



วารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

Journal of Nursing Health Sciences and Education

VOLUME 01 NO.2 May - August 2025

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม ปี 2568

ISSN 3088-1293 (Online)



วารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา
Journal of Nursing Health Sciences and Education

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2568 - Volume 1 No.2 May– August 2025

ที่ปรึกษา (Consultants)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทร์ จันทร์เจริญ	อธิการบดี วิทยาลัยเชียงราย
Assistant Professor Dr. In Chanjarean	President, Chiang Rai College
ดร.อิศเรศ จันทร์เจริญ	รองอธิการบดี วิทยาลัยเชียงราย
Dr. Itsared Chanjarean	Vice Presidents, Chiang Rai College
รองศาสตราจารย์เทียมศร ทองสวัสดิ์	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Associated Professor Tiamsorn Tongswas	Dean, Faculty of Nursing, Chiang Rai College
รองศาสตราจารย์ลาวัลย์ สมบูรณ์	รองคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Associated Professor Lawan Somboon	Associate Dean, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

บรรณาธิการ (Editor)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิราภรณ์ นันท์ชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Assistant Professor Jiraporn Nunchai	Faculty of Nursing, Chiang Rai College

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรรยาพร ใจสิทธิ์	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Assistant Professor Jaruayporn Jaisit	Faculty of Nursing, Chiang Rai College

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ	อดีตนายกสภาการพยาบาล
Professor Emeritus Dr. Wichit Srisuphan	Former President of Thailand Nursing and Midwifery Council
ศาสตราจารย์คลินิก ดร.พรรณพิไล ศรีอาภรณ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Clinical Professor Dr. Punpilai Sriarporn	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี	คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
Professor Emeritus Dr. Boontip Siritarungsri	School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University
ศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
Professor Dr. Chintana Wacharasin	Faculty of Nursing, Burapha University



วารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา
Journal of Nursing Health Sciences and Education

ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา Professor Dr. Darawan Thapinta	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Faculty of Nursing, Burapha University
ศาสตราจารย์ นาวาอากาศโท ดร.สุมิตร สุวรรณ Professor Wing Commander Dr. Sumit Suwan	คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน Faculty of Education and Development Sciences, Kasetsart University
รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ Associated Professor Dr. Pornchai Jullamate	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา Faculty of Nursing, Burapha University
รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรภรณ์ อารีย์ Associated Professor Dr. Patcharaporn Aree	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน College of Nursing, Christian University of Thailand
รองศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ปริสฺณกุล Associated Professor Dr. Sukanya Parisunyakul	ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล Thailand Nursing and Midwifery Council Expert
รองศาสตราจารย์ ดร.จริยวัตร คมพัยค์ Associated Professor Dr. Jariyawat Kompayak	อดีตคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัว เฉียวเฉลิมพระเกียรติ Former Dean, Faculty of Nursing, Huachiewchalermprakiet University
รองศาสตราจารย์ ดร.วรภรณ์ บุญเชียง Associated Professor Dr. Waraporn Boonchieng	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Public Health, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.วิยะดา แดนไกล Assistant Professor Dr. Wiyada Dankai	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Medicine, Chiang Mai University
ดร.คทาเทพ จันทร์เจริญ Dr.Katatap Chanjarean	วิทยาลัยเชียงราย Chiang Rai College
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ เงินทอง Assistant Professor Dr. Patcharin Ngoenthong	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย Faculty of Nursing, Chiang Rai College
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฏกร อดิพร Assistant Professor Dr. Natakorn I-Tuporn	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย Faculty of Nursing, Chiang Rai College
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช Assistant Professor Dr. Thitiarpha Tangkawanich	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย Faculty of Nursing, Chiang Rai College



กองจัดการ (Editorial Staff)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรรณิกา อุ่นอ้าย

Assistant Professor Kannika Unai

ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชชานา หน่อคำ

Assistant Professor Ranchana Nokham

อาจารย์วิมลพร ศรีโชติ

Wimonporn srichote

อาจารย์สุรสิทธิ์ แจ่มภักดี

Surasit Jangpakdee

อาจารย์ศิริลักษณ์ สุมาदन

Sililuck Sumadon

อาจารย์ปริชมน ด่านชัย

Parichamon Danchai

นางสาวอุษา รวมสุข

Usa Ruamsuk

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

Faculty of Nursing, Chiang Rai College

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

Faculty of Nursing, Chiang Rai College

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

Faculty of Nursing, Chiang Rai College

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

Faculty of Nursing, Chiang Rai College

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

Faculty of Nursing, Chiang Rai College

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

Faculty of Nursing, Chiang Rai College

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

Faculty of Nursing, Chiang Rai College

กองบรรณาธิการ: คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

199 ม.6 ต.ป่าอ้อดอนชัย อ.เมือง จ.เชียงราย 57000

Editorial office: Faculty of Nursing, Chaing Rai College

199 Moo 6, Thumbol Pa O Don Chai, Muang District, Chiang Rai
province 57000

Email: nursingjournal@crc.ac.th

Website: <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/JNHSE>



คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับสำหรับผู้เขียนบทความวิจัยและบทความวิชาการ

วารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา เป็นวารสารที่จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการด้านการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านการศึกษา ดำเนินการโดยคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย เปิดรับการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษจากผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ คณาจารย์ นักศึกษา และผู้สนใจทั่วไป จำนวน 3 ฉบับต่อปี ในรูปแบบออนไลน์ มีการประเมินคุณภาพของบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและเจ้าของบทความไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และการศึกษา
2. เพื่อเป็นแหล่งค้นคว้าความรู้ด้านการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และการศึกษา

ประเภทของบทความ (Type of Article)

1. บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง งานเขียนที่นำเสนอผลการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยมีเนื้อหาที่ทำให้ผู้อ่านมีความรู้ในศาสตร์สาขาที่ศึกษา ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดย่อ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิดทฤษฎี ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอผลการวิจัย การอภิปรายผล ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และการทำวิจัยครั้งต่อไป กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และการอ้างอิง ความยาวบทความ 15-20 หน้า

2. บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง งานเขียนที่มีการรวบรวมข้อมูลจากผลงานวิชาการ นำมาวิเคราะห์อย่างสมเหตุสมผล แสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และประสบการณ์ของผู้เขียน หรือนำเสนอแนวคิดใหม่ ซึ่งผู้เขียนค้นคว้าจากเอกสาร การสังเกต และการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้แนวทางหรือองค์ความรู้ที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่สังคมต่อไป บทความวิชาการประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน บทคัดย่อ บทนำ เนื้อหา บทสรุป และการอ้างอิง ความยาวบทความ 10-15 หน้า



กำหนดการตีพิมพ์เผยแพร่ (Publication Frequency)

วารสารกำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-เมษายน

ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม

ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน-ธันวาคม

จริยธรรมในการเผยแพร่ผลงาน (Publication Ethics)

จริยธรรมของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

1. คัดกรองบทความเบื้องต้น โดยพิจารณารูปแบบตามที่วารสารกำหนด และความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ของบทความ
2. พิจารณาบทความเข้าสู่กระบวนการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิตามความเหมาะสมของบทความแต่ละเรื่อง ในรูปแบบ Double blind peer review
3. กำกับติดตามการประเมินคุณภาพบทความก่อนตีพิมพ์เผยแพร่ โดยพิจารณาจากผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ และคุณภาพของบทความ
4. กรณีมีประเด็นปัญหาในการประเมินคุณภาพบทความให้นำบทความเข้ากองบรรณาธิการ เพื่อพิจารณาและขอความคิดเห็นร่วมกัน
5. รักษาความลับและไม่เปิดเผยข้อมูลของการประเมินบทความ ข้อมูลของผู้เขียนหรือผู้ประเมินบทความ แก่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง
6. ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียนหรือผู้ทรงคุณวุฒิ ไม่นำความคิดเห็นส่วนตัวมาตัดสินบทความ เพื่อการรับหรือปฏิเสธบทความ
7. ตรวจสอบและปฏิเสธการรับบทความที่เคยตีพิมพ์เผยแพร่มาก่อน ทั้งในรูปแบบวารสารหรือบทความหลังการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการฉบับเต็ม (proceeding) และบทความที่ทำการคัดลอกผลงานของผู้อื่น (plagiarism) หรือทำซ้ำ เพื่อป้องกันการทำผิดจริยธรรมทางวิชาการและการตีพิมพ์เผยแพร่

จริยธรรมของผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Duties of Reviewer)

1. ไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความและผู้เขียน แก่บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้อง ตลอดระยะเวลาของการประเมิน (confidentiality)
2. ไม่ประเมินบทความที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียน ที่ทำให้ผู้ทรงคุณวุฒิไม่สามารถให้ข้อเสนอแนะได้อย่างอิสระ และไม่แสวงหาผลประโยชน์จากบทความที่ทำการประเมิน



3. เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญตรงตามสาขาของบทความ โดยพิจารณาจากเนื้อหาของบทความ
4. ประเมินบทความตามหลักการและเหตุผลทางวิชาการ เช่น ความสำคัญ วัตถุประสงค์ และความสอดคล้องของเนื้อหา ความใหม่ ความทันสมัย และคุณภาพของบทความ โดยไม่มีอคติหรือใช้ความคิดเห็นส่วนตัว
5. ให้เสนอแนะวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง หรือผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความ กรณีผู้เขียนไม่ได้อ้างอิง ในการประเมินบทความ
6. กรณีพบว่าการคัดลอกผลงานของผู้อื่น (plagiarism) และมีหลักฐานยืนยันชัดเจน สามารถปฏิเสธการตีพิมพ์และแจ้งแก่บรรณาธิการทันที
7. ประเมินบทความตามระยะเวลาที่กำหนด

จริยธรรมของผู้เขียน (Duties of Authors)

1. บทความที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ต้องเป็นผลงานใหม่ ไม่เคยส่งตีพิมพ์เผยแพร่มาก่อน และไม่เคยนำเสนอในที่ประชุมวิชาการฉบับเต็ม (Proceeding)
2. ตรวจสอบการจัดรูปแบบของบทความตามข้อกำหนดของวารสารหรือคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ
3. บทความวิจัยที่ส่งตีพิมพ์เผยแพร่ ผู้เขียนต้องนำเสนอข้อมูลที่เป็นจริงจากการทำวิจัย โดยไม่บิดเบือนข้อมูลหรือให้ข้อมูลที่เป็นเท็จ และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิภายในระยะเวลาที่กำหนด
4. บทความวิชาการต้องเขียนจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แสดงความคิดเห็นในเชิงวิชาการ
5. ต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่นที่นำมาใช้ และปรากฏอยู่ในอ้างอิงท้ายบทความ
6. ชื่อของผู้เขียนที่ปรากฏในบทความ ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัย
7. กรณีต้องการถอนบทความ ต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบทันที
8. บทความวิจัยในมนุษย์ ต้องแนบหนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยระบุว่าได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสถาบันใด และเลขที่ที่ได้รับการรับรองในบทความ



กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review Process)

บทความจะได้รับการพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย 2 ท่าน ต่อ 1 บทความ โดยดำเนินการปกปิดแบบ 2 ทาง ผู้ทรงคุณวุฒิและเจ้าของบทความไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review)

การจัดเตรียมต้นฉบับ

1. บทความที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร ต้องเป็นผลงานใหม่ ไม่เคยส่งตีพิมพ์เผยแพร่มาก่อน และไม่เคยนำเสนอในที่ประชุมวิชาการฉบับเต็ม (Proceeding)
2. สมัครสมาชิกวารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ผ่านระบบวารสารออนไลน์ของระบบ ThaiJO โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย
3. จัดพิมพ์ต้นฉบับในโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft Word) พื้นกระดาษสีขาว ขนาด A4 (21x29.7 ซม.) โดยเว้นระยะขอบกระดาษบน 3.81 ซม. ขอบล่าง 2.54 ซม. ขอบซ้าย 3.81 ซม. และขอบขวา 2.54 ซม. ใช้ตัวอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16 ทั้งอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (single space) ความยาวบทความวิจัยรวมอ้างอิง จำนวน 15-20 หน้า บทความวิชาการรวมอ้างอิง จำนวน 10-15 หน้า บทความปริทัศน์และบทความวิจารณ์หนังสือรวมอ้างอิง จำนวน 10-12 หน้า
4. การใช้ภาษาไทย การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ ให้เป็นไปตามหลักราชบัณฑิตยสถาน และสามารถใช้อังกฤษในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย สำหรับการใช้อักษรย่อต้องเขียนคำเต็มและวงเล็บคำย่อไว้ในการเขียนครั้งแรก และใช้คำย่อที่เป็นมาตรฐาน
5. การเสนอตาราง ให้เขียนชื่อเหนือตาราง สำหรับแผนภูมิหรือรูปภาพ ให้เขียนชื่อหรือคำอธิบายเพิ่มเติมใต้แผนภูมิหรือรูปภาพ
6. กรณีที่บทความเข้าสู่กระบวนการส่งไปยังผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อทำการพิจารณาแล้ว หากภายหลังผู้เขียนแจ้งยกเลิกการพิจารณาบทความเพื่อตีพิมพ์ ผู้เขียนจะต้องทำการชำระค่าใช้จ่ายในส่วนของคุณค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดที่พิจารณาบทความดังกล่าว

ลำดับเนื้อหาของต้นฉบับ

บทความวิจัย (Research Article) มีลำดับเนื้อหา ดังนี้

1. บทคัดย่อภาษาไทย ประกอบด้วย

- 1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาไทยพิมพ์ไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษ ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา (bold)



1.2 ชื่อผู้เขียน (Author name) ระบุชื่อผู้เขียนภาษาไทย อยู่ด้านขวามือ กรณีมีผู้เขียนมากกว่า 1 คน ให้เรียงชื่อตามลำดับของการมีส่วนร่วม และใส่เครื่องหมายดอกจัน (*) ต่อท้ายนามสกุลผู้เขียน สำหรับยศหรือตำแหน่งทางวิชาการ สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคนพิมพ์ไว้ต่อจากคำสำคัญ และผู้รับผิดชอบหลักของบทความ (Corresponding author) ให้ใส่ e-mail ต่อท้าย ตัวอย่างเช่น *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย, e-mail: Jiraporn.nunchai@crc.ac.th

1.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ กำหนดการพิมพ์เป็นหนึ่งคอลัมน์ เรียงลำดับเนื้อหา ดังนี้ ความสำคัญพอสังเขป วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีการวิจัย (กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย และประโยชน์ของงานวิจัย

1.4 คำสำคัญ (Keywords) ภาษาไทยไม่เกิน 5 คำ

2. บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษ ตัวอักษรขนาด 16 ตัวหนา (bold) พยัญชนะตัวแรกของทุกคำใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำเชื่อม

2.2 ชื่อผู้เขียน (Author name) ระบุชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ อยู่ด้านขวามือ กรณีมีผู้เขียนมากกว่า 1 คน ให้เรียงชื่อตามลำดับของการมีส่วนร่วม และใส่เครื่องหมายดอกจัน (*) ต่อท้ายนามสกุลผู้เขียน สำหรับยศหรือตำแหน่งทางวิชาการ สถานที่ทำงานของผู้เขียนทุกคนพิมพ์ไว้ต่อจาก Keywords และผู้รับผิดชอบหลักของบทความ (Corresponding author) ให้ใส่ e-mail ต่อท้าย ตัวอย่างเช่น *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College, e-mail: Jiraporn.nunchai@crc.ac.th

2.3 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาอังกฤษมีเนื้อหาสอดคล้องกับบทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 300 คำ กำหนดการพิมพ์เป็นหนึ่งคอลัมน์

2.4 คำสำคัญ (Keywords) ภาษาอังกฤษไม่เกิน 5 คำ

3. เนื้อหา ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ คำถามการวิจัย/สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี) กรอบแนวคิดทฤษฎี ระเบียบวิธีการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัย การอภิปรายผล ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

4. กิตติกรรมประกาศ และการเปิดเผยการได้รับผลประโยชน์ต่างๆ ของผู้เขียน เช่น การได้รับทุนจากหน่วยงานต่างๆ



บทความวิชาการ (Academic Article)

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน และคำสำคัญ เขียนเหมือนบทความย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษของบทความวิจัย

บทความย่อภาษาไทย เขียนเนื้อหาสาระที่สำคัญ วัตถุประสงค์ และบทสรุปพอสังเขป และบทความย่อภาษาอังกฤษให้เนื้อหาสอดคล้องกับบทความย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 300 คำ

เนื้อหา ประกอบด้วย บทนำ (ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาโดยย่อ วัตถุประสงค์ ขอบเขตของเรื่อง และคำจำกัดความหรือนิยาม) เนื้อหา (การจัดลำดับหรือการเรียงเนื้อหา การวิเคราะห์ วิพากษ์ วิจัย) และบทสรุป

การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง (Citation and References lists)

4.1 การอ้างอิงใช้ตามรูปแบบของ Vancouver Style โดยมีการอ้างอิงในเนื้อหาและการอ้างอิงในท้ายบท

4.2 เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้น หนังสือหรือตำราที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

4.3 การอ้างอิงในเนื้อหา ให้ระบุตัวเลขท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่อ้างอิง เรียงลำดับหมายเลข 1,2,3,... ตามลำดับที่อ้างก่อนหลังเป็นเลขอารบิกโดยไม่เว้นวรรคและเลขยกขึ้น¹ หากมีการอ้างซ้ำ ให้ใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขที่อ้างอิงท้ายเล่ม กรณีตัวเลขอ้างอิงเป็นลำดับที่ต่อเนื่องกัน ให้ใช้เครื่องหมายติดังค์ (-) คั่นระหว่างตัวเลขแรกถึงตัวเลขสุดท้าย เช่น (1-4) หากตัวเลขอ้างอิงมีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน ให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) โดยไม่มีการเว้นวรรค เช่น (3,5,8)

4.4 การอ้างอิงท้ายเล่มหรือเอกสารอ้างอิง ให้พิมพ์เรียงลำดับตัวเลขตามที่ได้อ้างอิงในเนื้อหา โดยหมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ขีดขอบกระดาษด้านซ้าย หากการอ้างอิงยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยย่อหน้าให้ตรงกับข้อความในบรรทัดแรก ระหว่างข้อมูลการอ้างอิงแต่ละส่วน ให้เว้น 1 บรรทัด ข้อมูลที่เขียนอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง หากรายการอ้างอิงเป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษและระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ

4.5 การเรียงลำดับเอกสารอ้างอิง ให้เรียงลำดับตามลำดับเลขอารบิก

4.6 ผู้เขียนมีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงตามรูปแบบของ Vancouver Style อย่างเคร่งครัด

ขั้นตอนการประเมินบทความ

การประเมินบทความทุกขั้นตอน ดำเนินการผ่านระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ระบบเว็บไซต์ Thai Journal Online (ThaiJO) เพื่อให้การดำเนินการของวารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา เป็นไปตามมาตรฐานสากล



สารจากบรรณาธิการ

วารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา เผยแพร่ ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม - สิงหาคม 2568 โดยวารสารมีนโยบายรับตีพิมพ์บทความคุณภาพสูงในด้านการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และการศึกษา ซึ่งทุกบทความได้ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและเจ้าของบทความไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review)

วารสารฉบับนี้ นำเสนอบทความ จำนวน 5 เรื่อง ประกอบด้วย บทความวิจัย จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการเตรียมก่อนผ่าตัด ต่อความรู้ และความสามารถในการปฏิบัติตัว หลังทำผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังเทียมแบบวันเดียวกลับในผู้ป่วยและผู้ดูแล และบทความวิชาการ จำนวน 4 เรื่อง ได้แก่ 1) การใช้ยาปฏิชีวนะตามขอบเขตพยาบาลเวชปฏิบัติ 2) แนวทางการส่งเสริมการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านระบบการส่งมอบยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: บทบาทพยาบาลชุมชน 3) แนวทางการส่งเสริมความรู้เพื่อป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกร: บทบาทพยาบาลเชิงรุก และ 4) ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ขอขอบคุณผู้อ่าน ที่ให้ความสนใจ ผู้เขียนบทความที่ให้เกียรติส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้พิจารณากลั่นกรองบทความ ช่วยให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ ช่วยทำให้บทความมีคุณภาพเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิราภรณ์ นันทชัย
บรรณาธิการ



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมก่อนผ่าตัด ต่ความรู้ และ ความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังทำผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์เทียมแบบวัน เดียวกลับในผู้ป่วยและผู้ดูแล The Effectiveness of a Preoperative Preparation Program on Knowledge and Self-Care Ability Following One-Day Cataract Surgery with Intraocular Lens Implantation among Patients and Caregivers	1-16
กาญจนา คัมภี Kanjana Kunpai พัชรินทร์ สัจจาลย์ Patcharin Sungwan	
บทความวิชาการ	
การใช้ยาปฏิชีวนะตามขอบเขตพยาบาลเวชปฏิบัติ Antibiotic Using within the Scope of Nurse Practitioner	17-31
ภรณ์ญ สุภาดา Paranyu Supata	
แนวทางการส่งเสริมการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่าน ระบบการส่งมอบยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: บทบาท พยาบาลชุมชน Guidelines for Enhancing Access to Hypertension Treatment Through the Village Health Volunteers' Medication Delivery System: The Role of Community Nurses	32-46
ปรีดา สุทธิประภา Preeda Sutthiprapa รัตติกกร สุทธิประภา Ratthikorn Sutthiprapa	



สารบัญ

หน้า

แนวทางการส่งเสริมความรู้เพื่อป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชใน 47-61

กลุ่มเกษตรกร: บทบาทพยาบาลเชิงรุก

Guidelines for Health Education for Farmers to Prevent Hazards and
Poisoning from Pesticides: Proactive Role of Nurses

ปิยาภรณ์	เพ็ญประไพ	Piyaporn	Penprapai
รัตนกร	เจริญกุล	Ratanakhorn	Chareonkul

ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย 62-79

Stress and Coping in Older persons with Mild Cognitive Impairment

สาวิตรี	จีระยา	Sawitri	Jeeraya
ปาริชาติ	ปัญญา	Parichat	Panya
พนิดา	ชัยวัง	Panida	Chaiwang
พัชรารวรรณ	แก้วกันทะ	Patcharawan	Kaewkanta



ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมก่อนผ่าตัด ต่อความรู้ และความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังทำผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์เทียมแบบวันเดียวกลับในผู้ป่วยและผู้ดูแล

กาญจนา คัมภีร์*, พชรินทร์ สังวาลย์**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังทำผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์เทียมแบบวันเดียวกลับในผู้ป่วยและผู้ดูแลของโรงพยาบาลเลิดสิน กลุ่มทดลองได้รับคลิปวิดีโอแอปพลิเคชันไปศึกษาที่บ้าน ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูคลิปวิดีโอในวันผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย จำนวน 150 ราย ที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์เทียมแบบวันเดียวกลับ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 75 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยใช้แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจก และแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ dependent t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังนั้นการให้ข้อมูลผ่านคลิปวิดีโอแอปพลิเคชัน ซึ่งสามารถเรียนรู้ซ้ำได้ มีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความเข้าใจและส่งเสริมการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดต่อกระจกในผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การเตรียมก่อนผ่าตัด การผ่าตัดต่อกระจก วิดีโอแอปพลิเคชัน ความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

** Corresponding author; email: patcharin.su@up.ac.th



The Effectiveness of a Preoperative Preparation Program on Knowledge and Self-Care Ability Following One-Day Cataract Surgery with Intraocular Lens Implantation among Patients and Caregivers

Kanjana Kunpai*, Patcharin Sungwan**

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the average scores of knowledge and self-care ability following one-day cataract surgery with intraocular lens implantation in patients and caregivers at Lerdsin Hospital. The experimental group received a video application for home-based learning, while the control group viewed standard video materials on the day of surgery. The sample consisted of 150 patients undergoing one-day cataract surgery, divided equally into experimental and control groups (75 participants each). Data were conducted from October to December 2023 using a postoperative self-care knowledge assessment and a self-care ability questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics; within-group differences were examined with dependent t-tests, and between-group differences with independent t-tests.

The results of the research found that the experimental group had significantly higher knowledge and self-care ability scores compared to the control group ($p < .01$). These findings indicate that providing information via a video application that allows repeated learning effectively enhances understanding and promotes postoperative self-care among cataract surgery patients.

