, Charlesworth & Currey, 2014; Dehli et al., 2011) จากสถิติผู้ป่วยของตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

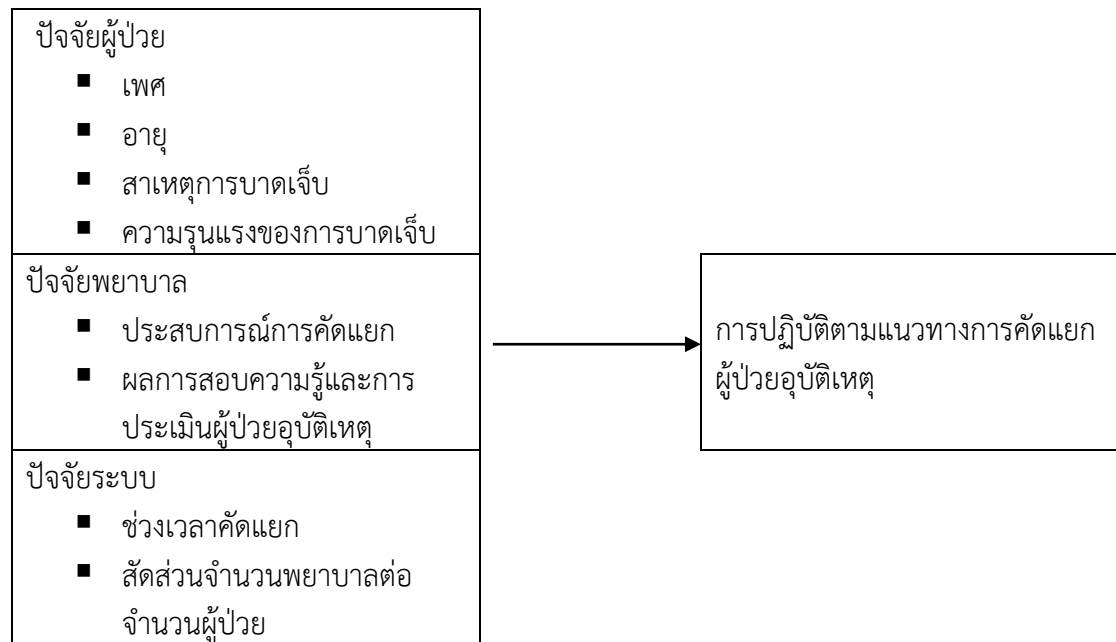
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล พ.ศ. 2556 – 2557 พบจำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการคัดแยกในระดับฉุกเฉินมาก (emergency) ถึงฉุกเฉินวิกฤต (resuscitation) เพิ่มขึ้น คือ 415 และ 705 รายต่อปี แม้ว่าตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉินจะมีแนวทางการคัดแยกและการเรียนการสอนเรื่องการประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุ แต่ยังพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกจนเกิดความเสี่ยงทางคลินิกต่อผู้ป่วยทุกปี การวิจัยครั้งนี้จึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เพื่อนำไปพัฒนาสมรรถนะของทีมงานพยาบาลและพัฒนากการคัดแยกให้มีประสิทธิภาพต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามแนวทางคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ ได้แก่ อายุ เพศ ประเภทอุบัติเหตุ และความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Fitzharris et.al., 2012; Nakahara et.al., 2010) โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุเฉลี่ย 37.4 ปี ได้รับการปฏิบัติตามแนวทางคัดแยกมากกว่าอายุเฉลี่ย 45.0 ปี ยิ่งอายุมากขึ้นยิ่งพบการปฏิบัติตามแนวทางคัดแยกน้อยลง โดยเฉพาะช่วงอายุมากกว่า 70 ปี มีอัตราการไม่ได้รับการปฏิบัติตามแนวทางคัดแยกมากที่สุดร้อยละ 41.8 และรองลงมาคือช่วงอายุ 50.0-69.9 ปี พบร้อยละ 27.2 (Fitzharris et.al., 2012) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Moore และคณะ (2012) พบว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปีที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะไม่ได้ถูกนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสมคือระดับ 1 และ 2 มากกว่าผู้ป่วยอายุ 16-64 ปี ผู้ป่วยเพศชายได้รับการปฏิบัติตามแนวทางคัดกรองมากกว่าเพศหญิง ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บจากของแหลมมีคมที่มแทง (penetrating injury) ได้รับการปฏิบัติตามแนวทางคัดแยกมากกว่าอุบัติเหตุจราจร และพลัดตกหกล้ม โดยกลุ่มอุบัติเหตุจราจรได้รับการปฏิบัติตามแนวทางคัดแยกมากกว่ากลุ่มพลัดตกหกล้ม (Fitzharris et.al., 2012) และผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของการบาดเจ็บมาก (injury severity score; ISS >16) มีโอกาสได้รับการคัดแยกต่ำกว่าเกณฑ์หรือไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติคัดแยกมากกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของการบาดเจ็บน้อยกว่า (ISS ≤15) (Nakahara et.al., 2010)

ปัจจัยพยาบาลและปัจจัยระบบส่งผลต่อความถูกต้องในการคัดแยกเช่นกัน ปัจจัยพยาบาลได้แก่ ประสิทธิภาพการคัดแยกและความรู้การคัดแยก โดยจำนวนปีของประสบการณ์การคัดแยกที่เพิ่มขึ้นและจำนวนชั่วโมงของการเรียนคัดแยกที่มากขึ้น ส่งผลให้ความถูกต้องในการคัดแยกมากขึ้น (Chen et.al., 2010) และทักษะการคัดแยกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับประสิทธิภาพการทำงาน ประสิทธิภาพการคัดแยก และความรู้การคัดแยก (Fathoni, Sangchan, & Songwathana, 2013) ปัจจัยระบบได้แก่ ช่วงเวลาการระดมความเร่งด่วนในการคัดแยก โดยพบว่าช่วงเวลา 6.00น.ถึง 12.00น. และช่วงเวลา 12.00น.ถึง 18.00น. ได้รับการปฏิบัติตามแนวทางคัดแยกน้อยกว่าช่วงเวลา 24.00น.ถึง 6.00 น. (Fitzharris et.al., 2012) ผลการศึกษาของ Wibulpolprasert และคณะ (2014) พบว่าช่วงเวลา 24.00น.ถึง 6.00 น.เป็นช่วงที่ไม่ค่อยมีภาวะคับคั่งในห้องฉุกเฉิน โดยมีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดและจำนวนผู้ป่วยที่นอนค้างมากกว่า 8 ชั่วโมงน้อยที่สุด ภาวะคับคั่งในห้องฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยต่อจำนวนพยาบาลในแต่ละช่วงเวลาปฏิบัติงาน ถ้าสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยมากกว่าเกณฑ์จำนวนพยาบาลที่กำหนดไว้ จะส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Cowan & Trzeciak, 2005) โดยมีผลกระทบโดยตรงต่อการปฏิบัติคัดแยกทำให้ผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินมากได้รับความล่าช้าในการรักษา (O'Connor, Gatien, Weir, & Calder, 2014) และมีผลต่อระยะเวลาการนอนค้างและรอคอยของผู้ป่วยที่ยาวนานขึ้น (Chan et.al., 2010)

การศึกษานี้จึงทำการศึกษาปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยผู้ป่วย ปัจจัยพยาบาล และปัจจัยระบบที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล (แผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์

ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง (retrospective chart review) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับบริการที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปีและรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากผลการวิจัยเรื่องการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติคัดแยกกระดูก่อนถึงโรงพยาบาลในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บในเขตเมือง (Fitzharris et.al., 2012) คือ 200 ราย สำหรับการศึกษาในกลุ่มที่ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติคัดแยกที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จากข้อมูลช่วงอายุที่มากกว่า 70 ปี ได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติคัดแยกน้อยมากที่สุดคือร้อยละ 77.1 เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงอายุ 0.0-4.9 ปี ที่ได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติคัดแยกร้อยละ 58.2 โดยกำหนดอำนาจการทดสอบและระดับนัยสำคัญทางสถิติกำหนดที่ 0.80 และ 0.05 ตามลำดับ (Lemeshow, Hosmer, Klar, & Lwanga, 1990) และป้องกันการสูญหายจากการติดตามร้อยละ 5

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลที่ได้การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา 0.90 จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 ท่าน แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สาเหตุการบาดเจ็บ และความรุนแรงของการบาดเจ็บ

1.1 เพศ ให้คะแนน 0 กรณีเพศหญิงและ คะแนน 1 กรณีเพศชาย

1.2 ช่วงอายุ ให้คะแนน 0 เมื่ออายุมากกว่า 60 ปี คะแนน 1 เมื่ออายุ 46-60 ปี คะแนน 2 เมื่ออายุ 31-45 ปี และคะแนน 3 เมื่ออายุน้อยกว่า 30 ปี

1.3 สาเหตุการบาดเจ็บ ให้คะแนน 0 กรณีพลัดตกหรือหกล้ม คะแนน 1 กรณีอุบัติเหตุจราจร คะแนน 2 กรณีสัมผัสแรงเชิงกล/ความร้อน และคะแนน 3 กรณีทำร้ายตนเอง/ถูกทำร้าย

1.4 ความรุนแรงของการบาดเจ็บ หมายถึงค่าคะแนน Injury Severity Score (ISS) จากการคำนวณตำแหน่งการบาดเจ็บในใบสรุปอาการผู้ป่วย ตำแหน่งการบาดเจ็บแบ่งเป็น 6 บริเวณคือ 1) ศีรษะและลำคอ 2) ใบหน้า 3) ทรวงอก 4) ช่องท้องและอวัยวะในอุ้งเชิงกราน 5) กระดูกเชิงกราน และแขน ขา และ 6) ผิวหนัง การคำนวณมาจากข้อมูลการบาดเจ็บรุนแรง 3 อันดับแรก โดยนำค่ามายกกำลังสองและรวมคะแนนเป็นค่าความรุนแรงของการบาดเจ็บที่มีค่า 0 – 75 คะแนน (Baker, O'Neill, Haddon & Long, 1974) โดยให้คะแนน 0 เมื่อมีค่าความรุนแรงของการบาดเจ็บมาก คือ ISS 25 – 75 คะแนน คะแนน 1 เมื่อมีค่าความรุนแรงของการบาดเจ็บปานกลาง คือ ISS 16 – 24 คะแนน และคะแนน 2 เมื่อมีค่าความรุนแรงของการบาดเจ็บน้อย คือ ISS 0 – 15 คะแนน

