



วารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

Journal of Nursing Health Sciences and Education

VOLUME 01 NO.3 September - December 2025

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม ปี 2568

ISSN 3088-1293 (Online)



วารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา
Journal of Nursing Health Sciences and Education

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2568 - Volume 1 No.3 September–December 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
Associate Professor Tiamsorn Tongwas	Dean, Faculty of Nursing, Chiang Rai College
รองศาสตราจารย์ลาวัลย์ สมบูรณ์	รองคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Associate Professor Lawan Somboon	Associate Dean, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

บรรณาธิการ (Editor)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิราภรณ์ นันทชัย	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.ดราวรรณ 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 ปริสัณญกุล 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.วราภรณ์ 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.นฤกร อิตุพร Assistant Professor Dr. Natakorn I-Tuporn	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย Faculty of Nursing, Chiang Rai College
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิติอาภา ตั้งค้ำวานิช Assistant Professor Dr. Thitiarpha Tangkawanich	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย Faculty of Nursing, Chiang Rai College



กองจัดการ (Editorial Staff)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กรรณิกา อุ้นอ้าย	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Assistant Professor Kannika Unai	Faculty of Nursing, Chiang Rai College
ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชฎา นน่อคำ	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Assistant Professor Ranchana Nokham	Faculty of Nursing, Chiang Rai College
อาจารย์วิมลพร ศรีโชติ	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Wimonporn srichote	Faculty of Nursing, Chiang Rai College
อาจารย์สุรสิทธิ์ แจ้งภักดี	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Surasit Jangpakdee	Faculty of Nursing, Chiang Rai College
อาจารย์ศิริลักษณ์ สุมาดอน	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Sililuck Sumadon	Faculty of Nursing, Chiang Rai College
อาจารย์ปริชมน ด่านชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Parichamon Danchai	Faculty of Nursing, Chiang Rai College
นางสาวอุษา รวมสุข	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
Usa Ruamsuk	Faculty of Nursing, Chiang Rai College

กองบรรณาธิการ: คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

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

Editorial office: Faculty of Nursing, Chiang 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 และด้านการศึกษาดำเนินการโดยคณะพยาบาลศาสตร์ 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. กรณีพบว่ามี การคัดลอกผลงานของผู้อื่น (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 และเลขที่ได้รับการรับรองในบทความ



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 ผู้เขียนจะต้องทำการชำระค่าใช้จ่ายในส่วนของการตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดที่พิจารณาบทความดังกล่าว

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 ต่อท้ายตัวอย่างเช่น *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) พยายามใช้คำแรกของทุกคำให้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่ 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 เขียนเหมือนบทความภาษาไทยและภาษาอังกฤษของบทความวิจัย

บทความภาษาไทย เขียนเนื้อหาสาระที่สำคัญ วัตถุประสงค์ และบทสรุปพอสังเขป และบทความภาษาอังกฤษให้มีเนื้อหาสอดคล้องกับบทความภาษาไทย 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 ให้ใช้เครื่องหมายติดกัน (-) คั่นระหว่างตัวเลขแรกถึงตัวเลขสุดท้าย เช่น (1-4) หากตัวเลขอ้างอิงมีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน ให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) โดยไม่มีการเว้นวรรค เช่น (3,5,8)

4.4 การอ้างอิงท้ายเล่มหรือเอกสารอ้างอิง ให้พิมพ์เรียงลำดับตัวเลขตามที่ได้อ้างอิงในเนื้อหา โดยหมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ขีดขอบกระดาษด้านซ้าย หากการอ้างอิงยาวกว่าหนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยย่อหน้าให้ตรงกับข้อความในบรรทัดแรก ระหว่างข้อมูลการอ้างอิงแต่ละส่วน ให้เว้น 1 วรรค 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 3 เดือน กันยายน - ธันวาคม 2568 โดยวารสารมีนโยบายรับตีพิมพ์บทความคุณภาพสูงในด้านการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ และการศึกษา ซึ่งทุกบทความได้ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและเจ้าของบทความไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review)

วารสารฉบับนี้ นำเสนอบทความวิชาการ จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้จะเป็นบิดา: บทบาทพยาบาลแผนกฝากครรภ์ 2) การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น: บทบาทของพยาบาลจิตเวช 3) บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน 4) การใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: บทบาทพยาบาลวิชาชีพ และ 5) การใช้ยาบรรเทาปวดในเกษตรกรที่มีอาการปวดระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ: บทบาทพยาบาลอาชีวอนามัย

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ขอขอบคุณผู้อ่านที่ให้ความสนใจ ผู้เขียนบทความที่ให้เกียรติส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ และท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้พิจารณากลั่นกรองบทความ ช่วยให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ ช่วยทำให้บทความมีคุณภาพเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์จิราภรณ์ นันทชัย
บรรณาธิการ



สารบัญ

บทความวิชาการ	หน้า
ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้จะเป็นบิดา: บทบาทพยาบาลแผนกฝากครรภ์ Health Literacy Among Expectant Fathers: The Role of Nurses in Antenatal Care Unit	1-13
นริศรา ไครศรี ปรีชมน ด่านชัย	Narisara Kraisri Parichamon Danchai
การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น: บทบาทของพยาบาลจิตเวช Management of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Psychiatric Nurse's Role	14-28
ปาริชาติ ปัญญา สาวิตรี จีระยา พัชรารวรรณ แก้วกันทะ	Parichat Panya Sawitri Jeeraya Patcharawan Kaewkanta
บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงในชุมชน The role of Village Health Volunteers in Home Visiting with Hypertensive patients in the community	29-40
กนกกาญจน์ กิมประสิทธิ์	Kanokkan Kimprasit
การใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: บทบาทพยาบาลวิชาชีพ Polypharmacy in Older Adults with Chronic Non-Communicable Diseases: The Role of Registered Nurse	41-52
พนิดา ชัยวัง ณัฐวรา เชื้อหมอ พัชรารวรรณ แก้วกันทะ	Panida Chaiwang Natwara Chuemor Patcharawan Kaewkanta



สารบัญ

หน้า

การใช้ยาบรรเทาปวดในเกษตรกรที่มีอาการปวดระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ: 53-66
บทบาทพยาบาลอาชีวอนามัย

Use of Pain Relievers in Agricultural Workers with Musculoskeletal
Pain: The Role of Occupational Health Nurses

กัญญ์นิรินทร์	ไชยแก้ว	Khannirinth	Chaikaew
วรรณรัตน์	พรมภักดี	Varunrat	Prompakdee



