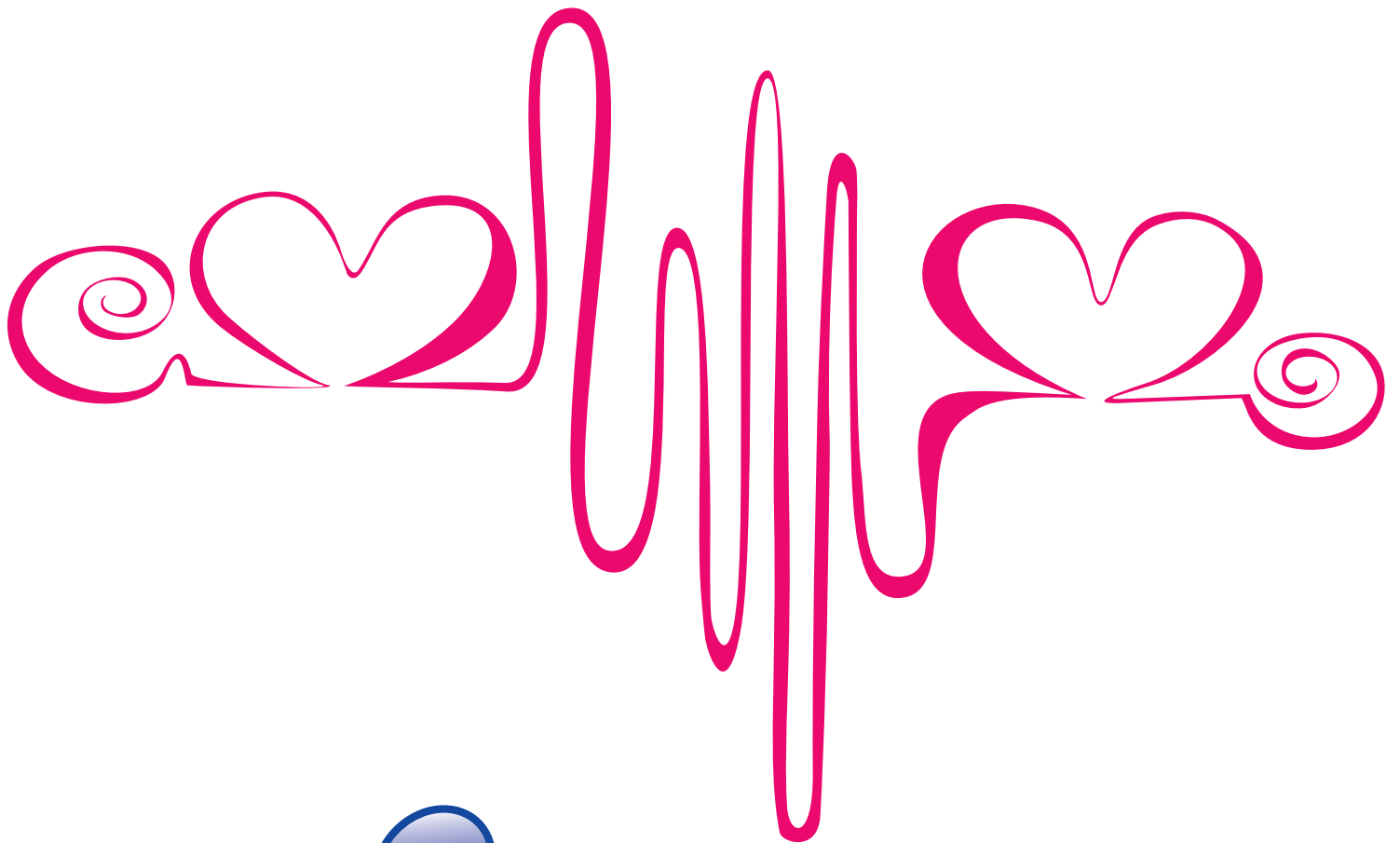


# PCFM

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว  
The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine  
Vol.3 No.2 October 2012-January 2013 ISSN 1906-3199



**Adolescent**  
*Health*



# Adolescent Health



**คณะผู้จัดทำ**

**คณะกรรมการที่ปรึกษา**

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจันทพงษ์ วะสี  
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรเกียรติ์ อชานานุกาฬ  
รองศาสตราจารย์นายแพทย์สีลม แจ่มอุลิตร์ตัน  
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี  
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน ครอบครัวและอาชีพเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์  
ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย  
นายกสภาการพยาบาล  
นายกทันตแพทย์สภา  
นายกสภาเทคนิคการแพทย์  
นายกสภาเภสัชกรรม  
นายกสภากายภาพบำบัด  
ประธานชมรมแพทย์ชนบท  
ประธานชมรมทันตสาธารณสุข  
ประธานชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย  
ประธานชมรมเภสัชกรรมชนบท  
ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย  
ประธานชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว

**บรรณาธิการ**

แพทย์หญิงสุภัตรา ศรีวณิชชากร

**รองบรรณาธิการ**

แพทย์หญิงอรวรรณ ตะเวทิพงศ์  
แพทย์หญิงดาริน จตุรภัทรพร

**กองบรรณาธิการ**

ศส.แพทย์หญิงสายพิณ หัตถิรัตน์  
ศส.นายแพทย์พีระศักดิ์ เลิศตระการนนท์  
ศส.นายแพทย์ปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์  
นายแพทย์วิโรจน์ วรรณภิระ  
นายแพทย์นิพัทธ์ กิตติมานนท์  
นายแพทย์สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ  
นายแพทย์พนพัฒน์ ไตเจริญวานิช  
นายแพทย์สุภัทร ฮาสสุวรรณกิจ  
นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ  
นายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ  
นายแพทย์กฤษณะ สุวรรณภูมิ  
นายแพทย์ปกรณ์ ทองวิไล  
นายแพทย์สวางค์ ศุภผล  
นายแพทย์โรจนศักดิ์ ทองคำเจริญ  
แพทย์หญิงสายรัตน์ นกน้อย  
นางสมนา ตันหาเศรษฐี  
นางจรรยาวัฒน์ ทับจันทร์  
นางมუნา วงศ์ษาโรจน์  
นางสาวสุมาลี ประทุมพันธ์

**ฝ่ายจัดการ**

นางสาวผการัตน์ ฤทธิศรีบุญ  
นางทัศนีย์ ญาณะ  
นางสาวสายใจ วอนขอพร

**สนับสนุนการผลิตโดย**

สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

**สถานที่ติดต่อ**

สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน  
สำนักงาน : สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล 25/25 ถนนพุทธมณฑล 4  
ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170  
โทร. 02-4419040-3 ต่อ 15-18 โทรสาร 02-4410163

**ดาวน์โหลดเนื้อหาของวารสารได้ที่**

Website : [www.thaiichr.org](http://www.thaiichr.org)

**พิมพ์ที่**

บริษัท สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด  
โทร. 02-9038257-9



<b>เปิดเล่ม</b>	<b>4</b>
สุขภาพวัยรุ่น	4
<b>นิพนธ์ต้นฉบับ</b>	<b>6</b>
รูปแบบการพัฒนาศักยภาพพ่อแม่และวัยรุ่นในการป้องกันปัญหาเพศสัมพันธ์ ในวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดอุดรธานี	6
การศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น (แม่วัยใส)	9
ภาวะความบกพร่องทางกายของผู้สูงอายุไทยในชุมชนภาคกลาง	12
ความซุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้มารับบริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ มิตรไมตรีคลินิกเวชกรรม (บางกรวย) ปี 2554	25
<b>บทปริทัศน์</b>	<b>39</b>
การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	39
<b>บทความพิเศษ</b>	<b>54</b>
Helping adolescents cope with stress	54
การดูแลสุขภาพหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์	63
เพศศึกษากับวัยรุ่นยุคใหม่	70
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับการดูแลสุขภาพวัยรุ่น	76
จากความหวังใยวัยรุ่นสู่โครงการพ่อแม่และครูดูแลจิตใจ	80
<b>Case Report</b>	<b>90</b>
มองปัญหาวัยรุ่นผ่านชีวิตของ “อ้วน”	90
<b>เรื่องเล่าจากเครือข่าย</b>	<b>96</b>
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว...จุดเปลี่ยนระบบสุขภาพจิตบา	96
บทบาทพยาบาลชุมชนในการพัฒนาระบบบริการเพื่อป้องกันปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่สอดคล้องกับ บริบทพื้นที่ : สรุปบทเรียนผลการดำเนินงานจากหน่วยบริการสุขภาพ 15 แห่งทั่วประเทศ	100
<b>มองด้วยใจ</b>	<b>104</b>
รัก จัดหนัก เมื่อคิดจะรัก ต้องรู้จักจัดการ	104
โรงเรียนต้นกล้า... นักศึกษาแพทย์	107
ความทรงจำต่อคนใช้คนแรกของฉัน	107
โบสถ์ครสมาชิก	110



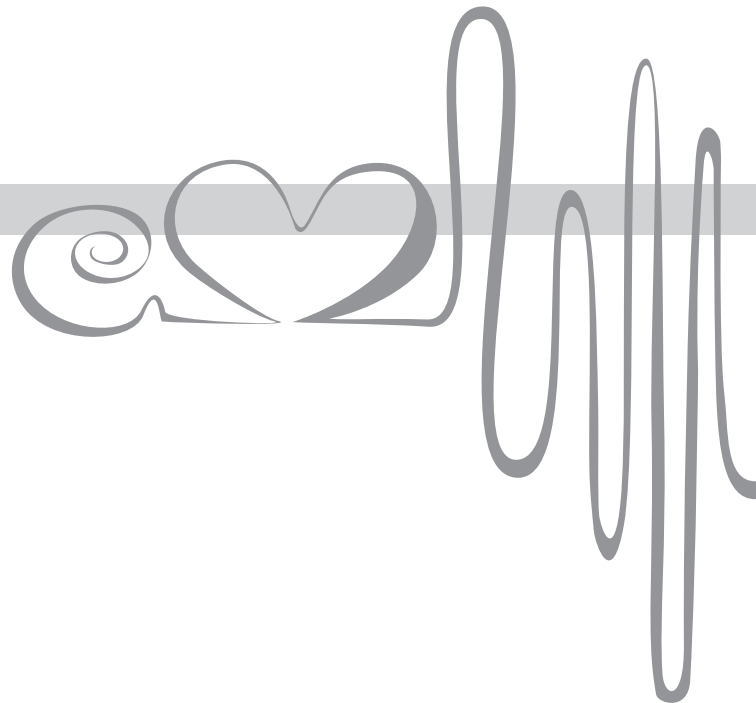
## สุขภาพวัยรุ่น

## Adolescent health



วัยรุ่น เป็นช่วงวัยที่สำคัญช่วงหนึ่งของชีวิตแต่ละคน เป็นช่วงรอยต่อของการเปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อรอยต่อของการพัฒนาชีวิต ประสบการณ์และบทเรียนของชีวิตในระยะนี้มีผลอย่างมากที่ชี้อนาคตของการเป็นผู้ใหญ่ที่มีความสุข หรือมีคุณภาพมากน้อย

ความเข้าใจ และการสนับสนุนการพัฒนาชีวิตในช่วงระยะวัยรุ่นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในอดีตการพัฒนาชีวิตช่วงนี้อยู่ในสายตา การดูแลของพ่อแม่ ญาติ พี่น้อง อย่างใกล้ชิด แต่ในช่วงระยะหลังที่มีการพัฒนาความเป็นเมือง และการพัฒนาเชิงวัตถุมากมาย ชีวิตวัยรุ่นอยู่ห่างจากสายตาของพ่อแม่ พี่น้อง มากขึ้น แต่ไปอยู่ในแวดวงของสื่อการโฆษณาประเภทต่างๆ อยู่ในมุมของ cyber space ไม่ว่าจะในรูปแบบโทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ เว็บไซต์สารพัดรูปแบบ ที่ทั้งผู้ใหญ่และวัยรุ่นเองก็อาจไม่ทันกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิต เพื่อนซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มคนสำคัญสำหรับวัยรุ่นตามที่เราคุ้นเคยแล้ว ก็ต่างมีลักษณะรูปแบบการพัฒนาที่หลากหลาย และเปลี่ยนรูปไปอย่างมากมาย ทั้งรูปแบบมีชีวิต หรือเป็นการเคลื่อนไหวในสื่อประเภทต่างๆ เหล่านี้ต่างเป็นเรื่องใหม่ที่ต้องทำความเข้าใจและเรียนรู้ว่าสถานการณ์จริงเป็นอย่างไร แล้วแต่ละคนจะมีท่าทีหรือมีบทบาทหนุนเสริมการพัฒนาชีวิต ที่มีปัจจัยแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร ยังเป็นคำถามใหญ่ของสังคมไทยที่ต้องเรียนรู้ และหาคำตอบต่อไป



ในการดูแลสุขภาพของวัยรุ่น จึงเป็นเรื่องการสร้างเสริมพลัง สร้างภูมิคุ้มกัน และทุนชีวิตที่ดี เพื่อป้องกันปัญหาต่างๆ มากกว่าการซ่อมแซมและการรักษา ถึงแม้จะมีการรักษา ก็ต้องไม่ลืมที่จะเสริมพลัง บวก และการจัดการพลังของตนเองอย่างเต็มที่ อารมณ์และจิตใจเป็นเรื่องสำคัญของกลุ่มวัยนี้ที่ละเอียด มองข้ามไม่ได้ในการจะต้องพิจารณาประกอบเสมอ เป็นส่วนละเอียดอ่อนที่ต้องการความเข้าใจ และการจัดการอย่าง ระมัดระวัง ศาสตร์และทักษะที่มีความจำเป็นในการดูแลวัยรุ่น จึงไม่ใช่เพียงความรู้ทางการแพทย์เดี่ยวๆ แต่รวมความเข้าใจทางด้านจิตวิทยา ด้านสังคม ซึ่งศาสตร์เวชศาสตร์ครอบครัว ก็เป็นศาสตร์สำคัญศาสตร์หนึ่ง หนึ่งในการดูแล

วารสารฉบับนี้ ได้มีการนำเสนอเรื่องราวต่างๆ ของการดูแลสุขภาพวัยรุ่น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับนักสุขภาพทุกท่านที่มีความสนใจ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเพศศึกษา ความเป็นพ่อแม่ที่มีผลต่อชีวิตวัยรุ่น และ ปรากฏการณ์ปัญหาของวัยรุ่น ได้แก่ ท้องไม่พร้อม และการใช้ยาเสพติดแบบที่หลากหลาย ซึ่งยังเป็นโจทย์ ใหญ่ของสังคมที่กำลังหาแนวทางในการป้องกัน และแก้ไขจากกลุ่มต่างๆ

เนื้อหาอื่นในวารสารฉบับนี้ ก็จะเป็นเนื้อหาตามคอลัมน์ประจำ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเนื้อหาการวิจัย บทเรียนการจัดการบริการของประเทศคิวบา และเรื่องเล่าจากเครือข่าย

# รูปแบบการพัฒนาศักยภาพพ่อแม่และวัยรุ่น ในการป้องกันปัญหาเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในพื้นที่จังหวัดอุดรดิตถ์

The Potential Development of Parents and Adolescent Model for Sexual Intercross Prevention in Primary School Student on Uttaradit Province

ผาสุข แก้วเจริญตา  
มณฑา ภู่อ้อย  
พรรณิ เจริญทอง  
สุวิษญ์ ช่อมจันทาสูธีร์ บัวพิมพ์  
ธวัชชัย นาคสนอง  
นพ. กิตติพงษ์ อุบลสะอาด

## บทคัดย่อ

จังหวัดอุดรดิตถ์ ปัจจุบันพบว่าเป็นมีปัญหาเยาวชนตั้งครรภ์ในขณะศึกษาสูง ในปี พ.ศ. 2550-2552 พบอัตราการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอายุ 9-19 ปีคิดเป็น 15.60, 31.53 และ 35.90 ต่อ 1,000 ประชากรวัยรุ่นหญิง ในช่วงอายุเดียวกัน

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพของพ่อแม่และวัยรุ่นในการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดอุดรดิตถ์ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ครูพี่เลี้ยง บุคลากรทางสาธารณสุข พ่อแม่และผู้ปกครอง ผู้นำชุมชน นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 และ 2 ในโรงเรียนมัธยมและโรงเรียนขยายโอกาส 6 แห่ง ใน 3 อำเภอของจังหวัดอุดรดิตถ์ รวบรวมข้อมูลด้วยเรื่องมีอ วิจัยเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ยร้อยละ และเครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์กลุ่ม การสังเกต การประชุมกลุ่ม และผลการประเมินหลังเข้าร่วมกิจกรรม ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าข้อมูลจาก ข้อมูลและนักวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลจากการให้รหัส จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา และการหาข้อสรุปอุปนัย

## ผลการศึกษา

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพพ่อแม่และวัยรุ่นในการป้องกันปัญหาเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในพื้นที่จังหวัดอุดรดิตถ์ ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพกฏบัตรออกตาวา ชาร์เตอร์ (1986) ประกอบด้วย 1) สร้างการรับรู้สภาพปัญหาเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยในวัยรุ่นให้กับภาคีเครือข่าย และชุมชน 2) การพัฒนาคู่มือและชุดกิจกรรมพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของพ่อแม่ที่มีลูกวัยรุ่นชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น 3) พัฒนาระบบบริการเชิงรุกในการพัฒนาศักยภาพที่มงานภาคีเครือข่ายด้านการป้องกันปัญหาเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยในวัยรุ่น 4) การพัฒนาทักษะการสื่อสารเรื่องเพศของพ่อแม่ที่มีลูกวัยรุ่น 5) การพัฒนาแกนนำนักเรียนในการสร้างเครือข่ายป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ และเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย 6)

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และป้องกันปัญหาเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยของวัยรุ่น 7) ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการซึ่งประกอบด้วย 1) พัฒนาระบบการป้องกัน ได้แก่ พัฒนาหลักสูตรสอนเพศศึกษารอบด้าน และทักษะการสอนเพศศึกษาให้กับครูผู้สอน พัฒนาทักษะชีวิตวัยรุ่นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ ลดพื้นที่เสี่ยงขยายพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็ก พัฒนาคณะกรรมการครอบครัวในการสื่อสารเรื่องเพศ และ 2) พัฒนาระบบบริการและการดูแลต่อเนื่องได้แก่ พัฒนาระบบบริการศูนย์บริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น และพัฒนาระบบการติดตามและให้ความช่วยเหลือที่เชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ในกระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับจังหวัดกำหนดยุทธศาสตร์การทำงานร่วมกันเป็นนโยบาย มีการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงาน และสนับสนุนงบประมาณในกิจกรรมเชิงรุกให้มากขึ้น

## สรุปและข้อเสนอแนะ

ควรมีการสนับสนุนให้พ่อแม่สามารถเข้าถึงช่องทางในการรับรู้ข้อมูลและแนวทางการแก้ไขที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ในขณะที่การพัฒนาแกนนำนักเรียนควรกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนเพื่อให้สอดคล้องกับกระบวนการพัฒนาทักษะที่สามารถนำไปใช้ในการทำงาน

## คำสำคัญ:

ตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น, วัยรุ่น, พ่อแม่

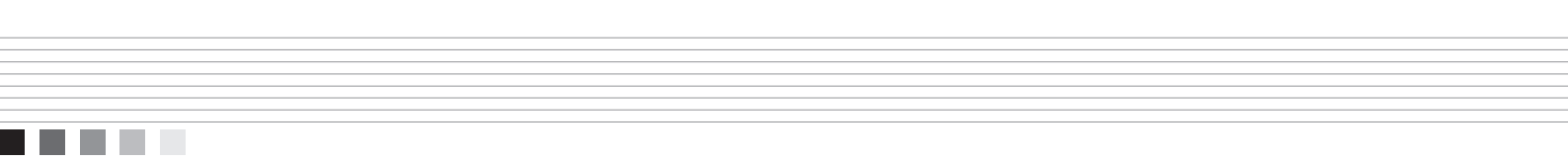
## Abstract

Uttaradit province: Teenage pregnancy students are increasing problem now. In 2550-2552 Buddhist Eras was found the incident of 9-19 years old pregnancy in rate 15.60, 31.53 and 35.90:1,000 of girls in span of age, The objective was study on model potential development of parents and teen-age students for prevention teen-age pregnancy in Uttaradit. The research methodology was action research and the target groups were mentor teachers, health personnel ,parents and guardian, community leader, a student in 1 and 2 in secondary education from 3 district; Uttaradit. Collected data by quantitative method and analysis by frequency and percentage. Collected data by qualitative with in-depth interview, group interview and observe analysis, check and recheck data, data triangulate and researcher triangulate, code Analysis and interpret data then induction conclusion.

## The study's Result

The model potential development of parents and teen-age students for prevention teen-age pregnancy in Uttaradit and apply from Health Promotion Ottawa Charter (1986) was key component on 1) Acknowledgement on unsafe sex of teenage in community on Participants and key actors 2) Handbook and course sex communication skill development for teen-age secondary school' parents 3) Health service and prevention system development on health personnel staff and participant network skill for prevention unsafe sex teen-age 4) Sex communication skill development for teen-age's parents 5) Mainstay student network development for teenage pregnancy prevention, and





unsafe sex relations. 6) Provided safe place and learning environment for unsafe sex prevention 7) The suggestion policy for teenage pregnancy prevention were integration on 1) Develop health prevention system on; Sex education and teachers skill development, Prevention skill development and solve pregnancy of teen-age , Decrease the risk areas to expand create for children and youth, promote sex communication skill development on family role and 2) Development system service and continual care; the health system for friendly with teen-age service, the following assistance and collaborate system development with institute participant. The suggestion that the strategies and policy for teenage pregnancy are integration between institute participant with propel operating and support the budget in manner prevention activity.

**The conclusion;** Supporting parents to appreciate on data and acknowledgement to correspond on prevention to situation. The mainstay student development should be skill development on communication safer sex and prevention.

**Keywords:** unwanted pregnancy, teenage, parents



# การศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น (แม่วัยใส)

## Prevention of and Dealing with Teenage Pregnancy

ศาสตราจารย์ ดร. ศิริพร จิรวัดน์กุล, รองศาสตราจารย์ ดร. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ  
รองศาสตราจารย์ ดร. ดารุณี จงอุตมการณ์, รองศาสตราจารย์ ดร. กฤตยา แสงวงเจริญ  
รองศาสตราจารย์ ดร. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, รองศาสตราจารย์ สมพร วัฒนกุลเกียรติ  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสมภัทร ศรีไชย, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นิลุบล รุจิประเสริฐ  
อาจารย์ ดร. สมจิตร เมืองพิล, อาจารย์ อิงคภา โคตนา  
นางสาวบาเพ็ญ คาคี, นางรชยา ยิกุสังข์, นางสาว สรวงสุดา เจริญวงศ์  
ศูนย์ประสานงานองค์การอนามัยโลกด้านการวิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

### บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น (แม่วัยใส) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบูรณาการประเด็นเพศภาวะเข้าสู่กระบวนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และสังคม ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น สร้างข้อเสนอแนะที่มีความจำเพาะเชิงเพศภาวะสำหรับการป้องกันและแก้ไขปัญหายุวกตั้งครรภ์ เพื่อใช้ในโรงเรียน ครอบครัว ชุมชน และสถานบริการสุขภาพ และสร้างข้อเสนอแนะแนวทางส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน และสังคมมีส่วนร่วมระดับประจําครอบครัว-แม่วัยใส และลูก โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการในช่วงเดือนเมษายน-ธันวาคม 2554 โดยการวิจัยในระยะที่ 1 ใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสานวิธี การวิจัยเชิงพรรณนาและการวิจัยเชิงคุณภาพ มีกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลรวม 3,623 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีนับถึงกำหนดคลอดที่มาฝากครรภ์หรือคลอดบุตรและผู้หญิงทุกคนที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีที่มาขอรับบริการด้านสูตินรีเวชที่โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลศูนย์ของ 7 จังหวัดคือ ภาคเหนือที่จังหวัดกำแพงเพชร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจังหวัดนครราชสีมา ภาคกลางจังหวัดสมุทรสงคราม สมุทรสาคร และประจวบคีรีขันธ์ ภาคใต้จังหวัดสุราษฎร์ธานี และนราธิวาส ในช่วงเดือนเมษายน-สิงหาคม จำนวน 3,114 คน และผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ 509 คน เป็นวัยรุ่นหญิงและชาย อายุ 9-19 ปี ข้อมูลอิมตัวที่จำนวน 451 คน และผู้รับผิดชอบโครงการตลอดจนผู้ร่วมงานขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันและดูแลวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จำนวน 58 คน ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและใช้การสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์แก่นสาระ นำผลการวิจัยเชิงปริมาณและข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้จากระยะที่ 1 มาจัดระบบการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นมาดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 ที่จังหวัดขอนแก่น โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงบรรยาย และการวิจัยระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลการดำเนินงานของระบบในระหว่างการดำเนินการในระยะที่ 2 และเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานโดยใช้การวิจัยเชิงบรรยาย ผลการวิจัยระยะที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามพบว่า สถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นที่พบในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า แม่วัยใสอายุน้อยที่สุด 12 ปีมีสามีอายุ 15 ปี แม่วัยใสที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยที่สุดคือ 11 ปี และส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 15 ปี เด็กวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยที่สุดพบที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนเด็กวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุตั้งแต่ 13 ปีลงมามากที่สุดคือภาคกลาง (ร้อยละ 4.4) รองลงมาคือภาคเหนือ (ร้อยละ 4.3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

(ร้อยละ 3.5) และภาคใต้ (ร้อยละ 2.3) ทั้งนี้แม่วัยใสในภาคใต้ ไม่ได้คุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมากที่สุด (ร้อยละ 50.4) ส่วนแม่วัยใสในภาคอีสานใช้ถุงยางอนามัยคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมากที่สุด (ร้อยละ 32.1) แม่วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่ได้ตั้งใจตั้งครรภ์ ทั้งนี้แม่วัยรุ่นภาคอีสานตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อเพราะไม่มีทางเลือกมากที่สุด แม่วัยใสที่พยายามทำแท้งแต่ไม่สำเร็จพบมากที่สุดในภาคอีสาน น้อยที่สุดที่ภาคใต้ แม่วัยใสโดยส่วนใหญ่มีแฟนที่อายุมากกว่าตนเอง โดยพบว่ามีแฟนที่มีอายุในช่วง 20-30 ปี ร้อยละ 2.9 สถิติดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะทำให้วัยรุ่นหญิงชะลอการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกให้ช้าลง ใช้วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ มีพลังอำนาจเพียงพอที่จะหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ข้อค้นพบจากงานวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ชี้ว่า การห้ามวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีไม่ให้มีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยาก เพราะการรับรู้ของเด็กเองที่เห็นการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องธรรมดาที่ไม่ใช่ความผิด เพียงแต่ผู้ใหญ่ไม่ชอบ การลักลอบมีเพศสัมพันธ์ยังเป็นความท้าทายประกอบกับมีสิ่งกระตุ้นยั่วจากสื่อต่างๆ ของมีนเมา และสิ่งเสพติดที่มีอยู่ทั่วไปรอบๆ ตัวเด็ก ดังนั้นเด็กวัยรุ่นหญิงทุกคน ไม่ว่าจะ เป็น “เด็กเที่ยว” หรือ “เด็กเรียน” ต่างเป็นกลุ่มเสี่ยงเหมือนกัน ประเด็นเพศศึกษาซึ่งในที่นี้รวมทั้งเพศศึกษา (Sex education) และเพศวิถีศึกษา (Sexuality education) มีข้อค้นพบที่สอดคล้องกัน ทั้งจากการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพคือ แม้วัยรุ่นทั้งหญิงและชายต่างคาดหวังว่า พ่อ-แม่ และครูจะเป็นที่พึ่งเรื่องเพศสำหรับเขา/เธอได้ แต่ช่องว่างของการไม่เข้าใจกัน การรับรู้เรื่องเพศที่ต่างกันระหว่างผู้ใหญ่กับเด็ก ทำให้เด็กวัยรุ่นทั้งหญิงชายพึ่งเพื่อนเรื่องเพศมากที่สุด แต่ในที่สุดเมื่อเด็กวัยรุ่นตั้งครรภ์ ทั้งวัยรุ่นหญิงและวัยรุ่นชายต้องกลับมาพึ่งพ่อ-แม่ ประเด็นการคุมกำเนิดมีข้อค้นพบจากงานวิจัยเชิงคุณภาพสรุปได้ชัดเจนว่า เด็กวัยรุ่นที่ศึกษาทั้งหมดรู้ว่าการใส่ถุงยางอนามัยและการใช้ยาคุมกำเนิดป้องกันการตั้งครรภ์ได้ แต่ไม่ยอมใช้โดยมีเหตุผลด้านความรู้สึกและอารมณ์เป็นเรื่องหลัก มีข้อสังเกตว่าแม้มีหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากจากการถอดบทเรียนพบว่า เพศภาวะมีส่วนอย่างสำคัญต่อการการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น การคุมกำเนิด การสอนเพศศึกษาของครู การสื่อสารเรื่องเพศระหว่างเด็กชาย เด็กหญิงกับพ่อ-แม่-ครู การศึกษาของแม่วัยเยาว์หรือวัยใส การรับผิดชอบเรื่องเพศของผู้ชาย การให้บริการสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ และการเลี้ยงดูลูก แต่มาตรการและยุทธศาสตร์ที่ปรากฏก็ยังมีลักษณะ Gender Blind ผลการวิจัยในระยะที่ 2 และ 3 ได้สารัตถะและประเมินให้เห็นว่า การบูรณาการเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นที่เน้นความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน สามารถบูรณาการเข้าไปสู่งานประจำของเครือข่ายภาคีที่มีอยู่แล้วในชุมชนได้ การนำเรื่องเพศศึกษาขึ้นสู่เวทีสาธารณะโดยให้เด็กวัยรุ่นเป็นตัวเดินเรื่องและออกแบบการนำเสนอ มีผู้ใหญ่เป็นตัวช่วยอย่างกลายอนมิตร ทำให้เกิดขึ้นได้ในวิถีชีวิตวัยรุ่น วัยเรียน และสามารถสะท้อนความเป็นหญิงชายที่ทุกคนเข้าใจได้ง่าย นอกจากนั้นการใช้แนวคิดการเสริมสร้างสมรรถนะความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะให้กับพยาบาลวิชาชีพโดยใช้วิธีการอบรมแบบการสะท้อนเชิงสังคมวัฒนธรรม (Socio-cultural Reflection Model or SRM) จะเป็นการช่วยเหลือเด็กวัยรุ่นตั้งครรภ์ และหลังคลอดผ่านผู้ช่วยเหลือที่ให้คำปรึกษาอย่างมืออาชีพและมีความจำเพาะเชิงเพศภาวะ

จากผลการวิจัยดังกล่าวมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะสำหรับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ดังนี้

### 1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 รัฐบาลต้องทำให้พระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์เกิดขึ้นในเร็ววัน ให้มีการใช้และมีหน่วยงานสหสาขาวิชาชีพกำกับ ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องทั้งระยะสั้นและระยะยาว

1.2 สถาบันการศึกษาที่ผลิตครูทุกแห่งต้องทำให้บัณฑิตครูทุกคนสามารถเป็นครูเพศศึกษา มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะ และเป็นต้นแบบของการเป็นผู้ชาย ผู้หญิงที่มีความเข้มแข็ง เคารพในสิทธิมนุษยชน และไม่ทำให้เกิดความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เป็นธรรมและไม่เท่าเทียมระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ไม่ผลิตซ้ำความเป็นหญิง เป็นชายที่ทำให้เกิดการล่วงละเมิดทางเพศ และพฤติกรรมรุนแรงต่างๆ

1.3 โรงเรียน และสถาบันการศึกษาทุกแห่งร่วมกับครอบครัวนักเรียนต้องทำให้เพศศึกษาและเพศวิถีศึกษาเป็นเรื่องที่ทุกคนต้องเรียนรู้อย่างเปิดเผย และมีความรับผิดชอบทางสังคมต่อพฤติกรรมทางเพศของตนเอง ครู พ่อ-แม่ ผู้ปกครอง และนักเรียนร่วมกันทำให้เรื่องนี้เกิดขึ้นอย่างเป็นกัลยาณมิตร

1.4 กระทรวงศึกษาธิการควรทำให้เรื่องคุณภาพชีวิตทางเพศของนักเรียนและครูเป็นหัวข้อของการประกันคุณภาพการศึกษาของทุกโรงเรียน

1.5 สนับสนุนให้มีองค์กรในชุมชนซึ่งอาจเป็นองค์กรที่มีอยู่เดิม หรือองค์กรใหม่ทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตทางเพศของวัยรุ่นที่อยู่นอกระบบโรงเรียน เช่น ในโรงงาน ในสถานบันเทิง ในสถานกักกัน สถานสงเคราะห์ และสถานที่อื่นๆ

1.6 นโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของหน่วยงาน ต้องเป็นนโยบายต่อเนื่อง มีทรัพยากรสนับสนุน และเน้นให้เป็นการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน โดยให้มีวัยรุ่นเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานนี้ตั้งแต่การกำหนดมาตรการ ยุทธศาสตร์ วิทยาการและประเมินผล

1.7 ใช้ทุกช่องทางสื่อสารให้เกิดค่านิยมวัยรุ่นหญิงชายดีไม่มีเพศสัมพันธ์ ส่งเสริมความเป็นธรรมเชิงเพศภาวะ (Gender equity) และความเท่าเทียมเชิงเพศภาวะ (Gender equality) ในสังคม

2. ข้อเสนอแนะสำหรับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เนื่องจากการป้องกันและแก้ไขปัญหาแม่วัยใส เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างของสังคม และเกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ วัฒนธรรม การทำงานเรื่องนี้ต้องเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน ถ้าพิจารณาภาคส่วนของรัฐก็มีหน่วยงานหลัก 2 ประเภท คือ ประเภทที่เน้นการบริหารจัดการเชิงโครงสร้าง และงานวิชาการ เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน ส่วนประเภทที่ 2 เน้นทักษะเฉพาะวิชาชีพ และงานวิชาการ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงยุติธรรม ส่วนหน่วยงานในกำกับของรัฐและหน่วยงานภาคเอกชน เน้นงานขับเคลื่อนทางสังคม และงานมวลชนร่วมกับงานทางวิชาการ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) องค์กรแพทย์ สมาคมวางแผนครอบครัว และสมาคม ชมรมวิชาชีพต่างๆ เช่น สมาคมครูสุขศึกษา สมาคมครูแนะแนว เป็นต้น

จึงเห็นได้ว่าโดยภาพรวมทั่วไป หน่วยงานที่ดำเนินงานป้องกันปัญหาแม่วัยใสที่มีอยู่แล้วครอบคลุมทั้งด้านนโยบาย ด้านปฏิบัติการ ด้านสื่อสารมวลชน และวิชาการ แต่ประเด็นสำคัญคือการประสานสัมพันธ์งานให้มีทิศทางชัดเจน การบูรณาการงาน และการใช้ทรัพยากรร่วมกันไม่มีความเข้มแข็ง หรืออาจกล่าวได้ว่าต่างหน่วยงานต่างทำ ขาดหน่วยงานที่จะประสานให้งานที่ซับซ้อนสามารถดำเนินไปได้อย่างมีเอกภาพ ต่อเนื่องยาวนาน และใช้ทรัพยากรหลากหลายให้สามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างเป็นระบบ จุดยืนของกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ จึงอยู่ที่การผลักดันให้เกิดปัจจัยนำเข้าที่ต้องการ การทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในรูปของคณะกรรมการบูรณาการ งานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม (แม่วัยใส) ซึ่งต้องมีองค์ประกอบของคณะกรรมการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งภาคเอกชน และเด็กวัยรุ่นหญิงชาย มาทำงานร่วมกันเพื่อออกแบบนโยบาย และการดำเนินงานเพื่อผลิตต้นทางของระบบคือปัจจัยนำเข้าที่ต้องการ จากนั้นติดตามสนับสนุนให้เกิดการบูรณาการในกระบวนการทำงานต่างๆ ของโรงเรียน ชุมชน และสังคม นอกจากนั้น กระทรวงการพัฒนาฯ ยังมีหน่วยงานย่อยกระจายอยู่ในทุกจังหวัดอยู่แล้วคือ พจม. จังหวัด หน่วยงานนี้จะต้องทำงานอย่างใกล้ชิดกับชุมชน เพิ่มงานเชิงรุกเพื่อให้เกิดกระบวนการบูรณาการเข้าสู่กิจกรรมชุมชนอย่างจริงจัง เป้าหมายสำคัญของการทำงานของกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ ในเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาแม่วัยใส คือการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านเพศวิถีของวัยรุ่น สร้างกระแสให้เกิดการปรับเปลี่ยนค่านิยมชายเป็นใหญ่ เข้าสู่ความเป็นธรรมและความเท่าเทียมทางสังคมที่ทั้งหญิงและชายต้องมีความรับผิดชอบด้านเพศวิถี สร้างระบบบริการทางสังคมที่รองรับการเสริมสร้างคุณภาพชีวิต แม่วัยใส พ่อวัยเยาว์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเสนอให้กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ เน้นที่งานเชิงโครงสร้างมากกว่างานเชิงเทคนิค ผลักดันให้พระราชบัญญัติคุ้มครองการอนามัยเจริญพันธุ์เกิดขึ้นในเร็ววัน และทำให้มาตรการและยุทธศาสตร์การบูรณาการเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหา

# ภาวะความบกพร่องทางกาย ของผู้สูงอายุไทยในชุมชนภาคกลาง

Survey of Physical Disability of Thai Elderly  
in the Central Region Community

วิมลวรรณ เที่ยงแก้ว

ภครตี ชัยวัฒน์

\*มณฑนา วงศ์ศิริวรรณ

คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล

## บทคัดย่อ

การสำรวจภาวะความบกพร่องทางกายของผู้สูงอายุไทยในชุมชน แต่ยังไม่พบข้อมูลเฉพาะเจาะจงทางกายที่สามารถนำมาวิเคราะห์ปัญหาความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุไทยในชุมชนได้ ทั้งนี้เพื่อทราบข้อมูลความชุกความบกพร่องทางกาย และปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อการพึ่งพาตนเองในชุมชนเขตเมืองและชนบท โดยทำการสุ่มเลือกพื้นที่ใช้วิธี cluster sampling ในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเมืองและชนบทเฉพาะในเขตภาคกลาง โดยแบบสำรวจประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความพิการและการประกอบกิจกรรม 3) การตรวจร่างกายของข้อต่อ 4) การล้มและอื่นๆ ตามลำดับ พบว่าผู้เข้าร่วมเป็นผู้สูงอายุไทย อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองจำนวน 1,315 คน และชุมชนชนบทจำนวน 649 คนรวมจำนวน 1,964 คน เป็นชาย 646 คน หญิง 1,318 คน มีปัญหาโรคเบาหวานมากถึง 26% ทั้งนี้ยังมีผู้สูงอายุที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานหรือไม่อยู่ 32 % มีความบกพร่องทางกายอันดับ 1 คือ ที่กระดูกสันหลังระดับเอว คิดเป็นประมาณ 27.4% อันดับ 2 ที่ข้อเข่า คิดเป็นประมาณ 17.6% อันดับ 3 ที่เท้าและนิ้วเท้า คิดเป็นประมาณ 11.5 % ความบกพร่องเหล่านี้เกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงต่อการล้ม กิจกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการเดิน การขึ้น-ลงบันได การจับจ่ายซื้อของ การเอื้อมหยิบของเหนือศีรษะ เป็นต้น โดยข้อมูลพื้นฐานนี้เป็นฐานความรู้สำหรับนักกายภาพบำบัดในการพัฒนาการเรียนการสอน และการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยการให้ความรู้ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจากชุมชนสู่ชุมชน และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับผิดชอบชุมชน ทั้งนี้ผลจากการสำรวจนี้นำไปสู่การออกแบบโปรแกรมการจัดการทางกายภาพบำบัดเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะความบกพร่องทางกายของผู้สูงอายุ ลดความเสี่ยงและสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

## คำสำคัญ

สำรวจ, ภาวะความบกพร่องทางกาย, ผู้สูงอายุไทย, ชุมชน, ภาคกลาง

## Abstract

To survey the physical disability of the Thai elderly in the central region. No physical specific information has been found able to annualize the problems of the daily activities of Thai elderly in the community. The purpose of this study is to survey for the incidence of the physical disability and environmental factors which affect self-reliance of the people living in cities/ towns and rural areas. The area was randomly selected to conduct cluster sampling. Results of this study have been obtained in cities/ towns and rural areas especially in the central region. The survey form is divided in to 4 parts that are; 1) Personal information 2) Disabled enquiry forms and activities 3) Physical examination 4) Falling and others incidents. Habitants of cities/ towns are 1,315 persons and from rural areas 649 persons totally 1,964 persons of which male 646 persons and females 1,318 persons. They are suffering diabetes about 26%. Thirty-two percent are unaware or not affected by diabetes. Main physical disability is lumbar spine 27.4%, secondly, knee problems about 17.6% and thirdly, feet and fingers problems about 11.5%. Those disabilities are related with falling and daily activities such as walking, stepping down staircases, shopping, moving things from shelves etc. From this basic information using as primary sources for physical therapy to study and teach. Health service for elderly in communities provided for health promotion activities and gained knowledge and useful information to community caretakers. The result of this survey are for program design, managing of physical therapy to prevent and revise deficiencies of elderly, reduces the risk and promote the health of elderly in the communities furthermore.

## Keywords

Survey, Physical Disability, Thai Elderly, Community, Central Region

ปัจจุบันประเทศไทยเช่นเดียวกับอีกหลายประเทศทั่วโลกที่กำลังเริ่มเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ สัดส่วนของประชากรสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยสถิติที่บ่งชี้การเปลี่ยนแปลง โครงสร้างประชากรคือ ในปี 2537 มีประชากรสูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) ร้อยละ 6.8 ของประชากร ทั้งประเทศ ปี 2545 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ผลสำรวจในปี 2550 พบว่า ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 แนวโน้มในปี 2553 ประชากรสูงอายุของประเทศไทยจะเพิ่มเป็นร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งหมด หรือ 7.6 ล้านคนนอกจากนี้ มีประมาณการว่าปี 2568 จะมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ประมาณ 14.5 ล้านคนหรือ ร้อยละ 20 ของประชากรไทย โดยกลุ่มอายุสูงสุดคือ 80 ปีขึ้นไป จะมีทวีจำนวนอย่างมาก<sup>1</sup>

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมของทุกระบบในร่างกาย และก่อให้เกิดโรคประจำตัวหลายโรค รายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ เป็นอันดับแรก โรคระบบทางเดินหายใจเป็นอันดับสอง และโรคหัวใจหลอดเลือดเป็นอันดับสาม นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาารุนแรงในการเคลื่อนไหว การทำงานในและนอกบ้าน โดยผู้หญิงมีความยากลำบากมากในการทำกิจกรรมทุกชนิดมากกว่าผู้ชาย<sup>(1)</sup>

ภาวะความบกพร่องทางกาย (Physical disability) หมายถึง การจำกัดความสามารถในการทำ กิจกรรมปกติในชีวิตประจำวันซึ่งเป็นผลจากโรคและการบาดเจ็บต่างๆ ภาวะความบกพร่องทางกาย เป็นตัวบ่งชี้ สำคัญของภาวะการพึ่งพาตนเอง ความชุกของภาวะความบกพร่องทางกายจะเพิ่มตามอายุที่สูงขึ้น และความแตกต่างในภาวะความบกพร่องทางกายขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น สถานะสุขภาพการสมรส ระดับเศรษฐกิจ สถานะ การเป็นเจ้าของบ้านที่อยู่<sup>(2-7)</sup> อัตราความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุมากขึ้นตามอายุด้วย โดย



ผู้สูงอายุวัย 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 34.9 ต้องการความช่วยเหลือมาก<sup>(5)</sup> ผู้สูงอายุที่พึ่งพาตัวเองได้น้อยหรือต้องการการดูแลระยะยาว จะเพิ่มภาระการดูแลทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม มีรายงานว่าความบกพร่องทางกายมีผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิต ภาวะการพึ่งพา ความต้องการการดูแลระยะยาว และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาประมาณการว่า ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางกายจะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความบกพร่องมากกว่า 3 เท่า<sup>(6)</sup>

ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 90 สามารถรับประทานอาหาร สวมใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน เข้าห้องสุขา ทำความสะอาดร่างกายหลังการขับถ่าย ผู้สูงอายুর้อยละ 80-90 สามารถนับเงินทองได้อย่างถูกต้อง นั่งยองๆ เดินขึ้นบันได 2-3 ชั้น เดินระยะทางประมาณ 200-300 เมตรได้ ผู้สูงอายুর้อยละ 70-75 สามารถเดินทางขึ้นรถ/ลงเรือตามลำพัง และยกสิ่งของที่หนักประมาณ 5 กิโลกรัมได้โดยไม่มีคนช่วย โดยกิจกรรมที่กล่าวมา ผู้สูงอายุชายทำกิจกรรมได้ด้วยตนเองมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ผู้สูงอายุวัย 80 ขึ้นไปมีสัดส่วนของการหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุวัยอื่นๆ โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่หกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุชาย สาเหตุหลักคือ การสะดุดสิ่งของที่วางกีดขวางทางเดิน สลื่น หน้ามืด พื้นบ้านที่ต่างระดับ และตกบันได<sup>(6,9)</sup> ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แม้จะมีการวิจัยหลายเรื่องรายงานข้อมูลจำนวนหรือสัดส่วนผู้สูงอายุไทยที่มีความบกพร่องทางกายของผู้สูงอายุไว้บ้างในแง่ของความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ และภาวะสุขภาพโดยรวม แต่ยังไม่พบข้อมูลเฉพาะเจาะจงทางกายที่สามารถนำมาวิเคราะห์ปัญหาความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุไทยในชุมชนได้ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ต้องได้จากการตรวจร่างกายและซักประวัติสุขภาพด้วยวิธีทางกายภาพบำบัด รวมทั้งประเมินสภาพแวดล้อมและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับสภาพร่างกายที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่จำเป็นในชีวิตประจำวันได้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจข้อมูลความชุกความบกพร่องทางกาย และปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองและชนบท

## วิธีการศึกษา

### การเลือกพื้นที่

การศึกษานี้ดำเนินการกับผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนเมืองและชนบทเฉพาะในเขตภาคกลางทั้งหมด 22 จังหวัด ทำการสุ่มเลือกพื้นที่ศึกษาโดยวิธี Cluster sampling ชุมชนเมืองในเขตกรุงเทพมหานคร ชุมชนเมืองในจังหวัดภาคกลาง\* จำนวน 2 จังหวัด และชุมชนชนบทซึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลักและอยู่ในจังหวัดเดียวกับชุมชนเมือง โดยในแต่ละพื้นที่สุ่มเลือก 5 ชุมชนหรือหมู่บ้าน ผลจากการสุ่มเลือกพื้นที่ ปรากฏว่าได้พื้นที่สำหรับการศึกษาดังนี้

1. ชุมชนเมืองในเขตกรุงเทพมหานคร คือ ชุมชนในเขตบางพลัด
2. ชุมชนเมืองในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา คือ ตำบลสำเภาล่ม อำเภอเมือง
3. ชุมชนเมืองในจังหวัดนครปฐม คือ ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง
4. ชุมชนชนบทในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา คือ ตำบลดอนทอง อำเภอเสนา
5. ชุมชนชนบทในจังหวัดนครปฐม คือ ตำบลกระพังโหม อำเภอกำแพงแสน

\* กำหนดตามสภาพภูมิศาสตร์แบบ 6 ภาคโดยราชบัณฑิตยสถาน [ยกเว้นจังหวัดกรุงเทพมหานครและปริมณฑล (นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ) ซึ่งเป็นเขตเมือง] จึงมี 10 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดกำแพงเพชร ชัยนาท นครนายก นครปฐม พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง และอุทัยธานี

### ผู้เข้าร่วมการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการศึกษาคือผู้สูงอายุไทย เพศชายและหญิง รวมจำนวนทั้งสิ้น 1,964 คน ดังตาราง 1

### **เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)**

- 1) เป็นประชากรไทย เพศชายและเพศหญิง
- 2) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
- 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนที่ได้รับการสุ่ม
- 4) เต็มใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยด้วยจิตอาสา

### **เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย**

เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยสมัครใจที่จะถอนตัวจากโครงการวิจัย และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทันที

## **เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

การศึกษานี้ใช้แบบสอบถามและแบบทดสอบ ซึ่งใช้ชื่อว่า แบบสำรวจความบกพร่องของร่างกายในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามสุขภาพและความยากลำบากในการทำกิจกรรม
3. แบบตรวจความบกพร่องทางกาย โดยทำการตรวจร่างกายว่ามีข้อติด ข้อแข็ง จำกัดการเคลื่อนไหวหรือกล้ามเนื้ออ่อนแอหรือไม่
4. ภาวะเสี่ยงต่อการล้ม

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยมหิดล

### **การติดต่อประสานงาน**

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชนและบุคลากรสุขภาพระดับท้องถิ่นแต่ละพื้นที่ เพื่อลงพื้นที่

### **การลงพื้นที่สำรวจข้อมูล**

นักกายภาพบำบัดลงพื้นที่ สอบถาม ตรวจร่างกาย และสำรวจบ้านของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนหรือหมู่บ้าน โดยใช้แบบสำรวจความบกพร่องของร่างกายในผู้สูงอายุ

## **ผลการศึกษา**

### ลักษณะผู้เข้าร่วมการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการศึกษาคือผู้สูงอายุไทย สามารถเคลื่อนไหวร่างกายและทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร ชุมชนเมืองจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและนครปฐม และชุมชนชนบทจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและนครปฐม รวมจำนวน 1,964 คน (ชาย 646 คน หญิง 1,318 คน) แสดงดังตารางที่ 2



### สุขภาพและความยากลำบากในการทำกิจกรรม

ผู้สูงอายุไทยในชุมชนเมืองและชนบทมีความชุกของภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระดับสูง โดยชุมชนชนบทมีความชุกสูงกว่าชุมชนเมือง ทั้งนี้ผู้สูงอายุไทยไม่ว่าจะอาศัยในชุมชนเมืองหรือชนบทมีความลำบากในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ การยืมนานๆ และการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุไทยในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานครมีปัญหาด้านสุขภาพกายที่รบกวนจิตใจ จนเป็นผลให้รู้สึกว่าคุณภาพโดยทั่วไปแย่ และผู้สูงอายุไทยในชุมชนเมืองต่างจังหวัดมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพที่เชื่อมโยงถึงงานประจำหรืองานที่เคยทำเป็นประจำ (ตาราง 3)

### ความบกพร่องทางกาย

สำหรับกระดูกสันหลัง ผู้สูงอายุไทยในชุมชนเมืองและชนบทมีปัญหากระดูกสันหลังระดับเอว เป็นอันดับ 1 นอกจากนี้ผู้สูงอายุไทยในเขตเมืองกรุงเทพมหานครยังมีปัญหากระดูกสันหลังระดับคอ และผู้สูงอายุไทยในเขตเมืองต่างจังหวัดมีปัญหากระดูกสันหลังระดับคอ ซึ่งเป็นอันดับรอง

สำหรับข้อต่อแขน พบว่าผู้สูงอายุไทยในชุมชนเมืองและชนบทมีปัญหาข้อไหล่อันดับ 1 ปัญหามือและนิ้วมือ อันดับ 2 นอกจากนี้ผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบทมีปัญหาข้อมือร่วมด้วย

สำหรับข้อต่อขา ผู้สูงอายุไทยในชุมชนเมืองและชนบทมีปัญหาข้อเข่า อันดับ 1 ปัญหาเท้าและนิ้วเท้าเป็นอันดับ 2 ปัญหาข้อเท้าเป็นอันดับ 3 (ตาราง 4)

