



วารสารสาธารณสุขล้านนา Lanna Public Health Journal

ISSN 1686 - 7076

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2555 Volume 8 No. 2 May - August 2012

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

หน้า

Original Articles

Page

- | | |
|--|---|
| <p>ปัจจัยเสี่ยงของมารดาที่มีผลต่อน้ำหนักทารกแรก
เกิดที่ต่ำกว่าเกณฑ์ในโรงพยาบาลจอมทอง
จังหวัดเชียงใหม่
อภิชัย ไพยารมณ</p> | <p>109 Mathernal risk factor affecting low birth weight
infant at Chomthong Hospital,
Chiang mai Province
Apichai Phiyarom</p> |
| <p>ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพต่อ
พฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร
ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยทำงานในตำบล
ร้องเข็ม จังหวัดแพร่
เอกชัย คำลือ และคณะ</p> | <p>122 Effect of health counselling program on health
behaviors and fasting blood glucose level in
working age for pre-diabetes in Rongkam sub-
district, Phrae Province
Ekkachai Kumlue et al.</p> |
| <p>การศึกษาผลการรักษาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า
1,500 กรัม ในโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่
นุชนาถ พบประเสริฐ</p> | <p>136 Outcomes of Very Low Birth Weight Infant man-
agement in Sansai Hospital, Chaing Mai Province
Nuchanat Pobprasert</p> |
| <p>ประสิทธิภาพของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่ายใน
โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา
จังหวัดเชียงใหม่
ธนิต บรรสพผล</p> | <p>148 The efficacy of Easy Asthma Clinic in Watchan
Hospital for His Majesty the King 80th Birthday,
Chiang Mai Province
Thanit Bunsoppol</p> |
| <p>ความเสี่ยงและการดูแลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
บดินทร์ จักรแก้ว</p> | <p>160 Risk and Management in Adolescent Pregnancy
Bordin Jakkaew</p> |

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสาธารณสุขล้านนา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ ยินดีรับบทความวิชาการ และผลงานวิชาการที่เกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ เพื่อเผยแพร่แก่หน่วยงานด้านการแพทย์ สาธารณสุข และผู้สนใจเกี่ยวข้อง โดยเรื่องที่จะส่งตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขต้นฉบับและพิจารณาตามลำดับก่อนหลัง และตามหลักเกณฑ์คำแนะนำดังต่อไปนี้

หลักเกณฑ์การส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า หรือวิจัย การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการศึกษา (Original article) ผลการศึกษา สรุป วิเคราะห์ ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

บทความวิชาการทั่วไป (General article) ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่หรือ เรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ โดยเรียบเรียงจาก วารสาร หรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ ความรู้โรคที่นำมาเขียน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ค่อยพบได้บ่อย หรือไม่เคยพบมาก่อน ประกอบด้วย บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

ย่อเอกสาร (Abstract) อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศ หรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 3 ปี ควรมีบทวิจารณ์สั้นๆของผู้ย่อด้วย

2. การเตรียมต้นฉบับเพื่อลงตีพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา ชื่อเรื่องต้องมีทั้ง ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้ใช้คำเต็มมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ปริญา หรือคุณวุฒิใช้ตัวย่อที่เป็นสากล ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของ ผู้อ่าน หากให้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็น ประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และบทสรุป หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ หรือคำหลัก (Key words) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index)

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมุติฐานและขอบเขตของการวิจัย

วิธีการศึกษา อธิบายถึงวัสดุและวิธีการดำเนินการวิจัย รูปแบบ สถานที่ วันเวลาที่ศึกษา วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย มาตรฐาน หรือวิธีการที่ใช้ ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายจากสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์ แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้ว่าอ่านทำความเข้าใจง่าย ผลต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา บรรยายเป็นร้อยแก้ว หากมีตัวเลขไม่ซับซ้อน ถ้ามีตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ให้ใช้ตารางและแปลความหมายของผลที่พบ หรือวิเคราะห์จากตาราง แสดงเฉพาะที่สำคัญๆ ตารางพิมพ์แยกต่างหาก เรียงลำดับก่อน-หลัง ตามที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อง และมีคำอธิบายเพิ่มเติมในตารางภาพประกอบ สามารถเตรียมส่งรูป Postcard ขาว-ดำ 3*5 นิ้ว บันทึกรูปนามสกุล .JPEG

วิจารณ์/อภิปรายผล ควรเขียนการอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐาน/วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด เหมือน หรือแตกต่างจากผู้อื่นหรือไม่ เหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น เน้นเฉพาะสำคัญและใหม่ๆ ไม่ควรนำเนื้อหาในบทนำ หรือผลมากล่าวซ้ำในบทวิจารณ์ ควรแสดงข้อเด่น ข้อบกพร่องของการศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต และควรอ้างอิงถึงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย สรุปให้ตรงกับผลที่ต้องการจากวัตถุประสงค์

ข้อเสนอแนะ ควรเขียนข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ หรือข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป ควรสั้นกะทัดรัด

กิตติกรรมประกาศ เขียนขอบคุณสั้นๆ ต่อผู้ร่วมวิจัยและขอบคุณหน่วยงาน หรือบุคคลที่สนับสนุนวิจัยทั้งด้านวิชาการและทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การเขียนเอกสารอ้างอิงในเอกสารหลัก ดังนี้ ให้วางเล็บชื่อผู้แต่ง ใส่เครื่องหมายจุลภาค (.) ตามด้วยปี พ.ศ. ที่เผยแพร่ เช่น ภาษาไทย (ธีระ รามสูตและคณะ, 2526) ภาษาอังกฤษ (Tesana *et al.*, 1992)

2. เอกสารอ้างอิง อ้างอิงผู้เขียนภาษาไทยให้เรียงชื่อ นามสกุล ถ้าเป็นภาษาอังกฤษให้เรียงนามสกุล ชื่อ หากเป็นภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus ราชบัณฑิตยโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง เพิ่มเติมเรื่องโรคติดต่ออันตราย, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 120 ตอนพิเศษ 42 ง. (ลงวันที่ 8 เมษายน 2546)

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงวารสาร โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอน

ภาษาอังกฤษ: ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อวารสาร. ปี พ.ศ.; ปีที่พิมพ์ (ฉบับที่พิมพ์): หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

Tesana S, Srisawangwong T, Kaewkes S, Sithithaworn P, Kanla P, Arunyanart C. Egg shell morphology of the small eggs of human trematodes in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health 1992; 22: 631- 636.

ในกรณีที่ผู้แต่งไม่เกิน 7 คน ให้ใส่รายชื่อผู้แต่งทุกคนขึ้นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้าเกิน 7 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม *et al.*

ภาษาไทย : ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็มตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็น ตัวเต็ม Font 16

ตัวอย่าง

ธีระ งามสุด. วิฤติกรรมโรคเอดส์ในสังคมไทย. วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์. 2533; 6(2): 69 - 81

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา: ลำดับที่.ชื่อผู้แต่ง (สกุลอักษรย่อของชื่อหน่วยงาน). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์: หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

Fenner F, Hall AJ, Dowdle WR. What is eradication? In: Dowdle WR, Hopkins DR, eds. The eradication of infectious diseases. Chichester: John Wiley&Sons, 1998: 13-18.

3.3 การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา:

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: (ชื่อบรรณาธิการ), บรรณาธิการชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์: หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

อมร ลีลารัศมี, สุรพล สุวรรณกุล. ระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. ใน: อมร ลีลารัศมี, สุรพล สุวรรณกุล, บรรณาธิการ. โรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์. กรุงเทพมหานคร : ที พี พรินท์ จำกัด, 2536: 24-26.

3.4 การอ้างอิงรายงานการประชุม/สัมมนา (Conference proceedings)

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

3.5 การอ้างอิงวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ประเภทปริญญา. ภาควิชา คณะ เมือง: มหาวิทยาลัย; ปีที่รับปริญญา.

3.6 การอ้างอิงอื่นๆ

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์, 2538: 545.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวโดยใช้ Font : Cordia UPC ขนาด 16 เว้น

ระยะบรรทัด 1.15 - 2 บรรทัด เพื่อสะดวกต่อการปรับตรวจแก้ไข

4.2 ภาพประกอบ เป็นภาพขาวดำเท่านั้น การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก

4.3 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 3 ชุด ถึง

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขล้านนา

กลุ่มพัฒนาวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่

เลขที่ 18 ถนนบุญเรืองฤทธิ์ ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

หรือส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ E mail address: lannadpc10@hotmail.com

เรื่องที่ได้รับการพิจารณาให้ตีพิมพ์ ผู้นิพนธ์จะต้องส่งแผ่นซีดีบันทึกผลงานที่แก้ไข

เรียบร้อยแล้ว ให้กองบรรณาธิการ

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

เรื่องที่ได้รับการพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งสำเนาพิมพ์ (Reprint) ให้ผู้เขียน

เรื่อง ละ 5 ชุด (ผู้เขียนคนแรก)

ส่ง กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขล้านนา

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ (กลุ่มพัฒนาวิชาการ)

เลขที่ 18 ถนนบุญเรืองฤทธิ์ ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

ปัจจัยเสี่ยงของมารดาที่มีผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดที่ต่ำกว่าเกณฑ์ในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

(Maternal risk factor affecting low birth weight infant at Chomthong Hospital,
Chiang Mai Province)

อภิชัย ไพยารมณ พ.บ.ว.กุมารเวชศาสตร์

Apichai Phiyarom M.D.

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลจอมทอง

Department of Pediatrics, Chomthong Hospital

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงของมารดาและความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงกับทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาอายุครรภ์ตั้งแต่ 30 สัปดาห์ คลอดทารกแรกเกิดมีชีพ ที่โรงพยาบาลจอมทอง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2554 จำนวน 862 ราย เป็นมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 108 คน และมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม จำนวน 754 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกทะเบียนคลอดและเวชระเบียนผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Chi square test และ Multiple logistic regression ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์โรงพยาบาลจอมทอง ปี 2554 เป็นร้อยละ 12.53 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ได้แก่ อายุมารดาขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปีและมากกว่า 35 ปี ($p < 0.001$) อายุครรภ์ขณะคลอดน้อยกว่า 37 สัปดาห์ ($p < 0.001$) น้ำหนักตัวมารดา ก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 40 กิโลกรัม ($p < 0.001$) น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์มากกว่า 10 กิโลกรัม ($p < 0.001$) ดังนั้นควรจะมีการดูแลมารดาตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงเหล่านี้ เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะไม่พึงประสงค์ดังกล่าว

คำสำคัญ : ทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์, ปัจจัยเสี่ยง, โรงพยาบาลจอมทอง

Abstract

This study was a retrospective investigation aimed to describe maternal risk factors of low birth weight newborns and their associations. Collection of the data was to review 862 mothers who delivered live birth newborns with the gestation age >30 weeks between 1st January to 31st December, 2011 at Chomthong hospital, Chiang Mai. Among those, there were 108 mothers (12.53%) delivered babies whose the birth weight were less than 2,500 grams treated as the case group, and 754 mothers were the control group. Findings from the multiple logistic regression analysis showed the number of statistically significant risk factors of the low birth weight were maternal ages between <20 yrs. and >35 yrs. ($p < 0.001$), gestational age < 37 weeks ($p < 0.001$), maternal weight at pregnancy <40 kgs. ($p < 0.001$), pregnancy weight gained >10 kgs. ($p < 0.001$). The study suggests the gynecologists should pay more attention to pregnancy women to concern with those risk factors to prevent the low birth weight conditions and their prenatal cares.

Keywords: Low birth weight, Risk factors, Chomthong Hospital

บทนำ

น้ำหนักตัวของทารกแรกเกิดเป็นตัวสะท้อนให้เห็นถึงสถานะตอนอยู่ในท้องของมารดาว่าเป็นอย่างไรบ้าง ได้รับอาหารเพียงพอหรือไม่และยังเป็นปัจจัยที่จะบ่งบอกถึงการเจริญเติบโตทั้งทางด้านร่างกายจิตใจในวันข้างหน้า (Ramakutty P *et al.*, 1983) น้ำหนักตัวทารกที่ต่ำกว่าเกณฑ์ตามที่ WHO กำหนดไว้ คือ น้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม นั้นยังเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของความเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดของทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา (Kramer MS, 1987) โดยทารกน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่า

ทารกน้ำหนักตัวปกติ (มากกว่า 2,500 กรัม) ถึง 20 เท่าและโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 4 อาทิตย์แรก หลังคลอดทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าทารกน้ำหนักปกติถึง 40 เท่า (UNICEF, 2012; Zlot A *et al.*, 1999) ถ้ามีชีวิตรอดก็มีโอกาสที่มีความผิดปกติทั้งด้านภาวะทุพโภชนาการ ท้องเสีย ติดเชื้อทางเดินหายใจหรือการติดเชื้ออื่นๆ นอกจากนั้นแล้ว เมื่อโตขึ้นมาก็อาจจะมีปัญหาทางด้านสมอง สติปัญญา ความเฉลียวฉลาด การเรียนรู้สิ่งต่างๆ ทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร การเจริญเติบโตน้อยกว่าทารกน้ำหนักตัวปกติ และมีโอกาสที่จะเป็นโรคเรื้อรังตามมาได้อีกด้วย

(Barker DJP. (ed), 1992; Johnson EO and Breslau N, 2000; World Health Organization, 2004)

ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยจึงต้องได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดและถือได้ว่าภาวะนี้เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศ การป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าวจึงมีความสำคัญยิ่ง ปัจจุบันพบว่าอัตราของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 15 ส่วนใหญ่อยู่ในทวีปเอเชียถึงร้อยละ 18.3 ซึ่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่าอยู่ที่ร้อยละ 11.6 ส่วนประเทศไทยเรามีอัตราการเกิดทารกต่ำกว่าเกณฑ์อยู่ที่ร้อยละ 9 โรงพยาบาลจอมทอง อำเภोजอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ มีอัตราการเกิดทารกต่ำกว่าเกณฑ์ ตั้งแต่ปี 2551 ถึง 2554 อยู่ที่ร้อยละ 14.66, 13.51, 12.35 และ 12.53 ตามลำดับ ซึ่งเป้าหมายตามคุณภาพโรงพยาบาลสายใยรักต้องไม่เกินร้อยละ 8 พบว่าได้มีการศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในหลายพื้นที่ ซึ่งพบว่าในแต่ละพื้นที่จะมีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน ในโรงพยาบาลจอมทองซึ่งมีอุบัติการณ์ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยสูงกว่าเป้าหมายที่โครงการสายใยรักแห่งครอบครัวกำหนดไว้นั้น ยังไม่เคยมีการรวบรวมข้อมูลหรือศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะดังกล่าวได้เลย

การศึกษานี้จึงเกิดขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ในการศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลจอมทอง เพื่อ

จะได้นำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและกำหนดกลวิธีเพื่อลดการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยการเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective study) ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ที่ได้จากการบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลที่ออกแบบไว้โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลการคลอดที่บันทึกไว้ในทะเบียนคลอดและเวชระเบียนผู้ป่วยระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2554 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2554

ประชากรที่ศึกษาได้แก่มารดาที่คลอดทารกแรกเกิดมีชีวิตอายุครรภ์ตั้งแต่ 30 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลจอมทอง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2554 จำนวน 862 ราย โดยจำแนกมารดาเป็น 2 กลุ่มได้แก่ มารดาที่คลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม มีจำนวน 108 ราย และมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป มีจำนวน 754 ราย ในกรณีของการคลอดทารกครรภ์แฝดจะถือเอาน้ำหนักแรกเกิดของทารกคนแรกเป็นหลักในการวิเคราะห์ โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกมารดาเฉพาะผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวและไม่มีบุตรพิการตั้งแต่กำเนิด

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติ Chi - Square test และ Multiple Logistic Regression ซึ่งกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

ผลการศึกษา

ในช่วงที่ทำการศึกษามีทารกแรกเกิดมีชีพอายุครรภ์ตั้งแต่ 30 สัปดาห์ ขึ้นไป คลอดที่โรงพยาบาลจอมทอง จำนวน 862 คน เป็นทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 108 คน ดังนั้น อัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย คือ ร้อยละ 12.53

ตารางที่ 1 แสดงปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมของมารดา

ปัจจัย	ทารกน้ำหนักน้อย กว่า 2,500 กรัม (คน)/(ร้อยละ)	ทารกน้ำหนัก มากกว่า 2,500 กรัม (คน)/ (ร้อยละ)	จำนวนทารก ทั้งหมด	X ²	df	P value
มีฐานะ						
พื้นราบ	61/ (11)	493/ (89)	554/ (100)	3.426	1	0.064
ชาวเขาและต่างด้าว	47/ (15.2)	261/ (86.8)	305/ (100)			
อาชีพ						
รับจ้าง	29/ (8.9)	296/ (91.1)	325/ (100)	14.634	5	0.012*
เกษตรกร	47/ (18.2)	210/ (81.8)	255/ (100)			
แม่บ้าน	17/ (10.2)	149/ (89.8)	166/ (100)			
ค้าขาย	8/ (13.3)	52/ (86.7)	60/ (100)			
รับราชการ	1/ (4.7)	20/ (95.3)	21/ (100)			
อื่นๆ	5/ (15.2)	28/ (84.8)	33/ (100)			

*statistical significant at $p < 0.05$

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมพบว่า มารดาอาศัยพื้นราบมาตลอดมากกว่ามารดาชาวเขาและชนต่างด้าว แต่ไม่พบว่าภูมิฐานะที่อยู่อาศัยมีความแตกต่างของทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์กับทารกน้ำหนักปกติอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนอาชีพ มารดาพบว่าส่วนใหญ่จะมีอาชีพรับจ้าง รองลงมาคือเกษตรกรและแม่บ้าน ไม่มีอาชีพพบน้อยที่สุดจากการศึกษาพบว่าอาชีพมารดามีความแตกต่างของทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์กับทารกน้ำหนักปกติอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์ พบว่า อายุของมารดาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ คือ อายุ 20 – 35 ปี ซึ่งให้กำเนิดทารกน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์แตกต่างจากวัยเสี่ยง คือ อายุน้อยกว่า 20 ปี และมากกว่า 35 ปี อย่างมีนัยสำคัญ มารดาส่วนใหญ่ที่มาคลอดมักจะเป็นท้องแรก รองลงไปก็เป็นท้องที่ 2 และ 3 ตามลำดับ ท้องที่มากที่สุด คือ ท้องที่ 6 อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของการให้กำเนิดทารกน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ในแต่ละท้อง ส่วนอายุครรภ์เมื่อมาคลอดนั้น

อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ เป็นส่วนใหญ่ และพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของทารกน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ ระหว่างมารดาคลอดอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์กับอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ ความเข้มข้นของเลือดขณะฝากครรภ์ของมารดาที่น้อยกว่าร้อยละ 33 มีผลต่อการให้กำเนิดทารกน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญกับมารดาที่มีความเข้มข้นของเลือดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 33

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยทางด้านการตั้งครรภ์ของมารดา

ปัจจัย	ทารกน้ำหนัก น้อยกว่า 2,500 กรัม (คน)/ (ร้อยละ)	ทารกน้ำหนัก มากกว่า 2,500 กรัม (คน)/ (ร้อยละ)	จำนวนทารก ทั้งหมด	X ²	df	P value
อายุของมารดาขณะตั้งครรภ์						
น้อยกว่า 20 ปีและ มากกว่า 35 ปี	62/ (20.3)	243/ (79.7)	305/ (100)	26.437	1	< 0.001*
20 - 35 ปี	45/ (8.2)	505/ (91.8)	550/ (100)			
ครรภ์ที่มากคลอด						
ครรภ์ที่ 1	59/ (14.9)	337/ (85.1)	396/ (100)	4.969	5	0.420
ครรภ์ที่ 2	26/ (9.5)	246/ (90.5)	272/ (100)			
ครรภ์ที่ 3	16/ (12.1)	116/ (87.9)	132/ (100)			
ครรภ์ที่ 4 หรือ มากกว่า	7/ (12.5)	49/ (87.5)	56/ (100)			

