

ปีที่ 10 ฉบับที่ 30 กันยายน - ธันวาคม 2565



กาญจนบุรีเวชสาร

Kanchanaburi Medical Journal

โรงพยาบาลพลพยุหเสนา

ISSN : 2286-9255



อ่างเก็บน้ำห้วยกระพริ้อย
ต.หนองปรือ อ.หนองปรือ จ.กาญจนบุรี

ขอบคุณภาพจาก www.kanchanaburi.center



เจ้าของ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

กาญจนบุรีเวชสาร

Kanchanaburi Medical Journal

ISSN : 2286-9255

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมະการักษ์
สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
หัวหน้ากลุ่มงาน/งาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

บรรณาธิการที่ปรึกษา

รศ.นพ.สุรพงษ์ ดันธศรีกุล
รศ.นพ.ดร.บัณฑิต ชุมวรฐายี

นพ.พนัส โสภณพงษ์
กก.ชัยยุทธ เจริญนุวัตร

บรรณาธิการ

นพ.วิบูลย์ ภัณฑาภิรักษ์

บรรณาธิการผู้จัดการ

น.ส.รัชชนก พลพิทักษ์

รองบรรณาธิการ

พญ. จิรณัฐ	พวงแก้ว	นพ. รัชพงศ์	เวียงเจริญ
นพ.ปัญญา	วัฒนรังสรรค์	พญ. นันทิดา	ปราบนุวงศ์
ดร.นพ. สุทัศน์	โชชนะพันธ์	พญ. ประสงค์ศรี	คำประพันธ์
พญ.รุ่งรวี	ชัยวัฒน์	พญ.วิวรรธน์	อยู่สมบูรณ์
พญ.พาณิก	กตเวทวงศ์	ทพญ.โสภิธรณ์	ลิ้นกลาถอย
ดร.เมทนี	ระดาบุตร	ดร.มาศโมฬี	จิตวิริยธรรม
นางสาวชนากานต์	อนันตริกุล	นางนุชบา	แพงบุปผา
นางรวิวรรณ	อภิรักษ์ชาติ	ภญ. นุสกร	ทรัพย์สุพรรณ

กาญจนบุรีเวชสารเป็นวารสารทางการแพทย์ราย 4 เดือน กำหนดออกในเดือนมกราคม พฤษภาคม และกันยายน

สำนักงาน กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โทร. 081-8562493

Website <http://www.kanpho.go.th>

E-mail address kmj.kan@gmail.com

พิมพ์ที่ บริษัท เพชรเกษมพรินต์ติ้ง กรุ๊ป จำกัด

18/49 ถ.ทรงพล ต.ลำพลา อ.เมือง จ.นครปฐม 73000

กัญณนบุรีเวชสาร

สารบัญ / Contents

บรรณาธิการแถลง

นายแพทย์วิบูลย์ ภัณฑาภิรักษ์

หน้า

4

นิพนธ์ต้นฉบับ/Original Article

1. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

5

The effectiveness of nursing triage guideline emergency patient triage
at emergency department of Phaholpolpayuhasana Hospital

ณัฐฐิศา ไคร์ครวญ

Nutsika Kraikroun

2. การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีภาวะตกเลือด
หลังคลอดระยะหลัง : กรณีศึกษา 2 ราย

19

Nursing care for mothers after caesarean section with early postpartum
hemorrhage : 2 case study

กนกวรรณ โสภณพงษ์

Kanokwan Soponpong

3. ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายด้วยโยคะต่ออาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

33

The effectiveness of yoga exercise for patients with chronic low back pain

จามรี อัสวภารุจ

Jammaree Asawabharuj

4. ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูง ตำบลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี

47

The effectiveness of health behavior change program on patients
with hypertension in Bophoi Subdistrict Kanchanaburi Province

ยมพร ศักดานุภาพ

Yomporn Sakdanupab

บรรณาธิการแถลง



สวัสดิ์ท่านผู้อ่านกาญจนบุรีเวชสาร เป็นฉบับที่ 30 ปีที่ 10 ส่งท้ายปี2565 ก่อนเข้าสู่ปีใหม่ 2566 ยังเป็นช่องทางในการรวบรวมและเผยแพร่ผลงานและผลการศึกษา ด้านการแพทย์และการสาธารณสุขของชาว สาธารณสุขทั้งในและนอกจังหวัดกาญจนบุรี ในเล่มนี้มีเรื่องน่าสนใจมากมาย เช่น วัฒนธรรม ความปลอดภัยของพยาบาล วิชาชีพโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา, ปัจจัยที่มีผลต่อการถ่ายโอนของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นกรณีศึกษา จากอำเภอท่าม่วง เป็นเรื่องที่ต้องติดตาม และปรับให้เหมาะสมไม่ให้ประชาชนหรือ ผู้รับบริการเสียประโยชน์

ช่วงนี้เป็นช่วงที่เปลี่ยนทั้งฤดูกาล คงต้องดูแลสุขภาพทั้งของตนเองและครอบครัว รวมถึงผู้มารับบริการที่เริ่มมีการแพร่ระบาดของของโรคที่มากับอากาศเย็น กลุ่มไวรัสต่างๆ และโควิดยังคงต้องรักษามาตรการความปลอดภัยในการสวมใส่หน้ากากอนามัยในที่แออัด และในสถานพยาบาล รวมถึงการล้างมือบ่อยๆ การตรวจ ATK ในกรณีที่มีอาการสงสัยเข้าได้หรือมีประวัติสัมผัสโควิด เพื่อลดการแพร่กระจายไปสู่ผู้อื่นโดยเฉพาะผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว

ก่อนจากกันในฉบับนี้ผมขออาราธนา
คุณพระศรีรัตนตรัยและสิ่งศักดิ์สิทธิ์จงดล
บันดาลให้ท่านผู้อ่านและครอบครัวจงมีแต่
ความสุขทั้งร่างกายและจิตใจมีสุขภาพแข็งแรง
โชคลิตตลอดปี 2566 ที่กำลังจะมาถึง

ด้วยรักและเคารพ

นายแพทย์วิบูลย์ ภัณฑาภิรักษ์

Abstract

The results showed that emergency patient classification Before using the guideline for correct separation, 81.6 % by separating lower than the severity of the patients 7.0 percent higher than the severity of the patients 6.9 % after use guideline 96.3 % sorted , 1.6% were lower than the severity of the patients, 2.0% were higher than the severity of the patients. The comparison between the patients groups pre and post using nursing triage guideline, have the difference result, statistic significantly ($p < 0.05$)

From the above result we can see that the nursing triage guideline can be use as a tools for screening the emergency patient incidence, more effectively

หลักการและเหตุผล

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (emergency room: ER) เป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญและเป็นด่านแรกของโรงพยาบาล ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง ปัจจุบันผู้ป่วยเข้าใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น การมีทีมดูแลที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว มีความสำคัญที่จะทำให้ ผู้ป่วยรอดชีวิตและมีความพิการน้อยที่สุด การเข้าถึงการบริการได้อย่างสะดวกรวดเร็ว จึงจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถได้รับบริการที่ตอบสนอง การเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันทันที การที่ผู้ป่วย มาใช้บริการห้องฉุกเฉินปริมาณมากในแต่ละวัน และเป็นผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินถึงร้อยละ 60 และมีผู้ป่วยมารับบริการพร้อมกันเป็นจำนวนมากในช่วงเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการให้บริการที่ล่าช้าและ ไม่ปลอดภัยในผู้ป่วยบางราย [1] การปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินจึงให้ความสำคัญกับการใช้ระบบการคัดกรองผู้ป่วย (triage systems) ในการจัดระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและลำดับความเร่งด่วนของการช่วยเหลือ [2] ในการตัดสินใจทางคลินิก เพื่อจัดลำดับก่อนหลังในผู้ป่วยทุกราย ทำให้ต้องมีระบบคัดแยกระดับความรุนแรงของ ผู้ป่วยขึ้นเพื่อแบ่งระดับความรุนแรง การประเมินความรุนแรงต่ำกว่าความเป็นจริง เรียกว่า under triage จะทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นจากการ ที่ผู้ป่วยต้องรอตรวจเป็นเวลานาน และการประเมิน ความรุนแรงมากกว่าความ

เป็นจริง เรียกว่า over triage ทำให้เกิดแย่งใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด กับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมากกว่าเพราะฉะนั้น การคัดกรองระดับความรุนแรงของผู้ป่วยจึงต้องการความถูกต้องและรวดเร็ว และเน้นความคล่องตัวในการทำงาน ลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน หากบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลสามารถประเมินระดับวิกฤตผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำและรวดเร็ว ย่อมส่งผลต่อการตัดสินใจในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม อันจะนำไปสู่การลดโอกาสอัตราการเสียชีวิตหรือความพิการในผู้ป่วยตามมา การปฏิบัติทางการแพทย์ตามที่ กฎหมายกำหนดในมาตรา 28 แห่งพระราชบัญญัติการแพทยฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ประกาศคณะกรรมการการแพทยฉุกเฉินเรื่องหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยก ระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ.2554 เพื่อการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน กำหนดให้สถานพยาบาล หน่วยปฏิบัติการ และผู้ปฏิบัติการดำเนินการตรวจคัดแยก ระดับความฉุกเฉิน และจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตาม ลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ [3] สำหรับประเทศไทย รูปแบบ การประเมินระดับวิกฤตผู้ป่วยที่นำมาใช้ในแต่ละโรงพยาบาลมีความหลากหลาย เช่น canadian triage and acuity scale ของประเทศแคนาดา emergency severity index ของประเทศสหรัฐอเมริกา และ MOPH ED Triage ของกรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย โรงพยาบาล พหลพลพยุหเสนาใช้ระบบประเมินระดับ วิกฤต MOPH Emergency Department (ED) Triage ซึ่งแบ่งผู้ป่วยตามความเร่งด่วนในการ ให้การดูแลรักษาเป็น 5 ระดับคือ ระดับที่ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (resuscitation) ระดับที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมาก (emergency) ระดับ ที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (urgency) ระดับ ที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (semi-urgency) และ ระดับที่ 5 ผู้ป่วยทั่วไป (non-urgency) โดยผู้ที่ทำการประเมินผู้ป่วยระดับวิกฤตต้อง มีความสามารถในการประเมินตามระดับวิกฤต รูปแบบนั้นให้แม่นยำ โดยเฉพาะในจุด การตัดสินใจในผู้ป่วยที่อยู่ในระดับฉุกเฉิน เร่งด่วน โดยใช้คำถามในการตัดสินใจถัดมา คือ ผู้ป่วยรอดหรือไม่ โดยมีลำดับคำถาม 3 คำถามหลักที่ทำให้รอดการรักษาไม่ได้ หรือไม่ คือ ภาวะเสี่ยง ชีพ ปวด ซึ่งใน การประเมินภาวะเสี่ยงจำเป็นต้องใช้พื้นฐาน ของการซักประวัติและประสบการณ์ของผู้ ประเมิน ระบบการคัดกรองช่วยให้พยาบาล มีแนวทางมาตรฐานการคัดกรองประเภท ผู้ป่วย ส่งผลให้การปฏิบัติการคัดกรอง ประเภทผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น สามารถ คัดกรองผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญของ การให้บริการตามความเร่งด่วน อัตราการ ไหลเวียนของผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น เพิ่มคุณภาพ และผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินลด ความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน อย่างแท้จริง[4,5] สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์[5] ได้มีการปรับกระบวนการ คัดแยกของประเทศไทย (thailand national

triage guideline)และนำมาปรับปรุงด้วย กระบวนการวิจัยเพื่อให้กระบวนการคัดแยก มีความแม่นยำ น่าเชื่อถือยิ่งขึ้น เหมาะกับ บริบทประเทศไทยโดยใช้การคัดแยกประเภท ผู้ป่วย MOPH Emergency Department (ED) Triage เพื่อเป็นแนวทางให้โรงพยาบาลนำไป ใช้ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

จากสถิติผู้รับบริการ กลุ่มงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา พบว่ามีผู้ป่วยมารับบริการปี 2562, 2563 และ 2564 จำนวน 62,601 ราย 55,792 ราย และ 49,052 ราย ตามลำดับ [6] การที่มีผู้ป่วย ฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินมารับบริการปะปนกัน ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินจริงๆได้รับการตรวจรักษา ช้าลง ระยะเวลารอแพทย์ตรวจนานขึ้น เกิดปัญหาหลายอย่างเช่น พบอุบัติการณ์ การคัดกรองระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วย ต่ำกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (under triage) ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงระหว่าง รอตรวจ การรับรู้ความเร่งด่วนระหว่างผู้ป่วย และทีมผู้รักษาไม่ตรงกัน เกิดข้อร้องเรียน ในความล่าช้าในการรักษาพยาบาล ส่วน การคัดกรองระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยสูง กว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (over triage) พบว่าคัดกรองผู้ป่วยสีอื่นเป็น ผู้ป่วยแดง โดยผู้ป่วยไม่มี lifesaving intervention ประเมินกิจกรรมที่คาดว่าจะต้อง ทำมากเกินไปจนจำเป็นอย่างยิ่งและผู้ป่วยที่ไม่มี อาการหรือสัญญาณชีพที่เข้าข่าย เลี่ยง ชีพ ปวด นอกจากนี้ยังขาดการประเมิน pain score ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญ และเป็นเกณฑ์ หนึ่งที่ใช้ประกอบในการจัดลำดับการเข้ารับ

บริการ

จากปัญหาที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนในการคัดกรองดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการคัดกรองโดยใช้แนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน MOPH Emergency Department (ED) Triage ของกรมการแพทย์[5] ในบริบทของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โดยให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดรายละเอียดของเกณฑ์แต่ละระดับเพื่อให้การคัดกรองมีประสิทธิภาพ มีแนวปฏิบัติในการคัดกรองเป็นมาตรฐานเดียวกัน จัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วน ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม ลดระยะเวลารอคอยและความแออัดในการให้บริการ เพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการและการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์

1. ความถูกต้อง (correct triage) ในการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. การคัดกรองระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยสูงกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (over triage)
3. การคัดกรองระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยต่ำกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (under triage)
4. เปรียบเทียบการคัดกรองระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยสูงกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (over triage) ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

ในการคัดกรองผู้ป่วย กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

5. เปรียบเทียบการคัดกรองระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยต่ำกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (under triage) ระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ขั้นตอนการดำเนินงาน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง ในลักษณะของการศึกษาแบบกลุ่มเดียว ทดสอบผลก่อนหลัง (one group, pre-post test design) เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 ถึง 30 เมษายน 2565 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการและระดับชำนาญการทั้งหมดที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จำนวน 24 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

- 1.1 แนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล

คัดกรองผู้ป่วย โดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน
ทั้ง 2 ท่าน จะทำการประเมินการคัดแยกผู้ป่วย
อย่างเป็นอิสระจากกัน

3. เวชระเบียนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่
กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาล
พหลพลพยุหเสนา จำนวน 488 แพ้ม โดยเก็บ
ข้อมูล (วันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 ถึงวันที่ 31
พฤษภาคม พ.ศ. 2565) การสุ่มเวชระเบียน
เป็นชั้นภูมิเพื่อให้ได้รับการเลือกที่เท่ากันใน
เวรเช้า บ่าย ดึก จึงแบ่งสัดส่วนการตรวจสอบ
ข้อมูลเป็น เช้า : บ่าย : ดึก เท่ากับ 4 : 5 : 1
อ้างอิงจากข้อมูลผู้มารับบริการต่อเวรเฉลี่ย 3
ปีย้อนหลังตามสัดส่วนจำนวนผู้มารับบริการ
ในแต่ละเวร ดังนั้นจำนวนการจัดเก็บข้อมูล
คือ เวรเช้า 195 แพ้ม เวรบ่าย 244 แพ้มและ
เวรดึก 49 แพ้ม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้มีการพิทักษ์สิทธิ
ของกลุ่มตัวอย่างโดยได้ผ่านการพิจารณา
รับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพล
พลพยุหเสนาจังหวัดกาญจนบุรี เอกสาร
รับรองโครงการวิจัยเลขที่ 2022-05

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ความถูกต้อง
ของการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1.1 ทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น
เกี่ยวกับความถูกต้องของการคัดกรองผู้ป่วย
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้แบบประเมิน
ความถูกต้องของการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุ
และฉุกเฉิน ระหว่าง พยาบาลวิชาชีพ
ผู้คัดกรองและแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

จากเวชระเบียนของผู้ป่วยอุบัติเหตุและ
ฉุกเฉินตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 ถึง
วันที่ 31 มกราคม 2565 จำนวน 244 แพ้ม
แยกตามสัดส่วน เวรเช้า-บ่าย-ดึก 4 : 5 : 1
และสัดส่วนระดับความเจ็บป่วยรุนแรง
ไม่รุนแรง ดังนั้นจำนวนการจัดเก็บข้อมูล
คือ เวรเช้า 98 แพ้ม เวรบ่าย 122 แพ้ม และ
เวรดึก 24 แพ้ม

1.2 ผู้วิจัยพบทวนปัญหาการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ความถูกต้อง, Over Triage ,Under Triage โดยทำการศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินและประชุมปรึกษาปัญหาการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินกับแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินเพื่อพัฒนาแนวทาง

1.3 ผู้วิจัยชี้แจงกับพยาบาลที่มีส่วน
เกี่ยวข้องในการคัดกรอง จำนวน 24 คน
โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา
ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อน
เข้าร่วมวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้แก่บุคลากร
ในการใช้แนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

2.1 การจัดประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติการ
คัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อ
ให้พยาบาลวิชาชีพวิเคราะห์ปัญหาจากการ
คัดกรองผู้ป่วย

2.2 จดอบรมเชิงปฏิบัติการใช้แนว
ปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน
แก่พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานอุบัติเหตุและ
ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพลพลพยหเสนา

ทั้งหมด โดยผู้วิจัยและแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน แบ่งการฝึกอบรมออกเป็น 3 ครั้ง ครั้งละ 1-1.30 ชั่วโมง เพื่อเปิดโอกาสให้ทุกคนได้เข้ามีส่วนร่วมในการฝึกอบรมและกำหนดรายละเอียดของเกณฑ์แต่ละระดับ เนื้อหาการฝึกอบรมประกอบด้วย การอธิบายทำความเข้าใจแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น การฝึกคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้กรณีศึกษา

2.3 นำแนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ไปใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 3 เดือน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2565 โดยผู้วิจัยทำหน้าที่กำกับติดตาม การใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย รวมทั้งให้ข้อมูลย้อนกลับถึงผลการคัดกรองผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ตลอดจนนำเสนอผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้แนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยนำเสนอข้อมูลผลลัพธ์ทุกสัปดาห์ เพื่อเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงการปฏิบัติและยังเป็นการกระตุ้นให้มีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ให้คำปรึกษาและติดตามประเมินปัญหาอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน รวมทั้งสอบถามปัญหาและอุปสรรคจากผู้ใช้โดยตรง พร้อมทั้งลงบันทึกในสมุดรวบรวมปัญหาและอุปสรรคของหน่วยงาน และรวบรวมข้อเสนอแนะวิธีการแก้ไขปัญหา เพื่อแจ้งให้ผู้ปฏิบัติทราบ

2.4 ประเมินผลหลังการใช้แนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โดยใช้แบบประเมินความถูกต้องของการคัดกรองผู้ป่วยระหว่าง พยาบาลวิชาชีพผู้คัดกรองและแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินจากเวชระเบียนของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 30 เมษายน 2565 จำนวน 244 ราย แยกตามสัดส่วน เวย์เข้า-บาย-ดิก และสัดส่วนระดับความเจ็บป่วยรุนแรง เวย์เข้า 98 แพ้ม เวย์บาย 122 แพ้ม และเวย์ดิก 24 แพ้ม

การรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลทั้งหมดด้วยตัวเอง โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยใช้แบบบันทึก ดังนี้

1. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินก่อนการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2565 จำนวน 244 ราย แยกตามสัดส่วน เวย์เข้า - บาย-ดิก และสัดส่วนระดับความเจ็บป่วยรุนแรง ไม่รุนแรง เวย์เข้า : บาย : ดิก 4 : 5 : 1 และสัดส่วนระดับความเจ็บป่วยรุนแรง ไม่รุนแรง จำนวนการจัดเก็บข้อมูล คือ เวย์เข้า 98 แพ้ม เวย์บาย 122 แพ้ม และเวย์ดิก 24 แพ้ม

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้บันทึกการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินหลัง การใช้แนวปฏิบัติการคัดกรอง

ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ ถึงวันที่ 30 เมษายน 2565 จำนวน 244 ราย แยกตามสัดส่วน เวิร์ช-บาย-คิก และสัดส่วนระดับความเจ็บป่วยรุนแรง ไม่รุนแรงจำนวนการจัดเก็บข้อมูล คือ เวิร์ช 98 แพ้ม เวิร์ช 122 แพ้ม และเวิร์ช 24 แพ้ม

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพกลุ่มงาน การพยาบาล อุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 24 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.5 อายุ 20-30 ปี ร้อยละ 41.7 อายุเฉลี่ย 36.7 SD = 9.5 ระดับตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ร้อยละ 70.8 ประสบการณ์ทำงานต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 52.2 เฉลี่ย 8.3 SD = 6.48

