

ขอรายงานข้อมูลที่ได้รับจากการฝึกอบรม คุณาน ประชุม สัมมนาวิชาการ นำเสนอผลงานวิชาการ ปฏิบัติการวิจัย (โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ) ดังนี้

1. เนื้อหา ความรู้ที่ได้เรียนรู้จากการประชุมวิชาการ โดยสรุป มีประเด็นดังนี้

Pediatric Nursing Benchmarking: Challenges for PNAT โดย รองศาสตราจารย์ รัชณี ลิดา

Benchmarking เป็นวิธีการวัดหรือเปรียบเทียบผลิตภัณฑ์/บริการ/วิธีปฏิบัติกับองค์กรอื่น (ที่ดีกว่า) เพื่อนำผลการเปรียบเทียบมาใช้ในการปรับปรุงองค์กร และทำให้มุ่งสู่ความเป็นเลิศ โดยวิชาชีพพยาบาลต้องเริ่มจากกระบวนการ Best practice มาก่อน ซึ่งเป็นวิธีปฏิบัติที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จหรือก้าวสู่ความเป็นเลิศ

ขั้นตอนการทำ Benchmarking ได้แก่ 1. Planning การกำหนดขอบเขตหรือการดำเนินงาน การวางแผน และการตัดสินใจในการเลือกที่จะทำการศึกษเปรียบเทียบในเรื่องใด 2. Analysis เป็นการศึกษาเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับองค์กรที่นำมาเปรียบเทียบ 3. Integration การบูรณาการ เป็นการกำหนดเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงและพัฒนา โดยให้สอดคล้องกับกลยุทธ์ขององค์กร 4. Action การปรับแนวคิดหรือผลของการศึกษาให้เป็นการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม 5. Maturity เป็นการนำ Benchmarking เข้าไปใช้ในทุกกระบวนการและมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ประโยชน์ของการทำ Benchmarking

1. ทำให้รู้จักตนเองจากการเปรียบเทียบกับองค์กรที่มีการดำเนินงานที่ดี
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาตนเองอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
3. เป็นการสะสมความรู้และประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ในการแก้ปัญหาขององค์กรในอนาคต
4. เป็นเครื่องมือในการพัฒนาศักยภาพระดับกลยุทธ์

Pediatric Nurses Association of Thailand (PNAT) เป็นองค์กรวิชาชีพแห่งการเรียนรู้ทางการพยาบาลเด็ก ซึ่งในปัจจุบันมีสมาชิกทั้งหมด 8 ประเทศ ได้แก่ Hong Kong, China, Thailand, Singapore, Japan, Indonesia, Philippines, Australia

Dengue: Towards Zero Death โดย ศาสตราจารย์กิตติคุณ พญ.อุษา ทิสยากร

โรคไข้เลือดออกเป็นหนึ่งใน 10 อันดับปัญหาของสุขภาพระดับโลกในปี 2019 และ WHO ตั้งเป้าหมายลดอัตราการตายจากโรคไข้เลือดออกให้เหลือ 0 ราย ภายในปี 2030 ซึ่งไข้เลือดออกเป็นโรคที่เกิดสามารถแพร่เชื้อจากผู้ป่วยที่มี/ไม่มีอาการไปสู่คนอื่นได้โดยมียุงลายเป็นพาหะ ซึ่งแหล่งของยุงลายส่วนใหญ่จะอยู่ทวีปเอเชียและอเมริกาใต้ ความท้าทายในการลดอัตราการตายนั้นมาจากผู้ป่วยที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา ภาวะโลกร้อนและการขยายตัวของเขตเมือง เนื่องจากไข้เลือดออกมีหลายประเภท แต่ส่วนใหญ่ความรุนแรงของอาการมาจากการเปลี่ยนแปลงจากผลของไวรัสที่ทำให้เกิดการรั่วของพลาสมาในหลอดเลือด และความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด คนป่วยด้วยโรคนี้จึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังภาวะเลือดออก ซึ่งการรักษาเป็นการรักษาตามอาการเป็นส่วนใหญ่ กลยุทธ์ของ WHO ในการจัดการไข้เลือดออก ได้แก่ การควบคุมยุงลาย การเฝ้าระวังและคัดกรองผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น การรักษาที่เหมาะสม การพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออก การให้ความรู้ประชาชน และการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์

Type 1&2 diabetes: Diagnosis and management โดย ผศ. พญ.อรสุดา เลิศบรรณพงษ์

โรคเบาหวานจำแนกได้ออกเป็นหลายประเภทตามเกณฑ์ต่างๆตามเกณฑ์ของ American Diabetes Association 2025 และ World Health Organization 2019 ได้ดังนี้

1. เบาหวานชนิดที่ 1 (T1D) แบ่งเป็น Immune-mediated และ Idiopathic
2. เบาหวานชนิดที่ 2 (T2D)
3. เบาหวานชนิดจำเพาะอื่นๆ เช่น เบาหวานทางพันธุกรรม โรคของตับอ่อน ภาวะต่อมไร้ท่อผิดปกติ ยาหรือสารเคมีเหนี่ยวนำ การติดเชื้อ และกลุ่มอาการทางพันธุกรรม
4. เบาหวานแบบผสม (Hybrid form of diabetes) เป็นกลุ่มใหม่ที่แยกแยะได้ยากระหว่าง T1D และ T2D ได้แก่ LADA ซึ่งมีภูมิคุ้มกันต่อเบต้าเซลล์เป็นบวกแต่ไม่จำเป็นต้องใช้อินซูลินทันที และ Ketosis-prone type 2 diabetes ที่ผู้ป่วยอาจมีภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนแต่ภายหลังสามารถฟื้นตัวและไม่จำเป็นต้องใช้อินซูลิน
5. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่ตรวจพบครั้งแรกขณะตั้งครรภ์

เบาหวานชนิดที่ 1 พยาธิกำเนิด เกิดจากการถูกทำลายของเบต้าเซลล์ในตับอ่อนโดยกระบวนการทางภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้ร่างกายขาดอินซูลินโดยสมบูรณ์ คิดเป็น 5-10% ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด และเป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก

และวัยรุ่น ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก และภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตน (DKA) การตรวจพบสารภูมิต้านทานต่อเบต้าเซลล์ (T1 Abs) อย่างน้อย 2 ชนิด บ่งชี้ว่ามีโอกาส 70% ที่จะพัฒนาเป็น T1D ภายใน 10 ปี