### ภาวะเสี่ยงต่อการล้ม

ผู้สูงอายุไทยในเขตเมืองมีแนวโน้มเสี่ยงต่อการล้มสูงกว่าผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบท จากการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุไทยในชุมชนเมืองและชนบท เสี่ยงต่อการล้มเมื่อยืนขาเดียวเป็นอันดับ 1 (60%) เสี่ยงต่อการยืนตรงเท้า 2 ข้างต่อกันเป็นอันดับ 2 (50%) และอันดับ 3 (40%) คือ ยกขาแตะเก้าอี้แต่สลับกัน กลับหลังหัน และยืนตรงยืนมือไปข้างหน้า

ส่วนใหญ่สภาพโครงสร้างที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยทั้งในเขตเมืองและชนบทจัดอยู่ในระดับดีและปานกลาง โดยมีลักษณะภายในบ้านของผู้สูงอายุไทยในเขตเมืองและชนบทมีผ้าเช็ดเท้าวางอยู่บนพื้น และในเขตเมืองกรุงเทพมหานครมีสิ่งของขวางทางเดิน และมีสิ่งของวางตามชั้นบันได สำหรับความสว่างบริเวณบันไดและพื้นต่างระดับของบ้านทั้งผู้สูงอายุไทยในเขตเมืองและชนบทมีความสว่างเพียงพอ การใช้ชีวิตภายในบ้านทั้งผู้สูงอายุไทยในเขตเมืองและชนบทต้องเอื้อมหยิบสิ่งของเหนือศีรษะ หากเอื้อมหยิบไม่ถึงต้องใช้เก้าอี้มาช่วย นอกจากนี้ผู้สูงอายุไทยในชนบทต้องเอื้อมเปิดไฟจากที่นอน ส่วนห้องน้ำพบว่าพื้นห้องน้ำลื่นสำหรับผู้สูงอายุไทยในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไทยทั้งในเขตเมืองและชนบทมีหมายเลขโทรศัพท์ญาติไว้ติดต่อเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

ผู้สูงอายุไทยในชุมชนเมืองและชนบทมีอัตราการเคยล้มเท่าๆ กัน ผู้สูงอายุไทยทั้งในเมืองและชนบทมักล้มที่ชั้นล่าง โดยผู้สูงอายุไทยในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานครอันดับ 1 ล้มขณะลุกจากเตียง อันดับ 2 ล้มขณะอาบน้ำและเข้าบ้าน ในขณะที่ผู้สูงอายุไทยในเขตเมืองต่างจังหวัดอันดับ 1 ล้มในสวน และอันดับ 2 ล้มขณะใช้ห้องน้ำ ขณะที่ผู้สูงอายุไทยในชนบท ล้มในสวนเป็นอันดับ 1 และล้มที่ทางเข้าบ้านและขณะเข้าส้วมเป็นอันดับ 2

## อภิปราย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความชุก รูปแบบ และปัจจัยเสี่ยงของปัญหาความบกพร่องทางกายที่เฉพาะเจาะจงของผู้สูงอายุไทยในชุมชน รวมทั้งปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อการพึ่งพาตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อระบุปัญหาความบกพร่องทางกายและผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองและชนบท ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 20-30 มีโรคประจำตัวคือ เบาหวานและความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ผู้สูงอายุไทยประมาณร้อยละ 42-52 มีความบกพร่องทางกายของหลังระดับเอว ร้อยละ 24-38 มีความบกพร่องทางกายของขาที่ข้อเข่า ร้อยละ 3-10 มีความบกพร่องทางกายที่เท้าและนิ้วเท้า ส่วนของแขน ร้อยละ 12-15 มีความบกพร่องที่ข้อไหล่ ร้อยละ 5-7 มือและนิ้วมือ นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 32-53 ของผู้สูงอายุไทยมีความลำบากในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ร้อยละ 29-43 มีปัญหาการยืนนานๆ และร้อยละ 22-32 มีความลำบากในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและการทำงานบ้านที่เคยทำเป็นประจำ ผู้สูงอายुर้อยละ 58-64 เสี่ยงต่อการล้มเมื่อยืนขาเดียว ร้อยละ 40-51 เสี่ยงต่อการล้มเมื่อยืนตรงเท้า 2 ข้างต่อกัน ร้อยละ 35-42 เสี่ยงต่อการล้มเมื่อยกขาแตะเก้าอี้แต่ย์สลับกัน ร้อยละ 34-40 เสี่ยงต่อการล้มเมื่อยกขาหลังหัน และร้อยละ 36-43 เสี่ยงต่อการล้มเมื่อยืนตรงยื่นมือไปข้างหน้า ปัญหาทางกายนี้รับกวนจิตใจของผู้สูงอายุไทยในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 30 ขณะที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุไทยในชุมชนเมืองและชนบทต่างจังหวัดในภาคกลางเพียง ร้อยละ 22-25 ผู้สูงอายุไทยเคยล้ม ร้อยละ 17-20 โดยล้มภายในบ้านที่ชั้นล่าง ร้อยละ 24-33 หากล้มภายนอกบ้าน ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 13-26 ล้มเพราะทางเดินเท้าและขอบถนนหรือขอบท่อน้ำ เมื่อสำรวจภายในบ้านพบว่า ร้อยละ 48-65 ของบ้านผู้สูงอายุไทยจะมีสิ่งของวางกีดขวางทางเดิน ร้อยละ 60 ของบ้านผู้สูงอายุไทยในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานครจะมีพื้นห้องน้ำลื่น ร้อยละ 43 ของบ้านผู้สูงอายุไทยในชุมชนชนบทต้องเอื้อมเปิดไฟจากที่นอน ร้อยละ 38-50 ของผู้สูงอายุไทยมีหมายเลขโทรศัพท์ที่โรงพยาบาลหรือศูนย์ช่วยเหลือยามฉุกเฉิน

ผลการสำรวจทั่วประเทศไทยในปี 2547 พบว่าประชากรไทยมีความดันโลหิตสูงร้อยละ 22 และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>(1)</sup> การสำรวจในการศึกษานี้พบผู้สูงอายุไทยร้อยละ 20-30 มีภาวะความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังพบผู้สูงอายุไทยในสัดส่วนเดียวกันมีภาวะเบาหวาน ทั้งสองภาวะนี้เกิดจากขบวนการเสื่อมของร่างกายที่มีผลกระทบต่อระบบต่อมไร้ท่อและระบบหัวใจและหลอดเลือด<sup>(10)</sup> ผู้สูงอายุที่มีภาวะเบาหวานและประสาทส่วนปลายถูกทำลาย ส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เนื่องจากการทรงตัวด้อยลง<sup>(11)</sup> การออกกำลังกายเป็นวิธีการหนึ่งช่วยบรรเทาภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน<sup>(12-13)</sup> รวมทั้งยังช่วยพัฒนาการทรงตัวในผู้สูงอายุที่มีภาวะเบาหวาน<sup>(14-15)</sup>

ผู้สูงอายุไทยมีความบกพร่องทางกายของหลังที่ระดับเอวมากที่สุด รองลงมาคือ ระดับคอและอก จากการสำรวจพบกระดูกสันหลังระดับเอวมีการผิดรูปมากที่สุด รองลงมาคือ การแข็งของข้อต่อและการจำกัดการเคลื่อนไหว การผิดรูปที่พบบ่อยคือกระดูกสันหลังระดับเอวมีความแอ่น (lumbar lordosis) ลดลง ก่อให้เกิดภาวะหลังแบน (flat back) ซึ่งก่อให้เกิดการจำกัดการเคลื่อนไหวของหลัง ผู้สูงอายุมีการลดช่วงการเคลื่อนไหวของหลังในท่างอตัวสุดและท่าเอียงตัว<sup>(16)</sup> โดยเพศชายมีการงอและเหยียดหลังดีกว่าเพศหญิง แต่เพศหญิงมีการเอียงตัวดีกว่าเพศชาย<sup>(17)</sup> การลดช่วงการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังยังเกี่ยวข้องกับการเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลัง<sup>(18-20)</sup> ความบกพร่องของกระดูกสันหลังระดับเอวอาจเกี่ยวเนื่องกับการมีไขมันสะสมที่ท้อง<sup>(21)</sup> จากการสำรวจในการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุไทยมีภาวะอ้วน (BMI 26-31 kg/cm<sup>2</sup>) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ก่อให้เกิดความบกพร่องทางกายของหลังที่ระดับเอวมากที่สุด

ส่วนความบกพร่องทางกายของขา ผู้สูงอายุไทยมีความบกพร่องที่ข้อเข่า เท้าและนิ้วเท้า จากการสำรวจพบว่าข้อเข่าส่วนมากผิดรูปจากการเสื่อม การเสื่อมของข้อเข่าเกิดจากหลายปัจจัย<sup>(22)</sup> หนึ่งในนั้นคือความอ้วน ซึ่งพบในผู้เข้าร่วมการศึกษานี้ ส่วนการผิดรูปของเท้าและนิ้วเท้า เช่น Hallux valgus ฝ่าเท้าแบน

นิ้วเท้าถูกตัดจากการเป็นแผลเนื่องจากภาวะเบาหวาน พบในผู้สูงอายุไทยไม่ว่าอาศัยในชุมชนเมืองหรือชนบท การศึกษานี้พบความบกพร่องน้อยที่ข้อสะโพก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการจำกัดการเคลื่อนไหวการหมุนเข้าและออกของข้อสะโพก การจำกัดการเคลื่อนไหวเนื่องจากภาวะกระดูกข้อสะโพกหัก การพบความบกพร่องน้อยที่ข้อสะโพก อาจเนื่องจากผู้เข้าร่วมการศึกษาสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง และพบภาวะเสี่ยงต่อการล้มน้อย (20-27%) การล้มในผู้สูงอายุมักเสี่ยงต่อการหักของข้อสะโพก<sup>(23)</sup> ดังนั้นการศึกษานี้แนะนำผู้สูงอายุไทยที่สามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองควรบริหารร่างกายเพื่อพัฒนาหรือรักษาสภาพ (maintenance) การทรงตัวเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการล้ม เพื่อลดภาวะกระดูกหัก โดยเฉพาะข้อสะโพก และลดภาวะพึ่งพาและอัตราการเสียชีวิต<sup>(24)</sup>

นอกจากนี้ผู้สูงอายุไทยยังมีความบกพร่องภายในส่วนแขนที่ข้อไหล่ มือและนิ้วมือ จากการสำรวจพบข้อไหล่แข็งและจำกัดการเคลื่อนไหว ข้อไหล่มีการเสื่อมตามอายุโดยเกิดบริเวณ acromion และ clavicle<sup>(25)</sup> และมีการฉีกขาดของ rotator cuff ตามอายุเช่นกัน<sup>(26)</sup> การเสื่อมของข้อไหล่และการฉีกขาดของเอ็นกล้ามเนื้อข้อไหล่ก่อให้เกิดพังพืดซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งลดช่วงการเคลื่อนไหวข้อไหล่ ส่วนมือและนิ้วมือเป็นการผิดรูปและจำกัดการเคลื่อนไหว ซึ่งมือและนิ้วมือของผู้สูงอายุที่ผิดรูปอาจเกิดจากข้อเสื่อม<sup>(27)</sup> ซึ่งในที่สุดนำมาถึงการจำกัดการเคลื่อนไหว

จากภาวะความบกพร่องทางกายที่เอว ข้อเข่า เท้า นิ้วเท้า ข้อไหล่ มือ และนิ้วมือ สอดคล้องกับการสำรวจที่พบว่า ผู้สูงอายุไทยยืนนานๆ ไม่ได้ รวมทั้งมีความยากลำบากในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและทำงานบ้านที่เคยทำเป็นประจำ การยืนและการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนต้องอาศัยข้อต่อกระดูกสันหลังและขา รวมทั้งการทำงานของกล้ามเนื้อลำตัวและขา ผู้สูงอายุมีความแข็งแรงกล้ามเนื้อขาดลง การรับรู้ของข้อต่อและการสัมผัสลดลง<sup>(28)</sup> ทำให้ระบบการทรงตัวทำงานด้อยลง ดังนั้นหากมีความบกพร่องที่เอว ข้อเข่า เท้า นิ้วเท้า จึงเป็นอุปสรรคในการยืนนานๆ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุลำบากในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนซึ่งผู้เข้าร่วมการศึกษาให้สาเหตุว่าเป็นเรื่องของการเดินทางเนื่องจากสภาพร่างกายไม่อำนวย และมีความลำบากในการเดินทาง เช่น ขึ้นและลงรถสาธารณะไม่ทัน พื้นบาทวิถีไม่เรียบ ข้ามถนนไม่ทัน เดินช้า ความบกพร่องที่เอว ข้อเข่า เท้า นิ้วเท้า ข้อไหล่ มือ และนิ้วมือ ยังทำให้ผู้สูงอายุไทยมีความยากลำบากในการทำงานบ้านที่เคยทำ เช่น การทำอาหาร กวาดบ้าน ถูบ้าน รดน้ำต้นไม้ ทิ้งขยะ ซ่อมแซมสิ่งเล็กน้อยในบ้าน ซึ่งล้วนเป็นกิจกรรมที่ต้องยืน นั่ง เดิน และใช้การเคลื่อนไหวของข้อไหล่ มือ และนิ้วมือ

นอกจากความบกพร่องทางกายที่เอว ข้อเข่า เท้า นิ้วเท้า ข้อไหล่ มือ และนิ้วมือ มีผลต่อกระทบต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันแล้ว จากการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุมีความลำบากในการเรียนรู้สิ่งใหม่ เนื่องจากสิ่งรอบตัวเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เช่น ระบบการสื่อสาร ประกอบกับผู้สูงอายุมีความด้อยลงในเรื่องรับรู้<sup>(29)</sup> ความจำ<sup>(30)</sup> และการทำงานของสมอง<sup>(31)</sup>

ท่าทางที่ผู้สูงอายุไทยเสี่ยงต่อการล้มคือ การยืนขาเดียว การยืนตรงเท้า 2 ข้างต่อกัน การยกขาแตะเก้าอี้สลับกัน การกลับหลังหัน การยืนตรงยืนมือไปข้างหน้า เมื่อวิเคราะห์การเคลื่อนไหวของท่าทางเหล่านี้พบว่า การยืนขาเดียว การยืนตรงเท้า 2 ข้างต่อกัน การยกขาแตะเก้าอี้สลับกัน เป็นท่าคล้ายคลึงกับท่าทางที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น ช่วงแกว่งขา (swing phase) ของการเดิน การขึ้นบันได การก้าวขึ้นพื้นต่างระดับ สาเหตุที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการล้มคือ ท่าเหล่านี้มีฐานรองรับแคบกว่าปกติ นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีการเสื่อมถอยของระบบประสาทและระบบกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นผลให้การทรงตัวด้อยลง<sup>(32)</sup> สำหรับท่ากลับหลังหันเป็นท่าทางที่เกิดขึ้นได้ในกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น เดินเข้าหาตู้เย็น โถปัสสาวะ แล้วเดินออก ผู้สูงอายุใช้กลยุทธ์การหมุนตัวต่างจากวัยอื่น คือก้าวมากกว่า 2 ก้าวก่อนหมุนตัวและหมุนแบบแยกส่วนโดยเริ่มจากศีรษะ ลำตัว และเท้า ตามลำดับ<sup>(33)</sup> การกลับหลังหันหรือหมุนตัวต้องมีการยืนขาเดียวและอาศัยการทำงานของระบบเวสติบูล ผลการสำรวจนี้พบว่าท่ายืนขาเดียวเสี่ยงต่อการล้มในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ระบบเวสติบูลทำงานลดลงตามอายุ<sup>(34)</sup> แม้ผู้สูงอายุจะปรับกลยุทธ์ที่ใช้หมุนตัวเพื่อรักษาการทรงตัว ท่าหมุนตัวก็ยังเป็นท่าเสี่ยงต่อการล้มใน

ผู้สูงอายุไทยได้ ส่วนการยืนตรงยื่นมือไปข้างหน้าเป็นท่าที่ใช้ในการเอื้อมหยิบสิ่งของ ทำนี้เสี่ยงต่อการล้มในผู้สูงอายุเนื่องจากมีการลดลงของช่วงการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังระดับเอว<sup>(16)</sup> ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวจากจุดศูนย์กลางมวลร่างกาย (centre of mass) ได้ไกล ประกอบกับผู้สูงอายุยังมีความบกพร่องทางกายที่ข้อเข่า เท้า นิ้วเท้า ข้อไหล่ มือ และนิ้วมือ ซึ่งล้วนเป็นข้อต่อที่จำเป็นในการเอื้อม ดังนั้นความบกพร่องทางกายที่พบในการศึกษานี้ในผู้สูงอายุไทยจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการล้มในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

ผลการสำรวจพบว่า 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุไทยเคยล้ม ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ล้มในบ้านที่ชั้นล่าง เนื่องจากผู้สูงอายุไทยใช้ชีวิตประจำวันส่วนใหญ่ที่บริเวณนี้ของบ้าน เมื่อสำรวจภายในตัวบ้านพบว่า ภายในบ้านมีสิ่งของกีดขวางทางเดิน และวางไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย เช่น มีผ้าขี้ริ้วและสิ่งของวางตามพื้นรวมถึงตามชั้นบันได มีโต๊ะหรือเก้าอี้วางกีดขวางทางเดิน มีสายไฟขวางทางเดิน สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุสะดุดและเสียการทรงตัว ดังนั้นจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้สูงอายุไทยล้ม ดังเช่น การศึกษาผ่านมารายงานว่าการเสียการทรงตัวและการสะดุดสิ่งกีดขวางขณะเดินเป็นสาเหตุทั่วไปที่ทำให้ผู้สูงอายุล้ม<sup>(9)</sup> แม้ว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ไม่ได้ล้มขณะใช้ห้องน้ำห้องส้วม จากการสำรวจพบว่าพื้นห้องน้ำลื่นและไม่มีราวจับป้องกันล้ม การศึกษานี้แนะนำว่าห้องน้ำห้องส้วมที่ผู้สูงอายุใช้ควรแยกพื้นที่เปียกและไม่เปียกออกจากกัน ใช้พื้นผิวหยาบ รวมทั้งติดตั้งราวจับไว้ให้ผู้สูงอายุยึดขณะเปลี่ยนท่าทาง สำหรับห้องครัวและห้องรับประทานอาหาร พบว่าผู้สูงอายุไทยต้องเอื้อมหยิบของ การเอื้อมหยิบของเป็นภาวะเสี่ยงต่อการล้มเนื่องจากจุดศูนย์กลางมวลร่างกาย (centre of mass) ยกสูงขึ้น และอาจอยู่ใกล้ขอบฐานรองรับ ทำให้ความมั่นคงในการทรงตัวลดน้อยลง ประกอบกับภาวะความบกพร่องทางกายของผู้สูงอายุไทยที่พบในการศึกษานี้ ดังนั้นการจัดสิ่งของให้อยู่ในระยะหยิบได้โดยไม่เอื้อมหรือเอื้อมน้อยที่สุด หรือก้มตัวน้อย จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการล้มในผู้สูงอายุได้

สำหรับสภาพแวดล้อมภายนอกตัวบ้าน ผู้สูงอายุไทยในต่างจังหวัดไม่ว่าชุมชนเมืองหรือชนบทมักล้มในสวน เนื่องด้วยมีสิ่งของระเกะระกะ พื้นไม่เรียบ นอกจากนี้เมื่อผู้สูงอายุไทยต้องใช้ชีวิตบนทางสาธารณะพบว่า ผู้สูงอายุล้มเพราะผิวทางเดินเท้าที่ไม่เรียบ สูงๆ ต่ำๆ มีความลาดเอียง แผ่นปูทางเดินเท้าชำรุด รวมทั้งมีขอบทางเดินเท้าและท่อน้ำสูงขึ้นมา

เนื่องด้วยผู้สูงอายุมีระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายเสื่อมลงและมีโรคประจำตัว จึงอาจก่อให้เกิดเหตุฉุกเฉินแก่ร่างกายได้ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นผู้สูงอายุควรมีหมายเลขโทรศัพท์ไว้สำหรับติดต่อในยามฉุกเฉิน การศึกษานี้พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีหมายเลขโทรศัพท์ของญาติไว้ติดต่อยามฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุไทยและญาติควรมีหมายเลขโทรศัพท์โรงพยาบาลหรือศูนย์ช่วยเหลือยามฉุกเฉินเพื่อช่วยรักษาชีวิตให้รอด ลดการเกิดทุพพลภาพและภาวะพึ่งพา



## สรุป

ผู้สูงอายุไทยมีภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมทั้งมีความบกพร่องทางกายที่เอว ข้อเข่า เท้า นิ้วเท้า ข้อไหล่ มือ และนิ้วมือ ส่งผลกระทบต่อภาวะความเป็นอยู่ จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุไทย และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการล้มในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การยืน การเดิน การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม หรือแม้แต่การใช้ชีวิตในบ้าน

การศึกษานี้เสนอว่าผู้สูงอายุควรมีทำบริหารร่างกายที่เฉพาะเจาะจงเพื่อพัฒนาและรักษาระบบการทรงตัว การเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังโดยเฉพาะระดับเอว ข้อเข่า เท้า และนิ้วเท้า ทั้งนี้อาศัยผลของการบริหารร่างกายเป็นผลของการออกกำลังกายเพื่อลดภาวะอ้วน บรรเทาภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูง และลดภาวะแข็งของข้อต่อต่าง ๆ เพื่อทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวได้คล่องตามสภาพ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการล้ม คือ การปรับสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้านให้เหมาะสมต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุไทย และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุหรือญาติบันทึกหมายเลขโทรศัพท์โรงพยาบาลหรือศูนย์ช่วยเหลือฉุกเฉินไว้ติดต่อนยามเกิดเหตุฉุกเฉิน หากความบกพร่องทางกายลดลงและสภาพแวดล้อมทั้งภายในและนอกบ้านเอื้ออำนวยต่อการใช้ชีวิตจะทำให้ผู้สูงอายุไทยมีคุณภาพชีวิตทางกายและใจที่ดีขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนประจำปีงบประมาณ 2553 จากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

ตาราง 1 จำนวนผู้สูงอายุเข้าร่วมการศึกษาจากพื้นที่ในเขตเมืองและชนบท

ชุมชน	ตำบล/อำเภอ/จังหวัด	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)
เมือง	เขตบางพลัด กรุงเทพฯ	453
	ต.สำเภาล่ม อ.เมือง จ.พระนครศรีอยุธยา	383
	ต.โพรงมะเดื่อ อ.เมือง จ.นครปฐม	479
ชนบท	ต.ดอนทอง อ.เสนา จ.พระนครศรีอยุธยา	490
	ต.ทุ่งกระพังโหม อ.กำแพงแสน จ.นครปฐม	159*
<b>รวม</b>		<b>1,964</b>

\* ทั้งตำบลมีผู้สูงอายุจำนวน 250 คน

ตาราง 2 ลักษณะผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษา

ลักษณะผู้เข้าร่วมการศึกษา	ชุมชนเมือง		ชุมชนชนบท
	กรุงเทพฯ	จังหวัดภาคกลาง	จังหวัดภาคกลาง
จำนวน (คน)	453 (23.0%)	862 (43.9%)	649 (33.0%)
<b>เพศ</b>			
- ชาย (คน)	127 (28.0%)	326 (72.0%)	287 (33.3%)
- หญิง (คน)	575 (66.7%)	232 (35.7%)	417 (64.3%)
<b>อายุ (ปี)</b>			
- mean+SD	71.6+7.6	72.2+8.0	71.6+7.9
- Max-Min	60-95	60-99	60-98
<b>น้ำหนัก (ก.ก., mean+SD)</b>	<b>64.6+5.0</b>	<b>61.1+3.0</b>	<b>72.4+11.1</b>
<b>ความสูง (ซ.ม., mean+SD)</b>	<b>156.3+1.1</b>	<b>157.6+8.5</b>	<b>154.9+1.2</b>
<b>BMI (Kg/cm<sup>2</sup>, mean+SD)</b>	<b>30.2+3.5</b>	<b>26.5+4.2</b>	<b>28.7+5.4</b>
<b>สถานภาพการสมรส</b>			
- โสด	3.9%	57.7%	32.1%
- คู่	6.2%	8.1%	58.9%
- หม้าย	31.2%	1.8%	4.4%
- แยกกันอยู่	67.6%	25.9%	2.1%
<b>การประกอบอาชีพ</b>			
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	78.9%	21.1%	72.8%
- ประกอบอาชีพ	27.2%	65.8%	34.2%
<b>รายได้ (บาท/เดือน, mean+SD)</b>	<b>4,844.6+5,988.4</b>	<b>3,327.3+4,547.9</b>	<b>3,321.8+8,304.8</b>
- มีรายได้	99.8%	0.2%	
- ไม่มีรายได้	2.5%	98.0%	2.1%



ตาราง 3 สุขภาพและความยากลำบากในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุไทยในชุมชนเมืองและชนบท

สุขภาพ/การทำกิจกรรม ของผู้เข้าร่วมการศึกษา	ชุมชนเมือง (ร้อยละ)		ชุมชนชนบท (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
	กรุงเทพฯ	จังหวัดภาคกลาง	จังหวัดภาคกลาง	
<b>สุขภาพโดยทั่วไป</b>				
- แย่มาก	20.2	56.2	19.9	3.6
- แย่	1.5	10.8	55.7	31.9
- ดี	2.1	13.9	51.4	32.6
- ดีมาก	23.8 (7.9)	80.9 (27.0)	127.0 (42.4)	68.1 (22.7)
<b>โรคประจำตัว</b>				
- เบาหวาน	20.3	21.4	24.0	24.6
- ความดันโลหิตสูง	26.2	28.6	70.5 (48.6)	74.6 (51.4)
<b>กิจกรรมที่ทำให้มีความลำบากมากที่สุด/ทำไม่ได้เลย</b>				
- การยืนนาน ๆ	10.2	7.9	7.8	25.9 (13.4)
- ทำงานบ้านที่เคยทำเป็นประจำ	8.0	7.4	5.1	20.5 (10.6)
- เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน	13.1	9.0	7.4	29.5 (15.3)
- สมาธิในการทำงาน	1.8	3.9	2.5	8.2 (4.2)
- อารมณ์	2.9	3.8	2.1	8.8 (4.6)
- สุขภาพร่างกายที่รบกวนจิตใจ	3.3	2.8	2.0	8.1 (4.2)
- พูดคุยกับคนไม่รู้จัก	1.8	3.6	0.8	6.2 (3.2)
- สังสรรค์กับเพื่อน	1.3	2.8	1.7	5.8 (3.0)
- การทำงานประจำ	7.3	12.4	8.6	28.3 (14.7)
- เรียนรูสิ่งใหม่ๆ	9.6	23.2	18.9	51.7 (26.8)

ตาราง 4 ความบกพร่องทางกายของผู้สูงอายุไทยในชุมชนเมืองและชนบท


กระดูกและข้อต่อ ของผู้เข้าร่วมการศึกษา	ชุมชนเมือง (ร้อยละ)		ชุมชนชนบท (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
	กรุงเทพฯ	จังหวัดภาคกลาง	จังหวัดภาคกลาง	
กระดูกสันหลังระดับคอ	25.6	14.9	14.4	54.9 (10.9)
กระดูกสันหลังระดับอก	10.9	21.8	15.2	47.9 (9.5)
กระดูกสันหลังระดับเอว	42.3	52.4	43.6	138.3 (27.4)
ข้อไหล่	12.5	13.4	15.0	30.1 (6.0)
ข้อศอกและแขนท่อนล่าง	2.9	3.2	4.2	10.3 (2.0)
ข้อมือ	4.7	3.8	6.8	15.3 (3.0)
มือและนิ้วมือ	7.3	5.4	7.4	20.1 (4.0)
กระดูกเชิงกราน	2.2	1.4	1.7	5.3 (1.1)
ข้อสะโพก	7.0	3.7	4.0	14.7 (2.9)
ข้อเข่า	37.6	26.9	24.1	88.6 (17.6)
ข้อเท้า	10.3	3.7	6.4	20.4 (4.0)
เท้าและนิ้วเท้า	27.5	13.2	17.4	58.1 (11.5)



## เอกสารอ้างอิง

1. Aekplakorn W, Abbott-Klaffer J, Khonputsa P, Tatsanavivat P, Chongsuvivatwong V, Chariyalertsak S, Sangwatanaroj S, Tiptaradol S, Lim SS. Prevalence and management of prehypertension and hypertension by geographic regions of Thailand: the third national health examination survey, 2004. *J Hypertens* 2008;26(2):191-198.
2. Cutler M. Declining disability among the elderly. Health Affairs, Project HOPE-The People to People Health Foundation, Inc. 2001.
3. Femia E, Zarit S, Johansson B. The Disablement Process in Very Late Life: A Study of the Oldest-Old in Sweden. *Journal of Gerontology* 2001; 56:12-23.
4. Grundy E, et al. Disability in Great Britain: results from 1996/97 disability follow-up to the family resources survey. Research report No 94. Department of Social Security. Retrieved July 20, 2000.
5. McNeil J. Americans With Disabilities: Household Economic Studies. U.S. CENSUS BUREAU Febuary 2001 70-73.
6. Freedman V, Martin L, Schoeni R. Recent Trends in Disability and Functioning Among Older Adults in the United States: A Systematic Review. *JAMA*. 2002;288(24):3137-3146.
7. Gill T, Gahbauer E. Overestimation of chronic disability among elderly persons. *Arch Intern Med*. 2005;165:2625-2630.
8. Trupin L, Rice P, Max W. Medical Expenditures for people with disabilities in the United States, 1987. Washington DC: US Department of Education, National Institute of Disability and Rehabilitation Research; 1995.
9. Campbell AJ, Borrie MJ, Spears GF, Jackson SL, Brown JS, Fitzgerald JL. Circumstances and consequences of falls experienced by a community population 70 years and over during a prospective study. *Age Ageing* 1990;19:136-141.
10. Abrass IB. The biology and physiology of aging. *West J Med* 1990;153:641-645.
11. Greene DA, Sima AAF, Albers JF, Pelfer MA: Diabetic neuropathy. In Ellenbeg and Rifkin's *Diabetes Mellitus, Theory and Practice*. 4th ed. Rifkin H, Porte D Jr, Eds. New York, Elsevier, 1990, p.710-755.
12. Madden KM, Lockhart C, Cuff D, Potter TF, Meneilly GS. Short-term aerobic exercise reduces arterial stiffness in older adults with type 2 diabetes, hypertension, and hypercholesterolemia. *Diabetes care* 2009;32:1531-1535.
13. Sridhar B, Haleagrahada N, Bhat R, Kulur AB, Avabratha S, Adhikary P. Increase in the heart rate variability with deep breathing in diabetic patients after 12-month exercise training. *Tohoku J Exp Med* 2010;220:107-113.
14. Allet L, Armand S, de Bie RA, Golay A, Monnin D, Aminian K, Staal JB, de Bruin ED. The gait and balance of patients with diabetes can be improved: a randomized controlled trial. *Diabetologia* 2010;53:458-466.
15. Morrison S, Colberg SR, Mariano M, Parson HK, Vinik AI. Balance training reduces falls risk in older individuals with type 2 diabetes. *Diabetes care* 2010;33:748-750.
16. McGrill SM, Yingling VR, Peach JP. Three-dimensional kinematics and trunk muscle myoelectric activity in the elderly spine-A database compared to young people. *Clin Biomech (Bristol, Avon)* 1999;6:389-395.



- 
17. Biering-Sorensen F. Physical measurements as risk indicators for low-back trouble over a one-year period. *Spine* 1984;9:106-19.
  18. Soini J, Antti-Poika I Tallroth K, et al. Disc degeneration and angular movement of the lumbar spine: comparative study using plain and flexion-extension radiography and discography. *J Spinal Disord* 1991;4:183-187.
  19. Mimura M, Panjabi MM, Oxland TR, et al. Disc degeneration affects the multidirectional flexibility of the lumbar spine. *Spine* 1994;19:1371-1380.
  20. Fujiwara A, Lim TH, An HS, et al. The effect of disc degeneration and facet joint osteoarthritis on the segmental flexibility of the lumbar spine. *Spine* 2000;25:3036-3044.
  21. Ridola C, Palma A, Ridola G, Sanfilippo A, Almasio PL, Zummo G. Changes in the lumbosacral segment of the spine due to overweight in adults. Preliminary remarks. *Ital J Anat Embryol* 1994;99:133-143.
  22. Felson DT. Risk factors for osteoarthritis: understanding joint vulnerability. *Clin Orthop Relat Res* 2004;427(Suppl):S16-21.
  23. Greenspan SL, Myers ER, Kiel DP, Parker RA, Hayes WC, Resnick NM. Fall direction, bone mineral density, and function risk factors for hip fracture in frail nursing home elderly. *Am J Med* 1998;104:539-45.
  24. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ* 2003;81:646-656.
  25. Bonsell S, Pearsall IV AW, Heitman RJ, Helms CA, Major NM, Speer KP. The relationship of age, gender, and degenerative changes observed on radiographs of the shoulder in asymptomatic individuals. *J Bone Joint Surg (Br)* 2000;82-B:1135-1139.
  26. Sher JS, Uribe JW, Posada A, Murphy BJ, Zlatkin MB. Abnormal findings on magnetic resonance images of asymptomatic shoulders. *J Bone Joint Surg (Am)* 1995;77-A:10-15.
  27. Lawrence JS, Bremner JM, Bier F. Osteo-arthritis. Prevalence in the population and relationship between symptoms and x-ray changes. *Ann Rheum dis* 1966;25(1):1-24.
  28. Low Choy NL, Brauer SG, Nitz JC. Age-related changes in strength and somatosensation during midlife. Rationale for targeted preventive Intervention programs. *Ann NY Acad Sci* 2007;1114:180-193.
  29. Blake R, Rizzo M, McEvoy S. Aging and perception of visual form from temporal structure. *Psycho Aging* 2008;23:181-189.
  30. Lister JP, Barnes CA. Neurobiological changes in the hippocampus during normative aging. *Arch Neurol* 2009;66:829-833.
  31. Rajah MN, D'Esposito M. Region-specific changes in prefrontal function with age: a review of PET and fMRI studies on working and episodic memory. *Brain* 2005;128:1964-1983.
  32. Lin SI, Woollacott M. Association between sensorimotor function and functional and reactive balance control in the elderly. *Age Ageing* 2005;34:358-363.
  33. Fuller JR, Adkin AL, Vallis LA. Strategies used by older adults to change travel direction. *Gait Posture* 2007;25(3):393-400.
  34. Faraldo-García A, Santos-Pérez Santos S, Crujeiras-Casais R, Labella-Caballero T, Soto-Verala A Influence of age and gender in the sensory analysis of balance control. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2011. doi: 10.1007/s00404-011-1707-7

# ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในผู้มารับบริการ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ มิตรไมตรีคลินิกเวชกรรม (บางกรวย) ปี 2554

The Prevalence and Associated Factors of Depression  
among Patients who Visit Primary Care  
Unit: Mitr Mitree Medical Clinic (Bang Kruai) 2011

นพ.วีรยุทธ ชัยพรสุไพศาล  
มิตรไมตรีคลินิกเวชกรรม (บางกรวย)

## วัตถุประสงค์

เพื่อทราบความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในผู้มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ  
มิตรไมตรีคลินิกเวชกรรม (บางกรวย)

## วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง ใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรอง  
ภาวะซึมเศร้า 2Q และแบบประเมินความรุนแรงภาวะซึมเศร้า 9Q เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ ตั้งแต่ 1  
กุมภาพันธ์ 2554-31 มีนาคม 2554 กลุ่มตัวอย่างคือผู้มารับบริการที่คลินิกมิตรไมตรีเวชกรรม (บางกรวย) อายุ  
ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ความชุก Odds ratio จากการวิเคราะห์ Logistic Regression

## ผลการวิจัย

ผู้มารับบริการให้ความร่วมมือตอบคำถาม ร้อยละ 89.6 ความชุกของภาวะซึมเศร้าเท่ากับร้อยละ 13.7  
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือสถานภาพสมรส แยกกันอยู่/หย่า/หม้าย (OR = 3.03, 95%CI = 1.25-7.34)  
โสด (OR = 2.21, 95%CI = 1.06-4.61) การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (OR=6.30, 95%CI = 1.42-27.98) และ  
เพศหญิง (OR = 2.04, 95%CI = 1.00-4.15)

## สรุป

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยของคลินิกมิตรไมตรีเวชกรรม (บางกรวย) ใกล้เคียงกับการศึกษา  
ในต่างประเทศ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าคือ สถานภาพสมรส แยกกันอยู่/หย่า/หม้าย โสด การศึกษา  
ต่ำกว่าปริญญาตรี และเพศหญิง

## คำสำคัญ

ภาวะซึมเศร้า, ความชุก, หน่วยบริการปฐมภูมิ, ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า, แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q, แบบประเมินความรุนแรงภาวะซึมเศร้า 9Q

**Objectives:** To determine the prevalence and associated factors of depression among patients who visit the Primary Care Unit: Mitr Mitree Medical Clinic (Bang Krui)

**Materials and Methods:** This study was a descriptive cross-sectional study. The research instrument was 3- part questionnaires; demographic & socioeconomic data, depression screening form (2Q) and depression severity assessment form (9Q). Participants were patient age  $\geq$  15-year old, who visited the clinic during Feb 1-Mar 31, 2011. Statistical method was percentage, prevalence and Odds ratio.

**Results:** Response rate was 89.6%. The prevalence of depression among patients who visited the primary care unit: Mitr Mitree Medical Clinic (Bang Krui) was 13.7%. Logistic regression analysis found associated factors with depression were marital status (divorce/separate/widow OR = 3.03, 95%CI = 1.25-7.34 and single OR = 2.21, 95%CI = 1.06-4.61), education lower than bachelor degree (OR = 6.30, 95%CI = 1.42-27.98) and female (OR = 2.04, 95%CI = 1.00-4.15)

**Conclusions:** The prevalence of depression was 13.7%. Associated factors were marital status (divorce/ separate/ widow and single), low education and female.

**Keywords:** depression, prevalence, primary care unit, associated factors, depression screening form (2Q), depression severity assessment form (9Q)

## บทนำ

ปี 2543 องค์การอนามัยโลกจัดภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะโรคอันดับที่ 4 และคาดว่าจะขึ้นเป็นลำดับที่ 2 ในปี 2563 สาเหตุเพราะภาวะซึมเศร้าเกิดได้กับทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย ไม่ว่าจะมีความรู้หรือการศึกษาเช่นไร<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทยพบว่าปี 2547 ภาวะซึมเศร้ามีภาวะโรคในลำดับที่ 4 และ 10 ในหญิงและชายตามลำดับ<sup>2</sup> สอดคล้องกับการสำรวจระบบสาธารณสุขภาพจิตในปี 2546 ซึ่งพบคนไทยราวร้อยละ 3.2 เป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive episode) และร้อยละ 1.2 เป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia)<sup>3</sup>

สาเหตุของภาวะซึมเศร้ามีความซับซ้อน โดยเกิดจาก interaction ของหลายปัจจัย (biopsychosocial) ตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงของสารชีวเคมีในสมอง พันธุกรรม บุคลิกภาพ เพศหญิง สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม โรคประจำตัวทั้งโรคทางกายและทางจิตเวช การตั้งครร์ การใช้ยาและสารเสพติด รวมถึงเหตุการณ์ที่กระทบจิตใจในห้วงเวลานั้น<sup>4</sup>

ภาวะซึมเศร้าสามารถให้การวินิจฉัยและรักษาได้ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ แต่องค์การอนามัยโลกพบว่าเพียง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัยและเข้าถึงการรักษา<sup>1</sup> ขณะที่ในประเทศไทยต่ำเพียงร้อยละ 11 เท่านั้น<sup>5</sup> ทั้งๆ ที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ทั้งในด้านภูมิศาสตร์ จิตวิทยา และเศรษฐกิจ<sup>6</sup>

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาภาวะซึมเศร้าที่ยังขาดการดูแลอย่างเป็นระบบในหน่วยบริการปฐมภูมิ มิตรไมตรีคลินิกเวชกรรม (บางกรวย) จึงได้ดำเนินการศึกษาหาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้มารับบริการ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผน กำหนดแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าอย่างเป็นระบบ

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า ในผู้มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ มิตรไมตรีคลินิกเวชกรรม (บางกรวย)

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในผู้มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ มิตรไมตรีคลินิกเวชกรรม (บางกรวย)

## วัสดุและวิธีการ

การสำรวจเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study) โดยศึกษาในผู้มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ มิตรไมตรีคลินิกเวชกรรม (บางกรวย) ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2554-31 มีนาคม 2554 ทั้งชาย หญิง อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตร<sup>7</sup>  $n = (Z^2_{\alpha/2} PQ)/d^2$  เมื่อ n คือขนาดตัวอย่าง, Z คือค่าวิกฤติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 มีค่าเท่ากับ 1.96, P คือความชุกของภาวะซึมเศร้าในหน่วยบริการปฐมภูมิ เท่ากับร้อยละ 15, q = 1-p จึงเท่ากับ 0.85 และ d คือค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ กำหนดให้ 0.04 เมื่อแทนค่าในสูตรจึงได้ขนาดตัวอย่างราว 307 คน

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ 3 ส่วน ส่วนแรกคือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ รายได้ส่วนตัว รายได้ครอบครัว สถานภาพสมรส โรคประจำตัว โรคของคนในครอบครัว เป็นต้น ส่วนที่ 2 คือแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) จากแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด<sup>8</sup> ซึ่งแปลมาจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประเทศนิวซีแลนด์ และทดสอบแล้วว่า มีความไว 97% (95%CI: 83%-99%) ความจำเพาะ 67% (95%CI: 62%-72%)<sup>9</sup> ส่วนที่สาม คือแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) จากแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ระดับจังหวัดเช่นกัน

นิยามศัพท์ที่ใช้ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าหมายถึงผู้ที่เข้าได้กับเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง 1) ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าภายใน 6 เดือน หรือ 2) ตอบคำถามในแบบคัดกรอง 2 Q แล้วพบว่ามีอาการตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไป ร่วมกับได้คะแนนจากแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้มี 2 ชนิด คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้า คือ logistic regression โดยการคำนวณค่า Odds ratio (OR) และ 95% CI

## ผลการศึกษา

ผู้ให้ความยินยอมในการตอบคำถาม 337 คนจาก 376 คน คิดเป็นอัตราการตอบแบบสอบถามร้อยละ 89.6 และทั้งหมดเมื่อนำมาตรวจสอบข้อมูลแล้ว สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ทั้งหมด (ร้อยละ 100)

ข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงเกือบร้อยละ 60 และอยู่ในวัยทำงาน 25-60 ปี เกือบร้อยละ 80 กว่าครึ่งสมรสแล้ว เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ

ผู้ตอบแบบสอบถามเกือบร้อยละ 40 จบชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่านั้น อีกร้อยละ 40 จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ที่เหลือจัดตั้งแต่อนุปริญญาตรีขึ้นไป ด้านการทำงานราวร้อยละ 40 ทำงานรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 23.7 ทำธุรกิจหรือค้าขายส่วนตัว ร้อยละ 13.9 เป็นพนักงานประจำ (บริษัทเอกชน/รัฐวิสาหกิจ/ราชการ) โดยเกือบร้อยละ 80 มีรายได้ต่ำกว่า 15,000/เดือน และเกือบร้อยละ 80 เช่นกันที่ใช้ระบบบริการประกันสุขภาพถ้วนหน้าราวร้อยละ 44.2 ของผู้ตอบแบบสอบถามประสบปัญหาหน้าท่วมเมื่อปลายปี 2553

**ข้อมูลด้านสุขภาพ** ผู้ตอบแบบสอบถามราวร้อยละ 20 มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ครึ่งหนึ่งของผู้ตอบแบบสอบถามมีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค

ผู้ตอบแบบสอบถามปัจจุบันสูบบุหรี่ร้อยละ 22.3, ดื่มสุราร้อยละ 34.1, ไม่ออกกำลังกายร้อยละ 84.9 ราว 1 ใน 3 ของผู้ตอบแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์อ้วน (BMI > 25 kg/m<sup>2</sup>) ร้อยละ 10 อยู่ในเกณฑ์ผอม (BMI < 18.5 kg/m<sup>2</sup>) และเกือบร้อยละ 40 เป็นผู้ที่อ้วนลงพุง (WC ≥ 80 cm ในหญิง และ WC ≥ 90 cm ในชาย)

ราวร้อยละ 80 ของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ที่เหลือเป็นสิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และไม่มีสิทธิการรักษาใดๆ ตามลำดับ ข้อมูลทั้งด้านประชากรศาสตร์และสุขภาพ แสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

การสำรวจเก็บข้อมูลจากหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งประกอบด้วย การตรวจครอบคลุมทุกด้าน ผู้ตอบแบบสอบถาม 337 ราย แบ่งได้เป็นร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยจากคลินิกโรคทั่วไป ร้อยละ 13 จากคลินิกโรคเรื้อรัง ส่วนที่เหลือจากคลินิกฝากครรภ์ คลินิกตรวจหลังคลอด และห้องฉุกเฉิน

#### ความชุกของภาวะซีมเศร้า

พบภาวะซีมเศร้า 46 ราย คิดเป็นความชุกร้อยละ 13.7 โดยเป็นผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ภายใน 6 เดือน หรือกำลังได้รับการรักษาอยู่ทั้งสิ้น 3 ราย (ร้อยละ 6.5) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแบบคัดกรอง 2Q และแบบประเมิน 9Q ทั้งสิ้น 43 ราย (ร้อยละ 93.5) โดย 2 ใน 3 มีภาวะซีมเศราระดับน้อย, เกือบ 1 ใน 3 มีภาวะซีมเศราระดับปานกลาง และ 1 รายมีภาวะซีมเศราระดับรุนแรง ดังแสดงในตารางที่ 2

#### ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้า

ภาวะซีมเศร้ามีแนวโน้มพบในหญิงมากกว่าชายเกือบ 2 เท่า (ร้อยละ 16.4 และ 9.6 ตามลำดับ) พบในสถานภาพสมรสเป็น หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ สูงกว่าสถานภาพคู่หรือโสด (ร้อยละ 27.8, 10.2 และ 14.9 ตามลำดับ) พบได้สูงกว่าในผู้มีการศึกษาดำรงถึงรายได้ที่ต่ำ พบในผู้มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไปสูงกว่าผู้ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 19.5 และ 11.7) และยังพบในผู้ที่สมาชิกในครอบครัวมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป สูงกว่าครอบครัวที่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 16.0 และ 11.5) พบในคนที่ผอมสูงกว่าคนที่น้ำหนักปกติหรืออ้วน

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซีมเศร้า โดยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว พบว่า สถานภาพสมรส หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ (crude OR = 3.4; 95% CI = 1.42-8.12) การศึกษาสูงสุดตั้งแต่ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ลงมา (crude OR = 5.05; 95% CI = 1.14-22.38) การมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (crude OR = 2.01; 95%CI = 1.07-3.78) และภาวะน้ำหนักผอม (crude OR = 2.54; 95%CI = 1.06-6.10) มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 3

การวิเคราะห์ logistic regression พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีมเศร้า คือสถานภาพสมรส หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ (adjusted OR = 3.03 ; 95%CI = 1.25 -7.34) สถานภาพโสด (adjusted OR = 2.21, 95%CI = 1.06-4.61) การศึกษาสูงสุดต่ำกว่าปริญญาตรี (adjusted OR = 5.42 ; 95%CI = 1.24-23.77) และเพศหญิง (adjusted OR = 2.04, 95%CI = 1.00-4.15) ดังแสดงในตารางที่ 3

## วิจารณ์

สัดส่วนของผู้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามสูงถึงร้อยละ 89.6 เกิดจากความคุ้นเคยเป็นอันดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ตอบแบบสอบถามเนื่องจากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของหน่วยบริการปฐมภูมิ อยู่แล้ว

ผู้ตอบแบบสอบถามเกือบร้อยละ 80 อยู่ในวัยทำงาน (25-59 ปี) ส่วนใหญ่แต่งงานและยังอยู่กับคู่สมรส ประมาณร้อยละ 80 มีระดับการศึกษาสูงสุดที่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. หรือต่ำกว่า และมีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท/เดือน และส่วนใหญ่ทำงานรับจ้าง ข้อมูลนี้สอดคล้องกับการสำรวจของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่พบว่า ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) กว่าร้อยละ 80-90 อยู่ในวัยทำงาน เกือบครึ่งประกอบอาชีพเกษตรกร/ประมง/รับจ้างทั่วไป จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน ส่วนใหญ่สมรสแล้วและยังอยู่ด้วยกัน<sup>10</sup>

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้มารับบริการสถานบริการปฐมภูมิ มิตรไมตรีคลินิกเวชกรรม (บางกรวย) คือร้อยละ 13.6 ซึ่งใกล้เคียงกับตัวเลขในต่างประเทศ เช่น ร้อยละ 10-15 ในสหรัฐอเมริกา<sup>11-13</sup>, อิตาลีร้อยละ 7.8-9.0<sup>14</sup>, เยอรมนีร้อยละ 10.9<sup>15</sup> ซึ่งอาจแตกต่างกันได้จากช่วงเวลาทำการสำรวจ บริบททางเศรษฐกิจ สังคม ของแต่ละพื้นที่ รวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า

ในกลุ่มผู้มีภาวะซึมเศร้า ส่วนใหญ่ร้อยละ 93.5 เป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ส่วนที่เหลือร้อยละ 6.5 เป็นผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยมาแล้วในรอบ 6 เดือน ซึ่งต่ำกว่าข้อมูลของ WHO ที่ร้อยละ 10-25<sup>1</sup> และข้อมูลของประเทศไทยที่ร้อยละ 11 อีกด้วย<sup>5</sup> สาเหตุอาจเป็นได้ทั้งผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้ารับการบริการได้ หรือแพทย์ในสถานบริการปฐมภูมิมีแนวโน้มที่จะไม่วินิจฉัยโรคทางจิตเวชอันเนื่องมาจากหลายสาเหตุ เช่น ปริมาณผู้ป่วยต่อวันมีจำนวนมากทำให้แพทย์ให้ความสนใจต่อโรคทางกายมากกว่า การขาดความรู้ ประสบการณ์ในการวินิจฉัย การดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช นอกจากนี้ถึงจะมีแพทย์บางส่วนที่ให้การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ก็มักจะวินิจฉัยเป็นภาวะเครียดมากกว่าภาวะซึมเศร้า<sup>16</sup> ซึ่งยังสอดคล้องกับข้อมูลการฉายยาในคลินิกผู้ป่วยนอก ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามธิบดี ที่พบว่ายาทางจิตเวชที่ถูกจ่ายมากที่สุดถึงกว่าร้อยละ 90 คือกลุ่ม benzodiazepine เปรียบเทียบกับยาด้านซึมเศร้าที่มีการจ่ายเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น<sup>17</sup>

การวิเคราะห์ logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้มารับบริการ หน่วยบริการปฐมภูมิ คือ สถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ สถานภาพโสด การศึกษาสูงสุดต่ำกว่าระดับปริญญาตรี และเพศหญิง

สถานภาพสมรสหย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ และ โสดพบมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่อยู่ในสถานภาพสมรสแล้วซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา<sup>18-21</sup> ซึ่งพบว่าการมีคู่ครองตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางจิตใจ คือ มนุษย์ต้องการมีความสัมพันธ์กับมนุษย์ด้วยกัน ขอบอยู่กันเป็นสังคม นอกจากนั้นยังตอบสนองความต้องการเรื่องอื่นๆ เช่น ให้ความรัก ความอบอุ่น ความเป็นเพื่อน ที่ปรึกษาผู้คิด ให้ความหวังใจ เอาใจใส่ ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง ไร้ค่า<sup>22</sup>

