

การดูแลผู้ป่วยเด็กเบาหวานชนิดที่ 1 โดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: การศึกษาผู้ป่วยรายกรณี

Family-Centered Care for Children with Type 1 Diabetes: A Case Study

ภัทรภร ลิ้มปัลลาวันย์¹ สุชาดา ธนะพงศ์พร¹ และสุรีพร ส่งกลิ่น¹
Pattaporn Limlawan¹, Suchada Thanapongporn¹ and Sureetorn Songklin¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย

¹School of Nursing, Eastern Asia University

Received: August 30, 2023

Revised: October 5, 2023

Accepted: October 12, 2023

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เป็นปัญหาสาธารณสุขที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่น ผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ต้องฉีดอินซูลินไปตลอดชีวิต หากควบคุมเบาหวานได้ไม่ดีก็จะเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินบ่อยครั้งจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง เป้าหมายในการดูแลโรคเบาหวานชนิดที่ 1 จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวในเด็กได้ โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ดังนั้น ในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ครอบครัวจะต้องมีความรู้และความเข้าใจในหลายเรื่อง เช่น การบริหารยาอินซูลิน การรับประทานอาหาร การทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น การให้ความรู้และสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางจึงมีความสำคัญ เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลรักษาต่อเนื่อง การรักษามีจุดประสงค์และเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี พยาบาลควรให้ความรู้และสร้างทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็ก และครอบครัวจะนำไปสู่ผลการรักษาที่ดีป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ ทำให้ผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมไปถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กอีกด้วย การดูแลผู้ป่วยเด็กโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางจะนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โรคเบาหวานชนิดที่ 1 การดูแลผู้ป่วยเด็กโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง คุณภาพชีวิต

Abstract

Type 1 diabetes is a common public health problem in children and adolescents. Children with type 1 diabetes need insulin injections. If diabetes is poorly controlled, it will cause frequent hospitalizations in children for emergency complications. The goals blood sugar levels in child care will help prevent acute and chronic complications. By controlling the sugar level close to normal, so in caring for children with type 1 diabetes, the family must have knowledge and understanding in many matters such as insulin administration. Doing daily activities, etc. Educating and supporting families in caring for pediatric patients using family as the center is therefore important. Because diabetes is a chronic disease that requires continuous care. Treatment has a purpose and goal to prevent complications. Make children healthy and have a good quality of life. Nurses should educate and build skills in caring for pediatric patients and their families nurse will lead to good treatment results can prevent complications, making children with diabetes can control blood sugar levels prevent complications, reduce the rate of hospitalization and reduce the cost of treatment. Including having a good quality of life for children as well patient and family centered care leads to positive health outcomes in better patient and family care.

Keywords: type 1 diabetes, family-centered care, quality of life



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของสาธารณสุขทั่วโลกเนื่องจากพบได้บ่อยและหากผลการรักษาไม่ได้ตามเป้าหมายจะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในระยะยาวจากข้อมูลพบว่าผู้เป็นโรคเบาหวานทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและพบอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยสถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ปี พ.ศ. 2560 พบว่าประเทศไทยมีผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 4.8 ล้านคน ซึ่งมากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย และญี่ปุ่น (Rattarasarn, 2020) และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้ป่วยเบาหวานสูงถึง 5.3 ล้านคน และทั่วโลกจะมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคนี้มากถึง 629 ล้านคน ในปี 2588 (International Diabetes Federation, 2022)

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus--DM) คือโรคที่เกิดจากความผิดปกติของตับอ่อนในการผลิตฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ได้น้อยหรือผลิตไม่ได้เลย หรือผลิตได้

ปกติแต่ประสิทธิภาพการทำงานของอินซูลินลดลง ทำให้ขาดฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) หรือเกิดการดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin Resistance) ส่งผลให้กระบวนการดูดซึมน้ำตาลในเลือดให้เป็นพลังงานของเซลล์ในร่างกายมีความผิดปกติหรือทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพจนเกิดน้ำตาลสะสมในเลือดปริมาณมาก ผู้คนจำนวนมากกว่าครึ่งไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งสถิติการพบผู้ป่วยโรคเบาหวานนี้ยังมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ จากประชากรที่เป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยและดูแลรักษามีเพียงร้อยละ 35.6 บรรลุเป้าหมายในการรักษา (American Diabetes Association (ADA), 2022) ในประเทศไทยมีเพียง 1 ใน 3 คน ที่สามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษา ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในเมืองไทยมากถึง 200 รายต่อวัน (Diabetes Association of Thailand, 2020) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากโดยร้อยละ 11 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดในประเทศไทยถูกนำไปใช้ในการดูแลรักษาโรคเบาหวานซึ่งใกล้เคียงกับประเทศอื่น ๆ ใน

ภูมิภาคและคาดการณ์ว่าตัวเลขนี้จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 41 ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของโรคเบาหวานต่อผู้ป่วยหนึ่งรายในประเทศไทยอยู่ที่ประมาณ 32,438 บาท การควบคุมโรคเบาหวานสามารถช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและยังนำมาซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นและลดค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากโรคเบาหวานได้ (World Health Organization, 2020) โรคเบาหวานแบ่งเป็น 4 ชนิด (American Diabetes Association, 2020) ได้แก่

1. เบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 diabetes mellitus or Insulin-Dependent Diabetes Mellitus--IDDM) เบาหวานชนิดนี้มักพบในเด็กและผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี จึงเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าโรคเบาหวานในเด็กและวัยรุ่น (juvenile diabetes mellitus) สาเหตุเกิดจากตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินเนื่องจากเบตาเซลล์ (β cells) ของตับอ่อนถูกทำลายจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจึงต้องได้รับอินซูลินทดแทนตลอดชีวิตเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดหากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในลักษณะเฉียบพลันและเรื้อรัง

2. เบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes mellitus or Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus--NIDDM) มักพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 30-40 ปีขึ้นไปแต่ในปัจจุบันมีแนวโน้มจะพบในเด็กและวัยรุ่นได้มากขึ้นเบาหวานชนิดนี้ตับอ่อนของผู้ป่วยยังสามารถผลิตอินซูลินได้แต่ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย หรือผลิตได้เพียงพอแต่เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) จึงทำให้มีน้ำตาลคั่งในเลือด

3. เบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus--GDM) โดยจะพบได้ในช่วงตั้งครรภ์แต่หลังจากคลอดบุตรระดับน้ำตาลในเลือดของมารดาจะกลับสู่ภาวะปกติ มักจะเป็นเบาหวานซ้ำอีกเมื่อตั้งครรภ์ใหม่และจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานเรื้อรังตามมาได้ในระยะยาว