*statistical significant at p < 0.05

ตารางที่ 2 แสดงปัจจัยทางด้านการตั้งครรภ์ของมารดา (ต่อ)

ปัจจัย	ทารกน้ำหนัก น้อยกว่า 2,500 กรัม (คน)/(ร้อยละ)	ทารกน้ำหนัก มากกว่า 2,500 กรัม (คน)/(ร้อยละ)	จำนวนทารก ทั้งหมด	X ²	df	P value
น้อยกว่า 37 สัปดาห์	81/(31.4)	177/(68.6)	258/(100)	1.157	1	<0.001*
มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์	27/(4.6)	561/(95.4)	588/(100)			
ความเข้มข้นเลือดขณะฝากครรภ์						
น้อยกว่าร้อยละ 33	27/(20)	108/(80)	135/(100)	9,017	1	0.003*
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 33	75/(10.7)	623/(89.7)	698/(100)			

*statistical significant at $p < 0.05$

ปัจจัยด้านการดูแลครรภ์นั้นด้านโภชนาการพบว่าส่วนใหญ่ดื่มนมวันละ 1 แก้วและรับประทานวิตามินบำรุงร่างกายทุกวัน ทั้งสองสิ่งนี้กลับพบว่าไม่มีความแตกต่างกันของการให้กำเนิดทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มมารดาที่ดื่มนมมากกว่า 1 แก้วและรับประทานวิตามินไม่สม่ำเสมอ น้ำหนักของมารดาก่อนตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 41 กิโลกรัม ถึง 50 กิโลกรัม ซึ่งน้ำหนักของมารดาก่อนตั้งครรภ์แต่ละช่วงมีผลต่อการให้กำเนิดทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญน้ำหนักของ

มารดาที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์มีผลต่อน้ำหนักทารกต่ำกว่าเกณฑ์โดยเฉพาะมารดาที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นน้อยกว่า 10 กิโลกรัม อย่างมีนัยสำคัญ การมาฝากครรภ์ตามกำหนดเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการตั้งครรภ์ จากการศึกษาพบว่ามารดาส่วนใหญ่มาฝากครรภ์มากกว่า 5 ครั้งตลอดการตั้งครรภ์ ซึ่งมีผลต่อการให้กำเนิดทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนเพศของทารกใกล้เคียงกันทั้งสองเพศและไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์กับทารกน้ำหนักปกติ

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยด้านการดูแลครรภ์และปัจจัยด้านทารก

ปัจจัย	ทารกน้ำหนัก น้อยกว่า 2,500 กรัม (คน)/ (ร้อยละ)	ทารกน้ำหนัก มากกว่า 2,500 กรัม (คน)/ (ร้อยละ)	จำนวน ทารก ทั้งหมด	X ²	df	P value
การดื่มนม						
1 แก้วต่อวัน	40/ (9.9)	363/ (90.1)	403/ (100)	0.525	1	0.469
มากกว่า 1 แก้วต่อวัน	34/ (11.6)	258/ (88.4)	292/ (100)			
การทานวิตามิน						
ทานสม่ำเสมอ	86/ (12.4)	606/ (87.6)	692/ (100)	0.008	1	0.903
ทานไม่สม่ำเสมอ	17/ (12)	124/ (88)	141/ (100)			
น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์						
30-40 กิโลกรัม	10/ (24.4)	31/ (75.6)	41/ (100)	22.397	3	<0.001*
41-50 กิโลกรัม	64/ (15.9)	337/ (84.1)	401/ (100)			
51-60 กิโลกรัม	22/ (7.4)	276/ (92.6)	298/ (100)			
มากกว่า 60 กิโลกรัม	5/ (5)	94/ (95)	99/ (100)			
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์						
น้อยกว่า 10 กิโลกรัม	66/ (18.7)	287/ (81.3)	353/ (100)	29.295	1	<0.001*
มากกว่าหรือเท่ากับ 10 กิโลกรัม	30/ (64.2)	437/ (35.8)	467/ (100)			
การมาฝากครรภ์						
น้อยกว่า 5 ครั้ง	20/ (20)	80/ (80)	100/ (100)	5.830	1	0.016*
มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง	86/ (11.5)	662/ (88.5)	748/ (100)			
เพศทารก						
เพศชาย	54/ (11.7)	405/ (88.3)	459/ (100)	0.523	1	0.469
เพศหญิง	54/ (13.4)	349/ (86.6)	403/ (100)			

*statistical significant at $p < 0.05$

เมื่อนำเอาแต่ละปัจจัยที่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญมาหาความสัมพันธ์ที่จะมีผล ต่อการให้กำเนิดทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์โดยใช้ สถิติ Multiple Logistic Regression แล้ว พบว่า อายุ ของมารดาขณะตั้งครรภ์ น้ำหนักมารดา ก่อนการ

ตั้งครรภ์ การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักมารดาตลอดการ ตั้งครรภ์ และอายุครรภ์ขณะคลอด สามารถนำมา ทำนายแนวโน้มที่จะให้กำเนิดทารกน้ำหนักต่ำกว่า เกณฑ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยร่วมที่มีผลต่อทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์

ปัจจัยร่วมที่มีผลต่อทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	b	Adjust OR	P value	95% CI	
				Lower bound	Upper bound
อายุมารดาขณะตั้งครรภ์	0.082	0.022	<0.001 *	0.038	0.125
น้ำหนักมารดา ก่อนตั้งครรภ์	0.046	0.014	<0.001 *	0.020	0.073
น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นของมารดา	0.094	0.022	<0.001 *	0.052	0.137
อายุครรภ์ขณะคลอด	0.209	0.023	<0.001 *	0.164	0.255

*statistical significant at $p < 0.05$

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าอัตราของทารก น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ของโรงพยาบาลจอมทอง ยังคงเป็นปัญหาเนื่องจากสูงกว่าเป้าหมายตาม คุณภาพโรงพยาบาลสายใยรักซึ่งต้องไม่เกินร้อยละ 8 เมื่อศึกษาถึงปัจจัยต่างๆพบว่า ปัจจัยทางด้าน เศรษฐกิจและสังคม ภูมิถิ่นฐานไม่แตกต่างกัน ส่วน อาชีพพบว่ามีความแตกต่างกันโดยอาชีพที่ต้องใช้ แรงในการทำงานมักจะทำให้ทารกน้ำหนักต่ำกว่า เกณฑ์ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chumnijarakij T *et al.*, (1992) และ Edi Priyono *et*

al., (2008) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤทธิ์ อ้นพร้อม (2539) และ Arora J *et al.*, (2545) ที่ไม่พบความแตกต่างของอาชีพต่อทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์

ปัจจัยด้านการตั้งครรภ์พบว่าอายุมารดาขณะ ตั้งครรภ์โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น (อายุน้อยกว่า 20 ปี) และกลุ่มอายุมากกว่า 35 ปี มีความเสี่ยงที่จะทำให้ ทารกน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์สูงสอดคล้องกับการ ศึกษาของ บรรพจน์ สุวรรณชาติ และ ประภัสสร เอื้อลลิตชวงศ์ (2550) Antônio Augusto Moura da Silva *et al.*, (2006) Chumnijarakij T *et*

al., (1992) Edi Priyono *et al.*, (1992) และ Sareer Badshah *et al.*, (2008) อายุครรภ์ขณะคลอดก็มีส่วนสำคัญต่อน้ำหนักตัวทารกยิ่งคลอดก่อนกำหนดมากก็ยิ่งทำให้ทารกมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมามากมายรวมทั้งน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษานี้และสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าอายุครรภ์ที่น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ทำให้คลอดทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มากขึ้น (Edi Priyono *et al.*, 2008; Jirojwong S & Skolnik M, 1990; Mohsin M *et al.*, 2003; Sareer Badshah *et al.*, 2008) ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์นั้นส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะโลหิตจางในมารดาส่งผลต่อน้ำหนักตัวทารกต่ำกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเทือง เหลี่ยมพงสาพุทธิและคณะ (2547) Amalia L A *et al.*, (2005) Bondevik GT *et al.*, (2001) Chumnijarakij T *et al.*, (1992) Edi Priyono *et al.*, (2008) Farah Wali Lone *et al.*, (2004) และ Sareer Badshah *et al.*, (2008) ส่วนจำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ไม่พบความแตกต่างกันของน้ำหนักตัวทารกต่ำกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญซึ่งไม่สอดคล้องจากการศึกษาของ Anand K & Garg BS, (2000) Kamaladoss T *et al.*, (1992) และ K.S. Negi *et al.*, (2006) ที่พบว่ามีความแตกต่างกัน ยิ่งจำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์มากทำให้มีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์สูงขึ้น

ปัจจัยด้านการดูแลครรภ์ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อทารกตลอดการตั้งครรภ์นับตั้งแต่โภชนาการอาหารเป็นปัจจัยหลักต่อทั้งมารดาและทารก นอกจากนั้นแล้วอาหารเสริมก็นับว่ามีความสำคัญระดับหนึ่ง การศึกษานี้ได้นำเอาปัจจัยเสริมด้านโภชนาการมาศึกษาทั้งเรื่องการดื่มนมและการทานวิตามินเสริมขณะตั้งครรภ์พบว่าปัจจัยทั้งสองไม่มีผลต่อน้ำหนักตัวทารกตอนคลอด แสดงว่าอาหารยังคงเป็นปัจจัยหลักต่อทารกในครรภ์ น้ำหนักตัวของมารดาก่อนตั้งครรภ์และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อน้ำหนักตัวทารกอย่างมีนัยสำคัญ ถ้าน้ำหนักตัวของมารดาก่อนตั้งครรภ์น้อยจะเสี่ยงต่อทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งน้ำหนักต่ำกว่า 40 กิโลกรัม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ เอดิปริยาโนและคณะ (2008) ส่วนน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์พบว่ายิ่งน้ำหนักเพิ่มมากกว่า 10 กิโลกรัม กลับทำให้มีความเสี่ยงต่อทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์สูงกว่าน้ำหนักที่เพิ่มน้อยกว่า 10 กิโลกรัม ปัจจัยนี้มีการศึกษากันอย่างกว้างขวาง ซึ่งผลการศึกษาก็ออกมาแตกต่างกัน เช่น การศึกษาของ Chumnijarakij T *et al.*, (1992) พบว่าสอดคล้องกับการศึกษานี้ แต่ศึกษาของ Arora J *et al.*, (2545) และ Edi Priyono *et al.*, (2008) กลับพบว่าถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มตลอดการตั้งครรภ์มากกว่า 10 กิโลกรัม มีความเสี่ยงน้อยที่ทำให้น้ำหนักทารกต่ำกว่าเกณฑ์ การมาฝากครรภ์เร็วหลังทราบว่า

ตั้งครรภ์และการมาฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอถือว่าเป็นสิ่งสำคัญมารดาที่ตั้งครรภ์ การมาฝากครรภ์ช้า การไม่ฝากครรภ์หรือฝากครรภ์ไม่ครบเกณฑ์คุณภาพ 5 ครั้ง ทำให้มารดาไม่ได้รับการดูแล ไม่ได้รับการแนะนำ ป้องกัน ติดตาม และแก้ไข ปัญหาต่างๆ จึงทำให้เกิดภาวะทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยได้ ดังนั้นควรแนะนำสตรีที่ทราบว่า ตั้งครรภ์ให้ฝากครรภ์ตั้งแต่นั้นๆ อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 5 ครั้งครบเกณฑ์คุณภาพ โดยเฉพาะ มารดาตั้งครรภ์แรกหรือยังไม่เคยคลอดบุตร เพราะ มีแนวโน้มที่จะคลอดบุตรแรกเกิดน้ำหนักน้อย มากกว่ามารดาตั้งครรภ์หลัง การศึกษานี้พบว่ายิ่งมา ฝากครรภ์น้อยครั้งยิ่งมีความเสี่ยงต่อทารกน้ำหนัก ต่ำกว่าเกณฑ์สูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จรวยพร สุภาพและคณะ (2532) นฤทธิ์ อ้นพร้อม (2539) วินนิต แก้วลุ่มใหญ่และคณะ (2541) และ สุจินต์ ธรรมดีและคณะ (2544) ดังนั้นในส่วนของผู้ ให้บริการรับฝากครรภ์ ควรสนใจและให้การดูแล มารดาตั้งครรภ์ ค้นหามารดาตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและให้การ ดูแลอย่างใกล้ชิด ปรับปรุงบริการรับฝากครรภ์ให้ ทัวถึงและมีมาตรฐาน รวมถึงการส่งต่อที่มีคุณภาพ ครอบคลุมประชาชนสัมพันธ์ให้เห็นความสำคัญและผลดี ของการฝากครรภ์ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ในการ ลดอัตราการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

เมื่อนำปัจจัยทั้งหมดมาวิเคราะห์หาปัจจัย เสี่ยงร่วมที่มีผลต่อน้ำหนักทารกต่ำกว่าเกณฑ์โดยใช้

วิธี Multiple Logistic Regression แล้วพบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Edi Priyono *et al.*, (2008) พบว่า อายุครรภ์มารดาขณะตั้งครรภ์ที่น้อยกว่า 20 ปี และมากกว่า 35 ปี, อายุครรภ์ที่น้อยกว่า 37 สัปดาห์, น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ที่น้อยกว่า 40 กิโลกรัม และน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ มากกว่าหรือเท่ากับ 10 กิโลกรัมมีผลทำให้ทารก น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์สูงขึ้น

สรุป

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของมารดาต่อการเกิด ทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ในโรงพยาบาลจอมทอง พบว่ามีปัจจัยเสี่ยง 7 ปัจจัย ได้แก่ อาชีพของมารดา โดยเฉพาะเกษตรกร อายุมารดาขณะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี และมากกว่า 35 ปี อายุครรภ์ขณะคลอดน้อยกว่า 37 สัปดาห์ ความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่าร้อยละ 33 น้ำหนักตัว มารดา ก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 40 กิโลกรัม น้ำหนักที่ เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์มากกว่า 10 กิโลกรัม และการมาฝากท้องน้อยกว่า 5 ครั้ง และเมื่อนำมา วิเคราะห์หาปัจจัยร่วมที่มีผลต่อทารกน้ำหนักต่ำ กว่าเกณฑ์ พบว่ามี 4 ปัจจัย ได้แก่ อายุมารดาขณะ ตั้งครรภ์โดยเฉพาะมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี และ มากกว่า 35 ปี อายุครรภ์ขณะคลอดน้อยกว่า 37 สัปดาห์ น้ำหนักตัวมารดา ก่อนตั้งครรภ์น้อยกว่า 40 กิโลกรัม น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์มากกว่า 10 กิโลกรัม ผลการศึกษานี้สามารถนำไปวางแผน

กำหนดวิธีดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ของโรงพยาบาลจอมทองต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สมอาจ วงศ์สวัสดิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจอมทองที่อนุญาตให้ทำการศึกษาครั้งนี้ เกศษกรหญิงศิริกุล รัตน์ะที่ให้คำปรึกษาการวิเคราะห์ทางสถิติและเจ้าหน้าที่ทุกท่านแผนกสูติกรรมโรงพยาบาลจอมทองที่ช่วยกันรวบรวมข้อมูลและคัดลอกแบบบันทึกข้อมูลจนการศึกษาครั้งนี้ประสบผลสำเร็จ

บรรณานุกรม

จรรยาพร สุภาพ, นันทา อ่วมกุล, ฉวีวรรณ บุญสุยา. ปัจจัยของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดทารกน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลศรีสังวร จังหวัดสุโขทัย พ.ศ. 2528-2529. วารสารกรมการแพทย์ 2532 ; 14 : 205-11.

นฤทธิ์ อันพร้อม. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดทารกน้ำหนักตัวน้อย. วารสารกรมการแพทย์ 2539; 21: 136-45.

บรรพจน์ สุวรรณชาติ, ประภัสสร เอื้อลลิตขวงศ์. อายุ มารดา กับ ผล ของ การ คลอด . ศรีนครินทร์เวชสาร 2550; 22(4): 401-407.

ประเทือง เหลี่ยมพวงสาพุทธิ, ชัยนตรธร ปทุมานนท์ และชไมพร ทวีขศรี. ผลของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ต่อน้ำหนักทารกแรกคลอด

เมื่อครรภ์ครบกำหนดที่โรงพยาบาลลำปาง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2547; 13(4): 556 - 559.

วินตร แก้วลุ่มใหญ่, อัมพร ฝอยทอง, ปราณี ผลเกิด, พิมพรรณ มีหอม. ปัจจัยเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อย อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรดิตถ์. วารสารกรมการแพทย์ 2541; 23: 273 - 9.

สุจินต์ ธรรมดี, เขียวลักษณ์ จุลเกตุ, กัลยา แซ่เขียว, นฤมล กันประเสริฐ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วารสารโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ 2544; 16 : 8 - 12.

Arora J, Arora D, Kaewsuriya W, *et al.* Risk factors of low birth weight at Lampang hospital. ลำปางเวชสาร 2545; 23: 127-39.

Amalia L A, Drora F B, Miriam Katz C, Moshe M C, Eyal S. Maternal anemia during pregnancy is an independent risk factor for low birth weight and preterm delivery. EJOGRB. Elsevier Ireland Ltd 2005; 122: 182 – 6.

Anand K, Garg BS. A study of factors affecting low birth weight. Ind J Com Med 2000; 25(2): 57 - 61.

Antônio Augusto Moura da Silva, Heloisa Bettiol, Marco Antonio Barbieri, Luiz

- Gustavo Oliveira Brito, Márcio Mendes Pereira, Vânia Maria Farias de Aragão, Valdinar Sousa Ribeiro. Which factors could explain the low birth weight paradox?. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(4): 648 - 55.
- Barker DJP. (ed). Fetal and infant origin of disease. BMJ Books. London; 1992.
- Bondevik GT, Lie RT, Ulstein M, Kvale G. Maternal hematological status and risk of low birth weight and preterm delivery in Nepal. *ActaObstetGynecolScand* 2001; 80: 402 – 8.
- Chumnijarakij T, Nuchprayoon T, Chitinand S, *et al.* Maternal risk factors for low birth weight newborn in Thailand. *J Med Assoc Thai.* 1992 Aug; 75(8): 445 - 52.
- Edi Priyono, Sirikul Isaranurug, Jiraporn Chompikul. Maternal Risk factor for low birth weight infant at FATMAWATI GENERAL HOSPITAL, JAKARTA, INDONESIA. *Journal of Public Health and Development* 2008 Vol.6 No. 1: 123 - 133.
- Farah Wali Lone, RahatNajamQureshi, Faran Emanuel. Maternal anaemia and its impact on perinatal outcome. *Trop Med Int Health* 9. 2004; 486 - 90.
- Johnson EO, Breslau N. Increased risk of learning disabilities in low birth weight boys at age 11 years. *Society of Biology Psychiatry* 2000; 47: 490 - 500.
- Jirojwong S, Skolnik M. Type of antenatal care and other related factors associated with low birth weight in Sothern Thailand. *Asia Pacific Journal of Public Health* 1990; 243 (4): 132 - 41.
- Kramer MS. Determinants of low birth weight: methodological assessment and methodological assessment and meta-analysis. *BullWorld Health Organ.* 1987; 65: 663 - 737.
- K.S. Negi, S.D. Kandpal, M. Kukreti. Epidemiological Factors Affecting Low Birth Weight. *JK SCIENCE.* Vol. 8 No. 1, January-March 2006; 31 - 34.
- Kamaladoss T, Abel R, Sampathkumar V. Epidemiological correlates of low birth weight in rural Tamil Nadu. *Ind J Paed* 1992; 59: 209 - 304.
- Mohsin M, Wong F, Bauman A, Bai J. Maternal and neonatal factors influencing premature birth and low birth weight in Australia. *Journal of Biosocial Science* 2003; 35: 161-74.

