

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้ต่อการพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ขอนแก่น ประเทศไทย

สุธีรา ประดับวงษ์¹, ดาราวรรณ อักษรวรรณ¹, สุนทรี น้ำใจทหาร¹, เกสร เหล่าอรณะ¹, ปัทมา สุริต², บวรศิลป์ เขาวนชื่น³

¹งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Effect of Learning Program on Nurse' Knowledge and Skill Improvement in Caring for Patients with Cleft Lip-Cleft Palate, Khon Kaen, Thailand

Suteera Pradubwong¹, Darawan Augsornwan¹, Suntaree Numjaitaharn¹, Kesorn Lao-unka¹, Pattama Surit², Bowornsilp Chowchuen³

¹Division of Nursing, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

² Faculty of Nursing, Khon Kaen University

³ Department of Surgery, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

Received: 20 December 2019

Accepted: 19 October 2020

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ รวมทั้งความพึงพอใจ และผลลัพธ์ทางคลินิก

วิธีการศึกษา: การศึกษากึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวในพยาบาลที่เข้าอบรมโปรแกรมการเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ทั้งทฤษฎีและฝึกทักษะ 2 วัน เก็บข้อมูลจากแบบประเมินความรู้ก่อน-หลัง ความพึงพอใจ และผลลัพธ์ทางคลินิก

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงทั้ง 36 ราย ช่วงอายุ 40-49 ปี 20 ราย (ร้อยละ 55.56) พบ มีค่าคะแนนความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x}=77.86$, $df=16.64$, $CI=13.50-19.78$, $p<0.05$) มีความพึงพอใจในโปรแกรมการเรียนรู้โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (4.5 ± 0.63) ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าผู้ป่วย 18 ราย อยู่ในช่วงอายุ 4-60 เดือน มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่และเป็นเพศหญิง 11 รายเท่านั้น (ร้อยละ 61.11) ผลลัพธ์ทางคลินิกเป็นไปตามค่าเป้าหมาย 5 ข้อ

สรุป: โปรแกรมการเรียนรู้สามารถพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้จริง ค่าคะแนนความรู้ทั้งรายข้อและภาพรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความพึงพอใจในการจัดโปรแกรม เกิดการพัฒนาความรู้และทักษะได้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย ผลลัพธ์ทางคลินิกน่าพึงพอใจ ควรขยายโปรแกรมการเรียนรู้ไปยังสถานพยาบาลอื่นที่บริบทคล้ายคลึงกัน

Objective: To evaluate pre- and post-knowledge of nurses through the usage of learning program in caring for patients with Cleft Lip and/or Palate, including users' satisfaction and clinical outcomes.

Methods: Experimental study was conducted in a separated group of nurses who participated in an education program on nurses' knowledge in caring for patients with cleft lip-cleft palate. Both theoretical and skill training had been provided for 2 days. Data collection was done using pre- and post-test, satisfaction evaluation, and clinical outcomes assessment.

Results: The survey on 36 female nurses with age range of 40-49 years old found a statistically significant increase in overall knowledge score ($\bar{x} = 77.86$, $df = 16.64$, $CI = 13.50-19.78$, $p < 0.05$) had the highest level of satisfaction with the overall learning program (4.59 ± 0.63). Clinical outcomes revealed that among 18 patients in total with age range of 4-60 months, 11 patients were female and had cleft lip and cleft palate (61.11 percent). Significantly, the clinical outcomes were compatible with 5 target values.

*Corresponding author : Suteera Pradubwong, Division of Nursing, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. E-mail: p-suteera@hotmail.com

คำสำคัญ: โปรแกรมการสอน; ความรู้; ความพึงพอใจ ผลลัพธ์ทางคลินิก; ปากแหว่งเพดานโหว่

Conclusion: Learning Program on Nurses' Knowledge and skill in Caring for Patients with Cleft Lip and/or Palate is usable. The nurses revealed higher score in issues and in overall with statistical significance. The nurses satisfied with the program and gained the opportunity to develop knowledge and skill which is useful in patient care. Clinical outcomes are at satisfied level, so this learning program should be distributed in broader scale

Keywords: Learning programs; Knowledge; Satisfaction; Clinical outcomes; Cleft lip-palate

ศรีนครินทร์เวชสาร 2564; 36(1): 68-76. • Srinagarind Med J 2021; 36(1): 68-76.

บทนำ

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เป็นความพิการแต่กำเนิดที่พบมากเป็นอันดับ 4 ของความผิดปกติในทารกแรกเกิด โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบมากที่สุด 2.49 รายต่อเด็กแรกเกิด 1,000 ราย หรือ 800 รายต่อปี¹ จังหวัดขอนแก่นพบเด็กแรกเกิดที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ 1.56 รายต่อเด็กแรกเกิด 1,000 ราย² ซึ่งเป็นความพิการแต่กำเนิดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาหลายระบบและซับซ้อน ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย และผู้ดูแล ในบางรายมีปัญหาด้านพัฒนาการ และด้านจิตสังคม เช่น พัฒนาการช้า เรียนรู้ไม่ทันเพื่อน ไม่ค่อยพูดหรือกล้าแสดงออก มีปัญหาในการเข้าหาและการยอมรับของเพื่อน มีภาวะซึมเศร้า ไม่มั่นใจ มีแนวโน้มแยกตัวจากสังคม³ บางรายอาจถูกเพื่อนประณามหรือตั้งสมณานาม และถูกกลั่นแกล้งบ่อยในช่วงวัยรุ่น⁴ ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่า และมีความบกพร่องทางการเรียน เกิดความล้มเหลวในการควบคุมและความเชื่อมั่นในตนเอง⁵ การแก้ไขปัญหาเหล่านี้ ผู้ป่วย/ผู้ดูแลต้องได้รับคำปรึกษาการดูแลในเบื้องต้น ให้ได้รับการรักษาผ่าตัดและฟื้นฟูสภาพที่สมบูรณ์แบบครบคลุม 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ด้านสังคม ด้านการดำรงชีวิต และด้านเสริมสร้างพลังอำนาจ⁶ จนสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีคุณค่า⁷

