



วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong

ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2560

Vol.1 No.1 January - April 2017

ISSN : 2673-0723

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ISSN: 2673-0723 ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2560)

เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานการวิจัย (Research article) บทความทางวิชาการ (Academic article) และบทความปริทัศน์ (Review article) สาขาการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กำหนดการออกวารสาร

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา ดร.ปัทมา พ่องศิริ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
บรรณาธิการ ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อาจารย์อภิรัตน์ เจริญบุญกุล

อาจารย์ชนุกร แก้วมณี

อาจารย์แสงเดือน กิ่งแก้ว

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธีพันธ์

รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณดี สุทธิธาร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.เกิดศักดิ์ พลจันทร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะศึกษาศาสตร์

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแพรว



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวรรณ กิตติกรณากรณ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริยา อ่อนสอาด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร ใจการุณ

ดร.นพ.สุธีร์ รัตนเมงคกุล

ดร.นพ.จิรวัดน์ นุสศาสตร์

ดร.สุเพียร โภคทิพย์

ดร.วิโรจน์ เขมรัมย์

ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง

ดร.นิสากร วิบูลชัย

ดร.ศุภวดี แก้วเพ็ญ

ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง

ดร.พิทยา ศรีเมือง

อาจารย์ศุภธินี วัฒนกุล

อาจารย์จัญญศรี มีหนองหว้า

ดร.กุลธิดา กุลประทีปปัญญา

ดร.สุภารัตน์ พัสัยพันธุ์

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

ดร.พัชรี ใจการุณ

ดร.นกษา สิงห์วีธรรม

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะเกษตรศาสตร์

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

จังหวัดขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

สรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

สรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

สรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

สรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

สรรพสิทธิประสงค์

สถาบันพระบรมราชชนก





คำปรารภ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ฉบับนี้ ถือเป็นฉบับปฐมฤกษ์ของการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน บทความทางวิชาการและผลงานวิจัยสู่สาธารณชน ซึ่งเป็นการเผยแพร่ความรู้ ความคิดและการพัฒนาต่างๆที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าวิจัยในแง่มุมต่างๆ ของวิทยาการทางด้านสุขภาพอย่างหลากหลาย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพเป็นอย่างยิ่ง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ เป็นวิทยาลัยที่มีการจัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษาที่คำนึงถึงพันธกิจของอุดมศึกษาเป็นอย่างยิ่งและเล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการเผยแพร่ผลงานวิจัย ประกอบกับในปี 2560 นี้ วิทยาลัยฯ ก่อตั้งครบ 61 ปี เพื่อร่วมฉลองในโอกาสดังกล่าวจึงเห็นสมควรจัดทำวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพมีชื่อว่า **วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์** จึงใคร่ขอเชิญชวนนักวิจัยและนักวิชาการร่วมเสนอผลงานได้ตามกำหนดเวลาดังกล่าว

สำหรับวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ฉบับนี้ได้รวบรวมบทความทางวิชาการ และบทความจากผลงานวิจัยทั้งสิ้น จำนวน 6 เรื่อง ซึ่งได้ผ่านการตรวจประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในและภายนอกของวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าทุกบทความจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจและช่วยให้เกิดการพัฒนาทางด้านสุขภาพให้ก้าวหน้าต่อไป

ดร.ปัทมา พ่วงศิริ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์



ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2560)

สารบัญ

บทความวิชาการ

- การจัดการความปวดในผู้สูงอายุ1
Pain Management in the Elderly
นุสรา ประเสริฐศรี
Nusara Prasertsri

บทความวิจัย

- บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร :
การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ20
Nursing Role in Permanent Pacemaker Patients: Integrative review
สุเพียร โภคทิพย์
Supian Pokathip
- การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษา
ด้วยรังสีรักษาในชุมชนบ้านเช่าชั่วคราว.....39
Development of Caring Model for Cancer Outpatients with undergoing
Radiation Therapy in the Temporary Rental House Community
ชนาธิป หาหลัก, สง่า ทับทิมหิน, ปัทธวิมล ลิ้มจิตถกร และ
อำไพวรรณ ทองสุพล
Chaliya Wamaloon, Sopit Tubtimhin, Petthai Niramansakulpong,
Chanathip Halak, Sanga Tubtimhin, Pattaravimol Limjitrakorn and
Ampaiwan Thongsupon



ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2560)

สารบัญ

- ความปวดประจำเดือนและการดูแลตนเองในการจัดการความปวด
ของนักศึกษาพยาบาล..... 61
Dysmenorrhea and Self Pain Management of Nursing Students
นววรรณ ชนะชัย, นาฏอนงค์ คำเพริศ, นุชนาฏ พันธุลี
และ นุสรา ประเสริฐศรี
Navawan Chanachai, Natanong Dompactic, Nuchanat Panlee and
Nusara Prasertsri
 - การวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สรรพสิทธิประสงค์.....75
Unit Cost of Production Analysis of Boromarajonani College of Nursing,
Sunpasitthiprasong
ปัทมา พ่องศิริ, กุลธิดา กุลประทีปบุญญา, วรางคณา บุตรศรี
ลักขณา ชอบเสียง และ นวพล แก่นบุปผา
Pattama Phongsiri, Kunthida Kulprateepunya, Warangkana Bootsri
Lakana Chobchaing and Nawapon Khanphupa
 - การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน :
กรณีศึกษาตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.....92
Participation of Health Care Volunteer in Caring for Diabetic Patients: A
Case Study of Srikai Subdistrict, Warinchamrap District, Ubon Ratchathani
Province
วรางคณา บุตรศรี และ อภิรดี เจริญบุญกุล
Warangkana Bootsri and Apiradee Charoenukul
- คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ



ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2560)

สารบัญ

บทความวิชาการ

- การจัดการความปวดในผู้สูงอายุ1
Pain Management in the Elderly
นุสรา ประเสริฐศรี
Nusara Prasertsri

บทความวิจัย

- บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร :
การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ20
Nursing Role in Permanent Pacemaker Patients: Integrative review
สุเพียร โภคทิพย์
Supian Pokathip
- การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษา
ด้วยรังสีรักษาในชุมชนบ้านเช่าชั่วคราว.....39
Development of Caring Model for Cancer Outpatients with undergoing
Radiation Therapy in the Temporary Rental House Community
ชนาธิป หาคลัก, สง่า ทับทิมหิน, ปัทธวิมล ลิ้มจิตถกร และ
อำไพวรรณ ทองสุพล
Chaliya Wamaloon, Sopit Tubtimhin, Petthai Niramansakulpong,
Chanathip Halak, Sanga Tubtimhin, Pattaravimol Limjitrakorn and
Ampaiwan Thongsupon



ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2560)

สารบัญ

- ความปวดประจำเดือนและการดูแลตนเองในการจัดการความปวด
ของนักศึกษาพยาบาล..... 61
Dysmenorrhea and Self Pain Management of Nursing Students
นววรรณ ชนะชัย, นาฏอนงค์ คำเพริศ, นุชนาฏ พันธุลี
และ นุสรา ประเสริฐศรี
Navawan Chanachai, Natanong Dompactic, Nuchanat Panlee and
Nusara Prasertsri
 - การวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สรรพสิทธิประสงค์.....75
Unit Cost of Production Analysis of Boromarajonani College of Nursing,
Sunpasitthiprasong
ปัทมา พ่องศิริ, กุลธิดา กุลประทีปบุญญา, วรางคณา บุตรศรี
ลักขณา ชอบเสียง และ นวพล แก่นบุปผา
Pattama Phongsiri, Kunthida Kulprateepunya, Warangkana Bootsri
Lakana Chobchaing and Nawapon Khanphupa
 - การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน :
กรณีศึกษาตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.....92
Participation of Health Care Volunteer in Caring for Diabetic Patients: A
Case Study of Srikai Subdistrict, Warinchamrap District, Ubon Ratchathani
Province
วรางคณา บุตรศรี และ อภิรดี เจริญบุญกุล
Warangkana Bootsri and Apiradee Charoenukul
- คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

การจัดการความปวดในผู้สูงอายุ

นุสรา ประเสริฐศรี ปร.ด.¹

บทคัดย่อ

ความปวดเป็นประสบการณ์ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงเกิดความปวดหลายประเภทอุปสรรคการประเมินความปวดและการจัดการความปวดประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคลด้านบุคคลากรทางสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพ ความปวดในผู้สูงอายุอาจไม่ได้รับการรายงานในผู้สูงอายุบางราย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ไม่สามารถบอกความปวดด้วยตนเองได้ ทำให้การจัดการความปวดในผู้สูงอายุต่ำกว่าเกณฑ์ที่จะได้รับ การประเมินความปวดแบบครอบคลุมจึงมีความจำเป็น การจัดการความปวดที่ไม่มีประสิทธิภาพของความปวดเรื้อรังในระดับความรุนแรงปานกลางและรุนแรงส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการจัดการความปวดในผู้สูงอายุ ดังนั้นพยาบาลควรจะเข้าใจการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยา และเภสัชวิทยาในผู้สูงอายุ บทความวิชาการนี้นำเสนอการประเมินความปวด และการจัดการความปวด ที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นข้อมูลสำหรับบทบาทการพยาบาล

คำสำคัญ : การประเมินความปวด, การจัดการความปวด, ผู้สูงอายุ

¹ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

Correspondence e-mail: nprasertsri@gmail.com

Pain Management in the Elderly

Nusara Prasertsri Ph.D.¹

Abstract

Pain is a common experience for many elderly population. The elderly is at risk for experiencing multiple types of pain. Barriers to effective pain assessment and treatment are fall into 3 domains: individual-based, provider-based, and system-based factors. Pain may be underreported as some elderly patients especially in the elderly who cannot self-report of pain intensity. So that comprehensive pain assessment is needed. Thus, pain management in the elderly is suboptimal. Untreated or ineffectively treated moderate to severe persistent pain has significant implications for the elderly health, functioning, and quality of life. Nurses should have a broad range of understanding of the pharmacologic and physiological changes that occur in the elderly. The present review on appropriate pain assessment and present pain management modalities focuses on relevant information for the nursing role.

Keywords: pain assessment, pain management, elderly

¹Adult and Elderly Nursing department, Boromrajonnani College of Nursing
Sanpasithiprasong
Correspondence e-mail: nprasertsri@gmail.com

บทนำ

ความปวดเป็นประสบการณ์ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยซึ่งกำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในปี 2568 ความสูงอายุมากขึ้นควบคู่ไปกับการเสื่อมของร่างกาย มีโรคเรื้อรังประจำตัว ปัญหาดังกล่าวทำให้อุบัติการณ์และความชุกของความปวดในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ความปวดในผู้สูงอายุอาจจะไม่ได้รับการรายงานเนื่องจากมีความเชื่อว่าความปวดในผู้สูงอายุเป็นกระบวนการปกติของความชรา ทำให้การประเมินความปวดไม่ครบถ้วน เมื่อไม่ได้รับการประเมินการจัดการความปวดในผู้สูงอายุอาจจะไม่เพียงพอ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิต พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้การพยาบาลความปวดในผู้สูงอายุ พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุ การประเมินความปวดและเลือกเครื่องมือให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชวิทยาและสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้การจัดการความปวดโดยการใช้ยาให้มีประสิทธิภาพ บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความปวดในผู้สูงอายุ การประเมินความปวด และการจัดการความปวดโดยการใช้ยา บทบาทของพยาบาลในการประเมินและการจัดการความปวดในผู้สูงอายุ

ความปวดในผู้สูงอายุ

ความปวดในผู้สูงอายุพบว่ามีอัตราสูง¹ จากข้อมูลการศึกษาแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา พบผู้สูงอายุมีอาการรบกวนจากความปวดร้อยละ 50 และรายงานจากสถานดูแลผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุมีประสบการณ์ความปวดร้อยละ 83 ถึง 93² งานวิจัยของไทยเกี่ยวกับความปวดในผู้สูงอายุ พบความชุกของความปวดร้อยละ 60-90³⁻⁵ ซึ่งการประมาณความชุกนี้เป็นการศึกษาความปวดในมิติเดียว แต่ผู้สูงอายุมักพบหลายสาเหตุที่ทำให้เกิดความปวดและมีความปวดหลายประเภท ความชุกของความปวดเพิ่มขึ้นตามอายุหรือไม่นั้น มีสมมุติฐานความสัมพันธ์ของอายุกับความปวด โดยข้อเท็จจริงแล้วอายุที่เพิ่มขึ้นและความเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากความเสื่อมสภาพของร่างกายและโรคที่เกิดขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีความปวด เช่น Osteoarthritis low back pain เป็นต้น

งานวิจัยแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุและความปวดในผู้สูงอายุพบมีลักษณะดังต่อไปนี้ 1) ความสัมพันธ์เชิงบวก คือความปวดเพิ่มขึ้นตามอายุ 2) ความสัมพันธ์ผกผัน คือ ความปวดเพิ่มขึ้นในช่วงอายุ 50-65 ปี หรือ 75-85 ปี หลังจากนั้นความปวดลดลง 3) ความสัมพันธ์เชิงลบ คือ ความปวดลดลงเมื่ออายุที่เพิ่มขึ้น หรือ 4) ไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างความปวดและอายุที่เพิ่มขึ้น⁶⁻⁷ งานวิจัยพบว่า ปวดกล้ามเนื้อและกระดูกรวมถึงปวดหลัง พบมากที่สุดในวัยกลางคน หรือวัยสูงอายุตอนต้น และจากนั้นจะลดลงในผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุมากกว่า 85 ปี) แต่บางงานวิจัยยังพบว่า ปวดศีรษะ ปวดที่มีความสัมพันธ์กับกล้ามเนื้อหัวใจตาย ปวดเนื่องจากมะเร็ง มีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุมากขึ้น⁷ จะเห็นว่าแต่ละการศึกษา ผลที่ได้มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากความยากในการประเมินผู้สูงอายุที่มีอายุมากร่วมกับความจำเสื่อมในผู้สูงอายุที่มากขึ้น การประเมินจึงมีความลำบากในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ทำให้ข้อมูลของความปวดลดลงเมื่ออายุมากกว่า 85 ปี อีกทั้งข้อมูลความปวดในผู้สูงอายุนั้นมีความยากในการสรุป เนื่องจากการศึกษาแตกต่างกันในแง่ของระเบียบวิธีการศึกษา ประเภทของความปวดที่ศึกษา นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างในเรื่องของประวัติความเจ็บป่วยและในปัจจุบันทางด้านจิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุที่อาจจะมียุทธวิธีต่อการประสบการณ์ความปวดของผู้สูงอายุ ดังนั้นพยาบาลควรใช้ข้อมูลจากการวินิจฉัยและการตัดสินใจทางคลินิกด้วยตนเองในการประเมินและการพยาบาลจัดการความปวดในผู้สูงอายุ

สาเหตุและผลของความปวดในผู้สูงอายุ

ความหมายของความปวด

ความปวดเป็นประสบการณ์ธรรมชาติของมนุษย์เพื่อแจ้งเตือนป้องกันภัยคุกคามทั้งภายในและภายนอกที่มีต่อร่างกาย สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดนานาชาติ (The International Association of the Study of Pain :IASP) ให้ความหมายของความปวดคือ “ประสบการณ์ที่ไม่สบายทั้งทางด้านความรู้สึกและอารมณ์ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการทำลายหรือมีแนวโน้มทำลายเนื้อเยื่อร่างกาย”⁸ ความปวดนั้นมีความซับซ้อน ประกอบด้วยหลายมิติ เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับมิติของ sensory cognitive และ emotion⁹

McCaffery เป็นพยาบาลที่ศึกษาเรื่องความปวดได้ให้ความหมายความปวดไว้ว่า “ความปวดเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่บอกถึงความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นในแต่

ละคนในเวลานั้น ๆ”¹⁰ จะเห็นว่าคำจำกัดความเหล่านี้เน้นถึงลักษณะประสบการณ์รายบุคคลและมีหลายมิติ ทั้งนี้เป็นหลักการที่สำคัญของมาตรฐานการประเมิน (Gold standard) ในประเมินความปวดโดยให้ผู้ป่วยเป็นคนบอกความปวดด้วยตนเอง (Self-report)

สาเหตุและชนิดของความปวด

ความปวดแบ่งเป็นหลายประเภทโดยกำหนดจากเวลา กลไกการเกิด หรือลักษณะทางคลินิกของความปวด ประเภทของความปวดที่พบบ่อย แบ่งตามระยะเวลาของความปวด ประกอบด้วยความปวดเฉียบพลัน (Acute pain) และความปวดเรื้อรัง (Chronic pain) แบ่งตามกลไกการเกิด แบ่งเป็น Nociceptive pain และ neuropathic pain หรือ แบ่งตามสาเหตุความปวด แบ่งเป็น Cancer pain และ Noncancer pain¹¹

ความปวดเฉียบพลัน (Acute pain) โดยทั่วไปเกิดจากการกระตุ้นโดยได้รับบาดเจ็บหรือโรคต่างๆ มีหน้าที่ป้องกันร่างกายจากภัยอันตราย ซึ่งเป็นกลไกปกติของร่างกายและมีช่วงระยะเวลาจำกัด ไม่เกิน 3 เดือน ความปวดนี้เกิดจากการผ่าตัด การหักของข้อ กระดูกหักของร่างกาย การเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ อุบัติเหตุบาดเจ็บ¹²

ความปวดเรื้อรัง (Chronic pain) หมายถึงความปวดนานเรื้อรังติดต่อกันมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป เป็นพยาธิสภาพและไม่มีหน้าที่ในการป้องกันให้กับร่างกาย¹¹ โดยส่วนใหญ่ความปวดนี้ไปสัมพันธ์กับ โรคที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายหรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ข้อเสื่อม กระดูกพรุน และ มะเร็ง เป็นต้น¹³

Nociceptive pain เป็นความปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บทำลาย หรือคุกคามต่ออวัยวะ ผิวหนัง กล้ามเนื้อและกระดูก โดยไม่เกี่ยวข้องและผิดปกติของระบบประสาท ความปวดนี้เป็นผลจากการกระตุ้นของตัวรับความปวด (Nociceptors) ซึ่งเป็นตัวรับสิ่งเร้าของความปวด Nociceptive pain ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุได้แก่ การปวดของข้อคอและหลัง การผ่าตัด⁷

Neuropathic pain เป็นความปวดโดยมีสาเหตุจากการทำลายและผิดปกติของระบบประสาท ซึ่งจะตรงกันข้ามกับ Nociceptive pain การผิดปกติของระบบประสาทแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ ระบบประสาทส่วนกลาง (Central neuropathic pain) และระบบประสาทส่วนปลาย (Peripheral neuropathic pain) สำหรับ

Central neuropathic pain นั้นมีสาเหตุจากโรคที่ไปทำลายเส้นประสาทส่วนกลาง เช่น โรคพาร์กินสัน ผู้ป่วยหลัง Stroke โรคกระดูกคอเสื่อม (Myelopathies) การบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injuries) โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (spinal stenosis) โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (multiple sclerosis) และ fibromyalgia¹⁴

Peripheral neuropathic pain มีสาเหตุจากการติดเชื้อสวัด (Postherpetic neuralgia) การเผาผลาญผิดปกติ เช่น เบาหวาน เส้นไขสันหลังถูกกดทับ ความปวดในส่วนของแขนขาที่ถูกตัดไป (Phantom limb pain) Neuropathic pain มักเกี่ยวข้องกับความรู้สึกผิดปกติ (Dysesthesia) หรือปวดเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นที่ปกติไม่ทำให้เกิดความปวด (Allodynia) อาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องหรือบางครั้ง ลักษณะของความปวด ปวดแปลบร้าว (Tingling) หรือปวดเหมือนถูกแทง (Stabbing pain)¹⁵

ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดความปวดได้หลายประเภท ดังนั้นเมื่อจัดการความปวดเฉียบพลัน ทีมผู้ให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลต้องคำนึงถึงผู้สูงอายุอาจมีความปวดเรื้อรังประจำตัวอยู่แล้ว ความปวดที่ทับซ้อนนี้ส่งผลต่อการหายใจและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความปวดทำให้การเคลื่อนไหวลดลง ส่งผลต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า ความปวดเฉียบพลันเมื่อไม่ได้รับการจัดการที่เพียงพอในช่วงเวลาที่เหมาะสมจะมีการเปลี่ยนแปลงเป็นความปวดเรื้อรังซึ่งพบในผู้ป่วยหลังผ่าตัด¹⁶ ความรุนแรงของความปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัดเป็นตัวทำนายที่สำคัญสำหรับการพัฒนาไปเป็นความปวดเรื้อรังในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด Amputation ของแขนและขา ผ่าตัดเต้านม ผ่าตัดทรวงอก ผ่าตัดไส้เลื่อน ผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจ และผ่าตัดถุงน้ำดี¹⁷ ทั้งหมดเป็นการผ่าตัดที่พบได้โดยทั่วไปในผู้สูงอายุ การค้นพบนี้ทำให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยของความปวดในผู้สูงอายุ

ยังมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น ทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความปวด รวมถึงอุปสรรคในการจัดการความปวดให้มีประสิทธิภาพในผู้สูงอายุ อุปสรรคในการประเมินและการจัดการปวดที่มีประสิทธิภาพแบ่งเป็น 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านผู้ให้บริการทางสุขภาพ และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลที่ทำให้การจัดการความปวดบกพร่อง มีดังต่อไปนี้ 1) เชื่อว่าความปวดเป็นส่วนหนึ่งของความสูงอายุ 2) กลัวถูกระบุว่าเป็นคนยากคิดเกี่ยวกับสุขภาพตน

มากเกินไป 3) กลัวว่าความปวดบ่งบอกถึงโรคแย่ลง 4) กลัวติดยาบรรเทาปวด 5) กังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา และ 6) ความเชื่อว่าความปวดไม่สำคัญต่อผู้ให้บริการทางสุขภาพ¹⁴ นอกจากนี้ ภาวะความจำเสื่อมยังเป็นอุปสรรคสำคัญเช่นกัน เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถบอกความปวดของตนเองได้¹⁸

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการทางสุขภาพนั้นพบว่า ความรู้ของพยาบาลไม่เพียงพอเกี่ยวกับการจัดการความปวดส่งผลให้การจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งไม่มีเครื่องมือวัดความปวด การประเมินโดยให้ผู้ป่วยบอกนั้นพบว่า ผู้ให้บริการด้านสุขภาพมีแนวโน้มที่จะรายงานความปวดของผู้ป่วยต่ำกว่าผู้ป่วยบอก¹⁹ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำเสื่อมพบว่าได้รับการรักษาและใช้ยาบรรเทาความปวดน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความจำเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญ¹⁸ การค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นถึงความยากลำบากของผู้ให้บริการสุขภาพในการตรวจหาความปวดในบุคคลที่ไม่สามารถบอกความปวดได้ และไม่มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดในประชากรกลุ่มนี้

ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ เกี่ยวข้องกับนโยบายและระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการปฏิบัติตามใบสั่งแพทย์และผู้มีอำนาจกำกับดูแล ผู้ให้บริการสุขภาพต้องเผชิญกับกฎระเบียบที่เข้มงวดเกี่ยวกับวิธีที่จะใช้ยากลุ่ม Opioids ซึ่งในแต่ละประเทศจะมีข้อกำหนดที่แตกต่างกัน สำหรับประเทศไทยแพทย์เป็นผู้สั่งให้การรักษาด้วย Opioids และมีระบบที่เข้มงวดซึ่งอาจจะมีผลต่อการใช้ยาบรรเทาปวดกลุ่มนี้ ปัจจัยเหล่านี้เป็นความท้าทายในการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพซึ่งอาจนำไปสู่ความปวดที่ไม่เพียงพอในผู้สูงอายุ

ความปวดเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับอาการทางอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า แต่ทิศทางของความสัมพันธ์ยังไม่ชัดเจน ภาวะซึมเศร้าอาจทำให้ผู้สูงอายุมีความปวดและความปวดอาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ การใช้ชีวิตด้วยความปวดเรื้อรังอาจนำไปสู่อารมณ์เศร้า ความสูญเสียที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุอาจทำให้อารมณ์หดหู่ เศร้า ผลทางด้านจิตใจนี้อาจส่งผลต่อทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับความปวดของผู้สูงอายุ ความคาดหวังในการจัดการกับความปวดและความต่อเนื่องการรักษาความปวด²⁰ พยาบาลควรประเมินสภาวะทางสังคมและด้านจิตใจ เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลต่อความปวดสำหรับผู้สูงอายุ

ผลของความปวดในผู้สูงอายุ

แม้ว่าในปัจจุบันการจัดการความปวดมีการพัฒนาด้านเทคโนโลยีที่ใช้ในการรักษาและทางคลินิก งานวิจัยพบว่าการจัดการความปวดสำหรับผู้สูงอายุยังคงต่ำกว่าเกณฑ์²¹⁻²² การไม่ได้รับการรักษาหรือการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพของความปวดระดับปานกลางและรุนแรง ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ความปวดที่ไม่ได้รับการบรรเทามีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (การเคลื่อนไหว การเดิน เกิดการหกล้ม) ด้านจิตใจ (ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล หลีกตัวออกจากสังคม)¹⁴ ความปวดรบกวนการนอน ระดับการรับรู้ทางสติปัญญาลดลง ภาวะทุพโภชนาการ และการฟื้นฟูสภาพร่างกายช้า¹⁴ ความปวดยังเพิ่มภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีผู้ป่วยมีความปวด²³ ความปวดที่ไม่ได้รับการบรรเทาทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงและค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นการจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพต้องได้รับการประเมินและการรักษาที่ครอบคลุม

การประเมินความปวดในผู้สูงอายุ

การจัดการความปวดเริ่มต้นด้วยการประเมินสาเหตุและความรุนแรงของความปวด เพื่อที่จะหาวิธีการจัดการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดสำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย เนื่องจากความปวดมีความซับซ้อนประกอบด้วยหลายมิติ การประเมินจึงมีความยากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ ในทางคลินิกบุคคลากรทางสุขภาพประเมินความปวดผู้ป่วยด้วย 2 คำถาม คือ 1) คุณมีความปวดไหม และ 2) ในระดับความปวด 1 ถึง 10 คุณมีความปวดระดับไหน? เป็นคำถามพื้นฐานในการประเมินความปวดและความรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว จากความหมายความปวดขององค์การมาตรฐานสากล International Association for the Study of Pain (IASP) ความปวดประกอบด้วยหลายมิติ ดังนั้นการประเมินผลรวมเพื่อให้เห็นภาพของความปวดทั้งหมดนั้นมีความจำเป็นในการประเมินผู้ป่วยที่มีความปวด สิ่งที่สำคัญอีกประการคือไม่มีเครื่องมือวัดความปวด หรือ ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพสำหรับการตรวจสอบความปวด ดังนั้น การประเมินความปวดขึ้นอยู่กับ การบอกความปวดด้วยตนเองของผู้ป่วย (Self-report) ในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถสื่อสาร เช่น มีภาวะสมองเสื่อม หรือมีการสื่อสารบกพร่อง การประเมินความปวดจึงใช้วิธีการประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่บ่งชี้ความปวด ในลำดับต่อไปจะกล่าวถึงการประเมินความปวด

การบอกความปวดด้วยตนเอง (Self-report)

ผู้ป่วยบอกความปวดด้วยตนเองถือเป็นมาตรฐานของการประเมินความปวด¹⁴ หลักการประเมินความปวดคือ ถ้ามความปวดปัจจุบันของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ¹⁹ ผู้สูงอายุอาจต้องใช้เวลาในการตอบคำถามดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องให้เวลากับผู้สูงอายุในการตอบคำถาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม²²

พยาบาลควรให้ความสำคัญในการตรวจสอบคำถามที่ผู้ป่วยอาจใช้แทนความปวด เช่น เจ็บ ไม่สุขสบาย เป็นต้น พยาบาลควรใช้คำถามปลายเปิด เช่น “บอกเกี่ยวกับความปวด ความรุนแรงความปวด หรือความรู้สึกไม่สบาย” เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับความปวดจากผู้สูงอายุ

การประเมินผลรวมความปวดประกอบด้วย ประวัติทางการแพทย์ ซึ่งระบุถึงโรคประจำตัว การเข้ายาในปัจจุบันที่ให้การรักษาโดยแพทย์ และผู้ป่วยซื้อรับประทานด้วยตนเอง นอกจากนี้การตรวจร่างกาย การประเมินสภาวะด้านจิตและสังคม การประเมินความปวด ควรประเมินลักษณะของความปวด ความถี่ ความรุนแรง ปัจจัยที่ทำให้ความปวดเพิ่มขึ้นหรือบรรเทาลง ผลกระทบความปวดต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย หรือด้านสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจจะมีอิทธิพลต่อความปวดและการจัดการความปวด²⁴

มีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับเครื่องมือประเมินความปวด ควรใช้และบันทึกเป็นเอกสารเพื่อติดตามการตอบสนองการรักษา ความรุนแรงของความปวดสามารถประเมินได้หลากหลายทาง เครื่องมือประเมินที่ใช้บ่อยในทางคลินิกคือ Numerical Rating Scale (NRS) Verbal Descriptor Scale (VDS) และ Faces Pain Scale (FPS)²⁴ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