2. ข้อมูลพยาบาลคัดแยก ได้แก่ ประสิทธิภาพการคัดแยก ผลการสอบความรู้และการประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุพ.ศ. 2558 และสัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วย

2.1 ประสิทธิภาพการคัดแยก หมายถึงจำนวนปีของประสบการณ์คัดแยกของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยแต่ละราย โดยรายงานตามจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา โดยให้คะแนน 0 เมื่อประสบการณ์การคัดแยกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี คะแนน 1 เมื่อประสบการณ์การคัดแยก 6 – 10 ปี และ คะแนน 2 เมื่อประสบการณ์การคัดแยกมากกว่า 10 ปี

2.2 ผลการสอบความรู้และการประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุ หมายถึงผลการสอบความรู้และการประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุพ.ศ. 2558 ของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดกรองผู้ป่วยแต่ละราย รายงานตามจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา โดยให้คะแนน 0 เมื่อไม่ผ่านคือคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80 และคะแนน 1 เมื่อผลผ่านคือคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ตามข้อมูลที่เป็นที่ไว้ของตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

2.3 สัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วย หมายถึง สัดส่วนจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉินต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการในแต่ละช่วงเวลาคัดกรองของผู้ป่วยแต่ละราย โดยให้ คะแนน 0 เมื่อจำนวนพยาบาล 1 คนต่อจำนวนผู้ป่วยมากกว่า 10 คน และคะแนน 1 เมื่อจำนวนพยาบาล 1 คนต่อจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คน ตามข้อกำหนดอัตรากำลังพยาบาลระดับทั่วไปขั้นต่ำในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินระดับตติยภูมิ (สภาการพยาบาล, พศจิกายน 2548)

3. ข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วย ได้แก่ ช่วงเวลาการคัดแยก และการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ

3.1 ช่วงเวลาคัดแยก หมายถึง ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการคัดแยก โดยให้คะแนน 0 ในช่วงเวลา 08.00 – 15.59 น. คะแนน 1 ในช่วงเวลา 16.00 – 23.59 น. และคะแนน 2 ในช่วงเวลา 24.00 – 7.59 น.

3.2 การปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ หมายถึง การปฏิบัติคัดแยกอย่างครบถ้วนใน 4 องค์ประกอบได้แก่ 1) การประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ได้แก่ ค่าความดันโลหิต อัตราการหายใจ และอัตราการเต้นของชีพจร 2) การประเมินระบบประสาท 3) การประเมินระดับออกซิเจนในร่างกายกรณีบาดเจ็บทางออก ระดับความแรงตัวฉุกเฉินมาก (emergent level) และระดับความแรงตัวฉุกเฉินวิกฤต (resuscitation level) และ 4) การให้ระดับความแรงตัวตามเกณฑ์การคัดแยกระดับฉุกเฉินมากและฉุกเฉินวิกฤต ที่ตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ได้พัฒนาเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุจาก Canadian ED Triage and Acuity Scale (CTAS) (Beveridge et.al., 1999) ที่ให้ระดับความแรงตัวจากผล physiologic derangement ร่วมกับการพิจารณา anatomic of injury ส่งผลโดยตรงต่อ physiologic derangement ตามหลักการคัดแยกของ Advanced trauma life support (American College of Surgeons Committee on Trauma, 2009) (ตารางที่ 1) โดยให้คะแนน 0 กรณีปฏิบัติไม่ครบองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง และคะแนน 1 เมื่อปฏิบัติครบ 4 องค์ประกอบตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ตารางที่ 1 เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ

Part	ระดับฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitation)	ระดับฉุกเฉินมาก (Emergent)	ระดับฉุกเฉิน (Urgent)
Part 1 Physiologic derangement			
Airway & Breathing	- severe stridor - respiratory arrest (respiratory rate <10 bpm) - oxygen saturation <90%	- noisy respirations / coughing - respiratory rate ≥ 30 bpm - unequal or diminished breath sounds - subcutaneous emphysema in neck or chest - abnormal chest movement - accessory muscle retractions/ intercostal muscle retractions - pain during respiration	
Circulation	- cardiac arrest - systolic blood pressure <90mmHg	- heart rate <40 bpm or >130 bpm - irregular pulse - distension of external jugular vein	
Disability	Glasgow coma scale <9	- Glasgow coma scale 9-13 - limb paralysis or sensory deficit - severe pain $\geq 7/10$	- Glasgow coma scale 14-15
Part 2 Anatomic of injury			
Anatomic of injury		- open and depressed skull fracture - penetrating at head neck or torso - severe blunt injury at neck (with signs of swelling or hematoma) or torso (with signs of guarding or distension) - proximal long bone fracture (humerus or femur) - amputation proximal to wrist or ankle - suspected pelvic fracture - suspected vascular injury (hard signs) - burn >20% BSA in adult and >10%BSA in pediatric and elderly - inhalation burn	- all accidents

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตามรหัสโครงการที่ 008/59 ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ โดยผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและไม่เกิดผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงานในตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุญาตการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ผู้วิจัยจะดำเนินการแจ้งรายละเอียดของวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับแก่บุคลากรพยาบาลในตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แจกแจงสถิติการแจกแจงความถี่และร้อยละปัจจัยผู้ป่วย ปัจจัยพยาบาลและปัจจัยระบบ โดยจำแนกตามปฏิบัติตามและไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ
2. วิเคราะห์ไคสแควร์ (Chi-square) ปัจจัยผู้ป่วย ปัจจัยพยาบาลและปัจจัยระบบที่มีผลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
3. วิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกส์ (logistic regression) ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้งหมด 200 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (74.5%) ช่วงอายุ 31-45 ปี (32.5%) สาเหตุการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร (50.5%) และความรุนแรงของการบาดเจ็บอยู่ในระดับน้อย (85.5%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาใช้บริการในช่วงเวลา 16.00-23.59 น. (37.0%) และช่วงที่มีสัดส่วนจำนวนพยาบาล 1 คนต่อจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คน (78.5%) โดยได้รับการคัดแยกจากพยาบาลที่มีประสบการณ์การคัดแยกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี (38.0%) และพยาบาลที่มีผลสอบผ่านในการสอบความรู้และการประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุ (71.5%) ผลการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ (81.5%)

ตารางที่ 2 เมื่อศึกษาแต่ละปัจจัยพบว่าผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 ได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ ยกเว้นผู้ป่วยกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี (71.8%) ผู้ป่วยที่มีสาเหตุการบาดเจ็บจากพลัดตกหกล้ม (79.2%) และทำร้ายตนเอง/ถูกทำร้าย (78.0%) ผู้ป่วยได้รับการคัดแยกจากพยาบาลที่มีประสบการณ์การคัดแยกมากกว่า 10 ปี (78.6%) และพยาบาลที่สอบไม่ผ่านในการสอบความรู้และการประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุ (75.4%) ผู้ป่วยที่มาใช้บริการในช่วงเวลา 16.00-23.59 น. (75.7%) และช่วงที่มีสัดส่วนจำนวนพยาบาล 1 คนต่อจำนวนผู้ป่วยมากกว่า 10 คน (60.5%) โดยปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ คือ ปัจจัยสัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วย ($p < 0.001$)

ตารางที่ 2 ปัจจัยผู้ป่วย พยาบาล และระบบที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ (n=200)

ปัจจัย	ปฏิบัติตาม		ไม่ได้ปฏิบัติตาม		χ^2	p-value
	n	%	n	%		
เพศ					0.36	0.549
ชาย	120	80.5	29	19.5		
หญิง	43	84.3	8	15.7		
อายุ					4.57	0.206
< 30 ปี	51	82.3	11	17.7		
31-45 ปี	53	81.5	12	18.5		
46-60 ปี	31	91.2	3	8.8		
> 60 ปี	28	71.8	11	28.2		
$\bar{X} \pm SD$	42.35 $\pm$ 18.30					
สาเหตุการบาดเจ็บ					1.16	0.762
พลัดตกหรือหกล้ม	38	79.2	10	20.8		
อุบัติเหตุจราจร	84	83.2	17	16.8		
สัมผัสแรงเชิงกล/ความร้อน	9	90.0	1	10.0		
ทำร้ายตนเอง/ถูกทำร้าย	32	78.0	9	22.0		
ความรุนแรงของการบาดเจ็บ (ISS)					0.05	0.977
มาก (25 – 75 คะแนน)	9	81.8	2	18.2		
ปานกลาง (16 – 24 คะแนน)	15	83.3	3	16.7		
น้อย (0 – 15 คะแนน)	139	81.3	32	18.7		
$\bar{X} \pm SD$	9.87 $\pm$ 18.30					
ประสบการณ์การคัดแยก					0.62	0.735
≤ 5 ปี	63	82.9	13	17.1		
6 – 10 ปี	45	83.3	9	16.7		
> 10 ปี	55	78.6	15	21.4		
$\bar{X} \pm SD$	9.03 $\pm$ 6.63					
ผลการสอบความรู้และการประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุ					1.94	0.163
ไม่ผ่าน (< 80%)	43	75.4	14	24.6		
ผ่าน ($\geq 80\%$)	120	83.9	23	16.1		
ช่วงเวลาคัดแยก					3.58	0.167
8.00 - 15.59 น.	48	81.4	11	18.6		
16.00 – 23.59 น.	56	75.7	18	24.3		
24.00 – 7.59 น.	59	88.1	8	11.9		
สัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วย					16.08	<0.001*
พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วย >10 คน	26	60.5	17	39.5		
พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วย ≤ 10 คน	137	87.3	20	12.7		

*p<0.001

ตารางที่ 3 แสดงว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการช่วงที่มีสัดส่วนจำนวนพยาบาล 1 คนต่อจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คน มีโอกาสได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุมากกว่า 4.78 เท่าของผู้ป่วยที่มาใช้บริการช่วงที่มีสัดส่วนจำนวนพยาบาล 1 คนต่อจำนวนผู้ป่วยมากกว่า 10 คน โดยพบว่าปัจจัยสัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วยสามารถอธิบายโอกาสการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุได้ร้อยละ 11

