

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสถาบันบำราศนราดูรยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อหรือโรคติดเชื้อ ตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ ทางกองบรรณาธิการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้
"บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง"

ความยาวของเรื่องไม่เกิน 10 หน้าพิมพ์

รายงานผลการ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ

ปฏิบัติงาน วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพื้นวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิจารณ์ หรือวิเคราะห์สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

บทคัดย่อ

คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้ว ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษาและวิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

วัตถุประสงค์

วิธีการศึกษา

อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา

อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

วิจารณ์

ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี)

ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver 1997

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุม และตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอักษไทยต่อท้ายชื่อและสถาบันที่ทำงานอยู่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัด และชัดเจนเพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

- 2) การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถาต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
- 3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมให้ครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนวารสาร

(โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงเอกสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่.ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ).ชื่อเรื่อง
วารสาร ปี ค.ศ.; ปีที่พิมพ์ (volume) : หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.
ในกรณีที่ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก
แล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

1. Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of
Heterosexual patners, children and household
contracts of Adults with AIDS.JAMA 1987; 257: 640-4.

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนเต็ม
ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

2. ชีระ รามสูตร, นิวัติ มนต์วิสุทธิ, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช,
อุบัติการณ์โรคเอดส์ระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยา
คลินิกจากกวางดางขาวของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเอดส์
589 ราย.วารสารโรคติดต่อ 2527;10: 101-2

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง(สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ.
เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Toman K.Tuberculosis case-finding and chemo-
therapy.Geneva: Wold Health Organization; 1979.

ข. การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือตำรา

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน.ชื่อเรื่อง.ใน; (ชื่อบรรณาธิการ),
บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์:
สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

2. ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ.การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย.ใน:
ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุญภาค, ตระหนักจิต หาริณสูตร,
บรรณาธิการ, ตำราอายุรศาสตร์เขตรอน.พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพมหานคร: รวมทรงสน; 2533. น.115-20

โปรดศึกษารายละเอียดได้จากบทความเรื่อง
การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารทางวิชาการโดยใช้ระบบ
แวนคูเวอร์ในวารสารโรคติดต่อปีที่ 24 ฉบับที่ 4
(ตุลาคม -ธันวาคม 2541) หน้า 465-472.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 1 ชุด และแผ่น
diskette ถึง ห้องสมุดสถาบันบำราศนราดูร ถนนติวานนท์
จ.นนทบุรี 11000

4.2 ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวและ
ส่งเอกสารมาพร้อมกับแผ่น diskette ซึ่งพิมพ์ต้นฉบับ
เอกสารพร้อมรูปชื่อ File และระบบที่ใช้ MS Word

4.3 ภาพประกอบถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วย
หมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพ
สไลด์ หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้
การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในรูป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้
ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์กองบรรณาธิการ
จะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์กองบรรณาธิการ
จะส่งสำเนาพิมพ์ให้ผู้เขียนเรื่องละ 30 ชุด

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสถาบันบำราศนราดูร ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัยและวิเคราะห์ตลอดจน
เป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสถาบันบำราศนราดูร หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด
ผู้เขียนต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

วารสารสถาบันบำราศนราดูร

วารสารสถาบันบำราศนราดูร เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดย
สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยของบุคลากรในสถาบันบำราศนราดูร และหน่วยงานทางวิชาการอื่นๆ 2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อและประสานงานระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข 3. เพื่อเป็นการจัดการความรู้และสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้		
ที่ปรึกษา	นายแพทย์ปรีชา แพทย์หญิงรุจิณี แพทย์หญิงจริยา	ตันธนธิป สุนทรขจิต แสงสัจจา	ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร รองผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร รองผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร
บรรณาธิการ	นายแพทย์สุทัศน์	โชติชนะพันธ์	
คณะบรรณาธิการ	นางถนอมจิตต์ นายแพทย์บุญชัย นายแพทย์อรุณ แพทย์หญิงปริญญ์ นายแพทย์วีรวัฒน์ นายบุญช่วย นางศิริรัตน์ นางวราภรณ์ นางสาวอัญชนา นางภาวิตา	ดวงดวน โควาศิษฐ์บุรณะ เหลื่องนิยมกุล โพธิ์หอม มโนสุทธิ เอี่ยมโกลาภ ลิگانนท์สกุล เทียนทอง ถาวรวัน สุวรรณวัฒนะ	
ผู้จัดการ	นายบุญช่วย	เอี่ยมโกลาภ	
ฝ่ายจัดการ	นางสาวอวยพร นางสาวศิริพร นางสาววิรัตน์	นพเมือง หาญธิรเดช จันทร์ศรีธรรม	
สำนักงาน	งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ สถาบันบำราศนราดูร 126 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร 0-2590-3652 โทรสาร 0-2590-3600		
กำหนดออก	ปีละ 3 ครั้ง		
พิมพ์ที่	โรงพิมพ์ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ โทร. 0-2223-3351		

BAMRASNARADURA INFECTIOUS DISEASES INSTITUTE JOURNAL
Official Publication of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute,
Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand

Objective:

1. To distribute new knowledge and researches. Conducted by health Professional in Bamrasnadura Infectious Institute. And ministry or public health
2. Media for knowledge charring among public health personnel
3. Media for knowledge management and knowledge based organization

Advisors:

Dr. Preecha Tuntanathip
Director, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Dr. Rujanee Sunthornkachit
Deputy Director, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Dr. Chariya Sangsaija
Deputy Director, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Editor: Dr. Suthat Chottanapund

Editorial Board:

Mrs. Tanomchitt	Duanduan
Dr. Boonchai	Kowadisaiiburana
Dr. Aroon	Lueangniyomkul
Dr. Piyanut	Phokhom
Dr. Weerawat	Manosuthi
Mr. Boonchuay	Eampokalap
Ms. Sirirat	Likanonsakul
Ms. Varaporn	Thientong
Ms. Unchana	Thawornwan
Mrs. Pawita	Suwanvattana

Manager: Mr. Boonchuay Eampokalap

Management Department:

Ms. Uayporn	Nopmuang
Ms. Siriporn	Hanthiradej
Ms. Raweenon	Chansritham

Editor Office: Infectious Control Unit, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute
126 Tiwanond Rd, Nonthaburi 11000,
Tel. 0-2590-3652 Fax 0-2590-3600

Publication: Three issues per year:

Printed at: Religious Printing Press Tel. 0-2223-3351

วารสารสถาบันบำราศนราดูร

Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute Journal

ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2553 Vol. 4 No. 3 September-December 2010

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
การวิเคราะห์ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช ปี พ.ศ.2543-2552 เจียมใจ สุขาทิพยพันธุ์	123
การพัฒนาระบบการบริหารยาเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จิราภรณ์ พันธ์จบสิงห์, พัชรี ศรีธัญรัตน์, ปิยะวดี ฉาโสง, จรียา ปานอ่อน, สมพร พงศ์ชู, ชาญชัย อาจสอน, นิตยา สอนพรม, โสภิตฐาล ขาภิมล, สุขสันต์ พลรักษ์	138
การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ต่อการป้องกันการอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ประกอบอาชีพทำอิฐมอญ นิธิตา ธารีเพียร, ทศนีย์ รวีวรกุล, สุรินทร์ กลัมพากร, วงเดือน บัณฑิต	144
รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับความเครียดของนักเรียน เกี่ยวกับการสอบเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา สโรบล ธนะคำดี, มุกดา ศรียงค์, จิรัชย์ หงษ์ยัตร์ชัย	157



สารจากบรรณาธิการ

เวลาผ่านไปเร็วมากวารสารบาราศฯ ฉบับนี้เป็นฉบับสุดท้ายของปี 2553 สถาบันฯ ได้มีการพัฒนาในหลายๆด้าน ทั้งด้านการบริการ การพัฒนา งานวิจัย และสวัสดิการต่างๆ ในเร็ววันนี้อาคารกีฬาที่จะเริ่มเปิดให้บริการวารสารของเราก็เช่นกันได้พัฒนา มาตามลำดับ ทางกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารของเราจะได้รับการสนับสนุน และพัฒนายิ่งๆ ขึ้นในปี 2554

สุทัศน์ โชตนะพันธ์

Analysis DHF in Pediatric Department Chaopayayommaraj Hospital, 2000 - 2009

Jiemjai Sukatipphayaphan, RN*.

* Registered Nurse, Pediatric Department Chaopayayommaraj Hospital, Suphanburi

Abstract

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) has been a major health problem because its initial signs and symptoms are similar to common cold symptoms. Therefore, differential diagnosis is hardly to determine. If there is no investigation, follow-up, and laboratory results, patients would be late in seeing a physician. Consequently, patients will perform the dengue shock syndrome. The patients need to get an appropriate treatment, otherwise, he/she will entry a prolong shock stage. The consequent negative outcomes include considerable bleeding, a number of complications toward liver, spleen, kidney, and brain. Ultimately, patients would die shortly. As a result, family loss, economic loss, and nation loss would arise. Hence, in order to study an epidemiology of DHF among DHF patients in the 4th Pediatric Ward, Chaoprayayommaraj Hospital, Suphanburi Province in the last 10 years (budget year 2000-2009), the investigator conducted a study in this setting. The rationales to conduct this study were as follows:

The previous data collected by health care providers in the 4th Pediatric Ward revealed that there were 2,418 children patients admitted because of DHF. All of them were diagnosed as DHF according to the DHF diagnosis and treatment guidelines of the Ministry of Public Health (MOPH). In the year 2001 only, there were 528 DHF children patients; five of them (0.94%) died. Causes of death were a delay of referral system, severe symptoms, and severe bleeding., Furthermore, the previous data indicated that the epidemiology of DHF has changed annually. The most serious epidemiology was in 2001. There were 528 DHF patients in 2001. Since then, DHF data have been reported and analyzed. At the same time, a Clinical

practice Guideline (CPG) of DHF was developed for physicians and nurses to set a mutual standard guideline. Also, health providers involved were trained to reach a 100% of their capability and to refresh their knowledge annually. A fast track of referral system was established to facilitate and admit the critical patients. A report system, rapid investigation, effective information system and follow up system, and responses from all involved departments were founded. A network, both inside and outside hospital, was prepared. All devices, a sufficient intra venous fluid (IVF), and a various forms were provided to benefit a health care team and to be data for effective referral system between hospitals. Consult system in a hospital, and a hospital network were developed. Ultimately, the positive outcomes of a continued development were to decrease serious complications attributed to DHF, and its mortality rate. Consequently, a problem solving standard was set up. Co-network of the administrator of the provincial-public health office was set up. In addition, a health policy to enhance the effective caring and treatment provided to DHF patients was initiated. The DHF center was established at the 4th Pediatric Ward, Chaoprayayommaraj Hospital, Suphanburi Province. Its tasks were the following:

1) Treatment

1.1) The standard practice guideline of DHF was launched according to the guideline of MOPH.

1.2) The guideline for referring patients from primary care unit (PCU), to a community hospital, a general hospital, and a central hospital was founded.

2) Data, statistics, and reports were collected to improve practice.

3) This center has been a 24-hotline counseling center. If there is any problem in caring, treatment, network, and referring, this center could provide helpful advices.

4) In case of referring, feedbacks regarding diagnosis, treatment, and complications were provided to team members of a network for a better understanding.

- 5) Team members were trained to improve their capability, knowledge, and skills in caring and observation of the symptoms of DHF patients.
- 6) Cooperation among public health sectors, including public health office of Muang district, provincial-public health office, and Suphanburi municipal office, was set up. War room meeting was also held to mutual analyze, resolve, and prevent potential problems.

Furthermore, the refreshing course was provided annually to health personnel and new nurses. In case of risk occurrence, the revision was carried out. In departments, there were mentors provided to all nurses and worked together in every shift. There were teaching, supervising, and following-up to nurses all day long, in particular, regarding DHF patients. The high risk DHF patients likely to perform serious bleeding and shock were closely monitored. Therefore, consult system, and effective nursing rounds were essential and need to constantly develop based on the following indicators:

- 1) The occurrence rate of DHF grade IV in the ward needs to be 0.
- 2) The re-occurrence rate of DHF cases in family and community must decrease more than 50%.

Subsequently, the results of the analysis revealed that DHF tended to occur more in pre-school children and adults. Regarding the development, following the continued development, there were no patients with prolonged shock attributed to the improper caring. The referring to hospitals in Bangkok was significantly decreased. Also, the referring from the PCU to the community hospital and the central hospital was more effective. Causes of death and complications considerably diminished. Consequently, none of patients died from DHF in the 4th Pediatric Ward.

การวิเคราะห์ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปี พ.ศ.2543-2552

เจียมใจ สุชาติพยพันธุ์, พย.บ.*

ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลตึกกุมารเวชกรรมฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สุพรรณบุรี

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออก เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขตลอดมา^{1,2,3,4} เนื่องจากอาการเริ่มต้นมักมีอาการคล้ายไข้หวัด ทำให้การวินิจฉัยแยกโรคเป็นไปได้ยาก^{6,7,8} หากไม่มีการตรวจและติดตามอาการ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยมาตรวจซ้ำๆ หรือมาระยะท้ายของโรค^{8,9,10} ซึ่งจะมีอาการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ผู้ป่วยจะมีอาการช็อค (Dangue shock syndrome) ถ้าได้รับการรักษาไม่เหมาะสมอย่างทันที่ ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะช็อครุนแรง (Prolong Shock) เกิดภาวะเลือดออกมาก มีภาวะแทรกซ้อนทางตับ ไต หรือสมอง และเสียชีวิตได้ภายในเวลาอันรวดเร็ว ทำให้เกิดความสูญเสียกับครอบครัวผู้ป่วย สูญเสียเศรษฐกิจของโรงพยาบาล สังคม ประเทศชาติ และยังทำให้เกิดความเสียหายในทีมแพทย์ พยาบาลที่ให้การดูแลอีกด้วย ดังนั้น เพื่อเป็นการศึกษาทางด้านระบาดวิทยาของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ชั้น 4 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ในรอบ 10 ปี (ปีงบประมาณ 2543-2552) ซึ่งเป็นที่ตั้งศูนย์ไข้เลือดออกในโรงพยาบาล เนื่องจากการระบาดมักพบในเด็กเป็นส่วนใหญ่ การศึกษาจากข้อมูลสถิติของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ชั้น 4 มีผู้ป่วยเด็กเป็นไข้เลือดออกเดงกี จำนวน 2,418 ราย ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไข้เลือดออกเดงกีตามแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกีกระทรวงสาธารณสุข⁸ ซึ่งในช่วงปี 2544 พบว่าผู้ป่วยเด็กเป็นไข้เลือดออก 528 ราย เสียชีวิต 5 ราย คิดเป็น 0.94% ซึ่งเกิดจากการส่งต่อล่าช้า ผู้ป่วยมีอาการหนักมาแล้วมีเลือดออกมาก ผลการศึกษาพบว่าภาระโรคของโรคเปลี่ยนไป มีการระบาดทุกปี แต่ไม่รุนแรงเท่าปี 2544 (ปี 2544 พบไข้เลือดออก 528 ราย) ดังนั้น ตั้งแต่ปี 2544 เป็นต้นมา มีการเก็บรายงานและนำมาวิเคราะห์ พร้อมทั้งมีการพัฒนาการดูแลรักษาเป็นรูปแบบ CPG ให้แพทย์-พยาบาลใช้เป็นมาตรฐานเดียวกัน มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง 100% และเพิ่มพูนความรู้ทุกปี สร้างระบบเส้นทางด่วนในการรับผู้ป่วย Refer ที่มีอาการรุนแรง สร้างระบบรายงาน สอบสวนโรคที่รวดเร็ว ระบบสารสนเทศ ระบบนิเทศติดตาม การสะท้อนกลับข้อมูลทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เชื่อมโยงกันทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล มีการเตรียมอุปกรณ์ สารน้ำที่เพียงพอ และยังพัฒนาแบบฟอร์มต่างๆ ในการบันทึก เพื่อประโยชน์ในการสื่อสารของทีมในแผนกและเป็นข้อมูลการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ รวมทั้งพัฒนาระบบการปรึกษาภายในโรงพยาบาลและโรงพยาบาล

