



SIAM
UNIVERSITY

วารสารพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสยาม

Journal of Nursing, Siam University

สารบัญ

ชื่อบทความ

หน้า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของพนักงานในโรงงานขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร	10-20
กวิณลดา อีระพันธ์พงศ์ และจุฑาทิพย์ นามมั่ง	
การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน	21-34
รุ่งฤดี วงศ์ชุม, รัตน์เกล้า ปราบสมรชัย และดวงนภา ทูบแป้น	
คุณภาพกระบวนการใช้หลักสูตร ผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจต่อสมรรถนะเชิงวิชาชีพของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสยาม	35-47
วัฒน์ย์ ปานจินดา, นิสาพร สलगสิงห์, รัฐกานต์ ข้าเขียว และปริญธิดา ชลศึกเสนีย์	
ความรู้ด้านสุขภาพในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี: ความแตกต่างระหว่างเพศ	48-61
วิมลรัตน์ บุญเสถียร และวิลาวลัย อุดมการเกษตร	
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร	62-76
พิชาภรณ์ จันทนกุล, สมฤดี ชื่นกิตติยานนท์, สุกฤดา ตะการีย์ และศิริพร สามสี	
ภาวะสุขภาพชายวัยทอง: บทบาทพยาบาล	77-88
ปณณทัต จันทพานิช, ยุวดี งอมสงัด และนารัก จดาบุตร	
Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) และการตั้งครรภ์: ความท้าทายของพยาบาลผดุงครรภ์	89-102
สุปิยา วิริไฟ และพิมพ์ลดา ถัดดางาม	
บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชนเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก	103-113
จุฬาลักษณ์ นิลอาธิ และเนาวรัตน์ สิงห์สนั่น	
การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ระบบออนไลน์ในสถานการณ์โควิด-19	114-126
มาลี คำคง, อติภา อมรปิยภากร, รพีภัทร ชำนาญเพาะ และมุขรินทร์ ทองหอม	
อุบัติเหตุบนท้องถนน : การสร้างแรงจูงใจเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในวัยรุ่นและเยาวชน	127-136
รัชพร ศรีเดช, ลัญญา พิมพ์พันธ์ชัยบุลย์ และณิศาพิชญ์ภักดิ์ มีสมศักดิ์	
บทบาทพยาบาลในการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ	137-149
อัจฉรา ธาตุชัย	
บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด: ระยะเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา	150-159
เนตรสุมล จตุรจรรยาเลิศ	

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะท่านผู้อ่านวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยามที่รักทุกท่าน

สวัสดีค่ะ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 43 ปีที่ 22 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2564) นะคะ กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณทุกท่านที่ได้ให้ความสนใจวารสารของเราทั้งการเปิดอ่านและการส่งบทความต่างๆ มาลงตีพิมพ์นะคะ ซึ่งบางท่านบอกว่ากระบวนการพิจารณาเรื่องที่จะลงพิมพ์ใช้เวลานานมาก ทั้งนี้เนื่องจากวารสารของเราอยู่ใน TCI กลุ่ม 2 ดังนั้นกระบวนการทำงานจึงต้องใช้เวลาและต้องอยู่ในกรอบเวลาที่ TCI กำหนดค่ะ

สำหรับเนื้อหาในฉบับนี้มีบทความเกี่ยวกับงานวิจัยและบทความวิชาการทั้งสิ้น 11 เรื่อง ซึ่งเป็นบทความวิจัยที่น่าสนใจมากมายเกี่ยวข้องกับสถานการณ์การติดเชื้อโคโรนาไวรัสซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคลหลายกลุ่ม อาทิ ผลต่อพนักงานในโรงงานแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาครซึ่งเป็นพื้นที่แรกที่มีการระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์การติดเชื้อโคโรนาไวรัส และยังมีบทความวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต บทความในวารสารฉบับนี้ครอบคลุมทุกวัยเลยนะคะ ไม่ว่าจะเป็นหญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยเด็ก ผู้ใหญ่ รวมถึงผู้สูงอายุ

กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณท่านผู้เขียนบทความทุกท่าน ที่ให้เกียรติและให้ความสำคัญกับวารสารของเรา และขอเชิญชวนท่านที่มีผลงานวิจัยหรือมีบทความวิชาการที่ประสงค์จะลงพิมพ์ในวารสารขอความกรุณาจัดพิมพ์บทความของท่านตาม “คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์” ซึ่งอยู่ในหน้า 6 นะคะ ส่วนท่านผู้อ่านที่สนใจจะสมัครเป็นสมาชิกวารสารของเราสามารถสมัครได้ที่ <https://tcj-thaijo.org/index.php/nursingsiamjournal> หรือติดต่อให้คำแนะนำและติชมสามารถส่งมาได้ที่ jsiamns@siam.edu สวัสดีสิ้นปีเก่า แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้า สวัสดีค่ะ



บรรณาธิการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้วิชาการด้านสุขภาพ
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร ความคิดเห็น และประสบการณ์ด้านการพยาบาลและการศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กำหนดออกวารสาร ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ) มกราคม – มิถุนายน, กรกฎาคม – ธันวาคม
สำนักงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

38 ถนนเพชรเกษม ภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร 10160

โทร 0-2457-0068 ต่อ 5203, 5216 โทรสาร 0-2457-0068 ต่อ 5216

อีเมล jsiamns@siam.edu

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม**ที่ปรึกษา**

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ

มหาวิทยาลัยสยาม

กองบรรณาธิการ

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภัทรพร อรัณยภาค | มหาวิทยาลัยสยาม (บรรณาธิการ) |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสดาว เรโนลด์ | มหาวิทยาลัยสยาม (ผู้ช่วยบรรณาธิการ) |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วารุณี เพ็ชร | มหาวิทยาลัยสยาม (ผู้ช่วยบรรณาธิการ) |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์ | เจ้าหน้าที่บ้านาญ สภาภาษาชาวไทย |
| 5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินนุทยา | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 6. นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |
| 7. อาจารย์ เรือเอกหญิงนิชา วงษ์ชาญ | มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช |
| 8. ดร.ทิวาภรณ์ เณลิ้มพิชัย | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 9. ดร.นิชาภา พัฒนวิชกุล | มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย |
| 10. ดร.ประภาศรี เบญจศิริลักษณ์ | มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี |
| 11. อาจารย์นาถสุตา โชติวัฒนากุลชัย | มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี |
| 12. อาจารย์เนตดา วงศ์ทองมานะ | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 13. อาจารย์ปทุมทิพย์ อุดลวัฒนศิริ | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 14. อาจารย์พัชรี รัตมีแจ่ม | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |



15. ดร.ไพรินทร์ นิชาโชติสุขัญญ์	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ
16. อาจารย์อนันต์ตรี สมิตธีนราเศรษฐ์	มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย
17. ดร.ปรียธิดา ชลศึกเสณีย์	มหาวิทยาลัยสยาม
18. ดร.สุวรรณา เชียงขุนทด	มหาวิทยาลัยสยาม
19. ดร.ศนิกันต์ ศรีมณี	มหาวิทยาลัยสยาม
20. เรือเอกหญิง ดร.วิภาณันท์ ม่วงสกุล	มหาวิทยาลัยสยาม
21. ดร.วราภรณ์ คำரச	มหาวิทยาลัยสยาม
22. อาจารย์สุจิตราภรณ์ ทับครอง	มหาวิทยาลัยสยาม
23. อาจารย์ณิคมล ขวัญเมือง	มหาวิทยาลัยสยาม
24. อาจารย์สุธิดา ดีหนู	มหาวิทยาลัยสยาม
25. อาจารย์ขวัญเรือน กำวิตุ	มหาวิทยาลัยสยาม
26. อาจารย์ธัญลักษณ์วดี ก้อนทองถม	มหาวิทยาลัยสยาม
27. อาจารย์ณฤมล อังศิริศักดิ์	มหาวิทยาลัยสยาม
28. อาจารย์รัฐกานต์ ข้าเขียว	มหาวิทยาลัยสยาม
29. อาจารย์ศิรินา สันตังงาน	มหาวิทยาลัยสยาม
30. อาจารย์รัตนภรณ์ คำทะเนตร	มหาวิทยาลัยสยาม

ฝ่ายจัดการทั่วไป

1. พันจ่าเอก ดร.ภูมเดชฯ ชาญเบญจพิฏ มหาววิทยาลัยสยาม
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมฤดี ชื่นกิตติฐานนท์ มหาววิทยาลัยสยาม

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาววิทยาลัยสยาม

1. ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี มหาววิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
3. รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ มหาววิทยาลัยมหิดล
4. รองศาสตราจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ฉายพุทธ มหาววิทยาลัยมหิดล
5. รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ มหาววิทยาลัยมหิดล
6. รองศาสตราจารย์ พัฒนณธ์ คุ่มทวีพร มหาววิทยาลัยมหิดล
7. รองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดร.ทิพย์ฉมพร เกษโกมล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
8. รองศาสตราจารย์ ดร.บำเพ็ญจิต แสงชาติ มหาววิทยาลัยขอนแก่น
9. รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร กันทรดุษฎี เติริยมชัยศรี มหาววิทยาลัยเฉลิมกาญจนา

- | | |
|---|---|
| 10. รองศาสตราจารย์ ดร.สุลี ทองวิเชียร | มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี |
| 11. รองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 12. รองศาสตราจารย์ ดร.นิวสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์ | มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ |
| 13. รองศาสตราจารย์ พรศิริ พันธสี | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 14. รองศาสตราจารย์ เยาวเรศ สมทรัพย์ | มหาวิทยาลัยพายัพ |
| 15. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนาคสัตย์เชื้อ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ผจงจิต ไกรถาวร | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 18. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงเดือน รัตนะมงคลกุล | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 19. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.อมรรักษ์ งามสวย | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 20. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปรียกมล รัชกุล | มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 21. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรรณวิภา บรรณเกียรติ | วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ |
| 22. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ | มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 23. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุขศิริ ประสมสุข | มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี |
| 24. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พล.ร.ต.หญิง ดร.สุภัทรา เอื้อวงศ์ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 25. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรทิพา ส่องศิริ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 26. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรัสดาว เรโนลด์ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 27. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุสารี ประคินกิจ | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 28. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนิดา มัททวงกูร | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 29. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฤดี ปุ่บบางกะดี | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 30. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิตต์ระพี บุรณศักดิ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 31. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนี นามจันทรา | มหาวิทยาลัยรังสิต |
| 32. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาพร จินันทุยา | สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา |
| 33. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ตรีนุช พุ่มมณี | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ |
| 34. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นาวาโทหญิง วัชรพร เชยสุวรรณ | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |
| 35. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิมพ์กา ปัญญาใหญ่ | มหาวิทยาลัยพายัพ |
| 36. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กฤตกา ธรรมรัตน์กุล | วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์ |
| 37. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิลาวลัย ไทรโรจน์รุ่ง | มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 38. ดร.ไพรินทร์ นิชาโชติสุขภูมิ | วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์ |
| 39. นาวาเอกหญิง ดร. ธนพร แยมสุตา | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |

- | | |
|----------------------------------|--|
| 40. นาวาตรีหญิง ดร.ยุวดี วงษ์แสง | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ |
| 41. ดร.จิตรลดา พิริยศาสน์ | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี |
| 42. ดร.ชรินทร์ ขวัญเนตร | มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 43. ดร.ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์ | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 44. ดร.จารุณี สรภุข | มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 45. ดร.สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร | มหาวิทยาลัยสยาม |
| 46. ดร.จวีร์วรรณ มณีแสง | มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น |
| 47. ดร.ปทุมทิพย์ อดุลวัฒน์ศิริ | มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 48. ดร.สิดานันท์ ศรีใจวงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ |



ข้อตกลงเบื้องต้น

1. บทความวิจัยหรือวิชาการต้องไม่เคยเผยแพร่หรืออยู่ระหว่างพิจารณาเผยแพร่ในวารสารใด ๆ กรณีบทความเคยนำเสนอในการประชุมวิชาการซึ่งมี Proceeding ผู้พิมพ์ต้องแจ้งกองบรรณาธิการและระบุในบทความบริเวณเชิงอรรถ โดยระบุชื่อการประชุมและปีที่น่าเสนอ
2. บทความวิจัยหรือวิชาการที่มีผู้ร่วมนิพนธ์ ต้องมีหนังสือรับรองจริยธรรมการส่งบทความ (วพมส 02) ตามรูปแบบของวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม (ดาวน์โหลดได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารฯ)
3. บทความวิทยานิพนธ์ ต้องมีหนังสือหนังสือรับรองจริยธรรมการส่งบทความ (วพมส 02) ตามรูปแบบของวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม (ดาวน์โหลดได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารฯ)
4. บทความจะได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้พิมพ์ปรับบทความโดยพิจารณาข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน โดย Double blind และกองบรรณาธิการเรียบร้อยแล้ว
5. การออกใบรับรองการตีพิมพ์เผยแพร่บทความจะระบุปีและฉบับที่บทความเผยแพร่ซึ่งจะดำเนินการ ภายหลังการปรับบทความและได้รับการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการให้ผ่านเข้ากระบวนการเตรียม ต้นฉบับตีพิมพ์ได้แล้วเท่านั้น
6. ความยาวของบทความวิจัย 10 – 12 หน้า และบทความวิชาการ 8 – 10 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง
7. ผู้พิมพ์ส่งบทความออนไลน์ <https://tci-thaijo.org/index.php/nursingsiamjournal> โดยสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฟรี
8. ขอความร่วมมือจากผู้พิมพ์ในการอ้างอิงบทความที่เคยลงในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม อย่างน้อย 1-2 เรื่อง
9. ผู้พิมพ์ชำระค่าดำเนินการเผยแพร่บทความเรื่องละ 2,000 บาท ตามแบบฟอร์มชำระค่าตีพิมพ์ บทความ (วพมส 01) ดาวน์โหลดได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม พร้อมแนบเอกสารการชำระเงินในขั้นตอนการ submission บทความ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการคืนค่าตีพิมพ์บทความกรณีบทความไม่สามารถเผยแพร่ผ่านวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยามได้
10. กรณีผู้พิมพ์ยกเลิกการเผยแพร่บทความภายหลังได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบค่าดำเนินการทั้งหมด 3,000 บาท (รวมค่าดำเนินการเผยแพร่บทความเมื่อแรกส่งบทความ) หากผู้พิมพ์ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง กอง บก.ดำเนินการเรียกเก็บค่าปรับไปยังหน่วยงานต้นสังกัด และ บัณฑิตวิทยาลัย (กรณีวิทยานิพนธ์) และประกาศแจ้งต่อวารสารเครือข่ายร่วมรวมถึงหน้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ขอเรียนเชิญสมาชิกวารสารฯ และผู้สนใจส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาพิจารณาต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใด ๆ หรือเผยแพร่เนื้อหาเต็มรูปแบบในเอกสารใด หรือเป็นส่วนหนึ่งส่วนใดของผู้อื่น หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาในวารสารอื่น เนื้อหาไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์วารสาร น่าสนใจ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพได้

ต้นฉบับทุกเรื่องต้องผ่านการคัดกรองเบื้องต้นจากกองบรรณาธิการ เมื่อผ่านการพิจารณาขั้นต้นแล้วกองบรรณาธิการจะจัดส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องกับบทความ จำนวน 2 ท่าน อ่านและให้ข้อเสนอแนะ

ประเภทบทความ

1. บทความวิจัยทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. บทความวิชาการทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. บทความวิจัยหรือวิชาการต้องไม่เคยเผยแพร่หรืออยู่ระหว่างพิจารณาเผยแพร่ในวารสารใด ๆ กรณีบทความเคยนำเสนอในการประชุมวิชาการซึ่งมี Proceeding ผู้นิพนธ์ต้องแจ้งกองบรรณาธิการและระบุในบทความบริเวณเชิงอรรถ โดยระบุชื่อการประชุมและปีที่น่าเสนอ
2. บทความวิจัยหรือวิชาการที่มีผู้ร่วมนิพนธ์ ต้องมีหนังสือรับรองจริยธรรมการส่งบทความ (วพมส 02) ตามรูปแบบของวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม (ดาวน์โหลดได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารฯ)
3. บทความวิทยานิพนธ์ ต้องมีหนังสือหนังสือรับรองจริยธรรมการส่งบทความ (วพมส 02) ตามรูปแบบของวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม (ดาวน์โหลดได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารฯ)
4. บทความจะได้รับการตีพิมพ์เมื่อผู้นิพนธ์ปรับบทความโดยพิจารณาข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน โดย Double blind และกองบรรณาธิการเรียบร้อยแล้ว
5. การออกไปรับรองการตีพิมพ์เผยแพร่งานจะระบุปีและฉบับที่บทความเผยแพร่ซึ่งจะดำเนินการ ภายหลังการปรับบทความและได้รับการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการให้ผ่านเข้ากระบวนการเตรียม ต้นฉบับตีพิมพ์ได้แล้วเท่านั้น
6. ความยาวของบทความวิจัย 10 – 12 หน้า และบทความวิชาการ 8 – 10 หน้า รวมเอกสารอ้างอิง
7. ผู้นิพนธ์ส่งบทความออนไลน์ <https://tci-thaijo.org/index.php/nursingsiamjournal> โดยสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ฟรี

8. ขอความร่วมมือจากผู้นิพนธ์ในการอ้างอิงบทความที่เคยลงในวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม อย่างน้อย 1-2 เรื่อง
9. ผู้นิพนธ์ชำระค่าดำเนินการเผยแพร่บทความเรื่องละ 2,000 บาท ตามแบบฟอร์มชำระค่าตีพิมพ์ บทความ (วพส 01) ดาวน์โหลดได้ที่หน้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม พร้อมแนบเอกสารการชำระเงินในขั้นตอนการ submission บทความ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการคืนค่าตีพิมพ์บทความ กรณีบทความไม่สามารถเผยแพร่ผ่านวารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยามได้
10. กรณีผู้นิพนธ์ยกเลิกการเผยแพร่บทความภายหลังได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบค่าดำเนินการทั้งหมด 3,000 บาท (รวมค่าดำเนินการเผยแพร่บทความเมื่อแรกส่งบทความ) หากผู้นิพนธ์ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง กอง บก.ดำเนินการเรียกเก็บค่าปรับไปยังหน่วยงานต้นสังกัด และ บัณฑิตวิทยาลัย (กรณีวิทยานิพนธ์) และประกาศแจ้งต่อวารสารเครือข่ายร่วมรวมถึงหน้าเว็บไซต์วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์ MS word อักษร TH SarabunPSK
2. ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ อักษรขนาด 18 ตัวหนา จัดกลางหน้ากระดาษ
3. ผู้นิพนธ์ทุกท่านระบุ ชื่อ-สกุล และตัวอักษรมหาวิทยาลัยที่สังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การระบุศ/ตำแหน่ง สถานที่ติดต่อ/ต้นสังกัด e-mail address บริเวณเชิงอรรถใช้สัญลักษณ์ตัวเลขอารบิก และระบุ corresponding author ด้วย
 - กรณีผู้นิพนธ์เกิน 3 คน ระบุชื่อผู้นิพนธ์บรรทัดละ 2 คน โดยวงเล็บภาษาอังกฤษต่อท้ายชื่อภาษาไทยแต่ละคน
 - กรณีผู้นิพนธ์เกิน 5 คนระบุเฉพาะผู้นิพนธ์ชื่อแรกโดยระบุหัวหน้าโครงการและคณะ
4. บทคัดย่อภาษาไทยสอดคล้องกับภาษาอังกฤษ โดยบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่เกิน 250 คำ
5. คำสำคัญที่เป็นคำนาม ทั้งภาษาไทย และอังกฤษไม่เกิน 5 คำ
6. เนื้อหา ประกอบด้วยความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) เอกสารอ้างอิง
 - หัวข้อแต่ละเนื้อหาอักษรขนาด 16 ตัวหนา
 - เนื้อหาทั่วไปอักษรขนาด 16 ธรรมดา จัดรูปแบบ 2 คอลัมน์ ห่างขอบปกติทุกด้าน 2.54 เซนติเมตร การย่อหน้าตั้งเคาะปกติ 1.27 เซนติเมตร ยกเว้น เอกสารอ้างอิง ใช้อักษรขนาด 14 ธรรมดา
7. ตารางแสดงผลการวิจัยใช้รูปแบบเต็มหน้า ตารางไม่มีขอบซ้ายและขวา ขอบบนและล่างใช้เส้นแบบ 2 แถบ ระหว่างข้อมูลในตารางไม่มีเส้น (อาจมีเส้นคั่นบางกรณีข้อมูลมีรายละเอียดมาก เพื่อสะดวกต่อการอ่าน) ลำดับที่หัวตารางใช้ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา ข้อมูลในตารางใช้ตัวอักษรขนาด 14 ธรรมดา
8. รูปประกอบในบทความควรใช้โปรแกรม PDF หรือ MS word เพื่อความคมชัดเมื่อตีพิมพ์

9. การเขียนอ้างอิงในเนื้อหาและท้ายบทความ (Reference) จะต้องสอดคล้องตรงกันตามรูปแบบ APA 6th (American Psychological Association)

การอ้างอิงในเนื้อหา

- การอ้างอิงครั้งแรก

ผู้นิพนธ์คนไทย (ชื่อนามสกุลผู้นิพนธ์ทุกคนยกเว้นผู้นิพนธ์เกิน 6 คนขึ้นไป ใส่เฉพาะชื่อ นามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วยและคณะ, ปีพิมพ์)

ผู้นิพนธ์ต่างประเทศ (นามสกุลทุกคนยกเว้นผู้นิพนธ์เกิน 6 คนขึ้นไป ใส่เฉพาะนามสกุลผู้นิพนธ์แรก, ตามด้วย et al., ปีพิมพ์)

- การอ้างอิงครั้งต่อไป (ชื่อ นามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วยและคณะ, ปีพิมพ์) หรือภาษาอังกฤษ (ชื่อ นามสกุลผู้นิพนธ์แรก ตามด้วย et al., ปีพิมพ์)

การอ้างอิงท้ายบทความ

9.1 รูปแบบวารสาร: ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง.// (ปี).//ชื่อเรื่อง.//ชื่อวารสาร.//ปีที่ (ฉบับที่).//หน้า.

9.2 รูปแบบหนังสือ: ชื่อ/นามสกุลผู้แต่ง.// (ปี).//ชื่อหนังสือ.//สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.

- ผู้แต่ง 6 คนหรือน้อยกว่า

ผู้แต่ง 1./ผู้แต่ง 2./ผู้แต่ง 3./ผู้แต่ง 4./ผู้แต่ง 5 และผู้แต่ง 6.// (ปีพิมพ์).//ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่).//สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.

- ผู้แต่งมากกว่า 6 คนขึ้นไป

ผู้แต่ง 1./ผู้แต่ง 2./ผู้แต่ง 3./ผู้แต่ง 4./ผู้แต่ง 5./ผู้แต่ง 6, ... ผู้แต่งคนสุดท้าย.// (ปีพิมพ์).//ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่).//สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์.

9.3 กรณีผู้นิพนธ์คนไทยแต่ผู้นิพนธ์เป็นภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อนามสกุลขึ้นก่อนเช่นเดียวกับผู้นิพนธ์ต่างประเทศ ผู้นิพนธ์ต่างประเทศขึ้นต้นด้วยนามสกุลคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค ตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และชื่อกลาง

9.4 กรณีชื่อบรรณาธิการ ใส่ (บก.). หรือ (Ed.). ท้ายชื่อ

9.5 กรณีไม่ทราบชื่อผู้นิพนธ์ ใส่ชื่อหน่วยงานขึ้นต้น

ตัวอย่าง

กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2559). รายงานการสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยี

สารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน. กรุงเทพฯ ฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

จิราภรณ์ มีชูสิน. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของ

ผู้ป่วยหัวใจวาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่,

บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ชานินทร์ ศิลป์จารุ. (2551). การวิจัยและวิเคราะห์ทางสถิติด้วย SPSS (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: เอส อาร์พรินต์ติ้งแมสโปรดักส์จำกัด.

- ปรียธิดา ชลศึกเสนีย์ และวรรณภา ศรีธัญรัตน์. (2560). การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, ปีที่18(35), 24 – 36.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ.), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2* (หน้า 1-24). กรุงเทพฯ: วี.เจ. พรินตติ้ง.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2559). *คอมพิวเตอร์วิชั่นซินโดรม*. สืบค้นเมื่อ 20 พ.ย. 59, จาก [http:// goo.gl/KLPB5T](http://goo.gl/KLPB5T)
- Assanangkornchai, S., & Edwards, J. G. (2015). Screening for nicotine and drug use disorders. *Textbook of addiction treatment: International perspectives* (207- 223): Springer.
- Mercer, D. W., Kent, A., Nowicki, S. D., Mercer, D., Squier, D., Choi, W., ...Morgan, C. (2004). *Beginning PHP5*. Indianapolis, IN: Wiley.
10. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ ตำราที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา กรณีอ้างอิงเว็บไซต์ต้องเป็นของหน่วยงานที่เชื่อถือได้ ไม่อ้างอิงความคิดเห็นบน blog/หน้าเพจ หรือ wikipedia

กองบรรณาธิการ วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)

ของพนักงานในโรงงานขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง อำเภอกะทู้แบน จังหวัดสมุทรสาคร

Factors Associated with Preventive Behaviors towards the Coronavirus 2019 (COVID-19) of
Employees in a Large Factory Krathumbean District, Samutsakorn Province

Received: June 15, 2021

Revised: September 12, 2021

Accepts: December 17, 2021

กวินลดา ธีระพันธ์พงศ์ (พย.บ.)¹

Kawin Lada Trepanning (B.NS.)

จุฑาทิพย์ นามมิ่ง (พย.ม.)¹

Juthatip Nammong (M.NS)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของพนักงานในโรงงานขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง อำเภอกะทู้แบน จังหวัดสมุทรสาคร

รูปแบบและวิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์ แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานในโรงงานขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง อำเภอกะทู้แบน จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 220 ราย ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.98$, S.D = .58) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ช่องทางการรับรู้ข่าวสารไม่มีความความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ($p > .05$) ส่วนสถานภาพสมรส พบว่า มีความความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .544$, $p < .05$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (โควิด-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.217$, $p < .05$)

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกะทู้แบน, Thailand

Registered nurse, Krathumbean hospital

Corresponding author: juthatip0465@gmail.com

สรุปและข้อเสนอแนะ พยาบาลและบุคลากรทางสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) การส่งเสริมให้ประชาชนเกิดรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) สามารถส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ที่เหมาะสม

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกันโรค, โควิด-19

ABSTRACT

Objectives To study factors associated with preventive behaviors on the coronavirus 2019 (COVID-19) of employees in a large factory Krathumbean District, Samutsakorn Province.

Methods This research is descriptive correlational (cross-sectional study). The sample group was employees in a large factory, Krathumbaen District in Samutsakhon Province, 220 people. Used questionnaires as a tool for data collection from 1 to 31 May 2021. Data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficients.

Results Preventive behaviors on the coronavirus 2019 (COVID-19) overall were at a good level ($\bar{X} = 3.98$, S.D = .58). When analyzing the data, it was found that personal factors, gender, age, educational level Family income, family characteristics news channel there was no relationship to preventive behaviors on the coronavirus 2019 (COVID-19) ($p > .05$). As for marital status was found to be related to preventive behaviors on the coronavirus 2019 (COVID-19) ($p < .05$). The perception of the benefits toward preventing the Coronavirus 2019 (COVID-19) was a moderate positively correlation to preventive behaviors on the coronavirus 2019 (COVID-19) ($r = .544$, $p < .05$). As for the perception of the barriers toward preventing the Coronavirus 2019 (Covid 19) was a low negatively correlation to preventive behaviors on the coronavirus 2019 (COVID-19) ($r = -.217$, $p < .05$).

Conclusion Nurses and public health personnel should be prioritizing to prevent the Coronavirus 2019 (COVID-19). Promoting people's, the perception of the benefits toward preventing the Coronavirus 2019 (COVID-19) and the perception of the barriers toward preventing the Coronavirus 2019 (COVID-19) consequently, people would have appropriate preventive behaviors on the Coronavirus 2019 (COVID-19).

Keywords: preventive behaviors, COVID-19



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด 19 (COVID-19) องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคดังกล่าวเป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 โดยทั่วโลก มีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมจำนวน 133,681,724 ราย เสียชีวิต 2,900,921 ราย ในประเทศไทย มีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมจำนวน 55,460 ราย เสียชีวิต 140 ราย (กรมควบคุมโรค, 2564) จังหวัดสมุทรสาครพบผู้ป่วยติดเชื้อสะสมมากที่สุด จำนวน 17,943 ราย เสียชีวิต 10 ราย สำหรับโรงพยาบาลกระทุ่มแบน มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวนทั้งหมด 273 ราย โดยเป็นการรับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น ๆ 98 ราย ในจำนวนนี้ รักษาหาย 187 ราย เสียชีวิต จำนวน 1 ราย (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน, 2564)

จากการระบาดโควิด-19 ระลอกสอง เมื่อกลางเดือนธันวาคม 2563 ที่ผ่านมา โดยตรวจพบว่ามีหญิงไทยเจ้าของกิจการที่ตลาดกลางอาหารทะเลในมหาชัยป่วยเป็นโควิด ได้มีการสอบสวนโรคและค้นหาเชิงรุกทำให้พบว่ามีแรงงานพม่าเกือบครึ่งหนึ่ง จากประมาณสี่พันคนที่มีการติดเชื้อโควิด ทางภาครัฐจึงมีการปิดล้อมตลาดกลางกุ้งและประกาศให้จังหวัดสมุทรสาครเป็นจังหวัดที่ต้องควบคุมสูงสุด ซึ่งโรงพยาบาลกระทุ่มแบน เป็น 1 ใน 3 อำเภอ ของจังหวัดสมุทรสาคร จากการสำรวจเชิงรุก เมื่อต้นเดือนมกราคม 2564 เจ้าของโรงงานแห่งหนึ่งที่มีคนงานประมาณสี่พันคนได้ทำการตรวจคัดกรองคนงานเองไป 1,500 พบว่ามีการติดเชื้อถึงร้อยละ 27 ข้อมูลดังกล่าวชี้ว่า มีการระบาดอย่างกว้างในชุมชน และยังปรากฏว่ามีประชาชนคนไทยอีกประมาณ 30 จังหวัด ที่เดินทางมาประกอบธุรกิจค้าขายใน

บริเวณตลาดมหาชัยติดเชื้อและกลับไปตรวจพบที่จังหวัดของตนเอง และในการระบาดระลอกที่ 3 ผู้ติดเชื้อคลัสเตอร์ใหญ่จากสถานบันเทิงในกรุงเทพมหานคร ทำให้ตัวเลขผู้ติดเชื้อรายวันมีจำนวนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และกระจายไปหลายพื้นที่ในต่างจังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดสมุทรสาคร เป็นพื้นที่ติดกับกรุงเทพมหานคร จึงทำให้มีผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรคเข้ามารับการตรวจรักษามากขึ้น ส่งผลให้จังหวัดสมุทรสาครยังเป็นพื้นที่สีแดง และต้องดำเนินการดูแลควบคุมโรคอย่างเข้มข้นต่อไป

จากการระบาดโควิด-19 ทั้งสองระลอกเป็นการระบาดที่รวดเร็วและมีวงกว้างมากขึ้น โดยเฉพาะในโรงงานขนาดใหญ่ที่มีพนักงานเป็นจำนวนมาก ซึ่งหากมีการแพร่ระบาดในโรงงานย่อมส่งผลกระทบต่อหลายด้าน โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่มีอันตรายถึงชีวิต รวมถึงการขาดรายได้เนื่องจากหยุดงานของประชาชน ทั้งด้านสาธารณสุขที่ต้องเตรียมทั้งทรัพยากรคน สิ่งของเพื่อให้เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ และเศรษฐกิจของประเทศต้องหยุดชะงัก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของพนักงานในโรงงานขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อให้ทราบถึงข้อมูลพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดังกล่าว อันเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

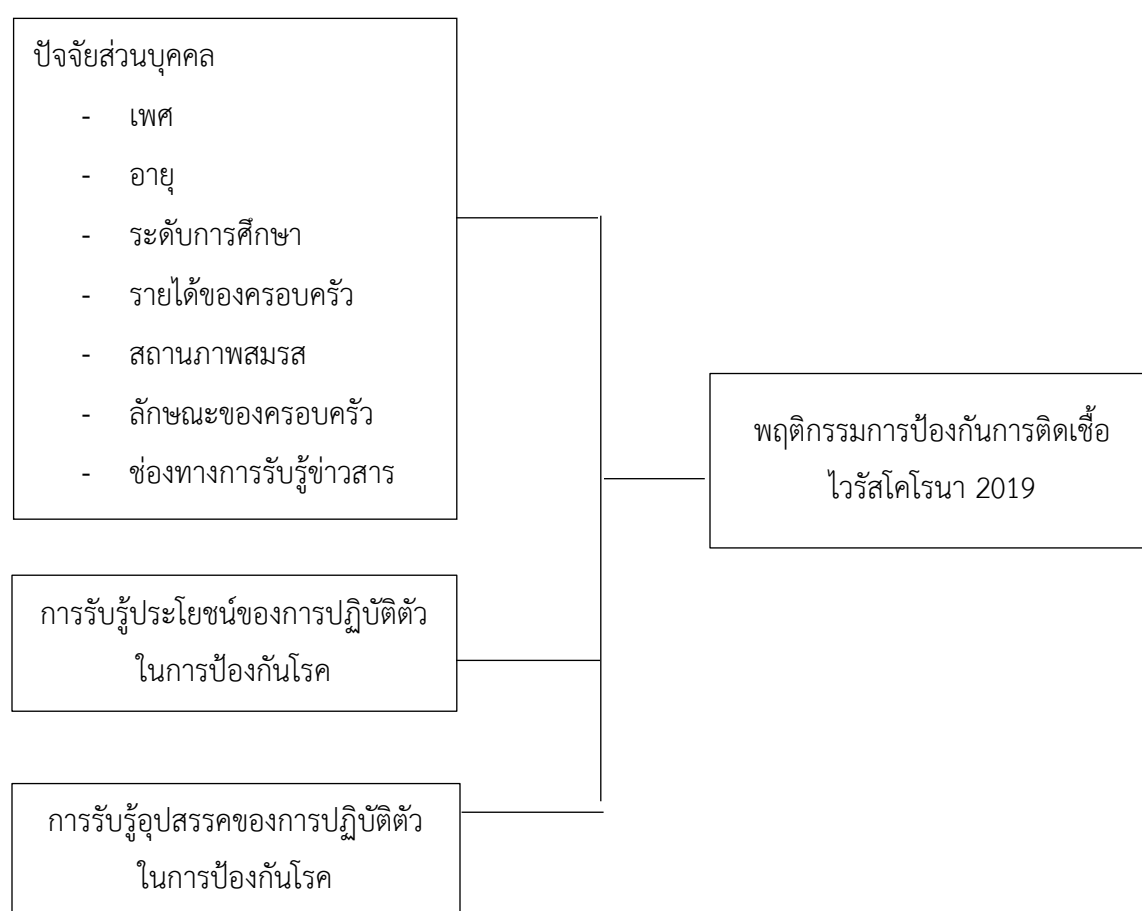
เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)

ของพนักงานในโรงงานขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง อำเภอ
กระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความเชื่อทางสุขภาพเป็นแบบแผนหรือรูปแบบ
ที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้
อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

สุขภาพ ผู้วิจัยได้นำแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพมา
ประยุกต์ใช้ในการศึกษาประเด็นการรับรู้ประโยชน์ของ
การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(โควิด-19) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการ
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) มาเป็น
ปัจจัย ในการชักนำการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพ
เกี่ยวกับการป้องกันโรค ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบไปด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ลักษณะของครอบครัว และช่องทางการรับรู้ข่าวสารต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) จำนวน 15 ข้อ ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86 3) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อความเชิงนิเสธหรือทางลบ (Negative statement) ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.80 และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) จำนวน 28 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์ แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของพนักงานในโรงงานขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือน พฤษภาคม 2564

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พนักงานในโรงงานขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากรโดยการสุ่มแบบง่าย (simple sampling) จำนวน 220 ราย โดยมีวิธีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่ม

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเปิดตารางการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น (α) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) เท่ากับ .80 และความสัมพันธ์ของตัวแปรขนาดปานกลาง (Moderate effect size) เท่ากับ .20 ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยเท่ากับ 198 ราย (Polit & Beck, 2008)

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (simple sampling) โดยผู้วิจัย ทำการจับฉลากรายชื่อพนักงานแบบไม่ใส่คืน จนครบจำนวน 220 ราย

2. การพิทักษ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลกระทุ่มแบน ตามหนังสือรับรองลงวันที่ 01-05-2564 เมื่อผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อผู้จัดการ และคณะกรรมการโรงงาน เพื่อขออนุญาตทำการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เพื่อขอคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยให้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ และสิ่งใดๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของผู้เข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัย นำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยรายบุคคล แบบบันทึกข้อมูล จะถูกทำลายหลังจากมีการเผยแพร่วิจัยแล้ว

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปในการหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวและอุปสรรคของการปฏิบัติตัวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) โดยใช้สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70.9) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 36.10 ปี ($SD = 9.81$) และมีอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 65.9) รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี (ร้อยละ 31.8) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีและระดับการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด (ร้อยละ 23.6)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ($n = 220$)

	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ	p-value
เพศ			
ชาย	156	70.9	.218 ^a
หญิง	64	29.1	
อายุ ($\bar{X} = 36.10$, $SD = 9.81$)			
อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	4	1.8	.565 ^b
อายุ 21-40 ปี	145	65.9	
อายุ 41-60 ปี	70	31.8	
อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	1	0.5	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	21	9.5	.800 ^b
มัธยมศึกษาตอนต้น	45	20.5	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	52	23.6	
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	46	20.9	
ปริญญาตรี	52	23.6	
สูงกว่าปริญญาตรี	4	1.9	

มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยเท่ากับ 25,995.98 บาท ($SD = 18056.55$) โดยมีรายได้อยู่ในช่วง 15,001-30,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 43.6) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 58.6) และเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 79.1) มีการรับรู้ข่าวสารทางโซเชียลมีเดียในโทรศัพท์มือถือมากที่สุด (ร้อยละ 95.9) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวลักษณะของครอบครัว ช่องทางการรับรู้ข่าวสาร ไม่มีความความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ($p > .05$) ส่วนสถานภาพสมรส พบว่า มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 220) (ต่อ)

	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ	p-value
รายได้ของครอบครัว ($\bar{X}$ = 25,995.98, SD = 18056.55)			
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท	75	34.1	
15,001-30,000 บาท	96	43.6	.288 ^a
30,001-45,000 บาท	32	14.5	
มากกว่า 45,000 บาท	17	7.7	
สถานภาพ			
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	7	3.2	
โสด	84	38.2	.032 ^{a*}
คู่	129	58.6	
ลักษณะของครอบครัว			
ครอบครัวขยาย	46	20.9	.588 ^a
ครอบครัวเดี่ยว	174	79.1	
ช่องทางการรับรู้ข่าวสาร (สามารถตอบได้หลายข้อ)			
โปสเตอร์ปิดประกาศ	21	9.5	
หนังสือพิมพ์	21	9.5	
วิทยุกระจายเสียง	37	16.8	
ผู้นำชุมชน	38	17.3	.936 ^a
เพื่อนบ้าน	69	34.1	
บุคคลในครอบครัว	104	46.4	
โทรทัศน์	175	79.5	
โซเชียลมีเดียในโทรศัพท์มือถือ	211	95.9	

ในช่อง p-value คือค่าทดสอบโดยใช้ ^a Chi-square test, ^b Fisher's exact test ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 (p-value < 0.05), * ค่าทดสอบ p-value < 0.05

2. พนักงานมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.50, S.D. = .47) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =

3.96, S.D. = .82) และมีพฤติกรรมกันการป้องกันโรคโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.98, S.D. = .58) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวและมีพฤติกรรมกัน การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)

	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว	3.50	.47	ดี
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว	3.96	.82	ดี
พฤติกรรมการป้องกันโรค	3.98	.58	ดี

3. เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($r = .544, p < .01$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.217, p < .01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) กับ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)

	ค่าความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)	P-value
การรับรู้ประโยชน์	.544**	.000
การรับรู้อุปสรรค	-.217**	.000

* $p < .05$, ** $p < .01$

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า สถานภาพมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ซึ่งอธิบายได้ว่า การมีคู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมในด้านของข้อมูลข่าวสาร โดยจะเป็นผู้สนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรม

สุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2556) พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) อย่างมีนัยสำคัญทาง



สถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าพนักงานที่มีการรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติตัวดี จะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ที่ดีด้วยอธิบายด้วยแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002) ที่เชื่อว่าการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะรายขึ้นอยู่กับประโยชน์ที่เคยได้รับ หรือผลของการกระทำที่เกิดขึ้นจากประโยชน์ที่เคยได้รับจากการกระทำ ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์จะเป็นแรงจูงใจต่อพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วีรณัฐ ไตรรัตน์นภาส, พัชรภรณ์ อารีย์ และบุญยง พิมใจใส (2562) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r = 0.312$) กับพฤติกรรมการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ นกษา สิงห์วีรธรรม, วัชรพล วัชรศน์ เถาว์พันธ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัยเพาะบุญ และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์ (2563) ที่ระบุว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของทันตภิบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ วิญญู ทัณญบุญทัน และคณะ (2563) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.606$, $p=.000$) และจากการศึกษาของ Luo, You, Zhou, Yuan, & Zhong. (2020) พบว่าการรับรู้เชิงบวกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าพนักงานที่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวน้อยจะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ที่ดีอธิบายด้วยแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002) ที่เชื่อว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นการรับรู้อุปสรรคที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเกิดขึ้นจริงหรือเป็นสิ่งที่คิดไปเองก็ได้ ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ความยากลำบากที่จะกระทำ การสูญเสียเวลาในการกระทำ เมื่อมีความพร้อมในการกระทำต่ำ และมีอุปสรรคมาก การกระทำก็จะไม่เกิดขึ้นหรือเมื่อมีความพร้อมที่จะกระทำสูง และมีอุปสรรคน้อย ความเป็นไปได้ที่จะกระทำก็มีมากขึ้น แต่จากสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ที่มีความรุนแรงเกิดการระบาดอย่างรวดเร็ว และคุกคามถึงชีวิตซึ่งธรรมชาติของมนุษย์อยากมีชีวิตอยู่รอด จึงยอมรับสถานการณ์ต่างๆ ที่เปลี่ยนไป จึงมีความพร้อมที่จะกระทำสูง และมีอุปสรรคน้อย ส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ วีรณัฐ ไตรรัตน์นภาส, พัชรภรณ์ อารีย์ และบุญยง พิมใจใส (2562) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r = - 0.286$) กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ วิญญู ทัณญ



บุญทันและคณะ (2563) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.328, p = .000$)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของพนักงานในโรงงาน โดยการให้คู่มือของพนักงาน มีส่วนร่วมในการรับข้อมูลสุขภาพ เพราะคู่มือจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้คำปรึกษา หาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ช่วยตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ หรือสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้

2. ผลของการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของพนักงานในโรงงานต่าง ๆ หรือประชาชนทั่วไปได้ โดยเฉพาะการส่งเสริมให้รับรู้ประโยชน์ ซึ่งจะเป็แรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ได้ดี

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในโรงงานที่เกิดการแพร่ระบาด โดยผ่านการให้ความรู้ โดยการเน้นให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการลดอุปสรรคของการปฏิบัติตัว เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดี

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2564). สถานการณ์ COVID-19. เข้าถึงได้

จาก [https://ddcportal.ddc.](https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/index.html#/20_f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65)

[moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/](https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/index.html#/20_f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65)

[index.html#/20_f3466e075e45e5946aa](https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/index.html#/20_f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65)

[87c96e8ad65](https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/index.html#/20_f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65)

งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน. (2564).

จำนวนผู้ป่วย COVID-19 . สมุทรสาคร:. สรุปรายงานประจำวัน.

นภชา สิงห์วีรธรรม วชิรพล วิวรรณ เก่าวพันธ์ กิตติพร

เนาว์สุวรรณ เฉลิมชัย เพาะบุญ และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์.

(2563). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทันตภิบาล

สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารสถาบันบำราศ

นราดูล, 14(2), 104-115.

วิญญ์ทัณญ บุญทัน พัทธภรณ์ ไหวคิด วิภาพร สร้อยแสง

ชุดิมา สร้อยนาค ปริศนา อัครณพล และจริยาวัตร

คมพยัคฆ์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการ

สร้างเสริมสุขภาพ ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโค

โรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ. วารสาร

พยาบาลตำรวจ, 12(2), 323-337.

วิรุณ ไตรรัตน์ภาส พัทธภรณ์ อารีย์ และปณณช พิมใจ

ใส (2562). การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค

และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโค

โรนาในผู้สูงอายุ. นครปฐม:มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี. (2556).

ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลาย

โรค. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25(3), 43-

54.



Luo,Y., You, L., Zhou, L., Yuan, F., & Zhong, X. (2020). Factors influencing health behaviours during the coronavirus disease 2019 outbreak in China: an extended information-motivation-behaviour skills model. *Public Health*. Retrieve from <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.06.057>

Pender, N. J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. 4th ed.Upper Saddle River. New Jersey : Prentice Hall Health, Inc.

Polit, D., F. & Beck, C., T. (2008) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.



การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือด
ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน

A Quality of Life Among Transfusion Dependent Thalassemia Patients
in a Pediatric Ward, Lamphun Hospital

Received: August 29, 2021

Revised: October 11, 2021

Accepts: November 15, 2021

รุ่งฤดี วงศ์ชุม¹ รัตน์เกล้า ปราบสมรชัย²

Rungrudee Wongchum, Rutklao Prabsamornchai

ดวงนภา ทูบแป้น²

Duangnapha Thubpaen

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียอายุ 5-18 ปี ที่เข้ารับการให้เลือดที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 43 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตเด็ก (PedsQL™) คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์ของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=67.47, S.D.=14.32) เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ คุณภาพชีวิตด้านสังคม (Mean=75.69, S.D.=20.78) รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ (Mean=69.07, S.D.= 16.84) ด้านสุขภาพ/ร่างกาย (Mean=68.68, S.D.= 16.03) และคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านโรงเรียน (Mean=55.69, S.D.= 19.04)

ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการประสานงาน ส่งต่อข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียจากโรงพยาบาลสู่โรงเรียน เพื่อวางแผนการรักษาร่วมกัน ซึ่งจะช่วยลดจำนวนวันของการขาดโรงเรียนและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านการเรียนของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, เด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือด

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แม่คอร์ดมิก มหาวิทยาลัยพายัพ, Thailand

Corresponding author: wongchum@hotmail.com

**พยาบาลชำนาญการ โรงพยาบาลลำพูน



Abstract

This descriptive research aimed to study a quality of life among transfusion dependent thalassemia patients in a pediatric ward, Lamphun hospital. A total of 43 transfusion dependent thalassemia patients aged 5-18 years participated in the study. Pediatric Quality of Life InventoryTM questionnaire was used for data collection. The reliability of questionnaire (Cronbach's alpha coefficient) was .89. All data was analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Chi square.

The result revealed that the quality of life of the children on average was moderate with the mean total summary score of 67.47 ± 14.32 . The highest score was social functioning (Mean=75.69, S.D.=20.78), emotional functioning (Mean=69.07, S.D.= 16.84), physical functioning (Mean=68.68, S.D.= 16.03), and school functioning (Mean=55.69, S.D.= 19.04), respectively.

These findings suggest that stockholders should collaborate and refer transfusion dependent thalassemia patients with medical history from hospital to school to manage the treatment. This could help to decrease the school absence days and improve the quality of life for the patients, particularly school functioning.

KEYWORDS: quality of life, transfusion dependent thalassemia patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วันที่ 8 พฤษภาคมของทุกปี องค์การอนามัยโลก ประกาศให้เป็นวันธาลัสซีเมียโลก เพื่อกระตุ้นให้ทุกประเทศให้ความสำคัญในการป้องกันปัญหา เนื่องจากโรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) เป็นโรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อยที่สุดในโลก โดยพบว่าประชากรโลกร้อยละ 5 หรือ 350 ล้านคน เป็นพาหะโรค แต่ละปีจะมีทารกเกิดใหม่เป็นโรคนี้ประมาณ 350,000 ราย ในจำนวนนี้ 1 ใน 3 หรือประมาณ 120,000 รายอยู่ในทวีปเอเชีย (วิปร วิประกษิต, 2556) สำหรับประเทศไทยโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียเป็นโรคพันธุกรรมทางโลหิตวิทยาซึ่งมีอุบัติการณ์สูงมาก โดยพบว่า ประมาณร้อยละ 20 ถึง 30

ของประชากร มียีน Alpha (α)-thalassemia ร้อยละ 3 ถึง 9 มียีน Beta (β)-thalassemia และยีนของฮีโมโกลบินผิดปกติ 2 ชนิด คือ Hemoglobin E (Hb E) ประมาณร้อยละ 13.0 (กรมการแพทย์, 2560) นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า ประชากรไทยมียีนทางพันธุกรรมที่เป็นพาหะของโรคธาลัสซีเมียและฮีโมโกลบินผิดปกติประมาณร้อยละ 30-40 ของประชากรทั้งหมดหรือประมาณ 18-24 ล้านคน กล่าวได้ว่าในประชากรทุก 3 คน จะมีคนเป็นพาหะ 1 คน และมีผู้เป็นโรคธาลัสซีเมียร้อยละ 1 หรือประมาณ 700,000 คน (วิปร วิประกษิต, 2556; กรมการแพทย์, 2560)

โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia disease) เป็นโรคโลหิตจางที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทย เกิดจากความผิดปกติของการสร้างสารฮีโมโกลบินซึ่งเป็นโมเลกุลโปรตีนภายในเซลล์เม็ดเลือดแดงลดลง หรือคุณภาพของสารฮีโมโกลบินผิดปกติ ทำให้เม็ดเลือดแดงมีรูปร่างลักษณะผิดปกติ และเม็ดเลือดแดงแตกง่าย ก่อให้เกิดอาการซีดเรื้อรัง เหนื่อยง่าย ตัวเหลือง ตาเหลือง ร่างกายพยายามสร้างเม็ดเลือดแดงใหม่มาทดแทน ทำให้ตับม้ามโต ไชกระดูกซึ่งเป็นแหล่งสร้างเม็ดเลือดแดงต้องทำงานมากกว่าปกติจึงเกิดการขยายตัวทำให้กระดูกใบหน้าเปลี่ยน จมูกแบน โหนกแก้มสูง คางและขากรรไกรกว้างใหญ่ ฟันบนยื่น นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียยังมีภาวะการเจริญเติบโตที่ไม่สมวัย ตัวเตี้ยกว่าเด็กวัยเดียวกัน

การรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ส่วนใหญ่เป็นการรักษาแบบประคับประคองโดยการให้เลือด ซึ่งมี 2 แบบ คือ แบบที่ 1 การให้เลือดแบบประคับประคองเมื่อผู้ป่วยซีดมาก เพื่อเพิ่มระดับฮีโมโกลบินให้สูงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการอ่อนเพลีย หรือหายเหนื่อยจากการขาดออกซิเจนซึ่งจะให้ตามความจำเป็น และแบบที่ 2 เป็นการให้เลือดเพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับฮีโมโกลบินใกล้เคียงเด็กปกติ ซึ่งจะใช้กับผู้ป่วยชนิดรุนแรงที่เริ่มมีอาการตั้งแต่อายุน้อยๆ เพื่อยับยั้งการเปลี่ยนแปลงของลักษณะกระดูกใบหน้า ป้องกันไม่ให้ตับและม้ามโตไม่เหนื่อย และมีการเจริญเติบโตใกล้เคียงเด็กปกติ แต่ข้อเสียของการให้เลือดวิธีนี้คือ ผู้ป่วยต้องมารับเลือดอย่างสม่ำเสมอและจะมีปัญหาที่สำคัญแทรกซ้อนตามมา คือ ภาวะธาตุเหล็กเกิน ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ประมาณ 6 แสนคน ที่จำเป็นต้องรับเลือดและยาขับเหล็กเป็นประจำทุกเดือน

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียพบว่า มีผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เนื่องจากผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียจะมีภาพลักษณ์ที่แตกต่างจากเพื่อนวัยเดียวกัน ทั้งรูปร่าง หน้าตา และความสามารถในการทำกิจกรรม ทำให้ความมีคุณค่าในตัวเองลดลง มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า แยกตัว โกรธต่อต้านการรักษา หดห่อใจ ท้อถอย เด็กอาจตอบสนองโดยการหนีปัญหา ไม่เอาใจใส่ดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการตนเองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย อายุระหว่าง 9-15 ปี พบว่า มีพฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ นฤมล อธิระรังสิกุล และพจนารถ สารพัด, 2563) ส่งผลกระทบต่อปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วยในวัยเด็ก และวัยรุ่นได้ ดังเช่นการศึกษาของพชรพรรณ สาริสต์ (2562) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและความสุขของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย อายุระหว่าง 3-13 ปี พบว่า ผู้ป่วย 6 ใน 14 ราย มีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องมาโรงพยาบาลบ่อยๆ นั้นทำให้เด็กต้องขาดเรียน เรียนไม่ทันเพื่อน ขาดโอกาสในการพัฒนาทักษะการปรับตัวเข้าสังคม มีพฤติกรรมแยกตัวทางสังคม แยกตัวจากกลุ่มเพื่อน ประกอบกับเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักจะถูกปฏิเสธการยอมรับ (ภูษณิศ มาพิณ ปรียกมล รัชกุล และวาริยา หมีนสาม, 2559) ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางด้านจิตสังคมตามมาได้

โรงพยาบาลลำพูนเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 411 เตียง มีหน้าที่ให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนทั้งในด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู



สุขภาพ ตลอดจนให้บริการ ทางด้านการศึกษา วิชาการ งานวิจัยเพื่อพัฒนางานให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมี ประสิทธิภาพ โรงพยาบาลลำพูนมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนา งานบริการทั้งองค์กรให้ได้คุณภาพมาตรฐานเพื่อ เป้าหมายเป็นโรงพยาบาลที่ดีที่สุดที่ประชาชนไว้วางใจ ให้บริการรักษาทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยมีพันธกิจ คือ ให้บริการสุขภาพ ด้านการรักษา พันธ์ุ ส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรคอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน มุ่งมั่นให้บริการด้วยความใส่ใจ เอื้ออาทรและคำนึงถึง ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ปีงบประมาณ 2557-2559 จำนวนผู้รับบริการรวมทุกประเภท 455,967 ราย 465,383 ราย 478,244 ราย ตามลำดับ โดยเฉลี่ยวันละ 1,500-1,800 ราย (โรงพยาบาลลำพูน, 2559) ซึ่ง ผู้รับบริการมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี

กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน ให้บริการรักษาพยาบาลเด็กอายุ 0-15 ปี ที่มีความ เจ็บป่วยทางอายุรกรรม มีการให้บริการผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก ในปีงบประมาณ 2557-2559 มีจำนวน เด็กมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 12,018 ราย 18,490 ราย และ 19,821 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาล ลำพูน, 2559) โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคหนึ่งที่พบได้บ่อยใน กลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มาใช้บริการที่แผนกกุมารเวชกรรม ปี 2559 มีผู้ป่วยนอกที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียกลุ่ม Transfusion Dependent Thalassemia ที่ได้รับการ รักษาให้เลือดมารับบริการ จำนวน 78 ราย แยกเป็น ผู้ป่วยเขตอำเภอเมือง 36 ราย อำเภอแม่ทา 16 ราย อำเภอลี้ 12 ราย อำเภอป่าซาง 8 ราย อำเภอบ้านโฮ่ง 5 ราย อำเภอบ้านธิ 1 ราย และต่างจังหวัด 2 ราย สำหรับ ผู้ป่วยใน พบว่า ในเดือนตุลาคม 2558 - กันยายน 2559 โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับแรก จำนวน

1,230 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.73 และในปี 2559 มีอัตรา ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับ Leukocyte-pour Red cell (LPRC) ร้อยละ 91.50 และอัตราผู้ป่วยเด็กโรค ธาลัสซีเมีย ได้รับยาขับเหล็ก ร้อยละ 82.05 ทั้งนี้กลุ่ม งานกุมารเวชกรรมได้มีสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคธาลัสซีเมีย เพื่อการประสานงานและให้คำปรึกษา จัดประชุมวิชาการโรคธาลัสซีเมีย สร้างแนวทางการรักษา โรคธาลัสซีเมียของเครือข่ายจังหวัดลำพูน โดยเน้นการให้ เลือดที่มีมาตรฐาน ปลอดภัยและให้ยาขับธาตุเหล็กอย่าง เหมาะสม และพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยเด็ก โรคธาลัสซีเมียในเครือข่ายจังหวัดลำพูน (โรงพยาบาล ลำพูน, 2559)

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย พบว่า ผลการศึกษาของ แต่ละสถาบันมีความแตกต่างกัน ดังเช่น การศึกษา คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียเทียบกับเด็กป่วย ปกติ พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียมีคะแนนคุณภาพ ชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ป่วยเด็กปกติ (Sharma, Seth, Jawade, Ingale & Setia, 2017) การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย วัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย อายุ 13-18 ปี พบว่า วัยรุ่นที่เป็น โรคธาลัสซีเมียมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าวัยรุ่นทั่วไป (Boonchooduang, Louthrenoo, Choeyprasert, & Charoenkwan, 2015) การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เด็กโรคธาลัสซีเมีย อายุ 5-18 ปีที่ได้รับเลือดเป็นประจำ ทุก 2-6 สัปดาห์ พบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (Duangchu, Wongchanchailert & Khotchawan, 2014) และการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก โรคธาลัสซีเมีย อายุ 7-12 ปี พบว่า มีคุณภาพชีวิตใน ระดับปานกลาง (Wongsin, 2011) อย่างไรก็ตามยังไม่ พบการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย



ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน

ดังนั้นคณะผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม มีหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับบริการให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลตนเองได้เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ จึงได้สนใจศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย เพื่อนำข้อมูลเบื้องต้นไปจัดบริการที่ตอบสนองต่อคุณภาพชีวิตที่แท้จริงตามการรับรู้ของเด็กทุกช่วงวัย ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อีกทั้งยังสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียให้มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่มารับเลือดในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน 2562 มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียอายุ 5-18 ปีทุกคนที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 43 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) และการคัดออก (Exclusion criteria) จำแนกตามกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

- ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
- สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้
- บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมงานวิจัย
- บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครองที่ดูแลหลักเป็นผู้ให้ข้อมูลได้ (กรณีเด็กเล็ก อายุ 5-7 ปี)

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

- เด็กที่มีภาวะโรคเรื้อรังอื่นร่วม เช่น เบาหวาน ไตวาย เป็นต้น
- เด็กที่มีภาวะสติปัญญาช้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลการเรียน จำนวนปีที่ได้รับการวินิจฉัยโรค จำนวนปีที่ได้รับเลือด ลำดับที่ของการเกิด จำนวนพี่น้อง ผู้เลี้ยงดูหลัก ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลัก อาชีพของบิดามารดา และรายได้ของครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับเด็ก (PedsQL™) รุ่นที่ 4.0 ฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยใช้เครื่องมือ



วัดคุณภาพชีวิตเด็ก (Pediatric Quality of Life Inventory™ (PedsQL™) Generic Core Scales) ของ Varni JW (1999) ที่ได้รับอนุญาตจาก Mapi Research Trust ให้สามารถนำแบบสอบถามมาใช้ได้ในกรณีที่เป็น การศึกษาวิจัยแปลเป็นภาษาไทยโดย ภาสกร ศรีทิพย์สุโข (2557) ที่สามารถใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตเด็กทั้งใน ภาวะปกติและเจ็บป่วย ประกอบด้วยแบบสอบถาม คุณภาพชีวิตเด็กเล็ก อายุ 5-7 ปี (ประเมินโดยผู้ปกครอง ที่เป็นผู้ดูแลหลัก) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็ก อายุ 8-12 ปี และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเด็กวัยรุ่น อายุ 13-18 ปี มีข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด จำนวน 23 ข้อ โดย เป็นการวัดคุณภาพชีวิต 4 มิติ คือ ด้านสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ ด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ด้านสังคม จำนวน 5 ข้อ และด้านโรงเรียน จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ rating scale 4 ระดับ คือ 0 = ไม่เคยเลย 1 = เกือบไม่ เคยเลย 2 = เป็นบางครั้ง 3 = บ่อย ๆ 4 = เกือบ ตลอดเวลา

การให้คะแนน ในแต่ละข้อคำถามมีการให้ คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ แบบ Likert scale ดังนี้ ไม่ เคยมีปัญหา (0) = 100 คะแนน เกือบไม่เคยเลย (1) = 75 คะแนน เป็นบางครั้ง (2) = 50 คะแนน บ่อย ๆ (3) = 25 คะแนน มีปัญหาเกือบตลอดเวลา (4) = 0 คะแนน

การแปลความหมาย

พิจารณาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของเด็ก แต่ละช่วงวัย คะแนนต่ำสุด = 0 คะแนน สูงสุด = 100 คะแนน คะแนนมากแสดงว่ามีคุณภาพชีวิตดี คะแนน น้อยแสดงว่ามีคุณภาพชีวิตต่ำ

แบ่งระดับคุณภาพชีวิต โดยนำคะแนนรวมที่ ได้มาแบ่งคุณภาพชีวิต เป็น 3 ระดับ (พชรพรรณ สาริต ฐิต, 2562) ดังนี้

ระดับต่ำ = น้อยกว่า mean -1SD

ระดับปานกลาง = mean $\pm$ 1SD

ระดับดี = มากกว่า mean +1SD

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วย การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดย คณะผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มี ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยการ คำนวณค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.89 แสดงว่าเป็นแบบวัด มีคุณภาพสามารถนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำจดหมายถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อ ขี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวม ข้อมูล
2. เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอ ผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เพื่อขี้แจงวัตถุประสงค์และ อธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และ ผู้ปกครอง ขี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและ ขอความร่วมมือเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมอธิบาย ถึงการพิทักษ์สิทธิอย่างละเอียด และให้เวลา ตัดสินใจ
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย และ ผู้ปกครองอนุญาต คณะผู้วิจัยนำไปยินยอมการ เข้าร่วมวิจัยให้อ่านและลงลายมือชื่อผ่าน เจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม พร้อม นัดหมายวันเวลาและสถานที่ เพื่อบริการ แบบสอบถาม

5. หลังจากนั้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ปกครองตอบในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว โดยไม่กำหนดเวลา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม จนครบตามจำนวนที่ต้องการ กรณีที่กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ปกครองไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ คณะผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามแล้วให้กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ปกครองเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตัวเอง
6. ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม
7. วิเคราะห์ข้อมูล และแปลผล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลลำพูน การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองโดยผ่านเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย มีการชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับ การไม่เปิดเผยชื่อ และการนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอในภาพรวม หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองมีเวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองตัดสินใจเข้าร่วม คณะผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยตามแบบฟอร์มจริยธรรมการวิจัย (Assent/consent form) นอกจากนี้คณะผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับการยุติหรือขอถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ได้

ตลอดเวลา สถานที่ที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามใช้สถานที่ภายในหอผู้ป่วย และเป็นสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังไม่บรรลุนิติภาวะจึงขอคำยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยจากบิดามารดาหรือผู้ปกครอง เพื่อพิทักษ์สิทธิและไม่ให้เกิดผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.2 และเพศหญิง ร้อยละ 48.8 ส่วนมากอายุอยู่ในช่วง 13-18 ปี ร้อยละ 55.9 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 8-12 ปี ร้อยละ 37.1 และน้อยที่สุด คือ มีอายุอยู่ในช่วง 5-7 ปี ร้อยละ 7.0 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 55.9 ประถมศึกษา ร้อยละ 44.1 จำนวนปีที่ได้รับการวินิจฉัยโรค พบว่า ส่วนมากได้รับการวินิจฉัย 10 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 62.8 (Range= 12, Mean= 10.91, S.D.=3.15) และจำนวนปีที่ได้รับเลือด 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 58.1 (Range=15 Mean= 10.16, S.D.=3.27) ลำดับที่ของบุตร พบว่า ส่วนมากเป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 69.8 และมีพี่น้องมากกว่า 1 คน ร้อยละ 74.4 (ดังตาราง 4.1)



ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=43)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			จำนวนปีที่ได้รับเลือก (Rang=15, Mean=10.16, SD=3.27)		
ชาย	22	51.2	น้อยกว่า 10 ปี	18	41.9
หญิง	21	48.8	10 ปีขึ้นไป	25	58.1
อายุ (Mean=12.11, SD=3.26)			ลำดับที่ของบุตร		
5-7 ปี	3	7.0	บุตรคนแรก	30	69.8
8-12 ปี	16	37.1	บุตรคนที่ 2 ขึ้นไป	13	30.2
13-18 ปี	24	55.9			
ระดับการศึกษา			จำนวนพี่น้อง		
ประถมศึกษา	19	44.1	บุตรคนเดียว	11	25.6
มัธยมศึกษา	24	55.9	1 คนขึ้นไป	32	74.4
จำนวนปีที่ได้รับการวินิจฉัยโรค (Rang=12, Mean=10.91, SD=3.15)					
น้อยกว่า 10 ปี	16	37.2			
10 ปีขึ้นไป	27	62.8			

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว

ผู้เลี้ยงดูหลักส่วนมากเป็นบิดาและมารดาร้อยละ 51.2 รองลงมาคือ ปู่ย่า/ตายาย/ญาติ ร้อยละ 27.9 และ บิดาหรือมารดา ร้อยละ 20.9 ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลัก ส่วนมากจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 65.2 รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 20.9 และ จบการศึกษาระดับอนุปริญาขึ้นไป ร้อยละ 13.9 ส่วน อาชีพของผู้เลี้ยงดูหลัก ส่วนมากมีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 53.3 และอาชีพกิจการส่วนตัว/เกษตร/แม่บ้าน ร้อยละ 46.5 รายได้ของครอบครัว ส่วนมากอยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 55.8 รองลงมา มี รายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 30.2 และ

น้อยที่สุดคือ มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน (ดังตาราง 4.2)

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 67.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 14.32 เมื่อจำแนก เป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ คุณภาพชีวิตด้านสังคม (Range= 75, Mean=75.69, S.D.=20.78) รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ (Range= 65, Mean=69.07, S.D.=16.84) ด้านสุขภาพ/ร่างกาย (Range= 65.63, Mean=68.68, S.D.=16.03) และคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านโรงเรียน (Range= 75, Mean=55.69, S.D.=19.04) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง (N=43)

ข้อมูลครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ผู้เลี้ยงดูหลัก			อาชีพของผู้เลี้ยงดูหลัก		
บิดาและมารดา	22	51.2	กิจการส่วนตัว/เกษตร/แม่บ้าน	20	46.5
บิดาหรือมารดา	9	20.9	รับจ้างทั่วไป	23	13.9
ปู่ย่า/ตายาย/ญาติ	12	27.9			
ระดับการศึกษาของผู้เลี้ยงดูหลัก			รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)		
ประถมศึกษา	9	20.9	<10,000	13	30.2
มัธยมศึกษา	28	65.2	10,000-20,000	24	55.8
อนุปริญญาขึ้นไป	6	13.9	>20,000 บาท	6	14.0

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อในแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านสังคม พบว่า มีปัญหาการไม่สามารถทำอะไรที่เด็กอื่นวัยเดียวกันทำได้ และรู้สึกลำบากที่จะตามเด็กอื่นให้ทันเมื่อเล่นด้วย คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (Mean=72.09, S.D.=25.71) รองลงมา คือ การมีปัญหาในการเข้ากับเด็กอื่น ๆ (Mean=75.00, S.D.=31.81) และ น้อยที่สุด คือ เด็กอื่น ๆ ไม่อยากเป็นเพื่อนกับตนเอง (Mean= 83.71, S.D.= 24.93)

ด้านอารมณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกโกรธ มากที่สุด (Mean= 59.30, S.D.= 22.51) รองลงมา คือ ความรู้สึกหวาดกลัว (Mean= 68.61, S.D.= 25.06) และน้อยที่สุด คือ การนอนหลับยาก (Mean= 75.58, S.D.= 22.81)

ด้านโรงเรียน พบว่า มีปัญหาการขาดเรียนเพื่อไปหาหมอหรือไปโรงพยาบาลมากที่สุด (Mean= 38.95, S.D.= 19.13) รองลงมา คือ การขาดเรียนเพราะรู้สึกไม่สบาย (Mean= 55.81, S.D.= 19.55) และน้อยที่สุด

คือ การไม่มีสมาธิเวลาอยู่ในชั้นเรียน (Mean= 62.21, S.D.= 33.35) (ตารางที่ 3)

อภิปรายผล

การศึกษครั้งนี้พบผลการวิจัยที่น่าสนใจในหลายประเด็น คณะผู้วิจัยจึงอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้ คุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 67.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 14.32 เมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ คุณภาพชีวิตด้านสังคม รองลงมา คือ คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ ด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านโรงเรียน เมื่อพิจารณารายข้อของคุณภาพชีวิตด้านการเรียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีปัญหการขาดเรียนเพื่อไปหาหมอหรือไปโรงพยาบาลมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Montarat, Kitti, Issarang, Arthorn, Kaemthong & Bang-on (2010) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคลำไส้ซีมีเยที่มีอายุระหว่าง 5-18 ปี พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสังคมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด



ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ รายด้าน และโดยรวม

คุณภาพชีวิต	Mean	S.D.
ด้านสุขภาพ/ร่างกาย (Range=65.63)	68.68	16.03
1. ฉันรู้สึกว่าการเดินมากกว่า 1 ช่วงตึกเป็นเรื่องยากลำบาก	72.09	25.71
2. ฉันรู้สึกว่าการวิ่งเป็นเรื่องยากลำบาก	63.95	26.33
3. ฉันรู้สึกว่าการเล่นกีฬาหรือการออกกำลังกายเป็นเรื่องยากลำบาก	64.53	25.14
4. ฉันรู้สึกว่าการยกของหนักเป็นเรื่องยากลำบาก	58.72	23.71
5. ฉันรู้สึกว่าการอาบน้ำเองเป็นเรื่องยากลำบาก	87.79	25.80
6. ฉันรู้สึกว่าการทำงานบ้านเป็นเรื่องยากลำบาก	69.19	33.56
7. ฉันรู้สึกเจ็บปวด	70.35	21.31
8. ฉันมีเรี่ยวแรงน้อย	62.79	19.19
ด้านอารมณ์ (Range=65)	69.07	16.84
1. ฉันรู้สึกหวาดกลัว	68.61	25.06
2. ฉันรู้สึกเศร้าหรือเหงาหงอย	70.35	23.94
3. ฉันรู้สึกโกรธ	59.30	22.51
4. ฉันนอนหลับยาก	75.58	22.81
5. ฉันกังวลว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับฉัน	71.51	27.59
ด้านสังคม (Range=75)	75.69	20.78
1. ฉันมีปัญหาในการเข้ากับเด็กอื่น ๆ	75.00	31.81
2. เด็กอื่น ๆ ไม่อยากเป็นเพื่อนกับฉัน	83.72	24.93
3. เด็กอื่น ๆ ล้อเลียน แก้งฉัน	75.58	26.99
4. ฉันไม่สามารถทำอะไรที่เด็กอื่นวัยเดียวกันทำได้	72.09	25.71
5. ฉันรู้สึกลำบากที่จะตามเด็กอื่นให้ทันเมื่อเล่นด้วย	72.09	25.71

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ รายด้าน และโดยรวม (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	Mean	S.D.
ด้านโรงเรียน (Range=75)	55.69	19.04
1. ฉันไม่มีสมาธิเวลาอยู่ในชั้นเรียน	62.21	33.35
2. ฉันหลงลืมสิ่งต่าง ๆ	60.47	27.40
3. ฉันมีปัญหาในการตามบทเรียนให้ทัน	61.05	28.51
4. ฉันขาดเรียนเพราะรู้สึกไม่ค่อยสบาย	55.81	19.55
5. ฉันขาดเรียนเพื่อไปหาหมอหรือไปโรงพยาบาล	38.95	19.13
รวมทุกด้าน (Range=55.43)	67.47	14.32

ส่วนคุณภาพชีวิตด้านโรงเรียนมีคะแนนเฉลี่ย น้อยที่สุด และการศึกษาของพชรพรรณ สาริสต์ (2562) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและความสุขของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียในศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ในเด็กอายุ 2-18 ปีและผู้ปกครอง ผลการศึกษาพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยคุณภาพชีวิตด้านสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และด้านการเรียนมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ต่างกับการศึกษาของมาลัย ว่องชาญชัยเลิศ สารภี ตัวงู และสุตารัตน์ คชวรรณ (2557) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย อายุ 5-18 ปี ที่ได้รับเลือดเป็นประจำทุก 2-6 สัปดาห์ ที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับเด็ก (PedsQL™) รุ่นที่ 4.0 ฉบับภาษาไทย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี โดยมีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม (total summary score) เป็น 72.57 ± 14.17 แต่มี

คะแนนเฉลี่ยรายด้านเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ คะแนนเฉลี่ยด้านสังคมมีคะแนนสูงสุด รองลงมาคือ ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย และด้านโรงเรียน ลดลงมาตามลำดับ อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือผู้ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียที่ต้องได้รับเลือดอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคธาลัสซีเมียอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนาน จึงทำให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสังคมมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด อาจเนื่องมาจากลักษณะของโรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่ไม่ใช่โรคติดต่อที่สังคมรังเกียจ จึงสามารถใช้ชีวิตร่วมกับเด็กอื่น ๆ ในสังคมได้ ไม่เกิดปัญหาในการเข้าสังคม คุณภาพชีวิตด้านสังคมจึงมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ส่วนคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ และด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับรองลงมา อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียน ส่วนมากมีอายุระหว่าง 13-18 ปี มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษา ซึ่งเป็น



วัยที่มีพัฒนาการความคิด ความเข้าใจอย่างมีเหตุผล สามารถวิเคราะห์และแก้ปัญหาได้อย่างเป็นระบบ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหา และสามารถดูแลสุขภาพของตนได้มากขึ้น (Hockenberry & Wilson, 2015) สามารถอ่านคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการให้บริการผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียได้ ทำให้เกิดการเรียนรู้และนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นนำไปสู่การจัดการตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ประสบผลสำเร็จในการจัดการการเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเอง (Nutbeam, 2009)

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านการเรียนมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด เมื่อพิจารณาตามลักษณะของโรค พบว่า โรคธาลัสซีเมียมีปัญหาแสดงออกชัดเจนทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียมีความยากลำบากที่จะเอาใจใส่ในชั้นเรียน ทั้งด้านความคิดและความจำ และยังอาจต้องขาดเรียนบ่อย เมื่ออาการของโรคกำเริบ ต้องเข้ารับการรักษาโดยการได้รับเลือดในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง จึงทำให้ต้องขาดเรียนบ่อย สูญเสียโอกาสพัฒนาตนเองในด้านต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการศึกษา ดังนั้นการป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียจึงเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านการเรียนมากที่สุด

ข้อจำกัดในการวิจัย การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่มากจึงไม่สามารถสุ่มกลุ่มตัวอย่างได้ และเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน อาจมีผลต่อการกระจายข้อมูล เนื่องจากข้อมูลส่วนหนึ่งมาจากการประเมินของผู้ปกครองและบางส่วนมาจากการประเมินตนเองของเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จากผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านการเรียนของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด โรงพยาบาลควรจัดความถี่ของการนัดตรวจรักษาและให้เลือดให้มีผลกระทบน้อยที่สุดต่อกิจกรรมการใช้ชีวิตของผู้ป่วย เช่น การไปโรงเรียน เป็นต้น และเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ เช่น การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและโรงเรียนในการส่งต่อข้อมูลการรักษา การให้ผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลางและมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา เป็นต้น เพื่อให้เกิดผลกระทบกับเด็กและครอบครัวน้อยที่สุด

2. ข้อเสนอแนะสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานกับเด็กและครอบครัว

จากผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านการเรียนของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด พบว่ามีปัญหาการขาดเรียนเพื่อไปหาหมอหรือไปโรงพยาบาลมากที่สุด ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรแจ้งให้คุณครูทราบเกี่ยวกับกิจกรรมที่เหมาะสม และช่วยผู้ปกครองอธิบายกับทางโรงเรียนหรือเขียนใบรับรองแพทย์ว่าเป็นการหยุดด้วยความจำเป็นทางการแพทย์หรือเลื่อนนัดการให้เลือดเพื่อไปสอบ

3. ข้อเสนอแนะสำหรับครอบครัวและเด็ก

ผู้ปกครองควรให้เด็กมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะการวางแผนด้านการเรียน ยอมให้เด็กได้แสดงศักยภาพเพื่อที่เด็กจะเติบโตอย่างเด็กปกติ และสามารถทำงานพึ่งพาตนเองและสร้างสรรค์สังคมได้เมื่อเป็นผู้ใหญ่

4. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป



ศึกษาผลโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านการเรียนของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย

ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียและความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ดูแล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน หัวหน้าฝ่ายพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมที่อนุญาต อำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียและผู้ปกครองทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กาญจนา สรรพคุณ ผกาทิพย์ ปอยสูงเนิน และบุญสืบ โสโสม.

(2554). คุณภาพชีวิตของเด็กวัยรุ่นตอนต้นโรคธาลัสซีเมีย: การศึกษาจากมุมมอง ด้านเพศภาวะ.

วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (สสอท.), 17(2), 85-93.

จิตสุดา บัวขาว. (บรรณาธิการ). (2561). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียในเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลการสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

พจนพร งามประภาส. 2563 การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดเป็นประจำ ที่โรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่, 28(1), 12-26.

พชรพรรณ สาริสุต. (2562). คุณภาพชีวิตและความสุขของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียในศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 49(2), 200-209.

ภาสกร ศรีพิทยสุโข. (2557). คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของเด็กในโรงเรียนและผลกระทบจากโรคอ้วนและโรคภูมิแพ้.

รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ภูษณิศ มาพิบูลน์ ปรียกมล รัชกุล และวาริยา หมื่นสาม.

(2559). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียและความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมและการดูแลตนเองของเด็ก. วารสารสภาการพยาบาล, 31(2), 52-68.

มาลัย ว่องชาญชัยเลิศ สารภี ตัวงู และสุตารัตน์ คชวรรณ.

(2557). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่ต้องรับเลือดประจำที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร, 32(6), 353-363.

เรืองฤทธิ์ ไทรพันธ์ นฤมล ธีระรังสิกุล ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์

(2558) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการรบกวนของเด็กโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับยาขับเหล็ก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 23(2), 32-46.

โรงพยาบาลลำพูน. (2559). รายงานประจำปี 2559. ลำพูน: โรงพยาบาลลำพูน. (อัครา).

วิพร วิประกิต. (2556). “ธาลัสซีเมีย”: การรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแบบบูรณาการ. วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต, 23(4), 303-320.

ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ นฤมล ธีระรังสิกุล และพจนนารถ สารพัด. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร, 14(3), 146-157.

สมร ยอดพินิจ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรร การรับรู้ภาวะสุขภาพ และ พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 33(1), 141-150.



สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล ปรีทรรศ ศิลปกิจ และวนิดา พุ่มไพศาล
ชัย. (2541). *คุณภาพชีวิตของคนไทยในภาวะวิกฤต
เศรษฐกิจ*. พุนสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาล
สวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่.

Boonchooduang, N., Louthrenoo, O., Choeyprasert, W.
& Charoenkwan, P. (2015). Health related quality
of life in adolescents with thalassemia. *Pediatric
Hematology and Oncology*, 32(5): 341-348.

Duangchu, S., Wongchanchailert, M. & Khotchawan, S.
(2014). Quality of life in children with
transfusion-dependent thalassemia at
Songklanagarind Hospital.
Songklanagarind Medical Journal, 32(6), 353-
363.

Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2015). *Wong's nursing
care of infants and children* (10th ed). St. Louis:
Missouri.

Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health
literacy: What can we learn from literacy
studies? *International Journal of Public Health*,
54(5), 303-305. doi: 10.1007/s00038-009-0050-
x.PMID: 19641847.

Thavorncharoensap, M., Torcharus, K., Nuchprayoon, I.,
Riewpaiboon, A., Indaratna, K. & Ubol, B. (2010).
Factors affecting health-related quality of life in
Thai children with thalassemia. *BMC Blood
Disorders*, 10(1). doi:10.1186/1471-2326-10-1.

Sharma, S., Seth, B., Jawade, P., Ingale, M. & Setia, M.S.
(2017). Quality of life in children with
thalassemia and their caregiver in India. *Indian
Journal of Pediatrics*, 84(3), 188-194.

Sritipsukho, P., Wisai, M. & Thavorncharoensap, M.
(2013). Reliability and validity of the Thai version
of the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0.
Quality of Life Research, 22(3), 551-557.

Varni, J.W., et al. (2001). The PedsQL™ 4.0: Reliability
and validity of the Pediatric Quality of Life
Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in
healthy and patient populations. *Medical Care*,
39(8), 800-812.

Varni, J.W., Seid, M. & Rode, C.A. (1999). The PedsQL
4.0: measurement model for the pediatric
quality of life inventory. *Medical Care*, 37(2),
126-139.

Wongsin R. (2011). *The quality of life in patients with
thalassemia at Queen Sirikit National Institute
of Child Health (Thai)*. Thesis for the Diploma
of Thai Board of Pediatrics. Bangkok: The
Medical Council of Thailand.



คุณภาพกระบวนการใช้หลักสูตร ผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจต่อสมรรถนะเชิงวิชาชีพของ
บัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสยาม

Quality in Course Application Process, Learning Outcomes and Satisfaction in
Professional Competence of graduate nursing students: Bachelor of Nursing Science
Program, Siam University.

Received: September 27, 2021

Revised: November 9, 2021

Accepts: December 21, 2021

วัฒนีย์ ปานจินดา (ปร.ด.)¹, นิสพร สलगสิงห์ (วท.ม.)²

Wattanee Panjinda (Ph.D.), Nisaporn Salangsing (MS)

รัฐกานต์ ขำเขียว (MS)³, ปรียธิดา ชลศึกเสนีย์ (ปร.ด.)³

Ruttakan Kamkhiew (MS), Preeyatida Chonlasuksanee (Ph.D)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพกระบวนการใช้หลักสูตร ผลลัพธ์การเรียนรู้ และความพึงพอใจต่อสมรรถนะเชิงวิชาชีพของบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสยาม ปีการศึกษา 2561 ประชากร ได้แก่ นักศึกษาชั้นปีที่ 1-3 จำนวน 353 คน บัณฑิตจำนวน 97 คน และผู้ใช้บัณฑิตจำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพกระบวนการใช้หลักสูตรอยู่ในระดับมาก ได้แก่ 1) ความสอดคล้องของปรัชญา วัตถุประสงค์ และโครงสร้างหลักสูตร 2) ความพร้อมด้านอาจารย์ผู้สอน 3) ความพร้อมด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ และ 4) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภาคปฏิบัติสูงกว่าภาคทฤษฎี ผลลัพธ์การเรียนรู้ของบัณฑิตอยู่ในระดับมาก และสูงสุดในด้านคุณธรรมจริยธรรม ความพึงพอใจต่อสมรรถนะเชิงวิชาชีพของบัณฑิตและผู้ใช้บัณฑิตอยู่ในระดับมากและสูงสุดในด้านความสามารถ ในการปฏิบัติงานตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าการประเมินคุณภาพกระบวนการใช้หลักสูตรมีความจำเป็นต่อการผลิตพยาบาลที่มีคุณภาพสูงสังคม

คำสำคัญ: กระบวนการใช้หลักสูตร, ผลลัพธ์การเรียนรู้, สมรรถนะเชิงวิชาชีพ, พยาบาลศาสตรบัณฑิต

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Thailand

Corresponding author, e-mail: wattaneedavispan @gmail. com

²อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวหินเฉลิมพระเกียรติ

³อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม



Abstract

The purpose of this descriptive research was to assess the quality in course application process, learning outcomes and satisfaction with professional competence for the Bachelor of Nursing Science Program, Siam University, academic year 2018. The population consisted of 353 students in year 1-3, 97 graduates, and 40 graduate users. The data were collected by questionnaire. The statistics used in the data analysis were percentage, mean and standard deviation. The results of the study found that the quality in course application process was at a high level in all 4 aspects, namely 1) Consistency of philosophy, objectives and course structure 2) Teacher's readiness 3) Readiness for educational support and 4) Learning achievement. Learning achievement assessment, it was found that the learning achievement in practice was higher than that of theory. Graduate learning outcomes were at high level and was highest in morality and ethics. Satisfaction with the professional competence of graduates and graduate users were at high level and was highest in the ability to work in accordance with the professional code of ethics. The results of the study reflect that the quality in course application process, is essential for producing quality nurses for society.

Keywords: Course Application Process, Learning Outcomes, Professional Competence, Bachelor of Nursing Science Program.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ หมายถึง กรอบที่แสดงระบบคุณวุฒิการศึกษา ระดับอุดมศึกษาของประเทศ ลักษณะของหลักสูตรในแต่ละระดับคุณวุฒิ ซึ่งเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต รวมทั้งระบบและกลไกที่ให้ความมั่นใจในประสิทธิภาพการดำเนินงานตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติของสถาบันอุดมศึกษาว่าสามารถผลิตบัณฑิตให้บรรลุคุณภาพตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ ระบบและกลไก ได้แก่ กระบวนการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ คุณภาพ

การสอนของอาจารย์และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ การประเมินระบบและกลไกหรือกระบวนการมีด้วยกันหลายวิธี เช่น การสังเกตแบบมีส่วนร่วมปฏิบัติ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถามประเภทมาตราส่วนประมาณค่า และการเขียนรายงานประเภทปลายเปิด

การประเมินผลผลิตจะให้ข้อมูลที่จะช่วยในการตัดสินใจว่า จะเก็บรักษาไว้ เลิกใช้ หรือปรับปรุงแก้ไขใหม่ ตามปกติสถานการณ์ในการตัดสินใจจะประกอบไปด้วยมิติที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ มิติด้านข้อมูลที่มีอยู่และมิติด้านปริมาณความเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้

เกิดขึ้น (Stufflebeam and Anthony, 2007) การประเมินคุณภาพผลผลิต ได้แก่ ผลลัพธ์การเรียนรู้ สมรรถนะเชิงวิชาชีพ ซึ่งกรอบมาตรฐานการเรียนรู้สาขา การพยาบาลกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ไว้ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความรับผิดชอบ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขการสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม มีความตั้งใจอย่างยิ่งที่จะพัฒนาคุณภาพและมาตรฐาน การศึกษาวิชาชีพการพยาบาลเพื่อให้บัณฑิตสามารถ ให้บริการที่ปลอดภัยต่อประชาชนและคุ้มครองสิทธิ ประโยชน์ของผู้ใช้บริการ จึงทำวิจัยเพื่อศึกษาคุณภาพ กระบวนการใช้หลักสูตร และผลผลิตจากกระบวนการ ทั้งด้านผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจต่อสมรรถนะ เชิงวิชาชีพของบัณฑิต เพื่อตอบโจทย์ความต้องการ คุณลักษณะพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของสังคม ปัจจุบัน และนำผลที่ได้เป็นแนวทางในการปรับปรุง กระบวนการผลิตบัณฑิตให้เป็นที่ต้องการของสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ประเมินคุณภาพกระบวนการใช้หลักสูตร 4 ปัจจัยได้แก่ 1) ความสอดคล้องของปรัชญา วัตถุประสงค์ และโครงสร้างหลักสูตร 2) ความพร้อมด้านอาจารย์ผู้สอน 3) ความพร้อมด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ และ 4) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน
2. ประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจ ในสมรรถนะเชิงวิชาชีพของบัณฑิต

กรอบแนวคิดการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

- นักศึกษาชั้นปีที่ 1-3
- บัณฑิตผู้สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2561
- ผู้ใช้บัณฑิตระดับหัวหน้าหอผู้ป่วย



คุณภาพกระบวนการใช้หลักสูตร

(Quality in Course Application Process)

- ความสอดคล้องของปรัชญา วัตถุประสงค์และ โครงสร้างหลักสูตร
- ความพร้อมด้านอาจารย์ผู้สอน
- ความพร้อมด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้
- ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

ผลผลิตจากกระบวนการ (Product/Output)

- ผลลัพธ์การเรียนรู้
- สมรรถนะเชิงวิชาชีพ

การประเมินผลผลิต (Product Assessment)

- ความคิดเห็นของบัณฑิตต่อผลลัพธ์การเรียนรู้
- ความพึงพอใจของบัณฑิตต่อสมรรถนะเชิงวิชาชีพ
- ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อสมรรถนะเชิง วิชาชีพของบัณฑิต

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

1) กระบวนการใช้หลักสูตร หมายถึง ขั้นตอน การนำหลักสูตรไปใช้ ได้แก่ การศึกษาความสอดคล้อง ของปรัชญา วัตถุประสงค์และโครงสร้างหลักสูตร, การ จัดการเรียนการสอน, การประเมินผลการศึกษา และการ ประเมินคุณภาพบัณฑิต



2) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน หมายถึง ผลที่เกิดจากกระบวนการเรียนการสอน สามารถวัดได้โดยการแสดงออกมาทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านพุทธิพิสัย ด้านจิตพิสัย และด้านทักษะพิสัย

3) ผลลัพธ์การเรียนรู้ หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้เรียนสามารถแสดงออกเป็นรูปธรรมและสามารถวัดและประเมินผลได้ ได้แก่ ด้านคุณธรรม จริยธรรม, ด้านความรู้, ด้านทักษะทางปัญญา, ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ, ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ

3)สมรรถนะเชิงวิชาชีพ หมายถึง สมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีตามที่สภาการพยาบาลกำหนด ได้แก่ความสามารถในด้านการใช้กระบวนการพยาบาล, การบริหารการจัดการงานที่เป็นหน้าที่ในความรับผิดชอบ, การสอนให้คำแนะนำและให้ความรู้ด้านสุขภาพ, การสื่อสารและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ, การวิจัยการค้นคว้าความรู้ใหม่และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง, การพิจารณาและแก้ปัญหาแบบองค์รวม, การปฏิบัติงานตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล และการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และเทคโนโลยีสารสนเทศ

ประโยชน์จากงานวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปประกอบการตัดสินใจเชิงบริหารและกำหนดนโยบายการบริหารหลักสูตร นำข้อมูลไปพัฒนาระบบการจัดการเรียนการสอน เพื่อผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล และสอดคล้องกับความต้องการของสังคม

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ นักศึกษาชั้นปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2561 จำนวน 353 คน บัณฑิตผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสยาม ปีการศึกษา 2561 จำนวน 97 คน และผู้บังคับบัญชาของบัณฑิต ได้แก่หัวหน้าหอผู้ป่วยจำนวน 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามการประเมินหลักสูตรของคณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ปณิธาน วัฒนพานิชกิจ และ ภาวรรณ พันธุ์ไพโรจน์, ม.ป.ป.) นำมาปรับข้อความเพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาสาระของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสยาม ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึงเห็นด้วยหรือพึงพอใจระดับมากที่สุด, คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึงเห็นด้วยหรือพึงพอใจระดับมาก, คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึงเห็นด้วยหรือพึงพอใจระดับปานกลาง, คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึงเห็นด้วยหรือพึงพอใจ ระดับน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึงเห็นด้วยหรือพึงพอใจระดับน้อยที่สุด แบ่งเครื่องมือเป็น 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือประเมินคุณภาพด้านกระบวนการใช้หลักสูตร แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อความสอดคล้องของปรัชญา วัตถุประสงค์และโครงสร้างหลักสูตร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อความพร้อมด้านอาจารย์ผู้สอน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อความพร้อมด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายวิชาภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

2. เครื่องมือประเมินผลผลิต แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของบัณฑิต หรือข้อมูลส่วนบุคคลของผู้บังคับบัญชา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นของบัณฑิตต่อผลลัพธ์การเรียนรู้

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของบัณฑิตและผู้ใช้บัณฑิต ต่อสมรรถนะเชิงวิชาชีพของบัณฑิต

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ 1 และปรับแก้เนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้ (try out) กับนักศึกษา บัณฑิตและผู้ใช้บัณฑิต ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน คำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha Cronbach's coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.91-0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล กระทำตามขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสยาม แจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยชี้แจงให้ประชากรเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. เก็บรวบรวมข้อมูลจากประชากรโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปแจกด้วยตนเองพร้อมนัดหมาย วันเวลาที่ จะขอรับแบบสอบถามคืน และรับแบบสอบถามคืนตามวันเวลาที่กำหนด โดย

3.1 นักศึกษาชั้นปีที่ 1-3 ประเมินผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ในรายวิชาภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่กำลังเรียนในแต่ละชั้นปี

3.2 บัณฑิตประเมินความสอดคล้องของปรัชญา วัตถุประสงค์ และโครงสร้างหลักสูตร ความพร้อมด้านอาจารย์ผู้สอนและด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ ผลลัพธ์การเรียนรู้จากการใช้หลักสูตร และความพึงพอใจในสมรรถนะเชิงวิชาชีพของตน ขณะปฏิบัติหน้าที่ในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ภายหลังสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตร

3.3 หัวหน้าหอผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจต่อสมรรถนะเชิงวิชาชีพของบัณฑิตในบทบาทของผู้ใช้บัณฑิต

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้



1) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และวิเคราะห์สถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยหาค่าร้อยละ

2) การประเมินกระบวนการใช้หลักสูตร โดยคำนวณ ค่าเฉลี่ย และ ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) การประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ โดยคำนวณค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4) การประเมินความพึงพอใจต่อสมรรถนะเชิงวิชาชีพของบัณฑิตระหว่างบัณฑิตและผู้ใช้บัณฑิต โดยคำนวณค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5) นำแบบสอบถามปลายเปิดมาจัดกลุ่มของคำตอบแล้วนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา

ผลงานวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 นักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 132 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.97 มีอายุอยู่ในช่วง 17-19 ปี โดยมีอายุ 17 ปีมากที่สุด ร้อยละ 94.70 ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ย (GPA) 3.01 - 3.50 ร้อยละ 61.36

1.2 นักศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 120 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.67 มีอายุอยู่ในช่วง 18-20 ปี โดยมีอายุ 18 ปีมากที่สุด ร้อยละ 72.50 ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ย (GPA) 3.01 - 3.50 ร้อยละ 58.33

1.3 นักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 101คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.06 มีอายุอยู่ในช่วง 19-22 ปี มีอายุ 20 ปี ร้อยละ 59.41 ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ย (GPA) 3.01 - 3.50 ร้อยละ 67.33

1.4 บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสยาม ประจำปีการศึกษา 2561 จำนวน 97 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.90 มี

อายุอยู่ในช่วง 22-25 ปี มีอายุ 23 ปี ร้อยละ 50.50 ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ย(GPA) เมื่อสำเร็จการศึกษา 3.01 - 3.50 ร้อยละ 81.40 ปฏิบัติงานสังกัดโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 89.70 และมีเงินเดือนระหว่าง 15,000 - 20,000 บาท ร้อยละ 67.00

1.5 ผู้ใช้บัณฑิต จำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 82.50 มีอายุอยู่ในช่วง 28-60 ปี ช่วงอายุ 41-60 ปี มีร้อยละ 57.50 โดยทุกคนปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 67.50 ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม ไอซียูอายุรกรรม ห้องฉุกเฉิน และห้องผ่าตัด โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 60.00 ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยศัลยกรรม

2. ด้านกระบวนการใช้หลักสูตร

2.1 ความสอดคล้องของปรัชญา วัตถุประสงค์ และโครงสร้างหลักสูตร

ปรัชญา วัตถุประสงค์ และโครงสร้างหลักสูตรคือแผนที่ในการพัฒนาผู้เรียน ผลการประเมินพบว่าความคิดเห็นของบัณฑิตต่อผลการนำหลักสูตรมาใช้ ช่วยพัฒนาความสามารถของบัณฑิตอย่างเป็นรูปธรรมในระดับมาก ($\bar{X} = 4.40$, $SD = 0.63$) รายข้อที่พัฒนาบัณฑิตสูงสุด ได้แก่ การเป็นผู้มีความรับผิดชอบตนเอง วิชาชีพและส่วนรวม, การมีส่วนร่วมในการรักษาขนบธรรมเนียมประเพณีและศิลปะ, การมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพ ($\bar{X} = 4.61$, $SD = 0.57$; $\bar{X} = 4.53$, $SD = 0.58$; $\bar{X} = 4.52$, $SD = 0.58$) ตามลำดับ

2.2 ความพร้อมด้านอาจารย์ผู้สอน

ประเมินความคิดเห็นของบัณฑิตต่อความพร้อมด้านอาจารย์ผู้สอนเกี่ยวกับความรู้ ประสิทธิภาพการปฏิบัติพยาบาล การถ่ายทอดความรู้ การเป็นแบบอย่าง



ที่ดี คุณธรรม ความยุติธรรม การให้คำแนะนำ การเปิดโอกาสแก่นักศึกษา และภาวะผู้นำของอาจารย์ผู้สอน พบว่าความพร้อมของอาจารย์โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.51$, $SD = 0.58$) หัวข้อที่มีความพร้อมสูงสุดตามลำดับ ได้แก่ อาจารย์มีความรู้และประสบการณ์เหมาะสมในวิชาที่สอน และอาจารย์มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม ($\bar{X} = 4.66$, $SD = 0.48$) รองลงมาคือ การเป็นแบบอย่างที่ดีในการพัฒนาความรู้ใหม่ ($\bar{X} = 4.57$, $SD = 0.58$)

2.3 ความพร้อมด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้

ด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้โดยภาพรวมมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก แต่พบว่าเป็นด้านที่มีความพร้อมน้อยที่สุดในกระบวนการใช้หลักสูตร ($\bar{X} = 3.87$, $SD = 0.75$) บัณฑิตมีความคิดเห็นว่าห้องเรียนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ควรเป็นห้องเรียนที่มีสื่อและวัสดุที่เอื้อต่อการจัดการเรียนรู้ที่หลากหลาย ห้องปฏิบัติการพยาบาลที่มีอุปกรณ์เพียงพอและทันสมัยต่อการฝึกปฏิบัติ

2.4 ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รายวิชาภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ

การประเมินในรายวิชาหมวดวิชาชีพ ภาคทฤษฎี 35 รายวิชา ภาคปฏิบัติ 12 รายวิชาโดยนักศึกษาที่กำลังเรียนในแต่ละรายวิชา โดยภาพรวมผลสัมฤทธิ์รายวิชาหมวดวิชาชีพทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติอยู่ในระดับมาก รายวิชาภาคปฏิบัติให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่ารายวิชาภาคทฤษฎี ($\bar{X} = 4.21$, $SD = 0.62$; $\bar{X} = 4.19$, $SD = 0.61$ ตามลำดับ)

3. ความคิดเห็นของบัณฑิตต่อผลลัพธ์การเรียนรู้

บัณฑิตมีความเห็นว่าการเรียนตลอดหลักสูตรส่งผลให้ผลลัพธ์การเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.04$, $SD = 0.61$) มีผลลัพธ์การเรียนรู้มากที่สุดในด้านคุณธรรม จริยธรรม ($\bar{X} = 4.33$, $SD = 0.41$) ผลลัพธ์การเรียนรู้น้อยที่สุดในด้านทักษะการสื่อสารภาษาต่างประเทศ ($\bar{X} = 3.92$, $SD = 0.51$)

4. ความพึงพอใจของบัณฑิตต่อสมรรถนะเชิงวิชาชีพ

บัณฑิตมีความพึงพอใจต่อสมรรถนะเชิงวิชาชีพตนเองโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.15$, $SD = 0.49$) จำแนกรายด้านพบว่า อันดับความพึงพอใจสูงสุดตามลำดับ ได้แก่ ด้านการใช้กระบวนการพยาบาล, การปฏิบัติงานตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล, การสื่อสารและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลเชิงวิชาชีพ ($\bar{X} = 4.39$, $SD = 0.39$; $\bar{X} = 4.36$, $SD = 0.51$; $\bar{X} = 4.26$, $SD = 0.49$ ตามลำดับ) เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า มีความพึงพอใจต่อตนเองสูงสุดในความตรงต่อเวลาในการปฏิบัติงาน ($\bar{X} = 4.62$, $SD = 0.70$) พึงพอใจน้อยที่สุดในการนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติงานได้เหมาะสมกับสภาพของผู้ใช้บริการ ($\bar{X} = 3.56$, $SD = 0.50$) บัณฑิตบรรยายความรู้สึกก่อนและหลังการเรียนพยาบาลว่า มีความเข้าใจและมีความรู้สึกที่ดีต่อวิชาชีพ โดยเห็นว่าพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องมีความรับผิดชอบและความซื่อสัตย์สูงมาก ต้องมีใจรักในการดูแล และเป็นอาชีพที่มีเกียรติ หลังสำเร็จการศึกษามีความรักในวิชาชีพนี้เพิ่มขึ้นจากเดิม เพราะมีงานทำ มีความมั่นคงในวิชาชีพ และรายได้ดี



5. ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อสมรรถนะเชิงวิชาชีพของบัณฑิต

ผู้ใช้บัณฑิตมีความพึงพอใจต่อสมรรถนะเชิงวิชาชีพของบัณฑิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.41$, $SD = 0.25$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่ามีความพึงพอใจสูงสุดในด้านความสามารถในการปฏิบัติงานตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล ($\bar{X} = 4.57$, $SD = 0.51$) สำหรับหัวข้อที่ผู้ใช้บัณฑิตมีความพึงพอใจมากที่สุดตามลำดับ ได้แก่ 1) การให้บริการผสมผสานทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้รับบริการ 2) การเสียสละและอุทิศเวลาในการปฏิบัติการพยาบาล และ 3) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพ ($\bar{X} = 4.75$, $SD = 0.44$: $\bar{X} = 4.73$, $SD = 0.45$: $\bar{X} = 4.68$, $SD = 0.47$ ตามลำดับ) ส่วนหัวข้อที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุด ได้แก่ การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ($\bar{X} = 4.18$, $SD = 0.45$)

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย มีประเด็นน่าสนใจที่นำมาอภิปรายผล ได้ดังนี้

ด้านกระบวนการใช้หลักสูตร

1) ความสอดคล้องของปรัชญา วัตถุประสงค์และโครงสร้างหลักสูตร ประเมิน 18 หัวข้อ ได้แก่ ความสอดคล้องตอบสนองความต้องการของสังคมปัจจุบัน, วัตถุประสงค์ของหลักสูตรมีความชัดเจนในการสร้างคุณลักษณะบัณฑิตที่ควรจะเป็น เป็นต้น บัณฑิตให้ความคิดเห็นในภาพรวมในระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าคณะกรรมการร่างหลักสูตรใช้กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาและมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี

สาขาพยาบาลศาสตร์เป็นแนวทาง ประกอบกับการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน แนวโน้มการจัดการศึกษา และความต้องการของสังคม ส่งผลให้วัตถุประสงค์ของหลักสูตรมีความชัดเจนเหมาะสมกับสภาพการณ์ในปัจจุบันดังที่ Print (1993) กล่าวว่า วัตถุประสงค์ของหลักสูตรที่ดีนั้น ควรมีลักษณะสอดคล้องกับความต้องการของสังคมและชาติ สอดคล้องกับวัฒนธรรมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน ดังผลการศึกษาพบความสอดคล้องในระดับมากที่สุดในการบ่มเพาะให้บัณฑิตเป็นผู้มีความรับผิดชอบต่อตนเองวิชาชีพและส่วนรวม มีส่วนร่วมในการรักษาขนบธรรมเนียมประเพณีและศิลปะ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพ

2) ความพร้อมด้านอาจารย์ผู้สอน พบว่า หัวข้อที่อาจารย์มีความพร้อมในระดับมากที่สุด ได้แก่ มีความรู้และประสบการณ์เหมาะสมในวิชาที่สอน และมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม รองลงมาได้แก่การเป็นแบบอย่างที่ดีในการพัฒนาความรู้ใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของพิจิตรา ที่สุกะ (2556) ที่กล่าวถึงการสอนและปฏิบัติการแบบองค์รวมว่า อาจารย์ผู้สอนสามารถถ่ายทอดความรู้โดยใช้วิธีการเรียนการสอนที่หลากหลาย การจัดการเรียนการสอนที่เข้าใจในความเป็นธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อเรียนจบ ผู้เรียนจะได้นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน สำคัญในการเรียนรู้ด้วยการกระทำ และปฏิบัติงานภาคสนาม ช่วยให้ผู้เรียนเชื่อมั่นในตนเองและสามารถสร้างกรอบแนวคิดในการพัฒนาตนเองได้ตามที่ต้องการ การสอนปัจจุบันเป็นการนำเสนอความรู้และแสดงความคิดเห็น วิจัย วงษ์ใหญ่ (2554) กล่าวถึงบทบาทของผู้สอนว่า เป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ ซึ่งมีคุณสมบัติคือ มีความสามารถในการฟังอย่างมีประสิทธิภาพ มีความจริงใจ มีความ



เข้าใจ มีการยอมรับ มีไหวพริบ และมีทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคล อาจารย์เป็นแบบอย่างที่ดีในการพัฒนาความรู้ใหม่ สอดคล้องกับแนวคิดของ Savery and Duffy (1995) ที่กล่าวถึงผลที่เกิดจากความร่วมมือกันทางสังคมว่า ความรู้ไม่สามารถถ่ายโอนจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่งได้ แต่การแลกเปลี่ยนและสะท้อนความคิดเห็นให้แกกัน และการให้เหตุผลและความคิดเห็นของตนเอง หรือโต้แย้งความคิดเห็นของคนอื่น ทำให้ผู้เรียนมีโอกาสพิจารณากระบวนการคิดของตน เปรียบเทียบกับกระบวนการคิดของผู้อื่น จะช่วยให้ผู้เรียนสามารถปรับเปลี่ยนความเข้าใจของตนเองเกี่ยวกับเรื่องที่เรียนได้

3) ความพร้อมด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ อยู่ในระดับมาก เป็นด้านเดียวที่คะแนนเฉลี่ยไม่ถึง 4.00 ($\bar{X} = 3.87$, $SD=0.75$) คาดว่าเนื่องจากความคาดหวังต่อการมีห้องเรียนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ในยุคปัจจุบันมีมากขึ้นและความคาดหวังที่มีต่อสถาบันการศึกษาเอกชน ดังที่ปรากฏในสื่อออนไลน์ เช่นห้องเรียนอัจฉริยะ (Smart Classroom) พลากร ธีรกุล (2559) กล่าวว่า เป็นห้องเรียนที่มีการจัดสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่เหมาะสมที่มีมิติในเชิงปฏิสัมพันธ์ในการสร้างประสบการณ์ทางการเรียนการสอนโดยครู รวมทั้งการเรียนรู้ผ่านสื่อเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ สามารถใช้ฝึกฝนทักษะ สะดวกในการนำเสนอหน้าชั้นเรียน สามารถทำกิจกรรมกลุ่มย่อยได้ สอดคล้องกับการเสนอความคิดเห็นของนักศึกษาว่า ต้องการสภาพห้องเรียนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ ห้องเรียนที่มีสื่อและวัสดุที่เอื้อต่อการจัดการเรียนรู้ที่หลากหลาย ห้องเรียนควรสามารถเคลื่อนย้ายโต๊ะ เก้าอี้ ในการจัดกลุ่มอภิปรายทั้งกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อย สามารถใช้ประโยชน์จากด้านหน้าห้องในการแสดง

บทบาทสมมติหรือสร้างสถานการณ์จำลอง นอกจากนี้ห้องปฏิบัติการพยาบาลควรมีอุปกรณ์เพียงพอและทันสมัยต่อการฝึกปฏิบัติ

4) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายวิชาภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ในรายวิชาหมวดวิชาชีพ พบว่า การเรียนภาคปฏิบัติก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่าภาคทฤษฎี เนื่องจากการจัดการศึกษาภาคปฏิบัติเป็นการประยุกต์หลักการทางทฤษฎีมาสู่การจัดการในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ จึงก่อให้เกิดความงอกงามทางสติปัญญาและทักษะ สอดคล้องกับชัชวาล วงศ์สารี (2558) ที่กล่าวว่า การเรียนบนคลินิก หมายถึง การทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ทั้งทางด้านความรู้ ทักษะ และทักษะ ความสามารถนำความรู้ในตนมาช่วยเหลือผู้อื่นเป็นการแสดงคุณค่าของตนให้ปรากฏ ซึ่ง วิจารย์ พานิช (2562) กล่าวถึงคุณค่าความรู้ในตัวตนว่า ความรู้ในตัวตนไม่สามารถเสนอออกมาเป็นคำพูดได้ทั้งหมด ความรู้ความเข้าใจวิธีปฏิบัติงานจะเป็นความรู้ที่ยกระดับขึ้นจากเดิม อันจะนำไปสู่ความรู้สึกรับรู้ตนเองเห็นคุณค่าของตนเองและคุณค่าของการทำงานร่วมกัน

ความคิดเห็นของบัณฑิตต่อผลลัพธ์การเรียนรู้

บัณฑิตมีความเห็นว่าผลลัพธ์การเรียนรู้ เมื่อออกไปทำงานภายหลังสำเร็จการศึกษา ด้านที่มากที่สุดคือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม อาจเป็นเพราะว่าคณะพยาบาลศาสตร์ดำเนินการจัดกิจกรรม เพื่อพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมแก่นักศึกษาตั้งแต่แรกเข้ารับการศึกษาดำเนินการต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอตลอดระยะเวลา 4 ปี โดยกำหนดในแผนปฏิบัติการคณะพยาบาลศาสตร์ ปีการศึกษา 2558-2561 ทั้งในด้านการบูรณาการรายวิชากับการบริการวิชาการแก่สังคม เช่น โครงการค่ายพุทธบุตร เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของวัฒน์ย์



ปานจินดา, สุธิมาศ อังศุเกียรติถาวร และวิภาณันท์ ม่วงสกุล (2555) กล่าวถึงการพยาบาลองค์รวมสู่การผลิตพยาบาลผู้มีหัวใจความเป็นมนุษย์ว่า หัวใจมนุษย์ต้องแสดงออกจากจิตใจภายใน การเข้าใจบริบทของผู้ป่วย และญาติตามความเป็นจริง การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยด้วยความรู้สึกให้เกียรติว่าบุคคลที่อยู่ตรงหน้านั้นคือมนุษย์เช่นเดียวกัน มีฐานะเท่าเทียม ผู้ป่วยมิใช่ผู้มาขอความช่วยเหลือจากพยาบาลโดยไม่มีหนทางเลือกใดๆ

ผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านทักษะการสื่อสารภาษาต่างประเทศ สอดคล้องกับการศึกษาความสามารถสื่อสารภาษาอังกฤษของบัณฑิตไทยเพื่อการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ของณัฏฐ์นรี ฤทธิรัตน์ (2557) กล่าวว่า ปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการพัฒนาทักษะการพูดภาษาอังกฤษของนักศึกษาไทย ได้แก่ มีความกังวลและความกลัวเมื่อต้องพูดภาษาอังกฤษ มีปัญหาด้านคำศัพท์ นักศึกษาต้องนึกเป็นภาษาไทยก่อนเสมอ ทำให้เกิดผลกระทบต่อการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

ความพึงพอใจของบัณฑิตต่อสมรรถนะเชิงวิชาชีพ

บัณฑิตมีความพึงพอใจต่อสมรรถนะเชิงวิชาชีพของตนเอง ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และพึงพอใจสูงสุดในด้านความสามารถในการปฏิบัติงานตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาล สำหรับการประเมินรายชื่อที่พึงพอใจสูงสุด คือ การตรงต่อเวลาในการปฏิบัติงาน อาจเนื่องจากจิตสำนึกต่อความรับผิดชอบและความซื่อสัตย์ที่จะไม่คดโกงเวลาในการปฏิบัติงาน ดังการเขียนระบายความรู้สึกก่อนและหลังเรียนพยาบาลว่า “มีความรู้สึกที่ดีต่อวิชาชีพ พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องมีความรับผิดชอบและความซื่อสัตย์สูงมาก ต้องมีใจรักใน

การดูแลและเป็นอาชีพที่มีเกียรติ หลังสำเร็จการศึกษามีความรักในวิชาชีพนี้เพิ่มขึ้นจากเดิม เพราะมีงานทำ มีความมั่นคงในวิชาชีพ และรายได้ดี”

สำหรับหัวข้อการนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติงานได้เหมาะสมกับสภาพของผู้ใช้บริการ ที่บัณฑิตมีความพึงพอใจน้อยที่สุดนั้นอาจเนื่องจาก งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลหลังจากบัณฑิตปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทพยาบาลวิชาชีพได้ 3 เดือน อาจเป็นเพราะว่าประสบการณ์ทำงานของบัณฑิตน้อย ทำให้ศิลปะในการพยาบาลไม่สมบูรณ์ ไม่เพียงพอต่อความต้องการและไม่เพียงพอต่อคำที่เหมาะสมในความแตกต่างของบุคคลในสังคมพหุวัฒนธรรม การปฏิบัติพยาบาลต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลปะ ศาสตร์คือความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ที่เล่าเรียนมา แต่การนำไปศาสตร์ไปใช้ต้องอาศัยศิลปะที่จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับ ดังงานวิจัยของพันทิพย์ จอมศรี, พันทิพย์ จอมศรี, อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, อวยพร ตันมุษยกุล และ วิจิตร ศรีสุพรรณ (2553) เรื่องการรับรู้เกี่ยวกับหลักการพยาบาลของพยาบาลในประเทศไทยที่กล่าวว่า การพยาบาลเป็นการปฏิบัติที่มีศิลปะ ตัวอย่างศิลปะ เช่น การจูงใจให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ศิลปะในการพยาบาลเป็นการกระทำที่ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับที่จะมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อสมรรถนะเชิงวิชาชีพของบัณฑิต

ผู้ใช้บัณฑิตและบัณฑิตมีความพึงพอใจต่อสมรรถนะเชิงวิชาชีพของบัณฑิตระดับมากที่สุดในด้านความสามารถในการปฏิบัติงานตามหลักจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล ซึ่งเป็นหลักแห่งความประพฤติ ที่ถูกต้องเหมาะสมของวิชาชีพพยาบาล (ประกาศสภาการพยาบาล, 2562) มาตรฐานที่2 การรักษาสิทธิผู้ป่วย



จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพเป็นหลักการสำคัญที่
ถูกบรรจุในหลักสูตรการศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี
และประกาศใช้เป็นฉบับแรกใน พศ 2528 เป็นการ
บ่งชี้คุณลักษณะทางวิชาชีพที่ต่อเนื่องและยาวนาน

การดำเนินงานของคณะพยาบาลศาสตร์เป็นไป
ตามข้อบังคับสภาการพยาบาลที่ระบุให้พยาบาลวิชาชีพ
ทุกคนต้องปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพและการปฏิบัติ
พยาบาลต้องคำนึงถึงประเด็นจริยธรรม เป็นการสร้าง
มาตรฐานให้เป็นที่ยอมรับของสังคม ดังที่ Curtin (1978
อ้างถึงใน ปภัสวรรณ จันทวงศ์, เรณูการ์ ทองคำรอด,
พุลสุข หิงคานนท์ และสุภาส อังศุโชติ, 2556) กล่าวว่า
การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ จะต้องเกี่ยวข้องกับ
จริยธรรม เพราะการพยาบาลเป็นลักษณะของศิลปะที่
ต้องมีคุณธรรมจริยธรรม โดยเฉพาะจริยธรรมเป็น
องค์ประกอบที่สำคัญในการประกอบวิชาชีพการพยาบาล
เป็นความสง่างามของการพยาบาล เป็นความงดงามของ
วิชาชีพที่จะส่งเสริมให้คุณภาพการพยาบาลมีมาตรฐาน
เป็นที่ยอมรับของสังคม

ผู้ใช้บัณฑิตมีความพึงพอใจมากที่สุดในหัวข้อ
การให้บริการผสมผสานทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ
การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ
แก่ผู้รับบริการ อาจเนื่องมาจากคณะพยาบาลศาสตร์จัด
การศึกษาสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัย
สยาม ที่มุ่งพัฒนานักศึกษาให้มีคุณภาพเชิงวิชาการ
เชิงวิชาชีพ และความพร้อมสู่โลกการทำงาน นักศึกษา
ได้รับการเรียนรู้เบื้องต้นในชั้นเรียน ฝึกทักษะ
ในห้องปฏิบัติการพยาบาล ฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยใน
โรงพยาบาล และปฏิบัติการกิจบริการสุขภาพอนามัยใน
ชุมชน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน นักศึกษาได้
ผ่านการเรียนรู้ทักษะการให้คำปรึกษา มีประสบการณ์ให้

คำปรึกษาทั้งในชุมชนและในหอผู้ป่วย เมื่อจบเป็น
พยาบาลวิชาชีพทำให้การช่วยเหลือ การให้คำแนะนำ
มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้
ความสามารถของตนเอง (Self – Efficacy) ของ
Bandura และ Adams (1977) ที่กล่าวว่า การที่บุคคล
รับรู้ต่อความสามารถของตนเอง เป็นความคาดหวังใน
ทางบวก และทำให้เกิดผลลัพธ์ในทางบวก นักศึกษาได้รับ
การพัฒนาทักษะในการเรียนรู้ด้วยตนเอง รู้จักบูรณาการ
การคิดวิเคราะห์และนำไปประยุกต์ได้

ความพึงพอใจต่อสมรรถนะของบัณฑิตเรื่องการ
เสียสละและการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในทีมการ
พยาบาลและทีมสุขภาพ อาจเนื่องจากการจัดการศึกษา
โดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่ต้องใช้การบริหารจัดการและการ
รับผิดชอบในหน้าที่จนปรากฏผลลัพธ์เชิงประจักษ์แก่
ชุมชน การฝึกหัดนักศึกษาเริ่มตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 ด้วยการ
ดูแลสุขภาพชุมชนหลังมหาวิทยาลัย ทำงานร่วมกับรุ่นที่
ชั้นปีที่4 ที่ผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน
และนักศึกษาคณะแพทยศาสตร์ในโครงการความร่วมมือ
ของคณะวิชาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัย
สยาม เป็นการเห็นแบบอย่างการทำหน้าที่และการ
ตัดสินใจแก้ปัญหา และเมื่อเรียนในชั้นปีที่สูงขึ้นนักศึกษา
ต้องแสดงบทบาทการบริหารจัดการงานในความ
รับผิดชอบ โดยมีอาจารย์เป็นผู้สะท้อนความสำเร็จและ
สิ่งที่ควรแก้ไข การฝึกฝนเรื่องความรับผิดชอบต่อหน้าที่
ความมีวินัย การควบคุมตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัย
ของเกียรติชัย เวชภูพานิช, โชติ รัสชนิษฐ์, วีระศักดิ์
ฮาดดา, รัฐพล สันสน และ อมรรัตน์ ศรีวานดี (2559) ที่
กล่าวว่า ผู้นำชุมชนต้องให้ความสำคัญต่อการทำงานเป็น
ทีม หลักธรรมาภิบาล เป้าหมาย และมนุษยสัมพันธ์



สมรรถนะของบัณฑิตที่ผู้ใช้บัณฑิตพึงพอใจน้อยที่สุด คือ การรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น อาจเป็นเพราะว่าบัณฑิตเข้าใจว่าสิ่งที่ตนปฏิบัติเป็นสิ่งที่ถูกต้อง หากแต่ปัจจุบันเป็นยุคสมัยที่สังคมเปิดกว้าง บุคคลมีความแตกต่างทางความคิดเห็นและการยอมรับจากสภาพความแตกต่างทางศาสนา วัฒนธรรม สังคม และสิ่งแวดล้อม ข้อดีของการรับฟังความคิดเห็น คือได้เรียนรู้ข้อมูล เหตุผลต่าง ๆ ที่อีกฝ่ายยกมาทำให้สามารถร่วมกันหาข้อสรุปหรือหาทางออกที่ดีๆ ให้กับปัญหาหรือเรื่องราวต่างๆ คณะพยาบาลศาสตร์จัดการสอนวิชาการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมแก่นักศึกษา จึงควรเพิ่มวิธีการศึกษาแบบผสมผสาน และเพิ่มการใช้เทคนิคการสะท้อนคิด สอดคล้องกับงานวิจัยของรัตติกกร เหือนนาดอน, ยุพาภรณ์ ติรไพรวงศ์, เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล และสันติ ยุทธยง (2562) ที่กล่าวว่า การสะท้อนคิดเป็นวิธีการจัดการเรียนรู้ที่ทำให้นักศึกษา ทบทวนตัวเองทั้งความคิด ความรู้สึกและการกระทำ รวมทั้งประเมินศักยภาพตนเอง ค้นหาวิธีการพัฒนาตนเองและพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ผลการวิจัยพบว่า สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ แม้มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก แต่เป็นค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุด ดังนั้นคณะกรรมการบริหารหลักสูตร คณะพยาบาลศาสตร์ควรเตรียมความพร้อมด้านงบประมาณเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาสื่ออุปกรณ์ฝึกปฏิบัติการพยาบาลทุกสาขาย่อยของวิชาชีพ เช่น การพยาบาลมารดาและทารก การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ใช้ฝึกทักษะที่มีความเฉพาะเจาะจงตามลักษณะงานของสาขา ห้องเรียน สื่อ

การเรียนการสอนและสารสนเทศยังไม่สามารถใช้งานได้ อย่างเต็มประสิทธิภาพ คณะควรประชุมร่วมกับมหาวิทยาลัย เพื่อพัฒนาศักยภาพการจัดการศึกษาให้สอดคล้องกับสภาพสังคมยุคสารสนเทศ

2) รายวิชาควรมีการจัดการศึกษาดูงานนอกหน่วยงานที่มีการปฏิบัติที่ดีเพื่อเสริมสร้างประสบการณ์ตรงในหลายมิตินอกจากการจัดการเรียนการสอนในสถาบัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาและประเมินผลบัณฑิตพยาบาล มหาวิทยาลัยสยาม ในลักษณะเดียวกันนี้ ต่อไปเป็นระยะ และต่อเนื่อง เพื่อนำผลที่ได้มา ปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตรให้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานและเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติงานจริงให้กับบัณฑิตพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- เกียรติชัย เวชญาพันธุ์, โชติ รัสขนิชย์, วีระศักดิ์อาดดา, รัฐพล สันสน และ อมรรรัตน์ ศรีวานณี. (2559). การพัฒนาศักยภาพและความสามารถในการบริหารจัดการของผู้นำชุมชน จังหวัดปทุมธานี ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. *วารสารสมาคมนักวิจัย สาขา มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 21(1), 49-60.
- ชัชวาล วงศ์สารี. (2558). การสอนบนคลินิกในรายวิชาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่สำหรับนิสิต Generation Z. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกทม*, 31(2), 130-140.
- ณัฏฐ์นรี ฤทธิรัตน์. (2556). *ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาทักษะการพูดภาษาอังกฤษของนักศึกษาไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.