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป (n=24)	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	12.5
หญิง	21	87.5
อายุ		
อายุ 20-30 ปี	10	41.7
อายุ 31-40 ปี	6	25.0
อายุ 41-50 ปี	6	25.0
อายุ 51-60 ปี	2	8.3
ระดับตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน		
ปฏิบัติการ	17	70.8
ชำนาญการ	7	29.2
ประสบการณ์การทำงานในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน(ปี)		
ต่ำกว่า 5 ปี	13	54.2
6-10 ปี	5	20.8
มากกว่า 10 ปี	6	25.0
ประสบการณ์เฉลี่ย 8.30 ปี SD= 6.48 min = 2 max = 24		
การประชุม / สัมมนา / อบรมเกี่ยวกับ การ พยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ		
ไม่เคยเข้าร่วมประชุม	7	29.2
เคยเข้าร่วมประชุม	17	70.8

ตารางที่ 4 ผลการคัดกรองประเภทผู้ป่วยหลังการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ระดับความฉุกเฉิน	เวชระเบียน ผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน (n=244)	ร้อยละ	ถูกต้อง (correct)	ต่ำกว่าเกณฑ์ Under Triage	สูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage)
Resuscitation	37	15.2	97.28	2.7	0.0
Emergency	110	45.1	96.36	1.8	1.8
Urgency	78	32.0	94.87	1.2	3.8
Semi-urgency	17	7.0	100.0	0.0	0.0
Non-urgency	2	0.8	100.0	0.0	0.0

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการคัดกรองระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย

ระดับความฉุกเฉิน	ถูกต้อง (Correct) ร้อยละ		ต่ำกว่าเกณฑ์ (Under Triage) ร้อยละ		สูงกว่าเกณฑ์ (Over Triage) ร้อยละ		t	p-value
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง		
Resuscitation	95.4	97.28	4.6	2.7	0.0	0.0		
Emergency	88.1	96.36	11.9	1.8	0.0	1.8		
Urgency	66.7	94.87	18.5	1.2	14.8	3.8		
Semi-urgency	80.0	100.0	0.0	0.0	20.0	0.0		
Non-urgency	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
สรุป	81.6	96.31	7.0	1.6	6.96	2.0	10.06	.00

P<0.05

สรุปผลและอภิปรายผลการศึกษา

พบว่า การคัดกรองก่อนใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยถูกต้องร้อยละ 81.6 การคัดกรองหลังการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยถูกต้อง ร้อยละ 96.3 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วย พบว่าการคัดกรองหลังการใช้

แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยถูกต้อง มากกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P=0.000$ อธิบายได้ว่า แนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

มีความชัดเจน รายละเอียดของเกณฑ์ต่างๆ เข้าใจง่าย ใช้เวลาในการคัดกรองระยะสั้น ใช้สะดวก ซึ่งแนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะเริ่มจากประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลเร่งด่วน คือ ประเภท 1 และ 2 หลังจากนั้นจะมีขั้นตอนปฏิบัติเป็นแนวทางให้ พยาบาลคัดกรองพิจารณาความคงที่ของสัญญาณชีพ ความปวด ความต้องการกิจกรรมพยาบาล ถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพและทำให้การคัดกรองถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวิภา แซ่แต้ และคณะ[7] ที่ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย โรงพยาบาลยะลา พบว่า การคัดกรองถูกต้อง ร้อยละ 90.3 และ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปุณยณัฐ ปิงนำ [8] ที่ได้ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลวังชิ้น พบว่าการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ก่อนการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยถูกต้องร้อยละ 75.41 คัดแยกไม่ถูกต้องร้อยละ 24.73 โดยคัดแยกสูงกว่าระดับความรุนแรงของผู้ป่วยร้อยละ 7.82 ต่ำกว่าระดับความรุนแรงของผู้ป่วยร้อยละ 16.91 หลังการใช้แนวปฏิบัติคัดแยกผู้ป่วยถูกต้อง ร้อยละ 91.10 คัดแยกไม่ถูกต้องร้อยละ 8.90 โดยคัดแยกสูงกว่าระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ร้อยละ 3.63 ต่ำกว่าความรุนแรงของผู้ป่วยร้อยละ 5.27 นอกจากนี้ยัง สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ ภาควินิจนัย [9] ที่ได้ ได้ศึกษาประสิทธิผลของ

การใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของพยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบว่า ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วย มีการคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินผู้ป่วยถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 93.33 จากก่อนใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยที่มีความถูกต้องเพียง ร้อยละ 69.47 การคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินไม่ถูกต้องลดลงจากร้อยละ 30.53 เป็นร้อยละ 6.67 โดยพบการคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินต่ำกว่าสภาพความรุนแรงที่เป็นจริงลดลงจากร้อยละ 13.73 เป็นร้อยละ 0.93 และคัดแยกระดับความรุนแรงฉุกเฉินสูงกว่าสภาพความรุนแรงที่เป็นจริงลดลงร้อยละ 16.80 เป็นร้อยละ 5.73 มีความสอดคล้องกับ รูปน วงศ์มิตรสูงเนิน[10] ที่กล่าวไว้ว่า ระบบ การคัดแยกประเภทที่มีความละเอียด เพียงตรง จะช่วยให้พยาบาลสามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้องตาม ความเร่งด่วน

นอกจากนี้ การอบรมให้ความรู้เรื่อง การคัดกรองผู้ป่วยให้แก่ พยาบาลมีความมั่นใจและสามารถทำให้การประเมินความเร่งด่วนของผู้ป่วยฉุกเฉินทำได้ ถูกต้องมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพา วีระคาและคณะ [11] ที่พบว่า การอบรมให้ความรู้ระบบการคัดกรองให้แก่ เจ้าหน้าที่สามารถทำให้การประเมินความเร่งด่วนของผู้ป่วยฉุกเฉินทำได้ ถูกต้องมากขึ้น ลดการประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง แต่ไม่ได้ลดการประเมิน สูงกว่าความเป็นจริง ซึ่งในสถานการณ์จริงแล้ว การคัดแยกผู้ป่วย

ในระดับ ความเร่งด่วนเกินความเป็นจริง สามารถยอมรับได้มากกว่าเนื่องจาก ไม่เป็นการทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการได้รับการรักษา เพราะฉะนั้น ในกลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินควรมีนโยบายการจัดอบรมให้ความรู้ ระบบการคัดแยกผู้ป่วยให้แก่เจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องอย่างน้อยทุกเดือน ผู้ปฏิบัติงานมีแนวโน้มที่จะประเมินได้ถูกต้องลดลงหลังจาก การอบรมที่ 4 สัปดาห์ ซึ่งไม่ตรงกับการศึกษาเดิมในอดีตที่ควรจัดอบรม ให้ความรู้การคัดแยกผู้ป่วยแก่บุคลากรอย่างน้อย 1-2 ครั้งต่อปี ดังนั้นจึงควรอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีการโยกย้าย หมุนเวียนเจ้าหน้าที่บ่อยและน้องใหม่มีประสบการณ์ทำงานน้อย

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านบริการ นำแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ได้จากการวิจัย ไปใช้การคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. ผู้บริหารนำเป็นข้อมูลในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ในกลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กำหนดเป็นนโยบายของกลุ่ม

การพยาบาลและโรงพยาบาลเนื่องจากเป็นมาตรฐานสำคัญ ควรนิเทศติดตามและประเมินคุณภาพการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินตามระดับความเร่งด่วนอย่างต่อเนื่อง

3. นำข้อมูลจากงานวิจัยไปใช้ในการบริหารความเสี่ยง เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

4. เป็นแนวปฏิบัติการคัดกรองระดับความรุนแรงของผู้ป่วย โดยใช้มาตรฐานร่วมกันทั้งเครือข่าย ในจังหวัดกาญจนบุรี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์จันทิมา ไตรทาน ที่กรุณาให้ความรู้ให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไข และวิจารณ์ผลงานทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ ขอขอบคุณ แพทย์หญิง วราพร นาคเสนสินและบุคลากรพยาบาลกลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Dehli, T., Fredriksen, K., Osbakk, S.A., & Bartnes, K. (2011). Evaluation of a University Hospital Trauma Team Activation Protocol. Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine, 19(18), 1-7.
2. Ming, T., Lai, A., & Lau, P. (2016). Can Team Triage Improve Patient Flow in the Emergency Department? A Systematic Review and Meta-Analysis. Advanced Emergency Nursing Journal, 38, 233-50.

3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2558).คู่มือแนวปฏิบัติปฏิบัติ ตามหลักเกณฑ์ และ วิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและ จัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉิน ตามหลักเกณฑ์ ที่คณะ กรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน แห่งชาติ.
4. สหัตถยา สุขจำนงค์, บัวบาน ปักกระโถ,สายสกุล สิงห์หาญ, วิสชุด ศรีสว่าง และ ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์ (2564). คุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาล นาควิน อำเภอนาควิน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 1 (2) ,123-133.
5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561).MOPH ED Triage. นนทบุรี:โรงพิมพ์สำนัก วิชาการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
6. โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา.(2565).สถิติข้อมูลงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาล พหลพลพยุหเสนา. 2562-2564.
7. ญักฎีกา แซ่เต้ และ พชรินทร์ นะนุ้ย.(2565).การพัฒนารูปแบบการคัดกรองตาม MOPH ED Triage แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในเครือข่าย โรงพยาบาลยะลา . The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 9(1),149-161.
8. ปุณณนุช ปิงนำ.(2563).ผลการศึกษาการคัดแยกประเภทผู้ป่วยหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลวังชิ้น . Journal of the Phrae Hospital , 28 (1) ,152-162.
9. ทศนีย์ ภาควินวินิจนัย ,โสพิศ เวียงโสด และ กฤตพัทธ์ ฝึกฝน .(2562).ประสิทธิผลของ การใช้แนวปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน .วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 20(1), 66-75.
10. รุปนวงศ์ มิตรสูงเนิน, ปรีวัฒน์ ภูเงิน ,กมลวรรณ เอียงสง, กรกฏ อภิรัตน์วรากลุ และ พะนอ เตชะอธิก. 2557. (2557).Essential knowledge in emergency care. (พิมพ์ครั้งที่ 1).ขอนแก่น: คลังนานา.
11. พิมพ์ วีระคา, ถิ่นนันทน์ วิริยาภรณ์ประภาส ,ศิริพร จักรอ้อม และ พิษณุตม์ ภิญโญ. (2562). ประสิทธิภาพของการอบรมการคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ MOPH ED Triage ต่อความถูกต้อง ของการคัดแยกผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลแม่สาย. วารสารกรมการแพทย์, 44(5),70-74.

พบว่าผู้คลอด 2 รายที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง ปลอดภัยจากภาวะวิกฤติและสามารถกลับบ้านไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งกระบวนการ ทั้งหมดนี้ต้องอาศัยความพร้อม การปฏิบัติ การที่รวดเร็ว โดยทีมที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดปลอดภัยลดผลกระทบต่องานชีวิตและสุขภาพ

Abstract

Postpartum hemorrhage is the most common birth complication and the leading cause of maternal mortality worldwide. Therefore, nurses caring for mothers in the postpartum period must be knowledgeable and competent in assessing risk factors for postpartum hemorrhage to prevent hemorrhage in the postpartum period. The purpose of this research was to study the nursing care of mothers with postpartum hemorrhage after abdominal cesarean section. Two mothers were compared risk factors, symptoms, signs, medical treatment, nursing diagnoses and nursing outcomes.

The results showed that the 1st case was 35 years old, the first pregnancy was GDMA1, the gestational age was 37+6 weeks, the first pregnancy had premature rupture of membrane, no labor pain, the active phase had no progression and needed to terminate the pregnancy by cesarean section. The 2nd case of years old, the first pregnancy, gestational age of 33+4 weeks, had twin pregnancy and preterm labor. At the period of treatment, the labor progress so rapidly then the doctor decided to terminate the pregnancy by caesarean section. From the study, it was found that both mothers had a late postpartum hemorrhage due to poor contraction of the uterus. There were different risk factors, and the first case had a shock. Both cases had guidelines for caring as follows: assess risk factors for postpartum hemorrhage, evaluate the leading symptoms of postpartum hemorrhage when blood loss occurred, assess uterine contractions, vital signs, signs & symptoms and maintain intravenous fluid, blood and blood components and add uterine stimulant drugs according to the doctor's treatment plan rapidly, including explaining the pathology and medical treatment to prepare the postpartum mother for procedures and medical treatment to stop bleeding and alleviate anxiety, using the concept of nursing process to provide nursing care. The results of the study showed that two mothers with late-stage postpartum hemorrhage were safe from the crisis and able to return home to live normally. All this process requires readiness and fast action with the effective team to safe postpartum mothers and minimizing the impact on life and health.

Therefore, professional nurses provide nursing care for mothers in the postpartum period should be competent in assessing risk factors for postpartum hemorrhage, providing immediate and effective nursing care in critical period to safe life and protected postpartum mothers from complications.

หลักการและเหตุผล

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่พบได้มากที่สุดเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกพบถึงร้อยละ 27.1 และเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักทางสูติกรรมที่ทำให้เกิดความพิการของมารดา ทั่วโลกร้อยละ 3-25 ของการคลอดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบร้อยละ 23.1 [1] ส่วนในประเทศไทยจากสถิติของกรมอนามัย [2] พบว่าในปี พ.ศ.2560-2563 มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือดหลังคลอดทั่วประเทศ คิดเป็น 21.80, 19.90, 20.30 และ 23.10 ต่อแสนของการเกิดมีชีพ ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กรมอนามัยกำหนดคือไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย พบว่าสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตมากที่สุดคือ ตกเลือดหลังคลอดเป็น ร้อยละ 35 และ รองลงมาเกิดจากภาวะน้ำคร่ำอุดหลอดเลือด[3] ซึ่งสถานการณ์การตายของมารดาในเขตสุขภาพที่ 7 ในปี 2562-2564 คือ 16.47, 26.34 และ 68.43 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน [4] ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ภาวะตกเลือดหลังคลอด คือ การสูญเสียเลือด 500 มิลลิตรหรือมากกว่าหลังการคลอดทางช่องคลอด[1] หรือมากกว่า 1,000 มิลลิตรหลังการผ่าตัดคลอด หรือมีการวินิจฉัยจากความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง

ที่ลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอด [5] การตกเลือดหลังคลอดแบ่งออกเป็น 2 ได้แก่

1. ภาวะตกเลือดหลังคลอดทันที (early postpartum hemorrhage) คือ ภาวะตกเลือดที่เกิดขึ้นภายในเวลา 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เป็นภาวะที่พบได้บ่อย
2. ภาวะตกเลือดหลังคลอดภายหลัง (late postpartum hemorrhage) คือ ภาวะตกเลือดที่เกิดขึ้นหลังคลอด 24 ชั่วโมงไปแล้วจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด [6]

ซึ่งเมื่อเกิดภาวะตกเลือดทำให้เกิดการสูญเสียเลือดปริมาณมากส่งผลให้เซลล์ต่างๆในร่างกายขาดออกซิเจนและเสียสมดุล โดยเฉพาะสมองส่วนไฮโปทาลามัสและต่อมใต้สมองที่ส่งผลต่อฮอร์โมนสำคัญในระยะหลังคลอด ถ้าได้รับการรักษาที่ล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ Sheehan's syndrome โลหิตจางรุนแรง ช็อก ทพพลาภาพ และเสียชีวิตได้ การตกเลือดหลังคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ผลเสียต่อความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิด มารดาอาจเกิดภาวะโลหิตจางในระยะยาว ซึ่งส่งผลเสียต่อการตั้งครรภ์และการคลอดในครั้งต่อไป คือ มารดามีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในการคลอดครั้งต่อไปได้ การตกเลือดหลังคลอดยังส่งผลกระทบต่อมารดาทางด้าน

จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านจิตใจพบภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 13 มีภาวะเครียดที่เกิดขึ้นภายหลังประสบเหตุการณ์รุนแรงในชีวิตร้อยละ 3 ซึ่งปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตของมารดาส่งผลเสียต่อความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิด ส่วนผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจทำให้ครอบครัวและรัฐบาลต้องเสียงบประมาณในการดูแลรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก [7,8]

ถึงแม้ภาวะตกเลือดหลังคลอดภายหลังอาจพบได้น้อยกว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดทันที แต่ในปัจจุบันนี้ยังคงพบว่ามีมารดาหลังคลอดภายหลัง เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะช็อก ต้องเข้ารับการรักษาใน ICU โดยไม่ได้วางแผนทำให้อัตราการได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด และอัตราการตัดมดลูกหลังคลอดสูงขึ้น⁹ เป็นต้น การประเมินปริมาณเลือดที่ออกส่วนใหญ่มักประเมินต่ำกว่าความเป็นจริง ดังนั้นจึงควรคู่อการทางคลินิกไปด้วย ถ้าหากมารดาหลังคลอดยังมีอาการเสียเลือด โดยที่ไม่ได้รับการรักษาที่อาจจะทำให้เกิดอาการช็อค ช็อก และเสียชีวิตในที่สุด พยาบาลที่ดูแลมารดาในระยะหลังคลอดจึงต้องมีการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเอง อยู่ตลอดเวลา เพื่อให้การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดมีความปลอดภัย และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอด ในการรวบรวมและทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลมารดาที่

ตกเลือดหลังคลอด นำแผนการพยาบาลที่ได้ปฏิบัติจริงกับมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด จำนวน 2 ราย ที่มีความแตกต่างกัน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง

วิธีการศึกษา

กรณีศึกษามารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง จำนวน 2 ราย โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่หอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม 120 เตียง ชั้น 5 โรงพยาบาลขอนแก่น เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ การสังเกตพฤติกรรม นำมาวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์เปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยง การรักษาพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาล แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน พยาธิสภาพอาการและอาการแสดง และผลลัพธ์ทางการพยาบาลตลอดจนการวางแผนจำหน่าย ดังนี้

กรณีศึกษาที่ 1 หญิงไทยอายุ 35 ปี ครรภ์แรก GA 37+6 wks. with GDMA1 with elderly pregnancy with PROM มาด้วยอาการ 1 ชม. ก่อนมา มีน้ำเดิน ไม่มีภาวะเจ็บครรภ์ ฝากครรภ์ 10 ครั้ง ที่คลินิกฝากครรภ์ครั้งแรก GA 8 wks. ฝากครรภ์ครบคุณภาพ ผลทางห้องปฏิบัติการในระยะฝากครรภ์ปกติ ตรวจครรภ์ HF= 3/4 above

umbilicus vertex presentation, FHS 140 ครั้ง/นาที่ estimate fetal weight 3,000 grams. PV = cervical dilatation 2 cm. effacement 50% station -1, Membrane leak= clear แพทย์พิจารณาให้คลอด Cytotec 1/8 vaginal sp. และให้ RLS 1000 ml + synto 10 unit rate 20 ml/hr. titrate until good contraction พบว่าระยะ Active phase ไม่มีความก้าวหน้า แพทย์พิจารณา set OR fast track for C/S due to CPD estimate blood loss 500 ml. ได้ทารกเพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,850 กรัม apgar score 9, 10, 10 ทารกย้ายตามมารดาหลังคลอด มารดามดลูกหดตัวดี ไม่มี active bleeding per vagina หลังคลอด 48 ชม. มารดามีอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ มีเลือดออกทางช่องคลอดสีแดงสด ชุ่มผ้าอนามัย 2 ผืนใน 1 ชั่วโมง และ ชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน ในชั่วโมงที่ 2 ปริมาณเลือดออกรวมประมาณ 400-500 ซีซี มีใจสัน แขนหน้าอก หายใจไม่อิ่ม สัญญาณชีพ T= 36.5 °c, PR = 140 ครั้ง/นาที่, RR = 22 ครั้ง/นาที่ BP = 96/81-92/57 mmHg, Hct = 35 vol% (Hct หลังผ่าตัด = 41 vol%) แพทย์พิจารณาให้ Load RLS 500 ml then RLS 1000 ml rate 40 ml/hr และ RLS 1000 ml + synto 20 unit rate 80 ml/hr. ultrasound bed side ไม่พบเศษรกค้าง PV พบ blood clot ประมาณ 50 ซี ซี หลังให้ น้ำเกลือ และยากระตุ้น มดลูกหดตัวดี แต่ยังมีอาการใจสัน แขนหน้าอกเล็กน้อย จึงส่งปรึกษา cardio med ให้การรักษา Adenosine 6 mg. iv stat, Monitor EKG, Trop T at 0, 3 hr. พบว่าปกติ และมี electrolyte imbalance แพทย์จึงให้ E.