ระดับการศึกษาสูงสุดต่ำกว่าระดับปริญญาตรีมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ (Low socioeconomic status, SES) มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับภาวะซึมเศร้า SES เป็นคำรวมๆ ที่แสดงถึงการศึกษา รายได้ อาชีพ รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข ซึ่งคนกลุ่มนี้มักมีความสามารถในการปรับตัวหรือแก้ปัญหาต่างๆ ได้น้อย อีกทั้งมีระบบสนับสนุนทางสังคม (social support) น้อยกว่า แต่กลับต้องเผชิญกับความเครียดหรือแรงกดดันรอบด้านเกือบตลอดเวลา จึงส่งผลให้คนกลุ่มนี้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่ากลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูงกว่า<sup>23,24</sup>



เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย<sup>18,20,25-27</sup> ซึ่งเป็นผลจากบุคลิกภาพที่ต่างกัน จากการวิเคราะห์ Five Factors Model (FFM) พบว่า เพศหญิงพบบุคลิกภาพเครียดง่าย (neuroticism), ความปรองดอง ความสามารถในการประสานงาน (agreeableness), การเข้าสังคม (extraversion) และ ความรอบคอบ รับผิดชอบ (conscientiousness) สูงกว่าชาย ในขณะที่เพศชายมีบุคลิกภาพการเปิดรับประสบการณ์ใหม่ (opens to experience) สูงกว่าหญิง โดยเฉพาะบุคลิกภาพเครียดง่ายเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เพศหญิงพบภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าชาย<sup>28</sup>

ปัจจัยอื่นๆ ที่การวิเคราะห์ Logistic regression ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า แต่ความรู้ในปัจจุบันพบว่ามีความสัมพันธ์ได้แก่ ภาวะอ้วน การติดสุราหรือบุหรี่ การมีโรคประจำตัว

การศึกษา meta-analysis ในปี 2010 พบว่าทั้งภาวะซึมเศร้าและความอ้วน ต่างเป็นปัจจัยเสี่ยงของกันและกัน กล่าวคือ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะอ้วนในอนาคต ขณะเดียวกันผู้ที่อ้วนก็มีความเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าในอนาคตด้วย<sup>29</sup> แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ซึ่งอาจเป็นเพราะการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในช่วงระยะเวลาสั้นๆ เพียง 2 เดือน ประกอบกับภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ที่พบอยู่ในระดับน้อย ทำให้ยังไม่เห็นความสัมพันธ์ใดๆ ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความอ้วน

ภาวะการติดบุหรี่และสุราเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า<sup>30-33</sup> แต่ไม่พบความสัมพันธ์ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเพราะว่านิยามที่ใช้ในนั้นแตกต่าง คือในการศึกษาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และแอลกอฮอล์นั้นจะใช้คำจำกัดความของภาวะ Alcohol และ Nicotine dependence แต่การศึกษาครั้งนี้ใช้เพียงข้อความถามที่ว่า ปัจจุบันสูบบุหรี่/ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือไม่

การมีโรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคในกลุ่ม Metabolic syndrome เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า<sup>34,35</sup> แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์อาจเป็นเนื่องจากข้อมูลที่เก็บเป็นเพียงข้อมูลการเป็นโรคใดบ้าง ซึ่งต่างจากงานวิจัยอื่นๆ ที่เก็บข้อมูลรายละเอียดการเป็นโรค เช่น ระยะเวลาที่เป็นโรค ชนิดของยาที่ใช้ เป็นต้น

ภาวะน้ำหนักไม่พบบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจเป็นได้จากสาเหตุหลายประการ เช่น พื้นที่บางกรวยเป็นพื้นที่ที่น้ำท่วมเป็นประจำทุกปีเพียงแต่จะรุนแรงมากน้อยเพียงใด ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่เตรียมใจรับกับเหตุการณ์ได้ นอกจากนั้นเหตุการณ์ผ่านไปนานราว 3-4 เดือนแล้ว และประชาชนในพื้นที่ได้รับการเยียวยาช่วยเหลืออย่างเต็มที่เนื่องจากอยู่ในพื้นที่เขตเมือง การเข้าถึงของหน่วยงานจึงเป็นไปได้ง่าย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง ซึ่งยากที่จะบอกว่าปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้านั้น เป็นสาเหตุหรือเป็นผลของภาวะซึมเศร้า เช่น เศรษฐฐานะที่ต่ำกว่า อาจนำมาซึ่งปัญหาที่รุมเร้ามากมายทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ขณะเดียวกันผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศราก็อาจสูญเสียการทำงานหรือแม้กระทั่งความสามารถพื้นฐานในการทำกิจวัตรประจำวันจนทำให้เกิดการสูญเสียแก่เศรษฐกิจของครอบครัวได้เช่นกัน นอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้ทำในหน่วยบริการปฐมภูมิแบบคลินิก ซึ่งเป็นสถานพยาบาลแบบไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ย่อมมีสภาพที่แตกต่างกับโรงพยาบาลทั้งทางด้านการบริหารงาน การจัดการผู้ป่วย ความรุนแรงของโรคที่หน่วยบริการให้การดูแล เป็นต้น การเปรียบเทียบกับข้อมูลกับสถานบริการปฐมภูมิประเภทโรงพยาบาลจึงควรทำด้วยความระมัดระวัง



## สรุป

ความชุกของภาวะซึมเศร้าในหน่วยบริการปฐมภูมิ เท่ากับร้อยละ 13.7 เกือบทั้งหมดได้ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้แก่ สภาพภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ สถานภาพโสด การศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรีลงมา และเพศหญิง การคัดกรองโดยพิจารณาความเจ็บป่วยทางกาย เป็นลำดับแรกตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด จึงมีความเหมาะสมระดับหนึ่งเนื่องจากผู้คัดกรองเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขจึงมีข้อมูลสุขภาพอยู่ในมืออยู่แล้ว แต่จากองค์ความรู้เดิมเราทราบว่าภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุจากหลายปัจจัยร่วมกัน (Biopsychosocial) ทั้งพันธุกรรม สารเคมีในสมอง โรคประจำตัว ยาและสารเสพติด สภาพจิตใจ การเลี้ยงดู ประสบการณ์ในวัยเด็ก บุคลิกภาพ ฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ เหตุการณ์ที่กระทบจิตใจในห้วงเวลานั้น<sup>4</sup> ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้มารับบริการ ที่หน่วยบริการปฐมภูมิไม่ใช่ปัจจัยจากโรคทางกายเลย แต่เป็นปัจจัยทางชีวภาพ สังคม เช่น ผู้หม้าย ระดับการศึกษาต่ำ สถานภาพหย่า/หม้าย/แยกกันอยู่ และสถานภาพโสด เฉพาะปัจจัยด้านการศึกษาก็แทบจะครอบคลุมกลุ่มผู้มารับบริการเกือบทั้งหมดอยู่แล้ว การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงควรคัดกรองผู้มารับบริการทุกคนโดยมีต้องคำนึงถึงปัจจัยใดๆ ดังที่ The American College of Preventive Medicine (ACPM) และ The US Preventive Services Task Force (USPSTF) ยังคงคำแนะนำให้หน่วยบริการปฐมภูมิในสหรัฐอเมริกา คัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้มารับบริการทุกคน<sup>36</sup> เพราะภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม กับทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ แต่การคัดกรองกลับทำได้ง่ายสะดวก รวดเร็ว ไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่ม และไม่ invasive ด้วยคำถามง่ายๆ เพียง 2 คำถามเท่านั้น





ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์และข้อมูลสุขภาพของผู้มารับบริการ หน่วยบริการปฐมภูมิ มิตรไมตรี คลินิกเวชกรรม (บางกรวย)

ลักษณะประชากร	จำนวน (ร้อยละ)	ลักษณะประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
1. เพศ		6. อาชีพ	
หญิง	201 (59.6)	ราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เอกชน	47 (13.9)
ชาย	136 (40.4)	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	80 (23.7)
		รับจ้างทั่วไป	133 (39.5)
2. อายุ (ปี)		ช่วยเหลืองานที่บ้าน	33 (9.8)
15 ≤ อายุ < 25	65 (19.3)	ยังศึกษาอยู่	23 (6.8)
25 ≤ อายุ < 45	176 (52.2)	ว่างงาน	15 (4.5)
45 ≤ อายุ < 60	80 (23.7)	ไม่ทำงานแล้ว	6 (1.8)
อายุ ≥ 60 ปี	16 (4.8)		
		7. โรคเรื้อรังประจำตัว	
3. สถานภาพการสมรส		มีอย่างน้อย 1 โรค	113 (33.5)
โสด	114 (33.8)	ไม่มีโรคประจำตัว	224 (66.5)
คู่	187 (55.5)		
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	36 (10.7)	8. มีคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	
		มีอย่างน้อย 1 โรค	169 (50.1)
		ไม่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	168 (49.9)
4. การศึกษาสูงสุด			
ไม่ได้เรียน	5 (1.5)		
ประถมศึกษา	129 (38.3)		
มัธยมศึกษา, ปวช.	127 (37.7)	9. น้ำท่วมปลายปี 2553	
อนุปริญญา	23 (6.8)	ท่วม	149 (44.2)
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	53 (15.7)	ไม่ท่วม	188 (55.8)
5. รายได้		10. ปัจจุบันสูบบุหรี่	
น้อยกว่า 15,000	256 (76.0)	สูบ	75 (22.3)
15,000-29,999	55 (16.3)	ไม่สูบ	262 (77.7)
ตั้งแต่ 30,000 ขึ้นไป	26 (7.7)		

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์และข้อมูลสุขภาพของผู้มารับบริการ หน่วยบริการปฐมภูมิ  
มิตรไมตรีคลินิกเวชกรรม (บางกรวย) (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน (ร้อยละ)	ลักษณะประชากร	จำนวน (ร้อยละ)
11. ปัจจุบันดื่มสุรา		13. อ้วนลงพุง	จำนวน (ร้อยละ)
ดื่ม	115 (34.1)	มีภาวะอ้วนลงพุง	130 (38.6)
ไม่ดื่ม	222 (65.9)	ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง	207 (61.4)
12. การไม่ออกกำลังกาย		14. BMI	
ไม่ออกกำลังกาย	286 (84.9)	BMI < 18.5	35 (10.4)
ออกกำลังกายตั้งแต่ 3 ครั้ง/ สัปดาห์ขึ้นไป	51 (15.1)	18.5 ≤ BMI < 25	192 (57.0)
		BMI ≥ 25	110 (32.6)

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าโดยพิจารณาจากการวินิจฉัยของแพทย์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา และ  
จากแบบคัดกรอง 2Q และแบบประเมิน 9Q

ผู้เข้าเกณฑ์วินิจฉัยภาวะซึมเศร้า	จำนวน (ร้อยละ) N=46
1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในรอบ 6 เดือน	3 (6.5)
2. มีอาการตามแบบคัดกรอง 2Q อย่างน้อย 1 ข้อ และได้คะแนน 9Q ≥ 7	43 (93.5)
ได้คะแนน 9Q 7-12 คะแนน	29 (67.4)
ได้คะแนน 9Q 13-18 คะแนน	13 (30.2)
ได้คะแนน 9Q ≥ 19 คะแนน	1 (2.3)



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ของภาวะซึมเศร้าในผู้มารับบริการสถานบริการปฐมภูมิ มิตรไมตรี คลินิกเวชกรรม (บางกรวย) โดยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า		Crude OR (95%CI)	p-value
	มี (N=46) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี (N=291) จำนวน (ร้อยละ)		
<b>1. เพศ</b>				
หญิง	33 (16.4)	168 (83.6)	1.86 (0.94, 3.68)	0.08
ชาย	13 (9.6)	123 (90.4)	1.00	
<b>2. อายุ</b>				
15 ≤ อายุ < 25	10 (15.4)	55 (84.6)	1.27 (0.23, 4.93)	0.93
25 ≤ อายุ < 60	34 (13.3)	222 (86.7)	1.07 (0.23, 6.48)	0.77
อายุ ≥ 60	2 (12.5)	14 (87.5)	1.00	
<b>3. สถานภาพสมรส</b>				
โสด	17 (14.9)	97 (85.1)	1.55 (0.77, 3.12)	0.22
หม้าย/หย่า/แยก	10 (27.8)	26 (72.2)	3.40 (1.42, 8.12)*	0.01*
คู่	19 (10.2)	168 (89.8)	1.00	
<b>4. ระดับการศึกษา</b>				
ไม่ได้เรียน, ประถมศึกษา	20 (14.9)	114 (85.1)	4.48 (1.01, 19.86)	0.05
มัธยมศึกษา/ปวช	21 (16.5)	106 (83.5)	5.05 (1.14, 22.38)	0.03*
อนุปริญญา	3 (13.0)	20 (87.0)	3.83 (0.59, 24.63)	0.15
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	2 (3.8)	51 (96.2)	1.00	
<b>5. รายได้</b>				
น้อยกว่า 15,000	39 (15.2)	217 (84.8)	2.16 (0.49, 9.50)	0.31
15,000-29,999	5 (9.1)	50 (90.9)	1.20 (0.22, 6.64)	0.84
ตั้งแต่ 30,000 ขึ้นไป	2 (7.7)	24 (92.3)	1.00	

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ของภาวะซึมเศร้าในผู้มารับบริการสถานบริการปฐมภูมิ มิตรไมตรีคลินิกเวชกรรม (บางกรวย) โดยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า		Crude OR (95%CI)	P value
	มี (N=46) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี (N=291) จำนวน (ร้อยละ)		
6. อาชีพ				
ลูกจ้างรัฐ/เอกชน/ ครอบครัว	9 (11.25)	71 (88.75)	2.66 (0.32, 22.2)	0.37
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	8 (10.0)	72 (90.0)	2.33 (0.28, 19.7)	0.44
รับจ้างทั่วไป	24 (18.0)	110 (82.0)	4.58 (0.59, 35.7)	0.15
ว่างงาน	3 (20.0)	12 (80.0)	5.25 (0.49, 56.26)	0.17
ไม่ได้ทำงานแล้ว	1 (16.7)	5 (83.3)	4.20 (0.22, 79.32)	0.34
ยังศึกษาอยู่	1 (4.3)	21 (95.7)	1.00	
7. โรคประจำตัว				
มีอย่างน้อย 1 โรค	22 (19.5)	91 (81.5)	2.01 (1.07, 3.78)*	0.03*
ไม่มี	24 (11.7)	200 (89.3)	1.00	
8. โรคเรื้อรังในสมาชิก ครอบครัว				
มีอย่างน้อย 1 โรค	27 (16.0)	142 (84.0)	1.49 (0.79, 2.80)	0.21
ไม่มี	19 (11.5)	149 (88.5)	1.00	
9. น้ำท่วม				
มี	22 (14.8)	127 (85.2)	1.18 (0.63, 2.21)	0.60
ไม่มี	24 (12.8)	164 (87.2)	1.00	
10. สูบบุหรี่				
สูบ	12 (16.0)	63 (84.0)	1.28 (0.62, 2.61)	0.50
ไม่สูบ	34 (13.0)	228 (87.0)		

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ของภาวะซึมเศร้าในผู้มารับบริการสถานบริการปฐมภูมิ มิตรไมตรี คลินิกเวชกรรม (บางกรวย) โดยการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า		Crude OR (95%CI)	P value
	มี (N=46) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี (N=291) จำนวน (ร้อยละ)		
11. สุรา				
ดื่ม	15 (13.0)	100 (87.0)	0.92 (0.48, 1.79)	0.82
ไม่ดื่ม	31 (14.0)	191 (86.0)		
12. การไม่ออกกำลังกาย				
ไม่ออกกำลังกาย	41 (14.3)	245 (85.7)	1.54 (0.58, 4.10)	0.39
ออกกำลังกาย	5 (9.8)	46 (90.2)		
13. อ้วนลงพุง				
อ้วนลงพุง	18 (13.8)	112 (86.2)	1.03 (0.54, 1.94)	0.93
ไม่อ้วนลงพุง	28 (13.5)	179 (86.5)		
14. BMI				
BMI < 18.5	9 (25.71)	26 (74.29)	2.54 (1.06, 6.10)*	0.04*
BMI ≥ 25.0	14 (12.73)	96 (87.27)	1.07 (0.53, 2.18)	0.85
18.5 ≤ BMI < 25.0	23 (11.98)	169 (88.02)	1.0	

**ตารางที่ 4** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าในผู้มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ มิตรไมตรี คลินิกเวชกรรม (บางกรวย) โดยการวิเคราะห์ logistic regression

ปัจจัย	1	2	3
	OR (95%CI)	OR (95%CI)	OR (95%CI)
1. สถานภาพสมรส			
โสด	1.55 (0.77, 3.12)	1.99 (0.97, 4.09)	2.21 (1.06, 4.61)
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	3.40 (1.42, 8.12)	3.34 (1.39, 8.00)	3.03 (1.25, 7.34)
คู่	1.0	1.0	1.0
2. การศึกษาสูงสุด	Not included		
ต่ำกว่าปริญญาตรี		5.42 (1.24, 23.77)	6.30 (1.42, 27.98)
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป		1.0	1.0
3. เพศ	Not included	Not included	
หญิง			2.04 (1.00, 4.15)
ชาย			1.0

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression [internet]. 2011 [cited 2011 Mar 23]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/depression/definition/en/)
2. รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี. 2552
3. การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต: การศึกษาระดับประเทศ ปี 2546. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี. สำนักพิมพ์วงศ์กมล
4. ธรณินทร์ กองสุข. องค์ความรู้และระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด [internet]. [updated 15 กุมภาพันธ์ 2550; cited 22 เมษายน 2554]. Available from: 203.157.181.2/depression/Kn...KM\_depression.ppt
5. อัมพร เบญจพลพิทักษ์, ลัดดา ดำริการเลิศ. การจัดการความรู้และสังเคราะห์ แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าและผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พิมพ์ครั้งที่ 1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี. บริษัท สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด. 2553
6. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สุรศักดิ์ อธิคมานนท์, บำรุง ชลอเดช และคณะ. บริการปฐมภูมิ: บริการสุขภาพใกล้ใจและใกล้บ้าน. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. นนทบุรี. 2545
7. Cochran WC. Sampling Techniques. John & Sons: New York, 1977: 74-76
8. แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท; 2552.
9. Bruce Arroll, Natalie Khin, Ngaire Kerse. Screening for Depression in Primary Care with Two Verbally Asked Questions: Cross Sectional Study. BMJ 2003; 327: 1144-1146
10. ผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนและผู้ให้บริการต่อการดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2553. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ. พิจิตรการพิมพ์. 2554.
11. Hans-Ulrich W., Ron C. Kessler, Katja Beesdo. Et al. Generalized anxiety and depression in primary care: Prevalence, Recognition and Management. J Clin Psychiatry 2002; 63[suppl 8]: 24-34
12. Cynthia D. Mulrow, John W. Williams, Meghan B. Gerety. Et al. Case-Finding Instruments for depression in primary care settings. Annals of Internal Medicine 1995; 122: 913-921
13. Wayne Katon, Herbert Schulberg. Epidemiology of depression in primary care. General Hospital Psychiatry 1992; 14: 237-247
14. Berardi D, Leggieri G, Berti Ceroni G. Et al. Depression in primary care. A Nationwide epidemiological survey. Family Practice 2002; 19: 397-400
15. Hans-Ulrich, David Pittrow. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 200 study. Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental 2002; 17 [suppl]: 1-11
16. Manote Lotrakul, Ratana Saipanish. Psychiatric services in primary care settings: a survey of general practitioners in Thailand. BMC Family Practice, 2006; 7: 48
17. Somjit Preuksaritanond, SaiSune Tubtimtes, Taratip Pumkopol, et al. Psychotic Drugs Prescribing in the Family Medicine Out-Patient Clinic, Ramathibodi Hospital. J Med Assoc Thai 2009; 92 (2): 266-72
18. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. JAMA 1996, 276: 293-299
19. ML Bruce, KM Kim. Difference in the effects of divorce on major depression in men and women. Am J Psychiatry 1992; 149: 914-917

20. Akinide Inaba, Peggy A. Thoits, Koji Ueno, Walter R. Gove, Ranae J. Evenson, Melissa Sloan. Depression in the United States and Japan: Gender, marital status, and SES patterns. *Social Science & Medicine* 2005; 61 (11) 2280-92.
21. Scott KM, Wells JE, Angermeyer M, Brugha TS, Bromet E, de Girolamo G, et al. Gender and the Relationship Between Marital Status and First Onset of Mood, Anxiety and Substance use disorders. *Psychol Med* 2010, 40 (9); 1495-1505
22. นงพงา ลิ้มสุวรรณ. แต่งงานดีไหมหรือโสดดีกว่า? [Internet]. [cited on Sep 25, 2011]. Available from: <http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=871>
23. V. Lorant, D. Deliege, W. Eaton, et al. Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2003; 157: 98-112
24. Wang JL, Schmitz N, Dewa CS. Socioeconomic status and the risk of major depression: the Canadian National Population Health Survey, *J Epidemiol Community Health* 2010, 64: 447-452
25. Murphy JM, Laird NM, Manson RR, et al. A 40-year perspective on the prevalence of depression: the Sterling County Study. *Arch Gen Psychiatry* 2000, 57: 209-215
26. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, et al. Sex and depression in the National Comorbidity Survey, I: lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *J affect disord* 1993; 29: 85-96
27. Van de Velds, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Soc Sch Med* 2010, 71 (2); 305-313
28. Rane D. Goodwin, Ian H. Gotlib. Gender differences in depression: the role of personality factors. *Psychiatry Research* 2004; 126 (2): 135-142.
29. L. Floriana, W. Leonore, B. Paul, et al. Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 220-229.
30. FG. Bridget, CH. Thomas. Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey. *Drug and Alcohol Dependence* 1995, 39: 197-206
31. รณชัย คงสกนธ์, วีระเดช วีระพงศ์เศรษฐ์, อัญชุลี เตมียะประดิษฐ์ และคณะ. ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4 เรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ วันที่ 6-8 กรกฎาคม 2548 ณ โรงแรมปรีณิพัลลข กรุงเทพฯ, หน้า 176
32. จินตนา ลิ้มเพิ่มพูน, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, ธรณินทร์ กองสุข. การทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5 เรื่องจากหลังคาแดงสู่ชุมชน วันที่ 3-5 กรกฎาคม 2549 ณ โรงแรมปรีณิพัลลข กรุงเทพฯ, หน้า 167
33. David M. Fergusson, Michael T. Lynskey, L. John Horwood. Comorbidity between depressive disorders and nicotine dependence in a cohort of 16-year-olds. *Arch Gen Psychiatry* 1996, 53: 1043-1047
34. Michael R. Skilton, Philippe Moulin, Jean-Louise Terra, Et al. Associations Between Anxiety, Depression, and the Metabolic Syndrome. *Biological Psychiatry* 2007, 62: 1251-57
35. พิรุณี สัพโส. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลพังโคน. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2553; 25(4): 272-279
36. Kshamica Nimalasuriya, Michael T. Compton, V. James Guillory. Screening adults for depression in primary care: a position statement of the American college of preventive medicine. *The Journal of Family Practice* 2009, 58 (10); 535-538.

# การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

## Adolescent Pregnancy

พญ.มนฤดี เตชะอินทร์

รศ.พญ.พรรณณี ศิริวรรณภา

ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



### คำจำกัดความ

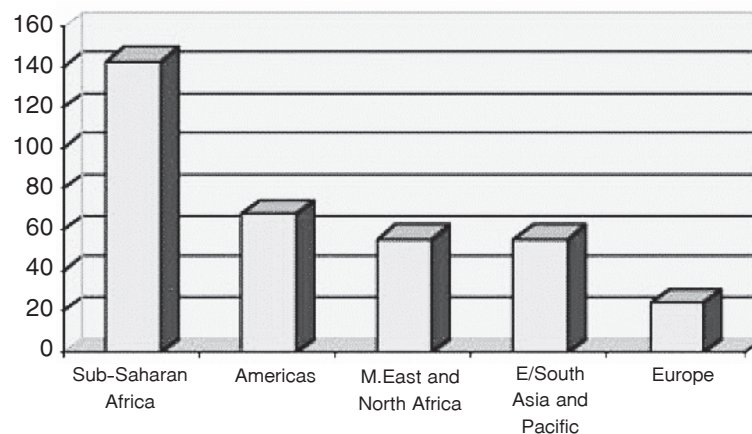
การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี โดยถืออายุ ณ เวลาที่คลอดบุตร ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น adolescents คือช่วงอายุ 15-19 ปี และ younger adolescents คือช่วงอายุ 10-14 ปี<sup>1</sup>

### อุบัติการณ์

ในแต่ละปีมีสตรีวัยรุ่นคลอดบุตรทั่วโลกราว 14 ล้านคน โดยประมาณ 12.8 ล้านคน หรือมากกว่า 90% อยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา<sup>2</sup>

อัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เฉลี่ยทั่วโลกประมาณ 65 รายต่อสตรีวัยรุ่น 1,000 ราย สูงสุดในกลุ่มประเทศแถบแอฟริกาใต้ บางประเทศในเอเชียใต้ และลาตินอเมริกา รองลงมาคือ ตะวันออกกลาง, แอฟริกาเหนือ, สหรัฐอเมริกา และยุโรปตะวันออก ส่วนประเทศที่มีอัตราการคลอดในสตรีวัยรุ่นต่ำสุดคือ ประเทศแถบสแกนดิเนเวีย, สวิตเซอร์แลนด์, ญี่ปุ่น, เกาหลี และจีน<sup>1</sup>

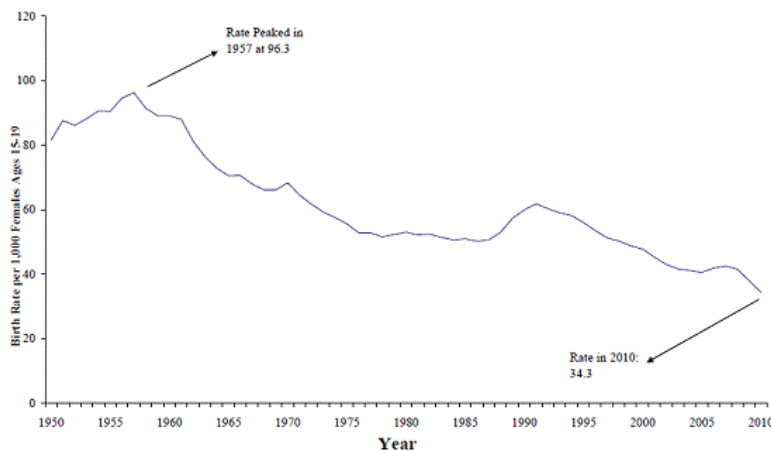
ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงอัตราการคลอดเฉลี่ยต่อสตรีอายุ 15-19 ปี 1,000 ราย ในแต่ละพื้นที่ (UNICEF, 1998)





โดยในปี 2010 สหรัฐอเมริกามีอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี คิดเป็น 34.3 รายต่อสตรีวัยรุ่น 1,000 ราย ซึ่งมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ<sup>3</sup>

ภาพที่ 2 กราฟแสดงอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ในแต่ละปีของสหรัฐอเมริกา



ที่มา: Chart prepared by the Congressional Research Service (CRS), based on data from the National Center for Health Statistics, Department of Health and Human Services (HHS)

### สถานการณ์ในประเทศไทย

จากข้อมูลของกรมอนามัยพบว่า การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 ในปี พ.ศ.2544 เป็นร้อยละ 40 ในปี พ.ศ.2552 และเริ่มมีเพศสัมพันธ์อายุน้อยลงเรื่อยๆ<sup>4,5</sup>

ตารางที่ 1 ประสพการณ์การมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนในประเทศไทย

กลุ่มนักเรียน		ปี (ร้อยละ)					
		2548	2549	2550	2551	2552	2553
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	ชาย	2.9	2.9	3.2	3.7	4.2	4.4
	หญิง	2.0	1.5	1.9	2.3	2.6	3.0
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5	ชาย	17.7	21.0	21.2	24.1	24.7	25.9
	หญิง	8.7	12.2	12.9	14.7	13.9	15.5
ชั้น ปวช. ปีที่ 2	ชาย	37.5	36.2	40.2	43.0	44.0	46.6
	หญิง	29.7	28.2	34.1	36.5	37.4	41.0

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 2 อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนในประเทศไทย

กลุ่มนักเรียน		ปีที่สำรวจ (อายุเฉลี่ยเป็นปี)				
		2548	2549	2550	2551	2552
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	ชาย	13.2	13.0	13.1	13.0	12.9
	หญิง	13.1	13.0	13.4	13.0	13.0
ชั้น ปวช. ปีที่ 2	ชาย	15.5	15.5	15.5	15.3	15.1
	หญิง	15.9	15.7	16.0	15.6	15.5

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 3 อัตราการตั้งครรภ์ของหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คน

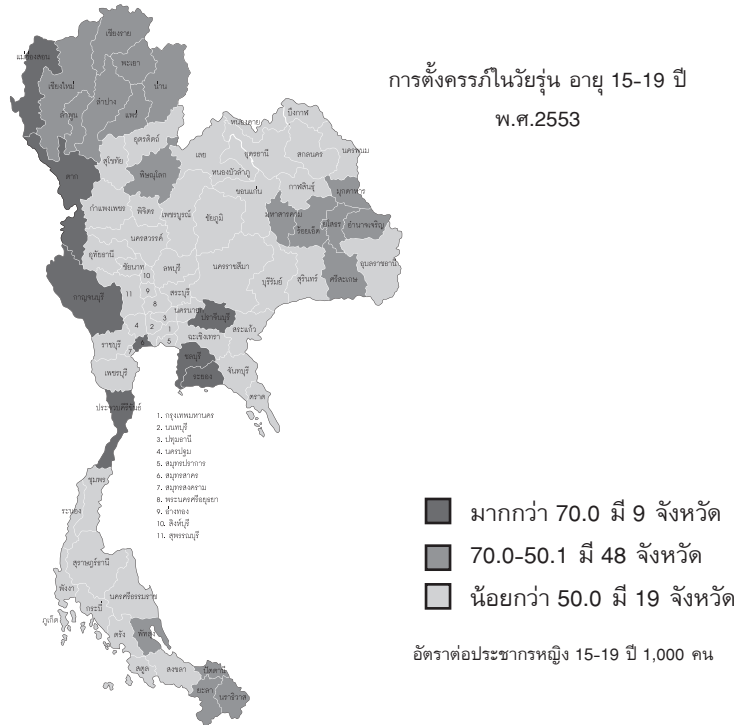
ปี พ.ศ.	การแท้ง ทุกประเภท	การเกิดไร้ชีพ	หญิงคลอด 15-19 ปี	รวมหญิงตั้งครรภ์ 15-19 ปี	หญิงอายุ 15-19 ปี ทั้งหมด	อัตรา : 1,000
2548	10,399	269	113,048	123,446	2,247,586	55.0
2549	11,149	370	112,509	123,658	2,265,800	54.7
2550	11,844	388	115,948	127,792	2,300,740	55.7
2551	11,788	337	118,921	130,709	2,329,702	56.3
2552	11,920	378	119,828	131,748	2,344,720	56.4
2553	11,734	401	120,012	132,147	2,356,637	56.1

ที่มา : 1. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข  
2. ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ อายุ 15-19 ปี (การคลอด การเกิดไร้ชีพ และการแท้ง) จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: ข้อมูลการแท้งรวบรวมได้เฉพาะผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น



ภาพที่ 3 อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี พ.ศ.2553 แยกตามจังหวัด



ตารางที่ 4 จังหวัดที่มีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมากกว่า 70.0 ต่อวัยรุ่นหญิง 15-19 ปี 1,000 คน ปี 2553

อันดับที่	ชื่อจังหวัด	แม่คลอดอายุ 15-19 ปี รวม	แท้ง ทุกประเภท	การเกิดไร้ชีพ	จำนวนหญิง ตั้งครรภ์	จำนวนผู้หญิง อายุ 15-19 ปี รวม	อัตราการ ตั้งครรภ์หญิง อายุ 15-19 ปี
1	นครนายก	930	28	-	958	8,786	109.0
2	ตาก	1,776	156	14	1,946	20,025	97.2
3	ระยอง	1,786	164	8	1,958	22,630	86.5
4	ชลบุรี	3,719	219	9	3,947	46,901	84.2
5	สมุทรสาคร	1,443	61	6	1,510	18,632	81.0
6	ประจวบคีรีขันธ์	1,308	120	4	1,432	17,930	79.9
7	กาญจนบุรี	1,956	140	1	2,097	28,766	72.9
8	สระบุรี	1,467	115	8	1,590	22,425	70.9
9	แม่ฮ่องสอน	635	57	1	693	9,864	70.3

### การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความเสี่ยงมากกว่าการตั้งครรภ์ในผู้ใหญ่หรือไม่?

#### ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ (Hypertensive disorders)

International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP) ได้ให้คำจำกัดความของความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ว่า ระดับ diastolic blood pressure<sup>3</sup> 90 mmHg ในช่วงครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ ส่วนครรภ์เป็นพิษคือภาวะความดันโลหิตสูงรวมกับการพบโปรตีนในปัสสาวะ จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า อุบัติการณ์ของภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่ได้แตกต่างกับในผู้ใหญ่ แต่บางรายงานพบว่า มีอุบัติการณ์ที่สูงขึ้น<sup>1</sup> สำหรับในประเทศไทยพบว่าอุบัติการณ์ของความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับผู้ใหญ่<sup>6-10</sup>



## ภาวะโลหิตจาง (Anemia)

ในการตั้งครรภ์ปกติพบว่าปริมาณของพลาสมาเพิ่มขึ้น ทำให้ความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน และฮีมาโตคริตลดลง เกิดภาวะโลหิตจางได้ องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของภาวะโลหิตจางในขณะตั้งครรภ์เมื่อฮีโมโกลบินต่ำกว่า 11.0 g/dl ฮีมาโตคริตต่ำกว่า 31% ซึ่งในภาวะ hemodilution ฮีโมโกลบินอาจต่ำได้ถึง 10.4 g/dl ส่วนภาวะโลหิตจางรุนแรงนั้นคือฮีโมโกลบินต่ำกว่า 7.0 g/dl สำหรับในประเทศที่พัฒนาแล้วพบอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเพิ่มขึ้นโดยมี relative risk ประมาณ 2 เท่าบางรายงานพบอุบัติการณ์ไม่ต่างกัน สำหรับประเทศกำลังพัฒนาพบว่ามีอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางในทั้งสองกลุ่มเท่าๆ กัน แต่ความรุนแรงต่างกัน เนื่องจากในกลุ่มประเทศเหล่านี้ ภาวะโลหิตจางเป็นปัญหาสำคัญของหญิงตั้งครรภ์ในทุกกลุ่มอายุ ซึ่งสาเหตุเกิดจากภาวะทุพโภชนาการ, การขาดธาตุเหล็ก และโฟเลต, มาลาเรีย, พยาธิ, โรคทางพันธุกรรม (Sickle cell anemia, Thalassemia) ซึ่งภาวะโลหิตจางสามารถรักษาได้ในช่วงของการฝากครรภ์ แต่เนื่องจากสตรีวัยรุ่นมักฝากครรภ์ช้า จึงทำให้พบอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางได้มากกว่า<sup>1</sup> ในประเทศไทยพบภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงขึ้นเล็กน้อย แต่มีบางรายงานพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน<sup>6,8,10</sup>

### มาลาเรีย<sup>1</sup>

ในหญิงตั้งครรภ์พบปริมาณของเชื้อในกระแสเลือดและความรุนแรงของโรคมากกว่าสตรีที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังพบว่ามีอาการติดเชื้อที่รกได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารก พบว่าในหญิงตั้งครรภ์ท้องแรกมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ท้องหลัง และเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมารับการฝากครรภ์ได้ไม่เพียงพอ จึงทำให้การควบคุมโรคและการรักษาเป็นไปได้ไม่ดีเท่าที่ควร

### การติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ

การติดเชื้อเอชไอวีมีความสำคัญในหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากสามารถถ่ายทอดจากมารดาสู่ทารกได้ ในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบอุบัติการณ์การถ่ายทอดจากมารดาสู่ทารกในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ให้นมบุตร 14-25% แต่สำหรับในรายที่ให้นมบุตรพบอุบัติการณ์ 13-42% แต่เมื่อได้มีการให้ยาต้านไวรัสในสตรีตั้งครรภ์แล้วพบอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในทารกลดลง ในสหรัฐอเมริกาพบว่าลดลงจาก 22.7% เป็น 3.3%<sup>1</sup> สำหรับในสตรีวัยรุ่นนั้น เนื่องจากเป็นวัยที่มีพฤติกรรมทางเพศสม่ำเสมอ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ได้มากขึ้น จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่แตกต่างกับในผู้ใหญ่<sup>9,10</sup>

### ภาวะขาดไอโอดีน (Iodine deficiency)<sup>1</sup>

ภาวะขาดไอโอดีนทำให้เกิดความบกพร่องทางพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกายและสติปัญญา ในช่วงตั้งครรภ์หากขาดไอโอดีนจะทำให้สมองของทารกถูกทำลาย ทำให้สติปัญญาบกพร่องและเกิดโรคทางระบบประสาทอื่นๆ ได้ องค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้มีการเสริมไอโอดีนให้กับหญิงวัยเจริญพันธุ์ทุกคน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ขาดไอโอดีน

### การเจริญเติบโตระหว่างตั้งครรภ์และกระดูกเชิงกรานเจริญไม่สมบูรณ์ (Growth during pregnancy and immaturity of the pelvic bone)<sup>1</sup>

ในกลุ่มวัยรุ่นอายุน้อยยังอาจมีการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายได้ในขณะตั้งครรภ์ โดยอาจมีความสูงเพิ่มขึ้นได้ 2-16 เซนติเมตร นับตั้งแต่ฝากครรภ์ครั้งแรกจนถึงหลังคลอด

ในประเทศพัฒนาแล้ว พบว่าช่วงที่ความสูงเพิ่มขึ้นมากที่สุด คือช่วงอายุ 12 ปี, ประจำเดือนครั้งแรก อายุ 13 ปี หลังจากนั้นยังมีการเจริญในด้านความสูงต่อไปจนกระทั่งหลังอายุ 15 ปี ในประเทศกำลังพัฒนา

อายุเฉลี่ยของการมีประจำเดือนครั้งแรกคือ 14 ปี ซึ่งช้ากว่าในประเทศพัฒนาแล้ว และพบว่าการเจริญของช่องทางคลอดช้ากว่าการเจริญในด้านความสูง โดยจะเจริญหลังจากการมีประจำเดือนครั้งแรกไปแล้ว 1-2 ปี และยังคงเจริญต่อไปแม้ส่วนสูงจะคงที่แล้ว

จากการศึกษาในประเทศไนจีเรีย พบอุบัติการณ์ของเชิงกรานแคบในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อย คืออายุน้อยกว่า 16 ปี และส่วนสูงน้อยกว่า 150 เซนติเมตร แต่ในสหรัฐอเมริกา การศึกษาในสตรีตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 16 ปี พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่มนี้น้อยกว่าในผู้ใหญ่ และอัตราการผ่าตัดคลอดไม่ได้ขึ้นกับอายุกระดูก

เชื่อว่าการเจริญของกระดูกเชิงกรานมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ เนื่องจากความแตกต่างทางด้านสังคมและสภาพแวดล้อม ส่งผลให้อายุเมื่อมีประจำเดือนครั้งแรกต่างกันไป ยังผลให้ gynecologic age (ระยะเวลาตั้งแต่มีประจำเดือนครั้งแรกถึงอายุที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก) แตกต่างกันไป โดยในกลุ่มที่มี gynecologic age ต่ำ การเจริญของกระดูกเชิงกรานจะยังไม่สมบูรณ์

### การคลอดก่อนกำหนด (Preterm)

การคลอดก่อนกำหนดทำให้ทารกสุขภาพและเสียชีวิตได้ การคลอดก่อนกำหนดสามารถแบ่งตามสาเหตุได้เป็นสองกลุ่ม คือ สาเหตุจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งในกลุ่มนี้อุบัติการณ์คลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่ต่างจากในผู้ใหญ่ โดยในวัยรุ่นเกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงและทารกในครรภ์โตช้า ส่วนในผู้ใหญ่เกิดจากรกเกาะต่ำ และรกหลุดตัวก่อนกำหนด ส่วนสาเหตุในอีกกลุ่มหนึ่งเกิดจากการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เกิดขึ้นเอง ในกลุ่มนี้พบอุบัติการณ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมากกว่า และอุบัติการณ์จะลดลงเรื่อยๆตามอายุที่เพิ่มขึ้น

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ในประเทศพัฒนาแล้วเกิดจากการถูกทารุณกรรม, การสูบบุหรี่และให้สารเสพติด, การฝากครรภ์ช้าหรือไม่ฝากครรภ์ ส่วนในประเทศที่กำลังพัฒนาเกิดจากการฝากครรภ์ที่ไม่เพียงพอ ปัจจัยอื่นที่อาจเกี่ยวข้องคือเชื้อชาติ พบการคลอดก่อนกำหนดในคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาว รวมถึงการมี gynecologic age ที่น้อย (น้อยกว่า 2 ปี) พบอุบัติการณ์ของทารกน้ำหนักน้อย และการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น odd ratio 2.64 เท่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอวัยวะของหญิงตั้งครรภ์ไม่สมบูรณ์ ทั้งในส่วนของมดลูกเองและการสร้างฮอร์โมนต่างๆ แต่สำหรับในครรภ์ถัดไปพบอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนดลดลง<sup>1</sup> ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>6,7,9,10</sup>

### ทารกน้ำหนักน้อย (Low birth weight)

แบ่งเป็น low birth weight คือทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม และ very low birth weight คือทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม พบอุบัติการณ์ของทารกน้ำหนักตัวน้อยในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมากกว่าในผู้ใหญ่<sup>1,6,8-10</sup> โดยอุบัติการณ์มากขึ้นถ้าอายุน้อยลง<sup>1,6</sup> ซึ่งสัมพันธ์กับภาวะคลอดก่อนกำหนด

Small for Gestational Age (SGA) infants หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 10 ของน้ำหนักแรกเกิดในอายุครรภ์นั้นๆ พบว่าอุบัติการณ์ไม่ได้เพิ่มขึ้นในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น แต่ปัจจัยที่มีผลกับการเกิด SGA คือ เชื้อชาติโดยพบมากในคนผิวดำ, การฝากครรภ์ที่ไม่เพียงพอ, การศึกษาต่ำ และการสูบบุหรี่<sup>1</sup>

### การเลือกช่องทางคลอด (Mode of delivery)

ในประเทศพัฒนาแล้ว พบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่ได้ต่างจากผู้ใหญ่ ในบางครั้งกลับน้อยกว่าด้วยซ้ำ เนื่องจากสถิติแพทย์ส่วนใหญ่หลีกเลี่ยงที่จะทำให้เกิดแผลบริเวณมดลูกในสตรีอายุน้อยร่วมกับในหญิงเหล่านี้ไม่ได้มีความต้องการที่จะเร่งให้สิ้นสุดการตั้งครรภ์โดยเร็ว โดยสาเหตุที่ต้องผ่าตัดคลอดในวัยรุ่นส่วนใหญ่คือ ภาวะไม่สมส่วนกันระหว่างศีรษะทารกและกระดูกเชิงกราน (CPD) และเชิงกรานแคบ

(contracted pelvis) นอกจากนี้ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นพบอุบัติการณ์ของการตัดแผลฝีเย็บน้อยกว่า ส่วนหัตถการทางสูติศาสตร์นั้นก็มีทั้งสูงกว่า ต่ำกว่า และไม่แตกต่างกัน พบว่ามีอัตราการชักนำการคลอดต่ำกว่าระยะเวลาใน active phase สั้นกว่า ส่วนระยะเวลาในช่วง second stage ไม่แตกต่างกัน

ในประเทศกำลังพัฒนาพบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าในผู้ใหญ่ แต่มีบางการศึกษาที่พบว่าน้อยกว่าแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยรวมแล้วพบอัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่มประเทศเหล่านี้ น้อยกว่าในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว โดยสาเหตุที่ต้องผ่าตัดเนื่องจาก obstructed labor และ prolong labor<sup>1</sup> สำหรับในประเทศไทยเองพบว่าอัตราการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ<sup>7-10</sup>

### การตายปริกำเนิด (Perinatal and infant mortality)

- Perinatal mortality หมายถึง การตายคลอดและการตายของทารกที่มีน้ำหนักตัวตั้งแต่ 500 กรัมขึ้นไปโดยนับถึง 1 สัปดาห์หลังคลอด

- Infant mortality หมายถึง การตายของทารกในช่วง 1 ปีหลังคลอด

- พบอุบัติการณ์ของการตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้นในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยเฉพาะในรายที่การฝากครรภ์ไม่เพียงพอ และอยู่ในเขตเมืองหลวง เนื่องจากในกลุ่มนี้พบการคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์น้อยกว่า 33 สัปดาห์) มากขึ้น<sup>1</sup> ในประเทศไทยไม่พบความแตกต่างของอัตราตายปริกำเนิดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเมื่อเทียบกับในผู้ใหญ่<sup>8,10</sup>

### มารดาทุพพลภาพและเสียชีวิต (Maternal morbidity and mortality)<sup>1</sup>

พบภาวะทุพพลภาพและการตายของมารดาในประเทศกำลังพัฒนาได้สูงกว่าในประเทศพัฒนาแล้ว โดยพบในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้มากกว่า สาเหตุเกิดจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ภาวะติดเชื้อ ภาวะโลหิตจาง ความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ และหากไม่ได้รับการฝากครรภ์จะพบอุบัติการณ์เหล่านี้ได้มากขึ้น ปัจจัยส่งเสริมอื่นๆ ได้แก่ การมีเศรษฐกิจฐานะต่ำ ระดับการศึกษา ความพร้อมในการรับบริการสุขภาพ โดยภาวะทุพพลภาพที่พบได้มากในประเทศกำลังพัฒนา คือ vesico-vaginal fistula และ recto-vaginal fistula ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิด obstructed labor

### ปัญหาหลังคลอด<sup>1</sup>

#### ด้านมารดา

##### ภาวะโลหิตจาง

เกิดจากการได้รับธาตุเหล็กและโฟเลตไม่เพียงพอ โรคติดเชื้อต่างๆ เช่น วัณโรค โดยเฉพาะในผู้ติดเชื้อเอชไอวี มาลาเรีย พยาธิปากขอ การเสียเลือด ซึ่งภาวะโลหิตจางนี้จะส่งผลให้เกิดการติดเชื้อหลังคลอดได้มากขึ้น

##### โภชนาการ

ภาวะทุพโภชนาการพบว่าเป็นปัญหาในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งในผู้หญิงภาวะนี้จำเป็นต้องเป็นผลจากการเจริญพันธุ์ การเผาผลาญอย่างหนักในช่วงคลอด โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักจะได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ โดยในช่วงหลังคลอดปัญหาที่พบส่วนใหญ่ได้แก่ การได้รับพลังงานแคลอรีไม่เพียงพอ ขาดไอโอดีน, วิตามินเอ, ธาตุเหล็กและโฟเลต

##### ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Pre-eclampsia and eclampsia)

ภาวะครรภ์เป็นพิษอาจถูกกระตุ้นได้มากในช่วงวันแรกหลังคลอด และพบว่าการชัก ครั้งหนึ่งอาจเกิดหลังจากคลอด 3 วันไปแล้วได้ ซึ่งอุบัติการณ์ของภาวะเหล่านี้ไม่ได้เกี่ยวข้องกับอายุ แต่เนื่องจากสตรีวัยรุ่นมักจะมีครรภ์เป็นครรภ์แรก จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเหล่านี้ได้มากขึ้น

## การคุมกำเนิด

การคุมกำเนิด เป็นการป้องกันการตั้งครรภ์ในอนาคต ในสหรัฐอเมริกาพบว่า 30-50% ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ซ้ำในระยะเวลา 24 เดือน ทั้งนี้เป็นผลจากการถูกกีดกันไม่ให้เข้าถึงการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความเชื่อผิดๆ ที่ว่าสิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น

### ผลกระทบระยะยาว

การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น ไม่ได้มีผลต่อชีวิตสมรสในอนาคต แต่พบการคลอดบุตรมากกว่าในหญิงทั่วไป โดยเฉพาะในวัยรุ่นอายุน้อยจะพบช่วงเวลาระหว่างการตั้งครรภ์แต่ละครั้งสั้นกว่า มักจะพบในกลุ่มที่ระดับการศึกษาต่ำ เศรษฐฐานะต่ำ ซึ่งการคลอดบุตรในช่วงอายุที่ยังไม่พร้อมจะทำให้ยังมีปัญหาทางเศรษฐกิจมากขึ้น ส่งผลถึงภาวะทางสังคมของบุตรในอนาคตด้วยเช่นกัน และหากคู่สมรสมีอายุน้อยด้วยแล้วฐานะของครอบครัวนั้นก็ยิ่งยากจนกว่า

## ด้านทารก

### การคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักน้อย

ทารกที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 33 สัปดาห์ หรือน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม มีภาวะทุพพลภาพและอัตราการตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้น โดยในประเทศพัฒนาแล้ว เด็กกลุ่มนี้จะถูกดูแลใน NICU ซึ่งมีค่าใช้จ่ายมาก และมารดาของทารกกลุ่มนี้จะเผชิญกับภาวะเครียดและซึมเศร้า และหลังจากที่เด็กเหล่านี้กลับบ้านไปก็ยังคงต้องได้รับการดูแลที่มากกว่าปกติ

### การติดเชื้อบาดทะยัก

การติดเชื้อบาดทะยักมักเกิดขึ้นในช่วงคลอดและหลังคลอด เกิดจากการได้รับวัคซีนที่ไม่เพียงพอ ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยจัดกระบวนการคลอดที่สะอาดและการให้วัคซีนป้องกันบาดทะยัก

### การให้นมบุตร

เนื่องจากสตรีวัยรุ่นมักมีความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ค่อนข้างน้อย ทำให้ทารกในกลุ่มนี้ได้รับการเลี้ยงดูด้วยอาหารเสริม ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อและภาวะทุพโภชนาการ อันจะทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตในทารกได้

### ผลกระทบระยะยาว

ทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ยากจนมักมีภาวะทางโภชนาการที่ต่ำ ส่งผลต่อพัฒนาการทางด้านจิตสังคม อีกทั้งมารดาในกลุ่มนี้ยังมีปัญหาด้านพฤติกรรมด้วย

## การดูแลสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์

### ระยะก่อนคลอด

ในอดีต การฝากครรภ์มุ่งเน้นที่จำนวนการมารับการฝากครรภ์ แต่ในปัจจุบันให้ความสำคัญในเรื่องเนื้อหาที่จะได้จากการฝากครรภ์ ทั้งเรื่องการตรวจคัดกรอง (ภาวะโลหิตจาง, ความดันโลหิตสูง, โปรตีนในปัสสาวะ) การนำเครื่องมือที่เหมาะสมมาใช้ในการตรวจคัดกรองและรักษาภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการตั้งครรภ์ การให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ตอบข้อสงสัยต่างๆ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้แก่หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเนื้อหาของการฝากครรภ์ในหญิงวัยรุ่นไม่ได้ต่างจากของหญิงทั่วไป

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักได้รับการฝากครรภ์ที่ไม่เพียงพอ เนื่องจากเริ่มฝากครรภ์ช้าหรือไม่เข้ารับการฝากครรภ์ เนื่องจากวัยรุ่นส่วนหนึ่งไม่สามารถแยกแยะความแตกต่างของเลือดออกในช่วงแรกของการตั้งครรภ์กับประจำเดือนปกติได้, ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย, ระยะเวลาตรวจ, ขาดความเป็นส่วนตัว และทัศนคติด้านลบของเจ้าหน้าที่ อีกส่วนหนึ่งปฏิเสธว่าตนเองตั้งครรภ์ และพยายามปกปิดเรื่องนี้ไว้ และประมาณ 30-60% ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์โดยการทำแท้ง