Ramakutty P, Tikreti RAS, Resam KW. A study on birth weight of Iraqi children. J Trop Pediatr 1983; 29: 5 - 10.

Sareer Badshah, Linda Mason, Kenneth McKelvie, Roger Payne and Paulo JG Lisboa. Risk factors for low birth weight in the public-hospitals at Peshawar, NWFP-Pakistan.[<http://www.biomedcentral.com/14712458/8/197>] Accessed May 20, 2012.

UNICEF: Low Birth Weight, Country Regional and Global estimates. [http://www.unicef.org/publications/index_24840.html]. Accessed May 22, 2012

World Health Organization. WHO Technical Consultation, towards the development of a strategy for promoting optimal fetal growth, report of a meeting. Geneva: World Health Organization; 2004.

Zlot A, Smith N, Miller J, Janes G, Coltin K. The Massachusetts low birth weight project: the level of agreement of low birth weight status between managed care claims data and birth certificates. Abstr Book Assoc Health Serv Res Meet 1999; 16: 67.

**ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด
ก่อนอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยทำงานในตำบลร้องเข็ม จังหวัดแพร่**
(Effect of health counselling program on health behaviors and fasting blood glucose
level in working age for pre-diabetes in Rongkam sub-district, Phrae Province)

เอกชัย คำลือ*พ.บ.อ.เวชศาสตร์ป้องกัน (สุขภาพจิตชุมชน)

Ekkachai Kumlue* M.D. Dip.

(Community mental health)

ทัศนีย์ บุญอริยเทพ**พ.บ. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

Thadsanee Boonariyatep** M.N.S.

(Community Nurse Practitioner)

กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ,
โรงพยาบาลร่งกวาง จังหวัดแพร่

Group Medical Practice Family and Community
Rongkwang hospital, Phrae Province.

บทคัดย่อ

ประชาชนวัยทำงาน ตำบลร้องเข็ม จังหวัดแพร่ ใน ปี 2554 จำนวน 2,120 คน พบว่ามีกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน จำนวน 159 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.49 ถ้าไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จะทำให้พัฒนาไปเป็นโรคเบาหวานได้ ถึงร้อยละ 9.43 – 12.58 การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจึงมีความจำเป็นต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เพื่อลดอัตราการป่วยเป็นโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยง การวิจัยถึงทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยทำงานก่อนและหลังการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 29 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การสอนโดยการบรรยาย การใช้สื่อวีดีโอ การสาธิต และการติดตามอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้สถิติทดสอบ

ความแตกต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม (Paired t-test) และความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test) ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยทำงานในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร และด้านอารมณ์ หลังการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านและโดยรวมหลังการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน หลังการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารลดลงอยู่ในระดับต่ำกว่า 100 มก./ดล. ร้อยละ 58.62 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารลดลงอยู่ในระดับต่ำกว่า 100 มก./ดล. ร้อยละ 20.69 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานได้

คำสำคัญ: การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพ, ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร, กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยทำงาน

Abstract

In 2011, Rongkhem sub-district, Phrae province had 2,120 working age population. There were 159 impaired fasting glucose persons (7.49%) and those without a life style modification could develop diabetes mellitus with average percentages of 12.58, 10, and 9.43 in 2009 - 2011, respectively. Health Counseling is essential for the promotion of people's health behaviors. This quasi-experimental research was to compare health behaviors, fasting blood glucose level before and after intervention of the health counseling program in the experimental and in the comparison groups of pre-diabetes working ages and also to compare health behaviors after the intervention between those groups. Fifty-eight subjects were purposively selected and assigned equally into the experimental and comparison groups. The experimental subjects received Health Counseling Program while the comparison subjects received a

regular nursing care. The reliability score of the questionnaire that checked the list for health behaviors in the pre-diabetes was 0.82. The Health Counseling Program, consisting of teaching, video education, demonstration, and continuous follow up, was performed for six months. The hypotheses were tested by a paired t-test, and an independent t-test.

The results of the study revealed that the mean scores of food, emotion, and total health after the intervention in the experimental group were significantly higher than that before the intervention at .05 level and .001 level, respectively. While the mean scores of total and all of each section of health behaviors after intervention of the comparison group were not significantly different. Additionally, fasting blood glucose after intervention, 58.62 % of the experimental group was lower than 100 mg/dl while 20.69 % of the comparison group was lower than 100 mg/dl. It could be concluded that the Health Counseling Program could significantly reduced the fasting blood glucose level of the pre-diabetes working age population.

Keywords: Health Counseling Program, Health behaviors, Fasting blood glucose, Pre-diabetes working age.

บทนำ

จากข้อมูลของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International diabetes federation: IDF) ได้รายงานสถานการณ์ผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกแล้ว 285 ล้านคนและได้ประมาณการว่าจะมีจำนวนผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกเพิ่มมากกว่า 435 ล้านคนในปี พ.ศ.2573 หากไม่มีการดำเนินการในการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพ (Diabetes-prevention[online], 2010) ในประเทศไทยมีจำนวน

ประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดจากการงดอาหารเท่ากับ 110-125 มก./ดล. ร้อยละ 5.4 หรือมากกว่า 3 ล้านคน (สารัช สุนทรโยธิน, 2549) ซึ่งบุคคลที่ตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือด 2 ชั่วโมง หลังกินกลูโคส 75 กรัม ≥ 140 มก./ดล. จะพัฒนาเป็นโรคเบาหวานในแต่ละปีถึงร้อยละ 5-10 (Stephen & Saffron, 2001) ผลการดำเนินงานการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลร้องเข็ม อำเภอร้องกวาง

จังหวัดแพร่ ซึ่งเป็นเขตรับผิดชอบของกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ โรงพยาบาลรื่องกวาง ปี 2552 - 2554 ในประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป โดยใช้แบบสอบถามและการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร จากปลายนิ้วโดยใช้เครื่องกลูโคมิเตอร์ ตามวิธีการของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2,516, 2,400, และ 2,120 คนตามลำดับ พบกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานร้อยละ 71.61, 63.27, และ 50.52 ตามลำดับ ในจำนวนนี้จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน จำนวน 233, 200, และ 159 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.26, 8.33, และ 7.49 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยในระดับจังหวัดที่มีกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.51 แม้ว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวานของตำบลร้องเข็มจะมีแนวโน้มลดลง แต่มีอัตราส่วนการเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดแพร่ และสูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้และการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มเสี่ยงที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.43 – 12.58 (โรงพยาบาลรื่องเข็ม, 2552 – 2554) ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของสารัช สุนทรโยธิน (2549) ที่พบว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวานจะพัฒนาไปเป็นโรคในอัตราร้อยละ 5 เท่านั้น ดังนั้นทีมวิจัยจึงมีแนวคิดที่จะสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยทำงาน เพื่อลดอัตราการป่วยเป็นโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยง

โรคเบาหวานวัยทำงาน โดยศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยทำงานก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และกำหนดสมมติฐานของการวิจัย คือ พฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยทำงาน หลังการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ดีกว่าก่อนการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิด 2 กลุ่ม โดยดำเนินการเป็นเวลา 6 เดือน ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 30 สิงหาคม 2554 โดยการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามที่ทีมวิจัยได้สร้างขึ้นเก็บข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่ทีมวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

1. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดโดยการคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูปได้ขนาดตัวอย่าง

กลุ่มละ 25 ราย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 29 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 58 ราย

2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกประชาชนกลุ่มเสี่ยงวัยทำงานที่มีอายุตั้งแต่ 35 - 59 ปี จากทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานของตำบลร้องเข็ม ตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ เป็นผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร ระหว่าง 100 - 125 มก./ดล. จากการตรวจเลือดปลายนิ้วด้วยเครื่องกลูโคมิเตอร์ และมีข้อบ่งชี้ข้อใดข้อหนึ่งใน 3 ประการ ได้แก่ 1) มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน หรือ 2) $BMI \geq 25$ กก./ม² หรือ 3) มีความดันโลหิต $\geq 140/90$ มิลลิเมตรปรอท เป็นผู้ที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ (เพศหญิง) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ แล้วใช้วิธีการจับคู่ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่มีความใกล้เคียงกันในด้านเพศ ค่าดัชนีมวลกาย ค่าเส้นรอบเอว และค่าระดับน้ำตาลในเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 29 ราย แล้วจับฉลากเพื่อแยกกลุ่มหนึ่งเป็นกลุ่มทดลองและอีกกลุ่มหนึ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง

โรคเบาหวาน ซึ่งเป็นแบบสอบถามตามมาตรฐาน ส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ รวมทั้งหมด 30 ข้อ โดยมีข้อความที่มีความหมายทั้งด้านบวกและลบ และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ประกอบด้วย แผนการให้คำปรึกษาเพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพ คู่มือการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งทีมผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และตามแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เมอดอล และเพียร์สัน (Pender, Murdaugh & Persons, 2002) ผ่านความเห็นชอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวชที่เชี่ยวชาญด้านการให้คำปรึกษา 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองไปดำเนินการทดลองใช้ กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยทำงาน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 30 ราย นำผลการตอบแบบสอบถามมา

วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือเชิญกลุ่มตัวอย่างที่เข้าโครงการด้วยความสมัครใจ มาประชุม เพื่อแนะนำตนเอง และชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนการดำเนินการ

2. เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 1 โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารจากปลายนิ้วโดยใช้เครื่องกลูโคมิเตอร์ และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามก่อนเริ่มดำเนินการ โดยเก็บข้อมูลในวันแรกของสัปดาห์ที่ 1

3. ทีมผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมที่กำหนดกับกลุ่มตัวอย่าง คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 3 รูปแบบ ได้แก่

3.1 การสอนแบบบรรยาย ประกอบกับการใช้สื่อวีดีโอ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ส่งเสริมให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน และเพิ่มทัศนคติที่ดีและส่งเสริมการนำไปประยุกต์ใช้

ดำเนินการที่ห้องประชุมโรงพยาบาลรื่องกวางใช้เวลา 3 ชั่วโมงโดยทีมผู้วิจัยเป็นผู้สอน และให้คำปรึกษาซึ่งในกระบวนการจะเน้นให้สมาชิกกลุ่มรับฟัง คิดตาม ร่วมกิจกรรมในเนื้อหาที่สอน และแสดงความเห็น รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม จากนั้นทีมผู้วิจัยสรุปแนวทางปฏิบัติตัวในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานที่ถูกต้อง เพื่อให้สมาชิกกลุ่มนำแนวคิดหรือวิธีการไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับตัวเองต่อไป และแจกคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน

3.2 การสาธิต มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และการฝึกทักษะปฏิบัติที่เหมาะสม ในพฤติกรรม 3 ด้าน โดยทีมผู้วิจัยเป็นผู้สาธิต มีการให้สาธิตย้อนกลับ โดยดำเนินการที่โรงพยาบาลรื่องกวาง ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

3.3 การติดตามต่อเนื่อง หมายถึง การติดตามให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องเดือนละ 1- 2 ครั้ง เพื่อติดตามผลและรับทราบปัญหาเพื่อร่วมกันแก้ไข ปัญหาจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยดำเนินการที่โรงพยาบาลรื่องกวาง เป็นเวลา 6 เดือน

4. เก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารจากปลายนิ้วโดยใช้เครื่องกลูโคมิเตอร์ และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วย

แบบสอบถามหลังสิ้นสุดโปรแกรมในวันสุดท้ายของเดือนที่ 6

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาประมวลผลในโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน โดยรวมก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้านโดยรวม ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ (Paired t-test)

4. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน โดยรวมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังครบ 6 เดือน โดยการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (Independent t-test)

5. เปรียบเทียบภาวะสุขภาพจากร้อยละของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป จำแนกตามเพศ (n = 58 ราย)

เพศ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	5	17.24	6	20.69
หญิง	24	82.76	23	79.31
รวม	29	100	29	100

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลองร้อยละ 82.76 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 79.31

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป
จำแนกตามอายุ

อายุ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
35 - 39 ปี	0	0	0	0
40 - 44 ปี	6	20.69	2	6.90
45 - 49 ปี	9	31.03	10	34.48
50 - 54 ปี	7	24.14	9	31.03
55 - 59 ปี	7	24.14	8	27.59
รวม	29	100	29	100

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45 - 49 ปี (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 31.03 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 34.48) รองลงมา มีอายุระหว่าง 50 - 54 ปี (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 24.14 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 31.03)

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป
จำแนกตามดัชนีมวลกาย

ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ม ²)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<18.5	0	0	0	0
18.5 - 22.9	6	20.69	1	3.45
≥23	23	79.31	28	96.55
รวม	29	100	29	100

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มี ค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า 23 กก./ม² (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 79.31 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 96.55)

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป
จำแนกตามเส้นรอบเอว

เส้นรอบเอว	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย				
< 90 ซม.	5	17.24	5	17.24
≥ 90 ซม.	0	31.03	1	3.45
หญิง				
< 80 ซม.	10	34.48	8	27.59
≥ 80 ซม.	14	48.28	15	51.72
รวม	29	100	29	100

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีค่าเส้นรอบเอว อยู่ในกลุ่มมากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 48.28 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 51.72)

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรม
สุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ		
	$\bar{X}$	S.D.	t (p-value)	$\bar{X}$	S.D.	t (p-value)
<u>ด้านอาหาร</u>						
ก่อนการทดลอง	3.32	0.95	2.544	3.56	0.52	1.278
หลังการทดลอง	3.66	0.73	(0.017)	3.40	0.74	(0.212)
<u>ด้านการออกกำลังกาย</u>						
ก่อนการทดลอง	3.52	0.58	0.736	3.21	0.55	0.731
หลังการทดลอง	3.60	0.58	(0.468)	3.26	0.54	(0.145)
<u>ด้านอารมณ์</u>						
ก่อนการทดลอง	2.80	0.83	2.123	3.26	0.63	0.680
หลังการทดลอง	3.15	0.81	(0.043)	3.18	0.67	(0.502)
<u>โดยรวม</u>						
ก่อนการทดลอง	3.34	0.50	5.286	3.45	0.35	1.500
หลังการทดลอง	3.60	0.45	(0.000)	3.57	0.46	(0.145)

จากตาราง 5 พบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยทำงานในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร และอารมณ์ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า

มีพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านและโดยรวมหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\bar{X}$	S.D.	t	$\bar{X}$	S.D.	t
	(p-value)			(p-value)		
<u>ด้านอาหาร</u>						
กลุ่มทดลอง	3.32	0.95	1.196	3.66	0.73	1.323
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.56	0.52	(0.238)	3.40	0.74	(0.191)
<u>ด้านการออกกำลังกาย</u>						
กลุ่มทดลอง	3.52	0.58	2.078	3.60	0.58	2.290
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.21	0.55	(0.042)	3.26	0.54	(0.026)
<u>ด้านอารมณ์</u>						
กลุ่มทดลอง	2.80	0.83	2.373	3.15	0.81	0.141
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.26	0.63	(0.021)	3.18	0.67	(0.889)
<u>พฤติกรรมโดยรวม</u>						
กลุ่มทดลอง	3.25	0.50	1.797	3.60	0.46	0.209
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.45	0.36	(0.078)	3.57	0.46	(0.835)

จากตาราง 6 พบว่า ก่อนการทดลอง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยทำงานทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร และโดยรวมไม่แตกต่างกัน ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่หลังการทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ด้านอารมณ์และโดยรวม ไม่แตกต่างกัน

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 7 ร้อยละของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.)	ก่อนการทดลอง จำนวน (คน)	ร้อยละ	หลังการทดลอง จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลุ่มทดลอง				
< 100	0	0	17	58.62
100 – 125	29	100	12	41.38
> 125	0	0	0	0
กลุ่มเปรียบเทียบ				
< 100	0	0	6	20.69
100 – 125	29	100	21	72.41
> 125	0	0	2	6.90

จากตาราง 7 พบว่าหลังการทดลองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยทำงานกลุ่มทดลอง มีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร ลดลงมาอยู่ในระดับต่ำกว่า 100 มก./ดล. ถึงร้อยละ 58.62 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร ลดลงมาอยู่ในระดับต่ำกว่า 100 มก./ดล. เพียงร้อยละ 20.69 เท่านั้น

จากการให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยทำงานกลุ่มนี้พบว่า กลุ่มเสี่ยงที่มีผลระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารหลังการทดลองอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ การมีสัมพันธภาพที่ดี และมีความ

ไว้วางใจต่อผู้ให้คำปรึกษา มีการรับรู้ความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง มีการรับรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต มีแรงจูงใจเฉพาะบุคคล เช่น ความต้องการมีสุขภาพที่ดี ไม่ต้องการเป็นภาระให้กับญาติในอนาคต ได้รับกำลังใจจากเพื่อนและครอบครัว (“ชมว่าหุ่นดีขึ้น”, “กลับไปใส่ชุดเดิมๆ ได้”) บทบาทผู้นำในสังคมที่ต้องการการยอมรับ เป็นต้น ส่วนกลุ่มเสี่ยงที่มีผลระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารหลังการทดลองไม่ลดลง พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น วิถีชีวิตที่ต้องทำงานแต่เช้ากลับค่ำ ต้องรับประทานอาหารที่คนอื่นเตรียมให้ ต้องเข้าสังคมตามบทบาท การไม่เข้าใจของคนในครอบครัว และอายุที่มากขึ้น เป็นต้น

วิจารณ์/อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่าลักษณะกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความใกล้เคียงกันในด้านเพศ ค่าดัชนีมวลกาย และค่ารอบเอว ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยทำงาน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง จะเห็นได้ว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยทำงานของตำบลร้องเข็ม ยังมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ค่อย

เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าในวัยนี้มีพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ขาดทักษะการจัดการกับความเครียด มีแนวโน้มการสูบบุหรี่และดื่มสุราเพิ่มขึ้นทั้งเพศหญิงและชาย (วสันต์ ศิลปะสุวรรณ และคณะ, 2548) และพบว่ากลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร ลดลงอยู่ในระดับต่ำกว่า 100 มก./ดล. ร้อยละ 58.62 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร ลดลงอยู่ในระดับต่ำกว่า 100 มก./ดล. ร้อยละ 20.69 และยังมีกลุ่มทดลอง อีกร้อยละ 41.38 ที่ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ลดลง จากการให้คำปรึกษาของผู้วิจัย พบว่าเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น วิถีชีวิตที่ต้องทำงานแต่เช้ากลับค่ำ ต้องทานอาหารที่คนอื่นเตรียมให้ ต้องเข้าสังคมตามบทบาท การไม่เข้าใจของคนในครอบครัวและอายุที่มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา พบว่า วัยทำงานที่เป็นวัยผู้ใหญ่เป็นช่วงที่บุคคลมีความมุ่งมั่นในการสร้างครอบครัว สร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม แต่พัฒนาการทางร่างกายเป็นไปในแบบค่อย ๆ เสื่อม และส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ สังคม และจิตใจ (ปนัดดา ชำนาญสุข, 2542)

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพภายในกลุ่มตัวอย่างพบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม

ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยทำงาน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีความแตกต่างกัน แต่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพทั้งรายด้าน และโดยรวมหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ ส่วนผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่าง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและด้านอารมณ์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่ พบว่าในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกด้านและโดยรวมหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน (สุพิมพ์ อุ๋นพรม และคณะ, 2007)

การที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยทำงานได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพในรูปแบบการสอนแบบบรรยาย การใช้สื่อวิดีโอ การสาธิต และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ และทำให้นักลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และผลของการศึกษาค้นคว้านี้เป็นไปตามแนวคิดของแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Persons, 2002) ดังนั้นโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพผลดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจะมีประสิทธิภาพได้ ผู้ให้คำปรึกษาควรมีความรู้เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแต่ละด้าน มีทักษะการให้คำปรึกษา เทคนิคการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ และสามารถนำมาปรับใช้ในการให้คำปรึกษากับกลุ่มเสี่ยงแต่ละคนที่มีวิถีชีวิตที่แตกต่างกันได้เหมาะสม

บางรายอาจต้องให้คำปรึกษากับครอบครัวหรือผู้ที่มีอิทธิพลต่อกลุ่มเสี่ยงแต่ละรายด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ทีมพัฒนาคณาจารย์ ทีมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่ทำงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

ปนัดดา ชำนาญสุข. สุขภาพเพื่อชีวิต. ใน: (พวงเพชร สุรัตน์กุล), บรรณาธิการ. พัฒนาการแห่งชีวิตในมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2542: 52.