เครือข่าย ผลจากการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสามารถสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตได้

โดยมีการประสานงานกับผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้เริ่มนโยบายเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก มีการตั้งศูนย์รักษาผู้ป่วยไข้เลือดออกที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมชั้น 4 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมรราช โดยให้ทำหน้าที่

1. ด้านการรักษา

1.1 จัดทำแนวทางการดูแลรักษาโรคไข้เลือดออกเป็นแนวทางเดียวกัน โดยยึดแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข

1.2 แนวทางสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานอนามัยสู่โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์

2. รวบรวมสถิติ วิเคราะห์ข้อมูล รายงานสถานการณ์โรค เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงาน

3. เป็นสถานที่รับปรึกษา (Hotline 24 ชั่วโมง) เมื่อมีปัญหาการดูแล จัดทำในลักษณะของเครือข่าย และจัดวางระบบการ Refer ผู้ป่วยไข้เลือดออกอย่างมีประสิทธิภาพ

4. การให้ข้อมูลย้อนกลับเครือข่าย (กรณีส่งต่อ) ที่เกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษาและภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้เครือข่ายมีความเข้าใจพัฒนาที่เข้มแข็ง

5. พัฒนาศักยภาพด้านความรู้ ทักษะ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อการสังเกตอาการ การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องรวดเร็ว

6. ประสานงานกลุ่มงานเวชกรรมสังคม, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุพรรณบุรี, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เทศบาลเมืองสุพรรณบุรี ประชุม War Room เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ แก้ไข และป้องกันปัญหา

นอกจากนี้แล้วจัดให้มีการฟื้นฟูความรู้แก่เจ้าหน้าที่ประจำ เจ้าหน้าที่พยาบาลใหม่ทุกปี กรณีมี case ที่มีปัญหาเกิดความเสียหายขึ้น จัดให้มีการทบทวนทุกครั้ง ภายในแผนกพยาบาลทุกคน มีระบบพี่เลี้ยงอยู่เวรคู่กันตลอด มีการสอนงาน นิเทศ ติดตาม กำกับ ตลอด 24 ชั่วโมง ที่มีผู้ป่วยไข้เลือดออก โดยเฉพาะกลุ่มที่เสี่ยงจะเกิดอาการเลือดออก ช็อค ทำให้เกิดระบบการ consult ส่งต่อเวชที่มีประสิทธิภาพ จึงมีการพัฒนาต่อเนื่อง โดยกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพว่า

1. อัตราการเกิดภาวะ DHF grade IV ในหอผู้ป่วยเท่ากับ 0

2. ลดอัตราการเกิด case ไข้เลือดออกซ้ำซ้อนในครอบครัว ชุมชน มากกว่า 50%

หลังจากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยไข้เลือดออกมีแนวโน้มเกิดในเด็กโตและผู้ใหญ่มากขึ้น ส่วนการพัฒนาพบว่า หลังการพัฒนาต่อเนื่องแล้วพบว่า ผู้ป่วยไม่มี Prolonged shock จากการดูแลไม่เหมาะสม การ Refer ไปในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครลดลง การ Refer จากสถานอนามัยไปโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดสาเหตุการตาย การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ และไม่พบผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิตในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมชั้น 4 เลย

บทนำ

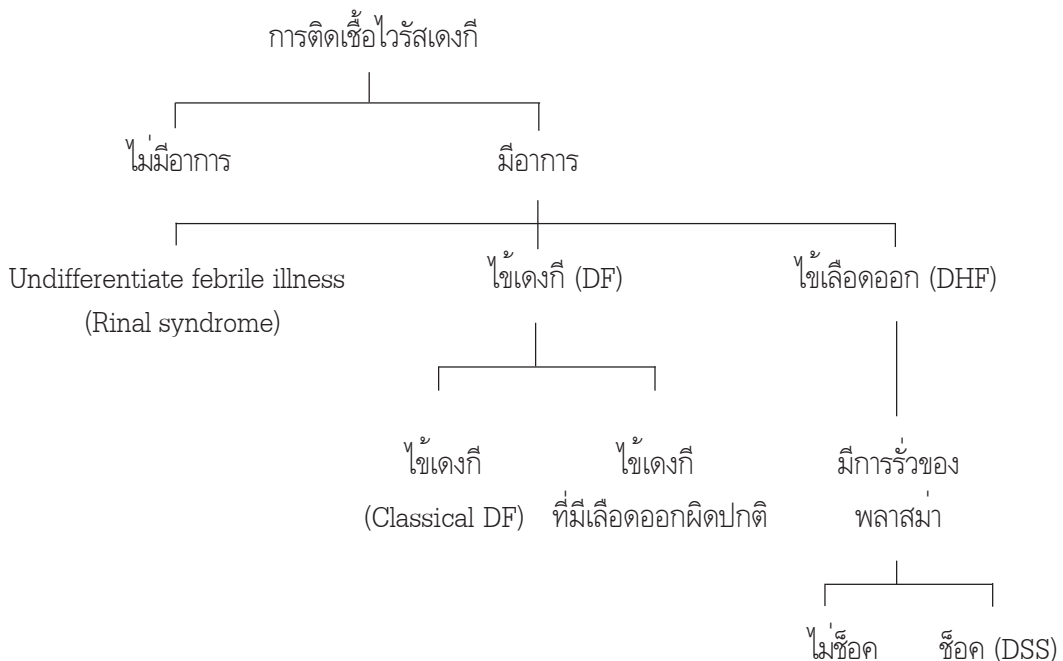
โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย สร้างความสูญเสียทรัพยากรทั้งด้านบุคคล สุขภาพจิต อารมณ์ สังคม และทางเศรษฐกิจ พบอัตราป่วยสูงในปี 2544 โดยมีอัตราป่วย 224.43 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตายร้อยละ 0.18 ในแต่ละปีจะยังมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคนี้จำนวนไม่น้อย โดยเฉพาะผู้ที่อยู่พื้นที่ทางไกลอาจขาดแพทย์ พยาบาล และแนวทางการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะช็อคจากการสูญเสียพลาสมา ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ดังนั้น หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ชั้น 4 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรเป็นศูนย์ไข้เลือดออกของโรงพยาบาล มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการรักษาพยาบาล ให้คำปรึกษาด้านการดูแลและประสานงานควบคุมโรค ผ่านกลุ่มงานเวชกรรมสังคม การศึกษาข้อมูลครั้งนี้ได้ศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานทางด้านระบาดวิทยา อาการแสดง ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยไข้เลือดออก เพื่อนำข้อมูลแนวโน้มการเกิดอุบัติการณ์มาใช้ในการวางแผนพัฒนาการรักษาพยาบาล ด้านการป้องกันควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สร้างเครือข่ายการดูแลรักษาพยาบาลที่เข้มแข็งต่อไป

การติดเชื้อไวรัสเดงกี

ไวรัสเดงกี มี 4 serotypes DEN1 , DEN2, DEN3, DEN4 มีอยู่หลายเป็นพาหะ ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยติดเชื้อจะไม่มีอาการและเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ผู้ป่วยมีอาการได้ 3 แบบคือ

1. Undifferentiate Fever (UF) หรือกลุ่มอาการไวรัส
2. ไข้เดงกี (Dengue Fever - DF)
3. ไข้เลือดออกเดงกี (Dengue Hemorrhagic Fever - DHF)



การรายงานผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเดงกีให้รายงาน
3 แบบคือ

1. ไข้เดงกี (DF - Dengue Fever)
2. ไข้เลือดออก DHF - Dengue Hemorrhagic Fever)

3. ไข้เลือดออกที่ช็อค DSS (Dengue shock syndrome)

- ไข้เลือดออกเดงกี Dengue Hemorrhagic fever (DHF) ซึ่งผู้ป่วย 1 ใน 3 อาจมีอาการรุนแรง เกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการรั่วของพลาสมาได้

ไข้เลือดออกเดงกี (DHF) แบ่งตามความรุนแรงของโรคได้ 4 ระดับ (grade) คือ

Grade I ผู้ป่วยไม่ช็อค มีแต่ positive tourniquet

Grade II ผู้ป่วยไม่ช็อค แต่มีเลือดออก เช่น เลือดกำเดา อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระเป็นเลือด

Grade III ผู้ป่วยช็อค

Grade IV ผู้ป่วยช็อคนาน วัดความดันโลหิตและจับชีพจรไม่ได้ (Prolong Shock)

ผู้ป่วย DHF Grade V และ Grade IV เรียก DSS

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดไข้เลือดออก (DHF) คือ การติดเชื้อเดงกีซ้ำ การมี preexisting antibody อยู่ในระดับต่ำกว่าที่จะป้องกันได้ เมื่อมีการติดเชื้อซ้ำด้วย serotype ที่แตกต่างจากการติดเชื้อครั้งแรก เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค DHF ชนิดของไวรัสเดงกีในการติดเชื้อครั้งแรก และติดเชื้อครั้งที่สอง

และระยะเวลาระหว่างการติดเชื้อทั้งสองครั้งมีความสำคัญในการทำให้เกิดโรค DHF โดยการติดเชื้อซ้ำด้วย DEN 2 ตามหลังชนิดอื่นๆ จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิด DHF โดยเฉพาะการติดเชื้อ DEN 2 ตามหลัง DEN 1 จะมีความเสี่ยงสูงสุด และช่วงที่เสี่ยงต่อการเกิด DHF คือเมื่อติดเชื้อซ้ำครั้งที่ 2 ห่างจากการติดเชื้อครั้งแรก 1-5 ปี การติดเชื้อซ้ำ ไม่ทำให้เกิด DHF ทุกราย อาจเป็นแบบ asymptomatic UF, DF หรือ DHF ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง

การดำเนินโรคของไข้เลือดออก แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะไข้สูง กินเวลา 2-7 วัน
2. ระยะวิกฤตหรือระยะช็อค กินเวลา 24 ชั่วโมง
3. ระยะพักฟื้น

การวินิจฉัยไข้เลือดออกใช้อาการทางคลินิก 2 ประการแรกร่วมกับเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ 2 ประการคือ

อาการทางคลินิก

1. ไข้สูงลอยประมาณ 2-7 วัน
2. มีอาการเลือดออกหรือการทำหุניתใต้ผิวหนัง
3. ตับโตกดเจ็บ
4. มีภาวะช็อคเนื่องจากการรั่วของพลาสมาเกิด Hypovolemic shock

การเปลี่ยนแปลงทางห้องปฏิบัติการ

1. เกล็ดเลือด < 100,000 เซลล์/ลบ.มม.
2. Hematocrit เพิ่มขึ้น > 20% หรือพบว่า มี Pleural effusion หรือ Ascites

ข้อมูลทั่วไป

จำนวน 2,418 คน อยู่ระหว่างอายุ 6 เดือน - 15 ปี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอายุอยู่ในช่วงอายุ 10-14 ปี เป็นอันดับหนึ่งคือ จำนวน 1,167 คน (ร้อยละ 48.26) รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 5-10 ปี จำนวน 817 คน (ร้อยละ 33.78) และอายุ 1-5 ปี จำนวน 247 คน (ร้อยละ 10.23)

ปัจจัยสำคัญของการระบาดที่ขยายเป็นวงกว้างได้แก่ การเพิ่มขึ้นของประชากรที่หนาแน่นในเขตเมือง การเคลื่อนไหวของประชากรเช่น การเดินทาง การเข้ากลุ่มรวมกิจกรรม เช่น ไปโรงเรียน เรียนพิเศษ ในขณะที่ยุ่งลายเพิ่มขึ้นจากการเพิ่ม

จำนวนประชาชนที่มีน้ำขังจากการกระทำของคนสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง มีฝนตลอดปี ยุงเร็วขึ้นและออกหากินตั้งแต่ช่วงกลางวัน ไปถึงช่วงกลางคืน ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ และ สุจิตรา นิมนานนิตย์ 2551 และสอดคล้องกับและผลศึกษาของแพทย์หญิงรุจิณี สุนทรขจิต ที่ศึกษาสถานการณ์โรคไข้เลือดออกและไข้แดงกึ่งในรอบ 10 ปี สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรคที่ว่ามีการเปลี่ยนแปลงด้านกลุ่มอายุในช่วง 10 ปี จากสถิติของสถาบันบำราศนราดูร พบผู้ป่วยในเด็กโต อายุ 5-14 ปี มากกว่าเด็กเล็ก และพบในผู้ใหญ่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอายุ 15-24 ปี

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกและแดงกึ่ง ณ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ชั้น 4 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปี 2543-2552 จำแนกตามอายุแต่ละปีงบประมาณ

อายุ	งบประมาณ										รวม	ร้อยละ
	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552		
0-1 ปี	5	8	0	6	2	3	3	0	3	0	30	1.24
1-5 ปี	25	67	20	35	14	13	10	15	31	17	247	10.23
5-10 ปี	45	198	79	60	62	52	40	47	169	65	817	33.78
10-14 ปี	35	240	87	39	64	46	96	102	307	151	1,167	48.26
15 ปี	8	15	2	1	1	0	16	27	62	25	157	6.49
รวม	118	528	188	141	143	114	165	191	572	258	2,418	100

ตารางที่ 2 แสดงแผนภูมิลำเนาของผู้ป่วยที่รับไว้ที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ชั้น 4 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีภูมิลำเนาในอำเภอเมืองสุพรรณบุรี ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร รับผิดชอบ

ส่วนอำเภออื่นๆ ส่วนใหญ่จะเป็น case ส่งต่อยกเว้นจังหวัดอื่นๆ มักจะมาเองหรือเดินทางมาพักที่จังหวัดสุพรรณบุรี