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ (n=200)

ปัจจัย	b	S.E.	Wald	p	Exp(B)	95%CI
สัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วย						
พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วย >10 คน						
พยาบาล 1 คนต่อผู้ป่วย ≤10 คน	1.50	0.39	14.54	<0.001*	4.78	2.07–9.68

*p<0.001; -2LL = 177.47, Nagelkerke R Square = 0.11

การอภิปรายผล

ปัจจัยส่วนใหญ่พบมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุมากกว่าร้อยละ 80

ผู้ป่วยอุบัติเหตุส่วนใหญ่ในแต่ละปัจจัยได้รับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกมากกว่าร้อยละ 80 อาจเป็นเพราะนโยบายตักเตือนทางวิชาการกำหนดการฝึกอบรมสำหรับพยาบาลทุกคนก่อนที่จะทำหน้าที่คัดแยก โดยมีการสอนแนวปฏิบัติการคัดแยก การฝึกปฏิบัติการคัดแยก 1 เดือนภายใต้การดูแลของพยาบาลพี่เลี้ยง และการกำหนดเกณฑ์การผ่านการคัดแยกเมื่อตรวจสอบความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลและประเมินค่าความเชื่อถือได้ค่ามากกว่า 0.8 ระหว่างผู้สังเกตในผู้ป่วยอุบัติเหตุอย่างน้อย 30 ราย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Janssen และคณะ (2011) ที่พบว่าการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติคัดแยกในห้องฉุกเฉินขึ้นกับ ปัจจัยบุคคล ปัจจัยบริบทสังคมและสิ่งแวดล้อม และปัจจัยองค์กร ที่ต้องมียุทธศาสตร์ของระบบการเรียนการสอน การฝึกอบรมทั้งก่อนปฏิบัติจริงและขณะปฏิบัติงาน การทดสอบความรู้ การกำหนดหน้าที่บทบาทพยาบาลคัดกรองที่ชัดเจน และนโยบายคัดกรองที่ถูกกำหนดให้เป็นหน้าที่หลักของพยาบาลห้องฉุกเฉิน เป็นต้น แม้ว่าปัจจัยการสอบความรู้และการประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุจะไม่มีผลต่อการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกในการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นเพราะการสอบความรู้และการประเมินดังกล่าวถูกวัดเพียงครั้งเดียว ในขณะที่บริบทสังคมและสิ่งแวดล้อมในห้องฉุกเฉินมีการพัฒนาบุคลากรเรื่องการคัดแยกตลอดทั้งปี ส่วนปัจจัยอื่นๆที่พบว่ามีปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกน้อยกว่าร้อยละ 80 พบว่าเป็นปัจจัยที่มีความซับซ้อนด้านร่างกายหรือกลไกการบาดเจ็บที่อาจส่งผลให้การตัดสินใจการคัดแยกมีความยากมากขึ้นและปัจจัยที่มีภาระงานมากกว่าปกติ เช่น ผู้สูงอายุ การบาดเจ็บจากพลัดตกหกล้ม และช่วงเวลา 16.00 – 23.59 น. (Fitzharris et.al., 2012)

ปัจจัยสัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วยส่งผลให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ

การที่สัดส่วนจำนวนพยาบาล 1 คนต่อจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คน ส่งผลให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุที่น้อยลง สอดคล้องกับนโยบายของสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, พุทธศักราช 2548) เพราะสัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นมากกว่าเกณฑ์สัมพันธ์กับภาระงานที่เพิ่มขึ้น คุณภาพงานพยาบาลที่ลดลง ความต้องการให้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารภาระงานเพิ่มขึ้น และการเปลี่ยนงานของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Burke, 2003) โดยผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ของ Pearson และคณะ (2006) พบว่าภาระงานที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มขึ้น อัตราความไม่ประสบความสำเร็จในการช่วยชีวิตผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ความปลอดภัยของผู้ป่วยลดลง คุณภาพการดูแลลดลง และอุบัติการณ์โรคระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้นในห้องฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการที่สัดส่วนจำนวนพยาบาล 1 คนต่อจำนวนผู้ป่วยที่มากเกินไปและไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด จึงส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและผลลัพธ์ของผู้ป่วย (Zolnierak & Steckel, 2010) เช่น ระยะเวลารอตรวจนานมากขึ้นร้อยละ 10 ระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยนานมากขึ้นร้อยละ 35 (Chan et al., 2010) และ adverse outcomes ต่างๆ (Twigg et al., 2010)

อย่างไรก็ตามการคำนวณภาระงานพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุในห้องฉุกเฉินนั้น ไม่ได้เพียงแค่พิจารณาสัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วย แต่จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องหรือชนิดของภาระงานด้วย เช่น ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ ชั่วโมงการทำงานด้านการพยาบาลโดยตรง ชั่วโมงการทำงานพยาบาลโดยอ้อม ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉิน และภาระหน้าที่อื่นๆที่ได้รับมอบหมาย เป็นต้น โดยผลการศึกษาของ Peng Mayner และ Wang (2014) พบว่ายิ่งผู้ป่วยอุบัติเหตุมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยมาก ความต้องการสัดส่วนของจำนวนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วยยิ่งเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงต่ำ (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation-II score; APACHE II) <16 ต้องการจำนวนพยาบาลอย่างน้อย 1 คนต่อผู้ป่วย 2 คนต่อเวร ในขณะที่ถ้าผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงมาก APACHE II >30 ต้องการจำนวนพยาบาลอย่างน้อย 2 คนต่อผู้ป่วย 1 คนต่อเวร และผลการศึกษาของ Hobgood Villani และ Quattlebaum (2005) พบว่าภาระงานของพยาบาลในแต่ละเวรร้อยละ 48.4 คือ ชั่วโมงการทำงานพยาบาลโดยอ้อม ได้แก่ การจัดการแฟ้มประวัติและการรักษาของผู้ป่วย การเตรียมและแจกยา การบันทึกงานด้วยระบบคอมพิวเตอร์ การประชุมวิชาการในทีมเกี่ยวกับผู้ป่วย และการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ต่างๆ การคำนึงถึงภาระงานจากชั่วโมงการทำงานพยาบาลโดยอ้อมจึงมีความสำคัญ เพราะเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนพยาบาลในหน่วยงานมีการตรวจสอบและเตรียมความพร้อมด้านทักษะความรู้ ข้อมูล ยาและอุปกรณ์ต่างๆก่อนการปฏิบัติพยาบาลที่ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยและคุณภาพต่อผู้ป่วยต่อไป (Paw, 2008; Sucov, Sidman & Valente, 2009)

ปัจจุบันหลายประเทศจึงใช้วิธีการคำนวณภาระงานพยาบาลในห้องฉุกเฉินโดยคำนึงถึงปัจจัยรอบด้าน เช่น รัฐควีนส์แลนด์ ประเทศออสเตรเลีย ได้พัฒนา The Emergency Nursing Workforce Tool เพื่อประเมินปริมาณภาระงานตามความต้องการของผู้รับบริการในห้องฉุกเฉิน โดยคำนึงถึงภาระงานจาก 4 องค์ประกอบ คือ 1) ชั่วโมงการทำงานในหน่วยงาน 2) ชั่วโมงการทำงานด้านการพยาบาลโดยตรง และชั่วโมงการทำงานพยาบาลโดยอ้อม เช่น การบริหารจัดการ การวิจัย และการสอนทางคลินิก 3) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉิน และ 4) ภาระหน้าที่อื่นๆที่ได้รับมอบหมาย โดยคำนวณจากข้อมูลต่างๆ เช่น จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามระดับความรุนแรงของการคัดแยก ระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉินทั้งหมด ระยะเวลาที่ผู้ป่วยแต่ละระดับความรุนแรงของการคัดแยกอยู่ในห้องฉุกเฉิน และจำนวนเตียงผู้ป่วยที่

นอนในห้องฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่า การคำนวณภาระงานตามเกณฑ์ดังกล่าวสามารถทำนายชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสมกับภาระงานได้ดี (Williams, Crilly, Souter, Veatch & Good, 2014)

การพัฒนา รูปแบบการศึกษา การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ

จากการที่ปัจจัยสัดส่วนจำนวนพยาบาลต่อจำนวนผู้ป่วยสามารถอธิบายโอกาสการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุได้เพียงร้อยละ 11 อาจเป็นเพราะว่ายังมีปัจจัยอีกหลายอย่างที่เกี่ยวข้อกับการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกในห้องฉุกเฉินที่ไม่ได้ทำการศึกษาครั้งนี้ (Janssen et al., 2011) เช่น ทักษะการประเมินผู้ป่วยอุบัติเหตุ ความคิดเห็นต่อแนวทางปฏิบัติการคัดแยก และการฝึกอบรม เป็นต้น ดังนั้น แผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุจึงอาจจะต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ด้วย

ข้อเสนอแนะ

การส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุ ควรจัดอัตรากำลังพยาบาลให้เหมาะสมกับภาระงานในห้องฉุกเฉิน และสนับสนุนการฝึกอบรมความรู้การคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุประจำปี โดยเน้นเรื่องกลไกการบาดเจ็บและการบาดเจ็บในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาการบาดเจ็บ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2556). รายงานสถานการณ์การบาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิตจากสาเหตุภายนอก พ.ศ. 2548-2553. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- พิมพ์ภา เตชะกมลสุข, กาญจน์ย์ ดำนาจแก้ว และอนงค์ แสงจันทร์ทิพย์. (2553). พฤติกรรมเสี่ยงและการประเมินผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนน. *วารสารสำนัก ระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข*, 41(9), 129-132.
- สภาการพยาบาล (พฤศจิกายน 2548). มาตรฐานบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ, http://www.tnc.or.th/files/2010/10/act_of_parliament-368/_14975.pdf
- American College of Surgeons Committee on Trauma. (2009). *Advanced Trauma Life Support for Doctors: ATLS student course manual* (9thed), Chicago: American College of Surgeons Committee on Trauma.
- Baker, S.P., O'Neill, B., Haddon, W.Jr. & Long, W.B. (1974). The Injury Severity Score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *J Trauma*, 14, 187-196.
- Beveridge, R., Clarke, B., Janes, L., Savage, N., Thompson, J., Dodd, G. & et.al. (1999). Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 1(3 Suppl), S1-S24.
- Bressan, S., Franklin, K.L., Jowett, H.E., King, S.K., Oakley, E., & Palmer, C.S. (2014). Establishing a standard for assessing the appropriateness of trauma team activation: a