ศูนย์ทันตวันฉาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นศูนย์กลางการดูแลเฉพาะทางปากแหว่งเพดานโหว่ที่สมบูรณ์แบบโดยทีมสหสาขาวิชาชีพจากสองคณะหลัก คือ คณะแพทยศาสตร์ และคณะทันตแพทยศาสตร์ และทีมพยาบาลที่ร่วมดูแล 10 หน่วยงาน คือ คลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด คลินิกวางแผนครอบครัว ห้องตรวจคัดสรรกรรม ห้องผ่าตัด วิสัญญี หอผู้ป่วยเด็ก หอผู้ป่วยหลังผ่าตัด และศูนย์ทันตวันฉาย โดยมีพยาบาลประจำศูนย์ทันตวันฉายเป็นผู้ประสานงานการดูแลของทีม รวมทั้งเครือข่ายพยาบาลจากห้องตรวจต่าง ๆ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลประจำจังหวัด ที่ร่วมให้คำปรึกษา ดูแลเบื้องต้น และส่งต่อการรักษามายังศูนย์ทันตวันฉายเพื่อรับการประเมิน คำแนะนำ ความช่วยเหลือ การดูแลรักษา ผ่าตัด และฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องตามช่วงอายุ

การดูแลผู้ป่วยให้เกิดความสมบูรณ์แบบนั้น พยาบาลคือ

บุคคลสำคัญที่ดูแลอย่างใกล้ชิดมาตั้งแต่ต้น โดยให้คำปรึกษาตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์ หลังคลอด ตลอดจนถึงสิ้นสุดการรักษาที่ช่วงอายุ 20 ปี พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลรักษาพยาบาล และให้ปรึกษา คำแนะนำในเบื้องต้นได้ รวมทั้งส่งต่อการรักษาไปยังทีมสหสาขาในโรงพยาบาลหรือศูนย์การดูแลเฉพาะทาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมตามช่วงอายุอย่างต่อเนื่อง จากประสบการณ์ทำงานและการสำรวจปัญหาในการประชุมการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ เมื่อปี พ.ศ. 2559 พบว่า พยาบาลที่ร่วมดูแลยังขาดความรู้ในการดูแลรักษาเบื้องต้นและระยะยาว⁸ เช่น การให้นมและสารอาหาร ยังพบการใส่สายยางให้นมแทนการให้ดูดจากเต้าหรือขวด ทั้งที่ผู้ป่วยสามารถดูดเองได้ จากการสอบถามมารดาทราบว่า “พยาบาลบอกว่า กลัวเด็กสำลัก กลัวตัวเขียวหายใจไม่ได้ เลยใส่สายยางให้นมเป็นการช่วยเหลือเบื้องต้นก่อน” ซึ่งพบประมาณ 10 ราย/ปีและได้รับการผ่าตัดซ้ำกว่าเกณฑ์ 14 ราย (ร้อยละ 15.22)⁹ สาเหตุจากการส่งตัวซ้ำกว่าอายุ 6 เดือนน้ำหนักไม่ถึงเกณฑ์ผ่าตัดจากการดูแลเรื่องนมและสารอาหารไม่เหมาะสม และไม่ทราบว่าสามารถส่งตัวมารักษาที่ศูนย์ทันตวันฉายได้ ไม่ทราบว่าเด็กยังมีรู้วเพดาน ไม่ทราบว่า จะผ่าตัดปิดรูรั่วช่วงอายุใด มารดาบางรายคลอดทารกปากแหว่งเพดานโหว่เมื่ออายุ 14 ปี หลายรายไม่มีการวางแผนครอบครัว ไม่ทราบว่าตั้งครรภ์เข้าฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์เกิน 3 เดือนซึ่งขาดโอกาสที่จะได้รับวิตามินโฟเลตเพื่อป้องกันภาวะพิการแต่กำเนิด⁷ บางรายขาดการสนับสนุนจากสังคมไม่มีเงินค่าเดินทางที่จะมาติดตามการรักษา กระทั่งอายุเลยเกณฑ์ บางรายถูกเพื่อนล้อในโรงเรียนจากร่องรอยความพิการที่คงเหลือ ครูต้องเป็นผู้ประสานให้เข้ารับการรักษาอีกครั้ง จึงเชื่อว่ายังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม

จากปัญหาดังกล่าว จึงควรที่จะพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลให้พยาบาลด้วยโปรแกรมการเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ครบคลุมในการผ่าตัดรักษา การดูแลช่องปากและฟัน การให้คำปรึกษาเบื้องต้น การให้นมและสารอาหาร การดูแลก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลที่สมบูรณ์แบบ 5 ด้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และการส่งต่อเข้ารับการรักษาตามช่วงอายุ รวมทั้งการพัฒนาทักษะการเสริมสร้างให้ผู้เข้ารับการ