Keywords: preoperative preparation, cataract surgery, video application, postoperative self-care knowledge, postoperative self-care ability

* Registered nurse, Professional level, Nursing group, Lerdsin Hospital

** Assistant Professor, School of Nursing, University of Phayao

** Corresponding author; email: patcharin.su@up.ac.th



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคต้อกระจกเป็นภาวะความเสื่อมของเลนส์แก้วตาที่พบได้บ่อยในกลุ่มประชากรสูงอายุ และเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของภาวะสูญเสียการมองเห็นทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก¹ พบว่าประชากรกว่า 1 พันล้านคนทั่วโลกประสบกับภาวะการมองเห็นผิดปกติหรือสูญเสียการมองเห็น โดยโรคต้อกระจกเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการตาบอด คิดเป็นจำนวนกว่า 94 ล้านคน โดยร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเหล่านี้อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งสถานการณ์ในประเทศไทยสะท้อนภาพเดียวกัน โดยข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าโรคต้อกระจกเป็นสาเหตุของการตาบอดอันดับหนึ่งในประเทศ คิดเป็นร้อยละ 69.7 ของผู้ป่วยตาบอดทั้งหมด² ประกอบกับแนวโน้มการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ของไทย โดย ณ เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปกว่า 13 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 19.74 ของประชากรทั้งประเทศ³ ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญในการเกิดโรคต้อกระจก จากสถิติของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ต้อกระจก ปี 2561 – 2565 พบว่า มีจำนวน 183,626, 191,292, 202,596, 141,296 และ 187,585 คน มีแนวโน้ม จำนวนมากขึ้น⁴

การรักษาโรคต้อกระจกที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในปัจจุบันคือการผ่าตัดนำเลนส์ที่ขุ่นออก และใส่เลนส์เทียมเข้าแทน โดยมีอัตราความสำเร็จสูงถึงร้อยละ 99.4⁵ อย่างไรก็ตาม การฟื้นตัวหลังผ่าตัดต้องอาศัยการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน⁶ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อหรือการอักเสบของแผลผ่าตัด ซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่ขาดความรู้หรือเตรียมตัวไม่ถูกต้อง

โรงพยาบาลเลิดสินได้ดำเนินการให้บริการผ่าตัดต้อกระจกในรูปแบบ “วันเดียวกลับ” (One Day Surgery) ซึ่งช่วยลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ และเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการเตียง แต่ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองที่บ้านหลังผ่าตัดทันที โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาจมีข้อจำกัดด้านร่างกาย ความจำ หรือการเรียนรู้ ทำให้การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการดูแลตนเองภายหลังมีความสำคัญยิ่ง แต่อย่างไรก็ตาม จากสถิติย้อนหลังของแผนกเวชระเบียนห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเลิดสิน ระหว่างปี พ.ศ. 2563–2565 พบว่า มีผู้ป่วยที่ต้องงดหรือเลื่อนการผ่าตัดต้อกระจกเนื่องจากเตรียมตัวไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 25.56, 19.7 และ 27.14 ตามลำดับ⁷ ซึ่งการเลื่อนผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยเลื่อนผ่าตัดออกไป ต้องจัดตารางใหม่ ผู้ป่วยรายใหม่รอนานมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อการบริหารห้องผ่าตัด และ บุคลากร นอกจากนี้ยังพบปัญหาในการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เช่น หยอดตาไม่ตรงเวลา เช็ดตาไม่ถูกวิธี หรือปฏิบัติผิดจากคำแนะนำ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และยังพบว่าแม้จะมีการให้ข้อมูลผ่านแผ่นพับและวิดีโอในวันผ่าตัด แต่ข้อจำกัดด้านเวลาและสภาพร่างกายของผู้ป่วย ทำให้การรับข้อมูลในช่วงเวลานั้นอาจไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ไม่มีผู้ดูแลร่วมรับฟังคำแนะนำอย่างชัดเจน จึงเกิด



แนวคิดในการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่สามารถให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าถึงได้ล่วงหน้า เช่น คลิปวิดีโอในรูปแบบแอปพลิเคชันที่สามารถดูซ้ำได้หลายครั้งในช่วงก่อนวันผ่าตัด จากการศึกษาถึงแนวทางการใช้สื่อวิดีโอเพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้รับการศึกษามาแล้วในหลายบริบท และพบว่าเป็นวิธีที่ช่วยเพิ่มระดับความรู้ ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อนำเสนอผ่านอุปกรณ์พกพาที่ใช้งานง่าย เช่น สมาร์ทโฟนและแท็บเล็ต ในปัจจุบันเทคโนโลยีมีความสำคัญต่อการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดำเนินชีวิต โดยผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงและใช้เทคโนโลยีทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การติดต่อสื่อสาร และการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเอง จากผลการสำรวจของสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์⁸ พบว่า ผู้สูงอายุมีการใช้งานสมาร์ทโฟนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยกลุ่มผู้สูงอายุมีการรับชมโทรทัศน์ผ่านคลิปวิดีโอ ภาพยนตร์ฟังเพลงทางออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชัน ฟุตค्यूและใช้โทรศัพท์ผ่านทางออนไลน์มากขึ้น ซึ่งเอื้อให้สามารถเข้าถึงสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบดิจิทัลได้มากยิ่งขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด โดยจัดทำเป็นวิดีโอแอปพลิเคชันความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์เทียม เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองก่อนวันผ่าตัด อันจะนำไปสู่การเพิ่มระดับความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องในบริบทของการรักษาแบบวันเดียวกลับ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจกของผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจกของผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
4. เพื่อเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรมการเตรียมก่อนผ่าตัดต่อกระจก กลุ่มทดลองมีความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าก่อนการทดลอง



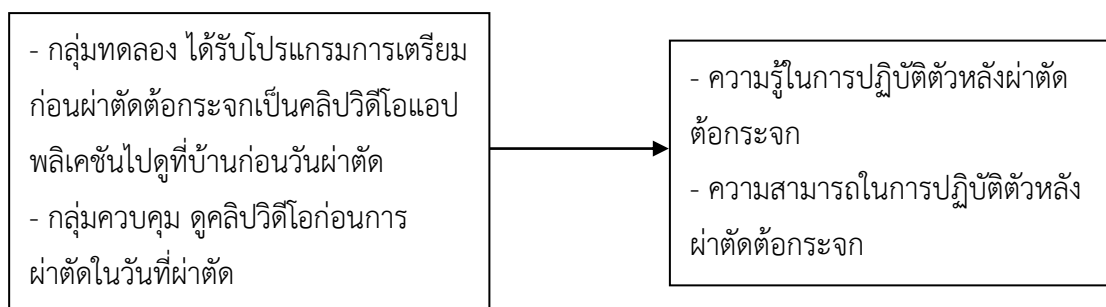
2. หลังได้รับโปรแกรมการเตรียมก่อนผ่าตัดต้อกระจก กลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าก่อนการทดลอง

3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมก่อนผ่าตัดต้อกระจก มีความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุม

4. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมก่อนผ่าตัดต้อกระจก มีความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิด (Theory or Conceptual Frame Work)

กรอบแนวคิดในการวิจัยนี้อยู่ภายใต้แนวคิดของ Bandura (1977)⁹ เรื่องการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) ซึ่งการเรียนรู้จากสื่อวิดีโอซึ่งมีทั้งภาพและเสียง ส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ดีขึ้นของผู้ป่วย โดยเนื้อหาในวิดีโอประกอบด้วยการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด วิธีการผ่าตัด การหยอดตาอย่างถูกวิธี การเช็ดตา และการสังเกตอาการผิดปกติ การวิจัยนี้ใช้การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องมีผู้ดูแลที่สามารถใช้สมาร์ทโฟน หรือแท็บเล็ตที่สามารถเปิดคลิปวิดีโอได้ ในวันที่มาตรวจและรับทราบวันนัดหมายให้มาผ่าตัด โรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกจะมอบคลิปวิดีโอแอปพลิเคชันให้ผู้ดูแลเพื่อไปเปิดให้ผู้ป่วยดูก่อนที่บ้าน และพยาบาลได้ขอความร่วมมือให้ผู้ดูแล เปิดคลิปวิดีโอให้ผู้ป่วยดูซ้ำๆ ให้เข้าใจ ก่อนวันที่ต้องมาผ่าตัด ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยที่ได้ดูคลิปวิดีโอก่อนผ่าตัดในวันที่ผ่าตัด



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้รูปแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบ แบบมีการวัดก่อนและหลังทดลอง (Pretest-Posttest Control Group Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมก่อนผ่าตัดต้อกระจก โดย



เปรียบเทียบความรู้ และ ความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับคลิปวิดีโอแอปพลิเคชันไปดูที่บ้านก่อนวันผ่าตัด กับกลุ่มที่ได้รับการดูคลิปวิดีโอก่อนการผ่าตัดในวันที่ผ่าตัด

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจก และได้รับการผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์เทียมแบบวันเดียวกลับ ณ โรงพยาบาลเลิดสิน ระหว่างเดือนตุลาคม - เดือนธันวาคม 2566

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม: กลุ่มทดลอง: หมายเลขผู้ป่วยนอก (hospital number: HN) เลขคู่ ผ่าตัดวันอังคาร และพฤหัสบดี และกลุ่มควบคุม: หมายเลขผู้ป่วยนอก เลขคี่ ผ่าตัดวันจันทร์ พุธ และศุกร์

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ การคำนวณขนาดตัวอย่างดำเนินการโดยใช้สูตรสำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (two independent means, two-tailed test) โดยใช้สูตร ดังนี้¹⁰

$$n_1 = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 [\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r}]}{\Delta^2}$$

$$r = \frac{n_2}{n_1}, \Delta = \mu_1 - \mu_2$$

จากข้อมูลเบื้องต้นของโรงพยาบาลเลิดสิน พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 48.08 (SD = 2.97) และ 45.60 (SD = 5.69) ตามลำดับ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$ (two-tailed) อำนาจการทดสอบ 90% ($\beta = 0.10$) และอัตราส่วนกลุ่มเท่ากัน ($r = 1.00$) ผลการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมได้จำนวนกลุ่มละ 71 คน รวมทั้งสิ้น 142 คนทั้งนี้ เพื่อรองรับกรณีที่ผู้เข้าร่วมอาจถอนตัวก่อนสิ้นสุดการศึกษา หรือไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัยครบถ้วน ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลของบุคคลดังกล่าวมาวิเคราะห์ผลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ผู้วิจัยจึงกำหนดอัตราการขาดหายของกลุ่มตัวอย่าง (drop out) ไว้ที่ร้อยละ 5 ซึ่งเท่ากับ 7.1 คน ($142 \times 5\%$) ปัดเป็น 8 คน ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 150 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 75 คน และกลุ่มควบคุม 75 คน

ผู้วิจัยควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ อายุ การศึกษา การเข้าถึงอุปกรณ์สื่อสารของผู้ดูแล และใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันในทุกกลุ่ม จึงกำหนดเกณฑ์คัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยต้อกระจก ที่เข้ารับการรักษาโดยนัดทำผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์เทียมแบบวันเดียวกลับเป็นครั้งแรก
2. มีอายุระหว่าง 50 – 85 ปี



3. รู้สึกตัวดี สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการอ่าน การฟัง และการเขียนและยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา

4. สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์

5. มีผู้ดูแลที่สามารถใช้สมาร์ทโฟน หรือแท็บเล็ตที่สามารถเปิดคลิปวิดีโอได้ โดยผู้ดูแลมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงสื่อ แต่ไม่ได้ถูกเก็บข้อมูลเป็นกลุ่มวิจัยโดยตรง

6. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกรับ (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช/โรคความจำเสื่อม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการเตรียมก่อนผ่าตัดต่อกระจกประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด วิธีการผ่าตัด การหยอดตาอย่างถูกวิธี การเช็ดตา และการสังเกตอาการผิดปกติ ซึ่งอยู่ในรูปแบบ คลิปวิดีโอแอปพลิเคชัน ความยาวประมาณ 15 นาที โดยพัฒนาเนื้อหาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยต่อกระจกตามมาตรฐานวิชาชีพและแนวปฏิบัติ (clinical practice guideline) ครอบคลุม 3 ส่วนสำคัญ ได้แก่ 1) การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด (Preoperative preparation) 2) การปฏิบัติตัวในวันผ่าตัด (Intraoperative day preparation) 3) การดูแลตนเองหลังผ่าตัด (Postoperative self-care) โดยกลุ่มทดลองได้รับคลิปวิดีโอแอปพลิเคชันนี้เพื่อนำไปศึกษาและทบทวนที่บ้านก่อนวันผ่าตัด ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูคลิปวิดีโอในวันผ่าตัดตามปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วย

2.2 แบบวัดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์เทียม จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุมความรู้ในด้านโรคต่อกระจก การดูแลตนเองหลังผ่าตัดจำนวน มีข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ การให้คะแนนข้อที่ตอบใช่จะได้ 1 คะแนน ข้อที่ตอบไม่ใช่จะได้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถาม เชิงลบ จำนวน 5 ข้อ การให้คะแนน ถ้าตอบใช่จะได้ 0 คะแนน และตอบไม่ใช่จะได้ 1 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลความหมายของผลการประเมิน คัดตามพิสัยและแบ่งเป็น 3 ชั้น ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ตั้งแต่ 10.01 – 15.00	หมายถึง	มีความรู้ในระดับดีมาก
ค่าคะแนนเฉลี่ย	ตั้งแต่ 5.01 – 10.00	หมายถึง	มีความรู้ในระดับปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย	ตั้งแต่ 0.00 – 5.00	หมายถึง	มีความรู้ในระดับต่ำ



2.3 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์เทียมเป็นแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ (แบบสอบถามประกอบด้วย การเช็ดตา การหยอดตา การสังเกตอาการผิดปกติ) จำนวน 10 ข้อ ในแบบสอบถามนี้ มีข้อความทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

นำผลจากการประเมินมาพิจารณาค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ในการแปลความหมายข้อมูลของผลการประเมิน ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่	4.51 – 5.00	หมายถึง	ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต้อกระจกได้ดีมาก
ค่าคะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่	3.51 – 4.50	หมายถึง	ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต้อกระจกได้ดี
ค่าคะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่	2.51 – 3.50	หมายถึง	ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต้อกระจกได้พอใช้
ค่าคะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่	1.51 – 2.50	หมายถึง	ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต้อกระจกได้น้อย
ค่าคะแนนเฉลี่ย ตั้งแต่	1.00 – 1.50	หมายถึง	ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต้อกระจกได้น้อยมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Content validity) ของโปรแกรมการเตรียมก่อนผ่าตัดต้อกระจก เพื่อให้มั่นใจว่าเนื้อหาในโปรแกรมการเตรียมก่อนผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์เทียมแบบวันเดียวกลับ มีความถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยได้ดำเนินการส่งโปรแกรมให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำเนื้อหาและคลิปวิดีโอของโปรแกรมเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านจักษุวิทยาและพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการผ่าตัดต้อกระจก 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติทางตาที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดตา 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติทางตาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย 1 ท่าน เพื่อประเมินเนื้อหา (content validity) แล้วดำเนินการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงเนื้อหาและรูปแบบสื่อ เช่น การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย การเพิ่มภาพประกอบในขั้นตอนสำคัญ และการจัดลำดับเนื้อหาให้สอดคล้องกับกระบวนการดูแลจริง

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ที่มีประสบการณ์ทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยต้อกระจก คือ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตาประจำการห้องตรวจตาโรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติทางตาและเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 1 ท่าน และจักษุแพทย์จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจหาความถูกต้อง ความชัดเจน ความครอบคลุมและความตรงกับเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข



2.2 ความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยต่อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์เทียมแบบวันเดียวกลับ จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) โดย แบบวัดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์เทียม มีค่าความเที่ยง .68 และแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์เทียมมีค่าความเที่ยง .75

การดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและการขอความยินยอม โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการอย่างชัดเจน จากนั้นแจกเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ป่วย ลงนามก่อนเริ่มต้นการศึกษา

1. การดำเนินการกับกลุ่มทดลอง

1.1 การนัดหมายและมอบโปรแกรม: พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกนัดหมายวันผ่าตัดและมอบคลิปวิดีโอแอปพลิเคชัน ให้ผู้ดูแลนำกลับไปเปิดให้ผู้ป่วยรับชมที่บ้าน พร้อมทั้งขอความร่วมมือให้เปิดคลิปป้าหลายครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและจดจำได้อย่างถูกต้อง

1.2 การติดตามผลก่อนผ่าตัด: หนึ่งสัปดาห์ก่อนวันผ่าตัด ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามสอบถามความคืบหน้าในการรับชมคลิป และย้ำขอความร่วมมือให้ผู้ดูแลเปิดคลิปป้าอย่างต่อเนื่อง

1.3 วันผ่าตัด: เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล พยาบาลซักถามยืนยันการได้รับชมคลิปวิดีโอล่วงหน้า หากผู้ป่วยรับชมครบตามคำแนะนำ จึงส่งเข้ารับการผ่าตัดโดยไม่ต้องชมวิดีโอซ้ำก่อนผ่าตัด

2. การดำเนินการกับกลุ่มควบคุม

2.1 การนัดหมาย: พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกนัดหมายวันผ่าตัดโดยไม่มีการมอบคลิปวิดีโอล่วงหน้า และไม่มีการติดตามเพิ่มเติมก่อนวันผ่าตัด

2.2 วันผ่าตัด: ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับชมคลิปวิดีโอเดียวกันกับกลุ่มทดลองผ่านจอโทรทัศน์ของโรงพยาบาลในวันผ่าตัดก่อนเข้าห้องผ่าตัดเพียงครั้งเดียว

3. การติดตามหลังผ่าตัด (ทั้งสองกลุ่ม) ผู้วิจัยประเมินความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ภายใน 7 วัน หลังการผ่าตัด ในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อติดตามอาการ

จริยธรรมการวิจัยในคน

การวิจัยนี้ได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคน โดยได้ดำเนินการขอการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลเลิดสิน หมายเลขรับรอง จริยธรรม 105 / 2566



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติ ความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังทำผ่าตัดต่อกระจกก่อนและหลังทดลอง ของทั้งกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ T-test (Dependent t-test)
3. วิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังทำผ่าตัดต่อกระจก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังทำผ่าตัดต่อกระจก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ T-test (Independent t-test)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุในช่วง 61-70 ปี มากที่สุด มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา มากที่สุดและ ผู้ดูแลหลังผ่าตัด คือลูก มากที่สุด ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 : จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไป (N = 150)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 75)		กลุ่มควบคุม (n = 75)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	30	40.0	33	44.0
หญิง	45	60.0	42	56.0
อายุ				
50 – 60 ปี	13	17.3	14	18.7
61 – 70 ปี	36	48.0	27	36.0
71 – 80 ปี	20	26.7	27	36.0
81 ปี ขึ้นไป	6	8.0	7	9.3
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	25	33.3	22	29.3
มัธยมศึกษา	30	40.0	37	49.3



ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 75)		กลุ่มควบคุม (n = 75)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อนุปริญา	2	2.7	0	0
ปริญาตรี	18	24.0	16	21.4
ผู้ดูแลหลังผ่าตัด				
ภรรยา /สามี	13	17.3	16	21.3
ลูก	34	45.4	22	29.4
เขย / สะใภ้	1	1.3	0	0
พี่ / น้อง	11	14.7	16	21.3
หลาน	13	17.3	14	18.7
ดูแลตนเอง	3	4.0	7	9.3

การวิเคราะห์ระดับความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยภายในกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 2
ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยภายในกลุ่มทดลอง
ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมการผ่าตัด (n=75)

ช่วงเวลา	Mean	SD	t-test	p
ก่อนได้รับโปรแกรม	12.96	1.04	10.418	.000**
หลังได้รับโปรแกรม	14.60	0.71		

**p < .001

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นจาก 12.96 เป็น 14.60
ซึ่งอยู่ในระดับความรู้ “ดีมาก”

การวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วย
ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมการผ่าตัด (n=75)

ช่วงเวลา	Mean	SD	t-test	p
ก่อนได้รับโปรแกรม	4.65	0.24	10.755	.000**
หลังได้รับโปรแกรม	4.97	0.09		



****p < .001**

จากตาราง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังรับโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 4.65 เป็น 4.97 คือ จากระดับ “ดี” เป็น “ดีมาก”

การเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังทดลอง

กลุ่ม	Mean)	SD	t-test	p
กลุ่มทดลอง (n=75)	14.60	0.71	5.860	.000**
กลุ่มควบคุม(n=75)	13.76	1.01		

****p < .001**

จากตาราง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การเปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	Mean)	SD	t-test	p
กลุ่มทดลอง(n=75)	4.97	0.09	5.340	.000**
กลุ่มควบคุม(n=75)	4.80	0.02		

****p < .001**

จากตาราง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมในระดับ “ดีมาก” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001



อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมการเตรียมก่อนผ่าตัด ต่อกกระจกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพื้นฐานการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40 มีการใช้สื่อที่เข้าใจง่าย เช่น คลิปวิดีโอจึงตอบสนองต่อรูปแบบการเรียนรู้ของกลุ่มนี้ได้เป็นอย่างดี อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีผู้ดูแลร่วมฟังหรือร่วมเรียนรู้ด้วย ซึ่งช่วยเสริมความเข้าใจและสามารถสอบถามหรือช่วยทบทวนเนื้อหาได้ แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกตของ Bandura (1977)⁹ เชื่อว่าผู้เรียนสามารถรับรู้และจดจำพฤติกรรมจากการเห็นแบบอย่างในสถานการณ์จริงหรือใกล้เคียงความเป็นจริง โดยเฉพาะหากสื่อมีภาพและเสียงจะช่วยเสริมความเข้าใจและความจดจำได้มากขึ้น⁹ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี มีหาญพงษ์ และคณะ¹¹ สุนิษฐา เขียวนาวัน¹² และพารณีย์ เยาว์วัฒนากุล¹³ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับวิดีโอการสอนก่อนการผ่าตัดมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

ความสามารถในการปฏิบัติตัวของกลุ่มทดลองหลังรับโปรแกรมเพิ่มขึ้นจาก “ดี” เป็น “ดีมาก” อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) โดยในกลุ่มนี้ ผู้ป่วยเกือบทุกคน คิดเป็นร้อยละ 76 มีผู้ดูแลที่คอยช่วยเหลือ ซึ่งอาจมีผลช่วยให้สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและครบถ้วนตามที่คลิปวิดีโอแนะนำ เช่น การหยอดตาอย่างถูกวิธี การเช็ดตา และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงหลังผ่าตัด ซึ่งอธิบายได้ว่าการเรียนรู้ที่เกิดจากการรับชมคลิปซ้ำหลายครั้ง ร่วมกับการมีผู้ดูแลช่วยย้ำเตือนและปฏิบัติร่วม ช่วยเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองให้เกิดขึ้นจริง ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Bandura ที่ว่า “การเรียนรู้พฤติกรรมที่ต้องการจะเกิดขึ้นได้ดีเมื่อมีการเสริมแรงทางสังคมหรือจากบุคคลรอบข้าง”⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของอมราภรณ์ ลากชูรัตน์¹⁴ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมและมีผู้ดูแลสนับสนุนมีคะแนนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดสูงขึ้น และ ดิยาภรณ์ เจริญรัตน์¹⁵ ที่เน้นว่าผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ

ระดับความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดต่อกกระจกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับข้อมูลเฉพาะในวันผ่าตัด ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 61–70 ปี และมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา การรับข้อมูลเพียงครั้งเดียวในช่วงที่มีความกังวลจึงอาจไม่เอื้อต่อการจดจำและการเข้าใจที่เพียงพอ ในทางกลับกัน กลุ่มทดลองได้เรียนรู้เนื้อหาแบบค่อยเป็นค่อยไปและสามารถดูซ้ำ ทำให้จดจำเนื้อหาได้ชัดเจนมากขึ้น คล้ายการศึกษาของ อังคนา อัสวบุญญาเดชและคณะ¹⁶ ก็พบว่าสื่อวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวหลังทำผ่าตัดต่อกกระจก สามารถสื่อความรู้ให้กับผู้ป่วยผ่าตัดต่อกกระจกเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจหลังชมสื่อวีดิทัศน์อยู่ในระดับมาก และผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคต่อกกระจก และความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังทำผ่าตัดต่อกกระจกหลังชมสื่อวีดิทัศน์มีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ



ทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก¹ ยังเน้นย้ำให้สถานพยาบาลเตรียมข้อมูลล่วงหน้าในหลายรูปแบบที่เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ

ระดับความสามารถในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองหลังผ่าตัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) โดยเฉพาะในหัวข้อการหยอดตาอย่างถูกวิธีและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ผลนี้สะท้อนให้เห็นว่า การได้ฝึกซ้อมและเรียนรู้จากสื่อภาพเคลื่อนไหวก่อนผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยสามารถจดจำและนำไปปฏิบัติจริงได้ดีกว่า ทั้งนี้ กลุ่มทดลองเกือบทุกคน คิดเป็นร้อยละ 76 มีผู้ดูแลในครัวเรือน ซึ่งช่วยสนับสนุนการดูแลหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า ประถม กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับคลิปวิดีโอก่อนผ่าตัดจึงมีแนวโน้มที่จะเกิดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติตัวมากกว่า คล้ายการศึกษาของปราณี มีหาญพงษ์ และคณะ¹¹ สุนิษฐา เขียวนาวัน¹² และพารณีย์ เยาว์วัฒนากุล¹³ ที่ยืนยันว่าการมีสื่อการสอนที่เหมาะสมและการมีผู้ดูแลร่วมเรียนรู้สามารถลดข้อผิดพลาดและเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะด้านการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดผ่านแอปพลิเคชันวิดีโอไปใช้เป็นแนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยต่อกระจกแบบวันเดียวกลับ โดยจัดให้ผู้ป่วยได้รับสื่อคลิปวิดีโอล่วงหน้าก่อนวันผ่าตัดทุกครั้ง เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ การจดจำ และลดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด เนื่องจากไม่มีการวิเคราะห์ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมหรือความรู้จากฝั่งผู้ดูแลโดยตรง การวิจัยครั้งต่อไปควรออกแบบการวิจัยที่แยกเก็บข้อมูลจากทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างชัดเจน เช่น การพัฒนาแบบสอบถามความรู้หรือทักษะของผู้ดูแล เพื่อวัดผลลัพธ์ที่ครอบคลุมมากขึ้น
2. ควรใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่สามารถวัดผลในระยะยาว เช่น การติดตามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในช่วง 2-4 สัปดาห์หลังผ่าตัด เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในเชิงต่อเนื่อง
3. ขยายกลุ่มตัวอย่างให้หลากหลายมากขึ้น เช่น ศึกษาในโรงพยาบาลอื่น หรือในกลุ่มประชากรที่มีพื้นฐานการศึกษาต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้สื่อแบบเดียวกันในบริบทที่หลากหลาย



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Blindness and vision impairment [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 Aug 10 [cited 2023 Aug 31]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
2. National Statistical Office. Report on the Blindness Situation in Thailand [Internet]. [cited 2023 Dec 31]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/statistics_and_indicators
3. National Statistical Office. Summary of Key Findings on the Elderly Employment Situation in Thailand, 2023. Bangkok: National Statistical Office; 2024 Mar 28. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20240328112409_39023.pdf
4. Strategic and Planning Division, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Cataract patients statistics, 2018–2022 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023 [cited 2023 Dec 31]. Available from: <https://spd.moph.go.th/illness-report/>
5. Thaweesang K. The effects of an anxiety reduction program in patients cataract surgery in Roi-Et hospital. Journal of Research and Health Innovation Development. 2021;2(1): 163-74. (in Thai)
6. Pankasisorn P., Kitsripisarn S. Benefits of a self-care-promoting programme for cataract surgery patients' knowledge and self-care behaviour. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2020;35(4):84-98. (in Thai)
7. Lerdsin Hospital. Cataract surgery statistics report, 2020–2022. Medical Records, Operating Room Department, Lerdsin Hospital; 2020–2022.
8. Electronic Transactions Development Agency. Survey report on Internet user behavior in Thailand, 2018. Bangkok: Electronic Transactions Development Agency (Public Organization), Ministry of Digital Economy and Society; 2019.
9. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological review. 1977;84(2):191-215. doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191



10. Srisatidnarakul B. Research methodology in nursing. Bangkok: U & I Intermedia; 2010.
11. Meehanpong P, Konkanghana P, Pongam S. The effect of video media on knowledge and caring behavior of family members of cataract extraction surgery patients, Sing Buri hospital. Sripatum Chonburi Academic Journal. 2019;16(2):143-54. (in Thai)
12. Chiewnawin S. Effect of the video program of self-care knowledge and self-care ability of cataract patients in Nongkhai hospital. Nakhonphanom Hospital Journal. 2019;6(1):18-28. (in Thai)
13. Yaowattananukul P. Effects of preparation program on anxiety and knowledge regarding health practice of patients receiving phacoemulsification in Chonburi hospital. Singburi Hospital Journal. 2017;26(1):31-44. (in Thai)
14. Lapchurat A. Effects of health promoting program and prevent postoperative complication toward knowledge and practice for cataract surgery elderly patients, Suratthani hospital. Region 11 Medical Journal. 2018;32(3):1099-112. (in Thai)
15. Charoenrat T. A comparison of the effectiveness of teaching methods in cataract patient: Lectures and videos. Nakhonphanom Hospital Journal. 2017;4(3):16-23. (in Thai)
16. Assawaboonyadech A, Supajitgulchai D, Puranawit W. Video education for cataract surgery patients implementing post-operative self-care. Burapha Journal of Medicine. 2022;9(1):13-7. (in Thai)



การใช้ยาปฏิชีวนะตามขอบเขตพยาบาลเวชปฏิบัติ

ภริญญ สุภาตา*

บทคัดย่อ

ยาปฏิชีวนะ (Antibiotic drugs) เป็นกลุ่มยารักษาโรค หรือความเจ็บป่วยที่มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อจุลชีพ โดยต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือบุคลากรทางการแพทย์บางสาขาเท่านั้นที่สามารถให้ยาในการบำบัดรักษาได้ พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นหนึ่งในผู้ที่สามารถดำเนินการตรวจวินิจฉัย รักษาโรคเบื้องต้นโดยใช้ยาปฏิชีวนะ ตามประกาศสภาการพยาบาล เรื่องกำหนดรายการยาและสารวินิจฉัยสำหรับพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเวชปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้น พ.ศ.2565¹ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้และทบทวนสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติให้เกิดความรู้ความเข้าใจในกลุ่มยาปฏิชีวนะ กลไกการออกฤทธิ์ ผลข้างเคียงที่สำคัญ ขนาดของยาในการบำบัดรักษาโรคที่พบบ่อย ตามขอบเขตของตามขอบเขตพยาบาลเวชปฏิบัติ เพื่อให้ผู้รับบริการสุขภาพได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เกิดความปลอดภัยในการได้รับยา และเพื่อให้เกิดมาตรฐานที่ดีในกระบวนการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติต่อไป

คำสำคัญ: การใช้ยาปฏิชีวนะ ขอบเขตพยาบาลเวชปฏิบัติ

* อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

* Corresponding author; email: aganeno@gmail.com

วันที่รับบทความ 26 มิถุนายน 2568 วันที่แก้ไขบทความ 16 กรกฎาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 18 สิงหาคม 2568



Antibiotic Using within the Scope of Nurse Practitioner

Paranyu Supata*

Abstract

Antibiotic drugs are a class of medications used to treat diseases or illnesses caused by microbial infections. Only licensed medical practitioners or certain healthcare professionals are authorized to administer these drugs for treatment. Nurse Practitioners are among those who can diagnose and provide initial treatment, including the use of antibiotics, in accordance with the Nursing Council's announcement regarding the list of medications and diagnostic substances for professional nurses and nurse practitioners in primary care, B.E. 2565¹. This article aims to educate and review for nurse practitioners to enhance their understanding of antibiotic drug classes, mechanisms of action, side effects, and dosages for common diseases, ensuring that healthcare recipients receive effective and safe treatment.