- retrospective evaluation of two outcome measures. *British Medical Journal*. 7(21), 1-5.
- Burke, R.J. (2003). Hospital restructuring, workload, and nursing staff satisfaction and work experiences. *Health Care Manage*, 22, 99–107.
- Chan, T.C, Killeen, J.P., Vilke, G.M., Marshall, J.B., & Castillo, E.M. (2010). Effect of Mandated Nurse–Patient Ratios on Patient Wait Time and Care Time in the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*, 17, 545–552.
- Chen, S.S., Chen, J.C., Ng, C.J., Chen, P.L., Lee, P.H., & Chang, W.Y. (2010). Factors that influence the accuracy of triage nurses' judgement in emergency departments. *Emerg Med J*, 27, 451-455, doi:10.1136/emj.2008.059311
- Considine, J., Charlesworth, D., & Currey, J. (2014). Characteristics and outcomes of patients requiring rapid response system activation within 24 hours of emergency admission. *Critical Care and Resuscitation*. 3(16), 184-189.
- Cowan, R.M. & Trzeciak, S. (2005). Clinical review: Emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill. *Critical Care*, 9, 291-295.
- Dehli, T., Fredriksen, K., Osbakk, S.A., & Bartnes. K. (2011). Evaluation of a university hospital trauma team activation protocol. *Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine*. 19(18), 1-7.
- Fathoni, M., Sangchan, H., & Songwathana, P. (2013). Relationships between Triage Knowledge, Training, Working Experiences and Triage Skills among Emergency Nurses in East Java, Indonesia, *Nurse Media Journal of Nursing*, 3(1), 511- 525.
- Fitzharris, M., Stevenson, M., Middleton, P. & Sinclair, G. (2012). Adherence with the pre-hospital triage protocol in the transport of injured patients in an urban setting. *Injury*, 43, 1368–1376.
- Hasler, R. M., Nuesch, E., Juni, P., Bouamra, O., Exadaktylos A. K., & Lecky, F. (2011). Systolic blood pressure below 110 mmHg is associated with increased mortality in blunt major trauma patients: Multicentre cohort study. *Resuscitation*. 82, 1202-1207.
- Hobgood, C., Villani, J., & Quattlebaum, R. (2005). Impact of Emergency Department Volume on Registered Nurse Time at the Bedside. *Ann Emerg Med*, 46, 481-489.
- Janssen, M., Achterberg, T., Adriaansen, M., Kampshoff, C.S., Schalk, D., & Groot, J. (2011). Factors influencing the implementation of the guideline Triage in emergency departments: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 437–447.
- Kim, H., Jung, K. Y., Kim, S. P., Kim, S. H., & Noh, H. (2012). Changes in Preventable Death Rates and Traumatic Care Systems in Korea. *The Korean Society of Emergency Medicine*. 23(2), 189-197.
- Lemeshow, S., Hosmer, D.W., Klar, J., & Lwanga, S.K. (1990). *Adequacy of Sample Size in Health Studies*. W.H.O.: John Wiley & Sons.

- Mathers, C.D. & Joncar, D. (2005). Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods, and results. http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_projections2030_paper.pdf
- Merz, T. M., Etter, R., Mende, L., Barthelmes, D., Wiegand, J., Martinolli, L., et al. (2011). Risk assessment in the first fifteen minutes: a prospective cohort study of a simple physiological scoring system in the emergency department. *Critical Care*, 15(25), 1-9.
- Moore, L., Turgeon, A.F., Sirois, M.J., & Lavoie, A. (2012). Trauma centre outcome performance: A comparison of young adults and geriatric patients in an inclusive trauma system. *Injury*, 43, 1580-1585.
- Nakahara, S., Matsuoka, T., Ueno, M., Mizushima, Y., Ichikawa, M., Yokota, J., & Yoshida, K. (2010). Predictive Factors for Undertriage Among Severe Blunt Trauma Patients: What Enables Them to Slip Through an Established Trauma Triage Protocol?. *J Trauma*, 68, 1044-1051.
- Paw, R.C. (2008). Emergency department staffing in England and Wales, April 2007. *Emergency Medicine Journal*, 25(7), 420-423.
- Pearson, A., Pallas, L., Thomson, D., Doucette, E., Tucker, D., Wiechula, R. & et.al. (2006). Systematic review of evidence on the impact of nursing workload and staffing on establishing healthy work environments. *Int J Evid Based Healthc*, 4, 337-384.
- Peng, L., Mayner, L. & Wang, H. (2014). Association between trauma patients' severity and critical care nursing workload in China. *Nursing and Health Sciences*, 16, 528-533.
- O'Connor, E., Gatien, M., Weir, C., & Calder, L. (2014). Evaluating the effect of emergency department crowding on triage destination. *International Journal of Emergency Medicine*, 7(16), <http://www.intjem.com/content/7/1/16>
- Ryb, G. E., Cooper, C., & Waak, S. M. (2012). Delayed trauma team activation: Patient characteristics and outcomes. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 7(3), 695-698.
- Spanjersberg, W. R., Berge, E. A., Mushkudiani, N., Klimek, M., & Schipper, I. B. (2009). Protocol compliance and time management in blunt trauma resuscitation. *Emergency Medicine Journal*, 26, 23-27.
- Sucov, A., Sidman, R. & Valente, J. (2009). A cost-efficiency analysis to increase clinician staffing in an academic emergency department. *Academic Medicine*, 84(9), 1211-1216.
- Twigg, D., Duffield, C., Bremner, A., Rapley, P. & Finn, J. (2011). The impact of nursing hours per patient day (NHPPD) staffing method on patient outcomes: A retrospective analysis of patient and staffing data. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), 540-548.
- Wibulpolprasert, A., Sittichanbuncha, Y., Sricharoen, P., Borwornsisuk, S., & Sawanyawisuth, K. (2014). Factors Associated with Overcrowded Emergency Rooms in Thailand: A

Medical School Setting. *Hindawi Publishing Corporation Emergency Medicine International*, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/576259>

- Williams, G., Crilly, J., Souter, J., Veach, K. & Good, N. (2014). A state wide validation and utilisation study of the Queensland emergency nursing workforce tool. *Journal of Nursing Management*, 22, 1076–1088.
- Zolnierek, C.D. & Steckel, C.M. (2010). Negotiating safety when staffing falls short. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 22(2), 261–269.

บทความวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเบาหวาน
ต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
A study of the effects of diabetes education program
on HbA1c for patient with type 2 diabetes

ณัฐภัสสร เดิมขุนทด* นพ.ประสิทธิ์ ลีวัฒนภัทร**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง เพื่อศึกษาผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้เรื่องเบาหวาน 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2557 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2557 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์เบาหวาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้คือ โปรแกรมการความรู้เรื่องเบาหวาน ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน อาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การดูแลเท้า การประเมินควบคุมเบาหวานด้วยตนเอง การติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การสังเกตอาการผิดปกติด้วยตนเอง และการแก้ไขภาวะฉุกเฉินเช่นน้ำตาลในเลือดต่ำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ไม่อิสระ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 59.95 ± 12.61 ปี และระยะเวลาการเป็นเบาหวานเฉลี่ย 16.43 ± 9.09 ปี ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม น้ำหนักตัว ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ระดับโคเลสเตอรอลและเอชดีแอล ก่อนและหลังให้โปรแกรมความรู้เรื่องเบาหวานมีความแตกต่างกัน ($p < 0.05$) ระดับความดันซิสโตลิก ไดแอสโตลิก ไตรกลีเซอไรด์ และค่าอัตราการกรองของไต ก่อนและหลังให้โปรแกรมความรู้เรื่องเบาหวานไม่มีความแตกต่างกัน

การให้โปรแกรมความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เป็นประโยชน์ต่อการควบคุมโรคเบาหวาน สามารถลดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ภายหลังติดตาม 3 เดือน และช่วยให้ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพอื่นๆดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยควรได้รับโปรแกรมความรู้อย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาและมีการติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2/ โปรแกรมความรู้เรื่องเบาหวาน/ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม

Abstract

This study is retrospective research design to compare outcomes before and after provided education program for three months during January to December, 2014. Purposive sampling of 60 patients with type 2 diabetes who visited at the diabetes center department,

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญาน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

**อาจารย์แพทย์ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

Faculty of Medicine Vajira hospital, Navamindrahiraj University. The diabetes education program composed of diabetes self-care skills, nutrition, medication use, exercise and monitoring foot care were provided for type 2 diabetes patients. Health outcomes data were collected before and after intervention as HbA1C, FBS, body weight, blood pressure, lipid profile, and eGFR. Data analyzed using descriptive statistic and paired t-test.

Most of sample was female was 63.3%. Mean of age and duration of diabetes were 59.95 ± 12.61 years and 16.43 ± 9.09 years respectively. After three months follow up, metabolic parameter such as HbA1C, FBS, body weight, cholesterol, HDL, had improved significantly ($p < 0.05$). However, blood pressure, triglyceride, and eGFR were not difference significantly.

This study demonstrates that diabetes education program has benefit for diabetes controlled and reduce HbA1C after three months and improved other health outcomes. However, the patient need long term care and continuing of diabetes education program and health outcomes evaluation.