การรักษาด้วยอินซูลิน มี 4 ประเภทหลัก ได้แก่ อินซูลินออกฤทธิ์เร็ว ออกฤทธิ์สั้น ออกฤทธิ์ปานกลาง และออกฤทธิ์นาน ซึ่งมีระยะเวลาการออกฤทธิ์แตกต่างกัน ปริมาณอินซูลินทั้งหมดต่อวัน (TDD) ขึ้นอยู่กับอายุ (เด็กเล็ก 0.5 ยูนิต/กก./วัน วัยรุ่น 1.0-2.0 ยูนิต/กก./วัน) โดยปริมาณอินซูลินพื้นฐานคิดเป็น 40-50% ของ TDD และอินซูลินที่ฉีดก่อนอาหารคำนวณจาก Insulin to Carb Ratio (ICR = 500/TDD) และ Insulin Sensitivity Factor (ISF = 1800/TDD) การติดตามระดับน้ำตาล ควรตรวจระดับน้ำตาลอย่างน้อย 6 ครั้งต่อวัน หรือใช้ Continuous Glucose Monitoring ซึ่งติดตามระดับน้ำตาลทุก 1-15 นาที เป้าหมาย HbA1c โดยทั่วไปคือน้อยกว่า 7%

การจัดการในช่วงป่วย ห้ามหยุดอินซูลินโดยเด็ดขาด ควรตรวจน้ำตาลบ่อยขึ้น (ทุก 1-2 ชั่วโมง) รักษาระดับน้ำตาลให้อยู่ในช่วง 70-180 mg/dL ดื่มน้ำให้เพียงพอ และตรวจคีโตนในเลือดหรือปัสสาวะ ควรรีบไปโรงพยาบาลหากระดับน้ำตาลยังคงสูงขึ้นแม้จะเพิ่มอินซูลิน มีกลิ่นปากคล้ายผลไม้ คีโตนยังคงสูง มีอาการสับสน หายใจหอบเหนื่อย (Kussmaul breathing) หรือปวดท้อง

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) แบ่งเป็น 3 ระดับความรุนแรง

- รุนแรงน้อย (< 70 mg/dL) และ ปานกลาง (< 54 mg/dL) แก้ไขโดยการรับประทานคาร์โบไฮเดรตชนิดออกฤทธิ์เร็ว 0.3-0.5 กรัม/กก. เช่น น้ำหวานเข้มข้น 10-15 มล. แล้วตรวจซ้ำใน 10-15 นาที

- รุนแรงมาก (ไม่รู้สึกริ๊ง, ชัก หรือหมดสติ) ต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น อาจใช้ยา Glucagon ฉีดใต้ผิวหนังหรือเข้ากล้ามเนื้อ หรือให้น้ำเกลือ Dextrose ทางหลอดเลือดดำ

เบาหวานชนิดที่ 2 พยาธิกำเนิด ลักษณะสำคัญคือภาวะดื้ออินซูลินในกล้ามเนื้อ ตับ และเซลล์ไขมัน ควบคู่ไปกับการทำงานของเบต้าเซลล์ที่บกพร่อง ปัจจัยทางพันธุกรรม บุตรที่มีพ่อหรือแม่เป็น T2D มีความเสี่ยงสูงขึ้น โรคอ้วน ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ไขมันพอกตับ ซึ่งอาจนำไปสู่ตับแข็งหรือมะเร็งตับ นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงต่อปัญหาทางจิตใจ เช่น คุณภาพชีวิตที่ต่ำ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความผิดปกติในการกิน รวมถึงภาวะอื่นๆ เช่น Polycystic Ovary Syndrome ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ

เป้าหมายการรักษา มุ่งเน้นการให้ความรู้ด้านพฤติกรรมการกินและกิจกรรม ควบคุมระดับน้ำตาล (HbA1c <6.5%) ลดน้ำหนัก ลดการบริโภคคาร์โบไฮเดรตและแคลอรี เพิ่มการออกกำลังกาย และควบคุมภาวะโรคร่วม

การจัดการอาหาร แนะนำอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน (ไม่น้อยกว่า 900 kcal/วัน สำหรับเด็ก 6-12 ปี และไม่น้อยกว่า 1200 kcal/วัน สำหรับ 13-18 ปี) ลดการบริโภคอาหารจานด่วน น้ำตาล น้ำเชื่อมฟรักโทสสูง อาหารไขมันสูง โซเดียมสูง และอาหารแปรรูป ควรบริโภคผลไม้ทั้งลูกแทนน้ำผลไม้ ควบคุมปริมาณอาหาร เพิ่มใยอาหาร ผักและผลไม้ และทานอาหารตรงเวลา การทำกิจกรรมทางกาย ควรออกกำลังกายระดับปานกลางถึงหนัก อย่างน้อย 20 นาทีต่อวัน และตั้งเป้าที่ 60 นาทีต่อวัน

Nursing management in Pediatric and Adolescent Diabetes

โดย พว.กัญยรัตน์ วงษ์เหมือน และ อาจารย์ ดร.สาธิตา สุระธรรม

การจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในเด็กและวัยรุ่น โดยสรุปภาพรวมเน้นย้ำบทบาทของพยาบาลในการดูแลแบบองค์รวม การให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย การจัดการกับประเด็นทางจิตสังคม และการใช้เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ

1. การดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน การดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นเบาหวานครอบคลุมหลายมิติ ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง/ต่อเนื่อง การใช้อินซูลิน ภาวะโรคอ้วน โภชนาการ กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย การควบคุมระดับน้ำตาล ภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและครอบครัว ประเด็นทางจิตสังคม การจัดการเมื่อเจ็บป่วย การเดินทาง การขับถ่าย การสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ ยาเสพติด และงานปาร์ตี้

2. DSME (Diabetes Self-Management Education and Support) คือ กระบวนการที่มีโครงสร้างซึ่งช่วยให้บุคคลมีความรู้ ทักษะ และความสามารถในการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจอย่างมีข้อมูล พฤติกรรมการดูแลตนเอง การแก้ปัญหา การทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ และเพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิก สุขภาพ และคุณภาพชีวิต เนื้อหาหลักรวมถึง "ทักษะการเอาชีวิตรอด" ในช่วงแรกของการวินิจฉัย และการให้ความรู้ต่อเนื่อง

กระบวนการ DSME ประกอบด้วย

1. การประเมิน (Assessment) ประเมินความรู้ พฤติกรรม ปัจจัยครอบครัว และความพร้อม
2. การวางแผน (Planning) การตั้งเป้าหมายร่วมกัน เช่น ควบคุมระดับน้ำตาลภายใน 3 เดือน
3. การให้ความรู้และการสนับสนุน (Education & Support) ให้ความรู้ที่เหมาะสมตามวัยและใช้เทคนิค MI
4. การติดตามและประเมินผล (Follow-up & Evaluation) ประเมินผลอย่างต่อเนื่องและปรับแผน

ประโยชน์ของ DSME คือช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุได้ 12-24% และช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น รวมถึงลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

3. ประเด็นทางจิตสังคม (Psychosocial Issues) ผู้ป่วยเบาหวานเด็กและวัยรุ่นอาจเผชิญกับความท้าทาย เช่น ความเชื่อมั่นในตนเอง ปัญหาจากกลุ่มเพื่อน และการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน บางรายอาจรู้สึกเบื่อหน่าย กังวล นำไปสู่การแยกตัวและละเลยความรับผิดชอบ อาการซึมเศร้า/ความวิตกกังวลอาจเพิ่มขึ้นเมื่อเป็นเบาหวานนานขึ้น

โครงการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า มีวัตถุประสงค์เพื่อให้วัยรุ่นได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า ได้รับความช่วยเหลือ หรือส่งต่อจิตแพทย์เด็กหากมีภาวะซึมเศร้าระดับมาก การวางแผนการดูแลและสนับสนุนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกช่วงวัย

4. Motivational Interviewing (MI) คือ เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจโดยเน้น "การฟังด้วยใจ" และ "ร่วมมือกับผู้ป่วย" มากกว่าการสั่งสอน เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจจากภายในของผู้ป่วย หลักการสำคัญของ MI ได้แก่ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การพัฒนาความขัดแย้งภายในตนเอง การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง การยอมรับแรงต้าน การสนับสนุนความเชื่อมั่นในตนเอง

5. เป้าหมายและผลลัพธ์ เป้าหมายการควบคุมเบาหวานชนิดที่ 1 ในเด็กและวัยรุ่น คือ HbA1C $\leq$ 7% ระดับน้ำตาลในเลือด 70-180 mg/dl ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 70-144 มก./ดล. อย่างไรก็ตาม ต้องพิจารณาเป็นรายบุคคลโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำบ่อยครั้งหรือไม่แสดงอาการเตือน ผู้ป่วยและผู้ปกครองมีความคาดหวังหลากหลาย เช่น อาการดีขึ้น หายจากโรค มีชีวิตเหมือนคนปกติ หรือควบคุมน้ำตาลในเลือดได้

6. บทบาทของพยาบาลในการดูแลเบาหวานเด็กและวัยรุ่น พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้แนวทาง มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้นำในการดูแลที่เชื่อมโยงความรู้ แรงบันดาลใจ และความเข้าใจเข้าด้วยกัน โดยเน้นการเสริมพลังอำนาจมากกว่าการสั่ง และดูแลทั้งเด็กและครอบครัว พยาบาลคือ ผู้ให้ความรู้ และโค้ช ที่ใช้ DSME เป็นแนวทางหลักในการวางแผนดูแลแบบองค์รวม และใช้ MI เป็นทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ทำให้การดูแลเด็กและวัยรุ่นที่เป็นเบาหวานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

Optimizing the prevention and management of Post – ICU Syndrome pediatric patient

โดย พว.สุพัทธรา เผ่าพันธ์

Pediatric Intensive Care Syndrome - PICS-p เกี่ยวข้องกับภาวะอ่อนแรงที่เกิดจากการอยู่ไอซียู ซึ่งคิดเป็น 23% ของทั้งหมด รวมถึงภาวะแพ้อาหารที่เกิดจากการอยู่ไอซียู 25% และกลุ่มอาการถอนยาจากการรักษา 57% โดยเฉพาะจากการใช้ยากลุ่มโอปิออยด์และเบนโซไดอะซีพีนนานกว่า 72 ชั่วโมง

ปัจจัยที่มีผลต่อ PICS-p มีทั้งจากตัวผู้ป่วย เช่น การเปลี่ยนแปลงของสารน้ำในร่างกาย การทำงานผิดปกติของอวัยวะ สรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับอายุตามธรรมชาติ ภาวะการอักเสบ และเกิดจากการเข้ารับการรักษานานในหอผู้ป่วย PICU เช่น การใช้เครื่อง ECMO การใช้ CRRT (การบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่อง) และการบำบัดรักษาอื่นๆ การศึกษาหนึ่งพบว่าอุบัติการณ์ของ PICS-p ในเด็กโดยใช้แบบจำลอง VSCAREMD นั้นสูง และมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการอยู่ใน PICU โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอยู่ใน PICU ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับ PICS-p

กลยุทธ์การป้องกัน PICS-p ใน PICU

1. ABCDEFGH Bundle / PICU Liberation ABCDEF Bundle ชุดมาตรการนี้ถูกออกแบบมาเพื่อใช้ใน PICU องค์ประกอบของ PICU Liberation ABCDEF Bundle ได้แก่

A Assess, prevent, and manage pain

B Both spontaneous awakening and breathing trials

C Choice of analgesia and sedation การประเมินการให้ยาระงับประสาทใช้การประเมินระดับการรับรู้/ระดับสติ (Arousal/LOC: SBS) และการติดตามด้วย EEG ขณะใช้ NMBAs

D Delirium assessment, prevention, management โดยใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะเพ้อในเด็ก The Cornell Assessment of Pediatric Delirium (CAPD) ถูกออกแบบมาสำหรับเด็กทุกวัยและทุกระดับพัฒนาการ มีความไว 94% และความจำเพาะ 79% โดยคะแนน ≥ 9 ถือว่ามีภาวะเพ้อ ควรทำการประเมิน 3-4 ครั้งต่อวัน

E Early mobility and exercise ปัจจุบันยังไม่มีคำจำกัดความมาตรฐานใน PICU แต่หมายถึงการออกกำลังกายในพื้นที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับพัฒนาการในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งริเริ่มภายใน 48-72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาใน ICU การศึกษาในผู้ป่วย 7,546 ราย โดยมีการเคลื่อนไหว/ฟื้นฟู 22,350 ครั้งใน ICU พบว่าปลอดภัย โดยมีอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้เพียง 2.6% และมีผลกระทบทางการแพทย์เพียง 0.6% สามารถช่วยลดภาวะเพ้อได้อย่างมีนัยสำคัญ

F Family engagement, empowerment

การใช้ ABCDEF Bundle ที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการลดอัตราการเสียชีวิต แต่ไม่สัมพันธ์กับระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาการอยู่ใน PICU หรืออุบัติการณ์ของภาวะเพ้อ

การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเด็กโรคเรื้อรัง โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อัจฉริยา ปทุมวัน

เด็กโรคเรื้อรังคือผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องนานกว่า 3 เดือน อาการมักเรื้อรังหรือทุพพลภาพ โรคที่พบได้แก่ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เบาหวาน หอบหืด ฯลฯ ปัจจุบันจำนวนเด็กโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นทั่วโลก รวมถึงโรคไม่ติดต่อ (NCDs) และปัญหาสุขภาพจิตในเด็กไทยที่ทวีคูณ โรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ คุณภาพชีวิต และเศรษฐกิจของครอบครัว ความท้าทายได้แก่ การเข้าถึงบริการ ภาระของผู้ดูแล และความซับซ้อนของแผนการรักษา

หลักการพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย

1. การดูแลแบบองค์รวมระยะยาว ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และครอบครัว
2. การทำงานเป็นทีม โดยพยาบาลเป็นผู้ประสานงานหลัก
3. การเสริมพลังครอบครัวให้มีบทบาทร่วมในการดูแล
4. การวัดผลครอบคลุมคุณภาพชีวิต ใช้เครื่องมือวัดที่เหมาะสม
5. การใช้วิจัยและข้อมูลจริง พัฒนาการดูแลอย่างเป็นระบบ