Keywords: Antibiotic use, Nurse practitioner scope of practice

* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

* Corresponding author; email: aganeno@gmail.com

Received 26 June 2025; Revised 16 July 2025; Accepted 18 August 2025

บทนำ

แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข มีเป้าหมายสำคัญให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยมียุทธศาสตร์หลัก 4 ด้าน ได้แก่ Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ) 2) Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) 3) People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) และ 4) Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ)² โดยเฉพาะในด้านการบริการเป็นเลิศ ที่มีแผนงานในการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งสถานการณ์ที่ขาดแพทย์ที่เพียงพอต่อระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทำให้พยาบาลเวชปฏิบัติซึ่งสามารถตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคเบื้องต้นได้เข้ามามีบทบาทในการตรวจรักษาเบื้องต้นในโรคที่ไม่รุนแรง และส่งต่อในกรณีที่เกินขอบเขตของพยาบาล ซึ่งในกลุ่มโรคที่พบบ่อย และรักษาได้ คือ โรคติดเชื้อจุลชีพในระบบต่างๆของร่างกาย มีความจำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะในการรักษาในขนาดที่ถูกต้อง และระยะเวลาที่เหมาะสม ฝัาระวังผลข้างเคียง ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องทราบขอบเขต ยาปฏิชีวนะ และการใช้ยาที่เหมาะสมกับโรค จึงเป็นที่มาของบทความนี้ที่มีวัตถุประสงค์ให้ความรู้และทบทวนสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติให้เกิดความรู้ความเข้าใจในกลุ่มยาปฏิชีวนะโดยมีรายละเอียดดังนี้

ยาปฏิชีวนะตามขอบเขตพยาบาลเวชปฏิบัติ

ประกาศสภาการพยาบาล เรื่องกำหนดรายการยาและสารวินิจฉัยสำหรับพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลเวชปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้น พ.ศ. 2565¹ กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) หรือสำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สามารถรักษาโรคเบื้องต้นตามที่กำหนดไว้ในข้อ 10 ของข้อบังคับสภาการพยาบาล โดยมีรายการยา 18 กลุ่ม และสารวินิจฉัย (Diagnostic agents) อีก 1 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 120 รายการ ซึ่งเป็นยารับประทาน และยาทาภายนอก ซึ่งในกลุ่มยาปฏิชีวนะหรือยาด้านจุลชีพ (Antibacterial drugs) ที่สามารถจ่ายให้แก่ผู้รับบริการได้ซึ่งมี 8 ชนิด มีดังนี้ 1) Amoxycillin 2) Penicillin V 3) Erythromycin 4) Roxithromycin 5) Cotrimoxazole 6) Norfloxacin 7) Dicloxacillin 8) Doxycycline ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์ เกล็ดจุลศาสตร์ แยกตามชนิดของกลุ่มยาดังนี้

1. กลุ่มยาเพนนิซิลิน (Penicillin) กลุ่มยาที่มีการใช้ในการรักษาอย่างแพร่หลาย ออกฤทธิ์ได้กว้างต่อเชื้อแบคทีเรียหลายชนิด ออกฤทธิ์ในการกำจัดเชื้อแบคทีเรียโดยการสร้างสารวงแหวนเบต้าแลคแตม (β -lactam ring) จับกับPBP (penicillin-binding proteins) บนผนังเซลล์ของแบคทีเรีย ซึ่งจำเป็นในการสร้างผนังเซลล์มีผลยับยั้งเอนไซม์ transpeptidase และเอนไซม์ carboxy/endopeptidase มีผลทำให้สร้างผนังเซลล์บกพร่อง และสูญเสียหน้าที่ในการควบคุม



แรงดัน osmotic ในเซลล์แบคทีเรียทำให้เกิดกระบวนการสลายตัวของผนังเซลล์จากภายในส่งผลให้เซลล์แตกในที่สุด^{3,4} ยาในกลุ่มนี้ที่พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถใช้รักษาโรคเบื้องต้น ได้แก่ Penicillin V, Amoxycillin และ Dicloxacillin ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เกณฑ์จลศาสตร์ของยาปฏิชีวนะกลุ่มยาเพนิซิลินที่พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถใช้รักษาโรคเบื้องต้นได้

ยา	การดูดซึม	ระยะเวลาเริ่มออกฤทธิ์	ระดับยาสูงสุด	ครึ่งชีวิต	การกำจัด
Penicillin V	60%	0.5 – 1 ชั่วโมง	0.5 – 1 ชั่วโมง	1 ชั่วโมง	ไต
Amoxycillin	75% ไม่ถูกรบกวนด้วยอาหาร	2 ชั่วโมง	1-2 ชั่วโมง	1.7 ชั่วโมง	ไต
Dicloxacillin	50 – 80% รบกวนการดูดซึมด้วยอาหาร	0.5 – 1 ชั่วโมง	0.5-1.5 ชั่วโมง	0.8 ชั่วโมง	ไต

ยาในกลุ่มทั้งหมดนี้ยกเว้น Amoxycillin ถูกดูดซึมได้ดีในขณะท้องว่าง ควรรับประทาน 1 ชั่วโมงก่อนรับประทานอาหารหรือ 2 ชั่วโมง หลังรับประทานอาหาร ยากระจายตัวได้ดีในเนื้อเยื่อ, ปอด, ตับ, กระดูกและข้อ, ฝีหนอง, รก, หูชั้นกลาง และเยื่อช่องท้อง ผ่าน blood brain barrier ได้น้อยเนื่องจากไม่ละลายในไขมัน ยาถูกจัดใน FDA Pregnancy Categories B สามารถผ่านรก และน้ำนมได้ แต่ไม่พบการศึกษาที่แสดงผลกระทบต่อตัวอ่อนสัตว์ และการศึกษาผลกระทบในหญิงตั้งครรภ์ที่เพียงพอ ทำให้สามารถใช้ในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตรได้^{3,4} การใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่มยาเพนิซิลินสำหรับรักษาโรคเบื้องต้นมีข้อบ่งชี้ ขนาดยา และการเลือกใช้ยา ที่แนะนำ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อบ่งชี้ ขนาดยา และการเลือกใช้ยา ที่แนะนำ

ยา	โรค	ขนาดที่ใช้ (ทางปาก)
Penicillin V	การติดเชื้อ Streptococcus Pneumococcus (ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน, Scarlet Fever, Erysipelas และ otitis media) ^{3,4,8,11} การติดเชื้อ Staphylococcal Gr.A Streptococcus (ติดเชื้อที่ผิวหนัง และเนื้อเยื่ออ่อน) ^{3,4,8,11}	ผู้ใหญ่ หรือ เด็กอายุมากกว่า 12 ปี: 250-500 mg. ทุก 6-8 ชั่วโมง 10 วัน เด็กอายุน้อยกว่า 12 ปี: 25-50 mg./kg/day ทุก 6 ชั่วโมง 10 วัน



ยา	โรค	ขนาดที่ใช้ (ทางปาก)
	การติดเชื้อที่เหงือกและฟัน ^{3,4}	250-500 mg. ทุก 6-8 ชั่วโมง 5-7 วัน
Amoxycillin	การติดเชื้อระบบ ENT URI : Pharyngotonsillitis Sinusitis, Otitis media, Lymphadenitis, Dental abscess ^{3,4,6,8,10,12}	ผู้ใหญ่ หรือ เด็กน้ำหนัก >40 kg.: 500 mg. ทุก 12 ชั่วโมง หรือ 250 mg. ทุก 8 ชั่วโมง นาน 10 วัน เด็กอายุมากกว่า 3 เดือน น้ำหนัก <40 kg: 25-50 mg./kg/day ทุก 8-12 ชั่วโมง (ไม่เกิน 1 กรัมต่อวัน) นาน 10 วัน Sinusitis: 500 mg. tid หรือ 875 mg. bid. 10 วัน. Otitis media: 80-90 mg/kg/day ทุก 12 ชั่วโมง นาน 10 วัน
	การติดเชื้อระบบ LRI : Pneumonia, Bronchitis ^{3,4}	875 mg. ทุก 12 ชั่วโมง หรือ 500 mg. ทุก 8 ชั่วโมง. นาน 10-14 วัน
	การติดเชื้อที่ผิวหนัง ผื่นหนอง ^{3,4}	250-500 mg ทุก 8 ชั่วโมง. 5-10 วัน
	การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ^{3,4}	ผู้ใหญ่ 500 mg. ทุก 12 ชั่วโมง หรือ 250 mg. ทุก 8 ชั่วโมง นาน 3-7 วัน เด็ก 20-25 mg./kg/day ทุก 8-12 ชั่วโมง นาน 3-7 วัน
	ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ^{5,7}	หญิงตั้งครรภ์ 500 mg. ทุก 8 ชั่วโมง นาน 7 วัน
	เลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) ^{3,4}	ผู้ใหญ่ 500 mg. ทุก 6 ชั่วโมง นาน 5-7 วัน
Dicloxacillin	ติดเชื้อที่ผิวหนัง ตาข่ายยุง หนองตาอักเสบ แผลพุพอง ผื่นหนอง และการติดเชื้อ Staphylococcus ^{3,4}	ผู้ใหญ่ 125-250 mg. ทุก 6 ชั่วโมง นาน 7-14 วัน เด็ก 12.5 mg./kg/day ทุก 6 ชั่วโมง นาน 7-14 วัน



ผลข้างเคียงที่สำคัญ

พบยาแพ้ยา ได้ 5-10%ของผู้ที่ได้รับยา แพ้ยาแบบรุนแรง 0.05% จะพบอาการแพ้รุนแรงในผู้ป่วยที่ให้ยาด้วยการฉีดมากกว่าการรับประทาน อาการแพ้ที่พบ ได้แก่ ผื่นแดงคัน ลมพิษ มีไข้ อาการข้างเคียงที่พบได้ เช่น คลื่นไส้ ท้องเสีย ปากแห้ง เป็นต้น

2. กลุ่มยามาโคลิค (Macrolide) กลุ่มยาที่มีอาการใช้ในการรักษามายาวนานสำหรับ โรคติดเชื้อในกลุ่ม pneumococci streptococci และ mycoplasma ของระบบทางเดินหายใจส่วนบน และล่าง ออกฤทธิ์ยับยั้งการสังเคราะห์โปรตีนของแบคทีเรีย โดยกลไกแทรกซึมผ่านผนังเซลล์ของแบคทีเรียและจับกับ 50S ribosome subunit จึงยับยั้งการ เคลื่อนย้าย (translocation) ของ aminoacyl transfer-RNA ที่มีผลต่อการสังเคราะห์โปรตีนซึ่งจำเป็นในการแบ่งตัวของเซลล์ ทำให้เซลล์แบคทีเรียแบ่งตัวไม่ได้ หยุดการทำงาน และถูกเม็ดเลือดขาวทำลายในที่สุด^{3,4} ยาในกลุ่มนี้ที่พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถใช้รักษาโรคเบื้องต้น ได้แก่ Erythromycin และ Roxithromycin ซึ่งใช้รักษาโรคติดเชื้อในผู้ที่แพ้ยากลุ่มเพนิซิลิน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เกณฑ์จลศาสตร์ของยาปฏิชีวนะกลุ่มยามาโคลิคที่พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถใช้รักษาโรคเบื้องต้นได้

ยา	การดูดซึม	ระยะเวลา เริ่มออก ฤทธิ์	ระดับยา สูงสุด	ครึ่งชีวิต	การกำจัด
Erythromycin	30 – 50%	1-4 ชั่วโมง	1 – 4 ชั่วโมง	1.4 ชั่วโมง	ไต
Roxithromycin	50%	1-2 ชั่วโมง	1-2 ชั่วโมง	10 ชั่วโมง	ไต

ยาในกลุ่มนี้ไม่ทนต่อกรด และมักทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อืดท้อง ถ่ายเหลว จึงควรรับประทานก่อนอาหาร ประมาณ 1 ชั่วโมง ยากระจายในเนื้อเยื่อได้ดี ถูกกำจัดตับ และขับออกทางไตจึงควรระวังในผู้ป่วยโรคตับ ยาถูกจัดอยู่ใน FDA Pregnancy Categories B FDA Pregnancy Categories B สามารถผ่านรก และน้ำนมได้ แต่ไม่พบการศึกษาที่แสดงผลกระทบต่อตัวอ่อนสัตว์ และการศึกษาผลกระทบในหญิงตั้งครรภ์ที่เพียงพอ ทำให้สามารถใช้ในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตรได้ แต่ควรเฝ้าระวังค่าตับ และใช้เฉพาะที่จำเป็น^{3,4} การใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่มยามาโคลิคสำหรับรักษาโรคเบื้องต้นมีข้อบ่งชี้ ขนาดยา และการเลือกใช้ยา ที่แนะนำ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อบ่งชี้ ขนาดยา และการเลือกใช้ยา ที่แนะนำ

ยา	โรค	ขนาดที่ใช้ (ทางปาก)
Erythromycin	การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนและล่าง: Pharyngotonsillitis Pertussis, Diphtheria, Bronchitis และ Pneumonia ^{3,4,10}	ผู้ใหญ่ 250 mg. ทุก 6 ชั่วโมง หรือ 500 mg. ทุก 12 ชั่วโมง นาน 10 วัน เด็ก 20-25 mg./kg/day ทุก 12 ชั่วโมง นาน 10 วัน
Roxithromycin	การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนและล่าง: Pharyngotonsillitis, Sinusitis Bronchitis และ Atypical pneumonia ^{3,4,10}	ผู้ใหญ่ 150 mg. ทุก 12 ชั่วโมง นาน 5-10 วัน เด็ก น้ำหนัก < 40 kg. 5-8 mg./kg/day ทุก 12 ชั่วโมง นาน 5-10 วัน

ผลข้างเคียงที่สำคัญ

ผื่นแพ้ คลื่นไส้ อึดแน่นท้อง ปวดศีรษะ Ventricular arrhythmia แพ้ยารุนแรง Steven johnson syndrome Toxic Epidermal Necrolysis เป็นต้น

3. กลุ่มยาซัลฟา (Sulfonamide) ยาปฏิชีวนะที่มีการกำจัดเชื้อที่กว้าง มักใช้ในการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและระบบทางเดินอาหาร มีกลไกการออกฤทธิ์ต่อแบคทีเรียโดยตัวยาที่มีโครงสร้างคล้ายกับสาร para-aminobenzoic acid (PABA) ซึ่งมีความจำเป็นในกระบวนการสร้าง folic acid ที่เป็นสารประกอบสำคัญสำหรับการสังเคราะห์และสร้าง mRNA และ DNA ตัวยามีผลยับยั้งเอนไซม์ Dihydropteroate synthase ทำให้เซลล์ไม่สามารถสร้าง Folic ได้แต่เนื่องจากยาในกลุ่มนี้ชนิดเดียวไม่สามารถกำจัดเชื้อได้มีประสิทธิภาพ ทำให้มีการดื้อยาสูงจึงมักจะรวมกับยา Trimethoprim ซึ่งมีคุณสมบัติขัดขวางกระบวนการเปลี่ยนแปลง folic acid โดยยับยั้งเอนไซม์ Folate reductase ทำให้เซลล์ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสารที่จำเป็นในการสร้าง folic acid ได้ ทำให้เซลล์ไม่สามารถเพิ่มจำนวนได้ ถูกเม็ดเลือดขาวทำลาย^{3,4} ยาในกลุ่มนี้ที่พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถใช้รักษาโรคเบื้องต้น ได้แก่ Sulfonamides + Trimethoprim (Cotrimoxazole Bactrim) ดังแสดงในตารางที่ 5



ตารางที่ 5 เกณฑ์การพิจารณาของยาปฏิชีวนะกลุ่มยาซัลฟาที่พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถใช้รักษาโรคเบื้องต้นได้

ยา	การดูดซึม	ระยะเวลา เริ่มออก ฤทธิ์	ระดับยา สูงสุด	ครึ่งชีวิต	การ กำจัด
Cotrimoxazole	90 – 100%	1-2 ชั่วโมง	1-4 ชั่วโมง	6-9 ชั่วโมง	ไต

อาหารไม่มีผลต่อการดูดซึมยาสามารถทานก่อนหรือหลังอาหารก็ได้ หลังทานยาควรดื่มน้ำให้เพิ่มมากขึ้นอย่างน้อย 8 แก้วขึ้นไป ยากระจายในเนื้อเยื่อ CSF เยื่อหุ้มปอด น้ำเลี้ยงข้อ และตา ถูกกำจัดโดยตับ และขับออกทางไตจึงควรระมัดระวังในผู้ป่วยโรคไต ขาดน้ำ ผู้สูงอายุ G6PD ยาถูกจัดอยู่ใน FDA Pregnancy Categories C และ D สามารถผ่านรก และน้ำนมได้ มีผลกระทบต่อตัวอ่อนสัตว์ และทารกในหญิงตั้งครรภ์ ไม่สามารถใช้ในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตรได้^{3,4} ยาพบการแพ้ยา และดื้อยาบ่อยครั้งจึงควรพิจารณาใช้เท่าที่จำเป็น และเหมาะสม การใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่มยาซัลฟาสำหรับรักษาโรคเบื้องต้นมีข้อบ่งชี้ ขนาดยา และการเลือกใช้ยา ที่แนะนำ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ข้อบ่งชี้ ขนาดยา และการเลือกใช้ยาซัลฟา ที่แนะนำ

ยา	โรค	ขนาดที่ใช้ (ทางปาก)
Cotrimoxazole	การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ E coli. Klebsiella ^{3,4,5,7}	คำนวณยาจาก Trimethoprim เป็นหลัก ผู้ใหญ่ 160 mg. ทุก 12 ชั่วโมง นาน 10-14 วัน เด็ก >2 เดือน 6-12 mg./kg/day ทุก 12 ชั่วโมง นาน 10 วัน
	การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร Shigellosis Infective diarrhea Salmonella cholera ^{3,4}	ผู้ใหญ่ 160 mg. ทุก 12 ชั่วโมง นาน 5 วัน เด็ก >2 เดือน 6-12 mg./kg/day ทุก 12 ชั่วโมง นาน 5 วัน

ผลข้างเคียงที่สำคัญ

แพ้แสงแดด ผื่นแพ้ คลื่นไส้ อึดแน่นท้อง ถ่ายเหลว ปวดศีรษะ แพ้ยารุนแรง Steven Johnson syndrome Toxic Epidermal Necrolysis เกิดภาวะซีดเนื่องจากขาด Folate เป็นต้น

4. กลุ่มยาฟลูโอโรควิโนโลน (Fluoroquinolones) ยาที่มีสูตรโครงสร้างวงแหวน 2 วง ถูกพัฒนามาจาก nalidixic acid ซึ่งมีการพัฒนายาวนานกว่า 60 ปี ซึ่งปัจจุบันมีการพัฒนายาออกมาหลายรุ่น เพื่อให้ยามีประสิทธิภาพในการรักษาสูงสุด มีกลไกออกฤทธิ์ในการกำจัดแบคทีเรีย โดยการจับกับ DNA gyrase complex ซึ่งเป็น เอมไซม์ที่จำเป็นในการแยก จำลอง สาย DNA ของแบคทีเรีย ทำให้เซลล์หยุดการแบ่งตัว ไม่สามารถซ่อมแซม สาย DNA ทำให้เซลล์ แบคทีเรียตาย ยาที่พยาบาลเวชปฏิบัติที่สามารถใช้ได้ในกลุ่มยานี้ ได้แก่ Norfloxacin ซึ่งเป็นยาตัวแรกของรุ่นที่ 2 ออกฤทธิ์ต่อเชื้อได้ครอบคลุมแกรมบวกและลบ มักใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ทางเดินอาหาร แต่ไม่เหมาะกับการรักษาโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และผิวหนัง เนื่องจากไม่สามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อยในระบบดังกล่าว^{3,4} ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เกณฑ์เภสัชศาสตร์ของยาปฏิชีวนะกลุ่มยาฟลูโอโรควิโนโลนที่พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถใช้รักษาโรคเบื้องต้นได้

ยา	การดูดซึม	ระยะเวลาเริ่มออกฤทธิ์	ระดับยาสูงสุด	ครึ่งชีวิต	การกำจัด
Norfloxacin	35%	1 ชั่วโมง	1-2 ชั่วโมง	3-4 ชั่วโมง	ไต

อาหารมีผลต่อการดูดซึมเล็กน้อย แต่ไม่มีผลต่อการรักษา จึงแนะนำให้รับประทานก่อนอาหาร แต่การรับประทานยาพร้อม ยาลดกรด วิตามิน อาหาร ที่มีส่วนประกอบของ แคลเซียม แมกนีเซียม อลูมิเนียม และสังกะสี มีผลต่อการดูดซึมของยาจึงควรให้รับประทานยาก่อน 2 ชั่วโมง หรือ หลัง 6 ชั่วโมง หลังจากรับประทานยา อาหารดังกล่าว ยากระจายตัวเนื้อเยื่อ และของเหลวในร่างกายได้ดี มีระดับยาที่สูง โดยเฉพาะอวัยวะในระบบทางเดินอาหาร ทางเดินปัสสาวะ และระบบสืบพันธุ์ เนื่องจากยาขับออกทางไตจึงควรระมัดระวังในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคไต ไม่ควรใช้ในเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี เด็ดขาด เนื่องจากมีผลต่อการเจริญเติบโตของกระดูก และข้อ ยาถูกจัดอยู่ใน FDA Pregnancy Categories C สามารถผ่านรก และน้ำนมได้ มีผลกระทบต่อตัวอ่อนสัตว์ และทารกในหญิงตั้งครรภ์ ไม่สามารถใช้ในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตรได้^{3,4} การใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่มยาฟลูโอโรควิโนโลนสำหรับรักษาโรคเบื้องต้นมีข้อบ่งชี้ ขนาดยา และการเลือกใช้ยา ที่แนะนำ ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ข้อบ่งชี้ ขนาดยา และการเลือกใช้ยาฟลูโอโรควิโนโลนที่แนะนำ

ยา	โรค	ขนาดที่ใช้ (ทางปาก)
Norfloxacin	การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ^{3,4,5}	ผู้ใหญ่ Upper urinary tract infection 400 mg. ทุก 12 ชั่วโมง นาน 7-14 วัน



ยา	โรค	ขนาดที่ใช้ (ทางปาก)
		Lower urinary tract infection 400 mg. ทุก 12 ชั่วโมง นาน 3-7 วัน
	การติดเชื้อในระบบทางเดิน อาหาร traveler diarrhea ^{3,4}	ผู้ใหญ่ 400 mg. ทุก 12 ชั่วโมง นาน 3-5 วัน

ผลข้างเคียงที่สำคัญ

แพ้แสงแดด ผื่นแพ้ คลื่นไส้ อึดแน่นท้อง ปวดศีรษะ prolong – QT ใจสั่น แพ้ยารุนแรง Steven Johnson syndrome Toxic Epidermal Necrolysis เป็นต้น

5. กลุ่มยาเตตระไซคลิน (Tetracycline) กลุ่มยาที่ถูกค้นพบมาตั้งแต่ ปี ค.ศ.1905 และยังถูกใช้มาถึงปัจจุบัน โดยที่รู้จักกันแพร่หลาย คือ Tetracycline และ Doxycycline ยาตัวแรกในกลุ่มที่ค้นพบมีโครงสร้างวงแหวนคาร์บอนจึงเป็นที่มาของชื่อ Tetra ตัวยามีกลไกออกฤทธิ์ในการกำจัดแบคทีเรีย โดยการจับกับหน่วยสร้างโปรตีนไรโบโซม 30S ขัดขวางไม่ให้ tRNA นำกรดอะมิโนมาต่อเป็นสายโปรตีนไม่ได้ ทำให้ขาดโปรตีนที่ใช้ในการแบ่งตัว รวมทั้งตัวยายังยับยั้งกับ โปรตีนไรโบโซม 50S รบกวนการทำงานของเยื่อหุ้มเซลล์ ทำให้มีการรั่วของเซลล์ มีผลทำให้เซลล์แบคทีเรียหยุดการแบ่งตัว และถูกและถูกเม็ดเลือดขาวทำลายในที่สุด ยามีประโยชน์อย่างมากในการรักษาโรคติดเชื้อแบคทีเรียในกลุ่ม rickettsia mycoplasma protozoa และ chlamydia ไม่เหมาะกับการรักษาแบคทีเรียในระบบทางเดินหายใจ ผิวหนัง และเชื้อรา^{3,4} ยาในกลุ่มนี้ที่พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถใช้รักษาโรคเบื้องต้น ได้แก่ Doxycycline ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 เกณฑ์จลศาสตร์ของยาปฏิชีวนะกลุ่มยาเตตระไซคลินที่พยาบาลเวชปฏิบัติสามารถใช้รักษาโรคเบื้องต้นได้

ยา	การดูดซึม	ระยะเวลาเริ่มออกฤทธิ์	ระดับยาสูงสุด	ครึ่งชีวิต	การกำจัด
Doxycycline	90-100%	2 ชั่วโมง	2-3 ชั่วโมง	12-22 ชั่วโมง	ตับ

อาหาร และยาไม่มีผลต่อการดูดซึมของ Doxycycline สภาวะอดอาหารมีต่อการดูดซึมของยาจึงควรรับประทานพร้อมหรือหลังอาหารทันที ตัวยาลังดูดซึมกระจายได้ดีในไขมัน สามารถผ่านน้ำไขสันหลัง สมอ ตา ต่อมลูกหมากได้ ยาถูกจัดอยู่ใน FDA Pregnancy Categories D สามารถผ่านรก และน้ำนมได้ มีผลกระทบต่อตัวอ่อนสัตว์ และทารกในหญิงตั้งครรภ์ ไม่สามารถใช้ในหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตรได้ ไม่ให้ในเด็กอายุต่ำกว่า 8 ปี เนื่องจากมีผลต่อกระดูก และฟันถาวร^{3,4}



การใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่มยาเตตระไซคลินสำหรับรักษาโรคเบื้องต้นมีข้อบ่งชี้ ขนาดยา และการเลือกใช้ยา ที่แนะนำ ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ข้อบ่งชี้ ขนาดยา และการเลือกใช้ยาเตตระไซคลินที่แนะนำ

ยา	โรค	ขนาดที่ใช้ (ทางปาก)
Doxycycline	หนองในเทียม (Chlamydia) ^{4,9} โรคฉี่หนู (Leptospirosis) ¹⁵ ไข้รากสาดใหญ่ (Scrub Typhus) ¹³ โรคแอนแทรกซ์ (Anthrax) ¹⁴ โรค Lyme (Lyme disease) ⁴	ผู้ใหญ่ 100 mg. ทุก 12 ชั่วโมง นาน 7 วัน เด็ก 2.2 mg/kg ทุก 12 ชั่วโมง นาน 7 วัน (การใช้ยาควรพิจารณาผู้ป่วยเป็นสำคัญ หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ต้องการการวินิจฉัยที่เหมาะสม ควรให้การดูแลเบื้องต้นแล้วส่งต่อแพทย์)
	โรคซิฟิลิส (Syphilis) ⁹	ระยะเริ่มต้น 100 mg. ทุก 12 ชั่วโมง นาน 14 วัน ระยะแฝง 100 mg. ทุก 12 ชั่วโมง นาน 14 วัน Post-Exposure Prophylaxis ป้องกันกามโรค 200 mg 24-72 ชั่วโมง หลังมีเพศสัมพันธ์
	Malaria (มาลาเรีย) ⁴	Prophylaxis dose: 100 mg. วันละ 1 ครั้ง เริ่มรับประทานก่อนเข้าพื้นที่เสี่ยง 2-3 วัน ถึงหลังจากออกพื้นที่ 1 เดือน