ปณิธาน วัฒนพานิชกิจ และถาวรณ พันธ์โพธิ์โรจน์.

(ม.ป.ป.). *การประเมินหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*. (รายงานการวิจัย). (ม.ป.พ.).

ปัทมวรรณ จันทวงศ์, เรณูการ์ ทองคำรอด, พูลสุข หิงคานนท์ และสุกมาส อังศุโชติ. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจเชิงจริยธรรมของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 17 และ 18. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 7(1), 75-89.

พลากร ชีรกุล. (2559). *Smart Classroom (ห้องเรียนอัจฉริยะ)*. เข้าถึงได้จาก

<http://www.gotoknow.org/post/611732>

พนัทธิย์ จอมศรี, อาวีวรรณ กลั่นกลิน, อวยพร ตันมยุกุล และ วิจิตร์ ศรีสุพรรณ. (2553). การรับรู้เกี่ยวกับหลักการพยาบาลของพยาบาลในประเทศไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(1), 27-36.

พิจิตรา ทีสุกะ. (2556). *การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน โดยใช้วิจัยเป็นฐาน วิชาพัฒนาหลักสูตร สำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน). บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

รัตติกร เหมือนนาตอน, ยุพาภรณ์ ตีรไพรวงศ์, เจียมใจ ศรีชัยรัตน์กุล และสันติ ยุทธยง. (2562). การพัฒนาการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิด. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(2), 13-24.

วัฒนีย์ ปานจินดา, สุลีมาศ อังศุเกียรติถาวร และวิภาณันท์

ม่วงสกุล. (2555). การพยาบาลองค์รวมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่การผลิตพยาบาลผู้มีหัวใจความเป็นมนุษย์.

วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 13(25), 47-54.

วิจารณ์ พานิช. (2562). *การจัดการความรู้*. เข้าถึงได้จาก

<http://www.saimak.go.th>

วิชัย วงษ์ใหญ่. (2554). *การพัฒนาหลักสูตรระดับอุดมศึกษา*.

พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อาร์ แอนด์ปรีน จำกัด.

ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ.

2562. (2562, 18 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 136 ตอนพิเศษ 97 ง, หน้า33.

Bandura, A.J. & Adams, N.E. (1977). Analysis of Self – Efficacy Theory of behavior change. *Cognitive Therapy and Research*, 1(4), 287-310.

Print, M. (1993). *Curriculum Development and Design*. (2nd ed). St. Leonards : Allen & Unwin.

Savery,J.R. and Duffy,T.M. (1995). “Problem-Based Learning ; An instructional model and its constructivist framework ” *Educational Technology*, 35(5), 31-38.

Stufflebeam, D.L. and Shinkfield, A.J. (2007). *Evaluation Theory Models and Application*. San Francisco : Jossey-Bass.



ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี:

ความแตกต่างระหว่างเพศ

Health Literacy in People with Type 2 Diabetes Living in Communities, Pathum Thani Province: Gender Differences

Received: October 18, 2021

Revised: December 29, 2021

Accepts: December 30, 2021

วิมลรัตน์ บุญเสถียร¹ (Ph.D. in Care Science)

Wimonrut Boonsatean¹ (Ph.D. in Care Science)

วิลาวัลย์ อุดมการเกษตร¹ (พย.ม.)

Wilawan Udomkankaset¹ (M.N.S.)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงเปรียบเทียบแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงและชายที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งอาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 303 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างเพศหญิงและชายโดยใช้สถิติ Mann Whitney U test ผลการวิจัย พบว่า ร้อยละ 54.4 ของหญิงที่เป็นเบาหวานมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอ และร้อยละ 55.3 ของชายที่เป็นเบาหวานมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ ชายที่เป็นเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ($Z = -1.989$, $p = .047$) และด้านปฏิสัมพันธ์ ($Z = -2.005$, $p = .045$) สูงกว่าหญิงที่เป็นเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อค้นพบนี้จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างเพศหญิงและชายที่เป็นเบาหวาน และสามารถปรับรูปแบบการให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับเพศสภาพของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, เพศ, เบาหวานชนิดที่ 2

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต Assistant Professor, School of Nursing, Rangsit University

Corresponding author: wimonrut.b@rsu.ac.th



Abstract

This cross-sectional comparative descriptive study aimed to investigate health literacy level and compared health literacy between females and males with type 2 diabetes living in communities, Pathum Thani province. The 303 participants were randomly selected by multistage sampling method. The instrument comprised demographic data and health literacy for diabetes questionnaire. Demographic data and level of health literacy were analyzed using descriptive statistics and compared health literacy between females and males with diabetes by Mann Whitney U test. The results demonstrated that 54.4% females with diabetes had inadequate health literacy and 55.3% males with diabetes showed adequate health literacy. Males with diabetes had higher mean scores of health literacy sum scale ($Z = -1.989$, $p = .047$) and interactive health literacy subscale ($Z = -2.005$, $p = .045$) than females.

These research findings may help professional nurses realize the differences of health literacy between females and males with diabetes and enable them to modify health teaching method that is tailored to gender of patients with type 2 diabetes.

KEYWORDS: health literacy, sex, type 2 diabetes

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานชนิดที่ 2 เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพของประเทศทั้งในด้านจำนวนผู้เสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม โดยเบาหวานเป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการตาย และสาเหตุของการสูญเสียสุขภาพของประชากรไทยทั้งเพศชายและหญิง (ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และอรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, 2563) จากสถิติของกองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2563) พบแนวโน้มของจำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานปี พ.ศ. 2559-2562 เพิ่มขึ้นต่อเนื่องอย่างช้าๆ ทุกปี สำหรับจังหวัดปทุมธานีอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับ

สถิติของประเทศ และอำเภอเมืองเป็นอำเภอที่มีอัตราผู้เป็นเบาหวานรายใหม่สูงเป็นอันดับ 2 ของจังหวัด (วิไลวิชกร, 2561)

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อน ผู้ที่เป็นโรคจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการตนเองให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับโรคได้อย่างปกติสุข (Al Sayah, Majumdar, Williams, Roberson, & Johnson, 2013) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงนับเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นเบาหวาน ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคม



ที่ทำให้บุคคลมีแรงจูงใจและมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อส่งเสริมและดำรง ภาวะสุขภาพที่ดีของตน (World Health Organization, 1998) ทั้งนี้ Nutbeam (2000) ได้แบ่งระดับความรู้ ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย (1) ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) เป็นทักษะพื้นฐานในการ อ่านและเขียน ที่ช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานมีความรู้ ความ เข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำหรือร่วมมือกับ การรักษาของแพทย์ได้ (2) ระดับการมีปฏิสัมพันธ์/การ สื่อสาร (Interactive/ Communicative health literacy) เป็นทักษะในการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่ เกี่ยวข้องกับเบาหวาน การสื่อสาร และนำมาประยุกต์ใช้ ในการดูแลตนเอง บ่งชี้ถึงการมีพุทธิปัญญา (Cognitive) และทักษะทางสังคมที่ ช่วยให้บุคคลมีส่วนร่วม/ ปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพของตนเองได้ และ (3) ระดับ วิจัยญาณ (Critical health literacy) เป็นทักษะใน การประเมินข้อมูลที่ได้รับทั้งจากบุคลากรสุขภาพและ ช่องทางอื่นเพื่อตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนให้สอดคล้อง กับบริบทและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของคนไทยอยู่ในระดับ พอใช้หรือปานกลาง (นพพร วุฒิธรรม, พิมพ์นิภา ศรีนพคุณ, และฐิติวัชร วาริรัตน์ภากร, 2564; พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา และสุจิตรา สุคนธทรัพย์, 2563; ยวิษฐา สุขวาสนะ, อรพินท์ สีขาว, และทวีศักดิ์ กลิผล, 2564) ถึงระดับดีหรือรู้แจ้ง (นันทวรรณ อุดม, สุภาพิชย์ ขวานทอง, ณฐมน ธารสุวรรณ, ประเสริฐ ประสมรักษ์, และจัญญญา โห่งนาค, 2564; สิทธานนท์ แจ่มหอม, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, สุนีย์ ละกำป็น, และจุฑาธิป ศีลบุตร, 2564) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก

กับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (Fransen, Von Wagner, & Essink-Bot, 2012) ซึ่งส่งผลให้มีการ จัดการตนเองดี สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และระดับ HbA1c ต่ำลง (Kim & Lee, 2016; Souza et al., 2014) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เป็นเบาหวาน คือ อายุ ที่มากขึ้น ระดับการศึกษาน้อย และรายได้ต่ำ มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้สุขภาพต่ำหรือไม่ เพียงพอ (Bodur, Filiz, & Kalkan, 2017; Çaylan, Yayla, Öztora, & Dağdeviren, 2017; Wu et al., 2017) ส่วนเพศมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงข้อมูลและ ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ (นพพร วุฒิธรรม และ คณะ, 2564) โดยเพศหญิงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ ต่ำกว่าเพศชาย (Tiller, Herzog, Kluttig, & Haerting, 2015) และเพศชายมีระดับ HbA1c ต่ำกว่าเพศหญิง (Tang, Pang, Chan, Yeung, & Yeung, 2008) ในขณะที่ บางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศและความ รอบรู้ด้านสุขภาพ (พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา และสุจิตรา สุคนธทรัพย์, 2563; Wu et al., 2017)

แม้ปัจจุบันจะมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของ เบาหวานและความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติต่างๆ เพื่อนำ ความรู้ที่ได้มาพัฒนาการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวาน ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามโรคเบาหวาน ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของคนไทย นอกจากนี้ งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ส่วนเพศ พบว่า มีการศึกษา จำกัด และผลของความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้าน สุขภาพของหลายการศึกษาไม่สอดคล้องไปในทาง เดียวกัน จึงไม่อาจสรุปความสัมพันธ์ที่แน่นอนได้ และ

การศึกษาที่มุ่งเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างผู้เป็นเบาหวานเพศชายและเพศหญิงยังมีจำนวนจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความแตกต่างในประเด็นดังกล่าว ซึ่งผู้วิจัยหวังว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นการเปิดแง่มุมใหม่ที่เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสุขภาพ ในการวางแผนส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างเหมาะสมกับเพศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพศชาย และเพศหญิงที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี
2. เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพศชาย และเพศหญิงที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี

สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพศชายและเพศหญิงที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี แตกต่างกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ชุด คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ใช้สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย
2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน ซึ่งพัฒนาโดย Ishikawa,

Takeuchi, and Yano (2008) ใช้วัดความสามารถของบุคคลในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การทำความเข้าใจ การวิเคราะห์ การตีความ และการตัดสินใจใช้ข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง ต้นฉบับแบบสอบถามเป็นภาษาอังกฤษ แปลเป็นภาษาไทยตามกระบวนการแปลเครื่องมือขององค์การอนามัยโลก (2014) และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และทดสอบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) โดยนำไปสัมภาษณ์ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยในชุมชน จำนวน 30 คน คำนวณค่า Cronbach alpha coefficient ได้ 0.64 ภายหลังตัดข้อคำถามที่ 5 ออกแล้ว จึงได้ค่าความสอดคล้องภายในในระดับที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.71

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) ระดับการมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative health literacy) และระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนน 1-5 ดังนี้ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 ไม่เห็นด้วย 3 ไม่แน่ใจ 4 เห็นด้วย และ 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้วิจัยแบ่งระดับการคิดคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านโดยเทียบกับคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านของกลุ่ม ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับที่ไม่เพียงพอ (Inadequate health literacy) คือ คะแนนรวม



ของบุคคลมีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับคะแนนเฉลี่ย
ของกลุ่ม

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับที่เพียงพอ (Adequate health literacy) คือ คะแนนรวม
ของบุคคลมีค่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ
แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional comparative
descriptive design) เพื่อค้นหาความแตกต่างของความ
รอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างชายและหญิงที่เป็นเบาหวาน
ชนิดที่ 2 ที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี ซึ่งงานวิจัยนี้
เป็นส่วนหนึ่งในโครงการวิจัยเรื่อง ความฉลาดทางสุขภาพ
และการจัดการตนเองในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัย
ในชุมชน จังหวัดปทุมธานี

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเข้าถึงในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้เป็น
เบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยในชุมชน จังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน
303 คน ที่เลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน
(Multistage sampling method) แบ่งการสุ่มตามเขตที่
พักอาศัย ขั้นแรก สุ่มอำเภอตัวอย่าง 1 อำเภอ ขั้น 2 สุ่ม
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตัวอย่าง 1
แห่ง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เป็นเบาหวานทุกคนที่มีรายชื่อใน
เวชระเบียนของ รพ.สต. ที่สุ่มได้ และมีคุณสมบัติตาม
เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) กรณีกลุ่มตัวอย่างมี
จำนวนไม่เพียงพอ ผู้วิจัยสุ่ม รพ.สต. เพิ่มทีละแห่งและ
ดำเนินการจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่คำนวณได้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม
การศึกษา คือ (1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น
เบาหวานมาอย่างน้อย 1 ปี (2) ยังคงรับประทานยาลด
ระดับน้ำตาลในเลือด และ (3) สัญชาติไทย สื่อสาร
ภาษาไทย และยินดีให้สัมภาษณ์ ส่วนเกณฑ์การคัดออก
คือ (1) ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลินเพียงอย่างเดียว
(2) ผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือไม่ได้พักอาศัย
ในชุมชน ในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่าง
จากโครงการวิจัยหลัก ซึ่งคำนวณจากสูตรที่ใช้สำหรับการ
วิจัยแบบภาคตัดขวาง ($n = ((Z_{1-\alpha/2})^2 SD^2) / d^2$)
(Charan & Biswas, 2013) โดยกำหนดค่าพื้นที่ใต้โค้ง
ปกติ ($Z_{1-\alpha/2}$) เท่ากับ 1.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจาก
งานวิจัยที่ผ่านมา (SD) เท่ากับ 1.24 (Boonsatean,
Carlsson, Dychawy Rosner, & Östman, 2018) และ
กำหนดระดับความแม่นยำ (d) เท่ากับ 0.2 ได้กลุ่ม
ตัวอย่างจำนวน 150 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่ม
ตัวอย่างเป็น 2 เท่าเพื่อให้ค่าอำนาจการทดสอบในการ
เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มอยู่ในระดับที่
น่าเชื่อถือ

2. การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย
เรื่อง ความฉลาดทางสุขภาพและการจัดการตนเองใน
ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยในชุมชน จังหวัด
ปทุมธานี ซึ่งได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน
เลขที่ COA. No. RSUERB2019-027 จากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิตกลุ่มตัวอย่าง
ทุกคนจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการ
ดำเนินการ การปฏิบัติตัวประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจ

เกิดขึ้น รวมทั้งสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ในการรักษา เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จะลงนามในใบยินยอม ข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมได้ทั้งในกระดาษและคอมพิวเตอร์จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยการสัมภาษณ์ตามข้อความในแบบสอบถาม ที่บ้านหรือสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2562 ใช้เวลาการสัมภาษณ์คนละ 20-40 นาที ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล และขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างเพื่อโทรสอบถามข้อมูลภายหลังหากข้อมูลไม่ครบถ้วน

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลพื้นฐานและระดับความความรู้ด้านสุขภาพของผู้เป็นเบาหวาน ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานเพศชาย และเพศหญิง โดยใช้สถิติ Mann Whitney U test เนื่องจากมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 303 คน เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (99.3%) เพศหญิง 180 คน (59.4%) เพศชาย 123 คน (40.6%)

กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง มากกว่าครึ่งเป็นผู้สูงอายุ (58.9%) มีอายุเฉลี่ย 62.6 ปี (SD 10.2) สถานภาพสมรสคู่ (49.4%) ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา

ปีที่ 22 ฉบับที่ 43 กรกฎาคม - ธันวาคม 2564

(75.6%) ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ (ว่างงานหรือทำงานบ้าน) (65.5%) ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ย 22,536.7 บาท/เดือน ส่วนใหญ่ประเมินว่าเพียงพอในการใช้จ่าย (72.7%) แหล่งที่มาของรายได้มาจากบุตรหลาน (36.1%) และการทำงานของตนเอง (21.7%) เมื่อสอบถามถึงจำนวนหนังสือ/สื่อสิ่งพิมพ์ที่อ่านในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมา ค่าเฉลี่ยจำนวนที่อ่านไม่ถึง 1 เล่มต่อเดือน (M 0.19, SD 0.40) ค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่อ่านหนังสือ/สื่อสิ่งพิมพ์ต่อสัปดาห์ 0.55 วัน (SD 1.59) ด้านข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยของการเป็นเบาหวาน 9.13 ปี (SD 7.67) ส่วนใหญ่รักษาโดยการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดเพียงอย่างเดียว (82.2%) โดยใช้บัตร์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (92.2%) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (96.7%) ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อน (62.2%) โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยคือ ชาปลายมือปลายเท้าทั้งสองข้าง (46.1%) และมีโรคร่วม (86.1%) โรคที่พบบ่อย คือ ความดันโลหิตสูง (32.3%) หรือความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง (38.9%) มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 140.56 มก./ดล. (SD 42.88)

ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเพศชายส่วนใหญ่ คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง คือ อยู่ในวัยสูงอายุ (66.7%) มีอายุเฉลี่ย 63 ปี (SD 9.8) สถานภาพสมรสคู่ (69.1%) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (69.1%) เกือบ 1 ใน 3 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (29.2%) มากกว่าครึ่งยังคงประกอบอาชีพ (53.6%) ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ย 15,097.3 บาท/เดือน ส่วนใหญ่ประเมินว่าเพียงพอในการใช้จ่าย (76.4%) แหล่งที่มาของรายได้



เกือบครึ่งมาจากการทำงานของตนเอง (47.2%) รองลงมา คือ บุตรหลาน (20.3%) เมื่อสอบถามถึงจำนวนหนังสือ/สื่อสิ่งพิมพ์ที่อ่านในระยะ 2 เดือนที่ผ่านมา ค่าเฉลี่ยจำนวนที่อ่านไม่ถึง 1 เล่มต่อเดือน (M 0.26, SD 0.54) ค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่อ่านหนังสือ/สื่อสิ่งพิมพ์ต่อสัปดาห์ 0.59 วัน (SD 1.58) ด้านข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยของการเป็นเบาหวาน 8.09 ปี (SD 6.63) ส่วนใหญ่รักษาโดยการรับประทานยาระดับน้ำตาลในเลือดเพียงอย่างเดียว (78%) โดยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (90.2%) ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (95.1%) ร้อยละ 50.4 มีภาวะแทรกซ้อนโดยภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย คือ ขาปลายมือปลายเท้า

ทั้งสองข้าง (25.2%) และส่วนใหญ่มีโรคร่วม (90.2%) โรคที่พบบ่อย คือ ความดันโลหิตสูง (30.9%) หรือความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง (43.1%) มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 143.60 มก./ดล. (SD 45.04) เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงและเพศชาย ตามข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า เพศหญิงและเพศชายที่เป็นเบาหวานมีระดับการศึกษาต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเพศหญิงมีระดับการศึกษาต่ำกว่าเพศชาย ($\chi^2 = 14.694, p = .001$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะของผู้เป็นเบาหวานเพศหญิงและชาย (n=303)

คุณลักษณะ	รวม	หญิง (n=180)	ชาย (n=123)	ค่าสถิติ (p-value)
Mean (SD)				
อายุ	62.8 (10.1)	62.6 (10.2)	63 (9.8)	t = -.330 (.741)
Median (IQR)				
รายได้	10,000 (15,000)	10,000 (15,700)	10,000 (13,250)	Z = -1.509 (.131)
ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน	6.0 (8.5)	7.0 (9.0)	6.0 (7.0)	Z = -.871 (.384)
ระดับน้ำตาลในเลือด	130.0 (49.0)	131.0 (45.0)	130.0 (56.0)	Z = -.533 (.594)
จำนวน (ร้อยละ)				
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	19 (6.3)	17 (9.4)	2 (1.6)	$\chi^2 = 14.694 (.001^{**})$
ประถมศึกษา	221 (72.9)	136 (75.6)	85 (69.1)	
มัธยมศึกษาขึ้นไป	63 (20.8)	27 (15.0)	36 (29.3)	

** p < 0.01

t = Independent sample t-test

Z = Mann-Whitney U test

χ^2 = Chi-square



1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพในเพศหญิงที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เท่ากับ 29.71 (SD 8.88) ซึ่งต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม และมากกว่าครึ่งของหญิงที่เป็นเบาหวานมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพใน

ระดับที่ไม่เพียงพอ (54.4%) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของเพศชาย เท่ากับ 31.81 (SD 9.64) ซึ่งสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มและมากกว่าครึ่งของชายที่เป็นเบาหวานมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ (55.3%)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานเพศหญิงและชาย (n=303)

เพศ	Min-Max	— X (SD)	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	
			ไม่เพียงพอ n (%)	เพียงพอ n (%)
หญิง	13-52	29.71 (8.88)	98 (54.4)	82 (45.6)
ชาย	9-50	31.81 (9.64)	55 (44.7)	68 (55.3)
รวม	9-52	30.56 (9.24)	153 (50.50)	150 (49.50)

2. เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพศหญิงและชายในภาพรวม (Mean 29.71, SD 8.88 และ Mean 31.81, SD 9.64 ตามลำดับ) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.989$, $p = .047$) โดยเพศชายมีคะแนน

เฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิง เมื่อพิจารณารายด้านพบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.005$, $p = .045$) โดยเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเพศหญิง (ชาย: Mean 17.45, SD 3.80 และหญิง: Mean 16.84, SD 3.44)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เป็นเบาหวานเพศหญิงและชาย (n=303)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Min-Max	รวม (n=303) — X (SD)	หญิง (n=180) — X (SD)	ชาย (n=123) — X (SD)	Z (p-value)
ภาพรวม	9-52	30.56 (9.24)	29.71 (8.88)	31.81 (9.64)	-1.989 (.047*)
รายด้าน					
- ขั้นพื้นฐาน**	0-20	3.58 (4.11)	3.32 (4.19)	3.97 (3.99)	-1.725 (.085)
- ขั้นปฏิสัมพันธ์	5-25	17.09 (3.60)	16.84 (3.44)	17.45 (3.80)	-2.005 (.045*)
- ขั้นวิจรณ์ญาณ	4-20	9.89 (4.71)	9.54 (4.52)	10.40 (4.94)	-1.675 (.094)

Z = Mann-Whitney U test * = $p < 0.05$

** ผู้เป็นเบาหวานเพศหญิง 95 คน (52.8%) และเพศชาย 53 คน (43.1%) ไม่เคยอ่านหนังสือ/สื่อสิ่งพิมพ์ใดๆ ในรอบ 2 เดือนที่ผ่านมา จึงไม่สามารถตอบคำถามความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานได้



การอภิปรายผล

เพศชายที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีจำนวนร้อยละของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอมากกว่าเพศหญิง และคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และด้านปฏิสัมพันธ์/การสื่อสารสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนพพร วุฒิธรรม และคณะ (2564) ซึ่งพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพบางด้านและการศึกษาของ Tiller et al. (2015) ซึ่งพบว่า หญิงที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าชายที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความแตกต่างนี้อาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ระดับการศึกษา พัฒนาการทางสมองของเพศชายและบทบาทหน้าที่ตามเพศสภาพของผู้ชายในสังคมไทย

ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่ใช้ทำนายระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ดีที่สุด (Çaylan et al., 2017) บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้นมักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (Bodur et al., 2017; Wu et al., 2017) ดังนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างเพศชายในการศึกษารั้งนี้มีระดับการศึกษาสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มัธยมศึกษาขึ้นไป) อาจสะท้อนถึงการมีศักยภาพด้านพุทธิปัญญา ทำให้สามารถค้นหา เรียนรู้ และการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ได้รับได้ดีกว่าเพศหญิง ร่วมกับสรีรวิทยาของสมองเพศชายที่พบว่ามีจำนวนเซลล์สมอง เนื้อสมอง และใช้สมองซีกซ้ายได้ดี อาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ชายที่เป็นเบาหวานมีความสามารถในการคิด วิเคราะห์ วางแผน และแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนได้ดี (Goldman, 2017)

เพศ มีความแตกต่างกัน ไม่เพียงเฉพาะสรีระทางกายเท่านั้น (Sex) แต่ความแตกต่างนี้ยังได้รับอิทธิพลจากสังคมและวัฒนธรรม ทำให้เพศมีความหมายกว้างและครอบคลุมมิติที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและสังคมวัฒนธรรม ซึ่งเรียกว่า เพศสภาพ (Gender) (ดุษยา จิตตะยโสธร, 2551; บุญสืบ โสโสม, 2560) เพศสภาพนับเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดให้บุคคลมีบทบาทหน้าที่ และความเสี่ยงด้านสุขภาพต่างกัน (บุญสืบ โสโสม, 2560) สังคมและวัฒนธรรมไทยจะหล่อหลอมมุมมอง ความคิด และความคาดหวังของคนในสังคมที่มีต่อบทบาทหน้าที่ของเพศชายและเพศหญิง ความคิดแบบชายเป็นใหญ่ในสังคมไทย (ชายเป็นผู้นำ เข้มแข็ง พึ่งตนเอง) ยังคงปรากฏจนถึงปัจจุบัน (ดุษยา จิตตะยโสธร, 2551; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, อิงคภา โคตนาตรา, เนตรชนก แก้วจันทา, และชมพูนุท กาบคำบา, 2560) เพศชายจึงผ่านการฝึกฝนเพื่อให้สามารถแสดงบทบาทได้ตามที่สังคมกำหนด ผ่านประสบการณ์การคิด การตัดสินใจ ร่วมกับการที่กลุ่มตัวอย่างเพศชายในการศึกษานี้มีการศึกษาสูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจส่งเสริมให้มีความกล้าและมั่นใจที่จะมีปฏิสัมพันธ์หรือสื่อสารด้านสุขภาพกับผู้อื่นมากกว่า ทำให้มีโอกาสแสวงหาและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากช่องทางต่างๆ สามารถจำแนก และเลือกใช้ข้อมูลให้เหมาะสมกับตนเองได้ จึงพบว่าเพศชายที่เป็นเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์/การสื่อสารสูงกว่าเพศหญิง

ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณซึ่งไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศ แม้จะมีข้อมูลสนับสนุนเกี่ยวกับพัฒนาการของสมองซึ่งเพศชายจะมีทักษะการ



คิวดิเคราะห์ และแก้ไขปัญหาก็ได้ (Goldman, 2017) ร่วมกับค่านิยมตามเพศสภาพเกี่ยวกับการเป็นผู้นำและความมั่นใจในตนเอง (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2560) การที่การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างอาจเนื่องจาก มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งชายและหญิงเป็นผู้สูงอายุ และมีระยะเวลาเป็นเบาหวานมานานมากกว่า 8 ปี ส่งผลให้มีประสบการณ์ในการเรียนรู้ ลองผิดลองถูก ปรับเปลี่ยน และตัดสินใจเลือกข้อมูลมาใช้ให้เหมาะกับบริบทและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับพัฒนาการทางบุคลิกภาพของผู้สูงอายุที่พบว่า เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะคิวดิเคราะห์ และแก้ไขปัญหโดยใช้ผลการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต (Hutteman, Hennecke, Orth, Reitz, & Specht, 2014)

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชาย ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดด้านสายตา จึงพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ไม่เคยอ่านหนังสือ/สื่อสิ่งพิมพ์ใดๆ ในรอบ 2 เดือนที่ผ่านมา (48.8%) ทำให้ไม่สามารถตอบคำถามความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ซึ่งมีข้อคำถามเกี่ยวกับทักษะพื้นฐานในการอ่านและเขียน ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมาได้ ส่งผลให้ข้อมูลในส่วนของความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานไม่ครบถ้วน ผลการวิจัยเฉพาะด้านนี้จึงอาจไม่ใช่ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่แท้จริงของหญิงและชายที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และไม่อาจนำไปใช้อ้างอิงในกลุ่มประชากรที่เป็นเบาหวานได้

แหล่งทุนสนับสนุน

การศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย จากสถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยรังสิต

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ จำนวนอัตราป่วย ตาย ปี 2559-2562. Retrieved from <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020>
- ดุลา จิตตะยโสธร. (2551). บทบาททางเพศ: ในทัศนะของนักจิตวิทยา. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย*, 28(1), 195-208.
- นพพร วุฒิธรรม, พิมพ์นิภา ศรีนพคุณ, และจิตติวัชร วารัตน์ภากร. (2564). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพในการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารการพยาบาลทหารบก*, 22(2), 252-259.
- นันทวรรณ อุดม, สุภาพิชย์ ขวานทอง, ณฐมน ธนกรสุวรรณ, ประเสริฐ ประสมรักษ์, และจัญญา โหง่นคา. (2564). เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีและมีภาวะแทรกซ้อน ในตำบลนาผือ อำเภอเมืองจังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 35(2), 77-93.
- บุญสืบ โสโสม. (2560). การคำนึงถึงเพศสภาพ: ประเด็นสำคัญสำหรับการปฏิบัติในคลินิกและการศึกษาพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(2), 1-8.
- พงษ์ศิริ งามอัมพรนารา, และสุจิตรา สุนทรทรัพย์. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใน



- กรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารสุขศึกษา พลศึกษา และสันทนาการ*, 46(2), 68–79.
- ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, และอรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์. (2563). สถานการณ์โรคไม่ติดต่อตาม 9 เป้าหมายระดับโลกของประเทศไทย. In อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, & สุธิดา แก้วทา (Eds.), รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562 (pp. 1–24). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- ยวิษฐา สุขวาสนะ, อรพินท์ สีขาว, และทวีศักดิ์ กลิมล. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 11(1), 52–65.
- วิไล วิชากร. (2561). แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ หัวข้อ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และ อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง จังหวัดปทุมธานีเขตสุขภาพที่ 4 ตรวจราชการวันที่ 9 – 13 กรกฎาคม 2561. Retrieved from http://bie.moph.go.th/e-insreport/file_report/2018-08-06-08-21-46-11.pdf
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, อิงคภา โคตนาธา, เนตรชนก แก้วจันทา, และชมพูนุท กาบคำบา. (2560). ทศนคติของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งต่อเพศภาวะในสังคมไทย. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 43(2), 84–114.
- สิทธิธานนท์ แจ่มหอม, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, สุนีย์ ละกำป็น, และจุฑาธิป ศีลบุตร. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารสุขศึกษา*, 44(1), 75–86.
- Al Sayah, F., Majumdar, S. R., Williams, B., Robertson, S., & Johnson, J. A. (2013). Health literacy and health outcomes in diabetes: A systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 28(3), 444–452.
- Bodur, A. S., Filiz, E., & Kalkan, I. (2017). Factors affecting health literacy in adults: A community based study in Konya, Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 100–109.
- Boonsatean, W., Carlsson, A., Dychawry Rosner, I, & Ostman, M. (2018). Sex-related illness perception and self-management of a Thai type 2 diabetes population: A cross-sectional descriptive design. *BMC Endocrine Disorder*, 18(1). DOI 10.1186/s12902-017-0229-8
- Çaylan, A., Yayla, K., Öztora, S., & Dağdeviren, H. N. (2017). Assessing health literacy, the factors affecting it and their relation to some health behaviors among adults. *Biomedical Research*, 28(15), 6803-6807.
- Charan, J., & Biswas, T. (2013). How to Calculate Sample Size for Different Study Designs in Medical Research? *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(2), 121–126.
- Fransen, M. P., Von Wagner, C., & Essink-Bot, M. L. (2012). Diabetes self-management in patients



- with low health literacy: Ordering findings from literature in a health literacy framework. *Patient Education and Counseling*, 88(1), 44-53.
- Goldman, B. (2017). Two minds: the cognitive differences between men and women. Retrieved from <https://stanmed.stanford.edu/2017spring/how-mens-and-womens-brains-are-different.html>
- Hutteman, R., Hennecke, M., Orth, U., Reitz, A. K., & Specht, J. (2014). Developmental Tasks as a Framework to Study Personality Development in Adulthood and Old Age. *European Journal of Personality*, 28, 267-278.
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874-879.
- Kim, S. H., & Lee, A. (2016). Health-Literacy-Sensitive Diabetes Self-Management Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(4), 324-333.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Souza, J. G., Apolinario, D., Magaldi, R. M., Busse, A. L., Campora, F., & Jacob-Filho, W. (2014). Functional health literacy and glycaemic control in older adults with type 2 diabetes: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 4(e004180).
- Tang, Y. H., Pang, S. M. C., Chan, M. F., Yeung, G. S. P., & Yeung, V. T. F. (2008). Health literacy, complication awareness, and diabetic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 74-83.
- Tiller, D., Herzog, B., Kluttig, A., & Haerting, J. (2015). Health literacy in an urban elderly East-German population - Results from the population-based CARLA study. *BMC Public Health*, 15(1), 883.
- World Health Organization. (1998). Health promotion glossary. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2014). Process of translation and adaptation of instruments. Retrieved from http://www.who.int/Substance_Abuse/Research_Tools/Translation/En/
- Wu, Y., Wang, L., Cai, Z., Bao, L., Ai, P., & Ai, Z. (2017). Prevalence and risk factors of low health literacy: A community-based study in Shanghai, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(6), E628



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นที่ฝากครรภ์

ในโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

Factors Associated with Unwanted Pregnancy among Adolescent Women Receiving Prenatal Care at Krathumbaen Hospital, Samut Sakhon Province

Received: November 3, 2021

Revised: December 12, 2021

Accepts: December 27, 2021

พิชาภรณ์ จันทนกุล(ค.ด.)¹, สมฤดี ชื่นกิตติยานนท์(วท.ด.)¹

สุกฤตา ตะการีย์ (พย.ม.)², ศิริพร สามสี (ศศ.ม.)²

Pichaporn Jantanakul, Somrudee Chuenkitiyanon

Sukrita Takaree, Siriporn Samsee

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร ได้แก่ ค่านิยมทางเพศ สัมพันธภาพในครอบครัว และผลกระทบท่อการตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จำนวน 140 คน คัดเลือกด้วยวิธีการเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) อายุระหว่าง 11 - 19 ปี มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกรับฝากครรภ์ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดค่านิยมทางเพศของสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามผลต่อการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม 2561 - สิงหาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและหาค่าความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า สัมพันธภาพของคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อย ($r=.275$) กับผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และค่านิยมทางเพศไม่มีความสัมพันธ์กับผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ข้อเสนอแนะ การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลด้านสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น การให้ความรู้โดยเฉพาะด้านผลของการตั้งครรภ์วัยรุ่นและการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น รวมทั้งครอบครัวและสถาบันการศึกษา มีบทบาทสำคัญในการปลูกฝังค่านิยมที่ถูกต้อง

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์, สตรีวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Thailand

Corresponding author: pichaporn_j@hotmail.com

²อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, Thailand

Abstract

This survey study aimed to examine impacts of unwanted pregnancy and factors influencing unwanted pregnancy among female adolescents. A purposive random sampling of 140 pregnant adolescents, aged between 11-19 years who visited antenatal care unit in Krathumbaen hospital, Samut Sakhon from January and August 2019, were recruited to participate this study. Research questionnaires consisted of the sexual values, the family relationship, and unwanted pregnancy adaptation. Data was analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including Pearson's product moment correlation. The result revealed that the family relationship was positively and significantly associated with unwanted pregnancy adaptation ($r=.275$, $p\text{-value}=.01$). This study suggests that the relevant stakeholders should provide a program to encourage the positive relationship between the family and female adolescents and promote the family to support and take care of pregnant adolescents to prevent the effect of unwanted pregnancy.

KEYWORDS: unwanted pregnancy, adolescent women receiving prenatal care

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals, MDGs) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่น อายุ 10-14 ปีและอายุ 15-19 ปี เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัยที่นานาชาติต้องการบรรลุให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573 ตาม

ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2560) สำหรับการตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นในประเทศไทยนั้น ข้อมูลที่ได้จากรายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่นพ.ศ. 2560 พบว่า สตรีวัยรุ่นทั้งหมดที่ยินยอมตอบแบบสอบถามโดยสมัครใจ จำนวน 5,319 ราย จำแนกเป็นแม่วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ ร้อยละ 80.7 และบริการหลังคลอด ร้อยละ 19.3 เฉลี่ยอายุ 17 ปี สตรีวัยรุ่นทั้งหมด ร้อยละ 52.8 ไม่ตั้งใจตั้งครรภ์ครั้งนี้ และร้อยละ 14.4 เป็นการตั้งครรภ์ซ้ำ ซึ่งตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 16 ปี และฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ 12-24 สัปดาห์ ร้อยละ 54.7 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2560) จากข้อมูลข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า



การตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นซึ่งอายุต่ำกว่า 20 ปีนั้น ถือได้ว่าเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทั้งนี้เนื่องมาจากสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี ต้องเผชิญกับสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพ ด้านจิตใจและด้านสังคม ด้านสุขภาพร่างกาย เช่น การติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ หรือผลกระทบจากการทำแท้ง เป็นต้น ส่วนปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ความกดดันจากการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมซึ่งจะเป็นปัญหาที่สตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ต้องเผชิญมากกว่าสตรีตั้งครรภ์โดยทั่วไป และปัญหาทางด้านสังคม เช่น การถูกออกกลางคันจากสถานศึกษา การกลายเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว เป็นต้น ซึ่งจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของมารดาและทารกทั้งในขณะตั้งครรภ์ าระยะคลอดและหลังคลอดได้ ปัญหาที่สามารถพบได้ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ เสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ โลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด ทารก น้ำหนักน้อย การแท้ง การคลอดติดขัด เด็กตายคลอด ภาวะตกเลือดหลังคลอด เยื่อปมดลูกอักเสบ ซึ่งพบมากกว่าแม่เลี้ยงเดี่ยว หรืออาจต้องเผชิญต่อการเจ็บครรภ์ คลอดนาน เนื่องจากศีรษะไม่ได้สัดส่วนกับช่องเชิงกรานของแม่วัยรุ่น มีโอกาสสูงในการผ่าตัดคลอดหรือคลอดด้วยหัตถการต่างๆ อาจทำให้เกิดการเสียชีวิตจากการคลอดการเจ็บป่วยและความพิการของแม่วัยรุ่นได้ หรือเมื่อไม่มีความพร้อมของการตั้งครรภ์ ทำให้ต้องทำแท้งผิดกฎหมาย ก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตจากการตกเลือดหรือติดเชื้อได้ ปัญหาด้านสังคมแม่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่มีความพร้อมต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน สูญเสีย

โอกาสในการศึกษาทำให้ด้อยโอกาสในการเลือกหางานทำเป็นอุปสรรคต่อการหาเลี้ยงชีพ ขาดรายได้หรือต้องทำงานที่มีรายได้ต่ำ ไม่มีรายได้ในการเลี้ยงดูครอบครัว ต้องพึ่งพาค่าใช้จ่ายจากครอบครัวบิดามารดาและสามี ส่งผลให้เกิดปัญหาในการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต และอาจเกิดการหย่าร้างในที่สุด จึงอาจนำไปฝากพ่อแม่เลี้ยง หรือทอดทิ้งทารก ทำให้ทารกไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ในการเลี้ยงดูที่ถูกต้อง เมื่อทารกเติบโตขึ้น พบว่ามีความเสี่ยงที่จะเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเสพติด อาชญากรรม หรือความรุนแรงในรูปแบบต่างๆ อาจนำไปสู่ปัญหาทางสังคมในอนาคตได้ ปัญหาที่ส่งผลต่อครอบครัว ได้รับความอับอายในสังคม จึงทำให้เกิดความทุกข์และมีความยุ่งยากในการปรับตัวต่อการเป็นมารดา ะยะหลังคลอดที่ต้องเลี้ยงดูบุตรการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่งผลต่อสตรีตั้งครรภ์เป็นอย่างมาก แต่สถานการณ์ในประเทศไทยองค์การสหประชาชาติได้ทำการรวบรวมและบันทึกข้อมูลอัตราการคลอดในวัยรุ่น 15-19 ปี ระหว่างปี พ.ศ.2555-2559 โดยประเทศไทยเฉลี่ยอยู่ที่ 51.0 คนต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2564) อย่างไรก็ตามอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีมีความแตกต่างกันอย่างมากในแต่ละภูมิภาคของโลก โดยทวีปแอฟริกามีอัตราเฉลี่ยสูงถึง 59.1 คนต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ในขณะที่ทวีปยุโรปมีค่าเฉลี่ยต่ำเพียง 16.6 คนต่อประชากรหญิงอายุ 5-15 ปี 1,000 คน เท่านั้น และในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตรา 33 คน ต่อประชากรหญิงอายุเดียวกัน 1,000 คน เมื่อเปรียบเทียบตัวเลขการคลอด



ของวัยรุ่นในกลุ่มประเทศใกล้เคียง พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการคลอดของวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี อยู่ในระดับสูง ขณะที่ประเทศญี่ปุ่น เกาหลีใต้ จีน สิงคโปร์มีเพียง 1-9 คนต่อประชากรหญิงอายุเดียวกัน 1,000 คน อัตราการคลอดในวัยรุ่นของประเทศไทยยังคงจัดอยู่ในกลุ่มประเทศพัฒนาน้อย (Less developed regions) ใกล้เคียงกับประเทศอินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ กัมพูชา ติมอร์ และหลายประเทศในยุโรป นับว่าอัตราการคลอดในวัยรุ่นของไทยสูงกว่าของประเทศในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยที่ 14 คนต่อประชากรหญิงอายุเดียวกัน 1,000 คน (World Health Organization, 2018) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อปัญหาอัตราทารกแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ 2,500 กรัม (2.5 กิโลกรัม) พบมากในกลุ่มแม่วัยรุ่นอายุน้อย โดยพบว่าร้อยละเด็กแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ในแม่วัยรุ่นอายุ 10-14 ปี ลดลงจากร้อยละ 22.5 ในปี พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 19.4 ในปี พ.ศ. 2562 และเด็กแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ในแม่วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ลดลงจากร้อยละ 15.5 ในปี พ.ศ. 2561 เป็นร้อยละ 14.3 ในปี พ.ศ. 2562 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2563) ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงมาก แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่รุนแรงของสังคมเพราะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของทารกลดลง ส่วนแม่วัยรุ่นมีปัญหาต่าง ๆ มากมาย เช่น สภาวะทางอารมณ์ไม่มั่นคงจึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าเพราะต้องการปกปิดเรื่องการตั้งครรภ์หรือการมีลูกต่อผู้ปกครอง นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องการเรียนและการทำแท้งอีกด้วย สถานการณ์ของจังหวัดสมุทรสาคร พบว่ามีอัตราการการคลอดมีชีพในวัยรุ่น

ปีที่ 22 ฉบับที่ 43 กรกฎาคม - ธันวาคม 2564

อายุ 15-19 ปี จำแนกรายจังหวัด พ.ศ. 2562 นั้นพบว่าเป็น 1 ใน 8 จังหวัดที่มีอัตราการคลอดมากกว่า 40.0 โดยจังหวัดที่มีอัตราการคลอดไม่เกิน 25 มีจำนวน 10 จังหวัด อัตราการคลอด 25.1-31.3 มีจำนวน 27 จังหวัด อัตราการคลอด 31.4 -40.0 มีจำนวน 32 จังหวัด (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ , 2563) เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นผู้ขาดประสบการณ์ ความรู้และวุฒิภาวะ ซึ่งในแต่ละบริบทพื้นที่อาจมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ยังไม่มีงานวิจัยเกี่ยวกับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในพื้นที่อำเภอกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร ดังนั้นผู้วิจัยจึงมุ่งที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง ค่านิยมทางเพศ และสัมพันธภาพในครอบครัวกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร เพื่อพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ให้มีความสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์แก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัว เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประกอบการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เพื่อลดปัญหาสตรีวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ จากที่กล่าวมานั้นจะเห็นว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นกลุ่มประชากรที่ควรให้ความสำคัญ ให้ความสนใจเนื่องจากสถิติข้างต้นที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ทารกและครอบครัวรวมถึงส่งผลกระทบต่อสังคมในหลายด้าน สตรี



ตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นผู้ขาดประสบการณ์ ความรู้ และวุฒิภาวะ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมุ่งที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นซึ่งผลการวิจัยคาดว่าจะใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมให้กับสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและสามารถใช้เพื่อคัดกรองสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการปรับตัวไม่เหมาะสมและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ในมารดาและทารกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ค่านิยมทางเพศ และสัมพันธภาพในครอบครัวกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร

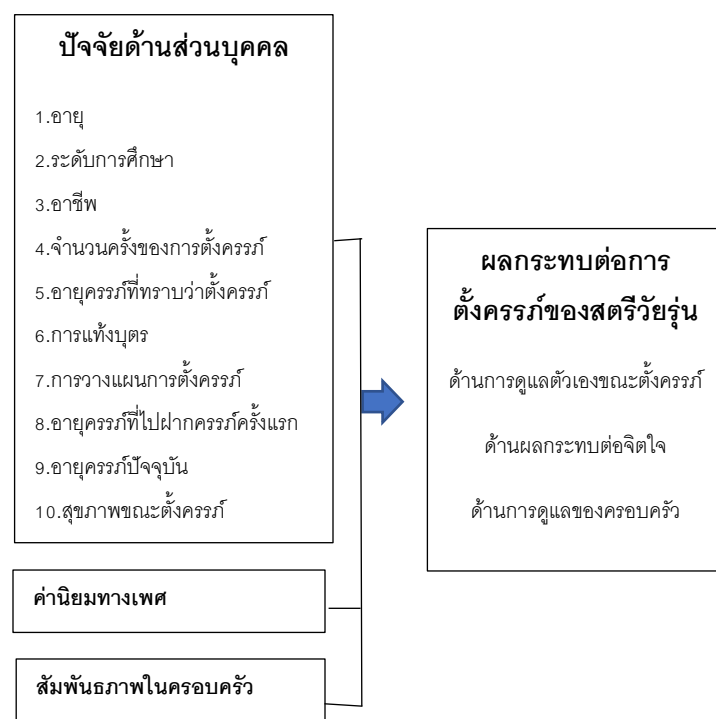
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร ในประเด็น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร และความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมทางเพศ และสัมพันธภาพในครอบครัวกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ อายุระหว่าง 11-19 ปี และมารับบริการฝากครรภ์ที่หน่วยรับฝากครรภ์ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร ในช่วงเดือน กรกฎาคม 2561-สิงหาคม 2562 จำนวน 140 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan , 1970 อ้างใน อึ้งใน อธิรุณี เอกะกุล, 2543) ประชากรมีขนาดเท่ากับ 224 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะเท่ากับ จำนวน 140 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ คือ สตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ที่มาฝากครรภ์ในคลินิกแม่วัยรุ่น มีอายุระหว่าง 11-19 ปี สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

กรอบแนวคิดงานวิจัย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่ทราบว่าตั้งครรภ์ การแท้งบุตร การวางแผนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่ไปฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ปัจจุบัน สุขภาพขณะตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบวัดค่านิยมทางเพศของสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาตามนิยามศัพท์และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามจำนวน 47 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 23 ข้อ และด้านลบ 24 ข้อ แบ่งออกเป็น 8 ด้าน คือ การเลียนแบบตามกระแสสังคม การบริโภคสื่อ การใช้สารเสพติด เพศสัมพันธ์ พฤติกรรมวัยรุ่น การเก็บแถม นิยมความรุนแรง การเปลี่ยนคู่นอน ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เฉย ๆ ไม่เห็นด้วย การแปลคะแนนค่านิยมทางเพศ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลแบบอิงเกณฑ์ (Criterion Reference) แบ่งคะแนนแปลผลค่านิยมไว้ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง มีค่านิยมทางเพศในทางลบ คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.63 หมายถึง มีค่านิยมทางเพศเป็นกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.64-3.00 หมายถึง มีค่านิยมทางเพศในทางบวก ค่าคะแนนสูง หมายถึง มีค่านิยมทางเพศในทางบวกเป็นค่านิยมทางเพศที่เหมาะสมกับสังคมไทย เช่น ความรักนวลสงวนตัว การให้เกียรติและการวางตัวต่อเพศตรงข้าม การสร้างคุณค่าความดีงามในจิตใจ ความเข้าใจในความเหมือนและความต่างระหว่างเพศ ค่าคะแนนต่ำ หมายถึง มีค่านิยมทางเพศในทางลบเป็นค่านิยมทางเพศที่ไม่เหมาะสมกับสังคมไทย เช่น การเลียนแบบตามกระแสสังคม การใช้สารเสพติด การบริโภคสื่อและเลียนแบบ

พฤติกรรมทางเพศ มีค่าดัชนีความตรงในเนื้อหา เท่ากับ 0.86 และค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟา เท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาตามนิยามศัพท์และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถาม จำนวน 65 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 59 ข้อ และด้านลบ 6 ข้อ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน คือ ด้านภารกิจที่สมาชิกรับผิดชอบตามบทบาทและหน้าที่ ด้านการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว ด้านการแสดงออกถึงความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ด้านการให้ความช่วยเหลือเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน ด้านการแก้ปัญหาและการขัดแย้ง ด้านการใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมร่วมกัน ด้านการปฏิบัติตามกฎระเบียบทางครอบครัว ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง ไม่จริง ไม่จริงเลย การแปลผลคะแนนสัมพันธภาพของคนในครอบครัว แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย มีเกณฑ์ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ค่าเฉลี่ย 3.26-4.00 หมายถึง สัมพันธภาพของคนในครอบครัวดีมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 2.51-3.25 หมายถึง สัมพันธภาพของคนในครอบครัวดีมาก ค่าเฉลี่ย 1.76-2.50 หมายถึง สัมพันธภาพของคนในครอบครัวดีน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.75 หมายถึง สัมพันธภาพของคนในครอบครัวไม่ดี ค่าคะแนนสูง หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวในทางบวก ค่าคะแนนต่ำ หมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวในทางลบ มีค่าดัชนีความตรงในเนื้อหา เท่ากับ 0.88 และค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟา เท่ากับ 0.95