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกและไข้เดงกี จำนวนตามภูมิภาค

อำเภอ	ปีงบประมาณ										รวม	สัดส่วนร้อยละ
	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552		
เมืองสุพรรณบุรี	87	342	144	94	107	881	121	149	430	204	1,759	72.74
บางปลาม้า	9	37	11	5	10	2	7	10	27	21	139	5.74
สองพี่น้อง												
อู่ทอง	6	31	7	5	4	4	9	5	13	5	89	3.68
ศรีประจันต์	5	25	8	10	2	5	12	3	40	10	120	4.95
ดอนเจดีย์	1	34	11	5	8	9	6	5	14	1	94	3.88
สามชุก	4	6	1	2	4	6	1		18	6	48	1.98
ด่านช้าง		11		1	1			4	2		19	0.78
หนองหญ้าไซ		12	1	2	1	2	2	2	4		26	1.08
เดิมบางนางบวช	2	8	1	6	2	4	1	6	15	3	48	1.99
จังหวัดอื่นๆ	4	22	4	11	4	1	6	7	9	8	76	3.15
รวม	118	528	188	141	143	114	165	191	572	258	2,418	100

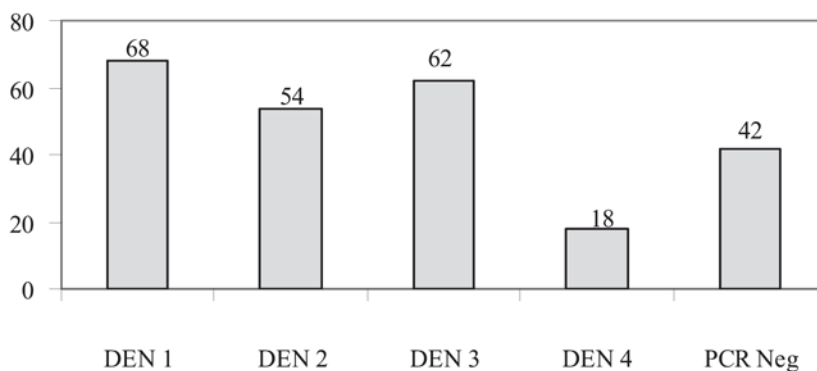
ข้อมูลการระบาดด้านซีโรทัยม์

การตรวจทาง serology ในช่วงก่อนปี 2548 ทางหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ชั้น 4 ไม่มีการส่งตรวจ serotype จึงไม่มีข้อมูลในส่วนนี้ ต่อมาได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์ สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์ จึงได้มีการส่งตรวจยืนยันโดยมีผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 20 มกราคม 2550 ถึงวันที่ 19 มกราคม 2552 ได้ส่งตัวอย่างตรวจ serum ตรวจ 2 ครั้ง จำนวน 497 ราย เป็นการติดเชื้อ ครั้งที่ 2 จำนวน 391 ราย ส่วนที่เก็บไม่ครบ 2 ครั้ง/และไม่สามารถสรุปได้ เนื่องจาก serum ไม่เพียงพอ หรือขอส่งตัวอย่างช้าเป็นจำนวน

106 ราย

สำหรับผลการตรวจ serotype ของไวรัสเดงกี ได้รับการตรวจ RT-PER (Reverse Transcription polymerase chain reaction ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบเชื้อเดงกี จำนวน 244 ราย (ร้อยละ 49.09) ในจำนวนนี้เป็นซีโรทัยม์ DEN 1 เป็นอันดับ 1 จำนวน 68 ราย (ร้อยละ 27.86) DEN 3 จำนวน 62 ราย (ร้อยละ 25.40) และ DEN 2 จำนวน 54 ราย (ร้อยละ 22.13) DEN 4 จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 7.37) และ PCR Neg จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 9.25) ไม่ระบุ Type จำนวน 147 ราย (ร้อยละ 29.57) (แผนภูมิที่ 1)

แผนภูมิที่ 1 แสดงการระบาดของเชื้อเดงกีที่ซีโรทัยต่างๆ



ที่มา : ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 20 มกราคม 2550 ถึงวันที่ 19 มกราคม 2552 ในจำนวนตัวอย่าง 497 ราย ของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ชั้น 4 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร

ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ณ เดือนมีนาคม 2551 (จากวารสารระบาดวิทยา สถาบันบำราศนราดูร) พบว่า การระบาดในปี 2551 พบ DEN 1 มากที่สุด และพบ DEN 3 รองลงมา การระบาดของเชื้อเดงกีซีโรทัยต่างๆ ที่ผ่านมานี้ในอดีตมีการเปลี่ยนแปลงทุกปี โดยพบว่า DEN 2 และ DEN 3 กระจายอยู่ตลอดเวลา ต่างกับ DEN 1 และ DEN 4 ที่พบในสัดส่วนที่มากและป่วยสลับกันไปในแต่ละช่วง 3-5 ปี โดยพบว่า

ถ้าปีใดมีสัดส่วนของ DEN 1 มาก สัดส่วน DEN 4 จะน้อยลง และในทางตรงกันข้าม ถ้าปีใดที่พบสัดส่วนของ DEN 4 มาก สัดส่วนของ DEN 1 จะน้อย

สำหรับความรุนแรงของโรคจำแนกตามตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นไข้เดงกี ร้อยละ 40.98 รองลงมาเป็น DHF grade I ร้อยละ 36.15 ส่วน DHF grade III พบร้อยละ 11.54 และ grade IV ลดลง เนื่องจากได้พัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกและไข้เดงกี จำแนกตามความรุนแรงคิดเป็นสัดส่วน

ความรุนแรง	ปีงบประมาณ										รวม	สัดส่วนร้อยละ
	2543	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551	2552		
DF	36	159	75	59	53	41	87	71	293	117	991	40.98
DHF grade I	31	164	69	52	63	46	44	81	219	106	874	36.95
DHF grade II	20	78	15	9	13	10	19	17	39	25	245	10.13
DHF grade III	27	107	30	19	14	17	14	22	20	9	279	11.54
DHF grade IV	4	20	0	2	0	0	1	0	1	1	29	1.20
รวม	118	528	188	141	143	114	165	191	572	258	2,418	100

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยไข้เลือดออกในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ชั้น 4 โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ในปี 2544 มีผู้ป่วยเด็กเสียชีวิต 5 ราย (ร้อยละ 0.94) และเป็นปีที่มีผู้ป่วยมาก 528 ราย เป็นผู้ป่วยไข้เลือดออก grade III จำนวน 107 ราย (ร้อยละ 20.26) และ grade IV จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 3.78) รายงานผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้ง 5 ราย โดยสังเขปดังนี้

ผู้ป่วยรายที่ 1 เด็กหญิง อายุ 4 ปี Refer จากโรงพยาบาลชุมชุน ผู้ป่วยมี Prolong Shock และมี GI bleeding แรกัรับวัดความดันโลหิตไม่ได้ ซีดมาก และท้องอืด ต้องทำ cut down และ Load IV fluid จนวัดความดันโลหิตได้ หลังจากนั้นให้ Dextran, Blood Transfusion และให้ IV Fluid ต่อ ต่อมาผู้ป่วยมีเลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร ตลอดและเสียชีวิตหลัง Admit 8 ชั่วโมง

ผู้ป่วยรายที่ 2 เป็นเด็กชาย อายุ 14 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯด้วยมีไข้สูง ถ่ายเหลวเป็นมูกเลือด ซึม ได้รับการรักษาด้วย IV Fluid, Dextran และอื่นๆ จนพ้นภาวะวิกฤต แต่เดิมมีอาการ Confusion มี hepatic encephalopathy และ hepatic failure-AST/ALT = 5,455/1,145 ได้ Refer ไปรักษาโรงพยาบาลศิริราชทำ plasmaphoresis หลายครั้งและเสียชีวิตจาก Intracranial hemorrhage confusion

ผู้ป่วยรายที่ 3 เป็นเด็กหญิง อายุ 8 ปี Refer จากโรงพยาบาลชุมชุน มี Prolong Shock with unrecognized internal bleeding แรกัรับมีอาการซีด ท้องอืด Pulse, BP วัดไม่ได้

ได้รับการ Resuscitate ด้วย IV Fluid ตามด้วย Dextran และ Blood transfusion ต่อมา มี GI Bleeding และ D/C เสียชีวิต Admit 6 ชั่วโมง

ผู้ป่วยรายที่ 4 เป็นเด็กหญิง อายุ 3 ปี Refer จากโรงพยาบาลชุมชุน มีประวัติอาเจียนเป็นเลือด 6 ชั่วโมงก่อนมารักษาที่โรงพยาบาลชุมชุน แรกัรับซีดมาก BP วัดไม่ได้ ได้รับการ Resuscitate ด้วย IV Fluid loading แล้ว Refer มาเรากัรับ บวม ท้องอืด ซีฟจรเบาเร็วมาก (170 ครั้ง/นาที) ได้ทำ cut down ให้ Dextran Blood Transfusion Bleed และให้ IV Fluid แต่ผู้ป่วยมี GI Bleeding ต่อมา มี Respiratory distress ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทำ Pleural Tapping และเสียชีวิตหลัง Admit 16 ชั่วโมง

ผู้ป่วยรายที่ 5 เป็นเด็กหญิง อายุ 8 ปี Refer มาจากโรงพยาบาลชุมชุน มี Prolong Shock with unrecognized internal bleeding แรกัรับซีด บวม ท้องอืด BP 90/60 mmHg ซีฟจร 120 ครั้ง/นาที เบามาก ได้รับการรักษาด้วย Dextran, BITx และให้ IV Fluid เสียชีวิตหลัง Admit 6 ชั่วโมง

การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิต 4 ราย มีปัญหาค่่ายกันคือ มี Prolong Shock with unrecognized internal bleeding และเป็น case Refer จากโรงพยาบาลชุมชุน ส่วนอีกรายมีประวัติอาเจียนเป็นเลือดก่อนรับการรักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ แต่เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน hepatic encephalopathy และ hepatic failure

วิเคราะห์และแก้ไขปัญหา

จากสถิติของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ชั้น 4 โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร พบรูปแบบการระบาดของมีทั้งลักษณะปีเว้นสองปี ปีเว้นปี ระยะหลังระบาดทุกปี แต่ไม่มากเท่ากับปี 2544 และปี 2551 (ตารางที่ 3) ผู้ป่วยไข้เลือดออกที่อยู่ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ชั้น 4 ซึ่งต้องรับผู้ป่วยไว้ตั้งแต่ระยะไข้สูงตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยได้ผลดี ดังนั้นพยาบาลต้องมีความตระหนักในการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด จะทำให้สามารถ Early detect ผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะช็อคจนได้ การที่พยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ แม้ว่าภาวะช็อคไม่สามารถป้องกันได้ แต่สามารถที่จะแก้ไขภาวะช็อคได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยไข้เลือดออกที่อยู่ในระยะวิกฤต จะมีการรั่วของพลาสมาออกจากหลอดเลือดเข้าไปอยู่ในช่องปอดและช่องท้อง ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 80 ขึ้นไป จะมีเฉพาะการรั่วของพลาสมา ส่วนอาการเลือดออกมักมีเพียงเล็กน้อยที่ผิวหนังหรือทางเดินอาหาร ซึ่งไม่จำเป็นต้องให้เลือด มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 15-20 ที่มีทั้งการรั่วของพลาสมาและเลือดออกอย่างมาก ซึ่งมักเกิดจากการที่มีการรั่วของพลาสมาอย่างมาก จนมีอาการช็อคและถ้าไม่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้องรวดเร็ว จะทำให้เกิดภาวะช็อค (Prolong Shock) ซึ่งจะไปกระตุ้นระบบกลไกการแข็งตัวของเลือดทำให้เกิดภาวะ Disseminated Intravascular Coagulation (DIC) อย่างรุนแรง และทำให้มีภาวะเลือดออกมากตามมาในผู้ป่วยที่มีเลือดออกภายใน

แต่ไม่มีเลือดออกมาให้เห็น (concealed bleeding) หากแพทย์ผู้รักษาไม่นึกถึง พยาบาลไม่สังเกตอาการปวดท้องรุนแรง ท้องอืด รวมถึงการติดตามสัญญาณชีพ จึงทำให้แพทย์ให้แต่สารน้ำทดแทนจนเกิดภาวะน้ำเกิน โดยอาการของผู้ป่วยจะไม่ดีขึ้น เกิดภาวะช็อคจนและภาวะเลือดเป็นกรด ทำให้เกิดภาวะ DIC อาการเลวลง การพิจารณาให้เลือดเข้าไปส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยไข้เลือดออกที่สำคัญได้แก่

1. มีภาวะช็อค (Prolong Shock)
2. มีภาวะน้ำเกิน (fluid overload) จากการให้ IV fluid ตั้งแต่ระยะไข้สูง หรือการใช้ hypotonic solution อย่างเดียว การให้สารน้ำปริมาณเกินกว่าที่รับและนานกว่าระยะที่รับ / ไม่คำนวณ Ideal body weight / ให้แต่สารน้ำโดยไม่นึกถึงภาวะเลือดออก
3. มีเลือดออกมาก (massive bleeding)

ซึ่งทั้ง 3 สาเหตุมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน และมีผลกระทบซึ่งกันและกันเป็นวงจรเกี่ยวเนื่องกันในผู้ป่วยที่เสียชีวิต

โรคไข้เลือดออกแม้เป็นโรคที่อันตรายถึงชีวิต แต่ก็เป็นโรคที่สามารถลดความรุนแรงและป้องกันการเสียชีวิตได้ หากวินิจฉัยได้ถูกต้องรวดเร็ว ให้การรักษาที่เหมาะสม พยาบาลมีทักษะ มีความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รู้จักสังเกตติดตามอาการสัญญาณชีพ จะทำให้การให้สารน้ำทดแทนการรั่วของพลาสมาในเวลา ปริมาณ ชนิดที่เหมาะสม มีความสามารถปรับเปลี่ยน การให้สารน้ำ

ทั้งชนิดและปริมาณ ดังนั้นการ consult แพทย์ เพื่อให้สำรน้ำทดแทนอย่างเหมาะสม เป็นการป้องกันภาวะช็อคและช็อคคนาน (Prolong Shock) ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ซึ่งจะป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาเป็นวงจรได้ดี

จากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิต เกิดจากภาวะ Prolong Shock และ internal bleeding ทำให้การวินิจฉัยล่าช้า ให้เลือดช้าซึ่งสาเหตุเหล่านี้เกิดจาก

1. แพทย์และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก การวินิจฉัย การรักษาล่าช้า ให้สำรน้ำในปริมาณมากเกินไป ให้เลือดช้าไป

2. การส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราชล่าช้า รวมทั้งยังไม่มีระบบ การให้คำปรึกษา ระบบส่งต่อ มาเมื่อมีอาการหนัก ข้อมูลการรักษาไม่ละเอียด ทำให้การรักษาต่อเนื่องไม่เหมาะสม