ผลข้างเคียงที่สำคัญ

แพ้แสงแดด มีผื่นแดงคัน ลมพิษ สะสมที่ฟันทำให้ฟันสีคล้ำขึ้น คลื่นไส้ ถ่ายเหลว และอาการแพ้แบบรุนแรง เช่น Steven Johnson syndrome Toxic Epidermal Necrolysis เป็นต้น

การใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมตามขอบเขตพยาบาลเวชปฏิบัติ

เพื่อการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม และปลอดภัยต่อผู้รับบริการที่ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ พยาบาลเวชปฏิบัติผู้ทำการวินิจฉัย และรักษาเบื้องต้นควรคำนึง และมีหลักปฏิบัติดังนี้ จากประสบการณ์ของผู้เขียนดังนี้

1. มีความรู้ความเข้าใจในยาที่ใช้ในการรักษา ทั้งความรู้ในด้านขอบเขตของยาที่ใช้ตามบทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติ ความรู้ในเรื่องยา ขนาดที่ใช้ ปริมาณ ผลข้างเคียงที่สำคัญของยา
2. ติดตามแนวปฏิบัติในการวินิจฉัย รักษาโรคที่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ และปลอดภัย
3. ในการกระบวนวินิจฉัย และรักษาโรคเบื้องต้นควรกระทำอย่างครบถ้วน ตั้งแต่การซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัย และการรักษาเบื้องต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลประกอบการรักษาที่สมบูรณ์ เช่น การแพ้ยา โรคประจำตัว ยาทานเป็นประจำ การตั้งครรภ์ เป็นต้น เพื่อพิจารณาในการให้ยาได้อย่างเหมาะสม
4. ควรให้คำแนะนำกับผู้รับบริการที่ได้รับยาทุกครั้งแม้จะเป็นยาชนิดเดิม ควรบอกชื่อยา คุณสมบัติของยา ขนาดที่ต้องรับประทาน ต้องรับประทานกี่วัน ผลข้างเคียงที่สำคัญรวมถึงอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้ โดยเฉพาะหากเป็นผู้ที่ไม่เคยรับประทานยามาก่อนควรเน้นในอาการแพ้ยา และการปฏิบัติเบื้องต้นให้ทราบโดยละเอียด เน้นการรับประทานยาให้ครบตามจำนวนแม้จะไม่มีอาการ
5. ระหว่างการรักษาผู้รับบริการควรติดตามอาการหรือนัดผู้รับบริการเพื่อประเมินผลการรักษา และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นหลังการใช้ยา
6. หากพิจารณาว่าหลังจากการใช้ยามีอาการที่แพ้ยา หรือสงสัยว่าแพ้ยา ควรส่งต่อโรงพยาบาล เพื่อให้แพทย์และเภสัชประเมิน เพื่อลงประวัติอาการแพ้ยาในระบบการรักษา
7. ยาที่จ่ายให้ผู้ป่วยควรมีฉลากยาที่ประกอบด้วย ชื่อสถานบริการ ชื่อยาสามัญ ชื่อผู้รับบริการ ข้อบ่งใช้ วิธีใช้ยา คำแนะนำ ที่ชัดเจน และครบถ้วน เพื่อให้ง่ายในการใช้ยาของตัวผู้รับบริการ และง่ายต่อการระบุดยาเมื่อมีอาการแพ้ หรือผลไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น
8. หากพบว่าหลังการวินิจฉัยพบว่าความเจ็บป่วย หรือโรคที่ผู้รับบริการเป็นไม่สามารถรักษาได้ด้วยยาตามขอบเขตพยาบาลเวชปฏิบัติ หรือพบว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่อันตรายต่อชีวิตควรให้ยาบรรเทาอาการไม่สุขสบายตามขอบเขต และรีบส่งต่อหรือแนะนำให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์ เพื่อการรักษาที่เหมาะสม
9. พึงระลึกอยู่เสมอในยาปฏิชีวนะเป็นยาที่มีความอันตราย และยึดหลักการให้ยาสมเหตุผล ได้แก่ 1) ข้อบ่งชี้ (Indication) 2) ประสิทธิภาพ (Efficacy) 3) ความเสี่ยง (Risk) 4) ค่าใช้จ่าย (Cost) 5) องค์ประกอบอื่น ๆ ที่จำเป็น (Other considerations) 6) ขนาดยา (Dose) 7) วิธีให้ยา (Method of administration) 8) ความถี่ในการให้ยา 9) ระยะเวลาในการให้ยา (Duration of treatment) 10) การยอมรับของผู้ป่วยและความสะดวกในการให้ยา (Patient compliance)¹⁰



สรุป

พยาบาลเวชปฏิบัติมีบทบาทในการช่วยพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ในการรักษาโรคเบื้องต้น เป็นอย่างยิ่งการรักษาการรักษานี้ถูกต้อง และมีมาตรฐานตามขอบเขตจะทำให้เกิดประโยชน์ทั้งตัว ผู้รับบริการ และผู้ให้บริการซึ่งที่ผ่านมาพยาบาลเวชปฏิบัติมักถูกมองจากวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ ว่า ไม่มีความรู้ ขาดมาตรฐานที่เพียงพอในการรักษา หรือให้การรักษาเกินขอบเขต ดังนั้นพยาบาลจึง ควรมีความรู้ในเรื่องโรค ยาในการรักษาโดยเฉพาะโรคเกิดจากการติดเชื้อที่มีความจำเป็นที่ต้องให้ยา ปฏิชีวนะให้เหมาะสมกับโรค การสั่งใช้ยาใดๆ ก็ตามในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้สูงอายุ หรือ ผู้ป่วยโรคไต/โรคตับ พยาบาลเวชปฏิบัติต้องใช้ความระมัดระวังสูงสุด ประเมินความเสี่ยง และ ประโยชน์อย่างรอบคอบ ควรพิจารณาปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรหากไม่แน่ใจ โดยต้องคำนึงถึงตัว ผู้รับบริการ และโรคที่เป็นเป็นหลัก เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการรักษา ป้องกันการดื้อยา และ สร้างความน่าเชื่อถือ และมาตรฐานให้กับพยาบาลเวชปฏิบัติต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Nursing Council. Notification of the Nursing Council on the Specification of Drugs and Diagnostic Substances for Professional Nurses and Nurse Practitioners in Primary Medical Treatment B.E. 2565 (2022). Government Gazette. 2022 Jun 16;139(Special 138 D):27-40.
2. Ministry of Public Health. The 20-Year National Strategic Plan for Public Health. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018 [cited 2025 Jun 18]. Available from: <https://spd.moph.go.th/20-year-national-strategy-public-health/>
3. Edmunds, M.W., Mayhew, M.S. Pharmacology for the Primary Care Provider. 4th ed. St. Louis (MO): Mosby Elsevier; 2014. p. 670-704
4. Frandsen G, Pennington SS. Abrams' Clinical Drug Therapy: Rationales for Nursing Practice. 11th ed. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer; 2017. p. 348-398.
5. Pungcharoenkijkul S, Santimaleeworagul W. Antimicrobial use for bacterial urinary tract infections. Thai J Hosp Pharm. 2019;25(1):1-20.
6. Wannathong N. Management of acute pharyngitis. Reg 4-5 Med J. 2014;33(3):363-71.
7. Infectious Disease Association of Thailand. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Urinary Tract Infections B.E. 2568 (2025) [Internet]. Bangkok:



- Infectious Disease Association of Thailand; 2025 [cited 2025 Jun 18]. Available from: <https://idthai.org/Contents/Views/?d=!17!9!!1045>
8. Royal College of Pediatricians of Thailand. Clinical Practice Guideline for the Management of Acute Respiratory Infections in Children B.E. 2562 (2019). Bangkok: Text and Journal Publication; 2019 [cited 2025 Jun 18]. Available from: <https://www.pidst.or.th/A750.html>
 9. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections B.E. 2567 (2024) [Internet]. Bangkok: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2024 [cited 2025 Jun 18]. Available from: <https://stisqsa.ddc.moph.go.th>
 10. Department of Health, Ministry of Public Health. Rational drug use manual for pharmacies in 68 care [Internet]. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2022 [cited 2025 Jun 18]. Available from: <https://ndp.fda.moph.go.th/news/news-335/>
 11. Pen Vee K. Penicillin V (penicillin VK) dosing, indications, interactions, adverse effects, and more [Internet]. Medscape. 2024 [cited 2025 Jun 18]. Available from: <https://www.medscape.com/drugs/penicillin-v>
 12. U.S. Food & Drug Administration. Amoxicillin: Package Insert / Prescribing Information [Internet]. Silver Spring (MD): U.S. Food & Drug Administration; 2024 [cited 2025 Jun 18]. Available from: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2024/050542s032,050754s022,050760s023,050761s019lbl.pdf
 13. Centers for Disease Control and Prevention. Clinical Overview of Scrub Typhus [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2024 [cited 2025 Jun 18]. Available from: <https://www.cdc.gov/typhus/hcp/clinical-overview/clinical-overview-of-scrub-typhus.html>
 14. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Guidelines for the Prevention and Treatment of Anthrax, 2023. MMWR Recomm Rep. 2023 Nov 17;72(6):1-47. doi:10.15585/mmwr.rr7206a1..



15. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Guidelines for the diagnosis and treatment of leptospirosis. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2021 [cited 2025 Jun 18]. Available from: <https://cimjournal.com/wp-content/uploads/2022/10/Guidelines-Leptospirosis.pdf>



แนวทางการส่งเสริมการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงผ่านระบบการ ส่งมอบยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: บทบาทพยาบาลชุมชน

ปรีดา สุทธิประภา*, รัตติกร สุทธิประภา**

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งทั่วโลกและในประเทศไทย ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมักจะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจและหลอดเลือด สมอง ตา เป็นต้น ซึ่งมีผลทำให้อัตราการเสียชีวิตที่สูง โดยสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เกิดได้จาก พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน การขาดการรับประทานยาต่อเนื่อง การหยุดรับประทานยาเอง การขาดนัดด้วยข้อจำกัดในการเดินทาง หรือการขาดการรับคำแนะนำจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเพียงพอ บทบาทของพยาบาลชุมชนมีหน้าที่ในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ตามรายการยาและสารวินิจฉัยสำหรับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเวชปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้น แต่ด้วยจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น และมีผู้ป่วยที่เข้าไม่ถึงการรักษาด้วยสาเหตุหรือข้อจำกัดต่างๆ จึงทำให้มีผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่องและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงมีความจำเป็นในการเข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน รวมถึงการส่งมอบยาที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยบริการปฐมภูมิให้กับผู้ป่วย ภายใต้การดูแลของพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: โรคความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พยาบาลชุมชน การส่งมอบยา

* อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย

* Corresponding author; email: preeda.sutthiprapa@crc.ac.th



Guidelines for Enhancing Access to Hypertension Treatment Through the Village Health Volunteers' Medication Delivery System: The Role of Community Nurses

Preeda Sutthiprapa*, Ratthikorn Sutthiprapa**

Abstract

Hypertension is a growing public health concern both globally and in Thailand. Patients with hypertension often develop complications affecting the cardiovascular system, brain, and eyes, and so on, which contribute to high mortality rates. Key factors leading to these complications often result from daily lifestyle behaviors, non-adherence to prescribed medications, self-discontinuation of treatment, missed follow-up appointments due to travel limitations, or insufficient guidance from physicians or healthcare personnel. The role of community nurses is to ensure that patients receive medications according to medical treatment plans at primary care facilities, following the authorized drug and diagnosis lists for professional nurses and nurse practitioners managing primary care. However, with the increasing number of patients and various barriers limiting access to care, many patients fail to receive continuous medication, thereby increasing their risk of complications. Village Health Volunteers (VHVs) play an essential role in managing hypertensive patients within the community, including delivering medications delegated by primary care units under the supervision of community nurses. This collaborative approach aims to ensure continuous and effective treatment for hypertensive patients in the community, reducing the risk of complications.

Keywords: Hypertension, Village Health Volunteers, Community Nurses, Medication Delivery

* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Professional Nurse Specialist, Phan Hospital, Chiang Rai Province

* Corresponding author; email: preeda.sutthiprapa@crc.ac.th

Received 26 June 2025; Revised 20 July 2025; Accepted 18 August 2025



บทนำ

ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูง (Hypertention) เป็นภาวะโรคที่มีความชุกและพบได้บ่อยในคนที่มีอายุมากขึ้น ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก¹ พบว่าในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ร้อยละ 55 ของการเสียชีวิตทั้งหมดเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คิดเป็นจำนวน 9.5 ล้านคน โดยประมาณร้อยละ 50 เกิดขึ้นในกลุ่มประชากรที่อายุน้อยกว่า 70 ปี และมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย สอดคล้องกับข้อมูลในประเทศไทย จากรายงานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขพบกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตเพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2562 พบจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 6,085,027 ราย ในปี พ.ศ. 2563 พบจำนวน 6,317,675 ราย ในปี พ.ศ. 2564 พบจำนวน 6,629,887 ราย ในปี พ.ศ. 2565 พบจำนวน 6,845,476 ราย และใน พ.ศ. 2566 พบจำนวน 7,090,117 ราย จะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในทุกปี² โดยพบสาเหตุสำคัญของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคให้อยู่ในระยะสงบได้ เช่นเดียวกันกับโรคเบาหวาน³ เช่น ขาดการรับประทานยาต่อเนื่อง การยืมยาจากเพื่อนบ้าน หยุดรับประทานยาเอง การขาดนัดด้วยข้อจำกัดในการเดินทาง การขาดการได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เพียงพอ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ค่อยมีอาการแสดงทางคลินิกทำให้ประชาชนไม่ทราบเมื่อเกิดโรคความดันโลหิตสูง และจะทราบก็ต่อเมื่อโรคอยู่ในระยะที่รุนแรงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนแล้ว⁴ ภาวะโรคความดันโลหิตสูงจะต้องได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไต⁵ เป็นต้น

จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็น สถานการณ์ของโรคความดันโลหิตสูงยังคงน่าเป็นห่วงสำหรับประชาชน รวมถึงประเทศไทย ทั้งนี้ในชุมชนบางพื้นที่ยังพบกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าไม่ถึงหรือขาดการรักษาด้วยอย่างต่อเนื่องจากสถานบริการสุขภาพ วัตถุประสงค์ของบทความวิชาการนี้ เพื่อนำเสนอปัจจัย ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผ่านบทบาทของพยาบาลชุมชน โดยมุ่งเน้นการได้รับการรักษาแบบต่อเนื่องป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค

ความหมายของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) จัดเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญโรคหนึ่ง ที่พบได้บ่อยในประชากรของไทย โดยเฉพาะในระดับชุมชน โดยกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์แล้ว และระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับที่สามารถควบคุมอาการได้ตามเกณฑ์ “ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี” ในระดับสีเขียวหรือสีขา⁶ ที่สามารถควบคุมโรคได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งนิยามหรือความหมายของโรคความดันโลหิตสูง องค์การอนามัยโลก⁷ ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า เป็นภาวะที่มีความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ซึ่งมีความ



สอดคล้องกับข้อมูลจากสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2567)⁵ อธิบายว่า ความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่บุคคลมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) ที่มีค่าตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ/หรือ ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) ที่มีค่าตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป โดยระดับความดันโลหิตอ้างอิงจากการวัดที่สถานพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง นอกจากนี้ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยยังมีการจำแนกความรุนแรงของระดับความดันโลหิตไว้หลายระดับ ดังนี้

Optimal หมายถึง ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก น้อยกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท และ ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก น้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

Normal หมายถึง ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก 120 - 129 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก น้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท

BP at risk หมายถึง ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก 130 - 139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก 80 - 89 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงระดับ 1 หมายถึง ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก 140 - 159 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก 90 - 99 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงระดับ 2 หมายถึง ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก 160 - 179 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก 100 - 109 มิลลิเมตรปรอท

ความดันโลหิตสูงระดับ 3 หมายถึง ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ตั้งแต่ 180 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ/หรือ ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ตั้งแต่ 110 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป

Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึง ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก ตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป และ ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

Isolated diastolic hypertension (IDH) หมายถึง ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก น้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก ตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป

ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่มีผลทำให้เพิ่มความเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น กรรมพันธุ์ เพศ อายุ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นเวลา 13 ปี มีแนวโน้มที่จะเกิดโรคไตเรื้อรังและโรคหลอดเลือดสมอง⁸ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ เช่น พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน โดยสามารถจำแนกปัจจัยเสี่ยงได้ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงด้านอายุที่เพิ่มขึ้นและระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิต กล่าวคือผู้ป่วยที่มีอายุที่เพิ่มมากขึ้นระบบอวัยวะต่างๆในร่างกาย โดยเฉพาะหลอดเลือดจะลดประสิทธิภาพการทำงาน



ลง ทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูงก็เป็นปัจจัยที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น ซึ่งหากผู้ป่วยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานก็จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น จากพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลให้การทำงานของหลอดเลือดลดลง พร้อมทั้งอวัยวะสำคัญต่างๆ ในร่างกายที่เสื่อมประสิทธิภาพลง ส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

2. พฤติกรรมการใช้ชีวิต เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถควบคุมได้ หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น การบริโภคอาหารที่มีปริมาณโซเดียมเกินกว่าที่ร่างกายต้องการ พฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่ มักจะเป็นสาเหตุลำดับต้นๆ ที่จะทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นเป็นต้นเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ง่ายขึ้น⁹ นอกจากนี้ยังพบสาเหตุจากการขาดการควบคุมน้ำหนักตัวจนเกิดภาวะอ้วน ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม หรือขาดการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม รวมถึงมีการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม¹⁰ และสาเหตุหนึ่งที่มีมักจะถูกมองข้ามคือสภาวะแวดล้อมที่อาจจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเพิ่มของระดับความดันโลหิต คือ สถานที่ที่มีมลพิษทางเสียง มลพิษทางอากาศ หรือมลพิษด้านอื่นๆ ที่มีผลต่อการกระตุ้นระดับความดันโลหิตได้⁵

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง สามารถเกิดได้หลายอย่าง ขึ้นอยู่กับการควบคุมโรคของผู้ป่วย ซึ่งโรคความดันโลหิตสูง จะมีแรงดันของกระแสเลือดที่ไหลเวียนและกระทบกับหลอดเลือดแดงที่สูงสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิต โดยนับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายถึงชีวิต หากไม่มีการควบคุมและรักษาโรคอย่างเหมาะสม¹¹ ทั้งนี้ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญคือโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มีความอันตรายและรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตแบบกะทันหัน ที่มักไม่มีการแสดงเริ่มแรกให้เห็น⁷ แต่จะพบภาวะแทรกซ้อนนี้ก็ต่อเมื่อมีความรุนแรงเกิดขึ้นแล้ว อย่างไรก็ตามภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ไม่ได้มีเพียงภาวะเดียวที่จะต้องเฝ้าระวัง ยังมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่มีความสำคัญและต้องเฝ้าระวังอีกเช่นกัน ดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท หรือสมอง¹² เมื่อผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน จะส่งผลให้หลอดเลือดในสมองมีความแข็งตัวและหนาตัวขึ้น ทำให้มีการตีบและเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย เลือดที่จะไปเลี้ยงสมองถูกขัดขวางการไหลเวียน ทำให้สมองเกิดการขาดเลือด นอกจากนี้ยังพบว่าแรงดันที่เพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดการแตกของหลอดเลือดภายในสมอง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา สามารถเกิดขึ้นได้แบบเฉียบพลันและเรื้อรัง



2. ภาวะแทรกซ้อนที่หัวใจ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีความเสี่ยงสูงมากที่จะเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด¹³ กล้ามเนื้อหัวใจจะทำงานหนักขึ้น เพื่อเป็นการต่อต้านระดับความดันโลหิตที่สูงขึ้น หัวใจจะมีการปรับตัวโดยการเพิ่มแรงบีบ เพื่อให้เกิดแรงดันที่มากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเพิ่มความหนาของผนังกล้ามเนื้อหัวใจ ยิ่งทำให้หัวใจทำงานที่หนักขึ้นแต่ประสิทธิภาพในการบีบคลายเสื่อมลงจากเดิม ในลักษณะดังกล่าวจะทำให้เกิดการยืดขยายของหัวใจห้องล่างซ้ายที่มีหน้าที่ใช้แรงดันบีบตัวให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆมีลักษณะโตขึ้น แต่ประสิทธิภาพการทำงานลดลง

3. ภาวะแทรกซ้อนที่ไต¹² ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผนังหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต จะได้รับผลกระทบเช่นเดียวกันกับหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้เลือดที่บีบจากหัวใจไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงไตได้อย่างเพียงพอ ทำให้หลอดเลือดฝอยบริเวณหน่วยไต (Glomerular capillary) เกิดการหนาตัวและแข็งตัวขึ้น ไตจะทำหน้าที่ในการกรองของเสียได้น้อยลง หรือเสื่อมประสิทธิภาพลง ร่างกายจะเกิดการสะสมของเสียที่เป็นพิษมากขึ้น หากเกิดขึ้นเป็นเวลานาน อาจส่งผลเสียที่รุนแรงต่อร่างกายถึงขั้นเสียชีวิตได้

จะเห็นว่าโรคความดันโลหิตสูงถือเป็นภัยเงียบที่อันตรายถึงชีวิต หากไม่รักษาหรือไม่สามารถควบคุมโรคได้ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะในร่างกายหลายระบบ ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาแบบต่อเนื่องก็จะยิ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น โดยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากถึง 8.26 เท่าของผู้ที่รักษาสม่ำเสมอ⁸ การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีความจำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการควบคุมโรคโดยไม่ใช้ยาและการรักษาด้วยยา ซึ่งประสิทธิภาพในการควบคุมโรคขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยเฉพาะการเข้าถึงยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การที่ผู้ป่วยไม่สามารถมารับยาได้ด้วยตนเองเนื่องจากข้อจำกัดด้านการเดินทางหรือปัญหาสุขภาพ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการควบคุมโรคที่ไม่ต่อเนื่อง ระบบสุขภาพชุมชนจึงมีบทบาทสำคัญ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของพยาบาลชุมชน ซึ่งสามารถจ่ายยาโรคความดันโลหิตสูงต่อเนื่องตามขอบเขตวิชาชีพ และแนวทางตามประกาศสภาการพยาบาล พ.ศ. 2565¹⁶ ในการกำหนดรายการยาและสารวินิจฉัยที่ใช้ในระดับปฐมภูมิ นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมโยงระหว่างระบบบริการกับผู้ป่วย โดยช่วยส่งมอบยาให้กับผู้ป่วยในพื้นที่อย่างปลอดภัย ภายใต้การดูแลของพยาบาล การบูรณาการบทบาทของบุคลากรในระบบสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะพยาบาลชุมชนและ อสม. ช่วยสร้างระบบการส่งยาที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ลดภาระของสถานพยาบาลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว



แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนจำเป็นต้องมีแนวทางที่เหมาะสมและหลากหลาย เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน และให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นซึ่งมีการจัดประเภทของผู้ป่วยตามแนวทางของวิชัย เทียนถาวร⁶ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2567 ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย โดยการดูแลผู้ป่วยสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 แนวทางหลัก ได้แก่ การดูแลโดยใช้ยา และการดูแลโดยไม่ใช้ยา⁵ ทั้งนี้ปัจจุบันแนวทางการดูแลทางการแพทย์ได้มีการขยายมุมมองครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวมมากขึ้น โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการรักษาด้วยยาของทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพทางการรักษาที่มากขึ้น

1. การดูแลโดยไม่ใช้ยา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูงซึ่งมีการเสนอแนะการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยการ รับประทานอาหารการออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ความเครียด รวมไปถึงการลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ จากกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)¹⁴ ดังนี้

1.1 การรับประทานอาหาร ให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีปริมาณโซเดียมเกินความต้องการของร่างกาย เช่น ขนมกรุบกรอบ อาหารสำเร็จรูป อาหารกระป๋อง และแนะนำให้รับประทานอาหารที่เน้นประเภทผัก (DASH Diet)

1.2 การออกกำลังกาย แนะนำให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 10 - 30 นาที หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยมากเกินไประหว่างออกกำลังกาย อาจจะต้องมีการแบ่งช่วงพักทุกๆ 10 นาที ให้ได้เวลาออกกำลังกายรวมครบ 30 นาที ทั้งนี้ชนิดของการออกกำลังกาย จะต้องเลือกอย่างเหมาะสมกับบริบทและสภาพร่างกายของผู้ป่วย

1.3 การจัดการอารมณ์ความเครียด อารมณ์มีผลกระทบต่อร่างกายหลายๆ ระบบ หรือหลายๆ โรค โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เช่น ความเครียด ความกลัว ความโกรธ ความเศร้า จึงแนะนำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลีกเลี่ยงและจัดการอารมณ์เหล่านี้ซึ่งมีหลากหลายวิธี เช่น การทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย การทำสมาธิ การนวด การทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น ขึ้นอยู่กับความถนัดหรือความชอบส่วนตัวของผู้ป่วยเอง

1.4 การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรง แอลกอฮอล์ จะทำให้การดูดซึมอาหารลดลง และรบกวนกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกาย นอกจากนี้ยังทำให้ฮอร์โมนแอลโดสเตอโรน (Aldosterone) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการสะสมน้ำและโซเดียมในร่างกายเพิ่มขึ้น ระดับความดันโลหิตก็จะเพิ่มขึ้นด้วย ส่วนทางอ้อมแอลกอฮอล์ทำให้



สูญเสียหน้าที่และการควบคุมกิจวัตรประจำวัน เช่น รับประทานอาหารลดลง สัมผัสรับประทานยา ขาดการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกาย

1.5 การสูบบุหรี่ ในบุหรี่มีสารพิษหลายชนิดที่มีผลต่อระดับความดันโลหิต เช่น นิโคติน ไฮโดรเจนไซยาไนด์ ทาร์ ไนโตรเจนไดออกไซด์ และคาร์บอนมอนอกไซด์ ซึ่งสารพิษเหล่านี้จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น 5-10 มิลลิเมตรปรอท นอกจากนี้ยังมีผลทำให้หลอดเลือดในร่างกายเกิดการแข็งตัวและหนาตัวขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคมากขึ้นด้วย

2. การดูแลด้วยการใช้ยา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยยา เนื่องจากเป็นแนวทางการรักษาที่ได้ประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งในหน่วยงานปฐมภูมิที่ไม่มีแพทย์ประจำจะสามารถดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องตามขอบเขตวิชาชีพที่สภาการพยาบาลกำหนด¹⁵ ตามประกาศสภาการพยาบาล เรื่องของการกำหนดรายการยาและสารวินิจฉัย สำหรับพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเวชปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้น พ.ศ.2565¹⁶ โดยพยาบาลชุมชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถให้ยาเพิ่มเติมตามแผนการรักษาของแพทย์ (Refill) ในรายการที่ 18 ตามรายการยาและสารวินิจฉัยสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ซึ่งยารักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย ไฮโดรคลอโรไทอะไซด์ (Hydrochlorothiazide: HCTZ) แอมโลดิปีน (Amlodipine) อินาลาพริล (Enalapril) ลอซาแทน (Losartan) อะทีโนลอล (Atenolol)