ความรู้ด้านสุขภาพของผู้จะเป็นบิดา: บทบาทพยาบาลแผนกฝากครรภ์

นริศรา ไคร์ศรี*, ปริชมน ด่านชัย**

บทคัดย่อ

ผู้ที่กำลังจะเป็นบิดาจำเป็นต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เต็มไปด้วยแรงกดดันและความท้าทาย ในช่วงเวลาที่ภรรยากำลังตั้งครรภ์ นอกจากการดูแลสุขภาพของตนเองแล้ว ยังมีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนและดูแลสุขภาพของภรรยาและทารกในครรภ์ด้วย ดังนั้นจึงต้องมีความรู้และการตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้จะเป็นบิดา เพื่อให้สามารถปรับตัวและรับมือกับบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้และความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพซึ่งมี 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เป็นความสามารถในการสืบค้นและเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 2) การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ความสามารถในการตีความและเข้าใจเนื้อหาของข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับ 3) การประเมินข้อมูลสุขภาพ เป็นความสามารถในการวิเคราะห์ ตีความ และประเมินคุณภาพความน่าเชื่อถือ และความเหมาะสมของข้อมูล 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ คือ ความสามารถในการนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการฝากครรภ์ มีหน้าที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์และมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้ที่จะเป็นบิดาให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล จึงต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้จะเป็นบิดา จะสามารถส่งเสริม สนับสนุน และให้คำแนะนำที่เหมาะสม อันจะช่วยให้ผู้จะเป็นบิดามีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความรู้ในการดูแลตนเอง คู่สมรส และทารกในครรภ์ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ ผู้จะเป็นบิดา พยาบาลแผนกฝากครรภ์

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงใหม่

** อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงใหม่

** Corresponding author; email: Parichamon.danchai@crc.ac.th



Health Literacy Among Expectant Fathers: The Role of Nurses in Antenatal Care Unit

Narisara Kraisri*, Parichamon Danchai**

Abstract

Expectant fathers are required to face situations filled with pressure and challenges during their partner's pregnancy. In addition to taking care of their own health, they also play a vital role in supporting and caring for the health of their pregnant partner and the unborn child. Therefore, having appropriate knowledge and the ability to respond to health-related needs is essential. Health literacy is thus crucial for expectant fathers, enabling them to adjust and effectively manage their new role. Health literacy refers to an individual's knowledge and ability to meet health-related needs appropriately. It comprises four key components 1) Access to health information – the ability to search for and obtain relevant health-related information 2) Understanding health information – the ability to interpret and comprehend the content of the health information received 3) Appraising health information – the ability to analyze, interpret, and evaluate the quality, credibility, and relevance of the information 4) Applying health information – the ability to appropriately apply the received information to take care of one's own health.

Professional nurses working in antenatal care units are responsible for caring for pregnant women and play an important role in encouraging expectant fathers to engage in the caregiving process. Therefore, it is essential that these nurses possess knowledge and understanding of the level of health literacy among expectant fathers. Such understanding will enable them to promote, support, and provide appropriate guidance, thereby helping expectant fathers become physically, mentally, and cognitively prepared to care for themselves, their partners, and their unborn children appropriately.

Keywords: Health Literacy, Expectant Fathers, Antenatal Care Nurse

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Corresponding author; email: Parichamon.danchai@crc.ac.th

Received 12 May 2025; Revised 25 August 2025; Accepted 17 December 2025



บทนำ

ในยุคปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างสังคมและครอบครัวได้ส่งผลให้บทบาทของผู้ที่จะเป็นบิดามีความสำคัญเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในกระบวนการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ แม้ว่าตามคติความเชื่อในอดีต การตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตรจะถูกมองว่าเป็นหน้าที่หลักของมารดา แต่แนวคิดด้านสุขภาพในปัจจุบันได้ขยายขอบเขตให้ครอบคลุมถึงการมีส่วนร่วมของบิดาในฐานะผู้มีบทบาทเชิงรุกและเป็นผู้สนับสนุนที่สำคัญในระบบครอบครัว¹

จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นว่า ผู้จะเป็นบิดาที่มีส่วนร่วมตั้งแต่ระยะก่อนตั้งครรภ์จนถึงช่วงฝากครรภ์ ส่งผลเชิงบวกอย่างชัดเจนต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ซึ่งการสนับสนุนทางด้านจิตใจ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และการลดความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะซีมเศร้าก่อนคลอด และการคลอดก่อนกำหนด^{2,3} นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของผู้จะเป็นบิดาในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลครรภ์และการคลอด การสนับสนุนการเข้ารับบริการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของภรรยาขณะตั้งครรภ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การเตรียมอาหารตามหลักโภชนาการ การลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในบ้าน เป็นต้น จะส่งผลภรรยามีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ในขณะตั้งครรภ์ สำหรับทารกในครรภ์ การมีส่วนร่วมของบิดาที่มีคุณภาพสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดี ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิดที่เหมาะสม ลดโอกาสของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด (neonatal intensive care unit) ซึ่งเป็นผลสะท้อนจากสภาพแวดล้อมครอบครัว ที่ผู้จะเป็นบิดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลภรรยาขณะตั้งครรภ์อย่างสมดุล⁴ และการที่ผู้จะเป็นบิดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลภรรยาขณะตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสมนั้นจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การตัดสินใจทางสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่ภรรยากำลังตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่สำคัญสำหรับผู้ชายที่กำลังเข้าสู่บทบาทของ “บิดา” การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ผู้จะเป็นบิดาสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง สนับสนุนภรรยา และเตรียมความพร้อมในการดูแลทารก⁵ สำหรับผู้จะเป็นบิดา ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับการแสดงบทบาทที่ชัดเจนมากขึ้นในการร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการฝากครรภ์และการคลอด การดูแลสุขภาพจิตของภรรยา การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เอื้อต่อความปลอดภัย ตลอดจนการวางแผนทางเศรษฐกิจเพื่อรองรับการเลี้ยงดูบุตร งานวิจัยพบว่าผู้ที่จะเป็นบิดาที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงมักแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การลดพฤติกรรมเสี่ยง การรับข้อมูลสุขภาพจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ และมีความมั่นใจในการสนับสนุนภรรยาที่ตั้งครรภ์¹ ในทางกลับกัน หากผู้จะเป็น



บิดาขาดความรู้ด้านสุขภาพ อาจนำไปสู่การหลีกเลี่ยงการมีส่วนร่วม การตัดสินใจที่ผิดพลาด การเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพอย่างคลาดเคลื่อน และส่งผลต่อสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์อย่างมีนัยสำคัญ⁶

ดังนั้น องค์ความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพบิดา ทั้งในมิติของการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพในช่วงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในมิติของการเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจ การประเมิน และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพในบริบทของการตั้งครรภ์และการคลอด รวมถึงข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้จะเป็นบิดา จึงมีความสำคัญและสามารถใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมและตอบสนองต่อบทบาทใหม่ของผู้จะเป็นบิดาในครอบครัวยุคปัจจุบัน⁵

ความหมายและองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในชีวิตประจำวัน ทั้งในด้านการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อคงไว้หรือยกระดับคุณภาพชีวิต⁶ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อแรงจูงใจและความสามารถเหล่านี้ ได้แก่ ทักษะทางการรับรู้ (cognitive skills) และทักษะทางสังคม (social skills) ซึ่งมีบทบาทในการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลสุขภาพและดำรงสุขภาพที่ดี³ โซเรนเซนและคณะ⁶ ได้เสนอแนวคิดเชิงบูรณาการเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ โดยให้ความหมายว่า เป็นความรู้และความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและระดับประชากร ครอบคลุมตลอดช่วงชีวิต และประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการค้นหาและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากแหล่งที่เชื่อถือได้ 2) การทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการตีความและเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ 3) การประเมินข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการวิเคราะห์ ประเมินคุณภาพ และความน่าเชื่อถือของข้อมูล 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้ในทางปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่น นอกจากนี้ ยังครอบคลุมทั้งในระดับบุคคลและระดับประชากรตลอดช่วงชีวิต โดยมีองค์ประกอบสำคัญอีกสองประการ ได้แก่

1. ปัจจัยที่มาก่อน (antecedents) หมายถึง ปัจจัยเบื้องต้นที่เป็นพื้นฐานสำคัญของแต่ละบุคคลหรือชุมชน ซึ่งจะเอื้อต่อหรือขัดขวางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพภายหลัง ประกอบด้วย 1) ปัจจัยใกล้เคียง เช่น ปัจจัยกำหนดทางสังคมและสิ่งแวดล้อม อาทิ วัฒนธรรม ภาษา และโครงสร้างระบบสังคม 2) ปัจจัยใกล้เคียง เช่น อายุ ระดับการศึกษา การรู้หนังสือ รายได้ เป็นต้น และ 3) ปัจจัยสถานการณ์ปัจจุบัน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม บทบาทของครอบครัว เพื่อน และการเข้าถึงสื่อ

2. ผลลัพธ์ที่ตามมา (consequences) หมายถึง ผลลัพธ์หรือผลกระทบที่เกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต ได้แก่ 1) ระดับบุคคล เช่น การใช้บริการสุขภาพลดลง ต้นทุนในการดูแลสุขภาพลดลง และพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น เป็นต้น 2) ระดับชุมชนหรือประชากร เช่น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพที่เพิ่มขึ้น และการสร้างความยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในบริบทของผู้ที่จะเป็นบิดา

ในบริบทของครอบครัว ช่วงเวลาที่ภรรยากำลังตั้งครรภ์นับเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญสำหรับผู้ที่จะก้าวเข้าสู่บทบาทของ “บิดา” ซึ่งต้องเผชิญกับแรงกดดันและความท้าทายหลากหลายประการทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้จะเป็นบิดาจำเป็นต้องดูแลสุขภาพของตนเองควบคู่ไปกับการสนับสนุนสุขภาพของภรรยา และทารกในครรภ์อย่างเหมาะสม เพื่อให้การตั้งครรภ์เป็นไปอย่างปลอดภัย และเพื่อส่งเสริมสุขภาวะโดยรวมของสมาชิกในครอบครัวให้แข็งแรงและมั่นคง ในอดีตบทบาทของบิดามักถูกจำกัดไว้เพียงผู้สนับสนุนภายนอกโดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว อย่างไรก็ตาม ในบริบทปัจจุบัน บิดามีบทบาทที่สำคัญและเชิงรุกมากยิ่งขึ้นในฐานะผู้มีส่วนร่วมหลักในการดูแลครอบครัว ทั้งในด้านจิตวิทยา เศรษฐกิจ และสังคม ผู้จะเป็นบิดาต้องเผชิญกับความคาดหวังที่เพิ่มขึ้นจากภรรยา สมาชิกในครอบครัว และสังคม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ โดยเฉพาะความวิตกกังวลเกี่ยวกับบทบาทใหม่ ความมั่นคงทางการเงิน และสุขภาพของภรรยาและทารกในครรภ์ ดังนั้นขณะภรรยาตั้งครรภ์ข้อมูลด้านสุขภาพที่ผู้จะเป็นบิดาต้องการจึงครอบคลุมตั้งแต่การดูแลครรภ์ การเตรียมตัวสำหรับการคลอด ไปจนถึงพัฒนาการของทารก⁷ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จำเป็นต้องถูกนำเสนอในรูปแบบที่เข้าใจง่าย เข้าถึงได้ และเหมาะสมกับระดับความรู้ของแต่ละบุคคล เพื่อให้เกิดการนำไปใช้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจากแนวคิดของโซเรนเซน⁶ สามารถจำแนกออกเป็น 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจข้อมูล การประเมินค่าข้อมูล และการประยุกต์ใช้ข้อมูล ซึ่งจะมีส่วนสำคัญต่อการปรับตัวของบิดาในระยะเปลี่ยนผ่านนี้ ดังนี้

1. การเข้าถึงข้อมูล เป็นความสามารถของผู้จะเป็นบิดาในการค้นหา คัดเลือก และเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง ภรรยาที่ตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ จากแหล่งที่น่าเชื่อถือ เช่น หน่วยบริการสาธารณสุข เว็บไซต์ทางการแพทย์ โรงพยาบาล หรือสื่อออนไลน์ งานวิจัยพบว่าชายชาวอังกฤษที่วางแผนมีบุตรถึงร้อยละ 46.9 มีการค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์จากแหล่งต่างๆ รวมถึงสื่อออนไลน์⁸ ขณะที่ผู้ชายชาวตุรกีส่วนใหญ่ใช้ช่องทางออนไลน์เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปและเฉพาะทาง เช่น ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ โภชนาการ วัคซีน และพัฒนาการของทารกใน

ครรภ์⁹ นอกจากนี้การศึกษาของ เซลิกและคณะ¹⁰ ในประเทศตุรกีพบว่า ผู้ชายส่วนใหญ่ที่ภรรยาตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการค้นคว้าข้อมูลออนไลน์ทั้งในหัวข้อทั่วไปและเฉพาะทาง เช่น ความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน การฉีดวัคซีน และพัฒนาการของทารกในครรภ์

2. การทำความเข้าใจข้อมูล หมายถึง ความสามารถในการตีความและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับอย่างถูกต้อง เช่น ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ หรือคำแนะนำทางการแพทย์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้จะเป็นบิดาที่มีความเข้าใจที่ลึกซึ้งแสดงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ลดการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ หรือเริ่มรับประทานวิตามินตั้งแต่อนุครรภ์ตั้งครรภ์⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของมิเชลบล็อกและบาร์น¹¹ ระบุว่า บิดาที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการของทารกในครรภ์และกระบวนการคลอด มีแนวโน้มในการเข้าร่วมการดูแลระหว่างตั้งครรภ์มากขึ้น และมีบทบาทอย่างมากในการตัดสินใจทางสุขภาพร่วมกับภรรยา