วสันต์ ศิลปะสุวรรณ และคณะ. พฤติกรรมสุขภาพคนไทยภายใต้ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพคนไทย. ใน: ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และลินดา วงสานุพัทธ์, บรรณาธิการ. รายงานผลการวิจัยโครงการแม่บท และโครงการย่อย ภายใต้ชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิ่ง, 2548: 277 - 399.

สารัช สุนทรโยธิน. การป้องกันการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2. ใน: ชิติ สันบุญ และวราภณ วงศ์ถาวรวัฒน์, บรรณาธิการ. การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549. 130 - 136.

สุพิมพ์ อุ่นพรม, นงนุช โอปะะ, และนุศรา วิจิตรแก้ว. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่. Journal of Nursing Science Naresuan University. 2550; 1(1): 100 -111.

Diabetes-prevention retrieved Oct 1, 2010, Available from: <http://www. World diabetes day. org/en/the-campaign/diabetes-education-and-prevention/diabetes-prevention.>

Pender NJ, Murdaugh CL & Persons MA. (2002). Health promotion in nursing practice. (4th ed.). Upper Saddle River: Prentice Hall.

Stephen N, & Saffrom W. Endocrinology an integrate approach. Oxford: Bios, 2001: 122.

การศึกษาผลการรักษาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม ในโรงพยาบาลสันทราย
จังหวัดเชียงใหม่

(Outcomes of Very Low Birth Weight Infant management in Sansai Hospital,
Chaing Mai Province)

นุชนาท พบประเสริฐ พ.บ. ว.กุมารเวชศาสตร์
โรงพยาบาลสันทราย

Nuchanat Pobprasert M.D.
Sansai Hospital

บทคัดย่อ

ทารกน้ำหนักน้อยมาก (<1,500 กรัม) เป็นกลุ่มที่มีอัตราการตายสูง ต้องใช้ทรัพยากรการดูแลมาก กลุ่มที่รอดชีวิตอาจมีภาวะแทรกซ้อนซึ่งมีผลต่อเนื่องต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการระยะยาว การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการรักษาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม เป็นการศึกษาย้อนหลังโดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสันทรายตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2551 – 30 กันยายน 2554 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ด้วยค่าแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ chi-square

ผลการศึกษา พบว่า ทารกกกลุ่มศึกษาจำนวน 65 คน เป็นเพศชายร้อยละ 52.3 เพศหญิงร้อยละ 47.7 น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1206.8 ± 202.03 กรัม อายุครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 28-31 สัปดาห์ มารดาที่อายุ ≤ 20 ปี 40% เป็นการตั้งครรภ์ท้องแรก 58.5% มีการฝากครรภ์ก่อนคลอด 60% มีมารดาเพียง 15.4% ที่ได้รับ Steroids ก่อนคลอด อัตราการรอดชีวิตในกลุ่มทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม (VLBW) เท่ากับ 89% โดยอัตราการรอดชีวิตจะสูงขึ้นตามน้ำหนักตัวแรกเกิดที่มากขึ้น ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการตายของทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะ Respiratory Distress Syndrome (RDS), น้ำหนักแรกเกิดที่ <1,000 กรัม, อายุครรภ์ที่ ≤ 28 สัปดาห์ และการเกิดภาวะ Patent Ductus Arteriosus (PDA) มีผลต่ออัตราการตายของทารกเป็น 28.8, 9.6, 12.25 และ 4.2 เท่า ตามลำดับ

สรุป อัตราการรอดชีวิตและผลการรักษาของทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม ในการศึกษาครั้งนี้ อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ อย่างไรก็ตาม การเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษามารดาและทารกยังจำเป็นต้องมีการพัฒนาต่อไป

คำสำคัญ: ผลการรักษา, ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก

Abstract

Infants with birth weight less than 1,500 grams (VLBW- very low birth weight) usually have high mortality rate and consumed substantial resources for treatment. Survivors may have complications leading to chronic diseases and disabilities. The objectives of this retrospective analytic study were to determine outcomes of management, risks of mortality and complications among VLBW infants in NICU Sansai Hospital. Data was collected from medical records of all infants with birth weight less than 1,500 grams, who were admitted in NICU Sansai Hospital during the 3 years period between October 1st 2008 and September 30th 2011. Sixty-five infants (34 males and 31 females) with birth weight between 676 - 1,486 grams were analyzed. The mean birth weight was 1,206.8 grams, the range of gestational age was 28-31 weeks. Maternal age $\leq$ 20 years old was 40%. Among VLBW infants, 58.5% were primigravidarum and 60% were antenatal care. The percentage of prenatal use of steroid was 15.4%. Overall survival rate of VLBW infants and ELBW infants were 89% and 40% respectively. The survivals improved with the increasing of birth weight. Risks of mortality rate included gestational age $\leq$ 28 weeks, ELBW, severe RDS and PDA ($p < 0.05$). In conclusion: The survivals and outcomes among VLBW infants in NICU Sansai Hospital are acceptable. However, the mortality of ELBW infants is still high. Improving care for mothers and infants in order to reduce the mortality and complication should be further studied and encouraged.

Keywords: Outcome, Very low birth weight (VLBW)

บทนำ

ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยมาก (VLBW, Very low birth weight หมายถึงน้ำหนัก < 1,500 กรัม ELBW, Extremely Low Birth Weight หมายถึงน้ำหนัก < 1,000 กรัม) เป็นกลุ่มทารกที่มี

อัตราการตายสูง หากทารกไม่ได้รับการดูแลเบื้องต้นอย่างเหมาะสมจะทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้นหรือเสียชีวิตได้ ในปัจจุบันเทคโนโลยีและความรู้ความชำนาญของทีมแพทย์และพยาบาลมีมากขึ้น จึงทำให้อัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น

(สรายุทธ สุภาพรรณชาติ, 2542) การรอดชีวิตขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย นอกจากประสิทธิภาพของการดูแลรักษาที่ดีแล้ว ยังขึ้นกับน้ำหนักแรกเกิด, Apgar score, exogenous surfactant และการได้รับ Antenatal Steroid เนื่องจาก Antenatal steroid ช่วยลดการเกิด RDS ที่รุนแรง, สามารถลด IVH และอัตราการตายลงได้ (Bregman J *et al.*, 1998 ; Lemons JA *et al.*, 2001 ; Vohr BR *et al.*, 2004) นอกจากนี้ ทารกกลุ่มนี้ยังมีอัตราการเจ็บป่วยและทุพพลภาพเรื้อรังสูงกว่าทารกปกติทารกที่รอดมีชีวิตมักพบมีภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างเช่น

BPD (Bronchopulmonary dysplasia), ROP (Retinopathy of prematurity), IVH (Intraventricular hemorrhage), NEC (Necrotizing enterocolitis) (Behrman RE *et al.*, 2007)

ประเทศไทยมีความจำกัดด้านต่าง ๆ มีผลทำให้โอกาสการรอดชีวิตของทารกกลุ่มนี้อยู่ในระดับต่ำ โรงพยาบาลสันทรายเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงจัดตั้งหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดโดยเริ่มเปิดให้บริการเมื่อ กรกฎาคม พ.ศ. 2549 และยังไม่มีการศึกษาผลการรักษาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยมาก ผู้วิจัยจึงศึกษาผลการรักษาทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยมาก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตและการเกิดภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยมาก เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาการดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยมาก

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง โดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสันทรายตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2551 – 30 กันยายน 2554 ยกเว้นทารกแรกเกิดที่รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่หรือโรงพยาบาลนครพิงค์เพื่อรอเลี้ยงโตหรือหย่าออกซิเจนและทารกที่ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นในขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ ข้อมูลประวัติของมารดาและประวัติการคลอดรวบรวมข้อมูลจากใบส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนและจากเวชระเบียนในรายที่คลอดในโรงพยาบาลสันทราย โดยนำข้อมูลเรื่องเพศ น้ำหนักแรกคลอด อายุมารดา จำนวนครรภ์ อายุครรภ์ การฝากครรภ์ การได้รับสเตียรอยด์ก่อนคลอด วิธีการคลอด Apgar score ที่ 1 นาที และ 5 นาที การใส่ท่อช่วยหายใจก่อนเข้าหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่พบโดยการวินิจฉัยของแพทย์ผู้ดูแล การใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล ศึกษาข้อมูลตั้งแต่แรกรับจนถึงทารกจำหน่ายกลับบ้านหรือเสียชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาเชิงวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย, โดยวิเคราะห์

ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ด้วยสถิติ Chi-square ค่า p-value < 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 ทารกกลุ่มศึกษาจำนวน 65 คน แบ่งเป็นเพศชาย 34 คน (52.3%) เพศหญิง 31 คน (47.7%) น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย $1,206.8 \pm 202.03$ กรัม (676 – 1,486 กรัม) โดยน้ำหนักแรกเกิด < 1000 กรัม (ELBW) พบ 15.4% อายุครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 28-31 สัปดาห์ 38 ราย (58.5%) อายุครรภ์ที่ ≤ 28 สัปดาห์ พบ 14 ราย (21.5%) อายุของมารดาโดยเฉลี่ย 23.5 ปี (14-43 ปี) พบมารดาที่อายุ ≤ 20 ปีจำนวน 26 ราย (40%) เป็นการตั้งครรภ์ท้องแรก 38 ราย (58.5%) มีการฝากครรภ์ก่อนคลอด ANC 39 ราย (60%) มีมารดาเพียง 10 ราย (15.4%) ที่ได้รับ Steroids ก่อนคลอด มารดามีเชื้อชาติไทย 33 (50.8%) ชาวเขา 25 (38.5%) พม่า 7 (10.8%) ทารก 56 ราย (86.2%) คลอดวิธีปกติ โดยคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล 12 ราย (18.5%) และ 7 ราย (10.8%) คลอดด้วยวิธีผ่าคลอด ในทารกทั้งหมดพบเป็นทารกแฝด 8 ราย (12.3%)

จากจำนวนตัวอย่างทั้งหมดพบ ทารกเสียชีวิตจำนวน 12 ราย (18.5%) และ รอดชีวิต 53 ราย (81.5%) โดยอัตราการรอดชีวิตจะสูงขึ้นตาม น้ำหนักตัวแรกเกิดที่มากขึ้น ($p < 0.05$) ทารกที่รอดชีวิต 7 ราย (13.2%) มีอายุครรภ์ ≤ 28 สัปดาห์

และ 46 ราย (86.8%) มีอายุครรภ์ > 28 สัปดาห์, ทารกที่เสียชีวิตจำนวน 12 ราย อายุมารดา เฉลี่ย 21.3 ปี (15-33) ปี อายุครรภ์เฉลี่ย 27.9 สัปดาห์ (23-32 สัปดาห์) น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 990 กรัม (676-1,300 กรัม) ระยะเวลาเฉลี่ยที่อยู่โรงพยาบาล 5 วัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ปัจจัย	จำนวน (ราย)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	34	52.3
หญิง	31	47.7
น้ำหนักแรกเกิด		
< 1,000 gms.(ELBW)	10	15.4
$\geq 1,000$ gms.	55	84.6
น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย ($1,206.8 \pm 202.03$)		
อายุครรภ์มารดา		
≤ 28 wks	14	21.5
> 28 wks	51	78.5
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์		
มารดา		
ท้องแรก	38	58.5
$\geq$ ท้องที่ 1	27	41.5
ประวัติการฝากครรภ์		
ไม่ได้ฝากครรภ์	26	40
ฝากครรภ์	39	60
ประวัติการรับยา steroid		
ได้รับ	10	15.4
ไม่ได้รับ	55	84.6

สาเหตุการเสียชีวิต พบภาวะ RDS 11 ราย (91.7%) และ Sepsis 1 ราย (8.3%) ทารกที่รอดชีวิต พบระยะเวลาเฉลี่ยที่อยู๋โรงพยาบาล 44.2 วัน นานที่สุด 152 วัน ทารกที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ 52 ราย (80%) ส่วนใหญ่ใช้ IMV+CPAP 31 ราย (59.6%) ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 7.1 วัน (1-37 วัน)

ภาวะแทรกซ้อนที่พบ Hyperbilirubinemia 57 ราย (87.7%) ระยะวันส่องไฟเฉลี่ย 11.6 วัน (1-14 วัน), RDS 52 ราย (80%) โดยเป็น Severe RDS 14 ราย (21.5%), Sepsis 10 ราย (15.4%) Hemoculture ขึ้นเชื้อก่อโรค 4 ราย (Klebsella pneumoniae 2 ราย Acinetobacter species 1 ราย, Enterococcus species 1 ราย), PDA 25 ราย (38.5%) โดยทารกได้รับยา Indomethacin 19 ราย Brufen 6 ราย, NEC 12 ราย (18.5%) , NEC stage 2 3 ราย (4.6%), IVH 11ราย (16.9%), BPD 16 ราย (24.6%), ROP 6 ราย (9.2%) แบ่งเป็น Prethreshold 5 ราย Threshold 1 ราย, ความดัน

โลหิตต่ำ 27 ราย (41.5%), อุณหภูมิแรกรับที่ NICU < 36.5 °c - 24 ราย (36.9%), ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (DTX < 40 mg%) 18 ราย (27.7%), ทารกส่วนใหญ่ 37 ราย (56.9 %) เริ่มได้รับอาหาร (นม) ตั้งแต่อายุ 1 วัน อายุเฉลี่ยที่เริ่มได้รับนม 1.4 วัน ทารกที่เริ่มนมช้าที่สุดที่อายุ 6 วัน โดยอาหารที่ให้ป็นนมแม่ 19 ราย (29.2%) เริ่มด้วยนมผสม 37 ราย (56.9%) โดยวิธีการให้ป็นการให้ทางสายยางให้อาหาร (Tube feeding) ในระยะแรก ทารกที่ได้ Parenteral nutrition 51 ราย (78.5%) Umbilical venous catheter 50 ราย (76.9%)

ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการตายของทารกกลุ่มนี้ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุครรภ์ที่ ≤ 28 สัปดาห์, น้ำหนักแรกเกิดที่ < 1,000 กรัม, ภาวะ Respiratory Distress Syndrome (RDS) ในทารกแรกเกิด และภาวะ Patent ductus arterisus (PDA) (จากตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 แสดงอัตราการตายและอัตราการรอดชีวิตในทารกกลุ่มศึกษาแยกตามน้ำหนัก

Infants	<750 g (n=2)	750-999g (n=8)	1000-1249g (n=24)	1250-1499g (n=31)	Total (n=65)
Deaths	2 (100%)	4 (50%)	5 (20.8%)	1 (3.2%)	12 (18.5%)
Survivals	0 (0%)	4 (50%)	19 (79.2%)	30 (96.8%)	53 (81.5%)

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการตายของทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม

Risk factor	Survivors (n=53)	Deaths (n=12)	Odds ratio (95% CI)
ปัจจัยด้านมารดา			
Maternal age $\leq$ 20 yrs.	25 (47.2%)	3 (25.0%)	0.360 (0.087-1.482)
GA $\leq$ 28 weeks	7 (13.2%)	7 (58.3%)	9.600 (2.379-38.735)*
No ANC	16 (30.2%)	4 (33.3%)	1.156 (0.304-4.398)
primigravidae	31 (58.5%)	7 (58.3%)	0.994 (0.279-3.542)
ปัจจัยด้านทารก			
BW < 1,000 gm (ELBW)	4 (7.5%)	5 (41.7%)	12.250 (2.671-56.174)*
APGAR score at 1 minute $\leq$ 5	16 (30.2%)	1 (8.3%)	1.062 (0.090-12.598)
APGAR score at 5 minute $\leq$ 5	5 (9.4%)	0 (0)	0
Early ET intubation	37 (69.8%)	10 (83.3%)	2.162 (0.425-11.008)
First temperature at NICU <36.5°C	17 (32.1%)	7 (58.3%)	2.965 (0.821-16.711)
PDA	17 (32.1%)	8 (66.7%)	4.235 (1.118-16.040)*
Hypoglycemia	13 (24.5%)	5 (41.7%)	2.198 (0.595-8.122)
Severe RDS	5 (9.4%)	9 (75%)	28.800 (5.822-142.457)*
NEC	10 (18.9%)	2 (16.7%)	0.674 (0.219-2.078)
Shock	19 (35.8%)	8 (66.7%)	3.579 (0.951-13.465)

*Significant level at $p < 0.05$

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าอัตราการรอดชีวิตในทารกน้ำหนักตัวน้อยมาก (VLBW) เท่ากับ 89 % และในกลุ่มน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม (ELBW) เท่ากับ 40 % เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาภายในประเทศ จะใกล้เคียงแต่ถ้าเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศจะต่ำกว่าของต่างประเทศ ทั้งสองกลุ่ม (ครุณี ศรีวิไล, 2548; ปนัดดา ลาภเจริญวงศ์และคณะ, 2545; รสสุคนธ์

เจริญศักดิ์ศิริและคณะ, 2547; Lemons JA *et al.*, 2001; Roy KK *et al.*, 2006; Sritipsukho S, 2007; Tapia JL, 2002; Tsou KI *et al.*, 2003) ผลการศึกษาบ่งบอกว่าอัตราการรอดชีวิตของทารกกลุ่มนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุครรภ์และน้ำหนักแรกเกิดที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hack และคณะ (Hack M *et al.*, 2000) ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้ได้แก่ อายุครรภ์ที่ $\leq$ 28 สัปดาห์,

น้ำหนักแรกเกิดที่ $< 1,000$ กรัม, ภาวะ Respiratory Distress Syndrome (RDS) ในทารกแรกเกิด และภาวะ PDA ปัจจัยที่ไม่มีผลต่ออัตราการตายจากการศึกษานี้ได้แก่ Maternal age ≤ 20 yrs, การไม่ฝากครรภ์, การไม่ได้ Antenatal steroids, ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ $< 36.5^{\circ}\text{C}$ และ APGAR score at 1, 5 minute ≤ 5

การศึกษาของ Doyle และคณะพบว่า การใช้ Steroid ก่อนคลอดช่วยลดการเกิด RDS ที่รุนแรงได้ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Doyle LW *et al.*, 1989) ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้ NIH development program แนะนำให้ใช้ Antenatal steroid ในทารกคลอดก่อนกำหนดว่าสามารถลด RDS, IVH และอัตราการตายลงได้ (NIH Consensus Statement, 1994) การศึกษานี้พบการใช้ Steroid ก่อนคลอดเพียง 15.4% เท่านั้น เนื่องจากมีข้อจำกัด คือ ผู้ป่วยไม่ได้ฝากครรภ์ร้อยละ 40 และ มาถึงโรงพยาบาลเมื่อการเจ็บครรภ์ดำเนินจนถึงระยะใกล้คลอดแล้วหรือคลอดก่อนถึงโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถให้ Antenatal steroid ได้ทัน

การศึกษาของ Thorngren และคณะ พบว่าคะแนน Apgar ที่ 5 นาทีที่ต่ำเพิ่มความเสี่ยงต่อความพิการทางสมองและอัตราการตาย (Thorngren-Jerneck K *et al.*, 2001) ในการศึกษาี้คะแนน Apgar score ที่ 1, 5 min ≤ 5 , ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งต่างจากการศึกษาที่อื่น