3. ผู้ปกครองขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการของโรคที่ต้องรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

จากการศึกษาวิเคราะห์เหตุและปัญหา ได้นำมาพัฒนางานด้านการดูแลรักษาพยาบาล ดังนี้

1. ข้อมูลการส่งตัวอย่างของสถาบันวิจัยสามารถนำมาวิเคราะห์ความแม่นยำของการวินิจฉัย ข้อผิดพลาดผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่อาจไม่สอดคล้องกับอาการ และปรับปรุงแก้ไขให้มีความแม่นยำ เพื่อประสิทธิภาพการรักษา

2. เพิ่มพูนความรู้และทักษะพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยทุกคน และให้การฟื้นฟูความรู้ทุกปี โดย

- จัดอบรมการวินิจฉัย การรักษา ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกคน

- ร่วมทำ CPG และกำกับการทำ CPG สู่การปฏิบัติ

- การนิเทศติดตามการดูแลของเจ้าหน้าที่เรื่องการดูแลไข้เลือดออก

- การกำกับในการบันทึกอาการ การให้สำรน้ำ การคำนวณ Ideal BW

- การ conference case, และทบทวน case กรณีพบปัญหาการดูแลไม่ถูกต้อง

- การนำรูปแบบฟอร์มต่างๆ มาใช้ในการบันทึก (เอกสารแนบท้าย 1-6)

- การดูแลควบ 2 คนในผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังโดยเฉพาะพยาบาลเวรต้องอยู่คู่กัน

- การส่งเวรอย่างละเอียดโดย case เฝ้าระวัง OK case ที่เตียงทั้งอาการ การวัดความดันโลหิต จับชีพจรเทียบกันเมื่อส่งต่อเวร

3. พัฒนาระบบการให้คำปรึกษา case

- การปรึกษาระหว่างพยาบาลกับพยาบาลภายในแผนก, นอกแผนก

- การตั้ง Hotline ระหว่างโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราชกับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราชกับสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

- การปรึกษาแพทย์ผู้เกี่ยวข้องในแผนก การกำกับระหว่างแพทย์เพิ่มพูนทักษะแพทย์ใหม่

- การส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลจะมีการประสานงานก่อน พร้อมแบบฟอร์มบันทึกหาก

พบไม่ถูกต้องจะ feedback กลับไป

4. การให้ความรู้เรื่องไข้เลือดออกแก่ผู้ปกครองเด็ก โดยเฉพาะการช่วยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น อาการปวดท้องรุนแรง อาการเลือดออกรอบเดือน อาหารหยุดหิว กระจกใสกระส่ำ ไข้ อาเจียนมีเลือดปน ถ่ายเหลวสีดำ-แดง ตัวเย็นซีดซีม ไม่ปัสสาวะหรือปัสสาวะออกน้อย ให้แจ้งทีมพยาบาล แพทย์ทันที (sign pre shock)

- การให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว โดยแผ่นพับ บอร์ด เสียงตามสาย กระบวนการกลุ่ม การให้ข้อมูลการดำเนินโรค อาการแสดง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการสัญญาณชีพแต่ละครั้ง รวมทั้งการรักษาของแพทย์ การป้องกันยุงกัด จากพฤติกรรมยุงที่เปลี่ยนไป

- การ empowerment ญาติ เพื่อให้มีส่วนร่วมการดูแล การพยาบาลดูแลใกล้ชิด คลายความวิตกกังวล รวมทั้งข้อมูลการดูแลตนเอง ครอบครัว ชุมชน เพื่อลดการระบาดของโรค และเฝ้าระวังการเกิด case ซ้ำซ้อนในครอบครัว ชุมชน

นอกจากการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อลดอัตราการตาย อัตราการเกิดผู้ป่วยช็อครุนแรงในแผนกแล้ว ยังมีการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เพื่อให้ครอบครัวปลอดภัย ชุมชนเข้มแข็งและยั่งยืน

โดยมีการประสานงานกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคม เพื่อให้ชุมชน อสม. เทศบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน ร่วมมือกันทั้งสายแหล่ง

เพาะพันธุ์ยุงโดยเร็ว ภายในไม่เกิน 2 วัน หลังรับผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล และทำซ้ำภายใน 1 สัปดาห์ มีการติดตาม case โดย Hotline โทรเยี่ยมบ้านถามเรื่องสุขภาพผู้ป่วย ครอบครัว บ้านใกล้เคียงว่ามีผู้ต้องสงสัยติดเชื้อซ้ำซ้อนหรือไม่ หากพบจะแนะนำให้เข้ารับการตรวจ เจาะเลือด กรณีไม่ได้รับการพินยาทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในละแวกบ้าน จะมีการประสานงานกลับผ่านกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ซึ่งความสำเร็จของการควบคุมโรคไข้เลือดออกขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพ การรายงานโรคอย่างรวดเร็วของหน่วยที่รับผู้ป่วย และเฝ้าระวังการค้นหาผู้ป่วยใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในครอบครัว ชุมชนของผู้ป่วยที่รับไว้ รวมทั้งประสิทธิภาพการดำเนินการควบคุมโรค กำจัดพาหะไข้เลือดออกที่รวดเร็วต่อเนื่อง ด้านการดูแลรักษาพยาบาล แพทย์ พยาบาลที่เกี่ยวข้องต้องมีมาตรฐานการดูแลเดียวกันทั้งเครือข่าย มีการให้ความช่วยเหลือ ปรึกษา แนะนำ ประดุจดังเป็นทีมเดียวกัน จะช่วยลดอัตราการตายและลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้แน่นอน

เอกสารอ้างอิง

1. คำนวณ อึ้งชูศักดิ์. สถานการณ์และแนวโน้มของโรคติดเชื้อไวรัสเดงกีในประเทศไทย. ใน : วิชาญ พันธุ์เจริญ, วันสา กุลวิจิต, ธีระพงษ์ ตัณฑวิเชียร, อุษา ทิสยากร, บรรณานิการ. ไข้เลือดออก. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด เพนตาคอนแอดเวอร์ไทซิง, 2546 : 11-4.

2. ธนาธิป พันธุ์ทิพย์แพทย์ และอชิปพงศ์ พันธุ์ทิพย์แพทย์. ไข้เลือดออกในวัยรุ่น. วารสารกุมาร เวชศาสตร์. 2549 ; 45 : 192-7.
3. รุจณี สุนทรขจิต. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก และไข้เดงกีในรอบ 10 ปี. สถาบันบำราศนราดูร. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. ปีที่ 3 ฉบับที่ 1, 2552 : 1-9.
4. ศิริชัย วงศ์วัฒนไพบูลย์. การศึกษาระบาดของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย การพยากรณ์ และแนวทางป้องกันโรค. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. 2550 ; 28(35) : 613-618.
5. สุรณี อนันตปรีชา, อัจฉรียา อนุกุลพิพัฒนา, สุรางค์ สงวนวงศ์. ไข้เลือดออกเดงกีในประเทศไทยปี พ.ศ.2533-2536. วารสารกระทรวงสาธารณสุข, 2538 ; 14 : 94-103.
6. สุจิตรา นิมนานิตย์. ไข้เลือดออก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์ จำกัด, 2540:64.
7. ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ. ไข้เลือดออกการดูแลและการรักษา. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซน์ จำกัด, 2541 : 26, 72.
8. สุจิตรา นิมนานิตย์, ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, อรุณ วิทยศุกร. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2542 : 1-2.
9. ศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ, สุจิตรา นิมนานิตย์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออก. ฉบับแก้ไขปรับปรุงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : 2551.
10. สิริกาญจน์ พิมพ์ลิขิต, สิริพร ชะตะปัทมะ, นลอง ชังดวง, สมถวิล อัมพรอารีกุล, ทองดี ยนจอหอ. ระบาดวิทยาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยไข้เลือดออก. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 , 2552 : 47-61.

The new method of one day dose drug administration

Jiraporn Punjobsing B.Sc., Patcharee Sritunyarut B.Sc., Piyawadee Chathaisong M.N.S.,
Jarinya Pranorn B.Sc., Somporn Pongchoo M.N.S., , Chanchai Ardsorn B.Sc.,
Nittaya ornprom B.Sc., Shorphitta Chapimol B.Sc., Suksan Ponrak B.Sc.,
Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Abstract

The aim of this research is to develop the one day drug administration system in private ward in Bamrasnaradura Infectious Institute between June - December 2009. Total 73 patients were enrolled in the study. The new method of one day dose drug administration was applied. The 90% accuracy of drug administration is increase up to 90%. Most of the patients and nurses (96%) were satisfied with the new system. The drugs on discharge were efficiency planned.

พัฒนาระบบการบริหารยาเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

จิราภรณ์ พันธจงสิงห์ พย.บ, พัชรี ศรีธีรรัตน์ พย.บ, ปิยะวดี ฉาโธสงพย.ม, จริญญา ปานอ่อน พย.บ,
สมพร พงศ์ชู พย.ม, ชาญชัย อัจฉอน พย.บ, นิตยา สอนพรม พย.บ, โสภิตฐาล์ ชาภิมล พย.บ,
สุขสันต์ พลรักษ์ พย.บ

ตึกพิเศษ 3/5 สถาบันบำราศนราดูร กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อศึกษาระบบการบริหารยา และจัดทำวิธีปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือนมิถุนายน - เดือนธันวาคม 2552 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่รับไว้ในตึกพิเศษ 5 สถาบัน บำราศนราดูร จำนวน 73 ราย พบว่าการพัฒนาระบบดูแลทำให้ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถปฏิบัติเรื่อง จัดเก็บยา/จัดยารับประทานตามจำนวน ประจำวันได้ถูกต้องถึง 90%, ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแล ต่อระบบการเตรียมจำหน่ายเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องถึง 96 %, ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน กับระบบการจัดยาแยกยา One Day Dose ให้กับผู้ป่วยเป็นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย 82%

หลักการและเหตุผล

งานผู้ป่วยในตึก พิเศษ 5 มีการดูแลผู้ป่วยในหลากหลายสาขาโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มิได้ระจําตัวรวมด้วยต้องรับประทานยาหลายชนิดอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนการใช้ยาเดิมของผู้ป่วย พบว่ามีจัดเก็บยาที่ไม่เหมาะสม เช่น การรวมยาหลายชนิดไว้ในภาชนะเดียวกัน นำยาออกจากห่อบรรจุ ส่งผลให้เกิดการเสื่อมคุณภาพของยา

ทางหน่วยงานเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา จึงได้มีการวางแผน จำหน่ายผู้ป่วยโดยเน้นการบริหารยาที่ถูกต้อง ปลอดภัยตั้งแต่รับผู้ป่วย จนถึงการจัดจำหน่ายผู้ป่วยกลับ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาระบบการบริหารยา และจัดทำวิธีปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเรื่องการบริหารยาอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วย/ผู้ดูแลสามารถจัดเก็บยา และรับประทานยาประจำวันได้ถูกต้องตามมาตรฐาน
3. ผู้ป่วย/ผู้ดูแล และผู้ปฏิบัติงาน พึงพอใจกับระบบการบริหารยา เพื่อเตรียมพร้อมก่อนกลับบ้าน
4. ผู้ปฏิบัติงานสามารถบริหารยาให้กับผู้ป่วย/ผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการ

1. ประชุมคณะพยาบาลปฏิบัติการ ทดลองระบบบริหารยาแบบ one day dose หมายถึงการจัดยาให้ผู้ป่วยสำหรับรับประทานใน 1 วัน รับประทานเพียงแต่ละรายโดยการจัดวันละครั้ง

2. จัดหาอุปกรณ์สำหรับบรรจุยา one day dose ไว้ประจำตัวผู้ป่วยเฉพาะราย

3. ประเมินผลการปฏิบัติ และความพึงพอใจของผู้ป่วย / ผู้ดูแล และผู้ปฏิบัติงาน เกี่ยวกับการจัดยา เก็บยา การรับประทานยาในแต่ละวัน ขณะนอนพักรักษา และก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อการปรับปรุงระบบ

4. โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

- 4.1 พยาบาลปฐมนิเทศเรื่อง one day dose แก่ผู้ป่วย/ผู้ดูแล

- 4.2 พยาบาลเวรตึกคนที่ 1 จัดยา one day dose และมีการตรวจสอบซ้ำโดยพยาบาลเวรตึกคนที่ 2

- 4.3 พยาบาลเจ้าของไข้นำยามอบให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลไว้ประจำเตียงผู้ป่วย

- 4.4 พยาบาลเจ้าของไข้ร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วย ตรวจสอบ และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตามเวลา รวมถึงการจัดยาเพิ่ม และงดยาตามคำสั่งของแพทย์

- 4.5 พยาบาลบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา

วัสดุอุปกรณ์ในการบริหารและจัดยาในแต่ละวัน

1. กล่องใส่ชุดยาที่ต้องตามหลักมาตรฐาน คือกล่องบรรจุมิดชิดไม่มีช่องว่าง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรค
2. ถุงแบ่งบรรจุยา
3. กล่องเล็ก ย่อยเพื่อแยกบรรจุยาในแต่ละมือ

การพัฒนาระบบการบริหารยาเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

4. สติกเกอร์ สำหรับเขียนชื่อยา ขนาด
ปริมาณที่ผู้ป่วยได้รับ

6. สติกเกอร์ชื่อเพื่อแสดงความเป็นบุคคล
ของผู้ป่วย HN

5. แปะสี แสดงความแตกต่างของยาแต่ละ
ละมือ



รูปตัวอย่างกล่องสำหรับบรรจุซองยาที่จัดแล้ว



รูปที่ตัวอย่างซองยาสำหรับผู้ป่วยในแต่ละวัน

ระยะเวลาในการศึกษา

ตั้งแต่เดือนมิถุนายน - เดือนธันวาคม 2552

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในตึกพิเศษ 5 สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 73 ราย พบว่า

1. ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถปฏิบัติเรื่องจัดเก็บจัดยารับประทานตามจำนวน ประจำวันได้ถูกต้องถึง 90%
2. ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ดูแลต่อระบบการเตรียมจำหน่ายเรื่องการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องถึง 96 %
3. ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานกับระบบการจัดยาแยกยา One Day Dose ให้กับผู้ป่วยเป็นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจำนวน ๑ คน คิดเป็นร้อยละ 82

วิจารณ์/สรุปผล

1. สามารถพัฒนาระบบการบริหารยาเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย/ผู้ดูแลเกี่ยวกับการเก็บยาจัดยาอย่างได้มาตรฐาน
2. สามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ C จาก 23.47 ครั้งต่อ 1000 วันนอนเป็น 13.53 ครั้งต่อ 1000 วันนอน
3. สามารถนำไปขยายผลใช้กับหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาลได้
4. ผู้ป่วย/ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญในการเก็บยาจัดยารับประทานอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. อภิฤดี เหมะจุฑา ปรีชา มณฑาทิกุล ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา ใน : ธิดา ینگสานนท์ สุวัฒนา จุฬารัตนพล และ ปรีชา มณฑาทิกุล บรรณาธิการ การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) 2547
2. ปรีชา มณฑาทิกุล ระบบการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ใน: ธิดา ینگสานนท์ สุวัฒนา จุฬารัตนพล และ ปรีชา มณฑาทิกุล บรรณาธิการ การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาเพื่อความปลอดภัยผู้ป่วย สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) 2547
3. The University of Texas Medical Branch. Self-assessment on Medication Administration. Available at: www.utmbhcs.org/clinic/orientation/medadmin.pdf. Access 20 Mar 2006.
4. Joan M Pino-Talbot. Pharmacology Available at: www.camden.rutgers.edu/deptpages/nursing_ugrad/Spring2006/Pharmacology/Pharm1.ppt. Access 20 Mar 2006.
5. Cohen MR. Cause of Medication Errors. In: Cohen MR. (ed.). Medication errors. Washington, D.C.: American Pharmaceutical Association, 1999:1. 1-1.8.

