วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน
ฉัตรชัย พิมาทัย, ศุกรี ศิริบูรณ์, รัตนา บุญพา

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของหญิงไทย โรงพยาบาลศรีนครินทร์
รัตนากรณ์ อัศวเมมิน, พักตร์วิไล ศรีแสง, รัตนา คำวิไลศักดิ์

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่ของผู้คลอดในโรงพยาบาลขอนแก่น
มุกดา คงแสง, นิลุบล รุจิรประเสริฐ

ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น
ลัดดาวัณย์ คุณวุฒิ, วีนัสริน ก้อนศิลา, ชิษณุพร สิงห์แจ่ม, สุพัตรา สุขาวห

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ
สุจิตรา คำเงา, กิตติ เหลาสุภาพ

การประยุกต์ใช้นวัตกรรมโปรแกรมประยุกต์ “มามา” บนโทรศัพท์มือถือเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์
ลำพงษ์ ศรีวงค์ชัย, พิทักษ์ พลคชา, กรกนก ตระกูลการ, ทิพย์การัณ์ ไชยชนะแสง

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566
Vol.7 No.2 May - August 2023

ISSN (Print) : 2673-0723
ISSN (Online) : 2697-5246

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2566) **ISSN (Print): 2673-0723**
ISSN (Online): 2697-5246

เจ้าของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

หน่วยงานที่จัดพิมพ์ สมาคมศิษย์เก่าวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

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

กำหนดการออกวารสาร

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
รองผู้อำนวยการด้านวิชาการ
รองผู้อำนวยการด้านบริหารและยุทธศาสตร์
รองผู้อำนวยการด้านกิจการนักศึกษา
รองผู้อำนวยการด้านวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ ดร.พัชรี ใจการุณ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี
ดร.สาดี แฮมิลตัน
ดร.อภิรดี เจริญนุกูล

เลขานุการและประชาสัมพันธ์

นางสาวสิรภัทร โจมสติ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ เกษตร์กิบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล คณะพยาบาลศาสตร์ ม.สุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.เนาวนิตย์ สงคราม	คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณดี สุทธินรากร	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
รองศาสตราจารย์ ดร.เอกอุมา อิ่มคำ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร ใจการุณ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวรรณ กิติกรรณากรณ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา บัวที	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริยา อ่อนสอาด	คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร	วิทยาลัยพยาบาลนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ้งลาวัลย์ เอี่ยมกุศลกิจ	วิทยาลัยพยาบาลนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จินดารัตน์ ชัยอาจ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิดาภา ผูกพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมรภพ บรรหารักษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญลือ ฉิมบ้านไร่	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร.นพ.สุธีร์ รัตนะมงคลกุล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ดร.วิไลวรรณ ปะธิเก	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ดร.สุเพียร โภคทิพย์	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
ดร.วิโรจน์ เชมรัมย์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ดร.คมวัฒน์ รุ่งเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
ดร.นิสากร วิบูลชัย	วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
ดร.ศุภวดี แถวเพีย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ดร.กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ดร.ชลิยา วาเมะลุน	โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
ดร.อนุชตรา วรรณเสวก	โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
ดร.เกษราภรณ์ เคนบุปผา	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์	ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 อุบลราชธานี
ดร.เอมอร แสงศิริ	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
ดร.รุ้งรังษี วิบูลชัย	สถาบันพระบรมราชชนก
ดร.เพชรมณี วิริยะสืบพงศ์	สถาบันพระบรมราชชนก
ดร.นภชา สิงห์วีรธรรม	สถาบันพระบรมราชชนก
ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	มหาวิทยาลัยราชธานี
ดร.สุรศักดิ์ สุนทร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ดร.ดลนภา	ไชยสมบัติ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
ดร.ณัฐยา	ศรีทะแก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล ธัญบุรี
ดร.พายุ	นาวาคูระ	คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
ดร.สุภาภรณ์	อุดมลักษณ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น
ดร.บุษยสิทธิ์	พงษ์พิจิตร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
ดร.ศรีจันทร์	พลับจั่น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ดร.สุภารัตน์	พิสัยพันธุ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
ดร.ณัฏฐนันท์พร	สงวนกลิ่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ดร.ชินกร	สุจิมงคล	โรงพยาบาลเลย
ดร.กุลธิดา	กุลประทีปัญญา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร.นุสรา	ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร.จรูญศรี	มีหนองหว้า	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร.พัชรี	ใจการุณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
Mr. Kent Dale	Hamilton	คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
อาจารย์ทรงวุฒิ	ภัทรไชยกร	คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ยุทธชัย	บุ้งทอง	คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

กองบรรณาธิการ
วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
224 ถ.พลแพน ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000
โทร. 045-255462

บทบรรณาธิการ

โปรแกรมจัดการบรรณานุกรมและอ้างอิง

กองบรรณาธิการรวบรวมโปรแกรมเพื่อจะได้เป็นแนวทางในการจัดการบรรณานุกรม และอ้างอิงสำหรับนักวิจัย นักวิชาการ และท่านผู้สนใจดังนี้

1. **โปรแกรม Endnote** (https://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/Ndivision/N_RA/admin/news_files/314_71_1.pdf)
2. **โปรแกรม Mendeley** (https://lib.swu.ac.th/images/Documents/Researchsupport/install_mendeley.pdf)
3. **โปรแกรม Zotero** (http://lib.med.psu.ac.th/pdf/z20.pdf)
4. **โปรแกรม Microsoft Word** (https://e-library.siam.edu/wp-content/uploads/2019/05/Reference-MSW.pdf)

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เป็นวารสารที่เผยแพร่ผลงานวิชาการทางสุขภาพ และที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิชาการทางสุขภาพของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษารวมทั้งนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เพื่อความก้าวหน้าและพัฒนาทางวิชาการด้านสุขภาพ ในประเทศไทย ทั้งนี้กองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ได้คัดเลือกบทความวิจัยที่น่าสนใจด้านต่าง ๆ รวม 10 เรื่อง เสนอในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ปีที่ 7 ฉบับที่2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2566) ดังนี้ 1) บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของหญิงไทย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ 3) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่ของผู้คลอดในโรงพยาบาลขอนแก่น 4) ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น 5) ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ และ 6) การประยุกต์ใช้นวัตกรรมโปรแกรมประยุกต์ “มาม่า” บนโทรศัพท์มือถือเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์

ทั้งนี้วารสารได้มีการปรับบรรณาธิการและทีมกองบรรณาธิการ เนื่องจากมีการศึกษาต่อและภาวะสุขภาพ อย่างไรก็ตามกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ จะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่าน เพื่อเปิดมุมมองแนวทางการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพของท่าน รวมทั้งช่วยส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูภาวะสุขภาพของประชาชนในประเทศไทยต่อไปในอนาคต

กองบรรณาธิการ

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2566)

สารบัญ

บทความวิชาการ

- บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน 1
  Community Nurses' Roles in Preventing Alcohol Consumption in Youth
  ฉัตรชัย พิมาทัย, ศุกรี ศิริบูรณ์, รัตนา บุญพา
  Chatchai Pimathai, Sukree Siriboon, Rattana Boonpha

บทความวิจัย

- ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของหญิงไทย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ 15
  Factors Prediction of Gestational Diabetes Mellitus among Thai Women, Srinagarind Hospital
  รัตนาภรณ์ อัศวเมฆิน, พักตร์วิไล ศรีแสง, รัตนา คำวิไลศักดิ์
  Ratanaporn Aussawamaykin, Pakvilai Srisaeng, Ratana Komwilaisak
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่ของผู้คลอดในโรงพยาบาลขอนแก่น 29
  Risk Factors Associated with Shoulder Dystocia among Pregnant Women at Khon Kaen Hospital
  มุกดา คงแสง, นิลุบล รุจิรประเสริฐ
  Mukda Khongsang, Nilubon Rujiraprasert
- ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น 44
  Effectiveness of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Parent for Behavior Modification and Stress Management Program
  ลัดดาวัณย์ คุณวุฒิ, วีนัสริน ก้อนศิลา,
  ชิษณุพร สิงห์แจ่ม, สุพัตรา สุขาวหา
  Laddawan kunavuti, Wenusrin Konsila,
  Chitsanuporn Singjam, Supattra Sukhawaha

ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2566)

สารบัญ

บทความวิจัย

- ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ 62
  Factors affecting burnout of Public Health Technical officers in Tambon Health Promoting Hospitals, Sisaket Province
  สุจิตรา คำเงา, กิตติ เหลาสุภาพ
  Sujittra Khamngao, Kitti Laosupap
- การประยุกต์ใช้นวัตกรรมโปรแกรมประยุกต์ “มาม่า” บนโทรศัพท์มือถือเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ 75
  Implicating Innovation of Application Program “Ma-Ma” on Mobile Phones for Promoting Health in Pregnant Women
  ลำพงษ์ ศรีวงค์ชัย, พิทักษ์ พลคชา, กรกนก ตระกูลการ, ทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง
  Lumpong Sriwongchai, Pitak Polkacha,
  Kornkanok Trakunkarn, Tipparat Chaichanasang
- คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน

ฉัตรชัย พิมาทัย พย.ม.[1], ศุกรี ศิริบูรณ์ วท.ม.[1*], รัตนา บุญพา พย.ม.[2]

บทคัดย่อ

ช่วงการเป็นเยาวชนเป็นวัยที่ร่างกายกำลังพัฒนา จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ปัญหาของสมอง ตับและหัวใจได้มากกว่าวัยผู้ใหญ่ นอกจากนี้การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล รวมทั้งการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ อุบัติเหตุจราจร และการใช้ความรุนแรง ซึ่งเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิตได้ พยาบาลอนามัยชุมชนมีบทบาทความสำคัญในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน เนื่องจากเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดกับเยาวชนในชุมชนมากที่สุด จึงทำให้รับทราบปัญหาและปัจจัยที่ทำให้เยาวชนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างแท้จริง โดยพยาบาลอนามัยชุมชนแสดง 7 บทบาท ได้แก่ บทบาทผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ ผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ ผู้พิทักษ์สิทธิ์ ผู้จัดการรายกรณี ผู้ประสานความร่วมมือ และผู้วิจัย บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อเยาวชน และบทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลอนามัยชุมชนในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อลดความรุนแรง และผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน

คำสำคัญ: ผลกระทบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เยาวชน บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชน

[1]อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

[2]สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* Corresponding author e-mail: Krutatar@hotmail.com

วันที่รับ (received) 31 พ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 22 ส.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 28 ส.ค. 2566

Community Nurses' Roles in Preventing Alcohol Consumption in Youth

Chatchai Pimathai M.N.S.[1], Sukree Siriboon M.Sc.[1*]
Rattana Boonpha M.N.S.[2]

Abstract

Youthhood is a period of physical development, so that youth is at the greater risk of alcohol-related health problems, e.g., the problems of the brain, liver, and heart, than adults. In addition, because the youth is sensitive to stimuli and lack of essential social skills, drinking alcohol increases risk of mental health problems e.g., depression and anxiety and risk behavior e.g., sexual risk behavior, traffic accident, and violence which can cause injury, disability, and death. Community nurses plays crucial roles to prevent alcohol drinking in youth because they are health care providers closest to the youth in communities. So, they know root problems and factors of alcohol drinking in the youth. They play seven roles as a health care provider, health educator, advocator, case manager, collaborator, leader, and researcher. This article aimed to present effects of alcohol drinking on the youth and community nurses' roles in preventing them from drinking. This can be a guide for the community nurses to apply for reducing severity and negative effects of alcohol consumption.

Keywords: effects, alcoholic consumption, youth, roles of community nurses

[1]Nurse Instructor, Faculty of Nursing, Ratchathani University

[2]Lecturer Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author e-mail: Krutatar@hotmail.com

บทนำ

การดื่มสุราในเยาวชน เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก “สุรา” ตามคำนิยามของพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560[1] หมายความรวมถึง วัตถุทั้งหลายหรือของผสมที่มีแอลกอฮอล์ซึ่งสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา หรือซึ่งดื่มกินไม่ได้ แต่เมื่อนำมาผสมกับน้ำหรือของเหลวอย่างอื่นแล้วสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา สำหรับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน (อายุระหว่าง 15-24 ปี)[2] ถือว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 พบว่า ความชุกของนักดื่มในปัจจุบัน (เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา) ของเยาวชนอายุ 15-24 ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนทั้งสิ้น 387,986 คน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.9 ในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 34.7 ในปี พ.ศ. 2564 และพบว่าเด็กและเยาวชนเริ่มดื่มสุราครั้งแรกที่อายุน้อยลงเรื่อย ๆ โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มครั้งแรกเพศชายน้อยกว่าเพศหญิง เพศชายเฉลี่ยเริ่มดื่มที่อายุ 19.6 ปี ส่วนเพศหญิง เฉลี่ยเริ่มดื่มที่อายุ 22.9 ปี[3] สาเหตุของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน พบว่าส่วนใหญ่ทั้งเพศชายและเพศหญิงเริ่มดื่มสุราเพราะตามเพื่อน/เพื่อนชวน ร้อยละ 41.6 และ 29.6[4] สถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนดังกล่าว เป็นสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงและกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขไทยเป็นอย่างมาก เนื่องจากหากไม่ได้รับการแก้ไข อาจนำไปสู่ผลกระทบต่าง ๆ ตามมามากมาย

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน ส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และด้านสังคม มีความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงเสียชีวิต โดยผลกระทบทางด้านร่างกายนั้น พบว่าแอลกอฮอล์มีผลต่อพัฒนาการของสมองและทำลายสมองของเยาวชนอย่างมากเมื่อเทียบกับวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากสมองและร่างกายของเยาวชนยังอยู่ในช่วงพัฒนา[5] การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุยังน้อยยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคตับ โรคหัวใจ การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร และมะเร็งหลายชนิด ยังอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงอื่น ๆ รวมทั้งการบาดเจ็บและเสียชีวิต[6] ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ สติปัญญา ส่วนใหญ่พบว่า ผู้ที่เริ่มดื่มตั้งแต่อายุยังน้อยมีความเสี่ยงที่จะติดสุราตลอดชีวิตเพิ่มขึ้น[7] อีกทั้งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต และยังทำให้อาการแย่ลงได้ในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตอยู่เดิม[8] เยาวชนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป แอลกอฮอล์จะทำลายเซลล์สมอง ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านพฤติกรรมและความเสียหายถาวรต่อความจำ ความคิด และวิจารณญาณ ทำให้ผลการเรียนตกต่ำ และผลกระทบด้านสังคม พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นำไปสู่การตัดสินใจที่ก่อให้เกิดอันตรายต่าง ๆ ได้ เช่น เกิดอุบัติเหตุทางจราจร ความรุนแรงและการฆาตกรรม เป็นเหยื่ออาชญากรรมรุนแรง[7] ซึ่งจากการศึกษาพฤติกรรมการกระทำผิดของเด็กและเยาวชนในสถานพินิจ[9] พบว่า ร้อยละ 40.8 ยอมรับว่ามีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 5 ชั่วโมงก่อนก่อคดี โดยร้อยละของคดีต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีดังนี้ คดีความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย ร้อยละ 55.9 คดีความผิดเกี่ยวกับเพศ ร้อยละ 46.2 คดีความผิดเกี่ยวกับอาวุธ ร้อยละ 41.4 คดีความผิดต่อทรัพย์สิน ร้อยละ 35.3 และคดีเกี่ยวกับความสงบสุขของสังคม ร้อยละ 31.3

สำหรับบทความวิชาการในครั้งนี้ ได้นำบทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน ประกอบด้วย[10-11] 1) บทบาทผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นฐานในการปฏิบัติงาน ให้บริการทั้งเยาวชนที่ดื่มและไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) บทบาทผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ มีประโยชน์โดยตรงต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการบาดเจ็บจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ ซึ่งพยาบาลเป็นตัวกลางในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ถูกต้องแก่เยาวชน รวมทั้งพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพ 4) บทบาทผู้จัดการรายกรณี โดยมีการประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีโดยการ

ดึงแหล่งประโยชน์ในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเยาวชนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และประเมินผล 5) บทบาทผู้ประสานความร่วมมือ การประสานขอความร่วมมือกับบุคลากรฝ่ายต่าง ๆ เพื่อแก้ไข บรรเทา และลดความรุนแรงของปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนในชุมชน 6) บทบาทผู้นำ โดยพยาบาลจะต้องเป็นผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลง และ 7) บทบาทผู้วิจัย ซึ่งทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ ๆ โดยองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นจะช่วยให้พยาบาลอนามัยชุมชนมีความเข้าใจในความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนในชุมชน ทำให้สามารถจัดกิจกรรมและบริการต่าง ๆ ในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน และบทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน

ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นส่งผลกระทบทั้งต่อด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญาของเยาวชนเอง รวมทั้งส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจอีกด้วย

1. ผลกระทบด้านร่างกาย

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของผู้ดื่ม โดยส่งผลโดยตรงต่ออวัยวะต่าง ๆ และส่งผลกระทบอื่น ๆ ตามมา ได้แก่

1.1 ปากและลำคอ เมื่อสุราเข้าสู่ปากและลำคอ จะไปออกฤทธิ์ต่อเยื่อบุผิวของอวัยวะภายในช่องปาก ทำให้เกิดการระคายเคืองที่เยื่อบุในปากและหลอดอาหาร มักมีอาการร้อนซู่เมื่อเคลื่อนผ่านลงไป[6,12] จากการศึกษาการประมาณอุบัติการณ์โรคมะเร็งที่มีสาเหตุมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า โรคมะเร็งหลอดอาหารมีสัดส่วนของจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงที่สุด ร้อยละ 40.3 รองลงมาคือ โรคมะเร็งช่องปากและคอหอยมีสัดส่วนของจำนวนอุบัติการณ์ที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 28.3[13]

1.2 กระเพาะอาหารและลำไส้ เมื่อสุราเคลื่อนผ่านลงสู่ตำแหน่งของกระเพาะอาหาร มีผลกับผนังชั้นนอกสุดของกระเพาะอาหาร ซึ่งทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารและสำไส้เล็ก หากอาการเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันมักจะเกิดการอักเสบของเยื่อบุชั้นในสุดของผนังกระเพาะอาหาร หรืออาจทำให้เกิดลำไส้เล็กทะลุได้ และนอกจากนั้นสุรายังเป็นอุปสรรคต่อการดูดซึมสารอาหาร เช่น กรดโฟลิก ไขมัน วิตามินบี 1 วิตามินบี 6 และวิตามินบี 12[6]

1.3 ตับ แอลกอฮอล์มีฤทธิ์ทำลายเซลล์ตับ ทุกครั้งที่เยาวชนดื่มสุรานั้นเซลล์ตับจะถูกทำลาย ทำให้เกิดตับแข็งได้ในอนาคต และเสี่ยงต่อการเกิดโรคตับได้ถึง 8 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ดื่มสุรา[6,12] และยังพบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งตับสูงถึง 1.5-3.6 เท่า โดยสัมพันธ์กับรูปแบบการดื่ม ซึ่งพบว่าผู้ที่ดื่มแบบอันตราย (Harmful drinker) จะมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ดื่มแบบมีความเสี่ยง (Hazardous drinker)[13]

1.4 ตับอ่อน แอลกอฮอล์มีผลทำให้เซลล์ของตับอ่อนเกิดการระคายเคือง และยังทำให้น้ำย่อยไม่สามารถไหลจากตับอ่อนไปสู่ลำไส้เล็กได้ ทำให้น้ำย่อยเกิดการย่อยตัวตับอ่อนเอง ส่งผลให้เกิดเลือดออกอย่างเฉียบพลันและเกิดการอักเสบของตับอ่อน[6]

1.5 ระบบสืบพันธุ์ ในเพศชาย เมื่อมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่น้อย ๆ มีผลทำให้มีความต้องการทางเพศสูง แต่หากมีการดื่มในปริมาณที่มากเป็นเวลานาน ส่งผลทำให้มีความต้องการทางเพศลดลง ขนาดของลูกอัณฑะเล็กลงได้ ส่วนในเพศหญิง หากมีการดื่มสุราจะส่งผลทำให้แท้งบุตรได้ง่ายหรือ

คลอดบุตรก่อนกำหนด บุตรที่เกิดมามีโอกาสผิดปกติได้สูง[6,12] จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการแท้งบุตรที่เกิดขึ้นเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการแท้งบุตรสูงเป็น 6.3 เท่า ของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างตั้งครรภ์[14]

1.6 สมอง สมองเป็นอวัยวะที่มีความไวต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์อย่างเห็นได้ชัดเจนก่อให้เกิดผลกระทบทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ดังนี้

1.6.1 ผลกระทบต่อสมองแบบเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะมึนเมา (Alcohol intoxication) ซึ่งเป็นผลชั่วคราวของแอลกอฮอล์ที่มีต่อระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อเกิดภาวะมึนเมาทำให้ร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เช่น การพูดและการตอบสนองที่ช้าลง สำหรับความรุนแรงของผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อสมองส่วนกลางนั้นแปรผันตามระดับของแอลกอฮอล์ในเลือด หรือ BAC (Blood Alcohol Concentration) หากระดับของแอลกอฮอล์ในเลือดเท่ากับ 30 mg% จะทำให้เกิดอาการสนุกสนานรื่นเริง ผ่อนคลาย เมื่อระดับของแอลกอฮอล์ในเลือดเท่ากับ 300 mg% ผู้ดื่มจะเกิดอาการง่วงซึม ทรงตัวไม่ได้ หมดสติเป็นพัก ๆ จำเหตุการณ์ไม่ได้ และเมื่อระดับของแอลกอฮอล์ในเลือดเท่ากับ 400 mg% ผู้ดื่มจะเกิดอาการหมดสติหรือโคม่า สูญเสียการตอบสนองของร่างกาย และอาจถึงแก่ชีวิตได้[6]

1.6.2 ผลกระทบต่อสมองแบบเรื้อรัง เมื่อเยาวชนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์จะไปมีผลโดยตรงต่อพัฒนาการและการเจริญเติบโตของสมอง แอลกอฮอล์ยังส่งผลต่อสมองที่รุนแรงขึ้นหากดื่มตั้งแต่อายุน้อย และยังมีผลต่อสมองในระยะยาวทั้งด้านกายภาพรูปร่างโครงสร้างของสมองและด้านประสิทธิภาพของสมอง สำหรับด้านกายภาพ พบว่า แอลกอฮอล์มีผลทำให้จำนวนเซลล์ของสมองลดลง ทำให้สมองมีขนาดเล็กลงหรือที่เรียกว่า “สมองฝ่อ” สมองส่วนที่ได้รับผลกระทบทางด้านกายภาพมากที่สุดคือเปลือกสมองส่วนหน้า (Cortex of frontal lobes) ซึ่งสมองส่วนนี้ทำหน้าที่เกี่ยวกับการคิดแก้ปัญหา บุคลิกภาพ และยังเป็นศูนย์กลางควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อที่อยู่ในอำนาจจิตใจ และสมองน้อย (Cerebellum) ที่ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและการทรงตัว ส่วนด้านประสิทธิภาพของสมอง พบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในสมอง ทำให้ความจำเสื่อม ความคิดเลอะเลือน เมื่อเป็นระยะเวลานานจะทำให้สมองเสื่อม[6,12]

2. ผลกระทบด้านจิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อด้านจิตใจ อารมณ์ และสติปัญญาของเยาวชนเป็นอย่างมาก เนื่องจากเยาวชนเป็นวัยที่สมองยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุยังน้อย มีผลต่อพัฒนาการของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะการทำงานของสมองส่วนหน้าหรือสมองส่วนการวางแผน และสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ ทำให้เยาวชนเกิดปัญหาด้านความจำ การควบคุมตนเอง สมาธิ ส่งผลต่อการเรียน[15] และหากเยาวชนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีผลทำให้เกิดอาการเมาสุรา ซึ่งส่งผลต่อความคิดและพฤติกรรมบกพร่อง ได้แก่ อารมณ์แปรปรวน ไม่มีสมาธิ ความจำบกพร่อง สติสัมปชัญญะลดลง มีอาการวิตกกังวล[16] จากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความเชื่อมโยงกับปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก และยังพบว่าเยาวชนที่มีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงที่จะมีความรู้สึกซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตายหรือการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้นกว่าเยาวชนที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[4] อีกทั้งพบว่า ผู้ที่เริ่มดื่มตั้งแต่อายุยังน้อยมีความเสี่ยงที่จะมีแนวโน้มเข้าเกณฑ์ความผิดปกติในการใช้แอลกอฮอล์ถึง 4 เท่า ซึ่งความผิดปกติของการใช้แอลกอฮอล์มีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางด้านจิตใจโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล โรคสมาธิสั้น[7] จะเห็นได้ว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนเป็นปัจจัยสำคัญของปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสติปัญญาของเยาวชน ทั้งความคิดและพฤติกรรมที่แสดงออก ตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงการคิดฆ่าตัวตาย

จึงถือเป็นปัญหาที่ควรได้รับการดูแลทั้งจากผู้ปกครอง รวมถึงพยาบาลอนามัยชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ และบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการร่วมกันแก้ไขปัญหา

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพราะนอกจากจะส่งผลเสียโดยตรงต่อสุขภาพและร่างกายของผู้ดื่มเองแล้ว ยังส่งผลกระทบเชิงลบด้านอื่น ๆ ต่อไปถึงบุคคลอื่นและสังคมที่อยู่รอบข้างของตัวผู้ดื่มทั้งโดยตรงและโดยอ้อม โดยพบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตั้งแต่อายุยังน้อยมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงทางเพศ รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน การล่วงละเมิดทางเพศหรือข่มขืน และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นอกจากนี้การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนในระหว่างตั้งครรภ์อาจทำให้สมองของทารกในครรภ์ถูกทำลายและเกิดปัญหาร้ายแรงอื่น ๆ ได้[7] เยาวชนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังมีความเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ตามมาได้อีก เช่น การขับขี่ยานพาหนะหลังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย การทะเลาะวิวาท เป็นต้น[4]

จากข้อมูลโครงการสำรวจการได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้อื่นในประเทศไทย ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใหญ่ที่มีเด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี อยู่ในความดูแล จำนวน 937 คน พบว่าเด็กที่ตนดูแลได้รับผลกระทบจากการดื่มสุราของคนอื่น ได้แก่ ได้รับผลกระทบความรุนแรงโดยตรงจากคนดื่ม เช่น การถูกดุด่าอย่างรุนแรง การถูกทอดทิ้ง/ถูกปล่อยให้อยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือการถูกตี/ทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 9.5 และตามด้วยการที่เด็กเคยต้องอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่เสี่ยงและไม่เหมาะสม เช่น เด็กเคยอยู่ในเหตุการณ์ความรุนแรงในครอบครัว หรือการที่เงินไม่เพียงพอสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูเด็ก และเด็กที่ดูแลเคยไปขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 10.7[17] และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นยังเป็นสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุจราจรโดยเฉพาะในช่วงเทศกาล นำไปสู่การบาดเจ็บนอนโรงพยาบาล พิการ และเสียชีวิต เกิดความเสียหายด้านทรัพย์สินทั้งของผู้ขับขี่ คู่กรณี และของสังคมโดยรวม รวมไปถึงส่งผลให้เกิดปัญหาการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก[16] จากการศึกษาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้าบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี[18] พบว่าครอบครัวได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ด้านเศรษฐกิจมากที่สุด ร้อยละ 84.8 โดย ร้อยละ 37.0 ขาดคนทำงานช่วยครอบครัว และร้อยละ 27.8 พบปัญหาทางด้านการเงินของครัวครัว

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนก่อให้เกิดผลกระทบตามมามากมาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และสังคมเศรษฐกิจ ทั้งต่อผู้ดื่มเองและบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างในสังคม ความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงพิการหรือเสียชีวิต ดังนั้นพยาบาลอนามัยชุมชนผู้ซึ่งเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน จึงควรใช้บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนเป็นแนวทางในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน อันจะช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนต่อไป

บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน

พยาบาลอนามัยชุมชนถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการดำเนินงานในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน เนื่องจากเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดกับเยาวชนในชุมชนมากที่สุด สำหรับบทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน สรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนและกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน

บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชน	กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน
1. บทบาทผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ (Health care provider/ clinician role) พยาบาลอนามัยชุมชนให้บริการสุขภาพและรักษาพยาบาลแก่บุคคลทุกระดับในชุมชน ได้แก่ บุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นฐานในการปฏิบัติงาน ทั้งผู้รับบริการที่มีภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยง และเบี่ยงเบนสุขภาพ[10]	- ดำเนินการเฝ้าระวัง ค้นหา และคัดกรอง เยาวชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน โรงเรียน[19] - การจัดรณรงค์ ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยบูรณาการไปกับการรณรงค์ในวันยาเสพติดโลก[19] - การรณรงค์ในสถานที่ต่าง ๆ ให้เป็นสถานที่ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามกฎหมาย เช่น วัด โรงเรียน สวนสาธารณะ[19] - กิจกรรมฝึกการตัดสินใจและการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และคิดวิเคราะห์สื่อโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีการติดตามกระตุ้นทุกสัปดาห์โดยสื่อสารผ่าน Facebook การโทรศัพท์ การโต้ตอบผ่านกล่องข้อความ ให้เยาวชนรายงานผลการจัดการตนเองในการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทาง Facebook กลุ่มปิด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง[20] - จัดกิจกรรมออนไลน์ โดยแบ่งเยาวชนเป็นกลุ่มย่อย ห้องละ 10 คน โดยให้เยาวชนฝึกทักษะเพื่อการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่าง ๆ โดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ผ่านการแสดงบทบาทสมมติในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ถูกเพื่อนชักชวนให้ดื่ม หลังจากนั้นให้เยาวชนแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการฝึกและใช้ทักษะต่าง ๆ[21] - กิจกรรมเรียนรู้จากตัวแบบเชิงสัญลักษณ์ผ่านภาพข่าวที่เป็นผลมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และร่วมกันอภิปรายภาพข่าว พร้อมนำเสนอหน้าชั้นเรียน[22] - กิจกรรมดูวีดิทัศน์ตัวแบบที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สปอตโฆษณา (สุขเลิกเหล้า) แนะนำชักจูงใจไม่ให้ไปลองหรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตัวแบบที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วมีความตั้งใจจึงสามารถเลิกได้ และตัวแบบจากสื่อวีดีโอซีดีสปอตโฆษณา (เลิกเหล้าเลิกจน) ที่แนะนำเรื่องการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลังจากนั้นร่วมกันอภิปรายกลุ่มย่อยถึงสาเหตุ ปัญหาและอุปสรรคในการเลิกดื่มสุรา[22-23]
2. บทบาทผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health educator role) การให้ความรู้เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลอนามัยชุมชน เนื่องจากการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการในระดับต่าง ๆ มีประโยชน์โดยตรงต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการบาดเจ็บ[10]	- จัดกิจกรรมให้เยาวชนได้ฝึกค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านอินเตอร์เน็ต[20] - การบรรยายประกอบสไลด์ ให้ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อันตราย ความรุนแรงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การรับรู้ประโยชน์ของการ ลด ละ เลิก ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[23]

บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชน	กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน
	- การบรรยายประกอบวิดิทัศน์ให้ความรู้เรื่องเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[22] - กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยจัดเป็น 3 ฐาน ดังนี้ ฐานที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโทษและพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ฐานที่ 2 ให้ความรู้เรื่องผลกระทบของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และฐานที่ 3 ให้ความรู้เรื่องกลยุทธ์ทางการตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[22]
3. บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ (Advocator role) การพิทักษ์สิทธิ์ผู้รับบริการ เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลอนามัยชุมชน เนื่องจากพยาบาลอนามัยชุมชนเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้รับบริการในชุมชน พยาบาลต้องเป็นตัวกลางในการให้ข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ พัฒนาการบริการให้มีคุณภาพ เสมอภาคและเป็นธรรม[11]	- จัดกิจกรรมแนะแนวสุขภาพในโรงเรียนหรือชุมชน เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้เยาวชนได้เข้าถึงการได้รับคำปรึกษา ซักถามในสิ่งที่ตนเองสงสัย อีกทั้งยังสามารถประเมินภาวะเสี่ยงของตนเองที่จะนำไปสู่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้[24]
4. บทบาทผู้จัดการรายกรณี (Case manager role) การให้บริการของพยาบาลอนามัยชุมชน ในบทบาทของผู้จัดการรายกรณีจะเห็นได้ชัดเจนมากเมื่อเกี่ยวข้องกับผู้รับบริการที่มีภาวะเจ็บป่วยแล้ว ผู้จัดการรายกรณีจะต้องประเมินและวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการช่วยเหลือ โดยการดึงแหล่งประโยชน์ในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้รับบริการ อาจเป็นกลุ่มจิตอาสา กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน อาสาสมัครชุมชน เป็นต้น และต้องสามารถบริหารจัดการทรัพยากร แหล่งประโยชน์ในชุมชน ติดต่อประสานงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่าง ๆ ในชุมชน ในการร่วมกันดูแลผู้รับบริการที่ต้องการความช่วยเหลือ[10]	รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ดำเนินงานตามกรอบแนวคิดการจัดการรายกรณี[25] ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์สภาพปัญหา โดยการสัมภาษณ์ผู้รับการบำบัดสุรา ญาติหรือผู้ดูแล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน เกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้รับการบำบัดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน หลังจากนั้นประชุมกลุ่มระดมสมอง ผู้วิจัยคืนข้อมูลและสะท้อนข้อมูลให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับทราบและเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ วินิจฉัยปัญหาร่วมกัน ขั้นตอนที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณี เพื่อดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ซึ่งเป็นระยะของการสร้างความตระหนักถึงผลกระทบจากการดื่มสุรา และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข โดยมีการประชุมกลุ่มระดมสมอง ดังนี้ ประชุมครั้งที่ 1 การยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ประชุมครั้งที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อบำบัดผู้ติดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ขั้นตอนที่ 3 ระยะการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนไปปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 4 ระยะประเมินผล มีการประชุมระดมสมองสะท้อนคิดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ตั้งเป้าหมายและกำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นร่วมกันวิเคราะห์วางแผนปรับปรุงการดำเนินงาน โดยมีเป้าหมายคือ

บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชน	กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน
	1) ผู้รับการบำบัดสุราปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของภาวะขาดสุรา เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินในชุมชนสามารถให้การช่วยเหลือผู้ติดสุราได้อย่างรวดเร็วและไม่ให้กลับเป็นซ้ำ 2) เกิดแนวทางการดูแลผู้รับการบำบัดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
5. บทบาทผู้ประสานความร่วมมือ (Collaborator role) พยาบาลอนามัยชุมชนต้องทำงานร่วมกับบุคลากรหลากหลายอาชีพ/วิชาชีพ จึงต้องมีการประสานความร่วมมือกับบุคลากรฝ่ายต่าง ๆ เช่น แพทย์ นักจิตวิทยา โภชนากร ครู นักสังคมสงเคราะห์ ผู้นำชุมชน องค์กรเอกชน เพื่อแก้ไข บรรเทา และลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน[11]	- ประสานความร่วมมือกับผู้บริหารทางการพยาบาล ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ครู ผู้นำชุมชน ในการร่วมกันสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสร้างกฎระเบียบทางสังคมในการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการรับรู้กฎระเบียบเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ การห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี และจำกัดช่วงเวลาจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเคร่งครัดตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อการควบคุมและป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน[26] - ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายหรือนโยบายควบคุมการดื่มสุรา ชี้แรงรายละเอียดและข้อบังคับใช้กฎหมาย ในกรณีที่มีการละเมิดหรือฝ่าฝืน จะต้องได้รับโทษอย่างไรบ้าง เพื่อเป็นตัวอย่างให้กับคนในชุมชนไม่ให้ประพฤติผิดกฎหมาย[27]
6. บทบาทผู้นำ (Leadership role) พยาบาลอนามัยชุมชนมีบทบาทเป็นผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลง (Change agent) มีความกล้าในการคิดนอกกรอบ และมีการบูรณาการความคิดต่าง ๆ ไปสู่การสร้างสรรค์ผลงานหรือนวัตกรรมใหม่ ๆ มีความกล้าในการนำผลงานหรือนวัตกรรมใหม่ ๆ ลงสู่การปฏิบัติจริง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการให้บริการมากขึ้น[10]	- ริเริ่มการสร้างชุมชนปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการดึงให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยการนำกลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มผู้ปกครอง และกลุ่มเยาวชน ทำการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การดื่มสุราของเยาวชน สาเหตุในการดื่มสุราของเยาวชน ประสบการณ์ของชุมชนในการป้องกันการดื่มสุรา เพื่อร่วมกันค้นหาแนวทางในการป้องกันการดื่มสุราของเยาวชนในชุมชน[21] - การสร้างเสริมและพัฒนาศักยภาพของพยาบาลในการช่วยเหลือให้ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลิกดื่มโดยใช้วิธีการต่างๆ ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าได้ผลจริง[10]
7. บทบาทผู้วิจัย (Researcher role) การศึกษาวิจัยเป็นแนวทางหนึ่งที่ทำให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ ๆ ที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมและสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนไปตลอดเวลา องค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นจะช่วยให้พยาบาลอนามัยชุมชนมีความเข้าใจในความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้รับบริการในชุมชน ทำให้สามารถจัดกิจกรรมและบริการต่าง ๆ ที่มี	- มีการศึกษาค้นคว้าทำวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชน ทั้งปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน และนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมกิจกรรมในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งในระดับครอบครัว องค์กร และสาธารณชน เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน[26] - นำผลของโปรแกรมในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนที่มีประสิทธิผลไปใช้ในการส่งเสริมกิจกรรมในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน[22-23]

บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชน	กิจกรรมที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน
ประสิทธิภาพและประสิทธิผลตรงตามความต้องการของชุมชน[10]	

กรณีศึกษา

ชุมชน ก. มีจำนวนประชากรในชุมชนทั้งหมด 500 คน ประกอบด้วย วัยเด็ก 60 คน วัยเยาวชน 80 คน วัยผู้ใหญ่ 300 คน และวัยผู้สูงอายุ 60 คน มีผู้นำชุมชน ดังนี้ 1) ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน 2) ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 1 คน 3) สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน 4) อสม. 8 คน และยังมีแหล่งประโยชน์ในชุมชน ได้แก่ 1) โรงเรียน 1 แห่ง 2) วัด 1 แห่ง 3) ร้านค้าในชุมชน 3 ร้าน 4) โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง และ 5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง จากการสำรวจของพยาบาลอนามัยชุมชน พบว่า ความชุกของเยาวชนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน (เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา) จำนวน 32 คน (ร้อยละ 40) โดยพบว่ามีเยาวชนที่เป็นผู้ติดสุรา จำนวน 4 คน

จากกรณีศึกษา พยาบาลอนามัยชุมชนสามารถดำเนินงานการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนชุมชน ก. ตามบทบาทพยาบาลอนามัยชุมชน ดังนี้

1. บทบาทผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ โดยพยาบาลอนามัยชุมชนสามารถดำเนินการคัดกรองกลุ่มเยาวชนในชุมชนทั้งหมดโดยใช้วิธีการสแกนคิวอาร์โค้ดเพื่อตอบข้อคำถามแบบคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Identification Test [AUDIT]) เพื่อค้นหาเยาวชนทั้งกลุ่มที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มเสี่ยงที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกลุ่มที่ดื่มแบบติด เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนในชุมชน ก. โดยกิจกรรมที่จัดให้ในกลุ่มที่ไม่ดื่มหรือเสี่ยงที่จะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ การประชาสัมพันธ์รณรงค์ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในโรงเรียน ชุมชน และผ่านช่องทาง Social media ที่วัยรุ่นเข้าถึงได้ง่าย ได้แก่ Facebook, YouTube และ Twitter รวมทั้งจัดกิจกรรมออนไลน์โดยให้เยาวชนฝึกทักษะการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ผ่านการแสดงบทบาทสมมติในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ถูกเพื่อนชักชวนให้ดื่ม หลังจากนั้นให้เยาวชนแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการฝึกและใช้ทักษะต่าง ๆ เพื่อให้เยาวชนเกิดความมั่นใจในการปฏิเสธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนกิจกรรมสำหรับเยาวชนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ 1) การให้บุคคลต้นแบบ เช่น รุ่นพี่ที่มีประสบการณ์เลิกเหล้าสำเร็จและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาแชร์ประสบการณ์ เพื่อเป็นการให้กำลังใจและสร้างความตระหนักในการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) จัดช่องทางในการให้คำปรึกษาสำหรับเยาวชนที่ต้องการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 1 ช่องทาง ได้แก่ โทรศัพท์, Line, Facebook เป็นต้น 3) พยาบาลอนามัยชุมชนร่วมกับผู้ปกครองมีการติดตามและให้กำลังใจผู้ที่ต้องการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มที่ดื่มแบบติด ควรให้การดูแลในรูปแบบการจัดการรายกรณี

2. บทบาทผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับการให้ความรู้เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนในชุมชน ก. ควรเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โทษและพิษภัย ผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควรให้ความรู้ทั้งรูปแบบ Online และ Onsite โดยรูปแบบ Online นั้นควรให้ความรู้ผ่านแอพพลิเคชั่นต่าง ๆ ในโทรศัพท์มือถือ ได้แก่ Line group, Facebook group หรือ Website ของโรงเรียน เนื่องจากวัยรุ่นส่วนใหญ่มักหาความรู้หรือข้อมูลจากอินเตอร์เน็ตผ่านโทรศัพท์มือถือ ส่วนการให้ความรู้ในรูปแบบ Onsite ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้ผ่านการบรรยายประกอบสื่อต่าง ๆ เช่น สไลด์

วีดีโอ หรือแบ่งกลุ่มย่อยในการให้ความรู้ ภายหลังจากให้ความรู้ควรมีการวัดประเมินความรู้โดยการตอบคำถามผ่านโปรแกรม Kahoot และมอบของรางวัลหรือเกียรติบัตรให้เยาวชนที่ตอบคำถามได้คะแนนสูงสุด เพื่อเป็นการชื่นชมและสร้างแรงจูงใจในการเรียน

3. บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ โดยพยาบาลอนามัยชุมชนจัดกิจกรรมแนะแนวสุขภาพทั้งในโรงเรียนและชุมชน ก. โดยเน้นการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน อาจจัดกิจกรรมพร้อมกันกับกิจกรรมวันสำคัญที่โรงเรียนจัดขึ้น เช่น วันยาเสพติดโลก งานกีฬาสี ส่วนในชุมชนอาจจัดกิจกรรมให้เป็นส่วนหนึ่งของงานบุญประเพณีของชุมชน เช่น งานบุญบั้งไฟ งานบุญวันเข้าพรรษา เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้เยาวชนและคนในชุมชนได้เข้าถึงการได้รับคำปรึกษา และเพิ่มช่องทางการแนะแนวผ่าน Facebook group เพื่อเปิดโอกาสให้เยาวชนได้มีโอกาสสอบถามคำถามที่ไม่เข้าใจในเนื้อหาต่าง ๆ รวมทั้งการโพสต์ให้เยาวชนได้แสดงความคิดเห็นในเชิงสร้างสรรค์

4. บทบาทผู้จัดการรายกรณี จากกรณีศึกษา พบว่า ชุมชน ก. มีเยาวชนที่เป็นผู้ติดสุรา จำนวน 4 คน ดังนั้นพยาบาลอนามัยชุมชนควรสร้างรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ดำเนินงานตามกรอบแนวคิดการจัดการรายกรณี ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์สภาพปัญหาเยาวชนผู้ติดสุรา โดยการสัมภาษณ์เยาวชนผู้รับการบำบัดสุรา ญาติหรือผู้ดูแล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. และผู้นำชุมชน เกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลเยาวชนผู้รับการบำบัดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน หลังจากนั้นจัดการประชุมกลุ่มเพื่อระดมสมอง โดยพยาบาลอนามัยชุมชนคืนข้อมูลและสะท้อนข้อมูลให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับทราบและเรียนรู้ร่วมกัน ร่วมกันวินิจฉัยปัญหา เพื่อรับทราบปัญหาทั้งหมดร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณี ทำให้เยาวชนผู้ติดสุราตระหนักถึงผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดจากการดื่มสุรา และร่วมกันประชุมหาแนวทางแก้ไข และพัฒนาให้เกิดรูปแบบการจัดการรายกรณี เพื่อบำบัดเยาวชนผู้ติดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 ระยะการนำรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อดูแลเยาวชนผู้ติดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนไปปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 ระยะประเมินผล โดยประชุมระดมสมองสะท้อนคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ตั้งเป้าหมายและกำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น และร่วมกันวิเคราะห์วางแผนปรับปรุงการดำเนินงาน โดยมีเป้าหมายคือ เยาวชนผู้รับการบำบัดสุราปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของภาวะขาดสุรา เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินในชุมชนสามารถให้การช่วยเหลือผู้ติดสุราได้อย่างรวดเร็วและไม่ให้กลับเป็นซ้ำ และที่สำคัญคือเกิดแนวทางการดูแลเยาวชนผู้รับการบำบัดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

5. บทบาทผู้ประสานความร่วมมือ พยาบาลอนามัยชุมชนประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชน ครู พระสงฆ์ อสม. เจ้าของร้านค้า ผู้ปกครอง กลุ่มเยาวชน และองค์กรเอกชนที่อยู่ในชุมชน ก. โดยนัดประชุมและจัดตั้งกลุ่มประสานความร่วมมือผ่าน Facebook group หรือ Line group เพื่อความสะดวก รวดเร็วและทั่วถึงในการประสานงาน เพื่อร่วมกันสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการสร้างกฎระเบียบในชุมชนในการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการรับรู้กฎระเบียบเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการรณรงค์งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานที่ต่าง ๆ ในชุมชน ก. เช่น วัด โรงเรียน การพูดคุยขอความร่วมมือกับเจ้าของร้านค้าในชุมชนถึงการห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี และช่วงเวลาที่สามารถจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเคร่งครัดตามที่กฎหมายกำหนด มีการประสานงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความยั่งยืน เพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนในชุมชน ก.

6. บทบาทผู้นำ พยาบาลอนามัยชุมชนเป็นผู้ริเริ่มจัดโครงการชุมชน ก. ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยจัดประชุมและขอความร่วมมือจากผู้นำชุมชน ครู พระสงฆ์ เจ้าของร้านค้า ผู้ปกครอง กลุ่มเยาวชน และองค์กรเอกชน ในการร่วมกันคิดกิจกรรมหรือแนวทางในการดำเนินงานเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนชุมชน ก. ได้แก่ งานบุญประเพณี เทศกาลต่าง ๆ ที่ปลอดเหล้า เพื่อเป็นชุมชนต้นแบบให้กับชุมชนอื่น โรงเรียนสีขาว ซึ่งเป็นโรงเรียนปลอดเหล้าต้นแบบ เป็นต้น

7. บทบาทผู้วิจัย โดยพยาบาลอนามัยชุมชนดำเนินการทำวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนในชุมชน ก. โดยใช้ชุมชนเป็นแหล่งเก็บข้อมูลวิจัยและดำเนินงานวิจัย เป็นผลงานจากความร่วมมือของคนในชุมชน และนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดโปรแกรมส่งเสริมและป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเยาวชนในชุมชน ก. และเยาวชนที่อยู่ในชุมชนในความรับผิดชอบของพยาบาลอนามัยชุมชนต่อไป

สรุป

ความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ โดยส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญาของเยาวชนเอง รวมถึงส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง สังคมและเศรษฐกิจอีกด้วย ความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงพิการหรือเสียชีวิต ดังนั้นบทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนทั้งในฐานะ 1) บทบาทผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ ที่ให้บริการแก่เยาวชนทั้งผู้ที่ไม่ดื่มสุรา ผู้ที่เสี่ยงที่จะดื่มสุรา และผู้ที่ดื่มหรือติดสุรา โดยใช้รูปแบบกิจกรรมที่แตกต่างกันออกไป 2) บทบาทผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นเรื่องเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โทษและพิษภัย ผลกระทบจากการดื่ม และกลยุทธ์ทางการตลาดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ การฝึกค้นคว้าหาความรู้ผ่านอินเตอร์เน็ต การบรรยายประกอบสไลด์หรือวีดิทัศน์ และการจัดฐานให้ความรู้ 3) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ ซึ่งพยาบาลเป็นตัวกลางในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งในโรงเรียน ชุมชน และการให้ข้อมูลผ่าน Social media 4) บทบาทผู้จัดการรายกรณี ที่นำแนวคิดการจัดการรายกรณีตั้งแต่ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ระยะพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณี ระยะนำรูปแบบการจัดการรายกรณีไปปฏิบัติ และระยะประเมินผล วางแผนปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อการดูแลเยาวชนที่ติดสุรา 5) บทบาทผู้ประสานความร่วมมือ โดยทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน 6) บทบาทผู้นำ โดยการเป็นผู้ริเริ่มกิจกรรมเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน และ 7) บทบาทผู้วิจัย ที่จำเป็นต้องมีการศึกษาค้นคว้างานวิจัย เพื่อนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชน ดังนั้นบทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับเป็นแนวทางให้กับพยาบาลอนามัยชุมชนในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมและป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนตั้งแต่ระยะแรกมิให้เกิดปัญหาหรือผลกระทบที่รุนแรงในเยาวชนตามมา

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560. พระราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 134 ตอนที่ 32. (ลงวันที่ 18 มีนาคม 2560) [อินเตอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 12 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก https://lawelcs.excise.go.th/lawdetail?id=5790
2. World Health Organization. Adolescent health [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 6]. Available from: https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health

3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์; 2564.
4. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, บรรณาธิการ. ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2561. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์; 2562.
5. Arain M, Haque M, Johal L, Mathur P, Nel W, Rais A, et al. Maturation of the adolescent brain. Neuropsychiatr Dis Treat: 2013;9:449-61. doi: 10.2147/NDT.S39776.
6. วราภรณ์ บุญเชียง. การดื่มสุรา. ใน: ศิริพร ขัมภลิขิต, จุฬาลักษณ์ บารมี. คู่มือการสอนการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2555. หน้า 229-46.
7. Linda J, Vorvick MD. Risk of underage drinking [Internet]. 2022 [cited 2023 May 5]. Available from: https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000528.htm
8. Newton S, Morona J, Merlin T. Systematic literature review on the association between alcohol consumption and mental health disorders [Internet]. 2018 [cited 2023 May 15]. Available from: file:///C:/Users/User/Downloads/3-systematic-literature-review.pdf
9. อรทัย วลีวงศ์. แอลกอฮอล์กับอาชญากรรม ความรุนแรง ความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยของสังคม [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://cas.or.th/wp-content/uploads/2016/05/alh_social_safety_20160512.pdf
10. กีรดา ไกรนุวัตร. แนวคิดการพยาบาลชุมชน. ใน: กีรดา ไกรนุวัตร, รักชนก คชไกร. การพยาบาลชุมชน. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส; 2561. หน้า 1-27.
11. วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์, ศิวพร อึ้งวัฒนา, จิรานันท์ วงศ์สุวรรณ. ระบบสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพชุมชน การให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบทบาทพยาบาลชุมชน. ใน: ศิวพร อึ้งวัฒนา, กัลยาณี ตันตรานนท์. แนวคิดและหลักการการพยาบาลชุมชน. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตรติ้งแอนด์เซอร์วิส; 2563. หน้า 47-72.
12. ทักษพล ธรรมรังสี, อรทัย วลีวงศ์. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. เอกสารวิชาการชุด แอลกอฮอล์ และสมอง. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2559.
13. หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. รายงานวิจัย การประมาณอุบัติการณ์โรคมะเร็งที่มีสาเหตุมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยใน พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 17 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://cas.or.th/?p=6655
14. วาทิต แสงจันทร์. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแท้งบุตรที่เกิดขึ้นเองของหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ 2559;7:9-18.
15. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, บรรณาธิการ. แบบแผนและแนวโน้มพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากรไทย. สงขลา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2565.
16. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณาธิการ. แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
17. อรทัย วลีวงศ์. ผลกระทบจากดื่มสุราของผู้อื่น. ใน: สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, บรรณาธิการ. ข้อเท็จจริงและตัวเลขเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2561. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์; 2562. หน้า 99-103.

18. กนกวรรณ จังอินทร์, สมเดช พินิจสุนทร. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้าบำบัดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2560;5:487-501.
19. อิสรภาพ มาเรือน. รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาวัยรุ่นเข้าสู่การเป็นนักดื่มหน้าใหม่ ในชุมชนชาติพันธุ์ ม้ง เมี่ยน ลัวะ ตำบลป่ากลาง อำเภอปัว จังหวัดน่าน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 24 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://cas.or.th/?p=9948
20. พิมลวรรณ สุดชารี, รุจิรา ดวงสงค์. ผลของโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการประยุกต์ใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสื่อสารด้วย “Facebook” ในนักเรียนระดับประถมศึกษา. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2562;12:81-91.
21. กัญญ์กุลณัช รามศิริ, พรนภา หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลข่าวสารสร้างแรงจูงใจ และพัฒนาทักษะเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นหญิง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564.
22. ประทุมพร เชาว์ฉลาด, ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช. ผลของโปรแกรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จังหวัดนครปฐม. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2561;24:210-24.
23. วิทวัส สุดเพาะ, นฤมล สินสุพรรณ, ชนะพล ศรีฤาชา. ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2566;9:96-107.
24. ปัณณวิชญ์ ปิยะอร่ามวงศ์, รุ่งระวี สมะวรรธนะ, เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์. การจัดโปรแกรมการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น กรุงเทพมหานคร. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2560;24:55-66.
25. ทศพร ทองย้อย, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์, กิตติภูมิ ภิญโย. การจัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้ติดสุราต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2563;38:80-9.
26. รัตติยา ทอนพลกรัง, พรนภา หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราแบบหนักเป็นครั้งคราวของนักเรียนชายอาชีวศึกษาในจังหวัดสุรินทร์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.
27. จิรัชยา เจียวก๊ก, สันติชัย แย้มใหม่. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการดื่มสุราในเยาวชน. เอกสารประกอบการประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6; 26 มิถุนายน 2558; มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของหญิงไทย โรงพยาบาลศรีนครินทร์

รัตนาภรณ์ อัศวเมฆิน พย.บ.[1*], พักตร์วิไล ศรีแสง ปร.ด.[2], รัตนา คำวิไลศักดิ์ พ.บ.[3]

บทคัดย่อ

เบาหวานขณะตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลด้านลบต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารก ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีทั้งปัจจัยด้านประวัติสุขภาพ และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งแต่ละปัจจัยส่งผลต่อระดับความเสี่ยงเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่แตกต่างกัน การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบ Cohort study โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหญิงไทย โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น 161 ราย เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยสถิติ Binary logistic regression ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ประวัติเคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อน (OR = 17.48, 95%CI 1.74-175.38) 2) ประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวาน (OR = 2.41, 95%CI 1.03-5.65) และ 3) พฤติกรรมรับประทานอาหารจานด่วน (Fast food) มากเกินปกติ (OR = 2.45, 95%CI 1.03-5.79) จากปัจจัยเสี่ยงที่พบ หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทั้งด้านประวัติสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ แนะนำให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจานด่วน ในปริมาณที่มากเกินปกติ ทั้งนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงที่หลากหลาย และผลการวิจัยสามารถนำไปสู่การพัฒนาแบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์

คำสำคัญ : เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยทำนาย ประวัติสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ

---

[1] นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* Corresponding author e-mail: ratala@kku.ac.th

วันที่รับ (received) 10 เม.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 27 มิ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 3 ส.ค. 2566

Factors Prediction of Gestational Diabetes Mellitus among Thai Women, Srinagarind Hospital

Ratanaporn Aussawamaykin B.N.S.[1*], Pakvilai Srisaeng Ph.D. (Nursing)[2], Ratana Komwilaisak M.D.[3]

Abstract

This cohort study aimed to investigate the predictive factors of gestational diabetes mellitus (GDM) based on health history and health behaviors. The sample was 161 pregnant women who attended antenatal care in Srinagarind Hospital, Khon Kaen. Research tools involved questionnaires. The data were analyzed by using binary logistic regression for the predictors of GDM. The study found three factors prediction statistically significant(p-value<0.05) of GDM. There were: 1) history of gestational diabetes in a previous pregnancy (OR = 17.48, 95%CI 1.74-175.38); 2) history of first-degree relatives with diabetes mellitus (OR = 2.41, 95%CI 1.03-5.65); and 3) excessive fast food consumption behavior (OR = 2.45, 95%CI 1.03-5.79). Considering all these risk factors, all pregnant women should be assessed for their risk of GDM in terms of their health history and behaviors. It is recommended to avoid fast food overconsumption in pregnant women. However, it is necessary to study more extensive risk factors of GDM. Finally, the findings could lead to the development of a risk assessment tool for GDM.

Keywords: gestational diabetes, risk factors, prediction factors, health history, health behavior

[1] A student of the Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

[2] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

[3] Assistant Professor, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

* Corresponding author e-mail: ratala@kku.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความชุกโดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 5 - 7 ในหญิงตั้งครรภ์ทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ[1] ในประเทศไทย จากการวิจัยพบอุบัติการณ์การเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์เฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 17.1[2] เบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia)[3-4] เพิ่มโอกาสการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมากขึ้น[3-4] ภาวะทารกตัวโต (Macrosomia, large for gestational age)[3-6] ภาวะคลอดติดไหล่[3-4,6] ทารกพิการแต่กำเนิด (Congenital malformation)[6-7] ทารกเสียชีวิตในครรภ์โดยไม่ทราบสาเหตุ (Intrauterine fetal death)[5-7] และภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด เช่น กลุ่มอาการหายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome)[5-6] ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Neonatal hypoglycemia) [5-6] ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ (Neonatal hypocalcemia)[6] ภาวะเลือดข้น (Polycythemia)[6] ภาวะตัวเหลือง (Hyperbilirubinemia) [5-6] และเพิ่มอัตราการเข้ารักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติทารกแรกเกิด[5] เป็นต้น นอกจากนั้นมารดาที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า และทารกมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตเพิ่มขึ้นด้วย[8]

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีทั้งปัจจัยด้านประวัติสุขภาพ และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งแต่ละปัจจัยส่งผลต่อระดับความเสี่ยงเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่แตกต่างกัน ด้านประวัติสุขภาพที่เป็นความเสี่ยง ได้แก่ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อน[2] มีประวัติคลอดทารกมีความพิการ (Congenital anomalies)[2] มีประวัติคลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม (Fetal macrosomia)[2] มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Pregnancy induced hypertension)[2] มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน[2] มีประวัติคลอดทารกตายคลอด (Stillbirth)[2] มีประวัติ Polycystic ovary syndrome (PCOS)[2] มีประวัติแท้ง[2] อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี[2] เคยผ่านการคลอด 2 ครั้งขึ้นไป[2] มีประวัติคลอดก่อนกำหนด[2] ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์มากกว่า 25 kg/m^2 ขึ้นไป[2] และพบว่าระดับความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้น[9] ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นความเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังทางกาย (Physical activity)[10] พฤติกรรมการบริโภคอาหาร[11-14] และพฤติกรรมการนอน[15]

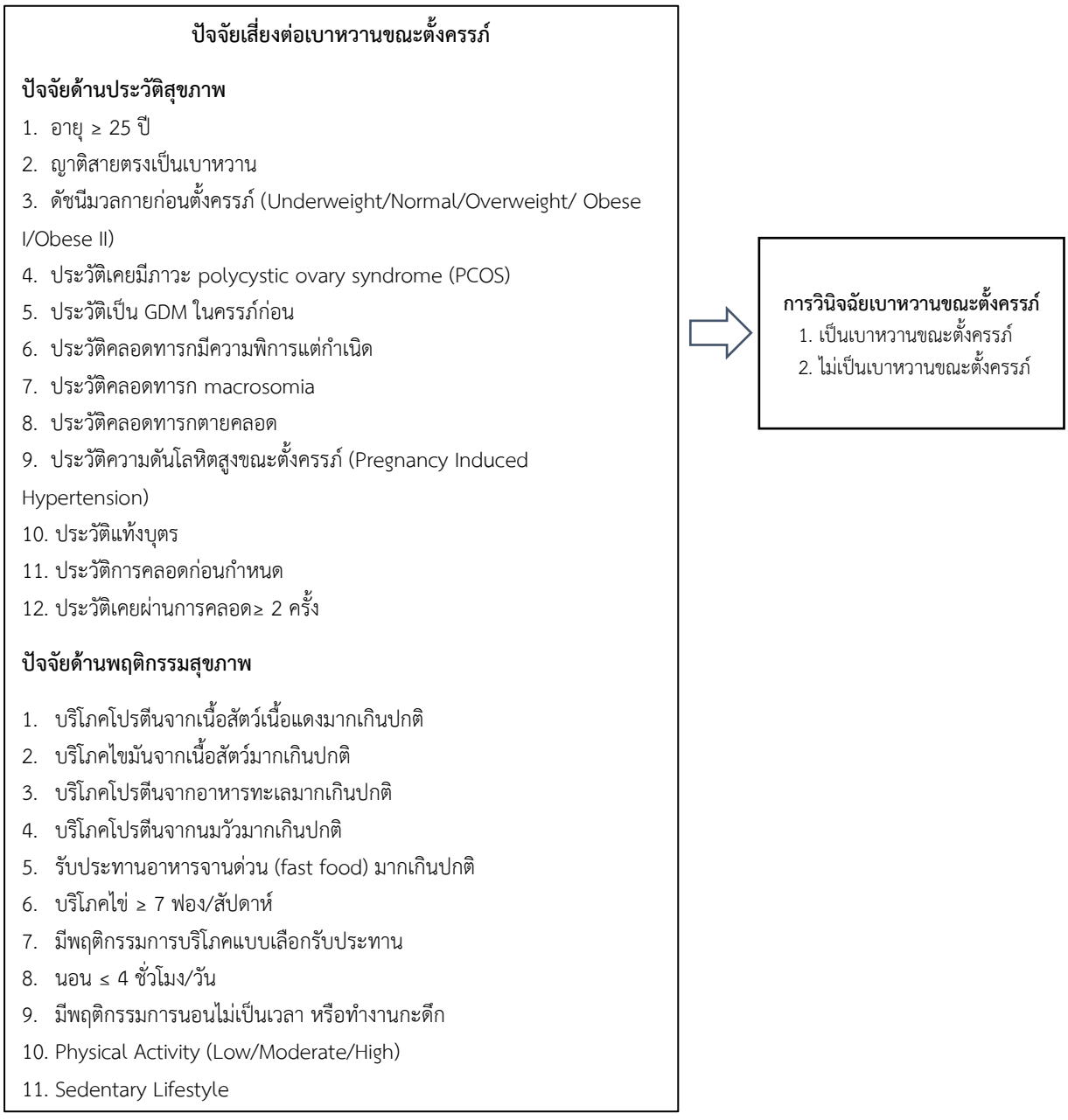
ในปัจจุบันการคัดกรองความเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์ให้ความสำคัญเพียงปัจจัยด้านประวัติสุขภาพเป็นหลัก ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์รายหนึ่งอาจมีความเสี่ยงได้ทั้งจากปัจจัยด้านประวัติสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพหลายประเด็น ซึ่งอาจเพิ่มระดับความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากขึ้น อีกทั้งเมื่อเปรียบเทียบด้านเชื้อชาติแล้ว หญิงเอเชียมีความเสี่ยงเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากกว่าเชื้อชาติอื่น โดยมีความเสี่ยงสูงถึง 2.3 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มคนผิวขาว[16] นอกจากนั้นจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ไทย[14] พบผลการศึกษาที่แตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มหญิงเอเชีย หรือเชื้อชาติอื่น และยังไม่พบว่ามีการศึกษาปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ค้นพบใหม่

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบ Cohort study มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาปัจจัยทำนายการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหญิงไทยอย่างครอบคลุมทั้งด้านประวัติสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเป็นประโยชน์ในการคัดกรองความเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหญิงไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ไปข้างหน้า (Cohort study) เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทั้งปัจจัยด้านประวัติสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยคัดเลือกจากงานวิจัยย้อนหลังไม่เกิน 10 ปี และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ c ขึ้นไป ตามเกณฑ์ของ Joanna

Briggs Institute[17] ประเมินปัจจัยเสี่ยงและตรวจวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยวิธีมาตรฐาน คือ การตรวจแบบสองขั้นตอน ตามเกณฑ์ของ National Diabetes Data Group (NDDG)[18]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์เชื้อชาติไทยที่เข้ารับการฝากครรภ์ในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์จำนวน 167 ราย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นหญิงตั้งครรภ์เชื้อชาติไทย อายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) เป็นหญิงตั้งครรภ์ครรภ์เดี่ยว 3) อายุครรภ์ 24 - 32 สัปดาห์ และเคยได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ยืนยันอายุครรภ์ขณะตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 1 แล้ว 4) ไม่เป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ 5) ไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ปัจจุบัน ก่อนเข้าเป็นอาสาสมัคร 6) สามารถสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน และการมองเห็น 7) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถติดตามจนสิ้นสุดกระบวนการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ใช้วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกลุ่มเดียว[19] แทนค่าอัตราการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์จากการวิจัยในหญิงไทยร้อยละ 17.1[2] และค่า Sensitivity ร้อยละ 78.9 จากการศึกษาแบบประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของ Caliskan, et al[20] ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 374 ราย ภายหลังพบว่ามีปัญหาความก้าวหน้าในการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่เป็นไปตามที่คาดการณ์ เนื่องมาจากผลกระทบของสถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ในแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลศรีนครินทร์ลดลงเป็นอย่างมาก ส่งผลให้การเก็บข้อมูลล่าช้ากว่าที่กำหนด จึงมีความจำเป็นในการปรับลดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 แทนค่า Sensitivity ร้อยละ 92.8 จากการศึกษาแบบประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์ของ Naylor, et al[21] ป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 167 ราย

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE631261 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2563 ต่ออายุการรับรองและอนุมัติการขอปรับแก้ไขจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2564 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยคำนึงถึงสิทธิของอาสาสมัครข้อมูลมีการจัดเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมของการศึกษา อาสาสมัครจะได้รับอาหารว่างที่ผู้วิจัยจัดเตรียมให้เพื่อรับประทานหลังเจาะเลือด หลังการเก็บข้อมูลอาสาสมัครจะได้ทราบความเสี่ยงของตนเองทั้งด้านประวัติสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ อาสาสมัครที่ตรวจพบว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลจากอายุรแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน และอาสาสมัครที่ไม่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะได้รับคำแนะนำการดูแลตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในอนาคต

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเพื่อทำนายปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ 2) แบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ ซึ่ง 2 ส่วนนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (อาจารย์สูติ-นรีแพทย์ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการผดุงครรภ์ 2 ท่าน และพยาบาลชำนาญการพิเศษด้านสูติ-นรีเวช 1 ท่าน) พบว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ (I-CVI) เท่ากับ 1.00 และค่าดัชนี

ความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (S-CVI) เท่ากับ 1.00 และ 3) แบบสอบถามสากลเรื่องกิจกรรมทางกายชุดสั้นภาษาไทย (Thai short IPAQ) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย พรพิมล รัตนาวิวัฒน์พงศ์ และคณะ[22] มีการวิจัยเพื่อศึกษาความตรงและความน่าเชื่อถือของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่าง 115 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างใส่อุปกรณ์บันทึกการเคลื่อนไหว 7 วัน และตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง ผลการทดสอบความตรงและความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามสากลเรื่องกิจกรรมทางกายชุดสั้นภาษาไทยอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจง และขอคำยินยอม

ผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ผ่านทางระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลและเวชระเบียน คัดเลือกด้วยวิธี Consecutive sampling โดยหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง และยินดีเข้าร่วมการวิจัย สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตามลำดับที่พบ ผู้วิจัยเข้าพบหญิงตั้งครรภ์ที่ห้องตรวจ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ กล่าวแนะนำตนเอง และชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ และสิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย ให้หญิงตั้งครรภ์อ่านคำชี้แจงอาสาสมัคร หลังหญิงตั้งครรภ์ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงให้ลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และแบบสอบถามสากลเรื่องกิจกรรมทางกายชุดสั้นภาษาไทย โดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลประวัติสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยซักประวัติและตรวจสอบเวชระเบียน ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามสากลเรื่องกิจกรรมทางกายชุดสั้นภาษาไทย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้อาสาสมัครประเมินตนเอง
2. ตรวจสอบข้อมูลให้ครบถ้วน และแจ้งอาสาสมัครให้ทราบถึงประวัติสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่เป็นความเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์
3. ตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยวิธี 50 g Glucose Challenge Test (GCT)
4. แจ้งผลตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์

4.1 กรณีผลตรวจ GCT น้อยกว่า 140 mg/dl ถือว่าผลปกติ[18] ไม่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อาสาสมัครจะได้รับคำแนะนำการดูแลตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

4.2 กรณีผลตรวจ GCT เท่ากับหรือมากกว่า 140 mg/dl ถือว่าผลผิดปกติ นัดมารับการตรวจ 100g oral glucose tolerant test (100g OGTT) เพื่อวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภายใน 1 สัปดาห์

4.3 กรณีผล 100g OGTT เท่ากับหรือมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด 2 ค่าขึ้นไป ตามเกณฑ์ของ National Diabetes Data Group (NDDG)[18] วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อาสาสมัครจะได้รับคำแนะนำการดูแลตนเองเบื้องต้น และส่งต่อให้ได้รับการดูแลจากอายุรแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน

4.4 กรณีผล 100g OGTT ปกติ ตามเกณฑ์ของ NDDG[18] ไม่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อาสาสมัครจะได้รับคำแนะนำการดูแลตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมทางสถิติ โดยวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอด้วยรูปแบบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติ Binary Logistic regression นำเสนอด้วยค่า Odd Ratio (OR) และ 95% Confidence interval

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการตรวจในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 167 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 โดยเก็บข้อมูลและติดตามจนเสร็จสิ้นกระบวนการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้สมบูรณ์ จำนวน 161 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.41 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเป็นหญิงตั้งครรภ์ครรภ์เดี่ยว มีอายุระหว่าง 20-54 ปี อายุเฉลี่ย 32.08 ปี (S.D.=5.31) โดยเป็นหญิงตั้งครรภ์อายุ 25 ปีขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่ ถึงร้อยละ 93.78 และเป็นหญิงตั้งครรภ์ครรภ์หลัง มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ครรภ์แรก คิดเป็นร้อยละ 68.32 และร้อยละ 31.68 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างได้รับการตรวจวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์เฉลี่ย 26.89 สัปดาห์ (S.D.=2.50) เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 58.39 โดยจากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้ผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่น คำแนะนำจากแพทย์/พยาบาล ร้อยละ 47.20 สื่อออนไลน์/อินเทอร์เน็ต ร้อยละ 29.81 เอกสารให้ความรู้/แผ่นพับ/คู่มือสุขภาพ ร้อยละ 11.18 และอื่นๆ ได้แก่ แอพพลิเคชั่นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 0.62 คอร์สการรับประทานอาหารเพื่อเลี่ยงเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 0.62

กลุ่มตัวอย่างทั้ง 161 ราย ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ด้วยวิธีการ 2 ขั้นตอน และติดตามจนสิ้นสุดกระบวนการวินิจฉัย พบว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.15 และไม่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 135 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.85

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์อื่นๆ ได้แก่ มีภาวะซีด 5 ราย ธาลัสซีเมีย 3 ราย มะเร็งเต้านม 1 ราย โรคลมชัก 1 ราย หัวใจเต้นผิดจังหวะ 1 ราย โรคซึมเศร้า 1 ราย รกเกาะต่ำ 1 ราย รกฝังแน่น (Placenta percreta) 1 ราย Hypothyroid 2 ราย Hyperthyroid 1 ราย Grave's disease 2 ราย Chronic hypertension 2 ราย Gestational hypertension 1 ราย Ventricular septal defect 1 ราย Dermoid cyst 1 ราย และ cardiac syncope 1 ราย

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายปัจจัยทำนายการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ 3 ปัจจัย เป็นปัจจัยด้านประวัติสุขภาพ 2 ปัจจัย และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ 1 ปัจจัย ได้แก่ 1) ประวัติเคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อน (Fisher's exact test = 0.014) (OR = 17.48, 95% CI 1.74-175.38) 2) ประวัติมีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน (p-value = 0.042) (OR = 2.41, 95% CI 1.03-5.65) และ 3) การมีพฤติกรรมรับประทานอาหารจานด่วน (Fast food) มากเกินปกติ (p-value = 0.040) (OR = 2.45, 95% CI 1.03-5.79)

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประวัติสุขภาพกับการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ประวัติสุขภาพ	จำนวน	เป็น GDM จำนวน (ร้อยละ)	Odds Ratio	95%CI	P-value (LR)
อายุ					
≥ 25 ปี	148	25 (16.89)	2.44	0.30-19.67	0.347
< 25 ปี	13	1 (7.69)	1.00	-	
ญาติสายตรงเป็นเบาหวาน					
มี	58	14 (24.14)	2.41	1.03-5.65	0.042
ไม่มี	103	12 (11.65)	1.00	-	
ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์(BMI)					
Underweight	14	2 (14.29)	1.00	-	0.261
Normal	74	8 (10.81)	0.73	0.14-3.85	
overweight	23	4 (17.39)	1.26	0.20-7.99	
obese I	35	10 (28.57)	2.40	0.45-12.71	
Obese II	15	2 (13.33)	0.92	0.11-7.62	
ประวัติเคยมีภาวะ PCOS					
มี	5	0 (0.00)	1.00	-	1.000[a]
ไม่มี	156	26 (16.67)	1.00	-	
ประวัติเป็น GDM ในครรภ์ก่อน					
มี	4	3 (75.00)	17.47	1.74-175.38	0.014[a]
ไม่มี	157	23 (14.65)	1.00	-	
ประวัติคลอดทารกมีความพิการแต่กำเนิด					
มี	4	1 (25.00)	1.76	0.18-17.61	0.509[a]
ไม่มี	157	25 (15.92)	1.00	-	
ประวัติคลอดทารก macrosomia					
มี	2	0 (0.00)	1.00	-	1.000[a]
ไม่มี	159	26 (16.35)	1.00	-	
ประวัติคลอดทารกตายคลอด					
มี	2	0 (0.00)	1.00	-	1.000[a]
ไม่มี	159	26 (16.35)	1.00	-	
ประวัติความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (PIH)					
มี	11	3 (27.27)	2.07	0.51-8.39	0.387[a]
ไม่มี	150	23 (15.33)	1.00	-	
ประวัติแท้งบุตร					
มี	42	9 (21.43)	1.64	0.67-4.02	0.291
ไม่มี	119	17 (14.29)	1.00	-	
ประวัติคลอดก่อนกำหนด					
มี	8	3 (37.50)	3.39	0.76-15.18	0.120[a]
ไม่มี	153	23 (15.03)	1.00	-	
ประวัติการคลอด					
≥ 2 ครั้ง	25	6 (24.00)	1.83	0.65-5.15	0.246[a]
< 2 ครั้ง	136	20 (76.92)	1.00	-	

a = Fisher's exact test

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพกับการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	เป็น GDM จำนวน(ร้อยละ)	Odds Ratio	95%CI	P-value (LR)
บริโภคโปรตีนจากเนื้อสัตว์ เนื้อแดง มากเกินปกติ					
ใช่	97	16 (16.49)	1.07	0.45-2.53	0.883
ไม่ใช่	64	10 (15.63)	1.00	-	
บริโภคไขมันจากเนื้อสัตว์มากเกินปกติ					
ใช่	34	8 (23.53)	1.86	0.73-4.75	0.204
ไม่ใช่	127	18 (14.17)	1.00	-	
บริโภคโปรตีนจากอาหารทะเลมากเกินปกติ					
ใช่	30	5 (16.67)	1.08	0.36-3.05	1.000[a]
ไม่ใช่	131	21 (16.03)	1.00	-	
บริโภคโปรตีนจากนมวัวมากเกินปกติ					
ใช่	64	12 (18.75)	1.37	0.59-3.19	0.469
ไม่ใช่	97	14 (14.43)	1.00	-	
รับประทานอาหารจานด่วน(fast food) มากเกินปกติ					
ใช่	47	12 (25.53)	2.45	1.03-5.79	0.040
ไม่ใช่	114	14 (12.28)	1.00	-	
บริโภคไข่					
≥ 7 ฟอง/สัปดาห์	77	13 (16.88)	1.11	0.48-2.57	0.809
< 7 ฟอง/สัปดาห์	84	13 (15.48)	1.00	-	
มีพฤติกรรมการบริโภคแบบเลือกรับประทาน					
ใช่	29	6 (20.69)	1.46	0.53-4.04	0.577[a]
ไม่ใช่	132	20 (15.15)	1.00	-	
ระยะเวลาการนอน					
< 4 ชั่วโมง/วัน	1	0 (0.00)	1.00	-	0.723[a]
4-9 ชั่วโมง/วัน	76	11 (14.47)	0.78	0.33-1.22	
> 9 ชั่วโมง/วัน	84	15 (17.86)	1.00	-	
มีพฤติกรรมการนอนไม่เป็นเวลา หรือทำงานกะดึก					
ใช่	33	5 (15.15)	0.91	0.32-2.63	0.861
ไม่ใช่	128	21 (16.41)	1.00	-	
พฤติกรรมการออกกำลังทางกาย					
Low Physical Activity	59	12 (20.34)	2.17	0.64-7.31	0.423
Moderate Physical Activity	64	10 (15.63)	1.57	0.46-5.42	
High Physical Activity	38	4 (10.53)	1.00	-	
Sedentary Lifestyle					
ใช่	13	3 (23.08)	1.63	0.42-6.38	0.443[a]
ไม่ใช่	148	23 (15.54)	1.00	-	

a = Fisher's exact test

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ พบอุบัติการณ์การเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 16.15 ซึ่งสูงกว่ารายงานที่พบในการศึกษาของยุโรปและอเมริกา แต่ใกล้เคียงกับรายงานที่พบในเอเชีย จากการศึกษาของ Garrison[16] พบว่าหญิงเอเชียมีความเสี่ยงเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากกว่าเชื้อชาติอื่น โดยมีความเสี่ยงสูงถึง 2.3 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มคนผิวขาว จากการวิจัย Systematic review และ Meta-analysis เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยง

ในการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหญิงชาวเอเชียของ Lee, et al[2] พบอุบัติการณ์การเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหญิงเอเชียถึงร้อยละ 17.1 จากการศึกษาแบบ Meta-analysis พบอุบัติการณ์การเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในประเทศจีน ร้อยละ 14.8[23] และจากการศึกษาความชุกของภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีที่มีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลศิริราช พบอุบัติการณ์การเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 12.3[24]

จากการวิจัยนี้พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เคยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อน มีความเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น 17.48 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาก่อน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีค่า Odds ratio สูงที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในหญิงตั้งครรภ์ชาวเอเชีย (Pooled OR 8.42, 95%CI 5.35–13.23)[2] เช่นเดียวกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติญาติสายตรง คือ บิดา มารดา พี่ หรือน้อง เป็นเบาหวาน มีความเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น 2.41 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน ซึ่งผล Odds ratio มีค่าใกล้เคียงกันกับงานวิจัยของ Lee, et al[2] (Pooled OR 2.77, 95%CI 2.22–3.47)

ปัจจัยทำนายอื่นๆในด้านประวัติสุขภาพแม้จะมีอิทธิพลในการทำนายการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value>0.05) แต่ก็มีความน่าสนใจทั้งในแง่ทฤษฎีและความสัมพันธ์ที่พบจากการทบทวนวรรณกรรม รวมถึงมีค่า Odds ratio ที่แสดงให้เห็นว่ามีความสามารถในการทำนาย (Odds ratio มากกว่า 1.5) เช่น 1) อายุเท่ากับหรือมากกว่า 25 ปี 2) ประวัติคลอดทารกมีความพิการแต่กำเนิด 3) ประวัติความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (PIH) ทั้งในครรภ์ก่อนและครรภ์ปัจจุบัน 4) ประวัติแท้งบุตร 5) ประวัติคลอดก่อนกำหนด และ 6) ประวัติการคลอดเท่ากับหรือมากกว่า 2 ครั้ง จากการศึกษาแบบ Systematic review และ Meta-analysis เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหญิงเอเชียพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นเพิ่มความเสี่ยงการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[2]

ผลการศึกษาพบว่า ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์มีความสามารถในการทำนายการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มี Glucose challenge test ผิดปกติที่ศึกษาในหญิงไทย จากการศึกษาพบว่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ไม่ใช่ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์[14] อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในหญิงตั้งครรภ์ชาวเอเชีย พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ≥ 25 kg/m^2 มีโอกาสเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น 3.27 เท่า (95%CI 2.81–3.80)[2] เช่นเดียวกับการศึกษาแบบ Systematic review ในหญิงตั้งครรภ์หลายเชื้อชาติของ Torloni, et al[9] พบว่ากลุ่ม Overweight (BMI 25-29.9 kg/m^2) มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 1.97 เท่า (95%CI 1.77-2.19) กลุ่ม Obese (BMI 30-34.9 kg/m^2) มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 3.01 เท่า (95%CI 2.34-3.87) กลุ่ม Morbidly obese (BMI ≥ 35 kg/m^2) มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 5.55 เท่า (95%CI 4.27-7.21) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI 18.5-24.9 kg/m^2) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดระดับดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ออกเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์สำหรับคนเอเชียตามที่ WHO แนะนำ[25] เพื่อให้มีความเหมาะสมในการใช้ประเมินหญิงตั้งครรภ์ไทย พบว่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ที่ระดับ Overweight (BMI 23-24.9 kg/m^2) และ Obese I (BMI 25-29.9 kg/m^2) มีอิทธิพลในการทำนายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาข้อมูลชุดนี้โดยแบ่งระดับดัชนีมวลกายออกเป็น 2 ระดับคือ BMI ≥ 23 kg/m^2 (กลุ่ม Overweight, Obese I และ obese II) และ BMI < 23 kg/m^2 (กลุ่ม Underweight และ Normal)

ยังคงพบว่าปัจจัยดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์มีอิทธิพลต่อการทำนายการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.07) (OR = 2.19, 95%CI 0.93-5.18)

การมีพฤติกรรมรับประทานอาหารจานด่วน (Fast food) อาหารผัด ทอด แฮม พิซซ่า มากกว่า 3 ครั้งต่อวัน และมีพฤติกรรมการบริโภคเช่นนี้เป็นประจำมากกว่า 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ เพิ่มความเสี่ยงเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น 2.45 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมรับประทานอาหารจานด่วนในปริมาณปกติหรือน้อยกว่าปกติ เนื่องจากอาหารจานด่วน (Fast food) เป็นอาหารที่ไขมันสูง ซึ่งการมีกรดไขมันอิสระในกระแสเลือดในปริมาณมากจะส่งผลยับยั้งกระบวนการเผาผลาญกลูโคส ส่งผลให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน[26] จากการศึกษาแบบ Systematic review ของ Schoenaker, et al[13] แสดงให้เห็นว่าการรับประทานอาหารจานด่วนเป็นประจำนั้น เพิ่มความเสี่ยงการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 1.63 เท่า (95%CI 1.20-2.11) สอดคล้องกับการศึกษาในหญิงไทยที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่รับประทานอาหารเกินเกณฑ์มาตรฐานมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่รับประทานอาหารตามเกณฑ์มาตรฐาน 3.30 เท่า (95%CI = 1.71-6.35)[14]

ความสัมพันธ์ของการนอนหลับพักผ่อนต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่นอนน้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อวันนั้น มีความเสี่ยงที่จะเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มากขึ้น 5.56 เท่า (95%CI 1.31-23.69)[15] เนื่องจากคุณภาพการนอน และระยะเวลาการนอนมีผลต่อการเผาผลาญของร่างกาย การนอนไม่เพียงพออยู่เสมอจะส่งผลให้ความทนต่อกลูโคสลดลง อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ที่นอนน้อยกว่า 4 ชั่วโมง/วัน เพียง 1 ราย และไม่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ อีกทั้งระยะเวลาการนอน และการนอนไม่เป็นเวลาหรือเข้ากะดึก ไม่พบว่ามีอิทธิพลในการทำนายการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ด้านพฤติกรรมการออกกำลังทางกาย การมีพฤติกรรมในระดับ Low physical activity, Moderate Physical activity และ Sedentary lifestyle พบว่าค่า Odds ratio ชี้ให้เห็นว่ามีอิทธิพลในการทำนายการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากวิถีชีวิตในสังคมยุคปัจจุบันที่มีความสะดวกสบายมากขึ้น ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการออกกำลังทางกายในระดับต่ำและ Sedentary lifestyle มากขึ้น ปัจจัยนี้จึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่น่าสนใจ จากการศึกษาของ Mishra และ Kishore[10] พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมการออกกำลังทางกายระดับ Low-moderate physical activity มีโอกาสเสี่ยงเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น 5.9 เท่า (95%CI 3.6-9.8) และหญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรม Sedentary lifestyle มีความเสี่ยงเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น 10.6 เท่า เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมในระดับ High physical activity (95%CI 6.2-17.9) จากการวิจัยครั้งนี้เมื่อวิเคราะห์รวมทั้งระดับ Low - moderate physical activity ยังคงพบว่ามีอิทธิพลในการทำนายการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=0.54, 95%CI 0.17-1.68)

อย่างไรก็ตาม พบว่าในกลุ่มตัวอย่างมีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์อื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ มีภาวะ Hypothyroid และ Grave’s disease ซึ่งพบว่าในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้หากมี Thyroid stimulation hormone สูง มีความสัมพันธ์ต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น[27] ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มีการคัดปัจจัยเหล่านี้ออก จึงถือเป็นข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษานี้ สามารถนำไปสู่การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านประวัติสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
2. ควรมีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในหญิงตั้งครรภ์และแนะนำให้หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจานด่วน อาหารไขมันสูง อาหารทอด แฮม พิซซ่า ในปริมาณที่มากเกินปกติ เพื่อลดโอกาสการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของหญิงตั้งครรภ์
3. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลเพิ่มความเสี่ยงการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีความน่าสนใจ และควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสมาคมเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (ไทย) ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Caissutti C, Berghella V. Scientific evidence for different options for GDM screening and management: controversies and review of the literature. Biomed Res Int 2017:1-12. doi: 10.1155/2017/2746471.
2. Lee KW, Ching SM, Ramachandran V, Yee A, Hoo FK, Chia YC, et al. Prevalence and risk factors of gestational diabetes mellitus in Asia: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth 2018;18:494. doi: 10.1186/s12884-018-2131-4
3. Wendland EM, Torloni MR, Falavigna M, Trujillo J, Dode MA, Campos MA, et al. Schmidt MI. Gestational diabetes and pregnancy outcomes--a systematic review of the World Health Organization (WHO) and the International Association of Diabetes in Pregnancy Study Groups (IADPSG) diagnostic criteria. BMC Pregnancy Childbirth 2012;12:23. doi: 10.1186/1471-2393-12-23.
4. Catalano PM, McIntyre HD, Cruickshank JK, McCance DR, Dyer AR, Metzger BE, et al. Hadden DR. The hyperglycemia and adverse pregnancy outcome study: associations of GDM and obesity with pregnancy outcomes. Diabetes Care 2012;35:780-6.
5. Dahiya K, Sahu J, Dahiya A. Maternal and Fetal Outcome in Gestational Diabetes Mellitus-A Study at Tertiary Health Centre in Northern India. Open Access Lib J 2014;1:1-5. doi: 10.4236/oalib.1100500.
6. Cunningham FG, Kenneth JL, Steven LB, Catherine YS, Jodie SD, Barbara LH, Brian MC, Jeanne SS. Williams Obstretics 24th Edition. London; 2014.
7. Priyanka. Maternal and foetal outcome in patients of gestational diabetes mellitus. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol 2018;7:3831-6.
8. Moncrieff G. Gestational diabetes. Br J Midwifery 2018;26:506-13.

9. Torloni MR, Betran AP, Horta BL, Nakamura MU, Atallah AN, Moron AF, Valente O. Prepregnancy BMI and the risk of gestational diabetes: a systematic review of the literature with meta-analysis. Obes Rev 2009;10:194-203. doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00541.x
10. Mishra S, Kishore S. Effect of physical activity during pregnancy on gestational diabetes mellitus. Indian J Endocr Metab 2018;22:661-71.
11. Pang WW, Colega M, Cai S, Chan YH, Padmapriya N, Chen LW, et al. Higher Maternal Dietary Protein Intake Is Associated with a Higher Risk of Gestational Diabetes Mellitus in a Multiethnic Asian Cohort. J Nutr 2017;147:653–60. doi: 10.3945/jn.116.243881
12. Bowers K, Tobias DK, Yeung E, Hu FB, Zhang C. A prospective study of prepregnancy dietary fat intake and risk of gestational diabetes. Am J Clin Nutr 2012;95:446-53.
13. Schoenaker DA, Mishra GD, Callaway LK, Soedamah-Muthu SS. The role of energy, nutrients, foods, and dietary patterns in the development of gestational diabetes mellitus: a systematic review of observational studies. Diabetes Care 2016;39:16-23.
14. ปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง, ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, อภิธาน พวงศรีเจริญ, อรวรรณ พินิจเลิศสกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มี Glucose Challenge Test ผิดปกติ. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2559;34:58-69.
15. Qiu C, Enquobahrie D, Frederick IO, Abetew D, Williams MA. Glucose intolerance and gestational diabetes risk in relation to sleep duration and snoring during pregnancy: A pilot study. BMC women's health 2010;10:17. doi: 10.1186/1472-6874-10-17.
16. Garrison A. Screening, Diagnosis, and Management of Gestational Diabetes Mellitus. Am Fam Physician 2015;91:460-7.
17. The Joanna Briggs Institute. New JBI Levels of Evidence [Internet]. 2013 [cited 2018 May 1]. Available from: http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence
18. American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes 2019. Diabetes Care 2019;19:S13–S28.
19. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2558.
20. Caliskan E, Kayikcioglu F, Öztürk N, Koc S, Haberal A. A population-based risk factor scoring will decrease unnecessary testing for the diagnosis of gestational diabetes mellitus. Acta Obstet Gynecol Scand 2004;83:524–30.
21. Naylor CD, Sermer M, Chen E, Farine D. Selective Screening for Gestational Diabetes Mellitus. N Engl J Med 1997;337:1591-6.
22. พรพิมล รัตนาวิวัฒน์พงศ์, อารมย์ ขุนภาษี, ฉกาจ ผ่องอักษร,ภัทราวุธ อินทรกำแหง. ความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามสากลเรื่องกิจกรรมทางกายชุดสั้นฉบับภาษาไทย. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2549;16:147-60.

23. Gao C, Sun X, Lu L, Liu F, Yuan J. Prevalence of gestational diabetes mellitus in mainland China: A systematic review and meta-analysis. J Diabetes Investig 2019; 10:154-62. doi: 10.1111/jdi.12854.
24. Sirirat S, Ruangvutilert P, Yapan P, Boriboonhirunsarn D. Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus among Women with Lower Risk for Gestational Diabetes in Siriraj Hospital. Thai J Obstet Gynaecol 2022;30:313-20.
25. World Health Organization (WHO). International Association for the Study of Obesity (IASO) and International Obesity Task Force (IOTF). The Asia-Pacific Perspective: Redefining Obesity and its Treatment. Geneva: World Health Organization; 2000. p. 378-420.
26. Boden G, Chen X, Ruiz J, White JV, Rossetti L. Mechanisms of fatty acid-induced inhibition of glucose uptake. J Clin Invest 1994;93:2438–46.
27. Cunningham F, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM (Eds.). Endocrine disorders. Williams Obstetrics 26e. Mc Graw Hill; 2022.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่ของผู้คลอดในโรงพยาบาลขอนแก่น

มุกดา คงแสง พย.บ.[1], นิลุบล รุจิรประเสริฐ ปร.ด[2*]

บทคัดย่อ

การคลอดติดไหล่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ สาเหตุของการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด อัตราการเกิดไม่สูงมากแต่ภาวะแทรกซ้อนที่มีต่อมารดาและทารกค่อนข้างรุนแรง การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบมีกลุ่มควบคุมและไม่จับคู่นี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่ในผู้ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาลขอนแก่น โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มข้อมูลผู้คลอดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2553 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2563 ในกลุ่มผู้คลอดที่มีการคลอดติดไหล่จำนวน 163 ราย และกลุ่มผู้คลอดที่ไม่มีการคลอดติดไหล่ จำนวน 326 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติถดถอยโลจิสติก และสถิติถดถอยเชิงพหุวิเคราะห์ปัจจัยแบบหลายตัวแปร ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย 4 ปัจจัย คือ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (aOR = 3.94, 95%CI 1.34-11.58) ผู้คลอดที่เป็นเบาหวาน (aOR = 5.37, 95% CI 1.58-28.23) การช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ (aOR = 13.251, 95%CI 5.32-32.99) และทารกตัวโต (aOR = 49.33, 95%CI 6.19-392.79) พยาบาลผดุงครรภ์ควรส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์หรือผู้หญิงที่วางแผนจะตั้งครรภ์ให้ควบคุมน้ำหนักและการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะอ้วน และการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ นอกจากนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรเน้นการคัดกรองและประเมินขนาดและน้ำหนักของทารกเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด เพื่อลดความเสี่ยงในการคลอดติดไหล่

คำสำคัญ: คลอดติดไหล่ ปัจจัยเสี่ยง ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ทารกตัวโต เบาหวานขณะตั้งครรภ์

---

[1]นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* Corresponding author email: nilruj@kku.ac.th

วันที่รับ (received) 29 พ.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 15 ส.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 25 ส.ค. 2566

Risk Factors Associated with Shoulder Dystocia among Pregnant Women at Khon Kaen Hospital

Mukda Khongsang B.N.S.[1], Nilubon Rujiraprasert Ph.D. (Nursing)[2*]

Abstract

Shoulder dystocia is an unpredictable and often unavoidable obstetric emergency. Its cause is still unclear. The incidence of shoulder dystocia is not high but it can lead to severe maternal and neonatal complications. This analytical study using an unmatched case-control study, aimed to determine risk factors associated with shoulder dystocia (SD) among parturient women, Khon Kaen Hospital. Data were retrospectively collected from medical records of women who delivered between October1, 2010 and September 30, 2020. One hundred and sixty-three cases of SD and 326 cases of none SD were included in the study. Data were analyzed using descriptive statistics, simple logistic regression, and multiple logistics regression. The research identified statistically significant factors related to shoulder dystocia, comprising four factors: 1) pre-pregnancy body mass index (aOR = 3.94, 95% CI 1.34-11.58), 2) gestational diabetes (aOR = 5.37, 95% CI 1.58-28.23), 3) assisted vaginal delivery (aOR = 13.251, 95% CI 5.32-32.99), and 4) macrosomic infant (aOR = 49.33, 95% CI 6.19-392.79). It is recommended that nurse-midwives should encourage pregnant women or women who plan for pregnancy to control weight and eat a healthy diet to prevent obesity and diabetic mellitus during pregnancy. Furthermore, nurse-midwives should focus on screening and evaluating the size and weight of the fetus as they approach delivery to reduce the risk of shoulder dystocia.

Keywords: shoulder dystocia, risk factors, pre-pregnancy body mass index, macrosomia, gestational diabetes mellitus

[1]A student of the Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

[2]Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

* Corresponding author email: nilruj@kku.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดติดไหล่ (Shoulder dystocia) หมายถึง ภาวะที่ศีรษะของทารกคลอดแล้วแต่ไม่สามารถทำคลอดไหล่หน้าหรือไหล่หลัง หรือทั้ง 2 ด้วยการดึงศีรษะทารกลงล่างตามปกติ และจำเป็นต้องใช้กระบวนการคลอดทางสูติศาสตร์เพิ่มเติม[1] อุบัติการณ์การคลอดติดไหล่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ จากการทบทวนวรรณกรรมจำนวนผู้คลอดทั่วโลก 16 ล้านคนพบอุบัติการณ์การคลอดติดไหล่ร้อยละ 0.4 ของการคลอดทั้งหมด และร้อยละ 0.7 ของการคลอดทางช่องคลอดทั้งหมด[2] ในประเทศจีน พบอุบัติการณ์การคลอดติดไหล่ร้อยละ 0.3[3] ในประเทศไทยไม่พบตัวเลขแสดงอุบัติการณ์การคลอดติดไหล่ที่ชัดเจน สำหรับโรงพยาบาลขอนแก่น จากข้อมูลย้อนหลังในปีงบประมาณ 2558 - 2562 พบอุบัติการณ์การคลอดติดไหล่ ร้อยละ 0.38, 0.51, 0.32, 0.46 และ 0.43 ของการคลอดทางช่องคลอดทั้งหมด ตามลำดับ[4] อุบัติการณ์การคลอดติดไหล่แม้พบไม่สูงมากแต่ผลกระทบที่มีต่อมารดาและทารกค่อนข้างรุนแรง และเป็นอันตรายต่อชีวิต ทารกมีโอกาสเกิดความพิการได้ในอนาคต รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น และนำมาซึ่งการฟ้องร้องที่มากขึ้น ในปัจจุบัน อีกทั้งการคลอดติดไหล่ยังส่งผลกระทบและก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด การฉีกขาดของช่องทางคลอดระดับ 3 - 4 หูรูดทวารหนักฉีกขาดและมดลูกแตก[5] ซึ่งส่งผลด้านจิตใจทำให้มารดาเกิดประสบการณ์การคลอดในด้านลบ[6] อีกทั้งผลกระทบทางด้านค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้นตามความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่เพิ่มเป็น 2 เท่า[7] ผลกระทบต่อทารกที่เกิดจากการคลอดติดไหล่ที่พบบ่อย ได้แก่ เส้นประสาทแขนบาดเจ็บในทารกแรกเกิด พบร้อยละ 4 - 40 และพบทารกเกิดความพิการตามมาจากภาวะดังกล่าวร้อยละ 10 กระดูกไหปลาร้าและกระดูกต้นแขนหัก[5,8-9] ทารกมีภาวะสมองขาดเลือดพบได้ร้อยละ 5-23[10] และพบอุบัติการณ์เสียชีวิตจากการคลอดติดไหล่ถึงร้อยละ 0.4[5] การหาสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่จะช่วยป้องกันการเกิดคลอดติดไหล่และลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดตามมาได้

การคลอดติดไหล่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่คาดการณ์ได้ยาก เนื่องจากสาเหตุของการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือปัจจัยด้านมารดา และปัจจัยด้านทารก โดยปัจจัยที่สัมพันธ์ด้านมารดาพบได้ตั้งแต่ช่วงก่อนตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์และขณะคลอด โดยปัจจัยก่อนตั้งครรภ์ได้แก่ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ จากการศึกษาพบว่ามารดาที่มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์มากกว่า 30 กก./ม.^{2}) เพิ่มความเสี่ยงของการคลอดติดไหล่เป็น 2.7 เท่าเมื่อเทียบกับมารดาที่มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ปกติ และความเสี่ยงของการคลอดติดไหล่เพิ่มขึ้นเมื่อระดับของความอ้วนเพิ่มขึ้น[11] นอกจากนั้นผู้คลอดที่มีประวัติคลอดติดไหล่ มีโอกาสเกิดการคลอดติดไหล่ซ้ำได้สูงในครรภ์หลังพบร้อยละ 1.1-16.7[12] โดย Kleitman, et al[13] พบว่ามารดาที่เคยมีประวัติคลอดติดไหล่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญทำให้เกิดคลอดติดไหล่เป็น 6.1 เท่า ขณะที่ความสูงของผู้คลอดพบเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่เช่นกัน โดย Cheng, et al[4] ได้ศึกษาย้อนหลัง 15 ปี ในประเทศฮ่องกง พบว่ามารดาที่สูงน้อยกว่า 150 เซนติเมตร เพิ่มความเสี่ยงของการคลอดติดไหล่เป็น 2.16 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่สูงมากกว่าหรือเท่ากับ 150 เซนติเมตร

นอกเหนือจากปัจจัยด้านมารดาก่อนตั้งครรภ์แล้ว Youssefzadeh, et al[14] พบว่า ปัจจัยด้านมารดาขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่เช่นกัน ได้แก่ การเป็นโรคเบาหวาน โดยพบว่าผู้คลอดที่เป็นเบาหวาน ที่คลอดทารกตัวโตมีความเสี่ยงของการเกิดคลอดติดไหล่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 10 – 20 ในสหรัฐอเมริกาพบว่า มารดาที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะเกิดคลอดติดไหล่มากกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวานถึงร้อยละ 70[15] นอกจากนี้น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ที่เป็นไปตามเกณฑ์ของ Institute of Medicine [IOM] จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่ามารดาที่มีน้ำหนักเพิ่มมากกว่าเกณฑ์มีความเสี่ยงต่อเกิดการคลอด

ติดไหล่เพิ่มขึ้น 1.74 เท่า[16] สำหรับมารดาที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปีมีโอกาสที่จะเกิดการคลอดติดไหล่มากขึ้นเช่นกัน เนื่องจากกลุ่มที่มีอายุมากมีความสัมพันธ์ที่จะนำไปสู่การเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และทำให้ทารกตัวโต[17] ซึ่งปัจจัยขณะตั้งครรภ์ส่งผลต่อการคลอดทำให้การคลอดยากหรือคลอดติดขัดและเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่

