

บทบาทของพยาบาลกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง  
ในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่  
Roles of Nurse and Parent Participation in the Care  
of Children with Cleft Lip and Cleft Palate

วณิตา ขวัญสำราญ,\* กศ.ม.

Wanita Kwansumran, M.Ed.

**บทคัดย่อ**

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ในเด็กเป็นความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า ซึ่งมีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของเด็กและผู้ปกครอง การรักษาที่ได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับคือการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความพิการดังกล่าว การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กเป็นสิ่งสำคัญต่อเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ทั้งระยะก่อนและหลังการผ่าตัด รวมทั้งการดูแลเด็กต่อที่บ้าน พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ปกครองในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** บทบาทของพยาบาล การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง เด็กปากแหว่งเพดานโหว่ การผ่าตัด

**Abstract**

Cleft lip and cleft palate are congenital deformities of head and face which affect body and mind of both the child and the parent. Surgery is the effective and acceptable treatment to repair the defects. Parent participation in the care of children with cleft lip and cleft palate before and after the surgery as well as at home is imperative. Nurse plays significant roles to provide knowledge and advice for the parents to care for their children with cleft lip and cleft palate, as well as promote and

advocate the parents to participate in the care appropriately and effectively.

**Key words:** Roles of nurse, parent participation, cleft lip and cleft palate children, surgery

**สถานการณ์ของภาวะปากแหว่ง เพดานโหว่**

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ เป็นความผิดปกติหรือความพิการของใบหน้าตั้งแต่แรกเกิดที่พบได้บ่อยที่สุด มีอุบัติการณ์/อัตราเกิดภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ โดยทั่วไปเกิดขึ้นประมาณ 0.30-2.65 คนต่อทารกแรกเกิด 1,000 คน (Tolarova, 2013; Young, O'Riordan, Goldstein, & Robin, 2001) สำหรับในประเทศไทยมีภาวะปากแหว่ง-เพดานโหว่ประมาณ 1.01-2.49 คนต่อทารกแรกเกิด 1,000 คน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอุบัติการณ์สูงสุด คือมีประมาณ 2.49 รายต่อเด็กแรกเกิด 1,000 ราย ซึ่งประมาณการได้ว่า จะมีอัตราเด็กแรกเกิดใหม่ที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงถึงประมาณ 700-800 รายต่อปี (บวรศิลป์ เชาวนชื่น และศกภาพรณ เกียรติชูสกุล, 2554) ภาวะนี้เป็นผลมาจากความล้มเหลวในการพัฒนาขณะเป็นเอ็มบริโอ สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายใน คือ กรรมพันธุ์ และปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การเจ็บป่วยของมารดาขณะตั้งครรภ์ ภาวะขาดสารอาหาร การได้รับยา และ/หรือสารบางชนิดต่อเนื่อง เช่น ยาแก้อักเสบ ยาฮอร์โมน รอยด์ สารพิษ สารเคมี การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และ/หรือการขาดโฟลิก เป็นต้น (Tolarova, 2013;

\* อาจารย์ กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Young, et al., 2001)

ภาวะปากแหว่งเป็นการแหว่งส่วนหนึ่งของเพดานปฐมภูมิ ซึ่งประกอบด้วยจมูก สันกลางจมูก ด้านหน้า ฟรีแมกซิลลา (premaxilla) เนื้อเยื่ออ่อน และกล้ามเนื้อของริมฝีปาก และขอบเยื่อริมฝีปาก ฐานจมูก สันเหงือก และเพดานปากส่วนแข็งด้านหน้า ความพิการเหล่านี้อาจแบ่งออกเป็น การแหว่งแบบสมบูรณ์ (ภาพที่ 1 และภาพที่ 2) ซึ่งจะมีขอบเขตตั้งแต่ขอบเยื่อ ขอบริมฝีปาก ไปจนถึงจมูก และการแหว่งแบบไม่สมบูรณ์ ซึ่งจะคงสภาพเหลือเนื้อเยื่อริมฝีปากส่วนของฐานจมูก (บวรศิลป์ เชาวน์ชื่น, เบญจมาศ พระธานี และสุธีรา ประดับวงษ์, 2554) วัตถุประสงค์หลักของการผ่าตัดรักษาเด็กที่มีภาวะปากแหว่ง คือ ความสวยงาม ทำให้ริมฝีปากและจมูกมีลักษณะใกล้เคียงกับคนปกติมากที่สุด (ภาพที่ 3)

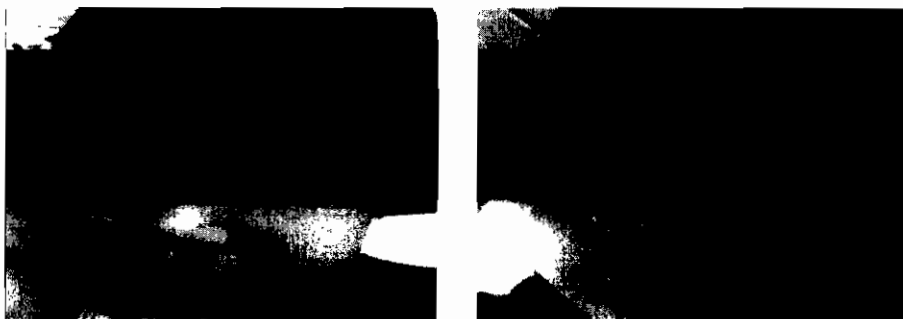
และเพื่อหน้าที่การทำงานของริมฝีปากและเพดานให้เด็กดูดนมได้ดีขึ้น และสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติซึ่งคือ การเย็บซ่อมแซมปากแหว่งและการแหว่งของจมูก (lip/nose repair) มักจะทำในช่วงวัยทารกอายุประมาณ 3-6 เดือน ตามแนวทางของ pediatric surgical procedures หรือ กฎของสิบ (rule of ten) (เฉลิมพงษ์ ฉัตรดอกไม้ไพร, 2557) ได้แก่ อายุ 10 สัปดาห์ น้ำหนักตัว 10 ปอนด์ (4.5 กิโลกรัม) และมีระดับฮีโมโกลบิน (hemoglobin) 10 กรัม/เดซิลิตรขึ้นไป (สมจิตร ห่องบุตรศรี, นิรมล พัจนสุนทร, สุธีรา ประดับวงษ์ และบวรศิลป์ เชาวน์ชื่น, 2555) เหตุผลคือ การผ่าตัดโดยใช้การดมยาสลบมีความปลอดภัยมากกว่าในช่วงอายุ 1-2 เดือนแรก และการเสริมสร้าง กล้ามเนื้อริมฝีปากจะทำได้ยากกว่าในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 3 เดือน