Keywords: type 2 diabetes/ diabetes education program/ HbA1c

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) ที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจาก 171 ล้านคนใน ค.ศ.2000 เพิ่มขึ้นเป็น 366 ล้านคนใน ค.ศ. 2030 (Wild, Roglic, Green, Sicree, King 2004) สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย พ.ศ.2538 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย 863,000 คน ต่อมาในปี พ.ศ.2543 เพิ่มขึ้นเป็น 1,536,000 คน และคาดว่าใน พ.ศ.2573 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 2,739,000 คน (WHO, 2006) โดยพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Shaw & Chisholm, 2003) พ.ศ.2555 พบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 7,749 รายหรือเฉลี่ยวันละ 22 คนคิดเป็นอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน 12.06 ต่อแสนประชากร (นุชรี อาบสุวรรณ และนิตยา พันธุเวช, 2557) สถิติจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการที่ศูนย์เบาหวาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พ.ศ.2555, 2556 และ 2557 คือ 2,586, 2,528 และ 2,545 คนตามลำดับ (คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช, 2557)

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นความผิดปกติของระบบการเผาผลาญที่เกิดจากการดื้ออินซูลิน และการทำงานของเบต้าเซลล์ล้มเหลวทำให้น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ของหลอดเลือดขนาดเล็กและขนาดใหญ่ โดยจะทำให้เกิดความผิดปกติของระดับไขมัน ทำให้ไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ และมีความดันโลหิตสูงกว่าปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและไขมันในเลือดสูง ทำให้การทำงานของเอนโดทีเลียมเซลล์ผิดปกติ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือด ทั้งระดับน้ำตาลสูง ไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูงจะมีผลต่อผนังหลอดเลือด เกิดการเสื่อมสภาพ มีการอักเสบ และมีการสะสมของไขมันที่ผนังหลอดเลือดทำให้ตีบ แคบลง หรืออาจตันไปในที่สุด มีผลทำให้เลือดผ่านไปยังอวัยวะต่างๆ ไม่ได้ เกิดภาวะขาดเลือด ขาดสารอาหาร ขาดออกซิเจน ทำให้อวัยวะนั้นๆ เสียหาย เช่นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับหลอดเลือดหัวใจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย เกิดขึ้นกับเส้นเลือดสมองทำให้เกิดอาหารอัมพาต นอกจากนี้ระดับน้ำตาลที่ผิดปกติส่งผลต่อการส่งกระแสประสาทส่วนปลาย ทำให้

เส้นประสาทเสื่อมโดยเฉพาะที่บริเวณเท้า เส้นเลือดที่จอประสาทตาเสื่อม มีเลือดออก จอประสาทตาหลุดลอก ทำให้ตาบอด ผลกระทบต่อเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงไตทำให้ไตขาดเลือด ไตเสื่อม เป็นโรคไตวายในที่สุด (สมพงษ์ สุวรรณลัยกร, 2551)

การรักษาโรคเบาหวานมีจุดมุ่งหมายสำคัญคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง การประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือการตรวจหาค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ซึ่งเป็นผลลัพธ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดย้อนหลังประมาณ 2-3 เดือน ผลของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมจะเป็นตัวสะท้อนกลับถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และบอกถึงการควบคุมระยะยาว เมื่อเปรียบเทียบกับค่าการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ซึ่งเป็นการบ่งบอกถึงการควบคุมเพียงชั่วคราว ดังนั้นการตรวจหาค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) เป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ในการควบคุมรักษาโรคเบาหวาน เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยไปถึงเป้าหมายการรักษาหรือไม่และเป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ในการกระตุ้นพฤติกรรมและการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุมให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมน้อยกว่า 7% จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือด (Delamater, 2006) โดยหากระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม 1 เปอร์เซ็นต์ สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดขนาดเล็ก 37% ลดการถูกตัดขาหรือเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดส่วนปลายได้ 43% ลดการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) 14% ได้ลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ 12% และลดการเกิดหัวใจวายลงได้ 16% (Stratton et al., 2000)

สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association, 2015) ได้กำหนดมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายได้รับการให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเอง ปัจจุบันได้มีการพัฒนาคู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลความรู้ทักษะการจัดการปัญหาด้วยตนเอง เพิ่มการตระหนักรู้เรื่องโรค สามารถตรวจเช็คระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง มีความรู้ในการเลือกรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การดูแลเท้า การใช้ยา และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน สามารถลดจำนวนครั้งการมาโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉิน ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการตาย ลดการป่วย ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล (Chen & Cheng, 2011) ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง และเพิ่มคุณภาพชีวิต (Norris et al., 2002)

ศูนย์โรคเบาหวาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิต ได้กำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง เฉพาะทางโรคเบาหวาน ตั้งแต่ พ.ศ.2557 โดยประยุกต์โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเบาหวานจากคู่มือการให้ความรู้เพื่อจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง (สถาบันประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) และโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานในการดูแลตนเอง (diabetes self-management education: DSME) (American Diabetes Association, 2015) โดยกำหนดระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือนและกำหนดขั้นตอนให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน ก่อนเข้าโปรแกรมผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการประเมินความรู้โรคเบาหวาน และตรวจวัดระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ระดับไขมันคลอเลสเตอรอล (Cholesterol) ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ระดับไขมันเอชดีแอล (high-density lipoprotein cholesterol: HDL) และอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate: eGFR) จากนั้นพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงทำการประเมินความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานทั้ง

ด้านความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และดำเนินโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเบาหวานให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยครอบคลุม 7 หัวข้อ ดังนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การดำเนินโรค และกลวิธีในการรักษา 2) การสอนโภชนาการบำบัดหรือการควบคุมอาหารเพื่อรักษาโรค โดสาธิตด้วยโมเดลอาหาร ตัวอย่างการคำนวณ แครอลี่ การนับคาร์โบไฮเดรต การเลือกรับประทานอาหาร และการอ่านฉลากอาหาร รวมถึงเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารให้ถูกต้อง 3) การออกกำลังกายสม่ำเสมอ 4) การใช้ยาทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีดอย่างถูกต้อง โดยอธิบายถึงการออกฤทธิ์ยา เทคนิคการฉีดอินซูลินและวิธีการใช้ปากกาฉีดอินซูลิน 5) การตรวจประเมินการควบคุมน้ำตาลด้วยตนเอง (self-monitoring blood glucose: SMBG) และการนำผลการตรวจมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแจ้งแพทย์พิจารณาปรับการรักษา 6) การป้องกัน การตรวจหาและการตรวจรักษาภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรังจากโรคเบาหวาน 7) การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น การปฏิบัติตนระหว่างการเจ็บป่วย การไปงานสังสรรค์ การดูแลเท้าและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสังคม การวิจัยครั้งนี้จึงต้องการศึกษาผลลัพธ์ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้บริการที่ศูนย์โรคเบาหวาน คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้เรื่องเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง (retrospective chart review) กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้เรื่องเบาหวานศูนย์โรคเบาหวาน คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2557 - 31 ธันวาคม 2557 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือกคือ ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่าหรือเท่ากับ 8 และเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้เรื่องเบาหวานครบตามกำหนด 3 เดือน เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยตั้งครรภ์และผู้ป่วยที่มีประวัติการวินิจฉัยภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมีกรดคีโตนคั่ง (diabetes ketoacidosis) ภาวะ hyperglycemic hyperosmolar nonketotic syndrome (HHNS) โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (acute ischemic stroke) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน (acute coronary artery disease) และภาวะไตวายระยะสุดท้าย (end stage renal disease) ขณะอยู่ในโครงการ 3 เดือน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการวิจัยผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (พัชร อ่างบุญตา และคณะ, 2555) คือ 60 คน จากค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 8.8 และ 7.5 ตามลำดับ ค่าความแปรปรวนของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมที่วัดได้จากคะแนนก่อนและหลัง 4 อำนาจการทดสอบและระดับนัยสำคัญทางสถิติกำหนดที่ 0.90 และ 0.05 ตามลำดับ และป้องกันการสูญหายจากการติดตามร้อยละ 15 (จรณ์ิต แก้วกังวาล และ ประตาป สิงห์ควานนท์, 2554)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ประเภทยาเบาหวานที่ได้รับ และแผนการปรับยาเบาหวานขณะเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเบาหวาน 2) ค่าผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเบาหวาน ได้แก่ น้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง น้ำตาลเฉลี่ยสะสม ไขมันโคเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ เอชดีแอล และอัตราการกรองของไต และ 3) ผลการตรวจร่างกาย ได้แก่ น้ำหนักตัวและความดันโลหิต

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ตามรหัสโครงการที่ 018/59

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลังด้วยตนเอง โดยข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเบาหวาน เก็บข้อมูลในวันที่ผู้ป่วยตัดสินใจเข้าร่วมโปรแกรม และข้อมูลหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเบาหวาน เก็บข้อมูลในวันแรกที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาพยาบาลภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แจกแจงสถิติการแจกแจงความถี่และร้อยละข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ประเภทยาเบาหวานที่ได้รับ และแผนการปรับยาเบาหวานขณะเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเบาหวาน

2. วิเคราะห์ pair t-test ค่าผลการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเบาหวาน ได้แก่ ความดันโลหิต น้ำหนักตัว น้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง น้ำตาลเฉลี่ยสะสม ไขมันคลอเลสเตอรอล ไขมันไตรกลีเซอไรด์ ไขมันเอชดีแอล และอัตราการกรองของไต โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 59.95 ± 12.61 ปี และระยะเวลาการเป็นเบาหวานเฉลี่ย 16.43 ± 9.09 ปี โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.3 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 43.3 อาชีพรับจ้างร้อยละ 41.7 ได้รับการรักษาโดยยารับประทานร้อยละ 50 และได้รับการปรับยาขณะเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เบาหวานร้อยละ 53.33 (ตารางที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบค่าผลการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พบว่าน้ำหนักตัว น้ำตาลหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง น้ำตาลเฉลี่ยสะสม โคเลสเตอรอล และเอชดีแอล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=60)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (Mean = 59.95, S.D. = 12.61)		
ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน (Mean = 16.43, S.D. = 9.09)		
เพศ		
ชาย	22	36.7
หญิง	38	63.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	1	1.7
ประถมศึกษา	26	43.3
มัธยม	16	26.7
ปวช./ปวส	7	11.7
ปริญญาตรี	10	16.7
อาชีพ		
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	22	36.7
รับจ้าง	25	41.7
รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ	13	21.7
ยาที่ผู้ป่วยได้รับ		
ยากิน	30	50.0
ยาฉีด	8	13.3
ยากินและยาฉีด	22	36.7
การปรับยา		
ปรับยา	32	53.33
ไม่ปรับยา	28	46.66