ปัจจัยด้านมารดาขณะคลอด ได้แก่ ระยะที่ 1 ของการคลอดผิดปกติ โดยการเปิดของปากมดลูกที่ล่าช้าหรือการหยุดชะงักในระยะเร่ง มีผลเพิ่มความเสี่ยงของการคลอดติดไหล่ 2.37 เท่าเมื่อเทียบกับผู้คลอดที่มีการดำเนินการคลอดปกติ[18] ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนานเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่เช่นกัน โดยการศึกษาของ Harper, et al[19] พบว่า ผู้คลอดที่มีการคลอดติดไหล่ 221 คน พบระยะที่สองของการคลอดยาวนานร้อยละ 23.4 และมีความสัมพันธ์ต่อการคลอดติดไหล่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้น Revicky, et al[20] พบว่า การคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตการด้วยเครื่องดูดสุญญากาศและการคลอดด้วยคีมเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดคลอดติดไหล่เป็น 3 เท่าและ 3.4 เท่า ตามลำดับเมื่อเทียบกับมารดาที่คลอดปกติทางช่องคลอดเช่นเดียวกับ Overland, et al[21] พบว่าการช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการดังกล่าวเพิ่มความเสี่ยงการเกิดคลอดติดไหล่ 2.86 และ 1.14 เท่า ขณะที่การใช้ยาระงับความเจ็บปวดขณะคลอด การศึกษาของ Santos, et al[22] พบว่าเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดคลอดติดไหล่ 3.47 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ใช้ยาระงับความเจ็บปวดขณะคลอด และอุ้งเชิงกรานแคบหรือผิดปกติเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดคลอดติดไหล่ซึ่งมีการศึกษาน้อยมาก ในประเทศแคนาดาพบว่า มารดาที่มีอุ้งเชิงกรานแคบเป็นปัจจัยเสี่ยงเกิดคลอดติดไหล่เป็น 3.5 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาที่อุ้งเชิงกรานปกติ[23] กล่าวโดยสรุปคือกระบวนการคลอดที่ผิดปกติและการใช้สูติศาสตร์หัตถการเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่ ซึ่งส่วนหนึ่งอาจสัมพันธ์กับปัจจัยด้านทารก ที่มีตัวโตด้วยเช่นกัน

ปัจจัยด้านทารก ได้แก่ ทารกตัวโตหรือน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดคลอดติดไหล่มากที่สุด ทารกน้ำหนักยิ่งมากยิ่งมีโอกาสคลอดติดไหล่มากขึ้น[24-25] อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Yeo, et al[26] ในประเทศสิงคโปร์ พบว่าทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 3,600 กรัม (90 เปอร์เซ็นต์ไทล์) มีความเสี่ยงต่อการเกิดคลอดติดไหล่สูงเป็น 16.1 เท่าเมื่อเทียบกับทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 3,600 กรัม สำหรับเพศของทารก จากการศึกษาของ Patumanond, et al[27] ในภาคเหนือของประเทศไทย จากผู้คลอด 8,743 ราย พบอุบัติการณ์คลอดติดไหล่ซึ่งเป็นทารกเพศชาย ร้อยละ 85.7 สูงกว่าเพศหญิง 5 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเฝ้าระวังปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่ทั้งด้านทารกโดยเฉพาะทารกตัวโตจึงมีความสำคัญในการป้องกันการเกิดคลอดติดไหล่เช่นกัน

กล่าวโดยสรุปการคลอดติดไหล่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่คาดการณ์และหลีกเลี่ยงได้ยาก ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา ทั้งต่อมารดาและทารก สาเหตุของการคลอดติดไหล่ยังไม่ชัดเจน แต่พบว่ามีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่ทั้งด้านมารดาและทารก หน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลขอนแก่นให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเกิดอุบัติการณ์คลอดติดไหล่ จึงมีการใช้แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่เพื่อเฝ้าระวังและช่วยให้มีการวางแผนจัดการก่อนการเกิดคลอดติดไหล่ อย่างไรก็ตาม การใช้แบบคัดกรองปัจจุบันยังคงพบอุบัติการณ์ของการคลอดติดไหล่เกิดขึ้น ซึ่งแบบคัดกรองดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมและไม่ได้มีการวิเคราะห์ศึกษาวิจัยและปรับให้เป็นปัจจุบัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่ในผู้คลอดที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อการวางแผนพัฒนาแบบคัดกรองการคลอดติดไหล่ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น และลดอัตราเจ็บป่วยและอัตราตายของมารดาและทารกจากการคลอดติดไหล่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ของการเกิดคลอดติดไหล่ในผู้คลอดที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ของการเกิดคลอดติดไหล่ โดยปัจจัยที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยเลือกปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่และสามารถพบได้ในโรงพยาบาลขอนแก่น จัดกลุ่มและแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอดติดไหล่เป็น 2 ด้านประกอบด้วย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่ด้านมารดา จำนวน 10 ปัจจัย แบ่งเป็นปัจจัยก่อนตั้งครรภ์ 3 ปัจจัย ได้แก่ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ เคยมีประวัติคลอดติดไหล่ และความสูงของผู้คลอด ปัจจัยขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ การเป็นเบาหวาน น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ อายุมากกว่า 35 ปี และปัจจัยขณะคลอด ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ ระยะที่ 1 ของการคลอดที่ผิดปกติ ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน และการช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ และอุ้งเชิงกรานแคบหรือผิดปกติ และปัจจัยที่สัมพันธ์การคลอดติดไหล่ ด้านทารก ประกอบด้วย 2 ปัจจัย ได้แก่ ทารกตัวโต และเพศของทารก สรุปการศึกษาครั้งนี้ศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะสัมพันธ์กับการเกิดคลอดติดไหล่ทั้งด้านมารดาและทารก รวมทั้งสิ้น 12 ปัจจัย

สมมุติฐานการวิจัย

ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ เคยมีประวัติคลอดติดไหล่ ความสูง การเป็นเบาหวาน น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ อายุมากกว่า 35 ปี ระยะที่ 1 ของการคลอดผิดปกติ ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน การใช้สูติศาสตร์หัตถการ อุ้งเชิงกรานแคบหรือผิดปกติ ทารกตัวโตและเพศของทารกมีความสัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ แบบ Unmatched case - control study โดยศึกษาย้อนหลังจากแฟ้มข้อมูล (Retrospective chart review)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เวชระเบียนของผู้คลอดที่มาคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนของผู้คลอดที่มาคลอดบุตร โรงพยาบาลขอนแก่น ในช่วง 1 ต.ค. 2553-30 ก.ย. 2563 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คำนวณจากรูปแบบการศึกษาที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้ข้อมูลจากงานวิจัยของ Tsur, et al[25] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของการเกิดคลอดติดไหล่ โดยเลือกปัจจัยเสี่ยงการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีค่าคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่สูงและสามารถเก็บได้ในทุก ๆ กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างในการเปรียบเทียบค่าสัดส่วนระหว่างประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน[28] ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในสัดส่วน 1:2 คนเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างเพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูล โดยกลุ่มศึกษา (Case) คือเวชระเบียนของผู้คลอดที่มาคลอด และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการคลอดติดไหล่ 163 ราย และกลุ่มควบคุม (Control) คือเวชระเบียนของผู้คลอดทางช่องคลอดที่มีส่วนนำเป็นศีรษะและไม่มีการคลอดติดไหล่ 326 ราย รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 489 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แบบเร็ว มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เลขที่ HE 642201) วันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2564 และผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่โรงพยาบาลขอนแก่น (เลขที่ KEMOU6422) ในวันที่ 15 กันยายน พ. ศ. 2564 (ขอต่ออายุ 1 ครั้งและได้รับการรับรองวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2565)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วย สูติแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาผดุงครรภ์ และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของข้อคำถาม (Content Validity Index: CVI) รายข้อเท่ากับ 0.3 – 1.00 ผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจนได้ค่า CVI เท่ากับ 1 ทั้งฉบับ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และลำดับการตั้งครรภ์ เป็นข้อคำถามแบบเติมคำ และส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยที่สัมพันธ์ของการเกิดคลอดติดไหล่ ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเติมคำ ได้แก่ อายุครรภ์เมื่อคลอด ส่วนสูง น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์หรือเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ไม่เกิน 10 สัปดาห์ น้ำหนักตัวในวันคลอด ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (ผู้วิจัยคำนวณเองจากส่วนสูง น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ฯ) น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ (ผู้วิจัยคำนวณเองจากน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ฯ และน้ำหนักตัวในวันคลอด) น้ำหนักทารกแรกเกิด และเพศของทารก และข้อคำถามแบบเลือกตอบว่า “มี” หรือ “ไม่มี” ซึ่งพิจารณาจากการวินิจฉัยของแพทย์ที่ปรากฏในเวชระเบียน ได้แก่ การเป็นเบาหวาน ประวัติการคลอดติดไหล่ในครรภ์ก่อน อุ้งเชิงกรานแคบ (ประเมินโดยแพทย์ก่อนคลอด) การใช้สูติศาสตร์หัตถการ ระยะที่ 1 ของการคลอดผิดปกติ และระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ แล้ว ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด หัวหน้างานเวชสถิติ และหัวหน้ากลุ่มงานสื่อสารและสารสนเทศเทคโนโลยี เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและขออนุญาตนำใช้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติเวชระเบียนและฐานข้อมูลในระบบของโรงพยาบาลขอนแก่น แล้วเริ่มเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. กลุ่มศึกษา เริ่มเก็บข้อมูลโดยค้นหารายชื่อและหมายเลขประจำตัวของผู้ที่มาคลอดและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการคลอดติดไหล่ จากระบบฐานข้อมูลในห้องคลอดทุกรายในปีงบประมาณ 2554 - 2563 ให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด

2. กลุ่มควบคุม เริ่มเก็บข้อมูลโดยค้นหารายชื่อและหมายเลขประจำตัวของผู้คลอดที่ทางช่องคลอดที่มีส่วนนำเป็นศีรษะและไม่มีการคลอดติดไหล่ จากระบบฐานข้อมูลในห้องคลอดในปีงบประมาณ 2554-2563 เมื่อได้รายชื่อแล้วนำมาสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายและการสุ่มอย่างเป็นระบบ ให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด

3. นำรายชื่อและหมายเลขประจำตัวของผู้คลอดทั้งสองกลุ่มไปค้นประวัติในระบบฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาล

4. เมื่อได้มาประวัติครบแล้ว ผู้วิจัยกรอกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูลการวิจัยด้วยตนเองและตรวจทานความถูกต้องของข้อมูลซ้ำทุกครั้งหลังการลงบันทึกแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA 10 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหา ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดี่ยว (Univariate analysis) ด้วยสถิติ Simple logistic regression และสถิติ Exact logistic regression และความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ (Multivariate analysis) ด้วยสถิติ Multiple logistic regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มศึกษามีอายุเฉลี่ย 26.69 ปี (อายุระหว่าง 15 - 41 ปี) ขณะที่กลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 25.22 ปี (อายุระหว่าง 14 - 41 ปี) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี เหมือนกัน คิดเป็นร้อยละ 85.3 และ 94.2 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ตั้งครรภ์หลังมากกว่าครรภ์แรก น้ำหนักเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ ใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มศึกษาเฉลี่ย 14.52 กิโลกรัม (น้ำหนักระหว่าง 9 -20 กิโลกรัม) กลุ่มควบคุมเฉลี่ย 13.74 กิโลกรัม (น้ำหนักระหว่าง 7-20 กิโลกรัม) ส่วนสูงเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความสูงมากกว่า 150 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 93.9 และ 93.18 ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดี่ยวด้วยสถิติ Simple logistic regression และสถิติ Exact logistic regression พบว่า ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ การเป็นเบาหวาน น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ อายุมากกว่า 35 ปี ระยะที่ 1 ของการคลอดผิดปกติ ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน การช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ น้ำหนักทารกแรกเกิด มีความสัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ และความสัมพันธ์ของปัจจัยกับการเกิดคลอดติดไหล่ในผู้คลอดของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของการคลอดติดไหล่	กลุ่มศึกษา n = 163 จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม n =326 จำนวน(ร้อยละ)	Odds ratio	95% CI	p-value
ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์					
< 18.5 กก./ม.^{2}	12(7.36)	89(27.30)	0.27	0.14 -0.51	<0.001***
18.5-24.9 กก./ม.^{2}	94(57.67)	186(57.06)	Ref	Ref	
25.0-29.9 กก./ม.^{2}	38(23.31)	42(12.88)	1.79	1.08 - 2.96	0.024*
≥ 30 กก./ม.^{2}	19(11.66)	9(2.76)	4.18	1.82 - 9.59	0.001**
ความสูง					
< 150 เซนติเมตร	10(6.1)	19(5.82)	1.06	0.48 - 2.33	0.893
≥150 เซนติเมตร	153(93.9)	307(94.18)	Ref	Ref	
การเป็นเบาหวาน					
มี	26(15.95)	4(1.23)	15.27	5.23 – 44.60	<0.001***

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของการคลอดติดไหล่	กลุ่มศึกษา n = 163 จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม n =326 จำนวน(ร้อยละ)	Odds ratio	95% CI	p-value
ไม่มี	13784.05)	322(99.77)	Ref	Ref	
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างครรภ์					
ต่ำกว่าเกณฑ์	23(14.11)	89(27.73)	0.51	0.30 - 0.90	0.017*
เท่ากับเกณฑ์	67(41.10)	134(41.74)	Ref	Ref	
มากกว่าเกณฑ์	73(44.79)	98(30.53)	1.49	0.98 - 2.27	0.064
อายุ					
35 ปี ขึ้นไป	24(14.72)	19(5.83)	2.79	1.48 - 5.26	0.002*
น้อยกว่า 35 ปี	139(85.28)	307(94.17)	Ref	Ref	
ประวัติคลอดติดไหล่					
มี	1(0.61)	0	2	0 .05 - œ	0.667[R]
ไม่มี	162(99.39)	326(100)	Ref	Ref	
ระยะที่ 1 ของการคลอดผิดปกติ					
มี	5(3.06)	0	13.76	1.86 - œ	0.007[R]
ไม่มี	158(96.94)	326(100)	Ref	Ref	
ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน					
มี	6(3.68)	0	16.81	2.40 - œ	0.003[R]
ไม่มี	157(96.32)	326(100)	Ref	Ref	
การช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ (เครื่องดูดสุญญากาศและ คีมช่วยคลอด)					
มี	46(28.22)	8(2.45)	15.63	7.16 – 34.10	<0.001***
ไม่มี	117(71.78)	318(97.55)	Ref	Ref	
อุ้งเชิงกรานแคบ/ผิดปกติ					
มี	1(0.61)	0	2	0 .05 - œ	0.667[R]
ไม่มี	162(99.39)	326(100)	Ref	Ref	
น้ำหนักทารกแรกเกิด					
≥ 4,200 ขึ้นไป	22 (13.50)	1 (0.31)	94.2	12.49 - 710.51	<0.001***
4,000 - 4,199	17 (10.43)	1 (0.31)	72.79	9.53 - 556.03	<0.001***
3,800 - 3,999	25 (15.34)	4 (1.23)	26.76	9.03 - 79.33	<0.001***
3,600 -3,799	28 (17.18)	16 (4.91)	7.49	3.85 - 14.59	<0.001***
น้อยกว่า 3,600	71 (43.56)	304 (93.25)	Ref	Ref	
เพศของทารก					
ชาย	98(60.12)	173(53.17)	1.33	0.91 -1.95	0.139
หญิง	65(39.88)	153(46.93)	Ref	Ref	

p<0.05, **p=0.001, p***<0.001
R=Exact logistic regression

จากการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงพหุ (Multivariate Analysis) โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression มีเพียง 4 ปัจจัยเท่านั้น ที่สามารถอธิบายความสัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่ได้ คือ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ การเป็นเบาหวาน การช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ และน้ำหนักทารกแรกเกิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยกับการคลอดติดไหล่

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของการคลอดติดไหล่	กลุ่มศึกษา n = 163 จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม n = 326 จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR	Adjust OR	95% CI	p-value
ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์						
< 18.5 กก./ม.^{2}	12(7.36)	89(27.30)	0.27	0.42	0.20 -1.01	0.028*
18.5-24.9 กก./ม.^{2}	94(57.67)	186(57.06)	Ref	Ref	Ref	
25.0-29.9 กก./ม.^{2}	38(23.31)	42(12.88)	1.79	1.28	0.62-2.60	0.496
≥ 30 กก./ม.^{2}	19(11.66)	9(2.76)	4.18	3.94	1.11 34.58	0.012*
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์						
ต่ำกว่าเกณฑ์	23(14.11)	89(27.73)	0.51	0.79	0.38 - 1.60	0.508
เท่ากับเกณฑ์	67(41.10)	134(41.74)	Ref	Ref	Ref	
มากกว่าเกณฑ์	73(44.79)	98(30.53)	1.49	1.10	0.61 – 1.98	0.747
อายุ						
35 ปีขึ้นไป	24(14.72)	19(5.83)	2.79	1.25	0.50 - 3.10	0.622
น้อยกว่า 35 ปี	139(85.28)	307(94.17)	Ref	Ref	Ref	
การเป็นเบาหวาน						
มี	26(15.95)	4(1.23)	15.27	5.37	1.58-18.23	0.007*
ไม่มี	137(84.05)	322(99.77)	Ref	Ref	Ref	
การช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ (เครื่องดูดสุญญากาศและคีมคีบช่วยคลอด)						
มี	46(28.22)	8(2.45)	15.63	13.25	5.32-32.99	<0.001***
ไม่มี	117(71.78)	318(97.55)	Ref	Ref	Ref	
น้ำหนักทารกแรกเกิด						
≥ 4,200 ขึ้นไป	22 (13.50)	1 (0.31)	94.2	49.33	6.19 - 392.79	<0.001***
4,000 - 4,199 กรัม	17 (10.42)	1 (0.31)	72.79	56.28	6.89 - 459.15	<0.001***
3,800 - 3,999 กรัม	25 (15.34)	4 (1.23)	26.76	20.66	6.16 - 69.27	<0.001***
3,600 -3,799 กรัม	28 (17.18)	16 (4.90)	7.49	6.13	2.91 - 12.93	<0.001***

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของการคลอดติดไหล่	กลุ่มศึกษา n = 163 จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม n = 326 จำนวน (ร้อยละ)	Crude OR	Adjust OR	95% CI	p-value
< 3,600 กรัม	71 (43.56)	304 (93.25)	Ref	Ref	Ref	

*p<0.05, p***<0.001

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ ≥ 30 กก./ม.^{2} เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่ 3.94 เท่า (OR 3.94, 95% CI 1.11-34.58) เมื่อเทียบกับผู้คลอดที่มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.012) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่ามารดาที่มีภาวะอ้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่เป็น 2.7 เท่า (95% CI 1.5 -5.1) และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะอ้วนมีโอกาสเกิดการคลอดติดไหล่มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะอ้วนเป็น 1.63 เท่า (Relative risk, RR 1.63, 95% CI: 1.33–1.99) และโอกาสเสี่ยงจะเพิ่มขึ้น เมื่อระดับของความอ้วนเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผู้คลอดที่ไม่มีภาวะอ้วน[11] ผลการศึกษาในครั้งนี้ อภิปรายได้ว่าภาวะอ้วนในหญิงตั้งครรภ์จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคกลุ่มเมตาบอลิกและภาวะดื้อต่ออินซูลินมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ทารกตัวโตเป็นปัจจัยสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดการคลอดติดไหล่[29] กล่าวโดยสรุปคือหญิงตั้งครรภ์ยิ่งมีภาวะอ้วนก่อนการตั้งครรภ์มากเท่าไหร่ ความเสี่ยงของการคลอดติดไหล่ก็จะสูงตามไปด้วย และผลการวิจัยยังพบว่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์น้อยกว่า 18.5 กก./ม.^{2} เป็นปัจจัยป้องกันการคลอดติดไหล่ โดยลดความเสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่ เป็นร้อยละ 58 เมื่อเทียบกับกลุ่มดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ปกติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มารดาที่ควบคุมน้ำหนักดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ที่ต่ำกว่าเกณฑ์โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่มีเบาหวานมีผลทำให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะทารกตัวเล็กเมื่อเทียบกับอายุครรภ์ 1.14 เท่า (95% CI 1.01–1.29)[30] ซึ่งช่วยลดโอกาสในการเกิดคลอดติดไหล่ แต่ในทางปฏิบัติแม้ว่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์น้อยกว่าปกติ จากการศึกษาในครั้งนี้ เป็นปัจจัยป้องกันการคลอดติดไหล่ แต่การแนะนำให้สตรีวัยเจริญพันธุ์มีน้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์อาจจะไม่เหมาะสม เนื่องจากดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่บ่งบอกภาวะโภชนาการของมารดา ขณะเดียวกันดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ที่มากเกินไปอาจทำให้เกิดเบาหวานซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการคลอดติดไหล่เช่นกัน

มารดาที่เป็นเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่เพิ่มเป็น 5.37 เท่า (OR 5.37, 95% CI 1.58-18.23) เมื่อเทียบกับมารดาที่ไม่เป็นเบาหวาน ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Santos, et al[22] พบว่าการเป็นเบาหวานมีความเสี่ยงของการคลอดติดไหล่เพิ่มขึ้นเป็น 5.99 เท่า (95% CI 5.37 – 6.68) และ 2.71 เท่า (95% CI2.41–3.06) ตามลำดับ ทั้งนี้ผลการศึกษาอธิบายได้จากพยาธิสภาพของมารดาตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะงดอาหารของมารดาที่ผิดปกติ ส่งผลให้มีการส่งผ่านน้ำตาลจากกระแสเลือดของมารดาไปยังทารกในครรภ์ โดยผ่านทางรก ทำให้เกิดภาวะทารกมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดที่สูง ฮอร์โมนที่มีโครงสร้างคล้ายอินซูลินและโกรทฮอร์โมน เป็นผลทำให้มีการเพิ่มการสะสมไขมันในทารกและทำให้ทารกมีขนาดตัวใหญ่ขึ้น[31] มีขนาดของไหล่และเส้นรอบวงของร่างกายส่วนบนที่ใหญ่มีการเพิ่มขึ้นของความหนาของชั้นไขมันบริเวณร่างกายส่วนบนเพิ่มโอกาสการเกิดภาวะคลอดติดไหล่ กระดูกไหปลาร้าหัก และการบาดเจ็บของแขนงประสาทแขน[32] มารดา ที่เป็นเบาหวานมักพบร่วมกับทารกที่ตัวโต และบางครั้งจำเป็นต้องใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด ซึ่งพบเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมกันในการเกิดคลอดติดไหล่ ทั้งนี้ผลการศึกษายังพบว่าการช่วยคลอด

ด้วยสูติศาสตร์หัตถการ มีความเสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่เป็น 13.25 เท่า (95% CI 5.21 – 32.66) เมื่อเทียบกับผู้คลอดที่ไม่ได้ช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอังกฤษที่พบว่าการคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศเพิ่มความเสี่ยงการคลอดติดไหล่ 2.94 เท่า (OR 2.94,95%CI 1.938–4.469) เมื่อเทียบกับมารดาที่คลอดปกติ[20-21] อย่างไรก็ตาม การช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการไม่ใช่สาเหตุโดยตรงของการคลอดติดไหล่ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากกลไกการคลอดที่ผิดปกติ มักเกิดร่วมกับทารกตัวโตหรือช่องทางคลอดผิดปกติหรือไม่ได้สัดส่วน[33] ทำให้ไม่สามารถคลอดออกมาได้ จึงจำเป็นต้องใช้หัตถการสูติศาสตร์เข้ามาช่วยคลอด ดังนั้นจึงพบว่าการช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการสัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่

จากปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวมาข้างต้นมักเกิดร่วมกับทารกตัวโต ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าทารกแรกเกิดกลุ่มที่มีน้ำหนัก 3,600 - 3,799 กรัม และกลุ่มที่มีน้ำหนัก 3,800 -3,999 กรัมมีความเสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่เพิ่มเป็น 6.13 เท่า (95% CI 2.91 - 12.93) และ 20.66 เท่า (95% CI 6.16 - 69.27) เมื่อเทียบกับทารกแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 3,600 กรัม ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า กลุ่มทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 4,000 กรัม มีความเสี่ยงต่อการเกิดคลอดติดไหล่[28] ขณะเดียวกันในการศึกษาครั้งนี้ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนัก 4,000 – 4,199 กรัม และมากกว่าหรือเท่ากับ 4,200 กรัมขึ้นไป เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่เป็น 56.28 เท่า (95% CI 6.89 - 459.15) และ 49.33 เท่า (95% CI 6.19 - 392.79) ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Cheng, et al[3] ที่พบว่าความเสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามน้ำหนักของทารกแรกเกิดที่เพิ่มขึ้น โดยความเสี่ยงของทารกแรกเกิดน้ำหนัก 4,000-4,199 กรัมต่อการคลอดติดไหล่เท่ากับ 22.40 เท่า (95% CI 13.40 - 37.42) และเพิ่มเป็น 76.10 เท่า (95% CI 46.90 - 123.46) ในกลุ่มทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตั้งแต่ 4,200 กรัมขึ้นไป เมื่อเทียบกับทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 4,000 กรัม ทารกตัวโตเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดการคลอดติดไหล่ ทารกน้ำหนักยิ่งมากยิ่งมีโอกาสเกิดการคลอดติดไหล่มากขึ้นเนื่องด้วยทารกตัวโตมีการเพิ่มขึ้นของความหนาของชั้นไขมันบริเวณร่างกายส่วนบน และอัตราส่วนของเส้นรอบวงศีรษะต่อเส้นรอบท้องทารกเล็กการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้ทารกมีรูปร่างอ้วน และมีเส้นผ่าศูนย์กลางของไหล่ที่กว้างกว่าทารก จะมีการคลอดติดไหล่[3] อย่างไรก็ตาม มีแนวโน้มว่าการคลอดติดไหล่ไม่ได้เกิดเฉพาะในทารกที่น้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัมเท่านั้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสูงของมารดาและช่องเชิงกรานของมารดา แม้ทารกตัวไม่โตมาก แต่เชิงกรานแคบก็มีปัญหาผิดสัดส่วนได้

ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ในการศึกษาครั้งนี้พบความสัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่อย่างไม่มีนัยสำคัญ ได้แก่ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์พบว่ามีความสัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.747) ทั้งนี้อาจเนื่องจากน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ไม่ใช่ปัจจัยอิสระที่ทำให้เกิดการคลอดติดไหล่ยังมีปัจจัยอื่นร่วม เช่น เบาหวาน ทารกตัวโต โดยปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดการคลอดติดไหล่คือทารกตัวโต[24] และหากมารดาไม่มีภาวะเบาหวาน พบว่าไม่กระทบต่อการคลอดติดไหล่ ขณะที่ความสูงของผู้คลอดในกลุ่มที่น้อยกว่า 150 เซนติเมตรมีความสัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .89) ทั้งนี้ อาจเกิดจากมารดาที่มีส่วนสูงน้อยมักมีความสัมพันธ์กับขนาดของเชิงกรานที่แคบทำให้เกิดภาวะศีรษะทารกและเชิงกรานไม่ได้สัดส่วนกัน[34] จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง รวมทั้งมารดาที่ตัวเตี้ยทารกอาจจะตัวเล็กได้สัดส่วนจึงทำให้ไม่เกิดการคลอดติดไหล่

อายุที่มากกว่า 35 ปี มีความสัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .622) ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากหากเป็นการตั้งครรภ์แรกมีโอกาสที่จะคลอดด้วยการผ่าตัดคลอดได้สูง หรือถ้าหากตั้งครรภ์เมื่ออายุมากแต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน ภาวะอ้วน หรือเป็นตั้งครรภ์หลังทำให้

การคลอดง่ายและไม่เกิดการคลอดติดไหล่ จึงกล่าวได้ว่ามารดาที่อายุมากไม่ใช่ปัจจัยอิสระหรือปัจจัยเดี่ยวที่ทำให้เกิดการคลอดติดไหล่ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ทารกเพศชายไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดคลอดติดไหล่นั้น ทั้งนี้ อาจเนื่องในการวางแผนการคลอดนั้นไม่ได้ประเมินที่เพศของทารกเป็นหลัก แต่ต้องประเมินหลายอย่างประกอบกัน เช่น น้ำหนักของทารก ลักษณะกายภาพของมารดา เป็นต้น ส่วนประวัติคลอดติดไหล่มีความสัมพันธ์กับการคลอดติดไหล่อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .667) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากในทางปฏิบัติหากซักประวัติผู้คลอดแล้วพบว่ามารดาเคยมีประวัติการคลอดติดไหล่ แพทย์อาจจะตัดสินใจให้ผู้คลอด คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเพื่อป้องกันความเสี่ยงการเกิดติดไหล่ซ้ำและผลกระทบที่อาจเกิดกับมารดาและทารก ถึงแม้ว่าการศึกษาครั้งนี้การคลอดระยะที่ 1 ของการคลอดผิดปกติ และระยะที่ 2 ของการคลอดที่ยาวนานมีความสัมพันธ์ต่อการคลอดติดไหล่ แต่พบอุบัติการณ์น้อย อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลเฉพาะผู้คลอดที่คลอดทางช่องคลอดในผู้ที่มีระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 ของการคลอดผิดปกติ แพทย์อาจจะพิจารณาให้คลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องแทน การคลอดปกติ และหากตรวจพบว่าอุ้งเชิงกรานแคบผิดปกติผู้คลอดจะได้รับการคลอดด้วยการผ่าตัดคลอดทุกราย จึงทำให้พบปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่น้อย

กล่าวโดยสรุปคือ การศึกษาครั้งนี้พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดคลอดติดไหล่ 4 ปัจจัย ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อเนื่องกัน ได้แก่ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ การเป็นเบาหวาน การช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการ และทารกตัวโต ซึ่งปัจจัยดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์และการเป็นเบาหวานเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันหรือแก้ไขโดยการส่งเสริมให้หญิงวัยเจริญพันธ์มีการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อลดโอกาสในการเกิดทารกตัวโตและการช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการที่ทำให้เสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่

ข้อเสนอแนะ

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ในกลุ่มอ้วน ผู้คลอดที่เป็นเบาหวานและทารกตัวโต ควรส่งเสริมและให้ความรู้แก่ผู้ที่วางแผนตั้งครรภ์หรือหญิงตั้งครรภ์ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมน้ำหนักและการรับประทานอาหารที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการคลอดติดไหล่

2. จัดระบบคลินิกหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานโดยมีผู้จัดการรายกรณีคอยติดตามอย่างใกล้ชิดและดูแลร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพ

3. พยาบาลต้องให้ความสำคัญกับการคัดกรองและประเมินขนาดและน้ำหนักของทารกเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด และมีการส่งต่อผู้คลอดให้พบสูติแพทย์เพื่อการทำอัลตราซาวด์ในการคาดคะเนน้ำหนักทารกที่แม่นยำมากขึ้น เพื่อวางแผนคลอดและลดภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด รวมทั้ง ลดโอกาสในการคลอดยากและการทำสูติศาสตร์หัตถการที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่

ด้านการวิจัย

ควรมีการนำปัจจัยเสี่ยงที่พบจากการศึกษามาพัฒนาเป็นแบบคัดกรองการคลอดติดไหล่และศึกษาถึงประสิทธิผลของแบบคัดกรองที่มีการพัฒนาขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. American College of Obstetricians and Gynecologists.Replaces Practice Bulletin Number 40, November 2002: Shoulder Dystocia. Obstetrics & Gynecology 2017;129:e124-32.
2. Hansen A, Chauhan SP. Shoulder dystocia: Definitions and incidence. Semin Perinatol 2014;38:184–8.
3. Cheng YKY, Lao TT, Sahota DS, Leung VKT, Leung TY. Use of birth weight threshold for macrosomia to identify fetuses at risk of shoulder dystocia among Chinese populations. Int J Gynecol Obstet 2013;120:249–53.
4. โรงพยาบาลขอนแก่น. รายงานสถิติประจำปีห้องคลอดของโรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น; 2562.
5. Dajani NK, Magann EF. Complications of shoulder dystocia. Semin Perinatol 2014;38:201-4.
6. Beck CT. The Obstetric Nightmare of Shoulder Dystocia: A Tale from Two Perspectives. MCN Am J Matern Nurs 2013;38:34–40.
7. Weissmann-Brenner A, Simchen MJ, Zilberberg E, Kalter A, Weisz B, Achiron R, et al. Maternal and neonatal outcomes of large for gestational age pregnancies: Outcomes of large for gestational age pregnancies. Acta Obstet Gynecol Scand 2012;91:844–9.
8. Volpe KA, Snowden JM, Cheng YW, Caughey AB. Risk factors for brachial plexus injury in a large cohort with shoulder dystocia. Arch Gynecol Obstet 2016;294:925–9.
9. Karahanoglu E, Kasapoglu T, Ozdemirci S, Fadıloglu E, Akyol A, Demirdag E, et al. Risk factors for clavicle fracture concurrent with brachial plexus injury. Arch Gynecol Obstet 2016;293:783–7.
10. Leung T, Stuart O, Sahota D, Suen S, Lau T, Lao T. Head-to-body delivery interval and risk of fetal acidosis and hypoxic ischaemic encephalopathy in shoulder dystocia: a retrospective review: Head-to-body delivery interval in shoulder dystocia. BJOG Int J Obstet Gynaecol 2011;118:474–9
11. Zhang C, Wu Y, Li S, Zhang D. Maternal prepregnancy obesity and the risk of shoulder dystocia: a meta-analysis. BJOG Int J Obstet Gynaecol 2018;125:407–13.
12. Gherman RB, Chauhan S, Ouzounian JG, Lerner H, Gonik B, Goodwin TM. Shoulder dystocia: The unpreventable obstetric emergency with empiric management guidelines. Am J Obstet Gynecol 2006;195:657–72.
13. Kleitman V, Feldman R, Walfisch A, Toledano R, Sheiner E. Recurrent shoulder dystocia: is it predictable? Arch Gynecol Obstet 2016;294:1161–6.
14. Youssefzadeh AC, Tavakoli A, Panchal VR, Mandelbaum RS, Ouzounian JG, & Matsuo K. Incidence trends of shoulder dystocia and associated risk factors: A nationwide analysis in the United States. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2023;162:578–89.
15. Mehta SH, Sokol RJ. Shoulder dystocia: Risk factors, predictability, and preventability. Semin Perinatol 2014;38:189–93.