ภาพที่ 1 ปากแหว่งข้างเดียวชนิดสมบูรณ์ (Unilateral completed)



ภาพที่ 2 ปากแหว่งสองข้างชนิดสมบูรณ์ (Bilateral completed)



ภาพที่ 3 เด็กที่มีภาวะปากแหว่งข้างเดียวแบบสมบูรณ์ก่อนและหลังผ่าตัด

ภาวะเพดานโหว่ เป็นการแหงของเพดานปาก ทูติญุมิ ซึ่งประกอบด้วย เพดานปากส่วนแข็งด้านหลัง เพดานอ่อน และลิ้นไก่ ภาวะนี้ในเด็กต้องการการดูแล ที่มีการวางแผนระยะยาว ซึ่งเริ่มต้นทันทีหลังคลอด จนกระทั่งมีการเจริญเติบโตของใบหน้าโดยสมบูรณ์ การเย็บซ่อมเพดานโหว่ (palate repair) มักจะทำในช่วงอายุ 9-15 เดือน หรือก่อนที่เด็กจะมีพัฒนาการ ด้านการพูด วัตถุประสงค์ของการเย็บซ่อมเพดานโหว่ เพื่อให้เด็กมีการกลืนและการพูดปกติโดยจะรบกวนการ เจริญเติบโตของกระดูกใบหน้าน้อยที่สุด (Tolarova, 2013) แต่อย่างไรก็ดีภาวะเพดานโหว่มักจะพบร่วมกับการอักเสบของหูชั้นกลางได้บ่อย (otitis media) ซึ่ง จำเป็นต้องมีแพทย์หู คอ จมูกร่วมดูแลและในบางราย อาจจะต้องทำการผ่าตัดเพื่อระบายน้ำในหูชั้นกลาง (myringotomy) เพื่อป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อน ซึ่ง จะนำไปสู่การได้ยินที่ผิดปกติ หรือหูหนวก นอกจากนี้

การเฝ้าระวังเรื่องการพูดไม่ชัดโดยผู้ปกครองคุณครู และนักฝึกพูด (speech therapist) ก็เป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้เด็กพูดชัดหลังจากการผ่าตัดเย็บซ่อมเพดาน (เฉลิมพงษ์ ฉัตรดอกไม้ไพร, 2557)

สำหรับในกรณีที่เด็กมีความพิการปากแหง ร่วมกับเพดานโหว่ด้วยนั้น แพทย์จะทำการผ่าตัด เพดานหลังจากการผ่าตัดริมฝีปากประสบความสำเร็จ และได้ริมฝีปากที่ดีสมบูรณ์และแข็งแรงดีแล้ว โดยทั่วไปมักจะทำการหลังจากการผ่าตัดริมฝีปากประมาณ 6 เดือน ขึ้นไป (Tolarova, 2013) ซึ่งนอกจากจะทำการ ผ่าตัดเย็บซ่อมแซมปากแหง และเย็บซ่อมเพดานโหว่ แล้ว ยังต้องทำการปลูกกระดูกสันเหงือก (alveolar bone graft) ซึ่งการปลูกกระดูกสันเหงือกจะทำ เมื่อ เด็กอายุประมาณ 9-12 ขวบ ร่วมกับการจัดฟันโดย ทันตแพทย์จัดฟัน (orthodontists) แนวทางการรักษา ดังสรุปในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปแนวทางการให้การรักษาเด็กปากแหงเพดานโหว่ (protocol of treatment in cleft lip/palate patients) (เฉลิมพงษ์ ฉัตรดอกไม้ไพร, 2557; Tolarova, 2013)

อายุ	แนวทางการรักษา
แรกเกิด-3 เดือน	ให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครอง และญาติ เรื่องการดูแล การให้นม
3-6 เดือน	การเย็บซ่อม ปากและ/หรือจมูก
9-15 เดือน	การเย็บซ่อมเพดาน และอาจระบายน้ำในหูชั้นกลาง
3-5 ปี	การแต่งจมูก
5-7 ปี	ตรวจการพูด และการดูแลฟัน
8-11 ปี	การปลูกกระดูกสันเหงือก
12-18 ปี	การจัดฟัน และการผ่าตัดกราม

#### บทบาทพยาบาลกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กปากแหงเพดานโหว่

การดูแลเด็กปากแหงเพดานโหว่นับว่าเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะเป็นการดูแลทั้งระยะสั้น และระยะยาว เนื่องจากเป็นความผิดปกติที่เรื้อรัง และกลุ่มเด็กที่ได้รับ การผ่าตัดปากแหงเพดานโหว่เป็นเด็กเล็กที่อยู่ในสภาวะที่ต้องการการดูแลจากมาตาหรือผู้ปกครอง ต้องการความรัก ความอบอุ่น และการเลี้ยงดูอย่างใกล้ชิดจากผู้ปกครอง ผู้ปกครองซึ่งเป็นบุคคลสำคัญ ในการดูแลเด็กต้องการที่จะอยู่กับเด็ก และมีส่วนร่วม ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กขณะเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้เด็กเกิดความรู้สึกอบอุ่น

ปลอดภัย ลดผลกระทบต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับเด็ก (แขนกา รัตนพิบูลย์, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, และ อัจฉริยา ปทุมวัน, 2554)

การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแล เด็กปากแหงเพดานโหว่ขณะเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลนับเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้เพราะการมีส่วนร่วม ของผู้ปกครองมีประโยชน์ทั้งต่อตัวเด็ก ผู้ปกครอง และบุคลากรทางการพยาบาล ประโยชน์ต่อเด็กทั้ง ด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ด้านร่างกายทำให้เด็กได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งที่บ้านและใน โรงพยาบาล (Neill, 1996) และผู้ปกครองยังสามารถ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่ผิดปกติของความเจ็บป่วย

ที่เป็นจริง ละเอียดและแม่นยำ ส่งผลดีต่อการรักษาของเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ลดการติดเชื้อ และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น อาการปวดแผล และอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (Kristensson-Hallstrom, Elander, & Malmotors, 1997; Palmer, 1993) ด้านจิตใจเด็กจะรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ลดความเครียดและความวิตกกังวลจากการพรากจาก และด้านสังคมเด็กจะมีพฤติกรรมต่อต้านขณะอยู่ในโรงพยาบาลน้อย และสามารถปรับตัวเข้าสู่สังคมหลังออกจากโรงพยาบาลได้ง่ายขึ้น (ชั้นขมมนย์ วงษ์ศิริ, นุจรี ไชยมงคล, และ ชุณี พงศ์จตุรวิทย์, 2554)