เนื่องจากผู้ป่วยจำนวน 12 ราย เป็นการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาลทำให้ขาดข้อมูลของคะแนน Apgar score ที่ 1, 5 min การให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ให้ตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครรภ์ การป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาต่อไป

ภาวะตัวเย็นในทารกแรกเกิด (อุณหภูมิร่างกาย $< 36.5^{\circ}\text{C}$) จะทำให้เพิ่มอัตราการตายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในทารกน้ำหนักตัวน้อย เนื่องจากทารกน้ำหนักน้อยมากสูญเสียความร้อนจากร่างกายได้ง่ายและรวดเร็ว เนื่องจากมีพื้นที่ผิวมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว และผิวหนังที่บางกลไกการสร้างความร้อนให้ร่างกายต้องอาศัยการสร้างความร้อนจากเมตาบอลิซึมของไขมัน (Brown fat) การสร้างความร้อนจากเมตาบอลิซึมนี้ทำให้ร่างกายต้องใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น ในทารกน้ำหนักน้อยมากมีปัญหาเรื่องการแลกเปลี่ยนออกซิเจนอยู่แล้วจะทำให้ทารกอาการแย่ลง (Evan NJ *et al.*, 1986) เนื่องจากไม่มีข้อมูลอุณหภูมิร่างกายของทารกก่อนการส่งต่อในการศึกษานี้จึงเก็บข้อมูลเป็น First temperature at NICU $< 36.5^{\circ}\text{C}$ พบ 24 ราย เสียชีวิต 7 ราย (58.3%) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งต่างจากการศึกษาที่อื่น (ดวงกมล เจริญเกษมวิทย์, 2008) อย่างไรก็ตามการพบ First temperature at NICU $< 36.5^{\circ}\text{C}$ 24 รายคิดเป็น 36.9% บ่งบอกถึงการควบคุมอุณหภูมิทารกระหว่างการส่งต่อที่ต้องหาวิธีป้องกันการสูญเสียความร้อนของทารกให้ดีขึ้น

ภาวะ RDS (Respiratory distress syndrome) เป็นสาเหตุการตายที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากการศึกษาครั้งนี้ ในปัจจุบันพบว่าการใช้ Early CPAP ในทารกน้ำหนักตัวน้อยมากจะช่วยลดภาวะหายใจลำบากอันเกิดจากการคลอดก่อนกำหนดและช่วยลดความรุนแรงของ RDS ลดอุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจและ BPD ได้ (ปราโมทย์ ไพรสุวรรณ, 2545; Miksch R *et al.*, 2008) ในการศึกษาที่มีการใช้ Early CPAP ในกลุ่มทารกที่มีความรุนแรงของ RDS ไม่มาก 7 ราย (13%) จึงพบภาวะแทรกซ้อนในทารกกลุ่มนี้น้อย นอกจากนี้ การใช้ Exogenous surfactant ทันทีหลังคลอดลดการเกิด RDS และเพิ่มการรอดชีวิต (Hintz SR *et al.*, 2005) แต่ยังไม่มีการใช้ Exogenous surfactant ในศึกษานี้เลย เนื่องจากราคาค่อนข้างสูง

สาเหตุการเสียชีวิตที่พบบรองลงมาคือ Sepsis ซึ่งยังเป็นปัญหาสำคัญ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในแต่ละปีมีทารกแรกเกิดเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดและในปอดถึง 1.6 ล้านคนทั่วโลก (Bryce J *et al.*, 2005) การศึกษานี้โดยส่วนใหญ่วินิจฉัยจากอาการทางคลินิก จากทารกทั้งหมดพบเชื้อจาก Hemoculture 4 ราย ส่วนใหญ่เป็นเชื้อในโรงพยาบาลและเชื้อดื้อยา (*Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Enterococcus species*) ทำให้ต้องเข้มงวดเรื่องการล้างมือ เทคนิคการปลอดเชื้อและการทำหัตถการ

ต่างๆ เนื่องจากทารกกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงมาก การป้องกันการติดเชื้อจะทำให้ผลการรักษาดีขึ้น

การศึกษาเกี่ยวกับการให้ Trophic feeding ในทารกกลุ่มที่น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1,500 กรัมว่ามีประโยชน์มากคือ ทารกสามารถรับนมได้เต็มที่ ได้เร็วขึ้นและมีผลบวกต่อ Maturation ของลำไส้เล็ก โดยนมที่ดีที่สุดคือนมแม่และควรเริ่มให้เร็วที่สุด ใน 24 ชั่วโมงแรก ถ้าไม่มีข้อห้าม (Dunn L *et al.*, 1988; Troche B *et al.*, 1995) การให้นมแม่เป็น Enteral feeding ที่ดีที่สุดและสามารถป้องกันการเกิด NEC ได้ (เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์, 2550; โสภภาพรณ เงินน้ำ, 2545) ในศึกษานี้ ทารกกลุ่มนี้เริ่มด้วยนมแม่ 19 ราย (29.2%) มีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มที่เริ่มด้วยนมผสม อายุที่เริ่มเฉลี่ย 1.4 วัน (1 - 6 วัน) อุบัติการณ์การเกิด NEC จำนวน 12 ราย 18.5 % ซึ่งมากกว่าการศึกษาของต่างประเทศพบ 7 % (Fanaroff AA *et al.*, 2007) เนื่องจากหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดโรงพยาบาลสันทรายมีข้อจำกัดในการดูแลมารดาหลังคลอด <48 ชั่วโมง จึงรับส่งต่อเฉพาะทารกและรับส่งต่อมารดาหลังคลอด >48 ชั่วโมง ทำให้การเริ่ม Trophic feeding ช่วงแรกต้องเริ่มด้วยนมผสม

ภาวะ PDA (Patent ductus arteriosus) พบบ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนดและมีกลุ่มอาการหายใจลำบากรุนแรง พบบ่อยขึ้นในทารกกลุ่ม ELBW ซึ่งมีอัตราการเกิด PDA สูงถึงร้อยละ 70 (วรางทิพย์ คุงุณิยากร, 2552) ทำให้มี Left to right

shunt ปริมาณเลือดไปปอดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพกับหลายอวัยวะของร่างกายที่ทำให้ทารกเสียชีวิต การศึกษานี้พบ 25 ราย, 4 ราย (40%) อยู่ในกลุ่ม ELBW โดยวินิจฉัยจากอาการทางคลินิก ซึ่งมีผลต่ออัตราการตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และได้รับการรักษาด้วย Medical ligation โดยใช้ Indomethacin 19 ราย และ Ibuprofen 6 ราย

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลังออกจากโรงพยาบาลคือ BPD, IVH, ROP มีจำนวน 16, 11, 6 ราย (24.6%, 16.9%, 9.2%) ตามลำดับ การเกิด BPD จะแตกต่างกันในแต่ละแห่งขึ้นอยู่กับการรักษาที่แตกต่างกัน โดยทั่วไปพบ BPD 10% - 40% สองในสามพบใน ELBW และทารกอายุครรภ์ < 28 สัปดาห์ (Baraldi E *et al.*, 2007) ROP เกิดจากภาวะออกซิเจนในเลือดสูง เนื่องจากให้ออกซิเจนที่เข้มข้นในระยะใดระยะหนึ่ง ความเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิด ROP เพิ่มขึ้นตามน้ำหนักแรกเกิดที่ลดลง (กาญจนา ปรีดิศรีพิพัฒน์, 2548) การควบคุมให้ระดับ O_2 saturation ที่ 85% - 93% ลดการเกิด ROP ได้ชัดเจน (Saugstad OD. 2006; Vanderveen DK. *et al.*, 2006)

เนื่องจากการวินิจฉัย IVH ต้องส่งต่อ Ultrasound ที่โรงพยาบาลนครพิงค์ ทำให้จำนวนอาจน้อยกว่าความเป็นจริงเนื่องจากไม่ได้ส่งตรวจทุกราย ส่วน ROP มีนัดติดตามโดยจักษุแพทย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ 27 ราย ทำให้ไม่ได้ข้อมูลหลังจากกลับบ้านแล้ว

เนื่องจากการศึกษาโดยการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติ ทำให้อาจได้รับข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน และจำนวนผู้ป่วยที่ได้จากการศึกษาไม่มากพอ ดังนั้นหากทำการศึกษาในระยะเวลาที่นานกว่านี้ จะทำให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น การจะพัฒนากระบวนการดูแลทารกแรกเกิดให้มีประสิทธิภาพเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ลดอัตราการตายและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในทารกกลุ่มนี้ ต้องอาศัยความร่วมมือการพัฒนาทักษะและวิชาการของทั้งโรงพยาบาลที่ส่งต่อทารก และโรงพยาบาลที่รับทารกรักษา โดยพัฒนาในรูปแบบเครือข่ายการดูแลมารดาและทารกแรกเกิดต่อไป ควรมีการติดตามต่อเนื่องเพื่อศึกษาถึงผลแทรกซ้อนระยะยาวที่อาจเกิดในทารกแรกเกิดน้ำหนัก < 1,500 กรัม ที่รอดชีวิต ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้ทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุป

อัตราการรอดชีวิตในทารกน้ำหนักตัวน้อยมาก (VLBW) ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่น แต่สำหรับทารกน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม (ELBW) อัตราการรอดชีวิตยังต่ำกว่าการศึกษาที่อื่น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ผลการรักษาได้แก่ อายุครรภ์ที่ ≤ 28 สัปดาห์, ภาวะ Respiratory Distress Syndrome (RDS) และภาวะ Patent ductus arterisus (PDA) ทีมการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เครื่องมืออุปกรณ์และ

บุคลากรที่เพียงพอ จะสามารถช่วยให้ทารกกลุ่มนี้รอดชีวิตได้มากขึ้น และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยลงได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์วรุฒิ โฆวัชรกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันทรายที่อนุญาตให้ทำการศึกษาครั้งนี้ แพทย์หญิงลินดา เอื้อไพบูลย์ ที่ให้คำปรึกษาการวิเคราะห์ทางสถิติ เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและเจ้าหน้าที่งานเวชระเบียนที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กาญจนา ปรีดิศรีพิพัฒน์, ทรงกลด นพเก้าโนโชคชัย. ภาวะจอประสาทตาผิดปกติในทารกคลอดก่อนกำหนดโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ปีพ.ศ.2544-2547. พุทธชินราชเวชสาร 2548 ; 22(2): 127 - 134.

เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. Breast feeding practice in premature infant. ใน: สุนทร อื้อเผ่าพันธุ์. Neonatology 2007. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด, 2550 : 12 - 23.

ดร.ฉวี ตรีวิไล. การดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. พุทธชินราชเวชสาร 2548; 22(2): 146 - 154.

ดวงกมล เจริญเกษมวิทย์. อัตราการรอดชีวิตและปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด

น้ำหนักน้อยมากในโรงพยาบาลนครนายก.

Thai Pharm Health Sci J 2008; 3(1): 87- 96.

ปนัดดา ลาภเจริญวงศ์, แสงแข ชำนาญกิจ, พรพัฒน์ รัศมีมริย์และปรียาพันธ์ แสงอรุณ. อัตราตายและภาวะแทรกซ้อนของทารกน้ำหนักตัวน้อยมากและทารกคลอดก่อนกำหนด อายุน้อยกว่า 33 สัปดาห์ ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. เวชสารแพทย์ทหารบก 2545; 55; 205 - 210.

ปราโมทย์ ไพรสุวรรณ. Continous positive airway pressure (CPAP). ใน: สรายุทธ สุภาพรธชาติ. Update neonatal care and workshop in neonatal care. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด, 2545: 9 - 15.

รสสุคนธ์ เจริญสัจดิ์ศิริ, สุภาภรณ์ สมหล่อ. การบริหารทารกน้ำหนักตัวน้อยมากที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในช่วงสี่ปีของการเริ่มสหศาสตร์ใหม่. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2547; 21: 175 - 183.

วรวิทย์ คุวุฒิยากร. Care of the tiny baby: cardiovascular and respiratory management. ใน: วัฒนา ชาติอภิศักดิ์ และคณะ. What's out in pediatrics. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2552 : 53 - 60.

- สรายุทธ สุภาพรรณชาติ. Care of very low birth weight infant. ใน: สาริต โหตระกิตย์. Neonatal care in the year 2000: The prevention of morbidities. กรุงเทพฯ: บริษัท ธาราเพรส จำกัด; 2542. หน้า 30 – 3.
- โสภาพรรณ เงินกล้า. Nutritional management in preterm. ใน: สรายุทธ สุภาพรรณชาติ. Update neonatal care and workshop in neonatal care. กรุงเทพฯ: บริษัท ธาราเพรส จำกัด, 2545: 210 - 229.
- Baraldi E, Filippone M. Chronic lung disease after premature birth. *N Engl J Med* 2007 ; 357 : 1946 - 55.
- Behrman RE, Stith Butler A. Complication of preterm birth. In : Behrman RE, Stith Butler A, eds. Preterm birth: causes, consequences and prevention. Washington, DC : National Academies Press, 2007: 317- 36.
- Bregman J. Developmental outcome in very low birth weight infants. Current status and future trends. *Pediatr Clin North Am* 1998; 45 : 673 - 90.
- Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, *et al.* WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet* 2005; 365: 1147 - 53.
- Doyle LW, Kitchen WH, Ford GW, Richards AL, Kelly EA. Antenatal steroid therapy and 5 - year outcome of of extremely low birth weight infants. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 743 - 746.
- Dunn L, Hulman S, Weiner J, Kliegman R. Beneficial effects of early hypocaloric enteral feeding on neonatal gastrointestinal function: preliminary report of randomized trial. *J Pediatr* 1988; 112(4): 622 - 629.
- Evans NJ, Rutter N. Development of the epidermis in the newborn. *Biol Neonate* 1986; 49: 74 - 80.
- Fanaroff AA, Stoll BJ, Wright LL. Trends in neonatal morbidity and mortality for very low birth weight infants. *Am J Obstet Gynecol* 2007 ; 196(2) : 147. e1- e8.
- Hack M, Fanaroff AA. Outcomes of children of extremely low birth weight and gestational age in the 1990s. *Semin Neonatal* 2000; 5(2): 89 - 106.
- Hintz SR, Poole WK, Wright LL, Fanaroff AA, Kendrick DE, *et al.* Changes in mortality and morbidities among infants born all less than 25 weeks during the post-surfactant era. *NICHD Neonatal Research Network. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2005; 90: F 128 - 33.

- Lemons JA, Bauer C, Oh W. Very low birth weight outcomes of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network, January 1995 through December 1996. *Pediatrics* 2001; 107 : E1.
- Miksch R, Armbrust S, Pahnke J, Fusch C. Outcome of very low birth weight infants after introducing a new standard regimen with the early use of nasal CPAP. *Eur J Pediatric* 2008; 167: 909 - 916.
- National Institute of Child Health and Development. Effect of corticosteroids for fetal maturation on perinatal outcomes. NIH Consens Statement. 1994; 12(2):1-24.
- Roy KK, Baruah J, Kumar S, Malhotra N, Deorari AK and J.B. Sharme. Maternal antenatal profile and immediate neonatal outcome in VLBW and ELBW babies. *J Pediatrics Indian* 2006; 73: 669 - 673.
- Saugstad OD. Oxygen and retinopathy of prematurity. *J Perinatol* 2006 ; 26: Suppl 1 : S46-50.
- Sritipsukho S. Survival and outcome of very low birth weight infants born in a University Hospital with level 2 NICU. *J MED Assoc Thai* 2007; 90:1323 - 1329.
- Tapia JL. Very low birth weight infant outcomes in 11 South American NICU. *J Perinatology* 2002; 22: 2 - 7.
- Thorngren-Jerneck K, Herbst A. Low 5-minute APGAR score: a population-base register study of 1 million term births. *Obstet Gynecol* 2001; 98(1): 65 - 70.
- Troche B, Harvey-Willkes K, Engle W, Nielsen H, Frantz I, 3rd, Mitchell M, et al. Early minimal feeding promote growth in critically premature infants. *Biol Neonate* 1995; 67(3):172 - 181.
- Tsou KI, Tsao PN. The mortality and survival of very-low-birth-weight infants in Taiwan. *Acta Pediatr Taiwan* 2003; 44: 349 - 355.
- Vanderveen DK, Mansfield TA, Eichenwald EC. Lower oxygen saturation alarm limits decrease the severity of retinopathy of prematurity. *J AAPOS* 2006; 10 : 445 - 8.
- Vohr BR, Wrihht LL, Dusick AM. Center differences and outcomes of extremely low birth weight infants. *Pediatrics* 2004; 113: 781 - 9.

**ประสิทธิภาพของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในโรงพยาบาลวัดจันทร์
เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จังหวัดเชียงใหม่
(The efficacy of Easy Asthma Clinic in Watchan Hospital for His Majesty
the King 80th Birthday, Chiang Mai Province)**

ธนิต บรรณพผล พบ.

Thanit Bunsoppol, M.D.

โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา
จังหวัดเชียงใหม่

Watchun Hospital for His Majesty the King 80th Birthday,
Chiang Mai Province.

บทคัดย่อ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในอำเภอภักดีวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้ป่วยโรคหืดจำนวนมากคือ เมื่อปี พ.ศ. 2546 มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 6.7 ที่ได้รับการรักษาด้วย Corticosteroid ชนิดสูด โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษาได้จัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่าย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2554 จนถึงปัจจุบัน เพื่อจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดให้ได้มาตรฐาน ซึ่งได้นำแนวทาง Easy Asthma Clinic มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย การศึกษาเชิงพรรณนาโดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจาก บันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืดอย่างง่าย (Easy Asthma Clinic; EAC) เพื่อประเมินผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดทุกรายตั้งแต่เดือน มกราคม 2554 - มิถุนายน 2555 เป็นเวลา 18 เดือน ในวันแรกที่เข้าคลินิก เดือนที่ 1, 3 และ 12 หลังเข้าคลินิก

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.4 อายุเฉลี่ย 32.1 ปี (S.D. 17.64) เริ่มป่วยเป็นโรคหืดอายุเฉลี่ย 21.7 ปี (S.D.=14.07) เป็นมานานเฉลี่ย 10.4 ปี (S.D.= 9.72) เมื่อเปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างวันแรกที่เข้าคลินิกกับเดือนที่ 12 หลังเข้าคลินิก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการและอาการแสดงของโรคหืดลดลง โดยในรอบ 12 เดือน มีอาการหอบตอนกลางวันลดลงจากร้อยละ 61.3 เป็นร้อยละ 29.0 หอบตอนกลางคืนลดลงจากร้อยละ 90.3 เป็นร้อยละ 35.5 และมีการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมลดลงจากร้อยละ 67.7 เป็นร้อยละ 29.0 ส่วนในรอบ 12 เดือน มีภาวะฉุกเฉินและประวัติการพักรักษาตัวลดลง โดยมารับยาพ่นที่ห้องฉุกเฉินลดลงจากร้อยละ 45.2 เป็นร้อยละ 29.0 และเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงจากร้อยละ 19.4 เป็นร้อยละ 9.7 การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ลดน้อยลง

สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น จึงเห็นควรสนับสนุนให้มีการจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในโรงพยาบาลชุมชน

คำสำคัญ: คลินิกโรคหืดอย่างง่าย, ผลลัพธ์, ค่าทดสอบสมรรถภาพปอด, โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

Abstract

Asthma is a chronic disease and a major health problem in Kullayaniwattana District, Chiang Mai Province. There are only 6.7 percent of patients having inhale corticosteroid treatment. Realizing this problem, Watchun Hospital for His Majesty the King 80th birthday had conducted Easy Asthma Clinic Since 2011 to provide Asthmatic Standard Treatment System for asthmatic patients. This study is a descriptive research and retrospective study was employed to evaluate the result of Easy Asthma Clinic by using recorded data of asthmatic patients from medical registry unit” The information was obtained from asthmatic patients who attended Easy Asthma Clinic in the first day of treatment as well as follow ups in the first, third and twelve month after clinic’s operation.