KCL 30 ml ทุก 3 hr. และ 50% MgSO4 4 ml + 5%DW 100 ml iv drip in 4 hr. x 3 day แพทย์วินิจฉัย Cesarean section due to CPD with late postpartum hemorrhage due to uterine atony with hypovolemic shock with GDMA1 with elderly pregnancy with PROM รวมวันที่นอนโรงพยาบาลจำนวน 5 วัน

กรณีที่ 2 หญิงไทยอายุ 28 ปี ครรภ์แรก GA 33+4 wks. with twin DCDA with preterm labour มาด้วยอาการ 2 ชม. ก่อนมามีน้ำเดิน ร่วมกับมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดไม่สม่ำเสมอ ฝากครรภ์ 8 ครั้ง ที่โรงพยาบาล ฝากครรภ์ครั้งแรก GA 8 wks. ฝากครรภ์ครบคุณภาพ ผลทางห้องปฏิบัติการในระยะฝากครรภ์ปกติ ตรวจครรภ์ HF = 2/4 above umbilicus vertex/breech presentation, FHS 140 ครั้ง/นาที่ estimate fetal weight 2100/1,600 grams. Uterine contraction = duration 40 sec. Interval 10 min. PV = cervical dilatation os close, effacement 0% station -2, Membrane rupture= clear แพทย์ให้ยับยั้งการคลอดด้วย nifedipine ทุก 4 ชั่วโมง พบมีภาวะเจ็บครรภ์คลอด PV = cervical dilatation 7 cm., effacement 100% station +1, Membrane rupture= clear แพทย์พิจารณา set OR fast track for C/S due to twin (breech, Vertex) ได้ทารกแฝด 1 เพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,000 กรัม apgar score 8, 9, 9 ย้ายไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ ทารกแฝด 2 เพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,340 กรัม apgar score 7, 6, 10 ย้ายไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ มีภาวะ postpartum

hemorrhage due to uterine atony estimate blood loss 1,000 ml. ได้ cytotec 4 tab rectal suppo ในห้องผ่าตัด หลังคลอดมารดาคลุกหดตัวดี ไม่มี active bleeding per vagina 6 วันหลังคลอด มารดา มีเลือดออกทางช่องคลอดสีแดงสดมาก ชุ่มผ้าอนามัย ประมาณ 200 ซีซี ไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มีอาการหน้ามืดวิงเวียน สัญญาณชีพ T=36.7 °c, PR = 78 ครั้ง/นาที, RR = 20 ครั้ง/นาที BP = 114/68-106/62 mmHg, Hct = 32 vol% (Hct หลังผ่าตัด = 33 vol%) แพทย์พิจารณาให้ RLS

1000 ml + synto 20 unit rate 120 ml/hr., cytotec 4 tap rectal suppo., Methergin 0.2 mg iv และ ultrasound bed side พบ blood clots ประมาณ 2 cm. แพทย์จึง manual vacuum aspiration (MVA) ได้ blood cot ประมาณ 50 ซีซี แพทย์วินิจฉัย Cesarean section due to twin (vertex/breech) with preterm with early postpartum hemorrhage due to uterine atony with late postpartum hemorrhage due to retained blood clots รวมวันที่นอนโรงพยาบาลจำนวน 9 วัน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการตั้งครรภ์ การคลอด และการเจ็บป่วย

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญ	1 ชม. ก่อนมามีน้ำเดิน ไม่มีภาวะเจ็บครรภ์	2 ชม. ก่อนมามีน้ำเดิน ร่วมกับมีภาวะเจ็บครรภ์คลอดไม่สม่ำเสมอ
การวินิจฉัยโรคครั้งแรก	Primigravida GA37 ⁺⁶ wks. with GDMA1 with elderly pregnancy with PROM	Primigravida GA33 ⁺⁴ wks. with twin DCDA with preterm labour with PPROM
ประวัติการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน	ครรภ์แรก GA37+6 wks. LMP 4 พ.ค. 64 EDC 10 ก.พ. 65 ฝากครรภ์ 10 ครั้ง ที่คลินิกฝากครรภ์ ครั้งแรก GA 8 wks. ฝากครรภ์ครบคุณภาพ ผลทางห้องปฏิบัติการในระยะฝากครรภ์ ปกติ ยกเว้นการตรวจเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบ 50 gm GST =260 mg/dl, OGTT = 94, 255, 194, 172 mg/dl แพทย์วินิจฉัย GDMA1	ครรภ์แรก GA33+4 wks. LMP จำไม่ได้ EDC 15 มี.ค. 65 ฝากครรภ์ 8 ครั้ง ที่โรงพยาบาล ฝากครรภ์ครั้งแรก GA 8 wks. ฝากครรภ์ครบคุณภาพ ผลทางห้องปฏิบัติการในระยะฝากครรภ์ ปกติ

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วย ของบุคคลในครอบครัว	บุคคลในครอบครัว สุขภาพแข็งแรง	บุคคลในครอบครัว สุขภาพแข็งแรง
ประวัติการแพ้ยา สารเคมี อาหาร และสารเสพติด	ปฏิเสธการแพ้ยาสารเคมี แพ้อาหาร และการใช้สารเสพติด	แพ้ยา sulfa มีอาการผื่นขึ้น ตามลำตัว ปฏิเสธการแพ้อาหาร และการใช้สารเคมี
อาการแรกเริ่ม	รับใหม่วันที่ 28 มกราคม 2565 เวลา 23.30 น. ไม่มีอาการ เจ็บครรภ์ ตรวจครรภ์ HF= 3/4 above umbilicus vertex presentation, FHS 140 ครั้ง/นาที estimate fetal weight 3,000 grams. PV = cervical dilatation 2 cm. effacement 50% station -1, Membrane leak= clear	รับใหม่วันที่ 29 มกราคม 2565 เวลา 05.00น. มีอาการเจ็บครรภ์ ตรวจครรภ์ HF= 2/4 above umbilicus vertex/breech presentation, FHS 140 ครั้ง/นาที estimate fetal weight 2100/1,600 grams. Uterine contraction= duration 40 sec. Interval 10 min. PV = cervical dilatation os close, effacement 0% station - 2, Membrane rupture= clear
ประวัติการคลอด	คลอด C/S with CPD วันที่ 28 มกราคม 2565 เวลา 14.57 น. Estimate blood loss 500 ml. ได้ทารกเพศ ชาย น้ำหนักแรก เกิด 2,850 กรัม apgar score 9, 10, 10 ทารกย้ายตามมารดา หลังค ลอกมารดามดลูกหดรัดตัวดี ไม่มี active bleeding per vagina	คลอด C/S with twin (vertex/ breech) with preterm with post- partum hemorrhage due to uter- ine atony วันที่ 29 มกราคม 2565 เวลา 11.21 น. Estimate blood loss 1,000 ml. ได้ cytoec 4 tab rectal suppo ในห้องผ่าตัด มารดา มดลูกหดรัดตัวดี ไม่มี active bleeding per vagina ได้ทารก แฝด 1 เพศ ชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,000 กรัม apgar score 8, 9, 9 ย้ายไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วย ทารกแรกเกิดวิกฤติ ทารกแฝด 2 เพศชาย น้ำหนักแรกเกิด 2,340 กรัม apgar score 7, 6, 10 ย้ายไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วย ทารกแรกเกิดวิกฤติ

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การวินิจฉัยโรค ครั้งสุดท้าย	Primigravida GA37+6 wks. Cesarean section due to CPD with late postpartum hemorrhage due to uterine atony with hypovolemic shock with GDMA1 with elderly pregnancy with PROM	Primigravida GA33+4 wks. Cesarean section due to twin (vertex/breech) with preterm with early postpartum hemorrhage due to uterine atony with late postpartum hemorrhage due to retained blood clots
สาเหตุของการตกเลือด หลังคลอด	สาเหตุเกิดจาก มดลูกหดตัว ไม่ดี (uterine atony) บ้างยี้เสี่ยง คือ มีภาวะเจ็บครรภ์ในระยะ Active phase ยาวนาน และได้รับ ยากระตุ้นการหดตัวของ มดลูก ดังนี้ Cytotec 1/8 และ synto 10 unit	สาเหตุเกิดจาก ก้อนเลือดค้าง (Retained blood clots) บ้างยี้ เสี่ยง คือ มีการตั้งครรภ์ twin ชนิด DCDA โดยมีรก กุณน้ำคร่ำ และเยื่อหุ้มทารกแยกจากกัน และมีประวัติการตกเลือดหลัง คลอดที่ห้องผ่าตัด
อาการและอาการแสดง ของการตกเลือด หลังคลอด	หลังคลอด 48 ชม. มารดามี อาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ มี blood loss 400-500 ซีซี มีใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม สัญญาณชีพ T=36.5 °c, PR= 140 ครั้ง/นาที, RR= 22 ครั้ง/นาที BP= 96/81-92/57 mmHg, Hct = 35 vol% (Hct หลังผ่าตัด = 41 vol%)	6 วันหลังคลอดมารดามีเลือด ออกทางช่องคลอดสีแดงสดมาก ชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน ไม่มีอาการ ปวดท้อง มีอาการวิงเวียน สัญญาณชีพ T=36.7 °c, PR= 78 ครั้ง/นาที, RR= 20 ครั้ง/นาที BP= 114/68-106/62 mmHg, Hct = 32 vol% (Hct หลังผ่าตัด = 33 vol%)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การรักษาภาวะ ตกเลือดหลังคลอด	- Hct stat - Blood for CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, E'Lyte, G/M - Load RLS 500 ml then RLS 1000 ml v 40 ml/hr	- Hct stat - Blood for CBC, PT, PTT, INR, AST, ALT, G/M PRC 4 U, FFP 4 U. - RLS 1000 ml + synto 20 unit rate 120 ml/hr.

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การรักษาภาวะ ตกเลือดหลังคลอด	- RLS 1000 ml + synto 20 unit rate 80 ml/hr. - Ultrasound Bed side - Retained foley cath - consult cardio med - Adenosine 6 mg. iv stat - Monitor EKG - Trop T at 0, 3 hr. - EKCL 30 ml ทุก 3 hr. - 50% MgSO4 4 ml + 5%DW 100 ml iv drip in 4 hr. x 3 day	- cytotec 4 tap rectal suppo. - Ultrasound Bed side - Retained foley cath - Methergine 0.2 mg iv - MVA + tissue patho - Pethidine 25 mg. iv - valium 10 mg. iv - transamin 500 mg. iv q 6 hr. x 4 dose

จากการประเมินภาวะสุขภาพตาม
แบบแผนทาง ด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของ
กอร์ดอน สามารถนำข้อวินิจฉัยทางการ
พยาบาลมาวางแผนให้การพยาบาลได้ ดังนี้

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 2
1. มีภาวะช็อก เนื่องจาก ร่างกายสูญเสีย เลือดและน้ำ ออกจากร่างกาย จากการตกเลือด หลังคลอด	1. บันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที จนกว่าจะ stable เพื่อประเมิน ความรุนแรงของการเสียเลือด 2. สังเกตอาการซีดโดยดูลักษณะ ของสีผิวหน้า สีเล็บ เยื่อเมือก 3. สังเกตและบันทึกปริมาณ เลือดที่ออกทางช่องคลอด ทุก 15 นาที x 1 ชั่วโมงแรก ทุก 30 นาที x 1 ชั่วโมง ทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 8 ชั่วโมงและ ทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง 4. เตรียมเครื่อง Ultrasound 5. ดูแลการ ได้สารน้ำเข้าสู่ ร่างกาย ดังนี้ - RLS 1000 ml + synto 20 unit rate 80 ml/hr. - Load RLS 500 ml then RLS 1000 ml v 40 ml/hr.	1. มีโอกาส เกิดภาวะช็อก เนื่องจากร่างกาย สูญเสียเลือด และน้ำออกจาก ร่างกายจาก การตกเลือด หลังคลอด	1. ประเมินการหดตัวของมดลูก หากพบว่ามดลูกหดตัวไม่คืนตัวที่ ยอดมดลูกทันที 2. ใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคา สายสวน เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะ ว่างป้องกันไม่ให้เกิดการขัดขวางการ หดตัวของมดลูก 3. ประเมินสัญญาณชีพ และระดับ ความรู้สึกตัว พร้อมบันทึก ทุก 15 นาทีเพื่อประเมินอากาศเปลี่ยนแปลง 4. สังเกตเลือดที่ออกจากช่องคลอด 5. ดูแลการ ได้สารน้ำเข้าสู่ร่างกาย ดังนี้ - RLS 1000 ml + synto 20 unit rate 120 ml/hr.

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 2
	6. Hct stat then 7. เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, E'Lyte, G/M 8. ดูแลให้ได้รับ O2 mask with bag 10 liter/min และ monitor O2 sat 9. บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกจากร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง 10. ใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสายสวน เพื่อให้ กระเพาะปัสสาวะว่างป้องกันไม่ให้เกิดการขัดขวางการหลั่งตัวของมดลูก 11. รายงานแพทย์ทันที เมื่อพบอาการดังนี้ -ชีพจรเบาเร็ว >100 หรือ < 60 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg - หน้าซีด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น สับสน -มีอาการของเลือดออกภายในช่องท้อง ได้แก่ แน่นท้อง ท้องอืด ปวดท้องมาก - มดลูกหดรัดตัวไม่ดี - ปริมาณเลือดซุ่มฝ่ออนามัยมากกว่า 1 ฟัน/1 ชั่วโมง ใน 2 ชั่วโมงแรก หรือชั่วโมงต่อไปมากกว่า 1 ฟัน ใน 4 ชั่วโมง <u>ประเมินผลหลังให้การพยาบาล</u> ผู้ป่วยมีการหดรัดตัวของมดลูกดี มีเลือดออกทางช่องคลอดซุ่มฝ่ออนามัย 1 ฟัน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที		6. จัดทำนอนราบและให้ O2 mask with bag 10 liter/min 7. ดูแลให้ได้รับยา Methergine 0.2 mg. ตามแผนการรักษา 8. เตรียมเครื่อง Ultrasound 9. เจาะเลือดส่งตรวจ CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, E'Lyte, G/M 10. ดูแลช่วยแพทย์ในการทำหัตถการ MVA 11. ประเมินอาการและอาการแสดงเป็นระยะเพื่อดูแลเปลี่ยนแปลง 12. รายงานแพทย์ทันที เมื่อพบอาการดังนี้ -ชีพจรเบาเร็ว >100 หรือ < 60 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg - หน้าซีด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น สับสน - มีอาการของเลือดออกภายในช่องท้อง ได้แก่ แน่นท้อง ท้องอืด ปวดท้องมาก - มดลูกหดรัดตัวไม่ดี - ปริมาณเลือดซุ่มฝ่ออนามัยมากกว่า 1 ฟัน/1 ชั่วโมง ใน 2 ชั่วโมงแรก หรือชั่วโมงต่อไปมากกว่า 1 ฟัน ใน 4 ชั่วโมง <u>ประเมินผลหลังให้การพยาบาล</u> ผู้ป่วยมีการหดรัดตัวของมดลูกดี มีเลือดออกทางช่องคลอดซุ่มฝ่ออนามัย 1 ฟัน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 118/75 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	ข้อวินิจฉัย ทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 2
มีภาวะเสีสมดุล ของอิเล็กโตรไลต์ จากการตกเลือด หลังคลอด ข้อมูล สนับสนุน K = 3.24 mmol/l Mg = 1.27 mg/dl	1. สังเกตอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด 2. บันทึกสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง 3. จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง มีกิจกรรม เท่าที่จำเป็น ระวังอุบัติเหตุ 4. แนะนำญาติให้จัดหา ผลไม้ ที่มีโปตัสเซียม แมกนีเซียมสูง ให้ผู้ป่วยรับประทาน เช่น กล้วย อุ่น 5. บันทึกสารน้ำเข้าออก 6. ดูแลให้ได้รับยาตามแผน การรักษาของ แพทย์ - EKCL 30 ml ทุก 3 hr. - 50% MgSO4 4 ml + 5%DW 100 ml iv drip in 4 hr. x 3 day 7. ติดตามผลอิเล็กโตรไลต์ และ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ sinus tachycardia 1. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลง เช่น อาการเหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม รายงานแพทย์เมื่อ มีอาการ 2. ติดตามประเมินผล ชีพจรและ ผล EKG 3. ดูแลให้ได้รับยา Adenosine 6 mg. iv stat 4. ดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมบน เตียงเพื่อลดการใช้ออกซิเจน 5. ติดตามผลอิเล็กโตรไลต์ และ คลื่นไฟฟ้าหัวใจประเมินผลหลัง ให้การพยาบาลหลังได้รับการดูแล แก้ไขภาวะ ไม่สมดุลของอิเล็ก โตรไลต์และภาวะหัวใจเต้นผิด ปกติ พบว่าผลทั้งสองอย่างอยู่ใน เกณฑ์ปกติโดยมีค่า K = 4.3 mmol/l ค่า Mg = 2.12 mg/dl และผล EKG ไม่มีsinus tachycardia	มีโอกาสดเกิด ภาวะแทรกซ้อน จากการใช้แรง ดูดสุญญากาศ นำชิ้นส่วน ออกจากโพรง มดลูก (manual vacuum aspiration (MVA)) 1. ประเมินสภาพและสังเกตปริมาณ ของเลือดที่ออกจากช่องคลอด และ อาการชีวิต 2. บันทึกสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง 3. จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง มี กิจกรรม เท่าที่จำเป็น ระวังอุบัติเหตุ 4. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา ดังนี้ - transamin 500 mg. iv q 6 hr. x 4 dose <u>ประเมินผลหลังให้การพยาบาล</u> หลังให้การดูแลรักษา พบว่าผู้ป่วย ไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่อง คลอด และ ไม่พบภาวะติดเชื้อทาง ช่องคลอด	

ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษารายที่ 1	ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษารายที่ 2
ทางการพยาบาล		ทางการพยาบาล	
ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวล จากภาวะตกเลือดหลังคลอด และต้องได้รับการรักษา	- อธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพ และการรักษาพยาบาล	ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวล จากภาวะตกเลือดหลังคลอดและต้องได้รับการรักษาเพิ่มขึ้น	- อธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพและ แนวทางการรักษาพยาบาล
เพิ่มขึ้น	- เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ซักถาม ปัญหา รับฟังด้วยความตั้งใจ		- เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ซักถาม ปัญหา รับฟังด้วยความเต็มใจ
	- แนะนำทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาพยาบาล เพื่อสร้างความมั่นใจในการรักษา ที่มีประสิทธิภาพ		- แนะนำทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาพยาบาล
	- อธิบายเรื่องสิทธิการรักษาและ ค่าใช้จ่าย ในการรักษาประเมินผล หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัววางแผนไว้ว่าจะตัดสินใจผ่าตัดตั้งแต่แรกใน ครรภ์ต่อไป ค่าคะแนน ST- 5 ก่อนทำกิจกรรมได้ 5 คะแนน หลังทำกิจกรรมได้ 3 คะแนน		- อธิบายเรื่องสิทธิการรักษาและ ค่าใช้จ่าย ในการรักษา
			<u>ประเมินผลหลังให้การพยาบาล</u>
			ผู้ป่วยบอกว่า ตอนแรกกังวลเรื่อง ตั้งครรภ์ครั้งต่อไปจะเกิดภาวะนี้ขึ้น อีกมากน้อยแค่ไหน แต่หลังจากได้ ฟังคำอธิบายทำให้สบายใจขึ้นและ จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ค่าคะแนน ST- 5 ก่อนทำกิจกรรมได้ 5 คะแนน หลังทำกิจกรรมได้ 3 คะแนน

สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษามารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ทางหน้าท้องที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ระยะหลังทั้ง 2 กรณี มีความรุนแรงของภาวะ ตกเลือดแตกต่างกัน การให้การพยาบาลจึง แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาถึง ปัจจัยเสี่ยงสาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษาและการทำ หัตถการ อธิบายได้ว่า กรณีศึกษารายที่ 1 มี ภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะหลังร่วมกับ มีภาวะ hypovolemic shock จากมดลูกหด รัดตัวไม่ดี จากความเสี่ยงมีภาวะเจ็บครรภ์ ในระยะ Active phase ยาวนาน และได้รับ ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกขณะ รอคอยทำให้กล้ามเนื้อมดลูกอ่อนแรง ซึ่งในรายนี้ได้รับการรักษาด้วยยากระตุ้น

การหดตัวของมดลูก คือ syntocinon แต่ยังมี อาการของภาวะ hypovolemic shock คือใจเต้น แน่นหน้าอกเล็กน้อย และผล electrolyte imbalance ทำให้ได้รับการรักษาเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับบทความของจิราวัฒน์ วิณาลัยวนากุล[10] เรื่องภาวะผิดปกติที่ พบบ่อยในระหว่างการคลอด:การนำไปใช้ในการสอนนักศึกษาพยาบาลโดยได้เขียนไว้ว่า ผู้คลอดที่มีการคลอดยาวนานในช่วงที่ปากมดลูก เปิดขยายเร็ว (prolong active phase) มักจะมีความเสี่ยงสูงในการชักนำการคลอด การคลอดทางช่องคลอดโดยใช้สูติศาสตร์ หัตถการ ภาวะซีเทาปนในน้ำคร่ำ ภาวะ ตกเลือดหลังคลอด และการประเมินสภาพ

