

PAYAP UNIVERSITY

ภาคผนวก

ผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและต้นสังกัด

PAYAP UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและต้นสังกัด

ผู้ทรงคุณวุฒิ

สังกัด

ฝ่ายการศึกษาพยาบาล

- | | | |
|------------------------------------|---------------|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. วิณา | จิระแพทย์ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพรรณิณี | สุ่มเล็ก | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกศรา | เสนงาม | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ยุณี | พงศ์จตุรวิทย์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 5. อาจารย์นันทา | เสียววิริยกิจ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 6. อาจารย์พิสมัย | อุบลศรี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา |

ฝ่ายปฏิบัติการพยาบาล

- | | | |
|-------------------------|--------------|-------------------------------------|
| 1. อาจารย์อังคณา | จิราจินต์ | โรงพยาบาลรามธิบดี |
| 2. ร.อ. (หญิง) ฟ่องแพ้ว | พุ่มศรีนิล | โรงพยาบาลพระมงกุฎ |
| 3. นางสาวศิริธร | ยิ่งแรงเรือง | สถาบันแห่งชาติสุขภาพเด็กมหาวิทยาลัย |
| 4. นางขวัญใจ | ทองพูน | โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ |
| 5. นางนิภาพร | ศิริเฝ้า | โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ |
| 6. นางสมหมาย | วุฒิการณ์ | โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ |
| 7. นางมนัสสินิตย์ | บุญยทรรพ | โรงพยาบาลลำปาง |
| 8. นางคำหยาด | ไพรี | โรงพยาบาลศรีนครินทร์ |
| 9. นางเพ็ญศรี | รักวงศ์ | โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา |
| 10. นางสาวนิตยา | ปัญจมีดีดี | โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ |

ฝ่ายการรักษา

- | | | |
|----------------------------------|--------------|--------------------------------------|
| 1. ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวันดี | วราวิทย์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงลำดวน | วงศ์สวัสดิ์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 3. นายแพทย์ สมจิตต์ | สุวรรณสารกุล | แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแมคคอร์มิค |

ผนวก ข

รายชื่อโรงพยาบาลต้นสังกัดของผู้ชำนาญการ

PAYAP UNIVERSITY

รายชื่อโรงพยาบาลต้นสังกัด

- | | |
|---------------------------------------|------------------------|
| 1. โรงพยาบาลมหาชนนครเชียงใหม่ | สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย |
| 2. โรงพยาบาลนครพิงค์ | สังกัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 3. โรงพยาบาลลำปาง | สังกัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 4. โรงพยาบาลแพร่ | สังกัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 5. โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ | สังกัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 6. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช | สังกัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 7. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก | สังกัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 8. โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ | สังกัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 9. โรงพยาบาลแมคคอร์มิค | สังกัดองค์การการกุศล |
| 10. โรงพยาบาลเชียงใหม่ ราม 1 | สังกัดองค์การเอกชน |

ผนวก ค

คำตอบของผู้ทรงคุณวุฒิจาก แบบสอบถาม ครั้งที่ 1

PAYAP UNIVERSITY

คำตอบของผู้ทรงคุณวุฒิ จากแบบสอบถาม

ครั้งที่ 1

หัวข้อมาตรฐานที่ 1 ในส่วนของมาตรฐานเชิงกระบวนการ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่เห็นว่าควรปรับปรุง มี 15 ข้อ ดังนี้

ข้อ 1.1 “ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไข ภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำเล็กน้อย (Mild dehydration) โดยให้ปริมาณสารละลาย น้ำตาล เกลือแร่ทางปาก ตามแผนการรักษา” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าเหมาะสม ร้อยละ 61.1 โดยส่วนใหญ่เสนอแนะให้ระบุปริมาณสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ และแผนการรักษาให้ชัดเจนขึ้นเพื่อให้สามารถนำมาตราฐานไปปฏิบัติกับผู้ป่วยได้ง่าย โดยได้เสนอปรับเป็น “ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำเล็กน้อย (Mild dehydration) แก้ไขโดยให้ ORS 50 มล./ กก./ 4 ชม. ภายหลัง 4 ชั่วโมง ให้ ORS 100 มล. / กก./ 24 ชม. โดยให้สลับกับนมผสมหรือข้าวทุก 2 ชั่วโมง”

ข้อ 1.2 “ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำปานกลาง (Moderate dehydration) โดยให้สารละลายน้ำตาล เกลือแร่ตามแผนการรักษา” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าเหมาะสม ร้อยละ 61.1 ส่วนใหญ่เสนอแนะให้ปรับข้อความด้วยเหตุผลเช่นเดียวกับข้อ 1.1 โดยได้เสนอให้ปรับเป็น “ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำปานกลาง (Moderate dehydration) แก้ไขโดยให้ ORS 100 มล./ กก./ 4 ชม. ภายหลัง 4 ชั่วโมงให้ ORS สลับกับนมผสมหรือข้าวทุก 2 ชั่วโมง”

ข้อ 1.3 “ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะขาดน้ำรุนแรง อาการช็อก (Severe dehydration) โดยให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และควบคุมอัตราการไหลของน้ำตามแผนการรักษา เมื่อหายจากอาการช็อก ให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ทางปาก ปริมาณตามแผนการรักษา” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าเหมาะสม ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่เสนอแนะให้แยกการดูแลเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงระหว่างช็อก และภายหลังหายจากอาการช็อกและเพิ่มเติมชนิดและปริมาณของสารน้ำรวมทั้งอัตราการให้สารน้ำตามแผนการรักษา ทั้งนี้เพื่อให้ทราบแนวทางการดูแลได้ชัดเจนขึ้น โดยเสนอแนะให้ปรับข้อความเป็น “ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำรุนแรง และมีอาการช็อก (Severe dehydration) ผู้ป่วยเด็กเล็ก แก้ไข โดยให้ NSS/2 in 5 % Dextrose โดยคำนวณ Maintenance fluid + 10 % Deficit ควบคุมอัตราการไหลของน้ำ 20 มล./ กก./ ชม. ที่เหลือแบ่งสารน้ำให้หมดใน 24 ชั่วโมง” และ “ในผู้ป่วยที่มีอาการช็อก เมื่อหายจากอาการช็อก เริ่มให้ ORS 100 มล./ กก./ 24 ชั่วโมง”

ข้อ 1.4 “ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลวหรืออาหารอ่อน เช่นน้ำข้าวใสเกลือ น้ำซุป น้ำแกงจืด ข้าวต้มหรือโจ๊ก โดยให้สลับกับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าเหมาะสม ร้อยละ 77.8 และได้เสนอแนะ คือ การให้อาหารควรจะกำหนดระยะเวลาหลังจาก Oral rehydration และในมาตรฐานที่ 1 นี้ควรระบุเฉพาะการให้ ORS เสริมภายหลังถ่ายอุจจาระเหลว และในส่วนของ การให้อาหาร ควรนำไปไว้ในมาตรฐานที่ 2 เพื่อให้ตรงตามหัวข้อมาตรฐานและง่ายต่อการปฏิบัติ จากการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้พิจารณาปรับข้อความเป็น “ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ ORS เสริม ภายหลังถ่ายอุจจาระเหลว แต่ละครั้งโดยทารกให้ ORS 50-100 มล.ต่อการถ่ายอุจจาระเหลว 1 ครั้ง และเด็กเล็กให้ ORS 100-200 มล. ต่อการถ่ายอุจจาระเหลว 1 ครั้ง” (องค์การอนามัยโลก, 1987)

ข้อ 2.1 “สังเกตและประเมินความรุนแรงของการขาดน้ำทุก 4 ชั่วโมง ในรอบ 24 ชั่วโมง และรายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติของการขาดน้ำ ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และขาดน้ำระดับรุนแรง มีอาการช็อก” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าเหมาะสม ร้อยละ 61.1 โดยส่วนใหญ่เสนอแนะคือ ควรจัดลำดับกิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับการสังเกต และการประเมินไว้ในข้อ 1 ของมาตรฐานที่ 1 เพราะการสังเกตหรือประเมิน ควรเป็นสิ่งที่แรกที่พยาบาลควรปฏิบัติ โดยให้สลับกิจกรรมในข้อ 1 ใหญ่ และข้อย่อยของข้อ 1 เปลี่ยนเป็นข้อ 2 ใหญ่ และ/หรือ ข้อย่อยในข้อ 2 ของมาตรฐานที่ 1 รวมทั้งให้แยกรายละเอียดการสังเกตและประเมินการขาดน้ำระดับต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อให้ง่ายต่อการสังเกต จากการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมและจากข้อมูลที่มีผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ ผู้วิจัยได้พิจารณาปรับแก้ข้อความและจัดลำดับกิจกรรม เป็นข้อ 1 ใหญ่ และข้อย่อยในข้อ 1 ในแบบสอบถามครั้งที่ 2 ดังนี้

1. สังเกตและประเมินความรุนแรงของการขาดน้ำและเสียสมดุลของเกลือแร่อย่างใกล้ชิด

1.1 “วัดอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง ในรอบ 24 ชั่วโมง รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีไข้สูงเกิน 39.2 °C (102.5 °F) นานเกิน 24 ชั่วโมงหรือมีไข้สูงแล้วชัก”

1.2 “สังเกตและบันทึกลักษณะอัตราการเต้นของชีพจร การหายใจ และวัดความดันเลือด” ดังนี้

1.2.1 “ในระยะขาดน้ำเล็กน้อยหรือขาดน้ำปานกลาง ประเมินทุก 4 ชั่วโมง รายงานแพทย์ เมื่อพบความผิดปกติ”

1.2.2 “ในระยะขาดน้ำรุนแรง และ/หรือ มีอาการช็อก วัดทุก 15 หรือ 30 นาที ในระยะแรก เมื่อพ้นระยะช็อก วัดทุก 1 หรือ 2 ชั่วโมง จนอาการทั่วไปดีขึ้น จึงวัดทุก 4 ชั่วโมง รายงานแพทย์ เมื่อพบความผิดปกติ”

1.3 “ซึ้งน้ำหนักทุกวันในเวลาเดียวกันก่อนรับประทานอาหารเช้าหรือก่อนนอน ในระยะขาดน้ำเล็กน้อยหรือปานกลาง หรือซึ้งน้ำหนักทุก 8 ชั่วโมง ในระยะขาดน้ำรุนแรง โดยใช้เครื่องชั่งเครื่องเดิมที่ได้มาตรฐานเดียวกัน”

1.4 “สังเกตและประเมินอาการแสดงของการขาดน้ำ และเสียสมดุลของเกลือแร่ ทุก 2-4 ชั่วโมง กรณีขาดน้ำเล็กน้อย หรือปานกลาง และทุก 30 นาที - 1 ชั่วโมง กรณีขาดน้ำรุนแรง และ/หรือ มีอาการช็อก รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ” ดังนี้

1.4.1 มีอาการแสดงของการขาดน้ำเพิ่มขึ้น เช่น ซึมมากขึ้น ไม่รู้สึกตัว ไม่เล่น กระสับกระส่าย พักไม่ได้ หงุดหงิด ร้องกวน กระหายน้ำมากขึ้น รับประทานแล้วอาเจียนซ้ำ ๆ กระหม่อมหน้า บวม เบ้าตาลึกโหล ปากแห้งมาก ซีฟจรเร็วขึ้นหรือคล้ำไม่ได้ ความดันเลือดลดต่ำลงหรือวัดไม่ได้

1.4.2 “มีอาการแสดงของภาวะ Hypermnatremia เช่น กระหายน้ำจัดมาก กระวนกระวายหรือชัก”