The result revealed that most of 31 samples were female 77.4%, mean of age was 32.1 years (S.D. 17.64), mean of the first age that asthma attacked was 21.7 years (S.D. 14.07) and mean of time to be asthmatic patients was 10.4 years (S.D. 9.72).

The result of treatment comparative between the first day of treatment and at 12th month after treatment (pre and post treatment) was found that the respondents had decrease sign and symptoms of asthma disease in one month such as asthma attack at daytime decreased from 61.3% to 29.0% and attack at night time decreased from 90.3% to 35.5%, Using inhaled bronchodilator decreased from 67.7% to 29.0%. In one year, sign and symptoms which decreased were emergency cases of acute asthmatic attack and got inhalation decreased from 45.2 to 29.0, The admission rate was decreased from 19.4% to 9.7%

In conclusion, the number of IPD cases was decreased and asthmatic patients could save the expenditure and increase quality of life, so Easy Asthma Clinic should be promoted at community hospital

Keywords: Easy Asthma Clinic, Outcomes, Peak Expiratory Flow Rate (PEFR), Watchun Hospital for His Majesty the King 80th birthday

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่างๆ ทั่วโลก (WHO, 2007; NHLBI/WHO workshop report, 1995; Wool cook, 1991) รวมทั้งประเทศไทย (Boonsawat *et al.*, 2002; Vichyanond *et al.*, 1998) WHO ประเมินการว่ามีผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลกถึง 300 ล้านคนทั่วโลก (Global Initiative For Asthma, 2003) และในประเทศไทยพบได้ร้อยละ 4-13 ของประชากร (สมาคมอหิวาต์แห่งประเทศไทย, 2547) ประมาณร้อยละ 15 ของผู้ป่วยโรคหืดต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและร้อยละ 21 ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินเพราะหอบรุนแรงเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังพบว่า มาตรฐานการรักษาโรคหืดยังต่ำมาก คือมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 6.7 เท่านั้น ที่ได้รับการรักษาด้วย Corticosteroid ชนิดสูด (สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2555)

การรักษาโรคหืดมีความสำคัญดังนั้นองค์การอนามัยโลก (WHO) ร่วมกับ Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) ของอเมริกาจึงได้เชิญผู้เชี่ยวชาญ

จาก 17 ประเทศ มาร่วมกันจัดทำแนวทางการรักษาโรคหืดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลกในปี 1995 เรียกว่า Global Initiative for Asthma Guideline (GINA) (NHLBI/WHO workshop report, 1995) ในปี พ.ศ. 2537 สมาคมอหิวาต์แห่งประเทศไทยได้นำ The Global Initiative for Asthma Guideline (GINA) มาพัฒนาจัดทำแนวทางการวินิจฉัย การรักษาโรคหืดในประเทศไทย (สำหรับผู้ใหญ่) (สมาคมอหิวาต์แห่งประเทศไทย, 2547) โดยมีหลักความสำคัญในแนวทางการรักษาโรคนี้คือ จะต้องให้ความรู้กับผู้ป่วยให้เข้าใจในแนวทางการรักษา ต้องสอนวิธีใช้ยาสูดพ่น รู้จักหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น ประเมินความรุนแรงของโรคโดยการตรวจวัดสมรรถภาพปอด จัดการรักษาตามความรุนแรงของโรค วางแผนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง มีการให้ Inhaled corticosteroid เพื่อลดการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม เป็นการควบคุม และป้องกันมิให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้น ต่อมาในปี พ.ศ.2547 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้พัฒนาแนวทางการจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในโรงพยาบาลขึ้นเรียกว่า Easy Asthma Clinic

(EAC) (วัชรานุกูลสวัสดิ์, 2548) โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จึงได้จัดให้มีคลินิกโรคหืดอย่างง่าย Easy Asthma Clinic (EAC) ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดได้รับการดูแลอย่างถูกต้องปลอดภัย ตามมาตรฐาน GINA Guideline 2) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืด มีความรุนแรงและความถี่ของอาการหอบลดลง และ 3) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรืองานประจำได้ปกติ โดยใช้กลยุทธ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเป็นทีม แบบสหสาขาวิชาชีพ จากการจัดตั้งคลินิกโรคหืดในโรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษาเป็นเวลา 1 ปี จึงได้ศึกษาผลการดูแลรักษาผู้ป่วยคลินิกโรคหืดอย่างง่าย เพื่อเป็นประโยชน์ ในการพัฒนาการจัดการคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในโรงพยาบาลชุมชนต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective descriptive research) จากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหืดในคลินิกโรคหืดอย่างง่าย (Easy Asthma Clinic; EAC) โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคหืดทุกราย ที่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่คลินิกโรคหืดอย่างง่าย (Easy Asthma Clinic; EAC) โรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 31 คน ตั้งแต่เดือน

มกราคม 2554 - มิถุนายน 2555 เป็นเวลา 18 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-square test

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ใช้แบบประเมิน Easy Asthma Clinic (Thailand and Respiratory Forum, 2004) ประกอบด้วย

1. ข้อมูลประวัติผู้ป่วยเมื่อเริ่มการศึกษา
2. แบบประเมินผลการรักษา Asthma control และ OPD card สำหรับบันทึกอาการทั่วไป
3. ตารางค่ามาตรฐาน PEF/R ชาย หญิง
4. เก็บข้อมูลสมรรถนะของปอดจากเครื่องมือ Peak flow meter

สำหรับมาตรฐานการจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่ายประกอบด้วย การกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพดังนี้ แพทย์ทำการตรวจรักษา โดยมีแพทย์ประจำคลินิก ให้การรักษาตามแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหอบหืดตาม GINA 2006 ดูแลการได้รับยา Steroid ยา บรรเทาอาการหอบ พยาบาล ซักประวัติผู้ป่วยทุกรายที่มีประวัติเป็นโรคหอบหืดบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ประเมินอาการโรคด้วยแบบฟอร์ม การให้ความรู้ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล การดูแลตนเองที่บ้าน ธรรมชาติของโรค สิ่งกระตุ้นให้อาการกำเริบ ให้คำแนะนำ ออกสมุดประจำตัวผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยโรค อาการของโรค การเฝ้าระวัง การป้องกัน การประเมินอาการ

ในเวลากลางวันและกลางคืน การพ่นยาบรรเทา
อาการ อาการฉุกเฉินที่ต้องมาพบแพทย์ เกณฑ์
สอนวิธีการใช้ยา ผลข้างเคียงของยา ภายภาพบำบัด
สอนการออกกำลังกาย Breathing exercise

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 คน เป็นเพศชาย
7 คน (ร้อยละ 22.6) เพศหญิง 24 คน (ร้อยละ 77.4)
มีอายุระหว่าง 8-66 ปี อายุเฉลี่ย 32.1 ปี
(S.D.=17.64) ส่วนใหญ่พักอาศัยในเขตตำบลใกล้เคียง
โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างเริ่มเป็นหืดตั้งแต่อายุ 1 ปี จนถึงอายุ 60
ปี อายุเฉลี่ย 21.7 ปี (S.D.=14.07) ระยะเวลาในการ
ป่วยเป็นโรคหืดเฉลี่ย 10.4 ปี (S.D.= 9.72) ในรอบ
1 ปี มีประวัติเคยมาพ่นยาขยายหลอดลมที่

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาล (ER)
ร้อยละ 45.2 โดยเฉลี่ย 2.6 ครั้งต่อคน (S.D.=1.02)
และมีประวัติเคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
ร้อยละ 19.4 เฉลี่ย 1.8 ครั้งต่อคน (S.D.=0.75) มี
การใช้ Corticosteroid (Inhaled หรือ Oral) ร้อยละ
29.0 กลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ร้อยละ 6.5 กลุ่มตัวอย่าง
ไม่เคยรับการตรวจสมรรถภาพปอด เคยไปรับการ
รักษาที่โรงพยาบาลอื่น ร้อยละ 12.9 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
(n = 31)			(n = 31)		
เพศ			ประวัติเคยมาพ่นยาขยายหลอดลมที่แผนก		
ชาย	7	22.6	อุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาล		
หญิง	24	77.4	เคย	14	45.2
อายุของผู้ป่วย อายุเฉลี่ย	32.1 ปี		ไม่เคย	17	54.8
อายุเริ่มเป็นโรคหืดเฉลี่ย	(S.D.=17.64)		เฉลี่ย 2.6 ครั้งต่อคน (S.D.=1.02)		
ระยะเวลาที่เป็นโรคหืด	21.7 ปี		สูบบุหรี่		
เฉลี่ย	(S.D.=14.07)		สูบ	2	6.5
	10.4 ปี (S.D. 9.72)		ไม่สูบ	29	93.5
			เคยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น		
			เคย	4	12.9
			ไม่เคย	27	87.1

ประวัติอาการและอาการแสดงก่อนเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืดอย่างง่าย ณ วันที่แรกที่เข้าคลินิกในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา เคยมีอาการไอ หายใจไม่อิ่มหรือหายใจมีเสียงหวีดในช่วงกลางวัน ร้อยละ 61.3 ส่วนอาการในช่วงกลางคืนเคยมีอาการ ร้อยละ 90.3 ใช้ยาบรรเทาอาการหอบ (ยาขยายหลอดลม) ร้อยละ 67.7 เคยหอบมากจนต้องไปรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 22.6 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่เคยไปรับรักษาที่คลินิกเอกชน เคยนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ร้อยละ 3.2

สำหรับผลการรักษาในคลินิกโรคหืดอย่างง่ายหลังเข้าคลินิกในเดือนที่ 1, 3, 12 ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาหลังเข้ารับการดูแลรักษาในคลินิกโรคหืดอย่างง่าย (EAC) พบว่า อาการหอบตอนกลางวัน ในเดือนที่ 1, 3, และ 12 ลดลงเป็น 20 ราย, 17 ราย และ 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.5, 54.8 และ 29.0 ตามลำดับ ส่วนอาการหอบตอนกลางคืนในเดือนที่ 1, 3, และ 12 ลดลงเป็น 25 ราย, 18 ราย และ 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.6, 58.1 และ 35.5 ตามลำดับ การใช้ยาบรรเทาอาการ (Reliever) ในเดือนที่ 1, 3 และ 12 ใช้ลดลงเป็น 16 ราย, 13 ราย และ 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.6, 41.9 และ 29.0 ตามลำดับ อาการหอบมากไปรับการรักษาที่ห้อง

ฉุกเฉิน ในเดือนที่ 1, 3 และ 12 พบว่าลดลงเป็น 3 ราย, 0 ราย และ 1 ราย คิดเป็น ร้อยละ 9.7, 0 และ 6.5 ตามลำดับอาการหอบมากต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ในเดือนที่ 1, 3, และ 12 พบว่า มี 1 ราย, 0 ราย และ 0 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.2, 0 และ 0 ตามลำดับ ค่าทดสอบสมรรถภาพปอด (ร้อยละ predicted PEFR) ก่อนเข้าคลินิกจำนวน 17 ราย อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 54.8 หลังเข้าคลินิกเดือนที่ 1, 3 และ 12 เพิ่มขึ้นเป็น 21 ราย, 23 ราย และ 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.7, 74.2 และ 80.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) นอกจากนี้พบว่า 12 เดือนหลังการรักษาที่ผ่านมา มีประวัติเคยพ่นยาขยายหลอดลมที่แผนอุบัติเหตุและฉุกเฉิน(ER) ลดลงเหลือร้อยละ 29.0 เหลือ 1.3 ครั้งต่อคน (S.D.= 0.50) และเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงเหลือร้อยละ 9.7 เหลือ 1.3 ครั้งต่อคน (S.D.= 0.58) (ตารางที่ 3) ส่วนค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดระดับไม่ดี ในเดือนที่ 1, 3 และ 12 เพิ่มขึ้นเป็น 54.1, 61.1 และ 68.7 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอด ระดับปานกลาง ในเดือนที่ 1, 3 และ 12 เพิ่มขึ้นเป็น 81.7, 82.4 และ 87.5 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดระดับดี ลดลงในเดือนที่ 1 เป็น 91.0 จากนั้นในเดือนที่ 3 และ 12 เพิ่มขึ้นเป็น 95.3 และ 97.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละและจำนวน ของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงอาการและอาการแสดง ก่อนและหลัง เข้า
คลินิกโรคหืดอย่างง่าย (EAC) จำแนกตามรายเดือน (n=31)

อาการและอาการแสดง (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา)	ก่อนเข้าคลินิก	หลังเข้าคลินิก		
	วันแรกที่มาคลินิก	เดือนที่ 1	เดือนที่ 3	เดือนที่ 12
	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)
1. อาการหอบตอนกลางวัน				
1) ไม่มีอาการ	38.7 (12)	35.5 (11)	45.2 (14)	71.0 (22)
2) มีอาการ	61.3 (19)	64.5 (20)	54.8 (17)	29.0 (9)
		$\chi^2 = 26.996$ P = .000	$\chi^2 = 23.774$ P = .000	$\chi^2 = 8.010$ P = .005
2. อาการหอบตอนกลางคืน				
1) ไม่มีอาการ	9.7 (3)	19.4 (6)	41.9 (13)	64.5 (20)
2) มีอาการ	90.3 (28)	80.6 (25)	58.1 (18)	35.5 (11)
		$\chi^2 = 13.839$ P = .000	$\chi^2 = 4.599$ P = .032	$\chi^2 = 6.039$ P = .014
3. การใช้ยาบรรเทาอาการ (Reliever)				
1) ไม่ใช้	32.3 (10)	48.4 (15)	58.1 (18)	71.0 (22)
2) ใช้	67.7 (21)	51.6 (16)	41.9 (13)	29.0 (9)
		$\chi^2 = 15.746$ P = .000	$\chi^2 = 10.661$ P = .001	$\chi^2 = 8.119$ P = .004
4 อาการหอบมากไปรักษาที่ห้องฉุกเฉิน				
1) ไม่เคย	77.4 (24)	90.3 (28)	100.0 (31)	93.5 (29)
2) เคย	22.6 (7)	9.7 (3)	0 (0)	6.5 (2)
		$\chi^2 = 11.383$ P = .001		$\chi^2 = 7.330$ P = .007

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละและจำนวน ของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงอาการและอาการแสดง ก่อนและหลัง เข้าคลินิก โรคหืดอย่างง่าย (EAC) จำแนกตามรายเดือน (n=31) (ต่อ)

อาการและอาการแสดง (ใน 1 เดือนที่ผ่านมา)	ก่อนเข้าคลินิก	หลังเข้าคลินิก		
	วันแรกที่มาคลินิก	เดือนที่ 1	เดือนที่ 3	เดือนที่ 12
	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)
5. อาการหอบมากต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล				
1) ไม่เคย	96.8 (30)	96.8 (30)	100.0 (31)	100.0 (31)
2) เคย	3.2 (1)	3.2 (1)	0 (0)	0 (0)
		$\chi^2 = 31.000$		
		P = .000		
6. ค่าทดสอบสมรรถภาพปอด (ร้อยละ predicted PEFR)				
1) ไม่ดี (ไม่เกินร้อยละ 59)	25.8 (8)	19.4 (6)	12.9 (4)	9.7 (3)
2) ปานกลาง (ร้อยละ 60-80)	19.4 (6)	12.9 (4)	12.9 (4)	9.7 (3)
3) ดี (ตั้งแต่ร้อยละ 81 เป็นต้นไป)	54.8 (17)	67.7 (21)	74.2 (23)	80.6 (25)
		$\chi^2 = 30.323$	$\chi^2 = 31.000$	$\chi^2 = 21.390$
		P = .000	P = .000	P = .000

ตารางที่ 3 ร้อยละและจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการพ่นยาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษาในรอบ 12 เดือนก่อนและหลัง เข้าคลินิก (N=31)

ประวัติการรักษา	หน่วยนับ	การรักษา	
		ก่อนเข้าคลินิก EAC	หลังเข้าคลินิก EAC
การพ่นยาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน			
1) เคยมา	ร้อยละ	45.2 (14)	29.0 (9)
2) เฉลี่ยการมาพ่นยา	ครั้ง / คน	2.6 (S.D.=1.02)	1.3 (S.D.= 0.50)

ตารางที่ 3 ร้อยละและจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการพ้นยาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษาในรอบ 12 เดือนก่อนและหลัง เข้าคลินิก (N=31) (ต่อ)

ประวัติการรักษา	หน่วยนับ	การรักษา	
		ก่อนเข้าคลินิก EAC	หลังเข้าคลินิก EAC
การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล			
1) เคยเข้าพักรักษาตัว	ร้อยละ	19.4 (6)	9.7 (3)
2) เข้าพักรักษาตัว ในโรงพยาบาลเฉลี่ย	ครั้ง / คน	1.8 (S.D.= 0.75)	1.3 (S.D.= 0.58)
3) จำนวนวัน เฉลี่ย	วัน / ครั้ง	3.1 (S.D.= 0.83)	2.8 (S.D.= 0.96)
4) เฉลี่ยนอนโรงพยาบาล	วัน / คน	5.7 (S.D.= 1.03)	3.7 (S.D.= 0.58)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยผลการตรวจสมรรถนะภาพปอด (PEFR) แยกกลุ่มตัวอย่างแยกตามลำดับความรุนแรง ของโรคหอบหืด จำแนกตามวันแรกที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาศึกษาในคลินิก EAC และหลังเข้า คลินิก EAC ในเดือนที่ 1, 3 และ 12 (N=31)

ความรุนแรงของโรค จากการประเมินสมรรถนะของปอด (PEFR)	ค่าเฉลี่ย (PEFR)	หลังเข้าคลินิก		
	ก่อนเข้าคลินิก	ค่าเฉลี่ย (PEFR) เดือนที่ 1	ค่าเฉลี่ย (PEFR) เดือนที่ 3	ค่าเฉลี่ย (PEFR) เดือนที่ 12
ไม่ดี (น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 59; n = 8)	47.8 (S.D. =9.29)	54.1 (S.D.=3.08) $\chi^2 = 48.000$ P = 0.243	61.1 (S.D.=3.08) $\chi^2 = 56.000$ P = 0.229	68.7 (S.D.=3.08) $\chi^2 = 56.000$ P = 0.229
ปานกลาง (ร้อยละ 60-80; n = 6)	72.6 (S.D.= 5.92)	81.7 (S.D. 3.08) $\chi^2 = 24.000$ P = 0.242	82.4 (S.D. 6.09) $\chi^2 = 24.000$ P = 0.242	87.5 (S.D. 9.14) $\chi^2 = 24.000$ P = 0.242
ดี (มากกว่าร้อยละ 80 เป็นต้นไป; n = 17)	92.9 (S.D.=1.78)	91.0 (S.D.=5.47) $\chi^2 = 90.667$ P = 0.006	95.3 (S.D.=3.79) $\chi^2 = 74.139$ P = 0.002	97.5 (S.D.=2.43) $\chi^2 = 46.278$ P = 0.029

อภิปราย

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาที่สำคัญในโรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยโรคหืดมากขึ้นเรื่อยๆ อาจเป็นเพราะสิ่งแวดล้อมที่มีมลภาวะมากขึ้นและการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข ที่ดีขึ้นกว่าแต่ก่อน

ปัจจุบันได้มีแนวทางในการรักษาโรคหืดซึ่งได้ผลดีที่ได้จัดทำขึ้นเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก คือ GINA guideline และประเทศไทยก็มีกำหนดแนวทางที่เป็นมาตรฐานคือ แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข: พ.ศ.2551 การดำเนินการ Easy Asthma Clinic ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางมาตรฐานและมีความต่อเนื่อง มีการร่วมมือกันดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และ นักกายภาพบำบัด ทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น จะเห็นได้ว่าอาการหอบตอนกลางวันลดลงจาก 61.3 เป็น 29.0 อาการหอบตอนกลางคืนลดลงจาก 90.3 เป็น 35.5 อัตราการเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินลดลง จาก 25.8 เป็น 6.5 การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงจาก 3.2 เป็น 0