3. การประเมินข้อมูล เป็นความสามารถในการวิเคราะห์และใช้วิจารณ์ฐานในการพิจารณาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ โดยเปรียบเทียบข้อเท็จจริง ความน่าเชื่อถือ และความเหมาะสม เช่น การตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการคลอด หรือการฉีดวัคซีนที่เหมาะสมในแต่ละไตรมาสของการตั้งครรภ์ จากการพัฒนาแอปพลิเคชัน Father's Playbook พบว่า ผู้จะเป็นบิดาสามารถประเมินข้อมูลและมีแนวโน้มในการตัดสินใจร่วมกับบุคลากรสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น¹²

4. การประยุกต์ใช้ข้อมูล หมายถึง ความสามารถในการนำความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น การวางแผนโภชนาการ การดูแลสุขภาพจิตของภรรยา การเตรียมตัวสำหรับการคลอด หรือการลดพฤติกรรมเสี่ยง การประยุกต์ใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและลดความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดา⁶

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้จะเป็นบิดา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในบริบทของผู้จะเป็นบิดาจำแนกตามแนวคิดของโซเรนเซน⁶ ได้แก่ ปัจจัยที่มาก่อน และผลลัพธ์ที่ตามมา ดังนี้

1. ปัจจัยที่มาก่อน (Antecedents) ในบริบทของผู้จะเป็นบิดา ปัจจัยที่มาก่อนซึ่งส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1.1 ปัจจัยไกลตัว (Distal factors) ได้แก่ ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น บริบททางวัฒนธรรม ค่านิยมเกี่ยวกับบทบาทของบิดา ภาษา และโครงสร้างครอบครัว ซึ่งมีอิทธิพลต่อแนวโน้มการมีส่วนร่วมของบิดาในช่วงฝากครรภ์ตัวอย่างเช่น งานวิจัยในประเทศสวีเดนพบว่า วัฒนธรรมที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของบิดาทำให้ผู้ชายเข้าร่วมกิจกรรมคลินิกฝากครรภ์มากขึ้น¹³

1.2 ปัจจัยใกล้ตัว (Proximal factors) ได้แก่ ลักษณะเฉพาะของบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และการรู้หนังสือด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งล้วนส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงและประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น งานวิจัยของมิเชลบลอคและบาร์น¹¹ รายงานว่าผู้ชายที่มีการศึกษาระดับปริญญาขึ้นไปมีแนวโน้มที่จะเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดูแลการตั้งครรภ์มากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่า จิตรพร และคณะ¹⁴ ศึกษากลุ่มชายไทยที่ภรรยาตั้งครรภ์ พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

1.3 ปัจจัยตามสถานการณ์ (Situational factors) ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการเข้าถึงแหล่งข้อมูล เช่น สื่อออนไลน์ แอปพลิเคชัน หรือการให้คำปรึกษาจากพยาบาล เช่น งานวิจัยของลีและคณะ¹² ระบุว่า แอปพลิเคชัน Father's Playbook มีส่วนช่วยให้บิดาเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้สะดวกและเหมาะสมกับระดับความเข้าใจของตนเอง

2. ผลลัพธ์ที่ตามมา (Consequences) ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่นำไปสู่ผลลัพธ์ในเชิงบวกทั้งในระดับบุคคลและระดับประชากร ดังนี้

2.1 ระดับบุคคล ผู้จะเป็นบิดาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมักแสดงพฤติกรรมเชิงบวก เช่น ลดการใช้สารเสพติด หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของภรรยาเป็นต้นและร่วมตัดสินใจในการตั้งครรภ์และคลอด จากผลการศึกษาของฟิชเชอร์และคณะ¹⁵ พบว่าบิดาที่ได้รับข้อมูลและคำแนะนำจากพยาบาลมีแนวโน้มปฏิบัติตามได้เหมาะสมมากขึ้น

2.2 ระดับประชากร การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของบิดาในวงกว้างสามารถลดภาระต่อระบบสุขภาพ เพิ่มอัตราการเข้ารับบริการฝากครรภ์ และสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพครอบครัว เช่น รายงานการศึกษาของฟลานดินและคณะ¹⁶ แสดงให้เห็นว่า เมื่อระบบสุขภาพส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดาในกระบวนการฝากครรภ์ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง และครอบครัวมีความพร้อมมากขึ้นต่อการเลี้ยงดูเด็ก

บทบาทพยาบาลแผนกฝากครรภ์ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้จะเป็นบิดา

1. บทบาทพยาบาลจำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

บทบาทของพยาบาลแผนกฝากครรภ์ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้จะเป็นบิดาจำแนกตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ ดังนี้

1.1 การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้จะเป็นบิดา

การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้จะเป็นบิดา พยาบาลควรประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมตามกรอบแนวคิดของโซเรนเซนและคณะ⁶ ทั้งปัจจัยที่มาก่อน (Antecedents) และ ผลลัพธ์ที่ตามมา (Consequences) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะนำมาพิจารณาส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้จะเป็นบิดา ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญดังนี้



1.1.1 ปัจจัยไกลตัว (Distal Factors)

พยาบาลควรประเมินทัศนคติของครอบครัวและชุมชน รวมถึงบริบททางวัฒนธรรมที่อาจมีผลต่อการรับรู้บทบาทของบิดา ได้แก่ ค่านิยมที่มองว่าการดูแลครรภ์และการคลอดเป็นเรื่องของผู้หญิงเพียงฝ่ายเดียว หรือการขาดแบบอย่างของการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลสุขภาพครอบครัว โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) การประเมินทัศนคติของครอบครัว พยาบาลสามารถซักประวัติและสอบถามในเชิงคุณภาพระหว่างการฝากครรภ์ เช่น ในครอบครัวมีใครเคยร่วมดูแลครรภ์ขณะตั้งครรภ์หรือไม่ เพื่อคัดกรองว่าผู้จะเป็นบิดามีพื้นฐานทางวัฒนธรรมและครอบครัวที่สนับสนุนหรือขัดขวางการมีส่วนร่วม

2) การสร้างความตระหนักรู้ในระดับครอบครัว พยาบาลควรจัดกิจกรรมกลุ่มในคลินิก การเชิญทั้งสามีและญาติใกล้ชิดเข้าร่วมกิจกรรมหรือเข้าอบรมโรงเรียนพ่อแม่ เพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องบทบาทบิดาในระบบสุขภาพ และลดอคติที่ฝังรากในวัฒนธรรม