6. Flynn EA, Barker KN, Pepper GA, Bates DW and Mikeal RL. Comparison of methods for detecting medication errors in 36 hospitals and skilled-nursing facilities. Am J Health-Syst Pharm. 2002; 59(5):436-446.
7. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ระบบการจัดการด้านยา มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับฉลองศิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ฉบับร่าง 3.1) 27 กรกฎาคม 2548.
8. Joint Commission. 2006 National Patient Safety Goals. Implementation Expectation.

THE APPLICATION OF SELF-EFFICACY THEORY AND SOCIAL SUPPORT ON LOW BACK PAIN PREVENTION AMONG BRICK WORKERS

NITITA TAREEPIAN¹ M.Sc. (PUBLIC HEALTH), TASSANEE RAWIWORRAKUL² Ph.D.,
SURINTORN KALAMPAKORN² Ph.D, (Nursing), WONGDYAN PANDII³, Dr.P.H. (Epidemiology)

1 Major in Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

2 Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

3 Department of Parasitology & Entomology, Faculty of Public Health, Mahidol University

ABSTRACT

The objective of this study was to find the effects of the application of self efficacy theory and social support on low back pain prevention among brick workers. The samples were divided into 34 people in the experimental group and 35 people in the comparison group. The experimental group was provided with the program applying self efficacy theory and social support whereas the comparison group received the handbook regarding low back pain prevention for brick workers. The data was collected before the intervention and at 1 month after the intervention. The total study period lasted for 8 weeks. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Chi-square, Paired t-test and Independent t-test.

After the intervention, it was found that the experimental group had average scores which were significantly higher regarding perceived self-efficacy, perceived positive outcome expectation, low back pain preventive behaviors especially behaviors related to working posture and back pain prevention exercise, than those before the intervention ($P < 0.001$). The average change of scores regarding perceived self-efficacy, perceived positive outcome expectation, low back pain preventive behaviors especially behaviors related to working posture and back pain prevention exercise significantly higher than that the comparison group ($P < 0.05$).

KEY WORDS : LOW BACK PAIN PREVENTIVE BEHAVIORS / BRICK WORKERS/
SELF-EFFICACY

การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการสนับสนุน ทางสังคม ต่อการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง ของผู้ประกอบการอาชีพทำอิฐมอญ

นิธิตา ธารีเพียร¹ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์), ทศนีย์ รวีวรกุล² ประ.ด. สุรินทร์ กลัมพากร² ประ.ด.
วงเดือน ปั่นดี³ ประ.ด.

1 สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2 ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3 ภาควิชาปรสิตวิทยาและกีฏวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง
ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ต่อการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ประกอบการอาชีพทำอิฐมอญ
แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน ได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการสนับสนุน
ทางสังคม และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน ได้รับความรู้การป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ประกอบการ
อาชีพทำอิฐมอญ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น
8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square, Paired
t-test และ Independent t-test

ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวัง
ในผลดีของการป้องกัน พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างโดยเฉพาะด้านท่าทางการทำงาน
และด้านการบริหารร่างกาย มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)
และมีค่าเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการป้องกัน
พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างโดยเฉพาะด้านท่าทางการทำงานและด้านการบริหารร่างกาย
มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

คำสำคัญ : พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง/ ผู้ประกอบการอาชีพทำอิฐมอญ/
ความสามารถตนเอง

บทนำ

การปวดหลังส่วนล่างจากการทำงาน (Work-related low back pain) เป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในคนทำงานโรงงานอุตสาหกรรมและผู้ใช้แรงงานทั่วไป¹⁻³ จากรายงานผู้บาดเจ็บเนื่องจากท่าทางการทำงานและการยกของระหว่างปี พ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ.2549 มีจำนวน 34,237 ราย หรือคิดเฉลี่ยปีละ 6,847 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.30 ของการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานทั้งหมด⁴ ซึ่งการยกของหนัก การเคลื่อนย้ายวัสดุ การดึงและการดันเป็นปัจจัยหลักของการเกิดความผิดปกติของหลังทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยผู้ที่ยกของหนักมีอัตราเสี่ยงต่อการปวดหลังสูงกว่าผู้ที่ทำงานเบาถึง 8 เท่า และผู้ที่ยกของหนักรวมกับการงอตัว บิดเอี้ยวตัว มีโอกาสที่หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนทับเส้นประสาทสูงกว่างานอื่น 6 เท่า^{5,6} ส่งผลไปถึงการหยุดงาน สูญเสียรายได้ เสียค่ารักษาพยาบาล ค่าฟื้นฟูสมรรถภาพและยังส่งผลต่อระบบเศรษฐกิจและสังคม⁷⁻⁹

นอกจากนี้อาการปวดหลังส่วนล่าง ยังเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพทำอิฐมอญ^{10,11} เนื่องจากขั้นตอนการผลิตใช้แรงงานคนเป็นหลักและมีลักษณะงานที่ต้องยกเคลื่อนย้ายวัสดุด้วยมือ ก้มโค้ง บิดเอี้ยวและเอื้อมหยิบของ ยืนนานๆ นั่งนานๆ ซึ่งเป็นลักษณะงานที่เสี่ยงต่อการปวดหลัง^{2,6,8,12-14} โดยตำบลบางเตือ อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีการทำอิฐมอญมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.7 ของ

ครัวเรือนทั้งหมด¹⁵ และมีแนวโน้มของปัญหาเกี่ยวกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เห็นได้จากรายงานการจัดลำดับผู้ป่วยนอก¹⁶ ตามกลุ่มสาเหตุป่วยของสถานอนามัยตำบลบางเตือ ในปี พ.ศ.2549 ถึง 2551 คิดเป็นร้อยละ 3, 4 และ 8.02 ตามลำดับ เมื่อทำการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นด้านการยศศาสตร์ การสัมภาษณ์ กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพทำอิฐมอญและการวิเคราะห์ ลักษณะงานในแต่ละขั้นตอนการผลิต พบสาเหตุของการปวดหลังว่าเกิดจากท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม การยกหรือเคลื่อนย้ายอิฐไม่ถูกวิธี มีการหาบอิฐที่หนักเกินไป และผู้ประกอบการทำอิฐมอญ ส่วนใหญ่คิดว่าตนเองไม่สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานหรือท่าทางการทำงานได้ นอกจากนี้ยังไม่มีมาตรการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันและควบคุมความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกในกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพทำอิฐมอญ

ดังนั้นในบทบาทของพยาบาลสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัย ซึ่งมีบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยจากการทำงาน ได้เห็นความสำคัญในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ประกอบการอาชีพทำอิฐมอญ ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งในปัจจุบันและในอนาคต จึงจัดโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ประกอบการอาชีพทำอิฐมอญมีการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถและมีความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังที่ถูกต้อง

การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง ของผู้ประกอบการอาชีพทำอิฐมอญ

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

ทางสังคม ต่อการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ประกอบการอาชีพทำอิฐมอญ

กรอบแนวคิด

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง
ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ
 - การบรรยายให้ความรู้
 - คู่มือการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง
 - การสาธิตและฝึกปฏิบัติ
2. การใช้ตัวแบบ
 - ตัวแบบสัญลักษณ์จากโปสเตอร์
 - ตัวแบบมีชีวิตจากการเสนอตัวแบบ
3. การใช้คำพูดชักจูง
 - การประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
 - การออกเยี่ยมบ้าน
4. การกระตุ้นทางอารมณ์
 - การให้รางวัล
5. การสนับสนุนทางสังคม
 - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นายจ้างหรือเจ้าของโรงอิฐและหัวหน้างาน

1. การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง
2. ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง
3. พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง
 - ทำางการทำงาน
 - บริหารร่างกายเพื่อป้องกันอาการปวดหลัง
 - การปรับสภาพแวดล้อมในการทำงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้จากการคำนวณ Power Analysis กำหนดค่า Alpha = 0.05 Effect size = 0.7 Power = 0.8

เปิดตาราง Power Tablesสำเร็จรูป¹⁷ ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 32 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 10% ได้กลุ่มตัวอย่าง 35 คน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในตำบล

บางเคอ อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เนื่องจากเป็น ตำบลที่มีการทำอิฐมอญมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.7 ของครัวเรือนทั้งหมด¹⁵ ประกอบด้วย 6 หมู่บ้าน ทำการเลือกหมู่บ้านโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลาก ได้หมู่ที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และหมู่ที่ 5 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ นำรายชื่อและบ้านเลขที่ของเจ้าของโรงอิฐมาสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเลือกโรงอิฐ รับสมัครผู้ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย หากได้กลุ่มตัวอย่างไม่ครบ ทำสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเลือกโรงอิฐเพิ่ม และรับสมัครผู้ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจนครบ 35 คน ซึ่งคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ อายุ 25-60 ปี เคยมีประสบการณ์ปวดหลังจากการทำงาน มีอาชีพทำอิฐมอญเฉพาะกลุ่มที่ทำงานตั้งแต่การขึ้นรูปอิฐ ตกแต่งอิฐเรียงอิฐ ขนย้ายอิฐเขาเตาเผาและการเผาอิฐ ไม่อยู่ในภาวะตั้งครรภ์หรือหลังคลอด 3 เดือน ไม่มีโรคประจำตัวรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย หรือได้รับอุบัติเหตุของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก สามารถอ่านออกเขียนได้ ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและเซ็นยินยอมในใบยินยอมระหว่างดำเนินการทดลอง ไม่สามารถติดตามหรือนัดหมายกลุ่มทดลองให้เข้าร่วมกิจกรรมได้ 1 คน จึงคัดออกจากการศึกษา ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบให้ความร่วมมือและเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม 1 ชุด และแบบประเมิน 1 ชุด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

(Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ประกอบอาชีพทำอิฐมอญที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

1. แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน จำนวนชั่วโมงการทำงาน จำนวนวันทำงานต่อสัปดาห์ ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพทำอิฐและประสบการณ์การปวดหลังที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง จำนวน 9 ข้อ ซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาค แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.71

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคาดหวังในผลดีของการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างจำนวน 9 ข้อ ซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาค แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.79

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง จำนวน 9 ข้อ ซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย

2. แบบประเมิน คือ แบบประเมินอาการปวดหลังส่วนล่างที่สัมพันธ์กับการทำงาน เป็นการประเมินโดยผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับลักษณะการทำงาน เพื่อประเมินว่าอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ประกอบอาชีพทำอิฐมอญเกิดจากปัจจัยเสี่ยงจากงาน ซึ่งประยุกต์แบบประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง

ที่สัมพันธ์กับการทำงานของคิวเปอร์และคณะ¹⁸ มาใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ประสิทธิภาพที่ประสบความสำเร็จ เป็นการให้ความรู้ การสาธิต ฝึกปฏิบัติ และแจกคู่มือการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง การใช้ตัวแบบ ทั้งตัวแบบสัญลักษณ์และตัวแบบมีชีวิต การใช้คำพูดชักจูง โดยการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัย การกระตุ้นทางอารมณ์ด้วยการให้รางวัลร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นายจ้างหรือเจ้าของโรงอิฐและหัวหน้างาน โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และสัปดาห์ที่ 5 - 8 เป็นการสนับสนุนทางสังคม

คู่มือการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ประกอบการอาชีพทำอิฐมอญ ประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม¹⁹⁻²²

เก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยแบบสอบถามและแบบประเมิน โดยหลังการทดลองใช้แบบสอบถามชุดเดิมยกเว้นแบบประเมิน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-square
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired

t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการเปลี่ยนแปลงคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ผู้ประกอบการอาชีพทำอิฐมอญ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 25 - 45 ปี สถานภาพสมรสคู่ จำนวนวันทำงาน 7 วันต่อสัปดาห์ ระยะเวลาที่ประกอบอาชีพทำอิฐอยู่ระหว่าง 1-10 ปี มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่เกิดจากการทำงานและสัมผัสปัจจัยเสี่ยงจากงาน และทุกคนเคยมีประสบการณ์ปวดหลัง แสดงให้เห็นว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา 6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,691 1,371 บาท จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวันเฉลี่ย 9 1.89 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา 4 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 3,700 1,456 บาท จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 8 2.74 ชั่วโมง

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ด้าน	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		$\bar{d}$	S.D.	t ; df, p-value
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
การรับรู้ความสามารถตนเอง								
กลุ่มทดลอง	34	24.94	3.60	27.74	3.75	2.79	4.28	3.803; 33; 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	25.86	5.62	26.37	5.33	0.51	4.66	0.653; 34; 0.518
t ; df, p-value		0.808; 67; 0.422		-1.226; 67; 0.225		2.114; 67; 0.038		
ความคาดหวังในผลดี								
กลุ่มทดลอง	34	27.56	4.30	31.85	3.36	4.29	3.49	7.165; 33; < 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	29.23	4.39	29.09	5.38	-0.14	3.07	-0.275; 34; 0.785
t ; df, p-value		1.594; 67; 0.116		-2.570; 67; 0.013		5.608; 67; < 0.001		
พฤติกรรมการป้องกันโดยรวม								
กลุ่มทดลอง	34	14.71	4.06	18.89	4.21	4.18	3.90	6.238; 33; < 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	14.80	6.63	15.92	5.77	1.11	5.97	1.103; 34; 0.278
t ; df, p-value		0.071; 67; 0.943		-2.435; 67; 0.018		2.515; 67; 0.014		

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (ต่อ)