เชปป์ (Schepp, 1995) ได้อธิบายแนวความคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลเป็น 2 ลักษณะ คือ การมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติ และความปรารถนาที่จะปฏิบัติในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งแต่ละลักษณะของการมีส่วนร่วมนั้น แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล และด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วย ถ้าสิ่งที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติกับสิ่งที่ผู้ปกครองปรารถนาที่จะปฏิบัติไม่สอดคล้องกันจะส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดความเครียด ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลเด็กป่วยของผู้ปกครองได้ (แขนภา รัตน์พิบูลย์ และคณะ, 2554; Schepp & Clark, 1993)

ในปัจจุบันโรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศไทยได้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น ผู้ปกครองสามารถมาอยู่กับเด็กได้ตลอดเวลา และนอนเฝ้าเด็กได้ในเวลากลางคืน เพื่อลดผลกระทบของความเจ็บป่วย การเข้ารับการรักษา ผ่าตัด และการอยู่โรงพยาบาลที่มีต่อเด็กและผู้ปกครองดังกล่าวข้างต้น แต่ในทางปฏิบัติทำให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กยังมีความหลากหลายทั้งการให้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก

เฉพาะกิจกรรมที่ทำประจำและกิจกรรมพยาบาล หรือให้ผู้ปกครองดูแลเด็กในกิจกรรมที่ซับซ้อนเกินความรู้ความสามารถหรือด้านการสื่อสารผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับแพทย์และพยาบาล โดยเฉพาะได้รับข้อมูลต่างๆ น้อยกว่าที่ปรารถนา อาจเนื่องจากการะงานของแพทย์และพยาบาลที่มีมาก จึงทำให้ต้องมุ่งที่จะทำงานตามแผนการรักษา (แขนภา รัตน์พิบูลย์ และคณะ, 2554; Schepp & Clark, 1993)

สำหรับเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ที่ได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งแรก บิดามารดาไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน อาจทำให้ตอบสนองต่อความต้องการของเด็กได้ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการที่เด็กได้รับการผ่าตัดอาจส่งผลต่อความสามารถและความมั่นใจในการดูแลเด็กหลังผ่าตัดพยาบาลจึงต้องมีบทบาทเข้าไปช่วยเหลือโดยการให้ความรู้เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ปกครองให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กหลังผ่าตัดทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยขณะที่รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ควรให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในด้านต่างๆ นอกเหนือจากด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ได้แก่ ด้านกิจกรรมการพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และด้านการตัดสินใจ เพราะทุกด้านต่างก็มีความสำคัญ ทำให้บิดามารดาได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ได้ตัดสินใจ และเข้าใจการดูแลเด็กขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ดังการศึกษาของวณิดา ขวัญสำราญ, อารีย์รัตน์ งามทิพย์พันธุ์ และนุจรี ไชยมงคล (2558) ที่พบว่า ผู้ปกครองของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ที่ได้รับการผ่าตัดและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาล และด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารมากกว่าการได้ดูแลจริงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -2.69, p < .01$  และ  $t = -3.18, p < .01$  ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่า พยาบาลที่ดูแลเด็กผ่าตัดปากแหว่ง

เพดานโหว่ที่อยู่ในโรงพยาบาล ควรต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสมทั้งการมีส่วนร่วมจริง และความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโดยเฉพาะด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ เช่น การให้อาหาร การอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้เด็ก เป็นต้น ด้านกิจกรรม การพยาบาล เช่น ช่วยเหลือในการวัดอุณหภูมิร่างกาย สังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เช่น การให้และรับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น และด้านการตัดสินใจ เช่น การตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจรักษาที่เด็กจะได้รับ การเลือกที่จะเป็นผู้อธิบายกิจกรรมการรักษาพยาบาลแก่ เด็กก่อนที่เด็กจะได้รับกิจกรรมนั้นๆ เป็นต้น เพราะการให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในด้านต่างๆ จะช่วย ลดความเครียด ความกลัวของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลเด็ก ผู้ปกครองจะรู้สึกว่าคุณเองมีประโยชน์ และสามารถบอบบาทของตนเองในการดูแลเด็กได้อย่างต่อเนื่อง มีความสามารถและความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น สกภาพจิตใจดีขึ้น และสามารถให้การดูแลเด็กได้อย่างถูกต้องต่อไป

#### การดูแลทางด้านจิตใจของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่และผู้ปกครองก่อนและหลังผ่าตัด

ผู้ปกครองและเด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่อาจจะต้องการความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญในการดูแลสภาวะด้านจิตใจ เช่น ผู้ปกครองอาจจะเกิดอาการช็อค โกรธ มีความรู้สึกผิด เศร้าเสียใจ และสับสนเมื่อคลอดทารกที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ และอาจจะต้องเผชิญกับความเครียดจากการต้องให้เด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อการผ่าตัดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและการเงิน ปัญหาด้านการดูแลทารกและการที่ต้องลางานเพื่อมาดูแลทารก พี่ของเด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ อาจจะมีความรู้สึกว่าบิดา

มารดาให้เวลาดูแลน้องคนใหม่โดยไม่สนใจตนเอง โรงพยาบาลจึงต้องให้คำแนะนำและกำลังใจแก่ผู้ปกครอง โดยบอกผู้ปกครองให้อธิบายแก่บุตรคนโตที่มีอายุ 3-5 ปีที่มาเยี่ยมน้องด้วยคำพูดต่างๆ ว่า “ตอนนี้ปากของน้องเป็นแผล ดูคนมได้ยาก แต่ไม่เป็นอะไรนะ เคี้ยวหมोजะรักษาปากให้น้อง และน้องดูคนมได้ง่ายขึ้น” เป็นต้น ลักษณะคำพูดของผู้ปกครอง รวมทั้งท่าทีที่แสดงความรักต่อบุตร จะทำให้บุตรคนโตตื่นเต้นเมื่อเห็นหน้าน้องคนใหม่ มีความมั่นใจว่าน้องไม่เป็นอะไร (อมรรัตน์ สุป็นรัตน์, อารีรัตน์ งามทิพย์พันธุ์, และสุดจิต คำสำเนา, 2557) แต่ถ้าผู้ปกครองแสดงความวิตกกังวล ไม่มั่นใจ และลังเล ก็จะทำให้บุตรคนโตรู้สึกกลัวน้องได้ นอกจากนี้ ผู้ปกครองอาจเผชิญกับปัญหาใหม่ของการดูแลเด็กและขั้นตอนการนัดหมาย ซึ่งต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตใจ

เด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ อาจมีปัญหาทางด้าน การปรับตัว และทางด้านสภาวะจิตใจ ซึ่งอาจจะเริ่มต้นตั้งแต่อายุ 2 ขวบปีแรก โดยอาจมีความกังวลที่บุคคลอื่นจะมีปฏิกิริยาต่อตนเองทั้งในด้านของเสียงพูดและรูปร่างหน้าตา เมื่อเด็กอายุได้ประมาณ 3 ปี พวกเขาจะสามารถเรียนรู้ถึงการตอบคำถามถึงรูปร่างและลักษณะการพูดของตนเองได้ เช่น พวกเขาอาจพูดว่า “หนูเกิดมามีรอยแหว่งที่นี่ และคุณหมอบิดให้แล้ว” หรือพูดว่า “คุณแม่บอกว่าหนูจะพูดได้ดีในไม่ช้า” เด็กในช่วงอายุ 2-4 ปี อาจจะประสบการณ์การกลัวการนอนโรงพยาบาลเพื่อการผ่าตัด หรืออาจจะอายและหลบเลี่ยงผู้คน หรืออาจจะพึ่งพาผู้ปกครองอยู่เสมอโดยไม่มีพัฒนาตนเอง (บวรศิลป์ เชาวน์ชื่น, 2554) ดังนั้น ผู้ปกครองจึงควรให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ คอยอยู่เคียงข้างเมื่อเด็กอยู่ในโรงพยาบาล และควรวางแผนต่อไปในอนาคตเมื่อเด็กเข้าโรงเรียน ซึ่งการที่เด็กสามารถปรับตัวในโรงเรียนได้อย่างทันที่ จะช่วยให้เกิดความเชื่อมั่น

ในตนเองมากขึ้น

### การพยาบาลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ก่อนผ่าตัด

การเข้ารับการรักษาดูแลด้วยการผ่าตัดในโรงพยาบาลเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ปกครองและเด็กปากแหว่งเพดานโหว่เกิดความวิตกกังวล โดยเด็กอาจจะรู้สึกไม่มั่นใจต่อสิ่งที่เกิดขึ้น กลัวคนแปลกหน้า เนื่องจากความไม่คุ้นเคยกับสถานที่และบุคคล ในขณะที่ผู้ปกครองเกิดความกลัวว่าจะสูญเสียบุตรหรือกลัวบุตรพิการ (दारारररररर อักษรรरรरร, ศิริพรมงคลดาวรัชย์ และสุธีรา ประด้าวงษ์, 2554) ดังนั้นขั้นตอนก่อนผ่าตัด จึงเป็นขั้นตอนแรกที่พยาบาลควรให้ความสำคัญและประเมินสภาพจิตใจ รวมทั้งปฏิกิริยาของผู้ปกครองให้ดีก่อน และเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้พูดคุยซักถาม ระบายความรู้สึกต่างๆ ออกมา จากนั้นจึงให้ข้อมูล คำอธิบายและคำแนะนำที่ดี รวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ปกครอง เพราะถ้าผู้ปกครองไม่มีโอกาสได้พูดคุย ซักถาม หรือได้รับคำอธิบายและคำแนะนำที่ไม่ชัดเจน อาจทำให้ผู้ปกครองมีความรู้สึกผิด โกรธ เสียใจ และโทษว่าเป็นความผิดของตนเองไปตลอด

เมื่อพยาบาลได้ประเมินและให้การช่วยเหลือผู้ปกครองทางด้านจิตใจแล้ว ต่อไปพยาบาลก็ควรให้คำอธิบายและคำแนะนำทางการดูแลเด็กในด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการดูแลก่อนการเข้ารับการผ่าตัด รวมทั้งการให้ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

1. อธิบายให้บิดามารดาทราบถึงความจำเป็นในการช่วยเหลือเด็กโดยการผ่าตัด พร้อมทั้งแสดงรูปภาพประกอบ ทั้งภาพก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยใช้คำพูดง่ายๆ

2. ให้เด็กงดน้ำงดอาหารทุกชนิดทางปากอย่างน้อย 4-6 ชั่วโมง ก่อนการผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักหรืออาเจียนขณะผ่าตัด โดยแพทย์จะให้สาร

น้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันการขาดสารน้ำและอาหาร

3. ควรสระผมเด็กก่อนการผ่าตัด 1 วัน ในช่วงเช้าของวันที่ผ่าตัดควรอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกายโดยเฉพาะช่องปาก

4. แพทย์มักจะให้ยาทางปาก เพื่อช่วยให้ร่างกายผ่อนคลายก่อนผ่าตัด และอาจมีการฉีดยาปฏิชีวนะเข้าทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

5. เมื่อแพทย์นัดวันผ่าตัด ผู้ปกครองควรปรับประครองดูแลเด็กอยู่ใกล้ชิดโดยการเอาใจใส่ การสัมผัสโอบกอด มีเวลาอุ้มและเล่นกับเด็ก เตรียมของเล่นที่เหมาะสมกับวัย หาโอกาสพาเด็กไปพบญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง เพื่อให้คุ้นเคยกับคนแปลกหน้า เป็นการสร้างความมั่นใจ ทำให้เด็กรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย เบิกบานแจ่มใส ส่งผลต่อการพัฒนาทางด้านอารมณ์และจิตใจ (दारारररर อักษรรरรรร และคณะ, 2554)

6. ดูแลให้เด็กได้รับสารอาหารตามชนิดและจำนวนที่เหมาะสมกับวัย การที่เด็กจะได้รับสารอาหารครบถ้วนต้องอาศัยความอดทน ใจเย็นในการป้อนอาหาร ฝึกให้เด็กรับประทานโดยใช้ช้อน หรือกระบอกฉีดยา (syringe) หรือหลอดหยดยาในรายที่เป็นมาก

7. งดการดูดนมขวดหลังผ่าตัดแล้วประมาณ 1 เดือนจึงเริ่มให้ดูดนมขวดได้ (สุดารัตน์ สุวรรณเทวะคุปต์, 2555)