อบรมร่วมกันทำงาน/ระดมแนวคิดเพื่อแก้ปัญหาและนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติในสถานการณ์ทำงานจริงได้^{10,11} โดยใช้เวลา 2 วัน มีการประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม และความพึงพอใจ รวมทั้งผลลัพธ์ทางคลินิกหลังจัดโปรแกรมแล้ว 3 เดือน ทั้งนี้ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้อย่างครอบคลุม และสร้างเสริมความเข้มแข็งแก่เครือข่ายพยาบาลในการดูแลซึ่งจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งด้านการดูแล การได้รับคำแนะนำเบื้องต้น ตลอดจนการค้นหาและส่งต่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาที่ทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (Quasi-One group pre-test post-test design) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เฉพาะพยาบาลในพื้นที่จังหวัดขอนแก่นที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ จำนวน 36 ราย ส่วนกลุ่มผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ มีจำนวน 18 รายที่เข้ารับการรักษาตามปกติกับศูนย์ตะวันฉาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โดยประเมินกลุ่มผู้ป่วยหลังจัดโปรแกรมการเรียนรู้ให้พยาบาล 3 เดือน ใช้โปรแกรมการเรียนรู้ทั้งทฤษฎีและฝึกทักษะในการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นเวลา 2 วัน (ตารางที่ 1) หลังได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (HE611379) ได้สรุปและวิเคราะห์ข้อมูล จากแบบประเมินความรู้ก่อน-หลังการอบรม 21 ข้อ ประกอบด้วย 1) ความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด 4 ข้อ 2) ด้านทันตกรรมการดูแลช่องปากและฟัน 4 ข้อ 3) ด้านการวางแผนครอบครัว 2 ข้อ 4) ด้านการให้นม 3 ข้อ 5) ด้านการดูแลก่อน-หลังผ่าตัด และ 6) ด้านการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพและการส่งต่ออย่างละ 4 ข้อ แบบประเมินความพึงพอใจในโปรแกรมการเรียนรู้ 11 ข้อและแบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก 8 ข้อ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน McNemar's Chi-square test วิเคราะห์รายข้อ และ paired t-test เปรียบเทียบคะแนนรวม

ผลการศึกษา

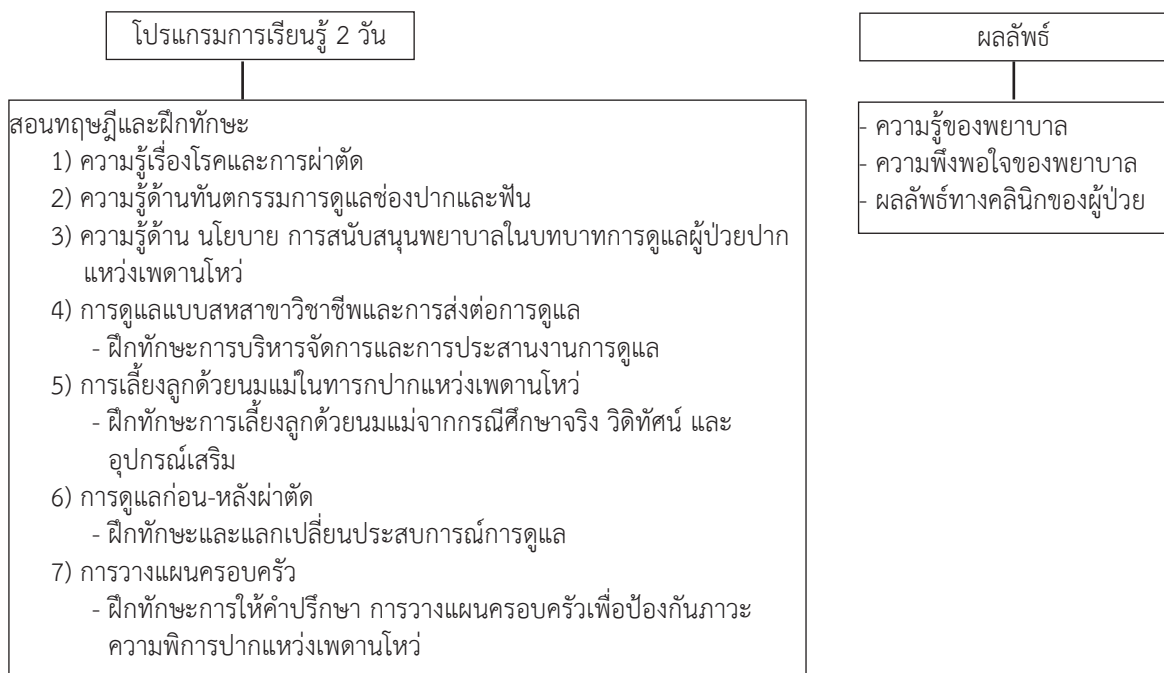
จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง และข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/ลูกจ้าง จำนวน 36 ราย อายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 55.56) ส่วนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 18 ราย อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 4-60 เดือน มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่และเป็นเพศหญิงจำนวน 11 ราย เท่ากัน (ร้อยละ 61.11)

ด้านความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการจัดโปรแกรมการเรียนรู้ พบว่า ข้อคำถามที่ 1, 5, 10, 16, 19, 20 และ 21 มีค่าคะแนนความรู้หลังการจัดอบรมเพิ่มขึ้นทั้งรายข้อและโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x} = 77.86$, $df=16.64$, $CI=13.50-9.78$, $p<0.05$) (ตารางที่ 2)

ด้านความพึงพอใจ พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจโปรแกรมการสอนอยู่ในระดับมากที่สุด 10 ข้อ และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน (4.59 ± 0.63) (ตารางที่ 3)

ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในภาพลักษณ์ใบหน้าสวยงาม การเข้ารับผ่าตัดซ่อมแซมปากแหว่งตามช่วงอายุ 3- 6 เดือน การเข้ารับผ่าตัดซ่อมแซมเพดานโหว่ตามช่วงอายุ 10- 18 เดือน การได้รับข้อมูลเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การทราบแนวทางการดูแลรักษา ผ่าตัด และฟื้นฟูสภาพในการแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่แบบสหสาขาวิชาชีพ การติดตามการรักษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ และความพึงพอใจภาพรวมของผู้ดูแล เท่ากับร้อยละ 83, 85, 93.33, 100, 80.95, 80.95, 100 และ 95 ตาม

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ตารางที่ 1 โปรแกรมการเรียนรู้ด้านทฤษฎีและฝึกทักษะในการพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ที่สมบูรณ์แบบ