การทดสอบสมรรถภาพปอด มีความสำคัญมากในการใช้การประเมินติดตามอาการและผลการรักษาผู้ป่วย และใช้ในการจัดระดับความรุนแรงของโรคด้วยการนำ Peak Flow meter ซึ่งเป็นเครื่องมืออย่างง่ายและราคาถูกสามารถใช้ได้ทุกที่มาใช้ ประเมินสมรรถภาพปอด ทำให้ผู้ป่วย

รู้สึกได้จริงถึงการประเมินประสิทธิภาพปอดของแต่ละคน มีผลทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น และทำให้แพทย์ปรับยาได้อย่างเหมาะสมกับค่า PEFR ของผู้ป่วย ค่า PEFR หลังจากดำเนินการ Easy Asthma Clinic มีค่าเพิ่มขึ้น จากวันแรกที่มาคลินิกและหลังเข้าคลินิกเดือนที่ 12 คิดเป็นร้อยละ 54.8 และ 80.6 ตามลำดับ เพิ่มขึ้น 8 ราย โดยพบที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.000$) และค่าเฉลี่ย PEFR จากวันแรกที่มาคลินิกและหลังเข้าคลินิกเดือนที่ 12 มีค่าเพิ่มขึ้นในทุกระดับ โดยพบที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มที่สมรรถนะปอดดี (PEFR มากกว่าร้อยละ 80 เป็นต้นไป) ($p = 0.029$) ส่วนในกลุ่มที่สมรรถนะปอดไม่ดีและปานกลางไม่พบที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่า การรักษาใน EAC ต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในโรงพยาบาลชุมชน น่าจะมีความคุ้มค่าต่อการดำเนินงานต่อไปอย่างยิ่ง

สำหรับปัญหาอุปสรรคในการจัดการ Easy Asthma Clinic ในโรงพยาบาลชุมชนที่สำคัญคือการปรับเปลี่ยนบุคลากรในการดำเนินการมีการโอนย้ายบ่อยๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง การประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย (PCT: Patient Care Team) เพื่อแนะนำ CPG แก่บุคลากรใหม่และติดตามการใช้ CPG อย่างต่อเนื่องในทุกวิชาชีพ จะช่วยแก้ปัญหาดังกล่าวได้และจาก

ประสบการณ์การจัดการ Easy Asthma Clinic โดยใช้ทีม PCT สามารถนำไปปรับใช้กับงานบริการรักษาพยาบาลในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆได้ โอกาสในการพัฒนาด้านการดูแลควรมีการศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหืดลงไปถึงครอบครัวและการเยี่ยมบ้านเพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมมากขึ้น

สรุป

ผลลัพธ์ของการจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในโรงพยาบาลวัดจันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ทำให้ผู้ป่วยโรคหืดที่เป็นกลุ่มศึกษามีผลการรักษาที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าคลินิก อาการหอบมากต้องไปรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และ อาการหอบมากต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลง ค่าทดสอบสมรรถภาพปอด (PEFR) ในกลุ่มที่มีค่า PEFR มากกว่าร้อยละ 80 เป็นต้นไป มีแนวโน้มดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและงานประจำได้ จึงควรมีการสนับสนุนให้จัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่ายในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดได้รับการดูแลที่ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยโรคหืดทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาค้นคว้า ทีมสหวิชาชีพทุกท่าน ที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล แพทย์หญิง ประณมพร ศิริภักดิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัด

จันทร์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ที่สนับสนุนให้จัดตั้งคลินิกโรคหืดในโรงพยาบาล และรองศาสตราจารย์นายแพทย์วัชร บัญสวัสดิ์ ที่กรุณาให้แนวคิด การจัดตั้งคลินิกโรคหืดอย่างง่าย ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

Boonsawat W, charoenphan P, Kaitboonsri S.

Prevalence of asthma symptoms in adult 4 cities of Thailand. Joint scientific meeting the thoracic Society of Thailand, the Malaysia Thoracic Society and the Singapore Thoracic Society. Bangkok Thailand, 2002: 112.

Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention NHLBI/WHO workshop report, 1995.

Global Initiative For Asthma. Global burden of asthma. 2003 [Retrieved June 1, 2012] Available from <http://www.ginasthma.org/Backgrounders/backgrounder-global-burden-of-asthma-report-summary.html>.

Vichyanond P, Jirapongsananuruk O, Visitsuntorn N, Tuchinda M. Prevalence of asthma, Rhinitis and eczema in children from the Bangkok area using the ISAAC (International Study for Asthma and

- Allergy in Children) questionnaires. J Med Assoc Thai. 1998; 81: 175 - 84.
- Wool cook AJ. The problem of asthma worldwide. Eur respire Rev.1991; 1(4): 243- 6.
- World Health Organization, WHO. (2007). Chronic Respiratory Disease - Asthma. [Retrieved February 11, 2008] Available from <http://www.who.int/respiratory/asthma/en/>
- วัชรานุกูลสวัสดิ์. คลินิกโรคหืดแบบง่ายๆ (Easy Asthma Clinic). ใน: วัชร จามจุรีรักษ์, สุนันทา สวรรค์ ปัญญาเลิศ,บรรณาธิการ. BGH Annual academic meeting: From the basic to the top in Medicine, พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ส.รุ่งทิพย์ ออฟเซต, 2548: 83-7.
- สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย. แนวทางวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่และ เด็ก พ.ศ. 2555. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูเนียนอุตสาหกรรมไวโอเร็ด จำกัด, 2555: 9.
- สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. แนวทางวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่ (ฉบับปรับปรุง). วารสารวัณโรคและโรคทรวงอก 2547; 19 (3): 179- 93.

ความเสี่ยงและการดูแลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Risk and Management in Adolescent Pregnancy)

บดีนทร์ จักรแก้ว พ.บ. ว.ว.สูติศาสตร์นรีเวชวิทยา
โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

Bordin Jakkaew, M.D., Cert.Prof.(OB-GYN)
Fang Hospital, Chiang Mai Province

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี เป็นช่วงที่ยังไม่มีความพร้อม ร่างกายยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ จิตใจและอารมณ์ยังไม่มั่นคงพอ ยังไม่จบการศึกษา ยังไม่มีอาชีพและรายได้เป็นของตนเอง การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อสุขภาพของมารดาและทารกทั้งในขณะตั้งครรภ์และขณะคลอด เช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ โลหิตจางในแม่ การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย การแท้ง การคลอดติดขัด เด็กตายคลอด ซึ่งการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและไม่พึงประสงค์ ส่งผลกระทบต่อจิตใจของแม่ เกิดความอับอาย กระทบต่ออาชีพและรายได้ หลังคลอดอาจมีอาการซึมเศร้า อาจจะต้องพักการเรียนหรือออกจากโรงเรียนทำให้เสียโอกาสในการศึกษาและเรียนอนาคต ผลจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมทำให้มีการทำแท้งสูง ซึ่งไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพ

การตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (คณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา, 2554) การแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงเป็นปัญหาสำคัญและเร่งด่วน อย่างไรก็ตาม การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่ต่างจากหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป ดังนั้นการดูแลหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญเช่นกัน

อุบัติการณ์

ในแต่ละปีมีสตรีวัยรุ่นคลอดบุตรทั่วโลกราว 16 ล้านคน คิดเป็น 11 % ของการคลอดทั้งหมดทั่วโลก โดยประมาณ 95% อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (WHO, 2012)

อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เฉลี่ยทั่วโลก ลดลงจาก 60 รายต่อสตรีวัยรุ่น 1,000 ราย

ในปี ค.ศ.1990 เหลือ 48 รายต่อสตรีวัยรุ่น 1,000 ราย

ในปี ค.ศ.2007 โดยอัตราสูงสุดอยู่ในกลุ่มประเทศแถบแอฟริกาตอนใต้ และต่ำสุดอยู่ในกลุ่มประเทศแถบเอเชียตะวันออก (WHO, 2012)

อย่างไรก็ตาม แม้อัตราคลอดในวัยรุ่นทั่วโลกจะลดลง แต่ด้วยจำนวนประชากรวัยรุ่นทั่วโลกที่มี

จำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้จำนวนการคลอดของสตรีวัยรุ่น
มีจำนวนลดลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (WHO, 2012)

สถานการณ์ในประเทศไทย

จากข้อมูลของกรมอนามัยพบว่า การ
มีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
จากร้อยละ 10 ในปี พ.ศ.2544 เป็นร้อยละ 40 ในปี
พ.ศ.2552 และเริ่มมีเพศสัมพันธ์อายุน้อยลงเรื่อยๆ
(คณะกรรมการประชากรและสุขภาพ วุฒิสภา, 2554;

กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2549 - 2553) การ
ตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี และอายุต่ำกว่า
15 ปี ในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอด
(ตารางที่ 1) แม้ว่า ปี พ.ศ. 2553 จะมีจำนวนการเกิด
ของมารดาวัยรุ่นลดลง แต่อัตราการเกิดก็ยังสูงกว่า
ปี พ.ศ. 2552 (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนา
สังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2554)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของมารดาวัยรุ่นไทยที่คลอดบุตร ปี พ.ศ. 2549 - 2553

พ.ศ.	มารดาทุกอายุ (คน)	อายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์		อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เกณฑ์การเฝ้าระวังการตั้งครรภ์					≥ 10
2553	766,370	3,406	0.44	105,487	13.76
2552	787,739	3,299	0.42	106,726	13.55
2551	797,356	3,043	0.38	95,747	12.01
2550	811,384	3,054	0.38	108,519	13.37
2549	802,924	2,911	0.36	104,604	13.03

เมื่อจำแนกรายภาค พบว่าสถานการณ์การ
คลอดบุตรของมารดาที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มีค่าสูง
เกินเกณฑ์เฝ้าระวังในทุกภูมิภาค โดยเฉพาะ

ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีค่าสูงถึง
ร้อยละ 15 (ตารางที่ 2) (สำนักงานปลัดกระทรวง
การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2554)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของมารดาวัยรุ่นที่คลอดบุตร พ.ศ.2553 จำแนกตามภาค

ภาค	มารดาทุก	อายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์		อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์	
	อายุ (คน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เกณฑ์การเฝ้าระวังการตั้งครรภ์					≥ 10
ทั่วประเทศ	766,370	3,406	0.44	105,487	13.76
ภาคกลาง	301,601	1,470	0.49	39,613	13.13
ภาคเหนือ	112,001	668	0.60	17,469	15.60
ภาคใต้	135,443	400	0.30	14,856	10.97
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	217,325	865	0.40	33,474	15.40

ในระดับจังหวัด พบว่าจังหวัดที่มีอัตราการคลอดบุตรของมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี สูงสุดติด 10 อันดับแรก ทั้ง 3 ปี ในช่วงปี พ.ศ. 2551 - 2553 คือ กำแพงเพชร ชัยนาท สมุทรสงคราม ประจวบคีรีขันธ์ และพิจิตร อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเฉพาะจำนวนการคลอดบุตรจะเห็นว่ากรุงเทพมหานคร นครราชสีมา ชลบุรี อุบลราชธานี และขอนแก่นมีจำนวนการคลอดบุตรมากที่สุด โดยมีจำนวนการคลอดบุตรเฉลี่ยต่อปี เท่ากับ 8,937, 3,931, 3,282, 2,956 และ 2,676 ตามลำดับ

ในปี พ.ศ. 2553 พบว่าจังหวัดที่มีอัตราการคลอดบุตรของมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีเพียง 5 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นราธิวาส ปัตตานี ยะลา และภูเก็ต และจังหวัดที่มีสถานการณ์รุนแรงโดยมีอัตราการคลอดบุตรของมารดาวัยรุ่นสูงเกินกว่า ร้อยละ 20 ได้แก่ สมุทรสงคราม และกำแพงเพชร ทั้งนี้ จังหวัดที่มี

อัตราการคลอดบุตรของมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี ระหว่างร้อยละ 10 - 14 มีจำนวน 30 จังหวัด และตั้งแต่ร้อยละ 15 ขึ้นไป มีจำนวน 41 จังหวัด

ความเสี่ยงและผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

- การเจริญเติบโตระหว่างตั้งครรภ์ (Growth during pregnancy) (WHO, 2007)

ในกลุ่มวัยรุ่นที่อายุน้อยจะยังคงมีการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายได้ในระหว่างตั้งครรภ์ โดยอาจมีความสูงเพิ่มขึ้นได้ 2 - 16 เซนติเมตร นับตั้งแต่ฝากครรภ์ครั้งแรกจนถึงหลังคลอด มีการทดลองแบบสุ่มเปรียบเทียบระหว่างวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ได้รับโฟลิกและธาตุเหล็กเสริมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับสารอาหารเสริม พบว่ากลุ่มที่ได้รับโฟลิกและธาตุเหล็กเสริมวัยรุ่นจะมีความสูงเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับสารอาหารเสริม

แม้ไม่มีผลการศึกษาที่ชัดเจนถึงผลเสียต่อมารดาและทารกจากการที่มารดายังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ แต่จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าหญิงวัยรุ่นยังคงต้องการสารอาหารในระหว่างการตั้งครรภ์เพื่อช่วยเสริมการเจริญเติบโตของตนเอง ดังนั้น หากไม่ได้รับสารอาหารที่เพียงพอระหว่างตั้งครรภ์อาจทำให้การเจริญเติบโตของหญิงวัยรุ่นนั้นไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร ทั้งนี้มีบางการศึกษาพบว่าการที่กระดูกเชิงกรานและช่องทางคลอดของวัยรุ่นเจริญไม่สมบูรณ์มีส่วนเพิ่มอัตราการคลอดยากและอัตราการผ่าตัดจากการคลอดติดขัด

- การคลอดก่อนกำหนด (Preterm birth)

การคลอดก่อนกำหนดทำให้ทารกทุพพลภาพและเสียชีวิตได้ ยิ่งคลอดก่อนกำหนดมากเท่าใดโอกาสที่ทารกจะทุพพลภาพหรือเสียชีวิตจะมากขึ้นเท่านั้น ทารกที่คลอดก่อนกำหนดจะมีน้ำหนักน้อย อวัยวะต่างๆยังเจริญไม่เต็มที่และไม่พร้อมที่จะทำงาน จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้มากมายและรุนแรง โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจ ทารกจะหายใจลำบากเนื่องจากขาดสาร Surfactant ในถุงลมปอด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของทารกกลุ่มนี้ (ธีระ ทองสง, 2555)

การคลอดก่อนกำหนดสามารถแบ่งตามสาเหตุได้เป็นสองกลุ่ม กลุ่มแรกเป็นการคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากมีข้อบ่งชี้ต้องชักนำคลอดก่อนกำหนด ในกลุ่มนี้อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่ต่างจากในผู้ใหญ่แต่มี

ข้อบ่งชี้ที่ต่างกัน โดยในวัยรุ่นเกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงและทารกในครรภ์โตช้า ส่วนในผู้ใหญ่เกิดจากรกเกาะต่ำ และรกลอกตัวก่อนกำหนด

ส่วนสาเหตุในอีกกลุ่มหนึ่งเป็นการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเองไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด (Idiopathic) ซึ่งการคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ และพบว่าอุบัติการณ์ในหญิงวัยรุ่นมากกว่าผู้ใหญ่ โดยอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆเมื่ออายุที่ตั้งครรภ์ลดลง

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ในประเทศที่พัฒนาแล้วเกิดจากการถูกทารุณกรรม, การสูบบุหรี่และการใช้สารเสพติด, การฝากครรภ์ช้าหรือไม่ฝากครรภ์ ส่วนในประเทศที่กำลังพัฒนา เกิดจากการฝากครรภ์ที่ไม่เพียงพอ ปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้อง คือ เชื้อชาติ พบการคลอดก่อนกำหนดในคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาว รวมถึงการมี Gynecologic age (ระยะเวลาตั้งแต่มีประจำเดือนครั้งแรกถึงอายุที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก) ที่น้อยกว่า 2 ปี จะพบอุบัติการณ์ของการก้นน้ำหนักน้อย และการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น (Odd ratio 2.64 เท่า) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอวัยวะของหญิงตั้งครรภ์ไม่สมบูรณ์ ทั้งในส่วนของมดลูกเองและการสร้างฮอร์โมนต่างๆ

ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Prasitlumkum M, 2009;

พิระยุทธ สาธุกุล และคณะ, 2008; Watcharasseranee N *et al*, 2006; Koravisarach E *et al*, 2010)

- ทารกน้ำหนักน้อย (Low birth weight)

แบ่งเป็น Low birth weight คือทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม และ Very low birth weight คือ ทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม พบอุบัติการณ์ของทารกน้ำหนักตัวน้อยในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมากกว่าในผู้ใหญ่ (WHO, 2007; Prasitlumkum M, 2009; Isaranurug S *et al*, 2006; Watcharasseranee N *et al*, 2006; Koravisarach E *et al*, 2010) ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนด โดยอุบัติการณ์จะมากขึ้นถ้าอายุที่ตั้งครรภ์น้อยลง (WHO, 2007; Prasitlumkum M, 2009) โดยปัจจัยที่มีผลกับการเกิดทารกน้ำหนักตัวน้อย คือ เชื้อชาติ โดยพบมากในคนผิวดำ, การฝากครรภ์ที่ไม่เพียงพอ, การศึกษาต่ำ และการสูบบุหรี่ (WHO, 2007)

- การติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ

การติดเชื้อเอชไอวีมีความสำคัญในหญิงตั้งครรภ์ สามารถถ่ายทอดจากมารดาสู่ทารกได้ และเนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีพฤติกรรมทางเพศสม่ำเสมอ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆได้มากขึ้น ในประเทศที่พัฒนาแล้ว มีการนำมาตรการต่างๆ มากมายมาใช้ทั้งในระยะคลอดและระหว่างคลอด เพื่อลดอัตราการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก แต่ในประเทศ

กำลังพัฒนาหลายๆ ประเทศ มาตรการเหล่านี้ยังมีน้อย ทั้งๆที่อัตราการติดเชื้อของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศเหล่านี้มีมากกว่า (WHO, 2007)

จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่แตกต่างกับในผู้ใหญ่ (Watcharasseranee N *et al*, 2006; Koravisarach E *et al*, 2010)

- มาลาเรีย (WHO, 2007)

จากการศึกษาในพื้นที่ที่มีการระบาดของมาลาเรียพบว่า ในหญิงตั้งครรภ์จะพบปริมาณของเชื้อในกระแสเลือดและความรุนแรงของโรคมากกว่าหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์ต้องแรกมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ท้องหลัง นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อที่รกได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารก การควบคุมและรักษานั้นทำได้ไม่ยาก แต่เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักไม่มารับการฝากครรภ์ตามกำหนด เมื่อเกิดการระบาดหรือการติดเชื้อ มาลาเรียจึงไม่สามารถควบคุมโรคและให้การรักษาได้ดีเท่าที่ควร

- การตายปริกำเนิดและการตายของทารกในช่วง 1 ปีหลังคลอด

การตายปริกำเนิด หมายถึง การตายคลอด และการตายของทารกที่มีน้ำหนักตัวตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไปโดยนับถึง 1 สัปดาห์หลังคลอด พบอุบัติการณ์ของการตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้นในกลุ่ม

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เนื่องจากในกลุ่มนี้พบการคลอดก่อนกำหนดมากขึ้น (WHO, 2007)

สำหรับประเทศไทยยังไม่มีกรรวบรวมข้อมูลที่เพียงพอ แต่มีบางรายงานพบว่าไม่มีความแตกต่างของอัตราตายปริกำเนิดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเมื่อเทียบกับในผู้ใหญ่ (Isaranurug S *et al*, 2006; Koravisarach E *et al*, 2010)

จากการศึกษาในประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศพบว่า ทารกที่เกิดจากการดาวน์รุ่นมักมีแนวโน้มขาดสารอาหารและได้รับวัคซีนน้อยกว่าทารกทั่วไป (WHO, 2007) ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตในช่วง 1 ปี หลังคลอดได้

- มารดาทุพพลภาพและเสียชีวิต (Maternal morbidity and mortality (WHO, 2007)

พบภาวะทุพพลภาพและการตายของมารดาในประเทศกำลังพัฒนาได้สูงกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว ภาวะทุพพลภาพที่พบได้มาก คือ Vesico-vaginal fistula และ Recto-vaginal fistula ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดการคลอดยากและการคลอดติดขัด (Obstructed labor)

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีอัตราเสียชีวิตมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ผู้ใหญ่ โดยมีปัจจัยส่งเสริมได้แก่ การมีเศรษฐกิจต่ำ ระดับการศึกษาที่ต่ำ จึงมีแนวโน้มที่จะมีการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย และเกิดภาวะติดเชื้อได้ง่ายขึ้น และหากไม่ได้รับการฝากครรภ์หรือขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการ

สุขภาพ จะพบอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น

การดูแลสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ (WHO, 2007)

- ระยะก่อนคลอด

ในอดีตนั้นการฝากครรภ์มุ่งเน้นที่จำนวนครั้งของการมารับการฝากครรภ์ แต่ในปัจจุบันมุ่งเน้นให้ความสำคัญในเรื่องคุณภาพการฝากครรภ์ มีการนำเครื่องมือและวิธีการต่างๆ มาใช้ในการตรวจคัดกรองเฝ้าระวังและรักษาภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์

มีหลักฐานบ่งชี้ว่าการฝากครรภ์ที่ไม่ได้คุณภาพเท่าที่ควรมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และพบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักมารับการฝากครรภ์ที่ไม่ได้คุณภาพเพียงพอ อาจเนื่องมาจากการขาดประสบการณ์และวุฒิภาวะที่เพียงพอ ทำให้ขาดความตระหนักในการดูแลตนเองและทารกในครรภ์ ส่วนหนึ่งเริ่มฝากครรภ์ช้าหรือไม่มารับการฝากครรภ์เนื่องจากมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย, ความอาย, ความกังวลหรือความกลัวว่าจะมีความผิดทางกฎหมายและพยายามปกปิดเรื่องนี้ไว้ อีกส่วนหนึ่งเกิดจากความล้มเหลวของระบบสาธารณสุขในการทำให้วัยรุ่นเหล่านี้ตระหนักถึงความสำคัญของการฝากครรภ์

โดยทั่วไปเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ ควรเข้ารับการฝากครรภ์โดยเร็ว คือ ตั้งแต่ไตรมาสแรก หรือช่วงต้นของไตรมาสที่สอง เพื่อกำหนดอายุครรภ์ที่

ถูกต้อง รวมถึงค้นหาและเฝ้าระวังโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น

การให้การดูแลครรภ์แก่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่ได้แตกต่างจากการให้การดูแลครรภ์แก่ผู้ใหญ่ทั่วไป แต่ควรมีการปรับรูปแบบและวิธีการเพื่อให้เหมาะสมกับวัยรุ่น ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่หรือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างตั้งครรภ์ ให้คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนดและการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยเพิ่มขึ้น การเฝ้าระวังและการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวจึงเป็นสิ่งจำเป็น

การวางแผนการคลอดและการประเมินความเสี่ยงต่อการคลอด จำเป็นต้องมีการพูดคุยและตัดสินใจตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรก ควรมีการวางแผนเรื่องสถานที่คลอด, การเดินทาง, คนที่จะมาด้วย, สิ่งที่ต้องเตรียมมาด้วย, ช่วงเวลาที่จะคลอด, อาการเตือน และการเจ็บครรภ์คลอด ควรมีการทบทวนเรื่องแผนการคลอดซ้ำในการฝากครรภ์แต่ละครั้ง และมีการปรับเปลี่ยนตามความเสี่ยงที่ตรวจพบระหว่างการฝากครรภ์ นอกจากนี้ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงรอคลอดและระหว่างการคลอด เพื่อลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์

● ระยะคลอด

จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าภาวะแทรกซ้อนในช่วงคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางด้านสังคมและภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมในระหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งมักตรวจพบได้ระหว่างการฝากครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง แม้อุบัติการณ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะไม่แตกต่างกับในผู้ใหญ่ แต่หากตรวจพบภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงหรือมีครรภ์เป็นพิษร่วมด้วย หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ควรได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลและถือว่าอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง สำหรับภาวะโลหิตจาง แม้จะสามารถรักษาได้ในระหว่างการฝากครรภ์ แต่หากตรวจพบได้ช้าก็จะทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นในช่วงคลอด

การคลอดก่อนกำหนด ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนหลักที่พบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น แม้ไม่ได้ทำให้กระบวนการคลอดซับซ้อน แต่ก็เพิ่มความเสี่ยงให้กับทารกทั้งจากน้ำหนักตัวที่น้อยและการที่อวัยวะต่างๆ ยังเจริญไม่เต็มที่

ในระยะคลอด หญิงตั้งครรภ์ต้องการความเป็นส่วนตัว ต้องการเพื่อน ต้องการข้อมูลและคำอธิบายต่างๆ นุเคราะห์ทางการแพทย์ควรให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกายโดยการเฝ้าติดตามการดำเนินการคลอด ติดตามภาวะของทารกในครรภ์ด้วยการฟังเสียงหัวใจของทารกเป็นระยะ ส่วนด้านจิตใจนั้นโดยการให้

กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์และญาติ ซึ่งการดูแลด้านจิตใจนี้ส่งผลให้ระยะเวลาคลอดสั้นลง ลดการให้ยาาระงับอาการปวด ลดอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ลดการใช้หัตถการช่วยคลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นนั้นมักมีความรู้สึกโดดเดี่ยวและไม่มีความสุข ต้องการการดูแลด้านจิตใจที่มากกว่า การคลอดควรอยู่ในสถานพยาบาลที่มีการจัดสถานที่ทำให้ผู้คลอดรู้สึกปลอดภัยและคลายความกังวลมากที่สุด

● ระยะหลังคลอด

การดูแลหลังคลอดนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันค้นหาและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อหลังคลอด เป็นต้น โดยในส่วนของวัยรุ่นนั้นควรมุ่งเน้นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเรื่องการดูแลบุตรและการให้นมบุตร โภชนาการ และการให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

การให้นมบุตรควรเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แนะนำให้เริ่มตั้งแต่ชั่วโมงแรกหลังคลอด การให้นมบุตรนั้นควรมีการเตรียมพร้อมตั้งแต่ในช่วงการฝากครรภ์ ร่วมกับการสังเกตและฝึกปฏิบัติในช่วงหลังคลอด แนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเป็นเวลา 6 เดือน ส่วนการให้อาหารเสริมควรให้หลังจากนั้น โดยเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอและปลอดภัย ซึ่ง

ระหว่างนี้ยังต้องให้นมบุตรควบคู่ไปด้วยเป็นเวลา 24 เดือนหลังคลอด

การคุมกำเนิดเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและซับซ้อนสำหรับวัยรุ่น ทั้งนี้เกิดจากการขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคุมกำเนิด และการเลือกใช้ที่เหมาะสม ประกอบกับบุคลิกภาพทางอารมณ์และจิตใจ ทำให้ผู้ให้บริการทางการแพทย์ต้องเข้าใจและมียุทธวิธีในการสนับสนุนการคุมกำเนิดในวัยรุ่น วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับวัยรุ่นมักจะต้องใช้ง่าย ไม่ต้องพบแพทย์บ่อย ไม่ต้องตรวจภายใน ไม่มีผู้อื่นรับรู้ ราคาถูก และปลอดภัย ซึ่งปัจจุบันปัจจัยเรื่องความสวยงามก็เข้ามามีบทบาทต่อการเลือกใช้อีกด้วย

ไม่แนะนำให้ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม เนื่องจากมีผลต่อการสร้างน้ำนม ควรใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีโปรเจสเทอโรนอย่างเดียว, ยาฉีดคุมกำเนิด หรือยาฝังคุมกำเนิด ส่วนการใส่ห่วงคุมกำเนิดนั้นไม่แนะนำให้เลือกใช้เป็นวิธีแรก เนื่องจากวัยรุ่นมักมีคู่นอนหลายคน ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และก่อให้เกิดอุ้งเชิงกรานอักเสบได้

สำหรับการคุมกำเนิดด้วยวิธี LAM (Lactational amenorrhea method) เป็นการคุมกำเนิดในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด ด้วยการให้นมบุตรอย่างเต็มที่ทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน โดยไม่ให้อาหารเสริมอื่นๆ แก่บุตร แต่ถ้า

หากประจำเดือนกลับมาในช่วง 8 สัปดาห์หลังคลอดไปแล้วให้เริ่มใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่น

การป้องกัน และแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แบ่งเป็น 3 ระดับ (เบญจพร ปัญญา, 2553) ได้แก่

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ เป็นการป้องกันการตั้งครรภ์ครั้งแรก โดยการจัดการเรียนการสอนเพศศึกษารอบด้าน ในทุกกลุ่มอายุ ทั้งในและนอกระบบการศึกษา (รวมทั้งในคลินิกและชุมชน) เพื่อชะลอการมีเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงถุงยางอนามัย และการคุมกำเนิดฟรีหรือราคาถูก

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยการให้คำปรึกษาด้านการวางแผนครอบครัว การศึกษาต่อ และการทำงาน

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ เป็นการป้องกันปัญหาแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ การคลอด และการทำแท้ง มีแผนงานที่ได้ผล คือ การเยี่ยมบ้านภายหลังคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพยาบาล เพื่อให้คำแนะนำการเลี้ยงดูบุตร การให้นมแม่ การติดตามพัฒนาการ โภชนาการ วัคซีนของเด็ก การให้การปรึกษาในการวางแผนครอบครัว การศึกษาต่อ การทำงาน และอื่นๆ ซึ่งแผนงานนี้มีผลดีต่อเด็กและมารดาวัยรุ่น นอกจากนี้ เป็นการช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยชั่วคราวระหว่างการตั้งครรภ์ ระยะคลอด และภายหลังคลอด โดยเฉพาะการตั้งครรภ์จากการละเมิดทางเพศ หรือวัยรุ่นที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ

ปัญหาด้านสังคมจิตใจ การให้ความช่วยเหลือในเรื่องการอุปถัมภ์บุตร และการรับเป็นบุตรบุญธรรม กรณีที่ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแนวทางปฏิบัติ เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ในวัยรุ่นกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา (WHO, 2011) โดยมีเป้าหมายดังนี้

1. เพื่อลดการแต่งงานก่อนอายุ 18 ปี
2. เพื่อสร้างความเข้าใจและสนับสนุนให้ลดการตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี
3. เพื่อเพิ่มการคุมกำเนิดในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อม
4. เพื่อลดการละเมิดทางเพศในวัยรุ่น
5. เพื่อลดการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยในวัยรุ่น
6. เพื่อเพิ่มการเข้ารับดูแลก่อนคลอด การคลอด และหลังคลอดจากบุคลากรที่มีความชำนาญ

สำหรับในประเทศไทย ได้มีความร่วมมือจากหลายหน่วยงานทั้งหน่วยงานราชการ องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคประชาสังคมและหน่วยงานอื่นๆ ช่วยกันแก้ไขปัญหา (คณะกรรมการการสาธารณสุขวุฒิสภา, 2554)

การดำเนินงานของหน่วยงานราชการ

1. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 - 1.1 สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว เป็นหน่วยประสานเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อ

บูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

1.2 สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ ดำเนินงานโครงการการวางแผนเสริมสร้างเด็ก โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องเพศศึกษาสำหรับเด็กและเยาวชน

2. กระทรวงสาธารณสุข

2.1 กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

2.1.1 กำหนดให้มีการติดตามแนวโน้มของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยถือแนวโน้มอัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของงานอนามัยแม่และเด็กของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับของทุกจังหวัด

2.1.2 ผลักดันให้งานอนามัยการเจริญพันธุ์ให้อยู่ในธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 โดยมีสาระสำคัญในเรื่อง การลดโรคเอดส์ ลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการลดความรุนแรงทางเพศ

2.1.3 ผลักดันนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557) (กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

- การเสริมสร้างครอบครัวใหม่และเด็กรุ่นใหม่ให้เข้มแข็ง และมีคุณภาพ

- ส่งเสริมให้คนทุกเพศทุกวัยมีพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม

- การพัฒนาระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

- การพัฒนาระบบบริหารจัดการงานอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศแบบบูรณาการ

- การพัฒนากฎหมาย กฎ และระเบียบเกี่ยวกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศ

- การพัฒนาและการจัดการองค์ความรู้เทคโนโลยีอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

2.2 สำนักโรคบาวิทยา กรมควบคุมโรค: ติดตามแนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียน นักศึกษา และรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มนักเรียนนักศึกษา ร้อยละ 100

2.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด: ทุกจังหวัดและอำเภอมีคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (Mother and Child Health Board) ทำหน้าที่กำหนดเป้าหมาย วางแผน ประเมินผล และบูรณาการโครงการจากทุกภาคส่วน โดยมีโครงการหลัก คือ โครงการสายใยรักแห่งครอบครัว ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามมกุฎราชกุมาร และเป็นศูนย์ข้อมูลด้านอนามัยแม่และเด็ก เพื่อผลสำเร็จถูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย โดยกำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายให้แม่มีบุตรเมื่ออายุต่ำกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 10

3. กระบวนการศึกษาธิการ

3.1 สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการศึกษา: เมื่อพบปัญหาการตั้งครุภัณฑ์นั้น สถาบันจะเชิญผู้ปกครองของนักเรียนทั้งชายและหญิงมาปรึกษาหารือถึงการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น อนุญาตให้เด็กพักการเรียนไปก่อนแล้วจึงกลับมาเรียนใหม่ จัดโครงการฝึกอบรมในเรื่องดังกล่าวให้แก่อาจารย์และนักศึกษาอย่างต่อเนื่องรวมทั้งมีการจัดกิจกรรมให้นักศึกษาได้เรียนรู้ในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยนำหลักสูตรการสอนเกี่ยวกับเพศศึกษาขององค์การ PATH เข้ามาจัดการเรียนการสอนในวิทยาลัยต่างๆ มีการร่วมมือกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในการจัดให้มีอาจารย์ตรวจตราหอพัก หรือไปเยี่ยมนักศึกษาตามหอพักต่างๆ เนื่องจากในปัจจุบันปัญหานักศึกษาชายและหญิงอยู่ร่วมกันในหอพักเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับวิทยาลัยทุกแห่ง

3.2 สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

3.2.1 การแก้ไขปัญหาเมื่อพบว่าเด็กตั้งครุภัณฑ์จะอนุญาตให้เด็กลาไปตลอดได้ตั้งแต่เริ่มมองเห็นการตั้งครุภัณฑ์ชัดเจน โดยจะใช้วิธีให้เด็กมาเองงานกลับไปทำที่บ้าน เพื่อป้องกันเด็กคนอื่นพบเห็นเพราะอาจเป็นตัวอย่างที่ไม่ดี เมื่อคลอดเสร็จแล้วอนุญาตให้กลับมาเรียนได้

3.2.2 จัดทำหนังสือแนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพศศึกษา

3.2.3 การจัดอบรมให้แก่ครูแนะแนว และครูพลศึกษาถึงการนำหลักสูตรดังกล่าวไปใช้

3.2.4 การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ

4. กระทรวงวัฒนธรรม

4.1 โครงการพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์

4.2 โครงการเฝ้าระวังทางวัฒนธรรมและสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคม

4.3 โครงการสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังทางวัฒนธรรม

การดำเนินงานขององค์กรพัฒนาเอกชน

1. องค์กรแพธ (PATH) เป็นองค์กรเอกชนสาธารณะประโยชน์ มีสำนักงานใหญ่อยู่ที่ซีแอตเติล สหรัฐอเมริกา มีสำนักงานสาขา 20 แห่ง และมีโครงการในประเทศต่างๆ มากกว่า 90 ประเทศทั่วโลก ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีสำนักงานสาขาได้จัดหลักสูตรและกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษารอบด้านสำหรับเยาวชนในสถานศึกษา (Comprehensive Sexuality Education)

2. สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชทินนิตตามาตุ

2.1 บ้านพักฉุกเฉิน

2.2 โครงการเพิ่มต้นทุนชีวิตให้แม่วัยใสและลูก

2.3 โครงการเสริมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนมัธยมต้น

สรุป

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และไม่ได้รับการดูแลครรภ์ที่เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งต่อทารกและหญิงตั้งครรภ์เอง การจัดการปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีประสิทธิภาพควรมีการณรงค์เพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นควบคู่ไปกับการดูแลหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์อย่างเหมาะสมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกส่วนควรถือปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาอันดับต้นที่ต้องให้การสนับสนุนและแก้ปัญหาอย่างจริงจัง มีคณะกรรมการดูแลปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีโครงสร้างและองค์ประกอบชัดเจน เช่น นักวิชาการสาธารณสุข พัฒนาสังคมฯ, นักจิตวิทยา, นักการศาสนา ฯลฯ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้/นวัตกรรมในการแก้ปัญหาให้มีประสิทธิภาพและเข้าถึงวัยรุ่นซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น

สำหรับในประเทศไทย การนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังมีไม่มากนัก และด้วยความหลากหลายทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรมของประเทศไทย ทำให้สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคในแต่ละพื้นที่อาจมีความแตกต่างกัน ควรมีการศึกษาและรวบรวมข้อมูลเพื่อการวางแผนการจัดการที่จำเพาะในแต่ละพื้นที่ รวมถึงควรมีการ

นำเสนอและเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์วิชญ์ สิริโรจน์พร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝาง ที่ช่วยสนับสนุนและให้คำแนะนำในการเขียนบทความครั้งนี้ให้สำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2553 - 2557).
- คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา. รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2554: 4-5, 15 - 29.
- ธีระ ทองสง. สุติศาสตร์. เรียบเรียงครั้งที่ 5. ปทุมธานี: สำนักพิมพ์พีบีพีฟอร์บ์; 2555.
- เบญจพร ปัญญา; กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การทบทวนองค์ความรู้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2553.
- พิระยุทธ สาณกุล, เพียงจิตต์ ชาร์ไพโรสาณท์. ผลการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6. Thai Pharm Health Sci J. 2008; 3(1): 97 - 102.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์การตั้งครรภ์

- ของวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2554.
- Carmen Solomon-Fears. Teenage Pregnancy Prevention - Statistic and Programs. Congressional Research Service; 2012 April 12; USA. 2012.
- Isaranurug S, Mo-suwan L, Choprapawon C. Differences in socio-economic status, service, utilization, and pregnancy outcomes between teenage and adult mother. J Med Assoc Thai. 2006; 89(2): 145 - 51.
- Koravisarach E, Chairaj S, Tosang K, *et al.* Outcome of teenage pregnancy in Rajavithi hospital. J Med Assoc Thai. 2010; 93(1): 1- 8.
- Prasitlunkum M. Risk of low birth weight and adverse pregnancy outcomes in adolescent pregnancies at Chainat hospital. Thai J Obstet Gynaecol. 2009; 17: 93 - 7.
- Watcharasseranee N, Pinchantra P, Piyawan S. The incidence and complications of teenage pregnancy at Chonburi hospital. J Med Assoc Thai 2006; 89 (suppl 4): s118 - 23.
- World Health Organization. Adolescent pregnancy – Unmet needs and undone deeds 2007.
- World Health Organization. Early marriages, adolescent and young pregnancies 2012.
- World Health Organization. Pregnant adolescent: delivering on global promise of hope 2006.
- World Health Organization. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries 2011.