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามผลต่อการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาตามนิยามศัพท์และการ



ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อความถาม จำนวน 40 ข้อ เป็นข้อความด้านบวก 28 ข้อ และด้านลบ 12 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการดูแลตัวเองขณะตั้งครรภ์ ด้านผลกระทบต่อจิตใจ ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด การแปลผลคะแนนผลต่อการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย มีเกณฑ์ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีผลต่อการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีผลต่อการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีผลต่อการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีผลต่อการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีผลต่อการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นในระดับน้อยที่สุด ค่าคะแนนสูง หมายถึง มีผลต่อการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นในระดับมากที่สุด ค่าคะแนนต่ำ หมายถึง มีผลต่อการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นในระดับน้อยที่สุด มีค่าดัชนีความตรงในเนื้อหา เท่ากับ 0.84 และค่าความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟา เท่ากับ 0.85

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ในข้อความถามของแบบสอบถาม ซึ่งจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ มี 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ของภาควิชาการพยาบาลสูติศาสตร์ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในคลินิกแม่วัยรุ่นตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 1 ท่าน นำแบบประเมิน

ที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบวัดค่านิยมทางเพศของสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เท่ากับ 0.86 และค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 0.88 และแบบสอบถามผลต่อการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นเท่ากับ 0.84 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดและแบบสอบถามทุกฉบับไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน หลังจากนั้น ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดค่านิยมทางเพศของสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เท่ากับ 0.94 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 0.95 และแบบสอบถามผลต่อการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น เท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามลำดับ ดังนี้

1. นำโครงร่างงานวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร

2. หลังจากผ่านการรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร แล้ว ผู้วิจัยนำเอกสารการพิทักษ์สิทธิเสนอต่อหัวหน้าแผนกฝากครรภ์

โรงพยาบาลกระทุ่มแบน เพื่อขออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างต้องการถอนตัวออกจากกรวิจัยสามารถบอกเลิกได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับด้วยการลงรหัส นำเสนอเป็นสถิติในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยจะให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้างานฝากครรภ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

2. สืบหาหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในรายที่ยินดีให้ความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างและหรือผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบตามกฎหมายลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย

3. แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทำ โดยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และถ้ามีข้อสงสัยสอบถามได้ตลอดเวลา หรือสามารถยกเลิกการตอบแบบสอบถามได้ถ้ารู้สึกไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถาม หลังจากกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนรวบรวมใส่ซองปิดผนึก

4. เก็บรวบรวมแบบสอบถามจนครบ 140 คน ลงรหัส และใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนค่านิยมทางเพศของสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ สัมพันธภาพในครอบครัว และผลต่อการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น โดยจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยค่านิยมทางเพศ สัมพันธภาพในครอบครัวและผลต่อการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ด้วยสถิติ Pearson Product Moment Correlation

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ อายุ 17-19 ปี ร้อยละ 72.86 อายุครรภ์ปัจจุบันอยู่ในช่วง 16-24 สัปดาห์ ร้อยละ 40.00 การไปฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 1-12 สัปดาห์ ร้อยละ 74.28



ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 43.57 อาชีพก่อนการตั้งครรภ์คือนักเรียนหรือนักศึกษา ร้อยละ 47.14 การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 82.14 ทราบว่าตั้งครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ 1-3 เดือน ร้อยละ 86.43 ไม่เคยแท้งบุตร ร้อยละ 90.71 การตั้งครรภ์ครั้งนี้ไม่ได้คุมกำเนิด ร้อยละ 75.00 สุขภาพขณะตั้งครรภ์ แข็งแรงดี ร้อยละ 92.86

ค่านิยมทางเพศ พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีค่านิยมทางเพศในภาพรวม อยู่ในระดับเป็นกลาง (Mean =2.63, S.D = 0.21) และเมื่อจำแนกรายด้าน 3 อันดับแรก พบว่า ค่านิยมด้านนิยมความรุนแรง (Mean

= 2.87, S.D = 0.08) รองลงมา คือ ค่านิยมด้านการเก็บแต้ม (Mean =2.83, S.D=0.03) และค่านิยมด้านการเปลี่ยนคู่นอน (Mean =2.87, S.D=0.08)

ส่วนผลต่อการตั้งครรภ์โดยรวมของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง (Mean =3.48, S.D = 0.69) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการดูแลตัวเองขณะตั้งครรภ์ อยู่ในระดับมาก (Mean =3.86, S.D=0.44) รองลงมา คือ ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว (Mean =3.77, S.D=0.26) ส่วนด้านผลกระทบต่อจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean =2.70, S.D = 0.65) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ค่านิยมทางเพศ และผลต่อการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น (n=140)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ
ค่านิยมทางเพศ			
ด้านการเลียนแบบตามกระแสสังคม	2.28	0.31	เป็นกลาง
ด้านการบริโภคสื่อ	2.58	0.29	เป็นกลาง
การใช้สารเสพติด	2.74	0.20	ทางบวก
ด้านเพศสัมพันธ์	2.43	0.32	เป็นกลาง
ด้านพฤติกรรมวัยรุ่น	2.49	0.32	เป็นกลาง
ด้านการเก็บแต้ม	2.83	0.03	ทางบวก
ด้านนิยมความรุนแรง	2.92	0.05	ทางบวก
ด้านการเปลี่ยนคู่นอน	2.81	0.08	ทางบวก
โดยรวม	2.58	0.32	เป็นกลาง
ผลต่อการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น			
ด้านการดูแลตัวเองขณะตั้งครรภ์	3.86	0.44	มาก
ด้านผลกระทบต่อจิตใจ	2.70	0.65	เป็นกลาง
ด้านการสนับสนุนจากครอบครัว	3.77	0.26	มาก
โดยรวม	3.48	0.69	เป็นกลาง



ส่วนคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean =2.96, S.D =0.30) คิดเป็นร้อยละ 67.00 รองลงมา

สัมพันธภาพในครอบครัว ระดับดีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.00 และมีสัมพันธภาพในครอบครัว ระดับดีน้อย คิดเป็นร้อยละ 14.00 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จำแนกตามระดับสัมพันธภาพในครอบครัว (n=140)

ระดับสัมพันธภาพ ในครอบครัว	ระดับคะแนน	สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน	ร้อยละ
สัมพันธภาพในครอบครัวดีมากที่สุด	3.26-4.00	32	23.00
สัมพันธภาพในครอบครัวดี	2.51-3.25	94	67.00
สัมพันธภาพในครอบครัวดีน้อย	1.76-2.50	14	10.00
สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี	1.00-1.75	0	0.00
รวม		140	100.00

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมทางเพศ สัมพันธภาพในครอบครัวและผลต่อการตั้งครรภ์ในสตรีวัยรุ่น ผลการศึกษา พบว่า สัมพันธภาพของคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับผลต่อ

การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ ($r=.275$, $p<.01$) และค่านิยมทางเพศไม่มีความสัมพันธ์กับผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ ($r=-.041$, $p<.01$) (ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างค่านิยมทางเพศ สัมพันธภาพในครอบครัวกับผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ (n=140)

ตัวแปร	ผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นที่มาฝากครรภ์ (r)
ค่านิยมทางเพศ	-.041
สัมพันธภาพในครอบครัว	.275**

** $p<.01$

การอภิปรายผล

ค่านิยมทางเพศ พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีค่านิยมทางเพศอยู่ในระดับเป็นกลาง ($X=2.63$, $S.D.=0.23$) และเมื่อจำแนกรายด้าน 3 อันดับแรกที่มี

ค่าเฉลี่ยในระดับทางบวกที่เหมาะสม ได้แก่ ค่านิยมด้านนิยมนามรุนแรง ค่านิยมด้านการเก็บแค้น และค่านิยมด้านการเปลี่ยนคู่นอน ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคู่รักเพียงคนเดียวและมีเพศสัมพันธ์



เนื่องจากความรัก จึงส่งผลให้ค่านิยมทั้งมีค่าเฉลี่ยในระดับทางบวกที่เหมาะสมและสำหรับรายด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำและอยู่ในระดับกลาง คือ การเลียนแบบกระแสสังคม โดยพบว่า มีค่านิยมทางเพศในทิศทางลบที่อยู่ในระดับเป็นกลาง ได้แก่ “การเลียนแบบการแต่งตัวตามวัฒนธรรมของเกาหลีเป็นที่โดดเด่นในวัยรุ่น” “สื่อ คลิปวิดีโอและละครภาพยนตร์ ภาพและเสียง เป็นสื่อที่วัยรุ่นนิยมใช้กระตุ้นอารมณ์ทางเพศ” “การมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนหรือคนรักระหว่างเรียนเป็นเรื่องธรรมดาของวัยรุ่น” “การจับมือถือแขนกับคู่รักในที่สาธารณะเป็นเรื่องธรรมดาของวัยรุ่น” อาจเป็นเพราะปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงในหลายๆด้าน โดยเฉพาะด้านการสื่อสารที่ทำให้สังคมไทยรับวัฒนธรรมต่างชาติรวมถึงค่านิยม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่รวดเร็วทำให้ค่านิยมทางเพศของวัยรุ่นในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรมองเห็นว่าเป็นเรื่องปกติ และเมื่อพิจารณาค่านิยมทางเพศในทิศทางลบที่อยู่ในระดับบวก ได้แก่ ค่านิยมด้านการเก็บแค้น ค่านิยมด้านการเปลี่ยนคู่นอน ซึ่งสอดคล้องกับสุนีย์ กันแจ่ม (2561) พบว่า การที่วัยรุ่นมีทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกต้อง เห็นการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเป็นเรื่องธรรมดา มีทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์แบบเสรีนิยม การใช้สารเสพติด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการดูรูปโป๊หรือสื่อลามกที่จํานำไปสู่การอยากรู้ยากลอง อาจเป็นเพราะสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปทำให้วัยรุ่นมีการเลียนแบบการแต่งกาย

และพฤติกรรมการแสดงออกต่างๆของวัฒนธรรมต่างชาติได้

สัมพันธภาพในครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก โดยพบว่า สัมพันธภาพในระดับดีมากที่สุด “ฉันรักทุกคนในครอบครัว” “เมื่อเกิดปัญหาขึ้นในครอบครัวฉันและคนในครอบครัวจะร่วมกันวางแผนก่อนลงมือแก้ปัญหา” “เมื่อฉันหมดกำลังใจทำอะไรไม่ถูกคนในครอบครัวของฉันจะให้กำลังใจให้ฉันต่อสู้ต่อไป” “เวลาที่มีใครในครอบครัวประสบปัญหา ทุกคนในครอบครัวของเราสามารถพึ่งพาอาศัยกันได้” สอดคล้องกับฉัตรจงกล ตุลยนิษกะ และคณะ (2560) พบว่า สตรีวัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัวจะเผชิญผลกระทบจากการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรอยู่ในระดับที่เหมาะสมมากกว่าสตรีวัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว กล่าวคือ สตรีวัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะสามารถเผชิญหน้าปรับตัวรับมือกับผลที่เกิดจากการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรโดยรวมได้ระดับสูงกว่าสตรีวัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัว ครอบครัวที่มีความใกล้ชิดกัน เข้าใจกัน ห่วงใยอาหารซึ่งกันและกัน ส่วนใหญ่สามารถเปิดเผยพูดคุยให้ครอบครัวทราบเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวรวมทั้งเรื่องความรักและครอบครัวก็ยอมรับฟังความคิดเห็นและเหตุผล

การศึกษาผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้ผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถเผชิญกับ

ผลกระทบของการตั้งครรภ์ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวโดยภาพรวม อยู่ในระดับดีมาก กล่าวคือ เมื่อสมาชิกในครอบครัวประสบปัญหา ทุกคนในครอบครัวสามารถพึ่งพาอาศัยกันได้ และเมื่อหมดกำลังใจทำอะไรไม่ถูกสมาชิกในครอบครัวจะทำให้กำลังใจให้ต่อสู้ต่อไป จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถปรับตัวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจซึ่งสอดคล้องกับ ฉัตรจงกล ตุลยนิษกะ และคณะ (2560) พบว่า ผลของการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของสตรีวัยรุ่นใน จ.พัทลุง โดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงสุด ได้แก่ ด้านครอบครัว รองลงมา ได้แก่ ด้านร่างกายและด้านจิตใจ

เมื่อพิจารณาผลกระทบต่อการตั้งครรภ์รายด้านพบว่า ผลของการตั้งครรภ์ด้านร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับมาก กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถเผชิญผลของการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เกี่ยวกับการดูแลตัวเองขณะตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม ดังข้อมูลที่พบว่า เมื่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ทราบว่า ตั้งครรภ์จะรีบไปพบแพทย์เพื่อฝากครรภ์ และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกับ ฉัตรจงกล ตุลยนิษกะ และคณะ (2560) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติต่อการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก สตรีวัยรุ่นส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ได้รับความยินดีจากครอบครัวหรือสามี เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์และเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ครอบครัวหรือสามีพยายาม

หาคำตอบมาให้ เนื่องจากสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผน ไม่พร้อมจะมีบุตร แต่เมื่อการตั้งครรภ์ได้รับการยอมรับจากฝ่ายชายและครอบครัว จะส่งผลให้สตรีวัยรุ่นมีการปรับตัวในบทบาทของมารดาได้ดียิ่งขึ้นหรือไม่ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ จะพบว่า สตรีวัยรุ่นที่ศึกษาในครั้งนี้ก็ต้องเผชิญกับปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่พอใจกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดจากการตั้งครรภ์ เช่น ขนาดของหน้าท้องที่ใหญ่ขึ้น การมีฝ้าขึ้นบนใบหน้า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุการตั้งครรภ์แรก อยู่ระหว่าง 14-19 ปี ซึ่งจัดอยู่ในวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่สุดช่วงหนึ่งของชีวิต เป็นวัยที่คาบเกี่ยวระหว่างความเป็นเด็กและความเป็นผู้ใหญ่ เมื่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ย่อมส่งผลต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ให้มีความแปรปรวนและหงุดหงิดง่าย

ผลของการตั้งครรภ์ด้านจิตใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง กล่าวคือ สตรีวัยรุ่นสามารถเผชิญกับผลของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับความรู้สึกที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีต่อตัวเองขณะตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ ฉัตรจงกล ตุลยนิษกะ (2560) พบว่า สตรีวัยรุ่นมีเจตคติต่อการตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่น ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากความรัก แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ จะพบว่า สตรีวัยรุ่นที่ศึกษาในครั้งนี้ เมื่อการตั้งครรภ์ โดยไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นส่งผลทำให้สตรีวัยรุ่นส่วนใหญ่เสียโอกาสในการศึกษาต่อและออกจากสถานศึกษา โดยส่วนใหญ่สตรีวัยรุ่นได้รับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นเท่านั้น



ผลของการตั้งครรรค์ด้านครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับมาก กล่าวคือ สตรีวัยรุ่นสามารถเผชิญกับผลของการตั้งครรรค์ก่อนวัยอันควรเกี่ยวกับการได้รับการดูแลเอาใจใส่ของครอบครัวและสามีขณะตั้งครรรค์ได้อย่างเหมาะสม ดังข้อมูลที่พบว่า สตรีวัยรุ่นส่วนใหญ่เมื่อตั้งครรรค์จะได้รับการยอมรับและได้รับความรักจากครอบครัวหรือสามีในขณะตั้งครรรค์ สตรีวัยรุ่นส่วนใหญ่เมื่อเกิดความกังวลใจเกี่ยวกับการตั้งครรรค์อันเนื่องจากยังขาดวุฒิภาวะทางอารมณ์ในการแก้ปัญหาต่างๆทั้งทางด้านร่างกายที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่พอใจกับการเปลี่ยนแปลงรวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจ สตรีวัยรุ่นต้องเผชิญกับภาวะความเครียดและความกดดันต่างๆจากการตั้งครรรค์และต้องยุติการศึกษา ครอบครัวก็จะให้กำลังใจและปลอบโยนเสมอ ลักษณะของสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี คือ การติดต่อสื่อสารกันอย่างดี และการมีสมรรถนะในการจัดการกับวิกฤตการณ์ของครอบครัวได้ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมทางเพศ สัมพันธภาพในครอบครัวและผลกระทบต่อการตั้งครรรค์ของสตรีวัยรุ่น

จากผลการวิจัย พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลกระทบต่อการตั้งครรรค์ของสตรีวัยรุ่น กล่าวคือ สตรีวัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว จะเผชิญผลกระทบจากการตั้งครรรค์ที่ไม่พึงประสงค์ อยู่ในระดับที่เหมาะสมมากกว่าสตรีวัยรุ่นที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว (Crandall, 1980) หากสัมพันธภาพในครอบครัวของ

หญิงตั้งครรรค์ดีในด้านการแสดงบทบาทด้านอารมณ์ ด้านการสื่อสารและด้านการถ่ายทอดความรู้สึกการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี จะช่วยให้หญิงตั้งครรรค์รู้สึกว่าคุณเองไม่โดดเดี่ยว มีคนรอบข้าง มีสิ่งผูกพันยึดมั่นช่วยเหลือในการแก้ปัญหา เป็นกำลังใจทำให้เพิ่มความสามารถในการเผชิญต่ออุปสรรคต่างๆและปรับตัวเข้ากับบทบาทได้ สอดคล้องกับคำกล่าวของโอเร็ม (Orem, 1995) ที่กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและมีผลต่อการปรับตัวของบุคคลเนื่องจากครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญในการช่วยเสริมสร้างและสนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหา หรือความเครียดต่างๆที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา - ของฉัตรจงกล ตูลยนิชกะ (2560) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลของการตั้งครรรค์ก่อนวัยอันควร ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว

ค่านิยมทางเพศกับผลกระทบต่อการตั้งครรรค์ของสตรีวัยรุ่น ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า สตรีตั้งครรรค์วัยรุ่น มองว่าพฤติกรรมต่างๆที่ตนเองปฏิบัติอยู่เป็นค่านิยมที่เป็นปกติในคนรุ่นเดียวกันกับตน และในงานวิจัยนี้ พบว่าภาพรวมค่านิยมทางเพศจะอยู่ในระดับกลาง จึงไม่ส่งผลกระทบต่อการตั้งครรรค์ของสตรีวัยรุ่น ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า สตรีตั้งครรรค์วัยรุ่นมองว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติตามค่านิยมทางเพศในสังคม เนื่องจากมองว่า พฤติกรรมต่าง ๆ ที่ตนเองปฏิบัติอยู่เป็นสิ่งที่ปกติสอดคล้องกับงานวิจัยของประชิด สุขอนันต์และคณะ (2562) เห็นได้



จากผลการศึกษาในข้อความค่านิยมทางเพศ "การมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนหรือคนรักระหว่างเรียนเป็นเรื่องธรรมดาของวัยรุ่น" และ "การจับมือถือแขนกับคู่รักในที่สาธารณะเป็นเรื่องธรรมดาของวัยรุ่น" ปัจจุบันสังคมมีการเปลี่ยนแปลง เริ่มมีการยอมรับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมากขึ้น รวมถึงครอบครัวซึ่งเป็นสถาบันหลักมีความเข้าใจและให้การดูแลเอาใจใส่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมากขึ้น โรงเรียนและสถาบันการศึกษาต่างๆ เริ่มมีการกำหนดแนวทางให้คำปรึกษาแก่นักเรียนนักศึกษาที่ตั้งครรภ์ขณะกำลังศึกษาไม่จำเป็นต้องให้ออกจากการศึกษา รวมถึงโรงพยาบาลต่าง ๆ ให้ความสำคัญแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมากขึ้น จัดให้มีคลินิกที่ให้บริการแก่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยเฉพาะ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและสื่อในปัจจุบัน ทำให้วัยรุ่นในปัจจุบันมีความรู้ทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมากขึ้น การเข้าถึงบริการทางอินเทอร์เน็ต การได้รับข้อมูลข่าวสารได้รวดเร็ว ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา พบว่า สตรีวัยรุ่นส่วนใหญ่สามารถเผชิญกับผลของการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรได้อย่างเหมาะสมทุกด้าน และผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อผลของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของสตรีวัยรุ่นโดยเฉพาะสัมพันธภาพในครอบครัว ดังนั้นในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรจึงควรเน้นการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ และควรมี

การปลูกฝังค่านิยมทางเพศที่เหมาะสมให้แก่กลุ่มวัยรุ่นเนื่องจากผลของการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าค่านิยมทางเพศอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งค่านิยมที่ไม่เหมาะสมอาจจะนำไปสู่การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน หัวหน้าแผนกฝากครรภ์ เจ้าหน้าที่และกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลกระทุ่มแบน รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล และท้ายที่สุดขอขอบคุณมหาวิทยาลัยสยามที่ได้ให้การสนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- ฉัตรจงกล ดุยนิษกะและวิรัชยา เจียวักก. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลของการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของสตรีวัยรุ่นในจังหวัดพัทลุง. สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
- ธีรวิมล เอกะกุล. (2543). ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. คณะครุศาสตร์สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี. อุบลราชธานี.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ประชิด สุขอนันต์, เฉลียว บุรีภักดี และสุมาลี พงศ์ติยะไพบุลย์. (2562). การพัฒนาค่านิยมและพฤติกรรมรักนวลสงวนตัวโดยการคิดเชิงระบบเสริมด้วยการกระจำค่านิยมและการสร้างพลังอำนาจแห่งตนของนักเรียนหญิงมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดเพชรบุรี. วารสารสมาคมนักวิจัย. 24(1): 136-150.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.



สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560).

ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559.พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: เทพเพ็ญวานิชย์.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560).

รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น พ.ศ. 2560. เข้าถึงจาก rh.anamai.moph.go.th/web-upload.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563).

รายงานประจำปี 2563 สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. เข้าถึงจาก rh.anamai.moph.go.th/web-upload.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563).

รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น พ.ศ. 2563. เข้าถึงจาก rh.anamai.moph.go.th/web-upload.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564).

รายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์ตัวชี้วัดอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2564. เข้าถึงจาก rh.anamai.moph.go.th/web-upload.

สุนีย์ กันแจ่ม. (2561). การพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นชายกับเพื่อนหญิง. *ดุชนิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*.

Crandall, R. C. (1980). *Gerontology: A Behavioral Science Approach*. Massachusetts: Addison-Wesley.

Orem, D.E. (1995). *Nursing Concepts of practice*. ST.Loious: Mosby-year book.

World Health Organization. (2018). World Hwalth Statistics 2018. Retrieved December 26, 2021. From <https://who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/6-june-18108-world-health-statistics-2018.pdf>.



ภาวะสุขภาพชายวัยทอง: บทบาทพยาบาล

Health Problems Among Andropause: Role of Nurse

Received: April 29, 2021

Revised: November 1, 2021

Accepts: November 15, 2021

ปัทมทัต จันทพานิช (พย.ม.)¹ ยูวดี งอมสงัด (พย.ม.)²

Pannathat Chanpanit (M.N.S) Yuwadee Ngomsangad (M.N.S)

นารัก จูดาบุตร (สม.)³

Naruk Judabood (M.P.H.)

บทคัดย่อ

กลุ่มชายวัยทองคือชายที่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 40 – 59 ปี ซึ่งในกลุ่มช่วงวัยดังกล่าวนี้จะมีระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในร่างกายที่ลดลงเรียกว่ามีภาวะ Androgen deficiency จะมีผลต่อร่างกายได้แก่ สมรรถภาพทางกายลดลง ขาดความกระฉับกระเฉง ความสามารถในการเล่นกีฬาลดลง อ่อนเพลียง่าย โมโหง่าย มีอาการร้อนวูบวาบตามตัว น้ำหนักลด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง และสมรรถภาพทางเพศลดลง ด้วยกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นดังกล่าวนี้นี้ทำให้ผู้ชายวัยทองสูญเสียความมั่นใจในตนเอง ซึ่งส่งผลต่อบุคลิกภาพและคุณภาพชีวิต กลุ่มอาการในภาวะ Androgen deficiency มีลักษณะอาการคล้ายกับวัยผู้หญิงที่อยู่ในช่วงวัยหมดประจำเดือน ด้วยสาเหตุที่คนส่วนใหญ่คิดว่าอาการเหล่านี้เกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ดังนั้นจึงมีคนรู้จักกลุ่มอาการแสดงในช่วงวัยทองของเพศชายมีจำนวนน้อย ซึ่งทำให้กลุ่มชายวัยทองขาดความรู้ความเข้าใจและขาดการตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง จากปัญหาสุขภาพในชายวัยทองนั้นเจ้าหน้าที่พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจในกลุ่มวัยดังกล่าว เพื่อให้การดูแลสุขภาพทางการแพทย์ ให้การปรึกษาและคำแนะนำในการดูแลสุขภาพของชายกลุ่มวัยทองนี้ได้อย่างถูกต้องเพื่อการส่งเสริมให้กลุ่มชายวัยทองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ชายวัยทอง, พฤติกรรมสุขภาพ, บทบาทพยาบาล

¹อาจารย์ประจำ สาขาวิชา การพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา, Thailand

Corresponding author: cnu2563@gmail.com

^{2,3}อาจารย์ประจำ สาขาวิชา การพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา



Abstract

The andropause is a group of males who have aged from 40 to 59 years old. They were low levels of testosterone hormone that is called androgen deficiency. It affected to body functions including reduced physical fitness, lack of enthusiasm, decreased ability of sport playing, fatigue, being angry easily, hot flushed, weight loss, decreased muscle strength, and impotence. These symptoms caused the males to lose their self-confidence, that affected their personalities and quality of their lives. The symptoms of androgen deficiency is similar to menopause symptoms of females. Most people knew signs and symptoms of menopause among females more than signs and symptoms of androgen deficiency symptoms among males. Therefore, most of andropause are lack of knowledge and understanding of signs and symptoms of androgen deficiency and lack of their selfcare awareness. As result of health problems among andropause, health care providers should have knowledge and understanding of signs and symptoms of androgen deficiency in such aged group for providing medical care, consulting, and suggestion in order to encouraging andropause to have a better quality of life.

Keywords: Andropause, Health of Behavior, Role of nurse

ความเป็นมาและความสำคัญ

ผู้ชายวัยทอง หมายถึง ผู้ชายที่มีอายุระหว่าง 40 - 59 ปี อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและตอนปลาย ซึ่งร่างกายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยเฉพาะการลดลงของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในเพศชาย ซึ่งจะเริ่มลดลงเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป โดยระดับของฮอร์โมนเพศชายจะลดลงประมาณร้อยละ 1 ต่อปี (Jakiel, Makara-Studzinska, Ciebia, & Slabuszewska-Józwia, 2015) ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น กล้ามเนื้อ

ลีบหรือแฟบไม่ค่อยมีแรง ปวดเมื่อยโดยไม่ทราบสาเหตุ มีอาการร้อนวูบวาบ ตามร่างกายมีความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ กล่าวคือ อวัยวะสืบพันธุ์มีขนาดเล็กลง เกิดภาวะต่อมลูกหมากโต ทำให้ปัสสาวะขัดหรือปัสสาวะแบบกะปริดกะปรอย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดเมื่อยตามร่างกาย ข้อและกระดูกพรุน เข้าสู่ภาวะอ้วนลงพุง เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (ศุภพงษ์ ตันทุสุทรานนท์, 2560; Al-Sejari, 2013)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ หงุดหงิดง่าย ความจำเสื่อม สมาธิน้อยลง ซึมเศร้า กลัวหรือตื่นตกใจง่าย ทำอะไรมักขาดเหตุผล จากผลการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ชายวัยทองในประเทศไทยที่มีอายุ 40-59 ปี จำนวน 5,493 คนพบว่า มีกลุ่มอาการฮอร์โมนเพศชายบกพร่อง ร้อยละ 76 มีความเครียด ร้อยละ 50 มีปัญหาต่อมลูกหมากโต ร้อยละ 33 การหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 32 มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ร้อยละ 28 และอ้วนอีก ร้อยละ 4 และยังขาดการรับรู้ในการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทางคลินิก รวมทั้งเข้ารับการปรึกษาในปัญหาสุขภาพตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุขน้อย ร้อยละ 17.99 (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2560; Yuk Yee Yan., 2015) ส่วนทางด้านภาวะสุขภาพในระยะยาว อาจก่อให้เกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะกระดูกพรุน ระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อเสื่อม ชายวัยทองส่วนใหญ่เป็นวัยที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญและ การบริหารงานส่วนต่าง ๆ ในองค์กร เป็นทั้งผู้นำ ครอบครัวและกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนภาวะ เศรษฐกิจภายในประเทศ จากการสำรวจปัญหาสุขภาพ ของกลุ่มวัยนี้ พบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพต่าง ๆ ตามมา โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2560; Masomeh et al., 2018)

ดังนั้นปัญหาด้านสุขภาพในช่วงวัยนี้มีความ สัมพันธ์เกี่ยวกับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนที่ลดต่ำลง เรียกว่า "Andropause Deficiency" ประกอบด้วย อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เหงื่อออกเยอะ ร้อนวูบวาบ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและสมรรถภาพลดลง

(Al-Sejari, 2013) คล้ายกับอาการวัยทองในเพศหญิง แต่ ลักษณะอาการเกิดในช่วงอายุที่ต่างกัน อีกทั้งในช่วง วัยดังกล่าวพบอัตราการเกิดโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นจากภาวะ ระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนที่ลดลงในร่างกาย ถึงร้อยละ 20 เรียกว่า "พาดาม" (Partial Androgen Deficiency of the Aging Male) (ธนบูรณ์ จุลยามิตร, บัณฑิต จันทะยานี, สายัณห์ สวัสดิ์ศรี, ชาตวิฑู คำชู, บัณฑิต กาญจนพยัคฆ์, 2560) ดังนั้นจากข้อมูลดังกล่าวมา จึงพบว่าการให้ความสำคัญในกลุ่มวัยเฉพาะจะสามารถ เข้าในในกลุ่มอาการเพื่อการวิเคราะห์ ประเมินภาวะ สุขภาพ วางแผนปัญหาสุขภาพ ตลอดจนให้คำแนะนำ ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจากการศึกษาและรวบรวมข้อมูล กลุ่มชายวัยทอง เมื่อมีสุขภาพสุขภาพยังขาดคลินิกเฉพาะ หรือกลุ่มงานที่ให้คำปรึกษาไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ การใช้ยาหรือการใช้ฮอร์โมนในการบำบัดรักษาทางการแพทย์ ประกอบกับกลุ่มชายวัยทองก็ยังลังเล อายุที่จะ ปรึกษาปัญหาสุขภาพของตนและการเข้าถึงคลินิกเฉพาะ ทางด้านวัยทองในเพศชายยังมีน้อย ซึ่งอาจจะทำให้ ปัญหาสุขภาพไม่ได้รับการส่งเสริมและดูแลไม่ตรงตาม ความต้องการ ฉะนั้นจากปัญหาภาวะสุขภาพนี้ ในกลุ่ม งานของพยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจที่มี ลักษณะเฉพาะ มีความเข้าใจในปัญหาสุขภาพที่หลายช่วง วัยโดยเฉพาะกลุ่มชายวัยทองที่มีลักษณะของฮอร์โมนเข้า มาเกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์บทความ

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพในด้านต่าง ๆ ที่ส่งผล กระทบต่อชายวัยทอง



2. เพื่อศึกษาลักษณะอาการทางคลินิกเฉพาะที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพชายวัยทอง
3. เพื่อศึกษากลุ่มโรคที่พบในชายวัยทองและบทบาทของพยาบาลในการดูแลภาวะสุขภาพของชายวัยทอง
4. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผน และปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลสุขภาพชายวัยทอง

ภาวะสุขภาพในกลุ่มประชากรชายวัยทองด้านร่างกาย (Physical)

เพศชายเมื่ออย่างเข้าสู่วัยทองส่งผลทำให้ลูกอัณฑะผลิตฮอร์โมนเพศชายลดลงจะส่งผลให้การทำงานของอวัยวะสำคัญต่าง ๆ ที่ถูกควบคุมโดยฮอร์โมนเพศชายเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เห็นได้ชัดเจนคือการลงพุงเนื่องจากการเผาผลาญไขมันลดลงทำให้มีไขมันส่วนเกินสะสมโดยเฉพาะบริเวณหน้าท้องและลำตัวกล่ำเนื้อลิบเล็กลง ความแข็งแรงลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและการไหลเวียนโลหิต เช่น มีอาการเหนื่อยง่าย หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น เหงื่อออกตามมือ ร้อนวูบวาบตามร่างกาย มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจากการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในกระแสเลือดทำให้ผนังเส้นเลือดแดงแข็งตัว มีการตีบตันถ้าเกิดที่หัวใจจะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ และเกิดกระดูกพรุน กระดูกหักง่าย โดยเฉพาะที่กระดูกต้นขาหรือกระดูกปลายแขน หากหักล้มความสูงจะลดลง หลังโก่งเนื่องจากกระดูกสันหลังบางมากจนเกิดการทรุดตัว (ธนบุรณ์ จุลยามิตรและคณะ, 2560) ฉะนั้นหากกล่าวโดยภาพรวมแล้ว ภาวะการ

เปลี่ยนแปลงตามช่วงวัยส่งผลให้หลอดเลือดแข็งตัว มีแนวโน้มในเรื่องของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างได้แก่ ภาวะอ้วน มีค่า BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 30 kg/m^2 (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2560; Jakiel et al, 2015) ร่วมกับการมีการสะสมของ Cholesterol และ Triglyceride ระดับ HDL (High Density Lipoprotein) ในร่างกายลดลง LDL (Low Density Lipoprotein) เพิ่มขึ้นจากปัญหาสุขภาพที่ดี จึงทำให้เกิดโรคเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มมากขึ้น (ธนบุรณ์ จุลยามิตรและคณะ, 2560; ฐิติพร โยทาพันธ์, 2564)

เมื่ออายุ 40 ปี ขึ้นไป ร่างกายจะมีการผลิตฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน ซึ่งมีความสำคัญต่อลักษณะทางกายภาพ สรีระวิทยาของเพศชาย หากการผลิตฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน ลดลงร้อยละ 30 หรือลดต่ำลงในอัตราส่วน ร้อยละ 1-2 ต่อปี โดยแบ่งเป็นเกณฑ์ของช่วงอายุ 40-49 ปี และอายุ 50-59 ปี พบการลดลงของระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน อยู่ที่ร้อยละ 0.1 และ 0.6 ตามลำดับ ซึ่งจากการที่ผลิตฮอร์โมนเพศชายลดลงถึงร้อยละ 95 โดยการสร้างจาก Leydig cell ที่อยู่ใน Testis ควบคุมโดย Luteinizing Hormone (LH) ซึ่งสร้างจาก Anterior Pituitary Gland ภายใต้การควบคุมของ GnRH (Gonadotropin Releasing Hormone) ที่สร้างจากสมองส่วน Hypothalamus ในส่วน ของ Adreno corticotrophic hormone (ACTH) ส่งผลต่อการกระตุ้นต่อมหมวกไตมีส่วนสำคัญในการสร้าง Dehydroepiandrosterone (DHEA) (ธนบุรณ์ จุลยามิตรและคณะ, 2560) จากสาเหตุดังกล่าว ส่งผลให้มีความเสี่ยงในด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้ร่างกาย

เกิดภาวะ Androgen deficiency เพิ่มปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะอ้วน โรคทาง Metabolic syndrome ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดจากภาวะพร่องของ ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในร่างกาย เกิดกระบวนการ Oxidative Stress ในร่างกาย ร่วมกับภาวะ Inflammatory Factors Proliferation ส่งผลกระทบต่อการทำงานของ Endothelial dysfunction ส่งผลต่อการเสื่อมแข็งของหลอดเลือด เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ (Jakiel et al., 2015; นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2557; ฐิติพร โยทาพันธ์, 2564)

ด้านจิตใจ (Psychological)

กลุ่มชายวัยทอง เริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ได้ง่าย ด้วยภาระหน้าที่ต่าง ๆ ในสังคมที่ต้องเป็นผู้นำในหลายองค์กรที่มีการแข่งขันและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงก่อให้เกิดความเครียดวิตกกังวลหรือโดดเดี่ยวเป็นบางครั้ง ซึ่งพบว่ามีพฤติกรรมแสดงออกมาในเชิงลบ โดยพบการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจร้อยละ 36.6 อาจส่งผลกระทบต่อระดับความเชื่อมั่นในตนเอง เช่น ซึมเศร้า เครียด จนบางครั้งละเลยการเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง ฉะนั้นการดูแลสุขภาพในกลุ่มวัยนี้จึงมีความสำคัญไม่น้อยกว่ากลุ่มวัยทองในเพศหญิง (Menopause) (Jakiel et al., 2015; Al-Sejari, 2013)

ด้านสังคม (Social) และการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์

ชายวัยทองถึงแม้จะเป็นวัยที่ประสบผลสำเร็จในตำแหน่งหน้าที่การงานที่มั่นคง บางคนมีฐานะตำแหน่งทางสังคมที่ดี และเป็นนักบริหารในหลาย ๆ องค์กรทั้งในและต่างประเทศ เมื่อช่วงระยะของชีวิตดำเนินเข้าสู่วัยทอง ก็ย่อมส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพและการดำเนินชีวิต

ในประจำวัน โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงในระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในร่างกาย ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้อลีบ สมรรถภาพทางเพศลดน้อยลง สูญเสียความมั่นใจ บางครั้งหงุดหงิดง่าย และทำให้สัมพันธภาพในการทำงานกับเพื่อนร่วมงาน เกิดความบกพร่องได้ ดังนั้นผู้ชายวัยทองจะขาดความสนใจทางเพศไม่มีความต้องการทางเพศมีปัญหาเรื่องการแข็งตัวของอวัยวะเพศแม้ว่าปัญหานี้จะมีความสัมพันธ์กับการขาดฮอร์โมนแต่ก็มีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางเพศอาจมีสาเหตุมาจากผลภาวะของสิ่งแวดล้อม ภาวะเครียดทั้งจากการทำงานต่อสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในชายวัยทองจะมีความกดดันทางสังคมที่ต้องเป็นผู้นำในครอบครัว ผู้นำในสังคม มุ่งมั่นการทำงานโดยลืมคำนึงถึงการดูแลตัวเอง การทำงานหนักโดยพักผ่อนไม่เพียงพอ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ภาวะทุพโภชนาการขาดการออกกำลังกาย (Jakiel et al., 2015)

กลุ่มอาการทางคลินิกของชายวัยทอง

กลุ่มอาการทางคลินิกที่มักพบในชายวัยทอง ได้แก่ ความเครียด หงุดหงิดง่าย อารมณ์ฉุนเฉียว เหงื่อออกมาก สมาธิลดลง นอนไม่ค่อยหลับ สมรรถภาพด้านร่างกายลดลง โครงสร้างด้านร่างกาย เช่นกระดูกต่าง ๆ เริ่มเสื่อมถอย (แม้จะไม่ชัดเจนเท่าผู้หญิง) การเผาผลาญไขมันลดลง ทำให้มีไขมันส่วนเกินได้ง่าย ดังนั้น ชายวัยทองจึงมักเจอปัญหาการลงพุง กล้ามเนื้อลีบ ความทรงจำเริ่มลดลง ผมบาง (เจน โสธรวิทย์ และโกวิทย์ คำพิทักษ์, 2557) หรือมีอาการเบื่อหน่าย ร้อนวูบวาบตามตัว (Hot flashes) ซึ่งลักษณะอาการดังกล่าวสามารถสรุปโดยใช้หลักวินิจฉัยโดย PADAM SCORE ซึ่งคิดค้นโดยทีม Psychology Department of



Bonphoras University Istanbul, Turkey โดยอาจแบ่งเป็น 4 อาการ ได้ดังนี้

1. อาการทางระบบประสาทและการไหลเวียนโลหิต (Vasomotor and nervous system) ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบตามตัว เหงื่อออก นอนไม่หลับ กลัวและหงุดหงิดง่าย
2. อาการทางจิตใจและสติปัญญา (Mood disorders and cognitive function) ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย ไม่มีเรี่ยวแรง อิดโรย ซึมขาดแรงจูงใจ ขาดกำลังใจ มีภาวะเก็บกด และมีคุณค่าในตนเองต่ำ ซ้ำกลัวและตกใจง่าย (Al-Sejari., 2013) ผลกระทบต่อความรู้เข้าใจปัญญาและอารมณ์ (Cognitive function & mood) พบว่าผู้ชายวัยทองอาจจะแสดงอาการอย่างหนึ่งอย่างใดหรือหลายอย่างจากภาวะความจำเสื่อมหลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ ไม่มีความเชื่อมั่นในตัวเอง ไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ซึมเศร้า กระวนกระวายง่าย มีอารมณ์โกรธและบ่นป่วน ขาดความสนุกสนาน มีความอดทนน้อย หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ อ่อนเพลียและเบื่ออาหาร (ธนบุรณ์ จุลยามิตร และคณะ, 2560)
3. อาการทางด้านร่างกาย (Physical) โดยเฉพาะทางระบบกล้ามเนื้อ (Muscular system) ได้แก่ พลังงานทางกายภาพลดลง มวลของกล้ามเนื้อลดลง (Al-Sejari., 2013) การที่ลูกอัณฑะผลิตฮอร์โมนเพศชายลดลง ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะสำคัญต่าง ๆ ที่ถูกควบคุมโดยฮอร์โมนเพศชายเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดเจน

คือการลงพุงเนื่องจากการเผาผลาญไขมันลดลง ทำให้มีไขมันส่วนเกินสะสมโดยเฉพาะบริเวณหน้าท้องและลำตัว กล้ามเนื้อลีบเล็กลง แข็งแรงน้อยลง เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทและการไหลเวียนโลหิต เช่น มีอาการเหนื่อยง่าย หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น เหงื่อออกตามมือ ร้อนวูบวาบตามร่างกาย มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจจากการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในกระแสเลือดทำให้ผนังเส้นเลือดแดงแข็งตัว มีการตีบตัน ถ้าเกิดที่หัวใจก็จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ สูญเสียเนื้อกระดูกเกิดภาวะกระดูกพรุนกระดูกหักง่ายโดยเฉพาะที่กระดูกต้นขาหรือกระดูกปลายแขนเมื่อเวลาหกล้มความสูงจะลดลง หลังโก่งเนื่องจากกระดูกสันหลังบางมากจนเกิดการหักทงุด (ธนบุรณ์ จุลยามิตรและคณะ, 2560)

4. อาการทางด้านเพศ (Sexuality) มีลักษณะอาการทางคลินิก คือ ให้ความสนใจในเรื่องเพศลดน้อยลง ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง สูญเสียหน้าที่ในการแข็งตัวของอวัยวะเพศ รวมทั้งประสิทธิภาพในการมีเพศสัมพันธ์ลดลงและการหลั่งอสุจิในขณะมีเพศสัมพันธ์น้อยลง ส่งผลต่อความใคร่ในด้านอารมณ์ลดลงด้วย (ธนบุรณ์ จุลยามิตรและคณะ, 2560; Masomeh, Mahmoudi, Golitaleb, Mohammad, Davood, & Vakilian, 2018) ผู้ชายวัยทองจะขาดความสนใจทางเพศ ไม่มีความต้องการทางเพศ มีปัญหาเรื่องการแข็งตัวของอวัยวะเพศ ซึ่งอาจ

มีความสัมพันธ์กับการขาดฮอร์โมนแต่ก็มีปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางเพศ มีสาเหตุมาจากมวลภาวะของสิ่งแวดล้อม ภาวะเครียดทั้งจากการทำงานต่อสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะในชายวัยทองจะมีความกดดันทางสังคมที่กำหนดให้ชายต้องเป็นผู้นำในครอบครัว ผู้นำในสังคม มุ่งการทำงานโดยลืมนึกถึงการดูแลตัวเอง การทำงานหนัก โดยพักผ่อนไม่เพียงพอ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ภาวะทุพโภชนาการ ขาดการออกกำลังกาย ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อสมรรถภาพทางเพศทั้งนั้น (ธนบุรณ์ จุลยามิตรและคณะ, 2560: สุนีย์ ละกำป็น, 2561)

กลุ่มโรคที่พบบ่อยจากภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย

1. ภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) กล่าวคือ ภาวะกระดูกพรุนจะเริ่มต้นภาวะกระดูกบาง (Osteopenia) ก่อนถ้าความรุนแรงมากขึ้นโดยมีภาวะกระดูกบางมากขึ้นก็จะเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า “กระดูกพรุน” สำหรับกลไกการเกิดภาวะนี้สรุปได้ว่าเริ่มจากระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนลดลงแล้วทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลระหว่างเซลล์สร้างกระดูก (Osteoblast) และเซลล์ทำลายกระดูก (Osteoclast) จึงทำให้เกิดภาวะกระดูกบางและกระดูกพรุนตามลำดับถ้าเป็นกระดูกสันหลัง อาจทำให้กระดูกสันหลังยุบตัวลงแล้วทำให้ความสูงลดลงรวมทั้งทำให้เกิดลักษณะหลังโก่งถ้าเกิดที่กระดูกสะโพกและที่กระดูกปลายแขนขา ก็อาจทำให้กระดูกหักได้ง่ายเมื่อหกล้มกันกระแทกพื้นหรือหกล้มแล้วเอามือยันพื้นรวมทั้งถูกแรงกระแทกจากปัจจัยภายนอก อย่างไรก็ตามภาวะกระดูกพรุนนี้ อาจมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องอีกมากมาย อาทิ โรคต่อมธัยรอยด์เป็นพิษ

โรคเบาหวาน โรคโลหิตจาง โรคตับเรื้อรัง โรคทางเดินอาหาร ยาบางชนิด การนั่งทำงานอยู่กับที่ การออกกำลังกายมากเกินไป สำหรับปัจจัยทางโภชนาการที่ส่งเสริมให้เกิดกระดูกพรุน ได้แก่ การรับประทานอาหารประเภทแคลเซียมและวิตามินดีไม่เพียงพอแต่รับประทานอาหารจำพวกโปรตีน เกลือ อาหารจำพวกเส้นใย (Fiber) และกาแฟมากเกินไป รวมทั้งการสูบบุหรี่และการดื่มสุราก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะกระดูกบางและกระดูกพรุนได้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560; สุนีย์ ละกำป็น, 2561)

2. ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease) และโรคทางสมองและหลอดเลือด (Cerebrovascular disease) เพิ่มขึ้นเนื่องจากการมีฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในระดับที่ต่ำจะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงไขมันในกระแสเลือด กล่าวคือเมื่อฮอร์โมนเพศชายลดต่ำลงส่งผลให้ระดับเอชดีแอลคอเลสเตอรอล (HDL-cholesterol) ซึ่งเป็นไขมันที่มีประโยชน์ต่อร่างกายและเป็นผู้ขจัดไขมันที่เป็นโทษออกจากร่างกายมีระดับต่ำลง แต่กลับทำให้ระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอล (LDL-cholesterol) ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride หรือ TG) และคอเลสเตอรอลรวม (Total Cholesterol หรือ TC) ซึ่งเป็นไขมันที่เป็นโทษต่อร่างกายกลับมีระดับเพิ่มขึ้นจึงส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมาเพราะการที่ระดับไขมันเอชดีแอลคอเลสเตอรอลลดลงทำให้ร่างกายไม่สามารถขจัดไขมันอันตรายได้ ส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพของเส้นเลือดแดงเกิดการแข็งตัว (Atherosclerosis) และเสียความยืดหยุ่นจนก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงซึ่งในระยะต่อมาอาจทำให้เส้นเลือดแดงค่อย ๆ ตีบลงถ้าเกิดกับเส้นเลือดแดงโคโรนารี (Coronary) ที่ไปเลี้ยงหัวใจ



อาจทำให้เกิดอาการเจ็บบริเวณหัวใจ (Angina Pectoris) หรือถ้าเกิดกับเส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมอง อาจทำให้เกิดภาวะ Stroke อีกทั้งหากเกิดการอุดตันของเส้นเลือดแดงหรือ ถ้าเป็นเส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจอาจทำให้เกิดภาวะ กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) และเสียชีวิตได้ ปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของกลุ่มวัยที่กล่าวมา (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2557; ธนบุรณ์ จุลยามิตรและคณะ, 2560; สุนีย์ ละกำป็น, 2561)

3. โรคเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (Erectile Dysfunction) ผลกระทบต่อบทบาททางเพศ (Sexual Function) ผู้ชายสูงอายุ ที่มี ระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนต่ำอาจแสดงออกถึงความต้องการทางเพศลดลง อารมณ์ทางเพศลดลง ความสามารถในการหลั่งน้ำอสุจิลดลงและภาวะองคชาตไม่สามารถแข็งตัวเมื่อมีเพศสัมพันธ์หรือไม่สามารถทรงอยู่ได้จนกระทั่งมีการหลั่งน้ำอสุจิที่เรียกว่า “หย่อนสมรรถภาพ” (Erectile Dysfunction หรือ Impotence) อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยอื่นอีกมากมายที่ทำให้บทบาททางเพศลดน้อยลงในวัยทอง เช่น ความชรา โรคเบาหวาน ความเครียด ความกังวลใจต่าง ๆ (Jakiel et al., 2015)

4. ต่อมลูกหมากโต (Benign Prostatic Hyperplasia) และการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหานี้มีความสัมพันธ์กับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนซึ่งจะแสดงให้เห็นโดยอาการผิดปกติทางระบบปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะขัด ปัสสาวะบ่อย หรือกะปริดกะปรอยและปัสสาวะไม่สุด และการศึกษาถึงภาวะสุขภาพของชายวัยทอง การรับรู้ภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชาย (ธนบุรณ์ จุลยามิตรและคณะ, 2560)

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพ

จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการเสียชีวิตด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประมาณ 320,000 คนต่อปีในประเทศไทย อัตราเฉลี่ยชั่วโมงละ 37 คน คิดอัตราเฉลี่ยชั่วโมงละ 37 คน (ปิยะสกล สกลสัตยาทร, 2018) ซึ่งพบอัตราการเกิดในกลุ่มชายวัยทอง (40-59 ปี) ในกลุ่มวัยดังกล่าวมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพในอนาคต (กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2019; Ito et al. (2013) จากข้อมูลดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงตามช่วงวัย ร่วมกับการลดลงของฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนและพฤติกรรมทางสุขภาพในเชิงลบ อาทิ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ออกงานสังคมเลี้ยงสังสรรค์บ่อยครั้ง ขาดการออกกำลังกาย (ธนบุรณ์ จุลยามิตรและคณะ, 2560) ดังนั้นพยาบาลจึงมีหน้าที่และบทบาทในการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพของกลุ่มชายวัยทอง มีรายละเอียดดังนี้

ด้านการส่งเสริมภาวะสุขภาพ

1. ด้านอายุรกรรม พยาบาลควรประเมินสุขภาพระบบหัวใจและหลอดเลือด ในกลุ่มชายวัยทอง และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือวิ่งสายพาน (EST: Exercise Stress Test) เป็นการประเมินหรือข้อบ่งชี้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจ ป้องกันอัตราการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559; ธนบุรณ์ จุลยามิตรและคณะ, 2560)

2. ด้านระบบทางเดินปัสสาวะ ชายวัยทองพบอัตราการป่วยด้วยต่อมลูกหมากโตหรือมะเร็ง

ต่อมลูกหมาก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมน เทสโทสเตอโรนที่ลดน้อยลงตามช่วงของอายุในเพศชาย ร่วมกับการได้รับอาหารประเภทไขมันน้อย การดูดซึม จากวิตามินเอนาล้าได้ลดลง พยาบาลควรดูแล ประเมิน ภาวะสุขภาพ ในเรื่องการตรวจต่อมลูกหมากโตหรือ มะเร็งต่อมลูกหมาก อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง แนะนำเรื่อง อาหารที่มีวิตามินเอสูง และการบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำ เพราะทำให้ลำไส้ดูดซึมวิตามินเอได้ดี เป็นปัจจัยที่ช่วยใน การลดอัตราการเกิดโรคต่อมลูกหมากโตหรือมะเร็งต่อม ลูกหมากได้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559; ธนบูรณ์ จุลยามิตรและคณะ, 2560)

3. พยาบาลควรบริหารจัดการวางแผนตาม ยุทธศาสตร์รายปีร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อออกแบบ แผนการปฏิบัติงานและสนับสนุนเผยแพร่ความรู้ให้แก่ กลุ่มชายวัยทอง

4. สนับสนุนและจัดตั้งคลินิกวัยทองใน สถานพยาบาลหรือระบบบริการในปฐมภูมิ ในการ ให้บริการ เพิ่มการเข้าถึงการรับบริการในกลุ่มชายวัยทอง ดำเนินการให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) หรือผู้ดูแล (Caregiver) ในการปฏิบัติงาน ดูแลผู้ป่วยในชุมชน รวมทั้งชักประวัติให้ความรู้ แนะนำ ให้การปรึกษาในกลุ่มรายบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559; กองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562)

5. ส่งเสริมหลักโภชนาการในกลุ่มชายวัยทอง โดยบริโภคอาหารถูกหลักโภชนาการ ในกรณีที่มีน้ำหนัก เกินหรืออ้วน และมีระดับไขมันในกระแสเลือดมากกว่า 220 มก/เดซิลิตร ควรลดการบริโภคเนื้อหมู เนื้อวัว และ งดบริโภคหนังไก่ หนังเป็ด บริโภคอาหารประเภทโปรตีน ที่มีกรดอะมิโน อาร์จินีน (Arginine) เป็นการกระตุ้นการ

หลังโกรทฮอร์โมน (Growth hormone) อาทิ ถั่วเหลือง งาขาว ปลาป่น ปลาทะเล ถั่วแดง ผลิตภัณฑ์จากนม เลือกรับประทานอาหาร ประเภทผัก ผลไม้ ข้าวไม่ขัดสี อาทิ ข้าวกล้อง เพื่อช่วยในการดูดซึมไขมันและน้ำตาลใน ลำไส้ รวมทั้งอาหารที่มีแคลเซียมสูง เพื่อป้องกันการ สูญเสียแคลเซียมของร่างกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์ก่อให้เกิด โรคกระดูกพรุนในชายวัยทอง ดังนั้นชายวัยทองควรได้รับ พลังงานวันละ 2000 kcal/day หรือ 2400 kcal/day (สำหรับผู้ใช้งาน) (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2561)

6. ดูแลส่งต่อกลุ่มชายวัยทองที่มีปัญหาสุขภาพ ไปยังโรงพยาบาลตามขั้นตอนระบบส่งต่อเพื่อการดูแล ที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งเสริมสนับสนุนประชากรชาย วัยทองให้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมสร้างเสริมสุขภาพ ติดตามผล พร้อมกับสรุปผลการดำเนินงานปัญหา อุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จและข้อเสนอแนะในโครงสร้าง แผนปฏิบัติงาน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559; กองทุนสนับสนุนการสร้าง เสริมสุขภาพ, 2562)

ด้านการป้องกันภาวะสุขภาพ

1. การให้ความรู้ เรื่องที่เกี่ยวข้องกับชายวัยทอง และการส่งเสริมสุขภาพชายวัยทอง
2. การให้บริการตรวจสุขภาพ ได้แก่ การซักประวัติ และตรวจร่างกายทั่วไป ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก ตรวจ ชีพจร วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต หาค่าดัชนีมวลกาย (BMI: Body Mass Index) ตรวจการ ไต ยีน วัดเส้นรอบเอว ตรวจการมองเห็น การ ตรวจอวัยวะระบบสืบพันธุ์ เช่น องคชาติ อัณฑะ ท่อน้ำเชื้อ สภาพถุงเลือดโป่งพอง ต่อมาน้ำเหลือง



บริเวณขาหนีบ และต่อมลูกหมาก การตรวจสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ฟันที่ต้องรักษา เหงือก ฟันปลอมชนิดถอดได้ และแผลในช่องปาก การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่สำคัญ ได้แก่ ความเข้มข้นเลือด น้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด ไตรกลีเซอไรด์ HDL-C, LDL-C, Creatinine, BUN, Uric acid, Bilirubin, Alk phos, SGOT (AST, SGPT (ALT, Testosterone, Estrogen / Progesterone, PSA และการตรวจอื่น ๆ เช่น คลื่นไฟฟ้าหัวใจ เอกซเรย์ปอด ความหนาแน่นกระดูก (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559; ธนบุรณ จุลยามิตร และคณะ, 2560)

3. การประเมินภาวะสุขภาพเพื่อประกอบการวินิจฉัย ตามแบบฟอร์มการประเมิน ได้แก่ แบบประเมินภาวะฮอร์โมนเพศชายบกพร่องโดยอาการทางคลินิก แบบประเมินการถ่ายปัสสาวะเพื่อวินิจฉัยความรุนแรงของต่อมลูกหมากโต แบบทดสอบสมรรถภาพทางเพศของผู้ชาย แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559)
4. การให้คำปรึกษา (Counseling) การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ความรู้ทางสื่อต่าง ๆ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ ได้แก่ สนทนากลุ่มผู้รับบริการ จัดให้มีกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย และแนะนำวิธีการออกกำลังกาย รวมทั้งสนับสนุนให้กลุ่มประชากรชายวัยทองเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน (สำนัก

ส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ด้านการรักษาภาวะสุขภาพทางการแพทย์

การให้คำแนะนำ ปรีกษาและดูแลให้การพยาบาลจำเป็นจะต้องดูแลควบคู่กับแนวทางการรักษาของแพทย์ ซึ่งในการรักษาแบบให้ฮอร์โมนทดแทนนั้น จำเป็นต้องอาศัยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในการตรวจวิเคราะห์ผลเลือด เพื่อวัดระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในกระแสเลือดชนิดรวมและ Sex Hormone Binding Globulin ในช่วงเวลา 07.00-11.00 น. โดยระดับเทสโทสเตอโรนมีการเปลี่ยนแปลงทุกสัปดาห์ ฉะนั้นควรแนะนำให้เจาะเลือด 2 ครั้ง ห่างกัน 1-2 สัปดาห์ ซึ่งนำผลการตรวจระดับฮอร์โมนมาพิจารณาในการใช้ฮอร์โมนบำบัดทางการแพทย์พยาบาล ดังนี้

- ถ้าฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน รวมมีค่ามากกว่า 12 นาโนโมลต่อลิตร หรือ 346 นาโนกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่าปกติ ไม่ต้องให้ฮอร์โมนทดแทน ต้องหาสาเหตุอื่น
- ถ้าฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน รวมมีค่าน้อยกว่า 8 นาโนโมลต่อลิตร หรือ 231 นาโนกรัมต่อเดซิลิตร ถือว่าพร่องฮอร์โมน ต้องให้ฮอร์โมนทดแทน (ศุภพงษ์ ดันทุสุทรานนท์, 2560)
- ถ้าฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน รวมมีค่าระหว่าง 8-12 นาโนโมลต่อลิตร จะต้องใช้ค่าฮอร์โมนอิสระมาพิจารณา ถ้ามีค่าน้อยกว่า 180 พิโกโมลต่อลิตร (หรือ 52 พิโกกรัมต่อมิลลิลิตร) ถือว่าพร่องฮอร์โมน ต้องให้ฮอร์โมนทดแทน แต่ถ้ามากกว่า 250 พิโกโมลต่อลิตร (หรือ 72 พิโกกรัมต่อ

มิลลิลิตร) ถือว่าปกติ (ศุภพงษ์ ตันสุทธานนท์, 2560)

ชายวัยทองเป็นวัยที่มีปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ทั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ บทบาททางสังคม ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง รวมทั้งโรคระบบประสาทอื่น ๆ กลุ่มอาการชายวัยทอง (อายุ 40- 59 ปี) เมื่อมีระดับภาวะฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนต่ำตามช่วงอายุส่งผลต่อสมรรถภาพทางร่างกาย ประกอบด้วย ความสามารถในการเล่นกีฬาที่ลดลง การเข้านอนเร็วหลังอาหารมื้อเย็น ความแข็งแรงในมวลของกล้ามเนื้อลดลง เหงื่อออกตามตัวมาก มวลกระดูกลดลง ความรู้สึกทางเพศหรือกิจกรรมทางเพศที่ลดลง และอาการร้อนวูบวาบตามตัว อาการแสดงเหล่านี้เป็นอาการเตือนในกลุ่มชายวัยทอง เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพจะต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการวัยทอง สร้างความตระหนักรู้ เพื่อส่งเสริมสุขภาพในชายวัยทองอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2562). การดูแลสุขภาพด้วยหลัก 3อ. 2ส. เข้าถึงข้อมูลจาก <https://www.thaihealth.or.th/newshealth>.
เจน โสธรวิทย์และโกวิทย์ คำพิทักษ์. (2557). ชายวัยทอง. วารสารศรีนครินทร์เวชสาร คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, การประชุมวิชาการครั้งที่ 30, หน้า 56-60.