นวัตกรรมที่สนับสนุน ได้แก่ Telehealth Mobile App และการบันทึกสุขภาพแบบเรียลไทม์ Chronic Care Model (CCM) เน้นระบบสุขภาพแบบบูรณาการ มี 6 องค์ประกอบ เช่น การสนับสนุนการดูแลตนเอง ระบบข้อมูลสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน

บทบาทพยาบาล ควรเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนระบบ สื่อสาร วางแผน และร่วมมือกับครอบครัว กรณีศึกษาทั่วโลก ยืนยันความสำเร็จของการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

Pediatric Nutrition Update 2025: เรื่องน่ารู้สำหรับพยาบาล

โดย ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงลัดดา เหมาะสุวรรณ

ภาพรวมโภชนาการเด็กไทยอายุ 0-5 ปี พบว่าเด็กไทยเผชิญกับภาวะขาดสารอาหารและภาวะน้ำหนักเกิน/โรคอ้วน โดยเป้าหมายในปี 2030 สำหรับภาวะแคระแกร็น (stunting) และผอม (wasting) คือต่ำกว่า 3% ในปี 2565 มีเด็ก 0-5 ปี 10.9% ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งเกินเป้าหมายระดับโลกปี 2025 ที่ 6% และเป้าหมายปี 2030 ที่ต่ำกว่า 3%

การให้อาหารทารกและเด็กเล็กมีผลโดยตรงต่อสุขภาพ พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี และส่งผลต่อการอยู่รอดของเด็ก โดยสารอาหารที่มีกรดไขมันในอาหารปกติของเด็กเล็ก ได้แก่ ไขมันอิ่มตัว สังกะสี แคลเซียม ในขณะที่ European Food Safety Authority (EFSA) 2013 ระบุว่าไขมันอิ่มตัว วิตามินดี และ n-3 polyunsaturated fatty acids (PUFA) เป็นสารอาหารที่สำคัญที่สุดในกลุ่มประชากรเด็กเล็กในยุโรป

ภาวะโลหิตจางและการขาดธาตุเหล็ก พบภาวะโลหิตจางในเด็ก 0.5-0.9 ปี สูงถึง 56.6% และลดลงในกลุ่มอายุ 4.0-6.9 ปี เหลือ 11.5% ภาวะขาดธาตุเหล็กในทุกวัยพบ 29.8% ในเด็กอายุ 4.0-6.9 ปี และภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก 4.7% การขาดธาตุเหล็กในวัยทารกอาจส่งผลต่อ IQ ลดลง 5-10 จุด และอาจมีผลต่อเนื่องถึงวัยรุ่น โดยเฉพาะในครอบครัวที่ยากจน

ผลกระทบของโรคอ้วนในเด็ก

ผลกระทบระยะยาว เด็กอ้วนมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลายประการ เช่น ภาวะไขมันพอกตับ/NAFLD/MAFLD ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง Acanthosis nigricans Striae ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (5-15%) ภาวะพร่องการหายใจ (Pickwickian syndrome) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ในเด็ก 10-14 ปี = 1.5-1.7%) ภาวะก่อนเบาหวาน (6.1-6.5%) ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่เด็กอายุ 2 ปี นอกจากนี้ ยังมีผลต่อปัญหาทางจิตสังคม เช่น ภาวะซึมเศร้าและความนับถือตนเองต่ำ ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของเด็กที่มี BMI สูงสุดนั้นเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่า เมื่อเทียบกับเด็กที่มี BMI ต่ำสุด

การวินิจฉัยภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน แตกต่างกันตามช่วงอายุ โดยใช้ WHO 2021 Anthropometric indices เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี น้ำหนักเกิน: น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (Weight-for-height) $>+2SD$ ถึง $+3SD$ โรคอ้วน: น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (Weight-for-height) $>+3SD$ เด็กอายุ 5-18 ปี น้ำหนักเกิน: ดัชนีมวลกายตามเกณฑ์อายุ (BMI-for-age) $>+1SD$ ถึง $+2SD$ โรคอ้วน: ดัชนีมวลกายตามเกณฑ์อายุ (BMI-for-age) $>+2$ โรคอ้วนรุนแรง สำหรับเด็กอายุมากกว่า 5 ถึง 19 ปี หมายถึง BMI ตามเกณฑ์อายุมากกว่าค่ามัธยฐานเกินกว่า 3 เท่าของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การป้องกันภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กควรประกอบด้วยการส่งเสริมโภชนาการที่ดีตั้งแต่ในครรภ์จนถึงวัยรุ่น ควบคู่ไปกับการสนับสนุนให้เด็กมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม มีระยะเวลาการนอนและสุขอนามัยการนอนที่เพียงพอ และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดีทั้งที่บ้าน โรงเรียน และในชุมชน

ธงโภชนาการ เป็นเครื่องมือที่แปลข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ให้เป็นข้อมูลที่คนทั่วไปเข้าใจง่ายและนำไปปฏิบัติได้ เพื่อให้ทารกและเด็กไทยได้รับอาหารคุณภาพสูงที่มีโภชนาการครบถ้วนและเพียงพอเหมาะสมกับการเติบโตและพัฒนาการของเด็ก

Neonatal Care Update: essentials for nurses โดย รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สรายุทธ สุภาพรรณชาติ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาหลักในการดูแลทารกแรกเกิด เช่น ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะขาดออกซิเจน และ ทารกคลอดล่าช้า แนวทางแก้ไขมุ่งเน้นที่การช่วยชีวิตทารกแรกเกิด (NCPR) วิสัยทัศน์ในปัจจุบันและอนาคตคือการให้บริการดูแลที่มีคุณภาพสูง เข้าถึงได้กว้างขวาง และฟรีสำหรับบุคลากรสาธารณสุขทุกคน เพื่อให้สามารถจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมได้ทันทีหลังจากการฝึกอบรมหลัก

มีการฝึกอบรมผู้ฝึกสอน (Training for the Trainers) สำหรับ NCPR โดยได้รับการสนับสนุนจาก Latter-day Saint Charities มีผู้ฝึกสอน 210 คนจาก 60 จังหวัดได้รับการฝึกอบรม โดยใช้ NCPR เวอร์ชัน 8 ผู้ฝึกสอนทุกคนได้รับการฝึกอบรมฟรี บางครั้งรวมถึงค่าเดินทางและที่พัก มีการแจกทุนจำลองฟรี รวมถึงทุนจำลองสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้มีการยกเลิกการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อปั๊ม Ambu bag และดูดขี้เทา โครงการนี้ยังได้รับการสนับสนุนเงินทุนทั้งหมดจากราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย NCPR 2011

ภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด Kernicterus เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของภาวะตัวเหลือง กลุ่มเสี่ยงสูงต่อภาวะตัวเหลือง ได้แก่ ทารกคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์ 34 ถึง 36 สัปดาห์) ทารกเพศชายที่มีภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD ทารกที่ได้รับนมแม่อย่างเดียว มีประวัติพี่น้องคนก่อนหน้าเคยได้รับการเปลี่ยนถ่ายเลือด Breast feeding jaundice จะทำให้ภาวะตัวเหลืองทางสรีรวิทยาแย่ลง และเพิ่มอัตราการส่องไฟและการเปลี่ยนถ่ายเลือด ซึ่งสามารถป้องกันได้ด้วยการสอนการให้นมแม่อย่างเพียงพอ Breast milk jaundice เกิดขึ้นภายหลังสัปดาห์แรก และเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบในน้ำนม ไม่ใช่ปริมาณ สามารถคงอยู่ได้นานถึง 2 เดือน การฝึกอบรมการให้นมบุตรที่ดีไม่มีผลต่ออุบัติการณ์ และโดยธรรมชาติแล้วไม่ได้เพิ่มอัตราการส่องไฟและการเปลี่ยนถ่ายเลือดมากเท่ากับภาวะตัวเหลืองที่เกี่ยวข้องกับการให้นมแม่ การวินิจฉัยภาวะตัวเหลืองในปัจจุบันสามารถทำได้ง่ายโดยใช้แอป Picturus® Jaundice Pro โดยวางการ์ดเทียบสีบนหน้าอกทารก ถ่ายภาพด้วยโทรศัพท์เพื่อรับผลทันที

การรักษาด้วยการลดอุณหภูมิร่างกาย (Cooling/Therapeutic Hypothermia) สำหรับภาวะสมองขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด เริ่มการลดอุณหภูมิหลัง 6 ชั่วโมงและก่อน 24 ชั่วโมง ซึ่งช่วยลดความพิการและการเสียชีวิตได้ถึง 76%

Nursing challenges for enhanced successful breastfeeding in sick babies

โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรพร แก้ววิมล และ พว.อติพร ศิริชัย

ทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงสูง หมายถึง ทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วยและมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าทารกปกติทั่วไป โดยไม่จำแนกตามอายุครรภ์ ซึ่งรวมถึงทารกที่เติบโตช้าในครรภ์ ทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกที่มีภาวะเจ็บป่วยตั้งแต่แรกเกิด ทารกมีความพิการแต่กำเนิด ครอบครัวมีประวัติใช้สารเสพติด มารดามีข้อจำกัดเรื่องสุขภาพ กลุ่มโรคติดเชื้อ มารดาที่มีประวัติการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง และครอบครัว LGBTQ+ นมแม่เปรียบเสมือนยาและวิตามินที่สำคัญต่อชีวิตทารก ทั้งในแง่สารอาหารและการได้รับภูมิคุ้มกันที่จำเป็นจากแม่ ซึ่งดีต่อสุขภาพทั้งมารดาและทารก เป้าหมายคือการเพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วยให้สูงขึ้น 50% เนื่องจากข้อมูลปี 2022 แสดงว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวในประเทศไทยอยู่ที่ 46% ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลกที่ 48%

ผู้มีส่วนสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูง นโยบายการลาคลอดและการลาเพื่อดูแลบุตร และสถานพยาบาล/ชุมชน/ที่ทำงานที่เอื้อต่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การบูรณาการครอบครัวร่วมดูแลทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง (Family Integrated Care in High-risk Neonate) คือ การนำครอบครัวเข้ามาเป็นทีมดูแลรักษาทารก โดยปฏิบัติหน้าที่เสมือนผู้ดูแลหลัก เพื่อช่วยลดสิ่งกระตุ้นเชิงลบระหว่างการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ไม่ให้เผชิญกับความเครียดเกินจำเป็น และส่งเสริมให้ทารกมีการปรับตัวอย่างเป็นระเบียบ เติบโตใกล้เคียงกับทารกในครรภ์ให้มากที่สุดก่อนจำหน่าย

บันได 10 ขั้นนมแม่ในทารกป่วย (10 Steps Breastfeeding Sick Babies) โดย Diane L. Spatz เป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย

1. Informed decision การให้ข้อมูลแก่แม่และครอบครัวเพื่อประกอบการตัดสินใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. Establishment & maintenance of milk supply การกระตุ้นให้แม่ออกนํ้านมเร็วและมีนํ้านมต่อเนื่อง ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการกระตุ้นการหลั่งนํ้านมและการบีบเก็บนํ้านมเหลือทิ้งหลังคลอด (ภายใน 2 ชั่วโมงสำหรับคลอดปกติ และ 4 ชั่วโมงสำหรับผ่าคลอด)
3. Human milk Management การจัดการกับนํ้านมแม่ที่บีบเก็บอย่างเหมาะสม รวมถึงวิธีการเก็บและละลายนํ้านมที่ถูกต้อง
4. Oral care and feeding human milk การเคลือบช่องปากทารกด้วย colostrum โดยใช้ไม้พันสำลี วันละ 3 ครั้ง หรือทุก 8 ชั่วโมง เพื่อให้ทารกได้รับภูมิคุ้มกันและกระตุ้นระบบทางเดินอาหาร
5. Skin-to-skin care การทำแกงการู โดยให้ทารกนอนคว่ำบนอกมารดาอย่างน้อย 1 ชั่วโมง/ครั้ง
6. Non-nutritive sucking (NNS) การกระตุ้นให้ทารก suck เค้านมแม่ ผิดดูดและกลืนอย่างเป็นจังหวะ
7. Transition to breast การฝึกให้ทารกดูดเต้านมเปล่า ประเมิน Hunger signs ของทารก การเข้าเต้าที่ถูกต้อง และการใช้ท่าอุ้มที่เหมาะสม
8. Measuring milk transfer การประเมินว่าทารกได้รับนมแม่เพียงพอหรือไม่ โดยเปรียบเทียบน้ำหนักทารกก่อน-หลังกินนม
9. Preparation for discharge ส่งเสริมให้มารดาฝึกให้นมแม่ก่อนกลับบ้านอย่างน้อย 3-5 วัน และสนับสนุนให้พักค้างและดูแลทารกด้วยตนเองก่อนจำหน่าย
10. Appropriate follow-up ติดตามประเมินปัญหาอุปสรรคจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังจำหน่าย และแนะนำให้กลับมารตรวจตามนัด

บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลเด็กขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) มีความสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย โดยใช้ทักษะและสมรรถนะในการจัดการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในด้านการปฏิบัติทางคลินิก การให้คำปรึกษา การศึกษา การวิจัย การเป็นผู้นำ การทำงานร่วมกัน การสื่อสาร การดูแลจิตวิญญาณ และจริยธรรม เน้นการสร้างความสัมพันธ์และความจริงใจ เพื่อให้การดูแลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การเริ่มต้นที่ดีและการติดตามอย่างต่อเนื่องด้วยความเข้าใจ จะนำไปสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกป่วย