NRS นิยมใช้กันมากในทางคลินิก โดยให้ผู้ป่วยระบุระดับความรุนแรงความปวด โดย 0 = ไม่ปวด และ 10 = ปวดมากที่สุด การประเมินด้วย NRS ผู้ป่วยต้องมีความสามารถในการแยกความแตกต่างของความรุนแรงด้วยตัวเลข ซึ่งอาจจะเป็นเรื่องยากสำหรับผู้สูงอายุ การศึกษาล่าสุดยืนยันว่า NRS เป็นเครื่องมือที่มีความตรงและความเที่ยงสำหรับประเมินความปวดในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน²⁵ พบว่า NRS สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของความปวดตามช่วงเวลาได้น่าเชื่อถือได้ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการประเมินประสิทธิภาพการรักษาและการเปลี่ยนแปลงความปวด อย่างไรก็ตามในงานวิจัยนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ

มากกว่า 81 ปี ไม่สามารถประเมินด้วย NRS ร้อยละ 11.1 งานวิจัยพบว่าผู้สูงอายุชอบการวาง NRS อยู่ในแนวตั้งเมื่อถูกนำเสนอบนกระดาน²² ข้อค้นพบนี้พยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลได้ เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือนี้ในการประเมินความปวด

VDS ถูกเสนอแนะให้ใช้ประเมินความปวดสำหรับผู้สูงอายุ²² เครื่องมือนี้ประเมินความรุนแรงของความปวดโดยให้ผู้ป่วยเลือกคำที่อธิบายความปวดในปัจจุบัน (ไม่ปวด ปวดน้อย ปวดปานกลาง ปวดมากที่สุด) แบบประเมินนี้มีความเที่ยงและความตรงในการประเมินความรุนแรงความปวดในผู้สูงอายุ และเป็นวิธีที่ง่ายที่สุดในการประเมินและเป็นที่นิยมมากที่สุดโดยผู้สูงอายุ²⁶

FPS ถูกพัฒนาครั้งแรกเพื่อประเมินความรุนแรงของความปวดในเด็ก และได้ถูกนำมาใช้ในการประเมินผู้สูงอายุที่มีความจำเสื่อม ทั้ง FPS และ FPS-Revised (มีการเปลี่ยนภาพใบหน้า) ประกอบด้วยการแสดงออกของความปวดทางใบหน้า ตั้งแต่ปวดน้อยที่สุดไปจนถึงปวดมากที่สุด²⁶ การประเมินด้วย FPS ในผู้สูงอายุถือว่าเหมาะสมกว่าการประเมินแบบภาพอื่น ๆ เนื่องจากเป็นใบหน้าการ์ตูน ไม่ระบุอายุ เพศ และเชื้อชาติ

การประเมินผลกระทบของความปวดต่อหน้าที่ของร่างกาย ที่ใช้บ่อยคือประกอบด้วย Brief Pain Inventory (BPI) เครื่องมือนี้ถูกใช้ครั้งแรกกับผู้ป่วยมะเร็ง²⁷ เป็นเครื่องมือประเมินตนเองใน 3 ประเด็นคือ 1) การระบุตำแหน่งปวดและความรุนแรงความปวดด้วย NRS 2) การระบุเปอร์เซ็นต์ความปวดที่บรรเทาลงจากการรักษาด้วย NRS 3) ประเมินตามผลกระทบของความปวดที่มีต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย อารมณ์และความสุขในชีวิตพบว่าเครื่องมือนี้มีความตรงและความเที่ยงในการประเมินในผู้สูงอายุ²⁸ ในผู้สูงอายุการประเมินหน้าที่อาจจะพิจารณาได้จากการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์ธอลเอดีแอล (Barthel ADL index) เพื่อเป็นข้อมูลประกอบเพิ่มเติม

การสังเกตพฤติกรรมความปวด

การประเมินความปวดที่ครอบคลุม (Comprehensive assessment) นั้นรวมถึงการสังเกตพฤติกรรมที่ระบุถึงความปวด ภาวะบกพร่องทางสมองพบโดยส่วนใหญ่ในผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ทำให้ไม่สามารถบอกความปวดด้วยตัวเองได้ ในผู้ป่วยความจำเสื่อมและไม่สามารถบอกความปวดได้ จึงต้องมีการประเมินด้วยวิธีอื่นเพื่อระบุถึงความปวด สมาคมพยาบาลจัดการความปวดของประเทศ

สหรัฐอเมริกา แนะนำให้ใช้วิธีการตามลำดับ 4 ขั้นตอนในการประเมินความปวดในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ ดังนี้ 1) พยายามประเมินด้วยการให้ผู้ป่วยบอกก่อนเป็นลำดับแรก 2) หาสาเหตุที่ทำให้เกิดความปวด เช่น การผ่าตัด 3) การสังเกตพฤติกรรมที่ระบุ ความปวด และ 4) หาข้อมูลจากครอบครัวและผู้ดูแล²⁹ ถ้าทุกขั้นตอนได้ข้อมูลที่บ่งบอกความปวด พยาบาลควรสันนิษฐานว่าผู้ป่วยมีความปวดและสามารถเริ่มให้ยาบรรเทาปวดได้ และควรสังเกตสังเกตพฤติกรรมที่ระบุความปวด ก่อนและหลังการให้ยาบรรเทาความปวดเพื่อประเมินว่าการรักษานั้นมีประสิทธิภาพ หรือควรเพิ่มขนาดของยาเพื่อจัดการความปวดดีขึ้น

การสังเกตเพื่อประเมินพฤติกรรมปวดนั้น มุ่งเน้นที่ตัวบ่งชี้พฤติกรรมของความปวด^{21, 26} พฤติกรรมนั้นได้แก่ เกร็งกล้ามเนื้อแข็ง กัดฟันแน่น หน้าเขียวคล้ำ ครวญครางเสียงปวด เป็นต้น ในหอผู้ป่วยวิกฤติ สัญญาณชีพเป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้บ่อยในการระบุความปวด อย่างไรก็ตามความปวดเรื้อรังไม่สามารถใช้สัญญาณชีพเป็นตัวบ่งชี้ความปวดได้

ในช่วงหลายสิบปีที่ผ่านมามีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมินตัวบ่งชี้พฤติกรรมของความปวดมากมาย เครื่องมือเหล่านี้มีความแตกต่างของเนื้อหาการประเมิน การประเมินผลรวม และการให้คะแนน บางเครื่องมือถูกทดสอบแสดงถึงการใช้ได้ของเครื่องมือ แต่หลายเครื่องมือต้องการทดสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือก่อนที่จะสามารถใช้งานอย่างแพร่หลาย³⁰ ไม่มีเครื่องมือใดที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้าง ขวางในทุกสภาวะแวดล้อม หรือกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถพูดได้ทั้งหมด คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญผู้สูงอายุและความปวดให้ข้อเสนอแนะว่า เครื่องมือประเมินพฤติกรรมบ่งชี้ความปวด คือ Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale³¹ เป็นเครื่องมือประเมินพฤติกรรม 5 รายการ ประกอบด้วย 1) การหายใจ 2) เสียง 3) การแสดงออกทางใบหน้า 4) การเคลื่อนไหว 5) การกลืน PAINAD scale สามารถใช้ได้ง่ายในทางปฏิบัติ คุณภาพของเครื่องมือมีความตรงและความเที่ยง

การจัดการความปวดในผู้สูงอายุ

การจัดการความปวดด้วยยา

การจัดการความปวดด้วยยาเป็นวิธีการรักษาทางเลือกแรกและใช้กันอย่างแพร่หลายในการบรรเทาความปวดในผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่ยาที่ให้ในกลุ่มยา NSAIDs คลายกล้ามเนื้อ กลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น และยาที่ใช้ร่วมรักษา การใช้ยากลุ่มนี้กับผู้สูงอายุต้องระวัง ทั้งนี้ร่างกายผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงมีผลต่อเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) และ เภสัชพลศาสตร์ (Pharmacodynamics) สมาคมผู้สูงอายุแห่งสหรัฐอเมริกา และองค์การอนามัยโลก เสนอแนะแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดด้วยยาสำหรับผู้สูงอายุ³² โดยมีหลักการดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะโดยสมาคมผู้สูงอายุแห่งสหรัฐอเมริกา

ยากลุ่มที่ไม่ใช่อนุพันธ์ฝิ่น (Nonopioids)

1. ยา Acetaminophen ควรเป็นตัวเลือกแรกที่ใช้ในการจัดการความปวดเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งปวดกล้ามเนื้อและกระดูก เนื่องจากมีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย

1.1 ข้อห้ามเด็ดขาดในผู้ป่วยที่มีภาวะตับวาย

1.2 ข้อห้ามและข้อควรระวังในผู้ป่วยบกพร่องการทำงานของตับ ผู้เสพสุราเรื้อรัง

1.3 ขนาดยาสูงสุดที่ได้รับต่อวัน ไม่ควรเกิน 4000 มิลลิกรัม ต่อวัน และคำนวณนับจากส่วนผสมที่มีอยู่ในยาอื่นด้วย เช่นจากยา Acetaminophen ผสมในยาแก้หวัด

2. ยากลุ่ม ต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (Non-steroidal anti-inflammatory drugs : NSAIDs) และ กลุ่มยับยั้งการทำงานของ เอนไซม์ cyclooxygenase (COX-2) พิจารณาเป็นรายบุคคลด้วยความระมัดระวัง

2.1 ข้อห้ามเด็ดขาดในผู้ป่วยที่มีปัญหาแผลในระบบทางเดินอาหาร (Peptic ulcer) โรคไตวายเรื้อรัง (Chronic kidney disease) และหัวใจวาย (Heart failure)

2.2 ข้อควรระวังในผู้ป่วย ที่มีความดันโลหิตสูง (Hypertension) มีประวัติเคยมีแผลในระบบทางเดินอาหาร รับประทานยากลุ่ม Corticosteroids หรือ กลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors

3. ในผู้สูงอายุที่รับประทานยาในกลุ่ม NSAIDs ควรได้รับยาในกลุ่ม Proton pump inhibitor (Omeprazole) เพื่อป้องกันแผลในระบบทางเดินอาหาร
4. ผู้ป่วยที่ได้รับประทานยา COX-2 selective inhibitor และ Aspirin ควรได้รับยาในกลุ่ม proton pump inhibitor (Omeprazole) เพื่อป้องกันแผลในระบบทางเดินอาหาร
5. ผู้ป่วยไม่ควรรับประทานยามากกว่าหนึ่งชนิดของ NSAID หรือ COX-2 selective inhibitor สำหรับบรรเทาความปวด
6. ผู้ป่วยที่รับประทาน Aspirin สำหรับป้องกันโรคหัวใจไม่ควรใช้ยา ibuprofen ในการจัดการความปวด
7. ผู้ป่วยที่รับประทาน NSAIDs และ COX-2 selective inhibitors ควรจะประเมินระบบทางเดินอาหารและ พืชต่อไต และภาวะความดันสูง

ยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่น (Nonopioids)

ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงความปวดระดับปานกลางและรุนแรง ทำให้การทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตลดลงควรพิจารณาการรักษาด้วย opioid โดยมีหลักการดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยที่มีความปวดบ่อยหรือต่อเนื่องในชีวิตประจำวันอาจได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาตลอด 24 ชั่วโมง
2. บุคคลากรด้านสุขภาพควรประเมินอาการข้างเคียงของยา Opioid
3. ไม่ควรใช้ยา acetaminophen หรือ NSAIDs ในปริมาณขนาดมากที่สุดเมื่อใช้ ร่วมกับ opioid เป็นส่วนหนึ่งของยาบรรเทาความปวด
4. เมื่อใช้ Opioid ชนิด Long-acting ในการรักษา อาจจะมี Breakthrough pain ควรประเมิน และป้องกันและให้ opioid ชนิด Short-acting immediate-release
5. ผู้ป่วยที่ใช้ยาบรรเทาปวด opioid ควรได้รับการประเมินใหม่เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ประเมินผลข้างเคียงเพื่อให้การใช้ยาปลอดภัย

ยากลุ่มรักษาร่วม (Adjuvant Analgesic Drugs)

ผู้ป่วย Neuropathic pain มักจะได้รับการรักษาด้วยยากลุ่มรักษาร่วมยากลุ่มนี้ประกอบด้วย Antidepressants และ Anticonvulsants เป็นต้น โดยมีหลักการดังนี้

1. ผู้ป่วย Fibromyalgia ควรบรรเทาความปวดด้วยยากลุ่มรักษาร่วม
2. ผู้ป่วยที่มีความปวดเรื้อรัง อาจจะได้รับยาบรรเทาความปวดด้วยยากลุ่มรักษาร่วม เช่น ปวดหลัง

3. ยากลุ่ม Tertiary tricyclic antidepressants เช่น Amitriptyline imipramine และ Doxepin ควรหลีกเลี่ยงในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงของฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ เช่น Anticholinergic effects และความผิดปกติของความสามารถของสมอง

4. การรักษาควรเริ่มจากขนาดของยาน้อยที่สุดและเพิ่มขนาดอย่างช้าๆ ประเมินการตอบสนองและผลข้างเคียงของยา เนื่องจากยาบางตัวออกฤทธิ์ล่าช้า ตัวอย่างเช่น gabapentin อาจจะใช้เวลา 2 ถึง 3 สัปดาห์ สำหรับการเริ่มออกฤทธิ์ที่มีประสิทธิภาพของยา

ข้อเสนอแนะโดยองค์การอนามัยโลก

การจัดการความปวดตามขั้นบันได (Analgesic Ladder) ขององค์การอนามัยโลกนั้นมีหลักการดังนี้ ความปวดรุนแรงเล็กน้อย (NRS = 1-3) ให้เริ่มด้วยยา Acetaminophen

1. ความปวดรุนแรงเล็กน้อย ถึงความปวดรุนแรงปานกลาง (NRS = 4-6) ไม่สามารถบรรเทาความปวดด้วย acetaminophen ควรให้การรักษาด้วยยาากลุ่ม NSAIDs

2. ความปวดรุนแรงปานกลาง ให้ยาากลุ่ม weak opioid เช่น codeine ร่วมกับยาากลุ่ม acetaminophen หรือ NSAIDs

3. ความปวดรุนแรงมาก (NRS=7-10) ให้ยาากลุ่ม strong opioid เช่น morphine หรือ hydromorphone fentanyl และ oxycodone ร่วมกับยาากลุ่ม acetaminophen หรือ NSAIDs

4. ยาร่วมรักษาความปวด อาจต้องใช้เพื่อลดความวิตกกังวล

องค์การอนามัยโลกให้ข้อเสนอแนะว่า ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาความปวดเรื้อรัง หรือ Cancer pain ใช้แนวปฏิบัตินี้มีความเหมาะสมเพื่อบรรเทาความปวดของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามพยาบาลควรประเมินและให้การดูแลเฉพาะราย ติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

การเปลี่ยนแปลงในทางเภสัชจลศาสตร์ ในผู้ป่วยสูงอายุ

เมื่อเทียบกับประชากรที่มีอายุน้อยกว่า มียาบางชนิดหรือยาในกลุ่มอนุพันธ์อื่นที่ใช้ต้องมีการพิจารณาเป็นพิเศษเมื่อใช้สำหรับการจัดการความปวดในผู้ป่วยสูงอายุ อายุที่เพิ่มขึ้น ปัญหาที่สำคัญที่พบบ่อยคือการลดลงในการกำจัดของเสียของไต

ซึ่งอาจจะทำให้การขับออกของยาลดลงและเกิดผลเสียได้ ในผู้ป่วยสูงอายุควรประมาณค่าการทำงานของไตเพื่อที่เลือกหรือปรับขนาดยา ยาที่ต้องพิจารณาของการทำงานของไตของผู้ป่วย เช่น เมื่อใช้ยา กลุ่ม NSAIDs มอร์ฟีน Meperidine (Pethidine) และ Gabapentin (Meperidine ไม่เหมาะสมใช้ในผู้ป่วยสูงอายุเนื่องการสะสมมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง)²⁴

กลุ่ม NSAIDs ในผู้สูงอายุต้องระวังอาการข้างเคียงของระบบทางเดินอาหาร อาจจะทำให้เกิดปัญหา Dyspepsia แผลในกระเพาะอาหาร เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร และเกิดการทะลุได้ ผลต่อไตที่เกิดขึ้นคือการคลั่งของน้ำ hyperkalemia เกิดภาวะเลือดไปเลี้ยงไตลดลง ทำให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันได้ ดังนั้นการให้ยา NSAID เพื่อจัดการความปวดในผู้สูงอายุจึงต้องระวังเป็นพิเศษ¹⁵

การดูดซึมของยาบรรเทาความปวดในผู้สูงอายุ การใช้ Fentanyl transdermal (Fentanyl แผ่นแปะติดที่ผิวหนัง) ในผู้สูงอายุ พบว่าระดับความเข้มข้นในเลือดสูงในผู้ป่วยสูงอายุเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าหลังจากใช้ Fentanyl transdermal เป็นเวลา 24 ชั่วโมง การบริหาร Transdermal fentanyl ในผู้สูงอายุต้องติดตามอาการข้างเคียง Opioid toxicities¹⁴ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีความไวต่อคุณสมบัติของยาบรรเทาปวดและผลข้างเคียงของ Opioids ควรเริ่มต้นใช้ยาที่ขนาดมีต่ำ และเพิ่มความระมัดระวังในการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุที่รักษาด้วยยา Opioid มีอาการข้างเคียงที่ทำให้ท้องผูก ควรให้ยาป้องกันทันทีเมื่อให้ Opioids ยาที่แนะนำเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาภาวะท้องผูกคือ ยาระบายชนิดกระตุ้น เช่น มะขามแขก (Senna) ยาที่ทำให้อุจจาระอ่อนตัว (Sodium docusate) ควรเลี่ยงยากลุ่ม Bulk-forming agents เช่น Psyllium ในอาการท้องผูกที่เกิดจากการใช้ opioid⁷

สรุป

ความปวดในผู้สูงอายุ เกิดได้หลายประเภท ประกอบด้วย ความปวดเฉียบพลัน เรื้อรัง หรือ Nociceptive pain และ Neuropathic pain การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพเริ่มจากการประเมินความปวด ดังนั้นการประเมินความปวดจึงมีความสำคัญ พยาบาลต้องเข้าใจและมีความรู้เกี่ยวกับเครื่องมือประเมินการบอกความปวดด้วยตนเองเป็นมาตรฐานของการประเมินความปวด ในผู้สูงอายุสมองเสื่อมไม่สามารถบอกความปวดได้ การสังเกตพฤติกรรมที่บ่งชี้ความปวดเป็นเครื่องมือที่ถูกนำมาใช้ในทางปฏิบัติ การจัดการความปวดด้วยยาเป็น

ทางเลือกแรกในการจัดการความปวด การใช้บรรเทาความปวดในผู้สูงอายุต้องมีความระวัง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุทางเภสัชวิทยาและสรีรวิทยา การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ บทบาทของพยาบาลในการประเมินและจัดการความปวดในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ

อ้างอิง

1. Molton IR, Terrill AL. Overview of persistent pain in older adults. *Am Psychol* 2014;69:197-207.
2. Patel KV, Guralnik JM, Dansie EJ, Turk DC. Prevalence and impact of pain among older adults in the United States: findings from the 2011 National Health and Aging Trends Study. *Pain* 2013;154:2649-57.
3. รังสิยา นารินทร์, วิลาวณิชย์ เตือนราษฎร์, วราภรณ์ บุญเชียง. การพัฒนาโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *พยาบาลสาร* 2558;42:170-81.
4. พุทธิพร พิธานธนาคุณ, ปัทมา สุริต. การจัดการความปวดเรื้อรังของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* 2554;29:58-68.
5. ธนบดี ชุ่มกลาง, รุจิรา ดวงสงค์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการบรรเทาความปวดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัย มข. (บศ.)* 2555;12:46-56.
6. Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliott AM, Gaffin J, Jones D, et al. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing* 2013;42 (Suppl.):i1-57.
7. Sawas SM, Gibson SJ. Overview of pain management in older adults. *Clin Geriatr Med* 2016;32:635-50.
8. Merskey H. Logic, truth and language in concepts of pain. *Quality of Life Research* 1994;3(Suppl.1):S69-S76.
9. Melzack R, Casey KL. Sensory, motivational, and central control determinants of pain: a new conceptual model in pain. In: Kenshalo

- DRJ, editor. The skin senses: Proceedings. Springfield (Illinois): Charles C. Thomas; 1968. p.63.
10. McCaffery M. Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions: University of California Print. Office; 1968.
11. Woolf CJ. Pain: moving from symptom control toward mechanism-specific pharmacologic management. *Ann Intern Med* 2004;140:441-51.
12. Hallingbye T, Martin J, Viscomi C. Acute postoperative pain management in the older patient. *Aging Health* 2011;7:813-28.
13. Bruckenthal P, Reid MC, Reisner L. Special issues in the management of chronic pain in older adults. *Pain Medicine*. 2009;10(suppl_2):S67-S78.
14. Persons O. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:1331-46.
15. Makris UE, Abrams RC, Gurland B, Reid MC. Management of persistent pain in the older patient: a clinical review. *Jama* 2014;312:825-37.
16. Bruce J, Quinlan J. Chronic post surgical pain. *Reviews in pain* 2011;5:23-9.
17. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *The Lancet* 2006;367:1618-25.
18. McAuliffe L, Nay R, O'Donnell M, Fetherstonhaugh D. Pain assessment in older people with dementia: literature review. *Journal of advanced nursing* 2009;65:2-10.
19. McCaffery M, Pasero C. Pain assessment and pharmacologic management. St Louis: Mosby; 2011.
20. Reid MC. Expanding Targets for Intervention in Later Life Pain: What Role Can Patient Beliefs, Expectations and Pleasant Activities Play?. *Clin Geriatr Med* 2016;32:797-805. doi: 10.1016/j.cger. 2016.06.009

- 21.Horgas AL, Elliott AF, Marsiske M. Pain Assessment in Persons with Dementia: Relationship Between Self-Report and Behavioral Observation. J Am Geriatr Soc 2009;57:126-32.
- 22.Herr K. Pain assessment strategies in older patients. J Pain 2011;12(Suppl.1):S3-S13.
- 23.Reinhard SC, Levine C, Samis S. Home alone: Family caregivers providing complex chronic care: AARP Public Policy Institute Washington, DC; 2012.
- 24.Guerriero F, Bolier R, Van Cleave JH, Reid MC. Pharmacological approaches for the management of persistent pain in older adults: What nurses need to know. J Gerontol Nurs 2016;42:49-57.
- 25.Wood BM, Nicholas MK, Blyth F, Asghari A, Gibson S. Assessing pain in older people with persistent pain: the NRS is valid but only provides part of the picture. J Pain 2010;11:1259-66.
- 26.Herr K, Bjoro K, Decker S. Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of-the-science review. J Pain Symptom Manage 2006;31:170-92.
- 27.Cleeland C, Ryan K. Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. Ann Acad Med Singapore 1994;23:129-38.
- 28.Keller S, Bann CM, Dodd SL, Schein J, Mendoza TR, Cleeland CS. Validity of the brief pain inventory for use in documenting the outcomes of patients with noncancer pain. Clin J Pain 2004;20:309-18.
- 29.Herr K, Coyne PJ, Key T, Manworren R, McCaffery M, Merkel S, et al. Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. Pain Manag Nurs 2006;7:44-52.
- 30.Herr K, Coyne PJ, McCaffery M, Manworren R, Merkel S. Pain assessment in the patient unable to self-report: position statement with clinical practice recommendations. Pain Manag Nurs 2011; 12:230-50.

- 31.Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. J Am Med Dir Assoc 2003;4:9-15.
- 32.Kaye AD, Baluch A, Scott JT. Pain management in the elderly population: a review. Ochsner J 2010;10:179-87.

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ

ชนิดถาวร : การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ

สุเพียร โภคทิพย์ ปร.ด.*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหัวใจเต้นช้าเนื่องจากความเสื่อมของเซลล์นำไฟฟ้าหัวใจพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและผู้สูงอายุ จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร Permanent pacemaker (PPM) อย่างไรก็ตามองค์ความรู้ในเรื่องนี้ยังมีจำกัด จึงได้ทบทวนรายงานการศึกษาต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร ซึ่งใช้การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการของ Cooper สืบค้นโดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นจากฐานข้อมูล จากรายงานทั้งหมด 16 เรื่อง มีทั้งงานวิจัยและรายงานผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่ศึกษาในประเทศตะวันตก กลุ่มตัวอย่างมีตั้งแต่ 1-5,200 คน อายุเฉลี่ย 67.86 ปี อายุระหว่าง 33-88 ปี ผลการสังเคราะห์พบ 3 ประเด็นหลักดังนี้ 1) ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ (1) การทำงานของเครื่องผิดปกติ พบ 4.9% (2) การติดเชื้อผิวหนังที่ทำการฝังเครื่อง กระตุ้นไฟฟ้า พบ 0.7% (3) การเกิดหลอดเลือดดำส่วนบนอุดตันและ (4) การเกิดก้อนลิ่มเลือด พบ 5.2% พบได้สูงในผู้ป่วยที่ได้รับยา DAPT 2) การปรับตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใส่ PPM พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและความเครียดสูง และคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและจิตวิญญาณต่ำ และรู้สึกรำคาญชีวิตมีข้อจำกัด 3) บทบาทพยาบาลในการดูแลพบว่า พยาบาลจะต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินภาวะแทรกซ้อนได้ และมีการจัดโปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อลดความวิตกกังวล การจัดการความเครียด รวมทั้งการใช้โทรศัพท์ติดตามอาการหลังการใส่เครื่อง PPM ดังนั้น การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลมีความจำเป็น ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่อง PPM เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่กับเครื่องกระตุ้น PPM ได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร, การพยาบาล, ภาวะแทรกซ้อน, ผู้สูงอายุ

* โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

Nursing Role in Permanent Pacemaker Patients:

Integrative review

Supian Pokathip Ph.D.*

Abstract

Bradycardia patients due to deterioration of cardiac conduction was often found in patients with acute myocardial infraction (MI) and elderly. Those patients need to treat with the Permanent pacemaker (PPM). However, nurse' knowledge and nursing role in PPM remain were unclear. The purpose of this integrative review was to explore nurse' knowledge and nursing role in PPM. Following Cooper's method, key word terms were used to search in database. There were 16 articles that met the criteria's study including research study and case reports. Majority of studies was in western countries. There were between 1-5,200 for sample size, and 67.86 year (range 33-88) for mean age. There were three themes. First, complications were found in elderly that consisted of (1) malfunction (4.9%), (2) skin infection (0.7%), (3) obstruction of vein and, (4) hematoma in patient taking DAPT (5.2%). Second, adaptation and quality of life in patients with PPM were found that the patients increased anxiety and depression. Also, they had the lowest quality of life in psychological and spiritual domains; and felling limitation of their life. Finally, nursing role was in that nurses need to have knowledge to assess complication and created counseling program to reduce anxiety and coping stress, and mobile phone follow up post PPM. So, enhancing nurses' competencies is needed to caring PPM patients that can help patients effective adapting and increase quality of life.