1.4.3 “มีอาการแสดงของภาวะ Hyponatremia เช่น ซีด น้ำหนักลดลง ความดันเลือดต่ำ ซีฟจรเบาเร็ว ปลายมือปลายเท้าเย็น ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง เยื่อบุปากแห้ง เบ้าตาลึกโหล กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อกระตุก หน้าท้องเกร็ง ซึม ชัก หดสติ”

1.4.4 “มีอาการแสดงของภาวะ Hypokalemia เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซีฟจรเบาเร็ว ความดันเลือดลดต่ำลง หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือเต้นช้ากว่าปกติ หายใจตื้นหรือหยุดหายใจ”

1.4.5 “มีอาการแสดงของภาวะ Metabolic acidosis เช่น หายใจเร็วลึก หายใจลำบาก”

ข้อ 2.3 “สังเกตและบันทึกปัสสาวะที่ขับออกทุกครั้ง ได้แก่ ปริมาณ ลักษณะสี ความเข้มข้นของปัสสาวะ รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยปัสสาวะไม่ออกเลยหรือออกจำนวนน้อยมาก หรือออกน้อยกว่า 0.5-1 มล./ กก./ ชม. หรือความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ มากกว่า 1.030” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 77.8 บางท่านได้เสนอแนะให้ปรับข้อความให้กระชับชัดเจนและควรระบุช่วงเวลาในการสังเกตด้วย รวมทั้งให้ตัดความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะออก เพราะในการปฏิบัติจริงจะสังเกตจำนวนปัสสาวะมากกว่า ผู้วิจัยได้พิจารณาปรับข้อความเป็น “สังเกตและบันทึกปัสสาวะที่ขับออก ปริมาณ สี และความเข้มข้นของปัสสาวะ รายงานแพทย์เมื่อปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5-1 มล./ กก. /ชม. หรือไม่มีปัสสาวะออกใน 8 ชั่วโมง

ข้อ 2.4 “สังเกตและบันทึก ลักษณะสี กลิ่น ปริมาณและความถี่ของการถ่ายอุจจาระทุกครั้ง” รายงานแพทย์เมื่อพบผู้ป่วยยังคงถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไปใน 24 ชั่วโมง อุจจาระเป็นมูก หรือมูกปนเลือด อุจจาระมีไขมันปนจำนวนมาก สีซีด หยาบ มีกลิ่นเหม็นจัดและติดตามอย่างใกล้ชิด เมื่อพบผู้ป่วยถ่ายอุจจาระมากกว่า 10 มล./ กก./ ชม. หรือมากกว่า 2 ครั้ง ต่อ 2 ชั่วโมง และถ้าถ่ายอุจจาระมากกว่า 20 มล./ กก./ ชม. รายงานแพทย์ทันที” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 55.6 ส่วนใหญ่เสนอแนะให้ปรับข้อความโดยมีเหตุผลคือ “การรายงานแพทย์ ควรรายงานในรอบ 8 ชั่วโมง มากกว่าในรอบ 24 ชั่วโมง

หรือเมื่อถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำมาก ๆ มากกว่า 1 ครั้งใน 2 ชั่วโมง และการสังเกตการถ่ายอุจจาระมากกว่า 10 มล./ กก./ ชม.” ในการปฏิบัติจริงสังเกตยาก สำหรับอุจจาระมีไขมันปนจำนวนมากต้องดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ ลักษณะอุจจาระหยาบจะลื่นยาก และกลิ่นอุจจาระประณีดยาก ได้ปรับข้อความใหม่ตามข้อเสนอแนะในแบบสอบถามครั้งที่ 2

ข้อ 2.6 “สังเกตและบันทึกพร้อมทั้งรายงานแพทย์ เมื่อพบอาการและอาการแสดงของการปวดบ่ง ปวดท้องบิด” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 72.2 บางท่านได้ให้ข้อคิดเห็นว่า “ข้อความไม่ตรงกับมาตรฐานเชิงผลลัพธ์” ข้อเสนอแนะให้นำไปรวมกับข้อ 2.4 โดยระบุเป็นการขับถ่ายอุจจาระ ซึ่งผู้วิจัยได้พิจารณาเพิ่มเติมข้อความไว้ในข้อ 2.4 ซึ่งเป็นข้อความเกี่ยวกับการสังเกตและบันทึกการถ่ายอุจจาระ

ข้อ 2.11 “ประเมินระดับความรู้สึกตัวในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำรุนแรงและมีอาการช็อก เป็นระยะ ๆ จนกว่าจะรู้สึกตัวดี” รายงานแพทย์เมื่อพบผู้ป่วย ซึม มึนงง สับสน ชักและหมดสติ” ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 72.2 ได้เสนอแนะให้นำไปปรับรวมกับข้อ 2.1 เนื่องจากเป็นการประเมินภาวะขาดน้ำเช่นกัน ผู้วิจัยได้พิจารณานำไปไว้ในข้อย่อยของข้อ 1 ในแบบสอบถามครั้งที่ 2

ข้อ 2.12 “สังเกต บันทึกและรายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบอาการ อาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วย เมื่อเกิดภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ได้แก่ โซเดียมในพลาสมา < 130 mmol/L มีอาการซึม เฉื่อย อ่อนเพลีย น้ำหนักลดลง ความดันโลหิตต่ำ ซึ่พจรเบาเร็ว ปลายมือปลายเท้าเย็น ความตึงของผิวหนังลดลง เยื่อบุปากแห้ง ตาแห้งและลึก กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อกระตุก หน้าท้องเกร็ง ซึม สับสน ชักและหมดสติ” ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 77.8 และได้เสนอแนะให้ตัดคำว่า “มีอาการซึม เฉื่อย อ่อนเพลีย” เปลี่ยนเป็น “ซีดและชัก” จะตรงกับภาวะโซเดียมต่ำมากกว่า และเสนอให้ปรับรวมกับข้อ 2.1 ผู้วิจัยได้พิจารณาปรับข้อความและนำไปไว้ในข้อย่อยของข้อ 1 ในแบบสอบถามครั้งที่ 2

ข้อ 2.13 “สังเกต บันทึกและรายงานแพทย์ทันที เมื่อพบอาการ อาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วย เมื่อเกิดภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่มีโปแตสเซียมในเลือด < 3 mmol/L มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นตะคริว ซึม ง่วงนอน รีเฟล็กซ์ลดลง” รายงานแพทย์โดยเร่งด่วน เมื่อผู้ป่วยมีอัตราแบบเปลี่ยน ซึ่พจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า หัวใจเต้นผิดจังหวะหรือเต้นเร็วกว่าปกติ หายใจสั้นหรือหยุดหายใจ ติดตามผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ” ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 72.2 โดยได้เสนอให้ผู้วิจัยปรับค่าโปแตสเซียมเป็น 3.5 mmol/L เพราะกรณีเด็กขาดน้ำ และมีค่าโปแตสเซียมในซีรัม < 3.5 mmol/L ก็ถือว่าต่ำมากแล้ว และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ควรตัดออกเพราะไม่จำเป็นต้องตรวจ เนื่องจากการตรวจโปแตสเซียมในเลือดก็เพียงพอแล้ว และมีราคาถูก ผู้ทรงคุณวุฒิบาง

ท่านได้เสนอแนะให้ปรับรวมกับข้อ 2.12 และปรับข้อความให้กระชับขึ้นเพราะจะได้ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติจริง ผู้วิจัยได้พิจารณาปรับข้อความและนำไปไว้ในข้อย่อยของข้อ 1 ในแบบสอบถามครั้งที่ 2

ข้อ 2.15 “ส่งตรวจและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อดูการตอบสนองต่อการรักษา ได้แก่ การเพาะหาเชื้ออุจจาระร่วงและการตรวจหาไขพยาธิ การตรวจนับเม็ดเลือด การตรวจหาฮีโมโกลบินในซีรัมหรือพลาสมา การเพาะหาเชื้อในเลือด การตรวจสอบค่า pH ในเลือดและปัสสาวะ การตรวจสอบค่าก๊าชในเลือด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจสอบความถ่วงจำเพาะในปัสสาวะ” ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 66.7 โดยเสนอแนะดังนี้

- ปรับการเพาะเชื้ออุจจาระร่วงและการตรวจหาไขพยาธิ เป็นการตรวจอุจจาระและการเพาะหาเชื้อในเลือด ไม่จำเป็นต้องตรวจในทางการปฏิบัติจริง เช่นเดียวกับการตรวจสอบ pH ในเลือดและปัสสาวะ และค่าก๊าชในเลือด จะเลือกตรวจเป็นกรณีไป โดยพิจารณาตามความเหมาะสมและความรุนแรงของอาการแสดง ขณะเดียวกันได้เสนอแนะให้เพิ่มเติมการตรวจนับค่า Hb และ Hct การตรวจค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะเพิ่มเติม ผู้วิจัยพิจารณาปรับข้อความตามข้อเสนอนี้ในแบบสอบถามครั้งที่ 2

ข้อ 2.16 “รายงานแพทย์ เมื่อพบอาการ อาการแสดงในรอบ 24 ชั่วโมง ภายหลังการรักษา ดังนี้ ยังถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำหรืออุจจาระมากกว่า 3 ครั้ง อุจจาระเป็นมูกเลือด อาเจียนเป็นเลือดเหนียวข้น ปัสสาวะน้อยลง หรือไม่มีปัสสาวะใน 8 ชั่วโมง ยังคงมีอาการชาตน้ำหรือแสดงอาการกระหายน้ำมาก อาเจียนซ้ำ ๆ หลังกินอาหารเหลวหรือสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ เกิน 8 ชั่วโมง คอแข็ง พักหลับไม่ได้ ปวดท้องมากกว่า 2 ชั่วโมง” ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 66.7 โดยได้เสนอแนะให้ปรับข้อความและนำไปรวมกับข้อ 2.4-2.6 และควรตัดข้อความ “คอแข็ง พักหลับไม่ได้ ปวดท้องมากกว่า 2 ชั่วโมง” ออก เพราะไม่สัมพันธ์กับอาการไปเตสเข็มต่ำ เนื่องจากผู้ป่วยอุจจาระร่วงจะมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่มีเลือดท้องไม่ปวดท้อง” ผู้วิจัยได้ปรับข้อความและนำไปไว้ในข้อย่อยของข้อ 1 ในแบบสอบถามครั้งที่ 2

ข้อ 2.17 “ดูแลการได้รับยาปฏิชีวนะในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ Shigella, V. Cholera, Campylobacter jejuni และ Salmonella ตามแผนการรักษา ช่วยเหลือแก้ไขถ้าผู้ป่วยแสดงอาการผิดปกติจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาและพิษของยา รวมทั้งอธิบายผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยา” ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 66.7 โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้แก้ไข ดังนี้ ควรดูแลการให้ยาด้านเชื้อในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อบริเวณรอบทวารหนักหรือขาหนีบ เชื้อ Campylobacter jejuni พบน้อยและต้อง culture โดยวิธีพิเศษ ควรตัดออกและควรรนำข้อความข้อ 2.17 ไปไว้ในหัวข้อเกี่ยวกับการให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ผู้วิจัยได้พิจารณานำไปไว้ในหัวข้อมาตรฐานที่ 3 ในแบบสอบถามครั้งที่ 2