จำนวน	หัวข้อและวิธีการสอน
วันที่ 1	ทฤษฎี: ความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด
	ทฤษฎี: ความรู้ด้านทันตกรรมการดูแลช่องปากและฟัน
	ทฤษฎี: นโยบาย การสนับสนุนพยาบาลในบทบาทการดูแลผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ (วันที่ 1)
	ทฤษฎี: การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในทารกปากแห้งเพดานโหว่
	ทฤษฎี: การดูแลก่อน-หลังผ่าตัด
	ทฤษฎี: การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพและการส่งต่อการดูแล
	ทฤษฎี: การวางแผนครอบครัว
วันที่ 2	ฝึกทักษะ: สอนแสดงและฝึกทักษะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Breastfeeding) จากตุ๊กตาเด็ก เต้านมยาง สื่อวีดิทัศน์ และกรณีผู้ป่วยจริง, ใช้อุปกรณ์เสริม เช่น ขวดนม จุกนมพิเศษในกรณีไม่สามารถดูดนมจากเต้าได้ ระดมแนวคิดเพื่อสร้างแนวปฏิบัติในการให้นม และการส่งต่อผู้ป่วย
	ฝึกทักษะ: สอนแสดง ฝึกทักษะ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลก่อน-หลังผ่าตัดของแต่ละสถานพยาบาล นำ best practiceของแต่ละที่ไปปฏิบัติต่อ โดยมีอุปกรณ์แผ่นพับ Consent form, VCD ให้ข้อมูลเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ชุดทำแผล ชุดติดอุปกรณ์คงรูปของจมูก (nasal stent) อุปกรณ์ป้อนนม และ hip seat
	ฝึกทักษะ: จัดทำ Flow แนวปฏิบัติในการดูแลเบื้องต้นตั้งแต่ระยะตั้งครุภังจนกระทั่งสิ้นสุดการรักษา ด้านร่างกาย จิตสังคม การให้นม/สารอาหาร การประสานงาน บริหารจัดการ และส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลกับทีมสหสาขา หรือส่งต่อไปยังสถานการรักษาย่างเหมาะสม
	ฝึกทักษะ: ฝึกทักษะในการให้คำปรึกษาก่อนการตั้งครุภัง สาเหตุการเกิด การป้องกันความพิการแต่กำเนิดโดยรับประทานยาโฟลิก ทั้งในโรงพยาบาล ชุมชน สังคม เน้นความสำคัญของการเข้ายาโฟลิกในสตรีตั้งครุภังและวัยเจริญพันธุ์ในการดูแลสุขภาพ

ตารางที่ 2 ความรู้ในโปรแกรมการเรียนรู้การดูแลรักษาผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ก่อนและหลังการจัดอบรม (n=36)

ข้อคำถาม	Pre		Post		df	95%CI	p-value
	จำนวนที่ตอบถูก	ร้อยละ	จำนวนที่ตอบถูก	ร้อยละ			
ด้านโรคและการผ่าตัด							
1.การจำแนกชนิดของภาวะปากแห้งเพดานโหว่	24	66.67	32	88.89	22.22	2.04,42.41	0.039*
2.สาเหตุของการเกิดภาวะปากแห้งเพดานโหว่	34	94.44	36	100	5.56	-4.70,15.82	0.500
3. เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อการผ่าตัดซ่อมริมฝีปาก	12	33.33	12	33.33	0	-21.64,21.64	>0.999
4. การตรวจวินิจฉัยทารกภาวะปากแห้งเพดานโหว่ ควรตรวจ							
เครื่องมือultrasound	29	80.56	35	97.22	16.67	-0.52,33.85	0.070
ด้านทันตกรรม การดูแลช่องปากและฟัน							
5. ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยเครื่องมือจัดสันเหงือก	25	69.77	34	94.44	25.00	6.12,43.88	0.012*
6. ชนิดของเครื่องมือจัดสันเหงือกในทารกก่อนการผ่าตัดซ่อมริมฝีปาก	35	97.22	36	100	2.78	-5.37,10.92	>0.999
7. การดูแลช่องปากและฟัน	36	100	36	100	0	-2.78,2.78	>0.999
8. การให้ความรู้ทางทันตกรรมแก่ผู้ปกครอง การรักษาทางทันตกรรมและทันตกรรมป้องกัน	36	100	36	100	0	-2.78,2.78	>0.999
ด้านวางแผนครอบครัว							
9. วิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพคือ IUD	17	47.22	18	50.00	2.78	-14.38,19.93	>0.999
10. การรับประทานยาโฟลิก (Folic Acid)	8	22.22	29	80.56	58.33	37.71,78.96	<0.001*

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติ, df=ความเชื่อมั่น, CI=ช่วงความแตกต่าง

ตารางที่ 2 ความรู้ในโปรแกรมการเรียนรู้การดูแลรักษาผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ก่อนและหลังการจัดอบรม (n=36) (ต่อ)

ข้อความถาม	Pre		Post		df	95%CI	p-value
	จำนวนที่ตอบถูก	ร้อยละ	จำนวนที่ตอบถูก	ร้อยละ			
ด้านการให้นม							
11. ประโยชน์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	34	94.44	36	100	5.56	-4.70,15.82	0.500
12. ท่าที่เหมาะสมในการอุ้มทารกระหว่างการให้นมแม่	7	25.00	9	19.44	-5.56	-28.62,17.51	0.790
13. การประคองเต้านมแม่	22	61.11	24	66.67	-5.56	-28.62,17.51	0.790
ด้านการดูแลก่อน-หลังผ่าตัด							
14. เกณฑ์ในการซ่อมภาวะปากแห้ง	29	80.56	34	94.44	13.89	-4.58,32.36	0.180
15. การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดประมาณ 4-6 ชั่วโมงแรก	25	69.44	30	83.33	13.89	-2.56,30.34	0.125
16. การให้นมหลังผ่าตัดเย็บริมฝีปาก	12	33.33	35	97.22	63.89	43.63,84.14	<0.001*
17. การดูแลแผลผ่าตัดริมฝีปาก	34	94.44	35	97.22	2.78	-9.39,14.94	>0.999
ด้านการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพและการส่งต่อการดูแล							
18. แนวทางการประเมินผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ	7	19.44	11	30.56	11.11	-13.14,35.36	0.455
19. แหล่งความช่วยเหลือค่าเดินทางเพื่อมารักษา	19	52.78	29	80.56	27.78	6.76,48.89	0.013*
20. การส่งต่อผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่	23	63.89	33	91.67	27.78	8.47,47.09	0.007*
21. การประเมินด้านจิตสังคม	12	33.33	22	61.11	27.78	6.76,48.89	0.013*
Score; mean (SD)	61.22	8.99	77.86	8.17	16.64	13.50,19.78	<0.001*
Number of correct answers; mean (SD)	12.66	1.87	16.36	1.71	3.50	2.85,4.15	<0.001*