16. Kominiarek MA, Saade G, Mele L, Bailit J, Reddy UM, Wapner RJ, et al. Association Between Gestational Weight Gain and Perinatal Outcomes. Obstet Gynecol 2018;132:875–81.
17. Feig DS, Hwee J, Shah BR, Booth GL, Bierman AS, Lipscombe LL. Trends in Incidence of Diabetes in Pregnancy and Serious Perinatal Outcomes: A Large, Population-Based Study in Ontario, Canada, 1996–2010. Diabetes Care 2014;37:1590–6.
18. Henry DE, Cheng YW, Shaffer BL, Kamala AJ, Bianco K, & Caughey AB. Perinatal Outcomes in the Setting of Active Phase Arrest of Labor. Obstetric Anesthesia Digest 2009;29:187.
19. Harper LM, Caughey AB, Roehl KA, Odibo AO, Cahill AG. Defining an abnormal first stage of labor based on maternal and neonatal outcomes. Am J Obstet Gynecol 2014;210:536.e1-536.e7.
20. Revicky V, Mukhopadhyay S, Morris EP, Nieto JJ. Can we predict shoulder dystocia?. Arch Gynecol Obstet 2012;285:291–5.
21. Overland EA, Vatten LJ, Eskild A. Risk of shoulder dystocia: associations with parity and offspring birthweight. A population study of 1 914 544 deliveries. Acta Obstet Gynecol Scand 2012;90:483-8. doi: https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01354.x
22. Santos P, Hefele JG, Ritter G, Darden J, Firneno C, Hendrich A. Population-Based Risk Factors for Shoulder Dystocia. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2018;47:32–42.
23. Robinson H, Tkatch S, Mayes DC, Bott N, Okun N. Is maternal obesity a predictor of shoulder dystocia?. Obstet Gynecol 2003;101:24-7. PMID: 12517641.
24. Overland E, Vatten L, Eskild A. Pregnancy week at delivery and the risk of shoulder dystocia: a population study of 2 014 956 deliveries. BJOG Int J Obstet Gynaecol 2014;121:34–42.
25. Tsur A, Sergienko R, Wiznitzer A, Zlotnik A, Sheiner E. Critical analysis of risk factors for shoulder dystocia. Arch Gynecol Obstet 2012;285:1225–9
26. Yeo GS, Lim YW, Yeong CT, Tan TC. An analysis of risk factors for the prediction of shoulder dystocia in 16,471 consecutive births. Ann Acad Med Singapore 1995;24:836–40.
27. Patumanond J, Tawichasri C, Khunpradit S. Infant male sex as a risk factor for shoulder dystocia but not for cephalopelvic disproportion: an independent or confounded effect?. Gend Med 2010;7:55-63. doi. 10.1016/j.genm.2010.01.001. PMID: 20189155.
28. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2558.
29. Gilmore LA, Redman LM. Weight gain in pregnancy and application of the 2009 IOM guidelines: Toward a uniform approach. Obesity 2015;23:507–11.
30. Cosson E, Cussac-Pillegand C, Benbara A, Pharisien I, Nguyen MT, Chiheb S, et al. Pregnancy adverse outcomes related to pregravid body mass index and gestational weight gain, according to the presence or not of gestational diabetes mellitus: A retrospective observational study. Diabetes Metab 2016;42:38–46.

31. Plows JF, Stanley JL, Baker PN, Reynolds CM, Vickers MH. The Pathophysiology of Gestational Diabetes Mellitus. Int J Mol Sci 2018;19:3342.
32. Macrosomia: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 216. Obstet Gynecol. 2020;135:246-248. doi: 10.1097/AOG.0000000000003607. PMID: 31856119.
33. Youssef AEA, Amin AF, Khalaf M, Khalaf MS, Ali MK, Abbas AM. Fetal biacromial diameter as a new ultrasound measure for prediction of macrosomia in term pregnancy: aprospective observational study. J Matern Fetal Neonatal Med 2019;32:2674–9.
34. รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ. บท 7 องค์ประกอบ กลไก และการคลอดปกติ [อินเตอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 20 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://online.pubhtml5.com/gezu/ssdn/#p=1

ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียด สำหรับผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น

ลัดดาวัณย์ คุณวุฒิ ค.ม.[1], วีนัสริน ก้อนศิลา พย.ม.[1]
ชิษณุพร สิงห์แจ่ม พย.บ.[2], สุพัตรา สุขาวห ปร.ด.[1*]

บทคัดย่อ

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบมากที่สุดทางจิตเวชเด็ก เมื่อเป็นโรคนี้ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของเด็กแต่ยังส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยเฉพาะบิดามารดา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ต่อการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง การลดความเครียดของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างคือผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นรับบริการที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น 9 กิจกรรม เข้าร่วมโปรแกรม 3 ครั้ง ห่างกันทุก 1 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับบริการตามปกติของโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น แบบประเมินความเครียดสวนปรุงกรมสุขภาพจิตและแบบประเมินพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครอง ประเมินก่อน - หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และ 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Repeated Measures ANOVA ผลการวิจัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยผลการปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนร่วมโปรแกรม และคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ปกครองลดลงมากกว่าก่อนร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p = .042$ ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยแบบประเมินพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครองพบว่าลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($p = .878$) สรุปโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ช่วยเพิ่มการปฏิบัติที่เหมาะสมของผู้ปกครองต่อเด็กสมาธิสั้น และช่วยลดความเครียดของผู้ปกครองในการดูแลเด็กได้

คำสำคัญ: ผู้ปกครอง เด็กสมาธิสั้น การปรับพฤติกรรม การจัดการกับความเครียด

---

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี
[2]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขุนหาญ จ.ศรีสะเกษ
*Corresponding author e-mail: s_sukawa@yahoo.com
วันที่รับ (received) 21 พ.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 18 พ.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 25 พ.ค. 2566

Effectiveness of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Parent for Behavior Modification and Stress Management Program

Laddawan kunavuti M.Ed.[1], Wenusrin Konsila M.M.S[1], Chitsanuporn Singjam N.S.[2], Supattra Sukhawaha Ph.D.[1*]

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is the most common mental health disorder in childhood and adolescence. ADHD not only impair children's functioning but also has a great impact on the functioning of their families, especially their parents. This was a quasi-experimental study aimed to investigate the effectiveness of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) parent training for behavior modification and stress management program on parent practice, parent stress, and behavior of ADHD children. The experimental group comprised of 30 parents of children who participated in the ADHD training for behavior modification and stress management program every week three times. The control group comprised 30 parents who attended treatment as usual in the outpatient department. The instruments consisted of 1) personal identification form 2) practice parent test 3) stress test 4) Thai version of the IOWA Conners Rating Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and Repeated Measures ANOVA. Results of evaluating the effectiveness of the program showed that immediately and 1 month after program intervention The Parenting Practice Test scores were significantly higher and The Stress Test scores were significantly lowered than those before ($p < .001$) and then those in the control group ($p < .001$ and $p = .042$) respectively. The modified IOWA Conners scores were significantly lowered than those before ($p < .001$) but no statistically significant between the experimental and control group ($p = .878$) The results indicated the effectiveness of implementing the ADHD parent training for behavior modification and stress management program.

Keywords: parent, ADHD, behavior modification, stress management

[1]Registered Nurse, Professional Level, Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital, Ubonratchathani province
[2]Registered Nurse, Professional Level, Khunhan hospital, Sisaket province
*Corresponding author e-mail: s_sukawa@yahoo.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้น (Attention deficit hyperactivity disorder, ADHD) เป็นโรคที่พบมากที่สุดทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น อาการหลักจากการวินิจฉัยตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV) ที่สำคัญคือ อาการขาดสมาธิ (Inattention) อาการซน อยู่ไม่นิ่ง (Hyperactivity) และหุนหันพลันแล่น (Impulsiveness)[1] ความชุกของโรคสมาธิสั้น จากการศึกษาระบาดวิทยา ของ WHO ใน 20 ประเทศทั่วโลกครอบคลุมทุกทวีป พบว่าความชุกในเด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี อยู่ระหว่างร้อยละ 0.1- 8.1 โดยเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 2.2[2] ในประเทศไทยพบความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 8.1 เป็นเพศชาย ร้อยละ 12 และหญิงร้อยละ 4.2 ด้วยอัตราส่วน 3:1[3] ผลกระทบของการเป็นโรคสมาธิสั้นไม่เพียงมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของเด็กแต่ยังรวมถึงผลกระทบต่อผู้ปกครองและครอบครัวด้วย โดยผลกระทบทางลบต่อการใช้ชีวิตของเด็กมีตั้งแต่ระยะก่อนไปโรงเรียนที่จะอยู่ไม่นิ่ง มีกิจกรรมมาก ไวต่อการถูกกระตุ้น ไม่มีสมาธิที่จะเล่น หรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้เสร็จ มักมีพัฒนาการที่ล่าช้า พัฒนาการทางสังคมที่ไม่ค่อยดี ระยะไปโรงเรียน วุฒิภาวะและทักษะด้านต่าง ๆ จะมีความแตกต่างจากเพื่อนในห้องเรียน การเรียนรู้มักเป็นไปด้วยความลำบาก หากครูไม่เข้าใจและเรียนรู้ วิธีการจัดการเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสม เด็กมักจะล้มเหลวในการเรียน ถูกปฏิเสธจากเพื่อนร่วมชั้นและรู้สึกไร้ค่า ส่งผลให้มักเกิดโรคร่วมขึ้น เช่น โรคความบกพร่องในการเรียนรู้ โรคซึมเศร้า โรคดื้อต่อต้าน โรคเกเร วิตกกังวล ปัญหาการใช้สารเสพติด และ Tic disorder ซึ่งอาจทำให้ผลการวินิจฉัยและการดูแลรักษาโรคสมาธิสั้นมีความยุ่งยากมากขึ้น[4] ส่วนผลกระทบต่อครอบครัวพบว่าการมีลูกเป็นโรคสมาธิสั้นส่งผลมากต่อการทำหน้าที่ในครอบครัว ทั้งสัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่ กับลูก และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส จากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของลูก การที่ครอบครัวมีลูกเป็นโรคสมาธิสั้น ทำให้ครอบครัวรู้สึกผิดหวังและยากที่จะรับความบกพร่องของลูก จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาหนึ่งในการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงความคาดหวังในอนาคตที่มีต่อลูก[5] และการที่ลูกมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดูแลก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบครอบครัว โดยเฉพาะพฤติกรรมดื้อต่อต้านไม่ให้ความร่วมมือ ซึ่งต้องเพิ่มระยะเวลาในการดูแลของผู้ปกครอง ลดความสามารถของผู้ปกครองในการดูแล ซึ่งนำมาซึ่งความเครียดอย่างสูง[6]

ผู้ปกครองที่ดูแลโดยเฉพาะมารดามักรู้สึกท้อแท้ คิดว่าเด็กสมาธิสั้นเป็นภาระ มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า เครียดเรื้อรัง อาจใช้การแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่น ละเลยที่จะดูแลเด็ก ไม่นำเด็กไปรักษาต่อเนื่อง ดุด่า ตีเด็ก หรือดื่มสุราเมื่อไม่สามารถจัดการปัญหาได้ ทำให้ร่างกายทรุดโทรม อ่อนเพลีย และเหนื่อยล้ามากกว่ามารดาเด็กทั่วไปที่ไม่ได้เป็นสมาธิสั้น[7]การศึกษาครอบครัวของเด็กที่มีสมาธิสั้น 36 คู่ พบว่ามีความเครียดร้อยละ 89 มีความไม่สบายใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเด็ก ร้อยละ 64 และมีปัญหาเรื่องการทะเลาะกับคู่สมรส ร้อยละ 50[8] คู่สมรสที่ลูกสมาธิสั้นมีแนวโน้มสูงในการหย่าร้างกัน[9] จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมของลูกมีผลกระทบโดยตรงต่อความเครียดและความสามารถในการดูแลของพ่อแม่ผู้ปกครอง พ่อแม่ที่ลูกมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาน้อย มีอาการสมาธิสั้นไม่รุนแรง พบว่าจะมีความเครียดน้อยและมีความสามารถในการดูแลได้ดีกว่า พ่อแม่ที่ลูกมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามาก มีอาการสมาธิสั้นรุนแรง[6] ซึ่งการที่จะทำให้ความเครียดลดลง ผู้ปกครองจำเป็นต้องเรียนรู้วิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม โดยมีการศึกษาแบบวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) พบว่า วิธีการฝึกจัดการกับความเครียดให้ผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ช่วยทำให้ความเครียดของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นลดลงและมีผลต่อการดูแลเด็กที่ดีขึ้น[10] ดังนั้น การช่วยให้ผู้ปกครองมีวิธีจัดการกับความเครียดที่ต้องดูแลลูกสมาธิสั้นไปพร้อมกับการช่วยให้พ่อแม่ผู้ปกครองได้มีความรู้ความเข้าใจและทักษะที่เหมาะสมในการดูแลเด็กสมาธิสั้น จึงเป็นสิ่งจำเป็น

มีการวิจัย Meta-analysis พบว่าโปรแกรมการฝึกผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นที่บ้านเป็นวิธีการที่ช่วยส่งเสริมให้เด็กสมาธิสั้น สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างประสบความสำเร็จราบรื่นทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน โปรแกรมการฝึกที่มีรูปแบบช่วยฝึกเด็กที่บ้าน เช่น การช่วยลูกสมาธิสั้นทำการบ้าน การสื่อสารกันระหว่างพ่อแม่ผู้ปกครองกับครู เป็นการช่วยให้เกิดการร่วมมือที่ดีต่อกันระหว่างบ้านกับโรงเรียน ลดปัญหาที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมเด็กทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน[8] การศึกษาเชิงทดลองระดับชาติในประเทศสวีเดนที่ทดลองให้มีโปรแกรมการฝึกพ่อแม่เด็กสมาธิสั้นอายุ 3-12 ปี จำนวน 908 คน พบว่าเด็กสมาธิสั้นที่ผู้ปกครองได้รับการอบรมตามโปรแกรมมีอาการของสมาธิสั้นลดลง ช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ลดความเครียดและอาการซึมเศร้าของพ่อแม่ผู้ปกครองได้[11] เช่นเดียวกับโปรแกรมการฝึกพฤติกรรมของพ่อแม่ต่อเด็กสมาธิสั้นจำนวน 241 คน ในสหรัฐอเมริกา พบว่าพ่อแม่ประเมินว่าลูกมีพฤติกรรมที่เคยเป็นปัญหาไปในทางที่ดีขึ้น สัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่และลูกดีขึ้น เกิดผลดีต่อพฤติกรรมของเด็กในครอบครัว[12] การศึกษาในประเทศไทย พบว่ามีโปรแกรมการฝึกอบรมพ่อแม่ผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็ก พัฒนาโดย ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ[13] ซึ่งเป็นโปรแกรมประกอบด้วยแผนการสอน 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้งรวม 3 สัปดาห์ติดต่อกัน เนื้อหาประกอบด้วยการเรียนรู้โลกของเด็กสมาธิสั้น ปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมเด็ก เทคนิคการสื่อสาร การชื่นชม การให้รางวัล และการลงโทษลูก ผลพบว่าสามารถช่วยให้พ่อแม่ผู้ปกครองมีแนวทางในการปรับพฤติกรรมเด็ก มีการปฏิบัติเพื่อดูแลเด็กได้ดีขึ้น มีผู้นำโปรแกรมนี้ไปใช้ฝึกผู้ดูแลในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้นดีขึ้นและความสามารถในการปฏิบัติของผู้ดูแลต่อเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.01[14] นอกจากนี้ยังมีการนำไปใช้ฝึกผู้ปกครองและติดตามผลด้านพฤติกรรมดื้อต่อต้านของเด็กสมาธิสั้น พบว่าพฤติกรรมดื้อ ต่อต้านลดลงหลังผู้ปกครองได้รับการฝึกและติดตามต่อเนื่องไปถึง 6 เดือน อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น มุ่งเน้นเรื่องของการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการฝึกปฏิบัติผู้ปกครองเพื่อดูแลลูกเป็นหลัก ยังไม่มีส่วนเนื้อหาของการจัดการกับความเครียด ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญในการช่วยให้ประสิทธิภาพในการดูแลเด็กสมาธิสั้นดีขึ้น ซึ่งหากมีการเพิ่มเติมเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียดอาจทำให้ผู้ปกครองลดความเครียดลง ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลลูกที่ดีขึ้น และน่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กลดลง

นอกจากนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชแม่ข่าย ยังพบว่า การให้บริการคลินิสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบยังขาดรูปแบบในการฝึกผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยพบว่า ในโรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ในเขตสุขภาพที่ 10 มีเด็กโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ ร้อยละ 31.34 หรือ 230 คน (ข้อมูลวันที่ 31 กรกฎาคม 2563) จากการติดตามนิเทศการดำเนินงานของกลุ่มงานสุขภาพจิตชุมชนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบอุปสรรคในการดำเนินงานที่สำคัญคือ เมื่อเด็กสมาธิสั้นเข้าถึงบริการมากขึ้น กลับมีผลทำให้ผู้ปกครองมีทัศนคติด้านลบ ไม่ยอมรับการรักษา รู้สึกอับอายที่มีลูกเป็นสมาธิสั้น ไม่ทราบวิธีการดูแลจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้น จึงมีผลให้เด็กสมาธิสั้นขาดการรักษาต่อเนื่อง ส่งผลต่อพฤติกรรมทางลบของเด็ก เกิดปัญหาในครอบครัวด้านสัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่และเด็กในครอบครัว พ่อแม่มีความเครียด ขัดแย้ง ทะเลาะวิวาท ตำหนิเด็กสมาธิสั้นมากขึ้น ว่าเป็นสาเหตุให้พ่อแม่เกิดปัญหา นำมาซึ่งความเครียดทั้งของผู้ปกครองและเด็กมากขึ้น กระทบถึงการเรียนในโรงเรียนของเด็กด้วย นอกจากนี้ ในการพยาบาลระบบปกติของโรงพยาบาลชุมชนเป็นการให้การรักษาด้วยยาและการให้ความรู้เบื้องต้นในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงเวลาที่มีจำกัด ยังไม่มีรูปแบบในการฝึกผู้ปกครองเพื่อให้มี

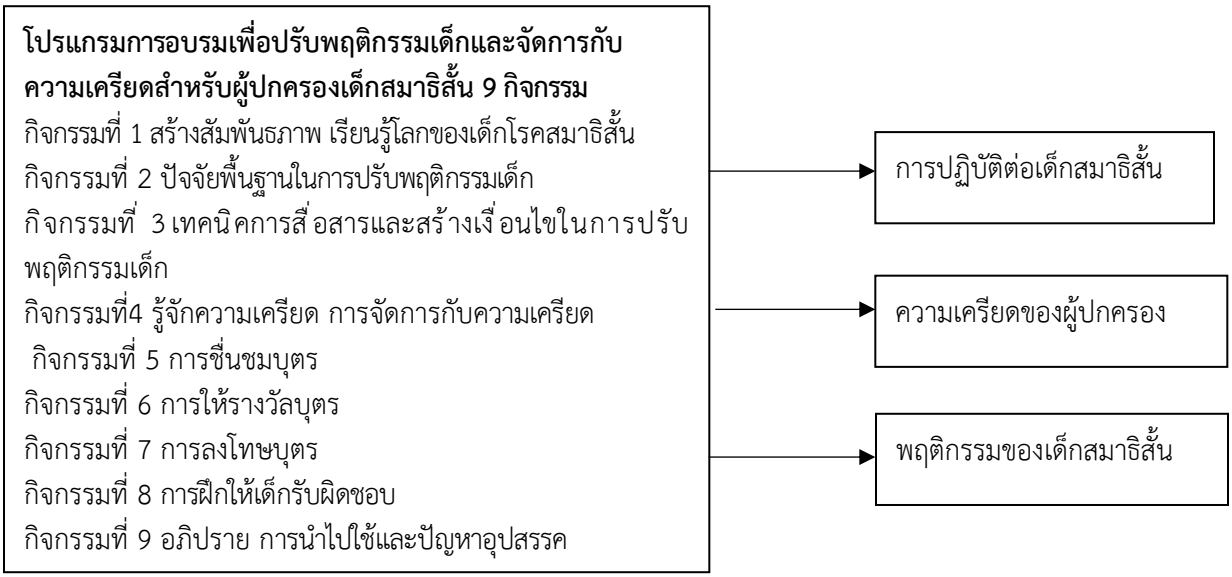
ความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ครอบคลุมและจัดการกับความเครียดได้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น เพื่อส่งเสริมทักษะที่ถูกต้องของผู้ปกครองในการจัดการต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้น และมีวิธีการจัดการกับความเครียดของผู้ปกครองด้วยตัวเอง ซึ่งจะเป็นต้นแบบของการฝึกผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นสำหรับใช้ในโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 10 ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นต่อการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง ความเครียดของผู้ปกครอง และพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็ก[13] ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยแผนการสอน 7 ครั้งใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้งรวม 3 สัปดาห์ เนื้อหาประกอบด้วยการเรียนรู้โลกของเด็กสมาธิสั้น ปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมเด็ก เทคนิคการสื่อสารการชื่นชม การให้รางวัล การลงโทษเด็ก การฝึกให้เดกรับผิดชอบ ร่วมกับแนวคิดเรื่องจัดการกับความเครียดของกรมสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วยการทำความเข้าใจความเครียดและการจัดการกับความเครียดด้วยการฝึกผ่อนคลายความเครียดในรูปแบบต่างๆ[15]



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และ 1 เดือนหลังสิ้นสุดการทดลอง (Quasi-experimental research two group time series design) กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น กลุ่มควบคุม ได้รับบริการตามปกติของโรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คนไทยเพศชายและหญิงที่เป็นพ่อ หรือแม่ หรือผู้ปกครองที่ดูแลเด็กอายุ 3-15 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นและมารับบริการที่คลีนิคสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพ่อ หรือแม่ หรือผู้ปกครองที่ดูแลเด็กอายุ 3 - 15 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้นและมารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ใน 1 ปี ตั้งแต่ เดือนมกราคม 2562 - เดือนกรกฎาคม 2563

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจาก โปรแกรม G power โดยใช้ผลการวิจัยจากการศึกษาของภาวิตา จงสุขศิริ และคณะ[16] ซึ่งนำโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองไปใช้และประเมินผลด้วยค่าเฉลี่ยแบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง (IOWA Conners Rating scale) ฉบับภาษาไทย[16] ด้วยสูตร Cohen' s effect size ค่า effect size ที่ระดับ 0.8 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (z=1.96 : 2 side test) และอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 (Z=0.842) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 26 รายต่อกลุ่ม รวมทั้งหมด 52 ราย เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เพื่อชดเชยการขาดหายของกลุ่มตัวอย่างจากการถอนตัวหรือมาเข้าร่วมกลุ่มโปรแกรมไม่ครบ เป็นกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

เกณฑ์การเข้าร่วมการวิจัย (Eligibility criteria) มีดังนี้ 1) เป็นคนไทย ทั้งเพศชายและหญิง 2) เป็นพ่อ หรือ แม่ หรือผู้ปกครองที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันและทำหน้าที่เป็นหลักในการดูแลเด็ก อายุ 3-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมาธิสั้นและมีคะแนนจากการประเมินด้วยเครื่องมือคัดกรองสมาธิสั้น SNAP 4 เป็นบวก ซึ่งมี 3 ด้าน แต่ละด้านมีคะแนน 16-14-12 คะแนนขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารพูด เขียน ภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1) มีอาการของโรคจิต หรือ ซึมเศร้าในระยะรุนแรง หรือติดสุรา/ สารเสพติดที่แสดงอาการออกอย่างชัดเจนและหรือมีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคจิตหรือซึมเศร้า หรือติดสุรา/สารเสพติด 2) มีความบกพร่องด้านการได้ยิน หรือการมองเห็น หรือมีความพิการ มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว 3) เด็กสมาธิสั้นในความดูแลได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะปัญญาอ่อนร่วมด้วย 4) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบกระบวนการ

เกณฑ์การสิ้นสุดการวิจัย (Termination criteria) เมื่อผู้ปกครองขอถอนตัวออกจากการวิจัย โดยแจ้งต่อผู้วิจัย หรือขาดการเข้าร่วมโปรแกรมเกิน 2 ครั้ง หรือมีอาการตาม Exclusion criteria ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ COA No.008/2563 วันที่รับรอง 25 พฤศจิกายน 2563 อาสาสมัครทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการชี้แจงประโยชน์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ มีการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร สามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการของโรงพยาบาล รวมทั้งมีการรักษาความลับของข้อมูลในการวิจัย เข้าถึงข้อมูลได้เฉพาะผู้วิจัยและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม หลังสิ้นสุดการวิจัยอาสาสมัครที่เป็นกลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น เท่าเทียมกับอาสาสมัครในกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) เครื่องมือในการคัดเข้า 2) เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลและประเมินผลลัพธ์การบำบัด และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

1. เครื่องมือในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ แบบคัดกรองสมาธิสั้น Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) ฉบับภาษาไทย[17] ใช้สำหรับประเมินเด็กโรคสมาธิสั้นเพื่อยืนยันอาการสมาธิสั้นร่วมกับการวินิจฉัยของแพทย์ เครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อที่ประเมินโดยผู้ปกครอง จำแนกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ด้านขาดสมาธิ จุดตัด 16 คะแนน ด้านซน อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น จุดตัด 14 คะแนนและด้านดื้อ/ต่อต้าน จุดตัด 12 คะแนน มีค่าความเที่ยง Cronbach's alpha = 0.93 – 0.96 ค่า AUC : SNAP – IV = 0.71 – 0.81 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพ่อหรือแม่หรือผู้ปกครองของเด็กที่มีคะแนนประเมินในด้านขาดสมาธิ >16 คะแนน ด้านซนอยู่ไม่นิ่ง >14 คะแนน และด้านดื้อ/ต่อต้าน >12 คะแนน จะได้รับการคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 เครื่องมือ ได้แก่

2.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้บันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ระยะเวลาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่บ้านในแต่ละวัน อายุเพศและระดับการศึกษาของเด็กสมาธิสั้นในการดูแล

2.2) แบบประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (Practice parent test) ฉบับภาษาไทย[13] ใช้สำหรับวัดการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นของผู้ปกครอง เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้ตามความคิด ความรู้สึกของตนในแต่ละข้อได้ 3 ระดับ คือ ไม่เคย บางครั้ง บ่อยครั้ง หากตอบไม่เคย = 1 คะแนน ตอบบางครั้ง = 2 คะแนน ตอบบ่อยครั้ง = 3 คะแนน คะแนนรวม 20-60 คะแนน แบ่งได้ 3 ระดับ ดังนี้ 20.00 – 33.33 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นในระดับเล็กน้อย 33.34 – 46.67 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นในระดับปานกลาง 46.68 – 60.00 คะแนน หมายถึง ผู้ดูแลมีการปฏิบัติต่อเด็กสมาธิสั้นในระดับมากที่สุด มีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha or coefficient alpha) = 0.82

2.3) แบบวัดความเครียดสวนปรุงกรมสุขภาพจิต (SPST-20)[14] ใช้ประเมินความเครียดของผู้ปกครองที่ดูแลเด็กสมาธิสั้น เป็นแบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง พัฒนาโดยโรงพยาบาลสวนปรุงกรมสุขภาพจิต มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น 0.86 ค่าความไว 70.40 ค่าความจำเพาะ 64.60 มีทั้งหมด 20 ข้อคำถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนของแต่ละคำถามมีช่วงคะแนนในแต่ละข้อ 0 - 3 คะแนน ได้แก่ 0 คะแนน หมายถึงไม่เคยเลย 1 คะแนน หมายถึงเป็นบางครั้ง 2 คะแนน หมายถึงเป็นบ่อย 3 คะแนน หมายถึงเป็นประจำ การแปลผล 0 - 5 คะแนน หมายถึง เครียดต่ำกว่าปกติ 6 - 17 คะแนน หมายถึง เครียดปกติ 18 - 25 คะแนนหมายถึง เครียดเล็กน้อย 26 - 29 คะแนนหมายถึง เครียดปานกลาง 30 - 60 คะแนนหมายถึง เครียดสูงกว่าปกติมาก

2.4) แบบประเมินพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง (IOWA Conners Rating scale) ฉบับภาษาไทย[12] ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ที่ผู้ปกครองประเมินด้วยตัวเอง (Self-rating scale) ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบตามความคิด ความรู้สึกของตนเองในแต่ละข้อได้

4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 ตามเกณฑ์ดังนี้ 1 คะแนน คือ ไม่ทำเลย 2 คะแนน คือ ทำเล็กน้อย 3 คะแนน คือ ทำค่อนข้างมาก 4 คะแนน คือ ทำมากที่สุด คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน แบ่งได้ 4 ระดับ ดังนี้ 10.00 - 17.50 คะแนน หมายถึง เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงระดับเล็กน้อย 17.50 - 25.00 คะแนน หมายถึง เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงระดับปานกลาง 25.01 - 32.50 คะแนน หมายถึง เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงระดับมาก 32.50 - 40.00 คะแนน หมายถึง เด็กสมาธิสั้นมีพฤติกรรมรุนแรงระดับมากที่สุด มีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบา (Cronbach's alpha or coefficient alpha) = 0.81[11]

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น เป็นโปรแกรมที่ปรับมาจากโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โดย ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ[13] ซึ่งเป็นการฝึกอบรมผู้ปกครอง จำนวน 7 ครั้งใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้งรวม 3 สัปดาห์ติดต่อกัน เนื้อหาประกอบด้วยการเรียนรู้โลกของเด็กสมาธิสั้น ปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมเด็ก เทคนิคการสื่อสาร การชื่นชม การให้รางวัล และการลงโทษลูก ผู้วิจัยได้นำมาปรับโดยเพิ่มเนื้อหาเรื่องการจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น การอภิปรายปัญหาอุปสรรคและการนำไปใช้ ทั้งนี้เนื้อหาในส่วนอื่นยังคงเดิม

โปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น ประกอบด้วย 9 กิจกรรม แบ่งเป็น 3 ครั้ง ห่างกัน ทุก 1 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลา 3-4 ชั่วโมง รวมเป็น 3 สัปดาห์ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงวัตถุประสงค์ หัวข้อ กิจกรรมและระยะเวลาของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กโรคสมาธิสั้น

ครั้งที่	สัปดาห์ที่/ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	หัวข้อ	กิจกรรม	เครื่องมือ
1	1/4 ชั่วโมง	เพื่อให้ผู้ปกครองได้รู้จักและทำความเข้าใจเด็กสมาธิสั้น ได้ทราบปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการปรับพฤติกรรมเด็ก ทราบวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ได้รู้จักความเครียดของตัวเอง และปฏิบัติตัวเองในการคลายเครียดด้วยตนเองได้	เรียนรู้โลกของเด็กสมาธิสั้น การปรับพฤติกรรมเด็ก การสื่อสาร การจัดการกับความเครียด	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เรียนรู้โลกของเด็กสมาธิสั้นและบทบาทของผู้ปกครองในการดูแล กิจกรรมที่ 2 ปัจจัยพื้นฐานในการปรับพฤติกรรมเด็ก กิจกรรมที่ 3 เทคนิคการสื่อสารและการสร้างเงื่อนไขในการปรับพฤติกรรมเด็ก	คู่มือสำหรับผู้ปกครองในการปรับพฤติกรรมเด็กโรคสมาธิสั้นและการจัดการกับความเครียด

ครั้งที่	สัปดาห์ที่/ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	หัวข้อ	กิจกรรม	เครื่องมือ
				กิจกรรมที่ 4 รู้จักความเครียด การจัดการกับความเครียดจากการเป็นผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น	
2	2/3 ชั่วโมง	เพื่อให้ผู้ปกครองได้ทราบหลักการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น ที่มีผลต่อชม การให้รางวัล และการลงโทษ และฝึกปฏิบัติให้เป็นเพื่อช่วยในการปรับพฤติกรรมเด็ก	การชื่นชม ให้รางวัล และลงโทษเด็กสมาธิสั้นที่เหมาะสม	กิจกรรมที่ 5 การชื่นชมลูก กิจกรรมที่ 6 การให้รางวัลลูก กิจกรรมที่ 7 การลงโทษลูก	
3	3/3 ชั่วโมง	เพื่อให้ผู้ปกครองรู้จักเทคนิควิธีการปรับพฤติกรรมเด็กแบบประยุกต์รวมกันและนำไปใช้ในการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นอย่างต่อเนื่อง	การประยุกต์เทคนิคการปรับพฤติกรรมเด็กและการนำไปใช้	กิจกรรมที่ 8 การให้เด็กรับผิดชอบและประยุกต์ใช้เทคนิคทุกอย่างรวมกัน กิจกรรมที่ 9 อภิปรายสิ่งที่ได้จากการฝึกอบรม การนำไปใช้และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการนำแต่ละเทคนิคไปใช้ และวิธีการแก้ไข	

การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัย จัดทำร่างเนื้อหารายละเอียดของโปรแกรมการอบรมผู้ปกครอง โดยขออนุญาตใช้โปรแกรมการอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็ก ของชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ[13] นำมาประยุกต์และเพิ่มเติมในส่วนหัวข้อการจัดการกับความเครียด แล้วส่งเนื้อหาโปรแกรมให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้นและครอบครัว ประเมินความตรงตามเนื้อหา ประกอบด้วย จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 2 ท่าน จิตแพทย์ทั่วไป 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน และนักจิตวิทยา 1 ท่าน วิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้ค่า = 0.98 และได้ปรับปรุงโปรแกรมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม

ได้รับบริการตามระบบบริการปกติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในคลีนิคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน คัดกรอง การตรวจรักษาด้วยยาและการให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ปกครองโดยพยาบาลประจำคลินิก

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. พัฒนาโครงร่างการวิจัยและขออนุมัติจริยธรรมทางการวิจัยจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

2. ขออนุมัติดำเนินการวิจัยโดยทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