4. เบาหวานที่พบร่วมกับโรคหรือภาวะผิดปกติทางกรรมพันธุ์ (specific types of diabetes due to other cause) เป็นโรคเบาหวานที่พบร่วมกับโรคติดเชื้อ เช่น คางทูม หัดเยอรมันโดยกำเนิด หรือเบาหวานที่พบ

ร่วมกับโรคอื่น ๆ เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง มะเร็งตับอ่อน เนื้องอกต่อมหมวกไต เป็นต้น

จากจำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั้งหมดพบว่า โรคเบาหวานในเด็กและวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 โดยในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 1.52 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 10 จากประชากรทั่วโลก (International Diabetes Federation, 2022) สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันพบว่า เบาหวานในเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยขณะอายุน้อยกว่า 15 ปี ประกอบด้วยเบาหวานชนิดที่ 1 ร้อยละ 74 และจากสถิติมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 2-5 ต่อปีและยังพบเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กและวัยรุ่นเพิ่มขึ้นร้อยละ 19 ซึ่งสัมพันธ์กับโรคอ้วนในเด็กที่เพิ่มขึ้นเช่นกัน (Dejkharnon et al., 2021) อายุเฉลี่ยของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานครั้งแรกคือ 7 ปี 6 เดือน อายุของผู้ป่วยต่ำสุด คือ 2 ปี 7 เดือน และสูงสุดคือ 14 ปี 5 เดือน (Chantrathammachart & Boonrod, 2021) ในรายที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ผู้ป่วยมักมีอาการและอาการแสดงของโรคเบาหวานที่พบได้บ่อยนามาก่อนโดยพบว่า ร้อยละ 85 มีอาการปัสสาวะบ่อย (polyuria) หรือปัสสาวะรดที่นอน (nocturnal enuresis) รองลงมาคือ หิวบ่อย (polyphagia) น้ำหนักลด (weight loss) และอาการอ่อนเพลีย (Chantrathammachart & Boonrod, 2021) อาการต่าง ๆ มักเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอายุน้อยและรูปร่างผอมบางรายอาจมาโรงพยาบาลด้วยอาการคลื่นไส้ อาเจียน หายใจหอบลึก ซีดจางเร็ว ความดันเลือดต่ำระดับการรู้สติลดลงหรือหมดสติจากภาวะเลือดเป็นกรดเนื่องจากมีระดับน้ำตาล (glucose) และระดับคีโตน (Ketone) ในเลือดสูง หรือที่เรียกว่าภาวะ Diabetic ketoacidosis--DKA และในประเทศไทยพบภาวะ DKA ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินเฉียบพลันสูงถึงร้อยละ 67.8 มากกว่าผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกที่พบเพียงร้อยละ 30-40 เท่านั้น (Dejkharnon et al., 2022)

โรคเบาหวานชนิดที่ 1 ไม่สามารถป้องกันได้ต้องรักษาด้วยการใช้ยาฉีดอินซูลิน (Insulin) ทดแทนไปตลอดชีวิตเพื่อควบคุมปริมาณกลูโคสในเลือดแพทย์จะให้ยาฉีดอินซูลินโดยเลือกชนิดและขนาดของยาให้ตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนควบคู่ไปกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม (International Diabetes

Federation, 2020) การรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ไม่ได้ตามเป้าหมายส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาซึ่งเป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวาน คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงระดับปกติ (Yu, Lee & Kim, 2022) ในปัจจุบันระดับน้ำตาลที่เป็นเป้าหมายจะมีค่าที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายโดยขึ้นกับอายุระยะเวลาที่เป็นเบาหวานการมีโรคแทรกซ้อนความเจ็บป่วยและโรคร่วมรวมถึงประวัติการเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ (Gonzalez et al., 2020) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยเบาหวานสามารถทำได้ด้วยตนเองโดยการตรวจเลือดที่ปลายนิ้วด้วยเครื่องตรวจวัดน้ำตาลในเลือดชนิดพกพาควรตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว 4-6 ครั้งต่อวัน และไม่ควรน้อยกว่า 3 ครั้งต่อวัน (ElSayed et al., 2023) เพื่อประเมินผลการรักษาและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมไปถึงการวัดระดับ HbA1c (hemoglobin A1c) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉลี่ยของผู้ป่วย การควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีหรือมีระดับ HbA1c ที่สูงเกิน 7% จะสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (American Diabetes Association, 2022) และผู้ป่วยโรคเบาหวานควรตรวจวัดระดับ HbA1c ทุก ๆ 3-6 เดือน (Rhee, 2020)

หลักการรักษาโรคเบาหวานในเด็กและวัยรุ่น ประกอบด้วย Diabetes Association of Thailand (2023)

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
2. การให้อินซูลินที่เหมาะสมและถูกต้อง
3. การวางแผนโภชนาการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย
4. การออกกำลังกายที่ถูกต้อง
5. การติดตามควบคุมระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
6. การดูแลด้านการปรับตัวสุขภาพจิตในเด็กแต่ละวัยและครอบครัว

การที่โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เกิดขึ้นตั้งแต่ในวัยเด็ก ทำให้มีโอกาสเกิดน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อเส้นเลือดเล็กและใหญ่ทั่วร่างกายเกิด

ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังตามมาได้แก่ เบาหวานขึ้นตา เบาหวานลงไต โรคหัวใจขาดเลือด ผลที่ตามมาจากเบาหวาน เป็นต้น โรคเบาหวานชนิดที่ 1 เป็นภาวะโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัวและเนื่องจากศักยภาพของผู้ป่วยเด็กแต่ละคนไม่เท่ากันและยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมดจึงต้องมีการพัฒนาความสามารถของเด็กร่วมกับพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลไปพร้อม ๆ กัน (American Diabetes Association, 2022) การดูแลและรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ให้ประสบความสำเร็จนั้นจำเป็นต้องอาศัยทีมงานที่สำคัญได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว แพทย์พยาบาล นักสุขศึกษา นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา จิตแพทย์ ซึ่งต้องร่วมกันประเมินผู้ป่วยโดยให้ความรู้ความเข้าใจในด้านต่าง ๆ และร่วมวางแผนการรักษาร่วมกันโดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) (Tantayoyai & Numsangkul, 2022)

การดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care)

การดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางเริ่มต้นในปี ค.ศ. 1940 โดย Rodgers ได้นำมาใช้เป็นกระบวนการต่อเนื่องในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคลที่มีสิทธิและความสำคัญ เคารพในสิทธิและความสามารถของผู้ป่วยในแนวทางการรักษาของตนเองโดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) (Kokorelias, Gignac, Naglie & Cameron, 2019) ต่อมาในปี ค.ศ. 1960 แนวคิดของ Rodgers ถูกนำมาใช้ในโรงพยาบาลจากการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) กลายเป็นการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) แนวคิดนี้ได้รับการพัฒนาและใช้กันอย่างแพร่หลาย สามารถใช้ได้ในการรักษาสำหรับผู้ป่วยทุกเพศทุกวัยและในทุกสภาพแวดล้อมโดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมดและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยเด็กในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้น ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาเด็กทำให้ในปัจจุบันครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของการทีมการรักษาสำหรับผู้ป่วย (Davidson et al., 2017)

การดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มทักษะในการจัดการการดูแล เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ช่วยลดความรุนแรงของความเครียดของสมาชิกในครอบครัวสามารถเพิ่มความพึงพอใจและความมั่นใจในงาน เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ลดความเครียดและความเหนื่อยหน่ายของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ดังนั้นครอบครัวของผู้ป่วยจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของกระบวนการดูแลสุขภาพ (Gusdal, Josefsson, Adolfsen & Martin, 2017) การพยาบาลที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นปรัชญาที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัวและบุคลากรด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมความมั่นคงของสุขภาพผู้ป่วยจึงทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กเป็นหน่วยดูแลเด็กอย่างเป็นทางการในการวางแผนและประเมินการดูแลสุขภาพภายใต้ความร่วมมือที่เป็นประโยชน์ร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ผู้ป่วย และครอบครัว (Hsu et al., 2019) การดูแลตามแนวคิดการใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นแนวคิดที่ตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทครอบครัวต่อสุขภาพของสมาชิกและเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องพ่อแม่ควรเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการดูแลสุขภาพของเด็กเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาที่ดี (McCarthy & Guerin, 2022) การใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางสามารถช่วยพัฒนาคุณภาพของการให้การดูแลไม่ว่าจะเป็นการช่วยลดระดับความวิตกกังวลทำให้คงความสมดุลทางอารมณ์และความคิดช่วยให้ผู้ดูแลสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพิ่มระดับความพึงพอใจต่อการดูแล (Shields, 2015) ซึ่งบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การตัดสินใจจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย การดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย (Kokorelias, Gignac, Naglie & Cameron, 2019) นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาของครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การได้รับข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาและการดูแลผู้ป่วยยังไม่เพียงพอ ครอบครัวหรือผู้ดูแลขาดการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล มีภาวะตึงเครียดจากการให้การดูแลผู้ป่วย หรือผู้ดูแลประสบปัญหาหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และ

สังคม (Mackie, Mitchell & Marshall, 2019)

ภาพรวมแนวคิดหลักของการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered care) มุ่งเน้นครอบครัวเป็นองค์ประกอบหลัก จะต้องคำนึงถึงเอกลักษณ์และความหลากหลายของครอบครัวและเด็ก การดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพความสามารถในการรักษาและส่งเสริมความร่วมมือระหว่างครอบครัวกับทีมรักษาหรือทีมสหวิชาชีพ รวมไปถึงเครือข่ายที่สนับสนุนในการดูแลเด็กภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ การสนับสนุนครอบครัวในแผนการดูแลผู้ป่วยและการช่วยเหลือครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง (Petry, Ernst, Seinbrüchel-Boesch, Altherr & Naef, 2019) ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวจะต้องร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเพื่อกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการความเจ็บป่วยของเด็กซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดในการดูแลสุขภาพเด็ก (Ridgley, Snyder & McWilliam, 2020) ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยเด็กบนพื้นฐานของความเคารพ ความร่วมมือ และการสนับสนุนระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพหรือทีมสหสาขาวิชาชีพกับครอบครัว ทีมสหสาขาวิชาชีพจะต้องเรียนรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว การช่วยเหลือครอบครัวให้เข้าถึงทรัพยากรที่เหมาะสมเพื่อก่อให้เกิดการดูแลที่ดีต่อผู้ป่วยการปรับปรุงข้อมูลและความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงขั้นตอนการดูแล รวมไปถึงการปรับปรุงการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวจะทำให้บรรลุผลการรักษาที่ดีขึ้น (Davidson et al., 2017) ซึ่งบางครั้งอาจมีตัวแปรที่ขัดขวางหรือทำให้การนำแนวคิดนี้มาใช้แล้วไม่ประสบความสำเร็จได้แก่ ลักษณะครอบครัว/อาชีพของผู้ดูแล ทรัพยากรของครอบครัว ทักษะของผู้ดูแล การมีส่วนร่วมในครอบครัว วัฒนธรรม และสิทธิเสรีภาพ เป็นต้น (McCarthy & Guerin, 2022) รูปแบบการดูแลที่ใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัวในการพัฒนาแผนการดูแลรักษาการสื่อสารข้อมูลเฉพาะโรคให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวจะทำให้ได้รับข้อมูลอย่างเหมาะสมและทำให้การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ดีขึ้น (Tew & Ahmad Fauzi, 2020) อีกทั้งข้อมูลในการอธิบายแนวทางการดูแลที่ทีมสหสาขาวิชาชีพจะให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว

ควรนำเสนอด้วยภาษาที่เข้าใจได้ง่ายต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งหมายถึงการลดศัพท์ทางการแพทย์ให้เหลือน้อยที่สุด จะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น (Park, Giap, Lee, Jeong & Go, 2018) ซึ่งแนวคิดหลักของการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Smith, Swallow & Coyne, 2015) ประกอบไปด้วย

1. ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพต้องมีความเคารพ และรับฟังทางเลือกของผู้ป่วยและครอบครัว ความรู้ ค่านิยม ความเชื่อ และภูมิหลังทางวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัวรวมอยู่ในการวางแผนการดูแลและการรักษา

2. ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพมีการสื่อสาร และแบ่งปันข้อมูลที่ครบถ้วนและเป็นกลางกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วยวิธีที่เห็นร่วมกันและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลที่ทันเวลา ครบถ้วนและถูกต้อง ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแล และตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและตัดสินใจในการรักษา

4. ผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพ และผู้นำด้านการดูแลสุขภาพ ร่วมมือกันในการพัฒนานโยบายในการออกแบบสิ่งอำนวยความสะดวกต่อการนำไปปฏิบัติและการประเมินผลจากการดูแล