ด้าน	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		$\bar{d}$	S.D.	t ; df, p-value
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
- ทาทางการทำงาน								
กลุ่มทดลอง	34	8.68	3.22	11.18	3.48	2.50	3.17	4.592; 33; < 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	9.34	4.81	9.71	3.96	0.37	4.33	0.508; 34; 0.615
t ; df, p-value		0.678; 67; 0.500		-1.628; 67; 0.108		2.325; 67; 0.023		
- การบริหารร่างกาย								
กลุ่มทดลอง	34	3.47	1.35	4.91	1.19	1.44	1.31	6.429; 33; < 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	3.14	1.68	3.77	1.88	0.63	1.69	2.188; 34; 0.036
t ; df, p-value		-0.890; 67; 0.377		-3.019; 67; 0.004		2.222; 67; 0.030		
- การปรับสภาพแวดล้อม								
กลุ่มทดลอง	34	2.56	0.86	2.79	0.48	0.24	0.96	1.436; 33; 0.160
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	2.31	1.05	2.43	0.92	0.11	0.99	0.681; 34; 0.501
t ; df, p-value		-1.056; 67; 0.295		-2.085; 67; 0.042		0.516; 67; 0.608		

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย เมื่อทดสอบความแตกต่างทางคุณลักษณะพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่ประกอบอาชีพทำอิฐ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) แต่รายได้ต่อเดือน จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน จำนวนวันทำงานต่อสัปดาห์ และอาการปวดหลังส่วนล่างที่เกิดจากการทำงานและสัมผัสปัจจัยเสี่ยงจากงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งเกิดจากจำนวนการสั่งซื้ออิฐที่มากกว่าและความรีบเร่งของงานที่ต้องผลิตให้ทันตามเวลาที่กำหนด ทำให้กลุ่มทดลองมีจำนวนชั่วโมงการทำงานต่อวัน จำนวนวันทำงานต่อสัปดาห์ และรายได้ต่อเดือนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ส่งผลให้มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่เกิดจากการทำงานและสัมผัสปัจจัยเสี่ยงจากงานมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบด้วย ส่วนระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจะเห็นว่าอยู่ในระดับเดียวกัน คือ ระดับประถมศึกษา²³ ทำให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้ความเข้าใจไม่แตกต่างกันมาก แต่ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีอาการปวดหลังส่วนล่างที่เกิดจากการทำงานและสัมผัสปัจจัยเสี่ยงจากงานมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบนั้น อาจเกิดจากปริมาณงานที่กลุ่มทดลอง มีมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

และจากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำให้ผู้ประกอบการอาชีพทำอิฐที่อยู่ในกลุ่มทดลองมีการ

รับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างโดยเฉพาะในด้านท่าทางการทำงาน และการบริหารร่างกายเพื่อป้องกันอาการปวดหลังมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) อย่างไรก็ตามก่อนและหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างด้านการปรับสภาพแวดล้อมในการทำงานไม่แตกต่างกัน และยังพบว่าการรับรู้คู่มือการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างเพียงอย่างเดียว ทำให้กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างด้านการบริหารร่างกายเพื่อป้องกันอาการปวดหลังมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.036$)

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง และความคาดหวังในผลดีของการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างเพิ่มขึ้นเป็นผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างโดยเฉพาะในด้านท่าทางการทำงานและการบริหารร่างกายเพื่อป้องกันอาการปวดหลังเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับเบนดูรา²⁴⁻²⁵ ที่กล่าวว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถตนเองและอีกส่วนหนึ่งขึ้นกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ

แม้ว่าก่อนและหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างด้านการปรับสภาพแวดล้อมในการทำงานไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มคนเหล่านี้ไม่ใช่เจ้าของโรงอิฐ จึงปรับสภาพแวดล้อมในการทำงานได้บางส่วน และเนื่องจากปริมาณงานที่มากทำให้ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการผลิตอิฐให้ทันตามเวลาที่กำหนด จึงไม่มีเวลามากพอที่จะมาจัดการกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของศรีตา มั่นชวนา และคณะ²⁶ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมด้านการปรับปรุงสภาพการปฏิบัติงานไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และการศึกษาของ นที ลุ่มนอก²⁷ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

การได้รับคู่มือการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างเพียงอย่างเดียว ทำให้กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างด้านการบริหารร่างกายเพื่อป้องกันอาการปวดหลังมากกว่าก่อนการทดลองนั้น เนื่องจากผู้ประกอบการอาชีพทำอิฐมอญไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างที่เกิดจากการทำงาน เมื่อได้รับคู่มือการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง จึงสนใจศึกษาด้วยตนเองและนำไปปฏิบัติตาม ซึ่งมีวิธีการที่ง่ายต่อการปฏิบัติ ทำแล้วสามารถบรรเทาและลดอาการปวดหลังส่วนล่างได้จริง จึงทำให้มีพฤติกรรมการบริหารร่างกายเพิ่มขึ้น

จากผลวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการ

สนับสนุนทางสังคม โดยนำวิธีพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา Bandura^{24,25} ทั้ง 4 แนวทางมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมรวมกับการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำให้ผู้ประกอบการอาชีพทำอิฐมอญมีการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความคาดหวังในผลดีของการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยเฉพาะในด้านท่าทางการทำงาน และการบริหารร่างกายเพื่อป้องกันอาการปวดหลังเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรเสนอผลการวิจัยและการจัดกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับท้องถิ่น เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยและองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อเป็นแนวทางจัดทำกิจกรรมหรือโครงการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในผู้ประกอบการอาชีพทำอิฐมอญต่อไป

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสามารถนำไปปรับหรือประยุกต์ใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีสภาพปัญหา หรือที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน เช่น กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพทำอิฐในโรงงานและการทำอิฐลักษณะอื่นๆ กรรมกรก่อสร้าง เป็นต้น

3. การเผยแพร่คู่มือการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ประกอบการอาชีพทำอิฐมอญ ทำให้ผู้ประกอบการอาชีพทำอิฐมอญ มีความรู้และรู้วิธีการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ช่วยเตือนความจำและเสริม

ให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลัง
ส่วนล่างเพิ่มขึ้นด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยโดยการประยุกต์ทฤษฎี
ความสามารถตนเองรวมกับการสนับสนุนทางสังคม
ครั้งต่อไปนั้น ควรมีพฤติกรรมการป้องกันอาการ
ปวดหลัง ทั้งอริยาบถในการทำงานและอริยาบถใน
ชีวิตประจำวัน เนื่องจากอริยาบถที่ไม่ถูกต้องไม่ว่าจะ
ในการทำงานหรือในชีวิตประจำวัน มีผลต่ออาการ
บาดเจ็บบริเวณหลัง

2. การศึกษาวิจัยโดยการประยุกต์ทฤษฎี
ความสามารถตนเองรวมกับการสนับสนุนทางสังคม
ครั้งต่อไปนั้น ควรมีการประเมินระดับอาการปวดหลัง
ก่อนและหลังการทดลอง เพื่อให้สามารถประเมินผล
ของการศึกษาได้ว่า โปรแกรมสามารถลดอาการ
ปวดหลังส่วนล่างได้

3. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยประยุกต์ใช้
แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดโครงการ
ส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันอาการปวดหลัง
ส่วนล่างในผู้ประกอบการอาชีพทำอิฐ เพื่อให้เกิดแนวทาง
การปฏิบัติที่เหมาะสมกับชุมชนนั้น และเพื่อ
ความยั่งยืนของพฤติกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. คักดีสิทธิ์ กุลวงษ์. (2551). การปวดหลังจาก
การทำงาน: เครื่องมือประเมินของ NIOSH เพื่อ
การป้องกัน. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัย
บูรพา, 3(2), 31-45.

2. สลิธร เทพตระการพร. (2542). โรคปวดหลัง
จากการทำงาน. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 4 (3), 1-4.
3. Hess, J. A., Hecker, S., Weinstein, M.
& Lunger, M. (2004). An *Ergonomics
Intervention with Construction Concrete
Laborers to Decrease Low Back Pain
Injury Risk*. Retrieved June 27, 2009,
from [http:// www.asbweb.org/
onferenness/2004/pdf/r4.pdf](http://www.asbweb.org/conferenness/2004/pdf/r4.pdf).
4. สถาบันความปลอดภัยในการทำงาน กรม
สวัสดิการ และคุ้มครองแรงงานกระทรวง
แรงงาน. (2551). แนวทางการปรับปรุงสภาพ
การทำงานที่ผู้ปฏิบัติงานมีอาการปวดเมื่อย
กล้ามเนื้อเนื่องจากการทำงาน. (พิมพ์ครั้งที่ 1).
กรุงเทพมหานคร: เรียงสาม กราฟฟิค ดีไซน์.
5. ไพฑูรย์ งามมุข. (2540). การประเมินความ
เสี่ยงเชิงปริมาณของภาวะกล้ามเนื้อหลังใน
พนักงานยกเพเลตแบตเตอรี่ภายหลังการ
ปรับปรุงสถานงาน, วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยา
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศาสตร์
อุตสาหกรรมและความปลอดภัย บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
6. วัฒนชัย โรจน์วณิชช์. (2550). โรคทางออร์โธ-
ปิดิกส์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน. ใน: สนธยา
พริ้งลำภู และ สมชัย บวรกิตติ, บรรณาธิการ.
ความสมบูรณ์ พร้อมสำหรับการทำงาน.
(พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์
กรุงเทพเวชสาร, 99 -106.

7. Myers, H. A., & et al. (1999). Back Injury in Municipal Workers: A Case-Control Study. *American Journal of Public Health*, 89 (7), 1036-1041.
8. Nguyen, T.H., & Randolph, D.C. (2007). Nonspecific Low Back Pain and Return to Work. *American Family Physician*, 76(10), 1497-1502.
9. Turner, A. J., & et al. (2004). *Prediction of chronic disability in work-related musculoskeletal disorders: a prospective, population-based study*. Retrieved March 14, 2008, from <http://www.biomedcentral.com>.
10. ชะฎายุทธ์ ปัทเมฆ และณรงค์ เนตรสาริกา. (2541). รายงานวิจัย การสำรวจสมรรถภาพกล้ามเนื้อคนงานโรงงานทำอิฐหรือกระเบื้องดินเผา. กลุ่มงานอาชีวอนามัย ศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อม เขต 3 ชลบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.ท.
11. สุภัทรา สุขเกษม และคณะ. (2547). รายงานการศึกษาเรื่อง ภาวะความผิดปกติของกระดูกและกล้ามเนื้อในกลุ่มคนงานในโรงงานเผาอิฐและกระถางต้นไม้ จังหวัดอ่างทอง. กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ม.ป.ท.
12. เพ็ญจันทร์ สิทธิปริษาชาญ. (2548). ผลของการประยุกต์ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของคณงานในโรงงานผลิตสุษภัณฑ์, วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
13. Mazloun, A., Nozad, H., & Kumashiro, M. (2005). Occupational Low Back Pain among Workers in Some Small - Size Factories in Ardabil, Iran. *Industrial Health* 2006, 44, 135-139.
14. Waddell, G., & Burton, K. A. (2001). Occupational Health Guidelines for the Management of Low Back Pain at Work: evidence review. *Occupational Medicine*, 51(2), 124-135.
15. องค์การบริหารส่วนตำบลบางเตี้อ. (2547). การจัดทำข้อมูลสถิติเพื่อการพัฒนาองค์การบริหารส่วนตำบล ภายใต้การจัดทำระบบข้อมูลสถิติระดับท้องถิ่น ตำบลบางเตี้อ อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. พระนครศรีอยุธยา: องค์การบริหารส่วนตำบลบางเตี้อ.
16. สถานีอนามัยตำบลบางเตี้อ. (2550). รายงานการจัด ลำดับผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุป่วยตำบลบางเตี้อ อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. (อัดสำเนา).
17. Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research: Principles and Methods*. (6th ed.). Philadelphia:

- Lippincott.
18. Kuiper, I. J, & et al. (2004). *Criteria for Determining the Work-Relatedness of Nonspecific Low Back Pain*. Amsterdam: Coronel Institute of Occupational Health.
 19. สุรศักดิ์ ศรีสุข, เล็ก ปรีวิสุทธิ และนวนอนงค์ ชัยปิยะพร. (2547). *ปวดหลัง*. (พิมพ์ครั้งที่ 15). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดีด.
 20. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2546). *ปวดหลัง (โรคปวดกล้ามเนื้อหลัง)*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิง.
 21. สถาบันความปลอดภัยในการทำงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน. (2545). *อาการปวดหลังจะป้องกันได้อย่างไร*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: เรียงสามกราฟฟิค ดีไซน์.
 22. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (ม.ป.ป.). *คู่มือความรู้ในการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
 23. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ. (2547). *กฎกระทรวงว่าด้วยการแบ่งระดับและการเทียบระดับการศึกษาออก ระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย พ.ศ. 2547*. Retrieved October 2, 2552, from <http://202.129.34.51/support1/www/kunnapab/law01.doc>.
 24. Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84. New York: Rinehart ang Winston.
 25. Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
 26. ศรีตา มั่นชาวนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุจินดา จารุพัฒน์ และอาภาพร เผ่าวัฒนา. (2547). การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในกลุ่มคนงานหญิงเย็บจักรอุตสาหกรรม. *วารสารความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม*, 14(1), 44-54.
 27. นที ลุ่มนอก, สุรินทร์ กลัมพากร และสุนีย์ ละกะปิ่น. (2552). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกัน อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในกลุ่มคนงานเย็บจักรอุตสาหกรรม โรงงานผลิตเครื่องแต่งกายทหาร กรมพลธิการทหารบก. *วารสารพยาบาล สาธารณสุข*, 23 (1), 34-51.

Family Communication Patterns And Stress Of Students Who Have To Continue Studies In University

Sarobol Thanakhamdee¹ MSc. Mukda Sriyong² M.A., Thirachai Hongyantrachai² BSc, M.S.

1 Bamrasnaradura Infectious Disease Institute

2 Faculty of Education Ramkhamhaeng University

Abstract

As survey research, this thesis investigates the family communication patterns of selected students in schools under the supervision of the Department of General Education in the district of Mueang in the province of Nonthaburi. The researcher is concerned with the levels of stress induced in these high school students when facing university entrance examinations. Finally, the researcher compares the family communication patterns and the levels of stress the students under study experience in regard to university entrance examinations.

Research has isolated four kinds of family communication patterns: (1) communication patterns evocative of high positive and high negative feelings; (2) high positive and low negative feelings; (3) low positive and high negative feelings; and (4) low positive and low negative feelings. These patterns form the framework for this investigation.

The sample population was comprised of 535 high school students studying in the second semester of the academic year 2007 in schools under the supervision of the Department of General Education in Mueang district, Nonthaburi province. The research tools were a questionnaire regarding family communication patterns and a questionnaire concerning the stress of students in confronting university entrance examinations.

Using techniques of descriptive statistics, the data were analyzed, formulated and tabulated in terms of percentage, mean and standard deviation. T-test and one-way analysis of variance (ANOVA) were also employed for testing purposes.