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติ, df=ความเชื่อมั่น, CI=ช่วงความแตกต่าง

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจในโปรแกรมการสอน (n=36)

ข้อมูล	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. ความรอบรู้ ในเนื้อหาทฤษฎีของวิทยาการ	4.66	0.52	มากที่สุด
2. ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้	4.66	0.52	มากที่สุด
3. การตอบคำถาม	4.52	0.54	มากที่สุด
4. ความเหมาะสมของโปรแกรมการสอน ในภาพรวม	4.59	0.53	มากที่สุด
5. เนื้อหาในโปรแกรมการสอนมีความเหมาะสม	4.45	0.49	มาก
6. เนื้อหาสาระในโปรแกรมการสอนมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์	4.54	0.49	มากที่สุด
7. ได้รับความรู้ แนวคิด ทักษะและประสบการณ์ใหม่จากโปรแกรมการสอน	4.70	0.46	มากที่สุด
8. สามารถนำความรู้และทักษะในการปฏิบัติจากโปรแกรมการสอน ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลช่วยเหลือ ประสานงาน และส่งต่อ ในการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ได้	4.68	0.46	มากที่สุด
9. โปรแกรมการสอนที่ได้รับตรงตามความคาดหวัง	4.57	0.54	มากที่สุด
10. ประโยชน์และความรู้ที่ได้รับจากโปรแกรมการสอน	4.60	0.49	มากที่สุด
11. ความพึงพอใจต่อภาพรวมของโปรแกรมการสอน	4.60	0.52	มากที่สุด
โดยรวม	4.59	0.63	มากที่สุด

หมายเหตุ ระดับช่วงความพึงพอใจ 4.51-5.00 = มากที่สุด, 3.51-4.50 = มาก, 2.51-3.50 = ปานกลาง, 1.51-2.50 = น้อย, 1.00-1.50 = น้อยที่สุด หากได้ตั้งแต่ 3.51 ถือว่าใช้ได้

ลำดับ ซึ่งเป็นไปตามค่าเป้าหมายจำนวน 5 ข้อ นอกจากนี้ความรู้มีความสอดคล้องกับตัวชี้วัดของผลลัพธ์ทางคลินิก (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

จากผลการศึกษา ในการประเมินความรู้ก่อนการจัดโปรแกรมการเรียนรู้ของพยาบาล พบมีความรู้อยู่แล้วในหลายด้าน เช่น การดูแลช่องปากและฟัน การให้ความรู้ทางทันตกรรมแก่ผู้ปกครอง ชนิดของเครื่องมือจัดสันเหงือกก่อนผ่าตัด ประโยชน์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการดูแลแผลผ่าตัดริมฝีปาก เป็นต้น โปรแกรมการเรียนรู้นี้เปรียบเสมือนเป็นการทบทวนความรู้ และให้พยาบาลได้แลกเปลี่ยนความรู้กันมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม พบว่า โปรแกรมการเรียนรู้สามารถเพิ่มความรู้ให้แก่พยาบาลถึง 7 ด้าน ได้แก่ การจำแนกชนิดของภาวะปากแห้งเพดานโหว่ ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยเครื่องมือจัดสันเหงือก การรับประทานยาโฟเลต การให้นมหลังผ่าตัดเย็บริมฝีปาก แหล่งความช่วยเหลือค่าเดินทางเพื่อมารักษา การส่งต่อผู้ป่วย และการประเมินด้านจิตสังคม ซึ่งทำให้ค่าคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งนั้น ถ้าพยาบาลมีความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัดรักษา จะทำให้สามารถประเมินและเข้าใจถึงปัญหา ความต้องการ และส่งต่อการรักษาได้อย่างเหมาะสมมีความรู้เรื่องการจัดสันเหงือก พยาบาลจะสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานรักษาให้ได้รับการจัดสันเหงือกและรับการผ่าตัดตามช่วงอายุ มีความรู้ในการให้นมหลังเย็บริมฝีปาก

ตารางที่ 4 ความสอดคล้องของความรู้กับตัวชี้วัดและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่หลังจัดอบรมโดยใช้โปรแกรมการสอน 3 เดือน (ก.ค.-ก.ย. 61) (n=18)