Key word: permanent pacemaker, nursing care, complication and elderly

* Sunpasitthiprasong hospital

Corresponding e-mail: su.pian@hotmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยหัวใจเต้นช้าเนื่องจากจากการนำกระแสไฟฟ้าจาก AV node สู่วেন্টริเคิลถูกปิดกั้นแบบสมบูรณ์ (Third degree A-V Block หรือ Complete Heart Block) พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากความเสื่อมของเซลล์ที่นำไฟฟ้าของกล้ามเนื้อหัวใจ (Degenerative disease) ทำให้การนำไฟฟ้าของหัวใจที่ปุ่มเอวี (AV -node) ไม่สามารถผ่านไปยังหัวใจห้องล่าง (เวนทริเคิล) ได้หัวใจห้องล่างจึงสร้างคำสั่งในการหดตัวใหม่ทำให้การหดตัวของหัวใจห้องบนและห้องล่างไม่สัมพันธ์กัน และพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจคลื่น P wave ไม่สัมพันธ์กับ QRS complex¹ ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง เกิดอาการหน้ามืด วูบ เป็นลมหมดสติ (Adams-stoke syndrome) เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ง่าย ภาวะนี้ยังพบร่วมกับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันซึ่งอาจจำเป็นต้องใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร (Permanent Pacemaker: PPM) จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตได้ ปัจจุบันการใส่เครื่องนี้มีแนวโน้มสูงขึ้น พยาบาลที่ให้การดูแลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามองค์ความรู้ดังกล่าวยังมีจำกัด ผู้เขียนจึงได้ทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร

วัตถุประสงค์ของการทบทวนวรรณกรรม

เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร

วิธีดำเนินการ

ใช้การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ ของ Cooper (1998)² ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การกำหนดปัญหา ขั้นที่ 2 การรวบรวมข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ขั้นที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพงานวิจัย และ ขั้นที่ 4 การวิเคราะห์และตีความ

การสืบค้นวรรณกรรม

การรวบรวมข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นคือ Permanent pacemaker และ Nursing care, Nursing role สืบค้นจาก

ฐานข้อมูล CINAHL ระหว่างปี 2000 -2017 เกณฑ์ในการคัดเลือกรายงานวิจัยเข้าในการศึกษา คือต้องเป็นงานวิจัยหรือรายงานผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจชนิดถาวรทั้งงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณหรือรายงานผู้ป่วยที่มีรายงานวิจัยฉบับเต็มตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ

การประเมินคุณภาพของวรรณกรรม

การตรวจสอบคุณภาพงานวิจัยโดยใช้เกณฑ์ประเมินตามแนวทาง The Basic Research Review Check list (BRR)³ (ภาคผนวก) งานวิจัยส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 80

การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นที่ 2 สืบค้นได้ทั้งหมด 24 เรื่อง เข้าได้กับเกณฑ์ 16 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ 7 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) 3 เรื่อง ทาความสัมพันธ์ 3 เรื่อง และการวิจัยเชิงพรรณนา 1 เรื่อง มีงานวิจัยที่เป็นการทบทวนวรรณกรรม 3 เรื่อง และเป็นรายงานผู้ป่วย (Case report) จำนวน 6 เรื่อง ประเทศที่ศึกษาส่วนใหญ่คืออเมริกา 5 เรื่อง อังกฤษ 4 เรื่อง ฝรั่งเศส เนเธอร์แลนด์ เดนมาร์ก สโลวาเกีย อินเดีย บราซิล อียิปต์ อย่างละ 1 เรื่อง การศึกษาส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรและ Cardiac device ICD มีทั้งผู้หญิงและผู้ชาย จำนวนเริ่มตั้งแต่รายงานผู้ป่วย 1 ราย และการศึกษาย้อนหลังจากฐานข้อมูลสูงสุดจำนวน 5,200 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 67.86 ปี อายุอยู่ระหว่าง 33-88 ปี มีเพียง 1 การศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล อายุเฉลี่ย 34.85 ปี อายุระหว่าง 31-35 ปี

การนำเสนอผล

การวิเคราะห์และตีความ ประเด็นที่ศึกษา ส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่ การติดเชื้อ MRSA ที่ Pocket⁴ การเกิด Hematoma⁵ การเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตันที่ส่วนบนของร่างกาย (Upper extremity deep vein thrombosis)⁶ ส่วนรายงานผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นการรายงานเกี่ยวกับอาการ Twiddler's syndrome จำนวน 6 เรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ของการใช้ยา Warfarin ASA และยา Clopidogrel และการเกิด Hematoma ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ และ

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร และการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ของพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรสามารถสังเคราะห์ได้ 3 ประเด็น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ภาวะแทรกซ้อน (Complication) แบ่งย่อยได้ 5 หัวข้อ

1.1 การทำงานของเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรที่ผิดปกติ (Mal function) มี 7 การศึกษาโดยพบว่าภาวะ Twiddler's syndrome มีการศึกษามากที่สุดจำนวน 5 การศึกษา Twiddler's syndrome หมายถึงการที่ผู้ป่วยหมุนเครื่องกระตุ้นเองทำให้เครื่องหรือสายลืออยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้สายลือหักฉีกฉีกพันพันจนไม่สามารถทำงานได้ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจชนิดถาวร รายงานครั้งแรกโดย Bayliss et al. ในปี 1968⁷ การศึกษาส่วนใหญ่เป็นรายงานผู้ป่วยพบในผู้ป่วยชาย 4 คน ผู้หญิง 1 คน สาเหตุเนื่องจากความผิดปกติด้านร่างกาย 3 คนด้านจิตใจ 1 คน ที่มีปัญหาด้านจิตเวชเป็น Obsessive compulsive⁸ หลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจประมาณ 16 เดือนแล้วมีความวิตกกังวลสูงกลัวเกิดอาการขึ้นอีก กลัวตายและวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำงานของเครื่อง กลัวเครื่องไม่ทำงานจึงมีการตรวจสอบการทำงานของเครื่องเป็นประจำโดยการหมุนเครื่องกระตุ้นจึงหวั่นไหวการเต้นของหัวใจทุกวันประมาณวันละ 50 ครั้งจนเครื่องย้ายตำแหน่งจากด้านขวาอยู่ที่ด้านซ้ายและไม่สามารถทำงานได้ (ภาพที่ 1)

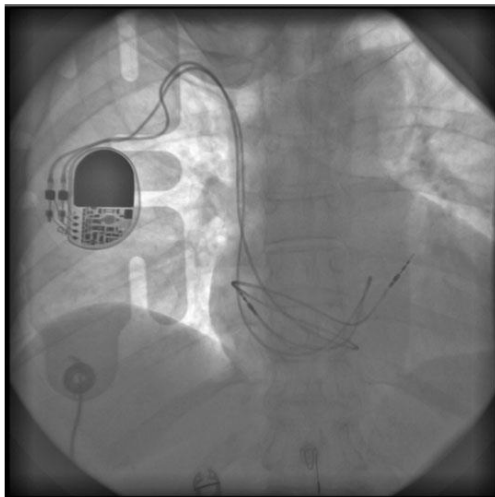


ภาพที่ 1 ลักษณะของการเกิด Twiddler's syndrome

ที่มา :PACE 2009;32:400

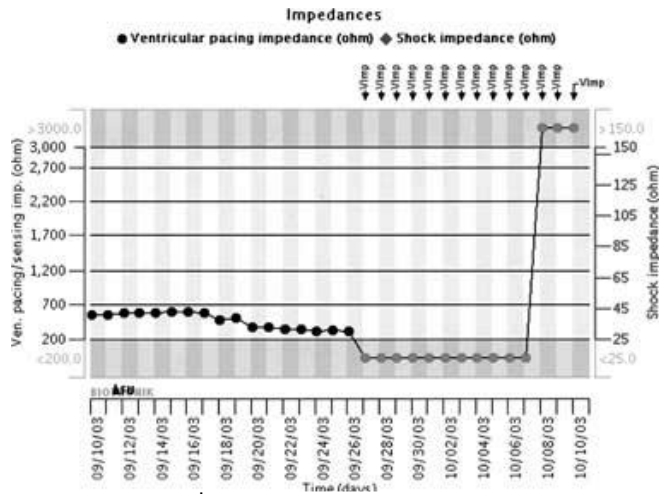
ส่วนผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านร่างกายที่เหนียวนาให้เกิดภาวะ Twiddler's syndrome ได้แก่ผู้ป่วยที่เป็นโรค Parkinson หลังใส่เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจ

ชนิดถาวร ชนิดDDD mode⁹ ประมาณ 2 สัปดาห์ผู้ป่วยมีอาการกระตุกที่กล้ามเนื้อหน้าท้องเป็นพักๆ ผลการตรวจทางรังสีทรวงอก พบสายล่ออยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจเกิดจากการกระตุกของกล้ามเนื้อจากโรค Parkinson แพทย์แก้ไขให้ใหม่และปรับเป็น VVIR mode และการออกกำลังกายโดยการยกแขนข้างขวาเหนือไหล่ในช่วงแรกหลังการใส่เครื่องกระตุ้น¹⁰ พบอาการหลังใส่ประมาณ 4 ปี (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 ลักษณะของการเกิด Reverse Twiddler's syndrome
ที่มา : PACE 2009; 32:146

ส่วนอีก 1 การศึกษาเป็นการศึกษาเพื่อประเมินความแม่นยำของการติดตามการเกิด Twiddler's syndrome โดยใช้เครื่องติดตามในบ้าน¹¹ พบการเกิด Twiddler's syndrome ในผู้ป่วยชายอายุ 68 ปี หลังใส่เครื่องกระตุ้น 43 วัน โดยพบสัญญาณจากเครื่องติดตามสูงขึ้นมาก ที่แสดงว่าอาจเกิดการหักพับของสายล่อ (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 ลักษณะของการเปลี่ยนแปลงสัญญาณความต้านทานผิวหนังสูงขึ้นมากใน
เครื่องติดตามการเปลี่ยนแปลงที่บ้าน (Home monitoring report)

ที่มา :PACE 2004;27:1151

โดยสรุปการเกิด Twiddler's syndrome ส่วนใหญ่พบในผู้ชาย 3 คน ผู้หญิง 1 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 68.6 ปี อายุน้อยที่สุด 47 ปี อายุมากที่สุดคือ 86 ปี มีปัญหาด้านจิตเวช 1 คน มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย 2 คน ระยะเวลาที่พบการเกิด Twiddler's syndrome พบได้ตั้งแต่ระยะแรกหลังใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจที่สดประมาณ 2 สัปดาห์ นานสุด 12 ปี และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสายลืออยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม (Lead displacement) ใน Ventricle พบ 1% และใน Atrial leads พบ 2-3% ซึ่งพบใน 6 สัปดาห์แรกหลังการใส่เครื่อง PPM สาเหตุเนื่องจากผู้ป่วยขยับเลื่อนสายเอง (Twiddler's syndrome)¹² แต่ในการศึกษานี้กลับพบว่า Twiddler's syndrome พบบ่อยในผู้หญิงวัยกลางคน รูปร่างอ้วน เนื่องจากผลผ่าตัดใหญ่กว่าขนาดเครื่องทำให้เครื่องไม่ทำงาน (Under sensing Over sensing Pacemaker syndrome) พบบ่อยในกรณีที่ใส่เครื่องกระตุ้นชนิดห้องเดียวแบบ VVI

ส่วนอีก 1 การศึกษาเกี่ยวกับผลของการทำงานผิดปกติของเครื่องซึ่งทำให้เกิดอาการหน้ามืดวิงเวียน หมดสติในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร¹³ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังโดยทบทวนจากฐานข้อมูลตั้งแต่ ในปี 1996 - 2012 ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรจำนวน 162 คน ตัดสินว่าเป็นการทำงานที่ผิดปกติ (Pacemaker malfunction) โดยแพทย์ 2 คนที่อิสระต่อกันถ้า 2 คนเห็นไม่

ตรงกันจะใช้คนที่ 3 ตัดสิน พบว่า ผู้ป่วยที่มีการทำงานเครื่องกระตุ้นผิดปกติ (Pacemaker malfunction) ทำให้เกิดอาการหน้ามืดวิงเวียน (Syncope) น้อยเพียง 8 คน (4.9%) ซึ่งพยาบาลที่ดูแลจะต้องมีความรู้ และมีทักษะมีความสามารถในการประเมินการทำงานของเครื่องที่มีประสิทธิภาพได้

1.2 การติดเชื้อ (Infection) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย 0.7% มีทั้งการติดเชื้อผิวหนังและบริเวณที่ฝังเครื่องกระตุ้น (Pocket) มีการศึกษาจำนวน 4 การศึกษา เป็นการศึกษาเกี่ยวกับเทคนิคการทำแผลโดยใช้ Negative pressure และการเปรียบเทียบการใช้น้ำยาในการทำแผล โดยมีการประยุกต์ใช้เทคนิค Negative pressure ในการทำแผลติดเชื้อ MRSA⁴ ที่แผล Pocket ในผู้ป่วยใส่เครื่อง กระตุ้นหัวใจ ชนิดถาวรมา 11 ปี มาผ่าตัดเปลี่ยนแบตเตอรี่หลังการผ่าตัด 11 วัน แผลที่ฝังเครื่องกระตุ้นมีหนองได้รับยาปฏิชีวนะและผู้ป่วยมาล้างแผลที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นเวลา 3 สัปดาห์อาการติดเชื้อดีขึ้นแต่แผลยังไม่หายจึงใช้ เทคนิค Negative pressure ทำแผลในสัปดาห์ที่ 8 พบว่าแผลหายดีในสัปดาห์ที่ 13 (ภาพที่ 4)



ภาพที่ 4 ลักษณะของการเปิดบาดแผลที่พบสายลือที่ม้วนพับ
ที่มา: PACE 2004;27:1152

ส่วนอีก 1 การศึกษาเป็นการเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อ¹⁴ จากการใช้ น้ำยาล้างแผลที่ต่างกัน NSSและยา Betadine แต่เป็นการศึกษาย้อนหลังโดยทบทวน จากฐานข้อมูลการบันทึกการทำแผลในแบบบันทึกรายงานการผ่าตัดผู้ป่วยใส่ เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร (PPM) และใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติ (ICD) ของ Creighton University อเมริกา ในปี 1994-2002 จำนวน 2,564 ราย

แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ใช้ Betadine จำนวน 1359 ราย กลุ่มที่ 2 ใช้ NSS จำนวน 1205 ราย พบว่าเกิด Pocket infection 18 คน (0.7%) โดยทั้ง 2 กลุ่ม อัตราการติดเชื้อไม่แตกต่างกัน ซึ่งกลุ่มที่ใช้ Betadine เกิด 10 คน (0.7%) กลุ่มที่ใช้ NSS เกิด 8 คน (0.66%) ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ทั้งการติดเชื้อผิวหนังบริเวณที่ฝังเครื่องกระตุ้น (Pocket) อัตราการให้ ยาปฏิชีวนะ การใส่เครื่องใหม่ ไม่แตกต่างกัน อัตราการเสียชีวิตพบกลุ่มละ 1 คน อย่างไรก็ตามจึงควรมี การศึกษาต่อเพิ่มเติม โดยมีการควบคุมตัวแปรที่สำคัญก่อนนำไปประยุกต์ใช้

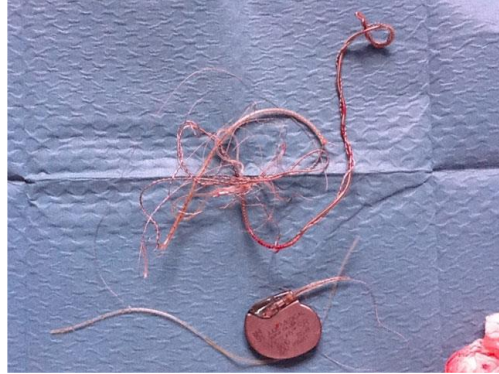
1.3 หลอดเลือดดำส่วนบนอุดตัน /ภาวะ Superior vena cava obstruction syndrome (SVCS) มี 2 การศึกษา เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบน้อย ประมาณ 1:40,000–1:250¹² โดยพบหลังใส่เครื่อง กระตุ้นหัวใจชนิดถาวรมากกว่า 1 เดือน ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการแขนบวม หายใจหอบ และการศึกษาหลอดเลือดดำส่วนบนอุดตันที่สัมพันธ์กับการใส่เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจชนิดถาวร⁶ แต่เป็นการศึกษา ย้อนหลัง จากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดใส่เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจชนิดถาวร จำนวน 5,200 ราย ส่วนใหญ่ ใส่แบบ Single chamber ชนิด VVI พบ 90% ชนิด AAI พบ 2 % และกระตุ้นแบบสองห้อง DDD 7% ส่วนใหญ่ 80% จะผ่านทางหลอดเลือดดำ Cephalic vein ส่วนผู้ป่วยที่กระตุ้นแบบสองห้อง จะผ่านทาง Subclavian vein พบว่าเกิดหลอดเลือดดำส่วนบนอุดตัน 20 ราย (0.38%) เป็นชาย 14 คน (70%) อายุเฉลี่ย 64.5 ปี อายุ 34-88 ปี ส่วนใหญ่เกิดใน 6 เดือนหลังทำ PPM เฉลี่ย 2.4 เดือน ตำแหน่งที่อุดตันที่พบบ่อยที่สุดถึง 90%คือ Ipsilateral upper extremity เกิด limb pain 45% erythema 15% โดย 12 คน เคยทำ TPM มาก่อน ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือเป็นโรคเบาหวาน 45% สูบบุหรี่ 35% ความดันโลหิตสูง 30% อ้วน BMI ≥ 30 พบ 30% ประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย 25% COPD 20% CHF 15% ไม่ได้รับยา Antiplatelet 25% ผู้ป่วยที่หลอดเลือดดำส่วนบนอุดตัน จะได้รับการรักษาด้วยยา Unfractionated heparin (UFH) ทางหลอดเลือดดำ เป็นเวลา 5 วันและให้ยา warfarin ต่ออีก 6 เดือน โดยให้ค่า PTT 2-3 เท่า หลังการรักษา 6 เดือนมีการประเมินการทำงานของหลอดเลือดดำโดยการทำ Venogram พบว่า 17 คน (85%) ไม่พบการอุดตันหลอดเลือดดำ ส่วนอีก 3 คนยังมีอาการ

1.4 การเกิดลิ่มเลือด (Hematoma) การเกิด Hematoma และ Pocket bleeding มี 2 การศึกษา เกี่ยวกับอัตราการเกิดพบได้ 5.2%¹² และการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดกับการเกิดลิ่มเลือด

(Hematoma) ในผู้ป่วยใส่เครื่อง PPM¹⁵ โดยเป็นการการศึกษาย้อนหลังในปี ค.ศ. 2007-2009 จำนวน 200 คน ส่วนใหญ่เป็นโรค CAD 127 (63.5%) ได้รับยา warfarin 58 คน (29%) ASA 112 ราย (56%) Clopidogrel 23 คน (11.5%) ได้รับยา DAPT (ASA และ Clopidogrel) 20 คน และมีเพียง 5 คน ที่ได้รับยาทั้ง 3 ชนิด พบว่าผู้ป่วยเกิด hematoma 7 คน (3.5%) โดย 5 คนเป็นผู้ป่วย ที่ได้รับยา DAPT ส่วนอีก 2 คนเป็นผู้ป่วยที่ ได้รับยา Warfarin โดยผู้ป่วยที่เกิด Hematoma 4 คน ต้องทำการแก้ไข Revision & Hematoma evacuation สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับยา DAPT มีโอกาสเกิด Hematoma ได้สูงในกรณีที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ PPM ซึ่งพยาบาลจะต้องให้ความสำคัญในการประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวัง ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะเหล่านี้

นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ใส่เครื่อง PPM คือ ภาวะ Pneumothorax¹² พบ 2.8% และภาวะแทรกซ้อนจะพบสูงขึ้นในผู้สูงอายุ¹⁵ โดย เฉพาะ Early complication ได้แก่ Pneumothorax, Hematoma, Lead dislodgment, Loss of capture, Pacemaker infection, Death โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่อายุ ≥ 75 ปี จะพบอัตราการเกิด Early complication มากกว่ากลุ่มอายุ <75 ปี (5.1% vs 3.4%) และพบได้บ่อยในกลุ่มที่ทำ Atrial based pacemaker ส่วน Late complication lead fracture พบได้น้อย ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลจะต้องให้ความสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เหล่านี้โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่สูงอายุ

2. การปรับตัวและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย PPM มี 3 การศึกษาเป็นรายงานผู้ป่วย 1 การศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรเป็นเวลานาน จะมีความวิตกกังวลและความเครียดสูงและพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยชายอายุ 70 ปี หลังใส่เครื่อง PPM มานาน 12 ปี มีความเครียดสูง¹⁷ และรับประทานยา Promethazine 25 mg จำนวน 50 เม็ดก่อนพยายามฆ่าตัวตายโดยใช้มีดกรีดผิวหนังบริเวณแผลที่ฝังเครื่องกระตุ้นและดึงสายสื่อและเครื่องกระตุ้นหัวใจออกจากร่างกาย (ภาพที่ 5) ภรรยาพาพบนำส่งโรงพยาบาลแพทย์ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดชั่วคราวให้เป็นเวลา 7 วันอาการดีขึ้นแล้วส่งจิตเวช



ภาพที่ 5 เครื่องกระตุ้นจังหวะการเต้นของหัวใจและสายล่อ
ที่ถูกนำออกจากร่างกายโดยผู้ป่วย

ที่มา : J CardiovasC Electrophysiol 2014 ; 25 : 100

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วย PPM¹⁸ จำนวน 100 คน ผู้หญิง 58 คน ชาย 42 คน อายุเฉลี่ย 66.5 ปี ประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้ Quality of Life Index Cardiac Version -IV ที่พบว่าผู้ป่วย PPM จะมีคุณภาพชีวิตต่ำในด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychologic and spiritual) โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่มีสถานภาพโสด แต่จะมีคุณภาพชีวิตสูงในด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ส่วนอีก 1 การศึกษาซึ่งเป็นการทบทวนงานวิจัย¹⁹ จำนวน 6 การศึกษาโดยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจชนิดถาวร (PPM) และผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติ (ICD) ประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ SF -36 Version 2 และการประเมินความวิตกกังวลโดยใช้ Hospital Anxiety and Depression scale (HAD) พบว่าผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรจะมีคุณภาพชีวิตไม่ต่างจากผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติ (ICD) แต่ผู้ป่วยที่ใส่เครื่อง ICD ที่มีการช็อกของเครื่องเมื่อหัวใจเต้นผิดจังหวะจะมีความรู้สึกว่าชีวิตถูกจำกัดมากกว่าผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร (PPM) อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มจะมีความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้าสูง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะกลัวตาย กลัวเครื่องไม่ทำงานและไม่กล้ามีเพศสัมพันธ์ และไม่กล้าว่ายน้ำ ในบางประเทศเช่นประเทศอังกฤษจะห้ามไม่ให้ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (PPM) ลงว่ายน้ำหลังจากใส่เครื่องกระตุ้นใน 1 สัปดาห์แรกหลังใส่²⁰ และห้ามการลงว่ายน้ำใน 6 สัปดาห์ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจ (PPM) 2 บริษัท ซึ่งอาจจะส่งผลให้

ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีชีวิตถูกจำกัด ส่วนการปรับตัวพบว่าผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (ICD) จะมีคะแนนการปรับตัวดีกว่ากลุ่มที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (PPM) โดยเฉลี่ยระยะเวลาที่สามารถปรับตัวได้ประมาณ 6 เดือน¹⁹ ดังนั้นพยาบาลจึงควรที่จะมีการค้นหาความวิตกกังวล ความเครียดของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อหาแนวทางแก้ไขช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถมีชีวิตอยู่กับเครื่องได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทั้งสองกลุ่มโดยการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้สอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

3) บทบาทพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจ (PPMs) มี 4 การศึกษาโดย 3 การศึกษาเป็นการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย PPM โดยเฉพาะการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังใส่เครื่อง PPM ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ทั้งภาวะ Pneumothorax การติดเชื้อ การเกิด Hematoma/pocket bleeding การทำงานของเครื่องผิดปกติ (Mal function) และสามารถให้การแก้ไขช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการศึกษาเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมให้คำปรึกษาให้ความรู้ก่อนการใส่เครื่อง PPM เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วย¹⁹⁻²⁰ รวมทั้งการใช้โทรศัพท์ติดตามอาการผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วย และการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความรู้ของพยาบาลใน CCU²¹ จำนวน 40 คนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจ (PPM) เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ประเมินความรู้และการปฏิบัติโดยใช้แบบสอบถามและแบบสังเกตการปฏิบัติงานพบว่าพยาบาลมีความรู้ต่ำโดยเฉพาะ ข้อคำถามเกี่ยวกับการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ (ICD) และเครื่อง CRT ส่วนข้อที่ได้คะแนนสูงสุดคือหมวดการวางแผนจำหน่าย และยังพบว่าผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจ (PPMs)

อภิปรายผล

คุณภาพและชนิดของงานที่ทบทวนพบว่า คุณภาพของงานที่นำมาทบทวนส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ส่วนชนิดของงานวิจัยหรือรายงานการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณและรายงานผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วย PPM งานวิจัยที่การศึกษาเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่อง PPM ยังมีการศึกษาจำนวนน้อย ส่วนใหญ่เป็นรายงานผู้ป่วยและการศึกษาแบบย้อนหลัง

ซึ่งยังขาดการศึกษาที่มีการควบคุมตัวแปรที่ชัดเจนรวมทั้งยังขาดการศึกษาเกี่ยวกับมิติเชิงลึกเกี่ยวกับความรู้สึกประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรที่ชัดเจน

ส่วนองค์ความรู้ที่สังเคราะห์ได้พบ 3 ประเด็นหลัก คือ 1) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ใส่เครื่อง PPM โดยเฉพาะภาวะ Twiddler's syndrome การติดเชื้อผิวหนังบริเวณที่ฝังเครื่องกระตุ้น การเกิด hematoma และการเกิดหลอดเลือดดำส่วนบนอุดตัน ซึ่งพยาบาลต้องให้ความสำคัญในการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวโดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับยา DAPT ที่มีโอกาสพบภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้สูง 2) การปรับตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใส่เครื่อง PPM ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความเครียดสูงและมีคุณภาพชีวิตต่ำในด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่มีสถานภาพโสด พยาบาลที่ดูแลจึงต้องให้ความสำคัญในกลุ่มเสี่ยงและพยาบาลควรมีการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่กับเครื่องกระตุ้น PPM ได้อย่างมีคุณภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี 3) บทบาทของพยาบาลในการดูแล ที่ยังพบว่ามีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ PPM ต่ำ โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับหลักการทำงานของเครื่อง จึงควรมีการพัฒนาทักษะพยาบาลในการประเมินอาการ อาการแสดงภาวะที่เครื่องไม่ทำงานต่างๆ รวมทั้งการประเมินตำแหน่งที่เหมาะสม และการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่มีประสิทธิภาพต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ รวมทั้งการให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าวเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้รายงานที่นำมาทบทวนส่วนใหญ่ยังเป็นรายงานกรณีผู้ป่วยที่น่าสนใจซึ่งมีโอกาสดังกล่าวได้น้อย รวมทั้งการศึกษาเชิงปริมาณส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังยังขาดรายงานการวิจัยที่เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มจึงไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดี และยังขาดการศึกษาเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพจึงยังขาดมิติของความลุ่มลึกในด้านความรู้สึกนึกคิดและประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร รวมทั้งวิธีการทบทวนยังเป็นการทบทวนโดยผู้วิจัยเพียงหนึ่งคน

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. การให้ความรู้ เพื่อสร้างความตระหนักแก่พยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะเรื่อง Twiddler's syndrome ซึ่งในประเทศไทยยังมีการศึกษาเรื่องนี้น้อย ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะนี้ และการป้องกันแก้ไขที่ชัดเจนโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชต่างๆ
2. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย PPM ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากผลการศึกษาต่างๆ เช่น การป้องกันในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดhematomaได้ง่าย เช่นผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับยา DAPT เป็นต้น
3. การจัดโปรแกรมเพื่อลดความวิตกกังวล ความเครียดในผู้ป่วยหลังทำ PPM และการติดตามทางโทรศัพท์
4. การศึกษาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใส่ PPM
5. แนวทางการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย On PPM
6. ศึกษาวิจัยต่อในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนได้แก่การใช้ Negative pressure ในการทำแผล หรือการเปรียบเทียบการใช้ยา Betadine และ NSS ในการทำแผลที่ใส่เครื่องกระตุ้น PPM รวมทั้งการศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็นเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดและประสบการณ์ชีวิตและความต้องการของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวรเพื่อการออกแบบบริการพยาบาลที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยที่แท้จริงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สุเพียร โภคทิพย์. การอ่าน EKG อย่างง่ายและ EKG 9 Steps สำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี: วีแคนเซอร์วิสเอ็กซ์เพรส; 2559.
2. Cooper H. Synthesizing research: A guide for literature reviews. 3rd ed. London: SAGE Publications; 1998.
3. Rasmussen L, O'Conner M, Shinkle S, Thomas MK. The basic research review check list. J Contin Educ Nurs 2000;31:13-7.
4. Petit-Clair N. Modified NPWT using round channel drain for pacemaker pocket non-healing complex wound: a case report. J Wound Care 2014;23:453-5.

5. Thal S, Moukabary T, Boyella R, Shanmugasundaram M, Pierce MK, et al. The Relationship between Warfarin Aspirin and Clopidogrel continuation in the Peri-procedural period and the Incidence of hematoma formation after Device implantation. *Pacing Clin Electrophysiol* 2010;33:385-8.
6. Mandal S, Pande A, Mandal D, Kumar A, Sarkar A, Kahali D, et al. Permanent pacemaker-related upper extremity deep vein thrombosis: a series of 20 cases. *Pacing Clin Electrophysiol* 2012;35:1194-8.
7. Bayliss CE, Beanlands DS, Baird RJ. The pacemaker-twiddler's syndrome. A new complication of implantable tranvenouse pacemaker. *Can Med Assoc J* 1968;99:371-3.
8. Jaafari N, Bachollet MS, Paillot C, Amiel A, Rotge JY, Lafay N, et al. Obsessive compulsive disorder in a patient with Twiddler's syndrome: case report. *Pacing Clin Electrophysiol* 2009;32:399-402.
9. Grapsa J, Wing MK, Fox KF. Fiddling with the pacemaker: Twiddler's syndrome in parkinsonian patient. *Perfusion* 2012;28:31-3.
10. Vlay SC. Reverse Twiddler's syndrome. *Pacing Clin Electrophysiol* 2009;32:146.
11. Scholten MF, Thornton AS, Theuns DA, Res J, Jordanens LJ. Twiddler's syndrome detected by home monitoring device. *Pacing Clin Electrophysiol* 2004;27:1151-2.
12. Palmer SJ. Post-implantation pacemaker complications: the nurse's role in management. *British Journal of Cardiac Nursing* 2014;9:592-8.
13. Ofman P, Rahilly Tierney C, Djousse L, Peralta A, Hoffmeister P, Gaziano JM, et al. Pacing system malfunction is a rare cause of hospital admission for syncope in patients with a permanent pacemaker. *Pacing Clin Electrophysiol* 2013;36:109-12.