3) การเสริมสร้างความเข้าใจในชุมชน พยาบาลอาจร่วมมือกับ อสม. หรือผู้นำชุมชนในการจัดกิจกรรมเชิงวัฒนธรรม เช่น เวทีเสวนาชุมชนหรือกิจกรรมวันครอบครัวที่มีหัวข้อเกี่ยวกับความสำคัญของบทบาทบิดาในการดูแลครรภ์ เป็นต้น

1.1.2 ปัจจัยใกล้ตัว (Proximal Factors)

ผู้จะเป็นบิดาที่มีระดับการศึกษาและรายได้น้อยมีแนวโน้มที่จะไม่เข้าใจข้อมูลที่ซับซ้อน ซึ่งการปรับรูปแบบสื่อสุขภาพให้เหมาะสมกับกลุ่มดังกล่าวช่วยเพิ่มความเข้าใจและความร่วมมือในการดูแลครรภ์² ได้แก่

1) การคัดกรองพื้นฐาน การสอบถามหรือการใช้แบบสอบถามสั้นเกี่ยวกับระดับการศึกษา ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล และทักษะการอ่าน เพื่อประเมินและปรับความรู้ให้เหมาะสม

2) การปรับเนื้อหา พัฒนาเนื้อหาสุขภาพให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ภาพการ์ตูน หรือการสาธิตด้วยวัตถุจำลอง

3) การให้คำปรึกษารายบุคคล พยาบาลควรจัดการสอนแบบตัวต่อตัวหากพบว่าผู้จะเป็นบิดายังมีความเข้าใจด้านสุขภาพไม่เพียงพอ พร้อมติดตามผลอย่างใกล้ชิด

ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทในการประเมินระดับการศึกษา รายได้ และความสามารถในการอ่านของผู้จะเป็นบิดา พร้อมปรับสื่อและกระบวนการให้ความรู้ให้เหมาะสม หรือการแนะนำสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพสำหรับครอบครัว



1.1.3 ปัจจัยสถานการณ์ (Situational Factors)

ในกรณีที่ผู้จะเป็นบิดามีข้อจำกัดด้านเวลา การทำงาน หรือการเข้าถึงเทคโนโลยี บทบาทพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่

1) การปรับเวลาการให้บริการ เช่น จัดคลินิกสุขภาพช่วงเย็นหรือวันหยุด เพื่อให้ผู้ชายที่ทำงานประจำสามารถเข้าร่วมได้

2) การใช้เทคโนโลยี ส่งสื่อศึกษาทาง LINE, QR Code, หรือแอปพลิเคชันที่ใช้งานง่าย เพื่อให้ผู้จะเป็นบิดาสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองในเวลาที่เหมาะสม พยาบาลควรจัดบริการในเวลาที่ยืดหยุ่น หรือพัฒนาช่องทางการให้ความรู้ผ่านออนไลน์ เช่น วิดีโอสุขภาพในกลุ่มไลน์ หรือแอปพลิเคชัน เช่น Father's Playbook เพื่อเสริมการเรียนรู้ในเวลาสะดวก¹²

3) การสร้างพื้นที่ปลอดภัย พยาบาลควรจัดพื้นที่ที่เป็นมิตร ไม่ตัดสิน และเปิดโอกาสให้ผู้ชายสอบถามข้อมูลหรือแบ่งปันความรู้สึกได้อย่างเสรี

2. บทบาทพยาบาลตามผลลัพธ์ที่ตามมา (Consequences)

2.1 ระดับบุคคล (Individual Level)

พยาบาลควรส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การเลิกบุหรี่ การวางแผนการเงิน การสื่อสารในครอบครัว เป็นต้น โดยใช้แบบประเมินก่อนและหลังการให้ความรู้ ได้แก่ แบบประเมินความพร้อมของบิดา และติดตามผลพฤติกรรมในภายหลัง โดยอาจถามความเห็นจากภรรยา หรือตรวจสอบการมีส่วนร่วมในการดูแล⁵

2.2 ระดับชุมชนหรือประชากร (Population Level)

พยาบาลสามารถทำงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ อสม. หน่วยงานท้องถิ่น หรือโรงเรียนพ่อแม่ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้จะเป็นบิดาในระดับพื้นที่ และเก็บข้อมูลนำไปพัฒนาระบบบริการที่ครอบคลุมและเป็นมิตรต่อครอบครัว เช่น การพัฒนาคลินิกที่เชิญทั้งคู่สมรส ร่วมวางแผนการคลอดและการเลี้ยงดูทารก⁶ การจัดโปรแกรมการเรียนรู้ในชุมชนที่มีผู้ชายเข้าร่วมช่วยส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมในระดับชุมชนได้⁵ เป็นต้น

บทบาทพยาบาลเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล

พยาบาลแผนกฝากครรภ์มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้จะเป็นบิดา โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดา เป็นความสามารถเฉพาะตัวของผู้จะเป็นบิดา ในการเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจข้อมูล การประเมินค่าข้อมูล และการประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและดำรงการมีสุขภาพดีของตนเอง ภรรยาที่ตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์¹⁷ ดังนั้นหากผู้จะเป็นบิดาที่ภรรยาอยู่ในช่วงของการตั้งครรภ์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 องค์ประกอบนี้ จะส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดาสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกระทำให้เหมาะสม คงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของตนเอง



ภรรยา และทารกในครรภ์ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพในแผนกฝากครรภ์ ควรแนะนำ สอน และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้จะเป็นบิดา เพื่อให้สามารถดูแลด้านสุขภาพของตนเอง ภรรยาที่ตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ได้อย่างเหมาะสม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล ดังนี้

1. การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ พยาบาลมีบทบาทในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม และเข้าใจง่ายแก่ผู้จะเป็นบิดา เช่น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจของสตรีมีครรภ์ การเตรียมความพร้อมทางร่างกายและจิตใจของผู้จะเป็นบิดา เป็นต้น โดยพยาบาลควรใช้สื่อที่หลากหลาย ได้แก่ แผ่นพับ วิดีทัศน์ หรือแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ เพื่อให้เหมาะสมกับระดับการรู้หนังสือด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล จัดทำ/จัดหาสื่อหรือวิดีโอขณะตั้งครรภ์ สื่อก่อนคลอด รวมทั้งภาพถ่ายอัลตราซาวด์แก่ผู้จะเป็นบิดา เพื่อส่งเสริมให้เกิดความผูกพัน ส่งเสริมการเลี้ยงลูกเชิงบวก รวมถึงเพิ่มความมั่นใจในการมีส่วนร่วมของผู้จะเป็นบิดาในการดูแลภรรยาและทารกในครรภ์¹⁸

2. การส่งเสริมทักษะในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพ พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้จะเป็นบิดามีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากแหล่งที่เชื่อถือได้ ได้แก่ เว็บไซต์ทางการแพทย์ หรือคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงการตีความข้อมูลและนำไปใช้ในการตัดสินใจที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง⁶

3. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้จะเป็นบิดาในการดูแลภรรยาและทารกในครรภ์ พยาบาลควรสนับสนุนให้ผู้จะเป็นบิดาเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับภรรยาที่ตั้งครรภ์ เช่น การเข้าร่วมการฝากครรภ์ การอบรมเตรียมความรู้ที่เหมาะสม เตรียมคลอด และการมีส่วนร่วมในการวางแผนการคลอด เป็นต้น ผู้จะเป็นบิดาควรได้รับความรู้จากโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักสูตรที่จัดขึ้นโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ให้ครบทั้งในระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด เพื่อเพิ่มพูนความรู้และการมีส่วนร่วมในการดูแลภรรยาและทารกในครรภ์¹⁹

4. การเป็นที่ปรึกษาและผู้ประสานงาน พยาบาลมีบทบาทในการให้คำปรึกษาในประเด็นที่เกี่ยวกับบทบาทของผู้จะเป็นบิดา ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจรวมถึงการประเมินภาวะความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นด้วย ผู้จะเป็นบิดาควรได้รับการประเมิน คัดกรอง ด้านจิตใจ โดยไม่ต้องคำนึงถึงเหตุผลที่มารับบริการเพื่อป้องกันความผิดปกติจากความวิตกกังวล นอกจากบทบาทการเป็นผู้ที่ให้คำปรึกษาแล้ว ยังต้องสนับสนุนด้านจิตใจของผู้จะเป็นบิดาในช่วงที่ภรรยาตั้งครรภ์²⁰ อีกทั้งการประสานงานส่งต่อไปยังทีมสหสาขาวิชาชีพหากมีความจำเป็น

5. การประเมินและติดตามผล พยาบาลควรมีระบบติดตามผลการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้จะเป็นบิดาอย่างต่อเนื่อง โดยอาจใช้เครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพ หรือแบบประเมินความพร้อมด้านบทบาทความเป็นพ่อ เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป



สรุป

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้จะเป็นบิดามีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลตนเอง ภรรยาที่ตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ ผู้จะเป็นบิดาควรมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อมีส่วนร่วมในการดูแลการตั้งครรภ์ ข้อมูล องค์ความรู้ข้างต้นแสดงให้เห็นว่า พยาบาลในแผนกฝากครรภ์มีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้จะเป็นบิดาในทุกระดับ ตั้งแต่การประเมินบริบททางวัฒนธรรมและครอบครัว การออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับระดับการศึกษาและศักยภาพของแต่ละบุคคล ตลอดจนการประสานงานกับภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของบิดา บทบาทของพยาบาลจึงไม่เพียงจำกัดอยู่ในห้องตรวจ แต่ยังขยายไปสู่การขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบสุขภาพครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพของมารดา ทารก และครอบครัวได้อย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. Gölbaşı Z, Terzi B, Özkan S. Determining the effect of prenatal education on fathers' knowledge and attitudes toward pregnancy and childbirth. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2021;47(5):1806–14.
2. Chinyoka T, Naidoo M. Exploring first-time fathers' understanding and experiences of antenatal care services in South Africa. *BMC Public Health*. 2021;21(1):2297.
3. Widarini P, Wahyuni CU. Father involvement in pregnancy: Its effect on the mother's mental health. *Journal of Public Health Research*. 2020;9(2):186–90.
4. Kassa GM, Woldie M, Reta MA. Antenatal care dropout and associated factors among fathers in low-income settings: A systematic review. *BMJ Open*. 2023;13(1):e067328.
5. Shorey S, Ng YPM. Evaluation of fathers' educational needs during pregnancy: A descriptive qualitative study. *Midwifery*. 2022;111:103372.
6. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
7. Sansiriphun N. Becoming a first-time father among Thais [Dissertation]. Chiangmai: Chiang Mai University; 2009.



8. Shawe J, Patel D, Stephenson J, Joy M, Howden B, Barrett G. Preparation for fatherhood: A survey of men's preconception health knowledge and behaviour in England. *Human Reproduction Open*. 2019;2019(6):1-18.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213897>.
9. Şatır DG. Examining online information-seeking behaviours and antenatal anxiety of expectant fathers. *Midwifery*. 2023; 125:103800. doi: 10.1016/j.midw.2023.103800.
10. Çelik R, Yıldız D, Ekşi H, Apaydin Kaya İ, Gülhan YB. Internet-based information-seeking behaviors of expectant fathers during pregnancy. *Midwifery*. 2022;109:103313.
11. Mitchell-Box K, Braun KL. Fathers' thoughts on breastfeeding and implications for a theory-based intervention. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2013;42(4):470– 80.
12. Lee S, Sappington D, McQuiston C, Ford C. Development of Father's Playbook: A mobile app for expectant fathers. *JMIR Formative Research*. 2021;5(2):e19863.
13. Premberg Å, Hellström A-L, Berg M. Experiences of the first year as father. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2008;22(1):56–63.
14. Phuttharuksa J, Homkosol A, Suwanprateep S. Health literacy of men whose wives are pregnant in a community hospital. *Nursing Journal*. 2021;48(3):112–124. (in Thai)
15. Fletcher R, St George JM, May C. Fathers' perceptions of support for the parental role from midwives: A qualitative study. *Midwifery*. 2008;24(4):489–95.
16. Plantin L, Olukoya AA, Ny P. Positive health outcomes of fathers' involvement in pregnancy and childbirth paternal support: A scope study literature review. *Fathering*. 2011;9(1):87–102.
17. Sonted S, Sansiriphun N, Deeluea J. Factors related to health literacy among expectant fathers. *Nursing Journal*. 2021;48(6):217-229. (in Thai)
18. Alyousefi-van Dijk K, De Waal N, Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Development and feasibility of the prenatal video-feedback intervention to promote positive parenting for expectant fathers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2022;40(6):352–65.
doi:10.1080/02646838.2021.1886258



19. Maternal and Child Health Group, Health Promotion Division, Department of Health, Ministry of Public Health. Parenting Handbook: Healthy Body, Smart Brain, Good Mood, and Happiness. 3rd ed. Nonthaburi: New Thammada Printing; 2016.
20. Kuş C, Sucaklı MH, Koşar Y, Çelik M. Pregnancy-related anxiety level and associated factors in expectant fathers: case-control study in Turkey. Open Health Review and Management. 2023;4(1):65–74. doi:10.38045/ohrm.2023.1.08



การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น: บทบาทของพยาบาลจิตเวช

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

บทคัดย่อ

โรคสมาธิสั้น เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมองที่ส่งผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยมีอาการหลักคือขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ซึ่งมักพบในเด็กวัยเรียนและส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และการเข้าสังคม สาเหตุของโรคเกิดจากปัจจัยหลากหลาย ทั้งพันธุกรรม การทำงานของสมองที่บกพร่องของสารสื่อประสาท และปัจจัยสิ่งแวดล้อม หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม โรคสมาธิสั้นจะก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อตัวเด็ก ครอบครัว และสังคม รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาทางจิตเวชและพฤติกรรมในอนาคต การดูแลรักษาโรคสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยแนวทางแบบผสมผสานทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การช่วยเหลือทางจิตใจและด้านการเรียน และการรักษาด้วยยา ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู บทความนี้เน้นย้ำถึงบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ตั้งแต่การประเมินและคัดกรองเบื้องต้น การให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองและครู การติดตามอาการและประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง การเสริมสร้างทักษะชีวิตและพฤติกรรม และการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนและโรงเรียน จะช่วยลดการตีตรา การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และพัฒนาการของเด็กสมาธิสั้น ให้พวกเขาสามารถปรับตัวและใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีคุณภาพในสังคม

คำสำคัญ: โรคสมาธิสั้น บทบาทพยาบาล การดูแลเด็กสมาธิสั้น พยาบาลจิตเวช

* อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** Corresponding author; email: sawitri.jeeraya@crc.ac.th



Management of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Psychiatric Nurse's Role

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

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a syndrome caused by brain dysfunction that affects the patient's behavior, emotions, and daily functioning, marked by inattention, hyperactivity, and impulsivity, stemming from brain dysfunction. These core symptoms primarily affect school-aged children, significantly impacting their learning and social integration. ADHD's origins are complex, involving genetics, impaired brain neurotransmitter function, and environmental factors. Without proper intervention, ADHD can have a profound impact on the child, family, and society, increasing the risk of developing future psychiatric and behavioral problems. Effective treatment of ADHD requires a multidisciplinary approach, combining behavioral modification, psychological and educational support, and medication. This relies heavily on collaboration among healthcare professionals, parents, and teachers. This article highlights the crucial role of nurses in ADHD care, including initial assessment and screening, providing guidance to parents and teachers, continuous monitoring and evaluation of care, promoting life skills and adaptive behaviors, as well as implementing proactive interventions in the community and school settings.

Keywords: ADHD, Nursing roles, ADHD care, Psychiatric Nurse

* 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: sawitri.jeeraya@crc.ac.th

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ การดำเนินชีวิตประจำวัน ประสิทธิภาพในการเรียนรู้ และการเข้าสังคมกับผู้อื่น¹ โดยสาเหตุเกิดจากการทำหน้าที่ของสมองบกพร่อง จัดเป็นกลุ่มโรคประสาทวิทยาพัฒนาการ (neurodevelopmental disorder) ผู้ป่วยจะแสดงอาการขาดสมาธิ (inattention) อยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) และอาการหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของเด็กวัยเรียน โดยพบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง 4-6 เท่า อาการของโรคสมาธิสั้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามวัย โดยพฤติกรรมไม่อยู่นิ่งจะลดลงเมื่อผู้ป่วยโตขึ้น หากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านการเรียน อาชีพ ครอบครัวและสังคม²

เด็กโรคสมาธิสั้น จะมีความบกพร่องในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง มีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันในหลายๆ ด้าน นั้นเป็นสาเหตุให้ผู้ปกครองและครูมีความยากลำบากในการดูแลเด็ก และมักจะจัดการเด็กด้วยวิธีการที่ไม่เหมาะสม อย่างเช่น การลงโทษด้วยการตี หรือดุว่ากล่าว ซึ่งอาจจะทำให้เด็กไม่สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น อาจทำให้มีปัญหายุ่งยากอื่นๆ ตามมาได้ การรักษาโรคสมาธิสั้นที่มีประสิทธิภาพคือการรักษาด้วยยาาร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม โดยบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ปกครอง และครู ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้อย่างเต็มศักยภาพและสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือเด็กสมาธิสั้นที่เกิดอาการขาดสมาธิและอาการหุนหันพลันแล่น เนื่องจากอาการดังกล่าวเป็นอาการที่ทำให้ครูและผู้ปกครองพาเด็กเข้ารับการรักษา

บทความนี้มีสาระสำคัญเกี่ยวกับ ลักษณะของเด็กโรคสมาธิสั้น สาเหตุ ผลกระทบแนวทางการรักษาและการดูแลเด็กที่มีโรคสมาธิสั้น รวมถึงบทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้น

ลักษณะของโรคสมาธิสั้นในเด็ก

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตาม DSM-5³

การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD) ในปัจจุบันอาศัยเกณฑ์มาตรฐานจาก คู่มือการวินิจฉัยและสถิติของความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (DSM-5) ซึ่งจัดทำโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA) เพื่อใช้เป็นแนวทางสากลในการประเมินและระบุความผิดปกติอย่างถูกต้องและเป็นระบบ ประกอบด้วย

A. มีอาการขาดสมาธิหรืออาการอยู่นิ่ง อาการหุนหันพลันแล่นที่เกิดขึ้นเป็นประจำ ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันหรือต่อพัฒนาการ โดยมีลักษณะตามข้อ 1 และ/หรือ ข้อ 2 ดังนี้

1. อาการขาดสมาธิ (inattention): มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 6 ข้อ (หรืออย่างน้อย 5 ข้อสำหรับวัยรุ่นอายุ ตั้งแต่ 17 ปีขึ้นไป) เป็นเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยเป็นมากกว่าที่พบได้ปกติตามระดับพัฒนาการ และทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ต่อการเรียนหรือการประกอบอาชีพของผู้ป่วย ทั้งนี้อาการเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากการต่อต้านหรือไม่เข้าใจคำสั่ง

- 1) ขาดความรอบคอบหรือทำงานผิดพลาดจากความสะเพร่า
- 2) ขาดความตั้งใจในการทำงานหรือการเล่น ที่ต่อเนื่อง
- 3) แสดงพฤติกรรมคล้ายไม่ได้รับฟังเมื่อผู้อื่นสื่อสารด้วย
- 4) ไม่ทำตามคำสั่งหรือทำงานที่ได้รับมอบหมายไม่สำเร็จ (ไม่ใช่เพราะดื้อหรือไม่เข้าใจ)

- 5) ขาดการจัดระเบียบในการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ
- 6) หลีกเลียงหรือไม่อยากทำงานที่ต้องตั้งใจพยายาม
- 7) ทำของใช้ที่จำเป็นหายบ่อยๆ
- 8) วอกแวกตามสิ่งเร้าได้ง่าย
- 9) มักหลงลืมกิจกรรมที่ต้องทำเป็นประจำในแต่ละวัน