จะเห็นว่า ยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีหลากหลายชนิด และบางรายจะต้องได้รับยาของโรคอื่น ๆ ด้วย เพื่อให้เกิดการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่อาจจะเกิดขึ้นกับระบบที่สำคัญในร่างกาย ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะจากบุคลากรทางการแพทย์ ตั้งแต่การประเมิน การดูแลการได้รับยารักษาโรคอย่างต่อเนื่อง และการส่งต่อกรณีที่มีปัญหาหรือข้อจำกัดทางการรักษา

บทบาทของพยาบาลชุมชนในการนิเทศอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสู่การดูแลด้านยาสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคเบื้องต้น และฟื้นฟูสุขภาพของบุคคลในชุมชน ตลอดจนการจัดการสุขภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางสุขภาพของชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีจำนวนมาก และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ พยาบาลชุมชนมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปฏิบัติตามบทบาทและสมรรถนะที่จะช่วยให้ประชาชนได้รับการบริการรักษาโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยความร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสำคัญต่อชุมชนอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีความใกล้ชิดและรู้จักคนในชุมชนมากที่สุด เพื่อเป็นการลดต้นทุนในการดูแลสุขภาพทั้งของสถานบริการทางสุขภาพและผู้ป่วย



เอง ทั้งนี้พยาบาลชุมชนจะต้องมีสมรรถนะสำคัญหลัก¹⁷ ได้แก่ มีความสามารถในการประสานงานความร่วมมือ (Collaboration) กับหน่วยงานระดับทุติยภูมิ ปฐมภูมิ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความมั่นใจ เชื่อมมั่นในตนเอง มีความกล้าที่จะให้บริการผู้ป่วยในชุมชนตามขอบเขตบทบาทและสมรรถนะของตนเอง การสอน (Educating) ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ความเข้าใจในหน้าที่และการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง การฝึก (Coaching) ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มีประสบการณ์และเกิดความชำนาญในการให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในบทบาทของการให้คำแนะนำเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอาการผิดปกติจากการใช้ยาโรคหรืออาการผิดปกติของโรค อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องมีการบันทึกอาการที่ชัดเจนเกี่ยวกับอาการแสดงของผู้ป่วย รวมถึงการบันทึกคำแนะนำที่ให้กับผู้ป่วย เพื่อใช้ในการส่งต่อให้กับพยาบาลชุมชน ในการนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนดูแลต่อไป และการเป็นพี่เลี้ยงในการนิเทศการปฏิบัติ (Mentoring) ในการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อร่วมบริการในชุมชนตามความจำเป็นและสิทธิของผู้ป่วย ภายใต้การดูแลตามขอบเขตของพยาบาลชุมชน นอกจากนี้เพื่อให้เกิดความมั่นใจและความเชื่อมั่นของผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พยาบาลชุมชน จะต้องมีการประเมินและติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการปฏิบัติการดูแลด้านยาสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยมีหน้าที่หลักในการให้บริการสุขภาพเชิงรุกแก่ประชาชนในชุมชน ซึ่งบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ¹⁸ เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพครอบคลุมทั้งด้านการบริการ การประสานงาน การสร้างความรู้ และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม นอกจากนี้ อสม. ยังเป็นด่านหน้าทางสาธารณสุขที่มีความเข้มแข็ง และมีความสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน¹⁹ สามารถปฏิบัติตามสมรรถนะหรือบทบาทของการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ การเผยแพร่ความรู้ การสื่อสารทางสุขภาพ ตลอดจนการให้บริการสุขภาพตามขอบเขตและภายใต้การควบคุมของพยาบาลชุมชน²⁰ โดยภารกิจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่ภายใต้กรอบของระเบียบและข้อกฎหมายที่รองรับ ได้แก่ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ.2554 และระเบียบอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 โดยระบุให้



อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งผ่านการอบรมและได้รับหนังสือรับรองจากกระทรวงสาธารณสุข สามารถปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้เฉพาะในขอบเขตที่กฎหมายกำหนด เช่น การใช้ยาตามที่แพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสั่งจ่ายเฉพาะราย การปฏิบัติงานอื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้มีอำนาจตามดุลยพินิจ ซึ่งในบริบทของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทที่สำคัญในการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพในชุมชน เนื่องจากเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด²¹ โดยเฉพาะการส่งมอบยาให้กับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการรับยาที่สถานบริการสุขภาพ ภายใต้การควบคุมของพยาบาลชุมชน โดยการส่งมอบยาจะต้องดำเนินการอย่างมีความรับผิดชอบตามขอบเขตหน้าที่ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย และสามารถติดตามผลการใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังมีหน้าที่ให้คำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับโรค การดูแลสุขภาพ และการใช้ยาที่เหมาะสม โดยทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพระหว่างประชาชนกับบุคลากรทางการแพทย์ อันเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และลดภาระของหน่วยบริการสุขภาพด้วย

ดังนั้นบทบาทสำคัญของ อสม. คือการเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนงานสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยทำหน้าที่เชิงรุกในการดูแล ส่งเสริม และเฝ้าระวังสุขภาพของประชาชนในชุมชน อสม. มีบทบาทในการให้ความรู้สุขภาพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ และสนับสนุนการบริการภายใต้การควบคุมของพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะในบริบทของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อสม. มีหน้าที่สำคัญในการส่งมอบยาให้ผู้ที่ไม่สามารถไปรับยาที่สถานบริการได้ ตลอดจนให้คำแนะนำการใช้ยาเบื้องต้น การติดตามผลการรักษา และทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างประชาชนกับบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งหมดนี้อยู่ภายใต้ระเบียบและข้อกำหนดของกฎหมาย เพื่อให้เกิดความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน แต่ควรระวังข้อจำกัดของบทบาท อสม. ในด้านของกฎหมาย ความรู้ทางวิชาการ บทบาทในการให้คำแนะนำด้านเภสัชกรรม ซึ่งพยาบาลชุมชนจะต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่งในการนิเทศติดตาม อสม. เพื่อให้ประชาชนได้รับผลประโยชน์ทางสุขภาพมากที่สุด

หลักพื้นฐานในการใช้ยาอย่างปลอดภัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ด้วยการใช้ยาจำเป็นจะต้องอาศัยหลักการบริหารการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการใช้ยาทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยหลักการการบริหารการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคลากรทางการแพทย์ มักใช้หลักพื้นฐานในการใช้ยาอย่างปลอดภัย ประกอบด้วย 10R¹⁹ ได้แก่ 1) Right drug/medication ให้ยาถูกชนิด 2) Right patient ให้ผู้ป่วยถูกคน 3) Right dose ให้ขนาดถูกต้อง 4) Right route ให้ถูกทาง 5) Right time



ให้ถูกเวลา 6) Right documentation บันทึกถูกต้อง 7) Right to refuse สิทธิที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาและสิทธิในปฏิเสธยา 8) Right History and Assessment ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาและทำการประเมินถูกต้อง 9) Right Drug-Drug Interaction and Evaluation การตรวจสอบปฏิกิริยาระหว่างกันของยาและการประเมินถูกต้อง และ 10) Right to Education and Information การให้ความรู้และข้อมูลถูกต้อง ทั้งนี้ในการบริหารยารักษาโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะต้องอยู่ภายใต้การดูแลหรือการนิเทศของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงหลักการใช้อย่างสมเหตุสมผลในผู้ใช้บริการผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงใช้หลักพื้นฐานในการใช้อย่างปลอดภัย หรือหลัก 5R (5 Right) ซึ่งมีความสอดคล้องกับหลักการใช้อย่างสมเหตุสมผลในบริการระดับปฐมภูมิ⁴ ดังนี้

1. ถูกคน (Right patient) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องมีการตรวจสอบชื่อ สกุลผู้ป่วยให้ถูกต้องก่อนนำออกจากหน่วยงานปฐมภูมิ และตรวจสอบอีกครั้งให้ตรงกับตัวผู้ป่วยด้วยการถามชื่อนามสกุล เช่น “คุณชื่อ นามสกุลอะไรครับ” เป็นคำถามปลายเปิด

2. ถูกชนิด (Right drug) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะต้องตรวจสอบชนิดและชื่อของยาภายในซองให้ตรงกับชนิดและชื่อยาบนสติ๊กเกอร์หน้าซองยา หากพบว่าไม่ตรงกันจะต้องหักทวงพยาบาลชุมชนทันที

3. ถูกวัน เวลา (Right time) ในการส่งมอบยาให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะต้องดำเนินการภายในวันที่ได้รับมอบหมายจากพยาบาลชุมชนเท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

4. บันทึกถูกต้อง (Right documentation) ขั้นตอนของการส่งมอบยาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะต้องมีการจดบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการส่งมอบยาอย่างครบถ้วน ได้แก่ วันที่ส่งมอบ รายละเอียดการรับยา ปัญหาหรือข้อผิดพลาดที่พบระหว่างการปฏิบัติงาน รวมถึงอาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือการใช้ยา เพื่อให้เป็นข้อมูลในการส่งต่อให้กับพยาบาลชุมชน

5. ให้ความรู้และคำแนะนำถูกต้อง (Right education and information) การให้คำแนะนำอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับวิธีการใช้ยา เช่น ควรรับประทานก่อนหรือหลังอาหาร การเก็บรักษา ยาให้คงประสิทธิภาพ รวมถึงการสอบถามเกี่ยวกับการใช้ยาเดิมหรือการได้รับยาใหม่ เพื่อให้สามารถให้ข้อมูลเสริมที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

สรุป

การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากพบมากขึ้นในทุกกลุ่มอายุ และเพิ่มจำนวนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้เกิด



ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงต่ออวัยวะสำคัญ เช่น หัวใจ สมอง และไต ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตที่ควบคุมได้ยากหากผู้ป่วยขาดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ปัญหาหลักในการควบคุมโรคคือข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการรับยาที่ไม่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะในชุมชนห่างไกล ที่ผู้ป่วยอาจมีข้อจำกัดด้านการเดินทางหรือสุขภาพ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงในการควบคุมโรคที่ไม่ต่อเนื่องและภาวะแทรกซ้อนตามมา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเข้าถึงการรักษา โดยเป็นกลไกสำคัญในการเป็นตัวกลางในการส่งยาจากสถานบริการไปยังผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน ตามหลักการบริหารการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของบุคคลากรทางการแพทย์ 10R ซึ่งตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะปฏิบัติตามหลักพื้นฐานการใช้ยาอย่างปลอดภัยเพียง 5R ซึ่งจะเป็นการตรวจสอบชื่อยา ชนิดของยา ให้ตรงกับชื่อผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาให้ตรงกัน รวมถึงการส่งมอบที่ตรงวันและเวลาที่ผู้ป่วยควรได้รับ อีกทั้ง อสม. ยังต้องมีการบันทึกรายละเอียดในการส่งมอบยา รวมทั้งอาการผิดปกติที่ควรมีการส่งต่อให้สถานบริการดูแลต่อ และให้คำแนะนำเบื้องต้นในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งนี้การปฏิบัติของ อสม. ยังคงอยู่ภายใต้การดูแลและนิเทศจากพยาบาลชุมชน เพื่อให้เป็นไปตามขอบเขตและหน้าที่ บทบาทที่จึงช่วยลดภาระของสถานบริการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุดการบูรณาการบทบาทของ อสม. ในการส่งมอบยาแก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการเสริมสร้างระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งและยั่งยืน โดยช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Non-communicable Diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2025 Jun 9]. Available from: <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/noncommunicable-diseases>.
2. Noithan N. Health Literacy Associated with Health Behaviors among Hypertensive Risk Group at Nam Ang Tambon Health Promoting Hospital, Tron District, Uttaradit Province. Northern Science and Technology Journal. 2024;5(3):52–64. (in Thai)
3. Parjareeyanon W, Kasombun P, Suwanmora L, Chongwarin S, Phoochen N. Factors Associated with Uncontrolled Diabetes Mellitus. Mahasarakham Hospital Journal. 2018;15(1):118–27. (In Thai)
4. Sutthiprapa P, Narin R, Tuanrat W. Effects of an Empowerment Program for Village Health Volunteers on Medication Delivery Practices for Patients with Chronic Non-



- Communicable Diseases in the Community. Chiang Mai University Nursing Journal. 2024;51(1):114–27. (In Thai)
5. The Thai Hypertension Society. Thai Guidelines on the Treatment of Hypertension 2024. Bangkok: The Thai Hypertension Society; 2024.
 6. Thienthaworn W. Surveillance Control and Prevention System of Diabetes and Hypertension in Thailand. 3rd ed. Bangkok: The Printing House of the Cooperative Promotion Department of Thailand Ltd.; 2013. (In Thai)
 7. World Health Organization. Hypertension [Internet]. 2023 [cited 2025 Jun 9]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
 8. Wayobut S, Wongpiriyotha A. The Relationship Between Health Beliefs Self-efficacy, and Cardiovascular Disease Prevention Behaviors Among Patients with Uncontrolled Hypertension. Thai Nursing Council Journal. 2025;40(2):191–209. (In Thai)
 9. Nupol K, Sonlom K, Naepimai N, Changkaew S. Situation and Factors Associated with the Risk of Diabetes and Hypertension among Myanmar Migrant Workers in Surat Thani Province. 2020 [cited 2025 Jun 9]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5381>. (In Thai)
 10. Thongnueng P, Jaisomkom A. Predictive Factors of Intention to Perform Hypertension Prevention Behaviors among Adults. J Cardiovasc Nurs Thorac. 2019;30(2):49-65. (In Thai)
 11. Wutthitham N. The Role of Nurses in Promoting Blood Pressure Control in Hypertensive Patients. Payaban Sar. 2019;46(4):173-182. (In Thai)
 12. Panittanan Pornmodum. Motivation concepts in disease management: Care of Elderly Hypertensive Patients in the Community. Wachirasarn Karn Payaban. 2022;24(1):110-122. (In Thai)
 13. Akarathonpon Prisana, Uam-or Thomakorn, Khlangthamnian Kamonthip, Champates Nopnat, Pujang Direk. Factors Associated with Cardiovascular Risk Levels in Hypertensive Patients at Bangpla Subdistrict Health Promoting Hospital, Bang Phli District, Samut Prakan Province. Journal of Health Science and Wellness. 2024;28(1):92-101. (In Thai)



14. Department of Health Service Support. Manual for Health Care Based on the 3A 2S Principles for Health Leaders. 2023. Available from:
https://hed.hss.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/05/%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B8%B9%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E%E0%B8%95%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B8%B1%E0%B8%81-3%E0%B8%AD.2%E0%B8%AA%E0%B8%AA%E0%B8%B3%E0%B8%AB%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B9%81%E0%B8%81%E0%B8%99%E0%B8%99%E0%B8%B3%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%B8%9E.pdf?utm_source=chatgpt.com
15. Announcement on the List of Medicines and Diagnostic Substances for Professional Nurses and Nurse Practitioners in Primary Care, B.E. 2565 (2022). Royal Thai Government Gazette. 2022 Oct 31; Vol. 139, Special Issue 257 Ng, p. 36.
16. Nursing and Midwifery Council of Thailand. Announcement on the List of Drugs and Diagnostic Agents for Registered Nurses and Nurse Practitioners in Primary Care (B.E. 2565). Royal Thai Government Gazette 139(Special):257 Ng, 2022 Oct 31.
17. Scope and Competencies of Advanced Practice Nurses in Various Specialties (Community Nurse Practitioner). Royal Thai Government Gazette. 2009 Jan 30; Vol. 126, Special Issue 16 Ng: 29-33.
18. Department of Health Service Support. Regulations of the Ministry of Public Health on Village Health Volunteers B.E. 2554 (2011) together with related regulations concerning Village Health Volunteers. Office of Printing Affairs, War Veterans Organization; 2014.
19. Siriprowut N. Health Literacy and its Association with Health Behaviors among Individuals at Risk for Hypertension at Nam Aang Health Promoting Hospital, Tron District, Uttaradit Province. Northern Journal of Science and Technology. 2024;5(3):52–64.



20. Kukong P, Eamnirund T, Thongprayoon C, Bunsiriphan M. Health Communication Competence of Village Health Volunteers in Khon Kaen Province. *Humanities and Social Sciences Journal*. 2015;21(2):187–97
21. Watanakhun S, Chidnaya S, Saezaw P, Triya D, Panwarin S, Nithirat P. Rational Drug use Health Literacy of Village Health Volunteers. *Boromarajonani College of Nursing Uttaradit Journal*. 2020;12(2):72–82.
22. Praneet Jongpanimit. Risk Management in the Use of High-risk Drugs among Nursing Students. *J Praboromarajchanok Inst Chanthaburi Nurs*. 2018;29(1):204-14. (In Thai)



แนวทางการส่งเสริมความรู้เพื่อป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่ม

เกษตรกร: บทบาทพยาบาลเชิงรุก

ปิยาภรณ์ เพ็ญประไพ*, รัตนากร เจริญกุล**

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการผลิตทางการเกษตรและเพิ่มรายได้ให้กับครัวเรือนของประชาชน ส่งผลให้เกษตรกรเกิดปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มเกษตรกรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เนื่องจากเป็นผู้ใช้และสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทางการเกษตรโดยตรง สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแบ่งเป็น สารกำจัดแมลง สารกำจัดหนูและสัตว์ฟันแทะ สารกำจัดวัชพืช และสารกำจัดเชื้อรา พิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช แบ่งเป็นพิษเฉียบพลัน และพิษเรื้อรัง โดยพิษเฉียบพลันมีอาการเล็กน้อยจากการระคายเคืองระบบทางเดินหายใจ ผิวหนัง ไปจนถึงอาการรุนแรงทำให้ระบบหายใจล้มเหลวจนถึงเสียชีวิต นอกจากนี้พิษเรื้อรังอาจก่อให้เกิดความผิดปกติทางพันธุกรรม ส่งผลกระทบต่อระบบสืบพันธุ์ การก่อโรคมะเร็ง พยาบาลทำหน้าที่ในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของเกษตรกร โดยเฉพาะการให้ความรู้ในการป้องกันพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้องในเรื่องการเลือกใช้ การเตรียม และการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช รวมทั้งการเก็บรักษาและการทำลายภาชนะ การปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อได้รับสารพิษ และการส่งต่อการรักษากรณีที่เกิดการเจ็บป่วยรุนแรง นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการสร้างความตระหนักรู้ และให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่เกษตรกร การเสนอทางเลือกในการเลือกใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จะช่วยลดโอกาสเจ็บป่วยจากพิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และเสริมสร้างความปลอดภัยด้านสุขภาพให้กับเกษตรกร

คำสำคัญ: แนวทางการส่งเสริมความรู้ ป้องกัน อันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เกษตรกร บทบาทพยาบาลเชิงรุก

* อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** Corresponding author; email: ratanakhorn.chareonkul@crc.ac.th



Guidelines for Health Education for Farmers to Prevent Hazards and Poisoning from Pesticides: Proactive Role of Nurses

Piyaporn Penprapai*, Ratanakhorn Chareonkul**

Abstract

Thailand has continuously increased the importation of pesticides to promote agricultural production and enhance household income. This trend has led to health problems among farmers, especially those at high risk of pesticide poisoning due to their direct use of agricultural pesticides. Pesticides are classified into insecticides, rodenticides, herbicides, and fungicides. The toxic effects of pesticides are divided into acute and chronic poisons. Acute toxicity may cause symptoms ranging from mild respiratory or skin irritation to severe respiratory failure and death. In addition, Chronic toxicity may result in genetic abnormalities, reproductive disorders, and the development of cancer. Nurses play a vital role in promoting, preventing, treating, and rehabilitating the health of farmers, particularly through health education to prevent pesticide poisoning. This includes providing accurate knowledge about pesticide selection and preparation, appropriate use of personal protective equipment before, during, and after pesticide application, safe storage and disposal of pesticide containers, basic first aid for pesticide exposure, and referral for medical treatment in severe cases. In addition, nurses are essential in raising awareness and offering correct guidance to farmers. Recommending safer alternatives to chemical pesticides can reduce the incidence of pesticide-related illnesses and enhance overall health safety among farmers.

Keywords: Guidelines for Health Education, Prevent, Hazards and Poisoning from Pesticides, Farmers, Proactive Role of Nurses

* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Corresponding author; email: ratanakhorn.chareonkul@crc.ac.th



บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากต่างประเทศเพิ่มขึ้น เพื่อเพิ่มผลผลิตและรายได้ให้กับครัวเรือนของประชาชนไทย จากข้อมูลของกรมวิชาการเกษตรมีการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตรจาก 53 ประเทศ จำนวน 113,665,494.70 กิโลกรัม (254 รายการ) ในปี พ.ศ.2565 เพิ่มขึ้นเป็น 140,861,417.64 กิโลกรัม (262 รายการ) ในปีพ.ศ. 2566^{1,2} ทั้งนี้ จากการที่ต้องเพิ่มผลผลิตทางการเกษตร เกษตรกรจึงต้องใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากขึ้น ส่งผลให้มีเกษตรกรที่เจ็บป่วยด้วยพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทุกชนิด จำนวน 6,079 คน คิดเป็นอัตราป่วย 12.95 ต่อแสนประชากร จากการมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่เหมาะสมของเกษตรกร เช่น รับประทานอาหาร หรือดื่มน้ำระหว่างฉีดพ่นสาร ส่งผลให้ป่วยด้วยโรคพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 2,956 คน คิดเป็นอัตราป่วย 6.3 ต่อแสนประชากร³ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่นำเข้ามาและใช้อย่างแพร่หลาย แบ่งได้เป็น 1) สารกำจัดแมลง ได้แก่ กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตหรือกลุ่มคาร์บาเมต กลุ่มออร์กาโนคลอรีน กลุ่มไพรีทรอยด์ 2) สารกำจัดหนู ได้แก่ สังกะสีฟอสไฟด์ 3) สารกำจัดวัชพืช ได้แก่ สารกลุ่มพาราควอต และไกลโฟเสต และ 4) สารกำจัดเชื้อรา ได้แก่ เอทิวลิน บิส ไตทริโอคาบาเมต และเบนโซอิมิดาโซล สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเหล่านี้มีผลต่อร่างกายมนุษย์ จากการตรวจหาสารเคมีในเลือดของประชาชน พบว่ามีประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยในกลุ่มเกษตรกร กลุ่มประชาชนทั่วไป และกลุ่มนักศึกษา พบร้อยละ 57.97, 56.68 และ 56.58 ตามลำดับ⁴ พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาททั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพแก่เกษตรกรและประชาชนทั่วไป การป้องกันการเจ็บป่วยหรือการได้รับอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เกษตรกรจะเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงในการได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างต่อเนื่องในการประกอบอาชีพ บทความฉบับนี้เป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่เกษตรกรเพื่อป้องกันการได้รับอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตามบทบาทของพยาบาล บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้เชิงรุกโดยการสังเคราะห์องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างความตระหนักรู้และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันอันตรายและพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตามบทบาทของพยาบาล

ความหมายและการจำแนกประเภทของศัตรูพืช (pest) และสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (pesticides)

คำว่า “Pest” มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน “Pestis” แปลว่า โรคระบาด หรือ โรคติดต่อมีอันตรายต่อสุขภาพของมนุษย์และสัตว์เลี้ยง เช่น วัชพืช อาจจำแนกศัตรูพืชได้หลายประเภทตามความสามารถที่จะก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจ เช่น ศัตรูพืชหลัก (key pest) มีความรุนแรงและเป็นภัยคุกคามต่อพืชผลในระยะยาว การพ่นสารเคมีจะช่วยลดจำนวนได้เพียงชั่วคราว ศัตรูพืชสำคัญ (major pest) การพ่นสารเคมีอย่างทันท่วงทีและต่อเนื่องจะป้องกันความเสียหายได้ ศัตรูพืช



รอง (minor pest) การพ่นสารเคมีเพียงครั้งเดียวจะป้องกันความเสียหายได้ ศัตรูพืชประจำ (regular pest) จะเข้าทำลายพืชผลภายในช่วงระยะเวลาการเจริญเติบโตของพืช ศัตรูพืชตามฤดูกาล (seasonal pest) เป็นการระบาดในช่วงฤดูกาลใดฤดูกาลหนึ่งของทุกปี ศัตรูพืชที่พบเป็นครั้งคราว (occasional pest) บางครั้งการเพิ่มจำนวนจะก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจเมื่อได้รับผลกระทบจากสภาพอากาศที่ผิดปกติหรือใช้สารกำจัดแมลงอย่างไม่เหมาะสม เป็นต้น⁵ ทั้งนี้ วิธีการกำจัดศัตรูพืชมีหลายวิธี ได้แก่ วิธีเกษตรกรรม วิธีธรรมชาติ วิธีกล วิธีฟิสิกส์ และการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การผสมผสานวิธีการกำจัดศัตรูพืช⁶ ได้แก่ วิธีเกษตรกรรม เช่น การปลูกพืชให้เหมาะสมกับช่วงเวลาเพื่อหลีกเลี่ยงการทำลายจากศัตรูพืช วิธีธรรมชาติ เช่น ใช้ตัวห้ำ ตัวเบียน จุลินทรีย์ กำจัดแมลง นกแสมกำจัดหนู วิธีกล เช่น ใช้น้ำ ตาข่าย กาวดัก ห่อผล ป้องกันแมลง วิธีฟิสิกส์ เช่น ใช้หลอดไฟล่อจับแมลง และการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จะช่วยลดความเสียหายต่อพืชผลได้ดีกว่าใช้วิธีเดียว

กรมส่งเสริมการเกษตรระบุความหมายของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชไว้ว่า หมายถึง สารหรือส่วนผสมของสารใดๆ ที่ใช้เพื่อการป้องกันทำลาย หรือ ควบคุมศัตรูพืช รวมทั้งพืชหรือสัตว์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายในระหว่างกระบวนการผลิต การเก็บรักษา การขนส่ง และการจำหน่ายอาหาร ผลิตผลทางการเกษตรรวมถึงสารที่ทำให้ใบแห้ง สารที่ทำให้ผลร่วงก่อนการเจริญเติบโตเต็มที่ และสารที่ใช้กับพืชไม่ว่าจะเป็นก่อนหรือหลังการเก็บเกี่ยวเพื่อป้องกันกำจัดศัตรูพืชไม่ให้ทำลายผลิตผลในระหว่างกระบวนการเก็บรักษาหรือขนส่ง⁶

สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นวัตถุอันตรายที่ใช้ในการเกษตร จัดเป็นเคมีภัณฑ์หรือสิ่งอันตรายใดที่อาจทำให้เกิดอันตรายแก่บุคคล สัตว์ พืช ทรัพย์สิน หรือ สิ่งแวดล้อมตามพระราชบัญญัติวัตถุอันตราย⁶ กรมวิชาการเกษตร กรมโรงงานอุตสาหกรรม กรมประมง กรมปศุสัตว์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกรมธุรกิจพลังงาน ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันกำกับดูแล กรมวิชาการเกษตรมีหน้าที่บริหารจัดการควบคุมการผลิต นำเข้า ส่งออก และการครอบครอง เพื่อให้เกษตรกรได้รับประโยชน์จากการใช้สารกำจัดศัตรูพืชที่มีคุณภาพตรงตามชนิดของพืชและศัตรูพืช ลดต้นทุนการผลิต ลดความเสียหายที่เกิดจากศัตรูพืช และควบคุมผู้ประกอบการ ลดปัญหาการเฝ้าระวังเอเปรียบในทางการค้า⁷ การจำแนกประเภทของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช หากใช้เกณฑ์ตามชนิดของศัตรูพืชที่ต้องการกำจัดจะแบ่งเป็น 4 ชนิด ได้แก่ สารป้องกันกำจัดแมลง สารป้องกันกำจัดเชื้อรา สารกำจัดหนูและสัตว์ฟันแทะอื่นๆ ดังตารางที่ 1 หากใช้เกณฑ์ตามความเป็นพิษต่อสิ่งมีชีวิต จะแบ่งเป็น 5 ชนิด ได้แก่ กลุ่มที่ไม่มีแนวโน้มทำให้เกิดพิษเฉียบพลัน กลุ่มที่มีความเป็นพิษเล็กน้อย กลุ่มที่มีความเป็นพิษปานกลาง กลุ่มที่มีความเป็นพิษสูง และ กลุ่มที่มีความเป็นพิษสูงสุด ดังตารางที่ 2 ซึ่งสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในบทความนี้จะหมายถึงสารเคมีกำจัดศัตรูพืชชนิดสังเคราะห์อินทรีย์ (Inorganic synthetic pesticide)⁸