14. Lakkireddy D, Valasareddi S, Ryschon K, Basarkodu K, Rovang K, Mohiuddin SM, et al. The Impact of Providine-Iodine Pocket Irrigation Use on Pacemaker and Defibrillator Infection. *Pacing Clin Electrophysiol* 2005;28:789-94.
15. Thal S, Moukabary T, Boyella R, Shanmugassundaram M, Pierce MK, Thai H. The relationship between warfarin, aspirin, and clopidogrel continuation in the peri-procedural period and the incidence of hematoma formation after device implantation. *Pacing Clin Electrophysiol* 2010;33:385-8.
16. Armaganijan L, et al. Are elderly patients at increased risk of complications following pacemaker implantation? meta-analysis of randomized trials. *Pacing Clin Electrophysiol* 2012;35:131-4.
17. Norgaard ML, Melchior T, Wagner T, Haugan K. Suicide attempt by complete self-removal of a 12-year-old permanent pacemaker system: case report. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2014;25:99-100.
18. Kurucova R, Ziakova K, Gurkova E, Simkova E. Quality of life of Patients with a Permanent Pacemaker. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* 2014;5:15-20.
19. Tagney J. A literature review comparing the experiences and emergent needs of adult patients with permanent pacemakers (PPMs) and implantable cardioverter defibrillators (ICDs). *J of Clinical Nursing*; 2010:2081-9.
20. Davies A. Permanent pacemaker: An overview. *British Journal of Cardiac Nursing* 2009;4:262-9.
21. Ali NS, Youssef W, Mohamed A, Hussein A. Nurses' knowledge and practice regarding implantable cardiac devices in Egypt. *Journal of Cardiac Nursing* 2015;10:34-40.

ภาคผนวก

การประเมินรายงานการวิจัยที่ใช้บทวนโดยใช้เกณฑ์ The Basic Research Review Check list (BRR)

BASIC RESEARCH REVIEW CHECKLIST

For Use with Quantitative Studies

Purpose of Study

Clarity	Purpose of study is easy to understand	Y	N
Practical Significance	The study yields results that will impact practice	Y	N

Statement of Problem

Clarity	Problem(s) are easy to understand	Y	N
Conceptual definitions	A word picture or mental image of problem	Y	N
Operational definitions	A description of how people or things will be measured	Y	N

Review of Literature

Inclusion of current citations	Works published within the last 5 years	Y	N
Inclusion of classic studies	Important works included in the review	Y	N
Citation of primary sources	Works by original investigators	Y	N
Relevance	Works should pertain to subject being investigated	Y	N

Methodology

Population Identified	Group of persons/objects studied were defined	Y	N
Adequacy of Sample	Enough subjects/objects to represent population	Y	N
Representativeness	Type of sampling method was identified	Y	N
Clarity of procedures	Research design was identified	Y	N
Replicability of procedures	Another researcher could duplicate this study	Y	N
Data Collection	Data carefully and confidentially collected	Y	N
Data Analysis	Appropriate tests/statistics were used	Y	N

Results & Conclusions

Accuracy	Data interpretation was consistent with study results	Y	N
Addressed purpose	Conclusions should address research questions	Y	N
Significance to nursing	Implications for nursing practice were addressed	Y	N
Clarity	Results were easily understood and clearly presented	Y	N
Limitations	Shortcomings of study were identified	Y	N

Overall Concerns

Objectivity	Biases were recognized and stated in report	Y	N
Ethical considerations	Informed consent was obtained, safety was addressed	Y	N
Readability	Study makes sense & could be valuable in your practice	Y	N

BASIC RESEARCH REVIEW CHECKLIST

For Use with Qualitative Studies

Purpose of Study

Clarity	Purpose of study is easy to understand	Y	N
Practical Significance	The study yields results that will impact practice	Y	N
Conceptual definitions	A word picture or mental image of variables	Y	N
Operational definitions	A description of how people or things will be measured	Y	N

Review of Literature

Inclusion of current citations	Works published within the last 5 years	Y	N
Inclusion of classic studies	Important works included in the review	Y	N
Citation of primary sources	Works by original investigators	Y	N
Relevance	Works should pertain to subject being investigated	Y	N

Methods/Procedures

Population	Group of persons/objects studied were defined	Y	N
Clarity of procedures	Overall plan for data collection was identified	Y	N
Replicability of procedures	You could duplicate this study in your area	Y	N
Data Collection	Data carefully recorded, tools should be valid/reliable	Y	N
Data Analysis	Should accurately reflect the data collected	Y	N

Results & Conclusions

Accuracy	Data analysis and study results should be consistent	Y	N
Addressed study purpose	Conclusions should address research questions	Y	N
Significance to nursing	Implications for nursing practice were addressed	Y	N
Clarity	Results were easily understood and clearly presented	Y	N
Limitations	Shortcomings of study were identified	Y	N

Overall Concerns

Objectivity	Biases were recognized and stated in report	Y	N
Ethical considerations	Informed consent was obtained, safety was addressed	Y	N
Readability	Study makes sense & could be valuable in your practice	Y	N

User's Guide for THE BASIC RESEARCH REVIEW CHECKLIST

The Basic Research Review Checklist may be used to help understand and evaluate a research article. Follow the steps listed below:

1. Identify the type of research article (qualitative or quantitative). This is usually defined in the article within the title or abstract.
2. Take the appropriate tool and read through the categories on the tool you will be looking for in the article.
3. As you are reading the article, mark the Y for YES or N for NO after each topic in the categories about the article.
4. Once you have completed the article, review the tool and see if there are topics that were not answered. If so, go back to the article and look for the answers to these topics. Not all research articles will have addressed every topic on the tool. This may have implications on the quality of the research article. If a topic is not addressed, circle No.
5. After completing the article and tool, re-read the tool and critically review your answers. This process should bring better understanding of the research you have just read and give you some thoughts on if and how you could apply this research to your practice.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยนอกโรคมะเร็ง ระหว่างรับรังสีรักษาในชุมชนบ้านเช่าชั่วคราว

ชลียา วามะลุน ปร.ด.^{1*}, โสภิต ทับทิมหิน พย.ม.¹

เพชรไทย นิรमानสกุลพงศ์ พย.บ.¹, ชนาธิป หาหลัก พย.บ.¹

สง่า ทับทิมหิน ปร.ด.², ภัทรวิมล ลิมจิตรกร พย.บ.¹

อำไพวรรณ ทองสุพล พย.บ.¹

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งรับรักษาด้วยรังสีรักษาที่อาศัยในชุมชนบ้านเช่าชั่วคราวใกล้โรงพยาบาล เพื่อสะดวกในการรักษา ยังขาดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed methods research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชนบ้านเช่าชั่วคราว บ้านดงคำอ้อ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic care model) และใช้ Research and development ในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2557 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2559 การศึกษาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 2) วางแผนและตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไข 3) ปฏิบัติตามแผนสะท้อนและปรับปรุงการปฏิบัติ และ 4) ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ให้บริการของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี อย่างละ 92 คน เจ้าของบ้านพัก (บ้านเช่า) 6 คน และผู้นำชุมชน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้างผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบค่าที และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

¹โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

²วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

*Corresponding E-mail chaliya_w@yahoo.com

ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบในการพัฒนารูปแบบในการดูแลประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชน 2) โปรแกรมการให้ข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับการรักษาด้วยรังสี 3) บัตรสำหรับการบันทึกข้อมูลอาการของผู้ป่วย และบัตรบันทึกรายละเอียดการฉายรังสี เพื่อการให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล ชุมชนและผู้ให้บริการได้มีส่วนร่วมในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมการดูแลทุกด้านอย่างมีประสิทธิภาพ ผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ภายหลังการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชน เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยก่อนและหลังการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ผู้ป่วยมะเร็ง, รังสีรักษา, รูปแบบการดูแล, ชุมชน

Development of Caring Model for Cancer Outpatients with undergoing Radiation Therapy in the Temporary Rental House Community

**Chaliya Wamaloon Ph.D.^{1*}, Sopit Tubtimhin M.S.N¹
Petthai Niramansakulpong B.S.N¹, Chanathip Halak B.S.N¹,
Sanga Tubtimhin Dr.P.H², Pattaravimol Limjitrakorn B.S.N¹,
Ampaiwan Thongsupon B.S.N¹**

Abstract

Cancer outpatients with undergoing radiation therapy lived in temporary rental housing community near the hospital to be convenience for their treatment. However, there was no model of care in these patients. The aim of this mixed methods research was to develop the model of caring for cancer outpatients with radiation therapy in Ban Dong- Kham- Aor Community, Khamyai Sub-district, Muang District, Ubon Ratchathani province by using chronic care model. The research and development method was conducted between March 2014 and March 2016. There were four phases including: 1) analyzing situation of cancer caring; 2) planning and selecting the option of care; 3) practicing the plan and developing the model; and 4) evaluating the outcomes. The subjects were 92 persons of each group of cancer outpatients, caregivers, and health care providers in Ubon Ratchthani cancer hospital; 10 landlords; and 10 community leaders. The instruments were questionnaires and unstructured vs semi-structured interviews. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics in terms of percentage, mean, standard deviation and pair t-test, whereas qualitative data were analyzed by content analysis.

¹Ubonratchathani cancer hospital

²College of Medicine and Public health, Ubon Ratchathani University

*Corresponding e-mail chaliya_w@yahoo.com

The results found that the model of care consisted of three domains. First one was the process' performance of care for cancer outpatients undergoing radiation therapy in the community. Second one was the program for providing information for cancer outpatients undergoing radiation therapy. Last one was the card recording document information of cancer outpatients undergoing radiation therapy. This patient's document was benefit for community leaders and stakeholders to participate effective continuing of patient care. The patients' quality of life was significantly enhancing when comparing between before and after development of the care model at level $p < 0.05$.

Keywords: care model, cancer patients, radiation therapy, community

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าปี ค.ศ. 2020 จะพบจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ประมาณ 16 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นอัตราการเพิ่มมากถึงร้อยละ 50 นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002¹ ในขณะเดียวกันความก้าวหน้าทางวิทยาการทางการแพทย์ทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาโรคมะเร็งดีขึ้น สามารถรักษาและยืดชีวิตของผู้ที่เป็นมะเร็งได้ยาวนานขึ้น² โดยต้องมีการติดตามการรักษาเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น มะเร็งจึงกลายเป็นโรคเรื้อรังของสังคมก่อให้เกิดรายจ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับโรคอื่น ๆ

โรคมะเร็งเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และฐานะทางเศรษฐกิจ ตลอดจนบทบาทในครอบครัวของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นโรคที่คุกคามชีวิตและ ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก รวมทั้งเป็นโรคที่ต้องการดูแลต่อเนื่องและใช้ระยะเวลานานพอสมควร³ โดยการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบันมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ตำแหน่งและระยะของโรค มีทั้งการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา การรักษาแบบเฉพาะเจาะจงต่อเซลล์มะเร็ง (Targeted therapy) และการรักษาด้วยภูมิคุ้มกันบำบัด (Immunotherapy)⁴ ซึ่งการรักษาดังที่กล่าวมาข้างต้น อาจส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงต่าง ๆ ที่ไม่พึงประสงค์ได้⁴ ในขณะเดียวกันการรักษาโรคมะเร็งด้วยรังสีรักษาเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่นิยมใช้กันมาก เนื่องจากสามารถใช้รักษาโรคมะเร็งได้ทุกระยะ ตั้งแต่ระยะต้นเพื่อหวังผลการหายขาด และระยะสุดท้ายเพื่อบรรเทาอาการ แต่อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยรังสีรักษา มีแพทย์เฉพาะทางรังสีรักษาเป็นผู้วางแผนและกำหนดปริมาณของรังสีที่ต้องใช้ตามชนิดระยะและขนาดของโรค แบ่งให้ฉายรังสีทุกวัน สัปดาห์ละ 5 วัน⁵ ซึ่งในช่วงระยะเวลานั้นผู้ป่วยต้องเผชิญอาการและปัญหามากมายที่เกิดขึ้นระหว่างเส้นทางการรักษา พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถผ่านช่วงวิกฤตและจัดการกับความทุกข์ทรมานจากอาการ จนสามารถรับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง⁶

ดังนั้น การที่จะขับเคลื่อนระบบการดูแลจะต้องมีการปรับกระบวนการทัศน์ใหม่เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง โดยการปรับระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหา และสร้างความเชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วย ชุมชนและระบบบริการสุขภาพ ดังการศึกษาของ Pawel และ Maria ในปี 2008 ที่พบว่า กระบวนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพโดยให้ชุมชน

เข้ามามีส่วนร่วม จะช่วยให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง⁷ เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรังทางจิตเวช พบว่าการเข้ามามีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง⁸ ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในคุณภาพการพยาบาลนั้น จึงควรมีการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเป็นแกนหลักสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งจะเป็นจุดแข็งในการแก้ปัญหาได้อย่างยั่งยืน รวมทั้งควรสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และส่งเสริมให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคระยะเรื้อรังขณะที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยรังสีรักษาได้

โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง มีขอบเขตรับผิดชอบในการให้บริการครอบคลุมพื้นที่ 9 จังหวัดในเขตภาคอีสานตอนล่าง โดยมีประชากรในความรับผิดชอบทั้งสิ้น 11,407,569 คน จึงมีปริมาณผู้ป่วยมะเร็งมารับการรักษาเป็นจำนวนมาก แต่จำนวนเตียงนอนมีจำนวนจำกัด ดังนั้น จึงมีผู้ป่วยบางรายที่ต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกตามดุลพินิจของแพทย์ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ซึ่งใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานกว่าการรักษาด้วยวิธีการอื่น ๆ

เนื่องจากผู้ป่วยมีระยะทางการมารับการรักษาไกลจากโรงพยาบาล เพื่อลดภาวะการอ่อนล้าจากการเดินทางของผู้ป่วย และประหยัดค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยจึงเช่าที่พักที่ใกล้โรงพยาบาล โดยปัจจุบันพบว่าชุมชนบ้านดงคำอ้อ ที่มีพื้นที่ชุมชนอยู่ติดกับโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีนั้น มีการเปิดบริการห้องพักให้บริการสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งและญาติถึง 6 แห่ง มีจำนวนผู้ป่วยที่พักในชุมชนบ้านเช่ากว่า 120 คน ซึ่งจากการสำรวจสถานการณ์พบว่า ผู้ป่วยยังไม่ตระหนักถึงอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา จึงมีการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหาร อีกทั้งไม่การสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาสุขภาพทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง ส่วนด้านครอบครัวและผู้ดูแล พบว่ามีบางคนให้การดูแลที่ยังไม่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ขณะที่ชุมชนและเจ้าของบ้านพัก (บ้านเช่า) ยังขาดทักษะและความรู้ในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ พบว่าในการวางแผนการจำหน่าย ยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็น และการวางแผนเพื่อดูแลผู้ป่วยเมื่อมีภาวะรุนแรงและวิกฤติจากโรคมะเร็งที่พักในชุมชนยังไม่ชัดเจน

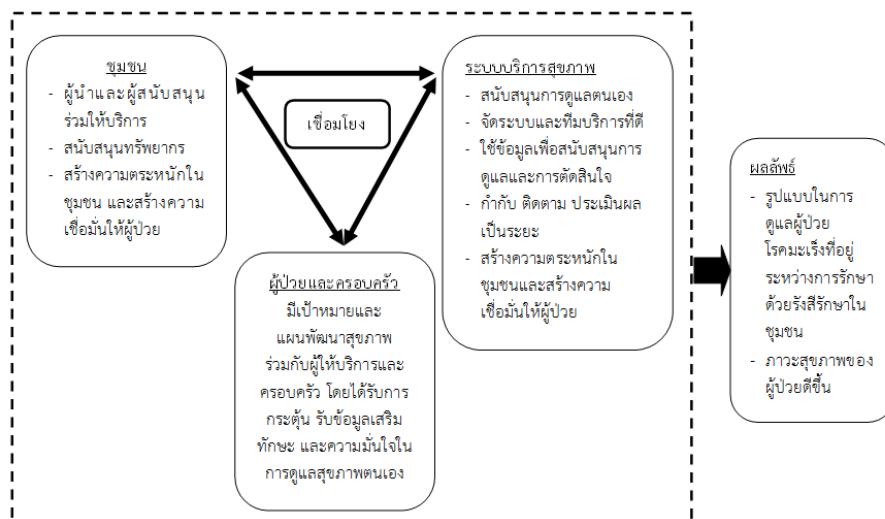
จากความเป็นมาข้างต้นการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษาที่พักอาศัยในชุมชนบ้านเช่า จึงมีความสำคัญเพื่อป้องกันและลดปัญหาต่าง ๆ ดังนั้นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชนจึงมีความจำเป็น โดยมีการประยุกต์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และใช้การมีส่วนร่วมจากผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งกลุ่มผู้ป่วย ผู้ดูแล ชุมชน และผู้ให้บริการ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ตลอดจนเพิ่มระดับความพึงพอใจในการมารับการบริการสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชนบ้านเช่าชั่วคราว บ้านดงคำอ้อ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการนำรูปแบบที่พัฒนาแล้วมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชนบ้านเช่าชั่วคราว บ้านดงคำอ้อ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ เป็นกรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic care model)¹¹⁻¹² ซึ่งมีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง 2) การออกแบบระบบบริการ 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ 4) การจัดการระบบข้อมูลทางคลินิก 5) ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน และ 6) หน่วยบริการสุขภาพ โดยมีหุ่นส่วนที่สำคัญ 3 ส่วน คือผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อการพัฒนาให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสร่วมกับครอบครัวในการประเมินความเจ็บป่วยปัญหาสุขภาพร่วมกัน และเรียนรู้การจัดการปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและการรักษา เพื่อสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล มีศักยภาพและสามารถจัดการปัญหาสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมยั่งยืน ซึ่งแสดงกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 1



การสะท้อนคิด (Reflecting) และนำผลไปปรับปรุง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยรังสีในกลุ่มผู้ให้บริการของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ผู้นำชุมชน กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่พักอาศัยในชุมชนบ้านดงคำอ้อ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นชุมชนที่ผู้ป่วยและญาติเข้าชั่วคราวในช่วงระหว่างการรักษาด้วยรังสี ระหว่าง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2557 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2559

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างวิจัยประกอบด้วย 5 กลุ่ม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เกี่ยวข้องโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง คือ 1) ผู้ป่วยนอกโรคมะเร็งทุกประเภทที่รับการรักษาด้วยรังสีของโรงพยาบาลมะเร็งอุบล ราชธานี ที่พักอาศัยในชุมชนเข้าชั่วคราว 92 คน 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 92 คน 3) เจ้าของบ้านพัก (บ้านเช่า) ในชุมชนดงคำอ้อ จำนวน 6 คน 4) ผู้นำชุมชนดงคำอ้อ 10 คน และ 5) บุคลากรผู้ให้บริการของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี จำนวน 92 คน

เครื่องมือในงานวิจัย

เครื่องมือดำเนินการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้างสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และแนวทางสนทนากลุ่มสำหรับผู้นำชุมชน ที่สร้างเสร็จแล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความชำนาญเฉพาะทางด้านการดูแลรักษาโรคมะเร็งจำนวน 5 ท่าน ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบทานความตรงทางเนื้อหา สำนวนภาษา และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงคำถามการสนทนากลุ่มก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย โดยการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ที่มีค่า IOC (Index of Item-Objective Congruence) มีค่าระหว่าง 0.5-1.0

2. แบบสอบถามชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ใช้ในการสำรวจประสบการณ์และประเมินเหตุการณ์ตามความรู้สึกของผู้ป่วย จำนวน 26 ข้อ โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก ตามแบบประเมินค่าของลิเคิร์ต (Likert scale) โดยใช้มาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับดังนี้ 5 คะแนน คือ มากที่สุด 4 คะแนน คือ มาก 3 คะแนน คือ ปานกลาง 2 คะแนน คือ เล็กน้อย และ 1 คะแนน คือ ไม่เลย⁹ ได้นำแบบสอบถามชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ไปทดลองกับกลุ่มเป้าหมายที่มีสถานการณ์ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยวิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Alpha Coefficient) ได้ค่าเชื่อมั่นของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดย

1. การศึกษาและสังเคราะห์เอกสารแนวคิด ทฤษฎีและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ
2. การสัมภาษณ์เกี่ยวกับวิถีชุมชน การมีส่วนร่วมในภาพของชุมชน การดูแลสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน
3. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในชุมชน
4. การใช้แบบสอบถามหรือเก็บรวบรวมข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าสถิติที่ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์วิเคราะห์และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1

วิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษาด้านรักษารังสีในชุมชนบ้านดงคำอ้อในระหว่างเดือนมีนาคม 2557 ถึง เดือนมีนาคม 2559 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.39 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 36.96 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด สถานะภาพส่วนใหญ่ สมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 76.09 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84.78 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน PPS V₂ ส่วนมากอยู่ในช่วงคะแนน 70 - 100 คะแนน ซึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 65.22 ส่วนโรคประจำตัวที่เป็นส่วนมากได้แก่ เบาหวาน และความดันโลหิตสูงร้อยละ 37.50 และ 28.12 ตามลำดับส่วนการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้ป่วยพบว่า ส่วนมากรู้สึกยอมรับและมีความสุขกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ร้อยละ 80.43 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยต่อครอบครัวและชุมชนคิดเป็นร้อยละ 82.61 และไม่เคยรู้สึกถูกทอดทิ้งคิดเป็นร้อยละ 95.65

ผู้ป่วยที่มารับการรักษาเป็นผู้ที่มีรายได้ ร้อยละ 80.43 แต่พบว่า ส่วนใหญ่รายได้ไม่พอเพียงและเป็นหนี้สิน ร้อยละ 32.61 การอยู่รวมกันกับคนในสังคมของผู้ป่วยมีลักษณะของการอยู่รวมกันในชุมชนบ้านพักส่วนใหญ่ ช่วยเหลือเกื้อกูลกันทุกเรื่อง ร้อยละ 67.39 ดังคำกล่าวของผู้ป่วย คือ

“ชาวบ้านที่อยู่รอบๆ บ้านพักไม่มีท่าที่รังเกียจ พุดคุยกันตามปกติ หรือเวลาที่เรามีอาการผิดปกติ เพื่อนบ้านเราก็จะแจ้งเจ้าของบ้านพักให้พาไปส่งโรงพยาบาล”

“เพื่อนบ้านที่อยู่รอบๆ บ้านพักแสดงท่าที่เป็นมิตรดี เวลาที่มีอาหารหารกินเขาก็จะแบ่งปัน หรือบางทีก็กินด้วยกัน เวลามีปัญหาหรือไม่สบายใจเขาก็แนะนำดี เป็นที่ปรึกษาได้”

“เมื่อวานผมฝากเขาซื้อข้าว ช่างทองผมนี่เขายังเอาข้าวโพดต้มจากบ้านมาฝากด้วย”

มีความสุขและอบอุ่นมากในการพักอาศัยในชุมชน ร้อยละ 63.04 ดังคำกล่าวของผู้ป่วย คือ

“เคยเดินไปซื้อของใช้ที่ร้านขายของใกล้ๆ บ้านเขาก็ไม่มีท่าที่รังเกียจ”

“ชาวบ้านในชุมชนเขาก็ไม่แสดงท่าที่รังเกียจอะไร ชวนกินข้าวด้วยกันตลอด บางทีก็มานั่งคุยกัน ให้กำลังใจกัน”

“ผมออกไปซื้อของที่ร้านค้าใกล้ๆ นี้อยู่ เป็นพวกนมของจำเป็น บางที่เจ้าของร้านยังบอกให้ผมเก็บตำลึง กระถินริมรั้วมากินเลย แก่ใจดีมาก”

สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมบ้านพักมีความรักใคร่ สามัคคี ช่วยเหลือพึ่งพากัน ร้อยละ 90.22 และไม่เคยมีความขัดแย้งกันเลยของสมาชิก บ้านพัก ร้อยละ 97.82 ดังคำกล่าวของผู้ป่วย คือ

“ก็รู้สึกอบอุ่นดี เพราะมีแต่คนป่วยเป็นมะเร็งเหมือนกัน พูดคุยกันก็สบายใจ เข้าใจกันดีและรู้สึกเข้าใจหัวอกคนไข้ด้วยกัน”

“ต้องปรับตัวนิดหนึ่งค่ะ เพราะไม่ใช่บ้านตัวเองแล้วอยู่ด้วยกันหลายคน แต่มีปัญหาอะไร ทักทายกันดี”

มีสภาพแวดล้อมของชุมชนที่ผู้ป่วยพักอาศัย พบว่ามีความมั่นคงแข็งแรงของที่พักอาศัยมาก ร้อยละ 80.43 มีความสะดวกสบายในการเดินทาง (มียานพาหนะ) ร้อยละ 88.04 ทศนคติของผู้คนในชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยมะเร็ง มีความเอื้ออาทร มีน้ำใจ สามารถพึ่งพาได้คิดเป็น ร้อยละ 95.65 สภาพแวดล้อมของชุมชนอื่น ๆ ได้แก่ มีพาหนะจัดให้บริการ ร้อยละ 70.65 มีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ร้อยละ 60.87 และมีหน่วยงานเข้ามาเยี่ยมผู้ป่วย ร้อยละ 34.78 ดังคำกล่าวของผู้ป่วยในชุมชน คือ

“ก่อนหน้านี้รู้สึกวโรคมะเร็งเป็นโรคที่น่ากลัว รักษาไม่หาย แต่พอมารักษา รู้สึกว่า โรคมะเร็งเป็นโรคที่รักษาได้ เพราะมีคนไข้เยอะแยะที่มารักษา บางคนบอกว่ารักษามาเกินห้าปีเศษแล้ว”

“คิดว่าคนที่มาอยู่ที่นี่ ส่วนใหญ่ต้องปรับตัวให้เข้ากับชุมชนที่นี่ การเปลี่ยนแปลงก็ไม่ได้มากจนทำให้เกิดปัญหา คนบ้านเราก็เป็นแบบนี้แหละ ช่วยเหลือเกื้อกูล มีน้ำใจมากกว่าคนอื่นค่ะ”

วิเคราะห์สถานการณ์จากผู้ดูแล พบว่า สภาพชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย มะเร็งในบ้านพัก ลักษณะบ้านพักเป็นบ้านชั้นเดียว มีอุปกรณ์เครื่องนอน เช่น ที่นอน หมอน เลื่อ ส่วนอุปกรณ์ไฟฟ้าขึ้นกับราคาของห้องพัก ดังคำกล่าวของผู้ดูแล คือ

“ที่พักรู้สึกว่าของเครื่องใช้ให้ครบดี มีเพื่อนบ้านเยอะ ไม่เหงาคะ”

“มาที่นี่ก็ดีครับ เจียบสงบดี ที่พักรู้สึกเป็นส่วน มีต้นไม้เยอะโดยรวมแล้วก็ดีครับไม่อึดอัดคับแคบ”

“สภาพทั่วไปก็เหมือนชุมชนที่บ้านของผู้ป่วย ห้องพักรู้สึกเหมือนเป็นบ้านอีกหลัง แต่ไม่มีครอบครัว บางทีก็ทำอะไรในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ในแต่ละวัน”

“ไม่มีญาติในอุปถัมภ์ จึงได้มาพักที่นี่ ก็เป็นเหมือนบ้านทั่วไป แต่ดีหน่อยตรงที่มีการบริการผู้ป่วยในการไปฉายแสง และญาติก็ไม่มีเวลาได้ดูแลผู้ป่วยด้วย เช่น เรื่องอาหารการกิน”

บ้านพักมีรั้วรอบขอบชิด ปลอดภัย เป็นส่วนตัว มีต้นไม้ร่มรื่น บรรยากาศเจียบสงบ หน้าห้องพักรู้สึกว่ามีแคร่ไว้สำหรับนั่งพักรู้สึกดี ดังคำกล่าวของผู้ดูแล คือ

“การเป็นอยู่ของผู้ป่วยมะเร็งในชุมชนอบอุ่นดี ตอนกลางวันทุกคนต่างนอนพักผ่อน ส่วนตอนเย็นก็มีรถรับส่งพาไปตลาด บางครั้งเราก็จะทำอาหารมากินด้วยกัน มีเพื่อนพูดคุยไม่เหงา”

“อยู่ที่นี่มีเพื่อนเยอะ ไม่เหงา มีอะไรก็คุยกัน กินข้าวเย็นด้วยกัน ผากระบายใจได้”

นอกจากนี้ ยังมีอุปกรณ์เครื่องครัวในการหุงหาอาหาร โดยเฉพาะการนึ่งข้าวเหนียวให้ผู้ป่วยและญาติทำอาหารรับประทาน บ้างบ้านพักได้จัดเตรียมเครื่องปั้นอาหารให้ญาติได้เตรียมอาหารปั้นให้ผู้ป่วย ดังคำกล่าวของผู้ดูแล คือ

“อาหารของแม่ หนูจะซื้อเป็นอาหารสดมาไว้ เพราะแม่กินอาหารปั้นต้องปั้นอาหารไว้และถือไปโรงพยาบาลด้วยทุกวัน เพราะบางทีก็ได้อาหารกลับบ้านพักช้ากลัวแม่จะหิว แม่กินอาหารปั้นได้ดีคะ ตักกินเองได้ น้ำหนักแม่ขึ้นนะหนูว่า”

การเดินทางไปรับการรักษาฉายรังสี ไป-กลับ เจ้าของบ้านพักรู้สึกมีบริการรับ - ส่ง โดยจัดตารางคิว เวลา มีจุดนัดพบอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังบริการรับ - ส่งผู้ป่วยและญาติไปตลาด ดังคำกล่าวของผู้ดูแล คือ

“กิจวัตรตอนอยู่บ้านพักคือตอนเช้า เจ้าของบ้านพักจะพาไปตลาดกินข้าวเช้าเสร็จก็พาแม่ไปฉายแสง พอเสร็จก็กลับบ้านพักมาพักพักผ่อนและรอกินข้าวเย็น”

“ลำบากหน่อยค่ะ เพราะไม่มีรถและไกลบ้าน ไปไหนมาไหนถามคนแถวนี้เอา แต่ดีที่มีรถรับส่งของเจ้าของบ้านพักที่พาไปโรงพยาบาลกับตลาด”