ข้อ 2.18 “ดูแลการได้รับยาต้านอาการระวังกตามแผนการรักษา ช่วยเหลือ เมื่อมีอาการข้างเคียงของยา อธิบายผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยา” ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วย ร้อยละ 61.1 โดยให้เหตุผล คือ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยอาการระวังกแพทย์มักจะไม่ให้ยาต้านอาการระวังก เพราะจะเป็นการทำให้เชื้อสะสมอยู่ในทางเดินอาหารอีก ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาตัดข้อความข้อ 2.18 ออก

หัวข้อมาตรฐานที่ 1 ในส่วนของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ที่ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่เห็นว่าควรปรับปรุง มี 14 ข้อ ดังนี้

ข้อ 1.1 “ภายหลังการรักษาด้วยสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะออกดี ถ่ายอุจจาระมีเนื้อมากขึ้น ไม่กระหายน้ำ ปากและลิ้นเปื่อย เล่นได้นอนหลับได้สบายขึ้น ความถี่จำเพาะของปัสสาวะเฉลี่ย เท่ากับ 1.010” ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 27.8 โดยส่วนใหญ่เสนอแนะให้ปรับแก้ข้อความใหม่ คือ ให้ปรับข้อความใหม่ให้ตรงกับมาตรฐานเชิงกระบวนการและปรับข้อความให้เป็นพฤติกรรม มากขึ้นรวมทั้งให้พิจารณานำข้อความข้อ 1.1 1.2 และ 1.3 ปรับแก้ด้วยกันและให้สัมพันธ์กับมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ได้เสนอแนะไว้ ผู้วิจัยได้พิจารณาปรับข้อความใหม่ให้สอดคล้องกับมาตรฐานเชิงกระบวนการ คือ “ภายหลังให้ ORS ตามปริมาณและเวลาที่กำหนด ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ตื่นขึ้นมาแล้วเล่นได้ ถ่ายอุจจาระห่างขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเท่าตอนแรกรับหรือเพิ่มขึ้น 10-20 กรัมต่อวัน” โดยได้ปรับไปไว้ในมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อ 2.1 ในแบบสอบถามครั้งที่ 2 เพื่อให้ตรงกับมาตรฐานเชิงกระบวนการ

ข้อ 1.2 “ภายหลังการรักษาด้วยสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ อาการกระหายน้ำลดลง เสียงใสขึ้น ไม่กระสับกระส่ายหรือซึม ซึพจร การหายใจความดันเลือดปกติ กระหม่อมไม่บวม รอยคืบของผิวหนังคืนกลับรวดเร็ว ร้องไห้มีน้ำตา ปากและลิ้นเปื่อย ปัสสาวะออกจำนวนมากขึ้น สีไม่เข้ม ความถี่จำเพาะของปัสสาวะเฉลี่ยเท่ากับ 1.010 อุจจาระมีเนื้อมากขึ้น หายปวดท้องและขา อาการทั่วไปกลับคืนสู่สภาวะปกติในเวลา 24-48 ชั่วโมง” ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 27.8 โดยส่วนใหญ่เสนอแนะให้ปรับข้อความใหม่ เหตุผลเช่นเดียวกับข้อ 1.1 ผู้วิจัยได้ปรับข้อความเป็น “ภายหลังให้ ORS ตามปริมาณและเวลาที่กำหนด ซึพจร การหายใจ ความดันเลือดปกติ อาการกระหายน้ำลดลง ไม่กระสับกระส่ายหรือซึม กระหม่อมหน้าไม่บวม รอยคืบของผิวหนังคืนกลับ < 2 วินาที ริมฝีปากและลิ้นชุ่มชื้น ปัสสาวะออก > 0.5-1 มล./ กก./ ชม. สีเหลืองใส อุจจาระมีปริมาณน้อยลงและจำนวนครั้งลดลง น้ำหนักเพิ่มขึ้นเท่าตอนแรกรับหรือเพิ่มขึ้น 10-20 กรัมต่อวัน อาการทั่วไปดีขึ้นใน 24 ชั่วโมง” และได้นำไปไว้ในมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ข้อ 2.2 ในแบบสอบถามครั้งที่ 2 เพื่อให้ตรงกับมาตรฐานเชิงกระบวนการ

ข้อ 1.3 “ภายหลังได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามปริมาณสารน้ำที่ให้ตามแผนการรักษา ผู้ป่วยหายจากอาการช็อก อาการทั่วไปดีขึ้นในเวลา 4-6 ชั่วโมง ชีพจรช้าลงคลำได้แรงดี ความดันเลือดเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจปกติ รู้สึกตัวดี เรียกหาแม่ ไม่ร้องกวน ตัวอุ่นขึ้น ชยบแขนขาได้ หายปวดท้อง ถ่ายปัสสาวะออก 0.5-1 มล./ กก./ ชม. ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ < 1.030 รอยคืบผิวหนังเมื่อดึงขึ้นคืนกลับเร็วกว่า 2 วินาที กระหม่อมหน้าไม่บวม อาการทั่วไปกลับคืนภาวะปกติใน 24-48 ชั่วโมง” ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 44.4 โดยได้เสนอแนะให้ปรับแก้เช่นเดียวกับเหตุผลในข้อ 1.1 และตัดบางคำออก เช่น เรียกหาแม่ เนื่องจากไม่เกิดกับเด็กทุกรายสำหรับความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ มักจะไม่ได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริง เพราะจะใช้ประเมินอาการและอาการแสดงมากกว่า ผู้วิจัยได้พิจารณาปรับข้อความเป็น “ภายหลังได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามปริมาณและอัตราการไหลของสารน้ำที่กำหนด ชีพจรช้าลง คลำได้แรงดี ความดันเลือดเพิ่มขึ้นหรือปกติ รู้สึกตัวดี ไม่ร้องกวน ตัวอุ่นขึ้น รอยคืบผิวหนังเมื่อดึงขึ้นคืนกลับ < 2 วินาที กระหม่อมหน้าไม่บวม ริมฝีปากและลิ้นชุ่มชื้น ปัสสาวะออก > 0.5-1 มล./ กก./ ชม. น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเท่าตอนแรกหรือเพิ่มขึ้น 10-20 กรัมต่อวัน อุจจาระมีปริมาณลดลงและจำนวนครั้งลดลงจากเดิม” และได้ปรับไปในมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ข้อ 2.3 ในแบบสอบถามครั้งที่ 2 เพื่อให้ตรงกับมาตรฐานเชิงกระบวนการ

ข้อ 2 “ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ตลอด 24 ชั่วโมง ปลอดภัยจากภาวะเสียสมดุลน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย” มีผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่เห็นเหมาะสม ร้อยละ 77.8 มีบางท่านได้เสนอแนะให้เพิ่มเติมข้อความ เช่น “การเฝ้าระวัง” เรื่องใดบ้างเพื่อให้ข้อความชัดเจน เช่น การประเมินสัญญาณชีพ น้ำหนักตัวและพฤติกรรมทารก การนอน การเล่น เพื่อการสังเกตการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้ชัดเจนขึ้น ผู้วิจัยได้รับข้อความเป็น “ผู้ป่วยได้รับการสังเกตและประเมินสัญญาณชีพ น้ำหนัก พฤติกรรม ทารก การนอน การเล่น รวมทั้งการติดตามผลการเปลี่ยนแปลง อาการแสดงของการขาดน้ำและเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย” ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปรับข้อความใหม่ และปรับไปในมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ข้อ 1 ของแบบสอบถามครั้งที่ 2

ข้อ 2.1 “ผลการสังเกตและการประเมินความรุนแรงของการขาดน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย พบอาการและอาการแสดงปกติ ดังนี้ สภาพทั่วไป : ไม่กระสับกระส่ายหรือซึม ไม่กระหายน้ำ เสียงใส ชีพจร การหายใจและความดันเลือดปกติ กระหม่อมหน้าไม่บวม ความตึงตัวของผิวหนังยืดหยุ่นดี ตาไม่ลึกโหล ร้องไห้มีน้ำตา ปากและลิ้นเปียก ปัสสาวะจำนวนมากขึ้น ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะเฉลี่ยเท่ากับ 1.010 ปริมาณอุจจาระ 5 มล./ กก./ วัน หรือ < 3 ครั้งใน 24 ชั่วโมง เล่นได้ นอนหลับพักได้ ไม่ปวดท้องและขา” ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่เห็นว่า ควรปรับปรุงข้อความใหม่ โดยปรับให้สอดคล้องกับมาตรฐานเชิงกระบวนการที่แยกกิจกรรมการดูแลเป็นแต่ละระดับของการขาดน้ำ และได้เสนอแนะให้ตัดบางคำออก เช่น “เสียงใส” เพราะสังเกตยาก ปรับข้อความบางข้อความ เช่น “ปากและลิ้นเปียก” เป็น

“ริมฝีปากและลิ้นพุ่มขึ้น” “ปัสสาวะจำนวนมากขึ้น” ปรับเป็น “ปัสสาวะออกดี” สำหรับความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะส่วนใหญ่ในการปฏิบัติจริงจะไม่ประเมิน จะสังเกตอาการและอาการแสดงมากกว่า และการสังเกตปริมาณของอุจจาระและจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระมากหรือน้อย จะสังเกตได้ง่ายกว่า ผู้วิจัยได้ปรับข้อความให้สอดคล้องกับมาตรฐานเชิงกระบวนการและปรับข้อความตามที่ได้รับการเสนอแนะ และได้ปรับไปไว้ในมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ แยกย่อยเป็นข้อ 1.1 ข้อ 1.2 และ ข้อ 1.4 ในแบบสอบถามครั้งที่ 2 เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานเชิงกระบวนการ

ข้อ 2.2 “ผู้ป่วยน้ำหนักเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ปกติ” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 72.2 และได้เสนอแนะให้ระบุน้ำหนักเพิ่มขึ้น 10-20 กรัมต่อวัน ภายหลังจากการรักษา ในการประเมินผลแต่ละวัน เพราะถ้าประเมินเกณฑ์ปกติภายหลังจากการรักษา จะประเมินได้ยาก ผู้วิจัยได้แก้ไขตามที่ได้รับการเสนอแนะ และได้ปรับไปไว้ในมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ข้อ 1.3 เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานเชิงกระบวนการในแบบสอบถามครั้งที่ 2

ข้อ 2.3 “ผู้ป่วยมีปัสสาวะออกมากกว่า 0.5-1 มล./ กก./ ชม. สีไม่เข้ม ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะเฉลี่ย 1.010” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 61.11 ส่วนใหญ่เห็นว่า การตรวจความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ ในทางปฏิบัติการตรวจทุกครั้งอาจลำบาก ถ้าเทียบกับการพิจารณาปริมาณของปัสสาวะจะง่ายกว่า และคำว่า “สีไม่เข้ม” เสนอแนะให้ปรับเป็น “สีเหลืองใส” ในแบบสอบถามครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้พิจารณาปรับข้อความตามที่เสนอแนะ และปรับไปไว้ในมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ข้อ 1.5 เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานเชิงกระบวนการ

ข้อ 2.4 “ผู้ป่วยมีลักษณะอุจจาระปกติ คือ อุจจาระไม่เหลวเป็นน้ำมีเนื้อมากขึ้น ไม่มีกลิ่นเหม็นคาว ไม่มีมูกเลือด อุจจาระไม่เป็นฟอง ไม่มีไขมันปน ถ่ายอุจจาระไม่เกิน 3 ครั้งใน 24 ชั่วโมง หรือปริมาณอุจจาระ 5 มล./ กก./ ชม. จำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระลดลงสู่ปกติ” ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่เห็นว่าควรปรับปรุงข้อความคือ “อุจจาระมีเนื้อมากขึ้น” ปรับเป็น “อุจจาระมีเนื้อมากกว่าน้ำ” “ไม่มีกลิ่นเหม็นคาว” ควรตัดทิ้งเพราะกลิ่นอุจจาระจะไม่นำมาประเมินผล “ไม่มีไขมันปน” ต้องตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ปฏิบัติจริงไม่ได้ทำ “ถ่ายอุจจาระไม่เกิน 3 ครั้งใน 24 ชั่วโมง” ควรปรับเป็น “3 ครั้งใน 24 ชั่วโมง” ทั้งนี้เพราะภายหลังจากอุจจาระร่วงเด็กยังถ่ายบ่อย กินที่ถ่ายที่ กิน 6 มื้อ จะถ่ายได้ 6 มื้อ DRAKWA criteria จึงให้น้อยกว่า 6 ครั้งใน 24 ชั่วโมง (วันดี วราวิทย์, 2540) สำหรับปริมาณอุจจาระ 5 มล./ กก./ ชม. ประเมินยาก ควรประเมินจำนวนครั้งมากหรือน้อยและประเมินลักษณะการถ่ายอุจจาระมากกว่า ผู้วิจัยได้ปรับข้อความและนำไปไว้ในมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ข้อ 1.6 ในแบบสอบถามครั้งที่ 2

ข้อ 2.6 “ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ไม่มีอาการปวดแสบหรือปวดท้องบิด ไม่มีอาการท้องอืด สามารถนอนหลับพักผ่อนได้” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 72.2 โดยมีบางท่านเห็นว่าควรตัด “สามารถนอนหลับพักผ่อนได้” ออก เพราะไม่ตรงกับมาตรฐานเชิงกระบวนการ ควรระบุเฉพาะเรื่องการถ่ายอุจจาระมากกว่า ผู้วิจัยได้พิจารณาปรับไปรวมกับมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ข้อ 1.6 ในแบบสอบถามครั้งที่ 2 เนื่องจากเป็นเรื่องเดียวกัน

ข้อ 2.8 “ผลการตรวจความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะอยู่ในเกณฑ์ปกติ เท่ากับ 1.010” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 61.1 ส่วนใหญ่เห็นว่า ควรตัดออกเพราะในทางปฏิบัติ ตรวจเพียงครั้งเดียวเมื่อมาถึงโรงพยาบาล ระหว่างอยู่โรงพยาบาลไม่ได้ตรวจเพื่อติดตามผล จะประเมินลักษณะปัสสาวะมากกว่า ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาตัดข้อความข้อนี้ออก

ข้อ 2.15 “ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยติดเชื้อและเสียสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย” ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 66.7 โดยส่วนใหญ่เสนอแนะให้ปรับคำปกติของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการซึ่งแตกต่างกันไป ผู้วิจัย ได้ศึกษาเพิ่มเติมจากตำราและเปรียบเทียบกับค่าตัวเลขที่ ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะและได้ปรับคำเกณฑ์ปกติตรงตามช่วงวัยของเด็ก และเพิ่มเอกสารอ้างอิง ปรับไปไว้ในมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ข้อ 1.9 ในแบบสอบถามครั้งที่ 2

ข้อ 2.17 “ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะครบตามขนาดและเวลา ตามแผนการรักษา โดยไม่เกิดอันตราย จากผลข้างเคียงของยาและพิษของยา ผู้ดูแลรักษาแพทย์ก่อนใช้ยา” ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 72.2 มีบางท่านเห็นว่า “ผู้ดูแลรักษาแพทย์ก่อนใช้ยา” เป็นผลลัพธ์ที่ประเมินไม่ได้ทันทีและบางท่านเห็นว่าข้อความไม่ตรงกับมาตรฐานที่ 1 ผู้วิจัย จึงปรับแก้ข้อความให้ตรงกับมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะไว้ และนำไปไว้ในมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ข้อ 5 ในมาตรฐานที่ 3 ในแบบสอบถามครั้งที่ 2

ข้อ 2.18 “ผู้ป่วยได้รับยาต้านจุลจากร่วงครบตามขนาดและเวลา ตามแผนการรักษา โดยไม่เกิดอันตรายจากผลข้างเคียงของยาและพิษของยา ผู้ดูแลควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยา” ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 66.7 โดยส่วนใหญ่เห็นว่าควรปรับปรุงข้อความคือ ยาต้านจุลจากร่วงแพทย์จะไม่แนะนำให้ใช้ และ “ผู้ดูแลควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ยา” เป็นผลลัพธ์ที่ประเมินไม่ได้ทันที ผู้วิจัยได้พิจารณาปรับข้อความให้ตรงกับข้อความในมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปรับแก้และปรับไปไว้ในมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ข้อ 5 ในแบบสอบถามครั้งที่ 2 โดยได้ตัดข้อความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าควรปรับปรุงออก

หัวข้อมาตรฐานที่ 2 ในส่วนของมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าควรปรับปรุง
มี 10 ข้อ ดังนี้

ข้อ 1 “ซึ่งน้ำหนักทุกวัน วันละครั้งก่อนอาหารมือเข้าด้วยเครื่องชั่งเดียวกัน” มีผู้ทรง
คุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 77.8 โดยมีบางท่านเสนอแนะให้เพิ่มข้อความคือ “ซึ่งน้ำหนักในเวลาเดียวกัน”
และปรับ “เครื่องชั่งเดียวกัน” เป็น “โดยใช้เครื่องชั่งที่ได้มาตรฐานเดียวกัน” ผู้วิจัยได้ปรับแก้ข้อความตาม
ข้อเสนอแนะเพื่อให้ข้อความสมบูรณ์ขึ้น

ข้อ 2 “แนะนำผู้ดูแลไม่ให้งดอาหารและน้ำทางปาก ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร
โดยเร็วเริ่มจากอาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดา ตามลำดับ” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ
77.8 โดยมีบางท่านเสนอแนะให้ปรับข้อความ คือ “โดยเร็ว” ปรับเป็น “ให้ครั้งละน้อย แต่บ่อยครั้ง” สำหรับ
อาหารแต่ละประเภท ควรระบุในลักษณะของอาหารที่ควรให้หรืออาหารที่ควรงดให้ในผู้ป่วยอุจจาระร่วง จะ
ช่วยให้เลือกปฏิบัติได้ง่าย ผู้วิจัยได้ปรับข้อความใหม่โดยได้เพิ่มประเภท ชนิดของอาหาร รวมทั้งปริมาณที่
ควรให้ โดยได้ลำดับกิจกรรมไว้ในข้อ 5 ของมาตรฐานเชิงกระบวนการ ในแบบสอบถามครั้งที่ 2 ทั้งนี้เนื่อง
จากเห็นว่าควรลำดับกิจกรรมหลังการให้ ORS ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ควรปฏิบัติกับผู้ป่วยก่อน

ข้อ 5 “ดูแลการให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ในเด็ก โดยแนะนำให้ผู้ดูแลใช้ช้อนป้อน
ครั้งละ 1-2 ช้อนชา หรือใช้หลอดดูด ครั้งละ 5-10 มล. ทุก 1-5 นาที จนหมดตามที่จัดเตรียมให้มีผู้ทรงคุณวุฒิ
เห็นเหมาะสม ร้อยละ 77.8 มีบางท่านเสนอแนะว่าควรนำไปปรับรวมกับ ข้อ 6 และ ข้อ 7 ของมาตรฐานเชิง
กระบวนการ ซึ่งเป็นวิธีการให้เหมือนกันและบางท่านได้เสนอแนะให้เพิ่มเนื้อหาในส่วนของวิธีการเตรียมและ
สัดส่วนการผสมน้ำและ ORS ผู้วิจัยได้พิจารณาปรับข้อความ ข้อ 5 ข้อ 6 และ ข้อ 7 รวมกันเพื่อลดความ
ซ้ำซ้อนของเนื้อหา และเพิ่มข้อความใหม่อีก 1 ข้อ ในแบบสอบถามครั้งที่ 2 ในเรื่องของวิธีการเตรียมและ
ผสม ORS เพื่อให้เนื้อหาสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ข้อ 9 “ดูแลให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่หรืออาหารเหลวในผู้ป่วยที่มี Nasogastric
tube หรือ gastrostomy tube โดยให้ด้วยหลอดยาครั้งละ 5-10 มล. ทุก 1-5 นาที จนหมด” มีผู้ทรง
คุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 77.8 โดยบางท่านได้เสนอแนะให้ปรับ “โดยให้ด้วยหลอดยา” เป็น “ด้วยการ
drip ให้ไหลอย่างต่อเนื่องช้า ๆ” เพราะตามปกติจะใช้ Infusion pump ผู้วิจัยพิจารณาปรับข้อความตามข้อ
เสนอแนะ

ข้อ 12 “แนะนำผู้ดูแลและมัดระวังการให้อาหารประเภทที่มีโปรตีนและแคลอรีต่ำ มีคาร์โบไฮเดรตสูง และมีอิเล็กโทรลิตส์ต่ำ เช่น กล้วย ข้าว แอปเปิ้ล ขนมหิงและน้ำชา ระยะเวลาเกินไป ควรจัดอาหารเสริมอื่นที่มีโปรตีนและแคลอรีสูงให้ผู้ป่วยด้วย” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 61.1 โดยส่วนใหญ่เห็นว่า ควรปรับปรุงเนื่องจากเนื้อหาไม่ชัดเจน และได้เสนอแนะให้ตัดข้อความ “อิเล็กโทรลิตส์ต่ำ เช่น กล้วย ข้าว แอปเปิ้ล ขนมหิงและน้ำชา” ออก ผู้ทรงคุณวุฒิบางท่านเสนอแนะให้ปรับข้อความเป็น “ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอ่อน ย่อยง่าย ไขมันต่ำและในระบะพักฟื้น ให้ได้รับอาหารที่มีโปรตีนและพลังงานสูง” จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจง่ายขึ้น ผู้วิจัยพิจารณาเห็นว่าข้อความในแบบสอบถามอาจจะไม่ชัดเจนพอทำให้ผู้ทรงคุณวุฒิเข้าใจไม่ตรงกันกับผู้วิจัยได้พิจารณาปรับข้อความใหม่ให้ชัดเจนขึ้น

ข้อ 13 “แนะนำผู้ดูแลและมัดระวังการให้อาหารหรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงแก่ผู้ป่วยในระหว่างอุจจาระร่วง” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 77.8 โดยมีบางท่านเสนอให้นำไปรวมกับข้อ 11 เพื่อลดความซ้ำซ้อน

ข้อ 15 “แนะนำผู้ดูแลจัดเตรียมอาหารเหลวประเภทแข็ง ผีอกมันต่างๆ ให้ผู้ป่วยระหว่างอุจจาระร่วงในปริมาณการเตรียมที่ละลายหรือแก้ว เท่ากับ 8 ออนซ์ หรือ 240 มล. ที่เตรียมตามสูตร” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 61.1 โดยส่วนใหญ่เห็นว่า ในทางปฏิบัติทำได้ยาก ควรแนะนำง่าย ๆ เช่น ให้รับประทานอาหารเหลวที่จัดเตรียมได้ที่บ้าน เช่น น้ำข้าว น้ำแกงจืด หรือน้ำซุป เป็นต้น ผู้วิจัยได้ศึกษาเพิ่มเติม และปรับข้อความใหม่ โดยพิจารณาให้เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