สารกำจัดศัตรูพืชสามารถจำแนกประเภทโดยใช้เกณฑ์ต่างๆ ดังตัวอย่างในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 สารกำจัดศัตรูพืชจำแนกตามชนิดของศัตรูพืชที่ต้องการกำจัด (types of pests)⁷

ลำดับ	กลุ่ม		ตัวอย่างสารกำจัดศัตรูพืชที่ใช้บ่อย
1	สารป้องกันกำจัดแมลง	(insecticides)	กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตหรือกลุ่มคาร์บาเมต กลุ่มออร์กาโนคลอรีน กลุ่มไพรีทรอยด์
2	สารป้องกันกำจัดเชื้อรา	(fungicides)	เอทิวลิน บิส ไตทริโอคาบาเมต และเบนไซไมดาโซล
3	สารกำจัดหนูและสัตว์ฟันแทะอื่นๆ	(rodenticides)	สังกะสีฟอสไฟด์
4	สารกำจัดวัชพืช	(herbicides)	สารกลุ่มพาราควอต ไกลิโฟเสต

ที่มา: ดัดแปลงจาก กรมส่งเสริมการเกษตร (2563) พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย (2535)^{6,7}

หมายเหตุ ประกาศในราชกิจจานุเบกษาของกระทรวงอุตสาหกรรมให้มีการยกเลิกสารควบคุม 5 รายการ ได้แก่ พาราควอต, พาราควอตไดคลอไรด์, พาราควอตไดคลอไรด์ [บิส (เมทิลซัลเฟต)] และคลอร์ไพริฟอส, คลอร์ไพริฟอสเมทิล⁶

ตารางที่ 2 สารกำจัดศัตรูพืชจำแนกตามความเป็นพิษต่อสิ่งมีชีวิต (hazard)³

ลำดับ	เกณฑ์ที่ใช้	กลุ่ม (class)		สารกำจัดศัตรูพืชที่ใช้บ่อย
	ความเป็นอันตรายและพิษต่อสิ่งมีชีวิต			
1	LD50 for rat < 5 mg/kg body weight (oral) < 50 mg/kg body weight (dermal)	Ia ความเป็นพิษสูงสุด	Extremely hazardous	-
2	LD50 for rat 5-50 mg/kg body weight (oral)	Ib ความเป็นพิษสูง	Highly hazardous	-



ลำดับ	เกณฑ์ที่ใช้	กลุ่ม (class)		สารกำจัดศัตรูพืชที่ใช้บ่อย
	ความเป็นอันตรายและพิษต่อสิ่งมีชีวิต			
	50-200 mg/kg body weight (dermal)			
3	LD50 for rat 50-2,000 mg/kg body weight (oral) 200-2,000 mg/kg body weight (dermal)	II ความเป็นพิษปานกลาง	Moderately hazardous	ออร์กาโนคลอรีน ออร์กาโนฟอสเฟตหรือคาร์บาเมต
4	LD50 for rat > 2,000 mg/kg body weight (oral & dermal)	III ความเป็นพิษเล็กน้อย	Slightly hazardous	ไพรีทรอยด์ ไกลโฟเสต
5	≥ 5,000 mg/kg body weight (oral & dermal)	U ไม่มีแนวโน้มทำให้เกิดพิษเฉียบพลัน	Unlikely to present acute hazard	ไกลโฟเสต

ที่มา: ดัดแปลงจาก World Health Organization (WHO, 2019)⁹

ถึงแม้การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจะมีประโยชน์ในการลดความเสียหายต่อผลผลิตทางการเกษตร แต่ขณะเดียวกันก็มีอันตรายและเป็นพิษต่อสิ่งมีชีวิตทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น เกิด การตกค้างในพืชผักผลไม้ ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม เช่น ดิน น้ำ อากาศ นอกจากนี้การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในปริมาณที่มากและเป็นระยะเวลายาวนาน จะทำให้ศัตรูพืชมีการปรับตัวทางพันธุกรรมสร้างความต้านทานต่อสารเคมี ทำให้การกำจัดหรือควบคุมศัตรูพืชนั้นๆ ทำได้ยาก

อันตรายและพิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อสุขภาพของเกษตรกร

อันตราย หมายถึง การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนพิษหมายถึงความสามารถของสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชชนิดนั้นๆ ที่จะก่อให้เกิดอันตรายหรือบาดเจ็บต่อเป้าหมาย วัดด้วยค่า LD50 ซึ่งหมายถึงปริมาณสารเคมีบริสุทธิ์ที่ทำให้สัตว์ทดลองตายร้อยละ 50¹⁰ การเกิดพิษในมนุษย์มีทั้งพิษเฉียบพลัน (acute toxicity) และเรื้อรัง (chronic toxicity) ต่างกันตรงระยะเวลาของการเกิดอาการ ซึ่งพิษเฉียบพลันจะแสดงอาการทันทีที่ได้รับพิษเพียงครั้งเดียว ส่วนพิษเรื้อรังจะมีการได้รับพิษครั้งละไม่มาก แต่ได้รับหลายครั้งเป็นระยะเวลานานจึงจะแสดงอาการ¹⁰ พิษ



เฉียบพลันส่วนใหญ่จะทำให้เกิดอาการระคายเคืองตา แสบตา ตาอักเสบ เกิดแผลที่กระจกตา ผิวหนังเป็นผื่นแดง แสบร้อน แสบคอ แสบจมูก ไอ แน่นหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ปวดศีรษะ มึนงง เหนื่อย เหน็ดเหนื่อย เหน็ดเหนื่อย ตับอักเสบ ปอดอักเสบ แผลในปอด หายใจเหนื่อยหอบ ระบบหายใจล้มเหลว และเสียชีวิต ส่วนพิษเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดกับระบบประสาท ระบบทางเดินอาหาร ระบบหัวใจและหลอดเลือด การสร้างเม็ดเลือด ตับอักเสบ ไตวาย อาจทำให้เกิดการกลายพันธุ์หรือสารก่อมะเร็ง และทารกในครรภ์² ตัวอย่างของพิษเรื้อรัง เช่น โกลโฟสเตตจะทำให้เป็นหมัน เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ อัมพฤกษ์ อัมพาต มะเร็ง พาร์กินสัน ทำลายระบบประสาท เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Non-Hodkin's lymphoma สำหรับทางที่สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจะเข้าสู่ร่างกายของเกษตรกรมีอยู่ 3 ทาง ได้แก่ ทางปาก ทางระบบหายใจ และทางผิวหนัง¹¹ ทางปาก เช่น บริโภคผลิตภัณฑ์เกษตรที่มีสารเคมีตกค้าง ดื่มน้ำ รับประทานอาหารหรือขนมในช่วงเวลาที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทางระบบหายใจ เช่น ไม่สวมอุปกรณ์ปกป้องระบบทางเดินหายใจหรือใช้ไม่ถูกต้อง สูบบุหรี่ในช่วงเวลาที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทางผิวหนัง เช่น สวมเสื้อผ้าและกางเกงขาสั้น ไม่สวมใส่ชุดหรืออุปกรณ์ป้องกันตนเองขณะสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมนุษย์ มี 4 กลุ่ม³ ดังนี้

1. สารกำจัดแมลง

1.1 กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต และคาร์บาเมต ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ Acetylcholinesterase (AChE) ที่ทำหน้าที่สลายสารสื่อประสาท (neurotransmitter) คือ Acetylcholine (ACh) ทำให้การกำจัด ACh บกพร่องทำให้เกิดการค้างของ ACh บริเวณจุดประสานประสาท (synapse) ต่างๆ ที่สำคัญได้แก่ muscarinic receptor ทำให้เกิดกลุ่มอาการที่เรียกว่า “muscarinic cholinergic toxidrome” มีคำย่อของอาการคือ “DUMBBELS” ได้แก่ การถ่ายอุจจาระ (defecation) urination (การถ่ายปัสสาวะ) miosis (รูม่านตาหดตัวเล็ก) bronchospasm (หลอดลมหดเกร็ง) bronchorrhea (มีเสมหะมากในหลอดลม) bradycardia (หัวใจเต้นช้า) emesis (อาเจียน) lacrimation (น้ำตาไหล) และ salivation (น้ำลายไหล)¹⁰ หรือกลุ่มอาการ “SLUDGE” ได้แก่ salivation, lacrimation, urination ท้องร่วง (diarrhea) ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal distress) และ emesis¹¹ นอกจากนี้ทำให้มีการค้างของ ACh ที่ nicotinic receptor ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง และกล้ามเนื้อสั่นพลิ้ว (muscle fasciculation) รวมทั้งมีผลต่อ ACh receptor ที่ระบบประสาทส่วนกลาง มีการกระตุ้นทำให้เกิดการชัก ชี้น หดสติ ออร์กาโนฟอสเฟตออกฤทธิ์กว้าง (broad spectrum) ใช้กำจัดแมลงได้หลากหลาย แมลงจะมีพัฒนาการต่อต้านฤทธิ์ของยาอย่างช้าๆ สลายตัวเป็นอันตรายต่อสิ่งแวดล้อมเล็กน้อย¹¹ พิษของออร์กาโนฟอสเฟตจะมีการยับยั้ง AChE แบบไม่ถาวร (irreversible inhibition) อาการแสดงจะเกิดภายใน 24 ชม.แรก หากได้รับพิษร้ายแรงจะเกิดอาการแสดงภายใน 5 นาที บางชนิดอาจล่าช้าออกไปถึง 4 วัน



ส่วนพิษของคาร์บาเมตจะมีการยับยั้ง AChE แบบผกผัน (reversible inhibition) พิษจึงมีอยู่ในเวลาประมาณ 1-2 วัน⁴ พิษของคาร์บาเมตจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันผิดปกติ เช่น มะเร็ง โรค autoimmune และปฏิกิริยาภูมิไวเกิน⁸

1.2 กลุ่มไพรีทรอยด์ ขัดขวางเซลล์ประสาทในสมอง sodium channel มีผลทำให้เซลล์ประสาทอยู่ในภาวะHyperexcitability ขัดขวางการทำงานของ sodium channel ที่เยื่อหุ้มหัวใจ นอกจากนี้ ไพรีทรอยด์ ทำให้เกิดภูมิไวเกิน ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หมดสติ รูม่านตาหดตัว น้ำลายออกมาก เนื่องจากมีส่วนประกอบหลายสูตร จึงทำให้เกิดพิษได้หลากหลาย²

1.3 กลุ่มออร์กาโนคลอรีน ละลายได้ดีในไขมัน ส่วนใหญ่ถูกเปลี่ยนแปลงผ่านตับ ซึ่งออร์กาโนคลอรีน มีผลต่อระบบประสาท โดยรบกวน รีโพลีเซชัน ทำให้ ดีโพลีไลเซชันยาวนานขึ้น ทำให้เกิดอาการชักและชักซ้ำหลายครั้ง⁴

2. สารกำจัดหนูและสัตว์ฟันแทะอื่นๆ ได้แก่

2.1 ซิงค์ฟอสไฟต์ (Zn3P2) เป็นสารกำจัดหนูและสัตว์ฟันแทะประเภทสัตว์อนินทรีย์ เมื่อถูกความชื้นจะสลายตัวช้าๆ ได้สารฟอสฟีน การหายใจออกฟอสฟีนจะทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ระบายน้ำ ส่วนมาก แสบคอ ไอ ระคายเคืองทางเดินหายใจรุนแรง แน่นอก หายใจลำบาก

2.2 อาเซนิคออกไซด์ เป็นสารกำจัดหนูและสัตว์ฟันแทะประเภทอนินทรีย์ หากสัมผัสผิวหนังหรือตาทำให้เกิดการระคายเคือง

3. สารเคมีกำจัดวัชพืช (Herbicide) ได้แก่

3.1 พาราควอต มีฤทธิ์กัดกร่อน พิษสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ทาง 3 ช่องทางหลัก ได้แก่ ทางปาก โดยการรับประทาน สารจะถูกดูดซึมเข้าสู่ทางเดินอาหารได้อย่างรวดเร็ว ทางระบบหายใจ จะทำให้เกิดอาการแสบจมูก ไอพิษจะเข้าสู่ปอดเกิดอาการแน่นหน้าอก และทางผิวหนัง ถ้าถูกผิวหนังอาจระคายเคือง เกิดการอักเสบเป็นผื่นแดง แสบร้อนที่ผิวหนัง และทำให้เกิดแผลได้ สารสามารถเข้าทางผิวหนังที่เป็นแผล หากถูกดวงตาอาจระคายเคือง มีอาการแสบตา ตาอักเสบ เกิดแผลที่กระจกตา หากได้รับพิษรุนแรงอาจเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน⁴

3.2 กลุ่มไกลโฟเซต⁴ พิษเกิดจากเกลือซึ่งเป็นส่วนประกอบของไกลโฟเซต ส่งผลให้มีความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้า การทำงานของเวนทริเคิลลดลง หากสัมผัสดวงตาจะเกิดการระคายเคือง แสบตา ผิวหนังบริเวณที่สัมผัสเป็นผื่นแดง อาจมีตุ่มน้ำและแตกเป็นแผลได้ หากสัมผัสทางการหายใจ จะเกิดอาการแสบคอ แสบจมูก ไอ แน่นหน้าอก ในรายที่ได้รับพิษร้ายแรงจะมีภาวะเลือดเป็นกรด หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เกิดตับอักเสบ ไตวาย เกิดน้ำท่วมปอด ปอดอักเสบ ระบบหายใจล้มเหลว ชัก หมดสติ และเสียชีวิตในที่สุด⁴



4. สารป้องกันเชื้อรา ได้แก่

4.1 Ethylene bis dithiocarbamates หากสัมผัสทางผิวหนังจะมีอาการระคายเคืองบริเวณที่สัมผัส เกิดผิวหนังอักเสบ ระคายเคืองตา หากหายใจเอาสารนี้เข้าไปจะทำให้ระคายเคืองจมูกและระคายเคืองคอ หากรับประทานจะทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะอ่อนแรง คลื่นไส้ ชัก หมดสติ²

4.2 Benzimidazole เช่น คาร์เบนดาร์ซิม หากสัมผัสทางผิวหนังจะมีอาการระคายเคืองบริเวณที่สัมผัส เกิดผิวหนังอักเสบ มีอาการระคายเคืองตา หายใจเอาสารนี้เข้าไปจะทำให้เกิดอาการระคายเคืองจมูก ระคายเคืองคอ ระคายเคืองทางเดินอาหาร สารนี้อาจก่อให้เกิดความผิดปกติต่อพันธุกรรม อาจเกิดอันตรายต่อการเจริญพันธุ์ และทารกในครรภ์⁴

ผู้มีอาชีพเกษตรกรมีโอกาสเจ็บป่วยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้ โดยที่ความรุนแรงอาจแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความเป็นพิษของสาร ปริมาณที่ได้รับ ทางที่เข้าสู่ร่างกาย การดูดซึมและการขับสารออกจากร่างกาย และการตัดสินใจที่จะใช้หรือไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองรวมทั้งพฤติกรรม การป้องกันพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

พฤติกรรมในการป้องกันพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรไทย

สถานการณ์การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในปัจจุบันยังมีปริมาณการใช้แพร่หลายโดยรัฐบาลมีการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้น ร้อยละ 30 ในช่วงปี พ.ศ. 2563 ถึงปี พ.ศ. 2567¹² สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเหล่านี้ อาจก่อให้เกิดผลกระทบกับร่างกายมนุษย์ ได้แก่ เวียนศีรษะ ปวดศีรษะคันตา น้ำตาไหล น้ำมูกไหล ตาอักเสบ หัวใจเต้นเร็ว และเลือดกำเดาไหล กล้ามเนื้อกระตุก ชัก¹³ ซึ่งควรให้เกษตรกรและประชาชนทั่วไปทราบถึงพฤติกรรมในการป้องกันพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชดังต่อไปนี้ พฤติกรรมในการป้องกันพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรไทย มีทั้งพฤติกรรมที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง พฤติกรรมที่ถูกต้อง เช่น การเลือกใช้สารเคมีตามความจำเป็น การอ่านฉลากคำแนะนำงานเข้าใจและปฏิบัติตามที่ฉลากกำหนดอย่างเคร่งครัด การตรวจสอบอุปกรณ์ก่อนใช้งาน การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล ได้แก่ ผ้าหรือหน้ากากปิดปากและจมูก ถุงมือยาวถึงข้อศอก ไม่สูดหรือสูดกลิ่นควันผสมสารเคมี ขณะผสมสารเคมี เกษตรกรอยู่ตำแหน่งเหนือลมหรือที่โล่งแจ้ง การพ่นสารเคมี มีการสวมถุงมืออย่าง ใช้หน้ากากปิดปากและจมูก³ ส่วนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น รับประทานอาหารและดื่มน้ำขณะใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช¹⁴ จากพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชดังกล่าวนี้ อาจส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วย ดังนั้น ควรให้เกษตรกรได้มีแนวทางในการป้องกันตนเองขณะเตรียมสารเคมี ผิดพันสารเคมีและหลังการใช้สารเคมี เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ไม่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วย



แนวทางการให้ความรู้เพื่อป้องกันอันตรายจากพิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีต่อเกษตรกรตามบทบาทเชิงรุกของพยาบาล

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีหลากหลายบทบาท ได้แก่ 1) ผู้ดูแล (care provider) ให้การดูแลแบบผสมผสานทั้งบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน 2) ผู้ให้ความรู้ (educator) เพื่อให้ประชาชนนำไปใช้ในการดูแลได้ทั้ง บุคคล กลุ่มคน 3) ผู้พิทักษ์ผลประโยชน์ (advocate role) เพื่อให้ข้อมูลข่าวสาร หรือทางเลือกในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรืออาจใช้วิถีทางธรรมชาติ 4) ผู้จัดการ (manager role) จัดระบบบริการสุขภาพในชุมชน ประเมินปัญหาและความต้องการในชุมชน 5) ผู้ประสานงาน (collaborator role) ปฏิบัติงานร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อเข้าไปดูแลในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 6) ผู้นำ (leader role) พัฒนาสุขภาพประชาชน และจัดตั้งองค์กรในชุมชนเพื่อแก้ปัญหาเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และ 7) ผู้วิจัย (researcher role) ค้นคว้าหาความรู้อย่างเป็นระบบเพื่อนำผลมาแก้ปัญหา¹⁵ ซึ่งบทความนี้จะกล่าวถึงเฉพาะบทบาทผู้ให้ความรู้ โดยสามารถให้ความรู้ในวิธีการต่างๆ เช่น บรรยาย สาธิต บทบาทสมมติ ศูนย์การเรียนรู้ เป็นต้น สามารถให้ความรู้เพื่อป้องกันพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแก่ประชากรในชุมชนทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม ดังต่อไปนี้

1. การให้ความรู้สามารถกระทำได้ทั้งรายบุคคลและ/หรือรายกลุ่ม ในสถานพยาบาล และ/หรือในชุมชน

2. เนื้อหาการให้ความรู้ ได้แก่ เอกสารทางวิชาการของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานภายใต้กำกับของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงสาธารณสุข งานวิจัยของสำนักวิจัยพัฒนาการอารักขาพืช คู่มือสำหรับเกษตรกรและอาสาสมัครประจำหมู่บ้านของกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

3. เนื้อหาการให้ความรู้ควรครอบคลุมเกี่ยวกับคำแนะนำการป้องกันกำจัดแมลง สัตว์ศัตรูพืชอย่างปลอดภัย เนื้อหาความรู้ควรมุ่งเน้นให้เกษตรกรอ่านฉลากของสารกำจัดศัตรูพืช ทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด เน้นการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองที่ถูกต้องเพื่อไม่ให้มีช่องทางในการรับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกาย ได้แก่ ทางลมหายใจ ทางผิวหนัง ปากและดวงตา อวัยวะสืบพันธุ์

4. การให้ความรู้ควรเน้นย้ำประเด็นสำคัญในการใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเอง เช่น ชุดป้องกันอันตรายที่ปกคลุมทุกส่วนของร่างกาย (coverall)⁹ การสวมเสื้อแขนยาวและกางเกงขายาวมีความมิดชิด ทำด้วยวัสดุกันซึม¹⁰ ถุงมือที่สามารถป้องกันตัวทำลายที่ผสมในสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช เช่น ถุงมือทำจากพลาสติกผสมยาง รองเท้าหุ้มข้อ เลือกให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ เช่น นาข้าว ควรเลือกใช้รองเท้าหุ้มข้อสูงครึ่งน่อง เวลาใช้ให้ขากางเกงคลุมไว้ภายนอก ป้องกันไม่ให้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไหลซึมลงภายในรองเท้า อุปกรณ์ปกป้องระบบหายใจ เช่น หน้ากากชนิดใช้แล้วทิ้ง ต้อง



ใช้ชนิดที่มีแผ่นกรอง 2 ชั้น ประกอบด้วยเส้นใยไม้ถักทอเพื่อกรองฝุ่นและละอองของสารเคมี และชั้นกรองคาร์บอนสำหรับกรองไอระเหยของสารเคมี หรือ หน้ากากชนิดเปลี่ยนไส้กรอง ครอบตานิรภัย ผ้ากันเปื้อนที่ทำจากพลาสติก ยาง หรือ โพลีเอทิลีน ปิดด้านหน้าตั้งแต่คอลงไปถึงเข่า หรือ ผ้าพลาสติกคลุมท้องลงถึงหน้าแข้งในการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่พ่นกับพืชที่มีทรงพุ่มหนาที่บ ซึ่งปริมาณสารเคมีจะติดจากส่วนล่างของร่างกายขึ้นมายังส่วนบนของร่างกายตามความสูงของต้นพืช⁹

5. การให้ความรู้ควรเน้นย้ำประเด็นสำคัญในการเก็บรักษาและทำลายภาชนะเตรียมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง การปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อได้รับสารพิษ และการส่งต่อการรักษากรณีที่เกิดการเจ็บป่วยรุนแรง เป็นเนื้อหาการให้ความรู้ที่สำคัญสำหรับเกษตรกรผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ต้องดำเนินการ

6. การให้ความรู้ควรสอดแทรกความรู้เพื่อการลด ละ เลิกใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเสนอแนวทางการควบคุมศัตรูพืชโดยชีววิธี (biological control) โดยใช้สิ่งมีชีวิตที่เป็นศัตรูธรรมชาติที่เป็นองค์ประกอบสำคัญในห่วงโซ่อาหาร เช่น ตัวห้ำ ตัวเบียน เชื้อจุลินทรีย์ที่สกัดจากธรรมชาติ ซึ่งจัดเป็นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชชนิดสังเคราะห์อินทรีย์ (organic synthetic pesticide) ที่เรียกว่า “ชีวภัณฑ์” (bio-pesticides) ร่วมกับวิธีผสมผสาน (integrated pest management: IPM) เช่น วิธีกล วิธีเขตกรรม การใช้สารธรรมชาติจากพืช ร่วมกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จัดการศัตรูพืชให้อยู่ในปริมาณที่ไม่ก่อให้เกิดความเสียหาย⁶

7. คำแนะนำในการให้ความรู้รายกลุ่มส่งผลเชิงบวกต่อ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากพิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช¹⁴ สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนอาจจำแนกเกษตรกรเป็น 2 ประเภท เพื่อเลือกวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมเพื่อป้องกันอันตรายจากพิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่

7.1 กลุ่มเสี่ยงที่เป็นเกษตรกรเยาวชน ไม่จำกัดเพศ เช่น อายุระหว่าง 13-15 ปี แนะนำการให้ความรู้โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) ที่มีกิจกรรม เช่น แสดงละคร วาดรูป เกมส์ เกี่ยวกับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เผยแพร่สื่อที่มีเนื้อหาที่จำเป็น เช่น หนังสือขนาดเล็กที่มีจำนวนหน้าที่ไม่มาก (booklet) โปสเตอร์ (poster) แผ่นพับ (leaflets) จะเพิ่มความตระหนักแก่กลุ่มเป้าหมายและผู้ปกครอง¹⁶

7.2 กลุ่มเสี่ยงที่เป็นเกษตรกรไม่จำกัดเพศ อายุต่ำกว่า 30 ปี และมากกว่า 50 ปี ที่ดูแลเด็กเล็กอายุระหว่าง 6 เดือน - 5 ปี แนะนำการให้ความรู้โดยการบรรยายร่วมกับแจก booklet จะเพิ่มความรู้และพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่บ้าน¹⁷

การให้ความรู้แก่เกษตรกรเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชแบบรายกลุ่มจะให้ผลดีในด้านทัศนคติ พฤติกรรมการใช้สารเคมี โดยในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี และมากกว่า 50 ปี ใช้การบรรยาย ในผู้ที่มีอายุน้อย 13-15 ปี ควรใช้กิจกรรม เช่น การเผยแพร่สื่อ การแสดงละคร การวาดรูป



เกมส์ เป็นต้น ร่วมกับการแจกคู่มือเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมี จะส่งเสริมให้เกษตรกรได้มีความเข้าใจในการป้องกันพิษที่เกิดจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มมากขึ้น

สรุป

เพื่อป้องกันการเกิดการเจ็บป่วยของเกษตรกร พยาบาลวิชาชีพควรให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เนื้อหาการให้ความรู้ควรครอบคลุมเกี่ยวกับคำแนะนำการป้องกันกำจัดแมลง สัตว์ ศัตรูพืชอย่างปลอดภัย และควรมุ่งเน้นให้เกษตรกรอ่านฉลากของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทำความเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด เน้นการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองที่ถูกต้อง การให้ความรู้เป็นได้ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม มีการมอบคู่มือสำหรับเกษตรกรและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เพื่อนำไปอ่านและทำความเข้าใจทุกครั้งก่อนเริ่มใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พยาบาลสามารถวางแผนให้ความรู้ได้หลายรูปแบบเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ เพื่อให้เกษตรกรเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์หากมีความจำเป็นต้องใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืช เพื่อลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคที่เกิดจากพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเพื่อให้เกษตรกรได้มีทางเลือกในการใช้ชีวภัณฑ์และวิธีผสมผสานในการจัดการศัตรูพืช นอกจากนี้ ยังเป็นสิ่งท้าทายสำหรับพยาบาลในการกระตุ้นให้เกษตรกรลด ละ เลิกใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่เป็นพิษต่อมนุษย์อีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Agriculture. Summary of the import of agricultural hazardous substances in 2022. [Internet]. [2022]. [cited 2025 July 30]. Available from: <https://www.doa.go.th/ard/uploads/2023/03>. [in Thai].
2. Department of Agriculture. Summary of the import of agricultural hazardous substances in 2023. [Internet]. [2023]. [cited 2025 July 30]. Available from: <https://www.doa.go.th/ard/uploads/2024/04>. [in Thai].
3. Department of disease control, Ministry of Public Health. Guidelines for monitoring and investigating diseases or symptoms of pesticide poisoning under the occupational and environmental disease control act. [Internet]. [2022]. [cited 2025 July 18]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/5.pdf2565>. [in Thai].