8. การให้นมเด็กเพดานโหว่อาจลำบากมาก เพราะเด็กไม่สามารถดูดนมได้ พยาบาลจึงควรสาธิตและสอนวิธีการให้นมเด็กอย่างถูกต้องแก่ผู้ปกครอง คือ ควรให้นมเข้าปากลึกๆ เด็กจะได้ไม่ต้องดูด เพราะกลไกการกลืนของเด็กปกติ หันนมควรใช้แบบนิ่มมากๆ เจาะรูให้โตพอ เมื่อคว่ำขวดจะไหลออกมาเอง ควรใช้ขวดนมพลาสติกจะช่วยบีบเพื่อให้นมออกมาได้ ขณะให้นมควรอุ้มศีรษะสูง 45-60 องศา กึ่งนั่งกึ่งนอน เพื่อให้นมไหลเข้าปากลึกๆ สำลักเข้าจมูกได้น้อย ให้นมเด็กทีละน้อยๆ และช้าๆ ใช้เวลาประมาณ 20-30

นาที ขณะดูดนมมักกลืนลมเข้าไปมาก เมื่อให้นมไป สักครู่ควรให้เด็กเรอเอาลมออกมา ทำหลังให้นมทุก 15-30 ซีซี จะช่วยให้เด็กสบายขึ้น และสามารถกิน นมได้จำนวนมาก และต้องให้น้ำตามทุกครั้งหลังให้นม

9. เด็กปากแหว่งที่เป็นไม่มากนัก อาจไม่มี ปัญหาในการดูดนม ให้ใช้หัวนมอ่อนนุ่ม รูโต ดัด หัวนมให้เป็นรูป X หรือใช้ขวดนมที่มีลักษณะพิเศษ (ภาพที่ 4) ควรวางหัวนมบริเวณริมฝีปากด้านที่ไม่มี รอยแหว่ง



ภาพที่ 4 ขวดนมสำหรับเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

10. ในรายที่เพดานโหว่จะมีปัญหาในการดูดนม ควรพบทันตแพทย์ เพื่อใส่เพดานปลอม (obturator) ก่อนทำการผ่าตัด เพื่อให้ดูดนมได้ตามปกติ แต่ควรระวัง ไม่ให้เชือกหลุดโดยใช้เทปทรานส์พอร์หรือไมโครพอร์ ติดยึดเอาไว้

11. สังเกตและบันทึกอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ภายหลังจากให้นมเด็ก ได้แก่ อาการสำรอก เขียว ที่ริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้า เนื่องจากการสำลัก ถ้ามีอาการดังกล่าวอาจจะต้องงดนมในมือต่อไป หรือ ไม่ให้เด็กดูดนมเอง

12. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัด หรือมีเมล็ด เพราะ จะทำให้สำลักได้ง่าย

13. หลังจากรับประทานอาหาร ควรดูแลรักษา ความสะอาดในช่องปากทุกครั้ง ในเด็กเล็กควรให้ ดื่มน้ำโดยใช้ช้อนป้อน เพื่อให้ น้ำล้างคราบอาหาร และ ใช้ผ้าชุบน้ำต้มสุกเช็ดคราบนมในปาก ส่วนเด็กโตใช้ วิธีขยับปากหรือแปรงฟัน กรณีที่มีเพดานเทียมให้ ดูแลรักษาความสะอาดตามที่ได้รับคำแนะนำ และ หมั่นตรวจสอบว่ากระชับพอดีปากหรือไม่ (ดารารวรรณ อักษรวรรณ และคณะ, 2554)

การพยาบาลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ก่อน ผ่าตัดนี้ เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญขั้นตอนหนึ่งในการดูแลเด็กและผู้ปกครอง เพราะถึงแม้ว่าผู้ปกครอง จะได้รับคำอธิบายถึงแนวทางการรักษาของแพทย์แล้ว ก็ตาม แต่การที่ผู้ปกครองไม่เคยมีประสบการณ์ในการ ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมาก่อน จะทำให้รู้สึกวิตก กังวล ขาดความมั่นใจ เครียด การที่พยาบาลได้ให้คำ แนะนำอย่างละเอียด เป็นขั้นตอน เปิดโอกาสให้ซักถาม มีการสาธิตวิธีการดูแล และให้ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วม ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะทำให้ ผู้ปกครองเกิดความสนใจ อยากที่จะเรียนรู้ ลดความ วิตกกังวล และเพิ่มความมั่นใจที่จะดูแลเด็ก มั่นใจใน การผ่าตัด รวมทั้งสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้กับ เด็กได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมต่อเนื่องไปจนถึง การดูแลหลังผ่าตัดได้ต่อไป ดังการศึกษาของอมรรัตน์ สุปิ่นรัตน์ และคณะ (2557) ในเรื่องการเตรียมความ พร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดคดแก่ง ปากแหว่งเพดานโหว่ โดยการกำหนดวิธีปฏิบัติ การให้ ข้อมูลและคำแนะนำ รวมทั้งการสาธิต พบว่า สามารถ เพิ่มระดับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63 เป็นร้อยละ 92 และระดับความ วิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยลดลงจากร้อยละ 65 เป็น ร้อยละ 11

การพยาบาลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่หลังผ่าตัด

เมื่อเด็กและผู้ปกครองผ่านพ้นขั้นตอนการ

เตรียมตัวก่อนผ่าตัด และได้รับการผ่าตัดมาแล้ว ขึ้นตอนการดูแลหลังการผ่าตัดก็มีความสำคัญยิ่ง ไม่ต่างจากการดูแลก่อนผ่าตัด เพราะการดูแลหลังการผ่าตัดเป็นหน้าที่ของแพทย์และพยาบาลที่ต้องทำร่วมกับผู้ปกครองของเด็ก จะต้องดูแลแผลริมฝีปาก รวมทั้งเพดานให้ถูกต้อง ทั้งนี้ เนื่องจากการดูแลที่ไม่ดี เพียงพอจะส่งผลทำให้แผลหายได้ช้า เกิดแผลอักเสบ และแผลที่เย็บไว้แยกออกจากกันได้ ซึ่งรูหูที่เกิดขึ้นนั้นอาจจะส่งผลให้ต้องทำการแก้ไขในช่วงเวลาต่อมาอีกหลายครั้ง ซึ่งจะยุ่งยากมากและผลการรักษาที่ได้จะไม่สมบูรณ์ รวมทั้งการใช้งานของเพดานหรือริมฝีปากผิดปกติ นอกจากนี้ โดยทั่วไปเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดปากแหว่งเพดานโหว่จะมีอายุไม่เกิน 2 ปี ซึ่งเป็นวัยที่พึ่งพา ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ การให้นมและอาหารรวมทั้งการดูแลแผลผ่าตัดจึงเป็นเรื่องที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ดังนั้นการพยาบาลและการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่หลังผ่าตัด ที่สำคัญมีดังนี้