หลังจากที่หญิงวัยรุ่นเหล่านั้นได้รับการวินิจฉัยว่าตั้งครรภ์แล้ว ควรได้รับคำแนะนำถึงทางเลือกทั้งโอกาส ในการทำแท้งและการฝากครรภ์ต่อ ซึ่งการฝากครรภ์แต่เริ่มแรก คือตั้งแต่ไตรมาสแรก หรือช่วงต้นของไตรมาส ที่สอง มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดอายุครรภ์ที่ถูกต้อง ค้นหาและรักษาโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

- ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ เริ่มปรากฏในครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ สามารถตรวจพบได้ โดยการวัดความดันโลหิตเมื่อมารับการฝากครรภ์แต่ละครั้ง ซึ่งถ้าตรวจพบควรให้เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลต่อไป

- ภาวะโลหิตจาง สามารถตรวจพบได้ในระหว่างการฝากครรภ์เช่นกัน องค์การอนามัยโลกแนะนำให้หญิง ตั้งครรภ์ทุกรายได้รับธาตุเหล็กและโฟเลตเสริม ในการรักษาภาวะโลหิตจางนั้น มีทั้งการรักษาโรคติดเชื้อ (มาลาเรีย, พยาธิ) การแก้ไขภาวะทุพโภชนาการ และการให้ธาตุเหล็กและโฟเลตเสริม ECPG (Essential Care Practice Guideline) แนะนำให้เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลปฐมภูมิรักษาภาวะโลหิตจางระดับปานกลาง (Hb < 11.0 g/dl) ในหญิงตั้งครรภ์ด้วยยาที่มีส่วนผสมของธาตุเหล็ก (60 mg ferrous sulphate) และโฟเลต (400 mcg folate) วันละ 2 เม็ด เป็นเวลา 3 เดือน ร่วมกับการให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการ สำหรับในรายที่มีภาวะโลหิต จางรุนแรง (Hb < 7.0 g/dl) ให้ส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

- มาลาเรีย มีความสำคัญในประเทศกำลังพัฒนาบางประเทศ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความชุกของโรคสูง แนะนำให้มีการให้ยา sulfadoxine-pyrimethamine เพื่อป้องกันในหญิงตั้งครรภ์

- การคลอดก่อนกำหนด เป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ยังไม่พบวิธีการป้องกันภาวะนี้ ในระหว่างการฝากครรภ์ แต่หากพบอาการแสดงของภาวะนี้ ควรให้รับการรักษาในโรงพยาบาลต่อไป

เมื่อหญิงวัยรุ่นเข้ารับการฝากครรภ์ ควรมีการคำนวณ gynecologic age เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการ คลอด การวางแผนการคลอดจำเป็นต้องมีการพูดคุยและตัดสินใจตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรก วางแผนเรื่อง สถานที่คลอด, การเดินทาง, คนที่จะมาด้วย, จะคลอดเมื่อไหร่ (อาการนำคลอด) และสิ่งที่ต้องเตรียมมาด้วย ซึ่งในการฝากครรภ์แต่ละครั้งควรมีการทบทวนเรื่องแผนการคลอดซ้ำ เพราะอาจมีการปรับเปลี่ยนตามความ เสี่ยงที่ตรวจพบระหว่างการฝากครรภ์ นอกจากนี้ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงรอคลอดและระหว่าง การคลอด เพื่อลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์เหล่านั้น

### ระยะคลอด

#### การประเมินความเสี่ยงทางสูติกรรม

หญิงตั้งครรภ์ทุกคนต้องเผชิญกับความเสี่ยงและควรได้รับการดูแลในช่วงคลอด โดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มีประวัติตกเลือด, ความดันโลหิตสูง, ภาวะโลหิตจางรุนแรง, ครรภ์แฝด และการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการ ประเมินความเสี่ยงจะทำให้สามารถวางแผนการดูแลที่เหมาะสมได้ โดยการประเมินความเสี่ยงนั้นเป็น กระบวนการต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์โดยการฝากครรภ์ที่มีการตรวจคัดกรองเป็นระยะ จนกระทั่งช่วงคลอด โดยอาศัย partograph มาช่วยประเมินในระยะนี้ด้วย

#### การคลอดในหญิงวัยรุ่นถือว่ามีความเสี่ยงสูงหรือไม่

จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ภาวะแทรกซ้อนในช่วงคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นน้อยกว่าในผู้ใหญ่ โดย ความเสี่ยงหลักขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางด้านสังคมและภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมในระหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งมัก ตรวจพบได้ระหว่างการฝากครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง ถึงแม้อุบัติการณ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะไม่ได้มีมากกว่า แต่ถ้าหากตรวจพบภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงหรือมีครรภ์เป็นพิษร่วมด้วย หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ ควรได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลและถือว่าอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง สำหรับภาวะโลหิตจางนั้นถึงแม้จะ สามารถรักษาได้ในระหว่างการฝากครรภ์ แต่ถ้าหากตรวจพบได้ช้าก็จะทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในช่วงคลอด



การคลอดก่อนกำหนดถือเป็นภาวะแทรกซ้อนหลักที่พบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ถือว่าไม่ได้ทำให้กระบวนการคลอดซับซ้อน แต่เพิ่มความเสี่ยงให้กับทารกทั้งในเรื่องการคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อย ซึ่งการคลอดก่อนกำหนดนี้มักพบในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ gynecologic age น้อยกว่า 2 ปี และในหญิงกลุ่มนี้มีความเสี่ยงในการเกิด obstructed labor ด้วย ทำให้ต้องได้รับการผ่าตัดคลอด หรือมีการใช้หัตถการช่วยคลอดเพิ่มมากขึ้น

### การดูแลในช่วงคลอด

ในระยะคลอด หญิงตั้งครรภ์ต้องการความเป็นส่วนตัว ต้องการเพื่อน ต้องการข้อมูลและคำอธิบายต่างๆ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ควรให้การดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกายโดยการเฝ้าติดตามการดำเนินการคลอด ติดตามภาวะของทารกในครรภ์ด้วยการฟังเสียงหัวใจของทารกเป็นระยะ ส่วนด้านจิตใจนั้นโดยการให้กำลังใจแก่หญิงตั้งครรภ์และญาติ ซึ่งการดูแลด้านจิตใจนี้ส่งผลให้ระยะเวลาคลอดสั้นลง ลดการให้ยาระงับอาการปวด ลดอัตราการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด ลดการใช้หัตถการช่วยคลอด สำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นนั้นมักมีความรู้สึกโดดเดี่ยวและไม่มีความสุข ต้องการการดูแลด้านจิตใจที่มากกว่า การคลอดควรอยู่ในสถานพยาบาลที่อยู่รอบนอกมากที่สุดทำให้ผู้คลอดรู้สึกปลอดภัย อยู่ใกล้บ้านและวัฒนธรรมของหญิงเหล่านั้น

### ระยะหลังคลอด

การดูแลหลังคลอดมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน ค้นหา และรักษาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้คำปรึกษาเรื่องการดูแลบุตรและการให้นมบุตร การคุมกำเนิด โภชนาการ และการสร้างภูมิคุ้มกัน

การให้นมบุตรควรเริ่มให้เร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แนะนำให้เริ่มตั้งแต่ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งการให้นมบุตรนั้นควรมีการเตรียมพร้อมตั้งแต่ในช่วงการฝากครรภ์ ร่วมกับการสังเกตและฝึกปฏิบัติในช่วงหลังคลอด แนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวเป็นเวลา 6 เดือน ส่วนการให้อาหารเสริมควรให้หลังจากนั้น โดยเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอและปลอดภัย ซึ่งระหว่างนี้ยังต้องให้นมบุตรควบคู่ไปด้วยเป็นเวลา 24 เดือนหลังคลอด

การคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นอายุน้อยนั้นเป็นสิ่งที่เข้าถึงได้ยาก และขาดแรงจูงใจให้วัยรุ่นหันมาคุมกำเนิด วิธีคุมกำเนิดที่ถูกเลือกเป็นอันดับแรกคือการใช้ถุงยางอนามัย เนื่องจากวัยรุ่นมักจะมีเพศสัมพันธ์ไม่สม่ำเสมอ ร่วมกับการมีคู่นอนหลายคน นอกจากนั้นอาจใช้การคุมกำเนิดวิธีอื่นควบคู่ไปด้วย

สำหรับการคุมกำเนิดด้วยวิธี LAM (lactational amenorrhea method) เป็นการคุมกำเนิดในช่วง 6 เดือนแรกหลังคลอด ด้วยการให้นมบุตรอย่างเต็มที่ทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน โดยไม่ให้อาหารเสริมอื่นๆ แก่บุตร แต่ถ้าหากประจำเดือนกลับมาในช่วง 8 สัปดาห์หลังคลอดไปแล้วให้เริ่มใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่น

ไม่แนะนำให้ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมเนื่องจากมีผลต่อการสร้างน้ำนม แนะนำให้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีโปรเจสตอโรนอย่างเดียว, ยาฉีดคุมกำเนิด หรือยาฝังคุมกำเนิด ส่วนการใส่ห่วงคุมกำเนิดนั้นไม่แนะนำให้เลือกใช้เป็นวิธีแรกเนื่องจากวัยรุ่นมักมีคู่นอนหลายคน ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และก่อให้เกิดอุ้งเชิงกรานอักเสบได้

## การป้องกัน และแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>11</sup> ได้แก่

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ เป็นการป้องกันการตั้งครรภ์ครั้งแรก โดยการจัดการเรียนการสอนเพศศึกษา รอบด้าน ในทุกกลุ่มอายุ ทั้งในและนอกระบบการศึกษา (รวมทั้งในคลินิกและชุมชน) เพื่อชะลอการมีเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงถุงยางอนามัยและการคุมกำเนิด ฟรีหรือราคาถูก

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยการให้คำปรึกษาด้านการวางแผนครอบครัว การศึกษาต่อ และการทำงาน

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ เป็นการป้องกันปัญหาแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ การคลอด และการทำแท้ง มีแผนงานที่ได้ผล คือ การเยี่ยมบ้านภายหลังคลอดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพยาบาล เพื่อให้คำแนะนำการเลี้ยงดูบุตร การให้นมแม่ การติดตามพัฒนาการ โภชนาการ วัคซีนของเด็ก การให้การปรึกษาในการวางแผนครอบครัว การศึกษาต่อ การงาน และอื่นๆ ซึ่งแผนงานนี้มีผลดีต่อเด็กและมารดาวัยรุ่น นอกจากนี้เป็นการช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยชั่วคราวระหว่างการตั้งครรภ์ คลอด และภายหลังคลอด โดยเฉพาะการตั้งครรภ์จากการละเมิดทางเพศ หรือวัยรุ่นที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาด้านสังคมจิตใจ การให้ความช่วยเหลือในเรื่องการอุปถัมภ์บุตร และการรับเป็นบุตรบุญธรรมกรณีไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแนวทางปฏิบัติ เรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา<sup>12</sup> โดยมีเป้าหมายและแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1. เพื่อลดการแต่งงานก่อนอายุ 18 ปี

1.1 สนับสนุนให้ผู้นำรัฐบาล ผู้บริหาร และผู้นำชุมชน กำหนดและบังคับใช้กฎหมายและนโยบายห้ามการแต่งงานก่อนอายุ 18 ปี

1.2 สร้างกระบวนการเพื่อเลื่อนการแต่งงานของหญิงวัยรุ่นจนกว่าจะอายุ 18 ปี โดยปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานทางสังคม และให้ข้อมูลแก่หญิงวัยรุ่นและครอบครัว กระบวนการนี้ควรทำร่วมกับกระบวนการที่ควบคุมโดยรัฐ

1.3 เพิ่มโอกาสทางการศึกษาให้แก่หญิงวัยรุ่น เพื่อเลื่อนการแต่งงานจนกระทั่งอายุ 18 ปี

2. เพื่อสร้างความเข้าใจและสนับสนุนให้ลดการตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี

2.1 สนับสนุนการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแก่ผู้เกี่ยวข้อง ด้วยการจัดหาข้อมูล, ความรู้ด้านเพศศึกษาและสุขภาพ, สร้างทักษะการใช้ชีวิต, ให้คำปรึกษาและจัดหาบริการด้านการคุมกำเนิด และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการป้องกันดังกล่าว

2.2 พยายามให้หญิงวัยรุ่นอยู่ในโรงเรียนทั้งในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา

2.3 เสนอวิธีการให้ความรู้ด้านเพศศึกษาและการคุมกำเนิดแก่วัยรุ่น เพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์

2.4 สนับสนุนให้มีการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งแก่วัยรุ่น โดยการเยี่ยมบ้านหรือนัดตรวจติดตาม เพื่อลดโอกาสการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

3. เพื่อเพิ่มการคุมกำเนิดในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

3.1 กระตุ้นให้ผู้นำรัฐบาลและผู้บริหารกำหนดนโยบายและกฎหมาย เพื่อให้วัยรุ่นได้มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านการคุมกำเนิดมากขึ้น

3.2 โน้มน้าวให้สมาชิกในสังคมสนับสนุนการเข้าถึงการคุมกำเนิดของวัยรุ่น

3.3 ให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด โดยสอดแทรกในหลักสูตรเพศศึกษา เพื่อเพิ่มการคุมกำเนิดในวัยรุ่นให้มากขึ้น

3.4 หากกระบวนการเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น

#### 4. เพื่อลดการละเมิดทางเพศในวัยรุ่น

4.1 กระตุ้นให้ผู้นำรัฐบาล ผู้บริหาร และชุมชน กำหนดและบังคับใช้กฎหมายและนโยบายลงโทษผู้กระทำผิด

4.2 ปรับปรุงความสามารถของหญิงวัยรุ่นให้ต่อต้านการละเมิดทางเพศ และสามารถรับความช่วยเหลือหากถูกละเมิดทางเพศได้

4.2.1 ให้หญิงเหล่านั้นเกิดความเชื่อมั่นในตัวเอง

4.2.2 พัฒนาทักษะการใช้ชีวิต เช่น การสื่อสาร การต่อรอง

4.2.3 ปรับปรุงการติดต่อกับเครือข่ายทางสังคม และการเข้าถึงความช่วยเหลือทางสังคม

4.3 กระบวนการดังกล่าวข้างต้นควรทำควบคู่กับการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมไม่ให้ภัยผู้ทำคามผิด

4.4 ให้ผู้ชายมีส่วนร่วมในการประเมินบรรทัดฐานเรื่องเพศและพฤติกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการละเมิดทางเพศและความรุนแรง

#### 5. เพื่อลดการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยในวัยรุ่น

5.1 กำหนดกฎหมายและนโยบายให้วัยรุ่นสามารถรับบริการทำแท้งที่ปลอดภัยได้ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับ

5.1.1 อันตรายจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

5.1.2 บริการทำแท้งที่ปลอดภัยและถูกกฎหมาย

5.1.3 สามารถทำแท้งได้อย่างถูกกฎหมายในสถานการณ์ใด และที่ไหน

5.2 ค้นหาและจัดการกับอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการการทำแท้งของวัยรุ่น

5.3 สร้างความมั่นใจให้วัยรุ่นเข้ารับบริการทางการแพทย์หลังการทำแท้ง แม้ว่าการทำแท้งนั้นจะถูกกฎหมายหรือไม่ก็ตาม รวมถึงการรับข้อมูลและบริการเรื่องการคุมกำเนิดด้วย

#### 6. เพื่อเพิ่มการเข้ารับดูแลก่อนคลอด การคลอด และหลังคลอดจากบุคลากรที่มีความชำนาญ

6.1 ให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและผู้เกี่ยวข้อง ถึงความสำคัญของการเข้ารับการฝากครรภ์ การคลอด จากบุคลากรที่มีความชำนาญ

6.2 ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมให้แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในเรื่องการคลอดและในภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์

สำหรับในประเทศไทย ได้มีความร่วมมือจากหลายหน่วยงานทั้งหน่วยงานราชการ องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคประชาสังคมและหน่วยงานอื่นๆ ช่วยกันแก้ไขปัญหา<sup>4</sup>

#### 1. การดำเนินงานของหน่วยงานราชการ

##### 1.1 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

1.1.1 สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว เป็นหน่วยประสานเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

1.1.2 สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ ดำเนินงานโครงการคาราวานเสริมสร้างเด็ก โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องเพศศึกษาเพื่อเด็กและเยาวชน

##### 1.2. กระทรวงสาธารณสุข

##### 1.2.1 กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

1.2.1.1 กำหนดให้มีการติดตามแนวโน้มของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยถือแนวโน้มอัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของงานอนามัยแม่และเด็กของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับของทุกจังหวัด

1.2.1.2 ผลักดันให้งานอนามัยการเจริญพันธุ์ให้อยู่ในธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 โดยมีสาระสำคัญในเรื่อง การลดโรคเอดส์ การลดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการลดความรุนแรงทางเพศ

1.2.1.3 ผลักดันนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557)<sup>5</sup>

1.2.1.3.1 ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างครอบครัวใหม่และเด็กรุ่นใหม่ให้เข้มแข็งและมีคุณภาพ

1.2.1.3.2 ยุทธศาสตร์ส่งเสริมให้คนทุกเพศทุกวัยมีพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม

1.2.1.3.3 ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

1.2.1.3.4 ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริหารจัดการงานอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศแบบบูรณาการ

1.2.1.3.5 ยุทธศาสตร์การพัฒนากฎหมาย กฎ และระเบียบ เกี่ยวกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศ

1.2.1.3.6 ยุทธศาสตร์การพัฒนา และการจัดการองค์ความรู้ เทคโนโลยีอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศ

1.2.2 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค: ติดตามแนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนนักศึกษา และรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มนักเรียนนักศึกษา และรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 100

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

### 1.3. กระทรวงศึกษาธิการ

1.3.1 สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการอาชีวศึกษา: การดำเนินการเมื่อพบปัญหาการตั้งครรภ์นั้น สถาบันจะเชิญผู้ปกครองของนักเรียนทั้งชายและหญิง มาปรึกษาหารือถึงการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น วิทยาลัยจะอนุญาตให้เด็กพักการเรียนไปก่อน แล้วจึงกลับมาเรียนใหม่ แต่ส่วนใหญ่เด็กจะไปทำแท้งมากกว่าปล่อยให้ตั้งครรภ์ ด้านการป้องกัน ได้จัดโครงการฝึกอบรมในเรื่องดังกล่าวให้แก่อาจารย์และนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการจัดกิจกรรมให้นักศึกษาได้เรียนรู้ในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยนำหลักสูตรการสอนเกี่ยวกับเพศศึกษาขององค์การ PATH เข้ามาจัดการเรียนการสอนในวิทยาลัยต่างๆ มีการร่วมมือกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในการจัดให้มีอาจารย์ตรวจตราหอพัก หรือไปเยี่ยมนักศึกษาตามหอพักต่างๆ เนื่องจากในปัจจุบันปัญหานักศึกษาชายและหญิงอยู่ร่วมกันในหอพักเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับวิทยาลัยทุกแห่งต่อผู้เด็กจะไปทำแท้งมากกว่าปล่อยให้ตั้งครรภ์

1.3.2 สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน:

1.3.2.1 การแก้ไขปัญหาเมื่อพบว่าเด็กตั้งครรภ์ จะอนุญาตให้เด็กลาไปคลอดได้ตั้งแต่เริ่มมองเห็นการตั้งครรภ์ชัดเจน โดยจะใช้วิธีให้เด็กมาเองนกลับไปทำที่บ้าน เพื่อป้องกันเด็กคนอื่นพบเห็นเพราะอาจเป็นตัวอย่างที่ไม่ดี เมื่อคลอดเสร็จแล้วอนุญาตให้กลับมาเรียนได้ ปัญหาคือ เด็กไม่กลับไปเรียนที่เดิม แต่ขอไปเรียนที่ใหม่แทน เพราะเกิดความรู้สึกอายเพื่อไม่กล้ากลับไปเรียนที่เดิม

- 1.3.2.2 จัดทำหนังสือแนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพศศึกษา
- 1.3.2.3 การจัดอบรมให้แก่ครูแนะแนว และครูพลศึกษาถึงการนำหลักสูตรดังกล่าวไปใช้
- 1.3.2.4 การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ

#### 1.4 กระทรวงวัฒนธรรม

- 1.4.1 โครงการพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์
- 1.4.2 โครงการเฝ้าระวังทางวัฒนธรรมและสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคม
- 1.4.3 โครงการสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังทางวัฒนธรรม

## 2. การดำเนินงานขององค์กรพัฒนาเอกชน

2.1 องค์กรแพธ (PATH) เป็นองค์กรเอกชนสาธารณะประโยชน์ มีสำนักงานใหญ่อยู่ที่ซีแอตเติล สหรัฐอเมริกา มีสำนักงานสาขา 20 แห่ง และมีโครงการในประเทศต่างๆ มากกว่า 90 ประเทศทั่วโลก ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีสำนักงานสาขา ได้จัดหลักสูตรและกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษาอบด้านสำหรับเยาวชนในสถานศึกษา (Comprehensive Sexuality Education)

2.2. สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรีในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาทินัดดามาตุ

- 2.2.1 บ้านพักฉุกเฉิน
- 2.2.2 โครงการเพิ่มต้นทุนชีวิตให้แม่วัยใสและลูก
- 2.2.3 โครงการเสริมทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนมัธยมต้น

## สรุป

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักเป็นการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ส่วนมากไม่ได้รับการดูแลครรภ์ที่เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งต่อทารกและหญิงตั้งครรภ์เอง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องป้องกันและหาทางแก้ปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย ทั้งตัววัยรุ่นเอง ครอบครัว สถานศึกษา บุคลากรทางการแพทย์ หน่วยงานของรัฐ และองค์กรเอกชนต่างๆ

## เอกสารอ้างอิง

1. Adolescent Pregnancy (Issues in Adolescent health and Development), World Health Organization 2004.
2. Pregnant adolescent: delivering on global promise of hope, World Health Organization 2006.
3. Carmen Solomon-Fears, Teenage Pregnancy Prevention: Statistic and Programs, Congressional Research Service, April 2012, 1-3.
4. รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดย คณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา, 4-5, 15-29.
5. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานาแม่การเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2553-2557), กระทรวงสาธารณสุข
6. Prasitlukum M. Risk of low birth weight and adverse pregnancy outcomes in adolescent pregnancies at Chainat hospital. Thai J Obstet Gynaecol. April 2009; 17: 93-7.
7. พีระยุทธ สาณกุล, เพียงจิตต์ ธารไพโรสานนท์. ผลการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6. Thai Pharm Health Sci J. 2008; 3(1): 97-102.
8. 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.
9. 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.
10. Koravisarach E, Chairaj S, Tosang K, et al. Outcome of teenage pregnancy in Rajavithi hospital. J Med Assoc Thai. 2010; 93(1): 1-8.
11. เบญจพร ปัญญาขง. การทบทวนความรู้ : การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. พิมพ์ครั้งที่ 2 ธันวาคม พ.ศ.2553: กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
12. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive health outcomes among adolescents in developing countries. World Health Organization 2011.



## Helping adolescents cope with stress

นพ.ศิริไชย หงษ์สงวนศรี

จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลวชิราวุฒิ

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงทำให้วัยรุ่นต้องปรับตัวต่อความตึงเครียดที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการเหล่านี้ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ตั้งแต่ระดับครอบครัว โรงเรียน ชุมชน ประเทศ จนถึงระดับโลก ทั้งในด้านเศรษฐกิจ การเมือง ค่านิยม และวัฒนธรรม ล้วนมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของวัยรุ่นอย่างมาก รวมไปถึงความคาดหวังของผู้ใหญ่ต่อวัยรุ่น เป็นสาเหตุให้วัยรุ่นต้องเผชิญกับความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าในอดีต วัยรุ่นแต่ละคนมีวิธีการจัดการกับความเครียดแตกต่างกันไป ความสามารถในการจัดการกับความเครียดสัมพันธ์กับทั้งปัญหาสุขภาพจิต และปัญหาสุขภาพร่างกายอย่างชัดเจน บทบาทของแพทย์ในการช่วยให้วัยรุ่นจัดการกับความเครียดได้จึงมีความสำคัญทั้งในด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพ ทำให้วัยรุ่นมีพัฒนาการในด้านต่างๆ ได้เต็มศักยภาพ มี self-esteem ที่ดี และไม่เพียงแต่มีประโยชน์ต่อการจัดการกับความเครียดในปัจจุบันเท่านั้น ยังทำให้วัยรุ่นมีทักษะในการจัดการกับความเครียดที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอีกด้วย

Coping หมายถึงความพยายามที่เกิดขึ้นในระดับจิตสำนึกเป็นส่วนใหญ่ในการปรับตัวต่อปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียดซึ่งเกินกว่าความสามารถตามปกติในการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ทั้งทางด้านการควบคุมอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม การตอบสนองทางสรีรวิทยาของร่างกาย รวมถึงการควบคุมสภาพแวดล้อม โดยมีเป้าหมายเพื่อกำจัดความเครียดและสามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติได้ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นอาจเป็นปัจจัยภายนอกหรือปัจจัยภายในก็ได้ แม้ว่าส่วนใหญ่ coping เป็นความพยายามในระดับจิตสำนึก แต่บางส่วนก็เป็นผลจากการทำงานของจิตใจในระดับจิตใต้สำนึก หรือเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติต่อปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด

Coping mechanism ที่วัยรุ่นใช้จัดการกับความเครียดนั้นมีการจำแนกเป็นวิธีต่างๆ หลากหลาย ได้แก่ problem solving, information seeking, seeking social support, seeking guidance, cognitive reframing or restructuring, ventilation or emotional release, wishful or positive thinking, use of religion, relaxation, acceptance, humor, self-criticism, blaming others, distraction, suppression, distancing, avoidance, denial, social withdrawal, alcohol or drug use, physical activities เป็นต้น เนื่องจากวิธีการจัดการกับ



ความเครียดมีหลากหลายดังที่กล่าวแล้วและมักเกี่ยวเนื่องกัน การพิจารณาเฉพาะแต่ละวิธีมีประโยชน์ในการช่วยเหลือน้อย จึงได้มีความนิยมจำแนกตามมิติ (dimension) เพื่อให้ได้ประโยชน์สำหรับการประยุกต์ใช้มากกว่า ได้แก่ มิติ problem-focused coping vs emotion-focused coping, มิติ engagement (approach or fight) vs disengagement (avoidance or flight), มิติ primary control vs secondary control (primary control หมายถึงการจัดการปัญหาหรืออารมณ์ที่ตอบสนองต่อปัญหานั้น เช่น problem solving, วิธีการในกลุ่ม emotion-focused coping รวมทั้ง use of religion ส่วน secondary control หมายถึงวิธีการที่เน้นการปรับตัวต่อปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น acceptance, positive thinking, cognitive restructuring), มิติ self-focus vs external-focus

วัยรุ่นที่จัดการกับความเครียดโดยวิธี problem-focused มักจัดการกับปัญหาได้ดีกว่า และมีสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจดีกว่าวัยรุ่นที่ใช้วิธี emotion-focused แต่ในบางกรณีการใช้วิธี emotion-focused อาจดีกว่า โดยเฉพาะในกรณีที่ปัญหานั้นเกินความสามารถที่จะจัดการด้วยวิธี problem-focused ในปัจจุบันการจำแนกด้วยมิตินี้มีข้อบกพร่อง คือนำวิธีการจัดการกับความเครียดหลายอย่างเกินไปมารวมอยู่ในกลุ่มเดียวกัน ทั้งวิธีที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม เช่น seeking social support, use of religion, avoidance, blaming others เป็นต้น หรือ cognitive restructuring และ use of religion ก็เป็นได้ทั้งวิธี problem-focused และวิธี emotion-focused โดยทั่วไปการจัดการกับความเครียดด้วยวิธี primary control ดีกว่าวิธี secondary control วิธี self-focus ดีกว่าวิธี external focus วิธี approach ดีกว่าวิธี avoidance แต่ก็มีข้อยกเว้นเหมือนกัน เช่น วัยรุ่นที่ใช้วิธี approach มีปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพน้อยกว่าวัยรุ่นที่ใช้วิธี avoidance แต่วัยรุ่นกลุ่มที่ใช้วิธี approach ในบางสถานการณ์ และ avoidance ในบางสถานการณ์ก็ยังจัดการกับความเครียดได้ดี การใช้วิธีการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสมขึ้นอยู่กับชนิดของปัญหา สถานการณ์ สภาพแวดล้อม และยังขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละบุคคลด้วย วิธีการจัดการกับความเครียดที่ดีอาจได้ผลกับเฉพาะบุคคลและในบางสถานการณ์ และส่วนใหญ่มักต้องการวิธีการจัดการกับความเครียดหลายวิธีสำหรับปัญหาใดปัญหาหนึ่ง

## ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการกับความเครียด

ความสามารถในการจัดการกับความเครียด หรือการเลือกใช้วิธีจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม ขึ้นอยู่กับทั้งปัจจัยส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อม ที่วัยรุ่นมีประสบการณ์และเรียนรู้มาตั้งแต่วัยเด็ก ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับพัฒนาการ ลักษณะพื้นอารมณ์ attachment ระดับเชาวน์ปัญญา self-esteem ทักษะชีวิตในด้านต่างๆ เป็นต้น ปัจจัยสภาพแวดล้อม ได้แก่ ประสบการณ์การเรียนรู้จากแบบอย่างของพ่อแม่ ครอบครัว โรงเรียน สังคม ที่รวมถึงค่านิยม วัฒนธรรม ด้วย ตัวอย่างเช่น วัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่มีความเครียดสูงมักใช้วิธีการในกลุ่ม avoidance ในปัจจุบันมีการศึกษาปัจจัยด้านชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการกับความเครียด เช่น ความแปรปรวนในการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อและสารสื่อประสาทหลายชนิด เช่น HPA axis, CRH, norepinephrine, dopamine, serotonin, neuropeptide, galanin เป็นต้น อาจสัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการกับความเครียด และยังมีการศึกษาในระดับโครงสร้างของสมอง พบว่าสมองหลายส่วนและวงจรประสาทหลายวงจร มีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการเผชิญและจัดการกับความเครียด เช่น amygdala, hippocampus, locus coeruleus, prefrontal cortex, fear conditioning system, และ brain reward system ซึ่งเป็น pathway ที่เริ่มจากventral tegmental area ไปยัง nucleus accumbens, medial prefrontal cortex, และส่วนอื่นๆ มีหน้าที่สำคัญในเรื่อง reward และ motivation พบว่า brain reward system ของบางคนสามารถทนต่อการเกิดความรู้สึกสิ้นหวังได้ดี จึงทำให้มีความสามารถในการเผชิญและจัดการกับความเครียดได้ดี และยังมีกำลังใจอยู่ได้ภายใต้ความกดดันที่รุนแรง



ในอนาคตอาจมีการนำความแตกต่างทางชีวภาพจนถึงระดับพันธุกรรมของแต่ละคนเหล่านี้มาอธิบายว่าทำไมวัยรุ่นบางคนจึงมีความเครียดเพียงเล็กน้อย ได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตไม่มากนัก เมื่อเผชิญกับปัญหาที่มีความตึงเครียดมาก

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าความสามารถในการจัดการกับความเครียดที่แตกต่างกันนี้บางส่วนถูกกำหนดโดยปัจจัยทางชีวภาพดังกล่าว แต่ประสบการณ์ส่วนบุคคล โดยเฉพาะประสบการณ์ในระยะแรกของชีวิต ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพเหล่านี้ด้วยเช่นกัน และในที่สุดก็จะมีผลต่อการทำงานของสมองทั้งในระดับโมเลกุลและระดับโครงสร้างของสมอง ทำให้ความสามารถในการจัดการกับความเครียดแตกต่างกัน การช่วยเหลือวัยรุ่นให้จัดการกับความเครียดได้จึงไม่ได้มีประโยชน์แต่เพียงด้านจิตใจในปัจจุบันเท่านั้น ยังมีผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพที่ช่วยป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจในอนาคตด้วย ดังนั้นแพทย์และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพวัยรุ่นจึงต้องประเมินปัญหาที่ทำให้เกิดความตึงเครียด และวิธีในการจัดการกับความเครียดอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งสามารถให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นเรื่องวิธีการจัดการกับความเครียดได้

## สาเหตุความตึงเครียดของวัยรุ่น

สาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นเกิดความตึงเครียดบ่อย ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์และความขัดแย้งกับผู้อื่น เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนต่างเพศ ครูอาจารย์ เป็นต้น ปัญหาภายในครอบครัว เช่น การทะเลาะเบาะแว้งและการทำร้ายร่างกายของพ่อแม่ การหย่าร้างของพ่อแม่ การเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิตของพ่อแม่และญาติพี่น้อง child abuse และ sexual abuse รวมถึงปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว ปัญหาการเรียนและปัญหาอื่นในโรงเรียน ปัญหาสภาพแวดล้อมไม่ปลอดภัยต่อชีวิตและสุขภาพ และปัญหาจากตัววัยรุ่นเอง เช่น รูปร่างหน้าตา และความเปลี่ยนแปลงของร่างกายในช่วงวัยรุ่น ความคิดความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ รับผิดชอบกิจกรรมหลายอย่าง มีความคาดหวังว่าต้องทำทุกอย่างสมบูรณ์แบบ ได้รับความคาดหวังจากพ่อแม่และผู้อื่นมาเป็นของตนเอง และป่วยเป็นโรคทางกายเรื้อรัง เป็นต้น วัยรุ่นแปลความหมายของปัญหาที่ทำให้เกิดความตึงเครียดแตกต่างกันไป ตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น เพศ อายุ ระดับพัฒนาการด้านความคิด อารมณ์ และสังคม รวมไปถึงอิทธิพลจากครอบครัว สังคม และวัฒนธรรม และปัจจัยเหล่านี้ยังมีส่วนกำหนดว่าวัยรุ่นจะจัดการกับความเครียดอย่างไร วัยรุ่นหญิงมักตึงเครียดจากสาเหตุความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมากกว่าวัยรุ่นชาย ในเรื่องปัญหาการเรียนและปัญหาในโรงเรียน พบว่าวัยรุ่นตอนต้นมักตึงเครียดจากปัญหาการปรับตัวในโรงเรียน ส่วนวัยรุ่นตอนกลางและตอนปลายตึงเครียดจากปัญหาการเรียนและการเลือกอาชีพมากกว่า

## โรคทางจิตเวชของวัยรุ่นที่ผู้ป่วยที่มีอาการเครียดและวิตกกังวลเป็นอาการสำคัญ

ความจริงแล้ววัยรุ่นที่เป็นโรคทางจิตเวชทุกคนมีความตึงเครียด แต่ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยอาจมาปรึกษาด้วยเรื่องความเครียด หรือมีอาการที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชได้ถูกต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เจาะจงกับโรค โดยเฉพาะการรักษาด้วยยาพฤติกรรมบำบัด การส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม หรือการช่วยเหลือด้านอื่น ที่นอกเหนือจากการให้คำปรึกษาเพื่อจัดการกับความเครียด แพทย์จึงต้องสามารถวินิจฉัยได้ว่าวัยรุ่นที่มาปรึกษาเรื่องความเครียดนั้นป่วยเป็นโรคทางจิตเวชหรือไม่ โรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยมีอาการเครียดและวิตกกังวลเป็นอาการสำคัญที่พบบ่อย ได้แก่ Anxiety disorders พบโรคในกลุ่ม anxiety disorders ในวัยรุ่นร้อยละ 5-17 โรคที่พบบ่อยได้แก่ Generalized anxiety disorder (GAD) หรือที่เคยเรียกว่า overanxious disorder ในเด็กหรือวัยรุ่น ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล

ที่มากเกินไปและไม่สามารถควบคุมได้ในหลายเรื่อง แทบทุกวันเป็นส่วนใหญ่และติดต่อกันนานมากกว่า 6 เดือน ร่วมกับมีอาการต่อไปนี้ ได้แก่ กระสับกระส่าย อ่อนเพลียง่าย ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด กล้ามเนื้อตึงตัว หรือมีปัญหาการนอน จนมีความทุกข์ทรมานใจหรือความสามารถด้านการเรียน การทำงาน หรือสังคมบกพร่องลงไป ลักษณะความวิตกกังวลเป็นแบบ free-floating anxiety คือความกังวลเกินจริงไปทุกเรื่องที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น การเรียน การทำงาน งานบ้าน ความสามารถและผลงานของตนเองด้านการเรียนหรือกีฬา สุขภาพ ครอบครัว เป็นต้น อาจมีลักษณะเป็นวัยรุ่นที่เชื่อฟังผู้ใหญ่ perfectionism ต้องการคำชมเชยสูง ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการทางกายมากกว่าอาการทางความคิดหรือความรู้สึก

**Obsessive compulsive disorder (OCD)** ผู้ป่วยจะมีอาการ obsession หรือ compulsion ที่เกิดขึ้นซ้ำๆ มากเกินไปหรือไม่มีเหตุผล ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานและเสียเวลาอย่างมาก หรือรบกวนต่อการดำเนินชีวิตตามปกติ การเรียน การทำงาน และทางสังคม

**Obsession** หมายถึงความคิด ความต้องการ หรือมโนภาพที่เกิดขึ้นเองซ้ำๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกรบกวนและไม่เหมาะสม และทำให้เกิดความวิตกกังวลหรือความทุกข์ทรมานใจอย่างรุนแรง โดยที่ความคิด ความต้องการ หรือมโนภาพเหล่านี้ ไม่ใช่ความกังวลที่มากเกินไปจนควรตอบปัญหาที่มีอยู่จริง และผู้ป่วยจะตระหนักดีว่าความคิด ความต้องการ หรือมโนภาพเหล่านี้เกิดจากจิตใจของตนเอง แต่ผู้ป่วยเองรู้สึกไม่ต้องการหรือขัดกับความต้องการของตนเอง (ego-dystonic) และไม่สามารถควบคุมให้หยุดได้ ผู้ป่วยจะพยายามเพิกเฉย ควบคุมหรือเก็บกดความคิด ความต้องการ หรือมโนภาพที่เกิดขึ้น หรือหักล้างโดยความคิดหรือการกระทำอื่น อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ย้ำคิดเรื่องกลัวเปื้อนความสกปรกหรือเชื้อโรค ย้ำคิดเรื่องยังไม่ได้ทำอะไรบางอย่าง เช่น ปิดไฟ ปิดประตู ย้ำคิดเรื่องการเรียงลำดับหรือวางของให้อยู่ในที่พอเหมาะ ย้ำคิดเรื่องเกี่ยวกับความก้าวร้าวต่อบุคคลหรือเรื่องเพศ Compulsion หมายถึงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นซ้ำๆ เช่น ล้างมือ จัดเรียงสิ่งของ ทำกิจกรรมตามลำดับ ตรวจสอบสิ่งของหรือการกระทำบางอย่าง หรือการกระทำบางอย่างในใจที่เกิดขึ้นซ้ำๆ เช่น นับเลข สวดมนต์ หรือคิดคำ วลี ประโยคเดิมซ้ำๆ ซึ่งผู้ป่วยรู้สึกจำเป็นต้องทำเพื่อตอบสนองต่ออาการ obsession หรือทำตามความรู้สึกว่าจำเป็นต้องทำตามอย่างเคร่งครัด การกระทำเหล่านี้ไม่ได้จุดมุ่งหมายเพื่อความเพลิดเพลินใจ แต่มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันหรือลดความทุกข์ทรมานจิตใจ หรือป้องกันไม่ให้เกิดสถานการณ์บางอย่างที่น่ากลัวเกิดขึ้นซึ่งมักไม่สัมพันธ์กับความเป็นจริง

ผู้ป่วย OCD มักมีความเครียดและวิตกกังวลอย่างมาก ทั้งความวิตกกังวลที่เป็นอาการของโรคและความเครียดที่มีต่อการเป็นโรค เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ทราบว่าเป็นอาการผิดปกติ และไม่ทราบว่าต้องรับการรักษา จึงพยายามปกปิดไว้ และทนทุกข์ทรมานแต่เพียงลำพัง นอกจากนี้อาการย้ำคิดบางอย่างเป็นเรื่องน่าอายจึงทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าปรึกษาผู้อื่นหรือให้ข้อมูลกับแพทย์โดยตรง ผู้ป่วย OCD มักเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เป็นโรคที่ตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยยาในกลุ่ม SSRI และพฤติกรรมบำบัด

**Posttraumatic stress disorder (PTSD)** เป็นโรคที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิตหรือการบาดเจ็บสาหัส หรือคุกคามต่อสภาพร่างกายของตนเองหรือผู้อื่น ที่ทำให้เกิดความกลัวอย่างรุนแรง และมีความรู้สึกเหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนใจนี้ตลอดเวลา มีอาการตื่นตัวมากอยู่ตลอด และพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาที่เจาะจงกับโรค โดยเฉพาะการใช้ยา และจิตบำบัดด้วยเช่นกัน

**Social phobia** ผู้ป่วยจะมีความกลัวและวิตกกังวลอย่างมากเกินควรหรือไม่มีเหตุผล และคงอยู่ตลอดต่อสถานการณ์ที่ต้องเข้าสังคมหรือต้องทำอะไรต่อหน้าผู้อื่น โดยวิตกกังวลไปว่าจะทำอะไรที่น่าอาย น่าขายหน้าต่อผู้อื่น หรือกลัวว่าผู้อื่นจะรู้ว่าตนเองวิตกกังวล และมีความวิตกกังวลอย่างรุนแรงเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ดังกล่าว อาจถึงขั้น panic attack ผู้ป่วยจะมีความทุกข์ทรมานใจและพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์เหล่านี้ จนมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในด้านการเรียน การทำงาน และสังคมอย่างชัดเจน ผู้ป่วยมักมีลักษณะกลัวการวิพากษ์วิจารณ์ มองตนเองในแง่ลบ รู้สึกมีปมด้อย self-esteem ต่ำ ไม่กล้าแสดงสิทธิหรือรักษาผลประโยชน์ของตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงอายุ 13-20 ปี

**Specific phobia** ผู้ป่วยจะมีความกลัวและวิตกกังวลอย่างมากเกินควรหรือไม่มีเหตุผล และคงอยู่ตลอดเมื่อจะต้องเผชิญกับบางสิ่งหรือบางสถานการณ์ เช่น สัตว์บางชนิด การเดินทางโดยเครื่องบินหรือรถยนต์ การเข้าลิฟต์ เป็นต้น โดยจะมีความวิตกกังวลอย่างรุนแรงถ้าต้องเผชิญ และได้รับผลกระทบเช่นเดียวกับ social phobia ผู้ป่วยจะพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้นหรือสถานการณ์เหล่านั้น

**Separation anxiety disorder** ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลมากเกินควรเกี่ยวกับการต้องห่างจากบ้านหรือคนที่ผูกพัน หรือกังวลมากในเรื่องความปลอดภัยของตนเองหรือพ่อแม่ กลัวการอยู่คนเดียว ผื่นร้าย มีอาการทางกายที่หาสาเหตุไม่ได้ อาจไม่ยอมไปโรงเรียนและทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น มักเป็นโรคที่เกิดในเด็กมากกว่าวัยรุ่นแต่ก็มีโอกาสเกิดในวัยรุ่นได้

**Mood disorders** วัณโรคที่เป็น major depressive disorder และ dysthymia มักแปลความหมายเหตุการณ์หรือสถานการณ์ในด้านลบ มีความคิดต่อตนเอง ผู้อื่น และอนาคตในทางลบ จึงทำให้เกิดความรู้สึกเครียดกับเรื่องต่างๆ ได้ง่าย ผู้ป่วย depressive disorder อาจมีปัญหาที่ทำให้เกิดความตึงเครียด และเป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคจริง แต่ในขณะที่มีอาการของโรคผู้ป่วยจะแปลความหมายปัญหานั้นและเรื่องต่างๆ ในด้านลบมากเกินความจริง เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เจาะจงกับโรคจนมีอาการดีขึ้นจะมีความคิดต่อเรื่องต่างๆ ในด้านลบลดลง

**Adjustment disorder** ผู้ป่วยมีอาการทางอารมณ์หรือพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความตึงเครียด ที่ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมานเกินกว่าที่คาดว่าจะเกิดขึ้น หรือทำให้ความสามารถด้านการเรียน การทำงาน สังคมบกพร่องลงไป หรืออาจเรียกว่ามีปัญหากการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความตึงเครียด บางคนอาจมีอาการเด่นคืออารมณ์ซึมเศร้า หรือรู้สึกสิ้นหวัง บางคนอาจมีอาการเด่นคือวิตกกังวล หรืออาจเป็นทั้งสองกลุ่มอาการ

**Psychotic disorders** ผู้ป่วยโรคจิตในระยะที่มีอาการประสาทหลอนหรือมีความคิดหลงผิดอย่างชัดเจนมักไม่มีปัญหาในการวินิจฉัย ความเครียดหรือวิตกกังวลมีลักษณะหลุดจากความเป็นจริงอย่างชัดเจน แต่ผู้ป่วยในระยะ prodromal หรือยังมีอาการโรคจิตไม่ชัดเจนอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการวิตกกังวลง่ายได้เช่นกัน แต่ความวิตกกังวลนั้นมักจะมีลักษณะคลุมเครือ ไม่แน่นอน เลื่อนลอย ไม่สมเหตุผล อาจหลุดไปจากความเป็นจริง เช่น คิดว่าผู้อื่นพูดถึงตนเอง แล้วคนอื่นรู้หรือได้ยินความคิดของตนเอง

**Personality disorder** ผู้ป่วย personality disorder ที่มีปัญหาเครียดและวิตกกังวลง่าย ได้แก่ obsessive compulsive personality disorder, dependent personality disorder, avoidant personality disorder, borderline personality disorder, histrionic personality disorder เป็นต้น

**Other psychiatric disorders** วัณโรคที่เป็นโรคทางจิตเวชบางโรคมีโอกาสดังกล่าวทำให้เกิดความตึงเครียดได้ง่าย และมีโอกาสเป็นโรคในกลุ่ม anxiety disorder หรือ depressive disorder ร่วมด้วยสูง ได้แก่ learning disorder, ADHD, oppositional defiant disorder, และ conduct disorder เป็นต้น จึงจำเป็นต้องให้การวินิจฉัยและรักษาโรคที่เป็นสาเหตุเหล่านี้เสียก่อนด้วย

**Medical disorders** นอกจากนี้ยังต้องวินิจฉัยแยกโรคโรคทางกายที่เป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล หรืออารมณ์ซึมเศร้าด้วย เช่น hyperthyroidism, hypothyroidism, hyperadrenocorticism, cardiovascular and respiratory conditions, metabolic conditions, neurological conditions, การใช้ยา สารหรือสารเสพติดบางชนิด เช่น caffeine, alcohol, amphetamine and related substances, ยาในกลุ่ม sympathomimetics, bronchodilators, steroids เป็นต้น หรืออาจเป็นจากอาการของ alcohol withdrawal, benzodiazepine withdrawal ก็ได้

วัณโรคที่ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ อาจมาพบแพทย์ได้ในหลายรูปแบบ ตั้งแต่มาปรึกษาโดยตรง เพราะรู้สึกว่าตนเองมีความเครียดและยังแก้ไขไม่ได้ หากวัณโรคมีความคุ้นเคยและไว้วางใจแพทย์ผู้รักษาดีพอ หรือมาพบแพทย์เนื่องจากเป็นโรคทางจิตเวช เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า ติดสารเสพติด หรือมีปัญหากการเรียน

แต่วัยรุ่นที่ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ส่วนใหญ่แล้วมักมาพบแพทย์ในลักษณะอื่น เช่น ปัญหาพฤติกรรมคือ ต่อต้าน ก้าวร้าว โทกหก ขโมย หรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงจากเดิม แยกตัว เข้ากับผู้อื่นได้ยาก รู้สึกว่าตนเองไม่ดีพอ อารมณ์หงุดหงิด มีปัญหาการนอน การกินอาหาร น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมาก บัสสาวะรดที่นอน อาจมาที่ห้องฉุกเฉินด้วยอาการ hyperventilation syndrome และการพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น หรืออาจมาพบแพทย์ด้วยอาการทางกายที่ไม่สามารถอธิบายสาเหตุได้ เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อาการทางระบบประสาท อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ หายใจไม่เต็มอิ่ม ใจสั่น เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสียเรื้อรัง หรือมีอาการของโรคทางกายที่ควบคุมได้ยากสำหรับวัยรุ่นที่เป็นโรคเรื้อรังบางอย่าง ผลการวิจัยภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในประเทศไทยพบว่า มีวัยรุ่นถึงร้อยละ 35 ที่มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย วิตกกังวลสูง เมื่อมีปัญหาสะท้อนอารมณ์

การช่วยเหลือวัยรุ่นจัดการกับความเครียดอาศัยความเข้าใจในเรื่องพัฒนาการด้านต่างๆ และความต้องการของวัยรุ่นเป็นสำคัญ เช่น cognitive development, emotional development, moral development, การพัฒนา identity, self-esteem, ความต้องการ independence, acceptance, และ control เป็นต้น นอกจากนี้ควรมีความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับจรรยาบรรณวิชาชีพของบุคลิก (Personal iceberg) ตามแนวทางการบำบัดแบบ Satir ซึ่งอธิบายประสบการณ์ภายในจิตใจของมนุษย์ว่าพฤติกรรมภายนอกเปรียบเสมือนน้ำแข็งส่วนที่อยู่เหนือน้ำ แต่ภายใต้ภูเขาน้ำแข็งอันเป็นสาเหตุให้แต่ละคนประสบปัญหาและสามารถจัดการกับความเครียดได้แตกต่างกันนั้นยังประกอบไปด้วย 1) ความรู้สึก ความรู้สึกที่มีต่อประสบการณ์ต่างๆ เช่น โกรธ กลัว เสียใจ ดีใจ ปลื้มใจ รวมทั้งความรู้สึกที่มีต่อความรู้สึกนั้น เช่น เสียใจที่รู้สึกโกรธ 2) การรับรู้ การรับรู้ประสบการณ์ต่างๆ อาจเกิดจากความเชื่อ ความคิด การให้คุณค่า การตีความเอาเอง ฯลฯ 3) ความคาดหวัง ทั้งความคาดหวังต่อตนเอง ผู้อื่น ความคาดหวังจากผู้อื่น 4) ความปรารถนา ความปรารถนาในส่วนลึกของจิตใจของแต่ละคนแตกต่างกันไป แต่มีความปรารถนาที่เป็นสากล ได้แก่ ความรัก การยอมรับ ความเป็นเจ้าของ ความเป็นอิสระ เป็นต้น 5) ความเป็นตัวตน (self) หมายถึง แก่นแท้ของชีวิต จิตวิญญาณ และที่สำคัญคือเรื่อง self-esteem การเข้าใจถึงส่วนลึกของจิตใจที่อยู่ภายใต้ภูเขาน้ำแข็ง ทำให้สามารถเข้าใจสาเหตุที่วัยรุ่นเกิดความตึงเครียดและความสามารถในการจัดการกับความเครียดได้ง่ายขึ้น ทำให้สามารถเข้าถึงจิตใจวัยรุ่นและตอบสนองความต้องการภายในจิตใจได้อย่างเหมาะสม

## บทบาทของแพทย์ในการช่วยเหลือวัยรุ่นจัดการกับความเครียด

การช่วยเหลือวัยรุ่นจัดการกับความเครียดควรเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การรักษาความไว้วางใจ การรักษาความเป็นส่วนตัว การเป็นผู้ฟังที่ดี ไม่ตัดสินการกระทำของวัยรุ่นว่าถูกหรือผิดตามความรู้สึกหรือประสบการณ์ส่วนตัว