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบตัวแปรก่อนและหลังให้โปรแกรมความรู้เรื่องเบาหวาน (n=60)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		T	p
	โปรแกรมความรู้		โปรแกรมความรู้			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	69.43	12.64	70.67	12.56	-3.14	0.003
ความดันซิสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	139.57	19.54	142.27	22.59	-0.91	0.367
ความดันไดแอสโตลิก (มิลลิเมตรปรอท)	78.43	10.84	77.73	13.92	0.38	0.702
ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร 8 ชม (มก/ดล)	234.42	97.15	201.98	85.29	2.09	0.041
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (%)	10.45	1.72	9.10	1.92	5.26	<0.001
ระดับโคเลสเตอรอล (มก/ดล)	200.60	46.45	188.57	53.16	2.08	0.042
ระดับไตรกลีเซอไรด์ (มก/ดล)	174.82	70.97	172.45	101.70	0.23	0.820
ระดับเฮมอดีแอล (มก/ดล)	44.62	11.14	46.97	13.14	-2.28	0.026
ระดับ eGFR (ml/min)	76.68	30.30	77.00	29.09	-0.34	0.738

อภิปรายผล

ผลการศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานระยะเวลา 3 เดือน พบว่าส่งผลให้ค่าน้ำหนักตัว ($p<0.003$) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ($p<0.000$) ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ($p<0.041$) ระดับโคเลสเตอรอล ($p<0.041$) และระดับเอชดีแอล ($p<0.026$) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานแตกต่างกัน โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง และระดับโคเลสเตอรอลลดลงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม อาจเป็นเพราะโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องเบาหวานถูกนำมาปฏิบัติดูแลต่อผู้ป่วยรายบุคคล และขั้นตอนของโปรแกรมครอบคลุมตั้งแต่การประเมินปัญหาภาวะสุขภาพ ความรู้และทักษะของผู้ป่วย การให้ความรู้ที่สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย โดยเน้นให้ครอบคลุมเรื่องโรค การศึกษา การป้องกันและสังเกตภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง การวางแผนการดูแลและติดตามผลการดูแลเป็นระยะ และให้กำลังใจร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ปัญหาตามพื้นฐานการรับรู้วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และรูปแบบการใช้ชีวิต โดยให้ผู้ป่วยเลือกแนวทางการจัดการดูแลตนเองด้วยตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาการให้ความรู้และโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่พบว่าสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมและลดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมได้ (ปกาสิต และ วิริยา, 2555, นันนภัส, น้ำอ้อย, อัมพร, 2556, บุญจันทร์, ฉัตรประอร, น้ำเพชร, 2551) และเมื่อผู้ป่วยเบาหวานควบคุมอาหารตามโปรแกรม ระดับโคเลสเตอรอลและแอลดีแอลจะลดลง และเพิ่มเอชดีแอลได้เช่นกัน (พัชรภรณ์ อารีย์ และคณะ, 2556)

อย่างไรก็ตามแม้ว่าค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมจะลดลงแต่ยังคงสูงกว่าเกณฑ์การควบคุมโรคเบาหวานคือ ร้อยละ 6.5 อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมสูงมากในช่วงก่อนการศึกษาเฉลี่ยร้อยละ 10.45 ประกอบกับมีระยะเวลาการเป็นเบาหวานนานเฉลี่ย 16.43 ± 9.09 ปี และอายุเฉลี่ย 59.95 ± 12.61 ปี ซึ่งระยะเวลาการเป็นเบาหวานที่ยาวนานจะทำให้มีการสูญเสียของเบต้าเซลล์ (β -cell) มากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลเป็นไปได้ยากขึ้น นอกจากนี้ภาวะสูงอายุส่งผลให้สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปและอาจมีโรคร่วมต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้มีข้อจำกัดด้านการมีกิจกรรมทางกาย ทำให้การควบคุมโรคยากขึ้น (ปกาสิต และ วิริยา, 2555) นอกจากนี้ผลของโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานไม่ส่งผลให้อัตราการกรองของไตแตกต่างกัน ($p<0.738$) อาจเนื่องจากระยะเวลาการศึกษาสั้นเพียงแค่ 3 เดือน ในขณะที่คนปกติเมื่อเจริญเติบโตเต็มที่แล้วอัตราการกรองของไตจะค่อยๆ ลดลงปีละประมาณ 1 มิลลิลิตรต่อนาที ยิ่งผู้ป่วยมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป อัตราการกรองของไตยิ่งลดลง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2555)

ข้อจำกัด

การศึกษาโดยเก็บข้อมูลแบบทบทวนย้อนหลังและขาดกลุ่มควบคุม จึงอาจทำให้ผลการศึกษาคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยรูปแบบกึ่งทดลองที่มีการเปรียบเทียบข้อมูล 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือและมีความชัดเจนในการสรุปการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรที่ต้องการศึกษา
2. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานไม่สามารถไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. (2557). รายงานประจำปี 2557. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.พ.
2. จรณิต แก้วกั้วาล และ ประตาป สิงห์ทิวานนท์. (2554). ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยทางคลินิก. ใน พรณิ ปิติสุทธิธรรม และ ชัยนต์ พิเชียรสุนทร (บรรณาธิการ). ตำราการวิจัยทางคลินิก (pp. 107-143). กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
3. นันนภัส พิระฤทธิพงศ์, น้ำอ้อย รักติวงศ์, อำภพร นามวงศ์พรหม. (2556). ผลของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองต่อความรู้กิจกรรมการดูแลตนเองและค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30:98-105.
4. นุชรี อาบสุวรรณ, นิตยา พันธุเวช. (2557). ประเด็นสารณรงค์วันเบาหวานโลกปี 2556. สำนักโรคไม่ติดต่อ. ที่มา <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.
5. บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, ฉัตรประอร งามอุโฆษ, น้ำเพชร สายบัวทอง. (2551). การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นเบาหวาน ภายหลังเข้าโครงการอบรมความรู้การจัดการเบาหวานด้วยตนเองแบบกลุ่ม. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 14:289-297.
6. ปกาสิต โอวาทกานนท์, วิริยา สุนทรา. (2555). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบกลุ่มในโรงพยาบาลทรายมูล. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 27:236-241.
7. พัทธภรณ์ อารีย์, อุมพร ปณณโสพรรณ, วิจิตร ศรีสุพรรณ, สติต วงศ์สุรประกิต. (2556). ผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการกินต่อระดับไขมันและน้ำตาลในเลือดในสตรีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง. *พยาบาลสารปีที่ 40, ฉบับพิเศษ*:14-22.
8. พัทธี อ่างบุญตา, ลินจง โปธิบาล, ณัฐพงศ์ โฆษขุนพันธ์. (2555). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *พยาบาลสาร*, 39: 93-104.
9. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). การให้ความรู้เพื่อจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
10. สมพงษ์ สุวรรณวลัยกร. (2551). เอกสารการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
11. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2555). คู่มือการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น. กรุงเทพมหานคร: บริษัทยูนิยอนอุลตราไวโอเล็ต จำกัด
12. American Diabetes Association. (2015). Standards of medical care in diabetes-2015 abridged for primary care providers. *Clin Diabetes*, 33(2), 97-111. doi:10.2337/diaclin.33.2.97
13. Chen, C. C., & Cheng, S. H., (2011). Better continuity of care reduces costs for diabetic patients. *The American Journal of Managed Care*, 17 (6) 420-427.
14. Delamater, A.M., (2006). Clinical Use of Hemoglobin A1c to Improve Diabetes Management. *Clinical diabetes*. 24(1), 6-8.

15. Norris, S.L., Engelgau, M.M., Narayanan, K.V. (2001). Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systemic review of randomized controlled trial. *Diabetes care*, 24:561-587.
16. Shaw, J. E., & Chisholm, D. J. (2003). 1: Epidemiology and prevention of type 2 diabetes and the metabolic syndrome. *Med J Aust*, 179(7), 379-383.
17. Stratton, I. M., Adler, A. I., Neil, H. A., Matthews, D. R., Manley, S. E., Cull, C. A., . . . Holman, R. R. (2000). Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ*, 321(7258), 405-412.
18. World Health Organization. (2006). Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: Report of a WHO/IDf Consultation. Geneva: Switzerland.
19. Wild S., Roglic G., Green A., Sicree R., King H. (2004). Global prevalence of diabetes estimates for the year 2000 and projection for 2030. *Diabetes care*, 27:1047-

ปกิณกะ

เรื่องเล่า..ความสำเร็จของการลดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ที่ได้รับการฉายแสง

สิริรัตน์ อินสอน*

งานประจำที่ซ้ำๆจำเจ หากเราเห็นปัญหาและพยายามแก้ไขปัญหาด้วยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และความร่วมแรงร่วมใจของทีม จะเปลี่ยนปัญหาให้กลายเป็นความสนุกท้าทายและความภูมิใจเมื่อความปลอดภัยเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย เรื่องเล่านี้เป็นตัวอย่างความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากต่อม “เอ๊ะ” การสังเกตปัญหา การแสดงความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน การรับฟังของหัวหน้า การสื่อสารระหว่างทีม การสร้างแรงจูงใจด้วยการทำให้ทีมเห็นความสำคัญของปัญหาก่อนลงมือปฏิบัติ ความช่วยเหลือแบ่งปันหน้าที่ในทีมทุกคน การกำกับติดตามดูแล และการประเมินผลลัพธ์ ส่งผลลดอัตราการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ (mucositis) ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายแสงได้จริง

เวลา 10.45 น.ของวันพุธ เสียงโทรศัพท์ดังขึ้น

พัชรา : “สวัสดีค่ะ หอผู้ป่วย โสต ศอ นาสิก”

พัชรา : “สัปดาห์จะรับ case ฝากจากรังสีรักษา admit นะ ผู้ชาย case CA nasopharynx อ่อนเพลีย กินได้น้อย มี mucositis มาใส่ NG tube feed และให้ antibiotic”

สิริรัตน์ : “ทำไมช่วงนี้มาถึงจิง รายที่ 3 แล้วนะ เกิดอะไรขึ้น ฉายแสงไปกี่ครั้งแล้วคะ”

พัชรา : “เค้าไม่ได้ส่งเวร เดี่ยวรอดูในประวัติอีกที”