1. ควรจัดท่าให้เด็กนอนหงายและศีรษะตะแคงเพื่อให้เสมหะและเลือดไหลออกได้สะดวก ป้องกันการสำลัก ลิ้นตกปิดทางเดินหายใจ และไม่ดูดเสมหะใกล้บริเวณแผลผ่าตัดเพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนแผล หลีกเลี่ยงการนอนคว่ำเพราะจะทำให้แผลถูกกดทับ นอกจากนี้ ควรกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวได้ตามปกติ (दारवारररर अकरररररर रररर, 2554)

2. บันทึกสัญญาณชีพ และสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นแก่เด็ก เช่น มีไข้สูงกว่า  $38.5^{\circ}\text{C}$  หรือ  $101.5^{\circ}\text{F}$  หรือเลือดออกไม่หยุด เลือดออกมาก อาเจียนบ่อยครั้ง ถ้าสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงมากควรรีบรายงานแพทย์

3. งดน้ำและอาหารทางปากจนกว่าเด็กจะฟื้นดี ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน จึงเริ่มป้อนน้ำและนมได้ โดยไม่ให้เด็กดูด ไซ้ช้อนหรือกระบอกฉีดยา (syringe) หรือแก้วน้ำที่เป็นพลาสติกป้อน

4. การให้นมผู้ป่วยที่ทำ repair cleft lip ต้อง

เตรียม aseptosyring sterile ต่อด้วยสายยางยาวขนาด 1 นิ้ว อุ่มเด็กในท่าศีรษะสูง เทนมใส่ syringe เอาสายยางสอดเข้าปากเด็กข้างๆ ให้ห่างจากแผล ให้นมค่อยๆ หยดเองไม่ต้องบีบดันหรือใช้หลอดหยดยา (medicine dropper) หยดให้กินประมาณ 30 นาที ให้นอนตะแคงขวาป้องกันการสำลัก หรือให้นอนหงายศีรษะสูง หลังให้นมต้องให้น้ำตามทุกครั้ง สำหรับเด็กที่ทำ repair cleft palate อาหารที่ให้หลังผ่าตัด ถ้าไม่อาเจียนให้อาหารเหลวได้ (clear liquid) เช่น น้ำผลไม้ น้ำซูป ควรให้ดื่มจากแก้ว ถ้าใช้ช้อนป้อนอาจถูกแผล ไม่ควรให้ดูดกับหลอด ให้ได้ 3-5 วันหลังจากนั้นให้อาหารครึ่งแข็งครึ่งเหลว (semi-liquid) เช่น ไอศกรีม

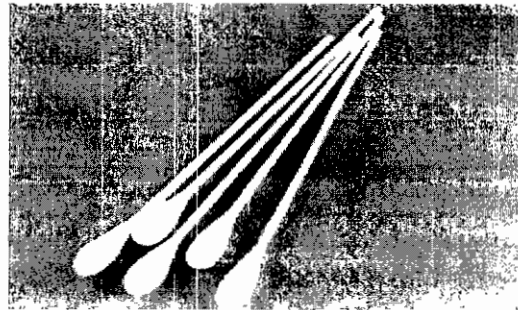
5. การผูกมัดแขนและข้อศอกทั้งสองข้างนานประมาณ 1 สัปดาห์ เพื่อไม่ให้เด็กดึงแผล ต้องทำให้อุบัติ และตรวจบ่อยๆ ให้ขยับแขนทุก 2 ชั่วโมงนาน 10-15 นาที ระวังไม่ให้เด็กเอานิ้วหรือ สิ่งของอื่นเข้าปากเพราะจะทำให้ระคายเคือง หรือทำให้แผลอักเสบได้ แต่ในบางโรงพยาบาลหลังผ่าตัดจะไม่มีการผูกมัดแขนและข้อศอกแล้ว เพราะคิดว่าเป็นการจำกัดพัฒนาการของเด็ก แต่ให้ผู้ปกครองเฝ้าดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดแทน

6. ในรายที่เด็กร้องกวนแพทย์อาจให้ยาแก้ปวดและยานอนหลับ เพื่อป้องกันแผลแยก

7. การทำแผล แผลของ cleft lip repair แผลจะเปิดไว้ ต้องรักษาให้แห้งและสะอาด บางโรงพยาบาลใช้ลวดโค้ง (Logan's bar) คลุมเหนือริมฝีปาก ติดที่แก้มทั้ง 2 ข้างด้วยพลาสติกป้องกันการดึงของแผล ทำความสะอาดแผลบ่อยๆ หรือทุกครั้งทีให้นม จนถึงเวลาตัดไหม ใช้ไม้พันสำลีสะอาดปราศจากเชื้อชุบน้ำยา เช่น น้ำเกลือ เซ็ดแผลโดยหมุนไม้พันสำลีเบาๆ แผลที่เย็บในปากก็ทำความสะอาดเช่นกัน (ภาพที่ 5 และ ภาพที่ 6) สำหรับแผลตบแต่งของ cleft palate repair ไม่ต้องทำแผลให้ตม้มน้ำหลังให้นมและอาหารก็พอ ไม่ควรให้เด็กไอ หรือ



จามจะทำให้แผลแยกได้ แพทย์จะเอาผ้าที่อุลไว้ออกใน 3 วัน



ภาพที่ 5 อุปกรณ์นำแผล



ภาพที่ 6 การนำแผล

8. ดูแลให้เด็กได้รับประทานยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษารักษาของแพทย์

9. ต้องปรึกษาทันตแพทย์ เพราะกระดูกขากรรไกรบนอาจผิดปกติและการเจริญของขากรรไกรบนอาจผิดปกติ ต้องดูแลจนกว่าฟันแท้จะขึ้น การแก้ไขการพูด (speech therapy) จะช่วยแก้ไขที่เด็กพูดไม่ชัด เพราะเป็นปัญหาทางจิตใจของเด็ก เด็กจะสามารถปรับตัว และมีชีวิตที่เป็นปกติอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