แนวทางในการพัฒนาวิชาชีพสำหรับพยาบาลเด็ก โดย รองศาสตราจารย์ ดร.เรณู พุกบุญมี

วิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ให้บริการและสังคมมีความต้องการ โดยมีหลักการสำคัญคือ ความเป็นอิสระ (Autonomy) ความรับผิดชอบ (Accountability) และ อำนาจ (Authority) พยาบาลต้องใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลในการปฏิบัติงาน และยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพ การพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลครอบคลุม 4 ด้านหลัก ได้แก่ การให้บริการ การวิจัยทางการพยาบาล การบริหารทางการพยาบาล และการศึกษาทางการพยาบาล ซึ่งทั้งหมดนี้เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเด็ก

แนวโน้มและความท้าทายในการดูแลสุขภาพศตวรรษที่ 21 มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญจากหลายปัจจัย ดังนี้

1. ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี (Technological Advancements) ยุคดิจิทัลนำมาซึ่ง Telemedicine การติดตามผู้ป่วยทางไกล Electronic Health Records (EHRs) ปัญญาประดิษฐ์ (AI) และ Machine Learning ที่ใช้ในการวินิจฉัย การพัฒนา และการดูแลผู้ป่วยเฉพาะบุคคล รวมถึง Chatbots และ Robotic Process Automation (RPA) ที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและลดภาระงานของพยาบาล

2. การเปลี่ยนแปลงจุดเน้น (Shifting Focus) เน้นการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การดูแลเชิงป้องกัน และสุขภาพประชากร

3. ความท้าทายด้านสุขภาพโลก (Global Health Challenges) การรับมือกับโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต และผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

4. ความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพ (Health Inequities) ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพและผลกระทบจากปัจจัยทางสังคม เช่น ความยากจน การศึกษา และที่อยู่อาศัย

5. ทิศทางในอนาคต (Future Directions) การทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ (Interdisciplinary Collaboration) การตัดสินใจโดยใช้ข้อมูล (Data-Driven Decision Making) การลงทุนในสาธารณสุข และการใช้เทคโนโลยีอย่างสร้างสรรค์

บทบาทของพยาบาลในศตวรรษที่ 21 เน้นการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยพิจารณาความต้องการและความชอบของผู้ป่วย มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแล เช่น EHRs Telenursing และการวิเคราะห์ข้อมูล ทำงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ และใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice: EBP) ในการปฏิบัติและปรับปรุงผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย วิชาชีพยังเผชิญกับความท้าทายในการสรรหาและรักษาพยาบาลไว้ นอกจากนี้ยังต้องมีความสามารถด้านสารสนเทศการพยาบาล ความสามารถทางวัฒนธรรมในบริบทโลก สามารถจัดการกับประเด็นทางจริยธรรมที่ซับซ้อน และมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

สมรรถนะหลักที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในศตวรรษที่ 21 พยาบาลยังต้องมีความรู้ทางการพยาบาลเชิงระบบ เทคโนโลยีขั้นสูง และนวัตกรรม การพยาบาลเด็กมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เช่น การพยาบาลทารกแรกเกิดทั้งกลุ่มสุขภาพดีและกลุ่มเสี่ยงสูง ผู้ป่วยเด็กเรื้อรัง เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาว เบาหวาน โรคเลือด โรคไต และผู้ป่วยวิกฤต เช่น โรคทางเดินหายใจ โรคหัวใจ

AI และ Precision Medicine ในการพยาบาลเด็ก AI สามารถวิเคราะห์ข้อมูลพันธุกรรม ประวัติทางการแพทย์ และปัจจัยด้านไลฟ์สไตล์ เพื่อช่วยพัฒนาแผนการรักษาเฉพาะบุคคลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย Precision Medicine และ Personalized Nursing Care อาศัยความรู้ด้าน "omics science" เพื่อให้สามารถให้คำปรึกษาทางพันธุกรรม และปรับการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและไลฟ์สไตล์

เส้นทางการพัฒนาวิชาชีพและคุณวุฒิ พยาบาลมีการพัฒนาจากพยาบาลผู้เริ่มต้นไปสู่ผู้เชี่ยวชาญผ่าน 5 ระดับ เส้นทางการศึกษาประกอบด้วยปริญญาตรี (พยาบาลวิชาชีพ) ปริญญาโท (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) และหลักสูตรฝึกอบรมวุฒิปดฺตร พยาบาลผู้เชี่ยวชาญขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) ซึ่งถือว่าเทียบเท่าปริญญาเอกด้านปฏิบัติ (เทียบเท่า ป.เอก) นอกจากนี้ยังมีหลักสูตรปริญญาเอก (PhD/DNS) การพัฒนาต่อเนื่องตลอดชีวิตยังรวมถึงการอบรมระยะสั้น workshop ประชุมวิชาการ และการศึกษาดูงาน

การปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty Practice) คือการนำความเชี่ยวชาญของอาจารย์พยาบาลไปให้บริการแก่ผู้ป่วยแต่ละบุคคล ครอบครัว กลุ่ม หรือชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มพูนความเชี่ยวชาญของอาจารย์ และบูรณาการความเป็นนักวิชาการ การศึกษา การวิจัย และการปฏิบัติการพยาบาลเข้าด้วยกันเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

การพัฒนาคุณภาพและการวิจัย การประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพสามารถทำได้โดยใช้ทฤษฎี Donabedian ซึ่งพิจารณาจาก โครงสร้าง กระบวนการ และ ผลลัพธ์ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการปฏิบัติทางคลินิก ประกอบด้วยการระบุโอกาสในการปรับปรุง ประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนาการปรับปรุง ดำเนินการ และวัด

ผลลัพธ์ ซึ่งนำไปสู่การวิจัยผลลัพธ์ การวิจัยเป็นสิ่งที่ขับเคลื่อนสำคัญในการพยาบาลเด็ก เพื่อพัฒนาสมรรถนะ การใช้ผลงานวิจัย สร้างเครือข่ายการวิจัย และสร้างนวัตกรรมการพยาบาลเด็ก

ความร่วมมือและการดูแลแบบองค์รวม สถาบันการศึกษาพยาบาลและหน่วยบริการพยาบาลต้องร่วมมือกัน อย่างใกล้ชิดในการศึกษา การปฏิบัติ และการวิจัย การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing care) เน้นการดูแลที่ครอบคลุมบุคคล โดยใช้กระบวนการพยาบาล การทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ การใช้ EBNP การตัดสินใจทางคลินิกที่ดี การคิดเชิงวิพากษ์ และตระหนักถึงมนุษยนิยมและการดูแลรักษาแบบองค์รวม รวมถึงการพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

บุหรีไฟฟ้า: ภัยคุกคามใหม่ของเด็กและเยาวชน โดย ศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์