เพื่อซื้ออาหาร ผัก ผลไม้ กรณีนุกเงิน ต้องการความช่วยเหลือ มีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อเจ้าของบ้านพักและสามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมงพร้อม นำส่ง โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ดังคำกล่าวของผู้ดูแล คือ

“กลางคืน ถ้าหากมีอะไรให้ช่วยเหลือ ลุงอ้วนก็เอาเบอร์โทรศัพท์ไว้ให้โทรหา ได้ตลอด”

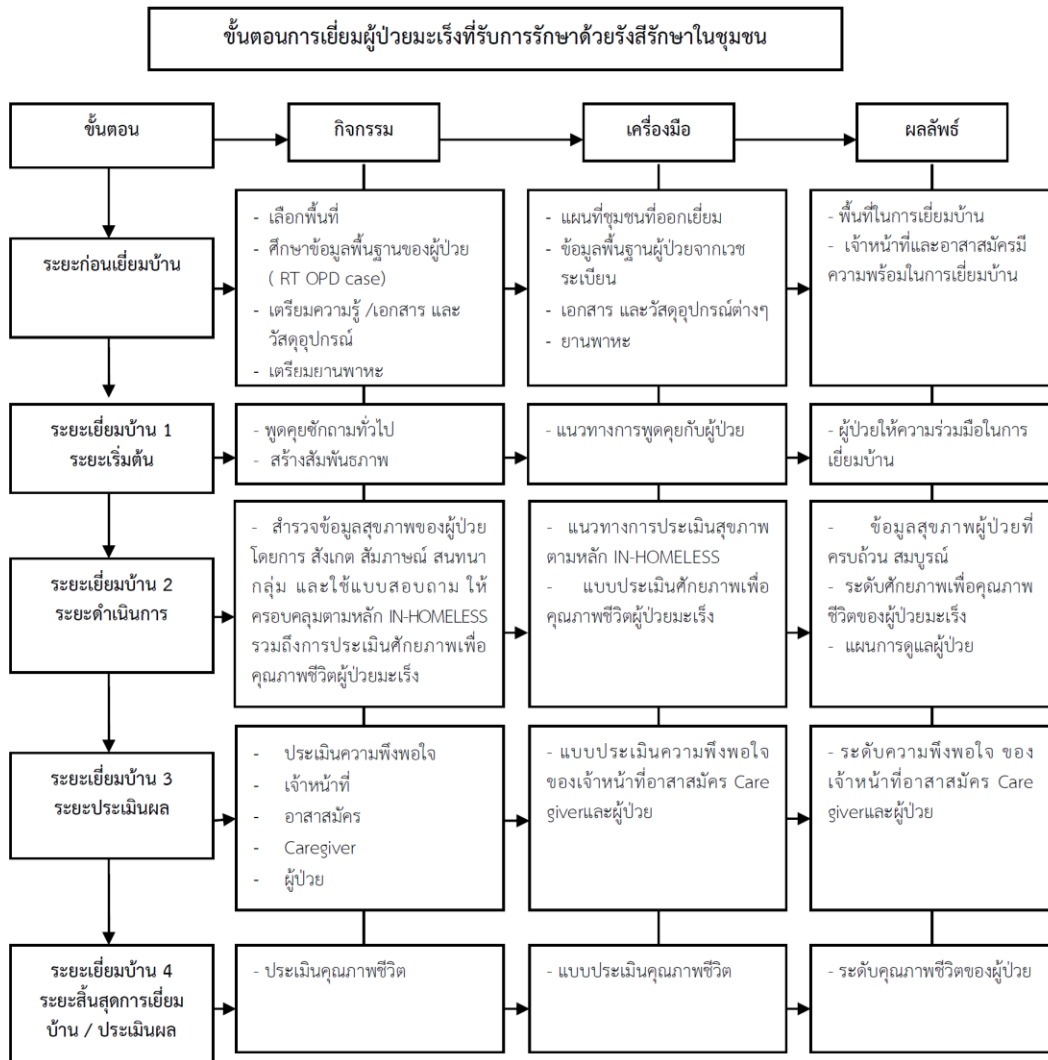
วิเคราะห์สถานการณ์จากผู้ให้บริการของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
พบว่าสถิติการให้บริการรังสีรักษาในปี พ.ศ.2558 จำนวน 35,929 ครั้ง ทั้งนี้ เฉลี่ยต่อวันจะมีผู้ป่วยประเภท ไป – กลับ ที่มารับการรักษาด้วยรังสีรักษา 147.64 คน/วัน ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล จำนวน 1,071 คนและผู้ป่วยที่มีแผนการรักษาแบบ เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา จำนวน 259 คน เมื่อวิเคราะห์ทรัพยากรบุคคล พบว่ามีแพทย์เฉพาะทางด้านรังสีรักษา 4 คน พยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง 42 คน นักฟิสิกส์ 2 คน นักรังสีการแพทย์ 15 คน และมีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการรักษาโรคมะเร็งหลากหลายสาขามีความครอบคลุมตามความต้องการ ด้านเทคโนโลยี – เครื่องมือแพทย์พบมีเครื่องมือที่ใช้ในการส่งเสริม ป้องกันคัดกรอง ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างครบวงจร โดยเฉพาะด้านรังสีรักษามีเครื่องฉายแสง เครื่องใส่แร่ เครื่องจำลองการรักษา เป็นต้น ด้านกระบวนการดูแลรักษาเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็ง จะได้รับการวางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาแบบ ไป – กลับ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายหลังฉายรังสีครบ พบว่ายังขาดการเชื่อมโยงกับผู้ดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะเจ้าของบ้านพักที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 สรุปบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชนบ้านเข้าชั่วคราว

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนและตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไข

จะเห็นได้ว่าต้องมีความเชื่อมโยงของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล และต้องมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยทุกคนที่รับบริการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชน โดยใช้แนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยโรคมะเร็งในชุมชน ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แสดงขั้นตอนเยี่ยมผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติตามแผนสะท้อนและปรับปรุงการปฏิบัติ

ในขั้นตอนนี้ได้นำแนวทางการเยี่ยมผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชนลงสู่การปฏิบัติ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี และมีบุคลากรศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพบำบัด เป็นผู้ประสานการเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ที่พัฒนาขึ้น โดย Wagner และคณะ¹² พบว่ามีองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 6 องค์ประกอบ

คือ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2) ระบบสุขภาพ 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ 4) การจัดการระบบข้อมูลทางคลินิก 5) ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน และ 6) หน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งคณะผู้วิจัยสามารถสรุปการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชน ดังนี้

องค์ประกอบ	สรุปผลการศึกษา
องค์ประกอบที่ 1 การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management support : SMS)	1. มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายของการรักษาเพื่อให้ได้รับการฉายรังสีรักษาให้ครบตามแผนการรักษา 2. มีกำหนดแนวทางการปฏิบัติตนเองของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี 3. ส่งเสริม สนับสนุนด้านความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและพัฒนาทักษะของผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพ
องค์ประกอบที่ 2 การออกแบบระบบบริการ (Delivery system design : DSD)	1. มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง 2. เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติหรือ ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 3. บูรณาการการดูแลผู้ป่วยตามวิถีทางการดำเนินของโรค (Trajectory of cancer) และการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic care) 4. มีการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยในเครือข่าย
องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support : DS)	1. มีระบบการให้คำปรึกษาและทีมพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 2. มีแนวทางปฏิบัติในการให้บริการและการช่วยเหลือตลอดจนการส่งต่อไปยังเครือข่ายการดูแลแบบใกล้บ้าน-ใกล้ใจ 3. กระบวนการให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม 4. สนับสนุนการช่วยเหลือกันระหว่างผู้ป่วย โดยกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self-help group) 5. การให้ข้อมูลสำหรับผู้ป่วยโดยอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice)
องค์ประกอบที่ 4 การจัดระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information system)	1. โรงพยาบาลมีระบบฐานข้อมูลและสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการบริหารจัดการแก้ไขปัญหาและพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2. มีการเชื่อมโยงข้อมูลอย่างเป็นระบบและเรียกใช้ข้อมูลได้ทันทีทั้งที่โดยเฉพาะข้อมูลของผู้ป่วยที่แพทย์ผู้ทำการรักษาต้องดู

องค์ประกอบ	สรุปผลการศึกษา
	ประกอบเพื่อ การพิจารณาการรักษาอย่างต่อเนื่อง 3. มีการเชื่อมโยงกับเครือข่ายของบริการสาธารณสุข ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว 4. การจัดระบบสื่อสารสารสนเทศ ข้อมูลข่าวสารขององค์กร ให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นได้สะดวกและทันเหตุการณ์
องค์ประกอบที่ 5 ทรัพยากรและนโยบาย ของชุมชน (Community resource linkage)	1. จัดให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน 2. การดูแลสภาพสิ่งแวดล้อมของชุมชนให้การจัดสุขภาพและส่งผลต่อสุขภาพที่ดีของคนในชุมชน 3. การจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน เพื่อเป็นการลดการเกิดปัญหาสุขภาพ 4. ชุมชนร่วมกันค้นหา Health Need ของชุมชนเพื่อวางแผนในการดำเนินกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมาย 5. การสร้างเครือข่ายความร่วมมือต่างๆ เพื่อช่วยเหลือ สนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพของชุมชน
องค์ประกอบที่ 6 หน่วยบริการสุขภาพ (Health care organization)	1. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชน 2. การจัดการระบบที่เชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการต่างๆ จนถึงชุมชน 3. มีทีมดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชน 4. มีมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง 5. ใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

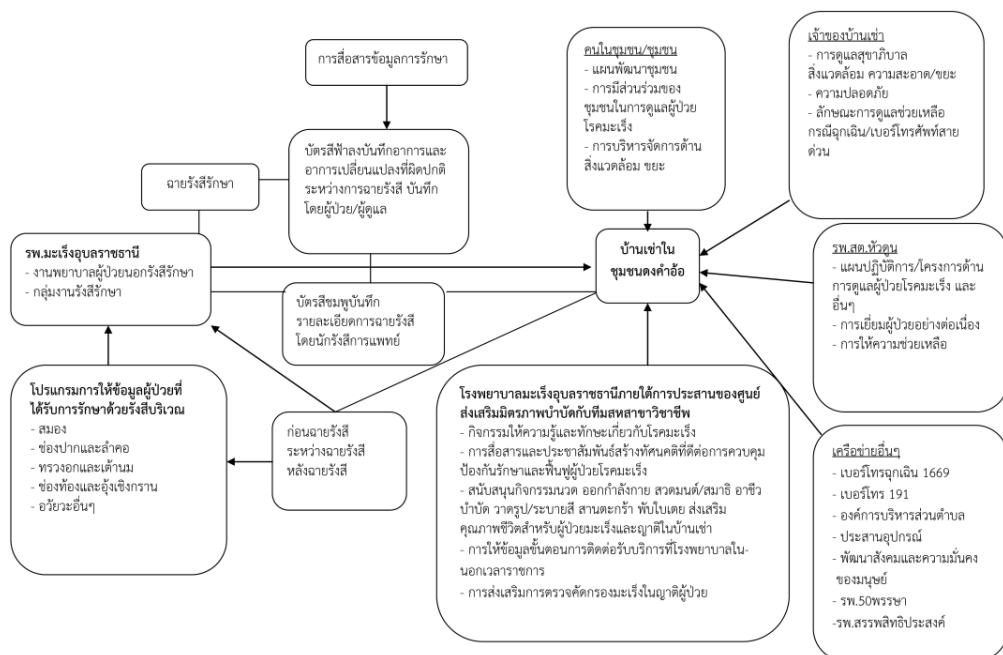
ขั้นตอนที่ 4

ผลลัพธ์การดำเนินงาน การดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชน เมื่อนำมาปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชน จำนวน 92 คน และสะท้อนผลการปฏิบัติ 4 วงจรการปฏิบัติการ โดยได้ประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาที่สร้างขึ้นพบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตหลังการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย

โรคมะเร็งระหว่างการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชน มีค่าเฉลี่ย 86.05 ซึ่งสูงกว่าก่อนการพัฒนาการดูแลที่มีค่าเฉลี่ย 65.35 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

สรุปผลการพัฒนา

สรุปผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชน



ภาพที่ 4 สรุปผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชน

การอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชน คณะผู้วิจัยอภิปรายผลจากข้อค้นพบตามลำดับวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชนโดยจากการศึกษาสถานการณ์ เพื่อนำมาวิเคราะห์พบข้อมูลที่สะท้อนถึงความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลดังนี้

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยก่อนการพัฒนามีการดูแลผู้ป่วยแบบแบ่งเป็นส่วน ๆ ทั้งผู้ให้บริการในโรงพยาบาลเอง ผู้ป่วย ผู้ดูแล เจ้าของกิจการบ้านพัก รวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน คือ ด้านผู้ป่วยยังไม่ตระหนักถึงอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคและการรักษา ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะเรื่องการรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาสุขภาพทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง ด้านครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า มีบางคนให้การดูแลไม่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ส่วนชุมชนและเจ้าของบ้านพักยังขาดทักษะและความรู้ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ทางด้านบุคลากรผู้ให้บริการ พบว่า ในการวางแผนการจำหน่ายยังไม่ครอบคลุมประเด็น และการวางแผนเพื่อดูแลผู้ป่วยเมื่อมีภาวะวิกฤติจากโรคมาเร็งจากบ้านพักในชุมชนยังไม่ชัดเจน

จากข้อมูลที่ทำให้เห็นได้ชัดถึงความต้องการความเชื่อมโยงนำสู่การพัฒนาผลการวิจัยในครั้งนี้ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมาเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชน ประกอบด้วยกลุ่มสำคัญในการดูแล 3 ด้าน ได้แก่ 1) ผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย มีเป้าหมายและแผนพัฒนาสุขภาพร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยบุคลากรทางการแพทย์จะต้องช่วยกระตุ้น ให้ข้อมูลและเสริมทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคมาเร็งในด้านต่าง ๆ พร้อมทั้งเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองของทั้งตัวผู้ป่วยเองและการดูแล ช่วยเหลือจากครอบครัว/ผู้ดูแลผู้ป่วย 2) ระบบบริการสุขภาพหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ ควรเพิ่มการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว จัดระบบและทีมบริการที่ดี โดยจัดระบบให้ครอบคลุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทุกภาคส่วน และมีการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคมาเร็งระหว่างการรักษาร่วมกับรังสีรักษาในชุมชนเป็นระยะ ๆ พร้อมทั้งแก้ไขปรับปรุงตามความเหมาะสม รวมทั้งเพิ่มเติมการสร้างตระหนักในชุมชนและสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย 3) ผู้นำชุมชน หรือชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งภาครัฐและภาคเอกชนให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร และสร้างความตระหนักในชุมชน รวมทั้งการสร้าง ความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วยโรคมาเร็งที่มารับบริการบ้านพักในชุมชน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมาเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล / ผู้นำชุมชน / ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และระบบบริการสุขภาพหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้มีส่วนร่วมในการ

วางแผนดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ระหว่างรับการรักษา ด้วยรังสีประเภทผู้ป่วยนอก และพักอาศัยในชุมชน มีองค์ประกอบในการพัฒนา รูปแบบการดูแล ได้แก่ ขั้นตอนการปฏิบัติในการดูแล โปรแกรมการให้ข้อมูลผู้ป่วย มะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี บัตรสำหรับการบันทึกข้อมูลอาการของผู้ป่วย และบัตร บันทึกการรายละเอียดการฉายรังสี

2. ผลลัพธ์ของการนำรูปแบบที่พัฒนาแล้วมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชน จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลโดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมค่าเฉลี่ย 86.05 สูงกว่าก่อนการพัฒนาการดูแลที่มีค่าเฉลี่ย 63.35 สอดคล้องกับการศึกษา ของ อรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสัตตโต⁸ เกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการดูแล ต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล พบมีคะแนนคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 95.70 และระดับคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการพัฒนา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จะเห็นได้ว่า การศึกษาการพัฒนาแบบที่ช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชน คือ การพัฒนากระบวนการดูแล และการวางแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ ผ่านการประเมินความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติ ต่อการรักษาโรคมะเร็งด้วยรังสีรักษา มีการจัดทำโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยทั้งใน ระยะก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาด้วยการฉายรังสีรักษา ตลอดจนการเตรียมความพร้อมในระยะของการเปลี่ยนผ่านทางภาวะสุขภาพเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล นอกจากนี้การพัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย ในการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการติดตาม กำกับ และประเมินผลโดยการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านพักเป็นระยะ ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมพงษ์ จันทรโอวาท สุภาพร สุโพธิ์และนวรรตน์ บุญนาน (2557) การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อการส่งต่อข้อมูล และผู้ป่วยกับสถานบริการสุขภาพและเครือข่าย รวมทั้งการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน¹³

นอกจากนี้การพัฒนาระบบเครือข่ายในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ใกล้บ้าน-ใกล้ใจ) ร่วมกับการจัดระบบให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง ช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นและการให้ทุกภาคส่วนที่มีความเกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาของ อภิญญา ไชยวงศา ในปี พ.ศ. 2555 ที่พบว่า การให้ญาติหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษา จะส่งผลให้ทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคม¹⁴

ข้อเสนอแนะ

ในปัจจุบันกระบวนการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ในมุมมองของทีมสุขภาพ ยังมีอีกหลายประเด็นที่ควรพัฒนา ให้สอดคล้องกับวิถีชุมชนและแผนนโยบายการบริหารของทั้งโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งเจ้าของกิจการบ้านพัก จึงต้องมีการประสานความร่วมมือกับหลายภาคส่วน ส่งผลต่อความเข้าใจกันและกัน ทราบปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ลดช่องว่างในการได้รับการบริการ และความขัดแย้งต่าง ๆ ที่มีได้ ดังนั้น การนำผลการวิจัยไปสู่การกำหนดนโยบายนับว่าเป็นการวิจัยที่มีคุณค่าและก่อให้เกิดผลของการพัฒนาที่ยั่งยืน รวมถึงการขยายผลไปยังกลุ่มเป้าหมายที่ประสบปัญหาคล้ายคลึงกัน และจุดประกายความคิดสำหรับพื้นที่ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันในการนำไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่รับการรักษาด้วยรังสีรักษาในชุมชน และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization and International Union Against Cancer. Global Action Against Cancer. Geneva: World Health Organization; 2005.
2. Woods, N.F., Lewis, F.M., & Ellison, E.S. Living with cancer family experiences. Cancer Nursing; 1989; 12(1): 28-33.
3. สมเกียรติ โพธิ์สัตย์. การทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้าน โรคมะเร็งติดต่อเรื้อรัง. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์; 2557.
4. American Cancer Society. Type of Cancer Treatment. 2017. Retrieved 15/02/2017. From <http://www.org>treatment>
5. วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. บทที่ 3 คุณภาพชีวิตผู้ป่วย โรคมะเร็ง, บทที่ 4 อาการและการจัดการกับอาการในผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์; 2554: 79-220.

- 6.ณัฐฐา เจียรนิลกุลชัย และสายหยุด เกลาัดดา. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งสมองทุติยภูมิที่ได้รับการรักษาด้วยรังสี.วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2559; 36(4):209-222.
- 7.Pawel B. & Maria Z. Social support of chronically mentally ill patients. 2008. 2: 13–19. Retrieved 06/06/2013. From http://www.archivespp.pl/uploads/images/2008_10_2/13_p_Archives%202_08.pdf
- 8.อรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต. การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารกองการพยาบาล. 2556, 40(1), 67-83.
9. Kemis, S & Mc Taggart,R. The Action Research Planer. 3rd ed. Victoria: Deakin University. 1990.
- 10.บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ; สุวีริยาสาส์น; 2543: 36-42
- 11.Wagner EH, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. “A Survey of Leading Chronic Disease Management Programs: Are They Consistent with the Literature?”. Managed Care Quarterly. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M1999; 7(3):56–66.[PubMed
- 12.Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Nov–Dec 2001; 20(6):64–78.
- 13.สมพงษ์ จันทรโอวาท สุภาพร สุโพธิ์และนวรรตน์ บุญนาน. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนใน การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพแคว้น จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุข; 2557;23: 394-402.
- 14.อภิญา ไชยวงศา. ผลของการใช้โครงการสนับสนุนการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.

ความปวดประจำเดือนและการดูแลตนเองในการจัดการ ความปวดของนักศึกษาพยาบาล

นววรรณ ชนะชัย พย.บ.¹, นาฏอนงค์ คำพะธิก พย.บ.²

นุชนาฏ พันธุ์ลี พย.บ.³, นุสรรา ประเสริฐศรี ปร.ด.⁴

บทคัดย่อ

อาการปวดประจำเดือนเป็นปัญหาและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตวัยรุ่นหญิง ยังมีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับความปวดประจำเดือนและการดูแลตนเองของนักศึกษาพยาบาล การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ อาการของความปวดประจำเดือนและการดูแลตนเองในการจัดการความปวด ของ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ กลุ่มตัวอย่างเป็น นักศึกษาพยาบาลทั้งหมด 202 คน จากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) Brief Pain Inventory (BPI) ฉบับภาษาไทย และ 3) แบบประเมินการดูแลตนเองในการจัดการความปวด ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 21.02 ± 1.23 ปี ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ปวด ประจำเดือนร้อยละ 92.7 ความปวดมากที่สุดในวันแรกของรอบประจำเดือนร้อยละ 92.5 ค่าเฉลี่ยของความปวดมากที่สุดเท่ากับ 5.4 ($SD \pm 2.9$) และความปวดเฉลี่ย เท่ากับ 3.9 ($SD \pm 1.7$) ผลกระทบของของความปวดความรุนแรงอยู่ในระดับกลาง ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.9 ถึง 5.4 ซึ่งผลกระทบด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 5.4 ($SD \pm 2.9$) ร้อยละ 48 ของกลุ่มตัวอย่าง ดูแลตนเองจัดการความปวดด้วยการใช้ยา และเรียนรู้ด้วยตนเองและส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการไม่ใช้ยาในการบรรเทาความ ปวดประจำเดือน โดยการเรียนรู้จากหลายแหล่ง นักศึกษาบางส่วนยังมีความปวด ประจำเดือนในระดับกลาง ดังนั้นควรให้คำแนะนำปรึกษาสาเหตุและวิธีการจัดการความ ปวดประจำเดือนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ปวดประจำเดือน, นักศึกษาพยาบาล, การจัดการความปวด, การดูแลตนเอง

¹ โรงพยาบาลวารินชำราบ อุบลราชธานี

² โรงพยาบาลนาตาล อุบลราชธานี

³ โรงพยาบาลเดชอุดม อุบลราชธานี

⁴ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

Dysmenorrhea and Self Pain Management of Nursing Students

Navawan Chanachai B.S.N.¹, Natanong Dompahic B.S.N.²

Nutchanat Panlee B.S.N.³, Nusara Prasertsri Ph.D.^{4*}

Abstract

Dysmenorrhea is the problem that effect on the quality of life in female adolescence, however there was limitation information of dysmenorrhea and self-care of nursing students. The aim of this cross-sectional descriptive design was to study the prevalence, symptoms of dysmenorrhea, and self-care management strategies in a group of nursing students. A simple random sample of 202 nursing students was included in the study. The instrument for collecting data comprised 3 parts included general personal data, Brief Pain Inventory (BPI) Thai version, and self-care of pain management. The mean age of the participants was 21.02 ± 1.23 years. Most students had experienced dysmenorrhea (92.7%). Menstrual pain was frequently initiated on the first day of menstruation (92.5%). The mean pain intensity of dysmenorrhea was the worst pain (mean = 5.4, SD $\pm$ 2.9) and an average pain (mean = 3.9, SD $\pm$ 1.7). Pain interference levels were moderate, with the mean ranging from 3.9 to 5.4, an affect was the highest mean of interference (mean = 5.4, SD $\pm$ 2.9). Of 48% of participants took medications to relive their pain; self-seeking was the main information source for this self-care strategy. Most of participant applied non-pharmacology for relive their pain by using various self-care pain management strategies, some reported moderate pain. Nursing student should, therefore, be educated and counseled to determine the underlying cause and to increase the use of an effective treatment method.

Keywords: dysmenorrhea, nursing student, pain management, self-care

¹Warinchamrab Hospital, Ubon Ratchathani

²Natal Hospital, Ubon Ratchathani

³Detudom Hospital, Ubon Ratchathani

⁴Adult and Elderly Nursing department, Boromrajonnani College of Nursing Sunpasitthiprasong

*Correspondence e-mail: nprasertsri@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความปวดประจำเดือน (Dysmenorrhea) เป็นโรคทางนรีเวชที่พบบากที่สุด และเป็นสาเหตุของการขาดเรียนหรือการขาดงานของวัยรุ่นผู้หญิง¹ งานวิจัยพบอุบัติการณ์ความปวดที่แตกต่างระหว่างร้อยละ 46 ถึง 93^{2,3} สาเหตุของการปวดประจำเดือน เชื่อว่าเกิดจากกลไกการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนทำให้มีการสร้างพรอสตาแกลนดิน (Prostaglandins) เพิ่มขึ้น ซึ่งสารดังกล่าวไปกระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบของมดลูกส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกไม่เพียงพอ ทำให้เยื่อกล้ามเนื้อของมดลูกขาดออกซิเจน เกิดการหดเกร็งและเกิดความปวดตามมา⁴ แม้ว่าผลของการปวดประจำเดือนจะไม่รุนแรงคุกคามต่อชีวิตแต่ถ้ามีความปวดประจำเดือนทุกเดือนทำให้ผู้หญิงรู้สึกทุกข์ทรมาน ดังนั้นความปวดประจำเดือนจึงเกิดผลกระทบต่อคุณภาพ ชีวิตและสุขภาพของผู้หญิงได้ ผลกระทบจากการปวดประจำเดือนนั้นพบว่ามีผลกระทบทางด้านร่างกาย คือ ความไม่สุขสบายจากอาการที่เกิดร่วมกับความปวดประจำเดือน ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์นั้น พบว่า ความปวดประจำเดือนทำให้ผู้หญิง เกิดความเครียด ความวิตกกังวลและมีการรับรู้ต่ออัตมโนทัศน์ของตนเองไปในทางลบ ประสิทธิภาพการทำงานในหน้าที่บกพร่อง⁵

โดยทั่วไปวิธีการจัดการความปวดประจำเดือนมีทั้งการใช้ยา และไม่ใช้ยา การใช้ยาส่งผลใหญ่จะบรรเทาความปวดประจำเดือนโดยการรับประทานยาแก้ปวด มีการศึกษาว่ายาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs เป็นทางเลือกแรกของการรักษาเพื่อบรรเทาความปวดประจำเดือน^{2,3,6} และยังมีผู้หญิงอีกจำนวนหนึ่งเชื่อว่า ประจำเดือนเป็นเรื่องของธรรมชาติ จึงไม่ได้ใช้ยาเพื่อบรรเทาความปวด งานวิจัยการจัดการความปวดประจำเดือนของไทยและต่างประเทศ พบว่ามีความแตกต่างกันในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความปวดในวัยรุ่นหญิง^{5,7,8} หลักการดูแลตนเองนั้นโดยส่วนใหญ่ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem(2001)⁹ หมายถึง การฝึกกิจกรรมที่บุคคลเริ่มต้นและดำเนินการด้วยตนเองเพื่อรักษาสุขภาพให้คงสภาพเป็นอยู่ที่ดี การศึกษาในวัยรุ่นหญิงตะวันตกมีการดูแลตนเองในการจัดการความปวดประจำเดือนส่วนใหญ่ด้วยการใช้ยากลุ่ม NSAID และacetaminophen^{5,10} ซึ่งมีความแตกต่างกับวัยรุ่นหญิงตะวันออกมีการใช้ยาร่วมกับการจัดการโดยไม่ใช้ยาเพื่อบรรเทาความปวดโดยการประคบร้อน เครื่องดื่มอุ่น ๆ การนอนหลับ และการนวด⁶

ความแตกต่างด้านวัฒนธรรมทำให้การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาในวัยรุ่นผู้หญิง ตะวันตกและตะวันออกมีความแตกต่างกัน การศึกษาในนักศึกษาพยาบาลได้หวั่นพบว่า มีวิธีการจัดการความปวดประจำเดือน โดยลดการเคลื่อนไหวของร่างกาย มีการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร ใช้สมุนไพร ใช้การแพทย์ทางเลือก เช่น การนวด การประคบร้อน กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพและมีความรู้เกี่ยวกับวิธีจัดการอาการของตนเองได้¹ เนื่องจากความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรมระหว่างไต้หวันและไทย และยังมีข้อมูลจำกัดในการศึกษาความปวดประจำเดือนและการจัดการความปวดด้วยตนเองในนักศึกษาพยาบาลไทย การวิจัยจึงมีความจำเป็น ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นแนวทางให้คำแนะนำการดูแลตนเองในการจัดการความปวดประจำเดือนอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความปวดประจำเดือนและการจัดการความปวดของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional descriptive design) โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาเห็นชอบของ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (เลขที่/.....) ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักศึกษาหญิงหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2556 จำนวน 560 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาหญิงหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2556 จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้สูตรของการประมาณค่าเฉลี่ย¹² $n = \frac{NZ^2 \div 4Ne^2 + Z^2}{}$ โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่สูงที่สุดที่ผู้วิจัยรับได้ กำหนด $e = 0.05$ แทนค่ากลุ่มตัวอย่าง $n = 560$ $(1.645)^2 \div 4\{560 (.05)^2\} + (1.645)^2$ ได้เท่ากับ 183 ราย ปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย ร้อยละ 10