ผู้ป่วยมาถึงตึกด้วยรถนอน สภาพอ่อนเพลีย ผอม ผิวหนังแห้ง บริเวณคอมีรอยดำ ริมฝีปากแห้งแตก บ้วนน้ำลายตลอดเวลา ภายหลังการซักประวัติ

สิริรัตน์ : “mucositis เต็มปากเลย ส่วนใหญ่ความรุนแรง 3 จะกินได้ยังไง เจ็บแสบ ฉายแสงไปได้แค่ 12 ครั้งเอง มีไข้สูงด้วยนะไข้ 38.9 °C มี order อะไรบ้าง”

พัชรา : “lab ชุดใหญ่ septic work – up ให้น้ำเกลือ antibiotic และใส่ NG tube feed”

สิริรัตน์ : “หยุดฉายแสงก่อนด้วยไหมคะ”

พัชรา : “ใช่ หยุดก่อน 2 วัน หลังให้ antibiotic และใส่ NG tube feed จะทำการประเมินอีกครั้งว่า ฉายแสงต่อได้ไหม”

สิริรัตน์ : “เข้าไปอีก แทนที่จะได้ฉายต่อเนื่อง แล้วมันจะทันกับการหยุดความรุนแรงของโรคไหม”

สิริรัตน์ : “mucositis จากการฉายแสงในผู้ป่วย CA head neck มันจะไม่มีทางทำให้น้อยลงได้เลยเหอ มันต้องมีซิ เดี่ยวลองไปหาดูดีกว่าว่าคนอื่นเค้าทำกันยังไง เพื่อเราจะเอามาใช้ได้บ้าง”

2 สัปดาห์ต่อมา

ซูจิต : “สิริรัตน์ ช่วยคิดหน่อยซิว่าเราจะทำผลงานพัฒนาคุณภาพอะไรดี”

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ อาคารเพชรรัตน์ 11B คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

- สิริรัตน์ : “ลองทำเรื่องการลดภาวะ mucositis จากการฉายแสงในผู้ป่วย CA head neck ใหม่ค่ะ จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาหลายตัวเพื่อช่วยลด mucositis เช่น ยาชา ไอโอดีน และ antibiotic แต่จากการปรึกษากับแพทย์หญิงวรรณภา วัฒนภาส ท่านให้คำแนะนำควรใช้สารตัวอื่นที่ไม่ใช่ยา จึงไปทบทวนเพิ่ม พบผลวิจัยการใช้น้ำเกลือผสมผงฟูสามารถลดแผลในปากได้โดยไม่เป็นอันตรายและสามารถทำได้”
- ชูจิต : “ให้พี่ช่วยอะไรไหม”
- สิริรัตน์ : “ค่ะ พี่ช่วยเก็บสถิติย้อนหลังของผู้ป่วยที่มีภาวะ mucositis ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนกันยายนนี้ว่ามีกี่คนนะคะ”
- ชูจิต : “ได้เดี่ยวพี่จัดการให้ แล้วจะเริ่มทำเมื่อไร”
- สิริรัตน์ : “เดือนตุลาคมค่ะ แต่ต้องขอความช่วยเหลือเรื่องการจัดหาเกลือกับผงฟูด้วยนะคะ”
- ชูจิต : “ได้ไม่มีปัญหา แต่เราต้องเอาเข้ามาคุยกันตอนประชุม ward ด้วยนะ เพื่อสร้างความเข้าใจและทำเป็นแนวทางเดียวกัน”
- สิริรัตน์ : “ค่ะ ขอแจ้งรายละเอียดและชี้แจงให้สมาชิกทราบวันประชุม ward นะคะ”

วันประชุม ward ประจำเดือนตุลาคม

- ชูจิต : “ปีนี้ ward เราจะทำงานพัฒนาคุณภาพ เรื่องการลดภาวะ mucositis จากการฉายแสงในผู้ป่วย CA head neck ขอให้สิริรัตน์ชี้แจงรายละเอียดค่ะ”
- สิริรัตน์ : “จากสถิติผู้ป่วยฉายแสงตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนกันยายน หน่วยงานเรามีผู้ป่วยฉายแสงทั้งหมด 14 ราย พบภาวะ mucositis มากกว่าระดับ 2 หรือภาวะแผลแตกของเยื่อในปากสามารถรับประทานอาหารเหลวได้เท่านั้น จำนวน 11 ราย คิดเป็น 78.57%”
- ทิม : “อ้อ! เยอะมากเลย เราไม่เคยรู้มาก่อนว่ามันจะเยอะขนาดนี้”
- สิริรัตน์ : “ผู้ป่วยกลุ่มนี้บางคนต้องหยุดฉายแสงเพื่อรักษา mucositis หรือเกิดการติดเชื้อจนถึง sepsis ต้องให้ antibiotic ทำให้การรักษาล่าช้าและไม่ได้ผลเท่าที่ควร”
- ทิม : “แล้วเราต้องทำยังไง เพราะยังพบว่าปัญหา mucositis รุนแรงมากขึ้น แม้ว่าจะมีแผนการรักษาให้การบ้วนปากด้วย special mouth wash และอมกลั้วคอด้วย 2% xylocaine viscous หรือ Difflam solution”
- สิริรัตน์ : “วิธีที่ดีที่สุด คือการป้องกันการเกิด mucositis ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ในขอบเขตอำนาจหน้าที่ที่เราสามารถทำได้”
- ทิม : “ทำอย่างไรคะ”
- สิริรัตน์ : “ก่อนอื่นเราต้องรู้ก่อนว่าภาวะ mucositis จากการฉายแสงโดยเฉพาะบริเวณศีรษะและคอเกิดจากการที่เยื่อชั้น mucosa บริเวณที่ได้รับการฉายแสงสูญเสียความชุ่มชื้นและต่อมน้ำลายทำงานน้อยลง ทำให้เยื่อผิวในช่องปากมีอาการแห้ง แตก และอักเสบ ส่งผลให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดและมีข้อจำกัดในการรับประทานอาหาร ดังนั้นการลดภาวะ mucositis คือการป้องกันไม่ให้เยื่อชั้น mucosa สูญเสียน้ำ และคงความชุ่มชื้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้น้ำเกลือผสมผงฟู สามารถผู้ป่วยที่มีแผลในปาก”
- ทิม : “ช่วยได้อย่างไรคะ”

สิริรัตน์ : “น้ำเกลือมีค่า pH เป็นกลาง ค่า osmolality เท่ากับ cell ไม่ทำลายเยื่อช่องปาก เกลือมีคุณสมบัติช่วยลดการอักเสบในช่องปากได้ ส่วนผงฟูเมื่อเป็นสารละลายจะมีลักษณะลื่นและสามารถเคลือบผิวของเยื่อช่องปาก ช่วยลดการแห้งแตกของเยื่อช่องปาก”

ทีม : “ผสมอย่างไรคะ”

สิริรัตน์ : “ใช้ NSS irrigation จำนวน 1,000 ml ผสมผงฟู 3 ช้อนชา หรือน้ำสะอาดจำนวน 1,000 ml ผสมเกลือแกง 1 ช้อนชาและผงฟู 3 ช้อนชา ให้ผู้ป่วยอมบ้วนปากอย่างน้อยวันละ 5 ครั้งเป็นประจำอย่างต่อเนื่องตลอด 14 วันของการฉายแสง โดยเราจะประเมินภาวะ mucositis ในวันแรกก่อนทำการบ้วนปากและประเมินต่อเนื่องทุก 3 วันระหว่างผู้ป่วยรับการฉายแสง ตามแบบการประเมิน Spijkervet radiation mucositis scale เป้าหมายการพัฒนานี้ คือ ป้องกันผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะ mucositis ตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไป แล้วจะมารายงานผลให้ทราบอีกครั้ง”

ทีม : “ทำไมเป็นภาวะ mucositis ตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไปล่ะคะ”

สิริรัตน์ : “การฉายแสงบริเวณศีรษะและคอส่งผลให้เกิดภาวะ mucositis อยู่แล้ว ระดับความรุนแรงขึ้นกับปริมาณแสงที่ได้รับ ไม่ให้เกิดเลยเป็นไปได้ยาก ผู้ป่วยที่มาถึงหน่วยงานเราคือผู้ป่วยที่มีภาวะ mucositis แล้ว ดังนั้นสิ่งที่เราทำได้คือป้องกันไม่ให้รุนแรงมากขึ้น ปกติภาวะ mucositis น้อยกว่าระดับ 2 ถือว่าเป็นภาวะไม่คุกคามกับชีวิตประจำวันมากนัก ลักษณะเยื่อช่องปากแดงแบบ erythema ขนาดไม่เกิน 2 cm ผู้ป่วยยังสามารถรับประทานอาหารและดื่มน้ำทางปากได้”

วันประชุม ward ประจำเดือนมีนาคม

สิริรัตน์ : “จากการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2553 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ.2554 พบว่าผลการติดตามภาวะ mucositis ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายแสง ภายหลังการอมบ้วนปากด้วยน้ำเกลือผสมผงฟูอย่างน้อยวันละ 5 ครั้งเป็นประจำต่อเนื่องและสม่ำเสมอจำนวน 14 ราย พบผู้ป่วยที่มี mucositis มากกว่าระดับ 2 จำนวน 1 ราย คิดเป็น 7.14% เท่านั้น ถือว่าได้ผลดีมาก เป็นผลสำเร็จของทีมเรา”

สิริรัตน์ : “นอกจากนี้เรายังช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วยด้วยนะ โดยปกติค่าใช้จ่ายในการรักษา mucositis แบบปกติ คือ อมกลี้น้ำปากด้วย 2% xylocaine viscouse ประมาณ 23 บาทต่อวัน และ Difflam solution ประมาณ 140 บาทต่อวัน ในขณะที่การบ้วนปากด้วย NSS ผสมผงฟูประมาณ 3 บาทต่อวัน

ทีม : “ชื่นใจจัง พวกเราทำได้”

ผลงานชิ้นนี้ได้ถูกนำเสนอในงานมหกรรมคุณภาพของสมาคมส่งเสริมคุณภาพแห่งประเทศไทย และงาน Bangkok International Quality Symposium (BIQS) 2012 รวมทั้งได้มีการจัดทำวิดีโอในหัวข้อเรื่องการแนะนำการใช้น้ำยาบ้วนปากเพื่อลดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับการฉายแสง พร้อมเผยแพร่ทาง you tube