ฐิติพร โยทาพันธ์. (2564). การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุวาระแห่งชาติ. เข้าถึงข้อมูลจาก <https://www.thaihealth.or.th/>.
นิตยา เพ็ญศิริณภา. (2557). การเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด:แนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4, นนทบุรี: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
ธนบูรณ์ จุลยามิตร, บัณฑิต จันทะยานี, สายัณห์ สวัสดิ์ศรี, ชาติวุฒิ คำชู, บัณฑิต กาญจนพยัคฆ์. (2560). สุขภาพองค์รวมในชาย-หญิง วัยทอง. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง.
ปิยะสกล สกลสัตยาทร. (2018). การประชุมมหกรรมสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อ (NCDs Forum 2018) ภายใต้แนวคิด “Together, Let’s beat NCDs : ประชากรรัฐร่วมใจลดภัย NCDs”. เข้าถึงข้อมูลจาก <https://www.hfocus.org/content/2018/08/7>
ศุภพงษ์ ตันสุทธานนท์. (2560). ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศชายในชายสูงวัยหรือชายวัยทอง. JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH, 11(Supplement), 33-42. เข้าถึงข้อมูลจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/>.
สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). หุ่นดี สุขภาพดี ง่ายๆแค่ปรับ 4 พฤติกรรม. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ จำกัด.
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, (2559). แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชากรวัยทอง. กรุงเทพฯ: อาร์ตควอลิตี้ จำกัด.
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, (2560). การส่งเสริมสุขภาพในวัยทอง. เข้าถึงข้อมูลจาก <https://anamai.moph.go.th/th>.
สุนีย์ ละกำป็น. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของชายวัยทอง กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) กรุงเทพฯ; คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.



- Al-Sejari, M. (2013). Prevalence of andropausal symptoms among kuwaiti males. *American Journal of Men's Health*, 7(6), 516-522.
- Ito, K., Yoshida, H., Yanai, H., Kurosawa, H., Sato, R., Manita, D, Tada, N. (2013). Relevance of Intermediatedensity lipoprotein cholesterol to Framingham risk score of coronary heart Disease in middle-aged men with increased non HDL cholesterol. *International Journal of Cardiology*, 168(4), 3853-3858.
- Jakiel, G., Makara-Studzinska, M., Ciebia, M., & Slabusewska-Józwiak, A. (2015). Featured Paper: Andropause - state of the art 2015 and Review of selected aspects. *Przegląd Menopauzalny*, 14(1), 1-6.
- Masomeh, S. M., Mahmoudi, M., Golitaleb, M., Mohammad, K. G., Davood, H. p., & Vakilian, P. (2018). Exploratory study of andropause syndrome in 40-65 years in arak: A cross sectional study. *Journal of Family & Reproductive Health*, 12(3), 142-147. Retrieved from <https://www.proquest.com/scholarly>.
- Yuk, Yee Y. (2015). Awareness and knowledge of andropause among chinese males in hong kong. *American Journal of Men's Health*. 4(3), 231-236.



Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) และการตั้งครรภ์: ความท้าทายของพยาบาลผดุงครรภ์

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Pregnancy: Challenges for Midwifery

Received: May 13, 2021

Revised: July 17, 2021

Accepts: August 25, 2021

สุปิยา วิริไฟ (Ph.D.)¹, พิมลดา ลัดดางาม (พย.ม.)²

Supiya Wirifai (Ph.D.), Pimlada Luddangam (M.N.S.)

บทคัดย่อ

ในศตวรรษที่ 21 โลกต้องเผชิญกับสิ่งท้าทายที่สุดกับไวรัสชนิดใหม่ที่เรียกว่าโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) ซึ่งกำลังแพร่ระบาดและส่งผลกระทบต่อผู้เสียชีวิตจำนวนมากรวมทั้งกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ แม้หญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อจะแสดงอาการไม่แตกต่างจากผู้ติดเชื้อทั่วไป อย่างไรก็ตามพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกขาดออกซิเจน น้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอด อัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้น พยาบาลผดุงครรภ์จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในช่วงที่มีการแพร่ระบาด ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 อาการและอาการแสดงของโรค ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การประเมินสภาพ และการพยาบาลที่สำคัญ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้พยาบาลผดุงครรภ์สามารถวางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ซึ่งการได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้ทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกปลอดภัยและมีสุขภาพดี บทความจึงมีวัตถุประสงค์ที่จะนำเสนอความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 และประเด็นท้าทายของบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเป็นแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการติดเชื้อ และลดความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเกิดการติดเชื้อ

คำสำคัญ: ไวรัสโคโรนา, โควิด-19, หญิงตั้งครรภ์, พยาบาลผดุงครรภ์

¹อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม, Thailand

Corresponding author: supiya@smnc.ac.th

²อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม



Abstract

In the 21st century, the world has faced one of its huge challenges. A new viral disease called “Coronavirus 2019 (COVID-19)” that has spread widely and has resulted in massive deaths, including among pregnant women. Although, COVID-19 symptoms in pregnancy are similar to infections that occur in the general population, it was found that pregnant women who were infected with the COVID-19 virus resulting in preterm labor, intrauterine growth retardation, fetal distress, premature rupture of membrane, and high rate of cesarean section. Midwives play an important role in caring for pregnant women during the epidemic. Therefore, the midwives should have knowledge, understanding about the Covid-19 diseases and its consequences, clinical assessments, and comprehensive nursing care of diseases. This will enable midwives to plan continuing care in collaboration with a multidisciplinary team. Getting effective care ensures both pregnant women and their babies safe and stay healthy. The article aims to present knowledge about COVID-19 and the challenges of the midwives’ role in caring for pregnant women. This is used as nursing practice guideline to prevent infection and reduce the consequences that may arise when an infection occurs.

Keywords: Coronavirus Disease, COVID-19, pregnant women, midwifery

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคโคโรนาไวรัส หรือ เรียกเป็นภาษาอังกฤษว่า Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ให้เกิดการระบาดไปทั่วโลก และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต องค์การอนามัยโลกมีรายงานผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งรายงานของ WHO (2021c) เมื่อเดือนพฤษภาคม 2564 พบว่ามีผู้ติดเชื้อทั่วโลกสูงถึง 155,506,494 ราย และเสียชีวิตแล้วจำนวน 3,247,228 ราย ส่วนในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยยืนยันผู้

ติดเชื้อ 78,855 รายและเสียชีวิตแล้วจำนวน 363 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ส่วนในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กรมอนามัย (2564) มีรายงานอุบัติการณ์ ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2563 ถึง 27 พฤษภาคม 2564 พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จำนวน 288 ราย ซึ่งพบอาการและอาการแสดงไม่แตกต่างจากคนทั่วไป ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 จะไม่แสดงอาการหรือมีอาการเล็กน้อย เช่น ไข้ ไอ แต่พบความรุนแรงในบางราย โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตจากภาวะปอดอักเสบ จำนวน

6 ราย ทารกเสียชีวิตในครรภ์ จำนวน 1 ราย อัตราคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 18 เด็กทารกคลอดออกมาแล้วติดเชื้อจำนวน 17 ราย จะเห็นได้ว่า การติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ถึงแม้ว่าการในหญิงตั้งครรภ์จะไม่แตกต่างจากหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ แต่มีความเสี่ยงที่โรคจะรุนแรงกว่าคนทั่วไป การดูแลรักษาจึงต้องมีความซับซ้อน เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายมากกว่าปกติ เช่น ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง ปริมาณการใช้ออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันของหญิงตั้งครรภ์เกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม รวมทั้งต้องคำนึงถึงอายุครรภ์ โรคร่วมขณะตั้งครรภ์ และภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์ (Rasmussen, Smulian, Lednicky, Wen, & Jamieson, 2020)

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เป็นประเด็นที่ท้าทายสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ จากประสบการณ์ของผู้ประพันธ์พบว่า มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษาเนื่องจาก เป็นโรคอุบัติใหม่และมีการแพร่กระจายเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การระบาดที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดต่อและสัมผัสโรค การดูแลจึงต้องคำนึงถึงความปลอดภัยต่อหญิงตั้งครรภ์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาล และบุคคลอื่นที่ใกล้ชิด พยาบาลผดุงครรภ์จึงต้องวางแผนการป้องกันและปฏิบัติตามแนวทางในการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด อีกทั้งหญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จะมีความรุนแรงของโรคซึ่งก่อให้เกิดความซับซ้อนยุ่งยากในด้านการดูแลรักษา เห็นได้จากอัตราการรับไว้ในโรงพยาบาล การรับไว้ในหอผู้ป่วยวิกฤติ โดยเฉพาะในรายที่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ

โรคอ้วน จึงเป็นความท้าทายของพยาบาลผดุงครรภ์ที่จะต้องตัดสินใจในการวางแผนและให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดทั้งในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำและกลุ่มที่ยืนยันการติดเชื้อ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ตระหนักถึงมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อ มีความสามารถในการวางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์และทารก

วัตถุประสงค์

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) นำเสนอความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 และผลกระทบของโรคต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางของสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์
- 2) นำเสนอประเด็นความท้าทายของการใช้บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

เนื้อหาและการอภิปราย

1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)

โคโรนาไวรัส Coronavirus Disease 2019 เกิดจาก SAR-CoV-2 และชื่อของ COVID-19 ย่อมาจาก CO มา



จาก corona, VI มาจาก virus, D มาจาก disease และ 19 มาจาก 2019 (WHO, 2020b) โรคนี้เป็นโรค ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นเชื้อที่พบในสัตว์ มีหลายสายพันธุ์ เชื้อไวรัสโคโรนาหลายชนิดที่ก่อโรค ในคน มีทั้งชนิดที่ก่อโรคไม่รุนแรง ปกติไม่ก่อโรคในคน แต่เมื่อกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ใหม่จึงก่อโรค มีสมมติฐานว่าไวรัสกลายพันธุ์มีแหล่งกำเนิดมาจากค้างคาว และคนไปรับเชื้อมาและแพร่ระหว่างคนสู่คน โรคนี้ได้ถูกค้นพบครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ในเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562 (WHO, 2020a) ส่วนผู้ป่วยรายแรกที่พบในประเทศไทยเป็นคนจีนที่ได้รับเชื้อจากการระบาดในประเทศจีนและเดินทางมายังประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 ส่วนคนไทยที่ติดเชื้อเป็นรายแรก พบเมื่อ 31 มกราคม พ.ศ. 2563 โดยรับเชื้อมาจากผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากประเทศจีน (WHO, 2020c) หลังจากนั้นพบมีการระบาดเกิดขึ้นรุนแรงทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เนื่องจากเชื้อสามารถติดต่อได้รวดเร็วในระบบทางเดินหายใจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วยจำนวนมาก

โควิด-19 เป็นไวรัสชนิดอาร์เอ็นเอ (positive-sense RNA) มีลักษณะกลมหรือรูปไข่ มักจะมีภาวะพหุสัณฐาน (Polymorphism) มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 60 - 140 นาโนเมตร มีเปลือกนอกเป็นเยื่อหุ้มไขมันล้อมรอบ (enveloped virus) ซึ่งประกอบด้วยชั้นไขมัน โปรตีน และแท่งโปรตีน spike (S) ยื่นยาวออกมา แท่ง S เป็น glycoprotein ประกอบด้วย S1 และ S2 ซึ่งมีลักษณะเด่นคือส่วนปลายใหญ่ (S1) ก้านเล็ก (S2) คล้ายกระบอง (club-shape spike) ทำให้เมื่อมองดูอนุภาคไวรัสภายใต้

กล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนเห็นคล้ายกับไวรัสมีมงกุฎอยู่ล้อมรอบ ข้างในเป็น membrane protein (มีโปรตีน M) และ nucleocapsid (มีโปรตีน N) เรียงตัวแบบบันไดวน (helical) โดยโปรตีน capsid ห่อหุ้มป้องกันสารพันธุกรรมไว้ จีโนมมีชิ้นเดียว (nonsegmented) ขนาดค่อนข้างยาวคือประมาณ 30 กิโลเบส (Ren et al., 2020)

ในประเทศไทยสายพันธุ์เชื้อไวรัสที่ก่อโรค ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จากการถอดรหัสจีโนม พบว่าเชื้อไวรัสน่าจะนำเข้ามาจากหลายประเทศจากทวีปเอเชีย ยุโรป และอเมริกา โดยสายพันธุ์ที่ระบาดส่วนใหญ่ ได้แก่ สายพันธุ์อัลฟา สายพันธุ์เดลตา สายพันธุ์เบต้า และสายพันธุ์ท้องถิ่น B.1.36.16 ตามลำดับ โดยสายพันธุ์ที่ระบาดมากที่สุดในไทยคือ สายพันธุ์อัลฟา ซึ่งพบการติดเชื้อจากสายพันธุ์นี้ถึง 63 จังหวัดใน 77 จังหวัด ส่วนในหญิงตั้งครรภ์ พบการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จากสายพันธุ์เดลตาที่ก่อให้เกิดความรุนแรงและเสียชีวิต (WHO, 2021a)

เชื้อโคโรนาไวรัส 2019 สามารถแพร่กระจายเชื้อ โดย การแพร่ผ่านละอองฝอยขนาดเล็กจากสารคัดหลั่งของผู้ที่มีการติดเชื้อ เข้าสู่ปากหรือจมูกของผู้ที่อยู่ใกล้ชิด (droplet) และสัมผัสโดยตรงกับผู้ติดเชื้อหรือพื้นผิวที่มีเชื้อ (direct contact) ส่วนระยะฟักตัวของ seasonal human coronavirus โดยเฉลี่ย 2-14 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงอาการป่วยประมาณ 5 วันหลังได้รับเชื้อ (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2563) แต่ยังมีงานวิจัยของ Zaki & Mohamed (2021) พบว่าระยะฟักตัวของโรค

อาจจะยาวนานถึง 24 วัน ซึ่งจะทำให้การวินิจฉัยโรคยากขึ้น

อาการและอาการแสดงทางคลินิกที่พบในผู้ป่วยที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ส่วนใหญ่จะมีไข้ ไอแห้ง หายใจลำบาก ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เจ็บคอ และมีน้ำมูกไหล และถ้ารุนแรงอาจมีปอดอักเสบ ระบบหายใจล้มเหลว และเสียชีวิตได้ (Chen, Guo, Wang, Luo, Yu, Zhang, & Liao, 2020; Yan Yan, Faraji, Prajapati, Boone, & DeConde 2020) ท้องเสีย สูญเสียการได้กลิ่นและรับรส (Carol et al., 2020) ตาแดง มีผื่นขึ้นตามตัว ในผู้ป่วยบางรายที่ตรวจพบมีการติดเชื้อแต่จะไม่แสดงอาการ (Genovese, Moltrasio, Berti, & Marzano, 2020) ส่วนอาการและอาการแสดงทางคลินิกในหญิงตั้งครรภ์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีอาการไม่แตกต่างจากผู้ติดเชื้อทั่วไป ซึ่งอาการในหญิงตั้งครรภ์ที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ ไข้ ไอ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ท้องเสีย (Ryan, Purandare, McAuliffe, Hod, & Purandare, 2020) อาการและอาการแสดงดังกล่าวอาจจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก

2. ผลของโคโรนาไวรัส 2019 ต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก

หญิงตั้งครรภ์ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากจะต้องพิจารณาเกี่ยวกับผลกระทบของโคโรนาไวรัส 2019 ต่อหญิงตั้งครรภ์ในระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดรวมทั้งทารกที่อยู่ในครรภ์ แต่การศึกษายังมีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่และจำนวนของหญิง

ตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อยังมีน้อย จึงทำให้ผลการศึกษาที่ยังสรุปได้ไม่ชัดเจน แต่ยังมีผลงานวิจัยบางส่วนที่ศึกษาแบบรายกรณี ซึ่งผลของโรคที่มีต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์สรุปได้ดังนี้

2.1 ผลต่อหญิงตั้งครรภ์

โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจโดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีอาการหายใจลำบาก และปอดบวมชนิดไม่รุนแรงมาก (Acter, Uddin, Das, Akhter, Choudhury, & Kim, 2020) มีความเสี่ยงทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด (Allotey et al., 2020; Rasmussen et al., 2020) น้ำเดินก่อนเจ็บครรภ์คลอด (Chen et al., 2020) เพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอด (Boushra, Koyfman, & Long, 2020; Flaherman et al., 2020) นอกจากนั้นการศึกษาของ Allotey et al. (2020) เกี่ยวกับโรคร่วมกับการตั้งครรภ์ต่อโควิด-19 พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และการตั้งครรภ์เมื่อมีอายุมากส่งผลทำให้ความรุนแรงของโรคมามากขึ้น นอกจากนั้นผลการศึกษาของ Amorim, Takemoto, and Fonseca (2020) พบการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดจากภาวะหายใจล้มเหลว

2.2 ผลต่อทารกในครรภ์และทารก

ทารกในครรภ์ที่มารดาติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ส่งผลให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน เจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Flaherman et al., 2020; Rasmussen et al., 2020) รวมทั้งทารกที่คลอดออกมาเกิดภาวะหายใจลำบาก และเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤติทารกแรกเกิด (Chen et al., 2020) ส่วนการติดเชื้อจากหญิง



ตั้งครรภ์สู่ทารกแรกเกิด ยังไม่พบหลักฐานที่แน่ชัด เนื่องจาก ไม่พบเชื้อโรคในน้ำคร่ำ เลือดจากสายสะดือ ทารก สารคัดหลั่งในช่องคลอด สารคัดหลั่งที่ป้ายจาก ลำคอทารกแรกเกิด หรือน้ำนม แต่มีรายงานของ Turan, Hakim, Dashrath, Jeslyn, Wright, & Abdul-Kadir (2020) พบทารกแรกเกิดมีการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ใน 16-24 ชั่วโมงหลังคลอด จากการตรวจเชื้อที่จมูกและ ลำคอ

3. การรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

การรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา ไวรัส 2019 ประกอบด้วย การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อแก้ไขภาวะขาดสมดุลของเกลือแร่ อาจให้ออกซิเจนในรายที่มีอาการหอบเหนื่อย ส่วนการให้ยา มี รายงานการใช้ยาต้านไวรัส เช่น Remdesivir (Nucleotide Analog), Favipiravir, Chloroquine (Antimalarial Drug) และหากมีการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำ อาจให้ยาปฏิชีวนะ เช่น Ceftriaxone (ราชวิทยาลัยสูติ นรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563)

4. บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ในสถานการณ์การระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

การระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทที่สำคัญ ในการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกให้มีสุขภาพ ที่ดี สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ลดอุบัติการณ์ ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ และลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทเชิงรุกในการดูแล สุขภาพมากกว่าที่ดำรงรับในโรงพยาบาล ให้การส่งเสริม

สุขภาพ มีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว กับทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถที่จะประเมินความรุนแรง ของความเสี่ยง วางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละ ประเภทของความเสี่ยงจนถึงในรายที่มีผลยืนยันการติด เชื้อ ให้ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่ง ในบทความนี้ได้นำเสนอบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ยืนยันโรค ซึ่งกลุ่ม หญิงตั้งครรภ์ที่ยืนยันโรค จะนำเสนอบทบาทพยาบาล ผดุงครรภ์ในการดูแลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด

4.1 บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแล หญิงตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

4.1.1. การดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำในการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำควรได้รับ คำแนะนำที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อ เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจากการตั้งครรภ์มี โอกาสทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย (กรมอนามัย, 2563) ซึ่งการดูแล มีดังนี้

- 1) คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และสอบถาม ข้อมูลการเดินทางไปยังประเทศกลุ่มเสี่ยงหรืออยู่อาศัยใน พื้นที่เกิดโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ของหญิงตั้งครรภ์ และบุคคลในครอบครัว บุคคลใกล้ชิด หากพบว่ามิประวัติ ในพื้นที่เหล่านี้ ให้ติดตามประเมินการตรวจเชื้อโคโรนา ไวรัส 2019



2) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ การติดต่อ ความรุนแรงของโรคและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

3) ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการประเมิน อาการของระบบทางเดินหายใจ ดังต่อไปนี้ เช่น ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก หรือมี โรคปอดอักเสบ อุณหภูมิร่างกาย ตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไปให้รีบแจ้งทีมสอบสวนโรคทันที

4) ให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันตนเองที่สำคัญจากข้อแนะนำของศูนย์ควบคุมและป้องกันการติดเชื้อแห่งสหรัฐอเมริกาและกรมอนามัย (กรมอนามัย, 2563; CDC, 2020) มีดังนี้

- หลีกเลี่ยงการสัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดผู้ที่มีอาการ ไอ มีไข้ ผู้ที่กลับมาจากต่างประเทศกลุ่มเสี่ยง และ หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่มีผู้คนจำนวนมากและแออัด และ รักษาระยะห่าง (Social distancing) ประมาณ 1-2 เมตร หรือ ประมาณ 3 ก้าวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น

- เมื่อจำเป็นต้องออกนอกบ้านต้องสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเพื่อป้องกันละอองน้ำลายหรือเสมหะจากผู้ติดเชื้อ และแนะนำการสวมหน้ากากและถอดหน้ากากอย่างถูกวิธีร่วมด้วย

- ล้างมือบ่อยๆด้วยสบู่อย่างน้อย 20 วินาที หรือ ให้ใช้ 70 เปอร์เซ็นต์แอลกอฮอล์ล้างมือทุกครั้งที่มีการไอ จาม ก่อนรับประทานอาหาร และหลังจากเข้าห้องน้ำ เป็นต้น

- หลีกเลี่ยงการใช้มือการสัมผัสดวงตา ปาก จมูก ถ้ามีความจำเป็นต้องทำความสะอาดมือก่อน

- หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยงหรือสัมผัสผู้ติดเชื้อ ถ้ามีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หายใจหอบ ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ ท้องเสีย ควรรีบไปพบแพทย์

5) การนัดหมายตรวจครรภ์ ควรมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมโดยพิจารณาจากช่วงอายุครรภ์ ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ร่วมกับการสังเกตอาการของ หญิงตั้งครรภ์ และร่วมกับการตรวจพิเศษอื่น ๆ เป็นแนวทางในการกำหนดวันนัดหมาย สำหรับในช่วง ไตรมาสแรกและไตรมาสที่สอง และไม่มีการนัดตรวจพิเศษอื่น ๆ สามารถแจ้งให้หญิงตั้งครรภ์โทรติดต่อ ขอลื่อนนัดตรวจครรภ์ออกไปตามความเหมาะสม

6) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพใน ระยะตั้งครรภ์เช่นเดียวกับการตั้งครรภ์ทั่วไป เช่น การ เลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนจิตใจ การพักผ่อน ให้เหมาะสมกับหญิง ตั้งครรภ์

7) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อ โควิดไวรัส 2019 ในหญิงตั้งครรภ์ การได้รับวัคซีนใน หญิงตั้งครรภ์เป็นการป้องกันการติดเชื้อ ลดการเกิดโรคที่ รุนแรง และลดการเสียชีวิต ดังนั้นจึงแนะนำให้หญิง ตั้งครรภ์ควรฉีดวัคซีน หลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ยกเว้น ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีข้อห้าม เช่น มีอาการแพ้รุนแรงจาก วัคซีนครั้งแรก ส่วนมารดาที่ให้นมบุตรสามารถฉีดวัคซีน ได้ ซึ่งวัคซีนในปัจจุบันที่ใช้ในประเทศไทย มีข้อมูลว่า สามารถใช้ได้ 2 ชนิด คือ Sinovac และ AstraZeneca และควรหลีกเลี่ยงการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อโควิด ไวรัส 2019 ร่วมกับวัคซีนชนิดอื่น หากมีความจำเป็นให้



เว้นระยะห่างอย่างน้อย 2 สัปดาห์ (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564)

8) ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพจิต โดยแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ติดตามข่าวสารอย่างพอเหมาะ เรียนรู้การดูแลสุขภาพและการป้องกันตนเองจากช่องทางที่เชื่อถือได้ ลดการรับข่าวสารจากหลายช่องทางที่จะทำให้เกิดความหวาดกลัว ให้สมาชิกในครอบครัวดูแลสุขภาพสนับสนุนทางจิตใจ หากปรับตัวไม่ได้หรือมีความวิตกกังวล ควรแนะนำให้มาพบแพทย์

4.1.2 การดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีเสียงสูงในการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์เสียงสูงเป็นกลุ่มที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยในระยะ 1 เมตร นานกว่า 5 นาทีหรือถูกไอ จาม รดจากผู้ป่วยโดยไม่มีการป้องกัน หรือมีประวัติการเดินทางไปต่างประเทศ ควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563) ดังนี้

1) แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์แจ้งให้ทราบเมื่อมีไข้ ไอ หรือเพิ่งกลับจากประเทศกลุ่มเสี่ยง หรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ป่วย จะช่วยให้พยาบาลสามารถพิจารณาวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการดูแลและสังเกตอาการจนครบ 14 วัน โดยอยู่แต่ภายในที่พักอาศัย ใส่หน้ากากอนามัย หลีกเลี่ยงการ

สัมผัสใกล้ชิดผู้อื่น ไม่ใช้ของร่วมกับผู้อื่น จนกว่าจะตรวจไม่พบเชื้อ

3) กรณีถึงกำหนดฝากครรภ์ให้แจ้งว่าอยู่ในช่วงกักตัว 14 วัน เพื่อเลื่อนการฝากครรภ์หรือนำมาใช้ออนไลน์ เช่น โทรศัพท์ หรือ วีดีโอคอล (Video Call) เพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อ

4) การส่งตรวจพิเศษ ได้แก่ ตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อติดตามการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ หรือความพิการแต่กำเนิดของทารกในครรภ์ให้พิจารณาตามข้อบ่งชี้ที่จำเป็น

5) กรณีหญิงตั้งครรภ์เสียงสูงที่จำเป็นต้องติดตามการฝากครรภ์ให้พิจารณาระหว่างความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับ ถ้าจำเป็นจะต้องมาตรวจให้ใช้มาตรฐานของโรงพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

4.1.3 การดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ยืนยันโรคโควิด-19

หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 โดยวิธี RT-PCR บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลจะแบ่ง 3 ระยะ ดังนี้ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

4.1.3.1 บทบาทพยาบาลในการดูแลในระยะตั้งครรภ์ (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563; WHO, 2021b) มีดังนี้

1) หลังจากแพทย์พิจารณารับไว้ในโรงพยาบาล โรงพยาบาลจะเป็นผู้ประสานงานเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

2) ให้การพยาบาลโดยใช้หลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด หลีกเลี่ยงการเข้าไปสัมผัสผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล” (Personal Protective Equipment, PPE)

3) ประเมินภาวะความรุนแรงของโรคของหญิงตั้งครรภ์โดยติดตามผลจากการตรวจเอกซเรย์ปอดและ/หรือเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ในช่องอก

4) ประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์โดยบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์เป็นระยะ ๆ ตามความจำเป็น

5) ดูแลให้ยากลุ่ม Corticosteroids ตามแผนการรักษาของแพทย์ ในกรณีไม่มีข้อห้าม เพื่อกะตุ้นการทำงานของปอดและติดตามเฝ้าระวังภาวะข้างเคียงจากการใช้ยา

6) ในกรณีที่ต้องยุติการตั้งครรภ์ ประสานงานให้มีการให้ข้อมูลและคำปรึกษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์และการกักตัวทารก

4.1.3.2 บทบาทพยาบาลในการดูแลในระยะคลอด (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563; WHO, 2021b) มีดังนี้

1) แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์เดินทางมาด้วยรถยนต์ส่วนตัวหรือรถพยาบาล โดยแจ้งเจ้าหน้าที่ห้องคลอดก่อนจะถึงโรงพยาบาล

2) ดูแลให้หญิงตั้งครรภ์สวมหน้ากากอนามัยจนกว่าจะเข้าห้องคลอด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

3) เตรียมประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การรักษาด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพและจัดเตรียมความพร้อมในการใช้ชุด PPE ได้แก่ อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ วัสดุอุปกรณ์ ภูมิคุ้มกันวิทยา ทารกแรกเกิด

4) ให้การพยาบาลโดยใช้หลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ หลีกเลี่ยงการเข้าไปสัมผัสผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และใส่ชุด PPE

5) ติดตามประเมินความรุนแรงของโรค เช่น การประเมินอุณหภูมิร่างกาย อาการไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก

6) ประสานงานกับกุมารแพทย์และทีมกักตัวทารกเพื่อเตรียมความพร้อมในการกักตัวทารก

7) ติดตามและประเมินอัตราการหายใจและค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด

8) ประเมินสัญญาณชีพเพื่อเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อ

9) ประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์โดยบันทึกอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์เป็นระยะ ๆ ตามความจำเป็น

10) จัดเตรียมอุปกรณ์เพื่อการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง

11) ติดตามและประเมินความก้าวหน้าของการคลอด เพื่อให้การคลอดดำเนินไปอย่างปกติ เช่น ประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ การประเมินอาการผิดปกติของการหดตัวของมดลูก ดูแลใช้เทคนิคผ่อนคลายความเจ็บปวดในขณะรอคลอดและดูแลความสบายทั่วไป เพื่อสนับสนุนการคลอดให้ดำเนินไปอย่างปกติ โดยใช้หลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ



12) ประเมินสภาพมารดาในขณะที่เบ่งคลอด หากพบว่าเหนื่อยหรือเบ่งคลอดไม่ไหว รายงานสูติแพทย์พิจารณาช่วยคลอดด้วยวิธีอื่นเพื่อลดระยะเวลาที่สองของการคลอด

13) ดูแลการคลอดให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ด้วยหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยใส่ชุด PPE ในขณะที่ทำคลอด

14) หากประเมินสภาพมารดาแล้วมีการพยากรณ์โรคที่แย่ง รายงานสูติแพทย์พิจารณาผ่าตัดคลอด เพื่อความปลอดภัยของมารดาและทารก

15) การทำ delayed cord clamping ทำได้ตามความเหมาะสมซึ่งไม่มีรายงานว่าจะทำให้ทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

4.1.3.3 บทบาทพยาบาลในการดูแลในระยะหลังคลอด (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563, 2564; WHO, 2021b) มีดังนี้

1) หลีกเลี่ยงการเข้าไปสัมผัสผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ควรใช้การประเมินผ่านทางวิดีโอคอล (Video call) แทน ถ้าจำเป็นต้องเข้าไปให้การพยาบาลควรใส่ชุด PPE

2) มารดาที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ควรแยกมารดาและทารกออกจากผู้อื่นและกักตัว ซึ่งการแยกสามารถทำได้โดย จัดมารดาและทารกอยู่คนละห้อง ในกรณีที่มารดาไม่ต้องการแยกกับทารกให้ใช้ม่านกั้นมารดาและทารกและมีระยะห่างมากกว่า 6 ฟุต และบุคลากรทางการแพทย์ควรอธิบายความเสี่ยง ความจำเป็น และประโยชน์ของการแยกทารกออกจากมารดาเพื่อให้มารดาเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำ

3) ประเมินภาวะสุขภาพจิตของมารดาหลังคลอดเป็นระยะ ๆ หากประเมินแล้วพบภาวะผิดปกติ เช่น พบภาวะเครียดหรือซึมเศร้า ให้รายงานจิตแพทย์ทันที

4) การให้นมบุตร มารดาหลังคลอดสามารถให้นมบุตรได้ขึ้นอยู่กับความตั้งใจของมารดา ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากไม่พบการศึกษาที่บ่งชี้ว่าพบเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในน้ำนม รวมทั้งประโยชน์ของการให้นมมารดาทั้งระยะสั้น และระยะยาวมีมากกว่าความเสี่ยงที่ทารกจะติดเชื้อ CDC (2020) แต่สิ่งที่พยาบาลต้องตระหนักคือติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ผ่านทางระบบทางเดินหายใจในขณะที่ให้นมบุตร ดังนั้นขณะให้นมบุตรควรให้มารดาสวมหน้ากากตลอดเวลา ล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล และหลีกเลี่ยงการไอหรือจามขณะให้นมบุตร (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563)

5) ในกรณีที่มารดามีสภาพพร้อมที่จะปั๊มนมให้ทารก ก่อนปั๊มนมควรแนะนำให้มารดาอาบน้ำหรือเช็ดทำความสะอาดเต้านมด้วยสบู่ หลังจากนั้นล้างมือด้วยสบู่อย่างน้อย 20 วินาที หรือให้ใช้ 70 เปอร์เซ็นต์แอลกอฮอล์เจล ขณะปั๊มนมให้มารดาสวมหน้ากากตลอดเวลา ภายหลังให้นมบุตรแล้วแนะนำให้ล้างทำความสะอาดอุปกรณ์ปั๊มนม ขวดนม ด้วยน้ำยาล้างอุปกรณ์และทำภาชนะเพื่อฆ่าเชื้อ (กรมอนามัย, 2563)

6) กรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ยาต้านไวรัสฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) และดาร์นาเวียร์ (Darunavir) ซึ่งยาสามารถผ่านทางน้ำนมได้หากเป็นไปได้ควรเลี่ยงการ

ให้คนลูกในระหว่างที่ได้รับยาด้วย แต่ถ้าทารกได้รับน้ำนมแม่ควรติดตามความผิดปกติของเอนไซม์ตับ อาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร และระดับกรดยูริกในซีรัมที่เพิ่มขึ้นของทารก (Anderson, 2020)

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1) สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่กล้าเดินทางออกจากบ้าน เนื่องจากกลัวว่าตนเองจะเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อในระหว่างการเดินทาง หรือในขณะที่รับบริการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาล และจะก่อให้เกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้เข้ารับการฝากครรภ์ ฝากครรภ์ช้า หรือฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ เมื่อหญิงตั้งครรภ์ไม่สามารถเข้าถึงบริการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพได้ เช่นเดิม ย่อมส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ พยาบาลผดุงครรภ์ควรเพิ่มการวางแผนเพื่อหาทวิวิธีในการให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการทางสุขภาพโดยที่ไม่ต้องมารับบริการที่โรงพยาบาล ลดการติดเชื้อ และควรเพิ่มช่องทางในการติดต่อสื่อสารและให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์

2) การระบาดของโคโรนาไวรัส 2019 ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะทางด้านจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งพยาบาล ผดุงครรภ์ไม่ควรจะมองข้ามไป เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์อาจจะวิตกกังวลหวาดกลัวต่อการติดเชื้อ ถูกให้ออกจากงาน ครอบครัวขาดรายได้ เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลควรประเมินพฤติกรรม อารมณ์ และความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์อย่างละเอียด เปิดโอกาสให้หญิง

ตั้งครรภ์ได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ และร่วมกันจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม อย่าปล่อยให้หญิงตั้งครรภ์ต้องรู้สึกว่าการตั้งครรภ์อยู่ กับสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 อย่างโดดเดี่ยว ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และสามารถผ่านวิกฤตินี้ไปได้

3) การดูแลหญิงตั้งครรภ์ควรมีนโยบายในการสร้างเกราะป้องกันเพื่อช่วยลดการติดเชื้อและลดความรุนแรงหากเกิดการติดเชื้อในกลุ่มนี้ โดยขอความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการพิจารณาให้หญิงตั้งครรภ์ลดการปฏิบัติงานที่ต้องสัมผัสกับผู้คนจำนวนมาก หรือ work from home รวมทั้งเป็นกลุ่มที่ควรได้รับวัคซีนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย และลดอัตราการเสียชีวิตได้

สรุป

หญิงตั้งครรภ์เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีภาวะเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อเนื่องจากโรคโคโรนาไวรัส 2019 มีเชื้อที่แพร่กระจายในอากาศได้อย่างรวดเร็ว และหากหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ โดยการตรวจคัดกรอง การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และติดตามประเมินอาการ หากพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่ำ พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทในการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและการป้องกันโรค ให้ครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม หากพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีการ ติดเชื้อ บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์



จะต้องเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ตามเกณฑ์มาตรฐานในการป้องกันการดูแลการแพร่กระจายของเชื้อโรค และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในระยะตั้งครรภ์ระยะคลอด และระยะหลังคลอด การดูแลจากพยาบาลผดุงครรภ์ที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในยุค New normal จะทำให้เกิดความปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์และทารก

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/ viralpneumonia/>
- กรมควบคุมโรค. (2564). แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาดปี 64 ของประเทศไทย. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1729520210301021023.pdf>
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2563). คู่มือการตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ทางห้องปฏิบัติการ. เข้าถึงได้จาก https://drive.google.com/file/d/1TN__BAhu0cgSFOdPoA72X2SSqX40rIPW/view
- กรมอนามัย. (2563). การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดและทารกแรกเกิด ภายใต้สถานการณ์การระบาดของ COVID-19. เข้าถึงได้จาก <http://phrae.go.th/covid/img/new/new270363.pdf>
- กรมอนามัย. (2564). กรมอนามัย เผยมติประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กแห่งชาติ “หญิงท้อง-หญิงให้นมลูก” ฉีดวัคซีนโควิดได้ พิจารณาตามความเสี่ยง มีโรคประจำตัว. เข้าถึงได้จาก <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/290564/>
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด- 19 RTCOG Clinical Practice Guideline Management of Covid - 19 Infection in Pregnancy. เข้าถึงได้จาก http://covid19.dms.go.th/ backend ///Content/Content_File /Covid_Health/Attach/25630324214133PM_CP G-Covid-Preg-20Mar20.pdf
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2564). ประกาศราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ที่ 06/2564 เรื่อง การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์หรือสตรีให้นมบุตร. เข้าถึงได้จาก <http://www.rtcog.or.th/ home/ประกาศ-เรื่อง-การฉีดวัคซีน/4976/>
- Acter, T., Uddin, N., Das, J., Akhter, A., Choudhury, T. R., & Kim, S. (2020). Evolution of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) as coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: A global health emergency. *Science of the Total Environment*, 138996.
- Allotey, J., Stallings, E., Bonet, M., Yap, M., Chatterjee, S., Kew, T., ...Balaji, R. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *bmj*, 370.
- Amorim, M. M. R., Takemoto, M. L. S., & Fonseca, E. B. (2020). Maternal deaths with Covid19: A different outcome from mid to low resource countries?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, S0002-9378(20), 30471-30473.



- Anderson, P. O. (2020). Antivirals for COVID-19 and Breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, 15(10), 605-607.
- Boushra, M. N., Koyfman, A., & Long, B. (2020). COVID-19 in pregnancy and the puerperium: A review for emergency physicians. *The American Journal of Emergency Medicine*, 40, 193-198.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). *Information for Healthcare Providers: COVID-19 and Pregnant Women*. Retrived from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/pregnant-women-faq.html>
- Chen, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., Zhang, W., & Liao, J. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: A retrospective review of medical records. *The Lancet*, 395(10226), 809-815.
- Flaherman, V. J., Afshar, Y., Boscardin, W. J., Keller, R. L., H Mardy, A., Prahl, M. K., Phillips, C., Asiodu, I. V., Berghella, W. V., Chambers, B. D., Crear-Perry, J., Jamieson, D. J., Jacoby, V. L., & Gaw, S. L. (2020). Infant Outcomes Following Maternal Infection with SARS-CoV-2: First Report from the PRIORITY Study. *Clinical Infectious Diseases* 2, 1-4.
- Genovese, G., Moltrasio, C., Berti, E., & Marzano, A. V. (2020). Skin manifestations associated with COVID-19: current knowledge and future perspectives. *Dermatology*, 237, 1-12.
- Rasmussen, S. A., Smulian, J. C., Lednický, J. A., Wen, T. S., & Jamieson, D. J. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(5), 415-426.
- Ren, Y. R., Golding, A., Sorbello, A., Ji, P., Chen, J., Saluja, B., ...Sahajwalla, C. (2020). A Comprehensive Updated Review on SARS-CoV-2 and COVID-19. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 60(8), 954-975.
- Ryan, G. A., Purandare, N. C., McAuliffe, F. M., Hod, M., & Purandare, C. N. (2020). Clinical update on COVID-19 in pregnancy: A review article. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 46(8), 1235-1245.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Novel Coronavirus 2019 (COVID-19) Practice Advisory. Retrived from <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2020/03/novel-coronavirus-2019>
- Turan, O., Hakim, A., Dashrath, P., Jeslyn, W. J. L., Wright, A., & Abdul-Kadir, R. (2020). Clinical characteristics, prognostic factors, and maternal and neonatal outcomes of SARS-CoV-2 infection among hospitalized pregnant women: A systematic review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 151(1), 7-16.
- World Health Organization. (2020a). *Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports*. Retrived from http://www.who.int/Home/Emergencies/Diseases/Coronavirus_disease_2019/Situation_reports



World Health Organization. (2020b). *Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it*. Retrived from [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)

World Health Organization. (2020c). Novel Coronavirus – Thailand (ex-China). Retrived from <https://www.who.int/csr/don/14-january-2020-novel-coronavirus-thailand-ex-china/en/>

World Health Organization. (2021a). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) WHO Thailand Situation Report 187 - 10 June 2021. Retrived from <https://reliefweb.int/report/thailand/coronavirus-disease-2019-covid-19-who-thailand-situation-report-187-10-june-2021>

World Health Organization. (2021b). *COVID-19 clinical management: living guidance, 25 January 2021*. Retrived from

<https://www.who.int/publications/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1>

World Health Organization. (2021c). *WHO Coronavirus (Covid-19) Dashboard*. Retrived from <https://covid19.who.int/>

Yan, C. H., Faraji, F., Prajapati, D. P., Boone, C. E., & DeConde, A. S. (2020). Association of chemosensory dysfunction and COVID-19



บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชนเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต
ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

Roles of Community Psychiatric Nurses for Enhancing Resilience
in Caregivers of First Diagnosed Schizophrenic Patients

Received: May 20, 2021

Revised: August 4, 2021

Accepts: December 12, 2021

จุฬาลักษณ์ นิลอาธิ (พย.ม.)¹, เนาวรัตน์ สิงห์สนั่น (พย.ม.)²

Julaluck Nilati (M.N.S)¹, Naovarat Singsanun (M.N.S)

บทคัดย่อ

พลังสุขภาพจิต เป็นพลังที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตหรือความยากลำบาก ให้สามารถปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ เป็นพลังที่มีความสำคัญสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและมีอารมณ์ไม่เหมาะสม มีลักษณะแปลกไปจากเดิมอย่างมากและความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆลดลง ผู้ป่วยหลายคนจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือดูแล ก่อให้เกิดภาระของผู้ดูแล การปรับเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ผู้ดูแลที่ขาดประสบการณ์จะมีผลกระทบหลายด้าน เกิดความเครียด ความกังวลอย่างสูง หากไม่ได้รับการดูแล อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตถึงขั้นเบื่อหน่าย ท้อแท้ มองโลกในแง่ร้าย มีการจัดการกับอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม และมีผลต่อสุขภาพจิตรุนแรงได้ ดังนั้น พยาบาลจิตเวชชุมชน มีบทบาทสำคัญที่จะเข้าถึงผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัวและชุมชน บทบาทนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลและเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองให้มีพลังสุขภาพจิตที่ดี เป็นที่พึ่งของผู้ป่วยจิตเภทได้

คำสำคัญ: พลังสุขภาพจิต, พยาบาลจิตเวชชุมชน, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยจิตเภท, การวินิจฉัยครั้งแรก

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, Thailand

Professional Nursing Specialist, Department of Mental Health and Psychiatric of Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

Corresponding author: juraluck@smnc.ac.th



Abstract

Resilience is a force that represents a person's ability to face critical or difficult situations. This can be able to adapt and recovery to normal. It is a vital force for caregivers for first-illness schizophrenic patients. Because schizophrenia is a disorder characterized by inappropriate thinking, perception, behavior and mood. They have a very different appearances and limited of ability to perform any functions. This makes it a burden for the caregivers, specifically in the case of the first diagnosed. The caregiver who lacked experience in caring for a schizophrenia patient may face many effects such as stress and high anxiety. In long term, they may affect their mental health such as tiredness, discouragement, or pessimism, and inappropriate emotional management including serious mental consequences. The community psychiatric nurses' role was helping patients, caregivers, families and communities. The objectives of this article will present the roles of community psychiatric nurses in mental health care and resilience enhancement for caregivers who were caring for first diagnosed schizophrenic patients to have the knowledge and understanding of schizophrenic patients. The caregiver can take care of themselves and have the resilience, can be dependable for schizophrenia patients.

Keywords: Resilience, Community Psychiatric Nurses, Caregivers, Schizophrenic Patients, First Diagnosed

บทนำ

โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร พฤติกรรมและมีอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ สำหรับการดำเนินโรคจิตเภทมีลักษณะอาการแบบเกิดขึ้นทันทีทันใดหรือแบบค่อยเป็นค่อยไป ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะเริ่มด้วยอาการแยกตัวเองออกจากสังคม ขาดความสนใจสุขวิทยาส่วนบุคคล และการทำหน้าที่ด้านการทำงานหรือการเรียนบกพร่อง จนมีอาการแสดงของโรคจิตเภทปรากฏชัดขึ้น เช่น อาการหลงผิด และประสาทหลอน เป็นต้น บางรายมีอาการรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทำลายข้าวของ มีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพ และทำหน้าที่ทางสังคมลดลง ยังมีอาการกำเริบซ้ำบ่อยครั้งหรือกลับมาป่วยซ้ำบ่อย ๆ มีโอกาสที่จะมีพยาธิสภาพที่

ถาวรมากขึ้น เช่นผู้ป่วยจะมีการสื่อสารและการแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลง โดยพูดน้อย หน้าตาเฉยเมย เฉื่อยชา ขาดการกระตือรือร้น ด้านพฤติกรรมจะมีพฤติกรรมแปลก ๆ และไม่สามารถทำอะไรได้นาน ๆ จะหยุดทำโดยไม่มีเหตุผล ด้านสังคมจะแยกตัวและขาดการมีส่วนร่วมกับสังคม นอกจากนั้นยังพบความบกพร่องในความคิดและการรับรู้ คิดซ้ำหรือมีเนื้อหาความคิดและการรับรู้ไม่ตรงกับความจริง ซึ่งลักษณะการเจ็บป่วยที่มีความเรื้อรังดังกล่าวถือว่าเป็นภาระของผู้ดูแลอย่างเลี่ยงไม่ได้

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยอาการทางจิตครั้งแรกและได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ลักษณะอาการมีความผิดปกติทางด้านความคิด



การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร พฤติกรรมและมีอารมณ์
ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ มีทั้งแบบที่เกิดขึ้นทันทีทันใด
หรือแบบค่อยเป็นค่อยไป ทำให้แปลกไปจากเดิม
เป็นอย่างมาก มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่
ต่าง ๆ ลดลง จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้กระทบ
ต่อผู้ดูแล ซึ่งหมายถึง บิดา มารดา บุตร สามี ภริยา
ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใด ที่รับดูแลหรืออุปการะ
(พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่2) , 2562)

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัย
ครั้งแรก ก่อให้เกิดผลกระทบหลาย ๆ ด้านต่อผู้ดูแล
จากการทบทวนวรรณกรรมมีผลกระทบ ดังนี้
1. ผลกระทบด้านร่างกาย จากการศึกษาพบว่า การดูแล
ผู้ป่วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้า
ประสิทธิภาพการทำงานลดลง สุขภาพร่างกาย
ทรุดโทรม ต้องดูแลผู้ป่วยมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์
ส่งผลให้ไม่มีเวลาส่วนตัว ในการทำกิจวัตรประจำวัน
การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนหรือสังคม รวมไปถึง
การดูแลสุขภาพของตนเองและอาจได้รับบาดเจ็บ
จากการถูกผู้ป่วยจิตเภททำร้าย (เดือนแรม ยศปัญญา,
อรรถพรณ ลีบุญธวัชชัย, 2557) ผู้ป่วยโรคจิตเภทมี
พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายสมาชิกในครอบครัว โดย
พบมากอันดับแรก คือ ขว้างปาสิ่งของ เครื่องใช้หรือวัตถุ
ที่เป็นอันตราย รองลงมาคือ ตี ตบ ชก ต่อยหรือตบ
ศีรษะโดยใช้มือและการทำร้ายด้วยอาวุธ และ กระชาก/
ผลัก ฟุ่กชน (ปัญญา ทองทัฬ และกฤตยา แสงวงเจริญ,
2556) 2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ จากการ
ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยเป็นครั้งแรก ทำให้
ต้องปรับตัวหรือจิตใจให้คงทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง
ของผู้ป่วย ผู้ดูแลเกิดความเครียด และมีความอ่อนล้า
ทางอารมณ์ (กัญญา ศรีตะวันและรัชนิกร อุปเสน,
2560) เกิดความรู้สึกเป็นภาระ เป็นตราบาปต่อการดูแล
ผู้ป่วยจิตเภท (เขมณัฏฐ์ ศรีพรหมภักดิ์, พิชรินทร์
นันทจันทร์ และโสภณ แสงอ่อน, 2558) และมี

การศึกษาพบว่าพฤติกรรมรุนแรงทางจิตใจและอารมณ์
มากที่สุด โดยลักษณะพฤติกรรมรุนแรงที่มีต่อครอบครัว
ได้แก่ การหวาด คุกคามด้วยคำหยาบคาย ส่งเสียงดัง
รบกวนมาคือ การเขย่าประตู เปิดประตูเสียงดัง และ
การแข่ง ตาหนีแสดงท่าทีจะทำร้าย (ปัญญา ทองทัฬ
และกฤตยา แสงวงเจริญ, 2556) ซึ่งจากพฤติกรรมรุนแรง
ของผู้ป่วยเหล่านี้ ยิ่งส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีความเครียดสูง
การที่ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองให้สอดคล้อง
กับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย 3. ผลกระทบด้านสังคมและ
เศรษฐกิจ เมื่อมีการเจ็บป่วยก็เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษา
ดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 24.5 (ปัญญา ทองทัฬ
และคณะ, 2556) เช่น การตามแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถ
คาดการณ์ได้รายวัน การพาผู้ป่วยไปรับการบำบัดรักษา
รวมไปถึงการเจรจาต่อรองกับผู้เกี่ยวข้องในกรณีที่ผู้ป่วย
โรคจิตเภทก่อคดี ทำให้ญาติผู้ดูแลขาดโอกาสในการ
ทำงาน เป็นต้น 4. ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ได้รับ
ผลกระทบจากการถูกตีตราจากสังคม (stigma) ซึ่งการ
ตีตราจากสังคมไม่ได้จำกัดอยู่แต่เพียงผู้ป่วยจิตเวช ยัง
รวมไปถึงญาติของผู้ป่วยจากรุ่นถึงรุ่น เช่น “ตระกูลนี้
มีคนเป็นโรคจิต” จากการศึกษพบว่าญาติผู้ดูแล
กล่าวถึงผู้คนรอบ ๆ ตัวว่ามีทัศนคติเชิงลบทั้งต่อตนเอง
และผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้รู้สึกคุณค่าใน
ตนเองลดลง รู้สึกผิดที่เกิดการเจ็บป่วยทางจิตภายใน
ครอบครัวและคุณภาพชีวิตแย่ลง ส่งผลให้เกิดความท้อ
เหินและไม่ได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนอีกด้วย
(Iseselo, Kajula & Yahya-Malima, 2016; Staring,
et al., 2009) ซึ่งจากผลกระทบที่กล่าวมานั้นมีผลต่อ
สภาพจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้ง
แรกเป็นอย่างมาก และหากเกิดขึ้นซ้ำ ๆ นั้น อาจส่งผล
ต่อสุขภาพจิตถึงขั้นเบื่อหน่าย ท้อแท้ โทษตัวเอง มอง
โลกในแง่ร้ายและอาจมีวิธีการจัดการกับอารมณ์
ความรู้สึกไม่เหมาะสม หากไม่สามารถเผชิญปัญหาหรือ



ปรับตัวได้ อาจเกิดผลกระทบรุนแรงอันเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

แนวคิดพลังสุขภาพจิต คือ ความสามารถของบุคคลที่จะกลับคืนสู่สภาพปกติ และดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิมหลังจากเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตหรือความยากลำบากโดยพลังสุขภาพจิตจะเป็นพลังด้านบวกที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรู้เท่าทัน จัดการและควบคุมตัวเองได้เมื่อต้องประสบกับภาวะวิกฤต และความยากลำบาก ดังนั้นการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความสำคัญ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญกับความยากลำบากหรือสถานการณ์วิกฤตสามารถรู้เท่าทันอารมณ์ ความคิด สามารถจัดการและควบคุมตัวเอง เผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม และกลับคืนสู่สภาพจิตใจที่ปกติ ดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขในบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

พลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient: RQ)

คำว่า Resilience มาจากภาษาลาติน หมายถึงความสามารถในการกลับคืนสภาพเดิม Resilience ยังไม่มีการกำหนดเป็นคำในภาษาไทยที่แน่นอน จึงมีผู้ใช้ในภาษาไทยหลากหลาย เช่น ความสามารถในการฟื้นพลังความเข้มแข็งทางจิตใจ ความหยุ่นตัวทางอารมณ์และจิตใจ ความยืดหยุ่น เป็นต้น

กรมสุขภาพจิต (2563) ให้ความหมาย พลังสุขภาพจิต คือ ความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิต เป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ดังนั้น พลังสุขภาพจิตจึงจำเป็นและสำคัญสำหรับทุกคน ทุกวัย ทุกสภาวะ ไม่ว่าจะยากดีมีจน แข็งแรงหรือเจ็บป่วย เนื่องจากไม่มีใครสามารถจะล่วงรู้

ได้ว่าเราจะต้องเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตเมื่อใด และจะหนักหนาสาหัสเพียงไร ดังนั้นเราจึงควรเตรียมต้นทุนทางใจ โดยเฉพาะพลังสุขภาพจิตให้พร้อมกับการรับมือกับเหตุการณ์วิกฤตที่อาจจะเกิดขึ้น

องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต โดยพลังสุขภาพจิตมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ประกอบด้วย

1. ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (พลังฮึด) เป็นการทนทานต่อแรงกดดัน โดยมีวิธีการที่จะดูแลจิตใจให้ทนอยู่ได้สามารถจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกทุกข์ของตนเองได้ในสถานการณ์ที่มีความยากลำบากหรือสถานการณ์ที่กดดันโดยไม่เสียสุขภาพจิต ประกอบด้วย การปรับอารมณ์และปรับความคิด หากพบพลังสุขภาพจิตด้านนี้ในเกณฑ์ต่ำ สามารถให้คำแนะนำโดยฝึกควบคุมอารมณ์ตนเองให้มีสติและสงบโดยเริ่มต้นจากการควบคุมอารมณ์ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์เล็กน้อย ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดความผิดหวัง ฝึกหายใจเข้าออกช้า ๆ ลึก ๆ และคิดถึงสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางใจ

2. ด้านกำลังใจ (พลังฮึด) คือ การมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปภายใต้สถานการณ์ที่กดดันมีพลังที่จะเอาชนะปัญหาและอุปสรรค ประกอบด้วย การเติมศรัทธา การเติมมิตร และการเติมจิตใจให้กว้าง หากพบพลังสุขภาพจิตด้านนี้ในเกณฑ์ต่ำ สามารถให้คำแนะนำโดยให้คิดถึงสิ่งดี ๆ ที่ท่านมีอยู่ หมั่นพูดให้กำลังใจตนเอง เช่น เราต้องผ่านพ้นไปได้ ชีวิตย่อมมีขึ้นมีลง คิดถึงโอกาสข้างหน้าหากฝ่าฟันจุดนี้ไปได้

3. ด้านการจัดการกับปัญหา (พลังสู้) เป็นการต่อสู้เอาชนะอุปสรรคที่เกิดจากสถานการณ์วิกฤต โดยคิดหาสาเหตุของปัญหา มีทักษะในการแสวงหาความรู้และเข้าถึงความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ ประกอบด้วย ปรับเป้าหมาย และปรับการกระทำ หากพบพลังสุขภาพจิตด้านนี้ในเกณฑ์ต่ำ สามารถให้คำแนะนำโดยฝึกคิดหาทางออกในการแก้ปัญหา เริ่มจากปัญหาเล็ก ๆ น้อย ๆ หาทางออก

หาข้อดีข้อเสียในแต่ละวิธีการ เลือกวิธีการที่ดีที่สุดและคิดหาวิธีการสำรองไว้เพื่อวิธีที่เลือกใช้ไม่ได้ผล การแก้ไขปัญหาก็ได้สำเร็จจะช่วยให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหามิใช่เรื่องยาก และมีทักษะที่ดีในการแก้ปัญหาได้

บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชนต่อการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การพยาบาลจิตเวชในชุมชนจะต้องใช้กระบวนการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการวินิจฉัยการพยาบาลและกำหนดการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะต้องมีการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติการพยาบาล ให้มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยในการรักษาสุขภาวะไว้ให้ได้ดีที่สุด โดยมีการใช้หลักการผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในการพึ่งตนเองเพื่อให้สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่นโดยมุ่งที่การดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต สอดคล้องกับหลักนโยบายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ที่สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2564) ระบุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ.2560-2564) ที่เน้นการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพมนุษย์และสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม

ดังนั้นพยาบาลจิตเวชในชุมชนจึงมีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการแบบผสมผสานในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในด้านการรักษา ป้องกันส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ นอกจากนี้จะเน้นการพยาบาลผู้ป่วยแล้ว การพยาบาลครอบครัวหรือผู้ดูแลร่วมด้วยก็เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่ดีและสามารถปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ให้อยู่ร่วมกันในสังคมได้ยาวนานและป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการใช้กระบวนการพยาบาลในการ

ดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ให้มีสมรรถนะหรือความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้

- 1 ด้านความรู้ พยาบาลจิตเวชชุมชนต้องประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทคืออะไร มีสาเหตุเกิดจากอะไร มีลักษณะอาการอย่างไร ผลของการเจ็บป่วยเป็นอย่างไร ควรจะปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างไร รวมถึงแนวทางเกี่ยวกับการจัดการอาการเจ็บป่วยเป็นอย่างไร และที่สำคัญคือความรู้และความเข้าใจเรื่องการรับประทานยา และแนวทางในการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงของยาเป็นอย่างไร
- 2 ด้านเจตคติ พยาบาลจิตเวชชุมชนต้องประเมินความคิด ความรู้สึก หรือเจตคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล และสร้างเจตคติเชิงบวก เช่น การเจ็บป่วยสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ไม่มีใครอยากเจ็บป่วย ผู้ป่วยเองก็ไม่อยากเจ็บป่วย และการเจ็บป่วยสามารถรักษาให้มีอาการสงบได้ รวมถึงโรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยอย่างหนึ่งเหมือนโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การกินยาต้องกินต่อเนื่องเพื่อไม่ให้อาการกำเริบ
- 3 ด้านทักษะปฏิบัติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) พยาบาลจิตเวชชุมชนต้องประเมินความสามารถในการปฏิบัติตัวและสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้มีทักษะการดูแลหรือปฏิบัติตัวเกี่ยวกับ

3.1 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ว่ามีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอะไรบ้าง หรือหากไม่มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีสาเหตุของการไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวันว่าเกิดจาก



สาเหตุใด นอกจากนั้นพยาบาลจิตเวชชุมชนควรสนับสนุนให้ผู้ดูแลใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ 1. การฝึกทักษะให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีการสื่อสารทางบวกกับผู้ป่วย ไม่ตำหนิ 2. การมอบหมายกิจกรรมให้ผู้ป่วยรับผิดชอบโดยควรให้ออกาสและอิสระกับผู้ป่วยในการเลือกกิจกรรม 3. การชมเชยและให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม 4. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนตามโอกาสและเทศกาลเพื่อให้ได้มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เกิดการยอมรับตนเองและผู้อื่น

3.2 กระตุ้นหรือช่วยเหลือการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาบน้ำ แต่งตัว ตัดเล็บ ล้างมือ รับประทานอาหารด้วยตนเอง

3.3 กระตุ้นให้จัดที่อยู่อาศัยในครัวเรือน ได้แก่ การจัดเก็บที่นอน การกวาดและทำความสะอาดพื้น การทำความสะอาดถ้วยชาม หลังกินข้าว การซักผ้า ทั้งขยะ ซักเสื้อผ้า และการขับถ่ายให้เป็นที่เป็นทาง

3.4 ส่งเสริมให้ผู้ป่วย รู้วิธีการพักผ่อนหย่อนใจ มีวิธีผ่อนคลายที่ส่งเสริมอาการเจ็บป่วยให้ดีขึ้น

3.5 สนับสนุนให้มีกิจกรรมในการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ จะได้ไม่หมกมุ่นเกี่ยวกับอาการการเจ็บป่วยและเกิดความเพลิดเพลิน

3.6 ดูแลเรื่องการรับประทานยา โดยฝึกให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก เกี่ยวกับ

- กรณีผู้ป่วยจัดยารับประทานเอง ให้สังเกตการรับประทานยาเป็นไปตาม

แผนการรักษาของแพทย์หรือไม่ ซึ่งสามารถตรวจสอบจากจำนวนยาทั้งหมดที่แพทย์จัดให้กับระยะเวลาของการรับประทานยาว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ มีร่องรอยของการทียาหรือไม่ สังเกตจากอาการของผู้ป่วยว่ามีอาการควบคุมตนเองได้หรือไม่ เพราะหากผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์จะมีการแสดงอาการเตือนหรืออาการกำเริบที่แสดงถึงการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์

- หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดยารับประทานเองได้ พยาบาลจิตเวชชุมชนต้องสอนวิธีการจัดยาและวิธีเก็บรักษายาให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่องไม่เกิดอาการกำเริบ

การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ให้มีความสามารถของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตหรือความยากลำบาก โดยแสดงถึงความสามารถทางอารมณ์และจิตใจในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ และดำเนินชีวิตได้ปกติเหมือนเดิมโดย กรมสุขภาพจิต (2563) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตประกอบ 3 ด้าน ดังนั้นพยาบาลจิตเวชชุมชนสามารถเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก โดยมีขั้นตอนและเทคนิค ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เข้าใจ วัตถุประสงค์ ความปรารถนาดีที่อยากจะช่วยเหลือของพยาบาลและประเมินความสามารถของบุคคล

ในการปรับตัวและฟื้นฟูตัวภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤต ด้านความทนต่อแรงกดดัน ด้านการมีความหวังและกำลังใจ และด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค รวมถึงประเมินการรับรู้ตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพื่อค้นหาจุดอ่อน จุดแข็งของผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อนำมาซึ่งการวางแผน การดูแลเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

2. เสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ดังนี้

2.1 ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (พลังฮึด) เป็นการทนทานต่อแรงกดดัน โดยมีวิธีการที่จะดูแลจิตใจให้ทนอยู่ได้สามารถจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกทุกข์ของตนเองได้ในสถานการณ์ที่มีความยากลำบากหรือสถานการณ์ที่กดดันโดยไม่เสียสุขภาพจิต ประกอบด้วยการปรับอารมณ์และปรับความคิด โดยพยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วย ความมีสติเท่าทันในอารมณ์และความคิด นำมาสู่แนวทางในการปรับอารมณ์และปรับความคิด โดยมีวิธีการดังนี้

2.1.1 การตระหนักรู้อารมณ์ โดยพยาบาลต้องใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ และสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ดูแลแสดงออก ร่วมรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของผู้ดูแล สะท้อนเป็นคำพูดให้ผู้ดูแลรับทราบว่าพยาบาลเข้าใจความรู้สึก เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจและชัดเจนในอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง

2.1.2 การยอมรับอารมณ์ความรู้สึก เมื่อได้มีการสะท้อนอารมณ์ความรู้สึกนั้นออกมา อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับอารมณ์ที่แท้จริงของผู้ดูแลก็ตาม จะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้ระบาย

อารมณ์และความรู้สึกที่แท้จริงออกมา เพื่อให้เกิดการยอมรับอารมณ์ความรู้สึกนั้น

2.1.3 การเผชิญกับอารมณ์ ให้เวลาได้อยู่กับอารมณ์นั้น เพื่อทำความเข้าใจ ค้นหาสิ่งที่เป็นตัวกระตุ้น เพื่อจัดการได้ รวมถึงปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น จะนำมาซึ่งการรู้เท่าทันความคิดที่ทำให้เกิดอารมณ์นั้น

2.1.4 การปรับเปลี่ยนอารมณ์และความคิด เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายเพิ่มมากขึ้น หรือมีการปรับรูปแบบความคิดที่ไม่เหมาะสม โดยการฝึกมองโลกในแง่ดี การใช้อารมณ์ขัน และการรู้จักให้อภัยต่อตนเองและคนอื่น ทำความเข้าใจกับธรรมชาติว่าทุกสิ่งย่อมมีการเปลี่ยนแปลง การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่ดี ต้องมีการทำความเข้าใจในอารมณ์และความรู้สึกตนเองนั้น จะต้องหัดสังเกตอารมณ์ตนเองบ่อย ๆ ตามขั้นตอนนี้ การทำความเข้าใจกระบวนการคิดจะทำให้สามารถตอบสนองได้เหมาะสม นำมาซึ่งความสามารถในการปรับตัวและฟื้นฟูกลับสู่ภาวะปกติ

2.2 ด้านกำลังใจ (พลังฮึด) คือ การมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปภายใต้สถานการณ์ที่กดดันมีพลังที่จะเอาชนะปัญหาและอุปสรรค ประกอบด้วยการเติมศรัทธา การเติมมิตร และการเติมจิตใจให้กว้าง โดยพยาบาลจะต้องช่วยให้ดูแลได้พูดหรือแสดงความรู้สึกออกมา สำรวจและค้นหา สนับสนุนศักยภาพ



หรือให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการเผชิญและแก้ปัญหาได้ โดยมีวิธีการดังนี้

2.2.1 กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ได้ระบายความรู้สึก เพื่อสำรวจอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก โดยการใช้ทักษะการถามปลายเปิด การทวนความ การสะท้อนความรู้สึก การสรุปความ โดยผ่านการฟังอย่างตั้งใจ

2.2.2 การจับและสะท้อนความรู้สึก หลังจากให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ได้แสดงความรู้สึกอย่างใดอย่างหนึ่งของตนออกมา พยาบาลต้องจับสะท้อนความรู้สึกเป็นคำพูด เช่น คุณรู้สึกสับสน คุณเหนื่อย คุณเบื่อหน่าย

2.2.3 ค้นหาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก โดยกระตุ้นให้พูดถึงศักยภาพของตน และภายใต้อารมณ์และความรู้สึกนั้นๆ ยังมีอะไรทำให้เขาคงทำสิ่งที่ดีต่อไป

2.2.4 การให้กำลังใจ โดยกล่าวเป็นคำพูดที่แสดงการชื่นชมตามความเป็นจริงตามศักยภาพที่ค้นเจอเพื่อให้กำลังใจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก

2.3 ด้านการจัดการกับปัญหา (พลังสู่) เป็นการต่อสู้อาชนะอุปสรรคที่เกิดจากสถานการณ์วิกฤต โดยคิดหาสาเหตุของปัญหา มีทักษะในการแสวงหาความรู้ และเข้าถึงความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ ประกอบด้วยปรับเป้าหมายและปรับการกระทำ โดยพยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก มีความเข้าใจในปัญหา สาเหตุ ความต้องการของปัญหา นำมาสู่แนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเอง โดยมีวิธีการดังนี้

2.3.1 เริ่มต้นจากการสำรวจปัญหา โดยพยาบาลต้องผสมผสานทักษะต่าง ๆ ได้แก่ การฟัง การถาม การทวนความ การสรุปความ การสะท้อนความรู้สึก และการเรียบมาใช้ร่วมกันอย่างมีเป้าหมายเกี่ยวกับข้อมูลความเป็นมาของปัญหา ลักษณะของปัญหาและผลกระทบของปัญหา ประสพการณ์ในการแก้ปัญหา ในการติดตามประเด็นต้องให้ความสำคัญต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้ดูแล ไม่เปลี่ยนประเด็นหรือเปิดประเด็นใหม่

2.3.2 เมื่อได้ข้อมูลที่สำรวจแล้วให้นำข้อมูลมาจัดเรียงลำดับและเชื่อมโยงข้อมูลใหม่เพื่อพิจารณาให้เกิดความเข้าใจในปัญหาสาเหตุและเลือกปัญหา เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหโดยผู้ดูแล

2.3.3 การแก้ไขปัญหา โดยส่วนใหญ่สาเหตุของปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหามีดังนี้ คือ หากพยาบาลพบว่าผู้ดูแลมีปัญหาเรื่องขาดความรู้ต้องให้ข้อมูล หรือพบว่าผู้ดูแลมีปัญหาเรื่องขาดแนวทางปฏิบัติและมีประสพการณ์แก้ไขปัญหไม่ได้ผลต้องให้คำแนะนำ ปัญหาเรื่องความรู้สึกต้องสนับสนุนให้กำลังใจ รวมถึงหากพบผู้ดูแลขาดแนวทางการตัดสินใจพยาบาลจะต้องช่วยให้วิธีพิจารณาทางเลือกโดยใช้เหตุผลข้อดี

ข้อเสียในการตัดสินใจแทนการใช้ อารมณ์

จะเห็นได้ว่าแนวทางในการแก้ไขปัญหานั้นได้ตรงที่สุดคือ การแก้ไขที่สาเหตุของปัญหา แต่เมื่อมีปัญหาเหตุการณ์เข้ามากระทบ ไม่ได้กระทบแค่การดำเนินชีวิต แต่ยังกระทบด้านอื่น ๆ เช่น ร่างกาย อารมณ์ความรู้สึก ด้วย โดยสังเกตอาการที่แสดงหลังจากเจอปัญหา เหตุการณ์เข้ามากระทบซึ่งทำให้เริ่มมีอาการของความเครียดเกิดขึ้น เช่น รู้สึกหงุดหงิด ไม่มีความสุข ปวดศีรษะ เหนื่อยง่าย ท้อแท้ ความจำหรือสมาธิลดลง นอนไม่หลับ อึดอัด หายใจติดขัด เป็นต้น ดังนั้น พยาบาลควรส่งเสริมหรือให้แนวทางในการดูแลตนเอง การจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกให้ผ่อนคลาย และหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกด้วยดังนี้

1. ด้านร่างกาย ควรมีการสร้างควมต้านทานต่อความเครียดหรือปัญหาที่เข้ามากระทบโดยเป็นการดูแลร่างกายขั้นพื้นฐานดังนี้
 - การนอนหลับ ผู้ดูแลควรมีเวลาพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง
 - การรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ และให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และสามารถเลือกรับประทานอาหารที่มี และช่วยสร้างทริปโตเฟน (Tryptophan) ช่วยลดความเครียดได้ เช่น กลัวยหอม เมล็ดทานตะวัน สาหร่ายทะเล พักทอง ธัญพืช ยีสต์ รำข้าว เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ ถั่ว ผักสด เป็นต้น
 - การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 15-30 นาทีต่อวัน หรืออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

2. ใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่างๆ เช่น การนวด การเล่นดนตรี การหัวเราะ การใช้กลิ่นบำบัด และการฝึกการหายใจ เป็นต้น โดยอาจมีการจัดบรรยากาศที่เงียบสงบในท่าทางที่สบาย เพื่อให้การผ่อนคลายมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น
3. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างและสังคมทั้งจากในครอบครัว เพื่อนญาติพี่น้อง ผู้นำชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นคนที่สามารถรับฟังปัญหา ความคับข้องใจและให้ความช่วยเหลือได้ โดยเฉพาะความรู้สึกเชื่อมโยง มีสายใยผูกพันกับใครหรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยเราได้ เมื่อเราเจอปัญหาสำคัญในชีวิตการช่วยเหลือเป็นที่พึ่งทางใจคอยปรึกษาปรึกษา หรือการช่วยเหลือในการปฏิบัติตัวและการจัดการปัญหาที่เป็นอยู่ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจเพิ่มขึ้น

บทสรุป

บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชนในการดูแลและเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกนั้นถือว่ามีความสำคัญยิ่ง เพราะจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจและมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงมีแนวทางในการดูแลตนเองให้สุขภาพกายและมีพลังสุขภาพจิตที่ดี สามารถเป็นที่พึ่งให้กับผู้ป่วย และใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติสุข

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *เปลี่ยนเรื่องร้ายกลายเป็นเรื่องดี: พลังสุขภาพจิต*. พิมพ์ครั้งที่ 4 . บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2)*. เข้าถึงจาก <https://www.dmh.go.th/law/view.asp?id=179>



กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวง

สาธารณสุข. (2562). แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561-2580).

<http://www.stopcorruption.moph.go.th/>

กัญญา ศรีตะวัน, รัชนิกร อุปเสน. (2560). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(ฉบับพิเศษ), 308-314.

เชมณัฐ ศรีพรหมภักดิ์, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิต แสงอ่อน. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต トラบาป ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1), 103-122.

ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ. (2563). บทบาทพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(1), 1-12.

เดือนแรม ยศปัญญา, อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย. (2557). ผลของโครงการส่งเสริมความเชื่อมโยงกันต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารจิตเวช การพยาบาลและสุขภาพจิต*, 28(3), 63-67.

ทวีศักดิ์ กลีผล, พิจิตรา ชุมพิตติธรรม, ขวัญภา ประเสริฐทรง, ชนิกา เจริญจิตต์กุล, ศิริยุพา นันสนานนท์ และ อำพัน จารุทัสนางกูร. (2563). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 13(1), 102-115.

ปัญญา ทองทัพ, กฤตยา แสงเจริญ. (2556). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(4), 121-127

มุกข์ตา ผดุงยาม, อัญชลี ช. ตูวอล. (2561). กลยุทธ์การฟื้นฟูพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 66-73.

วิไลวรรณ ปะธิเก, ขนิษฐา วิศิษฐ์เจริญ. (2562). บทบาทของพยาบาลชุมชนเพื่อการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุไทย. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 3(1), 1-11.

สุตาพร สถิตยยุทธการ. (2559). การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง : สถานการณ์และแนวทางการ ป้องกัน. *วารสารพยาบาลศาสตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 28(3), 1-15.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยบริหารในระดับปฐมภูมิ*. ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง (พ.ศ.2560-2564)*. เข้าถึงจาก https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422

สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข)*. พิมพ์ครั้งที่2. บริษัทวิศพอเรียอิมเมจ จำกัด.

Gupta, A., & Sharma, R. (2013). Burden and coping of caregiver of physical illnesses. *Delhi Psychiatry Journal*, 16(2), 367-374.

Iseselo, M. K., Kajula, L., & Yahya-Malima, K. I. (2016). The psychosocial problems of families caring for relatives with mental illnesses and their coping strategies:a qualitative urban based study in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Psychiatry*, 16(2016), 146.

World Health Organization. *Investing in Mental Health*, Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization; 2003.

World Health Organization (WHO). (2015). *Schizophrenia*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>



National Alliance on Mental Illness. (2008).
Schizophrenia: Public attitudes, personal
needs. Virginia: Author.

Hassan, W. A. N., Mohamed, I. I., Elnaser, A. E. A., &
Sayed, N. E. (2011). Burden and coping
strategies in caregivers of schizophrenic
patients. *Journal of American Science*, 7(5),
802-811.



การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ระบบออนไลน์ในสถานการณ์โควิด-19

Provision of Nursing Practicum using Online System in Situation of COVID-19

มาลี คำคง (พย.ม.)¹, อธิภา อมรปิยภากร (พย.ม.)²

Received: July 8, 2021

Revised: August 8, 2021

Accepts: August 20, 2021

Malee Kumkong (M.N.S.), Athipa Amornpiyaphakorn (M.N.S.)

รพีภัทร ชำนาญเพาะ (พย.ม.)³, มุขรินทร์ ทองหอม (พย.ม.)⁴

Rapeephat Chamnanpok (M.N.S.), Mukkarin Thonghom (M.N.S.)

บทคัดย่อ

สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำทลายระบบการศึกษาทั่วโลก และมีผลให้สถาบันการศึกษาต้องจัดการเรียนการสอนออนไลน์อย่างไม่มีทางเลือก เช่นเดียวกับการศึกษาพยาบาลที่การฝึกปฏิบัติต้องหยุดชะงักลง จำเป็นต้องจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลออนไลน์ โดยผู้สอนมอบประสบการณ์ผ่านเทคโนโลยี ใช้กลยุทธ์และจัดการเรียนการสอนอย่างเป็นระบบตามแนวทาง ดังนี้ 1) ขั้นเตรียมการ ได้แก่ ออกแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ เตรียมเทคโนโลยีและระบบการสื่อสารเพื่อการเรียนรู้ เตรียมสื่อการสอน เตรียมผู้สอน และเตรียมผู้เรียน 2) ขั้นสอน ได้แก่ ปฏิบัติบทบาทผู้สอน และปฏิบัติบทบาทผู้เรียน และ 3) ขั้นประเมินผล ได้แก่ ประเมินผลการเรียนรู้ สรุปการเรียนรู้ และสรุปจบหรือปิดการเรียนรู้ประจำวัน โดยผลการจัดการเรียนการสอนพบว่า ผู้เรียนส่วนใหญ่รับรู้ว่าได้ได้รับความรู้เพิ่ม เต็มเต็มจากการเรียนทฤษฎี มีเวลาวิเคราะห์ปัญหา ได้จัดเรียงความคิดอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยง เห็นภาพการทำงานบนหอผู้ป่วย ได้ชัดเจน เป็นรูปแบบการเรียนที่สนุก และรับรู้ว่าการฝึกภาคปฏิบัติออนไลน์ไม่ได้ปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย ไม่เข้าถึงความรู้สึกของการปฏิบัติจริง และจำกัดการเรียนรู้จากผู้บรรยายอื่น สอดคล้องกับผู้สอนที่รับรู้ว่ามีเวลาเสริมความรู้ ทักษะการคิดวิเคราะห์ การเชื่อมโยงปัญหาผู้ป่วยให้ผู้เรียนมากขึ้น เป็นการพัฒนาผู้เรียนด้านต่าง ๆ ยกเว้นการลงมือปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย สอนสนุกและท้าทาย แต่เหนื่อยและใช้เวลาเตรียมสอนมาก แนวทางการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลออนไลน์นี้ ผู้สอนต้องสร้างฉากในการเรียนรู้ให้เหมือนอยู่ในหอผู้ป่วยเพื่อดึงผู้เรียนเข้าสู่โลกเสมือนจริง และควรพัฒนาผู้ป่วยจำลองให้ได้มาตรฐานและนำมาใช้ในการสอนภาคปฏิบัติออนไลน์ต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการเรียนการสอนออนไลน์, การเรียนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลออนไลน์, การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์โควิด-19

¹อาจารย์ประจำ กลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ, Thailand

Lecturer, Faculty of Nursing, Thaksin University, Thailand

Corresponding author: malee-kk@hotmail.com

²อาจารย์ประจำ กลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

³อาจารย์ประจำ กลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

⁴อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนคร



Abstract

Situation of COVID-19 pandemic challenges global education system and requires educational institutes to provide online study inevitably. Likewise, nursing education, particularly, practicum has to be discontinued. Hence, it is essential that online practicum should be provided. For this, teachers assign clinical experience through technology by using strategies and systematic education according to the following guideline. 1) Preparation phase, it includes online study design, preparation of technology and learning communication system as well as preparation of instructional medias, students, and teachers. 2) Instruction phase, it covers practice of teacher and student role. 3) Evaluation phase, it consists of evaluation of learning outcomes, learning summary, and daily learning summary. From results of study provision, students reported acquiring more knowledge complemented by theoretical study, having more time to analyze problems, organizing systematic thinking and linking imagination of working in wards. It is also enjoyable learning model and perceived as inauthentic practice, lack of sense of authentic practice, and restriction of learning from other patients. Consistently, teachers perceived that they had more time to complement knowledge, analytical thinking skill, and link between patient problems and student skills. It is viewed as a method of student development except authentic practice. It is also enjoyable and challenging but exhausting and time consuming. For this guideline of provision of online nursing practicum, teachers have to provide authentic scene of wards for drawing students to the real world and develop standardized patients for further online practicum.

Keywords: Online Study Provision, Online Nursing Practicum, Practicum in Situation of COVID-19 Pandemic

ความเป็นมาและความสำคัญ

การจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาต้องเป็นไปเพื่อพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้มีความสมบูรณ์ทุกด้าน มีความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาการหรือวิชาชีพ มีความสามารถในการแข่งขันระดับโลก เป็นคนดีของสังคมและประเทศชาติ มีความสุขในการดำรงชีวิต มี

ทักษะการศึกษาดูแลชีวิต และพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2562) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงของโลกอย่างรวดเร็ว ผู้สอนต้องพัฒนาวิธีการจัดการเรียนการสอนให้ทันต่อสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลง สามารถพัฒนาผู้เรียนให้เจริญงอกงามและ



พัฒนาการ ทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ต้องค้นหาวิธีการพัฒนาผู้เรียนไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และเสริมสร้างประสิทธิภาพการจัดการเรียนการสอนที่เน้นองค์ความรู้ ทักษะความเชี่ยวชาญและสมรรถนะให้บรรลุเป้าหมายการเรียนรู้ เกิดคุณค่าของการเรียนรู้คือ ผู้เรียนสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปปฏิบัติให้เกิดผล ปฏิบัติได้จริง ในการทำงานและการดำเนินชีวิต เพื่อพัฒนาตนเองให้เกิดศักยภาพสูงสุด ส่งผลให้ผู้เรียนไปสู่จุดหมายปลายทางคือ มีความสำเร็จในชีวิตและเจริญเติบโตเป็นบุคคลอย่างสมบูรณ์ เพราะอุดมศึกษาเป็นด่านสุดท้ายของการเตรียมบัณฑิตเข้าสู่โลกการทำงานจริง (ศรเนตร อารีโสภณพิเชฐ, 2557) เช่นเดียวกับการศึกษาพยาบาล ที่จัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีภาคทดลองและภาคปฏิบัติ เพื่อหล่อหลอมให้ผู้เรียนเกิดองค์ความรู้และทักษะที่เพียงพอในการปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้อง เหมาะสม จนสำเร็จการศึกษาเป็นบัณฑิตพยาบาลที่มีทักษะของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพ พร้อมเข้าสู่วิชาชีพการพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างคุณค่าระบบบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคมอย่างยั่งยืน

ปัจจุบัน การจัดการศึกษาต้องเผชิญกับเหตุการณ์ไม่คาดคิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่องค์การอนามัยโลกประกาศเป็นโรคระบาด ได้ทำลายระบบการศึกษาทั่วโลกที่ไม่สามารถจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียนแบบเผชิญหน้าได้ จำเป็นต้องใช้รูปแบบออนไลน์อย่างทันทีทันใด และประเทศไทยกำหนดมาตรการป้องกันโรคทั้งระดับประเทศ ระดับจังหวัด ระดับสถานศึกษา รวมทั้งมาตรการหรือแนวทางปฏิบัติของแหล่งฝึกปฏิบัติ ส่งผลให้การจั

การศึกษาต้องใช้รูปแบบออนไลน์อย่างไม่มีทางเลือกอื่น ซึ่งการเรียนการสอนออนไลน์ยังมีปัญหาและอุปสรรค เช่น ปัญหาเทคโนโลยีสมัยใหม่ในการดาวน์โหลด การเข้าสู่ระบบ ปัญหาด้านเสียงและวิดีโอ ผู้เรียนรู้สึกเบื่อและไม่น่าสนใจ การเรียนออนไลน์มีเวลาและยืดหยุ่นจนเกินไป เนื้อหาที่เรียนส่วนใหญ่เป็นทฤษฎีไม่สามารถนำไปปฏิบัติ และเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพได้ สภาพแวดล้อมการเรียนรู้อาจไม่เอื้อให้เกิดการเรียนรู้ ผู้เรียนยังไม่พร้อมสำหรับการสร้างสมรรถนะระหว่างงาน ครอบครัวและชีวิตทางสังคม กับชีวิตการศึกษา และกระบวนการเรียนรู้ไม่สามารถบรรลุศักยภาพสูงสุดได้จนกว่าผู้เรียนจะฝึกฝนสิ่งที่เรียนรู้ (Dhawan, 2020)

อย่างไรก็ตามการจัดการเรียนการสอนออนไลน์มีประโยชน์หรือข้อดี เพราะมีความยืดหยุ่นด้านเวลาและสถานที่ สามารถปรับขั้นตอนและกระบวนการตามความต้องการของผู้เรียน มีเครื่องมือออนไลน์มากมายที่ส่งผลให้สภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สามารถใช้เสียง วิดีโอ ข้อความให้เข้าถึงผู้เรียน ช่วยสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการโต้ตอบ (Dhawan, 2020) และการจัดการเรียนการสอนออนไลน์มีการปรับปรุงพัฒนามาเป็นลำดับเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการสอน ดังผลการศึกษาของสุคนธ์ทิพย์ สุภาจันทร์ (2556) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยการสอนที่ใช้สื่อการสอน E-book และการสอนปกติพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มที่มีการเรียนการสอนที่ใช้สื่อการสอน E-book มีค่าเฉลี่ยผลทดสอบกลางภาคสูงกว่ากลุ่มที่มีการสอนแบบปกติ และการศึกษาของปาณิสรา สิงห์พงษ์ (2560) เกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้ผ่านบทเรียนออนไลน์ด้วยโปรแกรม Google site เพื่อพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรายวิชา

โครงการคอมพิวเตอร์พบว่า ผลการเรียนรู้มีประสิทธิภาพสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่าเกณฑ์สูงถึงร้อยละ 70 เช่นเดียวกับ เดือนเพ็ญ บุญมาชู, ฉัญทิพย์ คลังชำนาญและภรณ์ แก้วลี (2564) ที่ศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนด้วย E-Learning ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 พบว่าผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่าก่อนเรียนและมีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนการสอนระดับมาก

การศึกษาพยาบาลมีข้อจำกัดในรูปแบบออนไลน์ที่ไม่สามารถทดแทนการฝึกภาคปฏิบัติได้ทั้งรายวิชา เพราะมาตรฐานผลการเรียนรู้ด้านทักษะเชิงวิชาชีพ ผู้เรียนต้องผ่านการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองและการปฏิบัติจริงในคลินิก จึงจะเกิดทักษะการพยาบาลทั้งทักษะที่ไม่ใช่ด้านเทคนิค (non-technical skill) และทักษะด้านเทคนิค (technical skill) อย่างเพียงพอในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและความปลอดภัย ขณะที่สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้การฝึกปฏิบัติจริงในคลินิกต้องหยุดชะงัก และปรับแผนศึกษา (master plan) รวมทั้งปรับรูปแบบการฝึกปฏิบัติให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ภายใต้เงื่อนไขที่ผู้เรียนต้องเกิดการเรียนรู้จนบรรลุวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ได้รับการเสริมสร้างทักษะและฝึกการใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ รวมทั้งสร้างความตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย ปลูกฝังทัศนคติ เสริมสร้างการปฏิบัติอย่างมีคุณภาพและความปลอดภัย สถาบันการศึกษาพยาบาลหลายแห่งจึงปรับรูปแบบจัดการเรียนการสอนในห้องปฏิบัติการพยาบาลแทนการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง โดยใช้สถานการณ์จำลองระดับต่าง ๆ

ตามลักษณะรายวิชา รวมทั้งจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ให้มากที่สุด เช่น จำลองห้องฝึกปฏิบัติให้เหมือนหอผู้ป่วย จัดทาว์สคูล อุปกรณ์ หุ่นจำลองสมรรถนะสูงเพื่อให้มีความเสมือนจริง

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองดังกล่าว จัดได้ต่อเมื่อมีการเข้าเรียนในห้องปฏิบัติการพยาบาลเท่านั้น แต่กรณีสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รุนแรงและมีความเสี่ยงสูง ผู้เรียนไม่สามารถกลับเข้าสถานศึกษาได้ ทางเลือกในการจัดการเรียนการสอนอีกรูปแบบหนึ่งที่ดีและปลอดภัยคือ การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลออนไลน์ แม้ว่าจะไม่สามารถทดแทนทั้งรายวิชาหรือครบถ้วนทุกวัตถุประสงค์การเรียนรู้ แต่ผู้สอนมีโอกาสมิเพียงพอในการส่งมอบประสบการณ์ผ่านสื่อออนไลน์ โดยใช้กลยุทธ์และเทคโนโลยีให้ผู้เรียนบรรลุมาตรฐานผลการเรียนรู้ด้านต่าง ๆ ได้แก่ คุณธรรม จริยธรรม ความรู้ ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ รวมทั้งทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยี และทักษะการปฏิบัติเชิงวิชาชีพบางประการ บทความนี้จึงเป็นแนวทางการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลออนไลน์ ที่ผู้เขียนสรุปจากการทบทวนวรรณกรรม ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ และประสบการณ์จริงในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน

วัตถุประสงค์บทความ

เพื่อนำเสนอแนวทางการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลออนไลน์ ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการออกแบบการจัดการเรียนการสอนให้



ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและพร้อมรับมือสถานการณ์ความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นกับระบบการศึกษาในอนาคต

แนวทางการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลออนไลน์

การศึกษาพยาบาล ผู้เรียนต้องผ่านกระบวนการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติจริงในคลินิก เพื่อให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์จริง ได้สังเกตและปฏิบัติงานร่วมกับผู้สอนและผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการทำงาน ได้เห็นแบบอย่างการปฏิบัติ ช่วยให้ผู้เรียนก้าวเข้าสู่โลกแห่งมืออาชีพหลังสำเร็จการศึกษาเป็นบัณฑิตพยาบาลและส่งมอบการดูแลที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย (DUQUESNE University School of Nursing, 2020) แต่ข้อจำกัดมากมายทำให้วิธีการสอนพยาบาลแบบดั้งเดิมต้องปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลออนไลน์ จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือในอนาคที่ที่อาจเกิดสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำที่เป็นข้อจำกัดของการจัดการศึกษา และเพื่อไม่ให้ประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้เรียนหยุดชะงัก ประกอบกับผู้สอนสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ผ่านระบบออนไลน์ โดยใช้กลยุทธ์และเทคโนโลยีให้ผู้เรียนบรรลุมาตรฐานผลการเรียนรู้ ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ออกแบบการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ โดยวิเคราะห์คำอธิบายรายวิชา วัตถุประสงค์หรือมาตรฐานผลการเรียนรู้ และออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ให้สอดคล้อง ดังนี้

1.1 กำหนดภาระงานผู้เรียน โดยกำหนดให้สอดคล้องกับคำอธิบายรายวิชา วัตถุประสงค์หรือมาตรฐานผลการเรียนรู้ และปริมาณงานเหมาะสมกับเวลาและรูปแบบกิจกรรมการเรียนการสอนออนไลน์

1.2 จัดทำแผนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลออนไลน์ โดยออกแบบวิธีการสอนและกิจกรรมการเรียนรู้ในแต่ละช่วงเวลาให้คล้ายคลึงหรือใกล้เคียงกับกระบวนการทำงานของหอผู้ป่วย จำลองเหตุการณ์จากหอผู้ป่วยมาสู่กระบวนการจัดกิจกรรมออนไลน์ เช่น การรับและส่งเวร การตรวจเยี่ยมทางพยาบาล การปฏิบัติทักษะการพยาบาลแต่ละช่วงเวลา และกิจกรรมการพยาบาลต้องสอดคล้องและเหมาะสมกับวัตถุประสงค์หรือมาตรฐานผลการเรียนรู้ของรายวิชานั้น ๆ

1.3 สร้างสถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยสถานการณ์จำลองต้องเหมาะสมกับลักษณะรายวิชา ครอบคลุมหัวข้อการสอน วัตถุประสงค์หรือมาตรฐานผลการเรียนรู้เหมาะสมกับศักยภาพผู้เรียนแต่ละคน ซึ่งผู้เขียนสร้างสถานการณ์จำลองจากกรณีศึกษาผู้ป่วยจริงในหอผู้ป่วย เพื่อให้ข้อมูล เหตุการณ์หรือปัญหาสุขภาพในแต่ละเวร แผนการรักษาและการพยาบาลมีความเสมือนจริงและถูกต้องตามหลักวิชาการและการปฏิบัติ ปรับปรุงเนื้อหาให้ทันสมัยตามแนวทางปฏิบัติหรือองค์ความรู้ที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ โดยสถานการณ์จำลองต้องมีข้อมูลอย่างครบถ้วนทั้งอาการและอาการแสดง ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษ แผนการรักษา และปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ต่อเนื่องทุกวันและทุกเวรทั้งเวรเช้า เวรบ่ายและเวรดึก ตั้งแต่วันที่ผู้เรียนรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลจนสิ้นสุดการดูแลหรือผู้ป่วยจำหน่าย

2. เตรียมเทคโนโลยีและระบบการสื่อสารเพื่อการเรียนรู้ ดังนี้

2.1 เลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับการจัดการเรียนการสอน ใช้แพลตฟอร์มการเรียนรู้ที่รองรับการเรียนการสอนแบบปฏิสัมพันธ์ (Interactive learning) เสมือนเรียนอยู่ในห้องเรียนจริง โดยสามารถมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน ผู้เรียนกับผู้เรียน และผู้เรียนกับสื่อการเรียนรู้ต่าง ๆ (บุญทิพย์ สิริธรรักษ์, 2563)

2.2 จัดช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงง่ายและสะดวก นอกจากห้องเรียนออนไลน์ ควรกำหนดช่องทางการสื่อสารอื่น ๆ เพื่อการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนหรือผู้เรียนกับผู้เรียน การช่วยเหลือและการให้คำปรึกษานอกเวลาเรียน การส่งสื่อหรือความรู้สนับสนุนการเรียนรู้และการจัดการภาระงาน รวมทั้งเป็นช่องทางการประสานงานที่สะดวก รวดเร็ว เช่น ไลน์กลุ่ม

2.3 จัดทีมสนับสนุนด้านเทคนิคและเทคโนโลยี ปัญหาด้านเทคนิคและเทคโนโลยีจะเกิดขึ้นเสมอ จึงควรจัดทีมสนับสนุนช่วยเหลือในการแก้ปัญหา จัดทำคู่มือการแก้ปัญหาเบื้องต้นสำหรับผู้สอน เพื่อให้การจัดการเรียนรู้ราบรื่นมากยิ่งขึ้น (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2564) รวมทั้งจัดส่งเอกสารสำหรับการเรียนและอื่น ๆ ซึ่งไม่ควรเป็นภาระความรับผิดชอบของผู้สอน

3. เตรียมสื่อการสอน

3.1 เลือกใช้สื่อการสอนที่มีเนื้อหาสาระถูกต้องตามหลักฐานทางวิชาการ มาตรฐานวิชาชีพและทันสมัย เพื่อให้ผู้เรียนได้ศึกษาเพิ่มเติมจากเนื้อหาในการอภิปราย และเห็นภาพของการฝึกปฏิบัติได้ชัดเจนมากขึ้น เช่น วิดีโอทักษะการพยาบาล วิดีโอการตรวจร่างกาย ภาพประกอบการเรียนรู้ทักษะที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสื่อของจริง เช่น ชุดทำแผล ชุดสวนปัสสาวะ อุปกรณ์การฉีดยาและ

ยาชนิดต่าง ๆ เพราะผลการศึกษาพบว่าการสอนด้วยสื่อวิทัศน์ เป็นวิธีเพิ่มความรู้อะกัษะปฏิบัติการพยาบาล สื่อวิทัศน์มีผลต่ออารมณ์และความรู้สึกคือ เมื่อดูสื่อทำให้เห็นกระบวนการพยาบาลที่ชัดเจน เห็นภาพรวมในการปฏิบัติงาน ทำให้รู้สึกกังวลน้อยลงและลดความเครียดได้มาก ช่วยให้มีความมั่นใจมากขึ้น ลดความกลัว ลดความตื่นเต้น มีผลต่อความรู้ความเข้าใจเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานคือ ได้รับความรู้และเห็นเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจน สื่อเป็นตัวกระตุ้นให้เตรียมตัวเพิ่มเติม ผลต่อการเตรียมความพร้อมของตนเองต่อการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง (ภททิยา จันทเวช, 2561)

3.2 จัดหาคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์จำลอง เพื่อเสริมความรู้ให้ผู้เรียนและเอื้อให้เกิดการเรียนรู้ได้มากขึ้น เช่น แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย คู่มือการบริหารยา แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล แบบประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น แบบประเมินแผลกดทับ

4. เตรียมผู้สอน

4.1 ประชุมชี้แจงและอภิปรายกลุ่มผู้สอนเกี่ยวกับบทบาทผู้สอน แผนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลออนไลน์ ภาระงานของผู้เรียน กระบวนการจัดการเรียนการสอนและการจำลองสถานการณ์แต่ละช่วงเวลาของหอผู้ป่วย การใช้สื่อการสอนร่วมกันตามลักษณะการฝึกปฏิบัติ การใช้ห้องเรียนออนไลน์ การสร้างสถานการณ์จำลองที่สอดคล้องกับแผนกที่ฝึกปฏิบัติ เช่น ห้องฉีดยาทำแผล อายุรกรรมและศัลยกรรม

4.2 พัฒนาทักษะการใช้สื่อและเทคโนโลยี โดยจัดอบรมผู้สอนให้มีความรู้และทักษะในการใช้เทคโนโลยีการใช้โปรแกรมเพื่อการสอนออนไลน์และการแก้ปัญหา



การใช้งานขั้นต้น การจัดการกับข้อจำกัด ความเป็นไปได้ของสื่อ และเหมาะสมกับโปรแกรมออนไลน์ (พิเชษฐ์ แซ่โซว, ชุศักดิ์ ยืนนานและนัฐยา เพียรสูงเนิน, 2563) เรียนรู้การใช้ระบบและทดสอบการสอนออนไลน์เพื่อประเมินปัญหา อุปสรรค และสามารถจัดหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม (วิทยา วาโย, อภิรติ เจริญกุล, ฉัตรสุตา กานกายนต์และจรรยา คนใหญ่, 2563)

5. เตรียมผู้เรียน

5.1 จัดกลุ่มผู้เรียน กำหนดอัตราส่วนผู้สอนต่อผู้เรียนเหมือนการฝึกปฏิบัติจริงในคลินิก เพื่อให้สามารถดูแล กระตุ้น ส่งเสริมและสนับสนุนผู้เรียนได้อย่างใกล้ชิด

5.2 ปฐมนิเทศรายวิชา ประชุมชี้แจงรายวิชา วัตถุประสงค์ และเป้าหมายการเรียนรู้ ภาระงานที่ผู้เรียนได้รับมอบหมาย กระบวนการเรียนภาคปฏิบัติ การพยาบาลออนไลน์ แนวทางปฏิบัติของผู้เรียน และกำหนดกฎระเบียบหรือข้อตกลงของกลุ่มในการเรียนออนไลน์

5.3 สร้างความเข้าใจกับผู้เรียนในการเข้าห้องเรียนออนไลน์ ผู้เรียนแต่ละกลุ่มย่อยใช้ห้องเรียนออนไลน์ห้องเดิมตลอดการฝึกปฏิบัติการพยาบาลออนไลน์ โดยผู้สอนเป็นผู้เปลี่ยนห้องเรียนเมื่อเปลี่ยนแผนกการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้เรียนสะดวกในการเข้าห้องเรียน ไม่เกิดความสับสน และไม่เสียเวลาจากการเข้าห้องผิด

5.4 สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยระหว่างผู้สอนและผู้เรียนก่อนฝึกปฏิบัติออนไลน์ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบ่งปันความรู้สึก ความคาดหวังซึ่งกันและกัน ช่วยให้เกิดความเข้าใจและช่วยให้ผู้เรียนรู้สึกผ่อนคลาย

ขั้นสอน

1. ปฏิบัติบทบาทผู้สอน

1.1 รับบทบาทในกระบวนการเรียนการสอน โดยเป็นผู้ช่วยมาตรฐานหรือผู้ช่วยจำลอง พยาบาลเวรแพทย์และอาจารย์นิเทศ เพื่อให้ผู้เรียนได้เรียนรู้กระบวนการทำงานเป็นทีม การสื่อสารและการเป็นสมาชิกทีมที่มีประสิทธิภาพ และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและทีม

1.2 สร้างบรรยากาศให้เอื้อต่อการเรียนรู้ บรรยากาศที่จะเรียนรู้ได้ดีหรือสภาพแวดล้อมในอุดมคติของการเรียนคือ สภาพที่ปลอดภัย เกื้อหนุน ทำหาย ให้กำลังใจและมีส่วนร่วม บรรยากาศแห่งกัลยาณมิตร เป็นกันเองและมีสัมพันธภาพที่ดีช่วยให้ผู้เรียนรู้สึกปลอดภัย ลดความเครียด กล้าถาม และกล้าบอกความต้องการหรือขอความช่วยเหลือ เมื่อผู้เรียนรู้สึกปลอดภัยและได้รับการสนับสนุนจะมีแนวโน้มเปิดกว้างสำหรับการเรียนรู้ มีความสุขกับการถูกท้าทายและมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในทางตรงข้าม หากผู้เรียนรู้สึกไม่ปลอดภัยและไม่ได้รับการสนับสนุนจะมีแนวโน้มไม่กล้าเปิดเผยสิ่งที่ไม่รู้ ไม่เข้าใจและไม่อยากร่วมกิจกรรมเพราะรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ กลัวถูกทำให้อับอายและเสียหน้า จึงเลือกปกป้องตัวเองมากกว่าที่จะเฝ้าหาความรู้ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2558)

1.3 ดำเนินการสอนตามขั้นตอนการสอนภาคปฏิบัติ ตั้งแต่ นำเข้าสู่การเรียนโดยสร้างฉากด้วยการบรรยายสภาพหอผู้ป่วยเพื่อนำผู้เรียนเข้าสู่โลกเสมือนจริง และพร้อมเข้าสู่สถานการณ์ จากนั้นสอนตามแผนการสอนที่กำหนดไว้อย่างสอดคล้องกับระบบการทำงานของหอผู้ป่วยและสอดคล้องกับสถานการณ์จำลอง กำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลหรือแนว

ปฏิบัติของหอผู้ป่วยและมาตรฐานวิชาชีพ ปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์หรือศักยภาพของผู้เรียน ทั้งนี้ให้คำนึงถึงเป้าหมายการจัดการเรียนการสอน และสุดท้ายสรุปจบหรือปิดการสอนด้วยสิ่งที่ผู้เรียนต้องไปดำเนินการต่อหรือเตรียมตัวมาเรียนรู้ในวันต่อไป

1.4 ควบคุมบรรยากาศการเรียนการสอน ขณะอยู่ในชั้นเรียนผู้สอนต้องมีความสามารถในการดึงดูดความสนใจของผู้เรียนให้จดจ่อกับการเรียน เช่น การแบ่งเวลาในแต่ละเรื่องหรือหัวข้อไม่ควรเกิน 30 นาที ใช้โทนเสียงสูงต่ำ พูดซ้ำหรือพูดย้ำประเด็นสำคัญ ให้ผู้เรียนแสดงบทบาทที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มที่ เสริมสร้างการเรียนรู้เชิงรุกนอกชั้นเรียน เช่น มอบหมายงานล่วงหน้า ให้ศึกษาด้วยตนเอง และสรุปผังความคิดนำเสนอ (Timken, 2021) หาวิธีกระตุ้นการเรียนรู้ สนับสนุนการอภิปรายและการมีส่วนร่วมของผู้เรียน แสดงความช่วยเหลือให้กำลังใจเพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นในการเรียน (พิเชษฐ์ แซ่โซวและคณะ, 2563) ให้เวลาผู้เรียนในการสะท้อนคิดและจัดระเบียบความคิดก่อนที่จะตอบคำถามหรือแสดงความคิดเห็น และคอยสังเกตพฤติกรรมและกระตุ้นผู้เรียนอย่างเหมาะสม ให้มีความตื่นตัวและมีความพร้อมต่อการเรียน รวมทั้งจัดช่วงเวลาพักระหว่างเวลาทั้งเช้าและบ่ายเพื่อพักผ่อนสมอง ผ่อนคลาย และลดความเหนื่อยล้า

1.5 เปิดโอกาสให้ผู้เรียนเข้าถึงง่ายและสะดวก ผู้สอนอาจกำหนดช่วงเวลาออนไลน์นอกเวลาเรียนที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้เรียนเข้ามาปรึกษาหรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือช่องทางอื่นในการติดต่อสื่อสาร อาจกำหนดช่วงเวลาที่ตรงกันระหว่างผู้สอนและผู้เรียน (Timken, 2021)

2. ปฏิบัติบทบาทผู้เรียน

2.1 จัดสิ่งแวดล้อมและบริบทการเรียนรู้ ผู้เรียนต้องรับผิดชอบจัดการบริบทในการเรียนของตนเอง เพราะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเรียนรู้และผลลัพธ์การเรียนรู้ (เรณูมาศ มาอุ่น, 2559) ดังนั้น พื้นที่ในการเรียนต้องไม่มีสิ่งรบกวนผู้เรียนทั้งร่างกาย จิตใจและไม่รบกวนการเรียนออนไลน์ (Joubert, 2020) ระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่มีความพร้อมในการใช้งาน นอกจากนี้ การเตรียมสถานที่สำหรับการเรียนที่เหมาะสม หากเป็นไปได้ควรแยกห้องเรียนจากห้องนอน เตียงหรือโซฟา เพราะความแตกต่างที่ชัดเจนของสถานที่เรียนกับสถานที่พักผ่อนจะช่วยให้ผู้เรียนมีสมาธิมากขึ้น (Xia, 2020)

2.2 มีความพร้อมและรับผิดชอบในการเรียน ผู้เรียนต้องทำความเข้าใจสถานการณ์จำลองที่ได้รับมอบหมายแต่ละเวอร์ ทบทวนความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้อง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค ทักษะการพยาบาล การตรวจร่างกาย การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การใช้กระบวนการพยาบาล

2.3 มีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ผู้เรียนต้องปฏิบัติบทบาทอย่างเต็มศักยภาพ แสดงพฤติกรรมให้มากที่สุด มีส่วนร่วมอย่างจริงจังทั้งในสถานการณ์ของตนเองและร่วมเรียนรู้สถานการณ์ของสมาชิกกลุ่มทุกคน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้มากที่สุด ไม่ลังเลที่จะตั้งคำถามหรือขอคำแนะนำ เพราะผู้เรียนที่มีส่วนร่วมหรือกับผู้สอนและเพื่อนร่วมชั้นมักจะประสบความสำเร็จมากที่สุดในชั้นเรียน (Joubert, 2020)

2.4 จัดบันทึกการเรียนรู้ เรื่องราวหรือสาระการเรียนรู้แต่ละวัน ทั้งจากสถานการณ์จำลองของตนเองและของสมาชิกกลุ่ม ผู้เรียนต้องจัดบันทึกการเรียนรู้



เป็นระบบ ครอบคลุม บันทึกรายละเอียด และนำมาทบทวน เมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้แต่ละวัน การจดบันทึกส่งเสริมให้เกิด การต่อยอดความคิด เพิ่มความเข้าใจและความสนใจหรือ การจดจ่ออยู่กับการเรียน (Xia, 2020)

2.5 ปรับปรุงวิธีการเรียนของตนเอง แต่ละวัน ผู้เรียนต้องกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ และภายหลัง เรียนแต่ละวันกลับไปทบทวนและประเมินผลการเรียนรู้ ของตนเอง กรณีการเรียนรู้ไม่บรรลุเป้าหมายพยายามหา วิธีการปรับปรุงแก้ไขการเรียนรู้ในวันต่อไป อาจปรึกษา ผู้สอนเพื่อแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

2.6 ติดต่อสัมพันธ์ในกลุ่มอย่างสม่ำเสมอและ ต่อเนื่อง สมาชิกทุกคนในกลุ่มต้องเชื่อมต่อถึงกันเพื่อ ส่งต่อข้อมูล ข่าวสาร สื่อการเรียนรู้ งานที่ได้รับมอบหมาย และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียน และตรวจสอบการ ส่งข่าวสารในกลุ่มอย่างสม่ำเสมอเพื่อไม่ให้พลาดการ ติดต่อกัน (Joubert, 2020) รวมทั้งร่วมสร้าง บรรยากาศความเป็นกัลยาณมิตร ช่วยเหลือซึ่งกันละกัน กับเพื่อนที่ร่วมเรียนทุกคน

ขั้นประเมินผล

1. ประเมินผลการเรียนรู้ ผู้สอนประเมินผลการ เรียนรู้ในแต่ละวันและให้ข้อมูลป้อนกลับผู้เรียนแต่ละคน เพื่อการปรับปรุงแก้ไขตนเองในการเรียนวันต่อไป และ ประเมินการบรรลุวัตถุประสงค์หรือมาตรฐานผลการ เรียนรู้ด้วยคุณภาพชิ้นงาน การมีส่วนร่วมในการอภิปราย การใช้กระบวนการพยาบาล การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำลอง การวิเคราะห์สถานการณ์จำลอง การคิดเชื่อมโยง ความรู้และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ ความก้าวหน้า หรือพัฒนาการในการเรียนรู้ สำหรับการประเมินผลการ ปฏิบัติทักษะจริง ยังมีข้อจำกัดของการประเมินผลที่มี

ความถูกต้อง แม่นยำหรือความตรงในผลการประเมิน ทั้งนี้อาจเพิ่มน้ำหนักการประเมินด้านทักษะอื่น ๆ ให้มากขึ้น และลดน้ำหนักด้านทักษะปฏิบัติ และผู้สอนรวบรวม ทักษะที่ผู้เรียนต้องฝึกปฏิบัติจริงส่งต่อในรายวิชาต่อไป เพื่อให้ผู้เรียนได้พัฒนาการเรียนรู้อย่างครบถ้วนก่อน สำเร็จการศึกษา

2. สรุปการเรียนรู้ โดยการสะท้อนคิด ตั้งคำถาม กระตุ้นผู้เรียน และให้ข้อมูลป้อนกลับตามวัตถุประสงค์ การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้เรียนนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปสู่การเรียนรู้ใน อนาคต (Meakim, et al, 2013) เปรียบเสมือนการจัด ระเบียบความคิดของผู้เรียน โดยทบทวนการปฏิบัติแต่ละ ช่วงเวลาระหว่างเรียนด้วยการตั้งคำถามปลายเปิดกระตุ้น ให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และประเมินตนเองได้ว่า สิ่งที่ทำ ดีหรือยัง ทำได้ดียังไง ทำผิดพลาดเรื่องอะไร จะทำให้ ดีกว่าเดิมได้อย่างไร ซึ่งช่วยเปลี่ยนทัศนคติผู้เรียน (ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, 2558) อันจะพัฒนาไปสู่การประเมิน ตนเองตลอดเวลาและในที่สุดจะเกิดทักษะการเรียนรู้ ตลอดชีวิต

3. สรุปจบหรือปิดการเรียนรู้ประจำวัน เมื่อ สิ้นสุดการเรียนการสอนแต่ละวัน ผู้สอนต้องปิดการ เรียนรู้ประจำวัน อาจใช้หลักอักษรย่อ QRST (Question-Review-Summary-Terminate) ได้แก่ Question: ใคร มีคำถามอะไรบ้าง ใครอยากถามเพิ่มเติมเรื่องอะไรบ้าง Review: การเรียนในวันนี้เราบรรลุตามวัตถุประสงค์ ครบถ้วนอย่างไร (ผู้สอนหรือผู้เรียนทบทวนวัตถุประสงค์) Summary: สรุปว่าวันนี้เราบรรลุวัตถุประสงค์และพรุ่งนี้ จะมาเรียนรู้กันเรื่อง (มอบเป็นการบ้านให้ผู้เรียนศึกษามา ล่วงหน้าก่อนเข้าเรียนในครั้งต่อไป) Terminate: ปิด ประโยคสุดท้ายด้วยคำคมหรือกวีใจ อาจเป็นข้อความที่ ช่วยปรับทัศนคติผู้เรียน (ครุฑพร ปิ่นสุวรรณ, 2564)

ผลการใช้แนวทางการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการ พยาบาลออนไลน์

ทีมผู้สอนได้จัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลออนไลน์วิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานเป็นเวลา 3 สัปดาห์และติดตามผลพบว่า ผู้เรียนส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะได้รับความรู้เพิ่มเติมจากการเรียนทฤษฎี เป็นรูปแบบการเรียนออนไลน์ที่สนุก มีเวลาวิเคราะห์ปัญหา จัดเรียงความคิดอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงได้มากขึ้น และเห็นภาพการทำงานบนหอผู้ป่วยได้ชัดเจน ดังที่ผู้เรียนอธิบายว่า