ตัวชี้วัด	ความรู้	ค่าเป้าหมายตัวชี้วัด	ผลลัพธ์ทางคลินิก
1. อัตราความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตโดยรวมใน 5 ด้าน คือ การรักษา การบริการ ค่ารักษาพยาบาล ด้านจิตสังคม และผลกระทบต่อครอบครัวมีค่าคะแนนโดยรวมในระดับมาก-มากที่สุด (3.50-5.00)	-โรคและการผ่าตัด -การให้นม -การดูแลก่อน-หลังผ่าตัด -การดูแลแบบสหสาขาและส่งต่อการดูแล	>80 (ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล)	83*
2. อัตราความพึงพอใจในภาพลักษณ์ใบหน้าสวยงาม ค่าคะแนนโดยรวมในระดับมาก-มากที่สุด (3.50-5.00)	-โรคและการผ่าตัด -การดูแลแบบสหสาขาและส่งต่อการดูแล	>80 (ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล)	85*
3. อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดซ่อมแซมปากแห้งตามช่วงอายุภายใน 3- 6 เดือน	-โรคและการผ่าตัด -การให้นม -การดูแลก่อน-หลังผ่าตัด -การดูแลแบบสหสาขาและส่งต่อการดูแล -ด้านทันตกรรมการดูแลช่องปากและฟัน	100 (ตามเกณฑ์ของทิมสหสาขา)	93.33
4. อัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดซ่อมแซมเพดานโหว่ตามช่วงอายุภายใน 10- 18 เดือน	-โรคและการผ่าตัด -การให้นม -การดูแลก่อน-หลังผ่าตัด -การดูแลแบบสหสาขาและส่งต่อการดูแล -ด้านทันตกรรมการดูแลช่องปากและฟัน	100 (ตามเกณฑ์ของทิมสหสาขา)	100*
5. อัตราของผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลเพื่อเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	-การให้นม -ด้านทันตกรรมการดูแลช่องปากและฟัน -การดูแลก่อน-หลังผ่าตัด -การดูแลแบบสหสาขาและส่งต่อการดูแล	100 (ตามเกณฑ์ของทิมสหสาขา)	80.95
6. อัตราบิดา-มารดาทราบแนวทางการดูแล รักษา ผ่าตัด และฟื้นฟูสภาพ ในการแก้ไขภาวะปากแห้งเพดานโหว่แบบสหสาขาวิชาชีพ และป้องกันการเกิดซ้ำ	-การดูแลแบบสหสาขาและส่งต่อการดูแล -การวางแผนครอบครัว -การให้นม -ด้านทันตกรรมการดูแลช่องปากและฟัน	100 (ตามเกณฑ์ของทิมสหสาขา)	80.95
7. อัตราการติดตามการรักษากับทิมสหสาขาวิชาชีพ	-การให้นม -ด้านทันตกรรมการดูแลช่องปากและฟัน -การดูแลก่อน-หลังผ่าตัด -การดูแลแบบสหสาขาและส่งต่อการดูแล	>90 (ตามเกณฑ์ของทิมสหสาขา)	100*
8. อัตราความพึงพอใจภาพรวมของผู้ป่วย/ครอบครัว	-การดูแลแบบสหสาขาและส่งต่อการดูแล	>90 (ตามเกณฑ์ของทิมสหสาขา)	95.24*

หมายเหตุ * เป็นไปตามค่าเป้าหมาย

จะสามารถดูแลทารกที่ได้รับนมและสารอาหารอย่างเพียงพอ ทำให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มเป็นไปตามเกณฑ์ที่จะได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมเพดานโหว่อย่างต่อเนื่อง มีความรู้ในการดูแลแบบสหสาขาและการส่งต่อการดูแลและทำให้พยาบาลส่งต่อไปยังทีมสหสาขา และแหล่งการรักษาได้อย่างถูกต้องตามเวลาของการรักษาที่เหมาะสม สามารถแนะนำแหล่งช่วยเหลือด้านการเงิน ทำให้ผู้ป่วยได้รู้สิทธิการรักษา เข้ารับและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีความรู้ด้านจิตสังคม จะทำให้พยาบาลให้คำปรึกษาเพื่อลดปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งให้สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ และพยาบาลมีความรู้เรื่องกรดไหลย้อนจะสามารถให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัวทำให้ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะความพิการแต่กำเนิดได้¹²

การเข้าอบรมโปรแกรมการเรียนรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่สมบูรณ์แบบ ทั้งทฤษฎีและฝึกทักษะปฏิบัติ ทำให้พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การจัดการอบรมได้ออกแบบให้ตรงกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย โดยโปรแกรมการสอนเน้นการบรรยายองค์ความรู้ของทีมพยาบาลและสหสาขาที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุม มีการใช้รูปแบบและกระบวนการฝึกทักษะปฏิบัติอย่างตื่นตัว (active participation) ส่งเสริมให้ผู้เข้าอบรมเกิดการเรียนรู้ในสภาพจริง (authentic learning) ฝึกปฏิบัติจริง ซึ่งการเรียนรู้ในสภาพจริงจะเป็นการช่วยให้ผู้เข้าอบรมได้เรียนรู้ความเป็นจริงเป็นสิ่งที่มีความหมาย สามารถนำไปใช้ได้จริง กระตุ้นให้ผู้เข้าอบรมเกิดการเรียนรู้¹³ ทำให้เกิดการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานจริงสอดคล้องกับการประชุมเชิงปฏิบัติ ที่ช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรม ได้เรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมนั้น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ เน้นด้านปฏิบัติ โดยคำนึงถึงการเสริมสร้างและเน้นให้ผู้เข้ารับการอบรมร่วมกันทำงาน/ระดมแนวคิดเพื่อการแก้ปัญหา สามารถนำสิ่งที่ตนได้เรียนรู้ไปปฏิบัติในสถานการณ์การทำงานที่แท้จริงได้^{10,11}

สำหรับการฝึกทักษะปฏิบัติ ได้มีการระดมแนวคิดเพื่อแก้ปัญหา การสร้างแนวปฏิบัติ การส่งต่อการรักษา สอนแสดงและฝึกทักษะการให้นมแม่จากกรณีศึกษาจริง และอุปกรณ์เสริมในการให้นม แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลก่อนหลังผ่าตัดและฝึกทักษะการให้คำปรึกษาในการเตรียมตัวก่อนตั้งครรภ์เพื่อป้องกันความพิการแต่กำเนิดอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้เข้าอบรมได้เรียนรู้ในเรื่องที่ซับซ้อนได้อย่างเข้าใจและได้รับประสบการณ์อย่างประจักษ์ชัด¹³ ช่วยในการพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ การคิดแก้ปัญหา ทำให้เกิดมุมมองที่กว้างขึ้น ภายหลังจากการสิ้นสุดการอบรมได้มีการอภิปรายและสรุปการเรียนรู้ร่วมกัน (debriefing) ระหว่างวิทยากรกับผู้เข้าอบรม¹³ โดยให้ผู้เข้าอบรมได้เล่าถึงความรู้สึก สะท้อนคิดกับประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากสถานการณ์จริง ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่ทำให้การเรียนรู้นั้นประสบความสำเร็จ¹⁴ การที่ผู้เข้าอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้น จะทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง และเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติการพยาบาลนั้น ๆ ได้เมื่อเจอสถานการณ์จริงในที่ทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาว่าการเรียนรู้จากประสบการณ์โดยใช้สถานการณ์จำลอง จะช่วยให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกิดความมั่นใจ เพิ่มทักษะการปฏิบัติ และพัฒนาการตัดสินใจ