Findings are as follows:

The majority of the sample population were females (66.5 percent) with a minority of males (33.5 percent). The majority of the respondents have two siblings (49.6

percent), are the first child (61.30 percent), have an average grade point ratio (GPR) of 2.91 with the standard deviation being 0.53. A plurality maintained a GRP between 3.00 and 4.00 (43.90 percent). A majority have parents who live together (74.80 percent). The educational level of a plurality of the parents is at the Matthayom Sueksa level (45.6 percent and 43.0 percent, respectively). Of the fathers, 28.60 percent are civil officials with 29.0 percent of the mothers having their own businesses. Family monthly income was between 10,000 and 20,000 baht for 35.3 percent of the respondents.

At 66.4 percent, respondents had a high stress level in confronting university entrance examinations. Of the respondents, 20.2 percent experienced stress at the highest level.

Respondents who overall differed in regard to the number of siblings, order of birth, parental educational level, parental occupation, parental marital status and family income exhibited no concomitant differences in the levels of stress regarding university entrance examination at the statistically significant level of .05.

Female and male students under investigation overall exhibited differences in levels of stress regarding university entrance examination at the statistically significant level of .01. Female students experienced more stress than their male counterparts (the female mean was equal to 3.60 and the male mean was equal to 3.46). Respondents overall exhibited differences in their levels of stress regarding university entrance examinations in the aspect of average GPR at the statistically significant level of .01.

At the highest level (40.4 percent), respondents experienced the high positive and low negative feelings pattern of family communication. The least common pattern experienced was the first pattern, namely, high positive and high negative feelings (14.8 percent). The third pattern, low positive and high negative feelings, was found to occur at the level of 26.9 percent. The fourth pattern, low positive and low negative feelings, was found to occur at the level of 17.9 percent.

The four patterns of family communication resulted in differences in the stress levels of students in regard to university entrance examinations at a statistically significant level of .001. The only aspect in this connection which did not display differences at the statistically significant level of .05 was the aspect of selecting the area which would be studied upon attending university.

รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับความเครียดของนักเรียน เกี่ยวกับการสอบเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา

สโรบล ณะคำดี*, รองศาสตราจารย์มุกดา ศรียงค์**, รองศาสตราจารย์รอยโทสิริชัย หงษ์ยันตรชัย**

*วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

**ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวของนักเรียนโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี (2) ความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเกี่ยวกับการสอบเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา (3) เปรียบเทียบรูปแบบการสื่อสารในครอบครัว กับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเกี่ยวกับการสอบเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแบ่งเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบที่ 1 การสื่อสารในครอบครัวเชิงบวกปริมาณมากและเชิงลบปริมาณมาก รูปแบบที่ 2 การสื่อสารในครอบครัวเชิงบวกปริมาณมากแต่เชิงลบปริมาณน้อย รูปแบบที่ 3 การสื่อสารในครอบครัวเชิงบวกปริมาณน้อยแต่เชิงลบปริมาณมาก และรูปแบบที่ 4 การสื่อสารในครอบครัวเชิงบวกปริมาณน้อยและเชิงลบปริมาณน้อย

นักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2550 ของโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 535 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ

แบบสอบถามรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวและแบบสอบถามความเครียดของนักเรียนเกี่ยวกับการสอบเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบที (t-test) และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.5) เพศชาย ร้อยละ 33.5 และมีพี่น้อง 2 คนเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 49.6) เป็นลูกคนที่ 1 ร้อยละ 61.30 มีเกรดเฉลี่ย 2.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.53 ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3.01-4.00 (ร้อยละ 43.90) ผู้ปกครองอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 74.80 บิดาและมารดาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 45.6) และ (ร้อยละ 43.0) ตามลำดับ บิดามีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 28.60 มารดามีอาชีพ กิจการส่วนตัว

ร้อยละ 29.0 รายได้ของครอบครัวอยู่ในระหว่าง 10,001-20,000 บาท (ร้อยละ 35.3) กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดเกี่ยวกับการสอบเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาอยู่ในระดับเครียดมากคิดเป็นร้อยละ 66.4 รองลงมา มีความเครียดอยู่ในระดับเครียดมากที่สุดร้อยละ 20.2

นักเรียนกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงและเพศชายมีความเครียดเกี่ยวกับการสอบเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งนักเรียนเพศหญิงมีความเครียดมากกว่าเพศชาย (ค่าเฉลี่ยรวมเพศหญิงเท่ากับ 3.60 และเพศชายเท่ากับ 3.46) นักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดเกี่ยวกับการสอบเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาด้านเกรดเฉลี่ยโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นักเรียนกลุ่มตัวอย่างได้รับรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวรูปแบบที่ 2 การสื่อสารในครอบครัวเชิงบวกปริมาณมากแต่เชิงลบปริมาณน้อย มากที่สุด (ร้อยละ 40.4) และรูปแบบการสื่อสารที่นักเรียนได้รับน้อยที่สุด คือ รูปแบบที่ 1 การสื่อสารเชิงบวกปริมาณมากและเชิงลบปริมาณมาก (ร้อยละ 14.8) ส่วนรูปแบบที่ 3 การสื่อสารเชิงบวกปริมาณน้อยแต่เชิงลบปริมาณมาก (ร้อยละ 26.9) และรูปแบบที่ 4 การสื่อสารเชิงบวกปริมาณน้อยและเชิงลบปริมาณน้อย (ร้อยละ 17.9)

รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 รูปแบบ ทำให้นักเรียนมีความเครียดเกี่ยวกับการสอบเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ด้านการคัดเลือกเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาของนักเรียน

บทนำ

ระบบการสอบเข้าศึกษาต่อในมหาวิทยาลัยของประเทศไทยได้มีการพัฒนามาเป็นลำดับ ในอดีตที่ผ่านมามหาวิทยาลัยได้ใช้ระบบการสอบคัดเลือกมาเป็นเวลานานกว่า 40 ปี โดยใช้ระบบการสอบแค่ 1 ครั้ง เมื่อจบมัธยมศึกษาปีที่ 6 เท่านั้น ระบบดังกล่าวได้ถูกนำมาใช้เนื่องจากสถานที่ศึกษาในระดับอุดมศึกษา มีไม่เพียงพอแก่ความต้องการของผู้สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่ประสงค์จะศึกษาต่อมหาวิทยาลัยจึงเล็งเห็นว่าการสอบแข่งขันเพื่อเลือกเอาผู้ที่ได้คะแนนดี และมีคุณสมบัติประกอบอื่นๆ ที่เหมาะสมเข้าศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยเป็นวิธีการที่ดีที่สุด นอกจากนั้นคณะกรรมการการอุดมศึกษา ยังได้รวมตัวกันพัฒนาให้มีระบบสอบกลางซึ่งดำเนินการในระดับประเทศ และต่อมาดำเนินการร่วมกับทบวงมหาวิทยาลัย ซึ่งคณะกรรมการการอุดมศึกษา คาดว่าระบบดังกล่าวเหมาะสมที่สุดในปัจจุบัน แต่นักเรียนที่จะสอบคัดเลือกเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาต้องเผชิญปัญหาต่างๆ มากมายซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียด เช่น ต้องตั้งใจสอบทุกวิชาให้ผ่านในชั้นเรียน แข่งขันกับเพื่อนร่วมชั้น เพื่อนร่วมโรงเรียน และต้องแข่งขันกับโรงเรียนอื่นที่มีชื่อเสียงกว่าซึ่งการให้คะแนน การเรียนการสอนอาจแตกต่างกัน ทำให้เกิดข้อได้เปรียบเสียเปรียบระหว่างโรงเรียนได้ นักเรียนจึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในครอบครัว หรือจากสังคม เพราะถ้าหากมีการสนับสนุนจากคนรอบข้างช่วยส่งเสริมในการจัดการกับปัญหาเพื่อมิให้เกิดความตึงเครียดมากเกินไป นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นช่วงวัยรุ่นที่ต้องศึกษาเล่าเรียน ก้าวสู่มหาวิทยาลัยซึ่งอยู่ใน

ระดับอุดมศึกษา เพื่อจะเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ต่อไป ซึ่งช่วงนี้ต้องมีความระมัดระวังอย่างมากเพราะต้องแข่งขันกันทุกด้าน ความคาดหวังของบิดามารดาและผู้ปกครองก็เป็นปัญหาอีกอย่างหนึ่งที่นักเรียนต้องคำนึงถึง บางครั้งความคาดหวังของพ่อแม่และผู้ปกครองกับความต้องการของนักเรียนสวนทางกันทำให้เกิดความกดดัน นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นช่วงของวัยรุ่นที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นช่วงวัยต่อระหว่างความเป็นเด็กกับผู้ใหญ่ เป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อชีวิต เด็กกำลังเรียนเรียน และทดลองบทบาท เพื่อจะเป็นผู้ใหญ่ในแง่ต่างๆ เช่น อารมณ์ สังคม จิตใจ ความใฝ่ฝัน จึงเป็นวัยที่ต้องประสบปัญหาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม การเรียน การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เมื่อเด็กได้ตั้งใจหรือตัดสินใจ ประพฤติปฏิบัติไปอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทำตัวผิดพลาดไปโดยไม่ยั้งคิด อาจมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ง่ายส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพจิตกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้ บางครั้งการเปลี่ยนแปลงนั้นกะทันหันรวดเร็วไม่แน่นอนเข้าใจค่อนข้างยากและละเอียดซับซ้อน ปัจจุบันในสังคมเมืองมักจะมีปัญหาเด็กเร่งรีบ (hurried children) คือ เด็กถูกกระตุ้นและผลักดันให้ประพฤติดนเหมือนผู้ใหญ่ให้เข้มแข็ง การแข่งขันสูง เป็นที่คาดหวังของครอบครัว ทำให้เด็กเกิดปัญหาในแง่ต่างๆ เช่น กังวล เครียด ไม่ประสบผลสำเร็จในการเรียน ยาเสพติด ต่อต้านสังคม จากการศึกษาพบว่าเหตุที่ทำให้เด็กมีปัญหามาจาก แรงกดดันจากพ่อแม่ แรงกดดันจากโรงเรียน แรงกดดันจากสื่อมวลชน ระยะนี้อาจเป็นช่วงเวลาที่เด็กอาจมีข้อขัดแย้งกับผู้ใหญ่หรือผู้ปกครอง เนื่องจากระยะนี้เป็นระยะเวลา

ที่เด็กสนใจแสวงหาอุดมการณ์และอุดมคติในด้านต่างๆ รวมทั้งปรัชญาชีวิต มักแสวงหาและทำตามผู้ที่ตนยึดถือเป็นวีรบุรุษ เป็นระยะที่เด็กคิดได้ในทุกกระบวนการของความคิดเพราะสมองพัฒนาเต็มที่ มักจะวนเวียนเกี่ยวกับบุคลิกของตน ความนึกคิดทางศีลธรรมจรรยา พัฒนาไปถึงขั้นเข้าใจเหตุผลทางศีลธรรมจรรยา มักจะหมกมุ่นกับความคิดว่าตนคือใคร การค้นหาตนและพบตน เป็นพัฒนาการประจำวัยที่สำคัญมาก เพราะเป็นเครื่องหมายชี้ผ่านพ้นวัยรุ่นเพื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่และมักเกี่ยวพันกับการปรับตัวการเลือกอาชีพ การหาอุดมคติในแง่มุมต่างๆ รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตมนุษย์ มนุษย์เป็นสัตว์สังคมที่ต้องอาศัยการแลกเปลี่ยนความรู้ข่าวสารและประสบการณ์ซึ่งกันและกันทั้งนี้เพื่อที่จะได้มีความรู้ความเข้าใจ จูงใจหรือมีอิทธิพลต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน การที่จะบรรลุสิ่งเหล่านี้ได้ก็ต้องอาศัยการสื่อสาร²

การสื่อสารเป็นการแลกเปลี่ยนข่าวสารเพื่อความรู้ ความเข้าใจร่วมกัน ซึ่งการสื่อสารในครอบครัวนับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งที่จะส่งเสริมและสนับสนุนสุขภาพจิตของครอบครัวไม่ว่าจะเป็นวิธีการสื่อสารในทางบวกหรือลบ ทั้งการใช้คำพูดหรือไม่ใช้คำพูดต่างก็มีอิทธิพลต่อเด็ก การสื่อสารทางบวก โดยที่พ่อแม่แสดงถึงความเอาใจใส่ ให้เวลา มีความยุติธรรม ยอมรับฟังความคิดเห็น ให้กำลังใจแก่เด็ก ซึ่งผลของการสื่อสารในครอบครัวจะช่วยหล่อหลอมบุคลิก ทัศนคติ อุปนิสัย จนสามารถปรับตัวได้ดี มีจิตใจเข้มแข็งและกล้าที่จะเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ และในทางตรงข้ามถ้าในครอบครัวมีการสื่อสาร

ในทางลบ ซึ่งมักจะใช้วิธีลงโทษ ต่ำหนิ บ่นว่า อยู่เสมอ จะทำให้ครอบครัวเกิดความเครียด และอาจเกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา ครอบครัวที่ขาดการสื่อสารที่ดีต่อกัน และไม่สามารถใช้การสื่อสารแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้น เมื่อเกิดการสะสมพอกพูนมากขึ้น จนเกิดความรุนแรงในครอบครัว เกิดการแตกแยก กลายเป็นปัญหาสังคม ดังนั้นรูปแบบการสื่อสารที่ดี น่าจะมีผลดีต่อสุขภาพจิต ช่วยให้บุคคลสามารถ ปรับตัวได้ตามสถานการณ์และใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุข³ ครอบครัวที่มีการสื่อสารที่ดีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวก็จะดีไปด้วยเนื่องจากความสัมพันธ์ที่ดีของบุคคลในครอบครัวมาจากการสื่อสารที่ทำให้เกิดความรู้สึกในด้านบวก ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ทำให้มีความรู้สึกนึกคิดในทางที่ดีต่อกัน มีความเข้าใจกัน เป็นครอบครัวที่มีความสุข

ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ⁴ กล่าวว่า การสื่อสารกับบุตรวัยรุ่นพ่อแม่ต้องใช้ความอดทน ความเข้าใจ และให้โอกาสเด็กได้แสดงความรู้สึกนึกคิดและให้การยอมรับเมื่อเด็กมีประสบการณ์ที่แปลกใหม่หรือประสบกับความยุ่งยากวัยรุ่นสามารถที่จะพูดคุยหรือปรึกษาพ่อแม่ ผู้ปกครอง โดยที่พ่อแม่ ผู้ปกครองเป็นผู้รับฟังที่ดีวิธีการสื่อสารกับลูกหลานต้องอาศัยการสื่อสาร 2 ทาง สภาพเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน พ่อแม่ผู้ปกครองมีเวลาให้ลูกน้อยลง เนื่องจากต้องประกอบอาชีพหารายได้ใน การเลี้ยงดูครอบครัว อีกทั้งมีอุปกรณ์เทคโนโลยีต่างๆ เช่น โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต(internet) โทรศัพท์มือถือ MP3 คอมพิวเตอร์ (computer) และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของแต่ละ ครอบครัวซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สมาชิก ในครอบครัวมีเวลาให้กัน