1. ได้ความรู้เพิ่ม เต็มเต็มจากการเรียนทฤษฎี

“...ได้ความรู้มากค่ะ มากกว่าฝึกอยู่บน ward (หอผู้ป่วย) ...ได้ความรู้เต็ม ๆ ค่ะ...ที่เรียนทฤษฎีมาและเวลาอ่านหนังสือมันนึกไม่ออกค่ะ แต่พอได้และฝึกวิเคราะห์แต่ละวันแบบนี้ เข้าใจและเห็นภาพ...” (ผู้เรียนวิชา ป.พื้นฐาน)

“ได้ความรู้มาก เข้าใจชัดเจนมากขึ้น เหมือนได้จัดเรียงความรู้ ความคิดในหัวเราใหม่...ตอนเรียนเราเรียนเป็นเรื่อง ๆ พอได้ case มันหลายโรค เราได้ฝึกเชื่อมโยงว่าแต่ละโรคมันเกี่ยวกันยังไง และเหมือนอย่างสวนปัสสาวะในแต่ละคนเหตุผลก็ไม่เหมือนกัน...หนูเข้าใจชัดเจนขึ้นเยอะ” (ผู้เรียนวิชา ป.พื้นฐาน)

2. ได้คิดอย่างเป็นระบบ

“...ฝึกออนไลน์เราไม่ได้ปฏิบัติจริงก็จริงค่ะ แต่เราต้องอธิบายให้อาจารย์ ให้เพื่อนฟัง ได้สอนเพื่อน ได้สาธิตมันทำให้จำได้ไม่ลืม...ก่อนเราจะพูดเราต้องคิดและเรียบเรียงความคิดอย่างดี...เป็นระบบค่ะ และได้คิดเยอะขึ้น...ที่ ward เราแค่ทำอย่างเดียวยังไม่ได้คิดอะไร...คือทำไปตามขั้นตอน แต่แบบนี้อาจารย์มีเวลากถามว่ามีเหตุผลอะไรที่ทำแบบนี้...” (ผู้เรียนวิชา ป.พื้นฐาน)

3. เห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยด้วยกระบวนการพยาบาล

“การที่ได้เห็น case ต่อเนื่องตั้งแต่คนไข้มา เขามีอาการอะไรมา ตอนนั้นให้การพยาบาลและดูแลรักษาแล้วเป็นอย่างไร คนไข้ดีขึ้นยังงี้ ปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละเวรดูแลยังไง ผลเป็นอย่างไร ตรงนี้ชัดมาก...เข้าใจกระบวนการพยาบาลชัดเจนเจนนาค่ะ...จาก case ที่เราเห็นคนไข้เปลี่ยนแปลงตั้งแต่ต้นจนจบ บาง case เขาหายกลับบ้านได้ บาง case ก็ทุเลา” (ผู้เรียนวิชา ป.พื้นฐาน)

4. จินตนาการภาพการทำงานได้

“แม้ไม่ได้ฝึก ไม่ได้ทำจริง ๆ ก็ได้มากอยู่ค่ะ...เพราะเราเคยเห็น ward จริงมาแล้ว ก็คิดต่อได้และบางอย่างที่เราไม่เห็น อาจารย์มีภาพมาให้ดู เช่น ภาพยาต่าง ๆ เครื่องมือ อุปกรณ์ดูจากภาพและอธิบายด้วยภาพก็เข้าใจชัดเจน ลำดับความคิดได้” (ผู้เรียนวิชา ป.พื้นฐาน)

5. สนุกดีและมีลุ้น

“...หนูชอบนะค่ะ ...ปกติหนูตื่นสาย แต่ตอนนี้หนูตื่นเช้า อาบน้ำและแต่งตัวมารอเรียนค่ะ...สนุกค่ะ ลุ้นว่าแต่ละวันคนไข้ของเราจะมีอาการอย่างไร มีอะไรให้ทำบ้าง เรียนแบบนี้หนูสนุกค่ะ...” (ผู้เรียนวิชา ป.พื้นฐาน)

6. มีโอกาสและเวลาค้นคว้ามากขึ้น

“มีเวลาให้ค้นคว้ามากขึ้น...เรียนอยู่หน้าจอ อยู่กับคอมพิวเตอร์ ทำให้มีเวลาค้นหาความรู้มากกว่า...ค้นหาก็สะดวก...ได้มีโอกาสได้ค้นคว้าความรู้เพิ่มเติมทันที” (ผู้เรียนวิชา ป.พื้นฐาน)

อย่างไรก็ตาม ผู้เรียนรับรู้ว่าการไม่ได้ฝึกปฏิบัติจริงในคลินิก ทำให้ไม่เกิดทักษะการปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย ไม่ได้อารมณ์ความรู้สึกของการปฏิบัติจริง และจำกัดการเรียนรู้จากผู้ป่วยอื่น ๆ ในหอผู้ป่วย ดังคำอธิบาย



1. ไม่ตื่นเต้นเท่ากับลงมือปฏิบัติจริง

“ปฏิบัติไม่ได้ค่ะ...เพราะไม่ได้ทำจริง ๆ กับคนไข้ แค่อธิบายวิธีการหรือสาธิตบ้าง แต่ไม่ได้ไปทำจริงกับผู้ป่วย...เวลาทำกับผู้ป่วยมันตื่นเต้นบ้าง ลืมบ้าง...ขั้นตอนผิด ทำคอน (ปนเปื้อน) บ้าง” (ผู้เรียนวิชา ป.พื้นฐาน)

“...ปฏิบัติไม่เท่าไรค่ะ... เรียนแบบนี้ (ออนไลน์) ไม่เหมือนกับที่เราเคยทำจริง เรียนออนไลน์เราจะอธิบายวิธีใช้มัยคะ แต่เวลาไปทำจริงลืมบ้าง มีน ๆ ตื่นเต้นทำไมถูก...เวลาไปทำกับผู้ป่วยทำไมถูกค่ะ...” (ผู้เรียนวิชา ป.พื้นฐาน)

2. ไม่เข้าถึงความรู้สึกของการปฏิบัติจริง

“ไม่ได้เจอผู้ป่วยจริง ไม่ได้ทำกับผู้ป่วยจริง ๆ ทำให้อารมณ์ความรู้สึกถึงการสัมผัสผู้ป่วยจริงไม่ได้...ถ้าผู้ป่วยจริงเราจะเข้าถึงความรู้สึกที่เขาเป็นผู้ป่วย...ได้ความรู้สึกของการปฏิบัติจริง ๆ มากกว่าออนไลน์” (ผู้เรียนวิชา ป.พื้นฐาน)

3. จำกัดการเรียนรู้จากผู้ป้วยรายอื่น

“...จำกัดการเรียนรู้ผู้ป่วยโรคอื่น...ไม่ได้เรียนรู้ผู้ป่วยคนอื่นที่นอกเหนือจากที่ได้รับมอบหมาย...รู้แค่ผู้ป่วยของเราและของเพื่อนในกลุ่ม...เวลาไปฝึกจริงก็จะมีคนไข้เยอะให้เราได้ฝึก” (ผู้เรียนวิชา ป.พื้นฐาน)

เช่นเดียวกับผู้สอนที่รับรู้สอดคล้องกับผู้เรียน โดยพบว่า การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลออนไลน์มีเวลาให้ผู้เรียนมากขึ้นจึงสามารถเสริมความรู้ ทักษะการคิดวิเคราะห์ การเชื่อมโยงปัญหาของผู้ป่วย พัฒนาผู้เรียนในด้านอื่น ๆ ได้ครบถ้วน ยกเว้นการลงมือปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย สนุกและท้าทาย และเหนื่อย และใช้เวลาในการเตรียมมาก ดังผู้สอนอธิบายว่า

1. มีเวลาเสริมความรู้คู่ทักษะการคิด

“มีเวลากับการเสริมความรู้มากขึ้น ฝึกให้คิดวิเคราะห์ คิดเชิงเหตุและผล เชื่อมโยงองค์ความรู้...วันแรก ๆ ก็ตอบไม่ได้นะ ตะล่อมไปแต่ละวัน ตกแต่งเรื่อย ๆ 1 สัปดาห์นี่เก่งขึ้นเลย ตอบได้ มีความรู้ขึ้น...มั่นใจว่าผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้น เทียบจากที่สอนในคลินิกผู้ป่วย 7 ราย ผู้เรียน 7 คนนี้ เอาไม่ทัน เวลาแต่ละวันก็หมดไปกับปฏิบัติ มีช่วงเวลาในการทำ pre-post conference แต่ก็ได้ไม่มากเท่าออนไลน์...” (ผู้สอนวิชา ป.พื้นฐาน)

2. พัฒนาผู้เรียนได้ในมิติที่แตกต่างจากการฝึกในคลินิก

“พัฒนาให้เกิดการเรียนรู้ได้ ...การฝึกปฏิบัติออนไลน์ไม่สามารถทดแทนการฝึกปฏิบัติจริงได้ก็จริง แต่สามารถพัฒนาผู้เรียนในมิติอื่น ๆ ที่แตกต่างกัน ดีคนละมุม คนละแบบ...ฝึกปฏิบัติออนไลน์ได้มีการออกแบบให้เหมือนผู้เรียนอยู่ในเหตุการณ์และอยู่ในกระบวนการฝึกปฏิบัติเหมือนที่หอผู้ป่วย ผ่านกระบวนการเรียนรู้ทุกอย่างยกเว้นการปฏิบัติทักษะจริงเท่านั้น...แตกต่างกันตรงนี้ แต่ได้ในด้านอื่นมากกว่า...ด้านความรู้ การคิด การนำความรู้ไปใช้ การสื่อสาร” (ผู้สอนวิชา ป.พื้นฐาน)

3. สนุกและท้าทาย

“สนุกค่ะ ชอบแล้วละ แต่เหนื่อยมาก (ลากเสียงยาว) ...รับหลายบทบาทเป็นทั้งผู้ป่วย ญาติ เป็นพยาบาลในหอผู้ป่วย เป็นผู้สอน ...สถานการณ์จำลองที่สร้างขึ้นต้องเสมือนจริง สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ และเป็นไปตามหลักวิชาการทุกเรื่องและตรงกับวัตถุประสงค์รายวิชา...รับบทหนักมากค่ะ...” (ผู้สอนวิชา ป.พื้นฐาน)

4. ใช้เวลามากและเหนื่อย

“...เหนื่อยมาก...7 ชั่วโมงที่สอนหลายอย่าง เริ่มจากเป็นพยาบาลส่งเวร เป็นผู้ป่วย เป็นญาติ เป็นหมอรับรายงานและสั่งการรักษา เป็นพยาบาลคอยรับรายงาน



ข้อมูล เป็นอาจารย์พยาบาลที่ต้องเสริมสร้างการเรียนรู้ในแต่ละ case...หมดเวลา 7 ชั่วโมงต่อการเตรียมสอนวันต่อไป...ใช้เวลาเยอะมาก...” (ผู้สอนวิชา ป.พื้นฐาน)

สรุป

การฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลออนไลน์ เป็นทางเลือกหนึ่งในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพราะการฝึกปฏิบัติในคลินิกจำเป็นต้องหยุดชะงักลงจากนโยบายป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ จึงจำเป็นต้องปรับวิธีการเรียนการสอนโดยการถ่ายทอดผ่านสื่อออนไลน์ ใช้กลยุทธ์และเทคโนโลยีให้ผู้เรียนบรรลุตามวัตถุประสงค์และมาตรฐานผลการเรียนรู้อย่างเป็นระบบตั้งแต่ขั้นเตรียมการสอนตลอดจนถึงขั้นการประเมินผล จะเห็นได้ว่าการฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลออนไลน์ ส่งผลให้ผู้เรียนได้รับความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นจากการเรียนทฤษฎี เพราะผู้สอนมีเวลาสะท้อนคิด อภิปรายและซักถามมากขึ้น ได้ฝึกการวิเคราะห์ การเชื่อมโยงปัญหาผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงสู่การปฏิบัติจริงได้ และที่สำคัญการพัฒนาทักษะกระบวนการคิดวิเคราะห์เป็นพื้นฐานที่มีความสำคัญที่จะนำไปสู่การคิดขั้นสูง ถึงแม้ว่าผู้เรียนจะไม่ได้ลงมือปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย แต่สามารถจัดเวลาฝึกปฏิบัติจริงเสริมในภายหลังได้ ทั้งนี้การประยุกต์ใช้แนวทางจัดการเรียนรู้ภาคปฏิบัติการพยาบาลออนไลน์นี้ ผู้สอนต้องสร้างจากการเรียนรู้ทุกช่วงเวลาให้เหมือนผู้เรียนอยู่ในหอผู้ป่วย ด้วยการบรรยายภาพและกระบวนการทำงานของหอผู้ป่วยเพื่อดึงผู้เรียนเข้าสู่โลกเสมือนจริง และในกระบวนการเรียนการ

สอนสามารถพัฒนาผู้ป่วยจำลองให้ได้มาตรฐานเพื่อนำมาใช้ในการสอนภาคปฏิบัติการพยาบาลออนไลน์ ซึ่งช่วยให้ผู้เรียนเข้าถึงความรู้สึกของการปฏิบัติจริงมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- คเชนทร์ ปิ่นสุวรรณ. (2564). *Facilitating in simulation based learning*. ใน โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาอาจารย์พยาบาลในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองขึ้น. สงขลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา.
- จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย. (2564). *6 เคล็ดลับในการเรียนการสอนออนไลน์ให้มีประสิทธิภาพ*. เข้าถึงจาก <https://www.chula.ac.th/news/40851/>
- เดือนเพ็ญ บุญมาชู, ธัญทิพย์ คลังชำนาญและภรณ์ แก้วลี. (2564). ผลของการจัดการเรียนการสอนด้วย e-Learning ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(37), 352-364.
- ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. (2558). การจัดการเรียนการสอนแพทยศาสตร์ด้วยสถานการณ์จำลอง. *เวชบัณฑิตศิริราช*, 8(1), 39-46.
- บุญทิพย์ สิริรังศรี. (2563). การจัดการเรียนการสอนออนไลน์สู่กรอบมาตรฐานวิชาชีพการ สอนและสนับสนุนการเรียนรู้ระดับอุดมศึกษา. *วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์*, 2(3), 1-17.
- ปาณิสรา สิงห์พงษ์. (2560). การจัดการเรียนรู้ผ่านบทเรียนออนไลน์ด้วยโปรแกรม Google Site เพื่อพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รายวิชาโครงงานคอมพิวเตอร์ (ง 31231) ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสายปัญญาฯรังสิต. เข้าถึงข้อมูลจาก http://www.ska2.go.th/reis/data/research/25630402_093123_1617. Pdf



- พิเชษฐ์ แซ่โซว, ชุติศักดิ์ ยืนนานและณัฐยา เพียรสูงเนิน. (2563). การเรียนการสอนแบบออนไลน์ในการศึกษาพยาบาล ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 26(2), 189-202.
- ภัททิยา จันทเวช. (2561). การเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลเพื่อลดความเครียดในการฝึกปฏิบัติงานห้องคลอด. *วารสารเกื้อการณย์*, 25(1), 184-191.
- เรณูมาศ มาอุ่น. (2559). การจัดการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 9(2), 169-176.
- วิทยา วาโย, อภริติ เจริญกุล, ฉัตรสุตา กานกายนต์และจรรยา คนใหญ่. (2563). การเรียนการสอนแบบออนไลน์ภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัส COVID-19: แนวคิดและการประยุกต์ใช้จัดการเรียนการสอน. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(34), 285-298.
- ศรเนตร อารีโสภณพิเชฐ. (2557). กลยุทธ์การเรียนการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์: แผนทิมโนทัศน์. *วารสารครุศาสตร์*, 42(3), 194-210.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2558). *คู่มือหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก: ฉบับสหวิชาชีพ*. (ฉบับภาษาไทย). นนทบุรี: หนังสือดีวัน จำกัด.
- สุคนธ์ทิพย์ สุภาจันทร์. (2557). การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยการสอนที่ใช้สื่อการสอน E-book และการสอนปกติ. *วารสารสถาบันวิจัยญาณสังวร*, 5(1), 57-66.
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2562). *ประกาศกระทรวงศึกษาธิการเรื่อง พระราชบัญญัติการอุดมศึกษา พ.ศ. 2562*. เข้าถึงข้อมูลจาก http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/057/T_0054.PDF
- Dhawan, S., (2020). Online Learning: a panacea in the time of COVID-19 crisis. *Journal of Educational Technology Systems*. Jun, 20. doi: 10.1177/0047239520934018
- DUQUESNE University School of Nursing, (2020). *How to teach nursing students online: tips and resources for nurse educators*. Retrieved from <https://onlinenursing.duq.edu/blog/how-to-teach-nursing-students-online/online/>
- Joubert, S. (2020). *How to be a successful online learner: 9 tips & strategies*. Retrieved from <https://www.northeastern.edu/bachelors-completion/news/successful-online-learning-strategies/>
- Meakim, C, Boese, T., Decker, S., Franklin, A.E., Gloe, D., Lioce, L., Sando, C.R. & Borum, J.C. (2013). Standard of best practice: simulation standard I: terminology. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(6S), S3-S11.
- Timken, M. (2021). *Best Practices for teaching remotely*. Retrieved from <https://evolve.elsevier.com/education/expertise/faculty-development/best-practices-for-teaching-remotely/>
- Xia, L. (2020). *8 Tips for effective online learning*. Retrieved from <https://blog.coursera.org/8-tips-for-effective-online-learning/>



อุบัติเหตุบนท้องถนน : การสร้างแรงจูงใจเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในวัยรุ่นและเยาวชน

Road Traffic Accident: Motivation for Motorcycle Accident Prevention in Adolescents and Youth

Received: September 12, 2021

Revised: November 16, 2021

Accepts: December 9, 2021

รัชพร ศรีเดช(พย.ม.)¹, ลัญชนา พิมพ์พันธ์ชัยบุญ(พย.ม.)²

ณิศาพิชญากค์ มีสมศักดิ์(พย.ม.)³

Rutshaporn Sridet (M.N.S.), Lunchana Phimphanchaiyaboon (M.N.S.)

Nisapichayapak Meesomsak(M.N.S.)

บทคัดย่อ

บทความวิชาการฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอสถานการณ์ สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนจากรถจักรยานยนต์โดยการสูญเสียเกิดขึ้นกับประชากรที่เป็นกำลังสำคัญในอนาคตคือ กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ปัจจัยหลักที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวบุคคล ด้านยานพาหนะ และด้านสภาพแวดล้อมโดยการนำแนวคิดการสร้างแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของโรเจอร์มาใช้ในการเสนอแนะและวิเคราะห์สถานการณ์การสร้างแรงกระตุ้นเพื่อให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ และการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความคาดหวังประสิทธิผลของการขับขี่รถจักรยานยนต์ด้วยความปลอดภัย โดยในบทความจะนำเสนอวิธีการและการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคเป็นแนวทางให้ผู้สนใจได้นำไปใช้ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: อุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ , การสร้างแรงจูงใจ, วัยรุ่นและเยาวชน

¹อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี, Thailand

Corresponding author: Rutshaporn_s@rmutt.ac.th

²อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยสยาม

³อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

Abstract

This academic article presenting the situations, causes, and factors related to the road accidents caused by motorcycles bring about the losses of adolescent and youth people. The main causes of this accident which is analyzed using the concept of The Protection Motivation Theory of Roger are as follows: the personal factors, the vehicle factors, and the environmental factors. Creating an impulse to raise awareness of the risks, perceived the severity of accidents, and the creation of incentives are suggested to prepare to meet the expectations for the safe riding of motorcycles effectively. The article also presents the methods and activities that are consistent with the concept of The Protection Motivation Theory as a guideline for interested people to use appropriately.

Keywords: Motorcycle Accident, Protective Motivation, Adolescents and Youth

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัญหาอุบัติเหตุบนท้องถนนเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ สังคมและการสาธารณสุขเป็นอย่างมาก จากรายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน ปี พ.ศ. 2561 (Global Report on Road Safety 2018) โดยองค์การอนามัยโลกพบว่า การบาดเจ็บและสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ในปี พ.ศ. 2556 พบว่า อัตราผู้เสียชีวิตบนท้องถนนสูงถึง 1.25 ล้านคนต่อปีสำหรับประเทศไทยการบาดเจ็บและสูญเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนติดอันดับ 2 ของโลก โดยมีผู้เสียชีวิตอยู่ที่ 36.2 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนหรือเฉลี่ยปีละ 24,326 คน นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราผู้เสียชีวิตบนท้องถนนเพิ่มขึ้นเป็น 1.35 ล้านคนต่อปี กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากที่สุดยังอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 5-14 ปีและเยาวชนอายุ 15-29 ปีจำนวนผู้เสียชีวิตอยู่ที่ 32.7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (60 คนต่อวัน) คิดเป็นจำนวน

เฉลี่ยปีละ 22,491 คน ซึ่งสาเหตุอันดับ 1 คือ การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์(กลุ่มแผนงานความปลอดภัย สำนักสวัสดิภาพการขนส่งทางบก, 2561) ทั้งนี้การเกิดอุบัติเหตุในแต่ละครั้ง ไม่ว่าจะเป็นการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย เกิดความทุพพลภาพ หรือการสูญเสียชีวิตย่อมนำมาซึ่งภาระค่าใช้จ่าย ตลอดจนความเศร้าโศกของครอบครัว รวมถึงความสูญเสียเปล่าทางเศรษฐกิจในระดับประเทศ

ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนยังพบมากขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม สหประชาชาติจึงประกาศให้ระหว่างปี ค.ศ. 2011-2020 เป็นทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (The Decade of Action for Road Safety) และยังบรรจุไว้เป็นเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable development goals) เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัยข้อที่ 3.6 ที่จะลดจำนวน

การตายและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกครั้งหนึ่ง ภายในปี 2563 สำหรับประเทศไทย รัฐบาลได้ออกมาตรการเพื่อลดจำนวนอุบัติเหตุบนท้องถนนอยู่เป็นระยะ โดยปัจจุบันอยู่ระหว่างการบังคับใช้แผนแม่บทด้านความปลอดภัยทางถนน ฉบับที่ 4 ที่จะใช้ระหว่างปี พ.ศ. 2561-2564 โดยตั้งเป้าลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้เหลือเพียง 18.0 คน ต่อประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ.2564 (ตัวเลขปัจจุบัน คือ 32.7 คนต่อประชากรแสนคน) โดยวิธีดำเนินการ อาทิ สร้างกลไกป้องกันระหว่างรัฐส่วนกลางกับท้องถิ่น มีฐานข้อมูลอุบัติเหตุระดับชาติใน 2 ปี เพิ่มชั่วโมงการเรียนรู้ในโรงเรียน เพิ่มงบประมาณและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง พัฒนาโครงสร้างถนนให้เอื้อต่อการเดินทาง ฯลฯ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

องค์ การอนามัยโลกให้ นิยามวัยรุ่น (Adolescent) หมายถึง ประชากรในช่วงอายุ 10-19 ปี และเยาวชน (Youth) หมายถึง ประชากรในช่วงอายุ 15-24 ปี เมื่อรวมทั้งสองกลุ่มเข้าด้วยกันจึงครอบคลุมวัยรุ่นและเยาวชนในช่วงอายุ 10-24 ปี ภายใต้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของประเทศไทย จำนวนประชากรวัยรุ่นและเยาวชนลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยมี 12.7 ล้าน ในปี 2563 หรือ ร้อยละ 19.1 ของประชากรทั้งหมด โดยทั้งจำนวนและสัดส่วนนี้มีแนวโน้มลดลงต่อไปอีก 10-20 ปี ข้างหน้า (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) แม้วัยรุ่นและเยาวชนจะเป็นวัยที่มีความแข็งแกร่งกว่าประชากรในวัยอื่น แต่ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการบาดเจ็บทางกายและการตายก่อนวัยอันควรยังคงเป็นเรื่องอุบัติเหตุบนท้องถนนอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ 40.9

ต่อประชากรแสนคน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) ซึ่งผู้ชายมีความเสี่ยงมากกว่าผู้หญิง

ข้อมูลจากหลายแหล่งยืนยันตรงกันว่ารถจักรยานยนต์ ทำให้เกิดอุบัติเหตุทางถนนมากที่สุดเป็นอันดับ 1 (กลุ่มแผนงานความปลอดภัย สำนักสวัสดิภาพการขนส่งทางบก, 2561) จากรายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับชาติ ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าเกิดการบาดเจ็บสูงสุดถึง ร้อยละ 83.20 ซึ่งสาเหตุเกิดจากการไม่สวมหมวกนิรภัยทำให้เกิดการบาดเจ็บรุนแรง ร้อยละ 87.32 แยกเป็นผู้ขับขี่ ร้อยละ 86.13 และผู้โดยสาร ร้อยละ 93.96 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560; สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจรกลุ่มพัฒนาความปลอดภัย สำนักแผนความปลอดภัย, 2562)

สรุปในทุกวันนี้มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนในประเทศไทยขึ้นเป็นอันดับหนึ่งในประเทศกลุ่มอาเซียน อุบัติเหตุเกิดกับวัยรุ่นและเยาวชนเป็นส่วนใหญ่จากข้อมูลเบื้องต้นแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาอุบัติเหตุบนท้องถนนทำให้สูญเสียทรัพยากรสินจำนวนมากแล้ว ยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต บาดเจ็บ และพิการอีกหลายสิบล้านคน ดังนั้น ผู้มีพันธกิจจึงนำเสนอสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน และแนวทางการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนโดยใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในวัยรุ่นและเยาวชนเพื่อพัฒนาพฤติกรรมของวัยรุ่นและเยาวชนให้รู้จักการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนนจากรถจักรยานยนต์ได้ นำไปสู่การลดอัตราการตาย การบาดเจ็บ และความพิการ เป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน



อุบัติเหตุบนท้องถนนจากรถจักรยานยนต์ที่เหมาะสมแก่ วัยรุ่นและเยาวชน เพื่อลดการบาดเจ็บหรือพิการ และ เพื่อให้วัยรุ่นและเยาวชนได้เจริญเติบโตอย่างสมบูรณ์ ปลอดภัยต่อไป

สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน

เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนที่ส่วนใหญ่เกิดกับวัยรุ่นและเยาวชนแล้วแบ่งออกได้เป็น 3 ปัจจัยหลักที่เป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน ดังนี้คือ ปัจจัยด้านตัวบุคคล ปัจจัยด้านยานพาหนะ และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (วัชรพงษ์ เรือนคำ, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2562; ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย และปิยพงษ์ จิววัฒนกุลไพศาล, 2562)

1. ปัจจัยด้านตัวบุคคล มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่

- 1.1. เพศ โดยทั่วไปเพศชายจะเกิดอุบัติเหตุได้มากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เพราะลักษณะนิสัยของเพศชายเป็นเพศที่ชอบเสี่ยงภัย ชอบความตื่นเต้น ชอบขับเร็ว ดังนั้น ผู้ชายจะเสียชีวิตจากอุบัติเหตุมากกว่า 2 ใน 3 ในขณะที่ผู้หญิงน้อยกว่า 1 ใน 3
- 1.2. อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ พบว่า เด็กวัยรุ่นและเยาวชน อายุ 15-19 ปี เป็นกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุจราจรทั้งนี้เนื่องจากเป็นวัยที่ศึกษาคะนอง ขาดความระมัดระวัง และขาดประสบการณ์ มีผลทำให้เกิดอุบัติเหตุรุนแรงขึ้น

- 1.3. การไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การขาดความรับผิดชอบ ความเห็นแก่ตัว ความไม่มีระเบียบวินัย โดยการปฏิบัติที่ผิดกฎจราจร เช่น การขับซึ่ย้อนศร การนั่งซ้อนเกินกำหนด การขับซึ่บนทางที่ห้าม เช่น บนทางเท้า ลอดอุโมงค์ ขับซึ่ดขาว แซงซ้าย เป็นต้น
- 1.4. พฤติกรรมของผู้ขับซึ่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ พฤติกรรมของผู้ขับซึ่ที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การขับซึ่ด้วยความเร็ว อารมณ์หงุดหงิดในขณะที่ขับซึ่ การระบายอารมณ์โกรธในขณะที่ขับซึ่ การขาดสติ เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านี้จนติดเป็นนิสัยจึงทำให้เกิดอุบัติเหตุขึ้นได้
- 1.5. ความสามารถในการขับซึ่ การขาดความชำนาญในการใช้รถจักรยานยนต์ ขาดการฝึกฝนอบรม การไม่คุ้นเคยกับยานพาหนะ การไม่คุ้นเคยกับสภาพทางและสภาพดินฟ้าอากาศ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ได้
- 1.6. สภาพของสุขภาพร่างกาย เช่น มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจ เบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง โรคลมชัก หรือสภาวะที่มีความบกพร่องของอวัยวะรับสัมผัส เช่น สายตาเอียง ตาบอดสี หูตึง หูหนวก หรือ ในสภาวะที่ร่างกายอ่อนล้า สภาวะดังกล่าวจะเป็นตัวเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ได้เช่นกัน
- 1.7. การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอุบัติเหตุ

รถจักรยานยนต์นำมาซึ่งการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน หรือการบาดเจ็บ เกิดขึ้นเพราะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะมีผลไปกีดการทำงาน ของระบบประสาท ทำให้การทำงานของ ร่างกายอ่อนสมรรถภาพ การรับรู้เกี่ยวกับ ภาพ แสง และสีของสัญลักษณ์ รับรู้ได้ช้าลง มองเห็นได้ในขอบเขตที่จำกัด การคาดคะเน ระยะผิดไป จึงทำให้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

1.8. การใช้ยาหรือสิ่งเสพติด ยาบางประเภทมีผล ทำให้ความสามารถในการขับขีลลดลง เช่น ยา กล่อมประสาท ยาแก้หวัด ยาคลายกล้ามเนื้อ การใช้สิ่งเสพติดให้โทษบางชนิดเช่น ยากลุ่ม แอมเฟตามีน (amphetamine) ซึ่งเป็นยา กระตุ้นประสาทมีผลทำให้บุคลิกภาพแปรปรวน ร่างกายอ่อนเพลีย ทำให้เกิดความบกพร่อง ทางด้านร่างกายและจิตตามมา เป็นสาเหตุให้ เกิดอุบัติเหตุได้

2. ปัจจัยด้านยานพาหนะ ปัจจุบันรถจักรยานยนต์ ได้รับความนิยมและมีผู้ใช้จำนวนมากเมื่อเทียบกับ ยานพาหนะชนิดอื่น เนื่องมาจากประเทศไทยเป็น ประเทศกำลังพัฒนา จักรยานยนต์จึงเป็นที่นิยมและมีไว้ประจำครอบครัว บางครอบครัวใช้เป็นพาหนะ หลัก (ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาลและคณะ, 2562) กลไกการตลาดยานยนต์ในปัจจุบันพัฒนาให้ รถจักรยานยนต์มีกำลังเครื่องที่แรงขึ้น รถมินิน้ำหนัก เบาความคล่องตัวสูง แต่สวนทางกับระบบความ ปลอดภัยของผู้ขับขี่ยังไม่ได้มีการพัฒนาตามไปด้วย ซึ่งปัจจุบันถึงเวลาที่ผู้ผลิตและผู้จำหน่ายต้องมา แข่งขันในเรื่องการติดตั้งพัฒนาอุปกรณ์ประกอบ รถจักรยานยนต์ให้มีความปลอดภัยแก่ผู้ขับขี่มากขึ้น

เมื่อพิจารณาสาเหตุจากปัจจัยด้านยานพาหนะที่ทำให้ เกิดอุบัติเหตุได้ดังนี้

2.1 สภาพรถจักรยานยนต์ชำรุดไม่พร้อมใช้งาน อาจ เกิดจากยางเสื่อมสภาพการยึดเกาะท้องถนนไม่ดีทำให้ลื่นไถลได้ง่าย โดยเฉพาะบริเวณที่ถนนเปียก ขึ้นแฉะ ยางที่หมดสภาพเสี่ยงต่อการแตกหรือ ระเบิดได้ อีกปัจจัยหนึ่งคือ ระบบเบรคห้ามล้อ มือและเท้าไม่ดีไม่สามารถเบรคได้ตามปกติ ทำให้ไม่สามารถหยุดการเคลื่อนที่ ของ รถจักรยานยนต์ได้ ทำให้เกิดการชนปะทะได้ ระบบสัญญาณไฟชำรุด เป็นอีกเหตุผลหนึ่งของการเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์โดยเฉพาะใน เวลาากลางคืน ความไม่สมบูรณ์ของระบบไฟใน จุดต่าง ๆ เช่น ไฟหน้า ไฟเลี้ยว ไฟเบรค ไฟท้าย รถ ทำให้รถที่ตามมาจะมองไม่เห็นทำให้เกิด อุบัติเหตุเฉี่ยวชนได้ง่าย หรือแม้กระทั่งความ บกพร่องของกระจกมองหลัง แตรสัญญาณ ความบกพร่องดังกล่าวเป็นสาเหตุของการเกิด อุบัติเหตุได้

2.2 การปรับแต่งรถจักรยานยนต์ การศึกษาที่ผ่าน มาพบว่า ผู้ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่มีการ ปรับแต่งทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุ สูงกว่าผู้ที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ไม่มีการปรับแต่ง เท่ากับ 3.37 เท่า (พงษ์สิทธิ บุญรักษา, พิรัชฎา มุสิกะพงศ์, ทัดขวัญ มธุรช และรักษา ศิวาพร รักษ์, 2555) การปรับแต่งนี้ทำให้สภาพรถ เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น เพิ่มความเร็ว โดย การปรับแต่งที่จับบังคับรถ ทำให้การบังคับ ทิศทางของรถทำได้ยากขึ้น เกิดความเมื่อยล้า ในการขับรถมากขึ้นด้วย การปรับระดับรถ



ให้ต่ำลงจากปกติส่งผลให้จุดสมดุลของรถเสียไป ซึ่งการปรับแต่งดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการขับรถ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดอุบัติเหตุ

3. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน ประกอบด้วย (พงษ์สิทธิ์ บุญรักษาและคณะ, 2555)

- 3.1. สภาพของถนน ได้แก่ สภาพผิวถนนที่ไม่สมบูรณ์ มีความขรุขระ ลื่น เป็นหลุมเป็นบ่อ จำนวนช่องเดินรถที่ไม่เหมาะสม การไม่มีแนวถนนกรณีที่มีการเดินรถที่สวนทางกัน และการไม่มีไหล่ทาง เป็นต้น
- 3.2. สัญลักษณ์ป้ายจราจร การไม่มีป้ายสัญญาณจราจรที่ชัดเจน เช่น ป้ายสัญลักษณ์ป้ายบังคับ และป้ายเตือนไม่ชัดเจน เข้าใจยาก ไม่สื่อความหมาย แสงสว่างไม่เพียงพอ ไม่มีทางเท้าหรือไหล่ทาง ตลอดจนไม่มีทางข้ามในที่เหมาะสม
- 3.3. สภาพอากาศที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ ทัศนวิสัยไม่ดีสำหรับการขับขี่ เช่น หมอกควัน ฝนตกหนัก ลมแรง น้ำท่วมขัง เป็นต้น นอกจากนี้เกิดจากการกระทำของคนทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่มีผลอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุทางการจราจรได้ ในเขตเมืองที่พบบ่อย คือมลพิษทางเสียงจากท่อไอเสียที่ปรับแต่งให้เสียงดังกว่าปกติ ทำให้ไม่ได้ยินเสียงแตรเตือนจากรถคันอื่น ควันจากท่อไอเสีย ส่วนที่พบในเขตชนบท เช่น การจุดไฟเผาจำพวกหญ้า ฟางข้าว ใบไม้บริเวณข้างทาง ทำให้เกิดกลุ่มควันไฟ

ปกคลุมบริเวณทางจนทำให้การมองเห็นของผู้ขับขี่ลดลง

การสร้างแรงจูงใจเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์

การสร้างแรงจูงใจเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในวัยรุ่นและเยาวชน การสร้างแรงจูงใจให้วัยรุ่นและเยาวชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทฤษฎีหนึ่งที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ คือ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของโรเจอร์ (Rogers & Steven, 1986) (The Protection Motivation Theory) โดยทฤษฎีนี้เกิดขึ้นจากความพยายามที่จะกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยเน้นในเรื่อง การประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ และการให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม และกระบวนการที่ใช้คิดแก้ปัญหาของบุคคลเมื่อถูกสิ่งคุกคาม การประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเพิ่มและลดสิ่งที่มาคุกคามทางสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งปัจจัยภายในหรือภายนอกตัวบุคคลทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคนี้ บุคคลจะต้องมีการรับรู้ในความรุนแรงของโรค (noxiousness) และโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived probability) มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (response efficacy) และมีความคาดหวังในความสามารถของตน (self-efficacy) ที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้จะมีผลต่อความตั้งใจ (Rogers & Steven, 1986) และช่วยให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคอย่างแท้จริง ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค สามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้ผู้นิพนธ์จึงได้เลือกใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการ

ป้องกันโรคจากอิทธิพลของแหล่งข้อมูลข่าวสาร สิ่งแวดล้อม การพูดคุยชวนเรียนรู้จากการสังเกต หรือ ประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ จะมีส่วนช่วยโน้มน้าวให้วัยรุ่นและเยาวชนที่ใช้รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย เห็นความสำคัญของอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ พฤติกรรมการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในลักษณะที่พึงประสงค์และนำสิ่งที่ได้ศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสมต่อไป

โดยมีแนวทางการดำเนินกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (The protection motivation theory) ดังนี้

1. การสร้างแรงกระตุ้นเพื่อให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ให้ชมคลิปที่มีเนื้อหาแสดงให้เห็นถึงโอกาสเสี่ยงในการได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ ใบหน้าและสมอง การเกิดความพิการและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ และปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์อีกหนึ่งตัวอย่างการประยุกต์ใช้คือมีภาพตัวอย่างอุบัติเหตุที่ลำดับเรื่องราวการขับขี่ที่ไม่ปลอดภัย จนเป็นภาพอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาพสุดท้าย เพื่อเป็นแรงกระตุ้นเตือนเพื่อให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์

2. การสร้างแรงกระตุ้นเพื่อให้เกิดการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ การใช้ตัวแบบจริงเล่าประสบการณ์การบาดเจ็บบริเวณศีรษะ ใบหน้า สมองและความพิการที่ยังหลงเหลือจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์และให้อภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงผลเสียของการได้รับ

ผลกระทบจากความรุนแรงของอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์และการแก้ไขปัญหาหรือ การติดภาพอุปกรณ์ที่ต้องใช้หากมีความพิการเกิดขึ้นจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ เช่น วีลแชร์ ไม้ค้ำยัน แขนขาปลอม เป็นต้น

3. การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความคาดหวังประสิทธิผลของการขับขี่รถจักรยานยนต์ด้วยความปลอดภัย ให้ข้อมูลเน้นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ คือ ปัจจัยด้านตัวบุคคล ในเรื่อง ประเมินสภาพร่างกายความพร้อมในการขับขี่ การฝึกอบรมการขับขี่ปลอดภัย การฝึกอบรมเพื่อสอบใบขับขี่อย่างมีคุณภาพ ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงการอบรมได้ง่าย ปลุกฝังให้เยาวชนและทุกกลุ่มอายุได้ตระหนักถึงโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อการเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ ปัจจัยด้านยานพาหนะ อบรมวิธีการตรวจสอบรถจักรยานยนต์ให้มีสภาพการใช้งานตามปกติ การควบคุมความเร็วของรถจักรยานยนต์ การใช้อุปกรณ์ในการเฝ้าติดตาม เช่น การติดตั้งระบบระบุตำแหน่งบนพื้นโลก (global positioning system; GPS) ในรถจักรยานยนต์ กำหนดให้ผู้ประกอบการออกแบบรถจักรยานยนต์ให้มีความปลอดภัยมาจากโรงงานและมีมาตรการติดตามควบคุมร้านขายอะไหล่รถจักรยานยนต์ที่อาจจะส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุได้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับช่องทางการวิ่งของรถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย การระมัดระวังจุดเสี่ยงจุดอันตราย สร้างความตระหนักและให้เกิดความเข้าใจในป้ายสัญลักษณ์การเตือน ระยะที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุลงได้



4. การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ด้วยความปลอดภัย จัดกิจกรรมสุขศึกษา โดยให้วัยรุ่นและเยาวชนแบ่งกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิเคราะห์หาพื้นที่จุดเสี่ยงที่เกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ได้บ่อยและร่วมกันหาวิธีการแก้ไข ทำอย่างไรจึงจะเกิดความปลอดภัยในการใช้รถจักรยานยนต์ เสนอแนวทางในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์และนำเสนอในภาพรวมของกลุ่ม จัดตั้งกลุ่มแจกสติ๊กเกอร์สัญลักษณ์และติดตั้งแอปพลิเคชันติดตามเส้นทางและการใช้ความเร็วของรถจักรยานยนต์เป็นเวลา 1 สัปดาห์ หากใครทำได้ตามกติกาที่กลุ่มตั้งไว้มีรางวัลให้และมีสัญลักษณ์พิเศษติดให้เพิ่มเพื่อเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์เพื่อลดอุบัติเหตุบนท้องถนน

การป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนนในวัยรุ่นและเยาวชนที่เกิดจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ให้ได้ประสิทธิผล ต้องได้รับความร่วมมือทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชนหลายภาคส่วนร่วมกัน จึงจะสามารถลดการเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บและเสียชีวิตในวัยรุ่นและเยาวชนให้ลดลงได้ จากการศึกษาของวรรณวิษา ภูผิวก้าว, วิศิษฐ์ ทองคำ, และนันทวรรณ ทิพนบุตร (2560) เรื่อง ผลของโปรแกรมขับขี่ปลอดภัยในการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมาใช้ในการจัดทำโปรแกรม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมของ

นักศึกษาให้รู้จักการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามได้รับโปรแกรมขับขี่ปลอดภัยในการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ประกอบด้วย การบรรยายด้วยสไลด์ สื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับอุบัติเหตุจราจร การนำเสนอเหตุการณ์จริง การสาธิตและฝึกปฏิบัติขับขี่ปลอดภัย การวิเคราะห์จุดเสี่ยง และการอภิปรายกลุ่มเปรียบเทียบสองกลุ่มพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีความรู้และทักษะการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเห็นว่าโปรแกรมที่จัดขึ้นมีประสิทธิภาพเพียงพอ สามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษาในสถาบันอื่นได้ต่อไป

ถึงแม้แนวทางการป้องกันและควบคุมปัญหาอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์จะครอบคลุมในทุกๆ มิติ แต่ผู้นิพนธ์ยังเชื่อว่า อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ยังคงเกิดขึ้นและยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญต่อไป ถ้าหากแนวทางเหล่านี้ไม่ได้นำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังจากทุกภาคส่วน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การแก้ปัญหาอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์จึงเป็นหน้าที่ที่ต้องร่วมมือกันอย่างจริงจังไม่ใช่หน้าที่ของใครเพียงคนเดียวคนหนึ่งหรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง หากเป็นหน้าที่ที่จะร่วมมือกันเพื่อลดปัญหาดังกล่าวอย่างจริงจังและยั่งยืนโดยใช้แนวทางดังนี้

1. นำองค์ความรู้ที่ได้มาสร้างเป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ที่มี

ประสิทธิภาพนำไปสู่การลดอัตราการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต และเป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในวัยรุ่นและเยาวชนที่เหมาะสม

2. นำวิธีการในการเพิ่มความปลอดภัยบนท้องถนน โดยการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในวัยรุ่นและเยาวชน ให้การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนในวัยรุ่นและเยาวชนที่เกิดจากการขับขี่รถจักรยานยนต์
3. เพื่อป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนนในวัยรุ่นและเยาวชนที่เกิดจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ การปฏิบัติในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย และถูกต้องตามกฎหมาย โดยการสร้างพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุบนท้องถนนในวัยรุ่นและเยาวชนที่เกิดจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ให้เกิดความตั้งใจในการปฏิบัติตัว

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. เพื่อเป็นแนวทางในการทำกิจกรรมส่งเสริมป้องกันอุบัติเหตุในการใช้รถจักรยานยนต์ในผู้ใช้รถจักรยานยนต์กลุ่มอื่น เพื่อป้องกันอุบัติเหตุให้ผู้ขับขี่
2. นำไปใช้ในการหาแนวทางส่งเสริม การกำหนดข้อบังคับ และกฎหมายเพื่อให้ผู้ใช้รถจักรยานยนต์เกิดความระมัดระวังและปฏิบัติตาม

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุข. แนวทางการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน.นนทบุรี . เข้าถึงจาก:

http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/SDG%20Goal3_220960.pdf

กลุ่มแผนงานความปลอดภัย สำนักสวัสดิภาพการขนส่งทางบก.

(2561). รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม. เข้าถึงจาก:

https://www.dlt.go.th/minisite/m_upload/m_files/ltsb/file_b9a6d04fd9bade5939d3761b7ec27814.pdf

พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา, พิรัชญา มุสิกพงษ์, ทัดขวัญ มรรษ, รักษา วิชา พรรัช.(2555).รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. เข้าถึงจาก:

<https://core.ac.uk/download/pdf/70944286.pdf>

ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาลไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล,วรสิทธิ์

ศรีศรีวิชัย และปิยพงษ์ จิวัฒนกุลไพศาล. (2562).

รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย พ.ศ.2561-2562. เข้าถึงจาก

http://www.roadsafetythai.org/uploads/userfiles/file_20160112050838.pdf

วัชรพงษ์ เรือนคำ, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2562). อุบัติเหตุ

รถจักรยานยนต์ในประเทศไทย: มุมมองทางวิทยาการระบาด. *วารสารวารสาร มลก. วิชาการ*, 23(1), 146-160.

วรวิภา ภูผแก้ว, วิศิษฐ์ ทองคำ, นันทวรรณ ทิพนเนตร.

(2560). ผลของโปรแกรมขับขี่ปลอดภัยในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร จากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. *วารสารวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา*, 31(1), 76-85.



ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทาง
ถนน. (2560). เข้าถึงจาก: <http://www.thairsc.com>
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563).
รายงานการศึกษาข้อสมมุติเพื่อใช้ในการคาดประมาณ
ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 – 2583 (ฉบับ
ปรับปรุง). สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
(2562). ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580). พิมพ์ครั้งที่
2. กรุงเทพฯ:

สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจรกลุ่มพัฒนาความ
ปลอดภัย สำนักแผนความปลอดภัย.(2562). รายงานการ
วิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวง
คมนาคม พ.ศ. 2561. เข้าถึงจาก.
http://www.otp.go.th/uploads/tiny_uploads/PDF/256209/25620916Accident%20report2561%20_OTP.pdf
Rogers, R. W. & Steven, P.D (1986).Protection
motivation theory and preventive health:
beyond the health belief model. *Health
Education Research*. 1(30), 153-161.



บทบาทพยาบาลในการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

The Role of Nurses in the Assessment of Nutritional Status in Elderly

Received: August 13, 2021

Revised: October 18, 2021

Accepts: December 27, 2021

อัจฉรา ธาตุชัย (พย.บ.)*

Atchara Thatchai (B.N.S.)

บทคัดย่อ

การดูแลผู้รับบริการสูงอายุในสังคมสูงอายุที่มีปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งมีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยปัจจัยหลักเกิดจากความผิดปกติทางด้านโภชนาการ ส่งผลให้มีภาวะทุพโภชนาการ พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความท้าทายของพยาบาลในการคัดกรอง และประเมินภาวะโภชนาการของผู้รับบริการ ซึ่งจะนำไปสู่การดูแล และการให้การพยาบาลเพื่อเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมายของภาวะโภชนาการ ความสำคัญของปัญหาภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ การคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการผ่านเครื่องมือหรือแบบประเมินชนิดต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละบริบทของการให้การพยาบาล บทบาทของพยาบาลในการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการ ผู้เขียนหวังว่าบทความนี้จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการ, การคัดกรองภาวะโภชนาการ, การประเมินภาวะโภชนาการ



Abstract

Caring for the elderly in the aging society with chronic non-communicable diseases, which has been significantly growing, the primary cause is nutritional disorders. These nutritional problems lead to the increase in malnutrition in elders, resulting in challenges for clinical nurses in terms of the screening and the assessment of the nutritional status, in order to provide nursing care to achieve better health outcomes for patients. The purpose of this article is to explain the definition of nutritional status, the importance of malnutrition in the elderly, the screening and the assessment of nutritional status using appropriate nutritional assessment tools for elders. The nursing's roles in screening and evaluating the nutritional status. The author aims that the contents in this article can be applied in caring for the elderly.

Keywords: Nutritional status, screening, assessment of nutritional status

ความเป็นมาและความสำคัญ

จากสถานการณ์ปัจจุบันภาวะสุขภาพ พบปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างมาก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคอัมพาต และโรคอ้วน ซึ่งเป็นโรคที่มีปัจจัยส่งเสริมในการเกิดโรคจากความผิดปกติทางด้านโภชนาการ ส่งผลให้มีภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ปัจจัยทางสุขภาพกายที่เกิดจากกระบวนการเสื่อมตามวัยในแต่ละบุคคลนั้นไม่เท่ากัน ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภค การดูแลตนเอง การมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย ทำให้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบผู้สูงอายุบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 33.9 นอกจากนี้พบพฤติกรรมการดื่มน้ำและการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2562) ในฐานะพยาบาลนั้นการคัดกรอง

และการประเมินภาวะโภชนาการมีส่วนสำคัญในการค้นหาปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการนำไปสู่การดูแล และการพยาบาลที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่ออธิบายความหมาย ความสำคัญของปัญหาด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ
2. อธิบายการคัดกรอง และการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ
3. อธิบายบทบาทพยาบาลในการคัดกรอง และการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

ภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ (Nutrition Status) เป็นสภาวะทางสุขภาพของบุคคลมีผลเนื่องมาจากการรับประทานอาหาร การย่อยอาหาร การดูดซึม การขนส่ง การสะสม และผลของการเผาผลาญสารอาหารในระดับเซลล์ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) ภาวะโภชนาการที่

ดี (Good Nutritional Status) คือ ภาวะที่ร่างกายได้รับอาหารที่มีคุณค่าครบถ้วน มีสัดส่วนและปริมาณเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายทำให้มีสุขภาพดีและ

2) ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) คือ ภาวะที่ร่างกายได้รับอาหารที่ไม่เพียงพอหรือมากเกินไปจนความต้องการของร่างกายทำให้เกิด ความไม่สมดุล (Kaewpitoon & Kaewpitoon, 2012) ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดีเป็นสิ่งสำคัญในทุกเพศทุกวัย เนื่องจากช่วยสร้างเสริมสุขภาพที่ดี ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยหมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือ 65 ปีขึ้นไปในบางประเทศ (รศรินทร์ เกรย์, อุมารณ ภัทรวาณิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และ เรวดี สุวรรณพเก้า, 2556) ซึ่งเป็นกลุ่มที่เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายด้านจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นที่อาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการ ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล รวมถึงการมีภาวะโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ พบมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยร้อยละ 57.0 ของกลุ่มโภชนาการปกติไม่มีโรคประจำตัว และร้อยละ 70.4 ของกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการที่ผิดปกติมีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการผิดปกติ คือ มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า และเกินมาตรฐานร้อยละ 53.6 ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงย่อมมีภาวะโภชนาการที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรง โดยพบเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และเป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มากที่สุดตามลำดับ (วิจิตรา ศรีชนะนทร์, อริยาพร ขุนใหญ่ และเทพเจริญ มาลาแสง, 2558)

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ภาวะสับสนเฉียบพลัน ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความกลัว การปรับตัวได้ไม่ดี ไม่รู้จักและไม่เข้าใจตนเอง อาจทำให้ผู้สูงอายุนั้นมีปัญหาทางด้านจิตใจ ในบางครั้งอาจมีผลจากปัญหาทางด้านร่างกาย ความบกพร่องของร่างกายการเจ็บป่วย ความบกพร่องหรือความเสื่อมสภาพที่เป็นไปตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ขาดการดูแลใส่ใจตนเอง หรือขาดการดูแลจากครอบครัวในเรื่องของโภชนาการ เป็นผลให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร หรือทุพโภชนาการได้ (พรรณธร เจริญกุล, 2555)
3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุนั้นต้องพบกับปัญหาต่าง ๆ พบการเปลี่ยนแปลงของการบริโภคที่เปลี่ยนไป หากผู้สูงอายุขาดความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ถูกต้อง ส่งผลต่อการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ในผู้สูงอายุที่มีการแยกตัว การอยู่ลำพัง คุณภาพชีวิต อาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางด้านจิตสังคม ส่งผลต่อพฤติกรรม การบริโภคที่เปลี่ยนไปในทางที่เพิ่มขึ้น และลดลง นอกจากนี้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความยากจนทำให้มีข้อจำกัดในการจัดเตรียมหรือซื้ออาหารในการบริโภค (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) และจากประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้นเกิดการพึ่งพิงทางเศรษฐกิจจะระหว่างประชากรวัยทำงานและผู้สูงอายุ โดยในปัจจุบันอัตราการพึ่งพิงคือ ประชากรวัยทำงาน 3 คน ต่อผู้สูงอายุ 1 คน และมีแนวโน้มที่จะลดลงต่อเนื่อง จนประชากรวัยทำงาน 1 คน อาจ



ต้องดูแลผู้สูงอายุจำนวนหลายคน (สำนัก
โภชนาการ กรมอนามัย, 2562)

การคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการของ ผู้สูงอายุ

การคัดกรองภาวะโภชนาการ (Nutrition Screening) มีจุดประสงค์เพื่อคัดกรองผู้รับบริการที่มีปัญหา หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาด้านโภชนาการในเบื้องต้น เพื่อนำไปสู่การประเมินภาวะโภชนาการ และการวางแผนการดูแลรักษาทางโภชนาการที่เหมาะสม ผู้รับบริการในโรงพยาบาลทุกรายควรได้รับการคัดกรองภาวะโภชนาการ เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะทุพโภชนาการขณะรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยกระบวนการคัดกรองภาวะโภชนาการ ควรเป็นกระบวนการที่ไม่ซับซ้อน และใช้เวลาไม่นาน ออกแบบให้สามารถใช้งานได้สะดวก และกระทำในผู้รับบริการจำนวนมากได้ ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองทางโภชนาการ จึงไม่จำเป็นต้องเป็นนักกำหนดอาหาร อาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ที่ได้รับการฝึกฝนโดยนักกำหนดอาหารก็ได้ (British Dietetic Association (BDA), 2012)

การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญไม่ต่างจากการประเมินสุขภาพด้านอื่น ในกลุ่มผู้สูงอายุนั้นเป็นช่วงวัยที่ผ่านการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ จิตสังคมที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภค และภาวะโภชนาการ (สมจินต์ โฉมวัฒนะชัย และสมฤดี เนียมหอม, 2552) การมีภาวะโภชนาการที่ดีช่วยป้องกันการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับความสูงวัย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความจำเสื่อม และยังสามารถช่วยป้องกันสุขภาพช่องปากและฟัน รวมทั้งกระดูกและข้อต่อ ในช่วงปลายของชีวิต (สุปราณี แจ้งบำรุง และสิติมา

จิตตินันท์, 2559) ซึ่งการคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการโดยทั่วไปที่นิยมมี 5 วิธีได้แก่

1. การประเมินภาวะโภชนาการโดยวัดสัดส่วนของร่างกาย (Anthropometric Assessment of Nutritional Status) เป็นวิธีการทั่วไปที่ใช้ในการคัดกรอง ประเมินภาวะโภชนาการในสถานบริการ และชุมชนสามารถวัดได้หลายแบบ และจากหลายสัดส่วนของร่างกาย ง่ายและสะดวกต่อการประเมิน ซึ่งเป็นดัชนีที่บ่งบอกถึงภาวะทุพโภชนาการและใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการได้ (นพวรรณ เปียชื่อ, 2561) ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง ดัชนีมวลกาย องค์ประกอบของไขมัน ขนาดโครงสร้างของร่างกาย และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
2. การประเมินภาวะโภชนาการทางชีวเคมี (Biochemical Assessment of Nutritional Status) คือ การตรวจทางชีวเคมีเพื่อประเมินภาวะทางโภชนาการเป็นการวิเคราะห์สารอาหารแต่ละชนิดในเลือดหรือปัสสาวะ รวมถึงวิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ (โซโลบล เณลิศรี และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2557) สามารถให้ข้อมูลเฉพาะได้มากกว่าวิธีอื่น ๆ ดังนั้นการประเมินภาวะโภชนาการทางชีวเคมีจึงเป็นที่นิยมใช้โดยดูผลเทียบกับอาการทางคลินิก และ Half-life ของโปรตีน (ประสงค์ เทียนบุญ, 2555) ซึ่ง Half-life ของโปรตีน แยกตามชนิดของโปรตีน ได้แก่ Albumin 3 - 4 สัปดาห์, Transferrin 1 สัปดาห์, Pre-albumin 2 วัน, Retinol

binding protein (RBP) 10 - 24 ชั่วโมง และ Insulin like growth factor (IGF) 10 ชั่วโมง ซึ่งการหาค่าโปรตีนในเลือด (visceral protein) ได้แก่ ค่า Albumin, Transferin, Prealbumin, Total lymphocyte count นอกจากนี้ยังตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด ระดับของคลอเลสเทอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ค่าฮีโมโกลบิน และเกล็ดเลือด (ศุภกร หวานกระโทก, 2556)