ประเมินด้านจิตสังคมในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ประเมินปัญหาที่ทำให้เกิดความตึงเครียดและวิธีจัดการกับความเครียด เป็นแบบอย่างในการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม เป็นเครือข่ายสังคมในการให้ความช่วยเหลือวัยรุ่น และให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการที่แสดงว่าวัยรุ่นมีความเครียดตามที่ได้กล่าวถึงแล้วข้างต้นกับทั้งวัยรุ่นเองและผู้ปกครองอย่างสม่ำเสมอ สนับสนุนให้วัยรุ่นได้พูดคุยถึงปัญหาที่ทำให้เกิดความตึงเครียดด้วยท่าทียินดีรับฟังปัญหา ถามคำถามเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจปัญหามากขึ้น ที่สำคัญคืออย่าด่วนสรุปและรีบให้คำแนะนำ เพราะวัยรุ่นอาจรู้สึกยังไม่เข้าใจปัญหาและความรู้สึกที่แท้จริงของเขา หรือไม่เต็มใจให้ความช่วยเหลืออย่างแท้จริง ในบางครั้งวัยรุ่นอาจไม่ได้ต้องการคำแนะนำใดๆก็ได้ เพียงแต่ต้องการบุคคลที่รับฟังและเข้าใจความรู้สึกของเขาเท่านั้นเอง ปัญหาบางอย่างอาจเป็นเรื่องเล็กน้อยสำหรับผู้ให้คำปรึกษา แต่ไม่ควรทำให้วัยรุ่นรู้สึกได้ว่าผู้ให้คำปรึกษามองเห็นเป็นเรื่องเล็กน้อย เพราะทำให้วัยรุ่นรู้สึกว่าไม่เข้าใจหรือไม่เต็มใจรับฟังปัญหาก็ได้

## การให้คำแนะนำวิธีจัดการกับความเครียด

**Problem solving** ควรเลือกแนะนำให้ใช้วิธีการจัดการแบบproblem-focused เป็นลำดับแรก ควรแนะนำการฝึกแก้ไขปัญหาเมื่อเริ่มเกิดปัญหา โดยเริ่มจากการกำหนดว่าปัญหาคืออะไรก่อนที่จะรู้สึกเครียดมากเกินไป อะไรเป็นสาเหตุของปัญหา มีแนวทางการแก้ไขอย่างไรบ้าง และวิธีใดเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุด แนะนำให้วัยรุ่นปฏิบัติสม่ำเสมอทุกครั้งที่เริ่มเกิดปัญหา ในระยะแรกอาจต้องเสนอวิธีการแก้ไขให้วัยรุ่น แต่เมื่อทำซ้ำบ่อยๆ ก็จะคิดวิธีการแก้ปัญหากเองได้ง่ายขึ้น ควรคิดวิธีการอย่างน้อย 3 วิธีเพื่อการตัดสินใจ และควรสนับสนุนวิธีการที่มีลักษณะ self reliance หรือจัดการปัญหาที่ตนเองมากกว่าการจัดการกับผู้อื่น

**Seeking information** การมีข้อมูลครบถ้วนจะช่วยลดความวิตกกังวล และสามารถแก้ปัญหาได้ดีขึ้น จึงควรให้ข้อมูลในเรื่องต่างๆ ที่แพทย์มีความรู้และประสบการณ์มากกว่าวัยรุ่น สนับสนุนให้วัยรุ่นรู้จักวิธีการหาข้อมูลที่เหมาะสมกับปัญหา เช่น แพทย์สามารถช่วยได้มากในเรื่องข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะสำหรับวัยรุ่นที่เป็นโรคทางกายเรื้อรัง

**Seeking social support** การหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากอย่างหนึ่ง เพราะอาจได้ทั้งการช่วยเหลือวิธีแก้ปัญหากจากผู้อื่น และการระบายความรู้สึกถ้ายังไม่มียวิธีแก้ปัญหานั้นได้ จึงควรแนะนำให้ปรึกษาและขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่ไว้วางใจได้ เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือครูอาจารย์ เป็นต้น แนะนำให้หลีกเลี่ยงการเผชิญและแก้ปัญหาแต่เพียงลำพัง

**Cognitive restructuring** เมื่อเกิดเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความตึงเครียดขึ้น แต่ละคนจะมีการตอบสนองที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ทั้งอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการตอบสนองทางสรีรวิทยา แตกต่างกันอันเป็นผลจากปัจจัยทางชีวภาพและประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งการตอบสนองเหล่านี้มักเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความตึงเครียด การช่วยเหลือให้วัยรุ่นตอบสนองต่อเหตุการณ์ได้เหมาะสม เริ่มจากการช่วยให้วัยรุ่นมองเห็นว่าการตอบสนองอย่างอัตโนมัติของเขาเป็นอย่างไร และผลตามมาจะเป็นอย่างไร ความเป็นจริงแล้วเหตุการณ์นั้นอาจมีความหมายอย่างอื่นได้หรือไม่อย่างไรบ้าง จะสามารถตอบสนองต่อเหตุการณ์ดังกล่าวอย่างไรได้บ้าง และจะเกิดผลอย่างไรหากเขาตอบสนองในรูปแบบอื่น อาจชี้ให้วัยรุ่นเห็นว่าประสบการณ์ในอดีตอาจทำให้เขาแปลความหมายอย่างนั้นและยอมรับตัวเองที่มีการตอบสนองอย่างนั้นมีความเป็นมา ไม่ได้เป็นความบกพร่องของเขาอย่างเดียว ตัวอย่างเช่น วัยรุ่นเองที่มีความคิดอัตโนมัติว่าตนเองยังไม่ดีพออาจเกิดจากพ่อแม่ตำหนิรุนแรงเป็นประจำ ควรแนะนำให้วัยรุ่นฝึกประเมินและปรับการตอบสนองของตนเอง และพูดกับตนเองในเรื่องนี้อย่างสม่ำเสมอ

**Relaxation** ควรให้คำแนะนำวัยรุ่นที่มีความตึงเครียดให้รู้จักวิธีการผ่อนคลาย เช่น การฝึกคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ การจินตนาการถึงบรรยากาศที่มีความสุข การดูหนัง ฟังเพลง เล่นกับสัตว์เลี้ยง เพื่อหลีกเลี่ยงจากปัญหาชั่วคราว การมีเวลาอยู่อย่างสงบคนเดียว 10-20 นาที จะช่วยลดความเครียดได้มาก และช่วยให้คิดวิธีจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น

**Positive thinking** เช่น การให้คำแนะนำว่ามีเหตุการณืที่ดีเกิดขึ้นหลังจากเหตุการณ์ไม่ตีเสมอ โดยอาจใช้สำนวนคำพ้องเพมาประกอบ หรือแนะนำให้มองปัญหาในมุมมองที่ต่างไปจากเดิม ให้มองด้านบวกของปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น หากสามารถเอาชนะปัญหาไปได้ จะทำให้มีจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น สามารถเอาชนะปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ดีกว่าการไม่เคยประสบปัญหาเลย ให้เปลี่ยนมุมมองมองเป็นเรื่องท้าทายแทนการผิดหวังเสียใจ

สำหรับวัยรุ่นที่ตึงเครียดเพราะต้องการทำทุกอย่างสมบูรณ์แบบครบถ้วน ควรให้คำแนะนำเรื่องไม่มีใครในโลกนี้ที่สมบูรณ์แบบครบถ้วนทุกอย่าง จึงไม่ต้องคาดหวังกับตนเองและคนอื่นว่าต้องทำทุกอย่างสมบูรณ์แบบ หรือคาดหวังให้ตนเองต้องทำเหมือนใครๆ และไม่มี ความจำเป็นต้องทำทุกอย่างสมบูรณ์แบบครบถ้วนที่สุดหรือต้องดีจนไม่มีที่ติ ให้ตอบคำถามตัวเองว่าอะไรที่ควรทำจริงๆและสมควรทำเรื่องนั้นให้สมบูรณ์แบบแค่ไหนในสถานการณ์



ที่กำหนด โดยให้ยึดหลักการว่าทำเรื่องส่วนใหญ่ได้ดีก็เพียงพอแล้วไม่มีความจำเป็นต้องทำดีที่สุดในทุกเรื่อง การถามความเห็นคนอื่นด้วยจะทำให้ตัดสินใจง่ายขึ้น

สำหรับวัยรุ่นที่ติงเครียดเพราะรู้สึกว่ามีปัญหาหลายอย่างท่วมตัว ควรให้คำแนะนำว่าวิธีการที่ดีที่สุดคือการจัดการที่ละปัญหา ควรเรียงลำดับว่าจะจัดการกับเรื่องใดที่สำคัญก่อน เมื่อเสร็จเรียบร้อยแล้วจึงค่อยจัดการเรื่องอันดับถัดไป ความสำเร็จในการจัดการบางเรื่องได้ก่อนจะทำให้รู้สึกพึงพอใจ และเป็นแรงจูงใจให้สามารถแก้ไขปัญหาคือต่อไปได้

สำหรับวัยรุ่นที่มักรู้สึกว่าตนเองยังไม่ดีพอ ควรแนะนำให้มองเห็นข้อดีของตนเอง เสริม self-esteem ด้วยการให้กำลังใจและคำชมเชยอย่างเหมาะสม ให้อยอมรับตนเองอย่างที่ตนเองเป็นโดยไม่ต้องมีเงื่อนไข รู้จักตั้งจุดมุ่งหมายให้พอดีกับตนเอง ไม่สูงเกินความสามารถ แนะนำเรื่องการเตรียมตัวให้พร้อมมากที่สุดตามความสามารถถ้าจะต้องเจอสถานการณ์ที่ติงเครียด เช่น การสัมภาษณ์ การพูดหน้าชั้น เป็นต้น

การแนะนำให้ใช้หลักธรรมชาติจัดการกับความเครียด ควรนำหลักธรรมมาประยุกต์ใช้ในการให้คำปรึกษาอย่างง่าย ๆ เช่น ให้เข้าใจโลกตามความจริงว่าสิ่งต่างๆ ในโลกต่างเกิดขึ้น คงอยู่ และดับไป ความรู้สึกต่างๆ ของคนก็เป็นเช่นเดียวกัน ดังนั้นความรักก็เกิดขึ้น คงอยู่ และดับไปได้เช่นเดียวกัน หรือแนะนำให้เข้าใจเรื่องโลกธรรม 8 ว่าทุกอย่างในโลกนี้มีของที่คุณกัน คือ สุข ทุกข์ สรรเสริญ นินทา ลาภ เสื่อมลาภ ยศ เสื่อมยศ การให้คำแนะนำในเรื่องหลักธรรมช่วย ให้วัยรุ่นเข้าใจความเป็นจริงของโลก และสามารถเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ดีขึ้น ทั้งนี้ไม่ควรให้คำแนะนำเป็นลักษณะการสั่งสอนอบรม โดยไม่รับฟังความคิดเห็นความรู้สึกของวัยรุ่นให้เสียก่อน

สนับสนุนให้วัยรุ่นที่มีความติงเครียดเข้าร่วมกิจกรรมตามปกติให้มากที่สุด หลีกเลี่ยงการแยกตัวอยู่คนเดียว ควรแนะนำให้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการดื่มกาแฟและอาหารหรือเครื่องดื่มที่มี caffeine เป็นส่วนประกอบ และหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า หรือใช้สารเสพติดอื่น เพราะทำให้ติงเครียดได้ง่ายขึ้นและลดความสามารถในการจัดการกับความเครียดลง และแนะนำให้รู้จักแสดงความรู้สึกโกรธความไม่พอใจด้วยคำพูดอย่างสุภาพแต่หนักแน่นจริงจัง ทดแทนการโต้ตอบด้วยความรุนแรง การประชดประชัน หรือการจ่ายอม





## บรรณานุกรม

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition -text revision. (DSM-IV-TR) Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
2. Bonica C, Daniel JH. Helping adolescents cope with stress during stressful times. *Curr Opin Pediatr* 2003;15:385-90.
3. Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implication for successful adaptation to extreme stress. *Am J Psychiatry* 2004;161:195-216.
4. Caldji C, Diorio J, Meaney MJ. Variations in maternal care in infancy regulate the development of stress reactivity. *Biol psychiatry* 2000;48:1164-74.
5. Compas BE, Conner-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychol Bull* 2001;127:87-127.
6. Conner-Smith JK, Compas BE, Wadsworth ME, Thomsen AH, Saltzman H. Responses to stress in adolescence: measurement of coping and involuntary stress responses. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68:976-92.
7. Wexler DB. Cognitive behavior therapy with adolescents. In: Rosner R, ed. *Textbook of adolescent psychiatry*. London : Arnold, 2003:357-65.
8. ณรงค์ สุภัทรพันธุ์, นางพวง ลี้มสุวรรณ (บรรณาธิการ) เอกสารประกอบการฝึกอบรม Satir's systemic brief therapy. กรุงเทพมหานคร 2546.



# การดูแลสุขภาพหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์

พญ.สายรัตน์ นกน้อย  
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี



## บทนำ

ในปัจจุบันประเด็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ถูกหยิบยกขึ้นมาพูดถึงมากขึ้น เนื่องอุบัติการณ์การตั้งครรภ์วัยรุ่นซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ทั้งนี้เป็นผลสืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมซึ่งวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น อัตราการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานสูงขึ้น ในขณะที่ยังขาดความตระหนักในการป้องกันการตั้งครรภ์<sup>1</sup> หญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 13-19 ปี ในสังคมส่วนใหญ่อีกว่าการแต่งงานสร้างครอบครัวในช่วงวัยรุ่นเป็นเรื่องยอมรับไม่ได้ การตั้งครรภ์มักเกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ ก่อให้เกิดภาวะเครียด ความกังวลต่อปัญหาต่างๆ ความรู้สึกผิดและซีมเศร้า<sup>2</sup> บางรายอาจตัดสินใจที่จะยุติการตั้งครรภ์ ในขณะที่บางส่วนอาจคิดหรือพยายามยุติการตั้งครรภ์ แต่สุดท้ายแล้วต้องยอมรับการมีบุตรและมาพบแพทย์เพื่อฝากครรภ์ ซึ่งจะพบว่าครรภ์วัยรุ่นมีปัญหาที่แตกต่างจากครรภ์ทั่วไปโดยเฉพาะปัญหาทางจิตสังคม

## ปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์

### ปัญหาทางกาย (Biological Problems)

การศึกษาหลายการศึกษาพบว่าครรภ์ที่เป็นมารดาวัยรุ่นมักจะมีอุบัติการณ์ของการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย และภาวะโลหิตจางจะสูงกว่าครรภ์ทั่วไป<sup>3</sup> อย่างไรก็ตามสาเหตุของอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นเหล่านี้เป็นผลจากการที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีปัญหาเรื่องความพร้อมในการเป็นมารดาและปัญหาทางจิตสังคมเป็นหลัก<sup>4,5</sup>

### ปัญหาทางจิตสังคม (Psychosocial problem)

พบว่าในวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีอุบัติการณ์ของอารมณ์ซีมเศร้า และมีการใช้ความรุนแรงสูงกว่าการตั้งครรภ์โดยทั่วไป<sup>6</sup> เนื่องจากตั้งครรภ์โดยไม่ได้รับการยอมรับจากสามี จึงถูกละเลย ไม่ได้รับการดูแล และยังคงแยก



จากเพื่อน โดยส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์ซึ่งยังอยู่ระหว่างการเรียน ต้องหยุดเรียนกลางคัน ทำให้มีความรู้สึกผิด เสียความมั่นใจและความภูมิใจในตนเอง<sup>2</sup>

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเปรียบเสมือนยอดของภูเขาน้ำแข็ง โดยที่มีปัญหาอื่นๆที่เรามองไม่เห็นอยู่เบื้องหลังมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการขาดความอบอุ่น ความขัดแย้งและการใช้ความรุนแรงในครอบครัว<sup>7</sup> การขาดการศึกษาและความยากจน นำไปสู่การเที่ยวเตร่ตอนกลางคืน การใช้สุรายาเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์<sup>3,8</sup> ดังกรณีศึกษาต่อไปนี้

## กรณีศึกษา

หญิงตั้งครรภ์อายุ 16 ปี ผ่าครรภ์ครั้งแรกขณะอายุครรภ์ 19 สัปดาห์ ภูมิลำเนา จังหวัดชลบุรี เป็นนักเรียนชั้นปวช.ปีที่ 1 โดนไล่ออกเมื่อหลายเดือนก่อนเนื่องจากการเผยแพร่คลิปที่ตนเองตบตีกับเพื่อน

อาการสำคัญ ขาดนัดฝากครรภ์ต่อเนื่อง เมื่อมาฝากครรภ์พบว่าน้ำหนักขึ้นน้อย ไม่สัมพันธ์กับอายุครรภ์

ประวัติการตั้งครรภ์ ครรภ์นี้เป็นครรภ์แรก (G1P0) อายุครรภ์ปัจจุบัน 25 สัปดาห์

การประเมินความเจ็บป่วย (Illness Approach)

Idea: ไม่ได้ตั้งใจจะมีลูก เคยคิดทำแท้ง แต่แม่ไม่ให้ทำ

Feeling: เหนงาไม่มีเพื่อน มีความกังวลไม่แน่ใจว่าตนจะเลี้ยงลูก น้อยใจสามี ไม่สนใจตนเอง ไม่มาหาสนใจแต่ไปแข่งมอเตอร์ไซค์ กังวลว่าสามีจะไม่สามารถเป็นพ่อที่ดีได้ ท้อแท้รู้สึกว่าคงไม่มีใครที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เบื่อ บางครั้งอยากออกไปเที่ยวกลางคืน แต่ไม่ได้ไป กลัวโดนตำหนิว่าตั้งครรภ์แล้วยังไม่ดูแลตัวเอง

Function: อยู่บ้านเฉยๆ ไม่ได้ทำอะไร ไม่ค่อยอยากกินอาหาร กินบ้าง ไม่กินบ้าง

Expectation: ถ้ามีโอกาสอยากกลับไปเรียน และจะหางานทำไปด้วย เพราะคิดว่าจะมีความจำเป็นต้องใช้เงินในการเลี้ยงดูบุตร ยังไม่แน่ใจว่าจะเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ดีหรือไม่ เพราะเพื่อนบอกว่าจะทำให้หมไม่สวย

ประวัติส่วนตัว คบกับแฟนอายุ 16 ปี เรียนหนังสืออยู่โรงเรียนอีกแห่งหนึ่งจากการแนะนำของเพื่อน เจอกันตอนไปเที่ยวกลางคืน แล้วออกไปขี่มอเตอร์ไซค์แข่ง ซึ่งภาษาวัยรุ่นเรียกกันว่าไปแวนด์ เคยมีแฟนหลายคนแต่คบทีละคน รู้จักกับแฟนคนปัจจุบันคบกันและอยู่ด้วยกันมา 5 เดือน ช่วงที่คบกัน ผู้ป่วยไปอาศัยอยู่บ้านแฟน หลังจากทราบว่าตั้งครรภ์ ในช่วงแรกแฟนไม่ยอมรับ แต่ครอบครัวช่วยไกลเกลี่ย และจะจัดงานให้ในการมาฝากครรภ์ครั้งแรก ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าไม่แน่ใจว่า วันแต่งงานแฟนจะมาหรือเปล่า ตั้งแต่ตั้งครรภ์ตนกลับมายุกับครอบครัวของตนเอง ซึ่งครอบครัวให้ความช่วยเหลือและดูแล

ประวัติครอบครัว บิดาเสียชีวิตตอนอายุ 43 ปี มารดาทำงานบริษัท รายได้ประมาณเดือนละ 10,000 บาท ปัจจุบันแต่งงานมีสามีใหม่ ตนเข้ากับพ่อเลี้ยงได้ดี และพ่อเลี้ยงมักตามใจตนเอง ไม่มีประวัติโรคพันธุกรรมในครอบครัว

ประวัติการใช้สารเสพติด ปฏิเสธการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดอื่นๆ

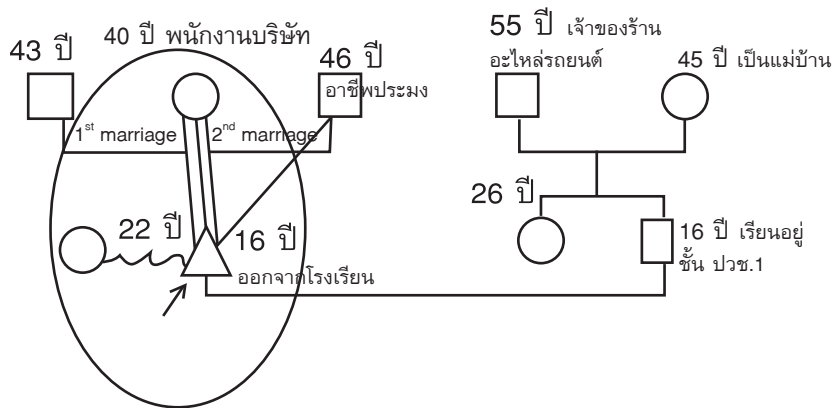
ผลการตรวจร่างกาย ผู้ป่วยฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่อ 8 สัปดาห์ก่อน ชั่งน้ำหนักได้ 50 กิโลกรัม มาติดตามในครั้งนี้น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ตรวจระดับมดลูกพบว่าอยู่ที่ระดับสะดือ วัดได้ 20 เซนติเมตร

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน

Hct = 32%, Hb 10.1 gm/dl, MCV 83.3 fl, OF negative, DCIP negative

Anti-HIV negative, VDRL negative, urine albumin negative urine sugar negative

## แผนภูมิครอบครัว



### Problems list:

1. Unplanned pregnancy
2. Anemia (Iron deficiency anemia )
3. Small uterine size compared to gestational age
4. Parenting problem : non-readiness for motherhood and concern for self care, resulting in inadequate antenatal up-taking
5. Couple negligence: non-readiness for fatherhood, still being at school, economic dependence
6. Depression and isolation from peers
7. School termination

## วิจารณ์

จากกรณีศึกษาจะเห็นได้ว่าการตั้งครรภ์ของมารดาที่ยังเป็นวัยรุ่น มีปัญหาต่างๆ หลายด้าน แพทย์ควรรับฟังและทำความเข้าใจผู้ป่วย ทำความรู้จักและแสดงความจริงใจที่จะให้ความช่วยเหลือ ในกรณีศึกษา นี้ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ได้ตั้งใจที่จะมีบุตร แต่ในที่สุดตัดสินใจที่จะยอมรับและมาฝากครรภ์ อย่างไรก็ตามการที่ไม่ได้รับการดูแลที่ดีจากสามี และขาดเพื่อน ต้องอยู่บ้านตามลำพัง ผู้ป่วยยังมีอารมณ์ซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดการละเลยเรื่องการรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

หมอครอบครัวผู้ดูแลได้ส่งผู้ป่วยไปพบสูตินรีแพทย์ เพื่อประเมินการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ซึ่งผลการตรวจโดยนรีแพทย์พบว่า ขนาดทารกในครรภ์เป็นไปตามวัย ไม่มีภาวะการเติบโตช้า (Intra Uterine Growth Retardation: IUGR) ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจาง การให้ธาตุเหล็กเสริมและเน้นการให้ความรู้เรื่องอาหารที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ และความสำคัญของการรับประทานอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ในการให้คำแนะนำ ทำที่ในการสื่อสารของแพทย์มีส่วนสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย

จากตัวอย่างกรณีศึกษาจะเห็นว่า การดูแลครรภ์ให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น การประเมินเพียงประวัติประจำเดือนครั้งสุดท้ายเพื่อทราบอายุครรภ์ ความเสี่ยงการตั้งครรภ์ครั้งก่อน โรคประจำตัว โรคพันธุกรรม ไม่เพียงพอสำหรับการดูแล การพูดคุยเพื่อทำความเข้าใจในตัวผู้ป่วยและประเมินปัญหาทางจิตสังคมมีความสำคัญ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และสามารถให้ความช่วยเหลือ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ ซึ่งในกรณีศึกษา นี้ ผู้ป่วยได้รับกำลังใจ การให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้ปรับตัวอย่างเหมาะสม รู้จักการเผชิญปัญหา และการวางแผนสำหรับอนาคต

## การประเมินปัญหาทางจิตสังคม

ประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญประกอบด้วย อายุหญิงตั้งครรภ์ ความพร้อมในการเป็นมารดา การใช้ความรุนแรงในครอบครัว การใช้สารเสพติด ปัญหาเรื่องพัฒนาการและสติปัญญา และการได้รับความช่วยเหลือซึ่งควรมีเครื่องมือเพื่อช่วยในการประเมินคนไข้ เพื่อให้สามารถทำการประเมินได้ครอบคลุม และนำไปใช้ในการวางแผนให้การดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งหากผลประเมินมีคะแนนสูง ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงสูงและยิ่งต้องการความช่วยเหลือ

### เครื่องมือประเมินปัญหาในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (ปรับจากเครื่องมือซึ่งพัฒนาโดย Attrill K, 20069)

คะแนน	0	1	2	3
อายุเมื่อเริ่มตั้งครรภ์	>18ปี	17	16	< 16
ปัญหาทางสุขภาพจิต	ไม่มีปัญหาทางสุขภาพจิต	มีประวัติซึมเศร้า	เคยมีประวัติทำร้ายร่างกายตนเอง (> 1 ปีที่ผ่านมา)	มีประวัติทำร้ายร่างกายตนเองในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
ความพร้อมในการเป็นมารดา	เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงเด็กทารกและการเป็นมารดา	รู้และเข้าใจว่าคุณสมบัติของมารดาที่ดีมีอะไรบ้าง	ยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทความเป็นแม่	ไม่สนใจเรื่องการเป็นมารดา คิดฟุ้งฟุ้งผู้อื่นในการเลี้ยงดูบุตร
ความมั่นคงทางอารมณ์และการยอมรับการตั้งครรภ์	คู่สมรสมีอายุมากกว่ายอมรับและในความสัมพันธ์	มีความสัมพันธ์ที่ดีกับคู่ของตน	ความสัมพันธ์กับคู่ไม่ค่อยราบรื่น	คู่ของตนไม่ยอมรับการตั้งครรภ์
การใช้ความรุนแรงในครอบครัว	ไม่มี	ถูกทำร้ายด้วยคำพูด	ถูกทำร้ายทางร่างกายเมื่อหลายเดือนก่อน	ถูกทำร้ายร่างกายในช่วงเดือนที่ผ่านมา
การได้รับความช่วยเหลือ	ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวทั้งสองฝ่าย	ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวของตนเอง	ได้รับความช่วยเหลือเฉพาะแฟน/สามี	ไม่มีแหล่งให้ความช่วยเหลือ
ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวหรือต่อต้านสังคม	ไม่เคยมีปัญหา	เคยมีปัญหาโดนทำโทษตักเตือนที่โรงเรียน	เคยมีปัญหาในโรงเรียนและโดนไล่ออก	เคยมีปัญหาแล้วโดนคุมประพฤติ
การใช้สารเสพติด	ไม่เคยใช้สารเสพติด	มีประวัติการใช้บุหรี่หรือเหล้า	มีการใช้สารเสพติด เช่น แอมเฟตามีน	มีการใช้สารเสพติดรุนแรง เช่น เฮโรอีน
มีปัญหาในระดับสติปัญญา	ไม่มี	มีปัญหาแต่ไม่มากสามารถเลี้ยงดูบุตรได้ด้วยตนเอง	มีปัญหาปานกลางต้องได้รับความช่วยเหลือเรื่องการเลี้ยงดูบุตร	มีปัญหาในระดับสติปัญญามากไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง
การศึกษาหรือการทำงาน	มีการศึกษาและมืงงานทำประจำอยู่แล้ว	กำลังศึกษาอยู่และต้องออกจากมีแผนการชัดเจนเรื่องการศึกษาและการทำงานสำหรับอนาคต	ต้องออกจากการศึกษาและยังไม่มีแผนการว่าจะทำอย่างไรต่อไป	ไม่สนใจเรื่องการศึกษาหรือการทำงานประกอบอาชีพ

## การจัดบริการเพื่อดูแลครรภ์มารดาวัยรุ่น<sup>9</sup>

การเข้าถึงบริการสำหรับหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ยังเป็นปัญหาที่สำคัญ วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักรู้สึกผิดเหมือนตนเองผิด และไม่ต้องการถูกซ้ำเติม แต่ในความเป็นจริง บุคลากรทางการแพทย์ยังมีอคติต่อวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ เมื่อมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล หญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มักถูกตำหนิ และซ้ำเติมจากบุคลากรทางการแพทย์<sup>10</sup> ส่งผลให้เกิดมาฝากครรภ์ช้าและหรือไม่มาตามนัด ในการจัดระบบบริการสำหรับมารดาวัยรุ่น มีข้อควรคำนึงดังนี้

ควรเตรียมความพร้อม ทำความเข้าใจกับทีมบุคลากรทางการแพทย์ สร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลมารดาวัยรุ่น เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และมารับการดูแลครรภ์อย่างต่อเนื่อง

การให้การดูแลทางจิตสังคมมีความสำคัญอย่างมากในการดูแลมารดาวัยรุ่น ควรมีการให้คำปรึกษา ซึ่งสามารถทำได้ทั้งรูปแบบการให้การปรึกษารายบุคคลและแบบกลุ่ม ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและปัญหาที่พบ

ในการทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้ความรู้และคำปรึกษา ควรแยกออกจากระบบบริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป เนื่องจากวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีปัญหาซับซ้อน อาจมีอาการซึมเศร้า ความรู้สึกผิด และมีระดับความสนใจในการเรียนรู้ต่างจากมารดาที่ตั้งครรภ์โดยทั่วไป การที่แยกเป็นกลุ่มวัยรุ่นจะทำให้รู้สึกว่ามีเพื่อนและกล้าที่จะแลกเปลี่ยนเพื่อให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ควรมีการประสานงานในทีมดูแล ซึ่งประกอบด้วยนักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาล เพื่อให้ความรู้ในการดูแลตนเองและเตรียมความพร้อมในการเป็นมารดา และให้การช่วยเหลือทางสังคม

เนื่องจากมารดาวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะให้บุตรน้อยกว่าครรภ์โดยทั่วไปถึงสามเท่า ควรเน้นการให้ความรู้เรื่องความสำคัญในการให้นมมารดา และวิธีการให้นมมารดา การเก็บนมมารดาไว้เพื่อใช้ต่อไปในกรณีที่มารดาต้องทำงาน

## ตัวอย่างการจัดรูปแบบระบบบริการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มสำหรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น<sup>11</sup>

การจัดบริการฝากครรภ์ สามารถแยกกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นออกมาให้คำปรึกษาแบบเผชิญความจริง ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการให้คำปรึกษาซึ่งสามารถนำมาใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เน้นให้หญิงตั้งครรภ์มีรับผิดชอบต่อปัญหา พัฒนาทักษะในการคิดแก้ปัญหาโดยพิจารณาตามความเป็นจริงสนับสนุนให้วางโครงการสำหรับอนาคต และมีความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการไปตามแผนที่วางไว้ ส่งเสริมให้มีความมั่นใจในตัวเอง ช่วยให้ผู้รู้จักความต้องการของตนเองและค้นพบวิธีตอบสนองต่อความต้องการของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่กระทบต่อสิทธิของผู้อื่น<sup>12</sup>

การให้คำปรึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อ จัดกระบวนการให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเริ่มวางแผนในการดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ไปจนถึงหลังคลอด รวมทั้งมีการให้ข้อมูลสามีหรือผู้ปกครองเพื่อช่วยกันดูแลขณะตั้งครรภ์ โดยตั้งเป้าหมายให้ทารกปลอดภัย มีน้ำหนักตามเกณฑ์ และมีความรักใคร่ผูกพันที่เพิ่มขึ้น ทีมบุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทในการช่วยเหลือให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเมื่อการดูแลตนเองบรรลุเป้าหมายก็เป็นการพัฒนาความสำเร็จของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

การทำกิจกรรมกลุ่มมีขั้นตอนดังนี้

**ครั้งที่ 1 การพัฒนาเอกลักษณ์ความสำเร็จ** ให้วาดรูป “ครอบครัวของฉัน” นำเสนอและวางแผนการเดินทางสู่เป้าหมาย “ครอบครัวของฉัน” การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์เพื่อนำไปสู่ “ครอบครัวของฉัน” ซึ่งหลังจากนั้น จะให้สามีหรือผู้ปกครองเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นกับภาพที่วาด การดำเนินกิจกรรมในครั้งนี้เป็นการทำความรู้จักกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เพื่อสร้างความคุ้นเคย

ครั้งที่ 2 ประเมินปัญหาในการวางแผนการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งใจมีบุตรและมีบุตรโดยไม่  
ได้ตั้งใจ ทำการแลกเปลี่ยนการแก้ไข้ปัญหาเพื่อการเดินทางสู่เป้าหมาย “ครอบครัวของฉัน” ที่มีบุคลากร  
ทางการแพทย์สอดแทรกความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การปฏิสนธิ พัฒนาการของทารกในครรภ์ และฝึกทักษะ  
ในการสร้างความรักใคร่ผูกพันต่อทารกในครรภ์ ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรในครรภ์ การอุทิศตนเพื่อบุตร  
ในครรภ์ การยอมรับทารก การแสดงบทบาทการเป็นมารดา หลังจากเสร็จกิจกรรมกลุ่ม ในรายที่มีสามีมาด้วย  
จะให้สามีได้เรียนรู้บทบาทของบิดา

ครั้งที่ 3 ทบทวนสอบถามปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน การแก้ปัญหา ให้กลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อ  
ช่วยกันแก้ไข้ปัญหาของเพื่อนและทุกคนวางแผนในการเดินทางสู่ “ครอบครัวของฉัน” ทบทวนทักษะในการ  
สร้างความรักใคร่ผูกพันกับบุตรในครรภ์ ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด การเผชิญปัญหา ในรายที่มีสามี  
มาด้วย ให้สามีได้เรียนรู้ด้านอารมณ์และความเครียดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและสามี ให้ช่วยกันหาวิธีการ  
จัดการกับความเครียด

ครั้งที่ 4 ทบทวนปัญหาและการแก้ไข้ในครั้งก่อนๆ ปัญหาในปัจจุบัน ให้กลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็น และ  
วางแผนต่อการแก้ไข้ปัญหา ที่มีบุคลากรสอดแทรกการให้ความรู้เรื่องการเดินทางสู่ครอบครัวด้วยนมมารดา

ครั้งที่ 5 ขึ้นปิดกระบวนการ ทบทวนปัญหา การแก้ไข้ปัญหาทั้งในครั้งก่อนๆและในปัจจุบัน แสดงความ  
คิดเห็นต่อการแก้ไข้ปัญหา ที่มีบุคลากรแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว สรุปผลการดำเนินการกิจกรรมกลุ่ม  
การประมาณการน้ำหนักทารก กล่าวชมเชยให้กำลังใจ เชื่อมโยงไปสู่การดูแลทารกที่ดีในอนาคต ให้หมายเลข  
โทรศัพท์เพื่อติดต่อกับทีมผู้ให้คำปรึกษา เมื่อมีปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือ และทำการนัดหมายเพื่อการ  
ติดตามหลังคลอดต่อไป

ทั้งนี้ในการทำกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้งและเมื่อเสร็จกิจกรรมกลุ่มในรายที่นักสังคมสงเคราะห์พบว่ามีปัญหา  
ซึ่งมีรายละเอียดเฉพาะตัว จะมีการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพิ่มเติม รูปแบบตัวอย่างการให้คำปรึกษาแบบ  
กลุ่มนี้ได้มีการนำไปใช้ และพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความรักใคร่ผูกพันเพิ่มมากขึ้นเมื่อผ่านกระบวนการกลุ่ม  
เกิดความมั่นใจและก้าวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม

## บทสรุป

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเปรียบเสมือนยอดของภูเขาน้ำแข็ง โดยที่มีปัญหาอื่นๆ ที่เรามองไม่เห็นอยู่เบื้องหลัง  
มากมาย ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่นโดยส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาทางจิตสังคม หมอ  
ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลครรภ์วัยรุ่น เพื่อให้การดูแลครรภ์มีคุณภาพ ได้รับการประเมินโดย  
ครอบครัวทุกมิติ และยังมีบทบาทเป็นผู้ประสานการดูแลให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ  
เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากตั้งครรภ์ รวมถึงปัญหาการละเลยการเลี้ยงดูบุตรในอนาคต



## เอกสารอ้างอิง

1. Isaranurug S, Mo-Suwan L, Choprapawon C. Differences in socio-economic status, service utilization, and pregnancy outcomes between teenage and adult mothers. *J Med Assoc Thai* 2006;89(2): 145-51.
2. Piyasil V. Anxiety and depression in teenage mothers: a comparative study. *J Med Assoc Thai* 1998;81(2):125-9.
3. Watcharaseranee N, Pinchantra P, Piyaman S. The incidence and complications of teenage pregnancy at Chonburi Hospital. *J Med Assoc Thai* 2006;89 Suppl 4:S118-23.
4. Imamura M, Toker J, Habbafird P, Astin M, Oliveira da Silva M, Bloemenkap KWM, et al. REPROSTAT 2: A systematic review of factors associated with teenage pregnancy in the European Union. Final Report. Aberdeen: University of Aberdeen, 2006:204.
5. Lao TT. Teenage pregnancy and obstetric outcome. *Journal of Paediatrics, Obstetrics and Gynaecology (Hong Kong Edition)* 2004;30(3):7.
6. Naumann P, Langford D, Torres S, Campbell J, Glass N. Women battering in primary care practice. *Fam Pract* 1999;16(4):343-52.
7. Stringham P. Domestic violence. *Prim Care* 1999;26(2):373-84.
8. ยุทธพงศ์ วีระวัฒน์ตระกูล, พัจนสุนทร น. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 1998;13(2):5.
9. Department for Children SaF. Teenage parents: who cares? A guide to commissioning and delivering maternity services for young parents. Nottingham: Department for Children, Schools and Families, 2008.
10. Tangmunkongvorakul A, Kane R, Wellings K. Gender double standards in young people attending sexual health services in Northern Thailand. *Cult Health Sex* 2005;7(4):361-73.
11. ไศภิชฐ์ วิพิศมากุล, ณัฐฐ์ปัญชยา ทิพนาดพัฒน์นรี, วิชกุล ส. ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงร่วมกับโปรแกรมการเสริมสร้างความรักใคร่ผูกพันกับบุตรในครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นคลินิกสร้างสุขภาพ ชลบุรี: โรงพยาบาลเมืองชลบุรี, 2550.
12. Glasser W. Control Therapy: A new explanation of how we control our lives. New York: Harper and Row, 1986.



## เพศศึกษากับวัยรุ่นยุคใหม่

นพ.สตางค์ สุภผล

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลขอนแก่น

- “สาวยุคใหม่ใช้เฟสบุ๊กล่าแต้ม”
- “ไทยทำสถิติคุณแม่วัยใสสูงสุดในเอเชีย”
- “เด็กปวช.เมินถูงยาง ส่งผลท้องก่อนวัยสมควร”
- “ผลวิจัย “แม่วัยใส” มีเซ็กซ์ครั้งแรกไม่ป้องกัน 33.9%”

พาดหัวข่าวดังกล่าวคงสร้างความหนักใจให้กับพ่อแม่ผู้ปกครอง รวมถึงผู้ใหญ่ที่ตระหนักถึงปัญหาที่น่าหนักใจของวัยรุ่นปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นการแสดงออกทางเพศที่เปิดเผยมก การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร พฤติกรรมเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน จนไปถึงการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) หรือ สภาพัฒน์ฯ ได้รายงานมาว่า ปัจจุบันกลุ่มผู้ใช้เครือข่ายสังคม Facebook กลุ่มที่ใหญ่ที่สุดคือ กลุ่มอายุ 18-24 ปี โดยเป็นคิดเป็นสัดส่วนเกือบ 40% ของผู้ใช้ทั้งหมด ซึ่งกลุ่มวัยรุ่นนี้ไม่มีวุฒิภาวะเท่าที่ควร และไม่มีความรับผิดชอบสูงพอ ทำให้เกิดปัญหาคือมีการเผยแพร่ภาพไม่เหมาะสมในสังคมออนไลน์มีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เป็นการเผยแพร่คลิปวิดีโอของเด็กระดับมัธยมต้นที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ถอดเสื้อผ้า เดินโคโยตี้ในชุดเครื่องแต่งกายไม่เหมาะสม แสดงออกถึงการยั่วยุทางเพศหรือตบตีกันแย่งผู้ชาย นอกจากนี้ยังมีการโพสต์ข้อความแสดงถึงนัยยะทางเพศ และคำนินยาคติๆ ทางเพศ เช่น มองเรื่องการมีเพศสัมพันธ์เป็นการล่าแต้ม และนำมาบอกต่อในเครือข่ายสังคม Facebook เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีส่วนที่ทำให้แนวโน้มทำให้การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น หรือ “คุณแม่วัยใส” หรือ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันประเทศไทยมีสถิติ “แม่วัยใส” สูงสุดเป็นอันดับหนึ่งในเอเชีย และยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และโดยอัตราการคลอดบุตรของหญิงไทยอายุต่ำกว่า 20 ปี เพิ่มขึ้นจาก 13.55% ในปี 2552 เป็น 13.76% ในปี 2553 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกที่ไม่เกิน 10% ปัญหาของคุณแม่วัยใส ส่งผลกระทบต่อทั้งปัญหาสุขภาพมารดาและการพัฒนาของเด็กที่เกิดมา รวมทั้งปัญหาสังคม ในเรื่องการทำแท้ง และการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมเพิ่มขึ้น



จากการศึกษาวิจัยของแพทย์หญิงเบญจพร ปัญญา (2554) พบว่าในประเทศไทยมีวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ประมาณ 10 ล้านคน ชายหญิงมีสัดส่วนพอๆ กัน การตั้งครรภ์และคลอดบุตรในวัยรุ่นไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีประมาณ 3,000 คนต่อปีที่น่าสนใจ คือจากผลสำรวจพบว่าวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เป็นผลจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์ โดยนักเรียนระดับปวช. และนักศึกษาระดับอุดมศึกษามีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันในระดับสูงกว่านักเรียนวัยอื่นๆ มีเพียง 1 ใน 4 ของเพศชายและ 1 ใน 10 ของเพศหญิง เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยเป็นประจำ ในขณะที่เดียวกันวัยรุ่นกลุ่มที่ชอบเที่ยวในสถานที่ชุมนุมกันของวัยรุ่นจะมีอัตราการมีเพศสัมพันธ์และมีพฤติกรรมเสี่ยง (ไม่ใช้ถุงยางอนามัย) สูงกว่ากลุ่มอื่นและมีการดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติดร่วมด้วย นอกจากนี้จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีพบว่าวัยรุ่นชาย เพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ในครั้งแรก

จากการศึกษาของ ศ.ดร.ศิริพร จิรวัดณ์กุล (2555) เป็นการสำรวจหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้านสูตินรีเวชในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลศูนย์ใน 7 จังหวัด อาทิ กำแพงเพชร นครราชสีมา สมุทรสงคราม สุราษฎร์ธานี ชลบุรี ผลสำรวจในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3,114 คน พบว่า เป็นผู้ที่กำลังตั้งครรภ์ 64.9% มาตรวจหลังคลอด 28.2% และมีปัญหาจากการตั้งครรภ์ 6.9% พบข้อมูลที่น่าสนใจคือ แม่วัยใสส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 15 ปีมากที่สุด และตั้งครรภ์ที่อายุน้อยที่สุดคือ 12 ปี โดยส่วนใหญ่ คือ 62.9% มีแฟนอายุมากกว่าตนเอง อายุเฉลี่ยของผู้ชายที่ 20-30 ปี ทั้งนี้แม่วัยใสส่วนใหญ่เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด 12.5% มัธยมศึกษาตอนปลาย 7.7% ประถมศึกษา 3.1% ซึ่งการตั้งครรภ์ส่งผลให้แม่วัยใสต้องพักการเรียนหรือไม่ได้เรียน 70.3% แม่วัยใสส่วนใหญ่ไม่คุมกำเนิดในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 33.9% ส่วนวิธีการคุมกำเนิดที่ใช้มากที่สุดคือถุงยางอนามัย 27.4% โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือใช้ถุงยางอนามัยมากที่สุด ส่วนภาคใต้ใช้ถุงยางอนามัยน้อยที่สุด รองลงมาคือ ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน 18.5% และใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด 8.7% อย่างไรก็ตาม แม่วัยใสส่วนใหญ่ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ถึง 70% โดยแม่วัยใส 92.4% บอกให้แฟนทราบที่ตั้งครรภ์และอีก 16.2% ต้องปกปิดการตั้งครรภ์กับผู้ปกครอง เพราะกลัวถูกตำหนิ อย่างไรก็ตาม หลังการตั้งครรภ์พบว่าแม่วัยใสส่วนใหญ่ได้รับกำลังใจจากคู่และเตรียมตัวเป็นแม่ของลูก โดยมีเพียง 10% ที่มีปัญหาว่าผู้ชายไม่รับผิดชอบต่อการตั้งครรภ์

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ปัญหาเรื่องของการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ “เพศศึกษา” ของวัยรุ่น เพราะเพศศึกษาเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นสามารถคิดวิเคราะห์ในทางเลือกในการป้องกันตัวเอง และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย อีกส่วนหนึ่งเกิดจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เทคโนโลยีการติดต่อสื่อสารทางเครือข่ายสังคม และการรับวัฒนธรรมแบบตะวันตกเข้ามาสู่ประเทศไทย สภาพปัญหาดังกล่าวนำมาสู่ความสนใจในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ซึ่งตอนนี้อยู่ในหลาย ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้มีการเคลื่อนไหวเพื่อที่จะผลักดันให้ภาครัฐให้ความสำคัญกับการสอนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนทั้งภาค รัฐ และเอกชน รวมถึงสถาบันอาชีวศึกษาอย่างจริงจัง ตั้งเป้าให้มีการเรียนการสอนวิชาเพศศึกษา 1 วิชา ใน 1 ช่วงชั้น (3 ปี เช่น ม.1-ม.3) เพื่อให้เยาวชนไทยมีความรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างแท้จริง โดยเน้นการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาทั้งเรื่องกายภาพ และเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างชายและหญิง รวมถึงการสร้างค่านิยมเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ในวัยอันควร การรู้จักที่จะมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ป้องกันการตั้งครรภ์และการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อย่างประสิทธิภาพ



## เข้าใจวัยรุ่น: การเปลี่ยนแปลงจาก “วัยเด็ก” สู่ “วัยผู้ใหญ่”

วัยรุ่น คือวัยที่อายุประมาณ 10-19 ปี กล่าวคือตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาตอนปลายจนถึง เริ่มเข้ามหาวิทยาลัย วัยรุ่นเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลง ค้นหาคุณค่าของตนเอง ในขณะที่เดียวกับก็มีแรงผลักดันจากสภาพการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านกายภาพ สรีรวิทยา และจิตวิทยาสังคม ได้แก่ การเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงนำไปสู่ความสมบูรณ์ทางเพศและการเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นผลการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศในร่างกาย ความต้องการในการยอมรับนับถือ และการเริ่มเข้าสู่สังคมอย่างเต็มตัว ในช่วงชีวิตในวัยรุ่นมักจะมีลักษณะที่สำคัญคือ

- ต้องการเป็นตัวของตัวเอง ต้องการมี “อัตลักษณ์” เพื่อจะเติบโตเป็นผู้ใหญ่อย่างเหมาะสม ดังนั้นวัยรุ่นชอบเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ชอบทดลอง เพื่อที่จะหาสิ่งที่เหมาะสมกับตัวเองและเป็นวัยที่มีความใส่ใจในภาพลักษณ์ของตนเองมาก

- ชอบความเสี่ยง คิดถึงอนาคตน้อย ถือว่าความเสี่ยง ความพึงพอใจชั่วคราวเป็นความสุข เนื่องจากบางอารมณ์ยังมีความเป็นเด็กที่ไม่สนใจสังคม ให้ความสำคัญความพึงพอใจของตนเอง และกลุ่มเพื่อน มีพลังกำลัง หรือ โอกาสในการทำสิ่งต่างๆ ได้มากกว่าเมื่อเป็นเด็ก บางครั้งจึงแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การมั่วสุมดื่มเหล้า เสพยาเสพติด การซัดจากรยานยนต์ซึ่ง การแข่งรถ การมีเพศสัมพันธ์แบบเสรี ต้องการเป็นที่ยอมรับของ “สังคม” และ “กลุ่มเพื่อน” ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับความเห็น มุมมอง ความสนใจจากเพื่อนมากกว่าพ่อแม่ วัยนี้จึงเป็นวัยที่มีความขัดแย้งกับพ่อแม่ได้มาก

- สุดโต่ง เจ้าอารมณ์ ไม่ค่อยมีเหตุผล มีแรงขับเคลื่อนภายในสูง ถือเป็นความเปลี่ยนแปลงที่มีอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระวิทยา หรือฮอร์โมนในร่างกายตามธรรมชาติ ทำให้มีอารมณ์แปรปรวนใจร้อน โดยที่ไม่ได้ตั้งใจ

- มีทั้งความเป็นเด็ก และความเป็นผู้ใหญ่ เช่น ต้องการระเบียบวินัยบ้าง ต้องการการชี้แนะอย่างเข้าใจแต่สม่ำเสมอ ไม่ปล่อยปะละเลยเกินไป ในขณะเดียวกัน ก็ต้องการอิสระ ไม่ชอบอยู่ในกรอบตายตัวและไม่ชอบให้มีคนมายุ่งวุ่นวายในชีวิต หรือ การตัดสินใจเลือกทางเดินชีวิตของตนเองมากเกินไป

ปัจจุบันเนื่องจากสภาพสังคมที่การติดต่อสื่อสารสู่สังคมไม่ว่าจะเป็นโทรทัศน์ วิทยุ โทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต การเดินทางต่างๆ สะดวกสบาย รวดเร็ว ทำให้วัยรุ่นและกลุ่มเพื่อนของเขา สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ข่าวสารของกันและกัน รวมถึงเดินทางหากันได้ตลอดเวลา ทำให้เกิดการรวมกลุ่ม ทั้งในสถานที่ต่างๆ และในเครือข่ายสังคมในอินเทอร์เน็ตของวัยรุ่นนอกจากนี้ การที่รับรู้ข้อมูลที่เป็นที่ต้องการของวัยรุ่นเป็นไปได้ง่ายมากขึ้นกว่าแต่ก่อน ดังนั้น วัยรุ่นปัจจุบันจะมีความรู้ ข้อมูล ข่าวสารมากมาย มีกลุ่มเพื่อนหลากหลาย แต่มีช่องทางในการแสดงออกหลายทาง เหล่านี้ส่งเสริมความเป็นอิสระของวัยรุ่นอย่างมาก ซึ่งมีทั้งข้อดีข้อเสีย ข้อดีคือ วัยรุ่นสมัยนี้จะมีความคิดเห็นความอ่านที่เป็นผู้ใหญ่กล้าแสดงออกและมีความคิดสร้างสรรค์ที่บางที่ผู้ปกครองหรือครูอาจตามไม่ทัน แต่ข้อเสียก็คือ ทำให้วัยรุ่นเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และสร้างทัศนคติที่ไม่เหมาะสมตามกลุ่มเพื่อนๆ ได้ง่ายขึ้นด้วย เช่น สิ่งยั่วยู่ทางเพศ การสร้างความสัมพันธ์เชิงชู้สาว การรับรู้ภาพ สื่อวิดิทัศน์ที่ล่อแหลม อันนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นจึงเป็นภาระหนักของพ่อแม่ที่จะมีส่วนช่วยเหลือให้วัยรุ่นรับมือกับความเปลี่ยนแปลงของสังคม รู้จักเลือกรับข่าวสารข้อมูล แต่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภัยอันตรายของสื่อต่างๆ เหล่านี้

ธรรมชาติของวัยรุ่นและสภาพปัจจัยทางสังคม สอดคล้องกับผลการสำรวจของ ศ.ดร.ศิริพร จิรวัดน์กุล (2555) ที่ชี้ให้เห็นว่า ในสถานการณ์ปัจจุบันการป้องกันการจัดตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นเป็นสิ่งที่ยาก เพราะการห้ามมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี เป็นไปได้ยากเนื่องจากวัยรุ่นมีความคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ไม่ใช่เรื่องผิด เพียงแต่ผู้ใหญ่ไม่เห็นด้วยและยังมีเห็นว่า การลักลอบมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องทำทายเป็นเรื่องธรรมดา และปัจจัยยั่วยู่รอบตัว ดังนั้น เด็กหญิงวัยรุ่นปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นเด็กเที่ยว หรือ เด็กเรียน ก็มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นไม่ต่างกัน