นอกจากนี้ การสนับสนุนครอบครัวก็เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวอาจได้รับผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของตนเองซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความต้องการอย่างต่อเนื่องของการดูแล บางครอบครัวอาจจะมีปัญหาทางจิตใจ มีภาวะเครียดและมีปัญหาในการรับมือกับปัญหาต่าง ๆ รูปแบบการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางจึงเน้นการสนับสนุนความเป็นอยู่ที่ดีของสมาชิกในครอบครัว การสนับสนุนครอบครัวมักจะรวมถึงการสนับสนุนทางอารมณ์ การให้ความรู้ การคำนึงถึงความต้องการและความชอบของผู้ดูแล รวมไปถึงค่านิยมความชอบส่วนบุคคลและความคิด สังคม ศาสนา ภูมิหลังทางวัฒนธรรมของผู้ดูแลสามารถมีอิทธิพลต่อการดูแลสมาชิกในครอบครัวได้ โดยลักษณะสำคัญห้าประการของการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ ข้อมูลและการสื่อสาร การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การช่วยเหลือสมาชิก

ในครอบครัว การสนับสนุนด้านองค์กร และทัศนคติของพยาบาล (Krajnc, 2020)

1. ข้อมูลและการสื่อสาร (communication) การแบ่งปันข้อมูลที่เหมาะสมและถูกต้องในการดูแลที่มีครอบครัวเป็นศูนย์กลางทำได้โดยการเน้นย้ำการสื่อสารและการให้ข้อมูลที่เหมาะสม (Davidson et al., 2017) การสื่อสารที่ขาดการเชื่อมต่อ คือ การรับรู้ถึงสุขภาพของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่ไม่ดี ซึ่งจะทำให้ลดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวลงเป็นอย่างมาก การแบ่งปันข้อมูลควรดำเนินการในลักษณะที่ปรับปรุงความเข้าใจของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพผู้ให้บริการด้านสุขภาพจะต้องมีข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโดยการให้ข้อมูลผ่านความเชี่ยวชาญพิเศษที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพเท่านั้นที่สามารถให้ได้ (Mackie, Michell & Marshall, 2019) การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพสามารถกำหนดความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวได้ (Foster et al., 2016)

2. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว (involvement) ลักษณะเฉพาะประการหนึ่งของการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางคือบทบาทเชิงรุกของสมาชิกในครอบครัวในกระบวนการดูแลสุขภาพการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการดูแลแบบองค์รวมโดยเน้นความสำคัญของผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งประกอบไปด้วยผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพในระดับต่าง ๆ รวมไปถึงผู้ดูแลหรือครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมหลักของการดูแล มีส่วนร่วมในการแบ่งปันข้อมูล และสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกันกับทีมผู้ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย (Park, Giap, Lee, Jeong & Go, 2018) การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพนำไปสู่ความพึงพอใจที่มากขึ้นของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Hertel et al., 2019) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีขึ้นในกระบวนการดูแลสุขภาพและช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถควบคุมการดูแลผู้ป่วยได้ (Kokorelias,

Gignac, Naglie & Cameron, 2019) ลักษณะสำคัญของ การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในกระบวนการดูแล สุขภาพมีผลในทางที่ดีที่ครอบครัวมีต่อผู้ป่วย บางครั้ง ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพก็แสดงท่าที่ไม่เหมาะสม ต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในกระบวนการ ดูแลสุขภาพ อาจเนื่องมาจากความซับซ้อนของงานและ ประสบการณ์ในการดูแลครอบครัวเป็นศูนย์กลางยังมีน้อย (Mackie, Michell & Marshal, 2019)

3. การช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว (support) การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เป็นส่วนสำคัญของการดูแลที่ มีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Park, Giap, Lee, Jeong & Go, 2018) อีกทั้งค่านิยมหรือความชอบส่วนบุคคล ความคิด สังคม ศาสนา ภูมิหลังทางวัฒนธรรม ของผู้ดูแลสามารถ มีอิทธิพลต่อการดูแลถึงสมาชิกในครอบครัว ผู้ให้บริการ ด้านสุขภาพจึงจำเป็นต้องทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อ ของครอบครัว เพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้อง และเหมาะสมกับค่านิยม ความเชื่อ ศาสนา หรือภูมิหลังทาง วัฒนธรรมของแต่ละครอบครัว (García-Grau, McWilliam, Martínez-Rico & Morales-Murillo, 2019) สมาชิก ในครอบครัวและผู้ป่วยควรได้รับการสนับสนุนประเภท ต่าง ๆ เช่น เครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุน ทางอารมณ์ และการสนับสนุนทางสังคม (Foster et al., 2016) ในการช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวจำเป็นอย่าง ยิ่งที่จะต้องให้การสนับสนุนครอบครัวด้วย การสนับสนุน สมาชิกในครอบครัวจะเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและ ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวในกระบวนการดูแลสุขภาพ (Kokorelias, Gignac, Naglie & Cameron, 2019)

4. การสนับสนุนด้านองค์กร (organization) องค์กรในการดูแลที่มีครอบครัวเป็นศูนย์กลางควรมีนโยบาย พิเศษเพื่อส่งเสริมการดูแลที่มีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง หน่วยงานที่ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพควรกำหนด นโยบายที่รวมความต้องการเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และสมาชิก ในครอบครัว โดยนโยบายขององค์กรที่เกี่ยวข้องควร ครอบคลุมแง่มุมต่าง ๆ ของการดูแลที่มีครอบครัวเป็น ศูนย์กลาง เช่น การติดต่อจากครอบครัว การสนับสนุน ครอบครัว การสื่อสาร และการดำเนินงานในรูปแบบต่าง ๆ และการส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการ ดูแลสุขภาพ (Davidson et al., 2017) บางโรงพยาบาลใช้

นักสังคมสงเคราะห์ในการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายหรือการติดต่อกับผู้ดูแลหรือครอบครัวในการดูแลรักษาหรือการไปเยี่ยม บ้านดั่งนั้นบุคลากรในทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จึง จำเป็นต้องเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแล (Diabetes Association of Thailand, 2023) นอกจากนี้การจัดตั้ง เครือข่ายชมรมเบาหวานในภูมิภาคต่าง ๆ เพื่อเชื่อมโยง และส่งเสริมการดูแลรักษาโรคเบาหวานด้วยตนเองให้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน จะสามารถเพิ่มมาตรฐานการดูแลรักษา และประสิทธิผลในการจัดการโรคเบาหวานให้ดียิ่งขึ้น (Rattarasarn, 2020)