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมดจำนวน 202 คนใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยมีสัดส่วนจากนักศึกษาทุกชั้นปี

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับชั้นปีการศึกษา ลักษณะทั่วไปของประจำเดือน

2) แบบสอบถามความปวด Brief Pain Inventory (BPI) ฉบับภาษาไทย¹³ แบบสอบถามมีจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 มี 3 ข้อ ประเมินระดับความรุนแรงของความปวด (0 ไม่ปวด 10 ปวดมากที่สุด และแบ่งระดับความรุนแรงความปวดเป็น (1-3) ปวดเล็กน้อย (4-6) ปวดปานกลาง (7-10) ปวดรุนแรง) และส่วนที่ 2 จำนวน 7 ข้อ สอบถามผลกระทบของความปวดต่อกิจกรรมโดยทั่วไป อารมณ์ ความสามารถในการเดิน งานประจำวัน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การนอนหลับ ความสุขในชีวิตประจำวัน (0 ไม่กระทบ 10 กระทบมากที่สุด) ตรวจสอบความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคในกลุ่มตัวอย่างนี้ เท่ากับ 0.83

3) แบบสอบถามการดูแลตนเองในการจัดการความปวดประจำเดือน สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การดูแลตนเองด้วยยา แพทย์ทางเลือก การเป๊ยกเบน และการจัดทำบรรเทาความปวด ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ คุณภาพของเครื่องมือตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (IOC) มีค่าระหว่าง 0.67 - 1.00

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทีมผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

2. เก็บรวบรวมข้อมูล แบบประเมินประสบการณ์และวิธีการจัดการความปวดประจำเดือน ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ จังหวัดอุบลราชธานี ในแต่ละชั้นปี

3. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และการดูแลตนเองในการจัดการกับความปวดประจำเดือนของนักศึกษาพยาบาล

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง มีช่วงอายุระหว่าง 18 ถึง 23 ปี มีค่าอายุเฉลี่ยเท่ากับ 21.02 ปี ($SD \pm 1.23$) เริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกอายุเฉลี่ยเท่ากับ 13.13 ปี ($SD \pm 1.52$) จำนวนวันของประจำเดือนในแต่ละรอบเฉลี่ยเท่ากับ 4.59 วัน ($SD \pm 1.36$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป (N= 202)

ลักษณะ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
อายุ (ปี)	21.02	1.23
อายุมีประจำเดือนครั้งแรก (ปี)	13.13	1.52
จำนวนวันของประจำเดือนในแต่ละรอบ (วัน)	4.59	1.36
ความถี่ของรอบประจำเดือน (วัน)	27.72	4.82

ลักษณะความปวดประจำเดือนของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตารางที่ 2 โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง มีประสบการณ์ความปวดประจำเดือนร้อยละ 92.7 ปวดในตำแหน่งหลังส่วนล่างมากที่สุด ร้อยละ 80.19 ส่วนใหญ่วันแรกที่มีประจำเดือนมีระดับความรุนแรงความปวดมากที่สุด ร้อยละ 73.29

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลของความปวดประจำเดือน (N= 202)

ลักษณะ	ความถี่	ร้อยละ
มีประสบการณ์ปวดประจำเดือน	191	92.7
ไม่มีประสบการณ์ปวดประจำเดือน	11	5.3
ตำแหน่งปวด		
ด้านหลังส่วนล่าง	162	80.19
ด้านหลัง	30	14.85
หน้าขา	65	32.17
ท้องน้อย	78	38.61
ขาหนีบ	62	30.69
วันที่มีความปวดประจำเดือนในระดับรุนแรงมากที่สุด		
1 วันก่อนมีประจำเดือน	37	19.37
วันที่ 1 ของการมีประจำเดือน	140	73.29
วันที่ 2 ของการมีประจำเดือน	11	5.75
วันที่ 3-4 ของการมีประจำเดือน	3	1.57

ระดับความรุนแรงของความปวดประจำเดือนเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 (SD $\pm$ 1.75) กลุ่มตัวอย่างทนต่อความปวดได้ในระดับความรุนแรงเฉลี่ยเท่ากับ 4.56 (SD $\pm$ 3.25) และความปวดมีผลกระทบมากที่สุดคือด้านอารมณ์มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.41 (SD $\pm$ 2.9) และผลกระทบความปวดน้อยที่สุด คือด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับความรุนแรงความปวดประจำเดือนและผลกระทบ
ของความปวด (N= 202)

หัวข้อประเมิน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
ระดับความรุนแรงความปวดประจำเดือน		
ปวดมากที่สุด (0-10)	4.90	2.94
ปวดน้อยที่สุด (0-10)	1.87	2.02
ปวดเฉลี่ย (0-10)	3.86	1.75
ระดับความทนต่อความปวด (0-10)	4.56	3.25
ระดับความรุนแรงผลกระทบของความปวด ประจำเดือน		
กิจกรรมโดยทั่วไป	4.40	2.55
อารมณ์	5.41	2.90
ความสามารถในการเดิน	3.94	2.74
งานประจำวัน	4.19	2.60
ความสัมพันธ์กับผู้อื่น	3.73	2.45
การนอนหลับ	3.83	2.62
ความสุขในชีวิตประจำวัน	4.44	2.78

การจัดการความปวด กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการความปวดด้วยยา ส่วนใหญ่เลือกใช้ Ponstan คิดเป็นร้อยละ 27.7 ส่วนใหญ่เรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ยาด้วยตนเอง การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ส่วนใหญ่เลือกใช้วิธี การประคบด้วยความร้อน คิดเป็นร้อยละ 42.2 การเบี่ยงเบนความปวดใช้วิธีการนอน โดยเรียนรู้ด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 28.2 การเบี่ยงเบนความปวด ส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการนอนหลับคิดเป็นร้อยละ 69.4 การจัดทำ ส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีไม่เคลื่อนไหว คิดเป็นร้อยละ 55.3 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในการจัดการความปวด
(N= 202)

วิธีการจัดการความ ปวด	จำนวน (คน)	ร้อยละ	แหล่งข้อมูลวิธีการจัดการความปวดประจำเดือน (ร้อยละ)			
			แพทย์	พยาบาล	เรียนรู้อเอง	อื่นๆ
รับประทานยา			7.8	6.8	45.6	1.9
Paracetamol	42	20.4				
Ponstan	57	27.7				
Ibufen	2	1				
แพทย์ทางเลือก						
การประคบร้อน	87	42.2	1.5	8.3	28.2	5.8
การนวด	42	20.4	0	0.5	17.5	2.9
การกดจุด	28	13.6	1.0	2.9	7.8	1.9
การฝังเข็ม	23	11.2	5.3	1.0	2.4	2.4
ไทยปราณ	26	12.6	4.4	1.9	4.9	4.5
การเบี่ยงเบนความ ปวด						
การนอนหลับ	143	69.4	0	1.0	68.5	0.5
การนั่งพัก	128	62.1	0	0.5	60.7	1.0
การออกกำลังกาย	54	26.2	0	1.9	20.9	3.9
ทำสมาธิ/สวดมนต์	54	26.2	0	1.9	20.9	3.9
ดูโทรทัศน์	84	40.8	0	0	39.8	1.9
ฟังเพลง	92	44.7	0	0	43.7	1.9
อาบน้ำอุ่น	80	33.8	0	1.5	35.4	3.4
ดื่มน้ำ/น้ำชา	77	37.4	0	1.9	33.5	3.4
ดื่มเครื่องดื่ม	27	13.1	0	0.5	8.3	4.4
แอลกอฮอล์						
การจัดทำ						
ไม่เคลื่อนไหว	114	55.3	0	1.5	50.5	2.9
นั่ง	94	45.6	0	2.4	41.7	1.5
มีท่าเฉพาะ	67	32.5	0	2.7	25.7	4.4

การอภิปรายผล

การศึกษาความปวดประจำเดือนและการดูแลตนเองในการจัดการความปวดของนักศึกษาพยาบาลครั้งนี้ พบว่าช่วงอายุเวลาการมีประจำเดือนครั้งแรก และความถี่ในการมีประจำเดือนในนักศึกษาพยาบาลมีผลการศึกษาเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา^{10,11,14} ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีลักษณะคล้ายกัน

ความปวดประจำเดือนเป็นปัญหาที่สำคัญในวัยรุ่นผู้หญิง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ปวดประจำเดือนมากถึงร้อยละ 92.7 ซึ่งมากกว่าการศึกษาที่ผ่านมาของ Seven¹⁴ ที่ศึกษาในนักศึกษาพยาบาลในประเทศเตอร์กิช พบความปวดประจำเดือนร้อยละ 84.9 และร้อยละ 31 ในการศึกษาของ Guvenc¹⁵ ความแตกต่างของอุบัติการณ์ อาจจะเนื่องมาจากวิธีการเก็บข้อมูลและข้อคำถาม การศึกษาครั้งนี้ใช้คำถามประสบการณ์ของความปวดประจำเดือน ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาของ Seven และ Guvenc ที่ระบุความปวดประจำเดือนในช่วงที่เก็บข้อมูล จึงทำให้มีความแตกต่างของข้อมูลที่ได้

ความรุนแรงของความปวดประจำเดือนจะมีความรุนแรงมากในวันแรกของการมีประจำเดือน และยังมีความปวดต่อเนื่อง 1-3 วัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Eryilmaz² ในประเด็นความรุนแรงของความปวดการศึกษารายงานที่ผ่านมา พบความรุนแรงของความปวดในช่วงมีประจำเดือนที่แตกต่างกันระหว่าง 14% -20% ความรุนแรงของความปวดในการศึกษาครั้งนี้ โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างมีความทนต่อความปวดในระดับใกล้เคียงต่อความปวดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้พบว่าความปวดของประจำเดือนส่งผลกระทบต่ออารมณ์มากที่สุด โดยส่งผลกระทบต่อความสุขในชีวิตประจำวัน ผลคล้ายกับการศึกษาของ Chiou⁶ และ Wong & Khoo¹⁶ แม้ว่าผลกระทบจากความปวดประจำเดือน แต่อุบัติการณ์และความรุนแรงจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมและวัฒนธรรม

การดูแลตนเองในการจัดการความปวดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการความปวดที่ต่างกัน มีการจัดการใช้ยาและไม่ใช้ยา ยาที่กลุ่มตัวอย่างเลือกใช้ได้แก่ Paracetamol Ibufen และ Ponstan ยาที่เลือกใช้มากที่สุดคือ ยาPonstan จากการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งยา IbufenและPonstanเป็นยา กลุ่มเดียวกันคือ กลุ่มNSIAD สอดคล้องกับการศึกษาของEryilmaz² และSeven¹⁴ ซึ่งรายงานว่านักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับยาบรรเทาความปวดจึงสามารถเรียนรู้และจัดการตนเองได้ในการใช้ยาบรรเทาความปวด อย่างไรก็ตามพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะ

เลือกรับประทานยาในขณะที่มีอาการปวดมากแล้ว จากข้อมูลนี้ทำให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า การรับประทานยาก่อนการมีอาการปวดนั้น จะมีประสิทธิภาพในการลดอาการปวดได้ดีกว่า¹⁷

แม้ว่าการศึกษานี้พบอุบัติการณ์ของความปวดประจำเดือนสูงแต่มีเพียงร้อยละ 7.8 ของนักศึกษาพยาบาลไปพบแพทย์เพื่อจัดการความปวดประจำเดือน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบร้อยละ 12¹⁶ ร้อยละ 16¹⁸ และร้อยละ 27.6¹⁵ Wong and Khoo¹⁶ พบร้อยละ 53.3 ของวัยรุ่นหญิงที่มีความปวดประจำเดือนแต่ไม่มี การจัดการความปวด ในบางวัฒนธรรม^{11,14,16} และในไทย⁷ พบว่าวัยรุ่นผู้หญิงอายุที่จะไปโรงพยาบาลพบแพทย์เนื่องจากความปวดประจำเดือน สถานการณ์นี้ส่งผลเสียต่อพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของวัยรุ่นผู้หญิงในการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความปวดในช่วงมีประจำเดือน ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นผู้หญิงเกี่ยวกับสาเหตุและแนวทางการรักษาสำหรับปัญหาปวดประจำเดือน

การศึกษานี้พบว่าประมาณร้อยละ 70 ของนักศึกษาพยาบาลดูแลตนเองจัดการความปวดประจำเดือนโดยไม่ใช้ยา และโดยส่วนใหญ่เรียนรู้วิธีการด้วยตนเอง นักศึกษาพยาบาลเลือกใช้แพทย์ทางเลือก ประกอบด้วย การประคบร้อน การนวด อาบน้ำอุ่น ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความปวดด้วยการนอน พักผ่อน และการจัดทำเพื่อบรรเทาความปวด สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มประเทศเอเชีย^{6, 7, 11, 19} ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาทางตะวันตก⁵ ทั้งนี้ความเชื่อทางวัฒนธรรมมีส่วนสำคัญในประเด็นนี้ ในเอเชียมีความเชื่อในความสมดุลของธาตุในร่างกาย การใช้ความร้อนเย็นในการปรับสมดุลของร่างกาย นักศึกษาพยาบาลอาจจะเรียนรู้วิธีการนี้จากครอบครัว และชุมชน ซึ่งแตกต่างจากทางตะวันตกจะเน้นการใช้ยาในการจัดการความปวดอีก ประเด็นของการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าวัยรุ่นผู้หญิงไม่ใช้ยาเนื่องจากเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา¹¹

โดยสรุป นักศึกษาพยาบาลมีอุบัติการณ์ของความปวดประจำเดือนสูง ความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และความปวดกระทบต่อด้านอารมณ์และความสุขในชีวิตประจำวัน นักศึกษาพยาบาลมีการดูแลตนเองในการจัดการความปวดทั้งใช้ยาและไม่ใช้ยา

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดของการนำผลการวิจัยไปใช้ ซึ่งควรพิจารณาดังต่อไปนี้ เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลที่มีอายุระหว่าง 18-22 ปี สถานภาพโสด และศึกษาเฉพาะวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อาจจะไม่สามารถอ้างอิงกับสถาบันการศึกษาพยาบาลอื่น หรือกลุ่มวัยรุ่นผู้หญิงอื่นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ข้อเสนอแนะจากข้อค้นพบของการศึกษานี้ แม้ว่าความปวดประจำเดือนเป็นปัญหาทางนรีเวชที่พบได้ทั่วไปในวัยรุ่นผู้หญิง และมีผลกระทบในทางลบต่อกิจกรรมประจำวันและชีวิตในวิทยาลัยพยาบาล ควรให้คำแนะนำหรือโปรแกรมความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและการจัดการความปวดประจำเดือนสำหรับนักศึกษา เพื่อให้การจัดการความปวดมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Seven M, Guvenc G, Akyuz A, Eski F. Evaluating dysmenorrhea in a sample of Turkish nursing students. Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses 2014;15:664-71.
2. Eryilmaz G, Ozdemir F, Pasinlioglu T. Dysmenorrhea prevalence among adolescents in eastern Turkey: its effects on school performance and relationships with family and friends. Journal of pediatric and adolescent gynecology 2010;23:267-72.
3. Potur DC, Bilgin NC, Komurcu N. Prevalence of dysmenorrhea in university students in Turkey: effect on daily activities and evaluation of different pain management methods. Pain Management Nursing 2014;15:768-77.
4. Dmitrovic R, Peter B, Cvitkovic-Kuzmic A, Strelec M, Kereshi T. Severity of symptoms in primary dysmenorrhea -A Doppler study. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2003;107:191-4.

5. Parker M, Sneddon A, Arbon P. The menstrual disorder of teenagers (MDOT) study: determining typical menstrual patterns and menstrual disturbance in a large population based study of Australian teenagers. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2010;117:185-92.
6. Chiou MH, Wang HH. Predictors of dysmenorrhea and self-care behavior among vocational nursing school female students. *The journal of nursing research* 2008;16:17-25.
7. Chongpensuklert Y, Kaewrudee S, Soontrapa S, Sakondhavut C. Dysmenorrhea in Thai secondary school students. *Thai Journal of Obstetric and Gynecology* 2008;16:47-53.
8. Tangchai K, Titapant V, Boriboonhirunsarn D. Dysmenorrhea in Thai adolescents: prevalence, impact and knowledge of treatment. *Journal of Medical Association Thailand* 2004;87:S69-S73.
9. Denyes MJ, Orem DE, Bekel G. Self-care: a foundational science. *Nursing Science Quarterly* 2001;14:48-54.
10. Agarwal A, Venkat A. Questionnaire study on menstrual disorders in adolescent girls in Singapore. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2009;22:365-71.
11. Chen C-H, Lin Y-H, Heitkemper MM, Wu K-M. The self-care strategies of girls with primary dysmenorrhea: a focus group study in Taiwan. *Health Care Women Int* 2006;27:418-27.
12. อรุณ จิรวัฒน์กุล. ชีวสถิติ. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2551.
13. Chaudakshetrin P. Validation of the Thai Version of Brief Pain Inventory (BPI-T) in cancer patients. 2009.
14. Seven M, Güvenç G, Akyüz A, Eski F. Evaluating dysmenorrhea in a sample of Turkish nursing students. *Pain Manag Nurs* 2014;15:664-71.

- 15.Guvenc G, Kilic A, Akyuz A, Ustunsoz A. Premenstrual syndrome and attitudes toward menstruation in a sample of nursing students. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2012;33:106-11.
- 16.Wong LP, Khoo EM. Dysmenorrhea in a multiethnic population of adolescent Asian girls. *Int J Gynaecol Obstet* 2010;108:139-42.
- 17.Lefebvre G, Pinsonneault O, Antao V, Black A, Burnett M, Feldman K, et al. Primary dysmenorrhea consensus guideline. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;27:1117-46.
- 18.Nwankwo TO, Aniebue UU, Aniebue PN. Menstrual disorders in adolescent school girls in Enugu, Nigeria. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2010;23:358-63.
- 19.Chiou MH, Wang HH. [The relationship between dysmenorrhea and menstrual attitudes among female students in vocational nursing schools]. *Hu Li Za Zhi* 2004;51:45-52.

การวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตของวิทยาลัยพยาบาล

บรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ปัทมา ผ่องศิริ¹ ประด.,

กุลธิดา กุลประทีปปัญญาปร.ด.¹, วรางคณา บุตรศรี¹ สส.ม.,

ลักขณา ขอบเสียงพย.ม.¹, นวพล แก่นบุปผา พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ปีงบประมาณ 2558 โดยจัดแบ่งหน่วยต้นทุนออกเป็น หน่วยต้นทุนหลัก คือ งานบริหารหลักสูตร/วิชาการ และงานพัฒนาบุคลากร หน่วยต้นทุนสนับสนุน คือ ฝ่ายบริหาร และฝ่ายส่งเสริมวิชาการ ยกเว้นงานพัฒนาบุคลากร และจำแนกองค์ประกอบต้นทุน ออกเป็น 3 ประเภท คือ ต้นทุนงบบุคลากร ต้นทุนงบดำเนินการ ต้นทุนงบลงทุน การกระจายต้นทุนจากหน่วยต้นทุนสนับสนุนไปยังหน่วยต้นทุนหลัก ใช้เกณฑ์จำนวนคน จำนวนโครงการ และจำนวนพื้นที่การใช้งานเป็นเกณฑ์ปันส่วน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนงบบุคลากร (Labour Cost = LC) ข้อมูลต้นทุนงบดำเนินการ (Material Cost = MC) ข้อมูลต้นทุนงบลงทุน (Capital Cost = CC)

ผลการวิจัยพบว่า ต้นทุนงบบุคลากร เมื่อจำแนกตามหน่วยต้นทุน งานบริหารหลักสูตร/วิชาการมีต้นทุนงบบุคลากรสูงที่สุดเป็นเงิน 24,732,026.55 บาท (ร้อยละ 42.37) รองลงมาคือ ฝ่ายบริหารเป็นเงิน 9,129,809.69 บาท (ร้อยละ 15.64) และงานพัฒนา/กิจการนักศึกษา 5,106,668.64 บาท (ร้อยละ 8.75) ตามลำดับ ต้นทุนงบดำเนินการ เมื่อจำแนกตามหน่วยต้นทุน พบว่างานเทคโนโลยีสารสนเทศมีต้นทุนงบดำเนินการสูงที่สุด เป็นเงิน 3,990,097.99 บาท (ร้อยละ 26.01) รองลงมาคือ งานบริหารหลักสูตร/วิชาการเป็นเงิน 3,555,223.38 บาท (ร้อยละ 23.17) และฝ่ายบริหาร 3,335,759.03 บาท (ร้อยละ 21.74) ตามลำดับ ต้นทุนงบลงทุน เมื่อจำแนกตามหน่วยต้นทุน พบว่า งานบริหารหลักสูตร/

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วิชาการ มีต้นทุนงบลงทุนสูงที่สุด เป็นเงิน 6,415,973.28 บาท (ร้อยละ 62.53) รองลงมาคือ ฝ่ายบริหารเป็นเงิน 1,602,499.97 บาท (ร้อยละ 15.62) และงานพัฒนา/กิจการนักศึกษา 1,591,786.80 บาท (ร้อยละ 15.51) ตามลำดับ อัตราส่วนต้นทุนระหว่างงบบุคลากร งบดำเนินการ งบลงทุน และงบเงินอุดหนุน พบว่าร้อยละต้นทุนระหว่างงบบุคลากร ต่อ งบดำเนินการ ต่อ งบลงทุน ต่อ งบเงินอุดหนุน คิดเป็น 69.51 : 18.27 : 12.22 ต้นทุนต่อการผลิตนักศึกษาแยกตามชั้นปี พบว่า ชั้นปีที่ 1 มีต้นทุนสูงสุด คือ 191,260.60 บาท ชั้นปีที่ 2 รองลงมา คือ 144,121.16 บาท ชั้นปีที่ 3 102,792.95 บาท ชั้นปีที่ 4 82,425.46 บาท ตามลำดับ ต้นทุนต่อหน่วยการผลิตบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยการผลิตต่อคน เป็นเงิน 130,196.31 บาท ต้นทุนต่อหน่วยการผลิตต่อ FTES เป็นเงิน 129,589.42 บาท สำหรับจุดคุ้มทุนในการผลิตต่อหลักสูตร/ปี เท่ากับ 152 คน

คำสำคัญ: การวิเคราะห์ต้นทุน, ต้นทุนการผลิต, นักศึกษาพยาบาล,
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

Unit Cost of Production Analysis of Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong

**Pattama Phongsiri Ph.D.¹,
Kunthida Kulprateepunya Ph.D.¹, Warangkana Bootsri M.P.H.¹,
Lakana Chobchaing M.S.N¹, Nawapon Khanphupa B.S.N¹**

Abstract

This cost analysis research aimed to analyze the cost of production for nursing students of Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong. Cost analysis was divided into main and support cost unit. The main cost units were the academic and personnel development unit. The support cost units were management and technical support, except personnel development. The cost factors were classified into 3 categories: 1) Labour cost, 2) Material cost, and 3) Capital cost. The method of distribution costs from cost support units to main cost unit used the number of people, projects, and usage areas for workload allocation. The tools were used include the capital cost (CC), labour cost (LC), and material cost (MC).

The results showed that the curriculum management had the highest labour cost 24,732,026.55 baht (42.37%), administration 9,129,809.69 baht (15.64%) and student development 5,106,668.64 (8.75%) respectively. About Material cost, IT was the highest material cost of 3,990,097.99 baht (26.01%), curriculum management of 3,555,223.38 baht (23.17%) and administration of 3,335,759.03 baht respectively. The capital cost was 6,415,973.28 Baht (62.53%), the management cost of money (21.74%). 1,602,499.97 baht (15.62%) and student development work 1,591,786.80 Baht (15.51%), respectively. The cost ratio between labour cost, material cost, and capital cost found that the cost percentage was

¹ Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong

69.51: 18.27: 12.22. The unit costs per college year were as follows; the first year was 191,260.60 baht/head, the second year was 144,121.16 baht/head, the third year was 102,792.95 baht/head the fourth year was 82,425.46 baht, respectively. The unit cost per head for registered nurse production in BCNSP was 130,196.31 baht/head and 129,589.42 baht/FTES. The breakeven point of production per year was 152 students.

Keywords: unit cost analysis, nursing student, college of nursing

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

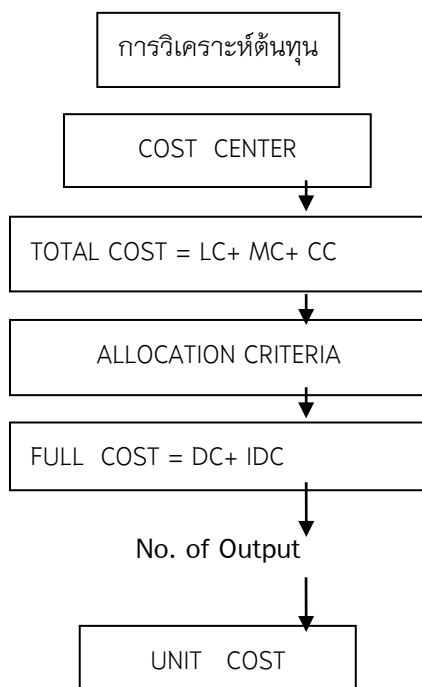
พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการวิชาชีพหนึ่ง ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนให้ดีขึ้น จากการศึกษาของกุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ¹⁻³ พบว่า วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ มีต้นทุนการผลิตนักศึกษาพยาบาลค่อนข้างสูง คือ 103,320.17 บาท เมื่อเปรียบเทียบกับรายจ่ายทั้งหมดที่วิทยาลัยฯ จ่ายไปในปีงบประมาณ 2557 หลังจากนั้นวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ได้เล็งเห็นความสำคัญของการวิเคราะห์ต้นทุนการผลิต เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดของการประกันคุณภาพการศึกษา⁴ และปัจจุบันได้มีการปรับเปลี่ยน การบริหารงบประมาณ เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การแข่งขันในการเปิดประเทศไปสู่ประชาคมอาเซียนในสิ้นปี 2558⁵ และเตรียมการปรับเปลี่ยนองค์กรเป็นสถาบันอุดมศึกษาที่มีสถานะเป็นนิติบุคคลในกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดสรรงบประมาณในระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงาน เป็นการจัดสรรที่ให้ความสำคัญกับผลผลิต (Output) แทนการควบคุมในเรื่องรายละเอียดของปัจจัยนำเข้า(Input) โดยผลผลิตดังกล่าวจะผ่านกระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของชาติ นโยบายรัฐบาล และยุทธศาสตร์กระทรวง สอดรับกับแผนการให้บริการ (สาธารณสุข) และสามารถเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ระดับกระทรวงและระดับชาติได้⁶ กล่าวคือ เมื่อหน่วยงานนำส่งผลผลิต แล้วจะทำให้บรรลุเป้าหมายการให้บริการ (สาธารณสุข) ระดับกระทรวง (Service Delivery Targets) และเป้าหมายยุทธศาสตร์ระดับชาติ (Strategic Delivery Targets) อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์สูงสุดที่รัฐบาลมุ่งหวังให้เกิดขึ้นตามนโยบายที่ได้แถลงไว้ต่อรัฐสภาและประชาชนในที่สุด การคำนวณต้นทุน/ค่าใช้จ่ายผลผลิตจะดำเนินการหลังจากหน่วยงานมีการกำหนดผลผลิตที่ถูกต้องตรงตามความต้องการของรัฐบาลและได้ผ่าน กระบวนการพิจารณาข้างต้นเรียบร้อยแล้ว⁷

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เห็นความสำคัญของการวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตตามพันธกิจหลักในยุคการเร่งรัดพัฒนาประเทศการใช้

ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้มีประโยชน์สูงสุด และวิทยาลัยมีการเปลี่ยนแปลง คือ มีจำนวนบุคลากรทั้งสายอาจารย์และสายสนับสนุนเพิ่มขึ้น มีการก่อสร้างตึกใหม่ จำนวน 11 ชั้น แต่จำนวนนักศึกษาที่รับยังคงเดิม จึงต้องมีการวิเคราะห์และประเมิน การใช้ทรัพยากรในการจัดการศึกษาและพัฒนาบุคลากรทาง ด้านสุขภาพที่มีอยู่อย่างจำกัดให้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลมากที่สุด โดยมีการจัดทำ โปรแกรมคำนวณการวิเคราะห์ต้นทุนที่ครอบคลุมถึงจุดคุ้มทุนในการผลิตนักศึกษา ด้วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

หลักการวิเคราะห์ต้นทุน ยึดกรอบการคำนวณตามกรมบัญชีกลาง⁷⁻¹⁰



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยศึกษาต้นทุนการผลิตนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต 2 ประเภท คือ ต้นทุนต่อหน่วยการผลิตต่อคน และ ต้นทุนต่อหน่วยการผลิตต่อ FTES ในปีงบประมาณ 2558 (1 ตุลาคม 2557 – 30 กันยายน 2558) ระยะเวลาที่ทำการศึกษทั้งสิ้น 1 ปี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ต้นทุนการผลิตประกอบด้วย ต้นทุนทางตรง (Direct Costs) คือ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่จ่ายโดยตรงกับบุคลากรและให้แก่งานโครงการ ได้แก่ 1) ค่าจ้างเงินเดือน รวมทั้งเงินค่าตอบแทน สวัสดิการ ของเจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ 2) สถานที่และอุปกรณ์ดำเนินการต่างๆ เช่น อาคารที่ทำการ วัสดุเครื่องมือ ยานพาหนะ และต้นทุนทางอ้อม (Indirect Costs) คือค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ไม่ได้จ่ายโดยตรง ค่าใช้จ่ายประเภทนี้ไม่ขึ้นกับระดับของกิจกรรม ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในหน่วยงานที่ทำหน้าที่บริหารจัดการ ได้แก่ 1) ค่าใช้จ่ายในการบริหารงาน 2) ค่าใช้จ่ายในการติดตามประเมินผลและวิจัย 3) ค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่นๆ โดยคำนวณจากต้นทุนงบบุคลากร (Labour cost - LC) ต้นทุนงบดำเนินการ (Material cost - MC) และต้นทุนงบลงทุน (Capital cost - CC) ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากทุกหน่วยงานของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ในระยะเวลา 1 ปีที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบเก็บข้อมูล