ทารกแรกเกิดมีค่าคะแนนต่ำ[11] และในกรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีและมีการตกเลือดหลังคลอดระยะหลังจากการค้างของ blood clots จากความเสี่ยงตั้งครรภ์แฝด ชนิด DCDA โดยมีรก ถูงน้ำคร่ำ และเยื่อหุ้มทารกแยกจากกัน ทำให้มีมีผลที่มดลูกเพิ่มขึ้นทำให้มีความเสี่ยงในการตกเลือดหลังคลอดเพิ่มขึ้น ซึ่งรายนี้ได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก คือ syntocinon, cytotec และ methergine ร่วมกับได้รับหัตถการ manual vacuum aspiration ทำให้ได้รับการรักษาและนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร เสงประเสริฐ[12] ที่ได้ทำการศึกษา มารดาตั้งครรภ์ที่ 3 ตั้งครรภ์แฝด อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ได้รับยาป้องกันการชัก คือ แมกนีเซียมซัลเฟต ยาลดความดันโลหิต ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก แพทย์พิจารณายุติการตั้งครรภ์โดยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและมารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอด การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะเร่งด่วนที่สำคัญทั้งในระยะแรกและระยะหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะหลังคลอด การตกเลือดในระยะหลังคลอดใน 24 ชั่วโมงแรกและยังอาจเกิดขึ้นได้ตลอดช่วงเวลาของการพักฟื้นในหอผู้ป่วยจนกลับบ้าน ดังนั้นการดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดีในช่วงระยะเวลานี้ จึงเป็นสิ่งสำคัญพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามจากการศึกษา พบว่ามารดา

หลังคลอดทั้ง 2 ราย มีภาวะตกเลือด หลังคลอดระยะหลัง จากการที่มดลูกหดรัดตัวไม่ดี และมีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน ซึ่งการช่วยเหลือและแก้ไขได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ ทั้งในเรื่องของการประเมินอาการ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การให้การพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ รวมถึงการอธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพและการรักษาพยาบาล เพื่อคลายความกังวล ทำให้มารดาหลังคลอด 2 รายที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะหลังปลอดภัยจากภาวะวิกฤติและสามารถกลับบ้านไปดำรงชีวิตได้ตามปกติซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้ต้องอาศัยความร่วมมือ การปฏิบัติ การที่รวดเร็ว โดยทีมที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มารดาหลังคลอดปลอดภัยตลอดจนผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานหลังคลอดควรมีแบบประเมินความเสี่ยงภาวะตกเลือดหลังคลอดเพื่อเป็นเครื่องมือในการช่วยเฝ้าระวังในรายที่มีความเสี่ยงตกเลือด
2. ควรมีการพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรในหน่วยงาน ในการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงอย่างสม่ำเสมอและมีรูปแบบการให้คำแนะนำกับมารดาหลังคลอดในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน
3. ควรจัดระบบ emergency respond team เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่ภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพและทันทั่วทั้งทั้งภายในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2014). WHO guidelines for the management of postpartum hemorrhage and retained placenta. France: WHO Library Cataloguing-in- Publication Data.
2. กรมอนามัย-กระทรวงสาธารณสุข. (2563). สถิติการตายและสาเหตุการตายของมารดาทั่วประเทศไทย.<http://dashboard.anamai.moph.go.th>.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2562. นนทบุรี.
4. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2564). อัตราส่วนการตายมารดาไทย. <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1409>.
5. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติ เรื่อง การป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด. <http://www.rtcog.or.th/home/wp-Content/uploads/2020/09/OB-63-020-Prevention-and-Management-ofPostpartum-Hemorrhage.pdf>.
6. Florida Perinatal Quality Collaborative. (2015). Florida Obstetric Hemorrhage Initiative Toolkit: A Quality Improvement Initiative for Obstetric Hemorrhage Management.
7. Carroll, M., Daly, D. and Begley, C.M. (2016). The prevalence of women's emotional and physical health problems following a postpartum hemorrhage: a systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth, 16(1), 261.
8. ปทุมมา กังวานตระกูล, อ้อยอิน อินยาศรี. (2560). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี, 33(2), 121-133.
9. Lim, P.S. (2012). Uterine Atony: Management Strategies. www.intechopen.com.
10. จิราวัฒน์ วินาลัยวานกุล.(2561).ภาวะผิดปกติที่พบบ่อยในระหว่างการคลอด:การนำไปใช้ในการสอนนักศึกษาพยาบาล.วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม,19(37),135-147.
11. Abraham, W. & Berhan, Y. (2014).Predictors of labor abnormalities in university hospital : unmatched case control study. BMC Pregnancy and Childbirth. 14(256): 1-11. Retrieved March 19, 2018, from <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/256>
12. สมพร เสงประเสริฐ.(2563).กรณีศึกษา:การพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเนื่องจากมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง และตั้งครรภ์แฝด ร่วมกับมีภาวะตกเลือดหลังคลอด.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหัดเพชรบุรี,2(3),75-93.

ประสิทธิผลของการออกกำลังกายด้วยโยคะต่ออาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

The effectiveness of yoga exercise for patients with chronic low back pain

จามรี อัคราจรุจ

Jammaree Asawabharui

งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา

may_jammaree@hotmail.com

บทคัดย่อ

อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญส่งผลต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่อง การออกกำลังกายแบบโยคะเป็นรูปแบบการออกกำลังกายอีกวิธีหนึ่งที่มีประโยชน์ต่อการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง อีกทั้งยังช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้อีกด้วย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการออกกำลังกายด้วยโยคะกับการออกกำลังกายทั่วไปในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ร่วมกับการรักษาทางกายภาพบำบัดแบบปกติ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 23 รายจะได้รับการสุ่มเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมได้รับการออกกำลังกายแบบทั่วไปจำนวน 12 ราย และกลุ่มทดลองได้รับการออกกำลังกายแบบโยคะจำนวน 11 ราย โดยแต่ละกลุ่มจะได้รับประเมิน 1. ความปวดด้วย Numeric Pain Rating Scale 2. ความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยแบบประเมิน thai version of oswestry questionnaire: ODI และ 5R-STIS 3. แบบสอบถามเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการประเมินการทำกิจกรรมตาม 5R-STIS พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเวลาเฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ผลการประเมินตามแบบสอบถามเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทยของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงอาจสรุปได้ว่าการออกกำลังกายแบบโยคะส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง มีระดับความเจ็บปวด, ระดับอาการปวดหลัง และความสามารถในการทำกิจกรรม ดีกว่าการออกกำลังกายแบบทั่วไป

มากขึ้น[9] โดยรวมแล้วอาการปวดหลังส่วนล่างสามารถส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่อง(10)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการออกกำลังกายทั่วไปสามารถลดอาการปวดหลังและส่งเสริมให้ทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น [11] ซึ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมจำเป็นต้องมีผลการฟื้นฟูสภาพของกระดูกสันหลัง ประกอบด้วย การยืดกล้ามเนื้อหลัง, การเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อหลัง, การเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ พบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิก[12] สามารถช่วยป้องกันและลดอาการปวดหลังส่วนล่าง ทำให้กล้ามเนื้อเอ็นกระดูก และข้อต่อมีความยืดหยุ่น เพิ่มองศาการเคลื่อนไหว เพิ่มการไหลเวียนโลหิต ลดความตึงเครียด ช่วยลดอาการบาดเจ็บและป้องกันการถิกขาตของเอ็นและกล้ามเนื้อ [13] ซึ่งพบว่าการออกกำลังกายด้วยวิธีของ McKenzie สามารถลดอาการปวด ลดภาวะความพิการได้ [14,15] โดยนิธิมา[16] ได้ออกแบบพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายแบบทั่วไปจากหลักการของ McKenzie พบว่าหลังการออกกำลังกายสองสัปดาห์ด้วยวิธีดังกล่าว สามารถทำให้การเคลื่อนไหวของหลังส่วนล่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในท่าก้มและท่าเงย อย่างไรก็ตามโปรแกรมการออกกำลังกายนี้อาจใช้เป็นการออกกำลังกายแบบทั่วไปในการรักษาอาการปวดหลังแบบเรื้อรังได้

การออกกำลังกายแบบโยคะที่เป็นอีกหนึ่งวิธีการออกกำลังกายที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในประเทศไทยในช่วงหลาย

ปีที่ผ่านมา มีประโยชน์ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ มีผลช่วยลดความดันโลหิต ช่วยระบบย่อยอาหาร เสริมสร้างบุคลิก ความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และการทรงตัว ส่งเสริมให้เกิดความตระหนักรู้ มีสมาธิ และความคิดสร้างสรรค์[17] การฝึกโยคะถือได้ว่าเป็นการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน มีผลต่อเซลล์กล้ามเนื้อทำให้ไมโทคอนเดรียมีขนาดและจำนวนเพิ่มมากขึ้น เพิ่มการสร้างพลังงานเอทีพี เพิ่มปริมาณของไมโอโกลบิน เป็นผลให้กล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพในการเผาผลาญอาหารได้พลังงานมากขึ้นทำงานได้นานขึ้นจนไม่เกิดอาการล้า[18] ลดการตึงตัวของของเสียทำให้กล้ามเนื้อไม่อ่อนล้า จากการศึกษาการเพิ่มความยืดหยุ่น, Oxidation, ร่วมกับการผ่อนคลายหลัง จึงลดอาการปวดหลังส่วนล่างได้[1] มีการเหยียดกล้ามเนื้อแบบช้า ๆ ทำให้กล้ามเนื้อเกิดการผ่อนคลาย ร่วมกับการการฝึกหายใจแบบโยคะที่หายใจแบบช้า ๆ ซึ่งเป็นรูปแบบของการฝึกสมาธิ ช่วยให้จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน มีอารมณ์สงบ ส่งผลให้ระบบประสาท Sympathetic ทำงานน้อยลง มีผลต่อการลดอาการปวด[19] ระบบประสาท Parasympathetic ทำงานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผลให้หลังสาร Catecholamine, Adrenaline และ Cortisol ลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ร่างกายและจิตใจเกิดการผ่อนคลาย สงบสม่ำเสมอ อารมณ์ไม่ขุ่นมัว ความเครียดลดลง[20] มีปริมาณเอนโดฟินที่ระดับเยื่อหุ้มสมอง (cortical) เพิ่มขึ้น[21] มีผลต่อด้านร่างกายในด้านของความแข็งแรง ความยืดหยุ่น การประสานสัมพันธ์ การหายใจและความเชื่อของโยคะทำให้จิตใจได้ตระหนักรู้ลด

ความเครียด[22] การฝึกโยคะสัปดาห์ละสอง ครั้งสามารถทำให้ความสามารถในการทำ กิจกรรมและระดับความปวดดีขึ้น ลดภาวะ ซึมเศร้าในผู้ป่วยหลังเรื้อรัง[23] โดยการออก กายแบบโยคะเพียงสัปดาห์ละหนึ่งครั้งได้ผล เทียบเท่ากับสัปดาห์ละสองครั้ง[24] ผลการ ศึกษาของ Cox [25] พบว่าการออกกำลังกาย ด้วยโยคะช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างได้ ดีกว่า การออกกำลังกายทั่วไป

จากสถิติผู้ป่วยนอกงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัด กาญจนบุรี พบว่าผู้ป่วยปวดหลังเป็นกลุ่มโรค ที่พบมากที่สุด โดยในปีงบประมาณ 2562 มี ผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 74 โดยในจำนวนนี้กลุ่มโรค ที่พบมากที่สุดได้แก่กลุ่มโรคอาการปวดหลัง ส่วนล่าง คิดเป็นร้อยละ 25.33 ของผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการทั้งหมด และเป็นร้อยละ 31.46 ของผู้ป่วยนอกกลุ่มโรคระบบกระดูกและ กล้ามเนื้อ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะ นำการออกกำลังกายแบบโยคะมาใช้ในกลุ่ม ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเพื่อช่วยเพิ่ม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและลดอาการ ปวดในระบบโครงร่างกล้ามเนื้อของผู้ป่วย ที่มารับบริการในแผนกกายภาพบำบัด ของ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัด กาญจนบุรี อันอาจจะเป็นรูปแบบการรักษา ทางเลือกในการลดอาการปวดเพิ่มประสิทธิภาพ ในการทำงานหรือการทำกิจกรรมร่วมกับ การรักษากายภาพบำบัดอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบผลของอาการปวดหลัง (NPRS) ระหว่างรูปแบบการออกกำลังกาย

ด้วยวิธีโยคะกับการออกกำลังกายทั่วไป ก่อน และหลังเข้าร่วมงานวิจัย

2. เพื่อเปรียบเทียบผลของความ สามารถในการทำกิจกรรม (ODI และ 5R-STs) ระหว่างรูปแบบการออกกำลังกาย ด้วยวิธีโยคะกับการออกกำลังกายทั่วไป ก่อนและหลังเข้าร่วมงานวิจัย

3. เพื่อเปรียบเทียบผลของคุณภาพชีวิต (WHOQOL – BREF – THAI) ระหว่างรูปแบบการออกกำลังกายด้วยวิธีโยคะกับ การออกกำลังกายทั่วไป ก่อนและหลัง เข้าร่วมงานวิจัย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิง ทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled Trial: RCT) ในกลุ่มผู้ป่วยอาการ ปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังเข้ารับบริการทางกาย ภาพบำบัด ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี (ระหว่าง ก.พ. 2564 ถึง ส.ค. 2565) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล พหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี เอกสาร รับรองเลขที่ 2021-06 ใช้คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*power 3.1.9.2 กำหนดอำนาจในการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ 0.95 กำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติ (level of significant) ที่ระดับ 0.05 และจากการทบทวนวรรณกรรม หาขนาด อธิทธิพล (effect size) ในตัวแปรภาวะจำกัด ความสามารถที่คล้ายกับงานวิจัย ในครั้งนี้[21] ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.264 จะคำนวณ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ จำนวน 23 ราย

ผู้ที่มีความสนใจเข้าร่วมงานวิจัยจะได้รับเอกสารเกี่ยวกับโครงการวิจัยเพื่อศึกษาข้อมูลก่อนลงลายมือชื่อการเข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจ จากนั้นจะได้รับการเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบจับฉลากเข้ากลุ่ม โดยเตรียมสลากระบุกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองใส่ซองทึบ บรรจุลงในกล่องทึบแสงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยจับสลากแล้วระบุเลขประจำตัวอาสาสมัครเพื่อเป็นการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล (Acronym) โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินอาการปวดหลังด้วย NPRS ความสามารถในการทำกิจกรรมด้วย ODI และ 5R-STTS และ คุณภาพชีวิตด้วย WHOQOL – BREF – THAI ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด ร่วมกับการออกกำลังกาย โดยกลุ่มทดลองได้รับการออกกำลังกายแบบโยคะที่ดัดแปลงมาจากงานวิจัยของ Galantino และคณะ [26] ประกอบไปด้วยการหายใจแบบโยคะร่วมกับการทำสุริยนมัสการ, ท่าแมว, ท่างู, ท่าชากศพ เป็นต้น กลุ่มควบคุมได้รับการออกกำลังกายแบบทั่วไปที่ประยุกต์ใช้ตามโปรแกรมของ นิธิมาและคณะ [16] โดยทั้งสองกลุ่มจะออกกำลังกายตามโปรแกรมที่กำหนดเฉพาะเวลาที่เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง

การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวม
ข้อมูล แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนวรรณกรรมจัดทำโครงการวิจัย ใช้ระยะเวลาสองเดือน โดยส่งรูปแบบโครงการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยให้กับผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง

พากย์ผู้จัดทำนำมาแก้ไขและปรับปรุงตามคำ
แนะนำ

ขั้นตอนที่ 2 ระยะของการขอการรับรอง
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยส่งโครงการ
วิจัยให้กับคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์และรอผลการพิจารณา โดย
ใช้เวลาประมาณ 1 – 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 ระยะเวลาของการคัดเลือก
ผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัย

การจัดอบรมเทคนิควิธีการออกกำลัง
กายแบบโยคะ, การออกกำลังกายแบบทั่วไป
แก่ผู้ช่วยงานวิจัย โดยผู้วิจัยเป็นผู้อธิบาย
กระบวนการในการใช้งานโปรแกรมดังกล่าว
และขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง
ใช้เวลา 1 วันก่อนเริ่มการคัดเลือกผู้เข้าร่วม
การศึกษาวิจัย

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการปวดหลังส่วนล่างทุกคนที่เข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัด จะได้รับการเชิญชวนเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้โดยนักกายภาพบำบัด ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวจะได้รับชุดเอกสารข้อมูลประกอบด้วย เอกสารชี้แจงการศึกษาวิจัย ใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเอกสารเพื่อการตอบกลับการเข้าร่วมวิจัย โดยจะมีเวลา 1 สัปดาห์ในการตัดสินใจเพื่อตอบรับการเข้าร่วม ผู้ป่วยที่ไม่ตอบกลับจะได้รับจดหมายสอบถามเพื่อการตัดสินใจในการเข้าร่วมอีกครั้ง โดยให้ระยะเวลาอีก 1 สัปดาห์ เมื่อครบกำหนดแล้วจะถือว่ากระบวนการเชิญชวนดังกล่าวสิ้นสุดลง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะดำเนินการติดต่อประสานงานเพื่อนัดหมายวันเวลากับผู้ที่สนใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยที่ส่งเอกสารตอบกลับ เพื่อรับการ

ประเมินความเหมาะสมในการเข้าร่วมตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าการศึกษาเป็นผู้มีอาการปวดหลังส่วนล่างแบบเรื้อรัง โดยจะมีอาการปวดขาหรือไม่มีก็ได้ [1] ที่มีอาการปวดมากกว่า 3 เดือน [27] มีความเข้าใจในขั้นตอนการวิจัยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ด้วยความสมัครใจ เป็นผู้ไม่มีโรคประจำตัวที่ทำให้มีข้อจำกัดในการออกกำลังกายทั้งแบบทั่วไปและแบบโยคะได้ก่อนเข้าร่วมงานวิจัย และเข้าร่วมกิจกรรมได้สัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้งเป็นเวลา 4 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ผู้ป่วยที่มีความพิการแต่กำเนิด มีโรคประจำตัวที่ทำให้มีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย, เคยประสบอุบัติเหตุที่รุนแรงจนเกิดความผิดปกติที่ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อบริเวณหลังส่วนล่าง

หลังจากนั้นผู้ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจะได้รับโอกาสและเวลาในการทบทวนเอกสาร สอบถามข้อมูลข้อสงสัยกับผู้วิจัย ก่อนการตัดสินใจในการลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยเมื่อลงนามแล้วทุกคนจะได้รับการร้องขอให้ตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินการจัดการสุขภาพตนเอง และเก็บข้อมูลพื้นฐานก่อนการทดลอง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล 1. วัดความปวดด้วย NPRS (แบบวัดอาการปวดแบบตัวเลข มีคะแนนตั้งแต่ 0 – 10) 2. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติด้วย Thai version of Oswestry Questionnaire: ODI (แบบวัดประเมินความรุนแรงและการจำกัดกิจวัตรประจำวันจากอาการปวดหลัง มีการแปลผล

คะแนน ดังนี้ 0 – 20=น้อย, 21 – 40 = ปานกลาง, 41 – 60 = มาก, 61 – 80 = พิการหรือทุพพลภาพ, 81 – 100= นอนอยู่บนเตียง)

The five-repetition sit-to-stand test: 5R-STS (การทดสอบลุกนั่ง 5 ครั้ง โดยแบ่งเป็นระดับต่างๆ ตามเวลาเป็นวินาทีที่ทำได้ คือ none, ≤ 10.4 ; mild, 10.5–15.2; moderate, 15.3–22.0; และ severe, > 22.0) 3. ประเมินคุณภาพชีวิตด้วย WHOQOL – BREF – THAI (แบบวัดประเมินคุณภาพชีวิตแบบย่อฉบับภาษาไทย มีคะแนนตั้งแต่ 26 – 60 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี, 61-95 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ, 96-130 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี) จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบจับฉลากเข้ากลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยจะได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดร่วมกับเข้าร่วมกิจกรรมตามที่ได้รับนัดหมายไว้ จากผู้ช่วยการวิจัยที่เข้ารับการอบรมแล้ว และได้รับการประเมิน 5R-STS [30] เพื่อประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมก่อนเข้าร่วมโครงการ ซึ่งหากมีการขาดหายจากการร่วมกิจกรรมในครั้งใด ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการติดต่อโดยการใช้โทรศัพท์เพื่อสอบถามเหตุผลที่ขาดหายจากการเข้าร่วมในกิจกรรมครั้งก่อน แต่หากมีการขาดการเข้าร่วมกิจกรรมสองครั้งติดต่อกัน ผู้เข้าร่วมการวิจัยดังกล่าวจะไม่ได้รับการติดต่อใดใดจากผู้วิจัยอีก แต่ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมามีทั้งหมดจะยังคงถูกใช้เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป (Intention to treat analysis) โดยรวมแล้วผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมการ

ออกกำลังกายตามกลุ่มสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยใช้เวลาในการดำเนิน
การทดลอง 4 เดือน หรืออาจมีการขยายระยะ
เวลาการศึกษาออกไปหากไม่ครบตามจำนวน
กลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 4 ระยะการประเมินผลกระทดลอง ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการประเมินการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพประกอบด้วย 1. วัดความปวดด้วย NPRS 2. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติด้วย Thai version of Oswestry Questionnaire: ODI และ 5R-STSS 3. ประเมินคุณภาพชีวิตด้วย WHOQOL – BREF – THAI จากผู้ช่วยงานวิจัย และตอบแบบสอบถามอีกครั้งเช่นเดียวกับการดำเนินการในช่วงที่ 3 เมื่อสิ้นสุดการทดลอง โดยจะนำข้อมูลที่เก็บดังกล่าว ก่อนและหลังการทดลองไปวิเคราะห์ประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์สถิติ ทำโดยใช้โปรแกรม SPSS version 28 โดยในการศึกษานี้ มีการทดสอบการแจกแจงแบบปกติด้วย Kolmogorov-Smirnova test การเปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Chi-square test และ t-test ในส่วนของการเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรก่อนและหลังของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ ANCOVA analysis โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p \leq 0.05$

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 23 ราย เป็นเพศชาย 4 ราย เพศหญิง 19 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 12 ราย และกลุ่มทดลอง 11 ราย ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัดรวมกับการออกกำลังกาย โดยในกลุ่มควบคุมจะได้รับการออกกำลังกายแบบทั่วไป[16] กลุ่มทดลองได้รับการออกกำลังกายแบบโยคะ[26] ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายตามกลุ่มสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และทางผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยจะติดตามการประเมิน 5R-STs, ตอบแบบสอบถาม หลังจากครบกำหนดเวลาการศึกษา 4 สัปดาห์ พบว่าในข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันดังนี้ มีค่าน้ำหนักตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) ในกลุ่มทดลองมีค่าน้ำหนักเฉลี่ย 58.94 กิโลกรัม น้อยกว่าในกลุ่มควบคุมที่มีค่าน้ำหนักเฉลี่ย 66.33 กิโลกรัม แต่ไม่มีความแตกต่างกันของค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย มีความแตกต่างกันทางเพศในกลุ่มทดลองไม่มีเพศชาย มีความแตกต่างกันในด้านการศึกษามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) มีความแตกต่างกันในด้านของรายได้มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) ตามตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 2 แสดงผลที่ได้จากการวิเคราะห์ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมการวิจัย ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	กลุ่มควบคุม (n=12) [Mean (SD)]	กลุ่มทดลอง (n=11) [Mean (SD)]	p-value
Numeric Pain Rating Scale: NPRS	6.00 (1.54)	7.18 (1.54)	0.08 a
Thai version of Oswestry Questionnaire	28.00 (10.05)	24.00 (10.62)	0.36 a
The five-repetition sit-to-stand test (5R-STS)	14.55 (4.34)	10.51 (3.17)	0.019*, a
(WHOQOL – BREF – THAI	91.75 (9.46)	94.91 (8.08)	0.40 a

* Significant difference, a t-test

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการทดสอบเช่นเดียวกับก่อนร่วมงานวิจัยหลังจากครบ 4 สัปดาห์ และนำผลการทดสอบก่อนและหลังมาทำการตรวจสอบทางสถิติด้วย ANCOVA analysis ในตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงผลที่ได้จากการวิเคราะห์ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย หลังการทดลอง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ANCOVA analysis of between group comparison at post-test using baseline as covariate.)