4. Environmental Research and Training Center. Department of Environmental Quality Promotion, Ministry of Natural Resources and Environment. Research report on the development of risk management guidelines for 11 organophosphate pesticides in the upper northern region through participatory research, Year 1: Chiang Rai and Nan Provinces. [Internet]. [2024]. [cited 2025 May 16]. Available from:
<http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER3/DRAWER083/GENERAL/DATA0000/00000961.PDF>. [in Thai]
5. Kumar S, Biswas KS, Shukla P, Jaiswal KJ. What is pest. Categories of pests and causes of pest outbreak. In: Modern aspect of entomology. [Internet]. [2023]. p. 93–102. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/371566283_What_is_Pest_Categories_of_Pests_and_Causes_of_Pest_Outbreak.
6. Department of Agriculture. Academic documents on the correct and safe use of pesticides [Internet]. 2020. [cited 2025 May 18]. Available from:
https://www.doe.go.th/doe_media. [in Thai]
7. Hazardous Substances Act B.E. 2535. Royal Gazette. Volume 109, Part 39:21–43. Announced on 6 April 1992. [Internet]. [1992]. [cited 2025 May 17];109:21-43. Available from: <https://www.diw.go.th/webdiw/law-haz/>. [in Thai]
8. Sineha P. Pesticide Laws in Thailand. Legal State Journal. [Internet]. [2023]. [cited 2025 May 17];1(3):1-12. Available from: <http://so05.tci-thaijo.org/index.php/phdssj/article/download/216816/174212>. [in Thai]
9. World Health Organization. The WHO recommended classification of pesticides by hazard and guidelines to classification 2019. [Internet]. [2023]. [cited 2025 July 31]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240005662>



10. Srichantha S, Punwatto P. Academic document recommending safe insect and animal pest prevention and control based on research in 2023. Pest management group/entomology and zoology group, plant protection research and development office, department of agriculture. [Internet]. [2023]. [cited 2025 May 17]. Available from:<https://www.doa.go.th/plprotect/wp-content/uploads/2023/12/.pdf>. [in Thai].
11. Shekhar C., Khosya R., Thaku, K., Mahajan D., Kumar R., Kumar S., Sharma KA. A systematic review of pesticide exposure, associated risks, and long-term human health impacts. Toxicology Report. [Internet]. [2024]. [cited 2025 May 19];24:1-23. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214750024002233>.
12. Office of Plant and Agricultural Materials Control. Hazardous substances. [Internet]. 2567 [cited 2025 May 18]. Available from:
https://www.doa.go.th/ard/?page_id=386. [in Thai]
13. Occupational and Environmental Diseases Division, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Occupational diseases: diseases or important symptoms of pesticide poisoning. [Internet]. [2566]. [cited 2025 May 17]. Available from:
<http://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1483320231009051417.pdf>. [in Thai]
14. Thiamson K, Mekrungrongwong S. Factors Predicting Self-Prevention Behaviors on Pesticide Use among Watermelon Farmers in Wang Sai Phun District, Phichit Province. Journal of Nursing and Health Science Research; [Internet]. [2022]. [cited 2025 May 17];14(2):190-206. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/unc%20article%20view>. [in Thai]
15. Tuanrat W, Aungwattana S, Wongsuwan J. Concepts and Principles of Community Health Nursing. Chiang Mai: Smart Coating and Service Ltd. [2020]. [in Thai]



16. Fathy, EG, Elkarmlawy, EM, Mohamed, HE-K, Yousef FK. Effect of Educational Program on Prevention of Pesticides Hazards among Children Working in Agriculture. American Journal of Nursing Research [Internet]. 2020 [cited 2025 May 16];8:199-210. Available from: <https://www.researchgate.net/profile/Farida-Kamel-2/publication/343581782>
17. Muenchamnan N, Naksen W, Ong-Artborirak P. A Two-Pronged Educational Intervention for Caregivers to Prevent Residential Pesticide Exposure Among Thai Young Children Living in Agricultural Area. J Multidiscip Health [Internet]. 2023 [cited 2024 May 16];15:2339-50. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10439776/>.



ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

สาวิตรี จีระยา*, ปาริชาติ ปัญญา**, พนิดา ชัยวัง*, พัชรารวรรณ แก้วกันทะ***

บทคัดย่อ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว โดยมีสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20.99 ของประชากรไทยทั้งประเทศ ส่งผลให้ปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นภาวะที่อาจนำไปสู่สมองเสื่อมหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งการเกิดความเครียดจะเพิ่มความเสี่ยงของความบกพร่องทางสติปัญญาและภาวะสมองเสื่อม จากความสามารถทางสมองที่เสื่อมลง ทั้งด้านความจำ ด้านการใช้เหตุผล การวางแผน หรือการแก้ไขปัญหา สมาธิจดจ่อ เช่น เสียสมาธิได้ง่าย ด้านภาษา ด้านการรับรู้ทางสายตา ซึ่งความเครียดยังเพิ่มความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล งานวิจัยหลายฉบับรายงานว่าความเครียดมีบทบาทสำคัญต่อการเสื่อมของสมอง โดยเฉพาะระดับคอร์ติซอลที่สูงจากความเครียดเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสมองส่วนฮิปโปแคมปัสที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับ ความจำและการเรียนรู้ รวมทั้งผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องมักใช้รูปแบบการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม เช่น การหลีกเลี่ยงหรือระบายอารมณ์มากกว่าการเผชิญปัญหาโดยตรง เป็นต้น ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ประกอบด้วย 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศหญิง การเป็นหม้าย และการมีโรคเรื้อรัง 2) ปัจจัยทางสรีรวิทยา ได้แก่ คอร์ติซอลในระดับสูงจากความเครียดเรื้อรัง 3) สภาพจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ ความวิตกกังวลจากการสูญเสีย 4) การถูกตีตราทางสังคมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม และ 5) การได้รับสารหรือยาที่มีผลต่อจิตประสาท ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้การรู้คิดบกพร่องดำเนินไปอย่างรวดเร็ว บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง รวมถึงบทบาทของพยาบาลในการประเมิน ส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยชะลอการเสื่อมของสมองและส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะยาว

คำสำคัญ: ความเครียด การเผชิญความเครียด ผู้สูงอายุ การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

* อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** Corresponding author; email: parichat.panya@crc.ac.th

วันที่รับบทความ 26 มิถุนายน 2568 วันที่แก้ไขบทความ 30 กรกฎาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 26 สิงหาคม 2568



Stress and Coping in Older persons with Mild Cognitive Impairment

Sawitri Jeeraya*, Parichat Panya**, Panida Chaiwang*, Patcharawan Kaewkanta***

Abstract

Thailand is rapidly transitioning into an aging society, with individuals aged 60 years and above accounting for 20.99% of the total population. This has resulted in increased attention to health problems, particularly Mild Cognitive Impairment (MCI), which can progress to dementia if not properly managed. Stress has been identified as a factor that increases the risk of cognitive decline and dementia, due to the decline in cognitive functions, including memory, reasoning, planning, problem-solving, attention (such as being very easily distracted), language, and visual depth perception. Numerous studies have indicated that stress plays a significant role in the deterioration of brain function, especially through elevated cortisol levels that affect the hippocampus, which is associated with memory and learning. Furthermore, older persons with Mild Cognitive Impairment often exhibit maladaptive coping strategies, such as avoidance or emotional venting, rather than problem-focused coping. The factors associated with stress and coping among older persons with mild cognitive impairment consist of 5 factors: 1) personal factors (e.g., female gender, widowhood, chronic diseases), 2) physiological factors (e.g., high cortisol levels from chronic stress), 3) psychological and emotional factors (e.g., anxiety from loss), 4) social stigma associated with dementia, and 5) the use of psychoactive substances or medications. These factors collectively accelerate the progression of cognitive decline. This article aims to present content on stress and coping, along with related factors in older persons with mild cognitive impairment. the role of nurses in assessing, promoting, and supporting effective stress coping among the older persons can help delay cognitive decline and improve long-term quality of life.

Keywords: Stress, Coping; Older persons, Mild Cognitive Impairment

* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Corresponding author; email: parichat.panya@crc.ac.th

Received 26 June 2025; Revised 30 July 2025; Accepted 26 August 2025



บทนำ

สถานการณ์การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ซึ่งหมายถึงประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนถึงร้อยละ 20.99¹ การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรศาสตร์ดังกล่าวนำมาสู่ความท้าทายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และการรู้คิด โดยเฉพาะปัญหาความเสื่อมของระบบประสาทส่วนกลางและสมองที่ส่งผลต่อความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ หนึ่งในภาวะที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ คือการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment [MCI]) ในต่างประเทศพบผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ที่มีการรู้คิดบกพร่องถึงร้อยละ 15-20² สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่ามีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 18.6-71.4³ ซึ่งการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเป็นระยะเปลี่ยนผ่านระหว่างภาวะหลงลืมตามวัยกับภาวะสมองเสื่อม และมีความเสี่ยงสูงต่อการนำไปสู่โรคอัลไซเมอร์หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม⁴

การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) เป็นความผิดปกติที่อยู่ระหว่างภาวะสมองเสื่อมกับการหลงลืมตามปกติของผู้สูงอายุ โดยสมองมีการสูญเสียเซลล์ประสาททำให้การทำงานถดถอย โดยความเสื่อมถอยนี้จะดำเนินไปอย่างช้า ๆ ซึ่งจะสามารถสังเกตเห็นความผิดปกติได้เมื่อเซลล์ประสาทในสมองที่มีบทบาทสำคัญในการจดจำข้อมูลต่าง ๆ ถูกทำลายลง ดังนั้นอาการสำคัญของผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะเกี่ยวข้องกับ ความจำ⁴ ความจำที่ลดลงก่อให้เกิดความความยากลำบากทำให้รู้สึกกังวลเกี่ยวกับอนาคตและการสูญเสียความสามารถ มีการถูกลดความสำคัญลง อีกทั้งยังเกิดความอับอายจากภาวะสูญเสียความจำ เพื่อหลีกเลี่ยงความอับอายและความหงุดหงิดเมื่อมีความบกพร่องด้านความจำ จึงมีรูปแบบการเผชิญความเครียด ส่วนใหญ่จะมุ่งไปที่การจัดการกับความหมายของปัญหา หรือการจัดการกับอารมณ์มากกว่ามุ่งจัดการกับปัญหาโดยตรง และใช้การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่พวกเขาคิดว่าไม่สามารถรับมือได้ และการแยกตัวออกจากสังคม ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจึงต้องการเผชิญความเครียดทั้งความเสื่อมถอยด้านการร่างกาย จิตใจ และสังคม⁵

ปัจจุบันมีหลักฐานทางวิชาการจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความเครียดกับการทำงานของสมองในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ซึ่งพบว่าฮอร์โมนความเครียดที่เพิ่มสูงขึ้นสามารถส่งผลต่อสมองส่วนฮิปโปแคมปัส ซึ่งเป็นศูนย์กลางด้านความจำและการเรียนรู้ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลง และอาจเร่งให้การรู้คิดบกพร่องรุนแรงขึ้นจนไปเป็นภาวะสมองเสื่อมได้เร็วยิ่งขึ้น อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะดังกล่าวมักใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม เช่น การหลีกเลี่ยงหรือระบายนอารมณ์ มากกว่าการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้การจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวันไม่เพียงพอและกลายเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดความเสื่อมทางความคิดเร็วขึ้น⁵

จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการทำความเข้าใจกลไกของความเครียดและการเผชิญความเครียด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง เพื่อวางแผนทางการส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในระยะยาว โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลในการเฝ้าระวัง ประเมินภาวะความเครียด และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ไม่เพียงแต่จะช่วยชะลอการเสื่อมของสมอง แต่ยังช่วยส่งเสริมการมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีในผู้สูงอายุอีกด้วย บทบาทของพยาบาลที่มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยเน้นการสังเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลเชิงรุกและบูรณาการ เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

ความเครียดและการเผชิญความเครียด

ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าทางด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด และพฤติกรรม ในภาวะที่กดดัน คุกคาม บีบคั้น เกิดความเสียสมดุลในการดำเนินชีวิต ถ้าบุคคลนั้นสามารถปรับตัวและมีความพึงพอใจ จะเกิดความสมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับความเครียดมีลักษณะที่แตกต่างกันไปตามแนวคิดของนักทฤษฎี

1. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด

แนวคิดของความเครียดตามมุมมองของนักทฤษฎี มีรายละเอียดดังนี้

1.1 Lazarus and Folkman⁷ กล่าวถึงความเครียด (stress) การประเมินตัดสินใจ (appraisal) และการเผชิญความเครียด (coping) โดยบุคคลประเมินเหตุการณ์ว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตน ที่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว ซึ่งเหตุการณ์นั้นจะก่อให้เกิดความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (demands) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (resources) ของบุคคลนั้น ซึ่งการประเมินการตัดสินใจ (cognitive appraisal) เป็นกระบวนการพิจารณาความสำคัญของเหตุการณ์นั้น แบ่งเป็น 3 ลำดับ ดังนี้

1.1.1 การประเมินเหตุการณ์ลำดับปฐมภูมิ (primary appraisal) ประเมินความสำคัญและความรุนแรงของสถานการณ์ที่เข้ามากระทบต่อความผาสุกของบุคคลอย่างไร ซึ่งแบ่งได้ 3 ประเภท คือ ไม่มีกระทบต่อความผาสุก (irrelevant) ให้ประโยชน์แก่ตนเอง (benign positive) และก่อให้เกิดความเครียด (stressful) ได้แก่ เป็นอันตรายหรือสูญเสีย คุกคาม หรือทำลาย

1.1.2 การประเมินเหตุการณ์ลำดับทุติยภูมิ (secondary appraisal) ประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกในการจัดการเหตุการณ์นั้น ๆ มีการประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ ความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยแค่ไหน ขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัย

สถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factors) ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (severity) ลักษณะของเหตุการณ์นั้นไม่สามารถคาดเดาได้ (unexpectedness) และความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ (uncertainness) และปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (personal factors) ได้แก่ ข้อผูกพัน (commitment) และความเชื่อ (belief)

1.1.3 การประเมินซ้ำ (reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคล เมื่อได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่ ซึ่งการประเมินซ้ำนี้เกิดขึ้นตลอดเวลาขณะที่ดำเนินกระบวนการเผชิญความเครียด บุคคลจะประเมินสถานการณ์และผลลัพธ์ของการรับมือกับปัญหาใหม่อีกครั้งอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการเผชิญความเครียดให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

กระบวนการทั้ง 3 ลำดับนี้ทำงานร่วมกันเป็นวงจรต่อเนื่อง ทำให้การตอบสนองต่อความเครียดของแต่ละคนมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับวิธีการประเมินและทรัพยากรที่มีอยู่

1.2 Selye⁸ กล่าวถึงความเครียดเป็นการตอบสนองของร่างกายเมื่อได้รับการคุกคาม โดยสิ่งคุกคามหรือสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (stressors) ทำให้สมดุลของร่างกายเปลี่ยนแปลง มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ และเมื่อร่างกายถูกคุกคามจะมีการตอบสนองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและชีวเคมีของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมต่าง ๆ นี้ เรียกว่า การปรับตัว เพื่อให้ร่างกายปรับเข้าสู่สมดุล เรียกว่า General Adaptation Syndrome (GAS) สามารถแบ่งออกได้ เป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตือน (alarm stage) ร่างกายจะเตรียมพร้อมสำหรับจัดการกับอันตรายแบบอัตโนมัติ เกิดอาการที่เรียกว่า สู้ หรือหนี (fight or flight) ซึ่งควบคุมด้วยฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อและระบบประสาท เช่น Adrenocorticotrophic (ACTH), Antidiuretic Hormone (ADH), Epinephrine และ Norepinephrine ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น ผิวหนังซีดเย็น เกิดแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ ท้องอืด เบื่ออาหาร อาหารไม่ย่อย และนอนไม่หลับ เป็นต้น 2) ระยะต่อต้าน (resistance stage) เป็นระยะที่บุคคลพยายามใช้กลวิธีต่าง ๆ เพื่อปรับตัวต่อสิ่งคุกคามเพื่อให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล และ 3) ระยะหมดกำลัง (exhaustion stage) เป็นระยะที่ร่างกายได้มีการตอบสนองต่อสิ่งคุกคามจนสุดความสามารถ ไม่สามารถตอบสนองได้อีกต่อไป ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ และอ่อนเพลีย เป็นต้น ถ้าร่างกายอยู่ภายใต้ภาวะความเครียดเป็นระยะเวลานาน ในขั้นตอนที่ 2 ร่างกายไม่สามารถรักษาภาวะสมดุลได้ ระบบต่างๆ ในร่างกายจะทำงานหนักอาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยหรือมีการพัฒนาไปสู่โรคซึมเศร้าได้

1.3 กรมสุขภาพจิต⁶ กล่าวว่า ความเครียดเป็นการที่ร่างกายและจิตใจ เกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งซึ่งเกินความสามารถของเรที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจเป็นทุกข์ และเกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรม สาเหตุสำคัญของการเกิดความเครียด คือ 1) สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น ปัญหาการเงิน ปัญหาการงานปัญหาครอบครัว ปัญหาการเรียน

ปัญหาสุขภาพ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการติด ปัญหาความทุกข์ ปัญหาความรัก และปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล เป็นต้น และ 2) การคิดและการประเมินสถานการณ์ของบุคคล ซึ่งคนที่รู้สึกว่าตัวเองมีคนคอยให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา เช่น มีคู่สมรส มีพ่อแม่ ญาติ พี่น้อง มีเพื่อนสนิทที่รักใคร่และไว้วางใจกันได้ ก็จะมี ความเครียดน้อยกว่าคนที่อยู่โดดเดี่ยวตามลำพัง

1.4 Chu et al.⁹ กล่าวว่าความเครียดเป็นการที่ร่างกายหรือทางจิตใจตอบสนองต่อตัวที่ก่อให้เกิดความเครียด (stressors) กระตุ้นแกน Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA) และระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic nervous systems) และมีการหลั่ง Cortisol ที่กระตุ้นให้มีการหลั่ง Catecholamine ยับยั้งอินซูลิน การดึงพลังงานสำรองมาใช้ผ่านกระบวนการสร้างกลูโคส (gluconeogenesis) และสลายไกลโคเจน (glycogenolysis) การยับยั้งการตอบสนองของภูมิคุ้มกันต่อการอักเสบ และการรักษาบาดแผลที่ล่าช้า และฮอร์โมน Aldosterone ที่ควบคุมความดันโลหิตด้วยการกักเก็บโซเดียมและน้ำ

การตอบสนองต่อความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์กับสมอง โดยเฉพาะกลไกของระบบประสาทที่รับผิดชอบในการกระตุ้นปฏิกิริยากับความเครียด ได้แก่ Locus coeruleus, Limbic system, and Hypothalamic ให้มีการหลั่ง Adrenaline และ Serotonin และสมองส่วน Locus coeruleus, Hippocampus, Septal-hippocampal-amygdaloid complexes, and Anterior and posterior hypothalamic nuclei ทำหน้าที่สำคัญในการตอบสนองของอวัยวะภายในร่างกายต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ สมองส่วน Amygdala มีบทบาทสำคัญในการประมวลผลด้านอารมณ์ของความเครียดและการตอบสนองต่อความกลัว สมองส่วน Hippocampus มีความสำคัญต่อการสร้างความจำ ควบคุมการตอบสนองต่อความเครียดโดยให้ข้อมูลป้อนกลับเชิงลบต่อ Hypothalamus ที่ควบคุมการหลั่ง Cortisol สมองส่วน Prefrontal cortex ซึ่งเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ (executive functions) เช่น การตัดสินใจ (decision-making) และการควบคุมแรงกระตุ้น (impulse control) ควบคุมการตอบสนองต่อความเครียดผ่านการยับยั้ง Amygdala และ Hypothalamus ถ้ามีการทำงานผิดปกติของศูนย์สมองเหล่านี้จะเกี่ยวข้องกับความผิดปกติที่เกี่ยวกับความเครียด เช่น ความวิตกกังวล (anxiety) ภาวะซึมเศร้า (depression) และ โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post-Traumatic Stress Disorder [PTSD])

ในบทความนี้แนวคิดเรื่องความเครียดถูกอธิบายจากหลายมุมมองทั้งด้านจิตวิทยาและสรีรวิทยา โดยแนวคิดของ Lazarus and Folkman ที่มองว่าความเครียดเป็นกระบวนการทางความคิดที่ซับซ้อนซึ่งขึ้นอยู่กับประเมินของแต่ละบุคคลว่าเหตุการณ์นั้นเป็นอันตรายหรือท้าทายหรือไม่และการเลือกวิธีการรับมือ นอกจากนี้แนวคิดของกรมสุขภาพจิตชี้ให้เห็นว่าความเครียดมีสาเหตุจากปัญหาในชีวิตและการประเมินสถานการณ์ของแต่ละคน ซึ่งมุมมองทางสรีรวิทยาตามแนวคิดของ Selye ได้นำเสนอทฤษฎี General Adaptation Syndrome (GAS) ที่อธิบายการ



ตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งคุกคามใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตือน ระยะต่อต้าน และระยะหมดกำลัง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Chu et al. กล่าวถึงกลไกทางประสาทวิทยาโดยระบุว่าความเครียดจะกระตุ้นแกน HPA axis และระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน Cortisol และมีผลต่อการทำงานของสมองส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์และความจำ เช่น Amygdala และ Hippocampus ซึ่งหากระบบเหล่านี้ทำงานผิดปกติเป็นเวลานาน อาจนำไปสู่ภาวะวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าได้

2. แนวคิดเกี่ยวกับการเผชิญความเครียด

บุคคลเกิดความเครียดจากการเผชิญกับปัญหาหรือถูกคุกคาม จะเกิดการเสียสมดุลของร่างกายและจิตใจ บุคคลจึงต้องมีการปรับตัวและแก้ไขปัญหานั้นเพื่อให้ร่างกายและจิตใจกลับสู่สมดุล โดยการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งการแสดงออกเมื่อเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคาม เรียกว่า การเผชิญความเครียด (coping) แนวคิดการเผชิญความเครียดตามมุมมองของนักทฤษฎี มีรายละเอียดดังนี้

2.1 Lazarus and Folkman⁷ กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการของร่างกายทั้งภายนอกและภายในของบุคคล รวมถึงกระบวนการทางจิตหรือกลไกทางจิตที่บุคคลใช้เพื่อรักษาสสมดุลทางจิตใจด้วย โดยรูปแบบการเผชิญความเครียด สามารถแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

2.1.1 การเผชิญความเครียดมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused forms of coping) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดี โดยการจัดการที่ตัวปัญหา และมุ่งแก้ไขที่ตัวเอง โดย 1) การแสวงหาข้อมูล (information seeking) เรียนรู้ปัญหาและหาทางออกที่จะจัดการกับปัญหา 2) การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น (analysed problem) พิจารณาว่าความรุนแรงของปัญหาและมีวิธีการจัดการ 3) การพยายามหาวิธีต่าง ๆ (try out different way) ทดลองแก้ปัญหา 4) การยอมรับความเจ็บป่วย (accept illness) ยอมรับสภาพการเจ็บป่วยที่แท้จริง ซึ่งเป็นต้นเหตุของความไม่สบาย และ 5) การใช้ประสบการณ์ในอดีต (past experience usage) ใช้การแก้ไขปัญหในอดีตที่สำเร็จมาก่อนหรือใช้วิธีการที่คุ้นเคยมาก่อนทำให้เข้าใจถึงวิธีการแก้ปัญหาได้

2.1.2 การเผชิญความเครียดที่มุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused forms of coping) เป็นการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ ที่มาจากสถานการณ์ตึงเครียด ไม่ได้มุ่งแก้ปัญหาหรือสาเหตุและนำเอากลไกการป้องกันตัวเอง (defense mechanism) มาใช้ ได้แก่ 1) ประสาทหลอกตัวเอง (repression) ประกอบด้วย การเก็บกด (depression) การกลบเกลื่อน (suppression) การถ่ายเทอารมณ์ (displacement) การกล่าวโทษหรือตำหนิผู้อื่น (projection) และการหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง (rationalization) 2) ประสาททดแทน (substitution) ประกอบด้วย

การหันเหเปลี่ยนความปรารถนาไปเป็นอย่างอื่น (sublimation) การแสดงความต้องการอย่างเปิดเผย (acting out) และการทดแทน (compensation) 3) ประเภทหลีกเลี่ยง (avoidance) ประกอบด้วย การปฏิเสธ (denial) การแยกตัวเอง (self isolation) การถดถอย (regression) และการเพ้อฝัน (fantasy) และ 4) ประเภทยอมรับ (acceptance) ประกอบด้วย การโทษตัวเอง (introjection) ไม่ทำอะไรเลยปล่อยตามยถากรรม (undoing) และการใช้สติปัญญาอย่างมีเหตุผล (intellectualization)⁷

2.1.3 Holaday¹⁰ กล่าวถึงการเผชิญความเครียดว่า เป็นพฤติกรรมที่เปิดเผยและไม่เปิดเผยที่บุคคลใช้จัดการเมื่อเกิดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและพฤติกรรมนั้นอาจเกิดในระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก ซึ่งกลวิธีเผชิญความเครียดจะทำหน้าที่ 3 ประการ คือ 1) เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เป็นปัญหา 2) ควบคุมสถานการณ์ที่เป็นปัญหาก่อนเกิดความเครียด และ 3) ควบคุมความเครียดที่เกิดขึ้น

2.1.4 Pearlin and Schooler¹¹ กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเพื่อปกป้องภาวะจิตที่ถูกรบกวนจากประสบการณ์ทางสังคมที่มีปัญหา ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สำคัญที่ช่วยลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งพฤติกรรมการเผชิญความเครียดประกอบด้วย 3 วิธี คือ 1) การจัดการหรือปรับเปลี่ยนเงื่อนไขที่ก่อให้เกิดปัญหา 2) การควบคุมการรับรู้ถึงธรรมชาติของปัญหาที่เกิดขึ้น และ 3) การควบคุมอารมณ์เมื่อเกิดปัญหา

ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทางกาย จิตใจ และพฤติกรรมต่อสิ่งเร้าที่กดดันหรือคุกคาม โดยกระบวนการประเมินความรุนแรงของเหตุการณ์และการเผชิญปัญหาเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดระดับความเครียด การตอบสนองทางสรีรวิทยาเกี่ยวข้องกับระบบประสาทและสมองส่วนต่าง ๆ ซึ่งควบคุมอารมณ์และความจำ ซึ่งรูปแบบการเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับความต้องการของตนเพื่อปกป้องภาวะจิตที่ถูกรบกวน โดยมีเป้าหมายเพื่อฟื้นฟูสมดุลทางจิตใจและเพิ่มความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์คุกคาม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยพบว่าสามารถอธิบายด้วยแนวคิดความเครียดของ Lazarus and Folkman และแนวคิดด้านสรีรวิทยาของ Selye และ Chu et al. ซึ่งแตกต่างจากความเครียดในวัยอื่นและผู้สูงอายุโรคอื่นเนื่องจากการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยส่งผลต่อกระบวนการประเมินและการเผชิญความเครียด โดยตรงทำให้ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง และมีแนวโน้มที่จะใช้การจัดการอารมณ์มากขึ้น ความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยนี้ยังสัมพันธ์โดยตรงกับความบกพร่องทางสติปัญญาที่ส่งผลต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะที่ไม่พบในผู้สูงอายุทั่วไปหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ นอกจากนี้การทำงานของสมองที่ผิดปกติในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ยังทำให้เกิดปฏิกิริยาทางสรีรวิทยาต่อความเครียดที่รุนแรงกว่าปกติ และจากงานวิจัยที่



ทบทวนส่วนใหญ่ นิยมใช้แนวคิดของ Lazarus and Folkman ในการอธิบายความซับซ้อนของ ความเครียดและการจัดการความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยนี้

ความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุ เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในวัยนี้ซึ่งเป็นวัยที่ร่างกายเกิดเสื่อมถอยทุกระบบโดยเฉพาะระบบประสาทและสมอง การบกพร่องทางการรู้คิดเล็กน้อยนั้นเป็นการเปลี่ยนแปลงของสมองที่อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากการหลั่งตามปกติกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ⁷ การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเป็นภาวะที่เจอได้บ่อยมากในผู้สูงอายุ และเป็นภาวะที่เพิ่มโอกาสที่จะเป็นภาวะสมองเสื่อมได้ในอนาคต มีรายงานว่าผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะมีการดำเนินโรค กลายเป็นโรคอัลไซเมอร์ อยู่ทีร้อยละ 6-15 ต่อปี³ การเสื่อมของสมองส่วน Hippocampus ทำหน้าที่ เกี่ยวข้องกับการรวบรวมความจำและการตัดสินใจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความบกพร่องด้านความจำอีก ทั้งสมองส่วนนี้ทำหน้าที่ควบคุมการหลั่ง Cortisol ในการตอบสนองต่อความเครียดที่ทำให้ผู้สูงอายุ เกิดความเครียดได้⁹ โดยเฉพาะความเครียดเรื้อรัง ที่อาจทำให้ Hippocampus ได้รับความเสียหาย ทางโครงสร้าง ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมองด้านการรู้คิดในผู้สูงอายุที่ Cortisol อาจส่งผลเสียต่อ ระบบประสาทในระยะยาว แต่อาจเพิ่มให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้บกพร่องยิ่งขึ้น จึงเห็นได้ว่าความเครียด เรื้อรังจะส่งผลเสียต่อความจำ¹²

การลดความเครียดด้วยการผ่อนคลายทางจิตใจ ทำให้มีสมาธิในการเรียนรู้ การทำงาน และมีความคิดเชิงบวกมากขึ้นส่งผลให้เนื้อเยื่อสีเทา (gray matter) หนาตัวขึ้น ทำให้เซลล์สมอง เพิ่มขึ้นโดยเรียกปรากฏการณ์นี้ว่า Neuroplasticity หรือความยืดหยุ่นของสมอง การผ่อนคลายทาง จิตใจทำให้เกิดการพัฒนาประสาทไปในทางที่ดี สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้และเป็นการ ผ่อนคลายความเครียด⁷ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสามารถรับมือกับปัญหาได้อย่างมี สมาธิและมีทัศนคติเชิงบวกมากขึ้น ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการชะลอความเสื่อมถอยของการรู้คิดใน ระยะยาว

การเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเป็นระยะเริ่มแรกของโรคสมองเสื่อม จะซึ่งจะส่งผลต่อความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ซึ่งใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ หลากหลายไม่ต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป แต่ความสามารถทางสมองที่เสื่อมลง ทั้งด้านความจำ (memory) ด้านการใช้เหตุผล การวางแผน หรือการแก้ไขปัญหา (reasoning, planning or problem-solving) ด้านสมาธิจดจ่อ (attention) เช่น เสียสมาธิได้ง่าย (being very easily distracted) ด้านภาษา (language) ด้านการรับรู้ทางสายตา (visual depth perception)¹³ ทำให้



ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยต้องเผชิญปัญหาเหล่านี้ และมักจะเสี่ยงที่เผชิญกับปัญหาโดยตรง เมื่อความเสื่อมของสมองเพิ่มความรุนแรงขึ้น ผู้สูงอายุจึงเลือกใช้วิธีการจัดการกับความเครียดด้านมุ่งเน้นอารมณ์ และการบรรเทาความเครียดมากยิ่งขึ้น¹⁴

จากการศึกษาของ Anderson⁵ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเกิดความยากลำบากกับความจำที่ลดลงจากการแก่ชรา มีความกังวลเกี่ยวกับอนาคตและการสูญเสียความสามารถ มีการถูกลดความสำคัญลง อีกทั้งยังเกิดความอับอายจากภาวะสูญเสียความจำ เพื่อหลีกเลี่ยงความอับอายและความหงุดหงิดเมื่อมีความบกพร่องด้านความจำ จึงมีรูปแบบการเผชิญความเครียด ส่วนใหญ่จะมุ่งไปที่การจัดการกับความหมายของปัญหาหรือการจัดการกับอารมณ์มากกว่ามุ่งจัดการกับปัญหาโดยตรง และใช้การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่พวกเขาคิดว่าไม่สามารถรับมือได้ และการแยกตัวออกจากสังคม

ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยต้องการเผชิญความเครียดทั้งความเสื่อมถอยด้านการร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจึงควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของอาการ การดำเนินโรค อาการร่วม การระบุสาเหตุ ผลกระทบทางสังคม การรักษาที่มีอยู่ และการตรวจรักษาเพิ่มเติม รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุ แต่การศึกษาในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมีจำนวนการศึกษาค่อนข้างจำกัด ดังนั้นในบทความนี้ขอเสนอปัจจัยที่น่าจะมีผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ เพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าในผู้สูงอายุเพศหญิงพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย 2 เท่าและมีอัตราความรุนแรงของการสูญเสียภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้ายจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว ไร้คู่คิด ขาดที่ปรึกษา ขาดคนดูแลเอาใจใส่ทำให้เกิดความเหงา ว้าเหว่ ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าได้ ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยทางกาย ที่มีโรคร่วมหลาย ๆ โรคมีความสัมพันธ์ทางจิตใจกับผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล¹³

2. ปัจจัยทางสรีรวิทยา (physiological factors) แม้ว่าการศึกษายังขาดข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทางสรีรวิทยา แต่ในทางทฤษฎีความเครียดอาจส่งผลเชิงลบต่อการรู้คิด ที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทต่อมไร้ท่อ และระบบภูมิคุ้มกัน ในระบบประสาทต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine pathway) ถ้ามีระดับคอร์ติซอล (cortisol) ที่สูงขึ้นเป็นเวลานาน ซึ่งเป็นการ

ตอบสนองของแกน Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA) ต่อความเครียดเรื้อรัง อาจเพิ่มความเสียหายต่อความเครียดที่ทำให้การรู้คิดของผู้สูงอายุลดลง ซึ่งการตอบสนองนี้สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและการทำงานของสมองในส่วน Prefrontal cortex, Hippocampus และ Amygdala โดยเฉพาะ Hippocampus เป็นโครงสร้างสำคัญในสมองที่เกี่ยวข้องกับความจำและถือเป็นจุดเริ่มต้นของโรคอัลไซเมอร์ และความเครียดยังอาจเพิ่มการผลิตไซโตไคน์ที่ก่อให้เกิดการอักเสบ (pro-inflammatory cytokines) ซึ่งอาจเพิ่มความเสียหายต่อความผิดปกติทางจิตและประสาท เช่น ภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมได้¹⁵

3. สภาพจิตใจและอารมณ์ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย อยู่ในช่วงวัยที่มักพบกับการสูญเสีย ทั้งสถานภาพสังคม หน้าที่การงาน สุขภาพที่เสื่อมถอย รวมถึงการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ก่อให้เกิด ภาวะเครียดหรือกลุ้มใจ ผู้สูงอายุจะหมกมุ่นอยู่กับความคิดและความรู้สึกภายในของตน สิ่งเหล่านี้อาจจะรบกวนต่อความจำได้ จะมีผลทำให้ความตั้งใจหรือความสนใจ และสมาธิลดลง¹³

4. การถูกตีตรา (stigma) การตีตราเป็นการกำหนดภาพลักษณ์แบบเหมารวม ทำให้สูญเสียสถานะทางสังคม และถูกเลือกปฏิบัติ ซึ่งการตีตราส่งผลให้เกิดการรับรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมต่อผู้ที่ถูกตีตรา ซึ่งเป็นการลดคุณค่า ทำลายชื่อเสียง และทำลายความเป็นมนุษย์ ซึ่งส่งผลให้ตัวตนของบุคคลนั้นถูกมองในแง่ลบหรือถูกลดคุณค่า ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยที่มีความกลัวและความวิตกกังวลอยู่มากที่ตนเองจะมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับผลกระทบจากการตีตราที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย อาจบั่นทอนความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วย ผลลัพธ์ทางกายภาพและทางประสาทจิตวิทยาเชิงลบที่ลูกหลานซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับรู้ถึงการตีตราและการรับรู้ถึงความเครียดซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเสื่อมถอยทางสติปัญญาอย่างรวดเร็ว¹⁶

5. การได้รับสารที่มีผลต่อจิตประสาท เมื่อผู้สูงอายุได้รับสารหรือยาที่มีผลต่อจิตประสาทแล้ว สารดังกล่าวจะมีผลทำให้การนำสัญญาณประสาทสู่สมองลดลง และระบบกระตุ้น (arousal system) มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง ทำให้การเปลี่ยนความจำสัมผัสเป็นความจำระยะสั้นได้ไม่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถจำข้อมูลที่ได้รับ เกิดการหลงลืม และเกิดความเครียดได้ ซึ่งยาที่มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย สามารถแบ่งเป็นกลุ่มยา ได้แก่ ยานอนหลับ เช่น Flurazepam, Diazepam, Alprazolam เป็นต้น ยาในกลุ่ม Opioid เช่น Pethidine, Tramadol, Morphine เป็นต้น ยาต้านอาการทางจิต เช่น Clozapine, Chlorpromazine, Risperidone เป็นต้น ยาต้านกลุ่มอาการพาร์กินสัน เช่น Pergolide, Bromocriptine เป็นต้น ยาต้านเศร้า เช่น Amitriptyline, Nortriptyline, Imipramine, Desipramine เป็นต้น ยากันชัก เช่น Phenobarbital, Carbamazepine, Sodium Valproate เป็นต้น ยาโรคหัวใจ เช่น Digoxin, Amiodarone, Timolol,



Methyldopa เป็นต้น ยาในกลุ่ม Corticosteroids ยาปฏิชีวนะ เช่น Penicillin, Fluoroquinolones เป็นต้น ดังนั้นการใช้ยาข้างต้นอาจจะต้องมีความระมัดระวังในการเลือกใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การใช้ยาในกลุ่มผู้สูงอายุ³

สรุปปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศหญิง สถานภาพสมรส และโรคเรื้อรัง ปัจจัยทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทและฮอร์โมนความเครียดที่ส่งผลต่อโครงสร้างสมองส่วนสำคัญ รวมถึงสภาพจิตใจและอารมณ์ที่ได้รับผลกระทบจากการสูญเสียบทบาทและความสัมพันธ์ทางสังคม นอกจากนี้ การถูกตีตราและการใช้สารหรือยาที่ส่งผลต่อจิตประสาทยังเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมความเครียดและเร่งการเสื่อมของการรู้คิด อย่างไรก็ตามการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยยังมีอยู่อย่างจำกัดและขาดข้อมูลที่ชัดเจน หากมีการศึกษาปัจจัยเหล่านี้อย่างเป็นระบบจะช่วยให้สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงที่แท้จริงของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยในผู้สูงอายุได้อย่างแม่นยำ และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้อย่างทันท่วงที ซึ่งพยาบาลที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีบทบาทสำคัญในการประเมินและส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

บทบาทของพยาบาลในการประเมินและส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

การส่งเสริมสมรรถภาพของสมอง เป็นการเพิ่มสมรรถภาพของสมองด้านรู้คิด ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งที่มีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเนื่องจากปัญหาด้านความจำอีกทั้งยังมีความสัมพันธ์กับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองให้มากที่สุด จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ตลอดจนช่วยชะลอความเสื่อมของสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงมีหน้าที่ทั้งการประเมินความเครียด และส่งเสริมการเผชิญความเครียดร่วมกับส่งเสริมสมรรถภาพของสมองของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินอาการและอาการแสดงของความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย พยาบาลสามารถเรียนรู้ที่จะรับรู้สัญญาณทางอารมณ์และทางร่างกายของความเครียดได้จากการสังเกตและสอบถาม ได้แก่ ปวดศีรษะ ปัญหาเรบบ่อยอาหาร หงุดหงิด ใจสั่น การรบกวนการนอนหลับ สมาธิไม่ดี ร้องไห้ และการถอนตัวทางสังคม เป็นต้น ผู้สูงอายุอาจมีอาการเหล่านี้หลายอย่างหรือเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง

ซึ่งผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องจะเกิดความเครียดได้ง่ายจากปัญหาทางด้านความจำที่เป็นภาวะเรื้อรัง ร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงวัยนี้ เช่น โรคเรื้อรัง (chronic illness) ภาระหน้าที่ของผู้ดูแล (caregiving responsibilities) การสูญเสียและความโศกเศร้า (loss and grief) ความเหงาหรือความเบื่อหน่าย (loneliness or boredom) ความกังวลทางการเงิน (financial worries) การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในชีวิต (major life changes) เช่น การเกษียณอายุ เป็นต้น¹⁷

2. การประเมินอาการผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเนื่องจากพยาบาลมีหน้าที่ดูแลอีกทั้งยังมีประสบการณ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ทำให้พยาบาลสามารถประเมินอาการของผู้ป่วยได้ แม้ว่าอาการของผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะแสดงให้เห็นไม่ชัดเจนเช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม แต่พยาบาลสามารถประเมินอาการได้จากการที่ครอบครัวให้ข้อมูลว่าผู้สูงอายุมีข้อบกพร่องด้านการรู้คิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งด้าน ผู้สูงอายุเองหรือผู้ใกล้ชิดบอกว่า ผู้สูงอายุมีความถดถอยด้านการรู้คิดและ/หรือการปฏิบัติกิจวัตรลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับระดับความสามารถเดิม แต่ยังไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะเริ่มมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ยุงยาก ซับซ้อนได้ลดลง เช่น การทำอาหาร การจ่ายบิลต่าง ๆ การจับจ่ายซื้อของ อาจทำได้ช้าลงหรือลืมเป็นบางครั้ง¹⁸ ความผิดปกติด้านการรู้คิดจะได้รับการประเมินและยืนยันจากการตรวจทางคลินิก เช่น ความบกพร่องด้านความจำหรือด้านการรู้คิดอื่น ๆ ซึ่งความบกพร่องเหล่านี้แม้จะไม่มีผลกระทบรุนแรงต่อการดำเนินชีวิตประจำวันโดยรวม และไม่มีอาการที่บ่งชี้ถึงภาวะสมองเสื่อม¹⁹

3. การใช้เครื่องมือในการประเมินระดับความเครียดผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย จากการศึกษาพบว่าสามารถใช้แบบประเมินความเครียดได้หลากหลาย ซึ่งแบบประเมินที่นิยมใช้กับผู้สูงอายุในประเทศไทย คือ แบบประเมินความเครียดสวนปฐ (SPST-20) ซึ่งแบ่งความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (0-23 คะแนน) ระดับปานกลาง (24-41 คะแนน) ระดับสูง (42-61 คะแนน) ระดับรุนแรง (62 คะแนนขึ้นไป)²⁰

4. การใช้เครื่องมือประเมินการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย พยาบาลสามารถประเมิน จากการซักประวัติ และ การทดสอบการรู้คิด โดยเครื่องมือที่ใช้ประเมินการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย เป็นแบบทดสอบที่ นิยมใช้ในประเทศไทย¹⁸ ได้แก่ Thai version of the Mini Mental State Examination (MMSE-Thai 2002) ทดสอบ 6 ด้าน คือ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ การจดจำสมาธิ การคำนวณ ความจำระยะสั้น และการใช้ภาษา มีการนำไปใช้แพร่หลายทั่วโลก สามารถปรับใช้ได้กับทั้งผู้รู้หนังสือหรือผู้ไม่รู้หนังสือ Modified IQCODE (Modified Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบความจำสติปัญญา และความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันในแต่ละสถานการณ์ ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ใช้ถามทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล Montreal Cognitive Assessment (MoCA) เป็นการประเมินความตั้งใจจดจ่อ



สมาธิ การบริหารจัดการ ความจำ ภาษา มิติสัมพันธ์ ความคิดรวบยอด การรับรู้กาลเทศะ บุคคล มีการใช้แพร่หลายในหลายประเทศ มีฉบับ MoCA Basic ที่เป็นภาษาไทยที่ปรับข้อคำถามให้เหมาะกับกลุ่มที่ไม่รู้หนังสือ และ The Thai version of Mini-Cog เป็นแบบทดสอบ 2 ข้อ ถามเพื่อระลึกคำ 3 คำ และวาดรูปนาฬิกา เป็นแบบทดสอบที่สั้นและง่ายในการคัดกรอง มีการใช้แพร่หลายในต่างประเทศ

5. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ปลุกต้นไม้ อ่านหนังสือ²⁰ ผู้สูงอายุสามารถใช้เวลาว่างเพื่อทำประโยชน์ ในขณะที่เดียวกันก็ส่งผลดีต่อผู้ให้ในแง่ทำให้จิตใจเบิกบาน มีความสุขกลับมามีด้วย²¹

6. แนะนำให้ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยออกกำลังกายแบบแอโรบิก และเพิ่มกิจกรรมทางกายให้มากขึ้น ลักษณะการออกกำลังกายที่แนะนำ คือ การออกกำลังกายที่ไม่เน้นความหนักเกินไป แต่เน้นการออกกำลังกายต่อเนื่อง ประมาณ 20-30 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เช่น การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน การเต้นประกอบจังหวะ เป้าหมาย คือ เพื่อให้หัวใจเต้นเป็นจังหวะติดต่อกัน ในระหว่างนั้นต้องมีการหายใจเข้าออกเป็นปกติ เพื่อให้หัวใจทำงานดีและปอดขยายตัว¹⁸ หรือออกกำลังกายเบา ๆ เช่น เดิน โยคะสำหรับผู้สูงอายุ ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือการฝึกหายใจเข้าและลึก ส่งเสริมการนวดหรือกิจกรรมที่ช่วยลดอาการตึงเครียดของร่างกาย²⁰

7. ส่งเสริมการฝึกสมาธิ การเจริญสติ และการสวดมนต์ ฟังเพลงเบา ๆ หรือเสียงธรรมชาติที่ผู้สูงอายุชอบ ใช้เทคนิคเตือนความจำประกอบกิจกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกคุณค่าในตนเองจากกิจกรรมที่ทำได้สำเร็จ²⁰ ซึ่งการปฏิบัติธรรม เช่น สวดมนต์เพื่อระลึกถึงพระพุทธ พระธรรม และพระสงฆ์ การถือศีล 5 หรือศีล 8 เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมักจะปฏิบัติอยู่เป็นประจำ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้สำรวมกาย วาจา ใจ ฝึกกำหนดรู้ในทุก ๆ อิริยาบทและลมหายใจ ธรรมะจึงเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจความเป็นไปของโลก ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น จึงเกิดความสุขสงบอย่างแท้จริง²¹

ซึ่งการส่งเสริมให้ปฏิบัติตามหลักศาสนาที่ตนเองยึดถือ เช่น การฟังธรรม การทำบุญ ส่งเสริมการยอมรับสภาพชีวิตด้วยทัศนคติเชิงบวก สร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุแสดงออกถึงคุณค่าของตนต่อผู้อื่น เช่น การถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิต²⁰ และเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ช่วยกระตุ้นการทำงานของสมองด้วยกิจกรรมหลากหลาย ต่อเนื่อง และ สม่ำเสมอ เป็นอีกหนึ่งแนวทางในการส่งเสริมและแก้ปัญหา พัฒนาความจำและการฝึกประมวลความคิดให้เร็ว¹⁸

8. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยทำกิจกรรมกลุ่ม เช่น การพูดคุยกลุ่มเล็ก กิจกรรมนันทนาการร่วมกัน สนับสนุนการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัว เพื่อนบ้าน และผู้ดูแล สนับสนุนการรับประทานอาหารร่วมกันหรือร่วมกิจกรรมในชุมชน ประสานงานกับอสม. หรือเจ้าหน้าที่ชุมชนในการเยี่ยมบ้านหรือจัดกิจกรรมเยี่ยมเยียน²⁰ โดยกิจกรรมทางสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุ



ได้พบปะกับผู้อื่นในวัยใกล้เคียงกัน จึงไม่รู้สึกละโดดเดี่ยว ปรับตัวและยอมรับตัวเองได้ง่ายขึ้น สนับสนุนให้พวกเขามีความนับถือในตัวเอง แนวทางการจัดกิจกรรมสังคมควรจะมีหลากหลายและสามารถแก้ปัญหาของผู้สูงอายุได้ เช่น ช่วยดูแลสุขภาพ ทำให้จิตใจสดชื่น มีความภูมิใจในชีวิต จัดการกับสภาวะอารมณ์ เป็นต้น²¹

9. พยาบาลควรแนะนำให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตบางอย่างที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและความเครียด เช่น พยายามช่วยเหลือตัวเองมากขึ้น โดยไม่รบกวนลูกหลาน หากสามารถทำกิจกรรมนั้นได้เอง ผึกคิด เล่นเกมส์ ลดหรือเลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ และปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ เป็นต้น¹⁸

10. บทบาทผู้ประสานงาน การป้องกันหรือชะลอการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมและส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุในกลุ่มผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย พยาบาลทำหน้าที่ประสานงานขอความร่วมมือของทีมงานที่มีทั้งผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมอง นักกิจกรรม นักจิตวิทยา และนักวิชาการ จากสถาบันต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย รวมทั้งการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการฝึกสมองที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย²²

11. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา แนวทางการรักษาผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย สามารถรักษาได้ทั้งวิธีการใช้ยา (pharmacological Approach) และไม่ใช้ยา (non-pharmacological approach) การรักษาด้วยวิธีการใช้ยาส่วนมากผู้สูงอายุจะได้รับยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์อะเซทิลโคลีนเอสเตอเรส (acetylcholinesterase inhibitors) ร่วมกับยารักษาพฤติกรรม เช่น ยาลดอาการชัก ยารักษาอาการซึมเศร้า ยารักษาอาการกระสับกระส่าย พฤติกรรมก้าวร้าว หรืออารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เป็นต้น โดยยาเหล่านี้มักส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น⁴

12. การประเมินผลการดูแล โดยประเมินระดับความเครียดหลังการดำเนินกิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริม ประเมินความร่วมมือจากครอบครัวในการดูแลและสนับสนุน และติดตามความเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและอารมณ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนการส่งเสริมการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยอย่างต่อเนื่อง²⁰

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและความเครียด โดยการประเมินความเครียดและการรู้คิดบกพร่องโดยการสังเกตและใช้เครื่องมือประเมิน การส่งเสริมสมรรถภาพสมองผ่านกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย ผึกสมาธิ และกิจกรรมกลุ่ม รวมถึงการสนับสนุนสุขภาพจิตด้วยการส่งเสริมการยอมรับสภาพและการปฏิบัติตามหลักศาสนา นอกจากนี้



พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อวางแผนการรักษาและติดตามผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อชะลอความเสื่อมและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) โดยเห็นได้ว่าผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีความเปราะบางต่อความเครียด จากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างสมอง โดยเฉพาะบริเวณฮิปโปแคมปัสซึ่งเกี่ยวข้องกับความจำและการควบคุมฮอโมนความเครียด เช่น คอร์ติซอล ทั้งนี้รูปแบบการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย มักเอนเอียงไปในลักษณะหลีกเลี่ยงหรือจัดการอารมณ์มากกว่าการแก้ปัญหาโดยตรง และมีปัจจัยหลายด้านที่สัมพันธ์กับระดับความเครียด ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล สรีรวิทยา อารมณ์ สังคม และการใช้ยาที่มีผลต่อระบบประสาท ซึ่งล้วนมีอิทธิพลต่อการเสื่อมของการรู้คิดและคุณภาพชีวิตในระยะยาว ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินความเครียดและการส่งเสริมการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการชะลอความเสื่อม ส่งเสริมสุขภาวะจิต และลดความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Older Persons (DOP). Thai older statistics 77 provinces on May 31, 2025 [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons; 2025 [cited 2025 Aug 1]. Available from: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2572. (in Thai)
2. Alzheimer's Association. 2019 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement*. 2019;15(3):321-87.
3. Anundilokrit P. Mild cognitive impairment or mild neurocognitive disorder. *Reg Health Promot Cent J*. 2023;17(1):381. (in Thai)
4. Bonkhunthod P, Munluan K. Mild cognitive impairment: before getting sick with dementia. *APHEIT J Nurs Health*. 2022;4(1):e2723. (in Thai)
5. Anderson ND. State of the science on mild cognitive impairment (MCI). *CNS Spectr*. 2019;24(1):78-87. doi:10.1017/S1092852918001347.
6. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Stress...relieve stress. Bangkok: Kaew Chao Chom's Print Media Center, Suan Sunandha Rajabhat University; 2025. (in Thai)



7. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
8. Selye H. Selye's guide to stress research. New York: Van Northland Reinhold; 1983.
9. Chu B, Marwaha K, Sanvictores T, Abimbola F. Physiology, stress reaction [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2025 Jul 11]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541120/>
10. Holaday B. Challenges of rearing a chronically ill child: caring and coping. Nurse Clin North Am 1984;19(3):361-96.
11. Pearlin L, Schooler C. The structure of coping. J Health Soc Behav 1978;19(1):2-21. doi:10.2307/2136319.
12. Peavy GM, Salmon DP, Jacobson MW, Hervey A, Gamst AC, Wolfson T, et al. Effects of chronic stress on memory decline in cognitively normal and mildly impaired older adults. Am J Psychiatry 2009;166(12):1384-91. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09040461.
13. Jeeraya S, Hengudomsab P, Vatanasin D, Pratoomsri W. Effects of cognitive stimulation program on perceived memory self-efficacy among older adults with mild cognitive impairment. J Fac Nurs Burapha Univ 2018;26(2):30-39. (in Thai)
14. Leecharoen P, Pothiban L, Trapsinsaree D, Rongsawat O, Nontaput T. Stress and coping in older persons with dementia. South Coll Netw J Nurs Public Health 2021;8(2):288-302. (in Thai)
15. Koyanagi A, Oh H, Vancampfort D, Carvalho AF, Veronese N, Stubbs B, et al. Perceived stress and mild cognitive impairment among 32,715 community-dwelling older adults across six low- and middle-income countries. Gerontology 2019;65(2):155-63. doi: 10.1159/000492177.
16. Warren A. The relationship between perceived stigma and perceived stress in cognitive decline: a survey of persons with mild cognitive impairment and their caregivers. Front Psychol 2023;14:1-18. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1293284.



17. National Council on Aging. Stress and how to reduce it: a guide for older adults [Internet]. Arlington (VA): National Council on Aging; 2025 [cited 2025 Jul 11]. Available from: <https://www.ncoa.org/article/stress-and-how-to-reduce-it-a-guide-for-older-adults/>
18. Tanglakmankhong K. The role of nurses in screening and caring for older adults with mild cognitive impairment in community. J Health Nurs Res 2021;37(1):1-13. (in Thai)
19. Elliott AF, Horgas AL, Marsiske M. Nurses' role in identifying mild cognitive impairment in older adults. Geriatr Nurs 2008;29(1):38-47. doi: 10.1016/j.gerinurse.2007.04.015.
20. Pegthong D, Rakwong D, Seasahet N, Pantusah A, Woradat S, Chaimay B. Health promotion among elderly people in community: stress and stress management approaches. Acad J Community Public Health 2020;6(1):1-11. (in Thai)
21. Department of Health, Ministry of Public Health. Creating mental well-being for the elderly through social activities [Internet]. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2018 Aug 10 [cited 2025 Jul 11]. Available from: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/social-activities-for-elders/>. (in Thai)
22. Kuhar A, Phattharapisitkun P, Witayachaks J. Handbook of cognitive training in older persons with mild cognitive impairment for health care personnel. Nonthaburi: Somdej Phra Sangharaja Yanawes Viscount Institute for Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2020. (in Thai)