10. พยาบาล และผู้ปกครองควรหาของเล่นหรือพาเด็กเดินเล่นรอบบริเวณหอผู้ป่วยโดยพยาบาลช่วยกระตุ้นให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมของเด็ก ผู้ปกครองที่มีอารมณ์แจ่มใสจะส่งเสริมให้เด็กมีจิตใจที่เบิกบาน

11. สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กทั้งในด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ เช่น การป้อนนม น้ำ อาหาร ด้านกิจกรรมการพยาบาล เช่น การช่วยจับตริ่งเด็กขณะทำแผล รวมทั้งด้านการ

แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และด้านการตัดสินใจเพื่อให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจ ลดความวิตกกังวล และรู้สึกว่าคุณเองเป็นส่วนหนึ่งในการรักษาและดูแลเด็ก

ถ้าผู้ปกครองได้รับการดูแล และการให้คำแนะนำที่ดีตั้งแต่ขั้นตอนก่อนผ่าตัดแล้ว การดูแลหลังผ่าตัดมักจะไม่ค่อยเป็นปัญหา เพราะการผ่าตัดแก้ไขความพิการส่วนใหญ่จะได้รับผลดีจึงทำให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจพึงพอใจมากขึ้น ทำให้ความวิตกกังวลลดลง และข้อมูลที่ให้ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดก็มักจะต่อเนื่องมาจนถึงหลังผ่าตัดด้วย และจากการที่ผู้ปกครองได้เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมด้านต่างๆ ตั้งแต่ก่อนผ่าตัดร่วมกับพยาบาลนั้น ทำให้ผู้ปกครองกับพยาบาลมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ผู้ปกครองกล้าที่จะสอบถามข้อมูล รับฟัง และเชื่อมั่นในการดูแลของแพทย์และพยาบาล รวมทั้งเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ปกครองคลายความเครียด และสามารถให้การ

ดูแลเด็กหลังได้รับการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เด็กสามารถกลับบ้านได้ตามเวลา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ดังการศึกษาของอมรรัตน์ สุปินรัตน์ และคณะ (2553) เรื่องการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดตกแต่งปากแหว่งเพดานโหว่ โดยการกำหนดวิธีปฏิบัติ การให้ข้อมูลและคำแนะนำ รวมทั้งการสาธิต พบว่าสามารถเพิ่มระดับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลด้านการดูแลผลหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63 เป็นร้อยละ 95 และไม่พบอุบัติการณ์การเกิดแผลผ่าตัดแยก ดึงรั้ง และ/หรือติดเชื้อหลังผ่าตัด

การดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเด็กภายหลัง



ได้รับการผ่าตัดแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่เมื่อแพทย์ให้กลับบ้านได้ เป็นขั้นตอนสำคัญของการดูแลเช่นกัน ผู้ปกครองควรเข้าใจ และเชื่อมั่นในการที่ตนเองจะต้องดูแลเด็กด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน เพราะไม่มีพยาบาลช่วยสาธิตวิธีการดูแล ตรวจสอบหรือให้คำแนะนำเพิ่มเติมเหมือนขณะที่อยู่โรงพยาบาล ดังนั้นพยาบาลควรทบทวนและเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองซักถามให้แน่ใจ เพื่อเด็กจะได้รับการดูแลที่ถูกต้อง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ เมื่อกลับไปอยู่บ้านโดยคำแนะนำที่สำคัญ มีดังนี้

1. การดูแลแผลล้างแผลวันละ 1 ครั้งหรือเมื่อแผลซึมเปื้อนโดยใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำต้มสุกที่เย็นแล้วหรือน้ำเกลือ (normal saline) เช็ดทำความสะอาดแผลจนสะอาด แล้วป้ายด้วยยาฆ่าเชื้อปฏิชีวนะ (ภาพที่ 7)



ภาพที่ 7 การป้ายด้วยยาฆ่าเชื้อปฏิชีวนะ

ในรายที่มีท่อทางใส่ไว้ในจมูก ให้ถอดออกมาล้างทำความสะอาดและใส่กลับคืน แล้วใช้พลาสติกปิดบริเวณปีกของท่อที่ใส่ไว้ข้างแก้ม ระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ และป้องกันการกระทบกระเทือน หมั่นคอยสังเกตลักษณะเสมหะหรือน้ำลาย ปกติ น้ำลายเด็กในวันที่กลับบ้านจะใสหรืออาจมีสีชมพูจางๆ หากน้ำลายมีกลิ่น มีสีผิดปกติ ต้องรีบนำเด็กมาพบแพทย์ก่อนวันนัด (คาราวรรณ อักษรวรรณ และคณะ, 2554) แผลผ่าตัดริมฝีปากมักจะใช้เวลาประมาณ 1 สัปดาห์ก็จะ

ถอดใหม่ได้ ส่วนแผลที่เพดานนั้นไม่ต้องตัดไหม แต่จะต้องมารับการตรวจดูสภาพของแผลอีกครั้ง

2. การรับประทานยา ดูแลให้เด็กได้รับยาปฏิชีวนะหรือยาลดปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

3. การรับประทานอาหาร เมื่อแพทย์ให้กลับบ้านเด็กสามารถรับประทานอาหารอ่อนได้ และหลังการรับประทานอาหารให้ดูแลทำความสะอาดช่องปาก โดยให้ดื่มน้ำตามหรือบ้วนปากทุกครั้ง

4. การติดตามการรักษา ควรพาเด็กมาพบ

แพทย์ตามนัด ซึ่งส่วนใหญ่จะนัดให้มาหลังจำหน่าย ประมาณ 2 สัปดาห์ เพื่อติดตามการดูแลแผลหากมีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้ (दारारวรรณ อักษรวรรณ และคณะ, 2554)

5. ควรพาเด็กมารับการรักษาต่อเนื่องอื่นๆ เช่น การฝึกการใช้ริมฝีปาก เพดาน การดูแลการจัดฟัน และการผ่าตัดซ่อมแซมเหงือก และการแก้ไขจมูกที่ยังไม่สมบูรณ์ ซึ่งเป็นเรื่องที่ปกติ และสมควรทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เด็กได้เติบโตพร้อมกับสภาพของใบหน้า และโครงสร้างส่วนต่างๆ ที่สมบูรณ์มากที่สุด