ทางคลินิกได้¹⁵ และสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ว่า การเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองมีผลทำให้ผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้น¹⁶ และมีทักษะปฏิบัติเพิ่มขึ้น¹⁶⁻¹⁸

เมื่อพิจารณาถึง ผลการประเมินความพึงพอใจในโปรแกรมการเรียนรู้ ที่พบว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดเกือบทุกข้อ และเสนอแนะให้จัดต่อเนื่องทุกปี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ว่าการใช้สถานการณ์จำลองในการสอนปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ผู้เข้าอบรมได้เรียนรู้อย่างสนุกสนาน มีส่วนร่วมในการเรียนรู้สูง กระตุ้นการตั้งศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเอง สามารถรับรู้บทบาทตนเองและปรับให้เข้ากับสถานการณ์นั้น ๆ¹³ ซึ่งการจัดอบรมครั้งนี้ได้มีการเตรียมขั้นตอนทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการจัดอบรมเป็นอย่างดี โดยการสำรวจประเด็นปัญหาคำแนะนำการจัดอบรมแบบเชิงปฏิบัติการโดยใช้โปรแกรมการสอนการบรรยายความรู้ แบ่งกลุ่มฝึกทักษะ สรุปผลการประชุม 11 ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ว่า ผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจในความเหมาะสมของวิทยากรมากที่สุด^{18,19} โดยการจัดโปรแกรมครั้งนี้ได้เชิญวิทยากรพยาบาลผู้มีประสบการณ์และความชำนาญเฉพาะทาง ที่มีความรอบรู้ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ร่วมบรรยาย 4 ท่าน และยังมีวิทยากรทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมบรรยายด้วยรวมทั้งการแบ่งกลุ่มฝึกทักษะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และระดมแนวคิดกับวิทยากรที่มีประสบการณ์ ผู้เข้าอบรมจึงได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์สามารถนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยได้จริง จึงมีความพึงพอใจในโปรแกรมการสอนอยู่ในระดับมากที่สุดตามที่กล่าวมา

สำหรับผลลัพธ์ทางคลินิกที่สอดคล้องกับความรู้ของพยาบาลหลังจากได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ที่เป็นไปตามตัวชี้วัดถึง 5 ข้อ ใน 8 ข้อ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหากพยาบาลมีความรู้และทักษะในการดูแลดีจะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการดูแล ให้คำปรึกษา และส่งต่อการอย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลลดความวิตกกังวล มีแหล่งข้อมูล และสถานรักษาที่เข้าถึงและพึงพาได้ พึ่งพอใจในผลการรักษา ได้รับการผ่าตัดตามเกณฑ์อายุที่เหมาะสม ผู้ดูแลพาบุตร/หลานเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มี ความพึงพอใจในภาพรวมถึงร้อยละ 95.24 สอดคล้องกับการประเมินโครงการ การดูแลผู้ป่วยภาวะปากแหว่งเพดานโหว่และพิการทางศีรษะและใบหน้าที่สมบูรณ์แบบที่ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต ภาพลักษณ์และการสื่อสารอยู่ในระดับมาก²⁰ ส่วนตัวชี้วัดอีก 3 ข้อ ที่ไม่เป็นที่ไปตามตัวชี้วัด ในข้อที่ 3 ได้ร่วมแก้ปัญหาที่ทีมสหวิทยาการโดยมอบหมายให้พยาบาลประสานงานติดตามผู้ป่วยในช่วงอายุ 3-6 เดือน ได้รับการนัดหมายเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สำหรับข้อ 5 และข้อ 6 ได้หาแนวทางในการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเป็นระยะตามช่วงอายุของการรักษา ซึ่งการให้ข้อมูลหลายๆ ครั้ง จะทำให้สามารถจดจำข้อมูลได้มากขึ้น

สรุป

โปรแกรมการเรียนรู้สามารถพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ได้จริง มีผลให้ค่าคะแนนความรู้ของพยาบาลทั้งรายข้อและภาพรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความพึงพอใจในการจัดโปรแกรม

การเรียนรู้อยู่ในระดับมากที่สุดเป็นส่วนใหญ่ ตอบสนองต่อปัญหาในการปฏิบัติงานจริง เกิดการพัฒนาความรู้และทักษะเป็นประโยชน์ในการนำไปดูแลผู้ป่วยได้ เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพึงพอใจ และควรขยายโปรแกรมออกไปยังสถานพยาบาลอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