3. การประเมินภาวะโภชนาการทางคลินิก (Clinical Assessment of Nutritional Status) คือการประเมินภาวะสุขภาพ (Health assessment) โดยการตรวจร่างกายในบริเวณหรือตำแหน่งที่จะมีความผิดปกติเกิดขึ้นเมื่อมีปัญหาทางด้านโภชนาการ ได้แก่ การตรวจสภาพของผิวหนัง ริมฝีปาก เยื่อบุตา เยื่อบุปาก แผลในช่องปาก ฟัน เหงือก คอ ผมหัน เป็นต้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) กล่าวได้ว่า การตรวจร่างกายเพื่อประเมินภาวะโภชนาการ ซึ่งเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย และประหยัดเวลา แต่ผู้ตรวจนั้นต้องมีความรู้ว่สิ่งที่ตรวจพบนั้นผิดปกติอย่างไร เนื่องจากมีอาการ ลักษณะการแสดงออกทางคลินิกจำนวนมากที่มีความเฉพาะ หรือเป็นอาการแสดงที่สำคัญเฉพาะสำหรับโรคแต่ละชนิด และในขณะเดียวกันบางอาการสามารถพบได้หลายโรค (ประสงค์ เทียนบุญ, 2555)
4. การประเมินอาหารบริโภค (Dietary Assessment) เป็นการประเมินจากการสอบถามถึงอาหารที่รับประทาน ทั้งชนิดของ

อาหาร สารอาหาร ปริมาณของอาหาร เวลาที่รับประทานในแต่ละวัน เดือน ปี โดยมีเป้าหมายเพื่อต้องการทราบการบริโภคที่ใกล้เคียงความจริงมากที่สุด หรือการบริโภคที่เป็นปกตินิสัย (Usual intake) ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กรณี 1) Retrospective study เป็นการศึกษาย้อนหลังว่าในระยะเวลาที่ผ่านมาได้รับประทานอะไรบ้าง ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเช่นนี้ยังมีข้อผิดพลาดอยู่บ้าง จึงต้องมีการตรวจสอบ ซักถามโดยละเอียด เนื่องจากผู้ถูกประเมินมักจำไม่ได้ 2) Prospective study เป็นการศึกษาไปข้างหน้า วิธีการหนึ่งที่น่ามาใช้ คือ food diary โดยให้ผู้ถูกประเมินจดรายละเอียดทั้งชนิด และปริมาณของอาหารที่รับประทานในเวลาไหนของแต่ละวัน เป็นต้น วิธีนี้จะได้ข้อมูลที่ถูกต้องมากกว่าวิธีแรก แต่ต้องใช้เวลาให้ผู้ถูกประเมินนำข้อมูลมาให้ภายหลัง ในการประเมินทั้ง 2 วิธี ควรประเมินวันหยุดเสาร์ และอาทิตย์ด้วย เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารในวันธรรมดา กับวันหยุดมักจะแตกต่างกัน (ประสงค์ เทียนบุญ, 2555)

5. การประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบสอบถาม (Nutritional assessment) ในปัจจุบันเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง และประเมินภาวะโภชนาการมีหลากหลายในการค้นหาผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ เพื่อนำไปสู่การประเมินภาวะโภชนาการอย่างละเอียดต่อไปซึ่งเป็นวิธีที่เป็นที่นิยม ได้แก่



5.1 Mini-Nutritional Assessment (MNA) ใช้คัดกรอง และประเมินภาวะโภชนาการ พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1990 โดยศูนย์วิจัยของบริษัทเนสเล่ สวิสเซอร์แลนด์ และได้รับการแปลเป็นภาษาต่าง ๆ จำนวนมาก ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดยสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล (อรพินท์ บรรจง , จินต์ จรุงรักษ์, พิศมัย เอกก้านตรง, และ โสภา ธมโชติพงศ์, 2548) เครื่องมือนี้สามารถใช้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนทั่วไป ผู้ที่อยู่สถานบริบาล และผู้สูงอายุที่นอนรักษาในโรงพยาบาล มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การคัดกรอง และการประเมินภาวะโภชนาการ ต่อมาคณะแพทย์ของศูนย์วิจัยบริษัทเนสเล่ สวิสเซอร์แลนด์ ได้นำการ Mini Nutrition Assessment (MNA) มาใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการร่วมกับการวัดสัดส่วนร่างกาย และการตรวจทางชีวเคมีพบว่ามีความไวร้อยละ 96 ความจำเพาะร้อยละ 98 และค่าการทำนายร้อยละ 97 ภายหลังมีการแปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล (อรพินท์ บรรจง, และคณะ, 2548)

เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับและถูกนำมาใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล สถานบริบาลเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากเครื่องมือมีความถูกต้อง ความเชื่อถือ และความไวในการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (Isenring, Banks, Ferguson & Bauer, 2012) มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha 0.83 และยังสามารถใช้ค้นหากลุ่มเสี่ยง และขาดสารอาหารของผู้สูงอายุภายในชุมชนได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งสามารถแยกผู้ขาดอาหารจากผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติได้ชัดเจน (Skates JJ & Anthony, 2012)

5.2 Subjective Global Assessment (SGA) เป็นเครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการทางคลินิกโดยรวม ไม่ต้องอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินได้รวดเร็ว ช่วยในการตัดสินใจในการรักษาได้ดี และสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคทางคลินิก เครื่องมือประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย ต่อมาได้พัฒนาเป็น Patient-Generated Subjective Global Assessment



(PG-SGA) โดยเพิ่มส่วนที่ผู้รับบริการหรือญาติประเมินร่วมด้วย เมื่อนำไปใช้ในการพยากรณ์ภาวะโภชนาการ และความสัมพันธ์กับอัตราการกลับมาอนรรักษาในโรงพยาบาล และในระยะเวลาในการอนรรักษาตัวในโรงพยาบาลในผู้รับบริการโรคมะเร็ง พบว่ามีความไวร้อยละ 98 และความจำเพาะร้อยละ 82 (Detsky, McLaughlin, Baker, Johnson, Whittaker, Mendelson et al., 1987; Sacks, Dearman, Replogle, Cora, Meeks & Canada, 2000) มีการนำเครื่องมือ The Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) มาแปลและปรับปรุงแบบข้ามวัฒนธรรมของต้นฉบับ PG-SGA สำหรับบริบทประเทศไทย ประเมินความสามารถในการทำ ความเข้าใจ ความยากง่าย และความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมิน PG-SGA ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็ง 50 คน และบุคลากรทางการแพทย์ 50 คน พบว่า PG-SGA ฉบับภาษาไทยมีความไวร้อยละ 99 ความจำเพาะร้อยละ 86 และความเที่ยงร้อยละ 93 ค่าต่างๆ ดังกล่าวสูงเมื่อเทียบกับ SGA และมีความสอดคล้องกับ SGA

ดีมากในการจำแนกภาวะโภชนาการ กล่าวโดยสรุป PG-SGA ฉบับภาษาไทยสามารถนำไปใช้ได้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ และการกรอกข้อมูลสำหรับผู้ป่วย แต่สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ประเมินว่าง่ายต่อการทำความเข้าใจ แต่ยังคงมีความยากในการกรอกข้อมูลเครื่องมือนี้มีความน่าเชื่อถือ และความเที่ยงตรงในการประเมินภาวะทุพโภชนาการสำหรับผู้รับบริการโรคมะเร็ง (Nitichai, 2017)

- 5.3 Nutrition Alert Form (NAF) พัฒนาโดยสุรัตน์ โคมินทร์และคณะ (KomindrTangserniwong Janepanish, 2013) เป็นแบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งได้ปรับจาก SGA และเพิ่มตัวชี้วัดให้สามารถประเมินในผู้ที่ไม่สามารถชั่งน้ำหนักได้คือระดับอัลบูมินในเลือด และจำนวนลิโพไซด์ โดยมีการจัดทำคู่มือและโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อความสะดวกในการประเมิน แบบประเมินผ่านการตรวจสอบคุณภาพ และเป็นที่ยอมรับในการใช้ประเมินและคัดกรองภาวะโภชนาการในประเทศไทย (กวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์, คัดนางค์ โตสงวน และอุษา ฉายเกร็ดแก้ว, 2556)



5.4 MEALS - ON - WHEELS เป็นกลุ่มคำช่วยจำสำหรับบุคลากรทาง การแพทย์ในการค้นหาสาเหตุที่พบ บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ยาที่ทำให้ เบื่ออาหาร (Medication) ภาวะ ซึมเศร้า โรคจิต (Emotion) ภาวะ ติดสุราเรื้อรัง (Alcoholism) ภาวะ ถูกโดดเดี่ยวจากสังคม (Late life paranoia) ภาวะที่มีความผิดปกติใน การกลืน (Swallowing disorders) ปัญหาในช่องปาก เช่น ไม่มีฟัน โรค ติดเชื้อในช่องปาก ฟันปลอม (Oral problem) มีปัญหาเศรษฐกิจ ยากจน (No money) ภาวะสมอง เสื่อมผู้รับบริการมักเดินไปมาอย่าง ไร้จุดหมาย (Wandering) ภาวะที่มี การเคลื่อนไหว หรือเมแทบอลิซึม มากกว่าปกติ เช่น ภาวะไทรอยด์ เป็นพิษ ภาวะพาราไทรอยด์ทำงาน มากกว่าปกติ โรคที่เกี่ยวกับการ เคลื่อนไหว (Hyperactive) ปัญหา การรับรส การได้กลิ่นอาหาร ภาวะ ที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง (Eating disorders) เช่น อัมพาตครึ่งซีก เป็นต้น ปัญหาการดูดซึมอาหาร (Enteral problem) เช่น ท้องเสีย เรื้อรัง กลุ่มอาการดูดซึมอาหาร ผิดปกติ ผู้ที่รับประทานอาหารที่มี ไขมัน และเกลือต่ำไป (Low nutrient diet) ปัญหาในการไปจ่าย

ตลาด หรือการเตรียมอาหาร (Shopping problem) เช่น การ คมนาคมไม่สะดวก ความสามารถ เชิงปฏิบัติเสีย ทำให้ผู้สูงอายุนั้นต้อง พบกับปัญหาสุขภาพ

5.5 Bhumipol Adulyadej hospital Nutritional Triage (BNT) พัฒนาขึ้นโดย พล.อ.ต.นพ.วิบูลย์ ตระกูลสุน ในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการ ปรับปรุงแบบคัดกรองให้มีความง่าย และปรับปรุงให้เหมาะสมเพื่อใช้คัด กรองผู้ที่ เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช Bhumipol Adulyadej hospital Nutritional Triage (BNT) แบบคัด กรองดังกล่าวพัฒนาโดยแก้ไข ข้อด้อยของ SGA ซึ่งไม่มีการให้ คะแนนอย่างเป็น รูปธรรม (Objective) หากแต่ให้ ตาม ความรู้สึก (subjective) ทำให้การ สื่อความเข้าใจง่ายขึ้น โดยพบว่ามีความ สัมพันธ์กับ SGA โดยมีความจำเพาะร้อยละ 97.6 และความไวร้อยละ 88.92 จาก การศึกษาความชุกของภาวะทุพโภชนาการของผู้รับบริการใน แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลภูมิ พลอดุลยเดช โดยใช้เครื่องมือ SGA และ BNT เมื่อปี พ.ศ.2549 พบว่า ความชุกของภาวะทุพโภชนาการ



โดย SGA ร้อยละ 4.7 และโดย BNT ร้อยละ 5.1 ซึ่ง BNT มีการให้คะแนนในรายละเอียดที่ดีกว่า ด้วยเหตุจึงมีความเหมาะสมในการคัดกรอง ผู้รับบริการที่มีอาการรุนแรงมากกว่า (ยศสินี หัวดวง, ฉัตรชนก บุญไชย, ยศพร พลายโกล และ หทัยชนก ศรีประไพ, 2561)

- 5.6 SPENT Nutrition Screening Tool พัฒนาโดยสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ประกอบด้วย ข้อมูล ได้แก่ โรคที่ได้รับการวินิจฉัย น้ำหนัก ส่วนสูง และข้อมูลประเภทของผู้รับบริการ รวมทั้งข้อมูลการคัดกรอง 4 ด้าน ได้แก่ การมีน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ได้ตั้งใจในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา การได้รับอาหารน้อยกว่าที่เคยเกินกว่า 7 วัน การมีดัชนีมวลกายที่ต่ำกว่า 18.5 หรือมากกว่า 25.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และ มีภาวะโรควิกฤต หรือ กึ่งวิกฤต รวมด้วยหรือไม่ การแปลผลหากตอบใช่ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ให้แจ้ง นักกำหนดอาหารหรือทีมโภชนาบำบัด เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ
- 5.7 Nutrition Risk Screening 2002 (NRS-2002) พัฒนา โดยสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและ

ทางเดินอาหารแห่งยุโรปในปี 2002 โดยมีสมมุติฐานว่าเมื่อผู้รับบริการมีอาการหนักขึ้นจะทำให้มีภาวะทุพโภชนาการมากขึ้น ใช้ประเมินผู้รับบริการในโรงพยาบาล โดยประเมิน 2 ด้านคือ ภาวะความเสี่ยงด้านโภชนาการในปัจจุบัน และความรุนแรงของโรคที่ ประสบขณะนั้น สมาคม ESPEN แนะนำใช้ NRS-2002 กับผู้ป่วยในโรงพยาบาล ข้อดีคือไม่ต้องใช้ BMI

- 5.8 Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) สร้างขึ้นจากสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยอังกฤษ ในปี ค.ศ.2003 มี 3 ตัวแปร ได้แก่ ดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัวที่ลดลงอย่างไม่มีตั้งใจ และผลของโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เครื่องมือนี้มีความยากที่ต้องคำนวณดัชนีมวลกาย ซึ่งสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหาร แห่งสหภาพยุโรปแนะนำว่าควรใช้ในระดับชุมชนมากกว่า
- 5.9 Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ) พัฒนาจากประเทศฮอลแลนด์ โดยใช้คำถาม 3 ข้อ จากการศึกษา พบว่าทำได้รวดเร็ว และง่าย อย่างไรก็ตามในกลุ่มผู้รับบริการที่มีอาการรุนแรง



การวิเคราะห์เป็นไปได้ยาก เนื่องจากไม่มีส่วนของความรุนแรงของโรคในแบบสอบถาม (Neelemaat, Kruizenga, de Vet, Seidell, Butterman & van Bokhorst, 2008)

- 5.10 Malnutrition Screening Tool (MST) พัฒนาจากประเทศออสเตรเลีย ใช้คำถาม 3 ข้อ เช่นเดียวกับแบบประเมิน SNAQ ปัจจุบันแนะนำให้ใช้เพื่อคัดกรองผู้รับบริการขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และคัดกรองต่อเนื่องเป็นระยะ ในกรณีคัดกรองครั้งแรกปกติ และใช้เครื่องมือในการวิเคราะห์เบื้องต้นก่อนที่จะทำการคัดกรองอย่างละเอียด เช่น SGA ในลำดับต่อไป (Ferguson, Capra, Bauer & Banks, 1999) บอเออร์ และคณะ (Bauer et al., 2005) ทำการศึกษาเปรียบเทียบ การใช้เครื่องมือ MNA, SGA และ NRS-2002 ในการคัดกรองภาวะทุพโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่เข้ามาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า MNA สามารถใช้ประเมินผู้รับบริการได้เพียงร้อยละ 66.1 เนื่องจากรายละเอียดคำถามที่ใช้ ขณะที่ SGA และ NRS สามารถใช้ประเมินได้ร้อยละ 98.3 และ 99.2 ตามลำดับด้วย

เหตุนี้สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งโลกจึงแนะนำให้ใช้เพื่อคัดกรองเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงเท่านั้น

พยาบาลกับการคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการ

ในการดูแลผู้สูงอายุด้านโภชนาการนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากภาวะทุพโภชนาการส่งผลต่อภาวะสุขภาพ โรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ รวมถึงอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว บทบาทพยาบาลต้องครอบคลุมการป้องกัน ส่งเสริม และรักษา ได้แก่

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) เป็นการส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้ด้านโภชนาการ คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ญาติ ผู้ดูแลให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ป้องกันปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านร่างกาย สุขภาพจิต และด้านสังคมที่จะนำไปสู่ภาวะ ทุพโภชนาการ โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารเข้าสู่ร่างกายอย่างครบถ้วน ทั้งชนิดและปริมาณของสารอาหาร โดยสอดคล้องกับความต้องการสารอาหารแต่ละชนิดของแต่ละบุคคล
2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) เป็นการป้องกันการลุกลามของพยาธิสภาพที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากภาวะ ทุพโภชนาการ ทำการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม ง่าย และสามารถทำได้รวดเร็ว เพื่อตรวจหาและให้การดูแลรักษาที่

เหมาะสมตั้งแต่ในระยะแรก หรือสามารถควบคุมโรคได้

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นการป้องกันอันตราย ความพิการ ภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการซ้ำซ้อน เพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุป

การดูแลด้านโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากภาวะทุพโภชนาการสามารถส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่แย่ลงที่ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือปัญหาสุขภาพอื่นตามมา การคัดกรอง และการประเมินภาวะโภชนาการจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพทราบถึงปัญหาทางด้านโภชนาการ ซึ่งควรเลือกแบบประเมินที่ความเหมาะสมกับผู้รับบริการ เนื่องจากแบบประเมินภาวะโภชนาการที่มีความหลากหลาย และมีความเหมาะสมในการนำมาใช้บริบทที่ต่างกัน มีรูปแบบการประเมินที่คล้ายคลึง และแตกต่างกันในบางประการ เพื่อให้สามารถคัดกรอง ประเมินได้อย่างถูกต้อง เช่น แบบประเมิน MNA ซึ่งสามารถคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการได้ทั้งในและนอกสถานพยาบาล หากพบความผิดปกติสามารถวางแผนการดูแลที่เหมาะสม จัดการปัจจัยที่ส่งเสริมได้ถูกต้อง ให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ในระยะแรก ซึ่งสามารถป้องกันอันตราย ความพิการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการแล้ว นอกจากนี้การร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพจะช่วย

ให้มีการดูแลที่ครอบคลุม เกิดความต่อเนื่องในระบบการดูแลที่เป็นองค์รวม

เอกสารอ้างอิง

- กวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์, ศักนงศ์ โตสงวน, และอุษา ฉายเกตุแก้ว. (2556). รายงานการศึกษาช่องว่างของการวินิจฉัย และการรักษาภาวะความเสี่ยงด้านโภชนาการในโรงพยาบาล. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ (HITP)
- ชโลบล เฉลิมศรี และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2557). ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ. ในวีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บรรณาธิการ). *การจัดการภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ = Nutritional management for the elderly*. กรุงเทพฯ: สมาคมพดุมหาวิทยาลัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ไทย. 10-29.
- นพวรรณ เปียชื่อ. (2561). *การดูแลด้านโภชนาการเพื่อควบคุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน*. กรุงเทพฯ : จุดทองประสงค์ เทียนบุญ. (2555). การประเมินภาวะโภชนาการ. เข้าถึงได้จาก <https://goo.gl/6KpWFS>
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). *การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 10. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- พรรณธร เจริญกุล. (2555). *การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ฝึกอบรมปฐมพยาบาลและสุขภาพอนามัยสภาวิชาชีพไทย
- ยศสินี หัวดวง, ฉัตรชนก บุญไชย, ยศพร พลายโก และหทัยชนก ศรีประไพ. (2561). *การประเมินภาวะโภชนาการ*. กรุงเทพฯ: โรงเรียนการเรือน มหาวิทยาลัยสวนดุสิต.
- รศรินทร์ เกรย์, อุมารณ ภัทรวาณิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และเรวดี สุวรรณพเก้า. (2556). *มนต์คนใหม่ของนิยาม*



- ผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจิตรา ศรีชนะนันท์, อริยาพร ขุนใหญ่ และเทพเจริญ มาลาแสง. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสมบูรณ์. เข้าถึงได้จาก <http://www.namsomhp.com/hws/images/02KM/05noonsomboon/noonsomboon.pdf>
- ศัลยา คงสมบูรณ์เวช. (2559). *บำบัดเบาหวานด้วยอาหาร* พิมพ์ครั้งที่ 4 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: อมรินทร์สุขภาพ.
- ศุภกร หวานกระโทก. (2556). การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Assessment). เข้าถึงได้จาก <http://www.bnc.ac.th/knowledge/wp-content/uploads/2014/12/>.
- สมจินต์ โฉมวัฒน์ชัย และสมฤดี เนียมหอม. (2552). *การศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจังหวัดนนทบุรี*. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
- สุปรานี แจ่งบำรุง และสตีมา จิตตินันท์. (2559). *องค์ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับทุกช่วงวัย*. นนทบุรี: คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. 83-96.
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (2562). *แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ 5 ปี พ.ศ. 2562-2566*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *โภชนาการผู้สูงอายุ*. ในการศึกษาแบบคัดกรองและภาวะโภชนาการผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.
- อรพินท์ บรรจง, จินต์ จรุงรักษ์, พิศมัย เอกก้านตรง และโสภณ โชติพิงค์. (2548). ความสามารถในการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 28(2), 77-90.
- British Dietetics Association (BDA) (2012). Model and Process for Nutrition and Dietetic Practice. Retrieved from <https://www.bda.uk.com/publications/professional/mode>
- Bauer JM, Vogl T, Wicklein S, Troegner J, Muhlberg W, Sieber CC. (2005). Comparison of the Mini Nutritional Assessment, Subjective Global Assessment, and Nutritional Risk Screening (NRS 2002) for nutritional screening and assessment in geriatric hospital patients. *Z Gerontol Geriatr*. 38:322-7.
- Detsky, A. S., McLaughlin, J. R., Baker, J. P., Johnston, N., Whittaker, S., Mendelson, R. A., ... & Band, P. R. (1987). rated Subjective Global Assessment (PG-SGA). *JPEN J Parenteral Enteral Nutrition*, 11, 8-13.
- Ferguson, M., Capra, S., Bauer, J., & Banks, M. (1999). Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients. *Nutrition*, 15(6), 458-464.
- Isenring, E. A., Banks, M., Ferguson, M., & Bauer, J. D. (2012). Beyond malnutrition screening: appropriate methods to guide nutrition care for aged care residents. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(3), 376-381.
- Kaewpitoon, S. J. & Kaewpitoon, N. (2012). Research Report on Nutritional Status of Elderly in Surin Province: Nutritional Status of Elderly in Surin Province., Retrieved from <http://203.158.6.11:8080/sutir/bitstream/123456789/5815/1/>
- Komindr, S., Tangsermwong, T., & Janepanish, P. (2013). Simplified malnutrition tool for Thai patients.



Asia Pacific journal of clinical nutrition, 22(4), 516-521.

Nitichai, N. (2017). Translation, cross-cultural adaptation, and validation of the Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in Thai cancer patients (Doctoral dissertation, Chulalongkorn University).

Neelemaat, F., Kruizenga, H. M., De Vet, H. C. W., Seidell, J. C., Buttermann, M., & Bokhorst-De van der Schueren, M. A. E. (2008). Malnutrition screening in hospital outpatients. Can the SNAQ malnutrition screening tool also be applied in this population. *Clinical Nutrition*, 27(3), 439-46

Sacks, G. S., Dearman, K., Replogle, W. H., Cora, V. L., Meeks, M., & Canada, T. (2000). Use of subjective global assessment to identify nutrition-associated complications and death in geriatric long-term care facility residents. *Journal of the American college of nutrition*, 19(5), 570-577.

Skates, J. J., & Anthony, P. S. (2012). Identifying geriatric malnutrition in nursing practice: the mini nutritional assessment (MNA®) an evidence-based screening tool. *Journal of gerontological nursing*, 38(3), 18-27.



บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด:

ระยะเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา

Nurse's Role in Caring for Mothers with Preterm Infants:

Transition Phases of Motherhood

Received: October 9, 2021

Revised: November 19, 2021

Accepts: December 13, 2021

เนตรสุมล จตุรจรรยาเลิศ (พย.บ.)¹

Netsumol Jatulajanyalate (B.N.S.)

บทคัดย่อ

การคลอดบุตรก่อนกำหนดนับเป็นประสบการณ์ที่ไม่คาดคิด และส่งผลกระทบทางลบต่อทั้งมารดาและทารก ซึ่งทารกที่คลอดกำหนดมักเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพตามมา เช่น ภาวะหายใจลำบาก น้ำหนักตัวน้อย หรือความพิการแต่กำเนิด ส่งผลให้ทารกกลุ่มนี้ต้องเข้ารับการรักษาที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต และมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนาน มารดากลุ่มนี้จึงต้องเผชิญกับการแยกจากกับทารกทันทีภายหลังคลอด ถูกจำกัดการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ภายใต้บริบทของหอผู้ป่วยและความรุนแรงของภาวะสุขภาพทารก ก่อให้มารดาเกิดความวิตกกังวลและเผชิญกับความยากลำบากในระยะของการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา อีกทั้งมารดากลุ่มนี้มักมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาในด้านการเลี้ยงดูบุตรและปัญหาทางด้านจิตใจในระยะยาว ดังนั้น พยาบาลควรให้ความสำคัญในการดูแลมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด ไม่ว่าจะเป็นภาระหนักถึงปัญหาทางด้านจิตใจที่มารดากลุ่มนี้เผชิญ มีส่วนช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดา มีการวางแผนจำหน่ายทารกพร้อมกับครอบครัว และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อมารดานำบุตรกลับบ้าน รวมทั้งการพัฒนาช่องทางการติดต่อสื่อสาร เพื่อช่วยให้มารดากลุ่มนี้เกิดความมั่นใจในการเลี้ยงดูบุตร สามารถก้าวผ่านอุปสรรคและเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาได้อย่างสมบูรณ์

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล, ทารกคลอดก่อนกำหนด, ระยะเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา

¹อาจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทรา สภาวิชาชีพพยาบาล, Thailand

Lecturer, Srisavarnthira Thai Red Crosss Institute of Nursing, Thailand

Corresponding author: e-mail netsumol.j@stin.ac.th



Abstract

Preterm labor is an unexpected experience and can negatively affect mothers as well as their babies. Premature babies are at higher risk of having health issues such as dyspnea, low birth weight, and congenital abnormalities. As a result, these babies have to be taken care of by the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) and stay in a hospital longer than usual. Mothers will be separated from their babies immediately after giving birth and their roles as mothers will be limited under the context of clinical and infant health issues. This situation creates concern and difficulty during the transitional stage to the role of motherhood. Moreover, mothers tend to have issues in baby caring and mental health in a long term. Therefore, nurses should prioritize taking care of mothers with preterm labor in terms of providing awareness of mental issues, supporting empowerment concerning the role of motherhood, and discharge planning with families, as well as continuous monitoring with families and the development of communication channels. This will support mothers to be confident in taking care of babies and be able to overcome obstacles in order to complete their transition to the role of motherhood.

Keywords: nurse's role, preterm infants, transitional phases of motherhood

ความเป็นมาและความสำคัญ

การคลอดก่อนกำหนด หมายถึง การคลอดบุตร ในช่วงอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ ถึงก่อนครบอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2021) โดยองค์การอนามัยโลกได้ แบ่งระยะของการคลอดก่อนกำหนดตามอายุครรภ์ ไว้ทั้งสิ้น 3 ระยะ ดังนี้ 1) Extremely preterm คือ การคลอดบุตรก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ 2) Very preterm คือ การคลอดบุตรในช่วงอายุครรภ์ 28 – 32 สัปดาห์ และ 3) Moderate to late preterm คือ การคลอดบุตร ในช่วงอายุครรภ์ 32 – 37 สัปดาห์ (World Health Organization, 2018) ซึ่งการคลอดก่อนกำหนดยังคง เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก

รวมถึงประเทศไทย โดยในแต่ละปีทั่วโลกพบ ทารกคลอด ก่อนกำหนดราว 15 ล้านคน หรือร้อยละ 11 ของทารก ทั่วโลก ทั้งนี้เป็นการคลอดในช่วงอายุครรภ์ 32 – 36 สัปดาห์มากที่สุด (ร้อยละ 84) รองลงมาคือ 28 – 32 สัปดาห์ และต่ำกว่า 28 สัปดาห์ ตามลำดับ (Walani, 2020) ในขณะที่ประเทศไทยมีอุบัติการณ์การคลอดก่อน กำหนดเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 10 – 12 (อุ้นใจ กอนันตกุล, 2562) และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ การคลอดบุตรก่อนกำหนดส่งผลกระทบต่อสตรีและ ทารกแรกเกิด ผลกระทบต่อสตรีส่วนใหญ่เป็นผลมาจาก ภาวะสุขภาพของทารก โดยทารกที่คลอดก่อนกำหนดจะ เกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันตามอายุครรภ์ ที่คลอดทั้งในระยะสั้นและระยะยาว อาทิเช่น ทารกแรก



เกิดน้ำหนักร่นน้อย ภาวะหายใจลำบาก ภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะเลือดออกในโพรงสมอง ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ความพิการแต่กำเนิดหรือความยากลำบากในการรับประทานอาหาร เป็นต้น (Berhane et al., 2019; Sasaki et al., 2019; Vogel et al., 2018) ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้ทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิด ภาวะวิกฤต และมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานเมื่อเทียบกับทารกที่คลอดครบกำหนด ส่งผลให้ครอบครัวต้องแบกรับกับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น (Vogel et al., 2018) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อมารดาในด้านจิตสังคม โดยมารดาไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพหรือให้นมบุตรได้ในระยะแรกเกิด เนื่องจากมารดากลุ่มนี้ต้องเผชิญกับการพรางจากกับทารกทันทีภายหลังคลอด ซึ่งเป็นผลมาจากภาวะสุขภาพของทารก ร่วมกับข้อจำกัดทางด้านเวลาในการเข้าเยี่ยมทารกตามนโยบายของทางโรงพยาบาล การขาดทักษะในการเลี้ยงดูทารก ความกลัวหรือกังวลว่าทารกจะได้รับอันตรายหรือมีภาวะสุขภาพที่เลวร้ายลงจากการปฏิบัติหรือการดูแลที่ไม่ถูกต้อง ทำให้มารดากลุ่มนี้เกิดความกังวลใจที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับทารก และเกิดการรับรู้อุปสรรคในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา (Spinelli et al., 2016) ดังนั้นในฐานะพยาบาลผดุงครรภ์ ที่มีโอกาสได้ดูแลมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดที่ต้องเผชิญกับความเครียดและความวิตกกังวลอย่างรอบด้าน ควรทำความเข้าใจต่อการรับรู้หรือประสบการณ์ของมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดได้รับ รวมถึงตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบสำคัญเหล่านี้ เพื่อเข้ามามีส่วนช่วยในการดูแลเพื่อให้สตรีกลุ่มนี้ก้าวผ่านอุปสรรคและเปลี่ยนผ่านสู่บทบาทการเป็นมารดาได้อย่างสมบูรณ์

วัตถุประสงค์บทความ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการรับรู้และประสบการณ์ของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดและบทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นมารดา

เนื้อหาและอภิปราย

1. การรับรู้และประสบการณ์ของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด

การรับรู้ มุมมอง และประสบการณ์ของสตรีที่ผ่านการคลอดบุตรก่อนกำหนดมีด้วยกันหลากหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นการเผชิญกับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่คาดคิด การเผชิญการพรางจากจากบุตร การเผชิญความยากลำบากในการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดา การเผชิญกับความเครียดในการดูแลบุตรเมื่อกลับบ้าน และเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำรงชีวิต โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 เผชิญกับอารมณ์ด้านลบจากผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ที่ไม่คาดคิด สถานการณ์การคลอดก่อนกำหนดมักเป็นสถานการณ์ที่เหนือความคาดหมายและเกิดขึ้นในภาวะฉุกเฉิน ปราศจากความตั้งใจหรือการวางแผนของสตรี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลกระทบที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ในระยะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์ ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ หรือภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด เป็นต้น ผลที่ตามมาคือมารดากลุ่มนี้จึงมีการตอบสนองทางอารมณ์ในด้านลบ ได้แก่ สับสน วิตกกังวล กลัว รู้สึกผิด ซึมเศร้า หรือเครียด (Pinar, & Erbaba, 2020) ยกตัวอย่างเช่น

การศึกษาของ Gondwe et al. (2020) พบว่า มารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด มีระดับความเครียดสูงกว่ามารดาที่คลอดบุตรครบกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Amsri, Deoisres, and Suppaseemanont (2019) พบว่า มารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด มีความเครียดอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ร้อยละ 50.90 ของสตรีที่คลอดบุตรก่อนกำหนดมีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, และวรรณทนา ศุภสีมานนท์, 2563) ซึ่งการแสดงออกหรือตอบสนองทางอารมณ์ในด้านลบส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการที่สตรีต้องเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวโดยไม่ทันตั้งตัว มีการกล่าวโทษตนเองว่า การที่บุตรคลอดก่อนกำหนดหรือมีสภาวะร่างกายที่ไม่แข็งแรง ต้องได้รับการดูแลและรักษาที่หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต เนื่องจากการดูแลตัวเองไม่ดีหรือตนเองมีสภาวะร่างกายที่ไม่แข็งแรง ทำให้ไม่สามารถดำเนินการตั้งครรภ์ได้จนอายุครรภ์ครบกำหนด (Goncalves et al., 2020; Lomotey et al., 2019) นอกจากนี้ภาวะสุขภาพที่ไม่แน่นอนของทารก ทำให้สตรีต้องอยู่ในความวิตกกังวล เครียด กลัวการสูญเสียทารก และพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าหรือเศร้าโศกได้ (วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์และคณะ, 2563) ช่วงหลังคลอดบุตรจึงเปรียบเสมือนช่วงเวลาที่เลวร้ายและยากลำบากสำหรับมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด ดังนั้น หากสตรีกลุ่มนี้ขาดการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของทารก หรือไม่มีความเข้าใจที่ถูกต้อง และเพียงพอต่อสถานการณ์การคลอดบุตรที่ตนเองเผชิญ จะส่งผลให้อารมณ์ด้านลบ ทวีความรุนแรงขึ้น (Fowler, Green, Elliott, Petty, & Whiting, 2019)

1.2 เผชิญกับการพรากจากบุตร ช่วงแรกหลังคลอดเป็นช่วงเวลาอันมีค่าที่มารดาและบุตรจะเริ่มสร้างสายใยรักและผูกพัน ผ่านการฟังเสียง การสบตา การสัมผัส โอบกอด หรือให้นมบุตร แต่สถานการณ์ของสตรีที่คลอดบุตรก่อนกำหนดแตกต่างจากสตรีที่คลอดบุตรครบกำหนด เนื่องจากสถานการณ์ที่ต้องทำคลอดฉุกเฉินร่วมกับเงื่อนไขหรือข้อจำกัดด้านสุขภาพของทารกที่อาจมีการพัฒนาของอวัยวะต่าง ๆ ที่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากอายุครรภ์ที่ไม่ครบกำหนด รวมถึงทารกไม่สามารถปรับตัวได้ดีมากพอในสภาพแวดล้อมภายนอกมดลูก ทำให้ทารกกลุ่มนี้มีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลหรือรักษาตัวทันทีภายหลังคลอด เป็นผลให้กระบวนการพัฒนาความรักและความผูกพันเหล่านี้หยุดชะงัก (Leahy-Warren, Coleman, Bradley, & Mulcahy, 2020) นอกจากนี้ การติดตามหรือเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในระยะหลังคลอด หรือมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัว ทำให้สตรีถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย และเป็นอุปสรรคต่อการติดตามภาวะสุขภาพของทารก (Fowler et al., 2019) ซึ่งการแยกจากที่มีระยะเวลายาวนาน ทำให้สตรีกลุ่มนี้ไม่ได้ยินเสียงหรือไม่ได้พบเห็นทารก เหล่านี้มีผลให้สตรีต้องอยู่ในภาวะทางอารมณ์ที่เศร้าโศกและซึมเศร้ามากยิ่งขึ้น (Yu, Zhang, & Yuan, 2020)

1.3 เผชิญกับการรับรู้การสูญเสียบทบาทการเป็นมารดา การดำรงบทบาทการเป็นมารดา (Maternal Role Attainment) เป็นกระบวนการที่สตรีกระทำบทบาทการเป็นมารดา ร่วมกับการบูรณาการพฤติกรรม การเป็นมารดา ร่วมกับบทบาทด้านอื่น ๆ ได้อย่างมีความสุข จนกระทั่งมารดารู้สึกพึงพอใจหรือสบายใจในการแสดงเอกลักษณ์ของการเป็นมารดา ซึ่งองค์ประกอบ



สู่ความสำเร็จในการดำรงบทบาทการเป็นมารดา ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ 1) ความผูกพันกับทารก (Attached to the infant) โดยมารดามีพฤติกรรมยอมรับ เอาใจใส่ และมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร 2) ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการเป็นมารดา (Competence/Confidence in role) คือ การที่มารดา มีความสามารถและมีความมั่นใจในการใช้ทักษะที่จำเป็น ในการเลี้ยงดูบุตร และ 3) ความพึงพอใจในบทบาทการเป็นมารดา (Gratification/Satisfaction) (Mercer, 2004) ทั้งนี้ในสตรีที่คลอดบุตรก่อนกำหนด ต้องเผชิญกับเงื่อนไขของสถานการณ์และเงื่อนไขด้านบุคคล ที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาบทบาทการเป็นมารดา ที่ทำให้ การพัฒนาความผูกพันกับทารกเกิดความล่าช้า มารดาไม่ มีความมั่นใจหรือขาดทักษะในการดูแลบุตร และไม่พึงพอใจต่อการดำรงบทบาทการเป็นมารดาของตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การคลอดบุตรก่อนกำหนด เป็นสถานการณ์ที่ ส่งผลให้เกิดการขัดขวาง กระบวนการพัฒนาบทบาทการเป็นมารดา เนื่องจาก มารดากลุ่มนี้ต้องเผชิญกับการพรากจากทันทีภายหลัง ทารกคลอด ไม่มีโอกาสได้สัมผัส โอบกอด หรือให้นมบุตร ที่เป็นกระบวนการของการสร้างสายใยรักและผูกพัน ร่วมกับปัญหาสุขภาพของทารก อาจทำให้มารดากลุ่มนี้ กลัวที่จะสัมผัสหรือดูแลบุตรของตนเอง เพราะเกรงว่า บุตรจะเกิดอันตราย ซึ่งปัญหาและอุปสรรคเหล่านี้ทำให้ มารดาเกิดการพัฒนาความผูกพันกับทารกได้ช้า และขาด ความมั่นใจหรือมีทักษะในการเลี้ยงดูบุตรน้อยกว่า เมื่อ เทียบกับมารดาที่คลอดบุตรครบกำหนด อีกทั้งยังเกิด ความรู้สึกไม่มั่นใจในการดำรงบทบาทการเป็นมารดา (Sarapat, Fongkaew, Jintrawet, Mesukko, & Ray, 2017)

นอกจากนี้การที่ทารกเข้ารับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วย ที่มาพร้อมข้อจำกัดของเวลาในการเข้าเยี่ยม และ ข้อจำกัดในการเข้าถึงทารก เช่น มารดาต้องได้รับอนุญาต ก่อนให้นมบุตร หรือการเปิดดูควบคุมอุณหภูมิทารกเพื่อ สัมผัสบุตร เป็นต้น ซึ่งช่วงเวลาที่ได้อุเลทารกในหอผู้ป่วย มักไม่สอดคล้องกับความต้องการของมารดา ใน ขณะเดียวกันการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทารกจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอ ทำให้มารดาไม่เข้าใจเหตุผล ในการรักษาหรือรับรู้การดำเนินโรคของบุตรไม่เพียงพอ สถานการณ์เหล่านี้จึงทำให้มารดารู้สึกสูญเสียการควบคุม ไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลบุตรของตนเองได้ แม้ว่าอีกด้านหนึ่งมารดาจะทราบดีว่าทารกจะปลอดภัย หากได้รับการดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ แต่บางช่วง มารดากลุ่มนี้รู้สึกสับสนที่ต้องแบ่งปันบทบาทการดูแล บุตรให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ (Spinelli et al., 2016) ด้วยเงื่อนไขเหล่านี้ ทำให้สตรีกลุ่มนี้มีการรับรู้ อุปสรรคสูงในการดำรงบทบาทการเป็นมารดาของตนเอง

1.4 เผชิญกับความเครียดในการดูแลบุตรเมื่อ กลับบ้าน เงื่อนไขด้านสุขภาพของทารกคลอดก่อน กำหนด เป็นผลให้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ยาวนาน นอกจากนี้ในบางรายจำเป็นต้องได้รับการรักษา ด้วยเทคโนโลยีหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเพาะต่อ ปัญหาด้านสุขภาพของทารก ทำให้การเข้าถึงบุตรของ มารดายากขึ้น ทารกถูกแยกจากมารดาและครอบครัว เป็นระยะเวลานาน มารดาไม่มีบทบาทหรือทักษะในการ ดูแลทารกเท่าที่ควร เมื่ออาการของทารกดีขึ้นและพร้อม จำหน่ายจากโรงพยาบาล จึงมักทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และไม่มั่นใจในความสามารถหรือทักษะในการ เลี้ยงดูบุตรของตนเอง เนื่องจากการรับรู้ว่าทารกคลอด ก่อนกำหนดจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

นอกจากนี้การกลับมาบ้านทำให้มารดารับรู้ถึงความช่วยเหลือและการดูแลจากโรงพยาบาลได้ยุติลง (รุ่งทิพา หวังเรืองสฤติย์, จารุวรรณ รังสิยานนท์, อัญชลี รุ่งฉาย, เพ็ญญา คำมินเศก, และลาวัณย์ สายสุวรรณ, 2562) ต้องนำทารกออกไปสู่สถานที่ที่ไม่ปลอดภัย เกิดความลังเล และรู้สึกไม่แน่นอนต่อสภาวะร่างกายหรือการดำเนินโรคของบุตร (Granero-Molina et al., 2019) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในด้านความรู้และทักษะในการเลี้ยงดูบุตร การสังเกตอาการผิดปกติของทารก การปฐมพยาบาลเบื้องต้นให้แก่ทารกเมื่ออยู่บ้าน ยิ่งทำให้มารดากลุ่มนี้ต้องเผชิญกับความยากลำบากในการดูแลทารกเมื่อกลับบ้าน จากการศึกษาของ Lewahy-Warren et al. (2020) พบว่าร้อยละ 37.9 ของสตรีที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในช่วง 1 ปีแรกหลังจากจำหน่ายออกจากหน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต ซึ่งการตอบสนองทางอารมณ์ไม่ว่าจะเป็น ความเครียด ความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้าเมื่อทารกถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ล้วนขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ที่คลอดทารกก่อนกำหนด ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ความต้องการการดูแลที่จำเพาะของทารก นอกจากนี้การขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของทารก การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การขาดทักษะในการดูแลทารกให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ (Granero-Molina et al., 2019) เหล่านี้ล้วนมีผลต่อระดับความเครียดของมารดาเมื่อต้องรับบทบาทหลักในการดูแลทารกเมื่อกลับบ้าน

1.5 เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำรงชีวิต การต้องดูแลทารกที่ป่วยหรือไม่แข็งแรง ทำให้มารดารับรู้ว่าการกลุ่มนี้เป็นทารกกลุ่มพิเศษที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของ

มารดาเปลี่ยนแปลงไป มารดาจะคอยปกป้อง ดูแล และช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของทารกด้วยตนเอง เนื่องจากเป็นกังวลว่าทารกจะได้รับอันตราย หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น มารดาจะเคร่งครัดต่อการดูแลสภาพแวดล้อมให้สะอาดปราศจากเชื้อ รวมถึงการล้างมือ และการฆ่าเชื้อภาชนะที่บรรจุอาหารหรือนมของทารก จำกัดการเยี่ยมของญาติหรือเพื่อน เนื่องจากต้องการให้ทารกพักผ่อน และลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสถานการณ์เหล่านี้ทำให้สตรีขาดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รู้สึกโดดเดี่ยวหรือแยกจากมากยิ่งขึ้น รวมถึงความสัมพันธ์กับสามีและบุตรคนอื่น ๆ เนื่องจากสตรีทุ่มเทเวลาทั้งหมดให้กับการดูแลทารกที่คลอดก่อนกำหนด (Granero-Molina et al., 2019)

2. บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด

พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสตรีที่คลอดบุตรก่อนกำหนด ตลอดจนครอบครัวของสตรี เพื่อให้การช่วยเหลือมารดาให้สามารถก้าวผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากภายหลังคลอด และสามารถดำรงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุขทางใจ โดยบทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดมีดังนี้

2.1 ตระหนักถึงผลกระทบด้านจิตใจของมารดา ลำดับแรกพยาบาลควรตระหนักว่า มารดากลุ่มนี้ควรได้รับการจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสม เนื่องจากมารดากลุ่มนี้มีการโทษตนเอง โกรธตัวเอง หรือรู้สึกผิดที่ทำให้ทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งภาวะทางอารมณ์เหล่านี้นำไปสู่ปัญหาทางด้านจิตใจในระยะยาวได้ ดังนั้น จึงมี



ความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้การดูแลทางด้านจิตใจ เปิดโอกาสให้มารดากลุ่มนี้ได้ระบายความรู้สึก รับฟังด้วยความเข้าใจ ไม่ตัดสิน (อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์, ถวิล ชำคง, วารุณี เกตุอินทร์, บุศย์รินทร์ อารยะธนิตกุล, และสุอารี ลำตระกูล, 2564) และที่สำคัญคือ ควรมีการให้ข้อมูลถึงสาเหตุที่ทำให้คลอดบุตรก่อนกำหนด ข้อมูลด้านสุขภาพของทารกในปัจจุบัน เพื่อลดความรู้สึกผิดและโทษตัวเอง คลายความกังวลของมารดาจากการไม่ทราบข้อมูลที่เพียงพอ ทั้งนี้ควรมีการให้ข้อมูลร่วมกับสามีหรือสมาชิกในครอบครัวร่วมด้วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ และลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นภายในครอบครัว

2.2 การเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดา การถูกจำกัดการเยี่ยมและการถูกจำกัดสัมผัสหรือดูแลทารก ส่งผลให้มารดาเกิดความไม่มั่นใจในการกระทำบทบาทการเป็นมารดา ขาดความมั่นใจในการนำความสามารถของตนเองมาดูแลบุตร ดังนั้น ในฐานะพยาบาลผดุงครรภ์ ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดและรับบทบาทในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและครอบครัวโดยตรง ควรมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้มารดาได้รับรู้พลังอำนาจของตนเองในการดำรงบทบาทการเป็นมารดา ผ่านการเปิดโอกาสให้มารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตร นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญกับการดำรงบทบาทของการเป็นผู้สอนหรือผู้ให้ข้อมูลแก่มารดาและครอบครัว ตั้งแต่การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย การแนะนำบุคลากรและเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลทารก การให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อปฏิบัติตัวในการเยี่ยมทารก ตลอดจนข้อมูลที่สำคัญสำหรับการดูแลทารก เช่น ปริมาณนมที่ทารกควรได้รับต่อวัน สัญญาณบ่งบอกว่าทารกได้รับน้ำนมเพียงพอ การประเมินการเจริญเติบโต

ของทารก ข้อมูลเกี่ยวกับโรค หรืออาการผิดปกติของทารก เป็นต้น เพื่อลดความวิตกกังวล ความเครียด เป็นการสร้างสัมพันธภาพ และลดช่องว่างระหว่างพยาบาลและครอบครัว ทั้งนี้ควรเน้นการสื่อสารแบบสองทาง (Two-Way Communication) เพื่อเปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัย หรือขอคำอธิบายในประเด็นอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อให้เกิดความกระจ่างและเป็นประโยชน์ในการนำไปดูแลทารกได้อย่างปลอดภัย

หลังจากบทบาทการเป็นผู้สอนหรือให้ข้อมูลพยาบาลควรดำรงบทบาทของการเป็นผู้สาคัดทักษะการเลี้ยงดูบุตรที่สำคัญ เช่น การอุ้มทารก การจัดทำเพื่ออุ้มเรือ การจัดทำให้นมบุตร การอาบน้ำบุตร การเปลี่ยนผ้าอ้อม การจัดทำทารกเพื่อเตรียมให้อาหารทางสายยาง การปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อทารกมีการสูดสำลักระหว่างการดูดนมหรือทานอาหาร เป็นต้น ทั้งนี้ควรเปิดโอกาสให้มารดาสาธิตย้อนกลับในทักษะที่สอน เพื่อให้มารดาเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง โดยระยะแรกพยาบาลควรอยู่ใกล้ชิด เพื่อให้การช่วยเหลือและสนับสนุนมารดาในระหว่างการดูแลบุตร นอกจากนี้พยาบาลควรเปิดโอกาสให้มารดามีส่วนร่วมในการแสดงบทบาทของการเป็นมารดาในการดูแลบุตรของตนเอง ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การทำ Kangaroo care การเปลี่ยนผ้าอ้อม การเช็ดตัว การเปลี่ยนผ้ารองเตียงทารก หรือการให้นมบุตร เป็นต้น ให้เวลาส่วนตัวแก่มารดาและครอบครัวที่จะได้อยู่ใกล้ชิดบุตร เพื่อให้มารดาเรียนรู้การสื่อสารสัญญาณของทารก (infant cues) และพัฒนาความผูกพันกับทารก ทั้งนี้พยาบาลควรมีการประเมินความต้องการหรือการรับรู้ของมารดาและครอบครัวเป็นระยะ เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมและทันที่

2.3 การวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนด การวางแผนจำหน่ายทารกคลอดก่อนกำหนดควรเริ่มทำตั้งแต่ในระยะแรกหลังคลอด โดยเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะที่สำคัญสำหรับการดูแลทารก ระยะต่อมาที่ทารกมีความพร้อมที่สามารถกลับบ้านได้ ควรเปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวมีโอกาสในการพูดคุยกับทีมสหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับอาการของบุตร ความพร้อม และการเตรียมตัวเมื่อต้องกลับไปดูแลบุตรที่บ้าน โดยเปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการร่วมตัดสินใจในการวางแผนดูแลบุตรเมื่อกลับบ้าน เพื่อส่งเสริมพลังอำนาจของมารดาในการดูแลบุตร นอกจากนี้มารดาควรได้รับการอบรมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic life support) ในทารกและได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวัคซีนที่ทารกควรได้รับ การประเมินการเจริญเติบโตของทารก และในรายที่จำเป็นต้องกลับบ้านพร้อมเครื่องมือทางการแพทย์ เช่น การให้ออกซิเจน การดูดเสมหะ ควรมีการเตรียมความพร้อมของเครื่องมือเมื่อกลับบ้าน และการฝึกทักษะในการดูแลทารกที่เฉพาะให้แก่มารดาและครอบครัวเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลบุตรเมื่อกลับบ้าน

ทั้งนี้ควรมีช่องทางการติดต่อสื่อสาร เช่น โทรศัพท์ แอปพลิเคชัน Line เป็นต้น เพื่อให้มารดาและครอบครัวมีแหล่งช่วยเหลือที่สามารถติดต่อได้อย่างรวดเร็วและทันทั่วถึงเมื่อประสบปัญหาในการเลี้ยงดูบุตรเมื่อกลับบ้าน และควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้งเพื่อประเมินการปรับบทบาทการเป็นมารดาเมื่อกลับบ้าน รวมทั้งควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของมารดาในช่วง 1 ปีแรกหลังจำหน่ายทารก

สรุป

พยาบาลมีบทบาทความสำคัญเป็นอย่างมากในการดูแลมารดาและครอบครัวที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด ดังนั้น ต้องสามารถประเมินการรับรู้ ปัญหา และผลกระทบของมารดาได้อย่างครอบคลุม ให้ความสำคัญกับการพยาบาลทางด้านจิตใจ รับฟังและเปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึก มีการให้ข้อมูลถึงสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด ภาวะสุขภาพของทารกที่ครบถ้วน และเพียงพอต่อการรับรู้ของมารดาและครอบครัว เพื่อลดความรู้สึกผิด โทษตัวเอง และคลายความกังวล นอกจากนี้ควรช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดา โดยเปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบุตร โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้สอนและสาธิตถึงทักษะที่สำคัญเพื่อให้มารดาเกิดความมั่นใจในการแสดงบทบาทของการเป็นมารดา รวมไปถึงการเตรียมความพร้อมของมารดาและครอบครัวร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อรองรับการจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาล ให้มารดาและครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลบุตรเมื่อกลับบ้าน ทั้งนี้ควรมีการพัฒนาช่องทางการติดต่อสื่อสาร เพื่อให้มารดามีแหล่งช่วยเหลือที่สามารถติดต่อได้อย่างรวดเร็วและทันทั่วถึงเมื่อประสบปัญหาในการเลี้ยงดูบุตรเมื่อกลับบ้าน และควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง เพื่อประเมินการปรับบทบาทการเป็นมารดาเมื่อกลับบ้าน และควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในช่วง 1 ปีแรกหลังจำหน่ายทารก เนื่องจากมารดาในกลุ่มนี้มีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าสูง หากพยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการให้การดูแล และสามารถให้การพยาบาลมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดได้อย่างเป็น



องค์กรรวม จะส่งผลให้ทารกแรกเกิด มารดา และครอบครัว ได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และช่วยให้มารดาสามารถก้าวผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบาก และเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาได้อย่างสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

- รุ่งทิพา หวังเรืองสถิตย์, จารุวรรณ รังสิยานนท์, อัญชลี รุ่งฉาย, เพ็ญภา คำมินเศก, และลาวัณย์ สายสุวรรณ. (2562). แนวทางการเตรียมความพร้อมมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในประเทศไทย: การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(1), 66-78.
- วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, และวรรณทนา ศุภสิมานนท์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนด. *วารสารแพทยนาวิ*, 47(2), 432-445.
- อัจฉรวดี ศรียะศักดิ์, ถวิล ชำคง, วารุณี เกตุอินทร์, บุศย์รินทร์ อารยะธนิกุล, และสุอารี ล้ำตระกูล. (2564). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมพัฒนาการทารกคลอดก่อนกำหนดภาวะวิกฤติโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(1), 101-109.
- อุ๋นใจ กอนันตกุล. (2562). การคาดการณ์การคลอดก่อนกำหนดเพื่อป้องกันรักษา. *สูติรีแพทย์สัมพันธ์*, 28(1), 8-15.
- Amsri, P., Deoisres, W., & Suppaseemanont, W. (2019). Factors influencing stress among mothers of preterm infant hospitalized in neonatal intensive care unit. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 27(3), 54-63.
- Berhane, M., Workineh, N., Girma, T., Lim, R., Lee, K. J., Nguyen, C. D., . . . Russell, F. M. (2019). Prevalence of low birth weight and prematurity and associated factors in neonates in Ethiopia: results from a hospital-based observational study. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 29(6), 677-688.
- Fowler, C., Green, J., Elliott, D., Petty, J., & Whiting, L. (2019). The forgotten mothers of extremely preterm babies: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(11-12), 2124-2134.
- Goncalves, J. L., Fuertes, M., Alves, M. J., Antunes, S., Almeida, A. R., Casimiro, R., & Santos, M. (2020). Maternal pre and perinatal experiences with their full-term, preterm and very preterm newborns. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1-16. doi:10.1186/s12884-020-02934-8
- Gondwe, K. W., Brandon, D., Yang, Q., Malcom, W. F., Small, M. J., & Holditch-Davis, D. (2020). Emotional distress in mothers of early-preterm infants, late-preterm infants, and full-term infants in Malawi. *Nursing Outlook*, 68(1), 94-103.
- Granero-Molina, J., Fernández Medina, I. M., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J. M., Jiménez Lasserrotte, M., & López Rodríguez, M. (2019). Experiences of mothers of extremely preterm infants after hospital discharge. *Journal of Pediatric Nursing*, 45, e2-e8.
- Leahy-Warren, P., Coleman, C., Bradley, R., & Mulcahy, H. (2020). The experiences of mothers with preterm infants within the first-year post discharge from NICU: social support, attachment and level of depressive symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 260.



- Lomotey, A. Y., Bam, V., Diji, A., Asante, E., Asante, H. B., & Osei, J. (2019). Experiences of mothers with preterm babies at a mother and Baby Unit of a tertiary hospital: A descriptive phenomenological study. *Nursing Open*, 7(1), 150-159.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232.
- Pinar, G., & Erbaba, H. (2020). Experiences of new mothers with premature babies in neonatal care units: A qualitative study. *Journal of Nursing and Practice*, 3(1), 179-185.
- Sarapat, P., Fongkaew, W., Jintrawet U., Mesukko J., & Ray, L. (2017). Perceptions and practices of parents in caring for their hospitalized preterm infants. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 21(3), 220-233.
- Sasaki, Y., Ishikawa, K., Yokoi, A., Ikeda, T., Sengoku, K., Kusuda, S., & Fujimura, M. (2019). Short- and long-term outcomes of extremely preterm infants in Japan according to outborn/inborn birth status. *Pediatric Critical Care Medicine*, 20(10), 963-969.
- Spinelli, M., Frigerio, A., Montali, L., Fasolo, M., Spada, M. S., & Mangili, G. (2016). 'I still have difficulties feeling like a mother': the transition to motherhood of preterm infants mothers. *Psychology & Health*, 31(2), 184-204.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). *Preterm Labor and Birth*. Retrieved from <https://www.acog.org/womens-health/faqs/preterm-labor-and-birth>
- Vogel, J. P., Chawanpaiboon, S., Moller, A. B., Watananirun, K., Bonet, M., & Lumbiganon, P. (2018). The global epidemiology of preterm birth. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 52, 3-12.
- Walani, S. (2020). Global burden of preterm birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150(1), 31-33.
- World Health Organization. (2018). *Preterm birth*. Retrieved from <https://www.who.int/newroom/factsheets/detail/preterm-birth>
- Yu, X., Zhang, J., & Yuan, L. (2020). Chinese parents' lived experiences of having preterm infants in NICU: A qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing*, 50, e48-e54.

“คุณธรรมนำปัญญา พัฒนาความรู้

มุ่งสู่บริการ ผดุงมาตรฐานวิชาชีพ”