น้อยลง การพูดคุยสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว
น้อยลงด้วย สิ่งเหล่านี้อาจเป็นผลเสียต่อสัมพันธภาพ
ในครอบครัว เนื่องจากปริมาณการสื่อสารมีความ
สัมพันธ์โดยตรงต่อการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่าง
บุคคล⁷ และอาจทำให้เกิดปัญหาการสื่อสารใน
ครอบครัว คือ สมาชิกในครอบครัวขาดการสื่อสาร
ที่สมบูรณระหว่างกัน ไม่มีการพูดความรู้สึกของ
ตนเองให้ผู้อื่นทราบอย่างตรงไปตรงมา ก่อให้เกิด
ความขัดแย้งในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหา
ครอบครัวตามมา ในครอบครัวแต่ละครอบครัวก็มี
ความแตกต่างกันทางลักษณะของพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้ที่
มีบทบาทในการสั่งสอนอบรมบุตร ก่อปรกับสภาพ
สังคมที่เปลี่ยนแปลง ความจำเป็นในการดิ้นรนหา
เลี้ยงชีพ ทำให้ความผูกพันและความสัมพันธ์ของ
สมาชิกในครอบครัวเจือจาง ความเอาใจใส่ต่อกันและ
กันลดลง โอกาสที่ใช้เวลาร่วมกันของครอบครัวมี
น้อย ทำให้เกิดความตึงเครียดทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก
ทั้งปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีต่างๆ เข้ามาใช้ในชีวิต
ประจำวันแต่ละครอบครัวมักจะมีคอมพิวเตอร์เพื่อ
อำนวยความสะดวกในการทำงานและการติดต่อ
สื่อสารต่างๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ความ
สัมพันธ์ของสมาชิกก็เริ่มเหินห่าง ขาดการติดต่อ
สื่อสารระหว่างกันในครอบครัว

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นและกอปรกับ
โรงเรียนในสังกัดกรมสามัญศึกษา เขตอำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี เป็นโรงเรียนระดับกลางนักเรียนต้อง
แข่งขันกับเพื่อนร่วมโรงเรียนเดียวกันและยังต้อง
แข่งขันกับโรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานครที่ใหญ่กว่า
หลายแห่งอาจทำให้นักเรียนมีความเครียดเพิ่มขึ้นได้
ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการสื่อสารใน

ครอบครัวกับความเครียดของนักเรียนเกี่ยวกับการ
สอบเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาเพื่อเป็นแนว
ทางในการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือนักเรียนให้มี
คุณภาพชีวิตที่ดี ก้าวเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพและช่วย
พัฒนาประเทศชาติต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษา รูปแบบการสื่อสารในครอบครัว
ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนในสังกัด
กรมสามัญศึกษา ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
2. เพื่อศึกษา ความเครียดของนักเรียนมัธยม
ศึกษาตอนปลายในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา
ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี เกี่ยวกับการสอบ
เข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา
3. เปรียบเทียบรูปแบบการสื่อสารใน
ครอบครัวกับความเครียดของนักเรียนมัธยมศึกษา
ตอนปลายโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขต
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี เกี่ยวกับการสอบเข้า
ศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยนี้ คือนักเรียนชั้น
มัธยมศึกษาตอนปลาย ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา
2550 ของโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา เขต
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 22,167 คน
กลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา ผู้วิจัยใช้สูตรของ
Yaman⁶ ในการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
จากประชากรทั้งสิ้น 22,167 คน โดยกำหนด
ความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนของการ

ลุ่มเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 392.91 คน

เครื่องมือการวิจัย

- (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
- (2) แบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการสื่อสารในครอบครัว ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ อัญชลี ประสบจตุรพร⁷
- (3) แบบสอบถามความเครียดของนักเรียน เกี่ยวกับการสอบคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามของ วิชาดา วรณะชูเดช⁸

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.5) เพศชาย ร้อยละ 33.5 และมีพี่น้อง 2 คน เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 49.6) เป็นลูกคนที่ 1 ร้อยละ 61.30 มีเกรดเฉลี่ย 2.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.53 ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3.01- 4.00 (ร้อยละ 43.90) ผู้ปกครองอยู่ด้วยกันร้อยละ 74.80 บิดา และมารดาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 45.6) และ (ร้อยละ 43.0) ตามลำดับ บิดามีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 28.60 มารดามีอาชีพ กิจการส่วนตัว ร้อยละ 29.0 รายได้ของครอบครัวอยู่ในระหว่าง 10,001 - 20,000 บาท (ร้อยละ 35.3)

ความเครียด

กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดเกี่ยวกับการสอบเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาอยู่ในระดับเครียดมากที่สุดเป็นร้อยละ 66.4 รองลงมาคือมีความเครียดอยู่ในระดับเครียดมากที่สุด ร้อยละ 20.2 นักเรียนกลุ่ม

ตัวอย่างที่มี จำนวนพี่น้องในครอบครัว ลำดับที่ในครอบครัว วุฒิการศึกษาของบิดามารดา อาชีพของบิดามารดา สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัว โดยรวมนักเรียนมีความเครียดเกี่ยวกับการสอบเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นักเรียนกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงและเพศชายมีความเครียดเกี่ยวกับการสอบเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งนักเรียนเพศหญิงมีความเครียดมากกว่าเพศชาย (ค่าเฉลี่ยรวมเพศหญิงเท่ากับ 3.60 และเพศชายเท่ากับ 3.46) นักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดเกี่ยวกับการสอบเข้าศึกษาในสถาบัน อุดมศึกษาด้านเกรดเฉลี่ยโดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

รูปแบบการสื่อสาร

นักเรียนกลุ่มตัวอย่างได้รับรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวรูปแบบที่ 2 การสื่อสารในครอบครัวเชิงบวกปริมาณมากแต่เชิงลบปริมาณน้อยมากที่สุด (ร้อยละ 40.4) และรูปแบบการสื่อสารที่นักเรียนได้รับน้อยที่สุดคือรูปแบบที่ 1 การสื่อสารเชิงบวกปริมาณมากและเชิงลบปริมาณมาก (ร้อยละ 14.8) ส่วนรูปแบบที่ 3 การสื่อสารเชิงบวกปริมาณน้อยแต่เชิงลบปริมาณมาก (ร้อยละ 26.9) และรูปแบบที่ 4 การสื่อสารเชิงบวกปริมาณน้อยและเชิงลบปริมาณน้อย (ร้อยละ 17.9) รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 รูปแบบทำให้นักเรียนมีความเครียดเกี่ยวกับการสอบเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อพิจารณา

รายด้าน พบว่า ด้านที่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ด้านการคัดเลือกเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาของนักเรียน

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้แยก อภิปรายผลเป็น 3 ตอนดังนี้คือ

ตอนที่ 1 รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวของนักเรียน

นักเรียนได้รับรูปแบบการสื่อสารในครอบครัว รูปแบบที่ 2 การสื่อสารเชิงบวกปริมาณมากแต่เชิงลบปริมาณน้อย (ร้อยละ 40.40) มีจำนวนมากที่สุดประมาณหนึ่งในสาม ส่วนรูปแบบการสื่อสารที่นักเรียนได้รับน้อยที่สุดคือรูปแบบที่ 1 การสื่อสารเชิงบวกและเชิงลบปริมาณมาก (ร้อยละ 14.80) ส่วนที่เหลือได้รับรูปแบบการสื่อสารรูปแบบที่ 3 การสื่อสารเชิงบวกปริมาณน้อยเชิงลบปริมาณมาก (ร้อยละ 26.90) และรูปแบบที่ 4 การสื่อสารเชิงบวกและเชิงลบปริมาณน้อย (ร้อยละ 17.90) เช่นเดียวกับการศึกษาของอัญชลี ประสบจตุรพร⁷ พบว่า (1) นักเรียนส่วนใหญ่ได้รับรูปแบบการสื่อสารในครอบครัว รูปแบบที่ 2 การสื่อสารในครอบครัวเชิงบวกปริมาณมากแต่เชิงลบปริมาณน้อย

ตอนที่ 2 ความเครียดของนักเรียนเกี่ยวกับการสอบเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา

ความเครียดเกี่ยวกับระบบการสอบเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาทั้ง 4 ด้าน คือด้านการใช้เกรดเฉลี่ยในระบบใหม่ ด้านการสอบวัดความรู้ระบบใหม่ ด้านการคัดเลือกเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา และด้านผู้ปกครองเกี่ยวกับการสอบเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา ในภาพรวมมีความเครียดรวม

เฉลี่ยเท่ากับ 3.55 โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3.75 คือ ด้านการสอบเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา และเมื่อแบ่งระดับความเครียดพบว่า จำนวนนักเรียนมีความเครียดอยู่ในระดับเครียดมากคิดเป็นร้อยละ 66.4 รองลงมา มีความเครียดอยู่ในระดับเครียดมากที่สุด ร้อยละ 20.2 ระดับเครียดปานกลาง ร้อยละ 12.70 ระดับเครียดน้อย ร้อยละ .70 เมื่อมาเปรียบเทียบกับความเครียดเกี่ยวกับการสอบเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาของนักเรียนกับข้อมูลทั่วไป พบว่า

เพศ

นักเรียนทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความเครียดโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความเครียดด้านผู้ปกครองของนักเรียนเกี่ยวกับการสอบเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา มีความเครียดเกี่ยวกับด้านเพศแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของสมปราวณา ผาสุพันธ์⁹ ที่พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่เรียนกวดวิชาในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ เพศ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนสารวิทยา ของอัจฉรา ระตะนะอาพร¹⁰ ที่พบว่านักเรียนหญิงและชายมีความเครียดไม่แตกต่างกันในเรื่อง เพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เกรดเฉลี่ย

นักเรียนที่มีเกรดเฉลี่ยต่างกัน มีความเครียดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของอัจฉรา ระตะนะอาพร¹⁰

พบว่าปัจจัยที่ทำให้นักเรียนมีความเครียดมากคือ ผลการเรียนตกต่ำ

ระดับการศึกษาของบิดา

นักเรียนที่มีระดับการศึกษาของบิดา ต่างกัน มีความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการคัดเลือกเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาของนักเรียน มีความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ชัดแจ้งกับการศึกษาของสมปรารถนา ผาสุพันธ์⁹ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่เรียนกวดวิชาในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ระดับการศึกษาของบิดา

ระดับการศึกษาของมารดา

ระดับการศึกษาของมารดา ต่างกันมีความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของสมปรารถนา ผาสุพันธ์⁹ ที่พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่เรียนกวดวิชาในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การศึกษาของมารดา

รายได้ครอบครัว

นักเรียนที่มีรายได้ของครอบครัว ต่างกันมีความเครียดไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการสอบเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา มีความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของสมปรารถนา ผาสุพันธ์⁹ ที่พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่เรียนกวดวิชาในกรุงเทพ

มหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ รายได้รวมของครอบครัว เช่นเดียวกับการศึกษาของอัจฉรา ระตะนะอาพร¹⁰ ที่พบว่า สภาพเศรษฐกิจของครอบครัว มีความสัมพันธ์ต่อระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อาชีพของบิดาและมารดา

อาชีพของบิดาและมารดาที่ต่างกันมีความเครียด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของสมปรารถนา ผาสุพันธ์⁹ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่เรียนกวดวิชาในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ อาชีพของมารดา

ส่วนจำนวนพี่น้อง ลำดับที่ในครอบครัวและสถานภาพสมรสของผู้ปกครอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความเครียดเกี่ยวกับการสอบเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาของนักเรียนที่ได้รับรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวแตกต่างกัน 4 รูปแบบ

นักเรียนที่มีรูปแบบการสื่อสารในครอบครัว ทั้ง 4 รูปแบบ มีความเครียดเกี่ยวกับการสอบเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ นักเรียนที่มีรูปแบบการสื่อสารเชิงบวกปริมาณมากเชิงลบปริมาณมาก ($\bar{X} = 3.97$) มีความเครียดด้านการสอบมากกว่ากลุ่มที่มีรูปแบบการสื่อสารเชิงบวกปริมาณมากเชิงลบปริมาณน้อย ($\bar{X} = 3.72$) และรูปแบบการสื่อสารเชิงบวกปริมาณน้อยเชิงลบปริมาณน้อย ($\bar{X} = 3.69$) อย่างมีนัย

สำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความเครียดมากกว่านักเรียนที่มีรูปแบบการสื่อสารเชิงบวกปริมาณน้อยเชิงลบปริมาณมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวของนักเรียนทั้ง 4 รูปแบบ มีความเครียดด้านรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ด้านการคัดเลือกเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาของนักเรียน

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ผลการศึกษาเรื่องรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวทำให้ทราบว่า การสื่อสารมีผลต่อความเครียดของนักเรียน ดังนั้นผู้ปกครองและครอบครัวควรให้ความสำคัญกับรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวเนื่องจากนักเรียนอยู่ในช่วงวัยรุ่นหัวเลี้ยวหัวต่อและเป็นช่วงเปลี่ยนแปลงของชีวิต จึงต้องให้ความสำคัญและใช้เวลาพร้อมกับบุตรให้มากกว่าเดิม ดังนั้นควรมีการศึกษารูปแบบการสื่อสารในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ เช่น กลุ่มคนทำงาน หรือนักศึกษาในระดับอุดมศึกษา

บรรณานุกรม

1. ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย.(พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
2. อรรถนธ์ สว่างแสง. (2548). รูปแบบการสื่อสารกับความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสังกัดงานเลขานุการ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ปรินญาศิลปศาสตร์

มหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์, มหาวิทยาลัยแม่โจ้.

3. ศุภลักษณ์ จงเจริญจิตเกษม.(2546). รูปแบบการสื่อสารในครอบครัวและสุขภาพจิตของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเซนต์จอห์น. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา), มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
4. Atwater,E. (1992). *Adolescence* (3rd ed.). Englewood Cliffs,NJ:Prentice Hall.
5. ถิรนนท์ อนวัชศิริวงศ์. (2547). พฤติกรรมการสื่อสาร. กรุงเทพฯ: โครงการเผยแพร่ความรู้ทางการสื่อสาร, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะนิเทศศาสตร์.
6. กลุ่มงานฝึกอบรมการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2547).ตำราชุดฝึกอบรมหลักสูตร "นักวิจัย".กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
7. อัญชลี ประสบจตุรพร. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวกับการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคำแหง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ), มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
8. วิชาดา วรธนะชูเดช. (2545). ความคิดเห็นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ต่อการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาระบบใหม่: ศึกษากรณีโรงเรียนสันติราษฎร์วิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สถาบันบัณฑิตพัฒน-

บริหารศาสตร์.

9. สมปรรณนา ผาสุพันธ์. (2547). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียนชั้นมัธยม

ศึกษาตอนปลายที่เรียนกวดวิชาในกรุงเทพมหานคร. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (คหกรรมศาสตร์ศึกษา), มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.