5. ทศคติของพยาบาล (attitude of nurses) ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมหรือความสามารถของ ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพในการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญต่อคุณภาพของการ ดูแลสุขภาพ (Luttik et al., 2016) ซึ่งทัศนคติเชิงบวกของ พยาบาลที่มีต่อบทบาทของครอบครัวและการสนับสนุน ครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมใน การดูแลในขณะที่ทัศนคติเชิงลบของพยาบาลทำให้ลด การมีส่วนร่วมของครอบครัวลง (Gusdal, Josefsson, Adolfsson & Martin 2017) ทศคติของพยาบาลจึงมี ความสำคัญอย่างมากในการดูแลสุขภาพ เพราะพยาบาล ใช้เวลาส่วนใหญ่กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ดังนั้น พยาบาลจึงควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ ยอมรับว่าการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวเป็นสิ่ง สำคัญ (Mackie, Mitchell & Marshall, 2019) นอกจากนี้ ยังพบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์และความรู้มากกว่ามี ความคิดเห็นเชิงบวกเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว มากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย และควรสนับสนุน ให้พยาบาลที่มีอายุมากกว่าและมีประสบการณ์มากกว่า แนะนำและให้คำปรึกษาแก่เพื่อนร่วมงานที่อายุน้อยกว่า และมีประสบการณ์น้อยกว่า เพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีใน การสนับสนุนครอบครัว (Gusdal, Josefsson, Adolfsson & Martin, 2017) ทศคติของพยาบาลจึงเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพ

ดังนั้น ลักษณะสำคัญห้าประการตามแนวคิดของ Krajnc (2020) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการ ดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ ความสำคัญ ของการสื่อสาร การมีส่วนร่วมของครอบครัวและสมาชิก

ในครอบครัว การสนับสนุนสมาชิกในครอบครัว องค์การ และการสนับสนุน และทัศนคติของพยาบาลต่อการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว

กรณีศึกษา

เด็กชายอายุ 4 ปีระดับการศึกษาอนุบาล 2 เชื้อชาติไทย ศาสนาอิสลาม การวินิจฉัยโรค Diabetic ketoacidosis with type 1 diabetes ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบิดาอายุ 25 ปี และย่าของผู้ป่วยอายุ 53 ปี ส่วนมารดาแยกกันอยู่กับผู้ป่วย

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล ปัสสาวะรดที่นอน บ่อย น้ำหนักลด 6 กิโลกรัม มีอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ บ่อย ๆ แต่ยังไม่ไปโรงเรียนได้ตามปกติ

10 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการอ่อนเพลีย ทานอาหารได้น้อยลง คลื่นไส้ อาเจียน วันละหลายครั้ง บิดาพาไปคลินิก ได้รับยาแก้คลื่นไส้ อาเจียนมารับประทาน

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล รับประทานอาหารได้น้อยลง คลื่นไส้ อาเจียน 5 ครั้ง ไม่มีถ่ายเหลวอ่อนเพลีย

2 ชั่วโมงก่อนมา หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้นจึงมาโรงพยาบาลแพทย์ตรวจพบ Blood Sugar=370 mg/dl จึงให้องค์กรรักษาอาการในโรงพยาบาล

พบประวัติตาและยายของผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ก่อนมีอาการป่วยรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ แต่ละมื้อจะรับประทานผลไม้ตามฤดูกาลบ้าง รับประทานอาหารเช้า เวลา ชอบรับประทานกล้วยเดี่ยว ขนมหวาน และนมถั่วเหลือง ไม่ชอบออกกำลังกายแต่วิ่งเล่นปกติตามวัย

ผลการตรวจร่างกาย/ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รูปร่างเล็ก ผอม น้ำหนัก 18 กิโลกรัม ส่วนสูง 100 เซนติเมตร สามารถช่วยเหลือตนเองได้และสามารถทำตามคำสั่งได้ มีอาการเหนื่อยเล็กน้อย สัญญาณชีพแรกพบ T=36.8°C PR=88 ครั้ง/นาที RR=26 ครั้ง/นาที BP=112/62 mmHg. Oxygen sat=98% ผลการตรวจเลือดพบ WBC=31,000 cells/cu.mm sugar=315 mg%

serum ketone=4.4 mmol/L Na+=130 mmol/L K+=3.25 mmol/L Cl+=101.9 mmol/L Co₂=4.0 mmol/L, blood gas : pH=7.17 PaCo₂=13.2 mmHg PaO₂=54.2 mmHg HCO₃=9.1 mEq/L ALP=263 U/L ผลการตรวจปัสสาวะพบ ketone 3+ sugar=2+ protein=2+

การรักษาที่ได้รับขณะรับไว้ในโรงพยาบาล

ในช่วงแรกแพทย์ให้การรักษาโดยการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือดทุก 4 ชั่วโมง และปรับยาฉีดอินซูลิน (Insulin) โดยผู้ป่วยได้รับ Novarapid 5-5-5 unit sc ac และ Lantus 15 unit sc hs หลังปรับยา 2 วัน แพทย์ลดการเจาะ DTX เป็นก่อนอาหารและก่อนนอน ระดับน้ำตาลอยู่ในช่วง 82-144 mg% และควบคุมอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละวัน โดยนักโภชนาการของโรงพยาบาลช่วยกำหนดแคลอรีในแต่ละวัน

กระบวนการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) ในกรณีศึกษา

1. ข้อมูลและการสื่อสาร (communication) เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยรายนี้ คือ บิดาอายุ 25 ปี โดยการให้ข้อมูลโรคเบาหวานชนิดที่ 1 แก่ผู้ป่วยและบิดาเกี่ยวกับลักษณะของโรค การเกิดโรค อาการและการแสดง การรักษาที่ได้รับ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหากได้รับการรักษาหรือการดูแลที่ไม่ถูกต้อง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวจะช่วยเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กได้ซึ่งวิธีการให้ความรู้และการรักษาจะต้องปรับตามผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานแต่ละราย โดยพิจารณาตามความเหมาะสมและความเป็นไปได้เฉพาะบุคคล ดังนั้น การเชื่อมโยงข้อมูลและการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพจึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะช่วยทำให้ข้อมูลที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับถูกต้องและสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน (Diabetes Association of Thailand, 2023) ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ต้องได้รับการฉีดอินซูลินไปตลอดชีวิต ซึ่งโดยทั่วไปเด็กอายุต่ำกว่า 8 ปีสามารถฉีดยาเองได้โดยมีผู้ดูแลเป็นผู้เตรียมยาให้ อายุที่เหมาะสมที่เด็กควรได้รับการสอนให้ฉีดยาและ

เตรียมยาได้เอง คือ 9 ปี (Thanatornkeerati, 2020)

จากกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยอายุ 4 ปี รับรู้ว่าตนเองเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 จะต้องได้รับการฉีดยาอินซูลินไปตลอดชีวิตและผู้ป่วยยังมีความกลัวในการที่จะต้องฉีดยาทุกวันเนื่องจากเมื่อถึงเวลาฉีดยาผู้ป่วยจะร้องไห้แง ไม่ยอมให้ฉีดยาจะต้องมีผู้ช่วยจับหรือต้องมีบิดาช่วยจับผู้ป่วยในการฉีดยา ส่วนบิดารับรู้ว่าบุตรป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 แต่ตนเองก็ยังกลัวว่าจะดูแลบุตรได้ไม่ดีและยังกังวลว่าจะฉีดยาให้กับผู้ป่วยในแต่ละวันได้หรือไม่เพราะผู้ป่วยยังเด็กและยังฉีดยาเองไม่เป็น และเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังต้องไปโรงเรียนจึงต้องเรียนรู้ในการสอนบุตรให้ฉีดยาด้วยตนเองให้ได้ หากบุตรยังฉีดยาให้ตนเองไม่ได้ตนจะต้องไปฉีดให้ที่โรงเรียนทุกวัน ดังนั้น การดูแลที่มีครอบครัวเป็นศูนย์กลางพยาบาลจะต้องให้ข้อมูลและมีการให้ความรู้อย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยและผู้ดูแลและต้องเป็นกระบวนการที่ทำต่อเนื่องสม่ำเสมอจึงจะมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลที่ดีและเมื่อเด็กสามารถกลับบ้านได้ควรพบทวนการเตรียมวิธีการฉีดยาและตำแหน่งที่ฉีดอีกครั้งพร้อมเอกสารคำแนะนำในการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเพราะสมาชิกในครอบครัวของพวกเขาเท่านั้นที่สามารถดูแลผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลได้ (Mackie, Michell & Marshall, 2019)

2. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว (involvement) การดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางคือบทบาทเชิงรุกของผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวในกระบวนการดูแลสุขภาพ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ดีในกระบวนการดูแลสุขภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสามารถควบคุมการดูแลผู้ป่วยได้ (Kokorelias, Gignac, Naglie & Cameron, 2019) จากกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบิดาอายุ 25 ปี และย่าอายุ 53 ปี ส่วนมารดาแยกทางกับบิดา ดังนั้นผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงเป็นบิดาและผู้ที่มีทัศนคติในแง่ของการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งหมดจึงเป็นบิดา ส่วนย่ามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องของการรับประทานอาหารในแต่ละวัน ซึ่งอาหารเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาที่สำคัญอาหารที่ดีต่อสุขภาพจะช่วยควบคุมระดับของน้ำตาลในเลือดสิ่งสำคัญ คือ ผู้ป่วยต้องควบคุมการบริโภคแป้งและน้ำตาลให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมอยู่เสมอ

รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และรับประทานแต่ละมื้อในเวลาเดียวกันทุกวัน (Thanatornkeerati, 2020) ผู้ป่วยควรกินอาหารที่มีใยอาหารสูงเพื่อช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและควรเลือกรับประทานไขมันจากพืชมากกว่าไขมันจากสัตว์ (Annan et al., 2022) โดยในแต่ละวันบิดาจะเป็นผู้กำหนดเมนูอาหารตามที่ได้เรียนรู้จากนักโภชนาการขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลและให้ยาของผู้ป่วยช่วยจัดเมนูอาหารที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้อย่างเหมาะสมตามโรคของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยของครอบครัวทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีสมาชิกในครอบครัวสนใจตนและดูแลตนเป็นอย่างดี นำความพึงพอใจที่มากขึ้นให้กับผู้ป่วยที่มีสมาชิกในครอบครัวพร้อมที่จะดูแล (Hertel et al., 2019)

3. การช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว (support) ควรให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวในด้านการปรับตัวและการเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้เรื่องโรคเบาหวานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมกันให้การดูแล ประเมิน ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว (ElSayed et al., 2023) สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยควรได้รับการสนับสนุนประเภทต่าง ๆ เช่น เครื่องมือที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางอารมณ์และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น (Foster et al., 2016) จากกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนเครื่องมือในการวัดระดับน้ำตาลในเลือดจากบริษัทยาแห่งหนึ่ง ซึ่งมีเครื่องมือให้ผู้ป่วยยืมใช้ในกรณีที่ยังไม่พร้อมในการซื้ออุปกรณ์ในการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้าน และผู้ป่วยยังได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ในการฉีดยาอินซูลิน (Insulin Injection device) ชนิดปากกาจากโรงพยาบาลตามสิทธิการรักษาของโรงพยาบาล ซึ่งการสนับสนุนสมาชิกในครอบครัวจะเพิ่มความพึงพอใจให้กับสมาชิกในครอบครัวในกระบวนการดูแลสุขภาพ (Petry, Ernst, Seinbrüchel-Boesch, Altherr & Naef, 2019) รวมไปถึงการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับเข้าสู่โรงเรียน (psycho-social adjustment and family support) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพจำเป็นต้องประสานงานกับโรงเรียนเพื่อทำความเข้าใจกับคุณครูในการร่วมกันดูแลเมื่อเด็กกลับเข้าสู่โรงเรียน (ElSayed et al., 2023) นอกจากนี้ทีมสหสาขาวิชาชีพจะต้องมีการวางแผนเพื่อส่งต่อการดูแลรักษาในช่วงการเปลี่ยนวัยจากเด็กเป็นผู้ใหญ่การส่งต่อ

ผู้ป่วยจากคลินิกวัยรุ่นสู่คลินิกผู้ใหญ่ควรมีการเตรียมตัวในการดูแลและวางแผนการดูแลและรักษาอย่างน้อย 1 ปี ก่อนส่งต่อ ควรเริ่มเตรียมตัวในช่วงอายุ 16-19 ปี หรืออย่างช้าไม่เกินอายุ 21 ปี (Lertwattanakul & Likitmaskul, 2022) เพื่อให้ผู้เป็นเบาหวานในเด็กมีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

4. การสนับสนุนด้านองค์กร (organization) โรงพยาบาลมีหน่วยงานที่ช่วยสนับสนุนและส่งเสริมการดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ หน่วยงานในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเฉพาะ นักโภชนาการในการช่วยกำหนดอาหารที่ผู้ป่วยควรจะได้รับในแต่ละวัน และหน่วยงานที่คอยติดตามเยี่ยมบ้านในกรณีที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมไปถึงหน่วยงานที่ช่วยส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Dias & Cadime, 2019) ซึ่งองค์กรในการดูแลที่มีครอบครัวเป็นศูนย์กลางเป็นสิ่งสำคัญอีกประการที่จะช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ (Foster et al., 2016) จากกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีนัดพบแพทย์เพื่อติดตามอาการทุก 1 เดือน ที่โรงพยาบาล และนัดพบทีมสหสาขาวิชาชีพที่คลินิกโรคเบาหวานในการดูแลและติดตามอาการของโรคเบาหวานทุก 3-6 เดือน นอกจากนี้คลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลยังมีการติดตามทางโทรศัพท์และไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โดยใช้นักสังคมสงเคราะห์ในการติดต่อบุคคลในการดูแลรักษาและการเยี่ยมบ้าน ซึ่งการที่ผู้ป่วยและครอบครัวควรสามารถติดต่อสมาชิกในทีมในกรณีฉุกเฉินที่ต้องการคำแนะนำอย่างเร่งด่วนได้ตลอดเวลาและการให้คำปรึกษาในกรณีฉุกเฉินจะช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 มีความยั่งยืนในการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอไปสู่ผลการรักษาที่ดี (Tantayoyai & Numsangkul, 2022) ดังนั้นทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทย์เฉพาะทางพยาบาลเภสัชกร นักกำหนดอาหาร และผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานจะเป็นผู้ที่ให้การดูแลรักษาอย่างดีที่สุด สามารถช่วยทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (Rattarasarn, 2020)