## การรับรู้ข้อมูลด้านเพศศึกษาในวัยรุ่น

จากการศึกษาของ ศ.ดร.ศิริพร จิรวัดน์กุล (2555) พบว่า แหล่งความรู้เรื่องเพศของแม่วัยรุ่น หรือการพูดคุยปรึกษาเรื่องเพศ พบว่า เพื่อนหญิงคือแหล่งเรียนรู้เรื่องเพศมากที่สุด 69.4% รองลงมาคือ แฟน 69.1% หนังสือ เรียน 53.7% ครู 50.5% โทรทัศน์ 47.6% หนังสือทั่วไป 41.2% แม่ 35.5% เพื่อนผู้ชาย 35.8% และอินเทอร์เน็ต 29.9% สะท้อนให้เห็นว่า เด็กวัยรุ่นเมื่อมีปัญหาหมักจะเลือกปรึกษากับเพื่อน หรือค้นหาข้อมูล ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ ทั้งหนังสือ อินเทอร์เน็ต โทรทัศน์

การสำรวจยังพบว่า วัยรุ่นใช้บริการทางการแพทย์ค่อนข้างน้อยและต้องการข้อมูลการปรึกษาทางเว็บไซต์ หน่วยบริการของรัฐและการปรึกษาทางโทรศัพท์ ดังนั้นการให้บริการด้านการคุมกำเนิด การป้องกัน ควรเป็นบริการที่เป็นมิตร เข้าถึงง่ายและรักษาความลับ ซึ่งอาจจำเป็นต้องมีบริการเชิงรุก และจำเป็นต้องใช้สื่อทันสมัยเพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการและได้รับบริการที่เหมาะสมมากขึ้น

## การให้ความรู้เพศศึกษาแก่วัยรุ่น

การให้ความรู้เพศศึกษานั้นต้องเน้น “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น” ให้เป็นไปในทางที่พึงประสงค์ โดยสอนจากเรื่องง่ายไปหายาก เรื่องที่อยู่ใกล้ตัวไปสู่เรื่องไกลตัว จากเรื่องที่เป็นรูปธรรมที่สามารถเข้าใจได้ง่ายไปยังเรื่องที่เป็นนามธรรมที่เกี่ยวกับคุณธรรม จริยธรรมและสำนักรับผิดชอบในเรื่องเพศ โดยใช้ภาษาในการสื่อความหมายให้เข้าใจง่ายและไม่เป็นไปในลักษณะสองแง่สองง่าม วัยรุ่นต้องการคนที่พร้อมที่จะเป็นที่ปรึกษาที่ดี สนใจที่จะรับฟังปัญหาอย่างใกล้ชิด ทำตัวสนิทสนม เป็นเพื่อนกับเขาได้ ในขณะที่เดียวกันต้องเป็นตัวอย่างที่ดี เพื่อให้เขาถือเป็นแบบอย่างได้ด้วย ไม่ใช่พูดอย่างทำอย่าง การสร้างให้เกิดความไว้วางใจ จะทำให้วัยรุ่นยอมที่จะเปิดเผยความในใจหรือกล้าปรึกษาหารือ เรื่องเหล่านี้ ได้อย่างสนิทใจ ดังนั้น พ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูอาจารย์ต่างๆ เปิดใจที่จะเรียนรู้วิธีการที่จะเข้าใจวัยรุ่น เข้าหาวัยรุ่น สร้างความสัมพันธ์ในเกิดความไว้วางใจ และแสดงตัวเป็นแบบอย่างที่ดีแก่วัยรุ่น แล้วจึงค่อยสอดแทรกความรู้ ทัศนคติที่เหมาะสม

ผู้ให้ความรู้ไม่ว่าจะเป็น พ่อ แม่ ครูอาจารย์ ควรจะต้องมีความรู้และประสบการณ์ในการรับมือกับพฤติกรรมและการตอบสนองต่อการเรียนรู้วัยรุ่นพอสมควร เมื่อวัยรุ่นเกิดข้อสงสัยซักถาม สามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง เปิดเผย ตรงไปตรงมา อีกทั้งผู้ให้ความรู้ต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถ ความคิดและเหตุผลตัววัยรุ่น มองว่าวัยรุ่นปัจจุบันมีความคิดอ่านแบบผู้ใหญ่ แต่การเลือกปฏิบัติยังคงตามความพอใจแบบเด็กๆ ดังนั้น การให้ความรู้ควรเน้นการจัดการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ เน้นการเสนอความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และฝึกการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า การฝึกคิดวิเคราะห์หาทางเลือก สร้างประสบการณ์จำลองเพื่อเปลี่ยนแนวคิด ทัศนคติ สร้างทักษะชีวิตที่เหมาะสม ไม่ใช่แค่พูดบอกหรือยกตัวอย่างสิ่งเลวร้ายต่างๆ ที่เป็นผลจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ความรู้เรื่องเพศศึกษาที่ควรจะสอนหรือบอกเล่าให้วัยรุ่นรับรู้ ได้แก่

- ค่านิยมและทัศนคติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่อเพศตรงข้ามอย่างเหมาะสม เช่น ผู้ชายควรให้เกียรติผู้หญิง มีมารยาทดี ไม่ฉวยโอกาส จับมือถือแขน พูดจาชวนลาม หรือใช้กำลังข่มเหงผู้หญิง ในขณะที่เดียวกัน ผู้หญิงก็ต้อง รู้จักวางตัว ไม่ใกล้ชิด สนินสนม กับเพื่อนชายมากเกินไป ไม่ไปไหนกับเพศตรงข้ามตามลำพัง ไม่ไว้วางใจ หรือเชื่อคำพูดของผู้ชายง่ายๆ
- การจัดการตนเองเกี่ยวกับความต้องการทางเพศตามวัย ที่สำคัญคือ การระบายความรู้สึกทางเพศในทางที่เหมาะสม เช่น การทำงานอดิเรกต่างๆ การออกกำลังกาย การเล่นกีฬา ตลอดจนความสำเร็จ ความใคร่ที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ หากต้องการที่จะมีเพศสัมพันธ์ ต้องรู้จักป้องกันตัวเองจากโรคติดต่อ และการเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์

• ทักษะการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และการรู้จักปฏิเสธ เมื่อเพื่อนชวนไปในทางที่ผิด เช่น ชวนไปใช้บริการหมิงขายบริการ ชวนให้อ่านหนังสือโป๊ หรือดูวิดีโอลามกอนาจาร ชวนให้ลองเสพยาเสพติด ชวนให้ลองดื่มของมีนเมา เป็นต้น ต้องชี้ให้ลูกหลานที่อยู่ในวัยรุ่น เห็นว่าเรื่องนี้ ไม่ใช่เรื่องโก้เก๋ แต่กลับเป็นอันตราย ที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะก่อให้เกิดอนาคตได้ง่ายๆ

นพ.พันธ์ศักดิ์ ศุภฤกษ์ ผู้เชี่ยวชาญด้านเพศศึกษา ได้กล่าวให้ความเห็นเกี่ยวกับการสอนเพศศึกษา ในวัยรุ่นอย่างน่าสนใจว่า “การสอนเพศศึกษานับเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาสังคมที่ช่วยลดผลกระทบซึ่งอาจเกิดขึ้นจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมของวัยรุ่น ทักษะในการสื่อสารอย่างถูกต้อง จึงมีส่วนสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะวัยรุ่นซึ่งอยู่ในช่วงที่เปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และความคิด มักมีความสนใจใคร่รู้ในเรื่องเพศเป็นพิเศษ ทั้งยังอยากทดลองและแสดงออกในเรื่องนี้ ซึ่งถ้าห้องเรียนสามารถตอบสนองความต้องการด้านการเรียนรู้เรื่องเพศ ครูมีทักษะในการสอนที่เข้าใจง่าย และรับฟังมุมมองของวัยรุ่น รู้จักวิธีจัดการกับปัญหาหรือคำถามที่ไม่คาดคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะทำให้เพศศึกษามีคุณประโยชน์เป็นอย่างมาก เพราะจะเป็นการส่งเสริมพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจของวัยรุ่น ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพัฒนาการทางสังคมไปพร้อมๆ กัน”

การให้ความรู้เพศศึกษาแก่วัยรุ่น เป็นความท้าทายสำหรับพ่อ แม่ ผู้ปกครอง ครูอาจารย์ รวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นอย่างมาก วัยรุ่นเป็นวัยวิกฤติเพราะเป็นวัยที่มีโอกาสจะขัดแย้งกับผู้ใหญ่และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมจนเลยเถิดไปในทางที่เสียอนาคตได้มาก แต่ในขณะเดียวกันก็มีพลังสร้างสรรค์ที่จะสร้างสิ่งดีงามให้เกิดในสังคมได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับอุปนิสัยที่ถูกต้องของผู้ใหญ่มาก

ทักษะการให้ความรู้เพศศึกษาแก่วัยรุ่น จึงเป็นทักษะที่จำเป็นต้องเรียนรู้ทำความเข้าใจ ซึ่งคงไม่ยากเกินไปถ้าเราเริ่มต้นจากการมีความเข้าใจ “ความเป็นวัยรุ่น” อย่างแท้จริง



## “รักจัดหนัก”

### บททดสอบความเข้าใจพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น



“รักจัดหนัก”หรือ Love, not yet เป็นภาพยนตร์ไทยที่ออกฉายเมื่อ ก.ย.2554 สร้างโดยบริษัทออกไปเดินโปรดักชั่นบริษัทในเครือไอเอสโคป พลัสมีเรื่องราวหลักเกี่ยวกับประเด็นความรักความสัมพันธ์ของวัยรุ่น จนถึงปัญหาที่ตามมาเป็นความจริงที่เกิดขึ้นและเป็นที่ยกเถียงในสังคม ปัจจุบันโดยถ่ายทอดเรื่องราวออกมาอย่างตรงไปตรงมาและสมจริงจนมีคำแนะนำสำหรับการชมหนังเรื่องนี้ว่า “ผู้ใหญ่ควรได้รับคำแนะนำจากวัยรุ่น ก่อนเข้าชม”

ภาพยนตร์เรื่องนี้ประกอบด้วยเรื่องราวชีวิตวัยรุ่น 3 เรื่องราวได้แก่ ไปเสมีต - เขาว่ากันว่าไปเสมีตเสร็จทุกรายซึ่งวิท (ศิรินทร์ ผลยนต์) กับ แอน (ศิตา มหารวิเดชากร) ก็เสร็จกันจริงๆ แต่พอกลับมากรุงเทพฯ แล้ว เรื่องมันไม่เสร็จง่าย ๆ เพราะแอนสงสัยว่าตัวเองน่าจะตั้งครีมาจนเริ่ม เครียดจิตตกสวนวิทก็จิตตกยิ่งกว่าแล้วจะทั้งคู่จะอย่างไรมหาวิทยาลัย ก็จะเปิดเทอมแล้วนี่เพิ่งเข้าปีหนึ่งกันด้วยปฐมนิเทศก็ต้องไปชุดนักศึกษา ก็ต้องซื้อค่าเล่าเรียนก็ต้องจ่ายแล้วถ้ามีลูกจะทำอย่างไรกัน

ทอมแซงค์ - เป็นวัยรุ่นมันเหน้อยเป็นทอมวัยรุ่นยิ่งเหน้อยแต่เป็นทอมวัยรุ่นสุดเท่เหน้อย ที่สุดหนัก (อริสรา เลอมวณ) สาวมาดเข้มผมนสั้นนักบาสประจำโรงเรียนเป็นทอมที่มีสาวรอมาขอ เบอร์โทรศัพท์ที่โรงเรียนมากมายแต่ชีวิตพลิกผันเมื่อเธอไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่บ้านเพื่อนเธอดัน พลัดท่ามืออะไรกับเพื่อนผู้ชายหลังจากนั้นหนักเลยถึงขั้นแซงค์แบบกู่ไม่กลับเธอจึงมีชีวิตแบบ แซงค์ๆ ท่ามกลางความสับสนโดยมีเพื่อนสนิทเมม (นภัสสร เอี่ยมเจริญ) และคุณแม่ (จินตหรา สุขพัฒน์) อยู่เคียงข้าง

เป็นแม่เป็นเมีย - ม่อน (รัชพล แยมแสง) กับอิ่ง (วรรณิศร เลาหมนตรี) คู่รักวัยรุ่นยุค 2011 อยู่กินด้วยกันและไม่ยอมออกจากบ้านมาหลายเดือนแล้วทั้งคู่ไม่ได้เพี้ยนหรือเป็นบ้าแต่ เพราะม่อนทำอิ่งท้องฝ่ายหญิงเลยอับอายขายหน้าไม่ขอออกจากบ้านจนกว่าจะคลอดแต่ทำยังไงเมื่อบ้านของอิ่งเป็นร้านอาหารตามสั่งประจำหมู่บ้านคนจึงแห่แหนกันมาประหนึ่งร้านสะดวกซื้อ สาขาหลักของตาบลแล้วม่อนกับอิ่งจะหลบหนีหน้าผู้คนไปได้สักเท่าไรกัน

ภาพยนตร์เรื่องนี้เป็นทั้งบททดสอบสำหรับพ่อแม่ครูอาจารย์ผู้อยากจะเข้าใจวัยรุ่น อยาก เข้าไปให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและให้ความช่วยเหลือปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศ ของวัยรุ่น และยังเป็นทั้งภาพสะท้อนความเป็นจริงและบทเรียนที่สำคัญสำหรับวัยรุ่นในเรื่อง ผลลัพธ์ที่ไม่น่าพิสมัยของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ขาดการควบคุมอีกด้วย

### เอกสารอ้างอิง:

1. เบญจพร ปัญญา, (2554). การทบทวนองค์ความรู้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ. กลุ่มที่ปรึกษารวมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
2. บทความออนไลน์. ผลวิจัย “แม่วัยใส” มีเซ็กซ์ครั้งแรกไม่ป้องกัน 33.9% : ASTV ผู้จัดการออนไลน์ 12 กุมภาพันธ์ 2555 url: <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9550000019527>
3. เรื่องย่อ ภาพยนตร์ รักจัดหนัก [www.siamzone.com](http://www.siamzone.com) url: <http://www.siamzone.com/movie/m/6181/synopsis>

## การดูแลสุขภาพวัยรุ่น

พรพิสุทธิ์ เดชแสง

พ.บ.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง

### บทคัดย่อ

วัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ระหว่างวัยเด็กและผู้ใหญ่ อายุ 11-21 ปี เป็นวัยที่มีลักษณะจำเพาะแตกต่างจากวัยอื่นๆ มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมอย่างมาก โดยเฉพาะปัญหาทางด้านอารมณ์และสังคม เช่น สารเสพติด เพศสัมพันธ์ ความรุนแรง ด้วยความต้องการทางด้านปัญหาสุขภาพที่หลากหลายจึงต้องการแพทย์ในการดูแลทั้ง กุมารแพทย์ สูตินรีแพทย์ อายุรแพทย์ จิตแพทย์ รวมทั้งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและเวชศาสตร์ครอบครัวก็มีโอกาสได้ดูแลสุขภาพในวัยรุ่นเพราะด้วยลักษณะของแพทย์ที่ดูแลใกล้ชิดในชุมชน ดูแลสุขภาพโดยไม่จำกัด และเน้นทั้งสุขภาพกาย จิต อารมณ์และสังคม จึงเป็นแพทย์ที่อยู่ในฐานะที่เหมาะสมอย่างยิ่งในการที่จะดูแลสุขภาพวัยรุ่นแพทย์จะต้องมีความรู้ปัญหาสุขภาพในวัยรุ่นสามารถดูแลและประเมินปัญหาสุขภาพได้ดี ซึ่งพบว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้การดูแลสุขภาพและให้การแนะนำแก่วัยรุ่นยังไม่ครอบคลุมปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ในทางปฏิบัติเพื่อให้ง่ายต่อการจดจำเพื่อการประเมินปัญหาวัยรุ่นในด้านอารมณ์ และสังคม การนำแนวคำถามเช่น HEADSSS หรือ SEFE TEENS จะช่วยให้ง่ายต่อการจดจำและดูแลสุขภาพได้ครอบคลุมมากขึ้น

### บทนำ

วัยรุ่นเป็นกำลังที่สำคัญของประเทศ เป็นวัยช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตช่วงหนึ่ง บางคนมองว่าเป็นวัยเด็ก จึงเรียกรวมว่าเด็กวัยรุ่น บ้างก็ว่าเป็นวัยรุ่นเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในด้านจิตใจร่างกายโดยเฉพาะระบบสืบพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงทำให้มีปัญหาสุขภาพ ตามมา แต่ก็เป็นวัยที่ไม่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพหรือได้รับความสนใจเท่ากับวัยอื่นๆ เช่น มีการจัดตั้งคลินิกเด็กดี คลินิกผู้ใหญ่ คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกจิตเวช คลินิกดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ คลินิกวัยทอง เป็นต้น แต่เรามักจะไม่ค่อยพบว่ามียุวกวอร์ด (Teen Clinic) จะพบเห็นได้อยู่บ้างก็จำกัดอยู่เฉพาะโรงเรียนแพทย์บางแห่งโรงพยาบาลใหญ่ๆ แพทย์ที่สนใจด้านนี้ก็จำกัด

ส่วนมากเป็นกุมารแพทย์เสียส่วนใหญ่ ซึ่งก็เป็นส่วนน้อยเมื่อเทียบกับปัญหาของวัยรุ่น หากปัญหาของวัยรุ่นได้รับ  
รับความสนใจมากขึ้นจากหลายๆ ฝ่าย รวมทั้งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวจะช่วยให้การดูแล  
สุขภาพวัยรุ่นมีความครอบคลุมและมีคุณภาพดีขึ้น

## นิยามวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นวัยระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 11-21 ปี (WHO กำหนดอายุวัยรุ่น10-19 ปี<sup>2</sup>) เป็น  
วัยเริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์การเข้าสู่วัยรุ่นจะแตกต่างกันในเพศหญิงและเพศชาย หรือแม้แต่เพศเดียวกัน โดยใน  
เพศหญิงเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ประมาณ 9-11 ปี เพศชาย 11-14 ปี และสิ้นสุดเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ อายุเป็นการ  
ประมาณคร่าวๆ เท่านั้น มีการแบ่งวัยรุ่นออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ วัยรุ่นตอนต้นอายุ 11-14 ปี วัยรุ่นตอนกลาง  
อายุ 15-17 ปี วัยรุ่นตอนปลายอายุ 18-21 ปี<sup>3</sup> ทั้งนี้เพราะในแต่ละกลุ่มช่วงต้นก็มีพัฒนาการด้านความคิด จิตใจ  
อารมณ์ และสังคมรวมทั้งปัญหาที่แตกต่างกัน

## ลักษณะและปัญหาวัยรุ่น

มีคำกล่าวว่าวัยรุ่นนั้น เป็นวัยรุ่นบ้าง วัยรุ่นใจร้อนบ้าง ด้วยเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ  
อารมณ์และสังคม อย่างมาก วัยรุ่นชอบความเป็นอิสระในการทำกิจกรรมต่างๆ ชอบความเป็นส่วนตัว มีความ  
เชื่อมั่นในตนเองสูง ไม่ชอบให้ผู้ใหญ่มากำกวดมากเกินไป ชอบอยู่กับกลุ่มเพื่อนวัยเดียวกัน วัยรุ่นสนใจในสุขภาพ  
ด้านความสวยงามของร่างกาย สนใจในเรื่องเพศตรงข้าม ทำให้ลักษณะของปัญหาสุขภาพมีความแตกต่างจาก  
วัยอื่นๆ โดยปัญหาในวัยนี้จะเป็นด้านอารมณ์และสังคมมากกว่าโรคทางกาย วัยรุ่นเป็นวัยที่มารับบริการทางการ  
แพทย์น้อยกว่าวัยอื่น<sup>3,4</sup> ปัญหาที่พบได้บ่อย เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย  
โรคทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ การทำแท้ง การใช้สารเสพติด การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว  
โรคซึมเศร้าความวิตกกังวล โรคอ้วน การบาดเจ็บ อุบัติเหตุการฆ่าตัวตาย การสนทนากับวัยรุ่นต้องระวังใน  
เรื่องความเป็นส่วนตัว การสร้างความไว้วางใจ การเก็บรักษาความลับ ความต้องการดูแลสุขภาพสุขภาพที่  
หลากหลาย ทำให้ต้องการแพทย์หลายสาขาในการดูแลทั้ง กุมารแพทย์ สูตินรีแพทย์ อายุรแพทย์ จิตแพทย์  
รวมถึงแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัว

## แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับการดูแลสุขภาพวัยรุ่น

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีโอกาในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้อย่างมาก เพราะเป็นแพทย์ที่อยู่ใกล้ชิด  
กับชุมชน ดูแลสุขภาพโดยไม่จำกัด (Not limite) ดูแลทั้งสุขภาพกาย จิต อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดย  
เฉพาะเรื่องด้าน จิต อารมณ์และสังคม ให้การดูแลทั้งในส่วนสร้างเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ดูแลทั้งที่  
โรงพยาบาล บ้าน ชุมชนหรือโรงเรียน โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเน้นบริบทของครอบครัวและ  
ชุมชนเป็นหลักสำคัญ และ ด้วยปัญหาสำคัญของวัยรุ่นที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับ จิตใจ อารมณ์ สังคมมีส่วนทำให้  
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอยู่ในฐานะที่เหมาะสมอย่างมากที่จะได้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วย

## การดูแลสุขภาพวัยรุ่น

วัยรุ่นชอบความเป็นส่วนตัว การดูแลวัยรุ่นแพทย์ต้องตระหนักในประเด็นเหล่านี้ บางครั้งอาจจะต้อง  
สัมภาษณ์ประวัติโดยไม่มีพ่อแม่อยู่ด้วยโดยเฉพาะในประเด็นของการประเมินด้านอารมณ์และสังคมอาจจะ



สัมภาษณ์วัยรุ่นเป็นการส่วนตัวเพราะอาจไม่ได้ข้อมูลที่แท้จริงหากมีผู้ปกครองอยู่ด้วย การดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย<sup>5</sup>

1. การสัมภาษณ์ประวัติ เกี่ยวกับ การกินอาหาร การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า การใช้สารเสพติด เพศสัมพันธ์ โรคซึมเศร้า ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ความรุนแรง การเรียน
2. การตรวจร่างกาย ตรวจทุกระบบ วัดความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไขมัน โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น HIV
4. การได้รับวัคซีน
5. การให้คำแนะนำ เรื่องการบาดเจ็บ อุบัติเหตุ พัฒนาการ การออกกำลังกาย โภชนาการ การดำเนินชีวิต

เนื่องจากปัญหาที่สำคัญของวัยรุ่นจะเป็นทางด้าน ของจิตใจ อารมณ์และ สังคมนอกเหนือจากการ ประเมินโดยการสัมภาษณ์ประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นแล้ว จะต้องประเมินในด้าน จิตใจ อารมณ์ สังคมให้ครอบคลุม โดย มีหลักช่วยจำดังนี้ HEEDSSS<sup>5</sup>

#### HEEDSSS<sup>5</sup>

H Home

E Education/employment

E Eating

A Activities

D Drugs

S Sex

S Suicidal/depression

S Safety

**H Home/health** บ้านอยู่ที่ไหน ที่บ้านมีใครบ้าง อยู่ที่บ้านเป็นอย่างไรบ้าง มีห้องส่วนตัวไหม สนุกกับใครมากที่สุด เคยนอนนอกบ้าน เช่น ตามบ้านเพื่อนบ้างไหม พ่อแม่เคยตีบ้างไหม มีปัญหาทางบ้านอะไรหรือเปล่า

**E Education/employment** เรียนอยู่ชั้นไหนโรงเรียนอะไร โรงเรียนเป็นอย่างไรบ้าง อยู่โรงเรียนสนุกไหม ชอบเรียนวิชาอะไร ผลการเรียนเป็นอย่างไรบ้าง พอใจหรือเปล่า มีเพื่อนสนิทไหม เพื่อนๆ เป็นอย่างไรกันบ้าง นอกเวลาเรียน ทำกิจกรรมอะไรบ้างกับเพื่อนๆ เรียนจบที่นี่แล้วจะเรียนต่อที่ไหน อยากจะทำงานอะไร ถ้าไม่เรียนทำอะไรหรือคิดจะทำงานอะไร

**E Eating** ชอบกินและไม่ชอบกินอาหารอะไรบ้าง คิดว่าอาหารที่กินเป็นอย่างไรบ้าง คิดว่าน้ำหนักตัวเองเป็นอย่างไร ออกกำลังกายบ่อยแค่ไหน

**A Activities** นอกจากเรียน ทำอะไรอีกบ้าง มีกิจกรรมนอกเวลากับเพื่อนอะไรบ้าง อยู่กับครอบครัว ทำกิจกรรมอะไรบ้าง เล่นกีฬาอะไรบ้างไหม เวลาพักผ่อนชอบทำกิจกรรมอะไร มีงานอดิเรกอะไรบ้าง ชอบดูทีวี รายการอะไร ชอบฟังเพลงอะไร

**D Drug** เพื่อนๆ สูบบุหรี่ ดื่มเหล้าหรือเปล่า ที่บ้านมีใครสูบบุหรี่ ดื่มเหล้าหรือเปล่า เคยลองสูบบุหรี่ ดื่มเหล้าหรือเปล่า เคยใช้สารเสพติดอื่นๆ บ้างไหม ถ้าเคยลองใช้บ่อยแค่ไหน หยุดแล้วหรือยัง ใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อไหร่

**S Sex** มีแฟนหรือยัง ถ้ามีแฟนแล้ว เป็นอย่างไรบ้าง ที่บ้านรับรู้หรือยัง มีปัญหาเกี่ยวกับแฟนบ้างไหม เคยมีเพศสัมพันธ์บ้างหรือยัง เวลาที่มีเพศสัมพันธ์ได้ป้องกันอย่างไรบ้างไหม

**S Suicidal/depression** ในสองสัปดาห์ที่ผ่านมาความรู้สึกเศร้าใจไหม มีความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้บ้างไหม มีปัญหาหนักใจไหม มีเรื่องเครียดบ้างไหม เคยทำร้ายตัวเองบ้างไหม เคยเครียดจนมี



ความคิดฆ่าตัวตายบ้างไหม วันนี้ยังมีความคิดฆ่าตัวตายอยู่หรือเปล่า เคยใช้เหล้าหรือสารเสพติดเพื่อคลายความเครียดบ้างไหม เวลาเครียดทำอย่างไร

**S Safety** เคยประสบอุบัติเหตุร้ายแรงหรือบาดเจ็บรุนแรงบ้างไหม เวลาที่จักรยานยนต์สวมหมวกกันน็อคหรือเปล่า ชอบขี่รถเร็วหรือเปล่า รู้สึกปลอดภัยที่บ้าน รู้สึกปลอดภัยที่โรงเรียน เคยมีใครมารังแกหรือเปล่า เคยโดนพ่อแม่ตีบ้างไหม เคยมีปัญหาทะเลาะกับเพื่อนๆ บ้างไหม

นอกเหนือจาก HEADSSS แล้วยังมีแนวคำถามเพื่อประเมินด้านจิต อารมณ์ สังคมในวัยรุ่นอีก แนวคำถามที่ได้รับความนิยมคือ SAFE TEENS

#### SAFE TEENS<sup>o</sup>

S Sexuality

A Accident, abuse

F Firearms/homicide

E Emotions (suicide/depression)

T Toxins (tobacco/alcohol, other)

E Environment (school, home, Friends)

E Exercise

N Nutrition

S Shot (immunization status, school performance)

#### บทสรุป

ในทางปฏิบัติ การดูแลสุขภาพวัยรุ่นโดยใช้ HEADSSS หรือ SAFE TEEN จะช่วยให้แพทย์ดูแลสุขภาพวัยรุ่นครอบคลุมปัญหาด้านอารมณ์ สังคมในวัยรุ่นได้ดียิ่งขึ้น

#### เอกสารอ้างอิง

1. Merenstein D, Green L, Fryer GE, Dovey S. Shortchanging adolescents: room for improvement in Preventive Care by Physicians. Fam Med. 2001 Feb;33(2):120-3
2. Adolescent Health, <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/frh/child-and-adolescent-health/programme-components/adolescent-health.html>
3. Ziv A, Boulet JR, Slap GB. Emergency department utilization by adolescents in the United States. Pediatric. 1998 Jun;101(6):987-94
4. Ziv A, Boulet JR, Slap GB. Utilization of physician offices by adolescents in the United State Pediatric. 1999 Jun;104(1Pt1):35-42
5. John M Goldenring, David S Rosen. Getting into adolescent heads: An essential update. Contemp Pediatr. 2004;21:64
6. Norman J, Montalto, D.O. Implementing the Guidelines for Adolescent Preventive Service. AAFP. 1998 May;57(9):2181-2188

# จากความหวังใยวัยรุ่น สู่โครงการพ่อแม่และครูดูแลจิตใจ

ทิพาวดี เอมะวรรณะ, Ph.D.<sup>1</sup>

อรรวรรณ ขวัญศรี, วท.ม.<sup>2</sup>

อรดา อโณทัยไพบูลย์, ศศ.ม.<sup>3</sup>

ปิยฉัตร ตระกูลวงษ์, ศศ.ม.<sup>4</sup>

กรรณิการ์ ลีอนันต์, ศศ.บ.<sup>5</sup>

สังคมที่อยู่ที่คุณภาพคน มิติที่ยอมรับในการมองคุณภาพคนคือเรื่องของสุขภาพใจ คนจิตใจดีทำงานก็ออกมาดี คนจิตใจไม่สมดุลก็ย่อมมีผลกระทบทำให้งานหย่อนคุณภาพลงไปด้วย ดังนั้นตัวทำนายอนาคตของสังคมจึงอยู่ที่สุขภาพจิตใจคนนี่เอง การสร้างคนให้มีจิตใจดีจึงเป็นยอดปรารถนาของทุกสังคม การสร้างเยาวชนได้ดี ย่อมประกันคุณภาพอนาคตของชาติได้

ด้วยเหตุดังกล่าวข้างต้น จึงมีนักวิชาการและวิชาชีพหลายสาขาให้ความสำคัญกับการสร้างเยาวชนให้เป็นคนดีและมีความสามารถ เพื่อเป็นหลักประกันที่มั่นคงให้แก่ชนชาตินั้นๆ แนวคิดนี้เป็นเสมือนกุญแจทองที่ต้องยึดไว้ให้ดี อย่าเสื่อมคลาย และต้องต่อเนื่องเป็นสายอย่างไม่ขาดตอน การที่สังคมจะคิดร่วมกันให้เกิดผลได้ดังที่ตั้งเป้าหมายไว้ จะต้องร่วมคิดร่วมกระทำกันเป็นกลุ่มก้อน เริ่มตั้งแต่ครอบครัว (คุณพ่อคุณแม่) และสถานศึกษา (คุณครู) ให้เห็นความสำคัญของศูนย์กลางการผลิตเยาวชนดีที่มีคุณภาพและคุณธรรม และสร้างเยาวชนที่ดีนั้นขึ้นมา ด้วยแนวคิดคือถ้าแหล่งผลิตดี ผลผลิตก็จะมีดีไปเอง ฉะนั้นจึงถอยออกมาพัฒนาแหล่งผลิตนี้ให้ดีที่สุดผู้เขียนจึงรวมตัวกับผู้ที่มีความคิดเดียวกันร่วมศึกษาและพัฒนาหลักสูตรเพื่อฝึกพ่อแม่ให้เป็นพ่อแม่ดีมีทั้งวิชาและทักษะเพื่อลูก/ศิษย์รักให้เป็นคนดีมีคุณภาพ ซึ่งในระดับแรกนี้จะใช้หลักสูตรครุร่วมกับหลักสูตรพ่อแม่ไปก่อน เมื่อเปิดการฝึกอบรมไปแล้วพบว่าได้ผลดีในระดับที่พอใจ จึงประสงค์จะนำประสบการณ์ที่ได้รับมาเผยแพร่เพื่อสังคมไทยจะได้มีลู่วางใหม่ๆ เพิ่มขึ้นแก่งานผลิตทรัพยากรมนุษย์ของชาติที่มีประสิทธิภาพต่อไป

<sup>1</sup> ประธานเครือข่ายพ่อแม่ไทยในวิถีแอ็ดเลอร์

<sup>2</sup> นักวิชาการศึกษา สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน

<sup>3</sup> เลขาธิการเครือข่ายพ่อแม่ไทยในวิถีแอ็ดเลอร์

<sup>4</sup> เจ้าหน้าที่วิจัย สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน

<sup>5</sup> ผู้ช่วยวิจัย

## จุดประสงค์

เอกสารนี้มุ่งเน้นการเติมส่วนที่ยังขาดอยู่มากในสังคมไทย นั่นคือวิธีการที่ผู้ใหญ่ควรฝึกไว้เพื่อดูแลจิตใจวัยรุ่น รวมทั้งวัยอื่นๆ ด้วยทุกวัย เพราะงานด้านเลี้ยงดูลูกและลูกศิษย์เป็นงานที่ไม่ค่อยมีแหล่งฝึกงานก่อนการเป็นพ่อแม่และครูตัวจริงและเป็นแหล่งที่ยังไม่พอเพียงต่อผู้สนใจ ส่วนมากจะมีแต่แหล่งวิชาการที่บอกหลักให้ แต่ไม่ค่อยมีที่ฝึกให้เกิดความชำนาญจนมั่นใจ เพราะถือว่าการเป็นพ่อแม่มีอาชีพต้องมีวิชาจึงจะบรรลุเป้าหมายพ่อแม่ที่ดีได้เช่นเดียวกัน คุณครูที่สอนนักเรียนวัยรุ่นก็จำเป็นต้องมีทักษะในการดูแลจิตใจวัยรุ่นควบคู่ไปกับความรู้ด้วยจึงจะบรรลุเป้าหมายทางการศึกษาอย่างแท้จริง เนื้อหาที่จะกล่าวในเอกสารนี้จะเน้นหนักไปในทางวิธีการที่ทฤษฎีและปฏิบัติที่ได้ผลมาแล้วจากงานวิจัยเป็นส่วนมาก แล้วได้ถูกนำไปใช้แล้วโดยนักจิตวิทยา จิตแพทย์ ครู (ซึ่งคุณครูหลายท่านก็เป็นพ่อแม่เองด้วย) และพ่อแม่ที่รับการฝึกอบรมจากเครือข่ายพ่อแม่ไทยในวิถีอีแอลเออร์ โดยจะคัดบางส่วนของที่สำคัญมาแบ่งปันเท่าที่เนื้อที่กระดาษจะอำนวย

## แหล่งผลิตจะได้ดีได้ต้องให้การศึกษและพัฒนา

งานพ่อแม่และครูเป็นงานที่ยิ่งใหญ่ อยู่เฉยๆ จะดีเต็มที่ได้อย่างไร เรื่องนี้เป็นที่ทราบกันมานานแล้ว วิชาชีพครูจึงเป็นวิชาชีพที่ต้องมีการฝึกทักษะอย่างจริงจังหลังจากมีทฤษฎีและวิชาครูแล้ว แต่ไหนจึงไม่คิดเปรียบเปรยกับงานพ่อแม่บ้างว่า ยิ่งจำเป็นมากกว่าด้วยซ้ำที่จะต้องมีความรู้และทักษะเช่นกัน

## ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของคุณพ่อคุณแม่และคุณครู

ก่อนอื่นเราลองมาสำรวจในใจกันว่า เมื่อนึกถึงวัยรุ่นแล้วผู้อ่านมักนึกถึงอะไร เราจะพบว่าคำตอบจะเป็นเชิงลบเสียเป็นส่วนใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นในไทยหรือในต่างประเทศ เช่น วัยรุ่นเป็นวัยอยากลอง วัยรุ่นใจร้อน วัยรุ่นมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น การแต่งตัว การทำตามตามสมัยนิยมที่ผิดๆ ไม่เข้ากับวัฒนธรรมไทยอันดีงาม วัยรุ่นไม่สนใจสาระดีๆ เอาแต่เรื่องไร้สาระ วัยรุ่นเป็นวัยที่เสียวต่อการติดยา วัยรุ่นเป็นวัยที่มีพลังเหลือเฟืออยากไปสูการใช้ความก้าวร้าวรุนแรงตัดสิน ดังนั้น หากเปิดในเวบไซต์ ก็จะมีหัวข้อหลักๆ ดังนี้ ยาเสพติด การตั้งครรภ์ที่ไม่ประสงค์ในวัยรุ่น เพศศาสตร์ศึกษา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความเครียด พฤติกรรมเบี่ยงเบน ไม่เชื่อฟัง คุยกันไม่ได้นาน เป็นต้น

1. ทุกคนต้องยอมรับความคิดของฉัน
2. ฉัน “อาบนํ้าร้อนมาก่อน” ฉันจึงน่าจะถูกและเก่งกว่า ทุกคนจึงควรเชื่อฟังฉัน
3. วัยรุ่นคือวัยที่มีปัญหา

หากคุณพ่อคุณแม่หรือคุณครูมีทัศนคติเพียงแค่ 3 ประการข้างต้น ย่อมยากต่อการผสานกับวัยรุ่นและยากต่อการเชื่อมโยงไมตรีกับวัยอื่นๆ ด้วยเช่นกัน แต่ยังมีข้อ 4 และ 5 ที่คุณพ่อคุณแม่ส่วนใหญ่ยังเข้าใจคลาดเคลื่อนอยู่ ซึ่งจะได้กล่าวต่อไปข้างล่างนี้

เบื้องต้นจึงควรมองตัวเองอย่างเป็นกลางๆ ว่าเราเป็นผู้ที่มีลักษณะตรงตามสายตาของวัยรุ่นสักกี่เปอร์เซ็นต์ที่จะเป็นเพื่อนเขาได้ในการให้คำปรึกษาและช่วยคิดตัดสินใจในเรื่องสำคัญ ของเขา ถ้าลักษณะของเรายังไม่เข้าข่ายผู้ที่จะเป็นเพื่อนพูดคุยที่ดีของวัยรุ่น เราก็ควรปรับที่ตัวเราให้เข้ามาตรฐานก่อน เพื่อที่จะได้เป็นผู้ให้ในสิ่งที่เขาต้องการและในระดับที่เขาปรับได้ ไม่ใช่ให้ในสิ่งที่เราอยากให้แต่ฝ่ายเดียว

4. พ่อแม่และครูต้องมีความรู้ (knowledge) เรื่องการเลี้ยงเด็กให้มาก

ข้อ 4 นี้เป็นอีกข้อหนึ่งที่มีความเข้าใจคลาดเคลื่อน ทั้งนี้โดยอิงเปรียบเปรยกับงานการป้องกันเอ็ดส์ที่มีการวิจัยมหาศาลที่ปัจจุบันได้พบคำตอบว่าการมีความรู้ (knowledge) เรื่องการป้องกันการติดเชื้อ HIV นั้นยังไม่เพียงพอ (Dinkelman, T., Levinsohn, J., & Majelantle, R., 2006) และจากการศึกษากลุ่มนักศึกษาพยาบาลของ Zimmer J. C. & Thurston W. E (1998) ทั้งสองรายงานว่าทั้งๆ ที่นักศึกษาเหล่านี้จะเป็นผู้มีการศึกษาและมีความรู้เป็นอย่างดี แต่ก็ยังมีพฤติกรรมที่นักศึกษาเองยอมรับว่าเขาได้ทำพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ถึง 15-25% นี้แสดงให้เห็นว่าความเป็นพ่อแม่ก็เหมือนกัน การที่เลี้ยงลูกตามตำราความรู้เท่านั้นยังไม่พอเช่นกัน จะต้องมีการฝึกฝนและอุดหนุนด้วยวิธีอื่นประกอบด้วย

ต้องไม่ลืมว่า การเลี้ยงอย่างตั้งใจของพ่อแม่ย่อมเป็นพลังมากกว่าจ้องอิงตำรามาเน้นความรู้เป็นหลัก ลูกจะรู้สึกดีและอยากใกล้ชิดถ้าพ่อแม่เป็นธรรมชาติและจริงใจ มากกว่าการมุ่งสร้างเป็นผู้รู้ ซึ่งผู้เขียนจะได้เขียนวิธีการต่อไปในเอกสารนี้

#### 5. พ่อแม่ต้องเป็นผู้แก้ไขปัญหา

ข้อนี้เป็นความเข้าใจที่ยังคลาดเคลื่อนอยู่มาก และเป็นเหตุสำคัญในการไม่ก้าวหน้าในการดูแลลูก ความจริงก็คือ คุณพ่อคุณแม่ไม่สามารถเป็นผู้ช่วยแก้ปัญหาให้ลูกและแถมยังไม่สามารถสั่งให้ลูกทำอะไรๆ ออกไปได้ สิ่งที่คุณพ่อคุณแม่จะทำได้ก็คือ การที่จะต้องเริ่มปฏิบัติการให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคุณพ่อคุณแม่เองกับลูกวัยรุ่น คุณพ่อคุณแม่อาจเริ่มต้นด้วยการสร้างบรรยากาศที่จะเอื้อต่อการหันเข้ามาจัดการกับสิ่งที่เป็นปัญหาที่เลวปะละ เช่น บางท่านอาจเริ่มต้นสร้างมิตรไมตรีมีสัมพันธภาพที่ดีเวลาสื่อสารกัน ทันทิที่คุณพ่อคุณแม่เปลี่ยนแปลงตัวเอง ลูก/ศิษย์วัยรุ่นจะสังเกตเห็นต้นแบบของการพัฒนาเปลี่ยนแปลงได้จากแหล่งต้นกำเนิดที่ใกล้ชิดกับตัว เขาจะซึมซับเข้าไปในตนอย่างแทบไม่รู้ตัวด้วยซ้ำ โปรดจำไว้ว่าการเปลี่ยนแปลงต้องเริ่มที่ตัวท่านเอง แล้วสิ่งรอบจะเปลี่ยนแปลงตาม รวมทั้งสัมพันธภาพด้วย จะดำเนินต่อไปในเชิงบวก สังคมจะค่อยๆ เกิดความร่มเย็นเป็นสุขและสงบ และเด็กจะได้เรียนรู้ความรับผิดชอบตนเองอย่างสร้างสรรค์

### สุขภาพใจที่ไม่สมดุลสามารถป้องกันและแก้ไขได้

ความรักของพ่อแม่ที่มีลูกวัยรุ่นเริ่มเปลี่ยนไปเป็นความห่วงใย ต่อมาก็แปรเปลี่ยนเป็นความวิตกกังวล ทำให้บรรยากาศที่สงบเริ่มหดหายไป อาจมีความขัดแย้งเข้ามาแทนที่ เพราะยิ่งปรารถนาดีก็ยิ่งอยากผลักดันให้ลูกโตเกินวัย โดยที่เด็กไม่อาจยังไม่พร้อมที่จะรับได้ พ่อแม่ก็ไม่ได้ปรับตัวตามวัยที่เจริญงอกงาม และเปลี่ยนแปลงของลูก จึงก่อให้เกิดความไม่สมดุลต่อทั้งสองฝ่าย ซึ่งเรื่องนี้เป็นเรื่องที่ยากและแก้ไขได้ ทางเครือข่ายพ่อแม่ไทยจึงได้พัฒนาวิธีการที่เหมาะสมต่อทั้งสองฝ่ายขึ้นมา โดยได้ประสานการเรียนรู้กับทั้งผู้เชี่ยวชาญชาวต่างประเทศและไทย ทำให้ได้ผลดีคือมีเป็นภาษาไทยได้สำเร็จภายใต้ลิขสิทธิ์ตามกฎหมายและสามารถนำออกมาใช้ได้อย่างสง่างาม (คู่มือการอบรมเพื่อเป็นพ่อแม่ที่ดีโดย ทิพาวดี เอเมะวรรณะ และคณะ, พ.ศ.2554, 2555)

### พ่อแม่และครูควรได้เรียนรู้อะไรบ้างในการดูแลวัยรุ่น

- ลูกวัยรุ่นไม่ใช่เด็กเล็กอีกต่อไป แต่ขณะเดียวกันก็ยังไม่โตเป็นผู้ใหญ่ วันเวลาที่ผ่านไปแล้วไม่มีใครสามารถย้อนไปเอาคืนมาได้ แต่ก็ยังไม่สายเกินไปที่จะกลับตัวมาช่วยลูก/ศิษย์วัยรุ่นให้เป็นไปตามหลักสำคัญคือ ให้เด็กมีความมั่นใจ ความรับผิดชอบและความร่วมมือเข้ากันได้กับสังคมรอบตัว
- นักจิตวิทยาที่ชำนาญเรื่องพ่อแม่ Dr.Jon Carlson กล่าวไว้ว่าเขาไม่เชื่อว่าการที่คู่สมรสที่มีส่วนให้ไข่และสเปิร์มได้มาพบกันและปฏิสนธิเป็นเด็กนั้น จะเป็นพ่อแม่ที่แท้จริง แต่จะขึ้นอยู่กับความรู้สึกในใจที่มีต่อลูกมากกว่า ที่ทำให้พ่อแม่แสดงออกต่อลูกราวกับว่าเด็กคนนั้นเป็นลูกเลี้ยง หรือลูกจริง

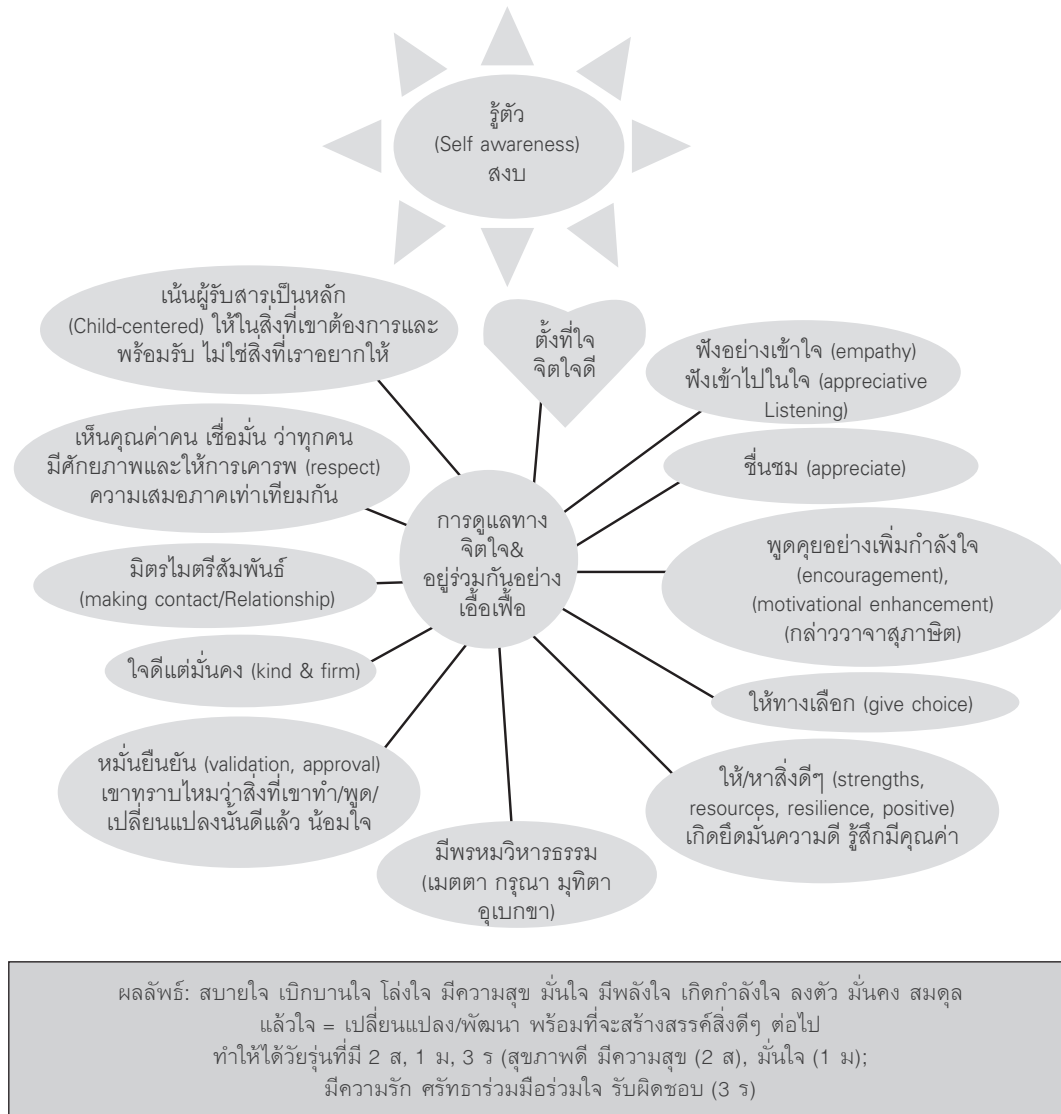
- การฝึกอย่างมีระบบให้คุณพ่อคุณแม่ได้เรียนรู้และเข้าใจตนเองไปพร้อมๆ กับเข้าใจพฤติกรรมของลูก และหมั่นไต่ถามการสังเกตพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของลูกได้ว่าเด็กยอมมีเป้าหมายในการทำพฤติกรรมนั้น
- การฝึกฟังและพูดคุยกับลูกอย่างเป็นมิตรและเข้าใจเพื่อเปิดประตูไปสู่สัมพันธภาพที่ดีสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดบรรยากาศที่เอื้อต่อการพูดคุยกันระหว่างคุณพ่อคุณแม่และลูก หรือระหว่างครูกับศิษย์
- มีหลักในการฝึกวินัยเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อตัวเอง โดยอิงจากทฤษฎีจิตวิทยาแอดเลอร์ (Adler psychology) ทั้งหมดนี้จะได้กล่าวต่อถึงหลักที่ผนวกไว้ในหัวข้อถัดไป

## หลักการเป็นพ่อแม่/ครูที่ดีต่อลูก/ลูกศิษย์

จากประสบการณ์ทั้งทางด้านวิชาชีพ วิชาการ และประสบการณ์การจัดฝึกอบรมและการเขียนหนังสือเกี่ยวกับเรื่องนี้ ผู้เขียนได้รวบรวมไว้ในผังก่อนนำเสนอข้างล่าง เป็นศาสตร์ของพ่อแม่ซึ่งได้แก่การเปลี่ยนแปลงตนเอง การพัฒนาทรัพยากรในตนเองเพื่อนำมาใช้แก้ไขสถานการณ์เลี้ยงลูกอย่างเหมาะสม เพื่อให้ง่ายต่อการฝึกฝนตนเองให้มีคุณสมบัติต่างๆ เหล่านี้ไว้เป็นพื้นฐานที่ต้องใช้อยู่เสมอ เมื่อจะสื่อสารพูดคุย ช่วยเหลือพยุงจิตใจและให้กำลังใจผู้อื่น รวมทั้งช่วยเสริมสร้างคุณค่าให้ผู้อื่นลุกขึ้นมามีพลังใจในการเยียวยาแก้ไขปรับปรุงพัฒนาตนเองได้ด้วยตนเอง สามารถคิดตัดสินใจเองได้ และนำไปแก้ไขสิ่งที่บกพร่องที่ผ่านมาของเขาเองได้ ซึ่งเหมาะกับการนำมาประยุกต์ใช้ในวิถีชีวิตของผู้ใหญ่ทุกคนที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกับเด็กหรือนักเรียน

โดยสรุปแล้วผังก่อนหน้านี้มีดังนี้ ตั้งที่ใจ ฟังอย่างเข้าใจ ซึ่ชื่นชม พูดคุยเพื่อเพิ่มกำลังใจ ให้ทางเลือก หาสิ่งดีๆ มีพรหมวิหาร ยินยอม มั่นคง-ใจดี มีมิตรไมตรี เคารพคุณค่าคน อุดหนุนเขาขอสิ่งที่เขาต้องการ ทั้งหมดนี้ได้มาจากหลักการทฤษฎีของ Adlerian psychology (Carlson & Slavik, 1997; Dinkmeyer, & Dinkmeyer, 1989), หลักการสื่อสารของ Virginia Satir (Schwab, Baldwin, Gerber, Gormori, & Satir, 1989), หลักการฝึกทักษะพ่อแม่ที่ดี (Parenting skills-STEP approach in Dinkmeyer, Sr., McKay, McKay, & Dinkmeyer, Jr. 1997, 1998), พรหมวิหาร 4 และอื่นๆ