ข้อเสนอแนะ

1. นำเสนอต่อกรรมการวิชาการฝ่ายการพยาบาลเพื่อนำโปรแกรมการเรียนรู้ต่อการพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่สมบูรณ์แบบ เป็นหนึ่งในโปรแกรมการเรียนรู้ด้านวิชาการ ของฝ่ายการพยาบาล เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่สมบูรณ์แบบโดยขยายการอบรมออกไปในระดับประเทศ
2. นำเสนอต่อกรรมการหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ เพื่อนำโปรแกรมการเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่สมบูรณ์แบบ โดยความร่วมมือของฝ่ายการพยาบาลกับคณะพยาบาลศาสตร์ ให้เป็นหนึ่งในโปรแกรมการสอนวิชาการระดับนานาชาติ เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่สมบูรณ์แบบในระดับนานาชาติต่อไป
3. ศึกษาผลของการจัดโปรแกรมการสอนในระยะยาว เพื่อติดตามผลลัพธ์ในด้านสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่สมบูรณ์แบบทางคลินิก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น และมูลนิธิตะวันฉายเพื่อผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ฯ ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล กรรมการพัฒนาวิชาชีพ ศูนย์ตะวันฉาย ทีมวิทยากร ทีมสหสาขาวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ศูนย์ตะวันฉายที่สนับสนุนการจัดโปรแกรมการสอนครั้งนี้ และผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งศูนย์วิจัยผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่ฯ ที่สนับสนุนการวิจัยจนสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Brodeur AE, Brodeur GM. Abdominal masses in children: neuroblastoma, Wilms tumor, and other considerations. *Pediatr Rev* 1991; 12(7): 196–207.
2. Hisashige A. Effectiveness of nationwide screening program for neuroblastoma in Japan. *Glob J Health Sci* 2014; 6(4): 94–106.
3. Oh C, Youn JK, Han JW, Kim HY, Jung SE. Abdominal tumors in children comparison between minimally invasive surgery and traditional open surgery. *Med (United States)* 2016; 95(46): e5181. doi: 10.1097/MD.0000000000005181..

4. Berthold F, Spix C, Kaatsch P, Lampert F. Incidence, survival, and treatment of localized and metastatic neuroblastoma in Germany 1979–2015. *Pediatr Drugs*. 2017; 19(6): 577–593.
5. Easton JC, Gomez S, Asdahl PH, Conner JM, Fynn AB, Ruiz C, et al. Survival of high-risk pediatric neuroblastoma patients in a developing country. *Encycl Tour*. 2016; 20(6): 252–254.
6. Sultan I, Ghandour K, Al-Jumaily U, Hashem S, Rodriguez-Galindo C. Local control of the primary tumour in metastatic neuroblastoma. *Eur J Cancer [Internet]*. 2009; 45(10): 1728–32. [cited 2019 Apr 14]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2009.04.021>
7. Wiangnon S, Rajsima SN, Jetsrisuparb A, Komvilaisak P KS. Survival rate of children with neuroblastoma in Srinagarind hospital. *Srinagarind Med J* 2003; 18(3): 154–159.
8. Stevens M, Frobisher C, Hawkins M, Jenney M, Lancashire E, Reulen R, et al. Childhood Neuroblastoma: Incidence and Survival in Argentina. Report from the National Pediatric Cancer Registry, ROHA Network 2000–2012. *Pediatr Blood Cancer*. 2016;63:1362–1367.
9. Mullassery D, Farrelly P, Losty PD. Does aggressive surgical resection improve survival in advanced stage 3 and 4 neuroblastoma? A systematic review and meta-analysis. *Pediatr Hematol Oncol* 2014; 31(8): 703–716.
10. Englum BR, Rialon KL, Speicher PJ, Gulack B, Driscoll TA, Kreissman SG, et al. Value of surgical resection in children with high-risk neuroblastoma. *Pediatr Blood Cancer* 2015; 62: 1529–1535.
11. Adkins BES, Sawin R, Gerbing RB, London WB, Matthay KK, Haase GM. Efficacy of complete resection for high-risk neuroblastoma: A Children's cancer group study. *J Pediatr Surg* 2004; 39(6): 931–936.
12. Yeung F, Chung PHY, Tam PKH, Wong KKY. Is complete resection of high-risk stage IV neuroblastoma associated with better survival? *J Pediatr Surg [Internet]*. 2015; 50(12): 2107–2111. [cited 2019 Apr 14]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2015.08.038>
13. Trairongchitmoh C, Chivaprapanant S, Niramis R. Neuroblastoma : clinical presentations and outcomes of the treatment between 2000 and 2009. *Thai Pediatr J* 2011; 18(3): 187–193.
14. National Cancer Institute. PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. United States of America; 2020. [cited 2019 Apr 14]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65747/>

15. The Thai Pediatric Oncology Group : ThaiPOG, The Thai Society of Hematology NHSON. National protocol for the treatment childhood cancer 2016 [Internet]. 2014 [cited 2019 Apr 14]. 254–268 p. Available from: <http://www.si.mahidol.ac.th/th/department/pediatrics/pdf/service/Guideline/HematologyandOncology/National-protocoltreatmentofcancer.pdf>
16. Simon T, Haberle B, Hero B, Von Schweinitz D, Berthold F. Role of surgery in the treatment of patients with stage 4 neuroblastoma age 18 months or older at diagnosis. *J Clin Oncol* 2013; 31(6): 752–8.
17. Du L, Liu L, Zhang C, Cai W, Wu Y, Wang J, et al. Role of surgery in the treatment of patients with high-risk neuroblastoma who have a poor response to induction chemotherapy. *J Pediatr Surg* [Internet]. 2014;49(4): 528–533. [cited 2019 Apr 14]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2013.11.061>
18. Plantaz D, Rubie H, Michon J, Mechinaud F, Coze C, Chastagner P, et al. The treatment of neuroblastoma with intraspinal extension with chemotherapy followed by surgical removal of residual disease: A prospective study of 42 patients - Results of the NBL 90 Study of the French Society of Pediatric Oncology. *Cancer* 1996; 78(2): 311–9.
19. Bouffet E, Thiesse P, Carrie C, Risk T, Jouvet A, Mottolese C, et al. Spinal cord compression by secondary epi- and intradural metastases in childhood. *Child's Nerv Syst* 1997; 13: 383–387.
20. Smith V, Foster J. High-risk neuroblastoma treatment review. *Children* 2018; 5(9): 114.
21. Cohn SL, Pearson ADJ, London WB, Monclair T, Ambros PF, Brodeur GM, et al. The International Neuroblastoma Risk Group (INRG) classification system: An INRG task force report. *J Clin Oncol* 2009; 27(2): 289–297.
22. Huang M, Weiss WA. Neuroblastoma and MYCN. *Cold Spring Harb Perspect Med* 2013; 3(10): a014415. doi: 10.1101/cshperspect.a014415