5. ทักษะของพยาบาล (attitude of nurses) ทักษะเชิงบวกของพยาบาลที่มีต่อบทบาทของครอบครัวและการสนับสนุนครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล (Gusdal, Josefsson, Adolfsson

& Martin 2017) จากกรณีศึกษาพบว่า พยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการแนะนำการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งในกรณีศึกษานี้ได้แก่บิดาเนื่องจากผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษายาบาลที่หอผู้ป่วยเป็นเวลานาน การให้ข้อมูลในการดูแลและการรักษาที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวเข้าใจในเรื่องของโรค การดำเนินของโรคของผู้ป่วยและการให้การดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ดังนั้น ทักษะของพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างมากในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เพราะพยาบาลใช้เวลาส่วนใหญ่กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว และยังเป็นตัวกลางในการประสานความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเพื่อให้ได้แนวทางในการรักษาของผู้ป่วยแต่ละคนและแต่ละครอบครัว (Mackie, Mitchell & Marshall, 2019) ดังนั้นทักษะของพยาบาลจึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลยังมีส่วนช่วยในการเสริมพลังใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถอยู่กับโรคเบาหวานได้อย่างมีความสุขและมีกำลังใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องไปกับเป้าหมายที่คาดหวังในการดูแลรักษา (International Diabetes Federation, 2022)

สรุป

ผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ต้องการการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษโดยเฉพาะเด็กเล็กหรือเด็กที่เพิ่งทราบว่า เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 เพราะมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการรับประทานอาหารการออกกำลังกาย การดำเนินกิจวัตรประจำวันที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป และที่สำคัญ คือ การที่ผู้ป่วยต้องฉีดอินซูลินและเจาะเลือดทุกวัน การส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ควรเน้นการบริการให้ครอบคลุมตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ จนถึงระดับตติยภูมิ โดยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมระหว่างองค์กรและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในด้านต่าง ๆ ในการจัดการความรู้และการจัดการข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานเป็นระยะ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผลการรักษา

ดีขึ้น และนำไปสู่การลดลงของภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ
ดังนั้น การดูแลโดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางจึงมีเป้าหมาย
เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มทักษะในการจัดการการ
ดูแล เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล
และช่วยลดความรุนแรงของความเครียดของสมาชิกใน
ครอบครัว (McCarthy & Guerin, 2022) นอกจากนี้การดูแล
โดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางยังสามารถเพิ่มความพึงพอใจและ
ความมั่นใจในงาน คุณภาพการดูแล และลดความเครียด

และความเหนื่อยหน่ายของผู้ให้บริการด้านสุขภาพด้วยเช่นกัน
(Gusdal, Josefsson, Adolfsson & Martin, 2017)
International Diabetes Federation) การทำงานร่วมกัน
เป็นทีมระหว่างบุคลากรสาธารณสุขมีความสำคัญอย่างยิ่ง
ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 โดยการใช้ครอบครัว
เป็นศูนย์กลาง (family-centred care) จะช่วยให้ผู้ป่วย
มีสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป



References

- Annan, S. F., Higgins, L. A., Jelleryd, E., Hannon, T., Rose, S., Salis, S., Baptista, J., Chinchilla, P., & Marcovecchio, M. L. (2022). ISPAD clinical practice consensus guidelines 2022: Nutritional management in children and adolescents with diabetes. *Pediatric Diabetes*, 23(8), 1297–1321. <https://doi.org/10.1111/pedi.13429>
- American Diabetes Association (ADA). (2020). *Treatment and care type 1 diabetes*. Retrieved from <https://www.diabetes.org/diabetes/treatment-care>
- American Diabetes Association (ADA). (2022). *Standards of medical care in diabetes-2022 abridged for primary care providers*. Retrieved from <https://diabetesjournals.org/clinical/article/40/1/10/139035/Standards-of-Medical-Care-in-Diabetes-2022>
- Chantrathamchart, P., & Boonrod, S. (2021). Treatment of DKA in Queen Sirikit National Institute of Child Health according to Thai society for pediatric endocrinology guideline 2020. *Journal of Emergency Medical Services of Thailand*, 1(2), 171–183. <https://doi.org/10.14456/jemst.2021.17>
- Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, H., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M., Gerritsen, R. T., Hopkins, R. O., Franck, L. S., Skrobik, Y., Kon, A. A., ... Curtis, J. R. (2017). Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Critical Care Medicine*, 45(1), 103–128. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>
- Dejkharnon, P., Santiprabhob, J., Likitmaskul, S., Deerochanawong, C., Rawdaree, P., Tharavanij, T., Reutrakul, S., Kongkanka, C., Suprasongsin, C., Numbenjapon, N., Sahakitrungruang, T., Lertwattanak, R., Engkakul, P., Sriwijitkamol, A., Korwutthikulrangsri, M., Leelawattana, R., Phimphilai, M., Potisat, S., Khananuraksa, P., Kunsuikmengrai, K., ... Thai Type 1 Diabetes and Diabetes diagnosed Age before 30 years Registry, Care and Network (T1DDAR CN). (2022). Young-onset diabetes patients in Thailand: Data from Thai type 1 diabetes and diabetes diagnosed age before 30 years registry, care and network (T1DDAR CN). *Journal of Diabetes Investigation*, 13(5), 796–809. <https://doi.org/10.1111/jdi.13732>