ข้อ 16 “แนะนำผู้ดูแลจัดน้ำดื่มรสสะอาดให้ผู้ป่วย หลีกเลี่ยงในการจัดน้ำเย็นให้ผู้ป่วยดื่ม และไม่จัดเตรียมอาหารที่ร้อนหรือเย็นเกินไปให้ผู้ป่วยรับประทาน” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 77.8 มีผู้ทรงคุณวุฒิบางท่านได้เสนอแนะให้นำข้อความรวมกับข้อ 12 เพื่อลดความซ้ำซ้อนและให้ระบุเป้าหมายและความจำเป็นในการปฏิบัติด้วย และควรเน้นในเรื่องของความสะอาดมากกว่า Cold หรือ Hot therapy

ข้อ 17 “แนะนำผู้ดูแลไม่จัดให้ผู้ป่วยดื่มน้ำชา น้ำอัดลม หรือน้ำผลไม้เจือจาง แทน ORS” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 66.7 โดยส่วนใหญ่เห็นว่าควรให้น้ำผลไม้เจือจางได้

ข้อ 19 “แนะนำผู้ดูแลหลีกเลี่ยงให้อาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาลแลคโตสแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องน้ำย่อยแลคเตส เช่น ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีปริมาณน้ำตาลแลคโตส” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 77.8 โดยบางท่านเสนอแนะให้ ระบุชื่อของผลิตภัณฑ์อาหารที่มีปริมาณน้ำตาลแลคโตส เพื่อให้ข้อความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

หัวข้อมาตรฐานที่ 2 ในส่วนของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าควรปรับปรุง 3 ข้อ ดังนี้

ข้อ 1 “น้ำหนักของผู้ป่วยคงที่ในระดับเกณฑ์ปกติและมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักอยู่ในระดับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 90-100” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 77.8 โดยได้เสนอแนะปรับให้ตรงกับมาตรฐานเชิงกระบวนการ คือ “น้ำหนักเพิ่มเท่าตอนแรกหรือเพิ่มขึ้น 10-20 กรัมต่อวัน” สำหรับค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไทล์ เห็นว่าไม่น่าจะใช้ได้ ควรเน้นน้ำหนักของผู้ป่วยก่อนถ่ายเหลวมากกว่า ผู้วิจัยได้ปรับข้อความเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานเชิงกระบวนการที่แก้ไข

ข้อ 15 “ผู้ป่วยได้รับอาหารเหลวที่เตรียมด้วยสูตรที่ถูกต้อง โดยมีปริมาณของอาหารเหลว 1 ถ้วยหรือแก้ว เท่ากับ 8 ออนซ์หรือ 240 มล. จะต้องประกอบด้วยน้ำตาลกลูโคส ไม่เกินร้อยละ 2 ถ้าเป็นซูโครส ร้อยละ 4 ถ้าเป็นแป้ง ร้อยละ 3-5 และมีเกลือ ร้อยละ 0.3” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 72.2 โดยส่วนใหญ่เห็นว่าควรปรับปรุงข้อความเพราะการประเมินก่อนชั่งเป็นนามธรรมควรประเมินในลักษณะรูปธรรม ผู้วิจัยได้พิจารณาตัดออก และปรับเนื้อหาใหม่ให้ตรงกับมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ปรับใหม่เช่นกัน

ข้อ 16 “ผู้ป่วยได้รับน้ำดื่มแทนอาหารที่สุกสะอาด ไม่ร้อนหรือเย็นเกินไป ไม่มีอาการปวดท้องหรือปวดบิด ไม่มีการบีบตัวของลำไส้เพิ่มมากขึ้น” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 61.1 โดยได้เสนอแนะให้ปรับไปไว้ในข้อ 12 และไม่ควรเน้น Cold หรือ Hot therapy ผู้วิจัยได้ปรับข้อความให้สอดคล้องกับมาตรฐานเชิงกระบวนการตามข้อเสนอแนะ

หัวข้อมาตรฐานที่ 3 ในส่วนของมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับปรุง มี 3 ข้อ ดังนี้

ข้อ 1 “สังเกต และบันทึกการเปลี่ยนแปลงของสีผิว รอยแดง แผลแดงรอบๆ ทวารหนัก ทุกครั้งที่ทำความสะอาดภายหลังขับถ่าย” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 77.8 โดยมีบางท่านได้เสนอแนะให้เพิ่ม “ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของสีผิวรอบ ๆ ทวารหนัก” และตัดคำว่า “รอยแดง” “แผลแดง” ออก โดยเสนอให้ปรับไปไว้ในการดูแลข้อ 5

ข้อ 2 “ดูแลทำความสะอาดและเปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้งสำหรับผู้ป่วยเปียกและ” มีผู้ทรงคุณวุฒิ เห็นเหมาะสม ร้อยละ 72.2 โดยได้เสนอแนะให้เพิ่มข้อความให้สมบูรณ์ขึ้น คือรวมวิธีล้างทำความสะอาดและ ให้หลีกเลี่ยงการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ซึ่งมีสารระคายเคือง ผู้วิจัยได้ปรับข้อความเป็น “ดูแลทำความสะอาดรอบทวารหนักด้วยน้ำสะอาด เช็ดให้แห้งและเปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้งสำหรับผู้ป่วยเปียกและ หลีกเลี่ยงการทำความสะอาดรอบทวารหนักด้วยสบู่หรือยาระคาย (Antiseptic) และผ้าอ้อมสำเร็จรูป ซึ่งมีสารระคายเคือง”

ข้อ 3 “ดูแลผิวหนังรอบ ๆ ทวารหนักที่มีรอยแดง ด้วยการเปิดบริเวณนั้นให้สัมผัส อากาศหรือส่องไฟ 25 วัตต์ ระยะห่าง 1 ฟุต นาน 20-30 นาที ดูแลอย่างใกล้ชิด และแนะนำผู้ดูแลลูกได้ ตัวเด็ก (Tactile stimulation) ในช่วงระหว่างส่องไฟ” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 61.1 โดยส่วนใหญ่ ได้เสนอแนะให้ปรับปรุงข้อความ คือ การส่องไฟยากในการปฏิบัติและผู้ป่วยมีถ่ายเหลวต้องระมัดระวังเรื่อง การส่องไฟ เพราะผู้ป่วยขาดน้ำอยู่แล้ว จะทำให้ผิวแห้งมากยิ่งขึ้น และระยะห่าง 1 ฟุต นาน 20-30 นาที อยู่ใกล้และนานเกินไป อาจทำให้ผิวไหม้ได้ อาจปรับเป็น 1 1/2 ฟุต นาน 20-30 นาที ก็เพียงพอ ผู้ทรงคุณวุฒิ บางท่านได้เสนอให้ปรับการส่องไฟ เป็น เปิดให้อากาศถ่ายเทผิวหนังบริเวณนั้น ผู้วิจัยได้ปรับข้อความใหม่ เป็น “ดูแลผิวหนังรอบทวารหนัก ที่มีรอยแดงด้วยการเปิดให้อากาศถ่ายเทผิวหนังบริเวณนั้น” ทั้งนี้โดยคำนึงถึง ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ

หัวข้อมาตรฐานที่ 3 ในส่วนของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าควรปรับปรุง 1 ข้อ คือ

ข้อ 1 “ผู้ป่วยได้รับการทำความสะอาดทุกครั้งภายหลังขับถ่าย ไม่มีอาการระคายเคือง หรือการติดเชื้อรอบ ๆ ทวารหนัก” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 77.8 โดยเห็นว่าไม่ตรงกับมาตรฐาน เชิงกระบวนการ และเสนอแนะให้ปรับเป็น ข้อ 2 ของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์จะตรงมากกว่า

หัวข้อมาตรฐานที่ 4 ในส่วนของมาตรฐานเชิงกระบวนการ มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าควรปรับปรุง 3 ข้อ ดังนี้

ข้อ 6 “เก็บและทำความสะอาดสิ่งของ เสื้อผ้าของผู้ป่วยอย่างถูกสุขลักษณะ” มีผู้ทรง คุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 72.2 และได้เสนอแนะให้รวมกับมาตรฐานเชิงกระบวนการ ข้อ 1 และข้อ 5 เพราะการปฏิบัติพร้อมกันเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามต้องการ และควรเพิ่มข้อความคือ “เทคนิคการแยก ผู้ป่วย ติดเชื้อทางระบบทางเดินอาหาร”

ข้อ 7 “ใช้ผ้าอ้อมห่อกันให้ผู้ป่วยเด็กเล็กอุจจาระร่วงทุกราย” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 72.2 โดยได้เสนอแนะให้เพิ่มเติมข้อความคือ “ใช้แล้วเก็บลงถังมีฝาปิดมิดชิด” บางท่านได้เสนอแนะให้รวมกับข้อ 1 ข้อ 5 และข้อ 6 ของมาตรฐานเชิงกระบวนการ เพราะจะเกิดผลลัพธ์เดียวกัน

ข้อ 8 “แนะนำผู้ดูแลและมัคระวังทารกหรือเด็กเล็ก สัมผัสสิ่งปฏิภูลหรือสิ่งสกปรกเป็นอุจจาระ ปัสสาวะหรืออาเจียนของผู้ป่วย” ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 72.2 โดยได้เสนอแนะให้ปรับข้อความคือ “สิ่งปฏิภูลหรือสิ่งสกปรก” เป็น “สิ่งขับถ่ายจากผู้ป่วย” จะทำให้ข้อความชัดเจนขึ้น

หัวข้อมาตรฐานที่ 5 ในส่วนของมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าควรปรับปรุง 1 ข้อ คือ

ข้อ 3 “ดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบายจากอาการปวดท้องบิดหรือปวดเบ่งอุจจาระ” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าเหมาะสม ร้อยละ 50.0 โดยส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยเพราะไม่ได้ระบุกิจกรรมชัดเจน ควรปรับเป็นการสังเกตและนำไปรวมกับมาตรฐานเชิงกระบวนการ ข้อ 1

หัวข้อมาตรฐานที่ 6 ในส่วนของมาตรฐานเชิงกระบวนการมีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าควรปรับปรุง 11 ข้อ ดังนี้

ข้อ 2 “สังเกตความวิตกกังวลของพ่อแม่ สาเหตุจากไม่เข้าใจการเจ็บป่วยของบุตรและการดูแลบุตร เช่น อาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด นอนไม่หลับ ลูกลี้ลุกลอน หน้าตาเคร่งขรึม หรือหน้านิ้วคิ้วฆวมวด” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 72.2 โดยมีบางท่านได้เสนอแนะให้เพิ่มเติมข้อความ คือสังเกตความวิตกกังวลของพ่อแม่ ร่วมกับการซักถามด้วย จึงจะประเมินได้ ผู้วิจัยได้ปรับข้อความตามข้อเสนอแนะเพื่อให้ข้อความสมบูรณ์ขึ้น

ข้อ 4.2 “ในรายที่ดื่มนมผสมแนะนำให้นมผสมชนิดเดิมต่อไป โดยลดปริมาณลงจากเดิมเหลือ 60 % จากที่เคยดื่ม ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ให้เมษชนิดเดิมเจือจางลงครึ่งหนึ่งโดยให้สลับกับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ จนกว่าอาการอุจจาระเหลวจะดีขึ้น จึงเริ่มให้นมผสมเต็มสูตร” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 77.8 ผู้ทรงคุณวุฒิไม่เห็นด้วยกับการเจือจางนมผสมโดยจาก Metaanalysis พบว่า การเจือจางหรือไม่เจือจางนมผสมในผู้ป่วยอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ไม่แตกต่างกัน บางท่านได้ให้ข้อเสนอแนะคือ ให้ปรับ 60 % เป็นให้นมผสมลดปริมาณลงครึ่งหนึ่งจะปฏิบัติได้ง่ายกว่าและไม่ควรใช้นมผสมเจือจาง เพราะจะมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยได้ เนื่องจากในระหว่างอุจจาระร่วงผู้ป่วยสูญเสียสารอาหารออกทางอุจจาระและอาเจียนมากพอแล้ว ดังนั้นถ้าได้รับการทดแทนไม่เพียงพอก็จะมีผลต่อการขาดสารอาหาร และการฟื้นฟูสุขภาพจะเป็นไปได้ช้า ผู้วิจัยได้พิจารณาปรับข้อความตามข้อเสนอแนะ ทั้งนี้โดยคำนึงถึงภาวะโภชนาการปกติเป็นสิ่งสำคัญ