บุหรีไฟฟ้าเป็นภัยคุกคามใหม่สำหรับเด็กและเยาวชน ซึ่งมี 2 ชนิดหลักคือชนิดแห้งและชนิดน้ำ จากการสำรวจ สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าในปี พ.ศ. 2564 มีผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันร้อยละ 0.14 หรือ ประมาณ 78,742 คน ในปี พ.ศ. 2565 อัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเป็นร้อยละ 16.5 ซึ่งคิดเป็น 900,000 คน และมีการกล่าวถึงการเพิ่มขึ้น "10 เท่าใน 1 ปี" ในช่วงนี้ ในปี พ.ศ. 2567 อัตราการสูบบุหรี่ลดลงมาอยู่ที่ร้อยละ 9.8

บุหรีไฟฟ้ามีสารพิษ เสพติด และเป็นอันตราย

1. สารเสพติดสูงสุด นิโคตินมีฤทธิ์เสพติดสูงที่สุด โดยกระตุ้นการหลั่งสารโดปามีนและกระตุ้นศูนย์สมองที่ให้รางวัล (Brain Reward Center) สมองของเด็กเรียนรู้ได้เร็วกว่าผู้ใหญ่ จึงเสพติดได้ง่ายกว่า

2. อันตรายต่อทุกระบบของร่างกาย

- สมอง โดยเฉพาะสมองที่กำลังพัฒนา: นิโคตินรบกวน Executive Function ทำให้แก้ปัญหาไม่ได้ คิดช้า ควบคุมอารมณ์ได้น้อยลง พุดโต้ตอบลดลง และความจำลดลง

- ระบบหลอดเลือดและหัวใจ ทำให้นิโคตินทำให้หลอดเลือดหดตัว กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เพิ่มความเสี่ยงหลอดเลือดสมองตีบ ตัน แตก 2.07 เท่า หลอดเลือดหัวใจตีบและกล้ามเนื้อหัวใจตาย 2.14 เท่า หัวใจล้มเหลว 19% และความดันโลหิตสูง 1.56 เท่า

- ระบบทางเดินหายใจ เพิ่มความเสี่ยงปอดอักเสบ (EVALI) 2.0 เท่า โรคหืดเพิ่ม 74% โรคถุงลมโป่งพองเพิ่ม 75% และลมรั่วปอดแตก สารในน้ำยาบุหรีไฟฟ้า เช่น ไดอะซิติล ก่อให้เกิดโรคปอดข้าวโพดคั่ว ซึ่งทำให้ทางเดินหายใจเกิดแผลเป็นและตีบแคบอย่างถาวร

- ระบบต่อมไร้ท่อ/เมตาบอลิซึม ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

- สุขภาพทางเพศ ทำให้เกิดการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศเพิ่มขึ้น 2.24 เท่า

- ระบบภูมิคุ้มกัน ลดการทำงานของเม็ดเลือดขาว (สูงถึง 40%) เพิ่มการเกาะตัวของเชื้อโรคกับเซลล์เยื่อทางเดินหายใจ และเพิ่มความรุนแรงของเชื้อโรคที่เข้ามา

- บุหรีไฟฟ้าทำให้เป็นมะเร็ง และผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นมะเร็งมากกว่าคนไม่สูบ 2.2 เท่า น้ำยาบุหรีไฟฟ้ามีสารเคมีกว่า 2,000 ชนิด สารแต่งกลิ่นและรสบางชนิด เช่น ซินนามอลดีไฮด์ เป็นพิษต่อเซลล์และเป็นสารก่อมะเร็ง ยาสูบเป็นสาเหตุของมะเร็ง 12 ชนิด

- ในเลือดของผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโลหะหนัก เช่น นิกเกิล โครเมียม แคดเมียม ดีบุก ตะกั่ว เงิน และทองแดง มากกว่าผู้สูบบุหรี่มวน

3. น้ำยาบุหรีไฟฟ้า EVALI เป็นภาวะปอดอักเสบรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งมีการพบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตในหลายพื้นที่

4. กลิ่น รส และสารก่อมะเร็ง กลิ่นและรสมีบทบาทสำคัญต่อการใช้บุหรีไฟฟ้าของเด็กและเยาวชน โดยร้อยละ 70 ของวัยรุ่น 12-17 ปีที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าบอกว่าสาเหตุที่สูบบุหรี่เพราะมีรสที่ชอบ เช่น รสผลไม้ (73%) รสมินต์ (56%) รสเมนทอล (37%) รสขนมหวาน (37%) การศึกษาของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดพบว่ากลิ่นและรสที่นิยมส่วนใหญ่ประกอบด้วยสารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOC) ที่ระคายเคืองต่อเยื่อ และสารที่ทำให้เกิดกลิ่นและรสในเนยสังเคราะห์ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคปอดข้าวโพดคั่ว

5. ไอระเหย (บุหรีมือสอง/มือสาม) ไอระเหยของบุหรีไฟฟ้ามีสารพิษกว่า 2,000 ชนิด และมี PM 2.5 มากกว่าบุหรีมวน บุหรีไฟฟ้าเป็นอันตรายต่อคนรอบข้าง โดยผู้ที่อาศัยในบ้านเดียวกันมีระดับโคตินิน สูงขึ้นในปัสสาวะและน้ำลาย แม้นตนเองไม่ได้สูบบุหรี่ สารนิโคตินยังตกค้างตามผนังห้อง พื้นห้อง และประตูในระดับสูง

6. บุหรีไฟฟ้าสามารถระเบิดได้

7. ผลกระทบต่อทารกในครรภ์ การสูบบุหรี่ไฟฟ้าขณะตั้งครรภ์อาจทำให้ DNA ผิดปกติ ระบบหายใจผิดปกติ เสียชีวิตจากโรคระบบประสาทผิดปกติมากกว่า 1.4 เท่า น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 5.1 เท่า เป็นโรคสมาธิสั้น 1.6 เท่า รวมถึงปากแหว่งเพดานโหว่ และโรคไหลตายในทารก

บุหรี่ไฟฟ้าเป็นประตูสู่การเสพติดอื่น (Gateway Effect) บุหรี่ไฟฟ้าเป็นประตูนำไปสู่การสูบบุหรี่มวน และไปเตรียมความพร้อมสู่ยาเสพติดอื่น เช่น ในสหรัฐอเมริกาและแคนาดา บุหรี่ไฟฟ้าเป็นประตูสู่การเสพติดกัญชา 3.6-4 เท่า และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 5 เท่า รวมถึงยาเสพติดอื่น 2 เท่า สมอเด็กที่เรียนรู้ได้เร็วกว่าผู้ใหญ่ทำให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นประตูสู่การเสพติดอื่นใน 2 ปีข้างหน้า เช่น บุหรี่มวน (80.7%) สารเสพติดอื่น (76.0% เช่น กัญชา กระเทียม ยาบ้า ไอซ์ อีฟีน มอร์ฟิน เฮโรอิน สารระเหย)