3. เตรียมความพร้อมของผู้วิจัยหลัก จำนวน 4 คน แบ่งเป็นผู้วิจัยที่ทำหน้าที่ในการเป็นผู้ดำเนินการฝึกอบรมตามโปรแกรม จำนวน 1 คน โดยมีคุณสมบัติเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมโปรแกรมเป็นวิทยากรของการฝึกอบรมผู้ปกครองวิธีปรับพฤติกรรมเด็ก ตามหลักสูตร TOT ของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองวิธีปรับพฤติกรรม ผู้วิจัยอีก 1 คน ทำหน้าที่ผู้ช่วยฝึกอบรมตามโปรแกรม โดยมีคุณสมบัติผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ผู้วิจัยอีก 1 คน ทำหน้าที่การประเมินผลการวิจัย มีคุณสมบัติผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือประเมินผลการวิจัยแล้ว และไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่าง กลุ่มใดเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มใดเป็นกลุ่มควบคุม และผู้วิจัยอีก 1 คน ทำหน้าที่ประสานงานคัดกรองค้นหากลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลชี้แจงเพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งการจับสลากแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและดำเนินการนัดหมาย ประสานงานระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มอย่างที่เป็นอาสาสมัคร

4. ผู้วิจัยหลักคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัย ทั้งชี้แจงหากผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้พยาบาลผู้วิจัยที่ทำหน้าที่ประสานงานค้นหากลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (จับสลาก) ตามลำดับของการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มทดลองจะได้รับการนัดหมายให้เข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มควบคุมจะได้รับบริการตามปกติที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการในเดือนมกราคม 2564

5. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับแบบรวบรวมข้อมูลทั่วไป และทำแบบประเมินพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครอง (IOWA Conners Rating scale) ฉบับภาษาไทย แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต และแบบประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

6. กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น กลุ่มควบคุมได้รับบริการตามมาตรฐานปกติของโรงพยาบาลขุนหาญ

7. กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำแบบประเมินพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครอง (IOWA Conners Rating scale) ฉบับภาษาไทย แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิตและแบบประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น หลังสิ้นสุดการอบรมตามโปรแกรม และหลังการอบรมตามโปรแกรม 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ และการทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Chi – square test

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากแบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต โดยประเมินก่อน หลังทดลองทันทีและ 1 เดือนหลังสิ้นสุดการทดลองทันที วิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้สถิติ Repeated measures ANOV

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ปกครองต่อเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากแบบประเมินการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (Practice parent test)

โดยประเมินก่อน หลังทดลองทันทีและ 1 เดือน หลังสิ้นสุดการทดลองทันที วิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Between group) จากแบบประเมินพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครอง (IOWA Conners Rating scale) ฉบับภาษาไทย โดยเปรียบเทียบทั้งก่อน หลังทดลองทันที และ 1 เดือน หลังสิ้นสุดการทดลองทันที วิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA

ผลการวิจัย

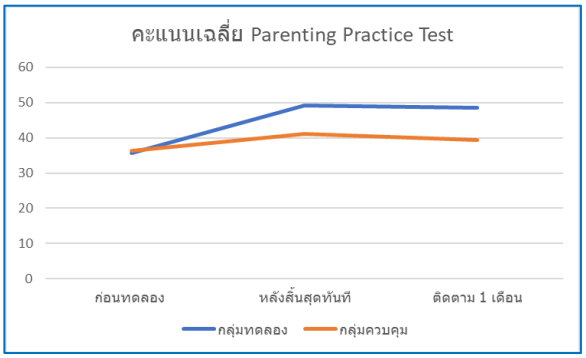
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test : χ^2) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างด้านเพศ อายุ อาชีพ การศึกษา พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ปกครองของเด็กโรคสมาธิสั้น เปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N = 30)		กลุ่มควบคุม (N = 30)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					3.068	0.080
ชาย	11	36.7	5	16.7		
หญิง	19	63.3	25	83.3		
อายุ (ปี)					28.343	0.603
20 – 29	3	10.0	3	10.0		
30 – 39	12	40.0	15	50.0		
40 – 49	8	26.7	8	26.7		
50 – 59	3	10.0	2	6.7		
อายุเฉลี่ย	41		39.20			
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	11.164		11.336			
ระดับการศึกษา					2.998	0.700
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3	10.0	2	6.7		
ประถมศึกษา	9	30.0	14	46.7		
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	30.0	6	20.0		
ปวส.	3	10.0	1	3.3		
ปริญญาตรี	2	6.7	2	6.7		
อาชีพ					9.319	0.111
เกษตรกร	13	43.3	17	56.7		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	10.0	-	-		
ค้าขาย	5	16.7	3	10.0		

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N = 30)		กลุ่มควบคุม (N = 30)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อื่นๆ	9	30.0	10	33.3		
ความสัมพันธ์กับเด็กโรคสมาธิสั้น					6.584	0.361
บิดา	4	13.3	1	3.3		
มารดา	17	56.7	22	73.3		
ญาติ (ปู่/ย่า/ตา/ลุง/ป้า)	9	30	7	23.4		

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยผลการปฏิบัติของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบประเมิน Parenting practice test



ภาพที่ 2 กราฟแสดงผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ปกครองเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

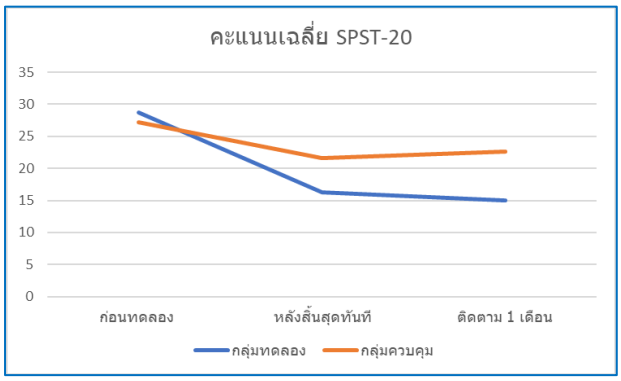
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยผลการปฏิบัติของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ก่อนการทดลองหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Squares	F	P – value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่มทดลอง - กลุ่มควบคุม	1400.022	1	1400.022	31.703	.000*
ความคลาดเคลื่อน	2561.289	58	44.160		
ภายในกลุ่ม	2944.544	2	1472.272	216.755	.000*
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มกับผลการวัดก่อนหลังและติดตามผล	829.544	2	414.772	61.065	.000*
ความคลาดเคลื่อน	787.911	116	6.792	787.911	

*P < .001

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยผลการปฏิบัติของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น เปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตาม 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ามีคะแนนเพิ่มขึ้นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และโปรแกรมกับช่วงเวลาที่วัดผลลัพธ์มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P<0.001$

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบประเมิน SPST-20



ภาพที่ 3 กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

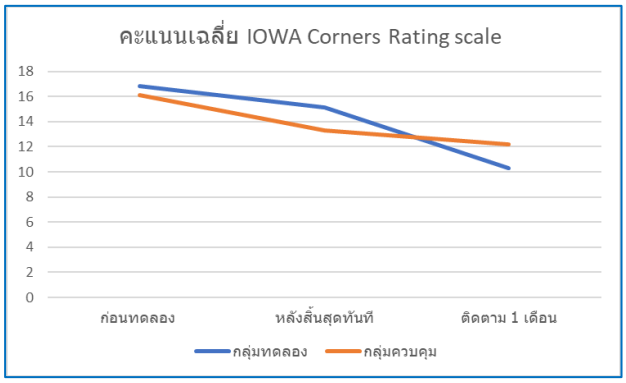
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ก่อนการทดลองหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Squares	F	P – value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่มทดลอง - กลุ่มควบคุม	638.450	1	638.450	4.322	0.42*
ความคลาดเคลื่อน	8568.544	58	147.734		
ภายในกลุ่ม					
ผลการวัดก่อน หลัง และติดตามผล	3264.578	2	1632.289	115.392	.000*
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มกับผลการวัดก่อน หลัง และติดตามผล	678.533	2	339.267	23.984	.000*
ความคลาดเคลื่อน	1640.889	116	14.146	787.911	

*P < .05

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น เปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองและหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีและติดตามผลหลังสิ้นสุดการทดลองทันที 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.042$) และโปรแกรมกับช่วงเวลาที่วัดผลลัพธ์มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสำหรับผู้ปกครอง (IOWA Corners Rating scale ก่อนการทดลองหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และติดตาม 1 เดือนหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



ภาพที่ 4 กราฟแสดงคะแนนเฉลี่ย IOWA Corners Rating scale ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น ก่อนการทดลองหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบประเมิน IOWA corners rating scale

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Squares	F	P – value
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่มทดลอง - กลุ่มควบคุม	1.606	1	1.606	.024	.878
ความคลาดเคลื่อน	3935.922	58	67.861		
ภายในกลุ่ม					
ผลการวัดก่อน หลัง และติดตามผล	837.511	2	418.756	23.252	.000*
ปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มกับผลการวัดก่อน หลัง และติดตามผล	106.711	2	53.356	2.963	.056
ความคลาดเคลื่อน	2089.111	116	18.010	2089.111	

*P < .001

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น เปรียบเทียบระหว่าง ก่อนการทดลองและหลังสิ้นสุดการทดลองทันที และติดตามผลหลังสิ้นสุดการทดลองทันที 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงไม่แตกต่างกันจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.878) แต่โปรแกรมกับช่วงเวลาที่วัดผลลัพธ์มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัย โปรแกรมการอบรมเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น สามารถเพิ่มการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลเด็กสมาธิสั้นให้เหมาะสมขึ้น แตกต่างอย่างชัดเจนกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เมื่อวัดหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีและติดตามวัดผลในระยะ 1 เดือน และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่มช่วยให้ผู้ปกครองได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับทีมผู้วิจัยในวิธีการจัดการดูแลการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเด็ก ทำให้เกิดแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสมในการดูแลเด็กสมาธิสั้นมากขึ้น อีกทั้งกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมเด็ก โดยเน้นการวางแผนการจัดการกับพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้าและลงมือปฏิบัติเมื่อเกิดพฤติกรรมจริง เน้นการเตรียมวางแผนในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก ที่นำไปใช้ได้ผลในสถานการณ์จริง มีการให้รางวัล มีบทลงโทษที่เหมาะสม จึงทำให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจในการดูแลเด็กและปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Meta-analysis[18] ที่พบว่าองค์ประกอบของการฝึกผู้ปกครองที่ได้ผลในการดูแลเด็กสมาธิสั้น มี 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ เทคนิคในการจัดการพฤติกรรมเด็กล่วงหน้าก่อนเกิดเหตุการณ์กระตุ้นพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และการให้รางวัลเชิงบวกกับเด็กเมื่อสามารถปรับพฤติกรรมได้ จะได้ผลเชิงบวกในการจัดการกับพฤติกรรมเด็กและให้ผลที่ดีในด้านความรู้สึกของผู้ปกครองว่ามีความสามารถในการจัดการพฤติกรรมลูกได้ และสอดคล้องกับการศึกษาในไทย[19] ที่พบว่าโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ทำให้ผู้ปกครองได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหาพฤติกรรมเด็ก รู้สึกสบายใจและมีความหวังมากขึ้น

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าโปรแกรมนี้สามารถช่วยลดความเครียดของผู้ปกครองได้อย่างชัดเจนเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากผู้ปกครองมีแนวทางในการดูแลเด็กสมาธิสั้น อีกทั้งเมื่อเกิดความเครียด ผู้ปกครองทราบแนวทางและมีทักษะในการดูแลตัวเองเพื่อลดความเครียดด้วยตัวเองได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมนี้ จึงมีผลให้ความเครียดของผู้ปกครองอันเนื่องมาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นลดลง สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของการลดความเครียดและการเพิ่มความสามารถของตัวเองในผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น จำนวน 43 คน ต่อเนื่องจำนวน 10 สัปดาห์ ผลพบว่าโปรแกรมสามารถช่วยลดความเครียดของผู้ปกครองโดยเฉพาะมารดาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเพิ่มทักษะความสามารถในการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อน หลังเข้าร่วมโปรแกรม[20]

ในด้านความรุนแรงของพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกับหลังสิ้นสุดโปรแกรม ทันทีและติดตามในระยะ 1 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่ามีพฤติกรรมรุนแรงลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อวัดภายในกลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงถึงการมีประสิทธิภาพในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กสมาธิสั้นของทั้งโปรแกรมในกลุ่มทดลองและการบริการตามปกติในกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น พบว่า คะแนนเฉลี่ยปัญหาพฤติกรรม ของเด็กสมาธิสั้นหลังการเข้าร่วม โปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครอง ลดลงทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[19] อย่างไรก็ตาม พบว่าคะแนนการลดลงของพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากโปรแกรมนี้ไม่ได้ไปจัดการที่ตัวเด็กสมาธิสั้นโดยตรงในเรื่องของการเพิ่มระดับสมาธิเด็กและการลดอาการสมาธิสั้น เนื้อหาโปรแกรมเป็นการออกแบบเพื่อให้ผู้ปกครอง

สามารถจัดการเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากอาการสมาธิสั้น อีกทั้งเด็กทั้งสองกลุ่มได้รับยารักษาโรคสมาธิสั้นเช่นเดียวกัน จึงทำให้มีผลต่อการลดอาการสมาธิสั้นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลในส่วนนี้สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา พบว่าอาการสมาธิสั้นที่วัดโดยแบบประเมิน SNAP-IV ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา[21]

งานวิจัยนี้มีจุดเด่นคือเป็นการศึกษาเชิงทดลอง มีการเปรียบเทียบเป็นสองกลุ่ม ใช้การจับสลากแบ่งกลุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อาจมีปัจจัยตัวแปรกวน (Confounding factor) เช่น อายุ การศึกษา ทัศนคติของผู้ปกครองต่อเด็กสมาธิสั้น แต่ผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวแปรภายในด้านข้อมูลทั่วไปให้มีความไม่แตกต่างกันในระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการประเมินผลโดยใช้ผู้ประเมินที่ไม่ทราบว่ากลุ่มใดเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยประเมินผลมากกว่า 2 ครั้งและใช้วิธีการทางสถิติในการวิเคราะห์ผลจากการวัดซ้ำ ด้วยวิธีการทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นไปเพื่อลดอคติ (Bias) ในการศึกษา นอกจากนี้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นยังมีจุดเด่นคือการเพิ่มเนื้อหาในการจัดการกับความเครียดของผู้ปกครองที่ดูแลเด็กสมาธิสั้น ซึ่งยังไม่มีการนำมาใช้เพื่อฝึกอบรมผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่เป็นการเน้นจัดการกับพฤติกรรมเด็กโดยไม่ได้เน้นแนะนำแนวทางให้ผู้ปกครองจัดการกับความเครียดของตัวเองที่ต้องเผชิญจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น

ข้อจำกัดในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ยังขาดการติดตามประเมินผลในระยะยาวว่าสามารถช่วยเพิ่มการปฏิบัติของผู้ปกครองที่ถูกต้องเหมาะสมเมื่อเวลาผ่านไป ช่วยลดความเครียดและลดความรุนแรงของพฤติกรรมของเด็กได้อย่างต่อเนื่องไปนานเพียงใด เนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการสมาธิสั้นอาจเกี่ยวข้องกับหลายด้าน นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดด้านเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นเครื่องมือที่ผู้ปกครองประเมินด้วยตัวเอง จึงอาจมีอคติในการประเมินเป็นบางราย อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการทางสถิติในการวิเคราะห์ผลการประเมินอาจช่วยลดอคติในวิธีการวิจัยส่วนนี้ลงได้บ้าง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาวต่อเนื่อง เป็นเวลา 3 เดือน 6 เดือนและ 1 ปี เพื่อศึกษาประสิทธิผลระยะยาวของโปรแกรมและปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของโปรแกรมเพื่อการนำไปใช้ในระบบบริการที่เหมาะสม

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมฝึกสมาธิสำหรับเด็กที่ช่วยลดอาการสมาธิสั้นควบคู่ไปกับการฝึกผู้ปกครอง เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการลดอาการสมาธิสั้นของเด็กได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรนำโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กและจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ปกครองเด็กสมาธิสั้นไปใช้ในระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคสมาธิสั้น ร่วมกับการให้ยารักษาสมาธิสั้นแก่เด็ก จะทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในการช่วยให้ผู้ปกครองมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้อง

มีความเครียดลดลง ส่งผลต่อให้พฤติกรรมรุนแรงที่เกิดจากอาการสมาธิสั้นของเด็กลดลงด้วย ทั้งนี้ผู้ที่จะใช้โปรแกรมต้องเป็นพยาบาลจิตเวชที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้โปรแกรมแล้ว

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2004.
2. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, Adamowski T, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Andrade L, et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Atten Defic Hyperact Disord 2017;9: 47–65.
3. ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พรทิพย์ วชิรดิลก, พัชรินดร์ อรุณเรือง, ธันวรุจน์ บูรณสุขสกุล. ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2556;2166-75.
4. Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family and community from preschool to adult life. Arch Dis Child 2005;90(Suppl I):i2–7.
5. Mazursky-Horoitz H, Felton JW, MacPherson L, Ehrlich KB, Cassidy J, et al. Maternal emotion regulation mediates the association between adult attention-deficit/hyperactivity disorder symtoms and parenting. J Abnorm Child Psychol 2015;43:121-31.
6. Heath CL, Curtis DF, Fan W, McPherson R. The association between parenting stress, parenting self-efficacy, and the clinical significance of child ADHD symptom change following behavior therapy. Child Psychiatry Hum Dev 2015;46:118-29.
7. Jones J, Passey J. Family Adaptation, Coping and Resources: Parents of Children with Developmental Disabilities and Behavior Problems. J Dev Disabil 2004;11;31-46.
8. Lindo EJ, Kliemann KR, Combes BH, Frank J. Managing Stress Levels of Parents of Children with Developmental Disabilities: A Meta-Analytic Review of Interventions. Fam Relat 2016;65:207-24.
9. Theule J, Wiener J, Taanock R, Jenkins JM. Parenting stress in familes of children with ADHD:A meta-analysis. J Emot Behav Disord 2013;21:3-17.
10. Fabiano GA, Pelham WE Jr. Coles EK, Gnagy EM, Chronis-Tuscano A, O'Connor BC. A Meta analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. Clin Psychol Rev 2009;29:129–40.
11. Stattin H, Enebrink P, Özdemir M, & Giannotta F. A national evaluation of parenting programs in Sweden: The short-term effects using an RCT effectiveness design. J Consult Clin Psychol 2015;83:1069–84.

12. Loren REA, Vaughn JM, Langberg JEM, Cyran T, Proano-Raps BH, Smolyansky L, et al. Effects of an 8-session Behavioral Parent Training Group for Parents of Children with ADHD on Child Impairment and Parenting Confidence. J Atten Disord 2015;19:158–66.
13. ชาญวิทย์ พรนภดล. คู่มือวิทยากรการฝึกอบรมผู้ปกครองวิธีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก. นครปฐม; คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
14. ชมัยพร จันทร์ศิริ. ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้น โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
15. กรมสุขภาพจิต. คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่). กรุงเทพฯ: ศูนย์สุขภาพจิตเขต 10 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
16. ภาวิตา จงสุขศิริ, สุพร อภินันทเวช, สิรินัดดา ปัญญาภาส. ผล 1 ปีของการเข้าร่วมโปรแกรมอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมเด็กที่มีปัญหา สมาธิสั้น ดื้อต่อต้าน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2562;64:163-76.
17. ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร, ธันวรุจน์ บูรณะสุขสกุล, ดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์, ทรงภูมิ เบญญากร. คุณสมบัติของแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นชื่อ Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP – IV) และ Strengths and Difficulties Questionnaire ส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น (SDQ – ADHD) ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557;59;97–110.
18. Dekkers TJ. Hornstra R, Oord SVD, Luman M, Hoekstra PJ, Groenman AP, et al. Meta – analysis: Which Components of Parent Training Work for Children with Attention – Deficit/Hyperactivity Disorder?. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2021;61:478-94.
19. กัลยา สุวรรณสิงห์, อรวรรณ หนูแก้ว, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, กัลยา โหดหีม. ผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสำหรับผู้ปกครองต่อปัญหาพฤติกรรมในเด็กสมาธิสั้น. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2563;34:37-51.
20. Corey LH. Improvements in parenting stress and self-efficacy following behavioral parent training for children with ADHD [Degree Doctor of Philosophy]. St. Houston, Texas: University of Houston; 2014.
21. ตริยา เลิศหัตถศิลป์. รายงานการวิจัยประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มฝึกอบรมผู้ปกครองเพื่อปรับพฤติกรรมผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น. กรุงเทพฯ; โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติภาควิชาจิตเวช; 2561.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ

สุจิตรา คำเงา ส.ม.[1]
กิตติ เหลาสุภาพ ปร.ด.[2*]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 189 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม 2566 โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านมีดัชนีความสอดคล้อง ตั้งแต่ 0.66-1.00 ทุกข้อ และหาความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นรายด้านตั้งแต่ 0.86-0.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า ระดับภาวะหมดไฟในการทำงานภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 93.7 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับต่ำ โดยด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคลและด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคล ร้อยละ 79.4, 82.5, และ 99.5 ตามลำดับ ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและปัจจัยด้านการบริหารงานในหน่วยงานซึ่งสามารถร่วมกันทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ร้อยละ 20.70 (R^2= 0.207) ควรมีการจัดกิจกรรมในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและปรับรูปแบบการบริหารของหน่วยงานให้เหมาะสมในการสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดีเพื่อป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน

คำสำคัญ: ภาวะหมดไฟในการทำงาน นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

[1]นักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
* Corresponding author e-mail: kitti.l@ubu.ac.th
วันที่รับ (received) 6 เม.ย. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 20 ก.ค. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 26 ก.ค. 2566

Factors affecting burnout of Public Health Technical officers in Tambon Health Promoting Hospitals, Sisaket Province

Sujittra Khamngao M.P.H.[1] *
Kitti Laosupap Ph.D.[2]

Abstract

Fatigue or burnout in the workplace is a mental health issue faced by individuals in their professional roles. To better understand the influencing factors, researchers conducted a cross-sectional analytical study. The objective was to examine the level of work burnout and factors affecting work burnout among public health professionals at a Tambon Health Promotion Hospital in Srisaket province. The sample group comprised 189 participants selected through simple random sampling. Data was collected from January to March 2023 using a questionnaire assessing factors related to work burnout among public health professionals. Data was analyzed using descriptive statistics, percentages, Pearson's correlation, and multiple linear regression. The study findings indicated an overall low level of work burnout, with 93.7% of participants experiencing low burnout. Analyzing dimensions of burnout, all dimensions were found to be at a low level. Emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment dimensions were at 79.4%, 82.5%, and 99.5% respectively. Factors influencing work burnout among public health professionals in the hospital included interpersonal relationships and organizational management factors. The joint prediction of work burnout by these factors was at 20.70% (R2 = 0.207). Therefore, fostering interpersonal relationships and adapting organizational management strategies to create a conducive work environment is recommended to prevent work burnout among healthcare professionals.

Keywords: burnout, public health technical officers, Tambon health promoting hospital

[1]Master of Public Health Student, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University
[2] Assistant Professor, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University
* Corresponding author e-mail: kitti.l@ubu.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหมดไฟ (Burnout) ในการทำงานหรือบางครั้งเรียกว่า ภาวะเมื่อยล้าหมดไฟหรือความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตอย่างหนึ่งที่องค์การอนามัยโลกจัดอยู่ในกลุ่ม International Classification of Diseases (ICD) ซึ่งอยู่ในแนวทางการวินิจฉัยโรค ฉบับที่ 11 (Revision of the International Classification of Diseases หรือ ICD-11) ในทางการแพทย์ยังถือว่าภาวะหมดไฟจากการทำงาน เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่ยังไม่ถึงการเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตเวช มีอาการหลัก 3 อาการ ประกอบด้วย 1) รู้สึกสูญเสียพลังงาน หรือมีภาวะอ่อนเพลีย 2) มีความรู้สึกต่อต้านและมองงานของตนเองในทางลบไม่มีแรงจูงใจที่จะประสบความสำเร็จในการทำงานและ 3) รู้สึกเหินห่างจากคนอื่นเช่น ผู้ร่วมงาน ลูกค้า รวมถึงการขาดความผูกพันกับสถานที่ทำงาน[1] ภาวะหมดไฟ มักเกิดในกลุ่มบุคคลที่ทำงานด้านบริการทางสังคมหรือบริการด้านสุขภาพ ซึ่งงานเหล่านี้ต้องตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของผู้รับบริการ และเผชิญกับภาระงานที่ล้นมือ[2] ภาวะหมดไฟส่งผลเสียให้บุคคลเกิดอาการทางกายและจิตใจ มีการขาดงานมากขึ้น คุณภาพงานเสื่อมถอยลงและอยากลาออกจากงาน ยิ่งไปกว่านั้น ภาวะนี้สามารถส่งผ่านหรือติดต่อจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งได้ ภาวะหมดไฟเป็นอาการทางจิตใจที่ส่งผลต่อบุคคล คุณภาพงาน และองค์การ[2] ดังนั้น หน่วยงานจึงควรทำความเข้าใจและให้ความสำคัญต่อการวางแผนแก้ไขภาวะหมดไฟของบุคลากรตั้งแต่ระยะเริ่มต้น[2]

จากการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มวิชาชีพทางด้านสุขภาพ ในการทำงานของแพทย์ในสหรัฐอเมริกา พบว่า กำลังเข้าขั้นวิกฤติและส่งผลต่อประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการรักษาผู้ป่วย จนมีการเรียกร้องให้มีการจัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลในเรื่องนี้[19] รวมทั้งการศึกษาในวิชาชีพพยาบาล พบว่า มีความเสี่ยงที่จะมีภาวะหมดไฟมากกว่าวิชาชีพอื่น ซึ่งพบว่าสาเหตุเกิดจากตนเอง และสภาพแวดล้อมในการทำงาน มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ภาระครอบครัวและสัมพันธภาพในครอบครัว[20] ซึ่งสอดคล้องกับวิชาชีพพยาบาลในประเทศไทย[3]ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.59, p<.01) ความเข้มแข็งอดทนและการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-0.62 และ -0.56, p<.001) และ อายุ ความเข้มแข็งอดทน และการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน สามารถร่วมกันทำนายความเหนื่อยหน่ายในงานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความเหนื่อยหน่ายในงานได้ ร้อยละ 61.3 การศึกษาเรื่องความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ซึ่งความเหนื่อยล้า เป็นส่วนหนึ่งของภาวะหมดไฟและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสงขลานครินทร์[4] พบว่าความชุกของความเหนื่อยล้าจากการทำงานด้านความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ในระดับสูง ด้านการลดความเป็นบุคคลลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ คือ อายุงาน ความไม่สมดุลของความทุ่มเทและผลตอบแทนจากงาน และความมุ่งมั่นที่มากเกินไป ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดความเป็นบุคคลคือ แผนกที่ปฏิบัติงาน อายุงาน ความไม่สมดุลของความทุ่มเทและผลตอบแทนจากงาน และความมุ่งมั่นที่มากเกินไป ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดความสำเร็จส่วนบุคคลคือ สถานะภาพสมรส ส่งผลกระทบทำให้บุคคลเกิดความตึงเครียดและผลเสียต่อองค์การในด้านภาพพจน์และประสิทธิภาพในงานลดลง[5] ภาวะหมดไฟในการทำงานส่งผลกระทบต่อร่างกายเกิดอาการอ่อนเพลียไม่สามารถทำงานได้ ด้านจิตใจมีอาการเบื่อหน่ายงานและอยากลาออก มีวิธีการจัดการเพื่อให้เข้าสู่ระยะฟื้นตัวโดยเร็ว ได้แก่ การจัดการกับความเครียด การพิจารณาถึงข้อดี-ข้อเสียของการลาออกจากงาน การค้นหาเป้าหมายที่แท้จริงของชีวิต การวางแผนชีวิตตามเป้าหมายที่เลือก และวิธีการอยู่กับปัจจุบัน

อย่างมีความสุข[6] ภาวะหมดไฟมีความสำคัญต่อทั้งตัวบุคคลและองค์กร เพราะก่อให้เกิดผลเสียหลาย ๆ ด้าน โดยในแง่ของร่างกายพบว่า คนที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน จะขาดงานบ่อย มีอัตราการลาป่วยมากกว่าคนทั่วไปถึง 2-7 เท่า โดยส่วนใหญ่จะลางานด้วยอาการ ปวดหัว ปวดท้อง หรือไข้หวัด ส่วนในแง่ของอารมณ์คนที่มีภาวะหมดไปในการทำงาน มักจะโกรธง่าย หงุดหงิดง่าย สีหน้าไม่เบิกบาน ซึ่งก็มักจะก่อให้เกิดปัญหาทั้งกับผู้ร่วมงาน และผู้รับบริการ นอกจากนี้คนกลุ่มนี้ยังมักจะแยกตัว ไม่สุงสิงกับผู้ร่วมงาน ไม่มีความกระตือรือร้นในการทำงาน ขาดความคิดริเริ่มที่จะพัฒนาสิ่งใหม่ๆ จนทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานขององค์การลดลง และหากเป็นมาก ๆ ก็จะเป็นโรคซึมเศร้าได้ และมักนำไปสู่การลาออก[7] และที่ผ่านมาบุคลากรทางการแพทย์และ อสม.มีความเครียดเสี่ยงซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย โดยเครียดสะสมแบบคงที่มาโดยตลอด ระบุว่าตนเองรู้สึกเหนื่อยล้าหมดไฟ จากเดิมอยู่ที่ร้อยละ 10 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.6[8]

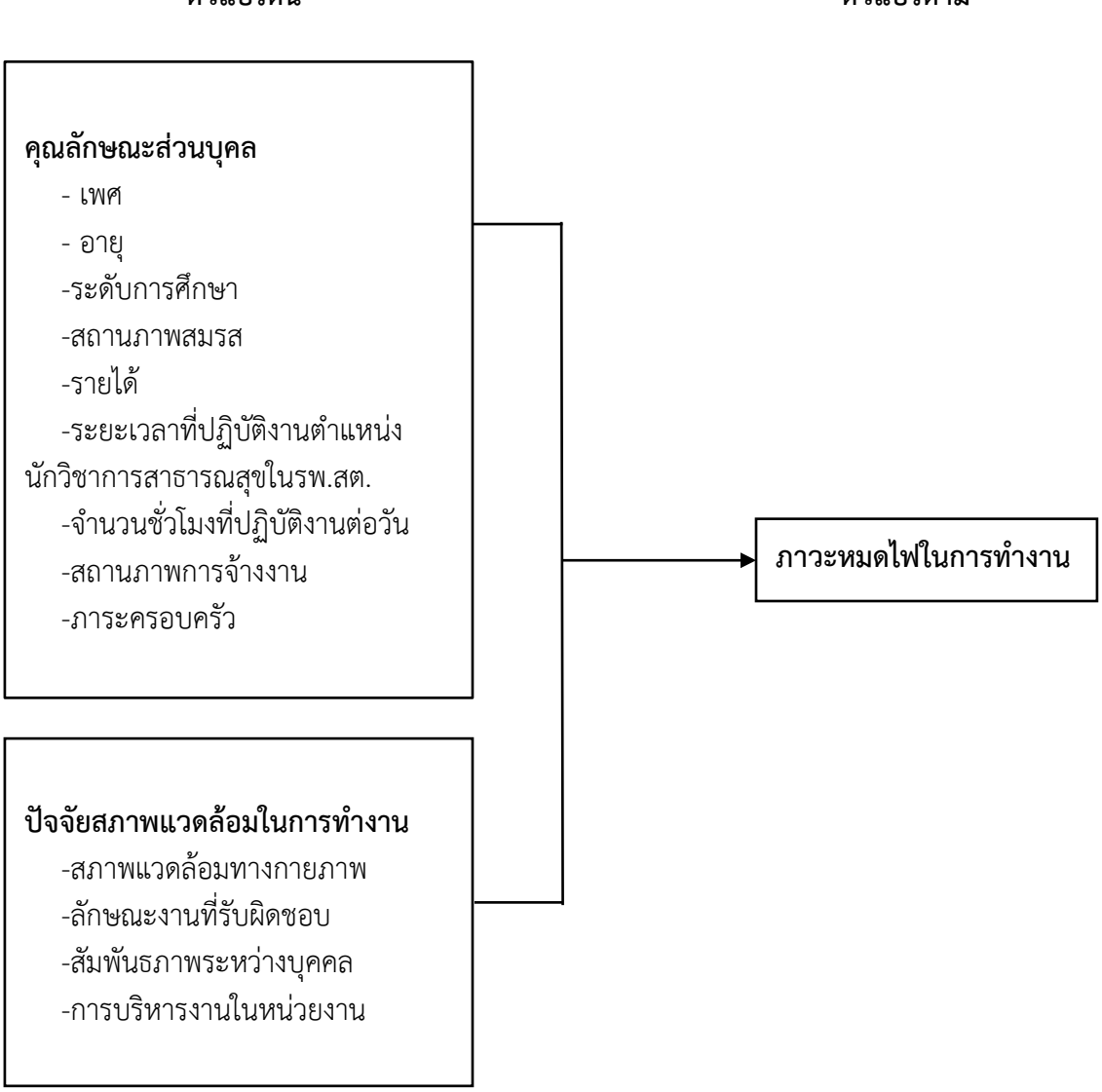
สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 บุคลากรด้านสุขภาพที่ต้องทำงานให้บริการสุขภาพอย่างยาวนานต่อเนื่อง ภาระงานที่มากขึ้น ทำให้เกิดภาวะหมดไฟจากการทำงานได้สูง[9] บทบาทของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในการเฝ้าระวังโรคการสอบสวนโรค การจัดการผู้ป่วย การติดตามและค้นหาผู้สัมผัส การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก รวมทั้งการจัดระบบบริการในสถานการณ์การระบาดของโรค[10] โดยอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสังคมและสาธารณสุข มักเป็นกลุ่มเสี่ยงและประสบปัญหาภาวะหมดไฟได้มากที่สุด จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 22 อำเภอ มี รพ.สต. จำนวน 254 แห่ง และมีจำนวนนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในรพ.สต. จำนวน 495 คน[11] ซึ่งนักวิชาการสาธารณสุขเป็นอีกหนึ่งวิชาชีพที่มีต้องรับผิดชอบในการสนับสนุนวิชาการด้านการควบคุมป้องกันโรค โดยบทบาทการให้บริการในรพ.สต.จะให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านป้องกันและควบคุมโรค ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และด้านฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งมีภาระงานที่นอกเหนืองานในตำแหน่ง เช่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น งานเยี่ยมบ้าน และงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย ตลอดจนการดำเนินงานให้ผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของจังหวัด ขณะที่มีประเด็นด้านความก้าวหน้าในวิชาชีพ และสวัสดิการเนื่องจากไม่ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ ยังคงเป็นลูกจ้างชั่วคราวหรือพนักงานกระทรวงสาธารณสุขจากข้อมูลรายงานการประเมินภาวะสุขภาพจิตของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์พบว่า มีภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 3.92 มีความเครียดสูง ร้อยละ 2.35 ที่ผ่านมาและยังงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนักวิชาวิชาการสาธารณสุขจำนวนไม่มาก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขใน รพ.สต. จังหวัดศรีสะเกษ โดยผู้บริหารสามารถนำผลจากการวิจัยนี้มาใช้เป็นแนวทางในการบริหารทรัพยากรมนุษย์เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะและพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร รวมถึงพัฒนาสภาพแวดล้อมในการทำงานให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือแบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข จากศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 กรมสุขภาพจิต[18] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional Analytical Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ โดยศึกษาข้อมูล ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 495 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งได้จากการคำนวณด้วยโปรแกรม G* Power กำหนด ค่า effect size = 0.15 (Medium size) ค่า α err. prob. = 0.05 ค่า Power (1-β err. prob.) = 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 189 คน

ทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยมีรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างและให้เลขกำกับรายชื่อ จากนั้นใช้การจับฉลากตามเลขที่กำกับจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า เป็นนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานในรพ.สต.ไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา

เกณฑ์คัดออก ย้ายไปดำรงตำแหน่งหรือไปประกอบอาชีพในท้องถิ่นอื่นนอกจังหวัดศรีสะเกษ

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-172/2565 เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2566 ก่อนการเริ่มต้นเก็บข้อมูลได้ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มเป้าหมายตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเองโดยมีการลงนามในแบบฟอร์มยินยอมให้ข้อมูล รวมทั้งสิทธิในการปฏิเสธไม่เข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาล ไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ และผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลนี้ได้ มีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ในการวิจัยและหรือทางวิชาการ โดยไม่ระบุชื่อหรือส่วนที่ทำให้รู้ว่าเป็นข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และจะทำลายข้อมูลดังกล่าวหลังจากสิ้นสุดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากเครื่องมือของศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 กรมสุขภาพจิต[18]และพัฒนาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานต่อวัน สถานภาพการจ้างงาน และภาระครอบครัว จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ 3 ข้อ ด้านลักษณะงานที่รับผิดชอบ 8 ข้อ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 7 ข้อ และด้านการบริหารงานในหน่วยงาน 9 ข้อ รวมทั้งหมด 27 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่ง 1 หมายถึง น้อยที่สุด 2 หมายถึง น้อย 3 หมายถึง ปานกลาง 4 หมายถึง มาก และ 5 หมายถึง มากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน สำหรับบุคลากรสาธารณสุข[18] จำนวน 22 ข้อ โดยใช้การวัดแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 0-6 คะแนน โดยเรียงจาก ไม่เคยรู้สึกเช่นนั้น 0 คะแนน มีความรู้สึกเช่นนั้นปีละ 2-3 ครั้ง 1 คะแนน มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 1 ครั้ง 2 คะแนน มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง 3 คะแนน มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 4 คะแนน มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง 5 คะแนน มีความรู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน 6 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายภาวะหมดไฟในการทำงานภาพรวม โดยใช้คะแนนจากแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้ดังนี้ 0–51 คะแนน หมายถึง ภาวะหมดไฟระดับต่ำ 52-102 คะแนน หมายถึง ภาวะหมดไฟระดับปานกลาง 103-154 คะแนน หมายถึง ภาวะหมดไฟระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงด้านเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า IOC รายข้อ 0.67-1 และนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้กับนักวิชาการสาธารณสุขในรพ.สต.พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หาความเชื่อมั่นภายใน (Internal consistency reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงในค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นรายด้านมีค่า ดังนี้ ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เท่ากับ 0.86 ด้านลักษณะงานที่รับผิดชอบ เท่ากับ 0.86 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เท่ากับ 0.89 ด้านการบริหารงานในหน่วยงาน เท่ากับ 0.87 ภาวะหมดไฟในการทำงาน เท่ากับ 0.97

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับกระบวนการวิจัย แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยกับผู้ประสานงานระดับอำเภอของแต่ละอำเภอเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถาม จากนั้นผู้ประสานงานระดับอำเภอในพื้นที่แจกแบบสอบถามโดยชี้แจงขั้นตอนในการขอความยินยอม ผลกระทบที่อาจเกิดกับผู้ร่วมวิจัย การถอนตัวจากการร่วมวิจัย เป็นต้น ซึ่งแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที และรวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม 2566 ถึง เดือน มีนาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) ข้อมูลพื้นฐาน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ มัธยฐาน 2) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson (Pearson's product moment correlation coefficient และ 3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการวิเคราะห์สมการถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ ดังนี้ ตัวแปรตาม (Outcome) 1) ความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ 2) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนคงที่ 3) ความคลาดเคลื่อนแต่ละค่าเป็นอิสระต่อกัน 4) รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงเส้นตรง และ 5) ไม่มี Multicollinearity ระหว่างตัวแปร

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	87	46.0
หญิง	102	54.0
อายุ		
22-30 ปี	39	20.6
31-40 ปี	38	20.1
41-50 ปี	54	28.6

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
51- 60 ปี	58	30.7
Median = 45 ปี, IQR = 20, Min = 22 ปี, Max = 60 ปี		
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	140	74.1
ปริญญาโท	48	25.4
ปริญญาเอก	1	0.5
สถานภาพสมรส		
โสด	49	25.9
สมรส	130	68.8
หย่าร้าง	9	4.8
หม้าย	1	0.5
รายได้เฉลี่ย		
10,000-20,000 บาท	29	15.3
20,001-30,000 บาท	43	22.8
30,001-40,000 บาท	22	11.6
40,001-50,000 บาท	38	20.1
> 50,000 บาท	57	30.2
Median = 40,900 บาท, IQR= 30,000, Min = 12,002 บาท, Max = 80,000 บาท		
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในรพ.สต.		
≤ 5 ปี	55	29.1
6-10 ปี	18	9.5
11 ปี ขึ้นไป	116	61.4
Median = 15 ปี, IQR= 23, Min = 1 ปี, Max = 41 ปี		
จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานต่อวัน		
8 ชั่วโมง	146	77.2
> 8 ชั่วโมง	43	22.8
Median = 8 ชั่วโมงต่อวัน, IQR= 0, Min = 8 ชั่วโมงต่อวัน, Max = 12 ชั่วโมงต่อวัน		
สถานภาพการจ้างงาน		
ข้าราชการ	158	83.6
พนักงานราชการ	1	0.5
พนักงานกระทรวง	17	9.0
ลูกจ้างชั่วคราว	13	6.9
การรับภาระและค่าใช้จ่ายในการดูแลครอบครัว		
ไม่ต้องรับภาระใด ๆ เลย	3	1.6

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รับภาระเฉพาะบางอย่างในครอบครัว	100	52.9
รับภาระทุกอย่างในครอบครัว	86	45.5

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.0 อายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 30.7 การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 74.1 สถานภาพ สมรส ร้อยละ 68.8 มัธยฐานรายได้ 40,900 บาท (ต่ำสุด = 12,002 บาท, สูงสุด= 80,000 บาทต่อเดือน) มัธยฐานระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 15 ปี (ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 41 ปี) มีจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงาน 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 77.2 สถานภาพการจ้างงานเป็นข้าราชการ ร้อยละ 83.6 และมีการรับภาระและค่าใช้จ่ายในการดูแลครอบครัวเฉพาะบางอย่างในครอบครัว ร้อยละ 52.9

ตารางที่ 2 ร้อยละของปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขจำแนกรายด้าน (n = 189 คน)

ปัจจัย (ด้าน)	ระดับปัจจัย (ร้อยละ)		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
สภาพแวดล้อมทางกายภาพ	115 (60.8)	71 (37.6)	3 (1.6)
ลักษณะงานที่รับผิดชอบ	22 (11.6)	161 (85.2)	6 (3.2)
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	129 (68.3)	55 (29.1)	5 (2.6)
การบริหารงานในหน่วยงาน	154 (81.5)	30 (15.9)	5 (2.6)
รวม	**47.1**	**51.9**	**1.1**

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับความคิดเห็นต่อปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.9 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดยปัจจัยด้านการบริหารงานในหน่วยงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.5 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ระดับสูงร้อยละ 68.3 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ระดับสูงร้อยละ 60.8 ส่วนปัจจัยด้านลักษณะงานที่รับผิดชอบอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.2

ตารางที่ 3 ร้อยละของนักวิชาการสาธารณสุขจำแนกตามระดับภาวะหมดไฟในการทำงานรายด้าน (n=189 คน)

ประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน (ด้าน)	ระดับภาวะหมดไฟ (ร้อยละ)		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	6 (3.2)	33 (17.5)	150 (79.4)
การลดความเป็นบุคคล	11 (5.8)	22 (11.6)	156 (82.5)
การลดความสำเร็จส่วนบุคคล	1 (0.5)	0.0	188 (99.5)
รวม	**0.5**	**5.8**	**93.7**

จากตารางที่ 2 ระดับภาวะหมดไฟในการทำงานภาพรวม อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 93.7 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ภาวะหมดไฟในการทำงานทุกด้านอยู่ในระดับต่ำ โดยด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์

อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 79.4 ด้านการลดความเป็นบุคคลร้อยละ 82.5 และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลร้อยละ 99.5

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงานกับภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_s)	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ	-0.19	0.008
รายได้	-0.17	0.022
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.ปัจจุบัน	-0.11	0.133
จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงานต่อวัน	0.03	0.681
ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงาน		
สภาพแวดล้อมทางกายภาพ	-0.23	0.001
ลักษณะงานที่รับผิดชอบ	-0.15	0.843
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	-0.43	<0.001
การบริหารงานในหน่วยงาน	-0.42	<0.001

จากตารางที่ 4 ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ รายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.008 , 0.022) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการบริหารงานในหน่วยงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรที่นำเข้าสมการกับภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ

ตัวแปร	B	SE (b)	Beta	t	p-value
ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	-1.189	0.433	-0.278	-2.75	0.007
ปัจจัยด้านการบริหารงานในหน่วยงาน	-0.672	0.332	-0.205	-2.03	0.044
Constant = 77.36, R^2=0.207, R^2_{adj}=0.19, F= 24.21					

จากตารางที่ 4 พบปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านการบริหารงานในหน่วยงานซึ่งสามารถร่วมกันทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุข

ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 20.70 และสามารถเขียนสมการถดถอยเชิงเส้นได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

(ภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ) = 77.36 - 1.189 (สัมพันธภาพระหว่างบุคคล) -0.672 (การบริหารงานในหน่วยงาน)

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

Zภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดศรีสะเกษ = -0.278 (Zสัมพันธภาพระหว่างบุคคล) -0.205 (Zการบริหารงานในหน่วยงาน)

อภิปรายผล

จากการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า มีภาวะหมดไฟในการทำงานภาพรวม ในระดับต่ำ เนื่องจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพการบริหารงานในหน่วยงาน และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีคะแนนอยู่ในระดับสูงอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาภาวะเมื่อยล้าหมดไฟของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน[12] ภาพรวมส่วนมากอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน เนื่องจากจังหวัดศรีสะเกษ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางส่วนที่ถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน 117 แห่ง บุคลากรมีความพึงพอใจที่ได้รับถ่ายโอน ไม่ต้องปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข สามารถเข้าถึงบริบทการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ทันที บุคลากรมีขวัญกำลังใจ เงินเดือนเพิ่มขึ้นตามระบบแท่งเงินเดือนแบบใหม่ (กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นใช้แท่งเงินเดือนแตกต่างจากระทรวงสาธารณสุข) บุคลากรที่มีคุณสมบัติครบสามารถเข้าสู่ตำแหน่งได้ทุกคน ส่วนภาวะหมดไฟในการทำงานแยกรายด้าน ในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 79.4 สอดคล้องกับผลการศึกษาภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์[13] พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะหมดไฟในการทำงานในด้านความอ่อนล้า อยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน ภาวะหมดไฟในการทำงานในด้านการลดความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 82.5 สอดคล้องกับผลการศึกษาอิทธิพลปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3[14] พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้สึกลดความเป็นบุคคลในระดับต่ำ และการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตาภิบาลจังหวัดสงขลา[15] พบว่า ภาวะหมดไฟในการทำงานด้านลดทอนความเป็นบุคคลอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน ด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 99.5 สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องอิทธิพลปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3[14] พบว่า ด้านความรู้สึกลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ พบ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านการบริหารงานในหน่วยงาน ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายภาวะหมดไฟในการทำงานของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 20.7 สอดคล้องกับการศึกษาภาวะเหนื่อยหน่ายในการทำงานและกลวิธีในการเผชิญปัญหาของพนักงานองค์การเภสัชกรรม[16] พบว่าสัมพันธภาพในหน่วยงานมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงาน แตกต่างจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี[3] พบว่าอายุ ความเข้มแข็ง อดทน และการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน

สามารถร่วมกันทำนายความเหนื่อยหน่ายในงานได้อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความเหนื่อยหน่ายในงานได้ร้อยละ 61.30

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานไปใช้เป็นข้อมูลในการจัดระบบการทำงานและการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน ลดและป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน
2. ผู้บริหารทางสาธารณสุขสามารถใช้ผลการศึกษาเป็นข้อมูลที่ช่วยในการจัดการทรัพยากรบุคคลให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดและพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรให้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ตลอดจนภาคีเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. ภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome) [อินเตอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 8 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2270
2. วิไล เสรีสิทธิพิทักษ์. ภาวะหมดไฟ แบบทดสอบภาวะหมดไฟ การป้องกันและไขภาวะหมดไฟ. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2550;2:121-130.
3. จุฑารัตน์ แซ่ล้อ, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารพยาบาลตำรวจ 2560;9:95-103.
4. ศิวัช ธำรงวิศว, จารุรินทร์ ปิตานุพงศ์, วิศรุต ศรีสินทร. ความเหนื่อยล้าจากการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. เวชสารแพทย์ทหารบก 2562;72:177-85.
5. ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, กฤตนัย แก้วยศ, เกยูรมาศ อยู่ถิ่น. ความเหนื่อยล้าในการทำงานของพยาบาล. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2557;8,40-53.
6. ศรีสกุล เฉียบแหลม, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. การเยียวยาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยธรรมะ : ธรรมชาติตามแนววิถีพุทธ วาสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2562;33,1-13.
7. สมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย. "หมดไฟ" .... "*Burnout*" [อินเตอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 9 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.facebook.com/%20ThaiPsychiatric%20Association/photos/a.499791366791551.%201073741828.483246708446017/518490378254983/
8. กรมสุขภาพจิต. Burnout Syndrome ภาวะหมดไฟในการทำงาน [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2445
9. นิตยา เพ็ญศิรินภา. ภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรสุขภาพในช่วงโรคโควิด-19 ระบาด Burnout Syndrome among Health Personal during Pandemic of Covid-19. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน 2564;3,1-16.

10. สถาบันวิจัยสาธารณสุข. *“วิจัยภาระงาน รพ.สต.”:* ประเมินกำลังคนระดับปฐมภูมิ ในการควบคุมสถานการณ์โควิด-พร้อมรองรับอนาคต [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hsri.or.th/media/news/detail/13401
11. กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS). ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ; 2565
12. มนัสพงษ์ มาลา. ภาวะเมื่อยล้าหมดไฟในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตสุขภาพที่ 4. วารสารวิชาการสาธารณสุข [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://thaidj.org/index.php/JHS/issue/view/947
13. ศรัณย์ ศรีคำ, วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี, เดชา ลลิตอนันต์พงษ์. ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557;59,139-150.
14. อรสา ใจจินา. อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3. [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2556.
15. เต็มสิริ ป.ปาน. ภาวะหมดไฟในการทำงานของทันตาภิบาลจังหวัดสงขลา. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2564;26:24-36.
16. สสิพรรธน์ นิลสงวนเดชะ. ภาวะเหนื่อยหน่ายในการทำงานและกลวิธีในการเผชิญปัญหาของพนักงานองค์การเภสัชกรรม [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ*:* จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*;* 2558.
17. กรรณิการ์ วงค์วารใจ. ความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การและคุณภาพชีวิตการท างาน ของพนักงานระดับปฏิบัติการบริษัทเอกชนในธุรกิจ *FMCGs* แห่งหนึ่ง [ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*;* 2557.
18. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินภาวะหมดไฟ (Burnout). [อินเตอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 5 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://mhc7.dmh.go.th/23/09/2022/5996/
19. Jha AK, Iliff AR, Chaoui AA, Defossez S, Bombaugh MC, & Miller YA. Acrisis in health care: A call to action on physician burnout. Massachusetts: Massachusetts Medical Society [Internet]. 2018 [cited 2022 Sep 25] Available from: https://kcmedicine.org/wpcontent/uploads/2019/02/PhysicianBurnoutReport2018FINAL.pdf.
20. Adriaenssens J, De Gucht V, & Maes S. Determinants and prevalence of burn out in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. International Journal of Nursing Studies 2015; 52: 649-661.

การประยุกต์ใช้นวัตกรรมโปรแกรมประยุกต์ “มาม่า” บนโทรศัพท์มือถือเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์

ลำพงษ์ ศรีวงค์ชัย พย.ม.[1*], พิทักษ์ พลคชา ปร.ด[2], กรกนก ตระกูลการ พย.ม.[1], ทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง พย.ม.[1]

บทคัดย่อ

การส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถเข้าถึง สร้างความเข้าใจ และการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องกับกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว อย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดการประเมินผลจากการใช้แอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ การศึกษาครั้งนี้เป็นการประยุกต์ใช้นวัตกรรมโปรแกรมประยุกต์ “มาม่า” เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group with pretest and posttest) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ความเข้มข้นของของเลือดและน้ำหนักตัวเฉลี่ยก่อนคลอด และความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชัน กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลประจำอำเภอแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (N = 30) เครื่องมือในการวิจัยเป็นสอบถาม แบบวัด และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติ Paired-t test ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังทดลอง 1) มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ($\bar{X}$ = 28.56, S.D. = 4.78; $\bar{X}$ = 37.25, S.D. = 3.25) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ ($\bar{X}$ = 165.18, S.D.= 12.48; ($\bar{X}$ = 171.10, S.D. = 9.13) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ตามลำดับ 2) ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของเลือด หลังทดลอง (Hct = 36.35%) มากกว่าก่อนการทดลอง (Hct = 35.01%) เท่ากับ 0.34% และมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากก่อนตั้งครรภ์โดยเฉลี่ย เท่ากับ 11.18 กิโลกรัม และ 3) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมแอปพลิเคชัน “มาม่า” โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.62) แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้นวัตกรรมโปรแกรมประยุกต์ “มาม่า” บนโทรศัพท์มือถือ ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และสามารถดูแลสุขภาพของตนเองขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้มีระดับความเข้มข้นของเลือดและน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้นจากก่อนตั้งครรภ์ได้ ดังนั้น แอปพลิเคชัน “มาม่า” จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ให้สามารถดูแลตนเองได้โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในปัจจุบัน

คำสำคัญ : การตั้งครรภ์, โปรแกรมประยุกต์ “มาม่า”, แอปพลิเคชัน

---

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

[2]คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

*Corresponding author email: lumpong.sri@gmail.com

วันที่รับ (received) 27 ม.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 26 มิ.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 31 ส.ค. 2566

Implicating Innovation of Application Program “Ma-Ma” on Mobile Phones for Promoting Health in Pregnant Women

Lumpong Sriwongchai M.N.S [1*], Pitak Polkacha Ph.D. [2],
Kornkanok Trakunkarn M.N.S [1], Tipparat Chaichanasang M.N.S [1]

Abstract

Promoting knowledge and health care behaviors among pregnant women through mobile application (app) is one approach to provide access, enhance understanding, and deliver accurate information to the targeted group. However, there are still limitations in assessing the outcomes of using mobile app for promoting maternal health during pregnancy. This study applied the innovative 'Mama' app and employed a quasi-experimental research design with a single-group pretest-posttest method to investigate the knowledge and health behaviors of pregnant women, hemoglobin concentration, average weight gain before childbirth, and satisfaction towards app utilization. The sample group consisted of pregnant women receiving prenatal care at a clinic in an eastern province of Thailand (N=30). Research tools involved questionnaires, measurements, and recording forms. Data was analyzed using descriptive statistics and paired t-test. The study findings indicated that, before and after the intervention, the average knowledge scores ($\bar{X}$ = 28.56, S.D. = 4.78; $\bar{X}$ = 37.25, S.D. = 3.25) and average scores of maternal health behaviors during pregnancy ($\bar{X}$ = 165.18, S.D. = 12.48; $\bar{X}$ = 171.10, S.D. = 9.13) were significantly differed ($p < .001$). Moreover, the mean hemoglobin concentration after the intervention (Hct = 36.35%) was higher than before (Hct = 35.01%) with a difference of .34%, and the average weight gain during pregnancy increased to 11.18 kilograms. The sample group expressed high overall satisfaction (mean = 4.62) towards the 'Mama' app. These findings suggest that the application of the 'Mama' app on mobile devices effectively enhances pregnant women's knowledge and self-care during pregnancy, leading to significant improvements in hemoglobin concentration and weight gain. Therefore, the 'Mama' app represents a valuable digital tool to empower pregnant women in managing their health during pregnancy, utilizing current digital technology.

Keywords: pregnancy, the application “Ma-Ma”, the application

[1]Faculty of nursing, Roi-Et Rajabhat University
[2]Faculty of education, Roi-Et Rajabhat university
*Corresponding author email: lumpong.sri@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดได้ การดูแลครรภ์เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญยิ่งต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ การปฏิบัติตนที่ถูกต้องจะส่งผลต่อสุขภาพ คือ มีการปฏิบัติในชีวิตประจำวันเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี เช่น ฝากครรภ์สม่ำเสมอ รับประทานอาหาร พักผ่อน และออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เป็นต้น ก็จะช่วยป้องกันและควบคุมภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ 1 ซึ่งจากการได้นิเทศร่วมกับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ฝึกปฏิบัติงานในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์1 แผนกฝากครรภ์ พบว่าการให้คำแนะแก่หญิงตั้งครรภ์จะเป็นการ ให้คำแนะนำแบบเผชิญหน้า (Face to face) ทั้งแบบตัวต่อตัว หรือการสอนสุขศึกษาแบบกลุ่ม (Grouped health education) และบ่อยครั้งที่หญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถจดจำข้อมูลได้ทั้งหมด ปัญหาในเรื่องการปฏิบัติตนในระยะตั้งครรภ์จึงมักส่งผลให้หญิง ตั้งครรภ์เกิดความไม่มั่นใจการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับอายุครรภ์ของตนในขณะนั้นๆ

ปัจจุบันโทรศัพท์มือถือ (Mobile phone) และแท็บเล็ต (Tablet) จัดว่าเป็นอุปกรณ์สื่อสารยอดนิยมจนแทบจะกลายเป็น ปัจจัยพื้นฐานของมนุษย์อีกอย่างหนึ่งที่มีใช้กันอย่างแพร่หลาย เพราะมีขนาดเล็ก พกพาง่าย และใช้ประโยชน์ได้หลากหลายทั้งในรูปแบบของการสืบค้นข้อมูลผ่านอินเตอร์เน็ต การเชื่อมโยงกับสื่อสังคมออนไลน์ (Social media) และโปรแกรมประยุกต์ (Application) ที่หลังจาก Download แล้วสามารถใช้งานได้ทุกที่ทุกเวลาโดยไม่ต้องเชื่อมต่อกับอินเตอร์เน็ต ปัจจุบันนี้มีการพัฒนาโปรแกรมประยุกต์บนอุปกรณ์สื่อสาร ชนิดพกพาที่สามารถใช้ได้ทั้งกับโทรศัพท์มือถือ และแท็บเล็ตหลายชนิด รวมถึงโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แต่โปรแกรมประยุกต์ส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมที่พัฒนาเป็นภาษาอังกฤษ มีเพียงส่วนน้อยที่เป็นโปรแกรมประยุกต์ทางด้านสุขภาพที่เป็นภาษาไทยและพัฒนาโดยคนไทย และยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากตัวโปรแกรมยังขาดข้อมูลที่จำเป็นสำหรับใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตนและกระตุ้นเตือนให้หญิงตั้งครรภ์เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองที่เหมาะสม 2

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นในการบริการดังกล่าว จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการประยุกต์ใช้นวัตกรรมโปรแกรมประยุกต์ แอปพลิเคชัน “มาม่า” เพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ในแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตนและกระตุ้นเตือนให้หญิงตั้งครรภ์เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองที่เหมาะสมและเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับสร้างเสริมสุขภาพที่หญิงตั้งครรภ์สามารถศึกษาและทบทวนด้วยตนเองได้ทุกที่ทุกเวลาจึงจัดทำโครงการสร้างนวัตกรรมแอพพลิเคชั่นสำหรับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตนและกระตุ้นเตือนให้หญิงตั้งครรภ์เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองที่เหมาะสมและเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับสร้างเสริมสุขภาพที่หญิงตั้งครรภ์สามารถศึกษาและทบทวนด้วยตนเองได้ทุกที่ทุกเวลา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

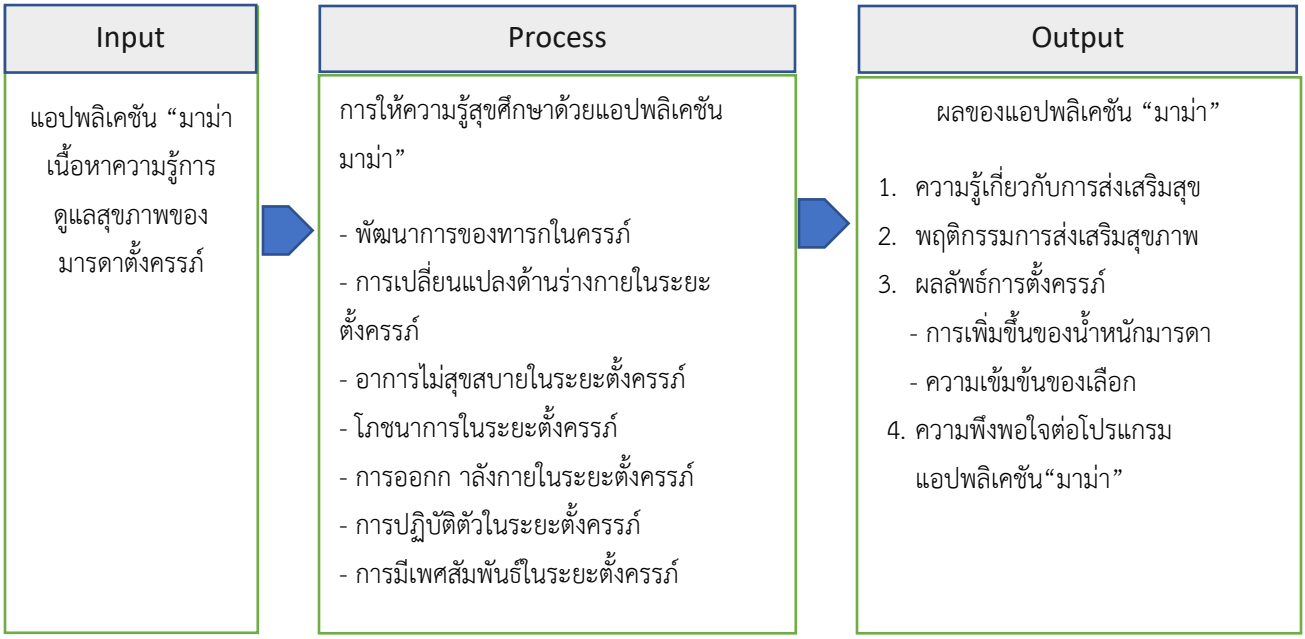
1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน “มาม่า”

2. ผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ จำแนกตามความเข้มข้นของของเลือดและน้ำหนักตัวเฉลี่ยก่อนคลอดก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน “มาม่า”

3. ความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์ ภายหลังการใช้แอปพลิเคชัน “มาม่า”

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ (Theory system) ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) เป็นกรอบแนวคิดในการประเมินผลการประยุกต์ใช้โปรแกรม แอปพลิเคชัน “มาม่า” ดังนี้



ภาพที่ 1 ภาพแสดงกรอบแนวคิดการในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group with pretest and posttest) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้โปรแกรม แอปพลิเคชัน “มาม่า” เพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่าง เมษายน 2565- ตุลาคม 2565

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยเอ็ด ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% อำนาจการทดสอบ 80% โดยใช้ความแปรปรวนและค่าเฉลี่ยของกลุ่มจากงานวิจัยของ จันทกานต์ กาญจนเวทางค์ และคณะ[2] ซึ่งมีลักษณะ งานวิจัยที่ใกล้เคียงกันมีค่าความแปรปรวน (σ2)เท่ากับ 12.29 ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ μ1 และ μ2 เท่ากับ 173, 162.27 ตามลำดับ คำนวณโดยใช้สูตรของ Cohen[3] ได้ตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่

กำหนด โดยการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้ 2) มีอายุครรภ์ขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่เกิน 20 สัปดาห์ 3) ตั้งครรภ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ 4) มีโทรศัพท์มือถือ ระบบปฏิบัติการ Android 5) เต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจนถึงระยะคลอดบุตร เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ 2) ไม่สามารถมารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเสลภูมิ จนถึงระยะคลอดบุตรได้ 3) มีความประสงค์จะออกจากการโครงการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้เคารพถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูล ด้วยการพิทักษ์สิทธิ์ตั้งแต่การเก็บรวบรวม ข้อมูลจนกระทั่งการนำเสนอข้อมูลการวิจัย เริ่มจากการได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 032/2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือการวิจัย คือ โปรแกรมแอปพลิเคชัน “มาม่า”ในระบบปฏิบัติการ android ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีการให้ข้อมูลที่จำเป็นในระยะตั้งครรภ์ แต่ละช่วงอายุครรภ์ ประกอบด้วย 1) พัฒนาการของทารกในครรภ์ 2) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในระยะตั้งครรภ์ 3) อาการไม่สุขสบายในระยะตั้งครรภ์ 4) โภชนาการในระยะตั้งครรภ์ 5) การออกกำลังกายในระยะตั้งครรภ์ 6) การปฏิบัติตัวในระยะตั้งครรภ์ 7) การมีเพศสัมพันธ์ในระยะตั้งครรภ์ 8) อาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ และ 9) การเตรียมตัวก่อนคลอด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อายุครรภ์ ลำดับของการตั้งครรภ์ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพ

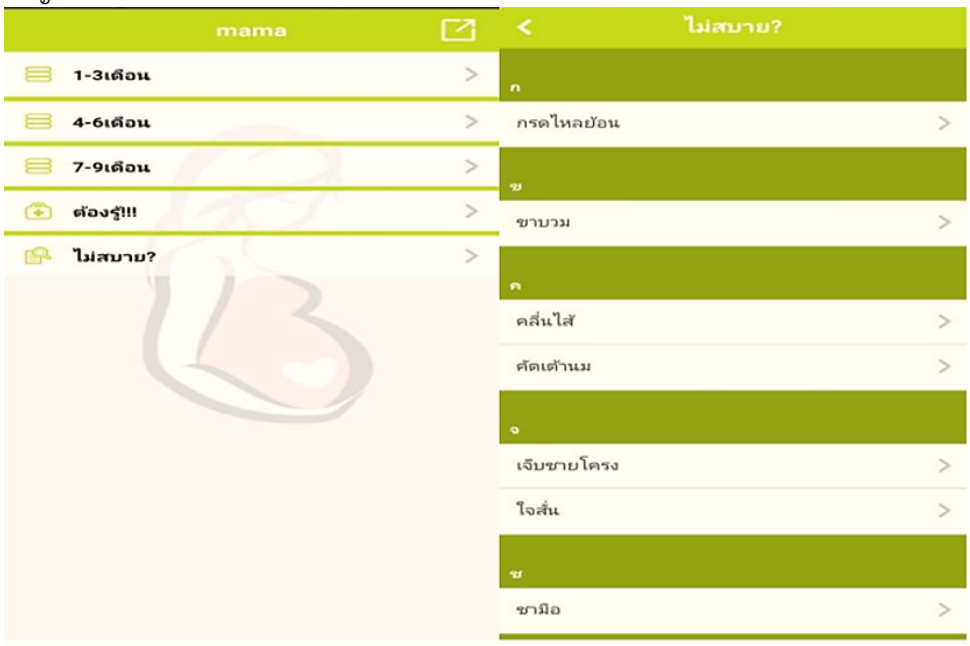
2.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากจันทกานต์ กาญจนเวทางค์ และคณะ[2] ตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของ Pender[4] เพียง 3 ด้านจากทั้งหมด 6 ด้าน จำนวน 40 ข้อ วัดแบบ ถูก-ผิด มีคะแนนเต็มเท่ากับ 40 คะแนน การแปลผล คือ คะแนนมากแสดงว่าหญิงตั้งครรภ์มีความรู้มาก คะแนนน้อยแสดงว่าหญิงตั้งครรภ์มีความรู้น้อย

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจาก จันทกานต์ กาญจนเวทางค์ และคณะ[2] ตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของ Pender[4] เพียง 3 ด้าน จากทั้งหมด 6 ด้าน จำนวน 40 ข้อ ใช้มาตรวัด 5 ระดับแบบลิเคิร์ท (Likert scale) คะแนนเต็ม 200 คะแนน การแปลผลคือ คะแนนมากแสดงว่าหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมมาก คะแนนน้อย แสดงว่าหญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเหมาะสมน้อย