ข้อ 5 “แนะนำการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในรายที่ยังไม่มีอาการขาดน้ำปรากฏ และได้รับอนุญาตให้รักษาตัวที่บ้านในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 1 ปี” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 77.8 โดยมีบางท่านได้เสนอให้ระบุช่วงวัยจะชัดเจนมากกว่า ผู้วิจัยได้พิจารณาปรับเป็นวัยเด็กเล็กหรืออายุต่ำกว่า 5 ปี เพื่อให้การนำไปใช้ชัดเจนขึ้น

ข้อ 5.1 “แนะนำผู้ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ที่ผู้ป่วยต้องการ” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 55.6 โดยส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยที่จะให้ผู้ป่วยได้รับ ORS ตามต้องการ ทั้งนี้เพราะโดยการรักษาแล้วจะให้ ORS 2-3 วัน เพื่อชดเชยเกลือแร่ที่สูญเสียไป ถ้าผู้ป่วยยังถ่ายอุจจาระเหลวอยู่ จะเริ่มให้น้ำข้าวใสเกลือ เพราะการให้ ORS นาน ถ้าใส่ใหญ่จะขาดอาหาร การดูดซึมไม่ดี จะทำให้ยังถ่ายอุจจาระต่อไป จึงจำเป็นต้องให้อาหารพวกแป้งรับประทานตั้งแต่ 4 ชั่วโมง หลังได้รับ ORS โดย ORS จะให้ตามปริมาณที่กำหนดเท่านั้น ถ้าให้ ORS ตามต้องการผู้ป่วยจะได้เกลือมาก มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะโซเดียมในเลือดสูงได้ ผู้วิจัยจึงได้พิจารณา ตัด “ORS ตามต้องการ” ออก โดยปรับเป็น “ให้ ORS ตามปริมาณที่กำหนดให้ ถ้ากระหายน้ำให้นมมารดา นมผสมหรือน้ำเปล่าแทน” ตามข้อเสนอแนะ

ข้อ 5.2 “แนะนำให้สังเกตลักษณะอุจจาระในรายที่ให้นมผสมแทนน้ำนมมารดาในรายที่หย่านนมมารดาแล้ว” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 61.1 โดยส่วนใหญ่เสนอแนะให้ปรับข้อความใหม่ เพราะข้อความเป็นการสังเกตลักษณะอุจจาระภายหลังรับประทานนมผสม เพื่อประเมินการเปลี่ยนชนิดนมเป็นลักษณะของการป้องกันการเกิดอุจจาระร่วง ข้อความขัดแย้งกับข้อ 5 ของมาตรฐานเชิงกระบวนการ ซึ่งเกี่ยวกับการป้องกันการขาดน้ำและการดูแลขณะอุจจาระร่วง ผู้วิจัยจึงพิจารณาตัดออก

ข้อ 5.4 “แนะนำผู้ดูแลจัดอาหารเสริม เช่น น้ำซूप ที่ไม่มีส่วนผสมของนมหรือครีม ข้าวต้ม โจ๊ก กลัวย น้ำแอปเปิ้ล แครอท มันหรือเผือกต้ม ขนมปังปัง ขนมปังกรอบ เนื้อปลาและไข่ให้ผู้ป่วย” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 77.8 บางท่านเห็นว่าข้อความซ้ำซ้อนกับมาตรฐานที่ 2 ในมาตรฐานเชิงกระบวนการ ข้อ 11 ข้อ 12 ข้อ 13 และ ข้อ 14 ในมาตรฐานที่ 6 ในมาตรฐานเชิงกระบวนการข้อ 5.3 ข้อ 7 และข้อ 10 ได้เสนอแนะให้ปรับข้อความไม่ให้ซ้ำซ้อนกัน มีผู้ทรงคุณวุฒิบางท่านแนะนำให้ปรับข้อความเป็น “จัดอาหารอ่อน ย่อยง่าย มีไขมันและน้ำตาลต่ำ มีเกลือแร่ให้ผู้ป่วยขณะอุจจาระร่วง ผสมเนื้อไก่ เนื้อปลา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับโปรตีน” ผู้วิจัยได้ปรับข้อความตามข้อเสนอแนะ ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถเข้าใจง่ายและนำไปปฏิบัติจริงได้ชัดเจนขึ้น

ข้อ 7 “ภายหลังจากผู้ป่วยหายจากอุจจาระร่วง แนะนำให้ผู้ดูแลหลีกเลี่ยงอาหารที่ย่อยยากแก่ผู้ป่วย แนะนำให้อาหารอ่อนย่อยง่ายต่ออีกประมาณ 1 สัปดาห์” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 77.8 มีบางท่านเห็นว่าข้อความซ้ำซ้อนกับข้อ 5.4 ผู้วิจัยได้พิจารณาปรับข้อความเช่นเดียวกับข้อ 5.4

ข้อ 9 “แนะนำผู้ดูแลให้สังเกตอาการและอาการแสดงภายหลังได้รับ ORS เช่น มีนงง หัวใจเต้นเร็ว หงุดหงิด งอแง กระสับกระส่าย บวมที่หนังตา ใบหน้า แขนขา อ่อนเพลียและชัก หยุดให้ ORS แล้วนำส่งโรงพยาบาล” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 72.2 โดยมีบางท่านเห็นว่าควรเพิ่มข้อความคือ “อาการและอาการแสดงของภาวะคั่งของน้ำและเกลือแร่ในร่างกายหรือภาวะโซเดียมในเลือดสูง” ผู้วิจัยได้พิจารณาปรับข้อความตามข้อเสนอแนะเพื่อให้ข้อความชัดเจนขึ้น

ข้อ 10 “แนะนำอาหารที่ควรจัดเตรียมให้ผู้ป่วยในระยะถ่ายอุจจาระเหลวเช่นผลิตภัณฑ์นมที่ไม่มีน้ำตาลแลคเตส ข้าวต้ม โจ๊ก ก๋วยเตี๋ยว ขนมปัง แครอท พักทอง มันหรือเผือก ผลไม้ เช่น กัลยีน น้ามะพร้าว น้ำแอปเปิ้ล อาหารโปรตีน เช่นปลา ไก่บดที่ไม่ทอดและไข่ต้ม เป็นต้น” มีผู้ทรงคุณวุฒิ เห็นเหมาะสม ร้อยละ 77.8 ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะว่าควรปรับข้อความเช่นเดียวกับเหตุผลในข้อ 5.4 ผู้วิจัยได้ปรับข้อความตามข้อเสนอแนะเพื่อไม่ให้ข้อความซ้ำซ้อน

ข้อ 11 “แนะนำอาหารที่ควรจัดในระยะถ่ายอุจจาระเหลว เช่น น้ำข้าวที่มีน้ำตาลสูง น้ำผลไม้เข้มข้น อาหารที่มีรสจืดและอาหารที่มีกากใย เช่น ลูกพรุน สับปะรด” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 77.8 โดยบางท่านเสนอแนะว่าควรปรับ “น้ำข้าวที่มีน้ำตาลสูง” เป็น “อาหารที่มีน้ำตาลสูง” และเสนอปรับข้อความเช่นเดียวกับเหตุผลในข้อ 5.4 ผู้วิจัยได้พิจารณาปรับข้อความตามข้อเสนอแนะเพื่อไม่ให้ข้อความซ้ำซ้อน

ข้อ 13.3 “ผู้ป่วยมีไข้เกิน 102.5 °ฟ หรือมากกว่า นานเกิน 24 ชั่วโมง” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 66.7 โดยส่วนใหญ่เห็นว่าควรระบุของไข้เป็นองศาเซลเซียสด้วย ทั้งนี้เพราะบางโรงพยาบาลวัดอุณหภูมิด้วยองศาเซลเซียส ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะเพื่อสะดวกกับโรงพยาบาลบางโรงพยาบาลที่วัดอุณหภูมิผู้ป่วยด้วยองศาเซลเซียส

หัวข้อมาตรฐานที่ 6 ในส่วนของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าควรปรับปรุง 2 ข้อ ดังนี้

ข้อ 4.5 “หากไม่เกิดภาวะความเข้มข้นของลำไส้เพิ่มมากขึ้น ลำไส้ดูตึงได้ดี ไม่มีอาการอืดท้อง” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 77.2 โดยได้ให้ข้อคิดเห็นคือ “ภาวะความเข้มข้นของลำไส้เพิ่มขึ้น” ประเมินผลยาก ควรปรับเป็น “ไม่เกิดอุจจาระร่วงเพิ่มมากขึ้น” ผู้วิจัยได้ปรับข้อความตามข้อเสนอแนะเพื่อให้การปฏิบัติง่ายขึ้น

ข้อ 5.1 “ผู้ป่วยได้รับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ ทดแทนพอเพียงกับความต้องการของร่างกาย” มีผู้ทรงคุณวุฒิเห็นเหมาะสม ร้อยละ 72.2 โดยได้เสนอแนะให้ตัดข้อความ “ความต้องการของร่างกาย” ออก โดยปรับเป็น “ตามแผนการรักษา” ผู้วิจัยได้ปรับแก้ข้อความตามข้อเสนอแนะ ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานเชิงกระบวนการ ข้อ 5.1 ที่ได้แก้ไข ตามข้อเสนอแนะ

ภายหลังที่ผู้วิจัยปรับแก้ร่างมาตรฐานการพยาบาลที่ได้จากการวิเคราะห์คำตอบจากแบบสอบถาม ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็นแบบสอบถามครั้งที่ 2 เพื่อส่งไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และแสดงความคิดเห็นต่อร่างมาตรฐานการพยาบาลครั้งที่ 2 ที่ได้ปรับปรุงแล้ว