การตลาดล่าเหยื่อและกลุ่มเป้าหมาย บุหรี่ไฟฟ้ามุ่งเป้าไปที่เด็กและเยาวชน โดยใช้กลยุทธ์การตลาดที่ดึงดูดใจ สร้างภาพลักษณ์ที่เท ทันสมัย เป็นแฟชั่น และสามารถใช้น้ำหอมได้ มีขนาดเล็ก พกซื้อง่าย และสูบสะดวก การใช้กลิ่นและรสชาติหลากหลายเป็นปัจจัยหลักในการดึงดูดวัยรุ่น อิทธิพลจาก Influencer ในหนึ่ง/ละคร มีผลต่อพฤติกรรม การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนถึงร้อยละ 54.5 มีการบิดเบือนข้อมูลว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่ใช่ตัวช่วยในการเลิกบุหรี่มวน

ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม บุหรี่ยิ่งสูบยิ่งจน ทำให้สุขภาพทรุดโทรม สูญเสียเงิน และอาจนำไปสู่การเสียชีวิต เยาวชนมีค่าใช้จ่ายกับบุหรี่ไฟฟ้าสูงถึง 2,245 บาทต่อเดือน หรือ 26,944 บาทต่อปี สถาบันครอบครัวไม่เข้มแข็ง การที่เด็กเกิดน้อย พ่อแม่วัยรุ่น ห่างเหิน หรือไม่เท่าทัน เป็นปัจจัยที่ทำให้เด็กเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่ายขึ้น การเสริมสร้างความใกล้ชิด อบอุ่น Self-Esteem Life Skill และวินัยเชิงบวกในครอบครัวจึงมีความสำคัญ

สถานะทางกฎหมาย บุหรี่ไฟฟ้าผิดกฎหมายในประเทศไทย และมีประเทศที่สั่งห้ามบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมี 46 ประเทศ ณ ปี พ.ศ. 2568

การพัฒนาเกณฑ์จำแนกประเภทผู้ป่วยทารกและเด็ก โดย พว.ศิริพร สังขมลาย

ระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยเดิมที่ใช้อยู่ในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข โดยอ้างอิงจากแนวคิด Warstler และแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5 ประเภท (เบา, ปานกลาง, หนัก, หนักมาก, ผู้ป่วยวิกฤต) มีข้อจำกัดสำหรับผู้ป่วยเด็ก ดังนี้

- การตีความหลากหลายและไม่แม่นยำ เช่น คำว่า "ลำบาก" และ "ลำบากมาก" ไม่มีเกณฑ์ชัดเจน
- การใช้คะแนนที่อาจเพิ่มภาระงานและขาดความสอดคล้องระหว่างหน่วยงาน เช่น ผู้ป่วยเด็กที่ใช้ท่อช่วยหายใจได้คะแนนเท่ากับเด็กแรกเกิดที่ร้อปอนนม
- ความใกล้เคียงของคะแนนนำไปสู่ความสับสน

ระบบจำแนกผู้ป่วยเด็กแบบใหม่ (Pediatric Patient Classification) ซึ่งเน้นการประเมินความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภท โดยพิจารณาจากการปฏิบัติกิจกรรมและการรักษาพยาบาล มีลักษณะดังนี้

โครงสร้างการประเมิน ประกอบด้วย 3 กลุ่มหลัก ที่อธิบายความแปรปรวนรวมกันได้ 74.97%

1. ผู้ป่วย (Patient) เช่น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การให้อาหาร การเคลื่อนไหว การได้รับออกซิเจน
2. ครอบครัว (Family) เช่น เครือข่ายสนับสนุน การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล
3. การพยาบาลและหัตถการ (Therapeutic procedures) เช่น การให้ยา การติดตามสัญญาณชีพ

จำนวนหัวข้อ รวม 11 หัวข้อการประเมิน (ด้านผู้ดูแล 2 ข้อย่อย, ด้านผู้ป่วย 6 ข้อย่อย, ด้านการรักษา 3 ข้อย่อย) การให้คะแนนและการจำแนกประเภท แต่ละรายการประเมินมีคะแนน (1-4 คะแนน) ผู้ป่วยจะถูกจำแนกเป็น 5 ประเภท ตามคะแนนรวมที่ต้องการการพยาบาล

ประเภทที่ 1 (Minimum care) 11-17 คะแนน (ต้องการการพยาบาลระดับน้อย)

ประเภทที่ 2 (Intermediate care) 18-23 คะแนน (ต้องการการพยาบาลระดับปานกลาง)

ประเภทที่ 3 (High dependency) 24-30 คะแนน (ต้องการการพยาบาลระดับสูง)

ประเภทที่ 4 (Semi-Intensive care) 31-36 คะแนน (ต้องการการพยาบาลระดับสูงมาก)

ประเภทที่ 5 (Intensive care) 37-44 คะแนน (ต้องการการพยาบาลระดับสูงมากที่สุด)

ความน่าเชื่อถือ จากการวิเคราะห์ พบว่าเครื่องมือนี้มีโครงสร้างที่ชัดเจน น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้ประเมินผู้ป่วยเด็กในบริบทจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อัตราค่าจ้างและการคำนวณ Productivity สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีได้กำหนดอัตราค่าจ้างพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยวิกฤต และใช้ NHPPD (Nursing Hours Per Patient Day) ซึ่งหมายถึงจำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อผู้ป่วย 1 คน ต่อ 1 วัน ในการคำนวณ NHPPD ใช้สูตรที่แตกต่างกันสำหรับหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วย ICU การคำนวณ Productivity คำนวณจาก $(\text{ADR เฉลี่ย/วัน} \times \text{NHPPD} \times 100) / (\text{อัตราค่าจ้างที่ขึ้นปัจจุบัน} \times 7)$

ระบบการจำแนกผู้ป่วยใหม่นี้จะช่วยในการปรับปรุงการบริหารทรัพยากรบุคคล ประเมินภาระงานพยาบาลได้อย่างแม่นยำ เพื่อวางแผนอัตราค่าจ้างบุคลากรให้เพียงพอและเหมาะสม รองรับการดูแลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมโดยรวมปัจจัยเชิงจิตสังคมของเด็กและการมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็นเครื่องมือประเมินมาตรฐานในโรงพยาบาล ใช้เป็นพื้นฐานในการคำนวณต้นทุน บริหารวัสดุ อุปกรณ์ และเวลา สนับสนุนการกำหนดระดับการดูแล แบ่งผู้ป่วยเด็กเป็น 5 กลุ่ม เพื่อวางระบบบริการเฉพาะทาง

2. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน

ได้รับความรู้และแนวทางในการดูแลเด็กและครอบครัว ที่เป็นปัจจุบัน นำมาวางแผนการจัดการเรียนการสอนในวิชาทฤษฎีและปฏิบัติ รวมไปถึงการนำนวัตกรรมต่างๆ ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

3. ความคิดเห็นต่อการประชุมวิชาการฯ

เนื้อหามีความทันสมัย แต่บางหัวข้อเป็นเรื่องคล้ายเดิมจากปีที่แล้ว ซึ่งอาจไม่ได้แตกต่างกันมาก เนื้อหาหลากหลาย วิทยากรทุกท่านมีความเหมาะสม มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องที่บรรยายและมีความสามารถในการสื่อสารให้เข้าใจได้ง่าย