	กลุ่มควบคุม (n=12)	กลุ่มทดลอง (n=11)	Mean difference	F _{1,20}	Sig	Partial Eta squared	Observed power
Numeric Pain Rating Scale: NPRS	5.71 (0.54)	2.68 (0.57)	3.02	13.72	0.001*	0.41	0.94
Thai version of Oswestry Questionnaire	23.98 (1.86)	7.11 (1.95)	16.87	38.41	<0.001*	0.66	1.00
The five -repetition sit -to-stand test (5R-STS)	11.23 (0.70)	8.82 (0.74)	2.41	4.99	0.037*	0.20	0.57
WHOQOL – BREF – THAI	95.61 (2.21)	90.70 (2.33)	4.90	1.92	0.181	0.09	0.26

* Significant difference

จากการทดสอบสมมติฐาน เกี่ยวกับความปวด(NPRS) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $F_{1,20}=13.72, p\leq 0.05$)

ผลวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าออสเวสทรี (ODI) ฉบับภาษาไทย พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $F_{1,20}=38.41, p\leq 0.05$)

ผลวิเคราะห์ความแตกต่างของการประเมิน 5R-STs พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเวลาเฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $F_{1,20}=4.99, p\leq 0.05$)

ผลวิเคราะห์ความแตกต่างของการประเมินตามแบบสอบถาม WHOQOL – BREF – THAI ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการออกกำลังกายด้วยรูปแบบโยคะที่ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง มีระดับความรู้สึกเจ็บปวด, ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตแตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำเพื่อการออกกำลังกายแบบปกติหรือไม่ แบบสุ่ม โดยมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และมีการปิดบังทางเดียวคือ ปิดบังเงื่อนไขการรักษาต่อผู้ประเมินผลเพื่ออคติที่อาจจะเกิดขึ้นในการศึกษา

ผลของการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวด (NPRS) ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ DuCharme[19] ที่กล่าวถึงกลไกการลดปวดว่าจากการที่แกนกลางลำตัวมีการทำงานแบบ akinetic chain ในการส่งผ่านแรงไปยังร่างกายส่วนปลาย, กล้ามเนื้อรอบสะโพกพุงลำตัวจะส่งผ่านแรงจากส่วนล่างไปยังกระดูกสันหลัง การฝึกโยคะจะไปกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อลำตัวและสะโพกเมื่อกล้ามเนื้อมีความแข็งแรงขึ้นจึงสามารถลดอาการปวดและภาวะความบกพร่องของการทำงานในผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างแบบเรื้อรังได้จากการที่ทำของโยคะมีการทำงานของกล้ามเนื้อแบบ isometric contraction และเคลื่อนไหวแบบประสานสัมพันธ์ ของกล้ามเนื้อกลุ่ม agonist และ antagonist การทำงานแบบยับยั้งซึ่งกันและกัน โยคะมีการทำงานของกล้ามเนื้อแบบ isometric contraction ในขณะที่กล้ามเนื้ออยู่ในท่าเหยียดยาว เมื่อกล้ามเนื้อทำงานก็ทำให้สามารถเพิ่มความยืดหยุ่นและแข็งแรงได้ ส่งแรงกระตุ้นถึงกล้ามเนื้อหลัง เมื่อความยาวของกล้ามเนื้อหลังถูกลดลงแรงกระทำต่อกระดูกสันหลังระดับเอวก็ลดลง การหายใจแบบโยคะทำให้เกิดการผ่อนคลายและมีผลต่อระบบซิมพาเทติกซึ่งมีผลต่อการลดอาการปวด,ผลวิเคราะห์ความแตกต่างของการประเมินออสเวสทรี ฉบับภาษาไทย พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตรงกับการศึกษาของ Tekur[21], Williams K[23] ที่สามารถลดค่าออสเวสทรีและความพิการ (disability) ได้เช่นกัน ผลวิเคราะห์ความแตกต่างของ

การประเมินตามการประเมิน 5R-STTS [30] ที่เป็นการทดสอบความบกพร่องในการทำงาน (OFI) ในผู้ที่มีอาการปวดหลัง[31] พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเวลาเฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าสามารถทำให้การทำการกิจกรรมได้ดีขึ้น ระดับความปวดดีขึ้น มีความบกพร่องในการทำงาน และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Klukowska [32] ผลวิเคราะห์ความแตกต่างของการประเมิน WHOQOL – BREF – THAI ของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อดูผลคะแนนของทั้งสองกลุ่มพบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลางๆ ตามการแปลผลของ WHOQOL – BREF – THAI ทั้งก่อนและหลังการศึกษา อนึ่งแบบประเมิน WHOQOL – BREF – THAI มีการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย, ด้านจิตใจ, ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหรือสุขภาพแต่เพียงอย่างเดียวในระยะเวลาอันสั้น อาจยังไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้เข้าร่วมทดลอง หรืออีกนัยหนึ่งคือผู้เข้าร่วมทดลองมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระดับกลางๆ อยู่ก่อนการทดลองแล้ว แบบทดสอบนี้จึงไม่อาจสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงให้เห็นเด่นชัดนัก

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษานี้การออกกำลังกายแบบโยคะส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วน

ล่างเรื้อรัง มีระดับความเจ็บปวด (NPRS) มีระดับอาการปวดหลังตาม ODI-THAI, 5R-STTS ที่แสดงว่า มีระดับอาการเจ็บปวดและความสามารถในการทำกิจกรรม ดีกว่าการออกกำลังกายแบบทั่วไป อนึ่งข้อจำกัดของงานวิจัยนี้คือขณะทำการทดลองอยู่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด19 ทำให้ได้จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยน้อยกว่าเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะ

แม้จะเป็นการทดลองระยะสั้น ที่ใช้เวลาเพียง 4 สัปดาห์ และความถี่สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง แต่พบว่าการออกกำลังกายแบบโยคะสามารถช่วยลดอาการปวดหลังแบบเรื้อรังได้ โดยสามารถใช้โปรแกรมการออกกำลังกายแบบโยคะแบบพื้นฐาน เช่น ท่าสุริยนมัสการเป็นแนวทางในการวางแผนการรักษา หรือเป็นแนวทางในการศึกษาต่อไปถึงผลระยะยาวของการออกกำลังกายแบบโยคะในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความดูแลเอาใจใส่และความช่วยเหลือจาก ดร.กันตภณ เชื้อฮ้อ อาจารย์กลุ่มงานวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ที่ให้คำปรึกษาคำแนะนำ คอยผลักดันและเป็นที่กำลังใจผู้ช่วยศาสตราจารย์รศ.ดร. กภ. อัครเดช ศิริพร หัวหน้าภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

23. Williams K, Abildso C, Steinberg L, Doyle E, Epstein B, Smith D, et al. Evaluation of the Effectiveness and Efficacy of Iyengar Yoga Therapy on Chronic Low Back Pain. *Spine* (Phila Pa 1976). 2009 Sep;34(19):2066–76.
24. Saper RB, Boah AR, Keosaian J, Cerrada C, Weinberg J, Sherman KJ. Comparing Once- versus Twice-Weekly Yoga Classes for Chronic Low Back Pain in Predominantly Low Income Minorities: A Randomized Dosing Trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2013;2013:1–13.
25. Cox H, Tilbrook H, Aplin J, Semlyen A, Torgerson D, Trehwela A, et al. A randomised controlled trial of yoga for the treatment of chronic low back pain: Results of a pilot study. *Complement Ther Clin Pract*. 2010;16(4).
26. Galantino M lou, Bzdewka TM, Eissler-Russo JL, Holbrook ML, Mogck EP, Geigle P, et al. The impact of modified hatha yoga on chronic low back pain: A pilot study. *Altern Ther Health Med*. 2004;10(2):56–9.
27. Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A v., Koes BW. Meta-analysis: Exercise therapy for nonspecific low back pain. Vol. 142, *Annals of Internal Medicine*. 2005.
28. สุรัชย์ แซ่จิ่ง, ทกมล หรรษาวงศ์ กจ. ความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามออสเวสทรีในการประเมินปวดหลัง.pdf. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2545;247–53.
29. สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล และคณะ. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (Whoqol – Bref – Thai). กรมสุขภาพจิต. 2545;1–8. Available from: http://www.dmh.go.th/search/search_result.asp?cof=FORID%3A11&cx=001360930190496801044%3A4x4-ywjkg4&q=คุณภาพชีวิต
30. Jones SE, Kon SSC, Canavan JL, Patel MS, Clark AL, Nolan CM, et al. The five-repetition sit-to-stand test as a functional outcome measure in COPD. *Thorax*. 2013;68(11).
31. Staartjes VE, Schröder ML. The five-repetition sit-to-stand test: Evaluation of a simple and objective tool for the assessment of degenerative pathologies of the lumbar spine. *J Neurosurg Spine*. 2018;29(4):380–7.
32. Klukowska AM, Schröder ML, Stienen MN, Staartjes VE. Objective functional impairment in lumbar degenerative disease: concurrent validity of the baseline severity stratification for the five-repetition sit-to-stand test. *J Neurosurg Spine*. 2020;33(1).

Abstract

This quasi-experimental research, pretest-posttest control group design, aimed to 1. compare the mean score before and after using the health behavior change program on patients with hypertension of the experimental group and 2. compare the mean score between the experimental group and after

the control group after using the health behavior change program on patients with hypertension. Sixty patients with hypertension were selected using simple random sampling. The samples were separated into 2 groups, including 30 students in the experimental group and 30 students in the control group. The research instruments were a health behavior change program on patients with hypertension and health behavior questionnaires. Statistical analyses were descriptive statistics and t-tests.

The results show that the mean score after using the health behavior change program of the experimental group was higher than before using the health behavior change program at <0.05 level of significance. The mean score of the experimental group was higher than the control group after using the health behavior change program of the experimental group at <0.05 level of significance.

The conclusion is that the health behavior change program is appropriate for developing use in hospitals and communities and can magnify the outcome for non-communicable diseases.

หลักการและเหตุผล

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก และของประเทศไทย ประชากรทั่วโลกมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 7.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยด้วยโรคนี้เกือบ 1 พันล้านคนทั่วโลก และคาดว่าในปี 2568 จะมีความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน [1] สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากเกือบ 4 ล้านคนในปี 2556 เป็นเกือบ 6 ล้านคนในปี 2561

[2] โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อ และเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด บางส่วน เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง และขาดการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมให้ถูกต้องสม่ำเสมอและรักษาด้วยยา สามารถลดอัตราเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด สมองได้ถึงร้อยละ 35 - 40 โรคหัวใจขาด เลือดได้ร้อยละ 20 - 25 และลดภาวะหัวใจล้มเหลวได้มากกว่าร้อยละ 50 [3]

องค์การอนามัยโลก รายงานว่าทั่วโลก

มีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 คน ใน 3 คนมีภาวะความดันโลหิตสูง และประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ก็พบ มี 1 คน ใน 3 คน ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เช่นกัน และได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 (ค.ศ. 2025) ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วทั้งโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน โรคความดันโลหิตสูงเป็น 1 ในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ในประเทศไทย สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูง เป็นจำนวน 9,303 คน และมีแนวโน้มผู้เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค จากปี 2554 และปี 2563 พบว่า อัตราผู้ป่วยในต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูง จาก 287.5 เป็น 1,433.61 ถือว่ามีอัตราเพิ่มขึ้น 5 เท่า [3]

จังหวัดกาญจนบุรี พบผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูงเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2562
จำนวน 88,183 คน ไม่สามารถควบคุมระดับ
ความดันโลหิตได้ จำนวน 40,804 คน
(ร้อยละ 46.3)[4] สอดคล้องกับการสำรวจ
ข้อมูลภาวะสุขภาพประชากรของอำเภอ
บ่อพลอยปี 2562 พบว่ามีประชากรในอำเภอ
บ่อพลอยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง
จำนวน 4,853 คนไม่สามารถควบคุมระดับ

ความดันโลหิตได้จำนวน 2,635 คน (ร้อยละ 39.8) ซึ่งส่วนใหญ่มีภาวะป่วยร่วมกับโรคเบาหวาน [5]

ปัจจุบัน แนวโน้มปัญหาสุขภาพเปลี่ยนแปลงรูปแบบจากโรคติดต่อ มาเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจาก การใช้ชีวิต ซึ่งคนส่วนใหญ่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญแม้ว่าจะมีความรู้ความเข้าใจในระดับหนึ่งก็ตาม การปรับพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นบริการสำคัญของระบบบริการสาธารณสุข[6] ซึ่งในการให้บริการทางสาธารณสุขในปัจจุบันภาคีเครือข่ายในชุมชนเป็นผู้มีการบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนที่ยั่งยืน โดยเฉพาะแกนนำสุขภาพครอบครัวเป็นผู้ใกล้ชิดและเป็นแกนหลักของครอบครัวในการจัดการด้านสุขภาพ ให้แก่สมาชิกในครอบครัว ดูแลให้ทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ทั้งร่างกายและจิตใจ รวมทั้งมีบทบาทในการป้องกันควบคุมโรค ที่เป็นปัญหาที่สำคัญของท้องถิ่น

ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุขตระหนักถึงความสำคัญในการขับเคลื่อนเรื่องการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ประชาชนโดยพัฒนาประชาชนในชุมชนเป็นแกนนำด้านสุขภาพ สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ และสามารถเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในชุมชนในสังคมเดียวกัน จึงได้ทำการศึกษาโปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลบ่อพลอยขึ้น

กลุ่มตัวอย่างโดย การชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงการอธิบายถึงสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัยครั้งนี้ แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัยไม่มีผลต่อการรับบริการด้านสุขภาพในปัจจุบัน หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้สามารถออกจากกรวิจัยได้โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและไม่มีผลต่อการรับบริการด้านสุขภาพในปัจจุบัน ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับในการนำเสนอข้อมูลแบบภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วม การวิจัย ขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากผ่านการการรับรองจาก คณะกรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน วัด กรรมการหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแกนนำสุขภาพ เป็นต้น

2. จับสลากกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายเลือกหมู่บ้านมาจำนวน 2 หมู่บ้าน จับสลากกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายแบ่งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ใช้เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ

3. รวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้แบบแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนการทดลอง

4. การดำเนินการทดลองใช้โปรแกรม

ปรับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เวลา 3 สัปดาห์ โดยกลุ่มควบคุมให้ใช้ชีวิตตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองใช้เวลาเข้าร่วมกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วม โดยให้แนะนำตัวสมาชิก แนะนำกติกากลุ่ม อธิบายเนื้อหาการร่วมกิจกรรม สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการเปิดสื่อวิดีโอแนะนำ ความสำคัญและปัญหาของโรคความดันโลหิตสูงที่มีเนื้อหาของสื่อแสดงความรุนแรงของโรคที่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แสดงความคิดเห็น ชักถามวิทยากร และแลกเปลี่ยนกับเพื่อนที่ร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ ให้สมาชิกได้ประเมินภาวะความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงในระดับต่างๆ ใช้ตารางวงล้อป้องกัน 7 สี การให้ความรู้เรื่องเรื่องเกิดการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรักษา การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ โรคความดันโลหิตสูงผู้วิจัยให้การสนับสนุนทางสังคมโดยให้แกนนำสุขภาพในหมู่บ้านเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ พร้อมประสานงานการดูแลสุขภาพ และเยี่ยมบ้านให้กำลังใจผู้ป่วยที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยสร้างการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค โดยเชิญวิทยากรในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของหน่วยงานมาให้ความรู้ในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการเผชิญและผ่อนคลายความเครียด และเปิดโอกาส

ให้สมาชิกต้นแบบโรคความดันโลหิตสูงได้เล่าเรื่องประโยชน์การดูแลสุขภาพที่ประสบความสำเร็จ สมาชิกแสดงความคิดเห็นและซักถามในแต่ละประเด็น มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับแกนนำสุขภาพที่ดูแลและให้คำแนะนำสุขภาพในหมู่บ้านเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำช่วยเหลือ พร้อมประสานงานการดูแลสุขภาพและเยี่ยมบ้านให้กำลังใจผู้ป่วยที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยสร้างการรับรู้ต่อ
 อุปสรรคของการเป็นโรคความดันโลหิตสูง
 โดยประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์สมาชิก
 กลุ่มในการปฏิบัติตัว พร้อมเปิดโอกาสให้
 ผู้ร่วมวิจัยได้เล่าปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการ
 ดูแลสุขภาพของตัวเอง และร่วมกันวางแผน
 แนวทางแก้ปัญหาในภาพรวม และให้แกนนำ
 สุขภาพในหมู่บ้านเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ
 ช่วยเหลือ พร้อมประสานงานการดูแลสุขภาพ
 และเยี่ยมบ้านให้กำลังใจผู้ป่วยที่บ้าน

6. รวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม
โดยใช้แบบแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ
หลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ แจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัวในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ โดยการทดสอบค่าทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) และระหว่าง

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุม
ที่ได้รับการดูแลแบบปกติ โดยการทดสอบ
ค่าที่แบบเป็นอิสระต่อกัน (independent
t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลักษณะ คล้ายคลึงกันส่วนใหญ่ โดยพบว่าทั้งสองกลุ่ม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 และเพศชาย ร้อยละ 40 เท่ากัน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุ มากกว่า 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 80 และ 70 กลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพ สมรส ร้อยละ 86.7 และ 73.3 จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 83.3 และ 73.3 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรม/ทำไร่ ร้อยละ 83.3 และ 36.7 ตามลำดับ กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 5,000-10,000 บาท/ เดือน ร้อยละ 56.7 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ย >10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 43.3 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีระยะเวลาเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 56.7 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาเจ็บป่วยน้อย กว่า 5 ปี ร้อยละ 56.7

2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้โปรแกรม ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลองเท่ากับ 7.6 และหลังทดลอง เท่ากับ 11.1 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value}<0.05$

เจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลองเท่ากับ 23.3 และหลังทดลอง เท่ากับ 26.43 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value}<0.05$

การปฏิบัติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลองเท่ากับ 22.70 และหลังทดลอง เท่ากับ 34.23 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value}<0.05$

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบทีคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

	ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ความรู้	ก่อนทดลอง	7.6	1.2	11.57	0.000
	หลังทดลอง	11.1	1.0		
เจตคติ	ก่อนทดลอง	23.3	3.0	5.67	0.000
	หลังทดลอง	26.43	1.5		
การปฏิบัติตัว	ก่อนทดลอง	22.7	3.1	-16.41	0.000
	หลังทดลอง	34.23	2.1		