ผนวก ง

คำตอบของผู้ทรงคุณวุฒิจาก แบบสอบถาม ครั้งที่ 2

PAYAP UNIVERSITY

คำตอบของผู้ทรงคุณวุฒิจากแบบสอบถาม
ครั้งที่ 2

หัวข้อมาตรฐานที่ 1 ในส่วนของมาตรฐานเชิงกระบวนการ

ข้อ 1.1 “วัดอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง ในรอบ 24 ชั่วโมง รายงานแพทย์เมื่อผู้ป่วยมีไข้สูงเกิน 39.2 °C (102.5 °F) นานเกิน 24 ชั่วโมง หรือมีไข้สูงแล้วชัก” พบว่ามีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 7.50 และค่าการกระจายควอไทล์ เท่ากับ 3.75 โดยส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับข้อความและได้เสนอให้มีการแก้ไข คือ ควรระบุวัดอุณหภูมิทางใดให้ชัดเจนและรายงานแพทย์ เมื่อผู้ป่วยมีไข้สูงเกิน 39.2 °C (102.5 °F) ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านมีความเห็นว่า ในผู้ป่วยเด็กเล็ก การมีไข้สูงและชัก อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ง่าย ซึ่งส่วนใหญ่เสนอแนะให้ปรับลดอุณหภูมิในการรายงานแพทย์ลงอีก 1 องศาและเพิ่มข้อความ “รายงานแพทย์เมื่อมีไข้สูงนานเกิน 6-8 ชั่วโมง” “ได้รับการช่วยเหลือทันทีเมื่อมีไข้สูงและชัก” ผู้วิจัยได้พิจารณาปรับเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ และระบุการวัดอุณหภูมิเฉพาะทางรักแร้ ทั้งนี้เพราะการวัดอุณหภูมิทางปากในเด็กเล็กในทางปฏิบัติเด็กไม่ค่อยให้ความร่วมมือ และบางรายที่อุจจาระร่วง อาจมีอาเจียนร่วมด้วยทำให้การวัดอุณหภูมิมีปัญหา ทำได้ลำบากและค่าที่วัดอาจไม่แน่นอน สำหรับการวัดอุณหภูมิทางทวารหนักไม่ควรวัดในผู้ป่วยเด็กเล็กอุจจาระร่วง เพราะจะระคายเคืองทวารหนัก และเป็นการกระตุ้นให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวทำให้อุจจาระร่วงมากขึ้น

ข้อ 7 “ในรายที่ปฏิเสธรับ ORS หรือรับไม่ได้ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ Sprite เจือจางครึ่งหนึ่งผสมเกลือ 1/3 พบว่ามีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 8.00 ค่าการกระจายควอไทล์ เท่ากับ 3.50 โดยส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยและเสนอแนะให้ปรับแก้ข้อความ ด้วยเหตุผลคือ การใช้น้ำอัดลม อาจใช้ได้ในเด็กโต สำหรับในผู้ป่วยเด็กเล็กแล้ว ควรดื่มน้ำสะอาดให้ท้องอืดได้ และในรายที่ปฏิเสธรับ ORS หรือรับไม่ได้ น่าจะให้สารละลายอื่นทดแทน เช่น น้ำข้าว หรือน้ำซูปใส่เกลือ 1/4 ช้อนชา เพราะในรายที่รับ ORS ไม่ได้ก็ไม่น่าจะรับน้ำอัดลมได้เช่นกัน ผู้วิจัยได้ปรับข้อความตามข้อเสนอแนะ โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติและความสุขสบายของผู้ป่วย

หัวข้อมาตรฐานที่ 1 ในส่วนของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์

ข้อ 1.1 “ผลการวัดอุณหภูมิปกติมีค่าเฉลี่ย $37.0^{\circ} - 37.7^{\circ}C$ ($98.6^{\circ} - 99.4^{\circ}F$) พบว่าค่ามัธยฐาน เท่ากับ 10.00 ค่าการกระจายควอไทล์ เท่ากับ 2.75 เนื่องจากมีผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นต่างกันเกี่ยวกับค่าปกติของอุณหภูมิ อาจเนื่องจากความแตกต่างของตำราที่ใช้ ประสบการณ์และโครงสร้างของหน่วยงานที่ปฏิบัติ ผู้วิจัยเห็นว่าค่าการกระจายควอไทล์ เกิน 2.00 ไปค่อนข้างมาก จึงได้รับข้อความตามข้อเสนอแนะและเพื่อให้สอดคล้องกับข้อ 1.1 ในส่วนของมาตรฐานเชิงกระบวนการที่ได้ปรับแก้ด้วย

หัวข้อมาตรฐานที่ 6 ในส่วนของมาตรฐานเชิงกระบวนการ

ข้อ 3.6 “ในผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป เริ่มให้อาหารพวกแป้งรับประทาน เช่น ข้าวบดใส่เกลือ โดยเริ่มตั้งแต่ 4 ชั่วโมงหลังได้รับ ORS ในวันแรกวันต่อไปให้ข้าวบดใส่เนื้อไก่และให้เพิ่มขึ้นอีก 1 มื้อ” พบว่า ค่ามัธยฐาน เท่ากับ 10.00 ค่าการกระจายควอไทล์ เท่ากับ 2.50 เนื่องจากผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นต่างกัน เกี่ยวกับอายุของเด็ก หลายท่านเห็นว่า ถ้าให้ข้าวบดใส่เนื้อไก่ ควรเริ่มตั้งแต่ 4 เดือนขึ้นไป ซึ่งอาหารเสริมตามปกติในเด็กโดยทั่วไปจะเริ่มตั้งแต่อายุ 4 เดือนขึ้นไป ผู้วิจัย เห็นว่า ค่าการกระจายควอไทล์ เกิน 2.00 ค่อนข้างมาก จึงได้พิจารณาปรับข้อความตามข้อเสนอแนะ

สำหรับในแบบสอบถามครั้งที่ 2 ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้เรียงลำดับกิจกรรมการพยาบาลหรือมาตรฐานเชิงกระบวนการ ในมาตรฐานที่ 6 ข้อ 8 เพื่อง่ายต่อการทำความเข้าใจ และการนำไปใช้และปรับตามข้อเสนอแนะ รวมทั้งเพิ่มเติมข้อความ 1 ข้อ ในส่วนของมาตรฐานเชิงกระบวนการ ซึ่งเป็นเนื้อหาใหม่ เพื่อให้เนื้อหาของมาตรฐานที่ 6 สมบูรณ์ขึ้นตามที่ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และในส่วนของมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ในมาตรฐานที่ 6 ที่เพิ่มข้อย่อยของข้อ 7 ข้อ 8 และ ข้อ 9 ตามข้อเสนอแนะให้ตรงกับมาตรฐานเชิงกระบวนการเช่นกัน

ผนวก จ

คำตอบของผู้ชำนาญการ จากการตอบแบบสำรวจ

PAYAP UNIVERSITY

คำตอบของผู้ชำนาญการ จากการตอบแบบสำรวจ

ในมาตรฐานเชิงกระบวนการหรือด้านกิจกรรมการพยาบาล

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยควรรู้ซึ่งภาวะสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

ข้อ 1.3 “ซึ้น้ำหนักทุกวันในเวลาเดียวกัน ก่อนรับประทานอาหารเช้าหรือก่อนนอน ในระยะขาดน้ำเล็กน้อยหรือปานกลาง หรือซึ้น้ำหนักอย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง ในระยะขาดน้ำรุนแรง โดยใช้เครื่องชั่งเครื่องเดิมที่ได้มาตรฐานเดียวกัน” ไม่สามารถปฏิบัติได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.4 ได้ระบุเหตุผลคือโดยปกติจะซึ้น้ำหนักวันละครั้ง ช่วงเวลาเช้า และจะซึ้น้ำหนักซ้ำหากน้ำหนักลดลงหรือเพิ่มมากขึ้นกว่าปกติ ไม่ได้ซึ้น้ำหนักทุก 8 ชั่วโมง และในรายผู้ป่วยที่ขาดน้ำเล็กน้อยหรือขาดน้ำปานกลาง น้ำหนักจะเปลี่ยนแปลงไม่มาก ปกติจะใช้การสังเกต อาการเปลี่ยนแปลงมากกว่า ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดองค์กรการกุศล 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ระบุเหตุผลว่า ผู้ป่วยเด็กไม่ให้ความร่วมมือ โดยเฉพาะเด็กอายุ 1-2 ปี ต้องให้ญาติช่วยอุ้ม ทำให้ไม่สามารถได้น้ำหนักที่แน่นอนทุกครั้ง ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดองค์กรเอกชน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ระบุเหตุผลว่า ขึ้นกับแผนการรักษาของแพทย์ว่าจะให้ซึ้น้ำหนักทุกวันหรือสัปดาห์ละครั้ง

ข้อ 2.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดน้ำเล็กน้อย (Mild dehydration) ดูแลให้ ORS 50 มล./กก./4 ชม. ภายหลัง 4 ชั่วโมง ให้ ORS 100 มล./กก./24 ชม. โดยให้สลับกับนมผสมหรือข้าวทุก 2 ชั่วโมง” ไม่สามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง เป็นอันดับรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 20.4 โดยผู้ชำนาญการสังกัดโรงพยาบาลทบวงมหาวิทยาลัย 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ระบุเหตุผลว่าตามปกติแพทย์จะให้ ORS ในเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี คือ ORS 1/2 ของผสมน้ำ 750 ซีซี ดื่มแทนน้ำใน 24 ชั่วโมงและในเด็กอายุมากกว่า 1 ปี ให้ ORS 1 ของผสมน้ำ 750 ซีซี ดื่มแทนน้ำใน 24 ชั่วโมง” ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 8 คน คิดเป็นร้อยละ 16.3 ระบุเหตุผลว่า “จะแนะนำให้ญาติป้อน ORS ครั้งละน้อย บ่อย ๆ สลับกับนมโดยให้ตามที่เด็กต้องการ ไม่สามารถป้อน ORS ตามที่กำหนดให้ได้ ปริมาณอาจมากกว่าหรือน้อยกว่าที่กำหนด เด็กส่วนใหญ่จะได้ ORS ปริมาณไม่เท่าตามที่กำหนดให้ เพราะไม่ชอบ” ผู้ชำนาญการอยู่โรงพยาบาลสังกัดองค์กรเอกชน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.1 ระบุเหตุผลคือ ปริมาณ ORS แพทย์จะเป็นผู้กำหนด ปริมาณที่จะให้และพยาบาลจะเป็นผู้สังเกตและรายงานภายหลังการให้

ข้อ 7 “บันทึกปริมาณ ORS ที่ผู้ป่วยรับได้ในแต่ละครั้งอย่างละเอียด ถูกต้อง” ไม่สามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง เป็นอันดับรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 22.4 โดยผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 8 คน คิดเป็นร้อยละ 16.3 ระบุเหตุผลว่า “การบันทึกทำได้ยาก เพราะผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือและ 90 % เป็นชาวเขามีปัญหาในการสื่อสาร โดยปกติจะบันทึกในแต่ละเวรหรือทุก 8 ชั่วโมง” ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดองค์กรการกุศล 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ระบุเหตุผลว่า “ผู้ป่วยมีมาก ไม่สามารถบันทึกทุกราย ปกติจะบันทึกเฉพาะในรายที่ขาดน้ำรุนแรง” ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดองค์กรเอกชน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ระบุเหตุผลว่า “บันทึกในรายที่มีอาการขาดน้ำรุนแรง”

มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยได้รับอาหารทดแทนเหมาะสมเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการปกติ ในระหว่างอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

ข้อ 6 “ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีโปรตีนและแป้ง เช่น ข้าว 4 ส่วนผสมถั่ว หรือ เนื้อสัตว์ 1 ส่วนและให้เพิ่มอีก 1 มื้อ” ไม่สามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.7 โดยผู้ชำนาญการที่อยู่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 12 คน คิดเป็นร้อยละ 24.5 ระบุเหตุผลว่า “ส่วนใหญ่จะให้อาหารตามที่โรงครัวจัดเตรียมมาให้ ต้องแนะนำญาติให้เตรียมมานิสัยการกินของเด็กแต่ละคน ไม่เหมือนกัน จะจัดอาหารที่เด็กชอบให้รับประทาน และต้องแจ้งโภชนาการให้จัดตามแผนการรักษา ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดองค์กรการกุศล 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ระบุเหตุผลว่า “ส่วนใหญ่จะให้อาหารตามที่โรงพยาบาลจัดเตรียมให้ตามแผนการรักษาของแพทย์ และแนะนำให้ญาติให้เตรียมมาให้” ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดองค์กรเอกชน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 ระบุเหตุผลว่า “อาหารไม่ครบส่วนตามที่ระบุไว้แล้วแต่ทางแผนกจะแจ้งโภชนาการ โดยจะให้ตามแผนการรักษาของแพทย์ และโรงพยาบาลเป็นผู้จัดมาให้”