### สรุป

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ เป็นความพิการอย่างหนึ่งที่พบได้บ่อยที่สุดของความพิการแต่กำเนิด ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นภาวะที่มีผลกระทบต่อครอบครัวทั้งทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมถึงปัญหาค่าใช้จ่าย เนื่องจากเด็กต้องเข้ารับการผ่าตัด และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้บิดามารดา อาจเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลและกลัวการผ่าตัดได้ ดังนั้น พยาบาลจึงควรเข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ในเรื่องการเตรียมตัววางแผนก่อนการเข้าอยู่รักษา และปฏิบัติตามคำแนะนำขณะอยู่โรงพยาบาล และเตรียมการดูแลก่อนกลับบ้าน และส่งเสริมให้บิดามารดาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กอย่างเหมาะสมเพราะจะช่วยให้เด็กและบิดามารดามีความพร้อม คลายความวิตกกังวล และเข้าใจ สำหรับการผ่าตัด รวมทั้งวิธีการดูแลรักษาเด็กที่ถูกต้อง ตลอดจนพัฒนาความสามารถของเด็กให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณผู้ปกครองที่อนุญาตให้ถ่ายรูปบุตรหลานเพื่อใช้ประกอบบทความนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ พยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็ก และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรีที่อนุญาตให้ใช้

สถานที่และอำนวยความสะดวกต่างๆ และขอขอบคุณ รศ. ดร. นุจรี ไชยมงคล ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาตรวจสอบและให้คำแนะนำ

### เอกสารอ้างอิง

แขนภา รัตนพิบูลย์, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, และ อัจฉริยา ปทุมวัน. (2554). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *รามาศิลป์สาร มหาวิทยาลัยมหิดล*, 17(2), 232-247.

เฉลิมพงษ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. (2557). *ศูนย์ศัลยกรรมแก้ไขความพิการของศีรษะและใบหน้า รามาศิลป์. แนวทางการให้การรักษาเด็กปากแหว่งเพดานโหว่*. เข้าถึงได้จาก [http://www.ramacleft-craniofacial.org/newdetails6.php?news\\_id=00007](http://www.ramacleft-craniofacial.org/newdetails6.php?news_id=00007)

ณิชากรณต์ ไชยชนะ. (2545). *การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

दारारวรรณ อักษรวรรณ, ศิริพร มงคลดาวรัชย์, และ สุธีรา ประดับวงษ์. (2554). *คู่มือผู้ปกครองแนวทางการดูแลรักษาผู้ที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. ขอนแก่น: ศูนย์วิจัยผู้ป่วยปากแหว่ง เพดานโหว่และความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ธันยมนย์ วงษ์ศิริ, นุจรี ไชยมงคล, และยุณี พงศ์จตุรวิทย์. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(3), 23-36.

บวรศิลป์ เขาวนัชนี. (2554). *คู่มือผู้ปกครองแนวทางการดูแลรักษาผู้ที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่*.

- (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: ศูนย์วิจัยผู้ป่วยปาก  
แหว่ง เพดานโหว่และความพิการแต่กำเนิด  
ของศีรษะและใบหน้า คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บวรศิลป์ เขาวนชื่น, เบญจมาศ พระธานี, และสุธีรา  
ประดับวงษ์. (2554). *คู่มือผู้ปกครองแนวทางการ  
ดูแลรักษาผู้ที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่*.  
ขอนแก่น: ศูนย์วิจัยผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่  
และความพิการแต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บวรศิลป์ เขาวนชื่น, และผลกาพรธณ เกียรติชูสกุล.  
(2554). *คู่มืออุบัติการณ์ สาเหตุการป้องกัน  
ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ และความพิการ  
แต่กำเนิดของศีรษะและใบหน้า*. ขอนแก่น:  
โรงพิมพ์คลังนานา.
- วนิดา ขวัญสำราญ, อารีย์รัตน์ งามทิพย์พันธุ์, และ นุจรี  
ไชยมงคล. (2558). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง  
ในการดูแลเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ที่ได้รับการ  
ผ่าตัดขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.  
วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา  
(อยู่ระหว่างการตีพิมพ์).
- สมจิตร ห่องบุตรศรี, นิรมล พัจจนสุนทร, สุธีรา  
ประดับวงษ์, และบวรศิลป์ เขาวนชื่น. (2555).  
พัฒนาการของเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ที่มีอายุ  
5 ปี. *จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่ง  
ประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*, 95(Suppl  
11), S88-S92.
- สุดารัตน์ สุวรรณเทวะกุลปต์. (2555). การพยาบาลทารก  
ที่มีความพิการแต่กำเนิดทางระบบทางเดินอาหาร.  
ใน ศรีสมบุญ ภูสิขุคนธ์, ฟองคำ ติลกสกุลชัย,  
วิไล เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา แป้งเรืองเวทย์, พรหมรัตน์  
แสงเพิ่ม และสุดารัตน์ พยัคฆเรือง. (บรรณาธิการ),  
*ตำราการพยาบาลเด็กเล่ม 2*. (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า  
1140). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดพรวิวัน.
- อมรรัตน์ สุปิ่นรัตน์, อารีย์รัตน์ งามทิพย์พันธุ์, และสุดจิต  
คำสำเภา. (2557). การเตรียมความพร้อมของ  
ผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาผ่าตัดตกแต่งปาก  
แหว่ง เพดานโหว่. *จุลสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 1  
(2), 10.
- Kristensson-Hallstrom, I., Elander, G., & Ma-  
lmotors, G. (1997). Increase parental in  
a pediatric surgical day-care unit. *Jour-  
nal of Clinical Nursing*, 6, 297-302.
- Neill, S. J. (1996). Parent participation 2: Find-  
ings and their implications for practice. *Brit-  
ish Journal of Nursing*, 5(2), 110-117.
- Palmer, S. J. (1993). Care of sick children by  
parents: A meaningful role. *Journal of  
Advanced Nursing*, 18, 185-191.
- Schepp, K. (1995). *Psychometric assessment of  
the preferred participation scale for par-  
ent of hospitalized children*. Unpublished  
manuscript. University of Washington,  
School of Nursing, Seattle, WA, U.S.A.
- Schepp, K. G., & Clark, D. (1993). Parental  
differences between preferred and actual  
control over child's care. *Communicating  
Nursing Research*, 26, 204.
- Tolarova, M. M. (2013). *Pediatric cleft lip and  
palate treatment & management*. Univer-  
sity of the Pacific, Dugoni School of Den-  
tistry.
- Young, J. I., O'Riordan, M., Goldstein, J., &  
Robin, N. H. (2001). What information  
do parents of newborns with cleft lip, cleft  
palate, or both want to know? *Cleft-pal-  
ate-Craniofacial Journal*, 38.(1), 55-58