# ผังสรุปลักษณะพื้นฐานของการพูดคุยเพื่อการพุงจิตใจในบริบทไทย (Fundamental of supporting living in the Thai Context)



## ผลการฝึกทักษะการเป็นพ่อแม่และครูที่ดี

จากการที่คุณพ่อคุณแม่ได้เข้ารับการฝึกทักษะการเป็นพ่อแม่ที่ดี 1 กลุ่ม จำนวน 10 คน เป็นเวลา 8 ครั้งๆ ละ 1 วัน เมื่อกลางปีพ.ศ. 2555 ซึ่งจัดโดยสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน และได้มีการประเมินการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการฝึกอบรม พบว่าคุณพ่อคุณแม่มีการเปลี่ยนแปลงหลังการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายด้าน (ดูภาคผนวก การวิเคราะห์ทำโดยใช้สถิติแบบ frequency และแบบ nonparametric - Wilcoxon Signed Ranks Test) เช่น คุณพ่อคุณแม่มีความสามารถเพิ่มขึ้นในด้านการระบุเหตุผลหรือเป้าหมายในการทำพฤติกรรมนั้นๆ ของลูก ( $p < .004$ ), และมีการเปลี่ยนแปลงในความสามารถอื่น ๆ ต่อไปนี้ในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ การสังเกตคุณสมบัตินี้ดีและให้การชื่นชมยืนยันความเหมาะสมของลูกได้เพิ่มขึ้น สามารถฟังเข้าไปในความรู้สึกของลูกได้ คุณพ่อคุณแม่รู้จักหนุนกำลังใจลูก (encouragement) รู้จักการประชมุครอบครัว รู้จักฝึกวินัยและความรับผิดชอบให้ลูกได้ดีขึ้นและลูกร่วมมือ เข้าใจและได้ใช้ทักษะต่างๆ ในหนังสือคู่มือให้เป็นประโยชน์สูงสุด เกิดการพัฒนาตนเอง และมีการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวอย่างมีความสุขสันติและมีขวัญกำลังใจ มีความมั่นใจในการเลี้ยงลูกเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก มีเครือข่ายด้านการเลี้ยงลูกเพิ่มขึ้น

สำหรับการฝึกอบรมผู้เป็นพ่อแม่และครูอาจารย์โดยใช้หลักการจากคู่มือการอบรมพ่อแม่ไทยในวิถีแอ็ดเลอร์ ในรูปแบบย่อ ซึ่งใช้เวลาอบรมแบบย่อ 1 วัน เมื่อ 14 มกราคม 2555 จัดโดยสำนักงานสาธารณสุขเขาร่วมกับมูลนิธิ JICA มีผู้เข้าร่วมรับการอบรมประมาณ 150 คน ก็เกิดผลในการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีมากขึ้น ดังตัวอย่างรายงานหลังการฝึกจากผู้เข้าอบรม เช่น มีความมั่นใจ และมีหลักในการพูดคุยกันดี (การสื่อสาร) กับลูกศิษย์แล้วผลก็จะดีตามมา คิดก่อนทำ/พูด การใช้คำพูดเพื่อให้กำลังใจ เกิดการรู้ตัวที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงความคิด ทัศนคติ และพฤติกรรม, เข้าใจตัวเองและลูกศิษย์ มองเห็นส่วนดีของศิษย์ได้มากมาย รู้สึกว่าถ้าครูทำตัวเป็นปียมิตรครูก็จะได้มิตรภาพกลับมา รู้สึกว่าเข้าใจผู้เรียนมากขึ้น จะนำวิธีการใหม่ๆ ไปใช้สอนลูกศิษย์ รู้สึกได้สิ่งที่มีค่าสำหรับชีวิตติดตัวไป อยากเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีตลอดเวลา

## สรุป

การดูแลวัยรุ่นเป็นงานที่มีคุณค่าท้าทายและสนุก ดังได้แสดงให้เห็นในบทความนี้ วัยรุ่นเป็นวัยที่มีอุดมการณ์และพลังสูง ถ้าผู้ใหญ่เอาใจใส่และใช้วิธีที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องก็จะนำร่องวัยรุ่นไปได้อย่างสร้างสรรค์มากกว่าทุกวันนี้ แต่วิธีการที่เหมาะสมต้องมาจากการฝึกฝนเตรียมไว้ก่อน มิใช่จากสิ่งเดิมๆ ที่ผู้ใหญ่เรียนมาในยุคเดิมของตนเองมาใช้กับวัยรุ่นยุคใหม่ จากประสบการณ์ที่ได้รายงานในบทความนี้พบว่าพฤติกรรมทุกอย่างมีเป้าประสงค์ หากดูออกก็จะตอบโจทย์ได้อย่างไม่ยากเลย ผู้เขียนปรารถนาว่าจะมีผู้สนใจเพิ่มขึ้นทั้งในหมู่ครูและผู้ปกครอง ที่จะฝึกฝนตนเองให้สอดคล้องกับการอยู่ร่วมสมัยกับวัยรุ่นได้อย่างลงตัว

## เอกสารอ้างอิง

1. ทิพาวดี เอมะวรรณ และคณะ. (2555). คู่มือการอบรมพ่อแม่ไทยในวิถีแอ็ดเลอร์ (The parent's handbook: Systematic training for effective parenting-STEP). (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ผู้ประพันธ์.
2. Carlson, J., & Lewis, J. (2002). Counseling the adolescent (4th ed.). Denver, CO: Love Publishing. (1st Edition, 1988; 2nd Edition, 1992; 3rd Edition, 1998).
3. Carlson, J., & Slavik, S. (1997). Techniques in Adlerian psychology. Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
4. Dinkelman, T., Levinsohn, J., & Majelantle, R. (2006). When knowledge is not enough: HIV/AIDS information and risky behavior in Botswana. Retrieved May 10, 2012 from <http://www.nber.org/papers/w12418>
5. Dinkmeyer, D. C., & Dinkmeyer, D. (1989). Adlerian counseling and psychotherapy with children and adolescents. In H. T. Prout & D. T. Brown (Eds.), Counseling and psychotherapy with children and adolescents: Theory and practice for school and clinic settings (2nd ed.). Tampa: Mariner.
6. Dinkmeyer, D. C., Dinkmeyer, D., & Carlson, J. (1994). Consultation in the schools. Muncie, IN: Accelerated Development.
7. Dinkmeyer, D., Sr., McKay, G. D., McKay, J.L., & Dinkmeyer, D., Jr. (1998). Parenting teenagers: Systematic training for effective parenting of teens. USA: STEP Publishers.
8. Dinkmeyer, D. Sr., McKay, G., Dinkmeyer, D.Jr.(1997). The parent's handbook: Systematic training for effective parenting. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
9. Schwab, J., Baldwin, M., Gerber, J., Gormori, M., & Satir, V. (1989). The Satir approach to communication: A workshop manual. Palo Alto, CA: Science and Behavior books.
10. Zimmer J.C. & Thurston W.E. (1998). Attitudes, beliefs, and practices of nursing students concerning HIV/AIDS: implications for prevention in women. Health Care Women Int. Jul-Aug;19(4):327-42. Retrieved May 10, 2012 from <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/073993398246304>



## ภาคผนวก

แสดงผลก่อนและหลังการฝึกอบรมเพื่อเป็นพ่อแม่ที่ตีรูปแบบใหม่

จัดโดย สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน และเครือข่ายพ่อแม่ไทยในวิถีแอตเลอร์

วันที่ 4, 5, 12, 19, 26 มิถุนายน, 2, 10, 17 กรกฎาคม พ.ศ.2554

การวิเคราะห์ทำโดยใช้สถิติแบบ frequency และ แบบ nonparametric - Wilcoxon Signed Ranks Test

โดยมีจำนวนผู้ตอบแบบประเมินทั้งสิ้น 10 คน

ชุมชน		M	S.D.	Z	P
1. การระบุเหตุผลที่ลูกทำพฤติกรรมนั้นๆ	ก่อน	1.80	.919		
	หลัง	3.50	.527		
				-2.850	.004**
2. หลีกเลี่ยงการเข้าไปทำให้อะไรในสิ่งที่ลูกทำได้	ก่อน	2.40	.816	1.075	
	หลัง	3.00	.816		
				-1.561	.119
3. สังเกตคุณสมบัติที่ดีๆ และเห็นการกระทำที่เหมาะสมและดีๆ ของลูกได้	ก่อน	2.90	.738		
	หลัง	3.70	.483		
				-2.271	.023*
4. พังเข้าไปในความรู้สึกของลูก เวลาที่ลูกพูดบออะไร	ก่อน	2.50	.850		
	หลัง	3.60	.516		
				-2.636	.008**
5. แสดงความรู้สึกของคุณต่อลูก ในลักษณะสงบ ควบคุมอารมณ์ได้	ก่อน	2.20	.789		
	หลัง	3.30	.675		
				-2.810	.005**
6. แสดงความรู้สึกของคุณต่อลูกในลักษณะสงบ ควบคุมอารมณ์ได้ และตอบออกไปอย่าง "คิดก่อนพูด"	ก่อน	2.40	.699		
	หลัง	3.50	.707		
				-2.810	.005**
7. การเสริมขวัญกำลังใจ (encouragement)	ก่อน	2.70	.675		
	หลัง	3.70	.483		
				-2.887	.004**
8. การประชุมครอบครัวอย่างมีหลักการและวิธีการ	ก่อน	1.30	.675		
	หลัง	2.70	1.160		
				-2.565	.010*
9. การมี mentor, เพื่อนคู่คิดที่มีประสิทธิภาพ ในระดับหนึ่งที่จะแลกเปลี่ยนเรื่องเกี่ยวกับการเลี้ยงลูก จนรู้สึกมีความมั่นใจในการเลี้ยงลูก	ก่อน	1.30	.675		
	หลัง	3.50	.707		
				-2.842	.004**
10. การนำภารกิจภาคปฏิบัติต่างๆ ตามที่ได้จากกลุ่ม parenting ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเลี้ยงลูก	ก่อน	1.60	.699		
	หลัง	3.60	.699		
				-2.873	.004**
11. ความเข้าใจทักษะต่างๆ ในหนังสือคู่มือ ว่าสามารถช่วยในการเลี้ยงลูก	ก่อน	1.70	1.059		
	หลัง	3.70	.483		
				-2.724	.006**

ชุมชน		M	S.D.	Z	P
12. ได้ใช้ทักษะต่างๆ ในหนังสือคู่มือ เพื่อช่วยในการอบรมเลี้ยงลูก	ก่อน	1.70	.823		
	หลัง	3.70	.483		
				-2.836	.005**
13. รู้เทคนิควิธีทำให้ลูกเรียนรู้ ผลลัพธ์อันเกิดจากการกระทำที่เขาเลือก (consequences)	ก่อน	1.90	.738		
	หลัง	3.60	.516		
				-2.850	.004**
14. การเรียนรู้ด้วยประสบการณ์ ของเด็กเองจะช่วยให้เด็กเกิดความรับผิดชอบ	ก่อน	1.90	.738		
	หลัง	3.60	.516		
				-2.850	.004**
15. รู้จักและเข้าใจแก่นของการทำให้ลูกเกิดวินัย และความรับผิดชอบอย่างสันติ และเต็มใจจากตัวเอง	ก่อน	1.50	.707		
	หลัง	3.60	.699		
				-2.836	.005**
16. ลูกๆ สามารถมีส่วนร่วมช่วยคิด ช่วยหาทางออกและช่วยแก้ปัญหา ของครอบครัวได้	ก่อน	2.10	.994		
	หลัง	3.50	.707		
				-2.392	.017*
17. ท่านมีหลักอยู่ในใจอย่างมั่นคงและมั่นใจ ในการเลี้ยงลูก เช่น มีเป้าหมายว่าจะเลี้ยงลูก ให้มีความสุข-มั่นใจ-รับผิดชอบ- เชื่อฟัง-น่ารัก-เป็นเด็กดี	ก่อน	2.20	1.033		
	หลัง	3.90	.316		
				-2.701	.007**
18. ท่านมีแรงจูงใจพลังใจความมั่นใจ ในการเลี้ยงลูก	ก่อน	2.10	.738		
	หลัง	4.00	.000		
				-2.850	.004**
19. ท่านรู้สึกว่าคุณมีความมั่นใจ ในการอบรมเลี้ยงดูลูกและพัฒนาลูก	ก่อน	1.90	.568		
	หลัง	4.00	.000		
				-2.913	.004**
20. แก้ปัญหาด้วยการพูดคุยกันดีๆ และเกิดความร่วมมือในการแก้ได้	ก่อน	2.80	.789		
	หลัง	3.90	.316		
				-2.598	.009**
21. พ่อแม่ไม่ควรเข้าไปยุ่งหรือไปจัดการ หรือเป็นกรรมการตัดสินในยามที่ลูก(พี่น้อง) ทะเลาะกันด้วยวาจา (verbal arguments)	ก่อน	1.90	1.101		
	หลัง	3.40	.843		
				-2.461	.014*
22. ความเชื่อถือ/ให้เกียรติ/นับถือและ respect ความคิดเห็นของลูก	ก่อน	2.50	.972		
	หลัง	3.60	.699		
				-2.598	.009**
23. ทราบดีว่าอะไรคือปัญหาของใคร เช่น การให้ลูกทำการบ้านของตัวเอง เพราะการบ้าน เป็นปัญหาของลูก (หรืออีกนัยหนึ่ง ลูกเป็นเจ้าของเรื่องนี้)	ก่อน	1.90	.738		
	หลัง	3.60	.516		
				-2.701	.007**
24. ยอมรับความผิดพลาดของลูกได้	ก่อน	2.70	1.059		
	หลัง	3.80	.422		
				-2.428	.015*

ชุมชน		M	S.D.	Z	P
25. ท่านเข้าใจตัวท่านและลูกของท่าน	ก่อน	2.40	.843		
	หลัง	3.80	.422		
				-2.739	.006**
26. พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของลูก ย่อมมีเหตุผลอยู่เบื้องหลัง	ก่อน	2.30	1.059		
	หลัง	3.70	.483		
				-2.565	.010*
27. การหนุนกำลังใจ (encouragement) เป็นหนทางที่จะทำให้เด็กเกิดสิ่งดีๆ ตามมามากมาย เช่น ทำให้เด็กมีกำลังใจ อยากทำเพิ่มขึ้น อยากเป็นคนดี มั่นใจ ภูมิใจ	ก่อน	2.70	.675		
	หลัง	3.80	.422		
				-2.810	.005**
28. ท่านใช้วิธีการหนุนกำลังใจ หรือ เสริมขวัญกำลังใจ (encouragement)	ก่อน	2.50	.850		
	หลัง	3.70	.483		
				-2.762	.006**
29. การต้องมีพวก/มีหมู่/มีแวดวง/มีกลุ่ม/รู้สึก มีคนหัวอกเดียวกัน (sense of belonging) มีผลต่อจิตวิทยาและพฤติกรรมของเด็ก	ก่อน	2.00	.943		
	หลัง	3.80	.422		
				-2.842	.004**
30. เด็กๆ ควรรับผิดชอบต่อการที่เขาเข้ากลุ่ม พวกของเขา (belonging)	ก่อน	2.10	.738		
	หลัง	3.60	.516		
				-2.877	.004**
31. การสื่อสารกับลูกอย่างสร้างสรรค์ เป็นทักษะที่ต้องฝึก	ก่อน	2.30	.823		
	หลัง	3.70	.483		
				-2.724	.006**
32. การที่เด็กมีลักษณะไม่เชื่อฟัง เป็นเพราะลูกต้องการตอบโต้ให้รู้บ้าง ในเชิงท้าทายที่พ่อแม่ชอบแสดงอำนาจเหนือ และชอบสั่งการ	ก่อน	1.80	.632		
	หลัง	3.60	.516		
				-2.877	.004**
33. ท่านได้อ่านหนังสือคู่มือและได้ทำการบ้าน ที่เรียนจากคู่มือการอบรมพ่อแม่ไทย ในวิถีแอตเลอร์ (STEP)	ก่อน	1.30	.675		
	หลัง	3.70	.675		
				-2.873	.004**
34. ความวิตกกังวลเมื่อมีปัญหากับลูก	ก่อน	3.10	.876		
	หลัง	2.00	.943		
				-1.930	.054
35. เวลาที่มีปัญหาเกี่ยวกับลูกมากๆ พ่อแม่ เกิดความรู้สึกว่า เรื่องนี้พ่อแม่ทำอะไร ไม่ได้หรอก ไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กได้ และไม่รู้จะอย่างไร	ก่อน	2.80	.919		
	หลัง	2.20	.789		
				-1.438	.150
36. การนำพรหมวิหาร 4 มาใช้ในการอยู่กับลูก	ก่อน	1.90	.994		
	หลัง	3.40	.843		
				-2.714	.007**

ชุมชน		M	S.D.	Z	P
37. ความเข้าใจเรื่องทศ 6 และการทำนุบำรุง เพิ่มขึ้นว่าสามารถนำมาใช้พัฒนาตนเอง ด้านสายสัมพันธ์ ความร่วมมือ มิตรภาพ ความกตัญญูต่อกัน อันทำให้การปฏิบัติ ต่อผู้คนรอบตัวเป็นไปอย่างสมดุลและมีความสุข	ก่อน	1.90	1.101		
	หลัง	3.60	.699		
				2.701	.007**
38. การประพฤติปฏิบัติตนตามบทบาทหน้าที่ในทศ 6	ก่อน	2.00	.667		
	หลัง	3.60	.699		
				2.859	.004**
39. หลักสูตร STEP parenting นี้ ทำให้ได้ข้อมูลวิธีการไปพัฒนาทักษะ การเป็นพ่อแม่	ก่อน	1.70	.823		
	หลัง	3.90	.316		
				-2.850	.004**
40. การตระหนักรู้ซึ่งว่า เด็กๆ จะเรียนรู้ จากการสังเกตลักษณะที่ตึง ของพ่อแม่	ก่อน	2.40	1.075		
	หลัง	3.90	.316		

\*p < .05, \*\*p < .01, \*\*\*p < .001



# มองปัญหาวัยรุ่นผ่านชีวิตของ “อ้วน”

พญ.นิสิตา นาทประยุทธ์

โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จังหวัดนครราชสีมา

ในปัจจุบันพบว่า วัยรุ่นไทยมีปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากพฤติกรรมการเล่นสื่อโดยประมาทเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยเรียน ความพิการจากอุบัติเหตุจราจร ปัญหาการติดยาเสพติด รวมไปถึงปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน ภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย เป็นต้น เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีลักษณะจำเพาะเป็นเอกลักษณ์เฉพาะกลุ่มวัย ดังนั้นการเก็บข้อเท็จจริงของวัยรุ่นและครอบครัวให้ครอบคลุม การวิเคราะห์เชื่อมโยงระดับบุคคล-ครอบครัว-ชุมชน และการจัดการปัญหาอย่างบูรณาการ จำเป็นต้องอาศัยทักษะ ประสบการณ์และองค์ความรู้เฉพาะกลุ่มวัยรุ่น และสิ่งที่จำเป็นในแต่ละขบวนการ คือ ความรัก ความเข้าใจ และเวลา

ด้านล่างเป็นตัวอย่างหนึ่งของปัญหาพฤติกรรมของวัยรุ่น ซึ่งทีมงานได้อาศัยเครื่องมือต่างๆ ในการทำความเข้าใจตัวบุคคล ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม เพื่อนำไปสู่แนวทางการแก้ไขปัญหากับเด็กวัยรุ่นต่อไป

จากการประชุม “เวทีพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนกับการคุ้มครองเด็ก” ที่จัดโดย มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก ณ โรงเรียนมัธยมประจำอำเภอแห่งหนึ่ง จ.นครราชสีมา คุณครูประจำชั้นหรืออาจารย์แม่ ได้นำเรื่องราวพฤติกรรมของเด็กชายอ้วน (นามสมมติ) มาเล่าสู่กันฟังเพื่อปรึกษาและหาแนวทางในการดูแลเด็กต่อไป

เด็กชายอ้วน (นามสมมติ) อายุ 14 ปี กำลังเรียนอยู่ชั้น ม. 3

คุณครูเล่าว่า “อ้วนเป็นเด็กก้าวร้าว ไม่เชื่อฟังใคร ชอบแกล้งเพื่อนๆ ในชั่วโมงเรียนจะขอไปเข้าห้องน้ำทุก 15 นาที กลับมาจะมีกลิ่นบูหรือติดตัว เมื่อครูทักจะเถียงไม่ยอมรับ โทกหน้าตายทั้งๆที่จับผิดได้คาหนังคาเขา ไม่สนใจเรียนจะเข้าเรียนเฉพาะวิชาที่ชอบ เช่น วิชาเลข มีพฤติกรรมหนีเรียนบ่อยๆ และการเรียนตกต่ำติด ร. ทั้งหมด 26 วิชา สุดท้ายอาจารย์แม่ขอร้องให้แคอยู่ในห้องเรียนก็ได้ จะได้เรียนผ่านและไม่ตกอีก ก็ยังไม่อยู่ ตอนที่คุณครูทุกคนที่เกี่ยวข้องรู้สึกเอือมระอาไม่รู้จะทำอย่างไรดี เยี่ยมบ้านก็แล้ว บอกดีก็แล้ว ชูก็แล้ว คงได้แต่ปล่อยเลยตามเลย”

เมื่อถามข้อดีของเด็กชายอ้วน คุณครูบอกว่า

“ชอบเตะฟุตบอล และชอบวิชาคณิต ไม่ค่อยมีเพื่อน สนใจดูแลทะนุถนอมเลี้ยงไก่ชนเป็นอย่างมาก (อย่างไม่น่าเชื่อว่าเด็กที่ดูเกรจะทำได้)”

“เมื่อสนใจจะทำอะไรก็ทำได้ดี แต่ต่อมา ก็ไม่ทำซักอย่าง”

“ตอนอยู่ชั้น ม.1 และ ม.2 เรียบร้อยดี การเรียนใช้ได้ ไม่เกร”

สุขภาพร่างกายของเด็กชายอ้วน แข็งแรง สมบูรณ์ดี การเรียนปกติจนชั้น ม.3

คุณครูจะติดต่อกับคุณแม่ของอ้วนตลอด และไปติดตามเยี่ยมบ้านเด็ก พบว่า

“อ้วนเป็นลูกคนเดียว ครอบครัวมีฐานะปานกลาง คุณย่าและคุณพ่อเป็นคนเลี้ยงอ้วนมาตั้งแต่ยังเด็ก

คุณพ่ออาชีพทำไร่นาข้าวและอยู่บ้านเป็นส่วนมาก หากไม่ใช่ฤดูทำนาก็จะอยู่บ้านเฉยๆ

ส่วนคุณแม่แต่เดิมทำนาอยู่ด้วยกันแต่ต่อมาค่าใช้จ่ายในบ้านมากขึ้นก็เลยไปทำงานโรงงานในเมือง ต่อมา เป็นเสาหลักเศรษฐกิจของบ้าน

คุณย่าเป็นเจ้าของที่นาและที่ดินที่บ้านอ้วนอยู่ ขณะนี้ ยังทำนาอยู่เช่นเดียวกับลูกชายคือพ่อของอ้วน

คุณอา (น้องพ่อ) อายุ 19 ปี เกร กินแต่เห ล้าทุกวัน ไม่ทำงานอะไรเลยตั้งแต่เรียนจบ ม.6 อยู่ละแวก บ้านเดียวกัน”

ขอให้คุณครูช่วยเล่าลักษณะนิสัย บุคลิกภาพของแต่ละคนในครอบครัวอ้วนให้ฟัง คุณครูว่า

“แม่ของอ้วนเป็นคนอ่อนน้อมถ่อมตน เป็นคนพูดน้อยและพูดเพราะ ร้องไห้เสียใจเรื่องลูก ไม่เข้าใจว่าทำไมลูกถึงมีปัญหาหนีเรียน การเรียนตกอยู่บ่อยๆ เคยมาแอบดูว่าลูกมาเรียนหรือไม่ แต่เมื่อถูกลูกจับได้ว่าแอบมาดู เด็กชายอ้วนก็จะตำว่าแม่ตนเองทันที”

“พ่อของอ้วนเป็นคนขี้โมโห เจ้าอารมณ์ ขี้บ่น พูดเก่งมากๆ (คุณครูยืนยันว่าขนาดครูพูดเก่งแล้วยังพูดไม่ทันพ่อของอ้วนเลย) และจะตำว่าลูกตลอดเวลา ตีทำโทษด้วยไม้เรียวเป็นบางครั้ง คุณแม่เคยเล่าให้ฟังว่า มีครั้งหนึ่งพ่อโมโหอ้วนมาก (จำไม่ได้ว่าเรื่องอะไร) ก็เลยเอาเสื้อตัวโปรดของอ้วนไปสับให้ละเอียด แต่ไม่เคยลงไม้ลงมือรุนแรงเป็นจริงเป็นจัง เมื่อเรีวๆ นี้บ่นตำว่าจนอ้วนรู้สึกทรมานไม่ไหว จึงวิ่งเข้าครัวไปเอาเม็ดมาชู่พ่อให้หยุด แล้วจากนั้นอ้วนก็หนีไปอยู่เล่นบ้านเพื่อนที่อยู่ใกล้กัน รอจนแม่กลับจากงานจึงกล้าเข้าบ้าน”

แม่เคยมาเล่าให้ฟังที่โรงเรียนว่า “ทุกครั้งหลังคุณครูไปเยี่ยมบ้านที่ไร พ่อของอ้วนจะตำว่า บ่นอ้วนรุนแรงและนานกว่าเดิมทุกครั้ง จะบ่นตำหาอ้วนว่าเป็นตัวปัญหา ทำให้ขายหน้า แล้วก็จะพาลอารมณ์ไม่ดีตลอดทั้งวัน”

ขอให้คุณครูเล่าสภาพทั่วไปของบ้านอ้วน ได้ความว่า

“สภาพรอบบ้าน มีกวนเหล้าอยู่หน้าบ้านทุกวัน (อาผู้ชาย) มีบ่อนตีไก่ชน ร้านเกม อยู่ใกล้ๆ”

เมื่อได้รับฟังปัญหาดังข้างต้น จึงได้ปรึกษากันในที่ประชุม ว่าต้องทำการประเมินเด็กชายอ้วนในเรื่องของสภาวะทางอารมณ์ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการใช้สารเสพติด ที่มสุขภาพจิตของรพ. จึงได้นัดหมายเด็กและมารดาเพื่อมาพบคุยกันที่โรงเรียนอีกรอบ เพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ และประเมินภาวะทางอารมณ์โดยคร่าวๆ

ในการพบกันครั้งแรกระหว่างทีมของ รพ.กับเด็กชายอ้วน ได้พูดคุยถึงเรื่องทั่วไปและปัญหาที่เกิดขึ้น จากนั้นประเมินตาม The HEADSS framework for Psychosocial Health Assessment (ซึ่งดัดแปลงจากของ Goldenring & Cohen) ประกอบด้วย

H = Home

E = Education / employment

E = Eating / body image

A = Activities

D = Drugs/alcohol

S = Sexual health / sexuality

S = Suicidality / mood

S = Spirituality

ซึ่งได้ผลดังนี้ (ข้อมูลด้านล่างเป็นข้อมูลที่ได้จากคำบอกเล่าของเด็กชายอ้วนและมารดา)

**Home** เป็นบ้านหลังเล็กที่คุณย่าได้สร้างต่อเพิ่มจากหลังใหญ่ให้ครอบครัวของอ้วนอยู่ด้วยกัน โดยอยู่ในรั้วเดียวกันกับบ้านย่าและอา สมาชิกในบ้านประกอบด้วย คุณย่า คุณพ่อ คุณแม่ คุณอา และอ้วน

อ้วนรู้สึกไม่สบายอยู่บ้านเพราะทนเสียงพ่อกับอา (น้องชายพ่อ) บ่นว่าตลอดเวลาไม่ไหว บางวันจะไปอยู่บ้านเพื่อนที่อยู่ใกล้ๆ กัน เล่นเกม ดูทีวี จนถึง 3-4 ทุ่ม แม่กลับมาจากโรงงานแล้วค่อยกลับบ้าน เคยหลบไปอยู่บ้านเพื่อนนานที่สุด 2 วันจนคุณย่ากับแม่เป็นคนมาตามกลับบ้าน สำหรับความรักที่มีต่อคนในบ้าน อ้วนรักแม่เต็มร้อย รักคุณย่ารองลงมา และรักคุณพ่อ 60% รู้สึกเกลียดไม่ชอบที่พ่อบ่น และไม่ชอบคุณอาเพราะมีนิสัยบ่นว่า และชอบพูดประชดแรงๆ เหมือนพ่อ

**Education** มาเรียนยังดีกว่าอยู่บ้าน รู้ว่าการเรียนตกอย่างนี้ไม่ดี คิดว่าทำวิชาเลขได้ดี อยากเรียนให้จบ ม.3 จะได้ทำงานช่วยแม่หารายได้ อยากเป็นตำรวจ รักและเคารพอาจารย์แม่ (ครูประจำชั้น) มากที่สุด

**Eating & Exercise** อาหารการกินแม่จะเตรียมไว้ให้ไม่เคยขาด บางทีก็ให้เงินไว้ให้ซื้อกินเอง สำหรับกีฬา อ้วนชอบเตะฟุตบอลเป็นพิเศษ

**Activity & Peer** ชอบเลี้ยงไก่ชน และเล่นพนัน ยอมรับว่าบางครั้งขอเงินแม่มาทีละ 200-300 บาท มาเล่น (ซึ่งแม่ไม่เคยถามว่าเอาไปทำอะไร) พอเล่นได้บางครั้งได้เป็นพันบาท ก็เอาไปคืนแม่ เล่นเกมวิดีโอ คอมพิวเตอร์บ้านเพื่อน มีเพื่อนสนิทอยู่ 2 คน เพื่อนสนิทใจเรียนดี ไม่เกเรเหมือนตัวเอง มีแฟนอยู่ ม.2 ชยันเรียน และอ้วนไม่หนีเรียนมา 2 สัปดาห์แล้วเพราะแฟนบอกให้มาเรียน

**Drugs** ยอมรับว่าสูบบุหรี่วันละประมาณเกือบ 10 มวน (ขอเงินจากแม่มาซื้อ) แต่ไม่เคยดื่มสุรา หรือติดสารเสพติดชนิดอื่น เพราะรู้ว่าไม่ดีและไม่อยากเป็นอย่างผู้ชาย

**Sexuality** ไม่ได้ถาม

**Suicide** เคยคิดอยากตายให้พ้นๆไปเหมือนกัน แต่ไม่เคยคิดว่าจะทำวิธีไหน ประเมินด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q ได้ 6 คะแนน จัดเป็นกลุ่ม mild depressive mood

**Safety** ไม่เคยทำกิจกรรมที่ผิดโฉน และไม่ชกตีกับใคร แต่ยอมรับว่าล่าสุดโมโหพ่อมากทนไม่ได้เลยเอามือมาขู่พ่อให้หยุดบ่นเท่านั้น ไม่ตั้งใจทำร้าย ไม่เคยเล่นปืนหรือมีด แถวบ้านมีแต่ซีเม้า

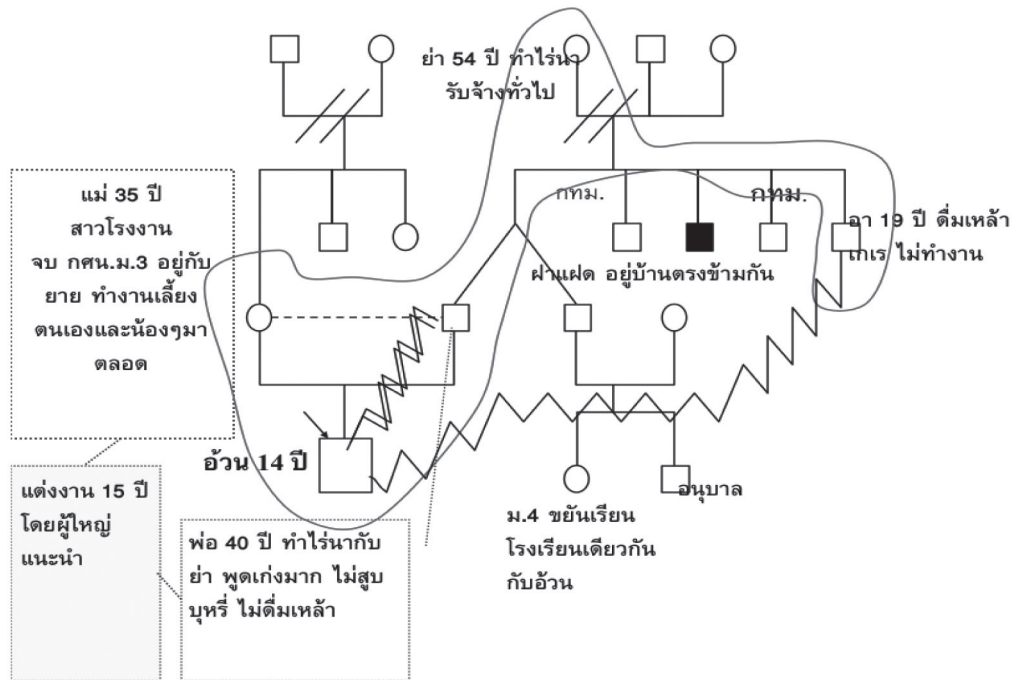
**Strength/Spirituality** รู้สึกว่าตนเองไม่ดี เป็นคนเลว ไม่มีดีซักอย่าง เวลาท้อหรือเสียใจจะพูดกับไก่ชนตัวโปรด เพื่อนสนิทและอาจารย์แม่ ไม่ได้พูดกับแม่เพราะแค่ทำงานแม่ก็เหนื่อยแล้ว

ที่มได้ถามคำถามเพิ่มเติมว่าถ้ามีพร 3 ข้อ จะขออะไร จากนั้นให้เด็กช่วยวาดรูปครอบครัวของตนเอง (ดังข้างล่าง)

- อยากให้พ่อบ่นน้อยลงกว่านี้ก็ยังดีกว่าบ่นตลอดเวลา
- อยากออกมาทำงานช่วยแม่ แม่จะได้ไม่เหนื่อย
- .....(เงียบ)



## ประวัติจากครอบครัวและผังเครือญาติ



## ข้อมูลเพิ่มเติมจากมารดาของเด็กชายอ้วน

แม่แต่งงานกับพ่อได้ 15 ปีแล้ว รู้จักกันโดยญาติผู้ใหญ่แนะนำ

แม่เป็นลูกคนโตของบ้าน มีคุณยายเลี้ยงมาตั้งแต่เล็กจนโต เพราะแม่ไปอยู่ต่างจังหวัด ทำงานส่งเงินมาให้ใจช่วงแรก ตอนหลังหายไปไม่ค่อยได้เจอกัน และต้องออกมาทำงานส่งตัวเองเรียนจนจบ กศน. ม.3 และทำงานส่งเลี้ยงน้องอีก 2 คน นิสัยเป็นคนเงี้ยๆ ไม่ค่อยอยากมีปากเสียงในบ้าน แต่ช่วงนี้ทะเลาะกับพ่อของอ้วนอยู่บ่อยๆ เรื่องลูกเกเร

แต่เดิมทำไร่นาบนที่ดินยากกับพ่อของอ้วน แต่ต่อมารายได้ไม่พอใช้ เลยไปทำงานโรงงาน JVC ได้ 10 ปีแล้ว ทำงานเปลี่ยนกะไปเรื่อย หากเข้างานกะเช้ากลับถึงบ้าน 3 ทุ่ม หากอยู่กะดึกกลับถึงบ้าน 8 โมงเช้า และต้องมาทำงานบ้านต่อ

ความรู้สึกต่อสามี (มีท่าที่ลังเลและกังวลขณะตอบ)

“เป็นคนเซอร์ๆ พุดมากชอบบ่นว่าลูก โมโหร้ายแต่ไม่เคยลงมือลงไม้ ตนเองรู้สึกเปรียบเทียบกับแฟนตนเองไม่เห็นเหมือนกับฝาแฝดคนน้องของเค้าเลย ทางนั้นดูเค้าฉลาดและมีฐานะดีกว่า” สามีไม่ค่อยทำอะไรอยู่บ้านเฉยๆเวลาหมดฤดูทำไร่นา

ความรู้สึกต่อลูกชาย (อ้วน)

“มีลูกคนเดียวทำไมเดี๋ยวครูก็โทรมา เดี่ยวครูก็มาเยี่ยม หลังเยี่ยมทุกครั้งมีปัญหาตามมาตลอด”

“ที่ลูกคนอื่น พ่อแม่ไม่มีเวลาให้เท่าไรหรอก แต่ก็ยังดีได้”

รักลูกตามใจทุกอย่างแต่ไม่ค่อยมีเวลาดูแล ไม่เคยดูสมุดพกลูก ลูกขอเงินเท่าไรก็ให้ไม่เคยถามว่าเอาไปทำอะไร บางครั้งเคยให้เงิน 300-400 บาทก็มี อยากส่งลูกให้เรียนสูงๆจะได้ไม่ลำบากเหมือนตนเอง

ประเมิน ILLNESS ของมารดาได้ผลดังนี้

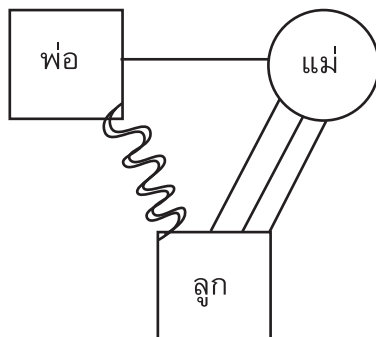
Idea: คิดว่าเป็นจากที่สามีบ่นว่าลูก เลยทำให้ลูกเกเร

Feeling: เหนื่อยกายและใจ ต้องรับภาระต่างๆในบ้าน อึดอัดและกลัวสามีโกรธ รู้สึกอับอายที่ต้องมาพบครูประจำชั้นอยู่บ่อยๆ เรื่องลูกหนีเรียน โดยเฉพาะเวลาที่ครูไปเยี่ยมบ้าน

Function: ตอนนี้พยายามรวมขอมระหว่างสามีกับลูก แต่ไม่ค่อยมีเวลาอยู่ด้วย

Expectation: อยากให้ลูกตั้งใจเรียน อยากให้สามีปันลูกน้อยลงกว่านี้และไม่ต้องมีปัญหากับทางโรงเรียนอีก

## ภาพแสดงสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว



## สรุปปัญหาของเด็กชายอ้วน

- Disease:
1. Substance abuse
  2. Aggressive behavior with gambling addict
  3. R/O mild depressive mood with suicidal idea
- Illness:
1. School problem nearly drop out
  2. Low self esteem
  3. Impair emotional behavioral development
  4. Poor social presentation and relationship,

## ผลการประเมินครอบครัวของเด็กชายอ้วน

Family life cycle: Family with adolescents

Family crisis: Family of violence, School problem son, couple conflict, poor parenting skill, financial problem

Family communication: Triangulation (through son), Avoidance (Mother keeps silence)

Family coping: Mother acts as the breadwinner, intergeneration coalition with son against father, Son ran away from home when crisis came, Father is an abuser in the family.

Family resource: Son's teacher, Grandmother

Family role of health behavior: Mother stays as buffer zone between father and son.

## ผลการประเมินชุมชนและสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก

ยังไม่ทราบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนของครอบครัวและชุมชน แต่มีบ้านอยู่ใกล้กัน ไม่ชอบอาเพราะปนว่ากินเหล้าและไม่ยอมทำงาน มีเพื่อนสนิทบ้านอยู่ใกล้กันพอควร และเพื่อนเป็นเด็กดีใช้ได้ มักชวนกันเล่นเกม

ใกล้ๆ รอบบ้านมีวงเหล้าหน้าบ้านและบ่อนพนันไก่ชน ในโรงเรียนมีอาจารย์แม่คอยเอาใจใส่ดูแล และแฟนของอ้วนคอยห้ามไม่ให้หนีเรียน

## วิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูลเบื้องต้น

ปัญหาพฤติกรรมของเด็กชายอ้วนน่าจะมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่างๆดังนี้

1. การแสดงออกของความรัก/ความคาดหวังของพ่อและแม่เด็ก รวมถึงครู ที่ขาดความเข้าใจในตัวคนที่แท้จริงของเด็ก ทำให้การสื่อสารและวิธีแสดงออกถึงความรัก ความห่วงใยผิดเพี้ยนกลายเป็นเสียงตำหนิ
2. ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความรู้สึกของแม่ที่ค่อนข้างห่างเหินจากพ่อของเด็ก และไม่รู้สึกรู้ว่าสามารถพึ่งพาพ่อเด็กได้ในด้านเศรษฐกิจ รวมถึงความรู้สึกไม่เคารพและมักนำพ่อเด็กไปเปรียบเทียบกับฝาแฝดของพ่อเด็กเสมอ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปมต่อการเป็นผู้นำครอบครัวของพ่อเด็ก
3. ความเชื่อในการเลี้ยงลูกแบบตามใจ และให้เงินเมื่อลูกต้องการของแม่เด็ก รวมถึงจากประสบการณ์เดิมของแม่เด็กที่ถูกทิ้งให้อยู่กับยาย และต้องทำงานเลี้ยงน้องๆมาตั้งแต่เด็ก ก็สามารถเป็นคนดี เรียนจบ กคน.ได้ ถึงแม้ว่าจะไม่ค่อยมีคนใส่ใจนัก ส่งผลให้แม่เด็กขาดความใส่ใจในการเรียนของอ้วนในระยะแรก (ไม่ทราบเกรดลูก ไม่เคยดูสมุดพก) และทิ้งหน้าที่เลี้ยงดูลูกเป็นหลักให้กับพ่อเด็กและคุณย่าตั้งแต่ยังแบเบาะ จนกระทั่งครูไปเยี่ยมบ้านบ่อยๆ จึงหันกลับมาสนใจมากขึ้น
4. ทักษะการเลี้ยงดูลูกของพ่อเด็ก มักเป็นรูปแบบของการบ่นด่าว่า โดยไม่ระบุเฉพาะเจาะจงเป็นเรื่อๆ นั้นอาจเป็นจากการขาดแบบอย่างการเลี้ยงดูที่ดี โดยจะเห็นได้จากผลการเลี้ยงดูวัยรุ่น (คืออาของเด็ก) ของย่าเองก็มีปัญหาจากผลลัพธ์ออกมาเป็นคนเกเร กินเหล้า และไม่ทำงาน

วางแผนการดำเนินการลำดับถัดไป

- ประเมินภาวะซึมเศร้าในเด็กวัยรุ่นและติดตามเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองเป็นระยะๆ
- ให้กำลังใจ ชื่นชมและดึงจุดเด่นของเด็กให้บ่อยขึ้น
- สอนทักษะการควบคุมอารมณ์ด้านลบ และการเข้าสังคมให้กับเด็ก
- เป็นที่พึ่งในการให้คำปรึกษาให้กับแม่และเด็ก ครูที่เกี่ยวข้อง
- ติดตามประเมินความพร้อมของพ่อผ่านทางแม่ ในการเข้าเยี่ยมบ้าน หรือนัดพูดคุยปัญหาทั่วไปเกี่ยวกับลูกชายก่อน และเมื่อสบโอกาสเริ่มเจาะลึกในปัญหาความสัมพันธ์และการสื่อสารภายในครอบครัว (ระหว่างคู่ครอง และระหว่างผู้ปกครอง-เด็ก) รวมทั้งชี้ให้เห็นทั้งสองฝ่ายมองให้เห็นข้อดีของกันและกัน
- เชื่อมโยงประสานกับคุณครูประจำชั้น และคุณครูแนะแนว ในการเข้าใจภาพรวมของปัญหาทั้งครอบครัว และเพิ่มศักยภาพของครูในการเข้าถึงผู้ปกครองได้อย่างกลมกลืนและลดแรงกดดันจากความคาดหวังของโรงเรียนต่อครอบครัว ความคาดหวังพ่อต่อลูก

จะเห็นได้ว่าความสัมพันธ์ในครอบครัว ทักษะของการเป็นพ่อแม่ (parenting skill) และ ความพร้อมของพ่อแม่ ความเป็นมาดั้งเดิมของครอบครัวแต่ละฝ่าย รวมถึงทัศนคติของพ่อแม่ที่มีต่อลูก ล้วนส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมของวัยรุ่นได้ทั้งสิ้น ดังนั้นการแก้ไขปัญหาวัยรุ่นจึงมิใช่เรื่องเฉพาะปัจเจกบุคคล แต่เป็นเรื่องที่ควรมองและวิเคราะห์เชื่อมโยงให้เห็นถึงครอบครัวและสังคม/ชุมชนของวัยรุ่นด้วย จึงจะสามารถแก้ปัญหาได้อย่างตรงประเด็น และครอบคลุมทุกมิติ

## แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว.... จุดเปลี่ยนระบบสุขภาพคิวบา

นพ.อนุวัตร แก้วเซียงหวาง นายแพทย์เชี่ยวชาญ  
แพทย์ประจำ รพ.สต.คำชะอี อำเภอคำชะอี จังหวัดมุกดาหาร

คิวบา ประเทศที่จัดได้ว่าเป็นต้นแบบของระบบสุขภาพในฝันของผู้คนที่ศึกษาเรื่องราวเกี่ยวกับระบบสุขภาพในประเทศต่างๆ ทั่วโลก เป้าหมายสุดท้ายของระบบสุขภาพ (Ultimate Goal) คือการมีชีวิตที่ยืนยาวและไม่เจ็บป่วย หรือเจ็บป่วยน้อยโดยเฉพาะในโรคที่สามารถป้องกันได้ หรือหากป่วยแล้วก็ควรได้รับการดูแลรักษาที่ดี

การที่จะสามารถสร้างหรือพัฒนาระบบสุขภาพในฝันให้เกิดขึ้นจริงได้นั้น นั้นนับเป็นกรณีที่น่าสนใจประชาชนคิวบาซึ่งมีจำนวนประมาณ 11 ล้านคน มีอายุขัยเฉลี่ย 77.97 ปี (ชาย 76 หญิง 80.02)<sup>1</sup> ขณะที่ GDP ต่อหัวประชากร 6,876 US\$ ซึ่งอยู่ในอันดับที่ 95 ของโลก การพัฒนาระบบสุขภาพของคิวบาตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวคิด การนำบริการเข้าไปใกล้ชิดประชาชนให้มากที่สุด โดยอยู่บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเข้มแข็งในบริการปฐมภูมิ (bringing services closer to the population and on active public participation based essentially on primary health care)<sup>2</sup>

จากการได้มีโอกาสไปดูระบบการแพทย์ของคิวบา ตั้งแต่ Primary health care จนกระทั่งถึง tertiary care หรือ excellent center ต่างๆ พบว่า สิ่งหนึ่งที่ปฏิเสธไม่ได้ว่าเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการสร้างระบบให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Physician) กระจายครอบคลุมประชากรทั่วทั้งประเทศ

### การสร้างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

หากจะเข้าใจระบบการแพทย์ของคิวบาคงต้องศึกษาย้อนหลังไปถึงประวัติศาสตร์การปฏิบัติประเทศของคิวบาในปี ค.ศ.1959 โดยผู้นำคนสำคัญคือ ฟิเดล คาสโตรและดอร์ติโกส เป็นนักกฎหมาย ราอูล คาสโตรและโซมอน เป็นนักศึกษา เปเรสและบาเยโฮ เป็นแพทย์ ปาอิส เป็นอาจารย์ เซียนฟูเอโกสและอัลเมเฮอิราส เป็นชนชั้นกลางที่ตกงาน เช กุวาร่าเป็นนักศึกษาแพทย์<sup>3</sup> จะเห็นได้ว่าในกลุ่มแกนนำการปฏิวัติมีส่วนหนึ่งที่เป็นแพทย์ และที่สำคัญและได้รับการยอมรับเป็นแบบอย่างมากที่สุดจนถึงปัจจุบันคือ Ernesto Che Guevara เช กุวาร่า เป็นต้นแบบของผู้ที่ทุ่มเทกับการพัฒนาระบบการสาธารณสุขของ



คิวบาจากการที่ได้เห็นสภาพชีวิตการเจ็บป่วยที่ถูกทอดทิ้งและการไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ภายใต้การปกครองแบบทุนนิยมของบาติस्ता ผู้นำคนก่อน หากเปรียบเทียบกันแล้วสภาพการณ์ต่างๆ ของคิวบาก่อนปี ค.ศ.1959 และปัจจุบันแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง โดยก่อนปี ค.ศ.1959 ประชากรกว่า 60% ไม่รู้หนังสือ ระบบสาธารณสุขไม่ดี คนตายทุกวัน ขณะนั้นมีแพทย์เพียง 6,000 คน และหลังปฏิวัติแพทย์อย่างน้อย 50% ออกไปทำงานต่างประเทศ ทั้งนี้ก่อนการปฏิวัติ ชาวคิวบา ส่วนใหญ่ยากจนและอดอยาก มีปัญหาอาชญากรรมเยอะ อุตสาหกรรมและเศรษฐกิจส่วนใหญ่ตกอยู่ในมือของสหรัฐอเมริกา<sup>4</sup> ด้วยระยะเวลาเพียง 50 ปี คิวบาสามารถผลิตแพทย์จากที่เหลือเพียง 3,000 คน ในตอนเริ่มต้น เป็นประมาณ 100,000 คน ในปี ค.ศ.2010 รายงานล่าสุดทำงานอยู่ในประเทศ 76,506 คน คิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร 147 คน ที่เหลือเป็นการส่งออกไปช่วยเหลือประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศยากจน ตัวเลขนี้ยังไม่น่าที่เท่ากับความเป็นจริงที่ได้ไปเห็นมาว่าการกระจายตัว เป็นไปอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ดังคำกล่าวของ Dr. Jose Miyar รัฐมนตรีว่าการกระทรวงวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อมของคิวบาว่า Health is more sensitive to equity than to wealth. If what one has is distributed well, then health indicators improve. รูปแบบเดิมของระบบสาธารณสุขคิวบาในยุคทุนนิยมก็ไม่ได้แตกต่างจากประเทศทุนนิยมโดยทั่วไปที่ประสบปัญหาว่าเป็นระบบที่มุ่งเน้นการรักษามากกว่าการป้องกัน ขาดการเชื่อมโยงกันภายในระบบ การดูแลแยกเป็นส่วนๆ ประชาชนไม่พอใจในคุณภาพของการรักษาพยาบาล มีการใช้บริการห้องฉุกเฉินค่อนข้างมาก และขาดแคลนบุคลากรที่ทำงานในระดับปฐมภูมิ<sup>5</sup>

### ชีวิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในคิวบา

ประเทศคิวบาปรับเปลี่ยนหลักสูตรการผลิตแพทย์เพื่อนำไปสู่สิ่งที่เรียกว่า “comprehensive general medicine (Family Medicine)” ซึ่งเป็นการมุ่งเน้นไปสู่การผลิตแพทย์ในแนวทางของเวชศาสตร์ครอบครัว ตั้งแต่ปี ค.ศ.1984<sup>6</sup> ตลอดเวลา 6 ปีของการเรียนแพทย์นักศึกษาแพทย์ต้องใช้เวลา ไม่น้อยกว่า 18% ใน การเรียนที่ชุมชน

Year of Medical School*	Community-Based Subjects
First Year	Introduction to Comprehensive General (Family) Medicine (five weeks)
Second Year (1st Semester)	Introduction to Clinical Medicine (One semester)
Fourth Year	Comprehensive General Medicin I (six weeks)
Fifth Year	Public Health and Comprehensive Generla Medicine II (nine and seven weeks respectively)
Sixth Year	Comprehensive General Medicine (seven week rotation)

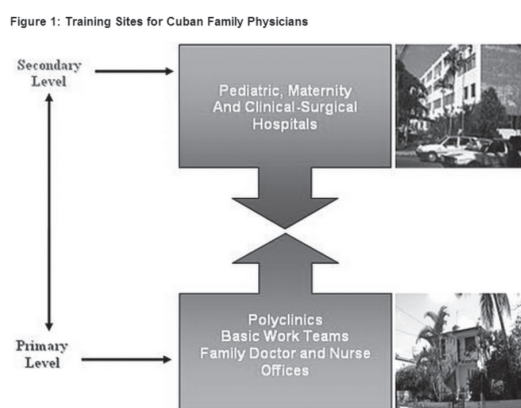
\* Third Year has no community rotations.