ข้อ 7 “ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เช่น น้ำมะพร้าวอ่อน กล้วย ในรายที่มีผลการตรวจเลือด พบโปแตสเซียมในเลือดต่ำ” ไม่สามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง เป็นอันดับรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 24.5 โดยผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.1 ระบุเหตุผลว่า “ไม่สามารถหามาให้ผู้ป่วยได้ นอกจากแนะนำญาตินำมาให้เอง และจะให้เมื่อมีคำสั่งแพทย์” ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 7 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3 ระบุเหตุผลว่า “ส่วนใหญ่จะให้อาหารของโรงพยาบาลและให้ญาติหามาให้เอง” ผู้ชำนาญการ จากโรงพยาบาลสังกัดองค์กรเอกชน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 ระบุเหตุผลว่า “ไม่เคยมีคำสั่งแพทย์ให้อาหารที่มีโปแตสเซียมสูง”

มาตรฐานที่ 3 ผู้ป่วยไม่มีการระคายเคืองหรืออักเสบของผิวหนังรอบทวารหนักจากอุจจาระร่วง

ข้อ 1 “สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของสีผิวและลักษณะของผิวหนังรอบทวารหนัก ทุกครั้งที่ทำความสะอาดภายหลังขับถ่าย” ไม่สามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.2 โดยผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.1 ระบุเหตุผลว่า “จะให้คำแนะนำมารดาเป็นผู้สังเกต” ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดองค์กรการกุศล 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.1 ระบุเหตุผลว่า “จะขอความร่วมมือญาติสังเกตและแจ้งให้พยาบาลทราบ”

ข้อ 2 “ดูแลความสะอาดรอบทวารหนักด้วยน้ำสะอาด เช็ดให้แห้งและเปลี่ยนผ้าอ้อม ทุกครั้งที่ผู้ป่วยเปียกและ หลีกเลี่ยงการทำความสะอาดบริเวณรอบทวารหนักด้วยสบู่และยาระคาย (Antiseptic) และใช้ผ้าอ้อมที่อ่อนนุ่มท่อนกัน กรณีใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้เปลี่ยนทันทีที่ผู้ป่วยเปียกและ เพื่อป้องกันกันเยื่อเย็ด” ไม่สามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 10.2 โดยผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาล สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ระบุเหตุผลว่า “จะแนะนำมารดาช่วยดูแล” ผู้ชำนาญการ จากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.1 ระบุเหตุผลว่า “จะแนะนำมารดาล้าง รอบทวารหนักและเช็ดให้แห้ง” ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดองค์กรการกุศล 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ระบุเหตุผลว่า “จะแนะนำให้ใช้ผ้าอ้อมผ้าดีกว่าเพราะเวลาเปียกและจะสังเกตได้ทันที”

มาตรฐานที่ 4 ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกายเพิ่มขึ้นและไม่มีการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น

ข้อ 1 “ปฏิบัติอย่างถูกต้องเกี่ยวกับเทคนิคการแยกผู้ป่วย” ไม่สามารถปฏิบัติได้ใน สถานการณ์จริงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.3 โดยผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 8 คน คิดเป็นร้อยละ 16.3 ระบุเหตุผลว่า “บางครั้งจำนวนผู้ป่วยมีมากก็ไม่สามารถแยกได้ เนื้อที่ในแผนกมี จำกัด ไม่มีห้องแยกเฉพาะ”

ข้อ 4 “ถ้าผ้าอ้อมธรรมดาท่อนผู้ป่วย ให้แล้วเก็บลงถังมีฝาปิดมิดชิด และ/หรือ แ่ ผ้าอ้อมในน้ำยาฆ่าเชื้อ ถ้าใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้ม้วนห่อสิ่งขับถ่ายเก็บลงถังแล้วฝังหรือเผาเสีย” ไม่สามารถ ปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง เป็นอันดับรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 10.2 โดยผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 ระบุเหตุผลว่า “ต้องขอความร่วมมือจากญาติที่ดูแลและให้ คำแนะนำในการปฏิบัติ” ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดองค์กรเอกชน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 10.2 ระบุ เหตุผลว่า “การปฏิบัติจะเก็บใส่ขยะติดเชื้อออกก่อนนำไปฝัง”

**มาตรฐานที่ 5 ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย ไม่เกิดความเครียดและวิตกกังวล
ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน**

ข้อ 6 “จัดของเล่นที่เหมาะสมกับอายุและพัฒนาการเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น” ไม่สามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 14.3 โดยผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5 คน คิดเป็นร้อยละ 10.2 ระบุเหตุผลว่า “ของเล่นมีไม่เพียงพอ และแนะนำมารดาจัดของเล่นมาให้” ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดองค์กรการกุศล 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ระบุเหตุผลว่า “แนะนำมารดาจัดของเล่นให้และยังต้องการทุนสนับสนุนเพื่อซื้อของเล่น” ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดองค์กรเอกชน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ระบุเหตุผลว่า “ส่วนใหญ่จะมีของเล่นมาจากบ้าน ในหอผู้ป่วย ไม่มี play land และของเล่น”

ข้อ 4 “ดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายจากการผูกยึด ขณะได้รับสารน้ำเข้าหลอดเลือดดำในระยะขาดน้ำรุนแรง โดยการคลายที่ผูกยึดเป็นระยะ และไม่รัดบริเวณที่ผูกยึดไว้แน่นเกินไป” ไม่สามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง เป็นอันดับรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 8.2 โดยผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 ระบุเหตุผลว่า “ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ให้ความร่วมมือ ถ้าคลายที่ผูกยึด และไม่ระมัดระวังเด็กจะดึงเข็มใส่น้ำเกลือออก” ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดองค์กรเอกชน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ระบุเหตุผลว่า “ปกติจะให้ conform และจะพันในระดับพอดี จะไม่ผูกยึด”

ในมาตรฐานเชิงผลลัพธ์หรือด้านผลการพยาบาล

มาตรฐานที่ 1 ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลของน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย

ข้อ 1.3 “ชั่งน้ำหนักเพิ่มขึ้นภายหลังการรักษา อย่างน้อย 20 กรัม ต่อวัน หรือน้ำหนักไม่ลดลง หรือเท่ากับน้ำหนักที่ขาดหายไปในเวลา 48 ชั่วโมง” ไม่ใช่ผลการพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 22.5 โดยผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 9 คน คิดเป็นร้อยละ 18.4 ระบุเหตุผลว่า “ผู้ป่วยมากไม่สามารถประเมินน้ำหนักได้ จะให้การประเมินผลอาการแสดงมากกว่าและในการประเมินน้ำหนักจะพบผู้ป่วยมีน้ำหนักคงเดิม หรืออาจเพิ่มขึ้น ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดองค์กรการกุศล 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ระบุเหตุผลว่า “ไม่ได้ปฏิบัติจริงตามมาตรฐานเชิงกระบวนการ จึงไม่ทราบผลของการพยาบาลที่เกิดขึ้นจริง” ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดองค์กรเอกชน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ระบุเหตุผลว่า “ตามปกติจะชั่งน้ำหนักทุกวัน”

ข้อ 1.1 “ผลการวัดอุณหภูมิทางรักแร้ มีค่าเฉลี่ย 35.5 - 37 °C (96.5-98.5 °F) ไม่ใช่ผลของการพยาบาล เป็นอันดับรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 18.4 โดยผู้ชำนาญการสังกัดโรงพยาบาลทรวง มหาวิทยาลัย 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ระบุเหตุผลว่า “อุณหภูมิเฉลี่ยที่ประเมินคือ 36.5 - 37.5 °C” ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 6 คน คิดเป็นร้อยละ 12.2 ระบุเหตุผลว่า “ผลไม่แน่นอนหลังเช็ดตัวลดไข้ในผู้ป่วยแต่ละราย บางรายไข้ไม่ลดลงเท่าค่าเฉลี่ย ภายหลังให้ยาและเช็ดตัวลดไข้ ในผู้ป่วยที่ติดเชื้อ Shigellosis วัดอุณหภูมิได้ 39 - 40 °C เมื่อให้ยาลดไข้ ไข้จะลดลงประมาณ 38 °C ผู้ชำนาญการอยู่โรงพยาบาลสังกัดองค์กรเอกชน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.1 ระบุเหตุผลว่า “ค่าปกติจะอยู่ระดับ 36 - 37.5 °C”

ข้อ 7 “การบันทึกปริมาณ ORS ในแต่ละครั้งได้รับการบันทึกอย่างละเอียด ถูกต้องทุกครั้ง” ไม่ใช่ผลของการพยาบาลเป็นอันดับรองลงมาคิดเป็นร้อยละ 16.3 โดยผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 6 คน คิดเป็นร้อยละ 12.2 ระบุเหตุผลว่า “ผู้ป่วยมากจะขอความร่วมมือจากญาติหรือผู้ป่วยช่วยบันทึก” ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดองค์กรการกุศล 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ระบุเหตุผลว่า “จะอธิบายญาติและขอความร่วมมือช่วยบันทึก” ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดองค์กรเอกชน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ระบุเหตุผลว่า “จะบันทึกโดยละเอียดในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง และขอความร่วมมือญาติในการบันทึก”

มาตรฐานที่ 2 ผู้ป่วยได้รับอาหารทดแทนเหมาะสมเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการปกติ ในระหว่างอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

ข้อ 7 “ผู้ป่วยรับอาหารที่มีโปรแตสเซียมสูงได้ดี ไม่มีอาการท้องอืด ไม่ถ่ายอุจจาระเพิ่มขึ้นหรือคลื่นไส้อาเจียน” ไม่ใช่ผลของการพยาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.4 โดยผู้ชำนาญการที่อยู่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 7 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3 และผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดองค์กรเอกชน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 ระบุเหตุผลเช่นเดียวกันว่า “ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามมาตรฐานเชิงกระบวนการ จึงไม่ทราบผลของการพยาบาล”

ข้อ 6 “ผู้ป่วยรับอาหารได้ดี ไม่มีอาการท้องอืด ไม่ถ่ายอุจจาระเพิ่มขึ้นหรือ คลื่นไส้ อาเจียน” ไม่ใช่ผลของการพยาบาล เป็นอันดับรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 18.4 โดยผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 6 คน คิดเป็นร้อยละ 12.2 และผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดองค์กรเอกชน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 ให้เหตุผลเช่นเดียวกับข้อ 7

มาตรฐานที่ 6 บิดามารดามีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลและสามารถให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านได้ถูกต้อง

ข้อ 5 “บิดามารดาสามารถบอกอาการแสดงของภาวะคั่งของน้ำและเกลือแร่ในร่างกายหรือภาวะโซเดียมในเลือดสูง พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือได้ถูกต้อง” ไม่ใช่ผลของการพยาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.1 โดยผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2 คน คิดเป็นร้อยละ 4.1 ระบุเหตุผลว่า “ไม่สามารถประเมินผลได้ เนื่องจากข้อจำกัดของบิดามารดาด้านการสื่อสารและความรู้” ผู้ชำนาญการจากโรงพยาบาลสังกัดองค์กรการกุศล 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 ไม่ได้ระบุเหตุผล