ใช้แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยแบ่งแบบข้อมูลออกเป็น 4 ส่วน คือ

- 1) แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนงบบุคลากร (LC)
- 2) แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนงบดำเนินการ (MC)
- 3) แบบบันทึกข้อมูลต้นทุนงบลงทุน (CC)
- 4) แบบฟอร์มบันทึกการกระจายต้นทุนของหน่วยงานต่าง ๆ

2. เครื่องคอมพิวเตอร์ (Computer) ใช้ในการเก็บและรวบรวมข้อมูล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยมีทั้งหมด 8 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. กำหนดผลผลิตของวิทยาลัยพยาบาล เพื่อนำไปใช้ในการคำนวณต้นทุน

2. ศึกษาโครงสร้างและระบบงาน (System analysis)
3. ศึกษากิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผลผลิตแต่ละส่วนของวิทยาลัยพยาบาล
4. จำแนกและจัดกลุ่มหน่วยต้นทุน (Cost Center Identification and Grouping)
5. ระบุต้นทุนทางตรงของแต่ละหน่วยงาน (Direct Cost Determination) ต้นทุนทางตรงประกอบด้วย
 - 1) ต้นทุนงบบุคลากร (Labour Cost - LC)
 - 2) ต้นทุนงบดำเนินการ (Material Cost - MC)
 - 3) ต้นทุนงบลงทุน (Capital Cost - CC)
$$\text{Direct Cost} = \text{Labour Cost} + \text{Material Cost} + \text{Capital Cost}$$
6. กำหนดเกณฑ์การกระจายต้นทุน (Allocation Criteria Determination)
7. การหาต้นทุนทั้งหมด (Total Cost Determination)
8. คำนวณหาต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม และต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต (Unit Cost Calculation)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม EXCEL ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ โดยใช้ค่าสถิติ ร้อยละ และการจัดสรรการกระจายต้นทุนใช้วิธี Direct Distribution Method

ผลการวิจัย

ต้นทุนงบบุคลากร (Labour Cost) เนื่องจากบุคลากรของวิทยาลัยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ 2 ส่วน คือ งานหลัก กับ งานรอง ดังนั้น งบบุคลากรจึงถูกแบ่งออกตามภาระงานของแต่ละบุคคล เมื่อจำแนกตามหน่วยต้นทุน พบว่า งานบริหารหลักสูตร/วิชาการมีต้นทุนงบบุคลากรสูงที่สุดเป็นเงิน 24,732,026.55 บาท (ร้อยละ 42.37) รองลงมาคือ ฝ่ายบริหารเป็นเงิน 9,129,809.69 บาท (ร้อยละ 15.64) และงานพัฒนา/กิจการนักศึกษา 5,106,668.64 บาท (ร้อยละ 8.75) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของงบบุคลากร แยกตามหน่วยงาน

หน่วยงาน	งบบุคลากร (บาท)	ร้อยละ
งานบริหาร	9,129,809.69	15.64
งานนโยบายและยุทธศาสตร์	2,489,854.34	4.27
งานพัฒนา/กิจการนักศึกษา	5,106,668.64	8.75
งานประกันคุณภาพการศึกษา	2,367,892.09	4.06
งานเทคโนโลยีสารสนเทศ	1,980,741.89	3.39
งานพัฒนาบุคลากรภายใน	1,483,832.92	2.54
งานบริการวิชาการ	2,004,668.87	3.43
งานวิเทศสัมพันธ์	1,043,969.86	1.79
งานวิจัย	2,079,182.22	3.56
งานศูนย์ความเป็นเลิศ	667,634.16	1.14
งานทะเบียน/งานวัดและประเมินผล	1,572,994.54	2.70
งานฝึกอบรม(พัฒนาบุคลากรภายนอก)	3,706,267.93	6.35
งานบริหารหลักสูตร/วิชาการ	24,732,026.55	42.37
รวม	58,365,543.68	100.00

ต้นทุนงบดำเนินการ (Material Cost) เมื่อจำแนกตามหน่วยงาน พบว่างานเทคโนโลยีสารสนเทศมีต้นทุนงบดำเนินการสูงที่สุดเป็นเงิน 3,990,097.99 บาท (ร้อยละ 26.01) รองลงมาคือ งานบริหารหลักสูตร/วิชาการเป็นเงิน 3,555,223.38 บาท (ร้อยละ 23.17) และฝ่ายบริหาร 3,335,759.03 บาท (ร้อยละ 21.74) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของงบดำเนินการ แยกตามหน่วย

ต้นทุน

หน่วยต้นทุน	งบดำเนินการ (บาท)	ร้อยละ
งานบริหาร	3,335,759.03	21.74
งานนโยบายและยุทธศาสตร์	165,809.10	1.08
งานพัฒนา/กิจการนักศึกษา	2,055,339.77	13.40
งานประกันคุณภาพการศึกษา	114,700.98	0.75
งานเทคโนโลยีสารสนเทศ	3,990,097.99	26.01
งานพัฒนาบุคลากรภายใน	509,420.88	3.32
งานบริการวิชาการ	56,095.10	0.37
งานวิเทศสัมพันธ์	19,080.05	0.12
งานวิจัย	154,892.50	1.01
งานศูนย์ความเป็นเลิศ	49,777.80	0.32
งานทะเบียน/งานวัดและประเมินผล	109,037.68	0.71
งานฝึกอบรม(พัฒนาบุคลากร ภายนอก)	1,225,936.31	7.99
งานบริหารหลักสูตร/วิชาการ	3,555,223.38	23.17
รวม	15,341,170.57	100.00

ต้นทุนงบลงทุน (Capital Cost) เมื่อจำแนกตามหน่วยต้นทุน พบว่า งานบริหารหลักสูตร/วิชาการมีต้นทุนงบลงทุนสูงที่สุด เป็นเงิน 6,415,973.28 บาท (ร้อยละ 62.53) รองลงมาคือฝ่ายบริหารเป็นเงิน 1,602,499.97 บาท (ร้อยละ 15.62) และงานพัฒนา/กิจการนักศึกษา 1,591,786.80 บาท (ร้อยละ 15.51) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของงบลงทุน แยกตามหน่วยต้นทุน

หน่วยต้นทุน	งบลงทุน (บาท)	ร้อยละ
งานบริหาร	1,602,499.97	15.62
งานนโยบายและยุทธศาสตร์	26,752.67	0.26
งานพัฒนา/กิจการนักศึกษา	1,591,786.80	15.51
งานประกันคุณภาพการศึกษา	34,545.81	0.34
งานเทคโนโลยีสารสนเทศ	116,747.00	1.14
งานพัฒนาบุคลากรภายใน	26,752.67	0.26
งานบริการวิชาการ	13,903.17	0.14
งานวิเทศสัมพันธ์	15,067.26	0.15
งานวิจัย	25,089.27	0.24
งานศูนย์ความเป็นเลิศ	32,662.50	0.32
งานทะเบียน/งานวัดและประเมินผล	92,476.77	0.90
งานฝึกอบรม(พัฒนาบุคลากรภายนอก)	266,898.92	2.60
งานบริหารหลักสูตร/วิชาการ	6,415,973.28	62.53
รวม	10,261,156.07	100.00

ต้นทุนรวม ของงบบุคลากร (Labour Cost) งบดำเนินการ (Material Cost) และงบลงทุน (Capital Cost) เมื่อจำแนกตามหน่วยต้นทุน พบว่า งานบริหารหลักสูตร/วิชาการมีต้นทุนงบบุคลากรสูงที่สุดเป็นเงิน 34,703,223.21 บาท (ร้อยละ 41.33) รองลงมาคือ ฝ่ายบริหารเป็นเงิน 14,068,068.69 บาท (ร้อยละ 16.75) และงานพัฒนา/กิจการนักศึกษา 8,753,795.21 บาท (ร้อยละ 10.43) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของต้นทุนรวมของงบบุคลากร
งบดำเนินการ และงบลงทุน แยกตามหน่วยต้นทุน

หน่วยต้นทุน	LC+MC+CC (บาท)	ร้อยละ
งานบริหาร	14,068,068.69	16.75
งานนโยบายและยุทธศาสตร์	2,682,416.11	3.19
งานพัฒนา/กิจการนักศึกษา	8,753,795.21	10.43
งานประกันคุณภาพการศึกษา	2,517,138.88	3.00
งานเทคโนโลยีสารสนเทศ	6,087,586.88	7.25
งานพัฒนาบุคลากรภายใน	2,020,006.46	2.41
งานบริการวิชาการ	2,074,667.14	2.47
งานวิเทศสัมพันธ์	1,078,117.16	1.28
งานวิจัย	2,259,163.98	2.69
งานศูนย์ความเป็นเลิศ	750,074.46	0.89
งานทะเบียน/งานวัดและประเมินผล	1,774,508.98	2.11
งานฝึกอบรม(พัฒนาบุคลากร ภายนอก)	5,199,103.15	6.19
งานบริหารหลักสูตร/วิชาการ	34,703,223.21	41.33
รวม	83,967,870.32	100.00

อัตราส่วนต้นทุนระหว่างงบบุคลากร งบดำเนินการ งบลงทุน และงบเงินอุดหนุน พบว่า ร้อยละต้นทุนระหว่างงบบุคลากรต้องงบดำเนินการต้องงบลงทุน ต้องงบเงินอุดหนุน คิดเป็น 69.51:18.27: 12.22 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 อัตราส่วนต้นทุนระหว่างงบบุคลากร งบดำเนินการ งบลงทุน
ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ชนิดของต้นทุน	จำนวนเงิน (บาท)	ร้อยละ
งบบุคลากร (ค่าแรง Labour Cost)	58,365,543.68	69.51
งบดำเนินการ (ค่าวัสดุ Material Cost)	8,257,075.00	9.83
งบดำเนินการ (ค่าสาธารณูปโภค Material Cost)	7,084,095.57	8.44
งบลงทุน (ค่าครุภัณฑ์ Capital Cost)	4,746,806.07	5.65
งบลงทุน (ค่าสิ่งก่อสร้าง Capital Cost)	5,514,350.00	6.57
รวม	83,967,870.32	100.00

อัตราส่วนต้นทุนระหว่างงบบุคลากร งบดำเนินการ และงบลงทุนของ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ พบว่า อัตราส่วนต้นทุนระหว่าง
งบบุคลากร ต้องงบดำเนินการ ต้องงบลงทุน คิดเป็น 69.51 : 18.27 : 12.22 ดัง
ตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงต้นทุนการผลิตต่อหัวนักศึกษาแยกตามชั้นปี

ชั้นปี	สัดส่วนหน่วยกิต	จำนวนนักศึกษา	Unit Cost
1	34.7%	143	191,260.60
2	30.6%	167	144,121.16
3	19.4%	149	102,792.95
4	15.3%	146	82,425.46
รวม		605	130,196.31

ต้นทุนต่อหัวนักศึกษาแยกตามชั้นปี พบว่า ชั้นปีที่ 1 มีต้นทุนสูงสุด คือ
191,260.60 บาท ชั้นปีที่ 2 รองลงมา คือ 144,121.16 บาท ชั้นปีที่ 3 102,792.95
บาท ชั้นปีที่ 4 82,425.46 บาท ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงต้นทุนต่อหน่วย (Unit Cost) ของการผลิตบัณฑิต
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

ต้นทุน	จำนวนเงิน (บาท)
ต้นทุนต่อหน่วยการผลิตต่อคน	130,196.31
ต้นทุนต่อหน่วยการผลิตต่อ FTES	129,589.42
จุดคุ้มทุนในการผลิตต่อหลักสูตร/ปี	152 คน

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ พบว่าต้นทุนงบบุคลากร (Labour Cost) ฝัายวิชาการมีต้นทุนสูงที่สุด เนื่องจากอาจารย์ซึ่งเป็นบุคลากรส่วนใหญ่ของวิทยาลัยฯ จะสังกัดในฝัายวิชาการ อีกทั้งอายุราชการมาก และหลายท่านได้รับเงินประจำตำแหน่ง

2. ต้นทุนงบดำเนินการ (Material Cost) พบว่า งานเทคโนโลยีสารสนเทศมีต้นทุนงบดำเนินการสูงที่สุด เนื่องจากงานเทคโนโลยีสารสนเทศมีการใช้จ่ายเป็นค่าซ่อมแซมดูแลอุปกรณ์คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์เพื่อการจัดการเรียนการสอนต่างๆ เป็นจำนวนมาก

3. ต้นทุนงบลงทุน (Capital Cost) พบว่า งานบริหารหลักสูตร/วิชาการมีงบลงทุนสูงที่สุด เนื่องจากตึก-อาคารต่าง ๆ เป็นส่วนที่ฝัายวิชาการเป็นผู้รับผิดชอบใช้งานเพื่อการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษา

4. เปรียบเทียบอัตราส่วนของต้นทุนงบบุคลากร: งบดำเนินการ: งบลงทุน พบว่า งบบุคลากรมีอัตราสูงที่สุด เนื่องจากวิทยาลัยฯ มีอัตราค่าจ้างบุคลากรค่อนข้างมาก เป็นวิทยาลัยขนาดใหญ่ เก้าแก่มีอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิและมีอายุราชการมาก อาจารย์หลายท่านได้รับเงินประจำตำแหน่ง จึงทำให้งบบุคลากรมีจำนวนมาก

5. งบลงทุน เมื่อเทียบกับงบบุคลากรและงบดำเนินการพบว่า งบลงทุนของวิทยาลัยฯ ค่อนข้างน้อย เนื่องจากตึกส่วนใหญ่ของวิทยาลัยฯ เป็นตึกเก่ามีอายุราชการใช้งานนานเกิน 20 ปี จึงไม่คิดค่าเสื่อมราคามาเป็นงบลงทุน และในปีงบประมาณ 2558 ยังไม่มีการก่อสร้างตึก 11 ชั้นยังไม่แล้วเสร็จ จึงยังไม่มี การนำค่าเสื่อมของตึก 11 ชั้นมาคิดคำนวณ

6. เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อนักศึกษา พบว่า นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตค่อนข้างสูงที่สุดเป็นเงิน 130,196.31 บาท ซึ่งจากผลการวิจัยการคำนวณต้นทุนการผลิตต่อนักศึกษา ในปีงบประมาณ 2557 ของกุลธิดา กุลประทีปปัญญา พบว่าต้นทุนต่อหัวนักศึกษาเท่ากับ 103,320.17 บาท ต่อปี¹ ซึ่งค่าใช้จ่ายต่อหัวในการวิจัยครั้งนี้ คิดเฉพาะจากต้นทุนที่วิทยาลัยจ่ายไปเท่านั้น ไม่ได้ทำการศึกษาถึงต้นทุนที่ส่วนของสถานศึกษาภาคปฏิบัติต้องจ่ายไปเพื่อการเรียนการสอนของนักศึกษาทั้งค่าแรง ค่าวัสดุ และค่าลงทุน และเมื่อเวลาผ่านไป ภาวะเงินเฟ้อ เศรษฐกิจต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลง ทำให้ค่าใช้จ่ายต่อหัวของนักศึกษาเพิ่มขึ้น อีกทั้งจำนวนอาจารย์ที่เพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้สัดส่วนการดูแลนักศึกษาตามเกณฑ์สภาการพยาบาล ทำให้ต้นทุนบุคลากรสูงขึ้นตามไปด้วย ซึ่งสุภาเพ็ญ ปาณะวัฒนพิสทุธ และคณะ¹¹ ได้วิเคราะห์ ต้นทุนการผลิตต่อหัวนักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ปีงบประมาณ 2559 เท่ากับ 115,968.04 บาท/คน สำหรับ ภูษิตา อินทรประสงค์¹² ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการผลิตโดยภาพรวมของทุกหลักสูตร (วท.บ , ส.บ. , ส.ม. , วท.ม. , และ ส.ด.) เท่ากับ 113,143.31 บาท ส่วนต้นทุนต่อหน่วยการผลิตบัณฑิตของคณะสาธารณสุขศาสตร์ [วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์), สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต และสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] เท่ากับ 219,753.42 บาท และต้นทุนต่อหน่วยการผลิตบัณฑิตระดับบัณฑิตศึกษา เท่ากับ 188,572.19 บาท

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากการศึกษาต้นทุนการผลิตของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ทำให้มองภาพรวมของการให้บริการการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ และการควบคุมต้นทุนชัดเจนขึ้น ความเป็นไปได้ในการจัดระบบข้อมูลให้เอื้อต่อการคำนวณต้นทุนของการศึกษาอย่างต่อเนื่องมีค่อนข้างมากอย่างไรก็ตาม ควรมีการปรับปรุงระบบการเก็บข้อมูล ดังนี้

1.1 ต้นทุนบุคลากร ควรมีการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นระบบ โดยให้มีการกำหนดรหัสของบุคลากร และใช้เครื่องมือคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วย โดยจะทำให้มีข้อมูลเงินเดือน ค่าสวัสดิการและค่าตอบแทนที่ชัดเจนขึ้น

1.2 ต้นทุนงบดำเนินการ เนื่องจากบุคลากรของวิทยาลัย 1 คน ปฏิบัติหน้าที่หลายด้าน ทำให้มีการเบิกใช้วัสดุบางอย่างไม่ตรงตามกิจกรรมของหน่วยต้นทุน จึงควรให้มีการจัดเบิกที่เหมาะสมเพื่อประโยชน์ในการควบคุมต้นทุนต่อไป

1.3 ต้นทุนงบลงทุน การจัดเก็บข้อมูลครุภัณฑ์ ยังไม่เป็นระบบ ยังใช้การเก็บข้อมูลในรูปเอกสาร ไม่ได้จัดเก็บในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

2. การวิเคราะห์ Unit Cost ด้านการผลิตนักศึกษา เป็นประโยชน์อย่างมากในการนำข้อมูลไปวางแผนในการจัดการเรียนการสอนและการบริหารด้านการเงินของวิทยาลัย ดังนั้น วิทยาลัยจึงเสนอให้สถาบันพระบรมราชชนกจัดทำโปรแกรมการวิเคราะห์ Unit Cost ด้านการพัฒนาบุคลากรด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตและ พัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ประจำปีงบประมาณ 2555; 2558.
2. กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่อง การวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตและ พัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ประจำปีงบประมาณ 2547; 2548.
3. กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, เยาวเรศ ประภาษานนท์, วิมลพรรณ สังข์สกุล. รายงานการวิจัย เรื่อง การวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ประจำปีงบประมาณ 2549; 2550.
4. สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา. คู่มือประกันคุณภาพการศึกษา. สำนักมาตรฐานและคุณภาพอุดมศึกษา: สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา; 2557.
5. อาคม เต็มพิทยาไพสิฐ. ประชาคมอาเซียน[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 2 ส.ค. 2558] เข้าถึงได้จาก: <http://www.secondary41.go.th/doc/Asian/prachakomAsian.PDF>
6. Berman HJ, Weeks LET. The financial management of hospital. Ann Arbor: Administration Press; 1979.

7. สำนักมาตรฐานด้านการบัญชีภาครัฐ. หลักเกณฑ์วิธีการคำนวณต้นทุนผลผลิต. กรุงเทพฯ: กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง; 2553.
8. สำนักมาตรฐานด้านการบัญชีภาครัฐ. แนวทางการคำนวณต้นทุนผลผลิตปีงบประมาณสำหรับส่วนราชการ พ.ศ.2557. กรุงเทพฯ: กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง; 2557.
9. อนุรักษ์ ทองสุโขวงศ์. การบัญชีต้นทุน [อินเทอร์เน็ต]. 2548 [เข้าถึงเมื่อ 2 ส.ค. 2558] เข้าถึงได้จาก:
<http://home.kku.ac.th/anuton/cost%20accounting/cost%20allocation%20and%20ABC.htm>
10. ลำไย มากเจริญ. การบัญชีต้นทุน. กรุงเทพฯ: บริษัท ทริปเพิ้ล เอ็ดดูเคชั่น จำกัด; 2556.
11. สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒนพิสุทธ์, สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา, ศรีวรรณ สุพรรณสาร, เจริญ บุญมี. การวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัย พยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2560;18:104-12.
12. ภูษิตา อินทรประสงค์, สุคนธา คงศีล, วรรณภา สุมิตรณะ. การวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2546;33:167-84.

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วย

เบาหวาน : กรณีศึกษาตำบลเมืองศรีโค

อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วารงคณา บุตรศรี¹

อภิรดี เจริญกุล²

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุข มีบทบาทที่หลากหลายในการช่วยดูแลประชาชนในชุมชน ในทุกกลุ่มวัยและทุกกลุ่มโรค แต่ทั้งนี้พบว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวานนั้นยังมีข้อจำกัด วิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ศึกษาเฉพาะกรณี ตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 40 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การคัดกรองการเยี่ยมบ้าน การประชาสัมพันธ์ข้อมูลและการติดตามผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนแต่ขาดความรู้ในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ปัญหาแทรกซ้อนที่ตา มากที่สุดร้อยละ 77.5 รองลงมาคือ ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ปัญหาแทรกซ้อนที่เท้า ร้อยละ 72.5 ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีเวลาให้กับชุมชน คิดเป็นร้อยละ 62.5 และยังพบว่าขาดทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ ทำให้การพัฒนาฐานข้อมูลยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร โดยมีข้อเสนอแนะคือ การให้ความรู้ควรให้ความรู้ที่เป็นปัญหาเฉพาะของพื้นที่ และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขรายใหม่ ควรได้รับการจัดอบรมให้มีความรู้พื้นฐานในด้านการดูแลสุขภาพ ส่วนกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขรายเดิมที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรมุ่งเน้นหลักให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนได้เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยเบาหวาน

¹ กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

² กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

Participation of Health Care Volunteer in Caring for Diabetic Patients: A Case Study of Srikai Subdistrict, Warinchamrap District, Ubon Ratchathani Province

Warangkana Bootsri¹

Apiradee Charoenukul²

Abstract

Health care volunteers have various roles for helping people's health in the community. However, there was limitation of the information to participation caring for diabetic patients. This descriptive aimed to explore the participation of health care volunteers in caring for diabetic patients at Srikaisubdisdtrict, Warinchamrap District, Ubon Ratchathani Province. There were 40 health care volunteers participate in the study. The instruments for collecting data consisted the questionnaires and semi structure in-depth interview, focus group interview to share knowledge and experience of diabetic care services. The results found that health care volunteers were participate to caring diabetic patients screening, visiting at home, sharing information and monitoring complications' diabetic patients. But there were problems and obstacles in this group working that included lacking diabetic retinopathy knowledge (77.5%), lacking knowledge of diabetic foot (72.5%). Most health care volunteers had no time for other community activities (62.5%). They had insufficient computer skill that leading database development was unsuccessful. This study recommended providing diabetes knowledge to new health care volunteers in risk area, and updating diabetes knowledge to current health care volunteers to appropriately analyze community problems.

Key words: participation, health care volunteers, diabetic patients

¹ Community nursing department, Boromarajonani college of Nursing Sanpasithiprasong, Ubonratchathani.

² Adult and Elderly nursing department, Boromarajonani college of Nursing Sanpasithiprasong, Ubonratchathani.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคเบาหวาน เป็นโรคที่มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นมากในทุกประเทศและพบในทุกกลุ่มอายุ ประมาณร้อยละ 2.8 ในปี ค.ศ. 2000 พบว่าแนวโน้มจำนวนผู้ป่วย มีอัตราเพิ่มขึ้นจากประมาณ 171 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2000 เป็น 366 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 หรือประมาณสองเท่า และในประเทศที่กำลังพัฒนามีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 150^{Error! Bookmark not defined.} โรคเบาหวานเป็นโรคที่ก่ออันตรายต่อสุขภาพเรื้อรังและทำให้เสียชีวิตได้ อัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีมากถึง 8,700 คนต่อวัน หรือในทุกนาทียังมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานถึง 6 คน องค์การอนามัยโลก จึงจัดโครงการ “Diabetes action now” ในปี ค.ศ. 2003 โดยให้มุ่งเน้นไปที่การสร้าง ความตระหนักให้ประชาชนรู้จักเฝ้าระวังและลดอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน^{Error! Bookmark not defined.} และที่สำคัญ คือการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราการรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานมีเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในทุกปี จากปี ค.ศ.1985 มีอัตราการเข้าผู้ป่วยใน 33.3 คนต่อประชากรแสนคน เป็น 250.3 คนต่อประชากรแสนคน กล่าวคือเพิ่มมากขึ้น 8 เท่า ภายในระยะเวลา 15 ปี ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทย เพิ่มเป็น 2.7 ล้านคน ในปีค.ศ. 2030^{Error! Bookmark not defined.} -แม้ว่าจะพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานจากเดิมอัตราที่ 13.2 คน เป็น 10.6 คนต่อประชากรแสนคน ทั้งนี้เนื่องมาจากประสิทธิภาพการรักษาและมีการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่สูงขึ้น^{Error! Bookmark not defined.}

การดูแลสุขภาพถือเป็นภารกิจร่วมกันของคนในชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ องค์กร ชุมชนและประชาชน มุ่งเน้นที่กระบวนการให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันจากประสบการณ์ตรง และใช้ความรู้ทางวิชาการจากชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงหรือผู้ให้การสนับสนุน ตามความจำเป็นและความต้องการของชุมชน ชนิษฐา นันทบุตร ได้ศึกษาบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีหน้าที่ร่วมศึกษาข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง รับรู้ปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ร่วมให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยและตรวจคัดกรองประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ประชาสัมพันธ์ข้อมูล

ข่าวสาร ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติในผู้ป่วยและประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหา ร่วมผลักดันและพัฒนาข้อตกลงหรือนโยบายสาธารณะของพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยและประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้พบว่าบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขกับการส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือการศึกษาข้อมูลสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ร่วมแสดงความคิดเห็นในเวทีต่างๆ เช่น เวทีประชาคม เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เวทีสรุปบทเรียน ร่วมรับรู้ปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมเป็นทีมภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพชุมชน เป็นแกนนำ และร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร ประสานความร่วมมือกับองค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของชุมชนร่วมจัดทำแผนพัฒนาการดูแลสุขภาพชุมชน

Error! Bookmark not defined.

ในประเทศไทยการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วน ได้จัดให้มีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (Village health volunteer) หรือ อสม. ซึ่งเป็นประชาชนที่ผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถาบันแพทยของอเมริกัน Error! Bookmark not defined. ที่แนะนำให้มีผู้ปฏิบัติงานในชุมชน (Community health workers) ให้เป็นประชาชนทั่วไปปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อเป็นกลไกเชื่อมต่อระหว่างระบบบริการสุขภาพภาครัฐและชุมชน ลดช่องว่างระหว่างชุมชนและเจ้าหน้าที่ในระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาทำให้ประเทศไทย มีการสร้างการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชนเป็นเพราะว่าอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่มากที่สุด มีความเข้าใจในบริบทการดำรงชีวิตของประชาชนอย่างดีและปัจจุบันกลายเป็นทุนทางสังคม(Social capital) ที่สำคัญของระบบสุขภาพไทย

จากการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยเบาหวานใน พ.ศ. 2555 ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 174 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงจำนวน 83 คน และยังพบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ไม่ว่าจะเป็น ไตวาย ถูกตัดขา อัมพาต เป็นต้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตสูงขึ้น จากปัญหาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลต้องเข้า

มามีส่วนร่วมในการดูแลจัดการปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีไค จึงได้จัดให้มีการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในการเยี่ยมบ้าน และประเมินอาการผู้ป่วยเบาหวานเบื้องต้นได้ เช่น การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อประเมินระดับน้ำตาลและรับยาโดยไม่ต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในรายที่ระดับน้ำตาลปกติ การกระตุ้นให้มาตรวจตามนัด การตั้งกลุ่มออกกำลังกาย การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และอื่นๆมากมาย จะเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข เป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในระดับชุมชนได้อย่างเหมาะสม และนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

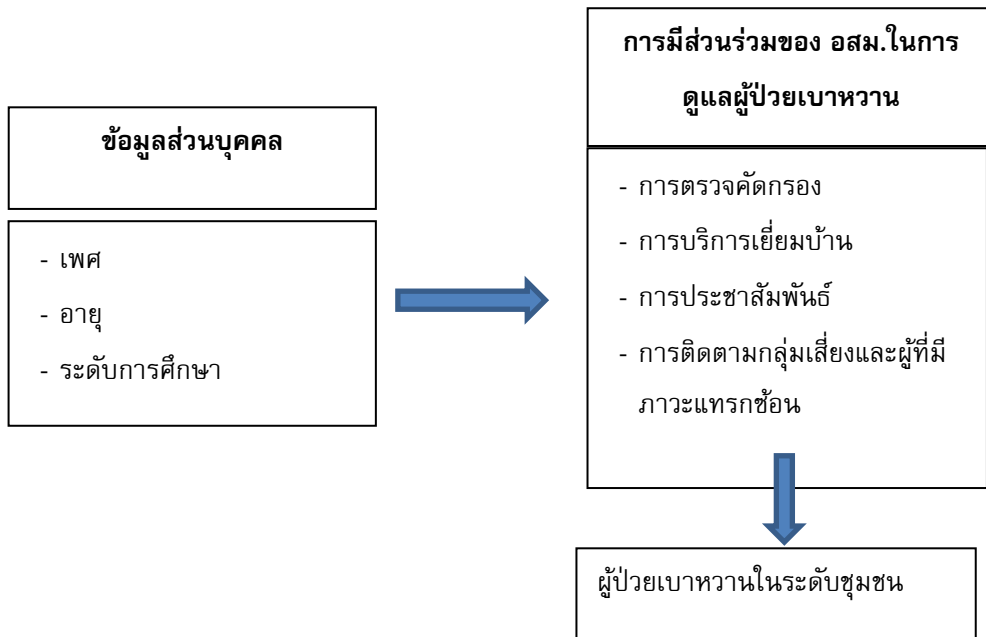
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

คำถามการวิจัย

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็น การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสนทนากลุ่ม (focus group) และ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ศึกษาเฉพาะกรณีตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 120 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 40 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการศึกษา โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบก่อนเข้าร่วม

การศึกษา สำหรับการนำเสนอผลการศึกษานำเสนอเป็นภาพรวม นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธเข้าร่วมในการศึกษาทุกช่วงเวลาของการศึกษา

เครื่องมือการวิจัย

การศึกษานี้เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ด้านการปฏิบัติงานประกอบด้วย ระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข การเข้าร่วมการอบรม การได้รับการนิเทศจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความภูมิใจในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ความรู้เกี่ยวกับการดูแลโรคเบาหวานและการได้รับการสนับสนุนงบประมาณ

2. แนวคำถามการสนทนากลุ่มสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข เกี่ยวกับการปฏิบัติงานประกอบด้วย

- จุดเริ่มต้นในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเกิดจากอะไร
- ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้มาจากไหน
- ประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงที่มี

ภาวะแทรกซ้อน

- การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในอดีตเป็นอย่างไร ปัจจุบันเป็นอย่างไร

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่

- ความภาคภูมิใจ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
- การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
- ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติงาน และข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบข้อมูลโดยใช้วิธีแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อให้ข้อมูลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือและสมบูรณ์เพียงพอ

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

การศึกษานี้ ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน มกราคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2556

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยนำข้อมูลที่ได้มาจำแนก จัดหมวดหมู่ เชื่อมโยงข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ส่วนประกอบและสรุปผล โดยอาศัยความสอดคล้องและ ความเป็นเหตุและผล

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 40 คน เป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 70 เพศชายร้อยละ 25 มีอายุ 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45 รองลงมาคืออายุ 51-60 ปี ร้อยละ 27.5 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 12.5 ตามลำดับ อายุสูงสุด 67 ปี อายุต่ำสุด 32 ปี ระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่ระหว่าง 16-20 ปี ร้อยละ 37.5 รองลงมาคือ ระหว่าง 6 -10ปี ร้อยละ 22.5 และมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 20 ตามลำดับ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขได้รับร้อยละ 100 การได้รับการนิเทศจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นการสอบถามร้อยละ 32.5 รองลงมาคือ มอบหมายงานให้ทำและสอนให้ความรู้ คิดเป็นร้อยละ 27.5 และ ร้อยละ 25 ตามลำดับ ผลการศึกษาพบอาสาสมัครสาธารณสุขขาดความรู้ปฏิบัติงาน ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ปัญหาแทรกซ้อนที่ตามมาที่สุด ร้อยละ 77.5 รองลงมาคือด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ปัญหาแทรกซ้อนที่เท้า ร้อยละ 72.5 และ อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีเวลาให้กับชุมชน คิดเป็นร้อยละ 62.5

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การตรวจคัดกรอง

ผลการดำเนินงานพบว่า ในกลุ่มปกติ อาสาสมัครสาธารณสุข สํารวจค้นหา และจัดทำทะเบียนผู้ที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ละในครัวเรือนที่ตนเองรับผิดชอบ พร้อมทั้ง จัดทำทะเบียนและจดบันทึกไว้ในสมุดปฏิบัติงาน เพื่อเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวัง พฤติกรรมสุขภาพ การคัดกรองเบาหวาน สำหรับผู้ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคจะใช้แบบคัดกรองด้วยวาจา ซึ่งเป็นการคัดกรองขั้นต้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อาสาสมัครสาธารณสุข จัดแบ่งกลุ่มผู้ที่ได้รับการคัดกรองเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยและกลุ่มแทรกซ้อน พร้อมทั้งแจ้งผลการตรวจคัดกรองแก่ผู้มารับบริการ กลุ่มเสี่ยงแนะนำให้มาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีไค โดยการ เจาะเลือดเพื่อหาปริมาณระดับน้ำตาลที่คลินิกบริการ ส่วนกลุ่มป่วยร่วมคัดกรองกับ

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีไค ในวันที่มีคลินิกเบาหวานโดยมีแพทย์จากโรงพยาบาลวารินชำราบออกตรวจร่วมด้วย โดยอาสาสมัครสาธารณสุขจะทำหน้าที่วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก ก่อนวันนัดจะนำเครื่องวัดระดับน้ำตาลไปเจาะเลือดที่ปลายนิ้วให้ที่บ้าน ก่อนจะมาพบแพทย์ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีไค ถ้าระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ อาสาสมัครสาธารณสุข จะรับยาไปให้ผู้ป่วยที่บ้านและแนะนำการกินยาให้ถูกวิธี

การบริการเยี่ยมบ้าน

ส่วนใหญ่ อสม. จะเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจและรับทราบพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ทำได้และทำไม่ได้ พร้อมทั้งสาเหตุและจดบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึก การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน จะเยี่ยมตามผลที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดแบ่งกลุ่มให้คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย แนะนำการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวานตามหลัก 3 อ. คือ อาหาร ลดการกินข้าวเหนียว รับประทานผักใบเขียว เพิ่มขึ้น ดื่มน้ำจืด มั่นใจดี เค็มจัด อารมณ์ต้องไม่เครียด และออกกำลังกายแนะนำให้เหมาะสมกับวัย ส่วนการประเมินอาการแทรกซ้อนและการตรวจภาวะแทรกซ้อน เช่น การตรวจวัดสายตา การตรวจเท้า ยังขาดความมั่นใจในการปฏิบัติ

การประชาสัมพันธ์

ผลการดำเนินงานพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขใช้รูปแบบการประชาสัมพันธ์ บอกด้วยวาจาเป็นรายบุคคลให้มาตรวจตามนัดและผ่านหอกระจายข่าว โดยประชาสัมพันธ์รายชื่อผู้ป่วยที่ต้องพบแพทย์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีไคทุกเดือน กรณีผู้ป่วยเป็นเบาหวานมากกว่า 5 ปี จะมีหนังสือจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีไค ไปให้ผู้ป่วยให้มาตรวจจอประสาทตา กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ได้ทราบข้อมูลอย่างทั่วถึง แต่บางครั้งเดินทางของ อสม. ในการไปส่งหนังสือก็มีความลำบากในการเดินทาง

การติดตามกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

การติดตามกลุ่มเสี่ยง ได้แนะนำให้มีความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เป็นอันตรายต่อโรคเบาหวานเช่นหวานจัด มั่นใจดี ลดการรับประทานข้าวเหนียว รับประทานผักใบเขียวให้มากขึ้น แนะนำการออกกำลังกาย โดย อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้นำใน

การออกกำลังกายติดตามเยี่ยมทุก 1 เดือน ส่วนการติดตามกลุ่มผู้ที่มีอาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานคือ 1) การเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวานที่มีบาดแผลและบริเวณอวัยวะต่างๆ แนะนำการทำความสะอาดโดยใช้น้ำเกลือล้างแผล หากแผลมีขนาดใหญ่และติดเชื้อ แนะนำให้มาทำแผลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีโค แนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาล กินอาหารโปรตีนเพิ่มเช่นถั่วเหลือง เนื้อสัตว์ จะทำให้แผลหายเร็วขึ้น 2) กรณีพบผู้ป่วยที่มีอาการตามัวแนะนำให้มาตรวจตาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีโค ถ้ามองไม่เห็นแนะนำให้ผู้ดูแลระมัดระวังอุบัติเหตุ 3) กรณีเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ให้สังเกตอาการได้จากเหงื่อออกมาก ตาลาย มือสั่น แนะนำให้กินน้ำตาลของหวานหรือลูกอม ผู้ป่วยน้ำตาลในเลือดสูง จะมีอาการเหนื่อย ตามัว เหมือนจะเป็นลมคล้ายจะวูบให้ดื่มน้ำมากๆและให้น้ำส่งโรงพยาบาล

ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข ต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานใน ตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เห็นว่าประชาชนยอมรับอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 90 การประเมินคุณค่าของตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานพบว่าส่วนใหญ่จะเริ่มต้นด้วยการเป็นจิตอาสา เสียสละเข้ามาดูแลประชาชน และขึ้นกับขนาดหมู่บ้าน เช่น หมู่ 1 บ้านคือและหมู่ 7บ้านโนนงาม ซึ่งเป็นหมู่บ้านขนาดเล็ก จะมีจิตอาสา จำนวน 3-5 คน หมู่บ้านขนาดใหญ่ ได้แก่ หมู่ 2 บ้านแหม หมู่3 บ้านศรีโคตก หมู่ 4 บ้านศรีไคออก หมู่ 5 บ้านแมต และหมู่ 6 บ้านมดง่ามเหนือ จะมีจิตอาสาจำนวน 2 คน มีความภูมิใจที่ได้เป็นจิตอาสา ได้ให้ความช่วยเหลือประชาชนในหมู่บ้าน ได้ทำบุญ ได้ทำงานเพื่อสังคม ตลอดจน ได้แบ่งเบาภาระเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการสนทนากลุ่มและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำงาน จัดทำคู่มือและเกณฑ์การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเป็นผู้ร่วมค้นหาภาวะแทรกซ้อน ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนได้ข้อค้นพบดังนี้

- ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้มาจากการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เช่น การวัดความดันโลหิต การเจาะเลือดปลายนิ้ว และอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่บ้านละ 1 - 3 คน มาช่วยบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีโค ในวันที่มีคลินิกเบาหวาน

- การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงของอาสาสมัครสาธารณสุข ตัวอย่างกิจกรรม ได้แก่ แนะนำงดอาหาร เช่น หวานจัด มันจัด ลดการรับประทานข้าวเหนียว

รับประทานผักใบเขียวให้มากขึ้นและออกกำลังกาย สอบถามอาการและจดยาชื่อกลุ่มเสี่ยงเพื่อ ส่งให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีไค และแนะนำให้มาตรวจอีกครั้ง

- การดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการแทรกซ้อน ตัวอย่างกิจกรรมได้แก่ การดูแลบาดแผล การแนะนำให้รักษาความสะอาดบาดแผลโดยใช้น้ำเกลือล้าง

- การให้ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีการจัดประชุมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีไค เดือนละ 1 ครั้ง ทบทวนความรู้เป็นระยะ และมาช่วยบริการเพื่อเพิ่มทักษะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีไค ในวันที่มีคลินิกเบาหวาน โดยมีหน้าที่จัดคิวตามนัด ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต เจาะเลือดปลายนิ้วที่บ้านก่อนมาพบแพทย์

- การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน กรณีผู้ป่วยไม่มียานพาหนะ สามารถประสานขอรถจากเทศบาลตำบลเมืองศรีไค ไปส่งที่บ้านได้

- ความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เช่นการเพิ่มความรู้อะไรเกี่ยวกับการตรวจวัดสายตาและสนับสนุนแว่นตาฟรี ค่าตอบแทนน้อย การเดินทางบางครั้งมีความลำบากในการเดินทางไปเยี่ยม

การติดตามเฝ้าระวัง การเยี่ยมผู้ป่วยเบาหวาน อาสาสมัครสาธารณสุขผู้รวบรวมและประเมินความเสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองศรีไค โดยใช้ปิงปอง 7 สี อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นผู้ทำหน้าที่เก็บข้อมูลทำได้ดี แต่ยังมีปัญหา คือ ข้อมูลต่างๆ ที่อาสาสมัครสาธารณสุขรวบรวมยังไม่เชื่อมโยง และยังสามารถดึงข้อมูลออกมาในการเยี่ยมได้เฉพาะบางส่วน ขาดทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ ซึ่งทำให้มีบทบาทต่ำในการวางแผนพัฒนาสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่เป็นผู้จัดทำแผนให้ ซึ่งต้องพัฒนาส่วนนี้ค่อนข้างมาก

การอภิปรายผล

การศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ศึกษาเฉพาะกรณี ตำบลเมืองศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าปัญหาการทำงานในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานคือความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะด้านเช่นการตรวจวัดสายตา การดูแลเท้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิทรา กิจธีระวุฒินันท์ เรื่องการประเมินประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัคร

สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรมพิจราหม จังหวัด พิจนุโลก พบว่าอาสาศัศรสาธารณสุขร้อยละ 66.5 ปฏิบัติงานอยู่ในระดับปาน กลาง ควรพัฒนาทักษะการประสานงานของอาสาศัศรสาธารณสุขและสนับสนุนการ จัดกิจกรรม เพื่อพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยออกแบบการอบรมที่มีเนื้อหาและ วิธีการ ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของอาสาศัศรสาธารณสุขในชุมชน และจาก การศึกษาของ ประภาส อนันตา และคณะ⁷ ศึกษาเรื่องผลของการพัฒนาเครือข่าย อาสาศัศรสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเยี่ยมบ้านตำบลขวาว อำเภอสลภูมิ จัหวัดร้อยเอ็ด ความรู้และทักษะการปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้านของอาสาศัศร สาธารณสุข มีความรู้เพิ่มมากขึ้น หลังจากได้รับการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ $p\text{-value} < 0.001$) ดังนั้นหากจะให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดในการ เยี่ยมบ้านของอาสาศัศรสาธารณสุข จึงควรเพิ่มหลักสูตรการให้ความรู้และ ทักษะการปฏิบัติงานในการเยี่ยมบ้านแก่อาสาศัศรสาธารณสุข ก่อนที่จะให้ออก เยี่ยมบ้านจริง นอกจากนั้นควรพัฒนาศักยภาพอาสาศัศรสาธารณสุข ให้มีความรู้ ด้านโรคต่างๆบุคลิกลภาพ ความน่าเชื่อถืออย่างสม่าเสมอ ตลอดจนมีการวางแผน ล่วงหน้าก่อนลงเยี่ยมบ้าน มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนก็จะช่วยให้การเยี่ยมบ้านมี คุณภาพที่ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

ผลจากการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของอาสาศัศรสาธารณสุข ในการดูแล ผู้ป่วยเบาหวาน พบว่ามีส่วนร่วมของอาสาศัศรสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วย เบาหวานการ การคัดกรอง การเยี่ยมบ้าน การประชาสัมพันธ์ข้อมูล และการติดตาม ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนแต่ขาดความรู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วย เบาหวานที่ปัญหาแทรกซ้อนที่ตา และที่เท้า ดังนั้นทีมสุขภาพในตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ควรให้ความรู้ในเรื่องด้านการดูแลผู้ป่วย เบาหวานที่ปัญหาแทรกซ้อนที่ตา และที่เท้า รวมทั้งการสร้างเครื่องมือในการนิเทศ สัมพันธ์คือ การที่เจ้าหน้าที่ไปพบปะกับอาสาศัศรสาธารณสุข เพื่อเยี่ยมเยียนและให้ ความรู้ที่เป็นปัญหาของพื้นที่ในขณะทีพบปะกัน การเพิ่มความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เบาหวาน กลุ่มที่เป็นอาสาศัศรสาธารณสุขรายใหม่ และควรจัดการอบรมให้มี

ความรู้พื้นฐานในด้านการดูแลสุขภาพ กลุ่มเก่าที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เน้นหลักให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้เชิงบริหารและนโยบาย

ผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ค่อยมีเวลาให้กับชุมชน และขาดทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนมากขึ้นดังนั้นผู้นำชุมชนหรือองค์การบริหารส่วนตำบลอาจจัดกิจกรรมที่สนับสนุนหรือส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุข มีความรักความผูกพันระหว่างกัน ควรมีรูปแบบเพิ่มเติมเช่น กิจกรรมออกกำลังกายในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข มีการประชุมกันทุกเดือน แลกเปลี่ยนความรู้ และพบปะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนหมู่บ้านที่ตนเองรับผิดชอบ รวมทั้งเพิ่มทักษะการใช้คอมพิวเตอร์โดยการสร้างความร่วมมือกับเอกชนในการสนับสนุนคอมพิวเตอร์ และสร้างความร่วมมือกับสถานศึกษาเพื่อจัดอบรมทักษะทางคอมพิวเตอร์ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข นอกจากนี้อาจสร้างความร่วมมือกับทีมสุขภาพในประเด็นเกี่ยวกับสวัสดิการต่างๆ จากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เช่น ค่าตอบแทน ค่าเบี้ยเลี้ยง การได้สวัสดิการที่ได้รับจากการทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ได้ทำงานอย่างเต็มศักยภาพ การเรียนรู้ระหว่างเป็นสิ่งสำคัญและการสร้างขวัญและกำลังใจเช่น การได้รับเหรียญเชิดชูและประกาศนียบัตร เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ เช่น ระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การเปรียบเทียบปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น
2. ควรศึกษาเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขของการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

เอกสารอ้างอิง

1. Adam JM, Tarigan NP. Comparison of The World Health Organization (WHO) two-step strategy and OGTT for diabetes mellitus screening. Acta Med Indones 2004;36:3-7.
2. Hangan P, Dall T, Nikolov P. Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2003. American Diabetes Association 2003;26:917-932.
3. ภาวนา กิรติยดวงศ์, สมจิต หนูเจริญกุล. การติดตามประสิทธิภาพในระยะยาวของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2. วารสารคณะพยาบาลศาสตรรามาธิบดี. 2010; 16(2):293 – 305.
4. ชนิษฐา นันทบุตร. สุขภาพชุมชน: จากแนวคิดสู่ปฏิบัติการ. นนทบุรี : สถาบันวิจัยและ พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสภากาพยาบาล; 2550.
5. Sein, U.T. Health Volunteers: Third Workforce for Health-for-All Movement. Regional Health Forum 2006;10:38-48.
6. ภูติท เตชาวัฒน์, นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2557;32:87-96.
7. ประภาส อนันตา, จริญญา ทองเอนก. ผลของการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านตำบลขาว อำเภอสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2555. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2556;20:1-8.

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ขอเรียนเชิญ สมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งรายงานการวิจัยหรือบทความวิชาการ เพื่อพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ทั้งนี้ บทความหรือรายงานการวิจัย จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น งานวิจัยที่ศึกษาวิจัย และทดลองในมนุษย์ต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (EC) และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด

วารสารฯ มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และ ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

1. การเตรียมต้นฉบับ

การเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการ และบทความวิจัย มีดังนี้

บทความวิชาการ บทความวิจัย

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Office Word ตัวอักษร FreesiaUPC ขนาด 16 pt. และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด B5 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้ว โดยรอบ ความยาวไม่ควรเกิน 13 หน้าโดยไม่รวมเอกสารอ้างอิง
2. การใช้คำภาษาไทย การแปลศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษ ให้ยึดตามหลักการใช้คำของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อ ยกเว้นเป็นคำที่ยอมรับกันทั่วไป
3. ชื่อเรื่องพิมพ์ไว้กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร FreesiaUPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.
4. ชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งคุณวุฒิอยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือใช้อักษร FreesiaUPC ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 16 pt.
5. ตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียนอยู่ด้านล่างของบทความย่อในหน้าแรกเยื้องทางซ้ายมือใช้อักษร FreesiaUPC ตัวปกติ ขนาดตัวอักษร 14 pt.

6. ทั้งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการต้องมีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวนไม่เกิน 350 คำ/บทคัดย่อ) พร้อมทั้งคำสำคัญ (Key words) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
7. จำนวนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ หรือรายงานการวิจัย ไม่ควรเกิน 30 เรื่อง
8. ถ้ามีตารางหรือแผนภูมิ ออกแบบตารางให้เหมาะสมจากนั้นทำการแทรกตารางโดยไม่มีเส้นแนวตั้ง ควรพิมพ์แยกตารางละ 1 แผ่นและให้ระบุ ในเนื้อหาด้วยว่าจะใส่ตารางหรือแผนภูมิไว้ที่ใด และหลีกเลี่ยงการอธิบายซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง
9. ภาพประกอบ ให้ใช้ภาพลายเส้นขาวดำ ถ้าเป็นภาพถ่ายให้ใช้ขนาดโปสการ์ด โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านล่างของภาพ หากเป็นผลงานของบุคคลอื่นให้ระบุที่มาของภาพไว้ใต้ภาพพร้อมทั้งอ้างอิงตัวเลขไว้ท้ายข้อความและทำการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย ทั้งภาพประกอบและตารางต้องแยกไว้ต่างหาก แต่ในเนื้อเรื่องต้องบอกว่าจะใส่รูปไว้ที่ใด

2. การลำดับหัวข้อในการเขียนบทความเพื่อการตีพิมพ์ ให้เรียงหัวข้อตามลำดับดังนี้

2.1 บทความวิชาการ

- 2.1.1 บทคัดย่อภาษาไทย
- 2.1.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 2.1.3 เนื้อหา
 - บทนำ
 - เนื้อเรื่อง
 - บทสรุป
- 2.1.4 เอกสารอ้างอิง

2.2 บทความวิจัย

- 2.2.1 บทคัดย่อภาษาไทย
- 2.2.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
- 2.2.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
- 2.2.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 2.2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย
- 2.2.6 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- 2.2.7 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย
 - 2.2.7.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.2.7.2 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล
 - 2.2.7.3 เครื่องมือการวิจัย
 - 2.2.7.4 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2.7.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

2.2.8 ผลการวิจัย

2.2.9 การอภิปรายผล

2.2.10 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

2.2.11 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

2.2.12 เอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามระบบแนวคูเวอร์ โดยใช้ตัวเลขยก (Super script) ชิดกับข้อความที่อ้างอิง โดยรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การอ้างอิงในเนื้อหา(In- text citation) 2)การอ้างอิงท้ายเล่มหรือเอกสารอ้างอิง (Reference)

1. การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่น ไม่ว่าจะบางส่วน หรือทั้งหมดมาอ้างอิงในบทความ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้เขียนหรือ หลังข้อความที่อ้างอิง และใช้ลำดับเดิมในกรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายเล่ม จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหาโดยมีวิธีการอ้างอิงดังนี้

1.1 การอ้างอิงที่เน้นผู้เขียน หรือผู้เขียนเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลังชื่อผู้เขียน

ตัวอย่าง

นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ¹ ทำวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษา

1.2 การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา หรือผู้เขียนไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลังข้อความที่อ้างอิง

1.2.1 การอ้างอิงรายการเดียว

ตัวอย่าง

การใช้ปัญหาเป็นฐาน การใช้วิจัยเป็นฐาน การใช้สถานการณ์จำลอง รวมทั้งการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐาน (Project based learning)²

1.2.2 การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงเป็นลำดับที่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) คั่นระหว่างตัวเลขแต่ถ้าตัวเลขลำดับการอ้างอิงไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข

ตัวอย่าง

- กระบวนการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐานครั้งนี้ มีกระบวนการคล้ายคลึงกันกับการศึกษาที่ผ่านมา^{3,5}
- กิจกรรมให้ผู้เรียนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เพื่อให้เกิดเป็น ทำเป็น มีการค้นคว้า และจัดการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม⁶⁻⁸

2. การอ้างอิงท้ายเล่ม เป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหา มารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของบทความในหัวข้อเอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3,..... ซึ่งตัวเลขต้องสอดคล้องกับลำดับตัวเลขของการอ้างอิงในเนื้อหา ข้อมูลที่นำมาเขียนเอกสารอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง สำหรับตัวอย่างที่ใช้บ่อยมีดังนี้

1. หลักการเบื้องต้น

- 1.1 ชื่อผู้แต่งคนไทย เขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม

ตัวอย่าง

1. บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล ศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2550.

- 1.2 ผู้แต่งชาวต่างประเทศไม่เกิน 6 คน เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง

2. Zerhouni E, Berg JM, Hrabowski FA, Kington R, Landis SCR. Training the Workforce for 21st Century Science: A Vital Direction for Health and Health Care. Washington, DC: National Academy of Medicine; 2016.

- 1.3 ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และตามด้วย et al. และภาษาไทยใช้คำว่า “และคณะ” หรือ “et al.”

ตัวอย่าง

3. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009;361:1529-38.

2. การเขียนอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร: หน้าแรก-หน้าสุดท้ายของบทความ.

- ชื่อบทความ บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย บทความภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด
- ชื่อวารสาร วารสารไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม เช่น จุฬาลงกรณ์เวชสาร ขอนแก่นเวชสารฯ วารสารต่างประเทศ ใช้ชื่อย่อตาม มาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้เขียนตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences Abbreviation of Title of Publications
- ให้ใส่เฉพาะปี และเล่มที่เท่านั้น ไม่ต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่
- เลขหน้า ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น หน้า 1337-43 หรือ p.222-35 เป็นต้น
- สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิทัล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ใส่รหัสบทความดิจิทัลด้วย

ตัวอย่าง

4. ลักษณะ ชอบเสียง. การออกกำลังกายเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2561;19:25-35.

5. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan, C. The understanding of spirituality of spirituality and the role of spiritual care in end-of-life and palliative care: A meta-study of qualitative research. Palliat Med 2010;24:753-70. doi:10.1177/0269216310375860

3. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา (Books or textbooks) ทั้งเล่ม มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

6. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติง; 2552.

7. Field A, Hole G. How to design and report experiments. London: Sage Publications; 2003.

4. การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a book) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

8. วิชัย โชควิวัฒน์. จริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรรณี ปิติสุทธิธรรม ชัยนต์ พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติง; 2552. หน้า 255-78.

9. Nitirat P, Sitanon T. Surveillance Rapid Response Team (SRRT): A proactive model of health Prevention excellence. In: Turner K, editor. Bangkok; Sahamitr Printing & Publishing; 2013. p.45-55.

5. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า.

ตัวอย่าง

10. จงลักษณ์ ทวีแก้ว, เขมนันท์ พูลสุขโช, จิตราวัฒน์ มณีวงษ์, จิราพร สีสรรณ, จุฑามณี ถนอมทรัพย์, เจนจิรา ชิมกระโทก และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ ชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. ใน: พูลสุขเจณพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และคณะ, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ BCNSP National and International Conference; 30 พฤษภาคม-1 มิถุนายน 2561; โรงแรมสุนีย์ แกรนด์. อุบลราชธานี; 2561. หน้า 575-91.

11. Macer D. Bioethical implications of public health from environmental issues in light of Fukushima. In: Poddar S. editor. International conference on allied health sciences. 22nd-24th July 2011; Malaysia. Kurla Lumpur: Percetakan Horizon Waves; p.16-22.

6. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

12. เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร และคณะ, บรรณาธิการ. การเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งตามประสบการณ์ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม. การประชุมวิชาการระดับชาติ Nakhon Phanom Conference in Health Care ครั้งที่ 1; 26-27 มิถุนายน 2557; วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. นครพนม: อรุณการพิมพ์; 2557.

13. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

7. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

14. พันธุ์ชา ชันติจิตร. อาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.

15. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.

8. การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ มีรูปแบบ ดังนี้

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ วันที่ เดือน(ย่อ) ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

16. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยด้านระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.egov.go.th/th/e-government-service/1481/>

17. World Health Organization (WHO). International Health Regulations [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 9]. Available from: <http://www.who.int/publications/en/>

9. การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อวันที่ เดือน(ย่อ) ปี]; ปีที่:[หน้า]. เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

18. ระวี ลีประเสริฐ, นุชลดา โรจนประภาพรรณ. รูปแบบการพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพประชาชน จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.พ. 2554];19:409-21. เข้าถึงได้จาก: http://pubnet.moph.go.th/pubnet2/e_doc.php?id=2593

19. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

สำหรับหลักการเขียนอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ในรูปแบบอื่นๆ ขอให้ผู้เขียนศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมจากเอกสารของจิราภรณ์ จันทร์จร หอสมุดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ที่ <http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf>



แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

1. ชื่อผู้ส่งบทความ

นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่งทางวิชาการ.....

หน่วยงานที่สังกัด.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail :

2. บทความที่ส่งเพื่อตีพิมพ์

หัวข้อ (ภาษาไทย).....

.....

หัวข้อ (ภาษาอังกฤษ).....

.....

3. ข้าพเจ้าส่งบทความนี้เพื่อรับพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ส่งบทความ

...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

1. ได้รับบทความเมื่อวันที่...../...../.....

2. สิ่งที่แนบมาพร้อมกับบทความ

☐ แผ่น CD บันทึกบทความ จำนวนแผ่น

☐ อื่นๆ(โปรดระบุ)

ลงชื่อ.....

(.....)