ภายหลังจากจบการเรียนแพทย์ 6 ปีแล้ว แพทย์ทุกคนต้องเข้าระบบการเรียนเพื่อที่จะให้เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอีกอย่างน้อย 2 ปี ใน Primary Care System โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและพยาบาลประจำ Family Doctor and Nurse Office เป็นพี่เลี้ยง โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ Primary Level เป็นการเรียนรู้ใน Polyclinic, Basic Work Team, Family Doctor and Nurse Office

ซึ่งเป็นการเรียนรู้ 4 ประเด็นหลัก คือ

- Medical Care
- Teaching/learning
- Research
- Management

นอกจากนี้ยังสามารถต่อยอดเป็น Secondary Level ได้โดยมีการฝึกการเรียนรู้ ในโรงพยาบาลระดับต่างๆ เพิ่มเติม



ในประเทศคิวบาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้รับการสอนให้ใช้การแพทย์ทางเลือก(Complementary and Alternative Medicine “CAM”) ในการดูแลผู้ป่วย โดยในโรงเรียนแพทย์มีการเรียนการสอนในสิ่งๆที่เรียกว่า “natural and traditional medicine” หรือ “Green Medicine” ไม่น้อยกว่า 200 ชม.ในสองปีแรกของการเรียนแพทย์

จากการที่ได้มีโอกาสไปดูงานและศึกษาชีวิตของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของคิวบา 3 แห่ง ที่มี Family Doctor and Nurse Office เป็นสถานที่ทำงานแห่งแรกอยู่ในใจกลางเมืองหลวง เขตชุมชนที่ค่อนข้างทันสมัยของเมือง แห่งที่สองเป็นชุมชนเมืองที่อยู่รอบๆ และสุดท้ายเป็นเขตชนบทที่ประชาชนส่วนใหญ่ทำไร่อ้อย ทุกที่ที่ทำงานเป็นห้องแบ่งเป็นสัดส่วน ห้องตรวจโรคทั่วไปห้องทำหัตถการห้องรับฝากครรภ์ห้องตรวจแลป และห้องตรวจภายใน มีเครื่องมืออย่างๆไม่ซับซ้อนแต่สามารถปฏิบัติงานได้ มีระบบข้อมูลที่ง่ายแต่ชัดเจน คือการบันทึกการให้บริการลงบนแฟ้มประวัติ และรายงานที่เขียนด้วยลายมือใส่กระดาษเพื่อที่จะนำส่ง Polyclinic ทุกวัน บุคลากรมีเพียงแพทย์และพยาบาล รวม 2 คน ดูแลประชากรในละแวกนั้นๆ ประมาณ 200 คน ทั้ง 3 ที่ ตอนเช้าตรวจคนไข้ ตอนบ่ายมีการเดินเยี่ยมบ้านที่รับผิดชอบจากการพูดคุยกับแพทย์ทั้ง 3 ที่ พบว่าสามารถจดจำประชากรในเขตรับผิดชอบได้ดี และสามารถรู้ถึงแผนการรักษาและแนวทางการประสานงานหน่วยบริการที่สามารถให้การดูแลที่เบ็ดเสร็จต่อเนื่องได้ เช่น การไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี พบว่าแพทย์สามารถบอกรายละเอียดผู้ป่วยได้หมด และเล่าถึงแผนการรักษาตั้งแต่ต้นจนถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้อย่างแม่นยำ รวมถึงรู้และเข้าใจประวัติศาสตร์สภาพสังคมและวัฒนธรรมของท้องถิ่นชุมชนที่ตนเองดูแลเป็นอย่างดี และจากภาพที่เห็นรับรู้ได้ถึงความสัมพันธ์ของแพทย์กับผู้ป่วยที่เป็นไปอย่างใกล้ชิด





แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของคิวบา ดูแลประชากรประมาณ 200-500 คน ในเขตรับผิดชอบ ซึ่งนับเป็นประเทศที่มีสัดส่วนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต่อประชากรมากที่สุดในโลก<sup>7</sup> โดยส่วนใหญ่แพทย์จะพักอาศัยอยู่ที่ทำงาน หรือไม่ก็มีที่พักที่ไม่ห่างจากที่ทำงานมากนัก ในตอนเช้าให้การรักษาพยาบาลโดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หากมีปัญหาที่ไม่สามารถดูแลได้ก็ส่งต่อไปที่ polyclinic ซึ่งที่นั่นจะมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ มาทำการตรวจรักษาด้วย นอกจากการทำกิจกรรมการรักษาพยาบาลในพื้นที่แล้ว ยังมีหน้าที่ต้องไปตรวจรักษาในลักษณะอยู่เวรที่ Polyclinic เดือนละ 8-10 วัน และยังมีกิจกรรมวิชาการกับแพทย์สาขาอื่นๆ ที่ Polyclinic หรือโรงพยาบาล เป็นประจำอีกด้วยซึ่งเป็นกิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์กับแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ ได้อย่างดี เมื่อสอบถามถึงคุณภาพชีวิตของการเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในคิวบา พบคำตอบว่ามีความสุขภายใต้รายได้ต่อเดือนเฉลี่ยประมาณ 261 pesos<sup>8</sup> (เทียบเป็นเงินไทยประมาณ 350-400 บาท) และภาคภูมิใจที่เป็นส่วนสำคัญในการนำบริการที่มีคุณภาพที่ดีที่สุดให้แก่ประชาชนชาวคิวบา

ประเทศคิวบาได้พิสูจน์หรือแสดงให้เห็นว่า การได้มาซึ่งสุขภาพดีของประชาชนไม่จำเป็นต้องใช้เงินเป็นจำนวนมากหรือจะต้องเป็นประเทศที่ร่ำรวยเท่านั้น แต่การมีนโยบายของรัฐบาลที่ดี และหลักประกันทางสังคมที่มีคุณภาพและทั่วถึง เป็นธรรมกับประชาชนทุกคนต่างหากที่เป็นปัจจัยสำคัญและปัจจุบันก็เป็นที่ยอมรับของนานาชาติแล้วว่าเป็นหนึ่งในประเทศที่มีความเหลื่อมล้ำน้อยที่สุดในการกระจายความมั่งคั่ง<sup>9</sup>

## เอกสารอ้างอิง

1. Annual Health statistics Report 2010, Ministry of Public Health Republic of Cuba
2. Jose Miyar MD, Limited Financial Resources Need Not Mean Poor Health Outcome, MEDICC Rev. 2010;12(3):17-19
3. <http://politics-cuba.exteen.com/20081211/entry>
4. [http://www.prachachat.net/view\\_news.php?newsid=02spe01280153&sectionid=0223&day=2010-01-28](http://www.prachachat.net/view_news.php?newsid=02spe01280153&sectionid=0223&day=2010-01-28)
5. Family Medicine in Cuba: COPC and CAM <http://www.jabfp.org> July-August 2005 Vol.18 No.4
6. [http://www.medicc.org/publications/medicc\\_review/1104/pages/spotlight2.html](http://www.medicc.org/publications/medicc_review/1104/pages/spotlight2.html)
7. Parsons LC, Barter M. Health care in Cuba: socialized medicine in a developing country. SCI Nurs 2001;18:142-7
8. Economic crisis and access to care: Cuba's health care system since the collapse of the Soviet Union. Nayeri K, Lopez-Pardo CM. p.13
9. Ferriol, A. Situación social en el ajuste económico [Social situation in economic adjustment]. Instituto Nacional de Investigaciones Económicas. La Habana, 1995.



# บทบาทพยาบาลชุมชนในการพัฒนาระบบบริการ เพื่อป้องกันปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมที่สอดคล้อง กับบริบทพื้นที่ : สรุปรบทเรียนผลการดำเนินงาน จากหน่วยบริการสุขภาพ 15 แห่งทั่วประเทศ

จรรยาวัฒน์ ทับจันทร์\*,

ผาสุข แก้วเจริญตา\*\*

จินตนา แสงจันทร์\*\*\*

ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทยและ  
สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (สำนัก 2)  
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ในปี 2553 สถิติแม่วัยรุ่นที่คลอดลูกมีอัตราพุ่งสูงสุดตกวันละ 336 คน คิดเป็นร้อยละ 16 ของการคลอดลูกทั้งประเทศ และสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ คือ การคลอดของแม่วัยรุ่นต้องไม่เกินร้อยละ 10 และจากการติดตามสถานการณ์ของกระทรวงสาธารณสุขก็พบว่า แนวโน้มวัยรุ่นคลอดลูกจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (ณัฐยา บุญภักดี, 2554) วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมโดยเฉพาะในกลุ่มมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีอัตราเพิ่มมากขึ้นในทุกจังหวัดนั้น ได้กลายเป็นภาระของรัฐและสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม ส่งผลต่ออนาคตและคุณภาพชีวิตของแม่วัยรุ่นที่มีกษาดโอกาสในอนาคตอาจต้องยุติการศึกษา ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ปัญหาสภาวะทางอารมณ์จากความเครียดและภาวะซึมเศร้าจนถึงการฆ่าตัวตาย ฆ่าทารกตาย แก้ปัญหาด้วยการทำแท้งเถื่อน จนอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต (Cunningham et al, 2005) และผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจอีกทั้งเป็นภาระของรัฐบาลที่ต้องดูแลแก้ไขปัญหา

ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย ให้ความสนใจต่อประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นและได้ร่วมแลกเปลี่ยนประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกับเครือข่ายต่างๆ ในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นหลายประเด็นสะท้อนให้เห็นว่า ระบบบริการที่ผ่านมายังไม่มีประสิทธิภาพซึ่งเกิดจากนโยบายจากส่วนกลางและวิธีการแก้ไขปัญหาไม่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ซึ่งชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทยภายใต้การสนับสนุนจากสำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (สำนัก 2) สสส. ได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาระบบบริการในการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ภายใต้กรอบการดำเนินงานที่ครอบคลุมระบบการดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมตั้งแต่ ต้นน้ำ (การป้องกัน) กลางน้ำ (การจัดระบบบริการ) และปลายน้ำ (การประสานภาคีและการดูแลต่อเนื่อง) ซึ่งเปิดกว้างอย่างอิสระในการเลือกแนวทางที่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ไปดำเนินการในสถานบริการจำนวน 15 แห่งทั่วประเทศ

\* ประธานชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลิบแล อ.ลิบแล จังหวัดอุดรธานี

\*\*\* หัวหน้าฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดน่าน

ได้แก่ โรงพยาบาลสูงเนิน โรงพยาบาลปักธงชัย โรงพยาบาลนาเชือก โรงพยาบาลชนบท โรงพยาบาลภูกระดึง โรงพยาบาลเสลภูมิ โรงพยาบาลวิชัยบุรี โรงพยาบาลโพธิ์ทราย โรงพยาบาลเขียงกลาง โรงพยาบาลยุพราชบัว โรงพยาบาลสันติสุข โรงพยาบาลน่าน โรงพยาบาลเขียงของ โรงพยาบาลคลองท่อม และ โรงพยาบาลเทพา โดยใช้กลไกการเรียนรู้ที่สำคัญคือพัฒนาบุคลากร การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานระหว่างพื้นที่ และการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามพื้นที่

## ผลการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น

จากกรอบการดำเนินงาน พบว่า ทั้ง 15 พื้นที่ที่มีการออกแบบแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยในใช้กระบวนการวิเคราะห์บริบทพื้นที่ สถานการณ์ปัญหา และแนวทางการดำเนินงานของหน่วยบริการ ได้แก่ ทักษะของบุคลากรในหน่วยบริการ ระบบบริการที่ต้องการพัฒนาให้ดีขึ้น จากนั้นได้แสวงหาเครื่องมือ ความรู้ เทคนิควิธีการที่สอดคล้องและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย แสวงหาภาคีทำงานร่วมกันทั้งในหน่วยบริการ และภาคีอื่นๆ เช่น โรงเรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ผู้นำชุมชน ผู้ปกครอง เครือข่าย ภาคเอกชน เป็นต้น ซึ่งจากการสรุปบทเรียนการดำเนินการออกได้เป็น 8 ประเด็นที่สำคัญดังนี้

### 1. การพัฒนาบุคลากร

เป็นประเด็นสำคัญที่นำมาใช้ในทุกสถานบริการ เป็นกระบวนการสร้างการรับรู้ใหม่ให้เกิดความเข้าใจกับสภาพปัญหาและนำไปสู่การแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายในพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่ แกนนำวัยรุ่น/นักเรียน, พ่อแม่, อสม, ผู้นำชุมชน แม่วัยรุ่นและสามี, บุคลากรสุขภาพ และครู โดยกระบวนการพัฒนาเน้นการเสริมความรู้ และทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา การสร้างทัศนคติใหม่ การสร้างทักษะที่สำคัญ เช่น การสื่อสาร การเสริมพลัง การจัดการความขัดแย้ง การให้คำปรึกษาอบด้าน ซึ่งจากการดำเนินงานพบว่าโรงพยาบาลเขียงกลางเป็นหน่วยบริการที่ให้ความสำคัญกับการทำงานพัฒนาศักยภาพภาคีทางการศึกษา โดยจัดกระบวนการพัฒนาทักษะครูในการสอนเพศศึกษาอบด้าน นำกระบวนการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่มาใช้ในการสร้างความเข้าใจในโครงสร้างความรุนแรงของสังคม และอำนาจในสังคมที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารระหว่างครูและนักเรียน ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการสร้างหลักสูตรการสอนเพศศึกษาใน 5 โรงเรียนตามมา

### 2. การพัฒนาระบบส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง

การพัฒนาระบบการดูแลในสถานบริการ ซึ่งเดิมไม่มีการจัดระบบบริการเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นรวมถึงมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ จากการศึกษาพบว่าการพัฒนาระบบบริการโดยการเพิ่มช่องทางแนวทางการดูแลมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมและต้องการยุติการตั้งครรภ์เป็นอีกระบบบริการที่ดำเนินการได้ ซึ่งส่วนใหญ่ยังคงให้ความสำคัญกับการจัดทำระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการส่งต่อมารดาวัยรุ่นไปรับบริการยังหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า และดูแลต่อเนื่องในชุมชนร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งโรงพยาบาลสูงเนินเป็นหน่วยบริการที่สามารถพัฒนาระบบการดูแลมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมให้มีการดูแลต่อเนื่องและครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม โดยออกแบบระบบที่เชื่อมประสานกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอก พัฒนาเป็นแนวปฏิบัติ (CPG) ร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพในการพัฒนาแนวทางการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

### 3. การเชื่อมประสานหน่วยงานภาคี

ในการเชื่อมประสานงานกับหน่วยงานภาคี ต่างๆ ในการดำเนินการป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม นั้น พบว่า การประสานงานกับหน่วยงานทั้งภาครัฐ ชุมชน รวมถึง องค์กรเอกชนต่างๆ ยังเป็นรูปแบบ การประสานงานที่มีเป้าหมายเพียงเพื่อการบรรลุโครงการเป็นหลัก เช่น การขอความร่วมมือในการจัดประชุม เชิงปฏิบัติการซึ่งส่วนใหญ่ยังขาดความชัดเจนในการกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการดำเนินงาน จึงอาจทำให้ มีผลต่อความต่อเนื่องและการติดตามประเมินผล ซึ่งการประสานงานระหว่างหน่วยงานภาคี ควรมีการกำหนด เป้าหมายของการทำงานร่วมกันอย่างชัดเจน เช่น การประสานกับโรงเรียนเพื่อเฝ้าระวังและคัดค้านการดาวน์ซินโดรม ที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมรายใหม่ การประสานกับสหวิชาชีพในการกำหนดแนวทางการยุติการตั้งครรภ์ พมจ.ในการ ประสานที่พักฉุกเฉิน การศึกษาต่อเนื่อง งานอาชีพ รวมถึงระบบฐานข้อมูลที่สามารถติดตามผล เป็นต้น

### 4. การพัฒนาระบบบริการเชิงรุก

หน่วยบริการส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานด้านการป้องกันในเชิงรุกในรูปแบบการจัดกิจกรรม การให้ความรู้ การจัดทำค่ายแกนนำ การจัดทำค่ายพ่อแม่ สร้างทักษะการสอนเพศศึกษากับครู การขับเคลื่อน ในเชิงนโยบายร่วมกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งการดำเนินงานแม้จะเป็นกิจกรรมที่อาจเป็นงานปกติ แต่ พบว่ากระบวนการและเทคนิควิธีที่นำมาใช้มีความแตกต่างกันไป เช่น โรงพยาบาลนาเชือกได้ใช้กระบวนการสร้าง การเรียนรู้ที่สนับสนุนให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและเป็นเจ้าของปัญหาเข้ามาร่วมกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา ของตนเอง เช่น วิทยาลัยกลุ่มเสี่ยง จนกลายเป็นแกนนำนักเรียน เป็นต้น

### 5. การสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้อง

กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบระบบบริการในชุมชนนี้ ได้นำ กระบวนการเรียนรู้ที่สร้างความรู้สึกว่าปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นที่เกิดขึ้นนี้เป็นปัญหาร่วมกัน ทุกคนเป็นเจ้าของ ปัญหา ทุกคนจึงมีสิทธิในการร่วมแก้ไขปัญหามาผ่านเวทีคืนข้อมูลให้กับภาคีที่เกี่ยวข้อง จนนำไปสู่กระบวนการ กำหนดแนวทางการแก้ไข และการสนับสนุนให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานภาคีในจังหวัด เช่น พมจ. และ สาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งการเข้ามามีส่วนร่วมของพ่อแม่ วัยรุ่น และผู้นำชุมชนในการเข้ามาเป็น ทีมเครือข่ายแกนนำในการดำเนินงานให้ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งจากการดำเนินงานของโรงพยาบาลเสลภูมิ อ.เสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด ได้ใช้กระบวนการสะท้อนปัญหาในพื้นที่ให้กับภาคีที่เกี่ยวข้องและทำให้ภาคีที่เกี่ยวข้องเข้า มาร่วมขับเคลื่อนจนเกิดเป็นโครงการแก้ไขปัญหารั้วรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมเพิ่มอีก 4 โครงการในปีแรก

### 6. การขยายเครือข่าย

การดำเนินงานที่ไม่ติดกรอบการพัฒนาและหาโอกาสสร้างความเข้มแข็งจากชุมชนเป็นอีกหนึ่ง กระบวนการที่ได้นำมาใช้ในการดำเนินงานเชิงรุกเพื่อสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังและให้ความรู้แก่กลุ่มวัยรุ่น ที่เข้าถึงง่ายในชุมชน ซึ่งจากการดำเนินงานพบว่า โรงพยาบาลสูงเนิน ได้นำรูปแบบการพัฒนาบทบาทแกนนำ ชุมชน โดยการสนับสนุนบทบาท อสม. เจ้าของร้านเสริมสวย ร้านขายยา และกลุ่มแกนนำวัยรุ่น สนับสนุน บทบาทแกนนำตามธรรมชาติที่ใส่ใจต่อการแก้ป้องกันปัญหาตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นร่วมกัน เป็นอีกช่องทางที่วัยรุ่น สามารถเข้าถึงได้ง่ายและยังเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับวัยรุ่นเพื่อเป็นการทำความเข้าใจเบื้องต้น เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา



## 7. การพัฒนาระบบบริการในสถานบริการ

รูปแบบการพัฒนาระบบบริการในสถานบริการในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการการดูแลมารดาวัยรุ่นตั้งแต่ การฝากครรภ์ การดูแลก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด รวมทั้งการจัดระบบการให้คำปรึกษาสำหรับวัยรุ่นของศูนย์บริการที่เป็นมิตร ที่เน้นให้เข้าถึงง่ายและให้บริการป้องกันโรคและป้องกันการตั้งครรภ์ที่ครอบคลุมทั้ง หญิง ชาย และกลุ่มเพศทางเลือกมากขึ้น

### การพัฒนาเครื่องมือและนวัตกรรม

ปัจจุบันมีเครื่องมือที่มากมายจากหน่วยงานต่างๆ ที่ผลิตออกมาเพื่อใช้สร้างการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษา แต่จากการศึกษาพบว่าเครื่องมือที่มีอยู่มากมายหากต้องการนำมาใช้จริงในพื้นที่ ต้องนำมาปรับให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้กระบวนการพัฒนาที่เกิดจากการวิเคราะห์ปัญหาภัยังได้นำไปสู่การพัฒนาวัตกรรม เช่น แนวทางปฏิบัติในการดูแลมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม โรงพยาบาลสูงเนิน คู่มือการพัฒนาศักยภาพครูสอนเพศศึกษาโรงพยาบาลเชียงใหม่คู่มือการพัฒนาแกนนำนักเรียนโรงพยาบาลนาเชือก ชุดความรู้บูรณาการในการพัฒนาศักยภาพวัยรุ่นของโรงพยาบาลสันติสุข เป็นต้น

ขอบเขตในการจัดระบบบริการเพื่อป้องกันปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อมในประเด็นที่นำเสนอข้างต้นเป็นจุดเริ่มต้นของการสนับสนุนบทบาทพยาบาลชุมชนในการออกแบบระบบการทำงานที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เป็นการนำแนวนโยบายจากส่วนกลางลงสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่เพื่อเรียนรู้ แลกเปลี่ยน สร้างเครือข่าย และขยายศักยภาพคนทำงานให้เท่าทันและแก้ไขปัญหาที่เปลี่ยนแปลงได้ตรงเป้าหมายมากขึ้น



## รัก จัดหนัก เมื่อคิดจะรัก ต้องรู้จักจัดการ

พญ.ดาริน จตุรภัทรพร

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ทำไมบางคนอยากมีลูกเหลือเกิน พยายามทุกวิถีทาง แต่ก็ไม่มีลูก แต่ทำไมวัยรุ่นบางคนแค่เพียงมีเพศสัมพันธ์ครั้งเดียวก็ตั้งท้องได้อย่างง่ายดาย เรื่องราวเหล่านี้ไม่ได้เป็นแค่เพียงพล็อตในหนังเท่านั้นแต่ยังเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตคนจริงๆ บางครั้งการตั้งครภ์ในวัยรุ่นก็เกิดขึ้นง่ายตายเช่นนั่นเอง แต่การจัดการหลังวัยรุ่นตั้งครภ์นั้นไม่่ง่ายเลย รักจัดเรื่องหนักๆ ให้กับชีวิตคนบางคนก็เพราะไม่มีการวางแผนจัดการผลที่จะตามมาของความรัก และการไม่มีแผนการจัดการผลของความรักก็อาจจะเนื่องมาจากการไม่ได้รับคำชี้แนะที่เหมาะสมจากคนที่เหมาะสมในช่วงเวลาที่เหมาะสมนั่นเอง

**รัก จัดหนัก** เป็นหนังวัยรุ่น ที่มองวัยรุ่นจากมุมมองของวัยรุ่น สะท้อนปัญหาของวัยรุ่น และทางออกการแก้ปัญหาแบบวัยรุ่น รัก จัดหนัก ช่วยกระตุ้นความรู้สึกทั้งของวัยรุ่น พ่อแม่ และบุคลากรทางการแพทย์ให้หันมา มองเรื่องของวัยรุ่นจริงๆ จังๆ อีกครั้งผ่านหนังที่แสดงโดยวัยรุ่น 3 เรื่อง

### เรื่องที่ 1: ไปเสมีด

เรื่องราวความรักของ วิท กับ แอน ที่ก่อตัวขึ้นในโรงเรียนกวดวิชา ทั้ง 2 คนเป็นเด็กตั้งใจเรียนทั้งคู่ วิท เป็นนักกีฬาหมากกระดานระดับประเทศ ในขณะที่แอนก็เป็นเด็กไม่เคยนอกกลุ่มนอกรทางมาก่อน เมื่อได้ไปเที่ยวเสมีดด้วยกันในช่วงเวลาแห่งการเฉลิมฉลองเพราะรู้ว่าเฟิงเอนท์ติด วิทกับแอนจึงฉลองเกินขอบเขตไปด้วยใจที่ ลิงโลด หนังสือให้เราเห็นว่าทั้ง 2 คนรู้จักการป้องกันการตั้งครภ์ รู้ว่าจะต้องทำอะไรเมื่อตั้งใจจะมีเพศสัมพันธ์ แต่เมื่อถึงเวลาที่ร่างกายและความต้องการอยู่เหนือความควบคุม ความประมาทก็เกิดขึ้นได้และการป้องกันที่เตรียมมาก็อาจจะหละหลวมเกินไป

แอนกลับมาจากเสมีด เตรียมตัวเป็นนักศึกษาปี 1 ของมหาวิทยาลัยพร้อมๆ กับที่รับรู้ว่าประจำเดือนของตัวเองไม่มา ความกังวลสารพัดเริ่มถาโถมเข้ามาหาคนทั้งสอง เมื่อมองย้อนหลังไปทั้งสองคนคงอดคิดไม่ได้ว่า

มันจะดีแค่ไหนถ้าทั้ง 2 คน ค่อยๆก้าวเดินไปบนเส้นทางของความรักด้วยกันอย่างช้าๆ แต่มันคง ชีวิตของคน ทั้ง 2 เพิ่งจะเริ่มต้นด้วยความสดใสในวัยเข้าเรียนมหาวิทยาลัย แต่หากแอนตั้งครรภ์ขึ้นมาจริงๆ จะเหลือทางเลือกอะไรในชีวิตให้กับคนทั้ง 2 บ้าง

รัก จัดหนักเลือกที่จะตอบทางเลือกของ 2 คำถามนี้ด้วยหนังสืออีก 2 เรื่องต่อมา

## เรื่องที่ 2: เป็นแม่ เป็นเมีย

อิง สาวสวย ดาวเด่นประจำโรงเรียนมัธยม เลือกที่จะหยุดความฝันที่อยากเป็นนักร้องและเลือกที่จะตั้งครรภ์ต่อ เมื่อรู้ว่าตนเองตั้งครรภ์กับม่อน เจ้าหนุ่มนักมวยดาวรุ่งอนาคตไกล ทั้ง 2 คนเลือกที่จะมาชีวิต หลบๆ ซ่อนๆ ในร้านขายของชำประจำอำเภอของพ่อแม่ของอิง ใช้ชีวิตแบบไม่พบปะผู้คน ไม่พูดจา กับพ่อแม่ตัวเอง อยู่ในห้องของตัวเองเป็นส่วนใหญ่ อยู่ไปวันๆรอวันคลอด สิ่งที่ยากก็คือบ้านของอิงเป็นทั้งร้านขายของชำและร้านอาหารตามสั่งที่เป็นที่พบปะสังสรรค์ของคนในชุมชน เมื่อต้องมาอยู่กันแบบหลบๆ ซ่อนๆ ไม่ได้ทำกิจกรรมสนุกๆความหวานชื่นก็ค่อยๆจืดจางเมื่อมาอยู่ด้วยกันและเปิดเผยนิสัยที่แท้จริงของ ตนเอง

เพราะชีวิตของคนเราไม่ได้มีแต่ความรักเท่านั้น แต่ยังมีหน้าที่อื่นๆ ในชีวิตที่จะต้องรับผิดชอบอีกมากมาย ชีวิตคู่บทที่ 1 นี้สอนให้ม่อนกับอิงรู้ว่ามันไม่ง่ายเลยที่จะมีรักที่จัดการไม่ได้ในวัยเรียน และการเป็นทั้งแม่และเมียในวัยรุ่นช่างเป็นรักที่หนักหนาสาหัสจริงๆ

รัก จัดหนัก เลือกที่จะแสดงให้เห็นว่าหากเลือกจะตั้งครรภ์ต่อ วัยรุ่นอย่างอิงจะต้องเจอกับอะไรบ้าง เมื่อเราเห็นชีวิตบางแบบก็อาจทำให้เราได้คำตอบว่าจริงๆแล้วเราอยากมีชีวิตแบบใด

## เรื่องที่ 3: ทอมแองค์

นัท เป็นสาวทอมสุดเท่ นักบาสดาวเด่นประจำโรงเรียน มีสาว ๆ มากกรี๊ดไม่เว้นแต่ละวัน เป็นคนเก่งมีความ มั่นใจในตัวเองและมีอารมณ์ขันแบบน่ารัก วันนี้นัทพลาดทำคือวันนี้นัทไปเล่นเกมหมุนซ่อนกินเหล้ากับเพื่อนๆ ผู้ชายในกลุ่มที่สนิทคุยเคยกันเป็นอย่างดี กลุ่มเพื่อนๆ เล่นเกมกินเหล้าไปเรื่อยๆ เมื่อซ่อนหมุนไปตกที่ใคร ในกลุ่ม ด้วยความที่ความเมาไม่เข้าใครออกใคร นัทจึงแทบไม่รู้ตัวเลยว่าเกิดอะไรขึ้นบ้างกับตัวเองหลังจากที่เมา ราฟฟี่เป็นหนุ่มต่างกลุ่มที่เข้ามามีความสัมพันธ์ข้ามคืนกับนัทในแบบที่นัทเองก็ไมรู้อะไรไปด้วย ราฟฟี่ เป็นตัวแทนวัยรุ่นชายอีกหลายๆคนในสังคมไทยเรา ที่อาจจะไม่เคยรู้เลยว่าได้ทำให้เกิดมีสิ่งมีชีวิตขึ้นอีกหนึ่ง ชีวิตในโลกใบนี้ ในวันที่นัทสับสนกับสิ่งที่เกิดขึ้น นัทมีเนมเพื่อนสนิทเป็นที่ปรึกษาคนสำคัญให้ผ่านวันเวลาร้ายๆ มาได้

รัก จัดหนัก เลือกที่จะให้นัทเลือกเส้นทางชีวิตที่เหมาะสมกับตัวเอง ที่ตัวเองเป็นคนเลือกเอง แม้ว่า ครอบครัวของนัทจะยอมรับเรื่องการตั้งครรภ์ต่อก็ตาม หลากๆ ครั้งพ่อแม่คงทำได้เพียงการเป็นที่ปรึกษาอยู่ห่างๆ และคอยอยู่เคียงข้างในวันที่ลูกต้องการ

*วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สังคม เป็นวัยที่ต้องการสร้างเอกลักษณ์ที่มั่นคง และเป็นตัวของตัวเอง และเป็นวัยที่มีความผูกพันต่อพ่อแม่ลดลง*

การถูกหวัดแรงๆ ด้วยมุมมองจากหนังสือทั้ง 3 เรื่องน่าจะช่วยให้ผู้ใหญ่มองวัยรุ่นด้วยสายตาแห่งความเข้าใจมากขึ้น แม้จะเป็นช่วงวัยที่มีระยะห่างระหว่างพ่อแม่และวัยรุ่น แต่การได้พูดคุยถึงเรื่องเพศแบบตรงๆ น่าจะเป็นทางออกการจัดการความรักที่ดีกว่าการไม่พูดถึงเรื่องเพศศึกษาและปล่อยให้เขาเหล่านั้นไปเรียนรู้แบบตามมีตามเกิด และเกิดสิ่งหนักๆ จากการศึกษาที่ความรักจัดให้กับชีวิต หนังสือได้บอกเราว่า ทุกคู่วัยรุ่นที่พลาดไม่ใช่เพราะความไม่รู้ แต่เป็นเพราะความรู้แบบไม่สุด ความประมาทและการขาดความยับยั้งชั่งใจมากกว่า นอกจากนี้ รักจัดหนักยังน่าจะช่วยให้วัยรุ่นมองตัวเองด้วยความรู้สึกเป็นห่วงตัวเองมากขึ้นและไม่อยากต้องตกอยู่ในสถานการณ์เหมือนกับ วิท แอน ม่อน อิ่ง นัท หรือ ราฟฟี ในรักหนักๆ แบบนี้

### **วัยรุ่นทุกคนจึงจำเป็นต้องรู้เท่าทันความรักเพื่อให้สามารถจัดการกับความรักและความใคร่ที่จะตามมาได้**

การรักนวลสงวนตัวย่อมเป็นเรื่องที่พ่อแม่ของหลายๆ ครอบครัวอยากให้เกิดขึ้น แต่การจะทำให้วัยรุ่นหลายๆ คนคล้อยตามในเรื่องนี้คงไม่ใช่เรื่องง่าย เนื่องจากความคิด และค่านิยมของแต่ละคน แต่ละครอบครัวเองก็ไม่เหมือนกัน สิ่งที่ดีที่สุดคงเป็นการให้ทางเลือกกับวัยรุ่นให้รู้ข้อดีข้อเสียของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน และวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ ส่วนใครจะเลือกเส้นทางเดินไหนคงเป็นเรื่องส่วนตัวของแต่ละคน ที่จะต้องรับผิดชอบในเส้นทางที่ตัวเองเลือกเอง

สิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ควรคุยกับวัยรุ่นเมื่อมีโอกาสมีผู้ป่วยวัยรุ่นอยู่ในความดูแล

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>H : home</b>                 | เรื่องที่บ้าน อยู่กับใคร สนทนากับใคร                            |
| <b>E : education/employment</b> | เรื่องการศึกษาและการงาน   |
| <b>A : activities</b>           | เรื่องกิจกรรมที่ชอบทำ   |
| <b>D : drugs</b>                | เรื่องยาเสพติด  |
| <b>S : sexuality</b>            | เรื่องเซ็กส์และการป้องกัน (อย่าคิดว่าวัยรุ่น รู้มากกว่าเรานะคะ) |
| <b>S : suicide/depression</b>   | เรื่องอารมณ์ซึมเศร้า  |
| <b>S : safety</b>               | เรื่องความปลอดภัยในการดำเนินชีวิต                               |



# โรงเรียน “ต้นกล้า” นักศึกษาแพทย์

อ.พญ. กนกพร สุขโต  
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี



ในแวดวงการศึกษาช่วง 30 ปีที่ผ่านมาเริ่มให้ความสนใจกับการพัฒนาผู้เรียนโดยใช้กลยุทธ์การเรียนรู้โดยการสะท้อนกลับ (Reflection) เพื่อให้ผู้เรียนมีทักษะที่จะเรียนรู้จากเหตุการณ์ต่างๆ ด้วยตนเองตลอดชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น แม้ในส่วนของการศึกษาของแพทย์เองก็ตาม โดยเหตุผลสำคัญของการส่งเสริมการเรียนรู้โดยการสะท้อนกลับ (Reflection)\* ในส่วนของการศึกษาของแพทย์นั้นเริ่มมาจากการที่กระบวนการเรียนรู้ของแพทย์มีความแตกต่างจากสาขาอื่นๆ กล่าวคือ กระบวนการเรียนรู้ของแพทย์การเรียนรู้จากตำราเพียงอย่างเดียวไม่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ครบถ้วนสมบูรณ์ ในขณะที่เดียวกับการเรียนรู้จากผู้ป่วยโดยตรงอาจทำให้เกิดความสับสน ผู้เป็นแพทย์ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนและความท้าทายมากมายในรูปแบบต่างๆ ดังนั้นการพัฒนาทักษะในการหาทางแก้ไขปัญหาต่างๆ เหล่านี้ย่อมเป็นระบบตั้งแต่ในระดับนักศึกษาแพทย์จึงมีความสำคัญ

สำหรับบทบาทของโรงเรียนต้นกล้าเอง หน้าที่ของเราคือสร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการเปิดโอกาสให้ต้นกล้าตัวน้อยๆ เติบโตเป็นไม้ใหญ่ที่สมบูรณ์ การเรียนการสอนโดยเฉพาะในชั้นคลินิกนับเป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างมากต่อนักศึกษาแพทย์หรือต้นกล้าตัวน้อยๆ ของเรา เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจริง ไม่ว่าจะเป็นการทำงานที่ห่อผู้ป่วยในหรือหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกเป็นสิ่งที่ใหม่สำหรับตัวเขายังเป็นต้นกล้าตัวน้อยๆ อยู่ นักศึกษาแพทย์หรือต้นกล้าของเรามักพบความท้าทายและปัญหาเกิดขึ้นกับตนเองตลอดเวลา ดังนั้น

\* การเรียนรู้โดยการสะท้อนกลับ (Reflection) คือการพยายามอธิบายหรือเรียบเรียงความคิดและความรู้สึกของตนเองออกมาเมื่อต้องเผชิญปัญหาหรือประสบการณ์ที่ไม่เคยเจอมาก่อน พร้อมทั้งเรียนรู้อย่างลึกซึ้งเพิ่มเติมทั้งจากมุมมองของตนเองและผู้อื่น การพัฒนาทักษะการเรียนรู้โดยการสะท้อนกลับ (Reflection) จึงเป็นส่วนที่สำคัญทำให้แพทย์ได้พัฒนาแนวทางการเรียนรู้ของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การประเมินตนเอง การวิเคราะห์สถานการณ์ และวางแผนในอนาคตเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องเรียนรู้เพิ่มเติมเพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเองได้

(Reference: Schon, D. The reflective practitioner. San Francisco: Jossey-Bass; 1983.)

จึงเป็นโอกาสอันดีที่อาจารย์แพทย์จะได้เปิดโอกาสให้นักศึกษาแพทย์เกิดกระบวนการเรียนรู้โดยการสะท้อนกลับอย่างครบถ้วน ในฉบับที่สองของคอลัมน์นี้ ขอเสนอตัวอย่างบทความของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 ที่สะท้อนการเรียนรู้เหตุการณ์เมื่อตนเองต้องเข้าไปซักประวัติคนไข้คนแรกของตนเอง โดยอยากเชิญชวนทุกท่านชื่นชมกับศักยภาพในการรู้ของต้นกล้าเล็กๆต้นหนึ่ง สัมผัสถึงห้วงความรู้สึกของนักศึกษาแพทย์วัยใสที่อาจทำให้เราได้มองเห็นย้อนกลับไปขณะที่ตนเองยังเป็นนักศึกษาแพทย์ พร้อมกับสัมผัสกับความประทับใจที่อาจปนไปกับความน่าตื่นเต้นและประหลาดใจของนักศึกษาแพทย์ตัวน้อยๆ ไปพร้อมๆ กัน

### ...ความทรงจำต่อคนไข้คนแรกของฉัน...

โดยต้นกล้าจูน

นักศึกษาแพทย์ธนพร อารังกิจธนพัฒน์

นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

แม้ว่าจะผ่านพิธีรับเสื้อกาวน์มาแล้ว แต่ความรู้สึกถึงการเป็นนักศึกษาแพทย์ที่กำลังจะต้องไปดูแลคนไข้ที่เป็น “คนไข้ของเรา” ที่มีหัวใจป่วยเกิดขึ้นจริงๆ ยังคงเป็นความรู้สึกที่ดูเลือนรางยิ่งนัก อาจเพราะตลอดการเรียนในสามปีที่ผ่านมาก็ไม่แตกต่างอะไรไปกับการเรียนในโรงเรียนในห้องเรียนที่มีคนมาบรรยายสอนหน้าห้อง แล้วเราก็นั่งจดไปแต่ละชั่วโมง พอถึงเวลาก็อบ ทำให้ไม่สามารถสัมผัสถึงความเจ็บปวดที่มักได้ยินอาจารย์แพทย์มาพูดให้ฟังว่า “วิชาแพทย์นั้น ไม่ได้เป็นเพียงแค่ศาสตร์ที่อาศัยแต่วิชาความรู้ที่มีเท่านั้น ยังต้องอาศัย ศิลป์ ในการเข้าถึงคนไข้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงเพื่อนำมาเป็นประโยชน์ในการรักษาคนไข้” เพราะสิ่งที่เรียนมาตลอดสามปีนั้นมีแต่ศาสตร์ทั้งนั้น ทำให้สงสัยอยู่ในใจว่า “ศิลปะ” มีความเกี่ยวข้องกับจริงหรือ? แต่ความรู้ไม่พอหรืออย่างไร? ที่อาจารย์พูดจริงแท้แค่ไหน? หรือแค่พูดให้ดูมีอะไร? แล้วถ้าสำคัญจริงแล้วเราจะไหวไหม? เพราะโดยส่วนตัวเป็นคนที่ไม่ชอบพูดกับคนแปลกหน้าก่อน

นับว่าเป็นโชคดีที่ได้ขึ้นแผนกที่ทุกคนลงความเห็นมาแล้วว่าหนักที่สุด หนักที่สุดเป็นลำดับแรก ซึ่งก็คือ แผนกอายุรกรรม ซึ่งมีมากมายหลายโรค จะเรียน จะจำกันไม่จบไม่สิ้นและคนไข้ที่ต้องดูแลก็มีหลายคน วันแรกของการรับคนไข้ก็ได้รับมอบหมายมา 1 เตียง โดยเป็นเตียงของคุณลุงอายุประมาณ 60 ปี ทั่วไปก็ดูแข็งแรงดี แต่พอไปอ่านประวัติกลับพบว่ามีปัญหามากมายที่เกิดขึ้น ซึ่งมาจากอะไรก็ยังไม่สามารถวินิจฉัยได้ แม้แต่อาจารย์ก็ยังไม่ทราบ เราก็คิดในใจว่า ทำไงดีขึ้นมา คนไข้คนแรกในชีวิตดันไม่รู้ชื่อว่าเป็นโรคอะไร แล้วเราจะไปทำอะไรต่อละที่นี่ แต่ยังไงก็ตามก็ต้องไปทำความรู้จักก่อนเพื่อซักประวัติความเป็นมาของลุงเลยเข้าไปคุยกับลุงแบบทักทายแนะนำตัวก่อน กะว่าเดี๋ยวมาซักประวัติพุงนี้ดีกว่า ขอไปเตรียมตัวก่อนว่าจะมาถามอะไรบ้าง เริ่มจากแนะนำตัวเอง ถามชื่อลุง อายุ ที่อยู่ แล้วก็อาชีพ ตรงนี้เนื้อที่ทำให้เกิดความสะอึกใจครั้งแรก

...ถามไปว่า “ลุงทำงานอะไรคะ”...

...ลุงก็บอกว่า “ทำเกี่ยวกับขนส่ง”...

คุณลุงตอบเรามาสั้นๆ เลย เหมือนไม่อยากจะพูดอะไรเราก็เลยพยายามหาทางเชื่อมสัมพันธ์ไปก่อน เพราะดูท่าแล้วต้องอยู่กับลุงอีกนาน ก็ตอบทสทนามากลับไปว่า

...“ทำขนส่ง อ้อ ลุงเป็นคนขับรถส่งของมาก่อนหรือคะ” ลุงเงยหน้ามามองเราอย่างรวดเร็ว พร้อมทำหน้าแปลกๆ แล้วบอกเราว่า...

...“เปล่า ผมเป็นเจ้าของ”...

...อึ้งไปเลยต่อบทไม่ถูก... ในใจตอนนั้นคิดถึง “ศิลป์” ขึ้นมาทันทีเลย เพราะแค่คุยแบบทักทายเฉยๆ ไม่ต้องใช้ความรู้อะไรยังดูท่าจะไม่รอด แล้วถ้าต้องคุยเป็นเรื่องเป็นราวลุงเขาจะตอบเรารีบเปล่า เพราะเหมือนเราไปดูถูกแกไว้ก่อนจากคำพูดที่ไม่ทันได้คิด

...“แล้วแบบนี้ใครดูแลงานให้ตอนอยู่โรงพยาบาลคะ” (ฉันต้องรีบทำเป็นชวนคุยเรื่องกิจการของแกต่อแกเขิน)

...ลุงก็ตอบว่า “มีหุ้นส่วนคอยดูแลอยู่ แต่ก็มีโทรมาปรึกษาบ้างเวลาติดขัด”...

ก็ถามไปอีกว่าแล้วใครเป็นคนดูแลคุณลุง... “ลุงๆ เป็นคนดูแลคุณลุงหรือเปล่าคะ”...

...ลุงก็ว่า “ไม่มีลูก แท่งไป 2 ครั้งแล้ว อยู่กับภรรยาแค่ 2 คน แต่หลานมาก ไม่เหงา ไม่มีลูกก็ไม่เป็นไร”...

ในใจเราก็นึก สะดุดที่สองมาแล้วในเวลาไม่ถึง 5 นาที ซึ่งยิ่งทำให้คิดถึงที่อาจารย์เคยพูดไว้มากขึ้นไปอีกวันต่อๆ มา เนื่องจากมีคนไข้แค่คนเดียวที่ต้อนรับ เลยทำให้ทั้งวันพอมีเวลาว่างก็ต้องไปตรวจและพูดคุยซักประวัติอาการ ความเป็นมาของโรคจากคุณลุง จนทำให้เกิดความคุ้นเคยกันมากขึ้น แรกๆ ลุงอาจจะไม่ค่อยมากนัก แต่ถ้าเราเป็นฝ่ายเริ่มบทสนทนา ก่อนก็จะตอบเราเป็นเรื่องๆ มาได้ และพอได้คุยคนไข้มากขึ้นเรื่อยๆ ก็พบว่าโดยมากแล้วการพูดคุยกับคนไข้มักจะออกมาเป็นแบบถามคำตอบคำเป็นส่วนใหญ่ แต่ตัวคนที่จะเป็นแพทย์เองนี่แหละที่จะต้องมีบทบาทในการตอบสนทนาให้ยาวขึ้นและนำสนทนาด้วยมากขึ้น เพราะทั้งนี้ทั้งนั้นเราอยู่ในบทบาทที่เลือกไม่ได้ว่า ถ้าเขาไม่พูดกับเรา เราก็ไม่ต้องพูดกับเขา แต่ในที่นี่ด้วยอาชีพ ถ้าเราไม่คุยเราจะได้ข้อมูลมาวินิจฉัยได้อย่างไร เพราะอาการของคนไข้เป็นสิ่งสำคัญที่บอกระดับความเจ็บป่วยที่เป็นจริงของคนไข้ได้มากที่สุด ดังนั้นศิลปะในการสนทนานั้นมีความสำคัญมาก เพราะแม้ว่าจริงๆ แล้วเราจะใช้ถามแบบคำตอบคำก็ได้ แต่ความรู้สึกระหว่างคนไข้กับแพทย์ก็จะไม่ดีต่อกันแล้วหลายครั้งนำสู่ความเข้าใจผิด ทำให้ไม่มีความสุขในการทำงาน จึงคิดได้ว่าเราควรที่จะพัฒนาตนจากคนแบบเดิมที่ไม่คุยกับคนแปลกหน้า ต้องเริ่มจากลองเปิดใจไปที่ละน้อย คิดซะว่าคุยกับคนในครอบครัวก็แล้วกัน จะได้หาเรื่องมาคุยด้วยได้ง่ายๆ และสนิทใจว่าการที่คิดว่าคุยกับใครก็ไม่รู้ การที่คนธรรมดาต้องมาเป็นผู้ป่วยนั้นน่าสงสารอยู่แล้ว มีความเจ็บป่วยที่ต้องทำให้เกิดความทรมาน ดังนั้นเรามีหน้าที่ที่จะต้องคอยไปดูแลรักษาทางจิตใจ ดูแลและเข้าใจเขาด้วยซึ่งเป็นเรื่องที่ยากในความคิดเราเริ่มแรก อาจเป็นเพราะเราไม่เคยเจอคนเจ็บมาก่อน ไม่เคยต้องเจ็บเอง หรือ ป่วยเอง ไม่มีญาติใกล้ชิดต้องนอนโรงพยาบาลบ่อยๆ ทำให้การที่จะรักษาและเข้าใจถึงความเจ็บป่วยของคนเป็นเรื่องที่ดูอึดอัด มีแต่อยู่ในจินตนาการ แม้จะมีอาจารย์มาเล่าให้ฟังบ้างก็ตาม แต่สิบปากว่าก็ไม่เท่าตาเห็นเอง การที่ได้ไปดูแลคนไข้เองจริงๆ ได้ค่อยๆ เรียนรู้และทำความเข้าใจไปทั้งโรคและความรู้สึก เนื่องจากรู้สึกว่าคุณอารมณ์ความรู้สึกเหล่านั้นมันไม่ได้แค่มาจากการบอกเล่า แต่มันมาจากการที่ได้เห็นเอง สัมผัสเอง สังเกตเอาเองมากกว่า เช่น กรณีลุงคนไข้คนแรก ก่อนป่วยเล่นเทนนิส ทำกิจวัตรเองได้ ขับรถได้ เทียวได้ แต่หลังจากที่ป่วยมา ทุกอย่างต้องมีคนคอยช่วยเหลือตลอดเวลา ภรรยาต้องตื่นแต่เช้าเตรียมของใช้ที่ต้องเอามาให้ในแต่ละวัน เอาหนังสือ เอาเครื่องเล่นทีวีดีพิกพามาให้ดูแก้เหงา ระหว่างวันก็ต้องมาดูแล กว่าจะกลับก็เย็น จะไปจะมาก็ต้องขับรถเอง ส่วนตัวลุงเขาจากที่สังเกตและสัมผัส คิดว่าลุงน่าจะหุดหู่อยู่บ้าง เพราะแต่เดิมที่เคยเป็นผู้นำกลับต้องมาเป็นผู้ตามโดยปริยาย จะกลับไปทำเองก็ไม่ได้ จะกลับไปใช้ชีวิตเองก็ไม่ได้ การที่เราได้เข้าใจในจุดเหล่านี้ทำให้เราสามารถดูแลคนไข้ได้ด้วยความรู้ความเข้าใจมากขึ้น สามารถเริ่มบทสนทนาสร้างสัมพันธ์ได้ถูกจุด ไม่เกิดความตะขิดตะขวงใจเหมือนในตอนแรกๆ

จากที่ได้ขึ้นมาเรียนที่หอผู้ป่วยจริงๆ ก็ทำให้ได้รู้ว่าความรู้สำคัญกับโรค เพราะเป็นสิ่งที่จะช่วยให้รักษาให้โรคหาย แต่การได้มาซึ่งรู้นั้นไม่ได้ยากเย็นอะไร มีช่องทางมากมายในปัจจุบันที่จะหามาได้ แต่ที่สำคัญกว่าและหาได้ยากกว่า เข้าใจได้ยากกว่า สร้างให้มีคนเราได้อย่างยากกว่า คือ ศิลป์ เพราะถึงแม้จะหาอ่านได้ แต่จะเข้าใจและเอาไปปฏิบัติใช้มันยากยิ่งนัก

# ใบสมัครสมาชิก

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

หมายเลขสมาชิก.....

ชื่อ - นามสกุล นาย / นาง / นางสาว.....  
ชื่อหน่วยงาน องค์กร / สถาบัน.....  
เลขที่.....หมู่บ้าน / อาคาร.....ซอย.....ถนน.....  
ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....อีเมล.....

## ประเภทการสมัครสมาชิก

บุคคล

1 ปี (.3..ฉบับ) ราคา.....300.....บาท เริ่มฉบับที่.....ถึงฉบับที่.....  
2 ปี (.6..ฉบับ) ราคา.....550.....บาท เริ่มฉบับที่.....ถึงฉบับที่.....

องค์กร / สถาบัน

1 ปี (.3..ฉบับ) ราคา.....400.....บาท เริ่มฉบับที่.....ถึงฉบับที่.....  
2 ปี (.6..ฉบับ) ราคา.....750.....บาท เริ่มฉบับที่.....ถึงฉบับที่.....

## การชำระเงิน

โอนเงินเข้า บัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขามหาวิทยาลัยมหิดล

ชื่อบัญชี สพช.อาเซียน

ประเภทบัญชี ออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 333-229991-7

FAX: สำนักการโอนเงิน มาที่ เบอร์ 02-4410163 เบอร์โทร 02-4419040-3 ต่อ 15-18

## สถานที่จัดส่งเอกสาร

1. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

หน่วยงาน

อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

2. ใบเสร็จ

หน่วยงาน

อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร / แทน)

วันที่สมัคร...../...../.....

ที่อยู่ติดต่อ

สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช)

สำนักงาน : สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล 25/25 ถ.พุทธมณฑล 4 ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170



**Adolescent**  
*Health*