2.4 แบบบันทึกผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบฟอร์มที่ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลภายหลังหญิงตั้งครรภ์คลอดบุตรแล้ว โดยเป็นข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ซึ่งประกอบด้วย ความเข้มข้นของเลือด โดยความเข้มข้นจะเจาะ Lab 1 เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และ เจาะอีกที Lab 2 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ และน้ำหนักตัวของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างก่อนตั้งครรภ์และก่อนคลอด

2.5 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมแอปพลิเคชัน “มาม่า” เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 12 ข้อ ใช้มาตรวัด 5 ระดับ แบบลิเคิร์ท (Likert

scale) มีคะแนนเต็ม 60 คะแนน การแปลผล คือ คะแนนมากแสดงว่าหญิงตั้งครรภ์ความพึงพอใจมาก คะแนนน้อยแสดงว่าหญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจน้อย



ภาพที่ 2 ตัวอย่าง เมนูหัวข้อเนื้อหาความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล และ พยาบาลประจำการ พบว่า 1) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์มีค่า CVI เท่ากับ .85 2) แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ค่า CVI เท่ากับ .85 3) แบบบันทึกผลลัพธ์การตั้งครรภ์มีค่า CVI เท่ากับ .90

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ได้นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.78 และค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha coefficient) เท่ากับ 0.81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า และประชุมกลุ่มตัวอย่างย่อย 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คนเพื่ออธิบาย download และการใช้วิธีการใช้โปรแกรมแอปพลิเคชัน “มาม่า” โดยประเมินผลจากวัดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบบันทึกผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ทั้งก่อนและหลังการร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจะนำมาวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลผลลัพธ์การตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ พรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้และพฤติกรรมพฤติกรรมสุขภาพในระยะ ตั้งครรภ์ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired-t test

ผลการวิจัย

จากผลการใช้โปรแกรมแอปพลิเคชัน “มาม่า” พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ในระยะตั้งครรภ์มากกว่าก่อนการทดลอง (ตารางที่ 1) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังทดลอง ทั้งค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์มีความแตกต่างกันอย่างมีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 2)

นอกจากนี้ เมื่อศึกษาผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ จำแนกตามความเข้มข้นของของเลือดและน้ำหนักตัวเฉลี่ยก่อนคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของเลือดในการเจาะเลือดครั้งที่ 2 หรือ Lab 2 (36.35%) มากกว่าความเข้มข้นของเลือดในการเจาะครั้งแรก หรือ Lab 1 (35.01%) เท่ากับ 0.34% และมีน้ำหนักตัวเฉลี่ยก่อนคลอด (67.95 กิโลกรัม) มากกว่าก่อนตั้งครรภ์ (56.77 กิโลกรัม) เท่ากับ 11.18 กิโลกรัม (ตารางที่ 3) รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมแอปพลิเคชัน “มาม่า” โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 4.62) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 แสดงความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (N=30)

คะแนน	ความรู้ (เต็ม 40 คะแนน)			พฤติกรรม (เต็ม 200 คะแนน)		
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ความแตกต่าง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ความแตกต่าง
สูงสุด	35.00	40.00	5.00	165.00	195.00	30.00
ต่ำสุด	16.00	32.00	16.00	135.00	160.00	25.00
เฉลี่ย	29.00	37.00	8.00	184.00	190.00	6.00

จากตารางที่ 1 พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ในระยะตั้งครรภ์มากกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ paired-t test (N = 30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Paired-t test	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	t	P=value
ความรู้	28.56	4.78	37.25	3.25	7.760***	0.00
พฤติกรรม	165.18	12.48	171.10	9.13	6.798***	0.00

ตารางที่ 3 แสดงผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ จำแนกตามความเข้มข้นของของเลือดและน้ำหนักตัวเฉลี่ยก่อนคลอด (N=30)

ค่าเฉลี่ยผลลัพธ์การตั้งครรภ์	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ความแตกต่าง
ความเข้มข้นของเลือด	35.01%	36.35%	0.34%
น้ำหนักตัว	56.77 Kg	67.95 Kg	11.18 Kg

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความพึงพอใจของผู้ใช้โปรแกรมประยุกต์แอปพลิเคชัน “มาม่า” (N=30)

คำถาม	$\bar{X}$	ระดับความพึงพอใจ
1. เนื้อหามีความน่าสนใจ	4.20	มาก
2. เนื้อหามีประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์	4.57	มากที่สุด
3. ภาษาที่ใช้เข้าใจง่ายและสื่อความหมายชัดเจน	4.48	มาก
4. มีข้อมูลครบถ้วนตรงกับความต้องการในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์	4.43	มาก
5. มีข้อมูลช่วยให้คลายความกังวลใจเมื่อมีปัญหาสุขภาพในระหว่างตั้งครรภ์	4.42	มาก
6. สามารถเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้อย่างรวดเร็ว	4.43	มาก
7. มีข้อมูลสุขภาพเพียงพอกับความต้องการ	4.35	มาก
8. ช่วยให้สามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง	4.55	มาก
9. ใช้งานง่าย	4.53	มากที่สุด
10. ขนาดตัวอักษรและรูปแบบอักษรสวยงามและอ่านง่าย	4.19	มาก
11. ท่านใช้โปรแกรมนี้บ่อยเพียงใด	4.45	มาก
12. ความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้งานโปรแกรมนี้	4.62	มากที่สุด

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แอปพลิเคชัน “มาม่า” เพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ จากผลการวิจัยพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายหลังการใช้โปรแกรม แอปพลิเคชัน “มาม่า” สูงกว่าก่อนทดลอง สามารถอธิบายได้ว่า แอปพลิเคชัน “มาม่า”โทรศัพท์มือถือเป็นช่องทางในการสื่อสารการเข้าถึงความรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ ใช้ประโยชน์ในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ง่าย สะดวก และมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ รายงานการศึกษา Djuwitaningsih, et al[5] พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะขอคำปรึกษาข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์การคลอด และการเป็นมารดาผ่านโปรแกรมประยุกต์บนโทรศัพท์มือถือทางอินเตอร์เน็ต ดังนั้น mobile application จึงว่าถือเป็นสิ่งที่สามารถนำมาใช้แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

สอดคล้องกับ บลูม และคณะ[6] กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งจะส่งผลให้ บุคคลเกิดความรู้สึกหรือทัศนคติต่อเรื่องนั้นๆ ตามมาและหากทัศนคติที่เกิดเป็นทัศนคติที่ดีก็จะส่งผลให้บุคคลนั้น ตั้งใจที่ปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมตามมา และเกิดทัศนคติที่ดีก็จะส่งผลให้บุคคลนั้น ตั้งใจที่จะปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมเกี่ยวกับสิ่งนั้นๆ ได้และประสบผลสำเร็จ ในเรื่องดังกล่าว ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองและทารกในครรภ์ได้ดีกว่าไม่ได้รับความรู้เลย

ด้านผลลัพธ์การตั้งครรภ์ จากการศึกษา พบว่า ภายหลังการใช้ แอปพลิเคชัน “มาม่า”กลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีความเข้มข้นของเลือดและของน้ำหนักเพิ่มขึ้น และอยู่ในเกณฑ์ปกติ ถึงแม้ว่า จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจะแสดงให้เห็นว่าการศึกษาเกี่ยวกับ ประสิทธิผลของการใช้ Mobile application ต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์และภาวะของทารกใน ครรภ์โดยตรงในปัจจุบันยังมีน้อย แต่การศึกษาเพื่อวัดผลเบื้องต้น พบว่าการใช้แอปพลิเคชัน การออกกำลังกายช่วยควบคุมน้ำหนักมารดาตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ และช่วยลดการสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์[7] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า มารดาที่ใช้ แอปพลิเคชัน “มาม่า” มีน้ำหนักโดยเฉลี่ยก่อนคลอด (67.95 กิโลกรัม) มากกว่าก่อนตั้งครรภ์ (56.77 กิโลกรัม) เท่ากับ 11.18 กิโลกรัม อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลการทดสอบค่าความเข้มข้นของเลือดในการเจาะเลือดครั้งที่ 2 หรือ Lab 2 (36.35%) มากกว่าความเข้มข้นของเลือดในการเจาะครั้งแรก หรือ Lab 1 (35.01%) เท่ากับ 0.34% นอกจากนี้ยังพบการนำแอปพลิเคชันมาใช้ในการดูแลสุขภาพในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพและให้ผลลัพธ์ที่ดี อาทิเช่น การศึกษาของสุธิดา นครเรียบและคณะศึกษาประสิทธิผลของโมบายแอปพลิเคชันต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการให้ความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น[7] และจากศึกษาของธิติพร สุวรรณอำภาและคณะ[8] ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ พบว่า การให้ความรู้โดยใช้โมบายแอปพลิเคชันในขณะตั้งครรภ์ สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ได้[8] เช่นเดียวกับการศึกษาของอัมพร ขันจันทร และคณะ [9] ศึกษาประสิทธิผลของโมบายแอพพลิเคชั่นในการให้ความรู้เรื่องการรักษาโรคไฮเปอร์ไทรอยด์ด้วยไอโอดีนรังสี -131 ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าหลังการใช้โมบายแอพพลิเคชั่นในการให้ความรู้เรื่องการรักษาโรคไฮเปอร์ไทรอยด์ด้วยไอโอดีนรังสี-131 ในจังหวัดนครราชสีมากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์และคณะ[10] ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการติดตามด้วยแอพพลิเคชั่น LINE ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายแกว่งแขน และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่า หลังการทดลอง เมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายดีขึ้น สอดคล้องกับ Kusnanto, et al[11] ศึกษาเกี่ยวกับแอพพลิเคชั่นปฏิทินโรคเบาหวาน (DM-calendar) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีปฏิทินเบาหวานบนแอนด์ดรอย (Android) มีผลทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเอง ช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการตนเองที่ดีขึ้น สอดคล้องกับ อินทิรา สุขรุ่งเรือง และคณะ[12] ศึกษาการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือต่อภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสถานการณ์วิกฤตโควิด 19 พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างใช้แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือที่มีความรู้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ความพึงพอใจจากการใช้งานโปรแกรม แอปพลิเคชัน “มาม่า” พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจต่อโปรแกรม ฯในระดับมากที่สุด ได้แก่ ความพึงพอใจในภาพรวมเนื้อหามีประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และใช้งานใช้งานง่าย ตามลำดับ ส่วนความพึงพอใจในระดับ มาก คือ ภาษา ที่ใช้เข้าใจง่ายและสื่อความหมายชัดเจน มีข้อมูลครบถ้วนตรงตามความต้องการในการดูแลสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์ มีข้อมูลช่วยให้คลายความกังวลใจเมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ และ ขนาดอักษร และรูปแบบอักษรสวยงามและอ่านง่าย ซึ่งสอดคล้องกับการทำงานของ โปรแกรม “มาม่า” (Ma-Ma) นอกจากนี้ Mobile application ยังเป็นช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ได้รับความนิยมมากขึ้นในอนาคต

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า จากการวิจัยครั้งนี้ โปรแกรมการประยุกต์ใช้แอพลิเคชัน “มาม่า” สามารถส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ได้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ความเข้มข้นและน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับ โบว์ชมพู บุตรแสงดี และคณะ [13] ที่ศึกษาผลของการใช้แอปพลิเคชันในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดต่อการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของสตรีวัยรุ่นครรภ์แรก พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดและคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประสบการณ์การคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุม และยังสอดคล้องกับจันทกานต์ กาญจนเวทางค์และคณะ[2] พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในระยะตั้งครรภ์มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ใช้โปรแกรมแอปพลิเคชัน “มาม่า” มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษาวิจัยต้องขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล ที่เอื้อเฟื้อการทำงานและการเก็บข้อมูล และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยจนแล้วเสร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. กาญจนา ศรีสวัสดิ์, ชุติมา ปัญญาพินิจนุกูร. ความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารพยาบาลทหารบก. 2559:17;7-11.
2. จันทกานต์ กาญจนเวทางค์, ธรา อั่งสกุล, ปัทมา ทองดี, แมนวัฒน์ โชคสุวัฒนสกุล. รายงานการวิจัยการประยุกต์ใช้นวัตกรรมโปรแกรมประยุกต์ "เพร็กแคล" บนโทรศัพท์มือถือเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น: การศึกษานำร่อง ณ โรงพยาบาลโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2562.
3. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New Jersey, U.S: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
4. Pender NJ, Carolyn M, Mary AP. Health promotion in nursing practice. USA: Prentice Hall; 2006.
5. Djuwitaningsih S, Setyowati. The Development of an Interactive Health education Model Based on the Djuwita Application for Adolescent Girls. Comprehensive child and adolescent nursing. Stroke 2017;40. doi: 10.1080/24694193.2017.1386986

6. Joyce H. App challenged: Are midwives prepared. Australian Nursing & Midwifery Journal 2016:23;32-9.
7. สุธิดา นครเรียบ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, สงคราม โชติกอนุชิต, วชิรศักดิ์ วานิชชา. ประสิทธิผลของโมบายแอพพลิเคชั่นต่อความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล 2560;35:58-69.
8. ธิติพร สุวรรณอำภา, ทัศนีย์วรรณ พฤกษาเมธานันท์. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยใช้โมบายแอปพลิเคชันต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์. วารสารสภาการพยาบาล 2566;38:98-111.
9. อัมพร ขันจันทร, ลาวัลย์ ตันสกุลรุ่งเรือง, เสาวนีย์ สมันต์ตรีพร, ศิริพร สัจจานันท์. ประสิทธิผลของโมบายแอพพลิเคชั่นในการให้ความรู้เรื่องการรักษาโรคไฮเปอร์ไทรอยด์ด้วยไอโอดีนรังสี-131 ในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น 2564;7:273-84.
10. ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ และพรสวรรค์ คำทิพย์. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการติดตามด้วยแอพพลิเคชั่น LINE ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายแกว่งแขน และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารสภาการพยาบาล 2563;35:52-69.
11. Kusnanto, Widyanata KAJ, Suprajitno, Arifin H. DM-calendar app as a diabetes self-management education on adult type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial. J Diabetes Metab Disord 2019;18:557-63. doi: 10.1007/s40200-019-00468-1. PMID: 31890682; PMCID: PMC6915201.
12. อินทิรา สุขรุ่งเรือง และดาราวรรณ รองเมือง. การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือต่อภาวะแทรกซ้อนจากการล้างไตทางช่องท้องและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในสถานการณ์วิกฤตโควิด 19. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2021;32:171–88.
13. โบว์ชมพู บุตรแสงดี, ชลดา จันทร์ขาว. ผลของการใช้แอปพลิเคชันในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคลอดต่อการเผชิญความเจ็บปวดระยะคลอดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของสตรีวัยรุ่นครรภ์แรก. วารสารพยาบาลกาชาดไทย 2564:14;241-55.

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ
วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ได้ดำเนินการจัดทำวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการทางสุขภาพและที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา รวมทั้งนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ประเภทบทความที่ตีพิมพ์

ประเภทบทความที่รับพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร มีรายละเอียดดังนี้

1. บทความวิจัย (Research Article) เป็นผลงานที่ได้มาจากการค้นคว้าและวิจัยด้วยตนเอง
2. บทความวิชาการ (Academic Article) เป็นผลงานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทางวิชาการ มีการวิเคราะห์เปรียบเทียบ โดยมุ่งเน้นการนำเสนอความรู้ใหม่ในเชิงวิชาการ
3. การทบทวนวรรณกรรม (Literature review) คือ งานเขียนที่ศึกษาค้นคว้า มีการผสมผสานแนวคิด การทบทวนความก้าวหน้าของเรื่องใดเรื่องหนึ่งและสรุปความรู้ในเรื่องนั้น จากหลายๆ การศึกษาเพื่อนำเสนอแนวคิด หรือองค์ความรู้ใหม่ ๆ โดยมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์องค์ความรู้ มีข้อวิจารณ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป
4. บทความรับเชิญ (Invitation Article) เป็นผลงานที่ได้จากความเชี่ยวชาญ หรือองค์ความรู้ที่สะสมอยู่ในตัวบุคคล ประกอบด้วย บทนำ เนื้อหาที่เป็นองค์ความรู้ และบทสรุปที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อ่าน
5. บทความอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทางสุขภาพ และที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา

การรับบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์

การรับบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ มีรายละเอียด ดังนี้

1. บทความจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น
2. บทความวิจัยที่ศึกษาวิจัยและทดลองในมนุษย์ต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
3. บทความต้องได้รับความยินยอมจากผู้เขียนทุกคน โดยผู้เขียนจะต้องลงนามในหนังสือรับรองบทความวิจัย บทความวิชาการ ของวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
4. บทความต้องไม่ซ้ำซ้อน หรือละเมิดลิขสิทธิ์จากผลงานเขียนของผู้อื่น
5. ผู้นิพนธ์ต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความตามอัตราที่วารสารกำหนดเพื่อเป็นค่าจัดทำวารสารและค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิอ่านประเมินคุณภาพบทความ (ตามประกาศหลักเกณฑ์และอัตราค่าธรรมเนียมตีพิมพ์บทความของวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์) ทั้งนี้ การชำระค่าธรรมเนียมจะเกิดขึ้นก่อนการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ เมื่อผู้นิพนธ์ชำระค่าธรรมเนียมแล้ว จะไม่สามารถขอรับเงินคืนได้ ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น

6. วารสารจะพิจารณาการตีพิมพ์บทความเมื่อได้รับเอกสารครบถ้วน และรูปแบบบทความถูกต้องตามที่วารสารกำหนด

หลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพบทความ

หลักเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพบทความทางวิชาการ ที่ส่งเข้ามาเพื่อรับการพิจารณา มีรายละเอียดดังนี้

1. ประเภทของบทความที่ได้รับการประเมินคุณภาพเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร ประกอบด้วยบทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Academic Article) การทบทวนวรรณกรรม (Literature review) บทความรับเชิญ (Invitation Article) หรือรายงานการวิจัยทางสุขภาพหรือที่เกี่ยวข้องทางสุขภาพและที่เกี่ยวข้องของนักวิชาการ พยาบาล บุคลากรทางสุขภาพ และทางการศึกษา

2. บทความทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่าน โดยเป็นการประเมินแบบ Double Blinded

3. บทความที่ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ จะได้รับการพิจารณาความถูกต้องตามหลักวิชาการในขั้นตอนสุดท้ายจากกองบรรณาธิการ

4. ผู้นิพนธ์จะได้รับหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความในวารสาร เมื่อการตัดสินความถูกต้องตามหลักวิชาการจากกองบรรณาธิการ เป็นที่สิ้นสุด

ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

กำหนดการออกต้นฉบับ

วารสารฯ มีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับ คือ

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

สมาชิกและผู้สนใจทุกท่านสามารถส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การเตรียมต้นฉบับ

การเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการ และบทความวิจัย มีดังนี้

บทความวิชาการ บทความวิจัย

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Office Word ตัวอักษร Microsoft Office Word ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 และใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้ว (2.54 เซนติเมตร) โดยรอบ ความยาวไม่ควรเกิน 13 หน้า โดยไม่รวมเอกสารอ้างอิง
2. การใช้คำภาษาไทย การแปลศัพท์ภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดตามหลักการใช้คำของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อยกเว้นเป็นคำที่ยอมรับกันทั่วไป
3. ชื่อเรื่องพิมพ์ไว้กลางหน้ากระดาษ ใช้อักษร TH Sarabun PSK ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 20 pt.

4. ชื่อผู้เขียนพร้อมทั้งคุณวุฒิอยู่ใต้ชื่อเรื่องเยื้องไปทางขวามือใช้อักษร TH Sarabun PSK ตัวหนา ขนาดตัวอักษร 16 pt.
5. ตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของผู้เขียนอยู่ด้านล่างของบทคัดย่อในหน้าแรกเยื้องทางซ้ายมือใช้อักษร TH Sarabun PSK ตัวปกติ ขนาดตัวอักษร 12 pt.
6. ทั้งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการต้องมีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวนไม่เกิน 350 คำ/บทคัดย่อ) พร้อมทั้งคำสำคัญ (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
7. จำนวนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ หรือรายงานการวิจัย ไม่น้อยกว่า 5 แต่ไม่ควรเกิน 30 เรื่อง
8. ถ้ามีตารางหรือแผนภูมิ ออกแบบตารางให้เหมาะสมจากนั้นทำการแทรกตารางโดยไม่มีเส้นแนวตั้งและหลีกเลี่ยงการอธิบายซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง

   ตัวอย่าง

   ตารางที่ ...

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ

9. ภาพประกอบ ให้ใช้ภาพลายเส้นขาวดำ ถ้าเป็นภาพถ่ายให้ใช้ขนาดโปสการ์ด โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านล่างของภาพ หากเป็นผลงานของบุคคลอื่นให้ระบุที่มาของภาพไว้ใต้ภาพ พร้อมทั้งอ้างอิงตัวเลขไว้ท้ายข้อความและทำการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย

2. การลำดับหัวข้อในการเขียนบทความเพื่อการตีพิมพ์ ให้เรียงหัวข้อตามลำดับดังนี้

2.1 บทความวิชาการ

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

2.1.4 เอกสารอ้างอิง

2.2 บทความวิจัย

2.2.1 บทคัดย่อภาษาไทย
2.2.2 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
2.2.3 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
2.2.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
2.2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย
2.2.6 สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
2.2.7 วิธีดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

2.2.7.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.2.7.2 การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

2.2.7.3 เครื่องมือการวิจัย

2.2.7.4 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2.7.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

2.2.8 ผลการวิจัย

2.2.9 การอภิปรายผล

2.2.10 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

2.2.11 กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

2.2.12 เอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

แนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตามระบบแวนคูเวอร์ โดยใช้ตัวเลขยก (Super script) ชิดกับข้อความที่อ้างอิง โดยรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การอ้างอิงในเนื้อหา (In- text citation) 2) การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือเอกสารอ้างอิง (Reference)

1. การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่น ไม่ว่าบางส่วน หรือทั้งหมดมาอ้างอิงในบทความ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้เขียนหรือ หลังข้อความที่อ้างอิง และใช้ลำดับเดิมในกรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายเล่ม จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหาโดยมีวิธีการอ้างอิง ดังนี้

1.1 การอ้างอิงที่เน้นผู้เขียน หรือผู้เขียนเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลังชื่อผู้เขียน

ตัวอย่าง

นุสรา ประเสริฐศรี และคณะ[1] ทำวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ระหว่างรับการรักษาด้วยรังสีรักษา

1.2 การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา หรือผู้เขียนไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตามหลังข้อความที่อ้างอิง

1.2.1 การอ้างอิงรายการเดียว

ตัวอย่าง

การใช้ปัญหาเป็นฐาน การใช้วิจัยเป็นฐาน การใช้สถานการณ์จำลอง รวมทั้งการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐาน (Project based learning)[2]

1.2.2 การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงเป็นลำดับที่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) คั่นระหว่างตัวเลขแต่ถ้าตัวเลขลำดับการอ้างอิงไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข

ตัวอย่าง

กระบวนการสอนโดยใช้โครงการเป็นฐานครั้งนี้ มีกระบวนการคล้ายคลึงกันกับการศึกษาที่ผ่านมา[3,5]

กิจกรรมให้ผู้เรียนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เพื่อให้คิดเป็น ทำเป็น มีการค้นคว้า และจัดการเผชิญปัญหาได้เหมาะสม[6-8]

2. การอ้างอิงท้ายเล่ม เป็นการนำรายการอ้างอิงในเนื้อหามารวบรวมไว้ในส่วนท้ายของบทความในหัวข้อเอกสารอ้างอิง (References) โดยจัดเรียงตัวเลขตามลำดับ 1, 2, 3,..... ซึ่งตัวเลขต้องสอดคล้องกับลำดับตัวเลขของการอ้างอิงในเนื้อเรื่อง ข้อมูลที่นำมาเขียนเอกสารอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง สำหรับตัวอย่างที่ใช้บ่อยมีดังนี้

1. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปี.
(ชื่อผู้แต่งคนไทย เขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม)

ตัวอย่าง

1. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย; 2550.

1.1 ผู้แต่งชาวต่างประเทศไม่เกิน 6 คน เขียนสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง

2. Zerhouni E, Berg JM, Hrabowski FA, Kington R, Landis SCR. Training the workforce for 21st century science: A vital direction for health and health care. Washington, DC: National Academy of Medicine; 2016.

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

ตัวอย่าง

3. ขนิษฐา นันทบุตร, พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, รัชตวรรณ ศรีตระกูล, จารุณี สรกฤช, อุไร จเราประพาฬ, พรรณิภา ไชยรัตน์, และคณะ. คู่มือการจัดการความรู้ พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พริ้นติ้ง; 2557.
4. Cirawattanakul S, Sawancharoun K, Runruangkamonkit S, Arnusonteerakul S, Chongaudomkarn D, Wattanakulkeart S, et al. Prevention of and dealing with teenage pregnancy. Khon Kaen University: Centre for research and training on gender and woman's health; 2011.

1.3 การอ้างอิงบทหนึ่งของหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ (Chapter in a book) มีรูปแบบ ดังนี้

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

ตัวอย่าง

5. วิชัย โชควิวัฒน์. จริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรรณี ปิติสุทธิธรรม, ชยันต์ พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พริ้นติ้ง; 2552. หน้า 255-78.
6. Nitirat P, Sitanon T. Surveillance rapid response team (SRRT): A proactive model of health prevention excellence. In: Turner K, editor. Bangkok: Sahamitr Printing & Publishing; 2013. p. 45-55.

คำอธิบายเพิ่มเติม

1. ชื่อผู้แต่ง (Authors) ชื่อผู้แต่งอาจจะเป็นบุคคล หน่วยงาน บรรณาธิการ (editor) หรือคณะบรรณาธิการ (editors) ให้ใช้ข้อกำหนดเดียวกันกับชื่อแต่งในการอ้างอิงบทความจากวารสาร
2. ชื่อหนังสือ (Title of the book) ให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของ ชื่อหนังสือและชื่อเฉพาะนอกนั้นใช้ตัวเล็กทั้งหมด
3. ถ้าหนังสือมีมากกว่า 1 เล่ม และใช้ประกอบการเขียนหมดทุกเล่มให้ใส่จำนวนเล่มทั้งหมด เช่น 2 vols. หรือ 3 เล่ม. หากอ้างเพียงเล่มใดเล่มหนึ่งให้ใส่เฉพาะเล่มที่อ้าง เช่น Vol. 2. หรือ เล่ม 3.
4. ครั้งที่พิมพ์ (Edition) ถ้าเป็นการพิมพ์ครั้ง 1 ไม่ต้องใส่ส่วนนี้ในรายการอ้างอิงให้ใส่เมื่อเป็นการพิมพ์ครั้งที่ 2, 3, 4....เป็นต้นไป เช่น 2nd ed. 3rd ed. 4th ed. ... ถ้าเป็นเล่มที่มีการการปรับปรุงแก้ไขให้ลงรายการดังนี้ 4th rev. ed.

5. เมืองที่พิมพ์หรือสถานที่พิมพ์ (Place of publication) ให้ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้ามีหลายเมืองให้ใช้เมืองแรก ถ้าเมืองไม่เป็นที่รู้จักให้ใส่ชื่อย่อของรัฐหรือประเทศ ถ้าหากไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์ให้ใช้คำว่า n.p. ซึ่งย่อมาจาก no place of publication และ ภาษาไทยใช้คำว่า ม.ป.ท. ย่อมาจากคำว่า ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์ แล้วตามด้วยเครื่องหมาย colon (:)
6. สำนักพิมพ์ (Publisher) ให้ใส่เฉพาะชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏในหนังสือ แล้วตามด้วย semicolon (;) โดยไม่ต้องระบุสถานะว่าเป็น ห.จ.ก., บริษัท, จำกัด, co., Ltd. เช่น เรือนแก้วการพิมพ์, Mosby, W.B. Saunders ยกเว้น โรงพิมพ์ของหน่วยงาน ส่วนราชการให้ใส่คำว่า โรงพิมพ์ หรือสำนักพิมพ์ด้วย เช่น โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และหากหนังสือเล่มนั้นเป็นสิ่งพิมพ์รัฐบาล ให้ลงชื่อหน่วยราชการที่รับผิดชอบการจัดทำหนังสือนั้นเป็นผู้พิมพ์แม้จะมีชื่อสำนักพิมพ์/โรงพิมพ์ก็ตาม
7. ปีพิมพ์ (Year) ถ้าเป็นหนังสือภาษาไทยให้ใส่เฉพาะตัวเลขของ ปี พ.ศ. หรือ ค.ศ. ถ้าเป็นหนังสือภาษาต่างประเทศ แล้วจบด้วยเครื่องหมาย มหัพภาพ (.)

2. การเขียนอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

ชื่อผู้แต่ง (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year);เล่มที่ของวารสาร (Volume):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง

7. ลักขนา ชอบเสียง. การออกกำลังกายเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาล การสารธารณสุขและการศึกษา 2561;19:25-35.
8. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan, C. The understanding of spirituality of spirituality and the role of spiritual care in end-of-life and palliative care: A meta-study of qualitative research. Palliat Med 2010;24:753-70. doi:10.1177/0269216310375860

คำอธิบายเพิ่มเติม

1. ชื่อผู้แต่ง ผู้แต่งที่เป็นชาวต่างประเทศ ให้เขียนชื่อสกุลขึ้นก่อน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่ต้องมีเครื่องหมายใดๆ คั่น ถ้าผู้แต่งมีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.) ชื่อผู้แต่งที่เป็นคนไทย ให้เขียนแบบภาษาไทยโดยเขียนชื่อและนามสกุลเป็นคำเต็ม
2. ชื่อบทความ บทความภาษาไทย ให้เขียนแบบคำไทย บทความภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ (Capital letter) เฉพาะตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนั้นใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด
3. ชื่อวารสาร วารสารไทย ให้ใช้ชื่อเต็ม เช่น จุฬาลงกรณ์เวชสาร ขอนแก่นเวชสารฯ วารสารต่างประเทศใช้ชื่อย่อตาม มาตรฐานสากลที่กำหนดไว้ใน Index Medicus โดยตรวจสอบได้จาก Journals in NCBI Databases จัดทำโดย National Library of Medicine (NLM) ซึ่งคำย่อเหล่านี้ได้เขียนตามกฎการเขียนคำย่อของ American National Standard for Information Sciences Abbreviation of Title of Publications

4. ปี เดือน เล่มที่ และฉบับที่ เนื่องจากวารสารส่วนมากจะมีเลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี ตั้งแต่ฉบับที่ 1 ไปจนจบฉบับสุดท้าย การลงรายการแบบ Vancouver จึงให้**ใส่เฉพาะ ปี (year) และเล่มที่ (volume) เท่านั้น** ไม่ต้องใส่เดือน วันที่ และฉบับที่
5. เลขหน้า (Page) ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย โดยใช้ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับเลขหน้าสุดท้าย เช่น หน้า 10-18 ใช้ 10-8 หน้า 198-201 ใช้ 198-201
6. สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิตอล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ใส่รหัสบทความดิจิตอลด้วย

3. การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper) มีรูปแบบดังนี้

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า.

ตัวอย่าง

9. จงลักษณ์ ทวีแก้ว, เขมนันท์ พูลสุขโข, จิตรารัตน์ มณีวงษ์, จิราพร สีสรรณ์, จุฑามณี ถนอมทรัพย์, เจนจิรา ซึมกระโทก และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ณ ชุมชนเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. ใน: พูลสุข เจนพานิชย์วิสุทธิพันธ์ และคณะ, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ BCNSP National and International Conference; 30 พฤษภาคม-1 มิถุนายน 2561; โรงแรมสุนีย์แกรนด์. อุบลราชธานี; 2561. หน้า 575-91.
10. Macer D. Bioethical implications of public health from environmental issues in light of Fukushima. In: Poddar S. editor. International conference on allied health sciences. 22nd-24th July 2011; Malaysia. Kurla Lumpur: Percetakan Horizon Waves; p.16-22.

4. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

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

ตัวอย่าง

11. เพ็ญศิริ ดำรงภคภากร, บรรณาธิการ. การเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งตามประสบการณ์ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. การประชุมวิชาการระดับชาติ Nakhon Phanom Conference in Health Care ครั้งที่ 1; 26-27 มิถุนายน 2557; วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม. นครพนม: อรุณการพิมพ์; 2557.
12. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation) มีรูปแบบ ดังนี้

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

ตัวอย่าง

13. พนัชญา ขันติจิตร. อาการคันตามผิวหนัง กลวิธีการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ ตามการรับรู้ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
14. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis, MO: Washington University; 1995.

6. การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ มีรูปแบบ ดังนี้

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

ตัวอย่าง

15. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยด้านระบบสุขภาพ [อินเตอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: https://www.egov.go.th/th/e-government-service/1481/
16. World Health Organization (WHO). International Health Regulations [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 9]. Available from: http://www.who.int/publications/en/

7. การอ้างอิงบทความวารสารบนอินเตอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

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

ตัวอย่าง

17. ระวี สิริประเสริฐ, นุชลดา โรจนประภาพรรณ. รูปแบบการพัฒนาระบบการคัดกรองสุขภาพประชาชน จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.พ. 2554];19:409-21. เข้าถึงได้จาก: http://pubnet.moph.go.th/pubnet2/e_doc.php?id=2593
18. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15];363:1687-9. Available from: http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466

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

สอบถามรายละเอียด

บรรณาธิการวารสาร

ดร.พัชรี ใจการุณ โทรศัพท์ 085-564-6532

กองบรรณาธิการ

นางสาวนุสรา	ประเสริฐศรี	โทรศัพท์ 061-4265191
นางสาดี	แฮมิลตัน	โทรศัพท์ 081-2593003
นางอภิรดี	เจริญนุกูล	โทรศัพท์ 086-3640121

เลขานุการ

นางสาวสิรภัทร โจมสติ โทรศัพท์ 064-8780860 โทรสาร 045-255-709

E-mail: journal@bcnsp.ac.th