- Diabetes Association of Thailand. (2020). *Diabetes statistics*. Retrieved from <https://dmthai.org/old/index.php/knowledge/the-chart/the-chart-1/1057-2021-01-19-02-32-29>. (in Thai)
- Diabetes Association of Thailand. (2023). *Clinical practice guidelines for diabetes 2023*. Bangkok: Srimuang Printing. (in Thai)
- Dias, P. C., & Cadime, I. (2019). Child and family-centered practices in early childhood education and care services: An empirical study with families and practitioners in Portugal. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 36(3), 285-294. <https://doi.org/10.1007/s10560-019-00599-7>
- ElSayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D., Collins, B. S., Hilliard, M. E., Isaacs, D., Johnson, E. L., Kahan, S., Khunti, K., Leon, J., Lyons, S. K., Perry, M. L., Prahalad, P., Pratley, R. E., Seley, J. J., Stanton, R. C., Gabbay, R. A., ... on behalf of the American Diabetes Association (2023). 14. Children and adolescents: Standards of care in diabetes-2023. *Diabetes Care*, 46(Suppl 1), S230–S253. <https://doi.org/10.2337/dc23-S014>
- Foster, K., Maybery, D., Reupert, A., Gladstone, B., Grant, A., Ruud, T., Falkov, A., & Kowalenko, N. (2016). Family focused practice in mental health care: An integrative review. *Child and Youth Services*, 37(2), 129- 155. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2016.1104048>
- García-Grau, P., McWilliam, R. A., Martínez-Rico, G., & Morales-Murillo, C. P. (2019). Child, family, and early intervention characteristics related to family quality of life in Spain. *Journal of Early Intervention*, 41(1), 44-61. <https://doi.org/10.1177/1053815118803772>
- Gonzalez, A., Deng, Y., Lane, A. N., Benkeser, D., Cui, X., Staimez, L. R., Ford, C. N., Khan, F. N., Markley Webster, S. C., Leong, A., Wilson, P. W. F., Phillips, L. S., & Rhee, M. K. (2020). Impact of mismatches in HbA1c vs glucose values on the diagnostic classification of diabetes and prediabetes. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 37(4), 689–696. <https://doi.org/10.1111/dme.14181>
- Gusdal, A. K., Josefsson, K., Thors Adolfsson, E., & Martin, L. (2017). Nurses’ attitudes toward family importance in heart failure care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(3), 256–266. <https://doi.org/10.1177/1474515116687178>
- Hertel, E., Cheadle, A., Matthys, J., Coleman, K., Gray, M., Robbins, M., Tufte, J., & Hsu, C. (2019). Engaging patients in primary care design: An evaluation of a novel approach to codesigning care. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 22(4), 609–616. <https://doi.org/10.1111/hex.12909>
- Hsu, C., Gray, M. F., Murray, L., Abraham, M., Nickel, W., Sweeney, J. M., Frosch, D. L., Mroz, T. M., Ehrlich, K., Johnson, B., & Reid, R. J. (2019). Actions and processes that patients, family members, and physicians associate with patient- and family-centered care. *BMC Family Practice*, 20(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0918-7>

- International Diabetes Federation. (2020). *Type 1 diabetes*. Retrieved from <https://www.idf.org/aboutdiabetes/type-1-diabetes.html>
- International Diabetes Federation. (2022). *IDF diabetes atlas* (10th ed.). Retrieved from <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>
- Kokorelias, K. M., Gignac, M. A. M., Naglie, G., & Cameron, J. I. (2019). Towards a universal model of family centered care: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 19(1), 564. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4394-5>
- Krajnc, A. (2020). Family-centered care: A scoping review. *Journal of Universal Excellence*, 4, 357-371. https://www.fos-unm.si/media/pdf/RUO/2020-9-4/RUO_193_Krajnc_Bercan.pdf
- Lertwattanak, R., & Likitmaskul, S. (2022). Managing diabetes in the transition from aging child entering adulthood. In J. Santiprabhob, R. Lertwattanak and S. Sriussadaporn (Eds.). *Diabetes in children, teenagers, and young adults* (pp. 649-665). Bangkok: P.A. Living Co., Ltd. (in Thai)
- Luttik, M., Goossens, E., Ågren, S., Jaarsma, T., Mårtensson, J., Thompson, D. R., Moons, P., Strömberg, A., & Undertaking Nursing Interventions Throughout Europe (UNITE) research group. (2017). Attitudes of nurses towards family involvement in the care for patients with cardiovascular diseases. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(4), 299–308. <https://doi.org/10.1177/1474515116663143>
- Mackie, B. R., Mitchell, M., & Marshall, A. P. (2019). Patient and family members' perceptions of family participation in care on acute care wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(2), 359–370. <https://doi.org/10.1111/scs.12631>
- McCarthy, E., & Guerin, S. (2022). Family-centred care in early intervention: A systematic review of the processes and outcomes of family-centred care and impacting factors. *Child: Care, Health and Development*, 48(1), 1–32. <https://doi.org/10.1111/cch.12901>
- Park, M., Giap, T. T., Lee, M., Jeong, H., Jeong, M., & Go, Y. (2018). Patient-and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 69–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.006>
- Petry, H., Ernst, J., Steinbrüchel-Boesch, C., Altherr, J., & Naef, R. (2019). The acute care experience of older persons with cognitive impairment and their families: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 96, 44–52. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.11.008>
- Rattarasarn, C. (2020). *Current situation and cooperation to reform diabetes care in Thailand*. Bangkok: Novo Nordisk Pharma Thailand Ltd. (in Thai)
- Rhee, M. (2020). HbA1c and diabetes: Mismatches and Misclassifications. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 105(7), e2630–e2632. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa185>

- Ridgley, R., Snyder, P. A., & McWilliam, R. A. (2020). Individualized family service plan quality and alignment of child-focused outcomes to federal outcomes and state early learning guidelines. *Topics in Early Childhood Special Education (TECSE)*, 39(4), 200-212.
<https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1242820.pdf>
- Shields, L. (2015). What is “family-centered care?”. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 3(2), 139-144. <http://dx.doi.org/10.5750/ejpch.v3i2.993>
- Smith, J., Swallow, V., & Coyne, I. (2015). Involving parents in managing their child’s long-term condition-a concept synthesis of family-centered care and partnership-in-care. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(1), 143–159. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.10.014>
- Tantayoyai, V., & Numsangkul, S. (2022). Organizing participatory learning for people with diabetes. *Diabetes Journal*, 53(1), 15-23. (in Thai)
- Tew, S. P., & Ahmad Fauzi, A. (2020). Parental perceptions of paediatric rehabilitation services using the Malay Measure of Processes of Care. *Child: Care, Health and Development*, 46(5), 585–590.
<https://doi.org/10.1111/cch.12773>
- Thanatornkeerati, N. (2020). The role of nurses in caring for pediatric diabetic patients. *Diabetes Journal*, 53(1), 24-29. (in Thai)
- World Health Organization. (2020). *Adolescent health 2020*. Retrieved from
https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/#tab=tab_1
- Yu, J., Lee, S. H., & Kim, M. K. (2022). Recent updates to clinical practice guidelines for diabetes mellitus. *Endocrinology and Metabolism*, 37(1), 26-37. <https://doi.org/10.3803/EnM.2022.105>