$P<0.05$

3. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังใช้โปรแกรม ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เท่ากับ 11.10 และ 10.20 ตามลำดับ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value}<0.05$

เจตคติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของเจตคติ เท่ากับ 26.43 และ 24.16 ตามลำดับ และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value}<0.05$

การปฏิบัติเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัว เท่ากับ 34.23 และ 31.86 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.05$

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบทีคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังใช้โปรแกรม

	ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ความรู้	ก่อนทดลอง	11.10	1.09	2.87	.006
	หลังทดลอง	10.20	1.32		
เจตคติ	ก่อนทดลอง	26.43	1.40	4.64	.000
	หลังทดลอง	24.16			
การปฏิบัติตัว	ก่อนทดลอง	34.23	3.14	2.83	.006
	หลังทดลอง	31.86	3.31		

P<0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีผลต่อความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง กล่าวคือ ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นหลังได้รับ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษารองรับนี้ วัฒนาเมธี [9] เรื่อง ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าหลังการจัดโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงกว่าก่อนการจัดโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ อรุณรัตน์ บุญคำ [10] ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิต

ต่ำบลฟากท่า ภายหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความสามารถแห่งตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ความคาดหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ รุ่งนภา อาระหัง [11] ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิ โพธิพิมพ์ [12]

ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติสร้างเสริมสุขภาพ ในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ เจตคติ และการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ซึ่งสรุปได้ว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของตำบลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรีมีผลต่อความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ควรพิจารณากำหนดเป็นนโยบายให้แต่ละโรงพยาบาลนำระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ไปใช้ดำเนินการแก้ไขปัญหาการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของแต่ละสถานบริการ
2. ในการนำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ไปใช้ควรต้องมีการพัฒนาศักยภาพและทักษะของเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ ความสามารถในการให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและในการปฏิบัติ นอกจากนี้พยาบาลควรต้องรู้ปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยเพื่อใส่ใจในการดูแลรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพที่ดี ติดตาม ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

อย่างต่อเนื่อง ด้วยวิธีการที่เหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วย และปฏิบัติตามระบบที่ได้พัฒนาขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อย่างต่อเนื่อง และเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือเมื่อจำเป็น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
2. ควรมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ โดยการประยุกต์ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และวัณโรค เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์ไชยวัฒน์ เพชรพรณงาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี ที่สนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณคุณบุญเรือง วิทมาสิงห์ ที่สนับสนุนให้พัฒนาต่อยอดงานที่ปฏิบัติเป็นงานวิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารอ้างอิง

1. การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์. การประชุมวิชาการชมรมร้านขายยาแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 1 ศูนย์ประจำปี 2563 เรื่อง “ความดันโลหิตสูง: สิ่งที่น่ารู้และต้องรู้” [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 ส.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=seminar_detail&subpage=seminar_detail&id=3115
2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. 2563. การประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 18 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 ก.ย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://thaihypertension.org/files/452_1.Thai%20Hypertension%20Conference%202020.pdf
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก; 2562
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. รายงานผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. กาญจนบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี; 2562
5. โรงพยาบาลบ่อพลอย. ทะเบียนตัวชี้วัดโรคเรื้อรังโรงพยาบาลบ่อพลอย; 2562
6. แผนงานสร้างเสริมสุขภาพจิต. คู่มือปรับพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท เอสทีเพรส จำกัด.; 2556
7. Becker MH, Maiman LM. Socio behavioral determinant of compliance with health and medical care recommendations. Medical Care 1975; 13: 10-2.
8. House JE. The association of social relationship and activities with mortality: Community health study. American Journal Epidemiology 1981; 10(1): 12-8.
9. รัชนิ วัฒนามณี. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลประทาน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560;3(1):189-202.
10. อรุณรัตน์ บุญคำ (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงต่อความดันโลหิต. สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์.
11. รุ่งนภา อาระหัง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์].: มหาวิทยาลัย ศรีเตียน; 2560.
12. มะลิ โพธิพิมพ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ ทักษะและ การปฏิบัติสร้างเสริมสุขภาพในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา. สาธารณสุขศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล; 2562

วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

จังหวัดกาญจนบุรี

Safety culture of professional nurse In Phaholpolpayuhasena hospital

Kanchanaburi.

ชนากานต์ อนันตริยกุล

Chanakan Anuntariyakoon

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

Pu.yss7@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จำนวน 469 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2564 ถึงเดือนกรกฎาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามออนไลน์แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล (สรพ.) ซึ่งมี 12 มิติ ประกอบไปด้วย 1. ความคิดเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ 2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม 3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย 4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล 6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง 7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด 8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากผลร้ายกับตนในภายหลัง 9. การจัดคนทำงาน 10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย 11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล 12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร และ 3. แบบสอบถามปลายเปิดให้แสดงความเห็นต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย และความเห็นต่อจำนวนการรายงานเหตุการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพโดยรวมร้อยละ 49.7 มีความคิดเห็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อยู่ในระดับที่ดีมาก ร้อยละ 36.2 เห็นว่าโรงพยาบาลเป็นที่ยอมรับได้ มีการรายงานเหตุการณ์ 1 – 2 รายงาน ร้อยละ 31.8 ไม่มีการรายงาน

เหตุการณ์ร้อยละ 14.5 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับความผิดพลาด หรือการรายงานเหตุการณ์ เกิดจากปริมาณงาน/จำนวนผู้รับบริการที่มีมาก แต่ทุกคนมีความตระหนักดีว่าการเอาใจใส่ต่อการปฏิบัติงานของตนอย่างรอบคอบ เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ และมีข้อเสนอแนะว่า ทีมบริหารความเสี่ยงควรมีการแจ้งข้อตกลง หรือแนวทางปฏิบัติใหม่หลังจากมีการทบทวนปัญหาการรายงานเหตุการณ์ความผิดพลาดร่วมกันให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบอย่างชัดเจน และทั่วถึง

Abstract:

This study aimed to investigate the practical performance of professional nursing related to patient safety in Phaholpolpayuhasena Hospital Kanjanaburi. A total of 469 professional nurses in the hospital were surveyed from April to July 2021, using the online survey platform. The survey is consisting of three main parts; 1. Personal information 2. The questionnaire on practical patient safety in the hospital includes 12 dimensions; 1. an opinion on the frequency of reported safety events, 2. an opinion on the overall safety, 3. the supervisor's expectation and the safety-support activities, 4. the ability to be a learning center or the continuous development, 5. teamwork in each of the hospital units, 6. the wide-communication, 7. the communication and the perception of negative feedback, 8. the response on the mistakes without negative consequences, 9. worker management, 10. the support on hospital's management on the patient's safety, 11. teamwork between the hospital units, 12. the work transferring between the hospital units/the nursing turns, and 3. The opened questionnaire to freely comment and suggestions on patient safety, mistakes, and the reported events in the hospital. The data were analyzed by frequency distribution, percentage calculation, and content analysis.

The results showed that 49.7% of professional nurses agreed that Phaholpolpayuhasena Hospital with the best level of patient safety, and 36.2% rated the hospital as having an acceptable level of patient safety. During the studied 12 months, 31.8% of the professional nurses was reporting 1-2 events, while 14.5% of them not reported any events. The opinion on the mistakes or the events was that it was due to an overloaded patient number, but it was well-recognized by the professional nurses with more focus on their work in order to prevent any happenable mistakes. There is a suggestion that the risk-management team should notify all the nurses and workers about the agreement or the novel practical advice after the reported events were already considered and discussed.

หลักการและเหตุผล

วัฒนธรรมความปลอดภัย เป็นรากฐานของการบริหารจัดการที่ฝังรากลึกในใจของผู้ปฏิบัติงาน ทุกคน เป็นแรงผลักดันทำให้เกิดการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ เกิดผลดีกับองค์กร เป็นการพัฒนาองค์กรสู่สังคมแห่งความปลอดภัย ความสำคัญของวัฒนธรรมความปลอดภัยเป็นสิ่งที่อยู่เบื้องหลังการตัดสินใจ การปฏิบัติ และพฤติกรรมของคนในองค์กร มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคลากรรวมถึงการบริหารจัดการองค์กร การบริการทางด้านสุขภาพและสาธารณสุขเป็นด้านหนึ่งที่มีความสำคัญยิ่งต่อคุณภาพชีวิต เพราะมีความเกี่ยวข้องกับสถานะด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนที่เจ็บป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ประชาชนหายจากโรคมีสุขภาพที่ดี จึงต้องมีการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้นในองค์กร เพื่อที่จะสามารถตรวจจับ ป้องกัน และแก้ปัญหาที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และผู้ปฏิบัติงานได้ดีขึ้น[1]

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการรักษายาบาลที่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยกำหนดให้ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เป็นหลักพื้นฐานที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในสถานบริการสุขภาพทั่วโลก[2] ประเทศไทยได้ประกาศออกเป็นนโยบายตามแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุขด้วยเช่นกัน โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาลได้กำหนดให้การจัดการความเสี่ยงเป็นส่วนหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องด้านความปลอดภัยในทุกด้าน ได้แก่ 1. ส่งเสริมป้องกัน ควบคุมโรคภัย สุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ อย่างมีประสิทธิภาพ 2. พัฒนาและส่งเสริม การจัดระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้มี คุณภาพ 3. พัฒนานุเคราะห์ให้มีประสิทธิภาพ ในการให้บริการที่เป็นเลิศ 4. พัฒนาการบริหาร จัดการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข อย่างมีธรรมาภิบาล[3] นอกจากนี้ สภาการ พยาบาลแห่งประเทศไทยได้มีกำหนดไว้ใน มาตรฐานการพยาบาลและผดุงครรภ์ โดย ระบุว่าในสถานพยาบาลทุกระดับต้องมี ระบบบริหารความเสี่ยง เพราะเป็นส่วนหนึ่ง ในระบบงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และผดุงครรภ์ขององค์กรนั้นๆ [4] ดังนั้น ความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้รับบริการ จึงเป็นเรื่องที่สำคัญ จำเป็นในการปฏิบัติงาน ในสถานบริการสาธารณสุข เพราะหากพบ ความไม่ปลอดภัยเกิดขึ้นย่อมนำมาซึ่ง ความเสียหายต่อองค์กร ทั้งในรูปแบบที่ สามารถคำนวณค่าเสียหายได้และไม่สามารถ คำนวณค่าเสียหายได้ [5] โดยความปลอดภัย นั้นจะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อพัฒนาทักษะ กระบวนการ การปฏิบัติเพื่อ ให้มีจิตสำนึก มีค่านิยมที่ดี ในการปฏิบัติงาน ให้เกิดความปลอดภัยในองค์กร

โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนาเป็น
โรงพยาบาลทั่วไประดับ S ประจำจังหวัด
กาญจนบุรี ผ่านการประเมินคุณภาพ

โรงพยาบาล โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มาอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดจุดเน้นของ 2P & Safety อย่างจริงจัง ในปี 2561 และปัจจุบัน ได้มีการกำหนดนโยบายในเรื่องความเสี่ยงและความปลอดภัยเพิ่มเติม ร่วมกับ สรพ. เพื่อส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยครอบคลุมเป็น 3P & Safety ในปี 2565 ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ทำหน้าที่ในการประสานงานความเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยในองค์กร มีการกำกับติดตามการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จึงมีความสนใจที่จะศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการโรงพยาบาล ให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
2. เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามมิติต่างๆและความเห็นต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ประชากร

ที่ใช้ในการศึกษาคือ พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ในช่วงเดือนเมษายน 2564 ถึงเดือนกรกฎาคม 2564 จำนวน 497 คน

กลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มีใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ทั้งข้าราชการ และลูกจ้างชั่วคราว ที่ปฏิบัติงานทุกแผนกในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โดยมีระยะเวลาในการทำงาน ตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 479 คน Scan QR Code เข้าไปตอบแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยทั้งหมด แต่มีการตอบข้อมูลได้ครบถ้วน สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ 469 คน ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 469 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ ปี พ.ศ.เกิด ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส จำนวนผู้อยู่ภายใต้อุปการะ/จำนวนบุตร หลาน/จำนวนคนที่ต้องส่งเสียเลี้ยงดู อายุงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ ประเภทการจ้างอายุงานในสาขาหรือวิชาชีพในปัจจุบัน อายุงานในพื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานในปัจจุบัน ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาล (ชั่วโมงต่อสัปดาห์) ระยะเวลาที่ได้เลื่อนระดับ/ตำแหน่งครั้งล่าสุด และ

สถานภาพทางเศรษฐกิจ/การเงินในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัย ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยออนไลน์ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 6 มาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 12 มิติ คือ 1. ความคิดเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ จำนวน 3 ข้อ 2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม จำนวน 4 ข้อ 3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย จำนวน 4 ข้อ 4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 3 ข้อ 5. การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล จำนวน 4 ข้อ 6. การสื่อสารที่เปิดกว้าง จำนวน 3 ข้อ 7. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด จำนวน 3 ข้อ 8. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากผลร้ายกับตนในภายหลัง จำนวน 3 ข้อ 9. การจัดคนทำงาน จำนวน 4 ข้อ 10. การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยของผู้ป่วย จำนวน 3 ข้อ 11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล จำนวน 4 ข้อ 12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร จำนวน 4 ข้อ และข้อคำถามเพิ่มเติม อีก 2 ข้อ คือ 1. ความเห็นต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย 2. ความเห็นต่อจำนวนการรายงานเหตุการณ์ รวมเป็น 44 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย

อย่างมาก ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างมาก ใช้เกณฑ์การแปลความหมาย และได้มีการแปลงค่าคะแนนกลับจากผลการวิเคราะห์ของ สรพ. เป็นร้อยละ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิด (open-ended questionnaire) เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ความผิดพลาด หรือการรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลของท่านอย่างอิสระ โดยเป็นข้อคำถาม จำนวน 2 ข้อ คือ 1. ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความผิดพลาดในโรงพยาบาลของท่าน 2. การรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลของท่าน

การตรวจสอบ คุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยออนไลน์ ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ผ่านการตรวจสอบความตรง (validity) จากผู้เชี่ยวชาญทั้งแพทย์พยาบาลและผู้ทรงคุณวุฒิของ สรพ. จำนวน 30 ท่าน

การพิทักษ์สิทธิ

รายงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยออนไลน์ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นการสรุปข้อมูลเฉพาะพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดคุณภาพ/เงื่อนไขที่สำคัญของ สรพ. ทุกโรงพยาบาลจะต้องผ่านมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจาก สรพ. ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้บริหารในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ให้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ และเผยแพร่ข้อมูล
ผลลัพธ์จากการสำรวจได้ และได้รับอนุญาต
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
เอกสารรับรองเลขที่ 2021-31 ลง วันที่ 8
มีนาคม 2564 ในขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย
ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษาการจัด
ทำรายงานการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ
ขอความร่วมมือ ขอความยินยอมในการใช้
โทรศัพท์มือถือ smart phone ส่วนตัวของ
กลุ่มตัวอย่าง scan QR Code เพื่อตอบ
แบบสอบถาม Online เพื่อเป็นการคุ้มครอง
สิทธิ ผลการศึกษาจะไม่ระบุ ชื่อ-นามสกุล
ไม่นำเสนอข้อมูลส่วนตัว ที่จะก่อให้เกิด
ผลเสียต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั้งหมดจะ
ถูกนำมาวิเคราะห์ในภาพรวมเพื่อพัฒนา
โรงพยาบาลให้มีวัฒนธรรมความปลอดภัย
มากยิ่งขึ้นต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย ขอ อ นุ ญา ตผู้ อำน วย การ
โรงพยาบาล นำข้อมูลดิบที่ สรพ. วิเคราะห์
ภาพรวมของโรงพยาบาล โดยมีการประสาน
สรพ. เพื่อขอข้อมูลเฉพาะในส่วน
ของโรงพยาบาลวิภาวดี มาแยกวิเคราะห์เพื่อจัดทำ
รายงานการวิจัย โดยมีการรายงาน/ชี้แจง
ในวาระการประชุม คณะกรรมการบริหาร
ของโรงพยาบาลเพื่อขอความร่วมมือ
ของโรงพยาบาลวิภาวดี ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยตรง ผู้วิจัย
ประชาสัมพันธ์ให้มีการ scan QR Code เข้าไป
ตอบแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัย
ออนไลน์ ทกวันด้วยตนเอง ในวัน และเวลา

ราชการ ช่วงเช้า 8.00 -12.00 และเผื่อข้อมูล ร้อยละของการตอบแบบสำรวจจากระบบ ของ สรพ. เพื่อให้ได้ข้อมูลทีมากที่สุด และ สรพ. วิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมของโรงพยาบาล เปรียบเทียบในระดับประเทศเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยประสานไป เพื่อขอข้อมูลดิบ แยก เฉพาะข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพมาวิเคราะห์ นำเสนอผู้บริหารทางการพยาบาล และจัดทำ รายงานการวิจัยฉบับนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดย ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ สำหรับข้อมูลวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล 12 มิติ (42 ข้อ) ข้อคำถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเห็นต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย และความเห็นต่อจำนวนการรายงานเหตุการณ์ (2 ข้อ) รวมเป็น 44 ข้อ วิเคราะห์เป็นค่าร้อยละ ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ความผิดพลาด หรือการรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลของท่านอย่างอิสระ โดยเป็นข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ คือ

1. ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความผิดพลาดในโรงพยาบาลของท่าน
2. การรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลของท่าน

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพ 469 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.51 เกิดใน พ.ศ. 2520 เป็นต้นไป ร้อยละ 62.47 ระดับการศึกษาสูงสุดคือ

ปริญญาตรีหรือเทียบเท่าร้อยละ 95.52 สถานภาพสมรสโสด/หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้ายร้อยละ 57.78 มีผู้อยู่ได้อุปการะ/จำนวนบุตร-หลาน/จำนวนคนที่ต้องส่งเสียเลี้ยงดูร้อยละ 66.10 อายุงานในโรงพยาบาลแห่งนี้ น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 48.82 ประเภทการจ้าง คือ ข้าราชการ/พนักงานราชการ/พนักงานของรัฐ/พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 97.02 เป็นตำแหน่งงานที่มีปฏิสัมพันธ์ หรือสัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วยร้อยละ 98.51 ตำแหน่งงานเป็นสายวิชาชีพสาธารณสุข (มีใบประกอบวิชาชีพฯ) ร้อยละ 91.47 เป็นสายงานพยาบาลวิชาชีพทั้งหมด มีอายุงาน

ในสาขาหรือวิชาชีพพยาบาลน้อยกว่า 10 ปี ขึ้นไปร้อยละ 43.71 พื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานหลักส่วนใหญ่เป็นหอผู้ป่วยใน ร้อยละ 47.33 อายุงานในพื้นที่ปฏิบัติงาน/หน่วยงานในปัจจุบันน้อยกว่า 10 ปีร้อยละ 67.59 ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาล (ชั่วโมงต่อสัปดาห์) มากกว่า 39 - 79 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร้อยละ 80.38 ระยะเวลาที่ได้เลื่อนระดับ/ตำแหน่งครั้งสุดท้ายเมื่อ 1-5 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 54.37 และสถานภาพทางเศรษฐกิจ/การเงินในปัจจุบันมีพอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 39.23 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ/กลุ่มตัวอย่าง (n=469)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ:	- ชาย	2	1.49
	- หญิง	467	98.51
2. ปี พ.ศ. เกิด:	- พ.ศ.2508 - พ.ศ.2519	176	37.53
	- พ.ศ.2520 - เป็นต้นไป	293	62.47
3. ระดับการศึกษาสูงสุด:	- ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	448	95.52
	- ปริญญาโท	21	4.48
4. สถานภาพสมรส:	- โสด/หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย	271	57.78
	- สมรสมีบุตร	166	35.39
	- สมรสไม่มีบุตร	32	6.82
5. จำนวนผู้อยู่ได้อุปการะ/จำนวนบุตร-หลาน/ จำนวนคนที่ต้องส่งเสียเลี้ยงดู:	- ไม่มี	159	33.90
	- มี ผู้อยู่ได้อุปการะ/ที่ต้องส่งเสียเลี้ยงดู	310	66.10
6. อายุงานในโรงพยาบาลแห่งนี้:	- น้อยกว่า 10 ปี	229	48.82
	- มากกว่า 10 - 20 ปี	60	12.80
	- มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	180	38.38

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
14. ระยะเวลาที่ได้เลื่อนระดับ/ตำแหน่งครั้งสุดท้าย		
- ไม่เคยได้เลื่อนระดับ/ตำแหน่ง,	89	18.98
- เมื่อ 1 – 5 ปีที่ผ่านมา	255	54.37
- เมื่อ 6 – 10 ปีที่ผ่านมา	41	8.74
- มากกว่า 10 ปีที่ผ่านมา	84	17.91
15. สถานภาพทางเศรษฐกิจ/การเงินในปัจจุบัน		
- พอใช้จ่าย และเหลือเก็บ	166	35.39
- พอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ	184	39.23
- ไม่พอใช้จ่าย และเป็นหนี้	113	24.09
- ไม่พอใช้จ่าย แต่ไม่เป็นหนี้	6	1.28

ผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพลพล พยุหเสนา จำแนกตามมิติต่าง ๆ 12 มิติ พบว่า มิติที่ 4 การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้คะแนนการเห็นด้วยมากที่สุด คือ ร้อยละ 74.8 รองลงมา คือ มิติที่ 3 ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการ และกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัยได้คะแนนการเห็นด้วย ร้อยละ 72 แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่ได้คะแนนการเห็นด้วยมากที่สุด คือ A15 แม้จะต้องทำงานมากขึ้นแต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ซึ่งอยู่ในมิติที่ 2 ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม ซึ่งได้คะแนนสูงถึงร้อยละ 87.20 ส่วนมิติที่ 9 ได้คะแนนไม่เห็นด้วยโดยรวมมากที่สุด เป็นเรื่องของการจัดคนทำงาน และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่ได้คะแนนไม่เห็นด้วยมากที่สุด คือ A7 เราไม่มีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการใน

หน่วยงานนี้ โดยมีคะแนนไม่เห็นด้วยร้อยละ 30.1 ซึ่งแสดงว่ายังมีปัญหาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้ถึงร้อยละ 69.9 รองลงมา คือ A2 เรามีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับปริมาณงานของหน่วยงาน โดยมีคะแนนไม่เห็นด้วยร้อยละ 32.2 แสดงว่าไม่มีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับปริมาณงานของหน่วยงานถึงร้อยละ 67.8 นอกจากนี้ยังพบคะแนนไม่เห็นด้วยรายข้อในมิติ อื่นๆ ได้แก่ มิติที่ 5 ข้อ A11 ถ้าส่วนใดในงานนี้มีงานยุ่งจะมีคนอื่นมาช่วยเหลือ มิติที่ 8 ข้อ A16 เจ้าหน้าที่ไม่กังวลเลยว่าคุณผิดพลาดของตนจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ และมิติที่ 12 ข้อ F7 ไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ โดยมีคะแนนไม่เห็นด้วยร้อยละ 42.9, 46.9 และ 49 นั้นหมายถึงมีการเห็นด้วยกับข้อคำถามร้อยละ 57.1, 53.1 และ 51 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามมิติต่างๆ (สรพ.) (n=469)

ความคิดเห็น (12 มิติ)/หน่วยงานของท่าน	ระดับความเห็น	
	ร้อยละ	การแปลผล
1. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์	55.50	ไม่แน่ใจ
D1 มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใดในกรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้นแต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไขก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรง A,B หรือ 1)	60.80	ไม่แน่ใจ
D2 มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใดในกรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้นแต่ไม่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรง C,D หรือ 2)	53.10	ไม่แน่ใจ
D3 การรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใดในกรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้นและอาจจะมีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรง ระดับ E ขึ้นไป หรือ 3)	52.70	ไม่แน่ใจ
2. ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม	70.60	เห็นด้วย
A15 แม้จะต้องทำงานมากขึ้นแต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	87.20	เห็นด้วย
A18 แนวทางปฏิบัติและระบบของเราสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี	66.10	ไม่แน่ใจ
A10 การที่ไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงขึ้นที่หน่วยงานนี้เป็นเพราะมีการวางระบบป้องกันควบคุมอย่างดี ไม่ใช่เพราะเหตุบังเอิญ (by chance)	75.70	เห็นด้วย
A17 เราไม่มีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้	53.30	ไม่แน่ใจ
3. ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการและกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย	72.00	เห็นด้วย
B1 หัวหน้างานของฉันจะกล่าวชื่นชม (says a good word) เมื่อเห็นว่ามีการปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กำหนดไว้	67.60	ไม่แน่ใจ
B2 หัวหน้างานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอย่างจริงจัง	71.90	เห็นด้วย
B3 เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานจะขอให้เราทำงาน ด้วยความรวดเร็ว หมดระวังแม้จะมีการลดขั้นตอน (shortcuts) แต่ต้องไม่ส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น	70.40	เห็นด้วย
B4 หัวหน้างานของฉันใส่ใจกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้นเพื่อหาทางป้องกัน ไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก	78.30	เห็นด้วย
4. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	74.80	เห็นด้วย
A6 เรากำลังเร่งพัฒนาเพื่อยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	78.90	เห็นด้วย
A9 ที่หน่วยงานนี้ความผิดพลาดทั้งหลายนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในด้านบวก	72.90	เห็นด้วย
A13 เราประเมินประสิทธิผลหลังจากที่ดำเนินการเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	72.70	เห็นด้วย

ความคิดเห็น (12 มิติ)/หน่วยงานของท่าน	ระดับความเห็น	
	ร้อยละ	การแปลผล
11. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล	55.60	ไม่แน่ใจ
F4 มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ที่ต้องทำงานร่วมกัน	52.90	ไม่แน่ใจ
F10 หน่วยงานในโรงพยาบาล ทำงานร่วมกัน ได้ดีเพื่อให้การดูแลหรือให้บริการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ	64.60	ไม่แน่ใจ
F2 หน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล ให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี	52.90	ไม่แน่ใจ
F6 รู้สึกมีความสุขในการทำงานแม้ว่าต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล	52.00	ไม่แน่ใจ
12. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร	60.00	ไม่แน่ใจ
F3 มีปัญหาในการย้ายผู้ป่วย หรือส่งต่องานระหว่างหน่วยงาน จะถูกนำมาทบทวนร่วมกันเสมอ	55.00	ไม่แน่ใจ
F5 ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหรือการต้องเฝ้าระวังงานที่สำคัญมีการบันทึกไว้ หรือมีการสื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร	70.40	เห็นด้วย
F7 ไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ	49.00	ไม่เห็นด้วย
F11 จะไม่เกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้จะอยู่ในช่วงเปลี่ยนเวรหรือเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ	65.50	ไม่แน่ใจ

ผลการสำรวจความเห็นต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย และจำนวนการรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลวิชาชีพ 469 คน มีความคิดเห็นต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย/ผู้รับบริการในโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนาว่าดีมาก (very good) จำนวน 233 คน คิดเป็นร้อยละ 49.7 รองลงมาคือ acceptable ขอมรับได้จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 36.2 ร้อยละ

13.4 ขึ้นชมว่า excellent ดีเยี่ยม และร้อยละ 0.6 ยังมีความคิดเห็นว่า poor ไม่ดี ส่วนจำนวนการรายงานเหตุการณ์ พบว่า มีการรายงานเหตุการณ์ 1 – 2 รายงานมากที่สุดคือ ร้อยละ 31.8 จำนวน 3 - 5 รายงาน ร้อยละ 22 และร้อยละ 14.5 ไม่มีการรายงานเหตุการณ์ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความเห็นต่อระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย และจำนวนการรายงานเหตุการณ์
ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (n=469)

ข้อคำถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วย:		
- excellent ดีเยี่ยม	63	13.40
- very good ดีมาก	233	49.70
- acceptable ขอมรับได้	170	36.20
- poor ไม่ดี	3	0.60

ข้อคำถาม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนการรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา:		
- ไม่มีรายงาน	68	14.50
- 1 – 2 รายงาน	149	31.80
- 3 – 5 รายงาน	103	22.0
- 6 – 10 รายงาน	58	12.40
- 11 – 20 รายงาน	44	9.4
- 21 รายงานหรือมากกว่า	47	10

เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ความผิดพลาด (mistake) หรือการรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลอย่างอิสระ โดยมีข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ คือ

1. ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความผิดพลาดในโรงพยาบาลของท่าน และ 2. การรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลของท่าน จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้แสดงความคิดเห็นในทั้ง 2 หัวข้อ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย ความผิดพลาด หรือการรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาอย่างอิสระ

ข้อที่	การแสดงความคิดเห็นต่อระดับความปลอดภัยผู้ป่วย	จำนวนคน (คน)	ร้อยละ
1	ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความผิดพลาดในโรงพยาบาลของท่าน	150	31.98
2	การรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลของท่าน	82	17.48
โดยรวม		232	49.47

จากตารางที่ 4 พบว่า มีพยาบาลวิชาชีพ ได้ให้ความคิดเห็นโดยการเขียนข้อความในคำถามปลายเปิด จำนวน 232 คน คิดเป็นร้อยละ 49.47 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นในหัวข้อความปลอดภัยของผู้ป่วย ความผิดพลาดในโรงพยาบาลของท่าน ร้อยละ 31.98 และอีกร้อยละ 17.48 แสดงความชื่นชมในหัวข้อการรายงานเหตุการณ์ในโรงพยาบาลของท่าน นอกจากนี้ยังมีส่วนเขียนข้อเสนอแนะ

ปัญหาที่เกิดจากการรายงาน เช่น เมื่อมีการทบทวนปัญหาการรายงานเหตุการณ์ ความผิดพลาดร่วมกันแล้ว ควรมีการแจ้งข้อตกลง หรือแนวทางปฏิบัติใหม่ ให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบอย่างชัดเจนและทั่วถึง

การอภิปรายผลการวิจัย

วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โดยรวมอยู่ที่ระดับ

ดีมาก (very good) ร้อยละ 49.70 โดยมีคะแนนเฉลี่ย ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย ระดับดีมากและดีเยี่ยม เท่ากับ ร้อยละ 63.1 ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้คือ มากกว่า ร้อยละ 80 จึงจะถือได้ว่ามีวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ดี แต่ทางโรงพยาบาลได้มีการพัฒนามาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องโดยยึดหลักการตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ โดยพัฒนามุ่งเน้นด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ การที่คะแนนเฉลี่ยวัฒนธรรมความปลอดภัย ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายแสดงให้เห็นว่า ผลของการพัฒนาโดยรวมยังไม่สามารถทำให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ดี[8] และวัฒนธรรมความปลอดภัยที่แท้จริงอาจยังไม่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลเป็นกลุ่มวิชาชีพที่มีจำนวนมากที่สุดในรพยบาลและเป็นผู้ที่มีบทบาทดูแลใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นผู้บริหารจึงควรเห็นความสำคัญ พิจารณาแก้ไขและพัฒนาในมิติที่มีคะแนนต่ำเพื่อทำให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น

ระดับความคิดเห็นต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนาปี 2564 ภาพรวมทั้ง 12 มิติ พบว่า มิติที่ 4 ร้อยละ 74.8 เห็นด้วยตรงกันว่าโรงพยาบาลเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 78.9 เห็นด้วยว่าโรงพยาบาลกำลังเร่งพัฒนาเพื่อยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ในมิติที่ 2 ความเห็นต่อความปลอดภัยภาพรวม ร้อยละ 87.2 รับรู้ว่าจะต้องทำงานมากขึ้นแต่ก็ไม่เคยละเลย

ความปลอดภัยต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ มิติที่ 5 การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล ร้อยละ 80.2 จะช่วยเหลือกันถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็วเราจะทำงานเป็นทีม ซึ่งในมิติที่ 4 มิติที่ 2 และมิติที่ 5 นี้ ถือเป็นเรื่องเด่น เรื่องดีที่โรงพยาบาลควรส่งเสริมให้มากขึ้น ไม่เฉพาะแต่ในสายงานพยาบาลวิชาชีพ รายละเอียดคนในแต่ละมิติ มีดังนี้

มิติที่ 1 ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ โดยรวมตอบไม่แน่ใจ รายข้อที่ตอบไม่แน่ใจมากไปน้อย คือ การรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใดในกรณี มีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้นและ อาจจะมีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือ ผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป หรือ หรือมีความเสี่ยงทั่วไปความรุนแรงระดับ 3 และมีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใดใน กรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ไม่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับ บริการ (ความรุนแรงระดับ C,D หรือมีความ เสี่ยงทั่วไปความรุนแรงระดับ 2 ประเด็นนี้ ทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล/ทีมความเสี่ยง (RM) ควรเพิ่มการสร้างการเรียนรู้เรื่องการ บริหารความเสี่ยงที่หน้างาน โดยจัดประชุม ชี้แจงสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องกับผู้ปฏิบัติ งาน มีความชัดเจนเรื่องการแบ่งระดับความ รุนแรงของเหตุการณ์ มีการทำ risk register ระดับหน่วยงานเพื่อให้มีรายงาน risk ระดับ A/B หรือ near miss มากขึ้น โดยมีแบบฟอร์ม หรือ QR Code ให้ทุกคนเข้าไปรายงานได้ อย่างอิสระ และมีการจัดประกวดให้รางวัล หน่วยงานที่รายงานความเสี่ยงได้มากที่สุด

เป็นต้น

มิติที่ 2 ความเห็นต่อความปลอดภัยในภาพรวม โดยรวมตอบเห็นด้วย โดยพบว่าร้อยละ 87.2 เข้าใจตรงกันว่าแม้จะต้องทำงานมากขึ้นแต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แต่ยังมีตอบไม่แน่ใจในเรื่องแนวทางปฏิบัติ/ระบบว่าจะสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี และเราไม่มีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้ แสดงว่าผู้ตอบมีความตระหนักเรื่องนี้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ มีอายุงานในสาขาหรือวิชาชีพในปัจจุบันมากกว่า 20 ปีร้อยละ 41.58 การปฏิบัติงานจึงให้ความสำคัญในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

มิติที่ 3 ความคาดหวังของที่ปรึกษา/ผู้จัดการและกิจกรรมการส่งเสริมความปลอดภัย โดยรวมตอบเห็นด้วย เรื่องหัวหน้างานของ ฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่ เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย หรือผู้รับบริการอย่างจริงจัง เมื่อไรก็ตามที่มี ภาวะกดดัน หัวหน้างานจะขอให้เราทำงาน ด้วยความรวดเร็ว ระวังแม้จะมีการลด ขั้นตอน แต่ต้องไม่ส่งผลให้มีความเสี่ยง เพิ่มขึ้น หัวหน้างานของฉันใส่ใจกับปัญหา ความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ที่เกิดขึ้นเพื่อหาทางป้องกัน ไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำ แล้วซ้ำประเด็นที่ตอบไม่แน่ใจคือ หัวหน้างาน ของฉันจะกล่าวชื่นชม เมื่อเห็นว่ามีการปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กำหนดไว้ สอดคล้อง กับข้อมูลทั่วไปที่พบว่า พยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติ

ร้อยละ 90.83 มีอายุน้อยเกิดใน พ.ศ. 2535 เป็นต้นไป ร้อยละ 33.90 จึงต้องการขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานมากกว่ากลุ่มอื่น

มิติที่ 4 การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยรวมตอบ
เห็นด้วยในทุกข้อว่าเรากำลังเร่งพัฒนาเพื่อ
ยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับ
บริการ ความผิดพลาดทั้งหลายจะนำมาสู่การ
เปลี่ยนแปลงในด้านบวก และมีประเมิน
ประสิทธิผลหลังจากที่ดำเนินการเพื่อยก
ระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับ
บริการ มิติที่ 4 จึงควรส่งเสริมให้เกิดขึ้นใน
ทุกวิชาชีพ และทุกหน่วยบริการ

มิติที่ 5 การทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานของโรงพยาบาล โดยรวมตอบไม่แน่ใจ รายข้อที่ตอบเห็น คือ ถ้ามีงานจำนวนมากก็ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็วเราจะทำงานเป็นทีม สมาชิกในหน่วยงานนี้ช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน และสมาชิกในหน่วยงานนี้ปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพให้เกียรติกัน มีข้อที่ตอบไม่เห็นด้วย คือ ถ้าส่วนใดในงานนี้มีงานยุ่งจะมีคนอื่นมาช่วยเหลือ สัมพันธ์กับข้อมูลทั่วไปพบว่าพยาบาลร้อยละ 56.93 มีระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาลมากกว่า 39 -59 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และร้อยละ 23.45 มากกว่า 59 - 79 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ แสดงว่าทุกคนมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมากอยู่แล้วส่งผลให้ไม่สามารถไปช่วยเหลือหน่วยงานอื่นๆ ได้อย่างเต็มที่

มิติที่ 6 การสื่อสารที่เปิดกว้าง โดยรวม
ตอบไม่แน่ใจ ในเรื่องเจ้าหน้าที่กล้าตั้งคำถาม
ต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้มี
อำนาจมากกว่า และเจ้าหน้าที่สามารถให้

ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจมีผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แต่เห็นด้วยว่าเจ้าหน้าที่กล้าที่จะซักถามเมื่อเห็นว่บางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง อาจเนื่องมาจากผู้ตอบมีอายุการทำงานในโรงพยาบาลมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 94.88 เป็นข้าราชการ จึงกล้าที่จะซักถามเมื่อเห็นว่บางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง

มิติที่ 7 การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด โดยรวมตอบไม่แน่ใจเรื่องเราได้รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่มีผลมาจากการรายงานเหตุการณ์ แต่เห็นด้วยว่ในหน่วยงานนี้เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาด (errors) ไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก และเราได้รับการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะในคำถามปลายเปิดว่า ควรมีการแจ้งข้อตกลง หรือแนวทางปฏิบัติใหม่ เมื่อพบทวนปัญหาการรายงานเหตุการณ์ให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบอย่างชัดเจน

มิติที่ 8 การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับคนในภายหลัง โดยรวมตอบ ไม่แน่ใจเรื่องเจ้าหน้าที่รู้สึกว่ความผิดพลาดของตนเป็นบทเรียนสำหรับการพัฒนาจะไม่ถูกนำมาจัดการลงโทษ เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์จะเกิดความรู้สึกว่สิ่งที่ถูกรายงานคือการรายงานระบบที่เป็นปัญหา ไม่ใช่ตัวบุคคล ตอบไม่เห็นด้วยเรื่องเจ้าหน้าที่ไม่กังวลเลวว่ความผิดพลาดของตนจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ ประเด็นนี้ผู้บริหารควรส่งเสริมนโยบาย no blame no Shame ให้เกิดขึ้นจริงในองค์กร

มิติที่ 9 การจัดคนทำงาน โดยรวมตอบไม่เห็นด้วย ประเด็น การมีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับปริมาณงานของหน่วยงานไม่แน่ใจเรื่องเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีชั่วโมงทำงานที่เหมาะสมกับการให้การดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการ ได้ดีที่สุด สอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปที่พบว่า ร้อยละ 56.93 ของผู้ตอบมีระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาล มากกว่า 39 -59 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งอัตรากำลังที่น้อยประกอบกับภาระงานที่มาก จึงส่งผลให้มีผู้ตอบไม่เห็นด้วยอย่างมากว่เราไม่มีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้ แต่มีตอบเห็นด้วยร้อยละ 75.9 ว่เราพยายามทำงานอย่างรัดกุม ระมัดระวัง ไม่เร่งรีบจนเกินไป แม้จะอยู่ในภาวะวิกฤติ (crisis mode)

มิติที่ 10 การสนับสนุนด้านการจัดการโรงพยาบาลสำหรับความปลอดภัยผู้ป่วยโดยรวมตอบไม่แน่ใจว่ผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แสดงให้เห็นว่ความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด แต่ร้อยละ 70.6 เห็นด้วยว่ผู้บริหารโรงพยาบาลควรสนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการแม้ว่าจะยังไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ทั้งนี้เพราะนโยบายความเสี่ยงและความปลอดภัยเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องจัดการเพื่อให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในทุกองค์กร

มิติที่ 11 การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล โดยรวมไม่แน่ใจ ในเรื่องพยาบาลรู้สึกมีความสุข

ในการทำงานแม้ว่าต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล หน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล ให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล ที่ต้องทำงานร่วมกัน และหน่วยงานในโรงพยาบาล ทำงานร่วมกันได้ดี เพื่อให้การดูแลหรือให้บริการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ มิฉะนั้นทีมบริหาร ทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล/ทีมความเสี่ยง (RM) จะต้องมีการปรับกลยุทธ์ให้มีการพัฒนาส่งเสริมให้มีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น เช่น การสร้างทีมในสหสาขาต่างๆ

มิติที่ 12 การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน/เวร โดยรวมตอบไม่แน่ใจ ในเรื่องการมีปัญหาในการย้ายผู้ป่วยหรือส่งต่องานระหว่างหน่วยงาน จะถูกนำมาทบทวนร่วมกันเสมอ จะไม่เกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้จะอยู่ในช่วงเปลี่ยนเวร หรือเปลี่ยนผู้รับผิดชอบแต่ร้อยละ 70.4 ตอบเห็นด้วยเรื่องข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหรือการต้องเฝ้าระวังงานที่สำคัญมีการบันทึกไว้ หรือมีการสื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร ร้อยละ 49 ไม่เห็นด้วยว่าเราไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ ดังนั้น ทีมพยาบาลควรพัฒนาการสื่อสารโดยใช้ SBAR ทำ workshop พัฒนาการสื่อสารส่งข้อมูลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหาร ควรส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยที่เปิดเผยมเป็นธรรมชาติของการสื่อสาร

ข้อมูลอุบัติการณ์ สร้างการเรียนรู้การบริหารความเสี่ยงที่หน้างาน และผลักดันให้เกิดการทำงานเป็นทีม

2. ผู้บริหาร ควรจัดส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยแบบเร่งด่วน ในเรื่องการจัดการคนทำงาน ให้มีกำลังคนเพียงพอ พยาบาลวิชาชีพมีชั่วโมงทำงานที่เหมาะสม จัดให้มีอัตรากำลังเสริม มีแผนการจัดสรรอัตรากำลังระยะสั้น ระยะยาว ส่งเสริมนโยบาย no blame no Shame ให้เกิดขึ้นจริง

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของบุคลากรในแต่ละหน่วยงาน แต่ละช่วงอายุโดยแยกตาม generation เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพทั้งในระดับ ผู้บริหาร และระดับผู้ปฏิบัติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ที่กรุณาให้ใช้เครื่องมือในการทำวิจัยในครั้งนี้ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบให้คำแนะนำงานวิจัยนี้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น และขอขอบท่านผู้อำนวยการนายแพทย์สมเจตน์ เหล่าลือเกียรติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติ ลิ้มอภิชาติ. “สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยด้วยกลยุทธ์การจัดการความรู้” บทความบรรยาย ร่วมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยรากฐานสู่ความเป็นเลิศของศิริราช (ออนไลน์). 2552. สืบค้น วันที่ 30 พฤษภาคม 2565 จาก <http://medinfo.psu.ac.th/km/data/ksd/101.ppt>.
2. The World Health Organization World Alliance for Patient safety to develop and international patient Safety Event Classification. The concept framework an international patient safety event classification [Internet]. 2006 [cited 2007 June 04]; Available from: <http://whoicps.org/resources>.
3. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี การพัฒนาและรับรองคุณภาพคุณภาพโรงพยาบาลครั้งที่ 15, 2561.
4. สภาการพยาบาล. การรับรองคุณภาพบริการ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ระดับทุติ- ตติยภูมิ. กรุงเทพมหานคร: สภาการพยาบาล; 2556.
5. สุเมธฯ เสงประเสริฐ. ตัวชี้วัดการพัฒนาวัฒนธรรม ความปลอดภัยในกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2548
6. อนุวัฒน์ สุขหุดิกุล. “แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล” (ออนไลน์), 2551. ค้นคืนวันที่ 22 พฤศจิกายน 2564 จาก <http://www.gotoknow.org/blog/puala-story>.
7. บุญชม ศรีสะอาด, การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8 .กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2553.
8. สมบูรณ์ สุโสมิต. วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพ.วารสารพยาบาลตำรวจ. ปีที่6. ฉบับที่ 1 2557.



สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการโอนย้ายเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) มี อยู่ 2 ปัจจัยได้แก่ 1. เงินเดือนเต็มขั้น โดยมีค่า $\beta = 3.843$ p -value 0.041 และอีกปัจจัยได้แก่ ระดับแรงจูงใจในการโอนย้าย โดยมีค่า $\beta = 6.199$ p -value 0.006 โดยที่ประเด็นที่สำคัญได้แก่ประเด็นการถ่ายโอนทำให้มีโอกาสนที่จะได้เงินเดือนที่สูงขึ้น และประเด็นถ่ายโอนทำให้หน่วยงานของท่านมีบุคลากรที่เพียงพอเป็นปัจจัยที่สำคัญ ในการโอนย้าย

ในการโอนย้ายเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ทุกกระทรวง ไปสู่ส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด
ควรมีการเตรียมความพร้อมทุกด้าน ทั้ง เรื่องความรู้ ทักษะ และ แรงจูงในการโอนย้าย มากกว่า
นี้ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้มีการตัดสินใจที่ดี และมีความพร้อมที่จะไปสังกัดหน่วยงานที่จะโอนย้าย
ซึ่งจะทำให้ประชาชนผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย จะได้ไม่รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตต่อไป

Abstract:

Objective of this research was finding characteristic factors, knowledge, attitude, and motivation which correlated transferring to Local administrator of subdistrict health promotion hospital officers in Thamuang district Kanchanaburi province. The analysis by descriptive in amount, percent mean and standard deviation. For objective analysis was Logistic regression of all factors by enter method. Population of this research was all 14 subdistrict health promotion hospital officers in Thamuang district Kanchanaburi province. And sample size was 82 persons. The survey was October to November 2022.

The result of this research was Gender not different, Education not different. Age in more than 51 years old (73.7%) was higher in transferring to Local administrator organization. The position of administrator of promotion hospital and nurse were higher in transferring. And same amount years of work at promotion hospital. Income factor in 50,000 bath/month (70%) and highest field salary (63.7%) want to local administrator organization.

For 2 significant factors (p-value < 0.05) were 1. The highest field salary (β = 3.843 p-value 0.041) and 2. Motivation (β = 6.199 p-value 0.006) because the chance of salary would upper higher. And amount of each promotion hospital officer would upper more.

The future of transferring each department or division or office in Thailand ought to having training, teaching tutoring and coaching every officers. In order to service local population in suitable, throughout and excellence.

หลักการและเหตุผล

จากประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อให้การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นได้อย่างแท้จริง อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 12 (4) และ (15) และมาตรา 17 (29) แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 คณะกรรมการ การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการประชุม ครั้งที่ 2/2564 เมื่อวันที่ 8 กันยายน 2564 ได้มีมติเห็นชอบประกาศกำหนดหลักเกณฑ์ และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

กฎกระทรวงมหาดไทยซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. 2540 ได้กำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดมีหน้าที่และอำนาจจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและบำบัดรักษาโรคติดต่อ รวมทั้งแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 และแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(ฉบับที่ 2) ให้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุข ถ่ายโอนสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม และในระยะสุดท้ายให้ถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

จังหวัดกาญจนบุรีมีรพ.สต.ทั้งสิ้น 143 แห่ง ได้มีการถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 97 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 67.83 สำหรับเขตอำเภอท่าม่วงมีการถ่ายโอนแล้ว 9 แห่ง จากทั้งสิ้น 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 64.28 ผู้วิจัยต้องการศึกษาว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ระดับความรู้ในการถ่ายโอน ระดับทัศนคติในการถ่ายโอน และระดับแรงจูงใจในการถ่ายโอน ที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดการตัดสินใจถ่ายโอนหรือไม่ถ่ายโอน ในครั้งนี้ เพื่อจะได้นำความรู้ที่ได้เสนอเป็นแนวทางในการเตรียมบุคลากรในการถ่ายโอนในส่วนที่เหลืออย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจ ที่ส่งผลต่อการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี

ทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยจะมีการแจ้ง การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งก่อน ทำการวิจัยและก่อนการเก็บข้อมูล และผู้วิจัย จะขออนุมัติการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 เลขที่ 5/2565 ลงวันที่ 30 กันยายน 2565

ผลการศึกษา

งานวิจัยนี้ศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และระดับแรงจูงใจ ที่ส่งผลต่อการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดกาญจนบุรี มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจ ที่ส่งผลต่อการ ถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัย นำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 82 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.6 ส่วนใหญ่ มีช่วงกลุ่มอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.1 รองลงมา กลุ่มอายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.2 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี ตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 35.3 รองลงมาตำแหน่งผู้อำนวยการ รพ.สต. คิดเป็นร้อยละ 18.8 และนักวิชาการ สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 14.6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 91.4 ส่วนใหญ่มีระดับเงิน

เดือน 40,001-50,000 คิดเป็นร้อยละ 34.1 รอง ลงมา มีระดับเงินเดือน 30,001-40,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 24.4 ตามลำดับ เงินเดือนเต็ม ขึ้น คิดเป็นร้อยละ 72.0 ส่วนใหญ่ปฏิบัติ ราชการใน รพ.สต. 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.0 รองลงมา 21-30 ปี 28.0 ตามลำดับ จำแนกเป็นผู้ปฏิบัติราชการสังกัดกระทรวง สาธารณสุข 43 ราย (ร้อยละ 52.4) ผู้ที่โอนย้าย องค์การบริหารส่วนจังหวัด 39 ราย (ร้อยละ 47.56)

โดยมีผลการศึกษา ดังนี้

เจ้าหน้าที่มีเพศ ในการถ่ายโอนย้ายไม่ ค่อยแตกต่างกัน ผู้ที่มีอายุแตกต่างกันโดยผู้ที่มี อายุ 51 ปีขึ้นไป (73.7%) มีการถ่ายโอน มากกว่ากลุ่มอื่น ระดับการศึกษา มีการตัดสินใจที่จะถ่ายโอนไม่แตกต่างกัน ตำแหน่ง ผอ.รพ.สต. (38.4%) และพยาบาล (51.8%) มีการถ่ายโอนมากกว่าตำแหน่งอื่น รายได้ มีการถ่ายโอนแตกต่างกัน ในกลุ่มผู้ที่มีรายได้ มากกว่า 50000 บาทต่อเดือน (70.0%) สำหรับ เงินเดือนเต็มขึ้น ในกลุ่มที่มีเงินเดือนเต็มขึ้น มีการถ่ายโอน (63.7%) อายุราชการที่ปฏิบัติ ราชการที่ รพ.สต. ผู้ที่มีอายุราชการมากกว่า 30 ปีขึ้นไป (77.8%) มีการถ่ายโอน มากกว่า [2,3,4] ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนเจ้าหน้าที่โอนย้ายองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล

ปฏิบัติราชการ	ปฏิบัติราชการ		
	สาธารณสุข	องค์การบริหารส่วนจังหวัด	รวม
เพศ			
ชาย	12 (60.0%)	8 (40.0%)	20
หญิง	31 (50.0%)	31 (50.0%)	62
อายุ			
21-30	3 (60.0%)	2 (40.0%)	5
31-40	6 (50.0%)	6 (50.0%)	12
41-50	29 (63.0%)	17 (37.0%)	46
51-60	5 (26.3%)	14 (73.7%)	19
การศึกษา			
ต่ำกว่าปริญญาตรี	5 (71.4%)	2 (28.6%)	7
ปริญญาตรีขึ้นไป	38 (53.5%)	37 (46.5%)	71
ตำแหน่ง			
ผอ.	5 (38.4%)	8 (61.6%)	13
นวก.	6(50.0%)	6 (50.0)	12
พยาบาล	14(48.2%)	15(51.8%)	29
จพ.ทันตฯ	8 (72.7%)	3 (27.3%)	11
รายได้			
น้อยกว่า 20,000	6(54.5%)	5(45.5%)	11
20,001-30,000	7(53.8%)	6(46.2%)	13
30,001-40,000	11(55.09%)	9(45.0%)	20
40,001-50,000	16 (57.1%)	12(42.9%)	28
มากกว่า 50,000	3(30.0%)	7 (70.0%)	10
เงินเดือน			
เต็มขั้น	8 (36.3%)	14 (63.7%)	22
ไม่เต็มขั้น	35 (58.8%)	25 (41.2%)	60
ปฏิบัติราชการที่ รพ.สต.			
น้อยกว่า 10	17 (53.1%)	15 (46.9%)	32
11-20	10 (55.5%)	8 (44.5%)	18
31-30	14 (60.8%)	9 (39.2%)	23
30 ปีขึ้นไป	2 (22.2%)	7 (77.8%)	9

2. ศึกษาระดับความความรู้ ทักษะ ทักษะใจ ต่อการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี

ระดับความรู้เกี่ยวกับการกระจายอำนาจ และการถ่ายโอน ในกลุ่มผู้ถ่ายโอน องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นกลุ่มที่มีระดับทัศนคติที่มาก (55.3%) ระดับทัศนคติ

ต่อการกระจายอำนาจและการถ่ายโอน ในกลุ่มผู้ถ่ายโอนองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นกลุ่มที่มีระดับทัศนคติที่มาก (55.0%) และระดับแรงจูงใจต่อการกระจายอำนาจ และการถ่ายโอน ในกลุ่มผู้ถ่ายโอน องค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นกลุ่มที่มีระดับทัศนคติที่มาก (75.6%)[5,6,7,8] ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนเจ้าหน้าที่โอนย้ายองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำแนกตามระดับความรู้ ทัศนคติ แรงจูงใจ ต่อการกระจายอำนาจและการถ่ายโอน

ปฏิบัติราชการ	ปฏิบัติราชการ		
	สาธารณสุข	องค์การบริหารส่วนจังหวัด	รวม
ระดับความรู้เกี่ยวกับการกระจายอำนาจ และการถ่ายโอน			
น้อย	26 (59.1%)	18 (40.9%)	44
มาก	17 (44.7%)	21 (55.3%)	38
ระดับทัศนคติต่อการกระจายอำนาจและการถ่ายโอน			
น้อย	25 (66.7%)	17 (33.3%)	42
มาก	18 (45.0%)	22 (55.0%)	40
ระดับแรงจูงใจต่อการกระจายอำนาจและการถ่ายโอน			
น้อย	28 (59.0%)	12 (40.9%)	40
มาก	15 (24.4%)	27 (75.6%)	42

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ ทักษะใจ ที่ส่งผลต่อการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regressions)

พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการโอนย้ายเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) มีอยู่ 2 ปัจจัยได้แก่ 1. เงินเดือนเพิ่มขึ้น โดยมีค่า $\beta = 3.843$ $p\text{-value } 0.041$ และอีกปัจจัยได้แก่ ระดับแรงจูงใจในการโอนย้าย โดยมีค่า $\beta = 6.199$ $p\text{-value } 0.006$

โดยที่ประเด็นที่สำคัญได้แก่ประเด็นการถ่ายโอนทำให้มีโอกาที่จะได้เงินเดือนที่สูงขึ้น และ ประเด็นถ่ายโอนทำให้หน่วยงานของ

ท่านมีบุคลากรที่เพียงพอ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการโอนย้าย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regressions)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการถ่ายโอน	β	p-value
เพศ	0.307	0.161
อายุ	0.725	0.242
การศึกษา	0.930	0.301
ตำแหน่ง	4.751	0.091
รายได้	0.759	0.054
เงินเดือนเดิม	3.843	0.041*
อายุราชการที่ รพ.สต.	0.508	0.061
ระดับความรู้ในการถ่ายโอน	10.561	0.051
ระดับทัศนคติในการถ่ายโอน	3.832	0.069
ระดับแรงจูงใจในการถ่ายโอน	6.199	0.006*
ค่าคงที่	10.368	0.300

* significance p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่อายุ 50 ปีขึ้นไป ผู้อำนวยการและพยาบาล ผู้ที่มีเงินเดือนสูง ผู้ที่มีเงินเดือนเต็มขั้น ผู้ที่ปฏิบัติงานที่ รพ.สต. เป็นเวลานาน มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจถ่ายโอนมากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้มาถึงจุดที่รับราชการมานานมองไม่เห็นความก้าวหน้า ในระบบราชการปัจจุบัน ซึ่งการบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นทางเลือกที่น่าจะเหมาะสมกว่า สำหรับกลุ่มที่มีเงินเดือนที่เต็มขั้นหรือจะเต็มขั้นในอนาคตอันใกล้

มองเห็นโอกาสที่จะสามารถมีความก้าวหน้าในหน้าที่ได้อีกก่อนเกษียณอายุราชการ ซึ่งในเรื่องของเงินเดือนเต็มขั้นเป็นหนึ่งในสองปัจจัยที่สำคัญและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่เป็นสาเหตุหลักในการโอนย้ายไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการโอนย้ายเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ไปสู่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) มี อยู่ 2 ปัจจัย

ได้แก่ 1. เงินเดือนเต็มขั้น โดยมีค่า $\beta = 3.843$ p-value 0.041 และอีกปัจจัยได้แก่ ระดับแรงจูงใจในการโอนย้าย โดยมีค่า $\beta = 6.199$ p-value 0.006 โดยที่ประเด็นที่สำคัญได้แก่ ประเด็นการถ่ายโอนทำให้มีโอกาสที่จะได้เงินเดือนที่สูงขึ้น และ ประเด็นถ่ายโอนทำให้หน่วยงานของท่านมีบุคลากรที่เพียงพอ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการโอนย้าย

ระดับความรู้เกี่ยวกับการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนของเจ้าหน้าที่ระดับทัศนคติของเจ้าหน้าที่ต่อการกระจายอำนาจและการถ่ายโอน และระดับแรงจูงใจของเจ้าหน้าที่ต่อการกระจายอำนาจและการถ่ายโอน ของทั้ง 2 กลุ่มได้แก่กลุ่มที่ยังไม่ได้โอนย้ายและกลุ่มที่โอนย้ายไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดแล้วนั้น กลุ่มที่โอนย้ายมีระดับที่มากกว่าทั้ง 3 ด้านแต่ จำนวนที่ไม่สูงกว่ากันมากนักสาเหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะว่า ในเรื่องการโอนย้ายไปสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดนั้นเป็นเรื่องใหม่และยังไม่มีหน่วยงานใดหรือจังหวัดใดได้มีการโอนย้ายมาก่อนจึงทำให้เป็นการยากที่จะเข้าใจ และในระดับหน่วยงานใหญ่ระดับกระทรวงก็ยังไม่มีการชี้แจงอย่างชัดเจนขาดรายละเอียดอย่างมาก ที่ทราบกันก็เป็นลักษณะการบอกกล่าวต่อๆ กันมา โดยผู้ที่รับผิดชอบโดยตรงไม่ได้ออกมาชี้แจงโดยตรงกับเจ้าหน้าที่ จึงทำให้เจ้าหน้าที่รพ.สต. ทุกกลุ่มไม่ว่าจะโอนย้ายไปแล้วหรือยังไม่โอนย้ายจึงขาดทั้งความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ และ จูงใจในการถ่ายโอนไปขึ้นอยู่กับท้องถิ่น แต่ทั้งนี้ ปัจจัยในส่วนในระดับแรงจูงใจในการถ่ายโอนไปสู่องค์การบริหาร

ส่วนจังหวัดก็ยังเป็นหนึ่งในสองของปัจจัยที่มีผลต่อการถ่ายโอนย้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ปัจจัยย่อยที่มีผลได้แก่ประเด็นการถ่ายโอนทำให้มีโอกาสที่จะได้เงินเดือนที่สูงขึ้น และ ประเด็นถ่ายโอนทำให้หน่วยงานของท่านมีบุคลากรที่เพียงพอ เป็นปัจจัยที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะเป็นปัจจัยที่ใหญ่และเห็นชัดในระบบราชการปัจจุบันในเรื่องเงินเดือนของข้าราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และเป็นปัญหาในเรื่องการขาดแคลนบุคลากรอย่างมากในหน่วยงานระดับตำบล

ข้อเสนอแนะ

ในการโอนย้ายเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ทุกกระทรวง ไปสู่ส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด ควรมีการเตรียมความพร้อมทุกด้าน ทั้ง เรื่องความรู้ ทัศนคติ และ แรงจูงใจในการโอนย้าย มากกว่านี้ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้มีการตัดสินใจที่ดี และมีความพร้อมที่จะไปสังกัดหน่วยงานที่จะโอนย้ายได้มากกว่านี้ ซึ่งจะทำให้ประชาชนผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียจะได้ไม่รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายณรงค์ น้อยจินสาธารณสุขอำเภอท่าม่วง ที่สนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ ภก.ชัยยุทธ เจริญานวัตร ที่ให้ความรู้และเป็นที่ปรึกษาในงานวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอท่าม่วงทุกท่านที่เป็นกำลังสนับสนุนในการปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

1. Taro Yamane(1973).Statistics: An Introductory Analysis.3rdEd.New York.Harper and Row Publications.
2. พืรวรรณ ชีวียะ (2552) ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ที่มีต่อการถ่ายโอนสถานีอนามัยให้องค์การบริหารส่วนตำบลใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปรญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา คณะสาธาณสุขศาสตร ราชบัณฑิตยสถาน. (2539). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พุทธศักราช 2525. (พิมพ์ครั้งที่ 6).กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
3. อุทิศ ดวงผาสุก (2554) ความพร้อมของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในการถ่ายโอนสถานีอนามัยสู่องค์กรบริหารส่วนตำบลจังหวัดสมุทรสงคราม รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี สาขาวิชาการบริหารและพัฒนาประชาคมเมืองและชนบท
4. ตฤยวดี หล่อตระกูล (2563) ได้ศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา วารสารวิชาการอยุธยาศึกษา ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2563
5. กาญจนา ตรีรัตน์ (2549). ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี งานนิพนธ์การจัดการการมหาบัณฑิต, สาขาการจัดการทรัพยากรมนุษย์, คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, มหาวิทยาลัย บูรพา.
6. จิระศักดิ์ สุขแก้ว. (2547). ความพร้อมขององค์กรบริหารส่วนตำบลในการรับถ่ายโอนอำนาจสู่ท้องถิ่น: ศึกษากรณีองค์กรบริหารส่วนตำบล ในเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง. ปัญหาพิเศษ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทั่วไป, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
7. พงษ์ศักดิ์ งามแปง (2552) การถ่ายโอนสถานีอนามัยสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษา อำเภอมะเข่ จังหวัดเชียงใหม่ ปรญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะรัฐศาสตร สาขาวิชาการเมืองและการปกครอง
8. สมยศ แสงมะโน (2556) ศึกษาปัญหาการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลจากกระทรวงสาธาณสุขไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดเชียงใหม่ ปรญญา รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ คณะรัฐศาสตร สาขานโยบาย สาธาณะสำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. (ม.ป.ป.) คู่มือแนวทางการดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใหแก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด สืบค้น 1 มีนาคม 2565 , จาก <https://odloc.go.th>



กาญจนบุรีเวชสาร

Kanchanaburi Medical Journal



กาญจนบุรีเวชสาร

Kanchanaburi Medical Journal

ปีที่ 10 ฉบับที่ 30 กันยายน - ธันวาคม 2565