ปกิณกะ

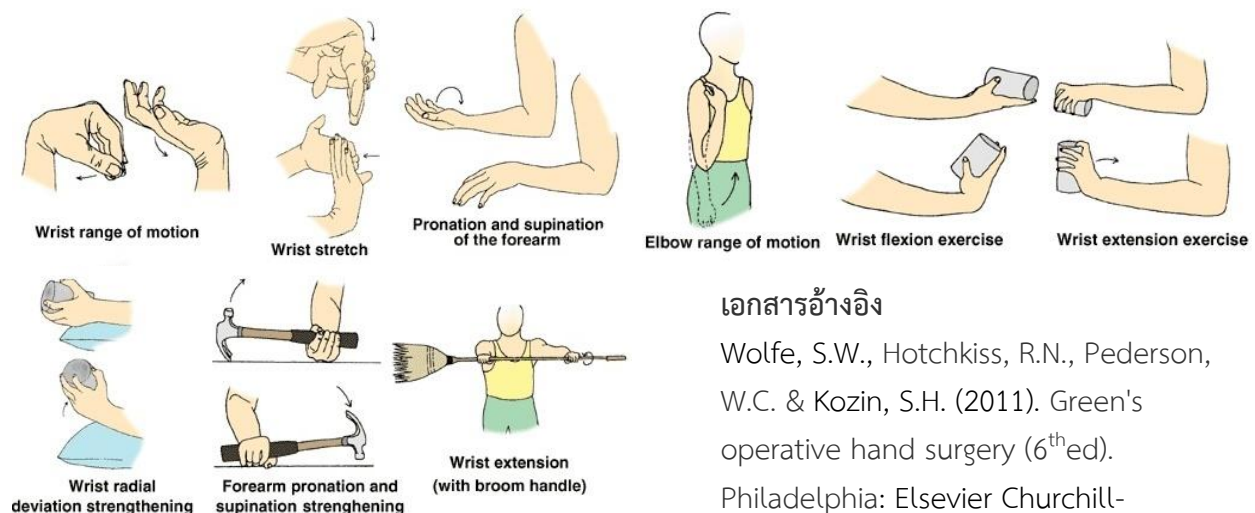
การดูแลรักษาอาการปวดข้อศอก

นพ.อรรถกร กาญจนพิบูลวงศ์*

โรคกล้ามเนื้อบริเวณข้อศอกอักเสบ (tennis elbow/ lateral epicondylitis/ lateral epicondylitis) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในแผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โดยเฉพาะในกลุ่มคนใช้แรงงานทั้งชายและหญิงที่มีรูปแบบการทำงานที่มีการใช้ข้อมือ หรือเกร็งข้อมือกระดกขึ้นๆต่ำๆบ่อยๆ ส่งผลให้กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นมีการฉีกขาดเล็กน้อยแต่เกิดขึ้นซ้ำๆจนเกิดการอักเสบและอาการปวดขึ้น ส่วนใหญ่มักมีอาการในแขนข้างที่ถนัด อย่างไรก็ตาม โรคนี้สามารถเกิดขึ้นได้โดยไม่ทราบสาเหตุได้เช่นกัน

รักษาอย่างไรถึงจะหาย

ก่อนอื่นต้องทราบก่อนเลยว่าธรรมชาติของโรคนี้แท้จริงแล้วสามารถหายได้เองภายในระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 8 ถึง 12 เดือน การรักษาเบื้องต้น คือการรับประทานยาตามอาการประเภทยาแก้ปวดลดการอักเสบ กลุ่มที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ร่วมกับการพักการใช้งาน และเมื่ออาการทุเลาลงควรทำกายภาพบำบัดด้วยตนเองเพื่อช่วยส่งเสริมการหายร่วมการรักษาด้วยยา โดยการนวด ประคบอุ่น และออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อ (ภาพที่ 1) อย่างน้อย 3-4 วันต่อสัปดาห์ วันละ 3 รอบ รอบละ 10 ครั้ง และครั้งละ 15-30 วินาที หรือใช้อุปกรณ์รัดแขนเพื่อช่วยกระจายแรงที่มากระทำบริเวณที่ปวด หากทำกายภาพบำบัดแล้วอาการไม่ทุเลา แพทย์อาจพิจารณาทำการฉีดยาต้านการอักเสบกลุ่มสเตียรอยด์เข้าไปในบริเวณที่ปวด การแพทย์ทางเลือก เช่น การฝังเข็ม และการผ่าตัดรักษากรณีอาการไม่ดีขึ้น



เอกสารอ้างอิง

Wolfe, S.W., Hotchkiss, R.N., Pederson, W.C. & Kozin, S.H. (2011). Green's operative hand surgery (6thed). Philadelphia: Elsevier Churchill-Livingstone.

ที่มา: <http://www.healthyscienceworld.com/exercises-tennis-elbow.html>

* อาจารย์แพทย์ ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ วชิรสารการพยาบาล

กองบรรณาธิการวชิรสารการพยาบาล ขอเชิญชวนส่งบทความวิชาการทางการแพทย์ การพยาบาล บทความพิเศษ และปกิณกะเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวชิรสารการพยาบาล โดยขอให้ เป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน ต้นฉบับทุกเรื่องจะถูกส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญทางการแพทย์ แต่ละสาขาทั้งภายในและภายนอกอย่างน้อย 2 ท่านประเมินก่อนการตีพิมพ์ บทความจะได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายในเวลาที่กำหนด หรือผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอนุมัติการตีพิมพ์ หากผู้เขียนไม่แก้ไขบทความตามเวลาที่กำหนดหรือนำบทความไปตีพิมพ์ในวารสารอื่นระหว่างอยู่ในขั้นตอนรอตีพิมพ์ที่วชิรสารการพยาบาล กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์การตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

1. บทความวิชาการ

1.1 พิมพ์ตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวนไม่เกิน 12 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

1.2 ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และคำสำคัญมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยจำนวนคำภาษาอังกฤษบทคัดย่อไม่เกิน 250 คำ และจำนวนคำสำคัญไม่เกิน 5 คำ

1.3 ชื่อผู้เขียน ตำแหน่ง ที่อยู่ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.4 เรียงลำดับหัวข้อใหญ่ บทคัดย่อภาษาไทย คำสำคัญภาษาไทย บทคัดย่ออังกฤษ คำสำคัญอังกฤษ บทนำ เนื้อหา และบทสรุป ด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18 โดยพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย

2. บทความวิจัย

2.1 พิมพ์ตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 16 หน้าเดียวในกระดาษ A4 จำนวนไม่เกิน 15 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง

1.2 ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อยู่กลางหน้าด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18

1.3 ชื่อ-นามสกุลผู้วิจัยและคณะอยู่กลางหน้าด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18 โดยส่วนท้ายของหน้าแรกระบุ corresponding author ตำแหน่งวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้วิจัยและคณะ

1.4 เรียงลำดับหัวข้อใหญ่ ด้วยตัวอักษร Thai Sarabun ขนาด 18 โดยพิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ดังนี้

1.4.1 บทคัดย่อภาษาไทย คำสำคัญภาษาไทย (สอดคล้องกับภาษาอังกฤษ)

1.4.2 บทคัดย่ออังกฤษ (ไม่เกิน 300 คำ) คำสำคัญอังกฤษ (ไม่เกิน 5 คำ)

1.4.3 บทนำ

1.4.4 กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี)

1.4.5 วัตถุประสงค์

1.4.6 สมมติฐานการวิจัย หรือ คำถามการวิจัย (ถ้ามี)

1.4.7 วิธีการดำเนินการวิจัย

1.4.8 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.4.9 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

1.4.10 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4.11 การวิเคราะห์ข้อมูล

1.4.12 ผลการวิจัย

1.4.13 การอภิปรายผล

1.4.14 ข้อเสนอแนะ

1.4.15 เอกสารอ้างอิง

1.5 เอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบ APA 6th edition (American Psychological Association)

การส่งบทความ ดำเนินการ 2 ขั้นตอนดังนี้

1. ส่งบทความต้นฉบับที่พิมพ์ในกระดาษ A4 3 ชุด/ แผ่นบันทึก (CD) บทความในรูปแบบ word file และ pdf file 1 แผ่น/ ข้อมูลส่วนบุคคลตามแบบฟอร์มใบส่งบทความตีพิมพ์/ สำเนาใบรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ที่นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย ฝ่ายการพยาบาล ตึกเพชรรัตน์ชั้น 16 โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โทร. 0-2244-3082

2. ส่งบทความและแบบฟอร์มใบส่งบทความตีพิมพ์ที่ patiporn.ed@gmail.com

3. บทความวิชาการจะถูกส่งต่อไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินเมื่อกองบรรณาธิการได้รับเอกสารหรือข้อมูลตามขั้นตอนที่ 1 และ 2

**ใบสมัครขอรับหนังสือเวชสารการพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์เวชพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช**

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับหนังสือเวชสารการพยาบาล (ฉบับเดือน มกราคม ถึง มิถุนายน และ กรกฎาคม ถึง ธันวาคม จำนวน 2 เล่มต่อปี) เป็นเวลา ปี ตั้งแต่ พ.ศ.ถึง พ.ศ. และได้ชำระค่าวารสาร ตามรายการดังนี้

☐ อัตราค่าสมาชิก 100 บาทต่อปี

☐ ค่าส่งไปรษณีย์ เล่มละ 6 บาท ขอให้ส่ง

นางสาว/ นาง /นาย

ที่อยู่เลขที่ ซอย ถนน

แขวง เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

ชำระโดย

☐ เงินสด จำนวน.....บาท

☐ โอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อ นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย ธนาการกรุงไทย สาขาศรียาน

เลขที่บัญชี 012-1-10918-6

ลงชื่อ

(.....)

วันที่

หมายเหตุ : ส่งใบสมัครและหลักฐานการโอนเงิน มาทางโทรสาร

นางสาวจงจิตต์ แจ่มหมื่นไวย (ด้านวิชาการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล)

โทรสาร 02-668-7152 โทร. 0-2244-3082