2. อาการอยู่ไม่นิ่ง – หุนหันพลันแล่น (hyperactivity-impulsivity): มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 6 ข้อ (หรืออย่างน้อย 5 ข้อสำหรับวัยรุ่นอายุตั้งแต่ 17 ปี ขึ้นไป) เป็นเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือนโดยเป็นมากกว่าที่พบได้ปกติตามระดับพัฒนาการ และทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในสังคม ต่อการเรียนหรือการประกอบอาชีพของผู้ป่วย ทั้งนี้อาการเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากการต่อต้านหรือไม่เข้าใจคำสั่ง

- 1) ยุกยิกหรือนั่งไม่นิ่ง
- 2) มักลุกจากที่นั่งในสถานการณ์ที่จำเป็นต้องนั่งอยู่กับที่
- 3) วิ่งไปมาหรือปีนป่ายมากเกินไป (หรือมีแค่อาการกระวนกระวายสำหรับผู้ที่ เป็นวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่)
- 4) เล่นหรือใช้เวลาว่างอย่างเจี๊ยบๆ ไม่ได้
- 5) ไม่อยู่เฉยหรือแสดงออกราวกับติดเครื่องยนต์ไว้ตลอดเวลา
- 6) พูดมากเกินไป
- 7) พูดโพล่งตอบโดยไม่ทันฟังคำถามจนจบ
- 8) ไม่รอคอยจนถึงคิวของตน
- 9) มักแทรกหรือขัดจังหวะผู้อื่นระหว่างการทำกิจกรรม

B. อาการขาดสมาธิหรืออยู่ไม่นิ่ง-หุนหันพลันแล่นในหลายข้อเริ่มปรากฏตั้งแต่อายุ 12 ปี

C. อาการสมาธิสั้นหรืออยู่ไม่นิ่ง-หุนหันพลันแล่นเกิดขึ้นในอย่างน้อย 2 สถานการณ์ขึ้นไป เช่น ที่บ้าน ที่โรงเรียน เป็นต้น

D. อาการที่เป็นทำให้เกิดความบกพร่องที่ชัดเจนในด้านสังคม การเรียน หรืออาชีพการงานของผู้ป่วย

E. ไม่ได้เป็นจากโรคทางจิตเวชอื่นๆ เช่น pervasive developmental disorder, psychotic disorder, mood disorder, anxiety disorder, dissociative disorder หรือ personality disorder ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-V ได้มีการกำหนด ให้ระบุการแสดงลักษณะทางคลินิก (presentation) เป็น 3 แบบดังนี้

1. Combined presentation เมื่อผู้ป่วยมีอาการครบตามเกณฑ์ ทั้งของกลุ่มอาการขาดสมาธิและของกลุ่มอาการอยู่นิ่งหรือหุนหันพลันแล่น ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

2. Predominantly inattentive presentation เมื่อผู้ป่วยมีอาการครบตามเกณฑ์ของกลุ่มอาการขาดสมาธิ แต่ไม่ครบตามเกณฑ์ของกลุ่มอาการอยู่นิ่งหรือหุนหันพลันแล่นในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

3. Predominantly hyperactive-impulsive presentation เมื่อผู้ป่วยมีอาการครบตามเกณฑ์ของกลุ่มอาการอยู่นิ่งหรือหุนหันพลันแล่น แต่ไม่ครบตามเกณฑ์ของกลุ่มอาการขาดสมาธิในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นจะต้องวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะอื่นๆ ที่อาจทำให้เด็กมีอาการใกล้เคียงกับอาการของโรคสมาธิสั้น

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของเด็กโรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น เกิดจากปัจจัยหลากหลายทั้งทางชีวภาพ จิตใจ และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็ก โดยในปัจจุบันยังไม่มีสาเหตุที่แน่ชัด แต่มีงานวิจัยชี้ให้เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่มีผลต่อการเกิดโรค ได้แก่ 1) พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่า พันธุกรรมในครอบครัวประกอบด้วยคู่แฝด พี่น้อง และบุตร เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคสมาธิสั้นได้ จากการศึกษาคู่แฝด พบว่าในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรค อีกคนหนึ่งจะมีโอกาสเป็นด้วยร้อยละ 59 - 92 ในขณะที่คู่แฝดจากไข่คนละใบมีโอกาสเป็นโรคร้อยละ 29 - 42 ส่วนการศึกษาในพี่น้อง พี่หรือน้องของเด็กโรคสมาธิสั้น มีโอกาสเป็นโรคสมาธิสั้น⁴ 2) การทำงานของสมอง เกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท เช่น โดปามีน (Dopamine) ที่ถูกสร้างจากกรดอะมิโน ซึ่งโดปามีนเป็นสารสื่อประสาทที่สำคัญในการควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ เนื่องจากทางเดินของเส้นประสาทโดปามีนจะเชื่อมโยงไปยังสมองส่วนหน้า ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญต่อสมาธิและอารมณ์ ดังนั้นความไม่สมดุลที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทจึงทำให้เกิดอาการที่ไม่สามารถควบคุม ยับยั้งการสั่งงาน การแสดงออก และอาการ ไม่อยู่นิ่งจนเป็นที่สังเกตได้ หรืออาจเกิดจากการที่สมองได้รับความกระทบกระเทือนในขณะตั้งครรภ์ การติดเชื้อระหว่างการตั้งครรภ์ การขาดออกซิเจนในขณะคลอด หรือการไหลเวียนของโลหิตในสมองผิดปกติ เป็นต้น และ 3) สิ่งแวดล้อม เช่น การได้รับสารตะกั่ว บิดามารดาใช้สารเสพติด สูบบุหรี่

หรือดื่มสุราเป็นประจำทั้งก่อนการตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์ บุตรที่เกิดมาอาจมีความผิดปกติหรือสมาธิสั้นได้⁵

ผลกระทบของโรคสมาธิสั้น

โรคสมาธิสั้น หากไม่ได้รับการรักษาจะเกิดผลกระทบในด้านต่างๆ ทั้งต่อตัวเด็กและครอบครัว⁶ ได้แก่ 1) ผลกระทบต่อตัวเด็กมักจะมีปัญหาด้านการเรียนรู้ เรียนได้ไม่ดี อาจถูกให้เรียนซ้ำชั้น อาจเรียนไม่จบชั้นมัธยม หรือต้องเรียนต่อสายอาชีพ มีปัญหาพฤติกรรมในห้องเรียน ถูกทำโทษบ่อยๆ หรือถูกพักการเรียน ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ เนื่องจากคนรอบข้างมักจะคอยตำหนิจับผิด ลงโทษเด็กอยู่เสมอ มีปัญหาการเข้าสังคม ไม่เป็นที่ยอมรับของเพื่อนและคนรอบข้าง ไม่ประสบความสำเร็จทางด้านอาชีพการงานเมื่อโตขึ้น มีความเสี่ยงสูงที่จะติดสารเสพติด เสี่ยงต่อการทำผิดกฎหมาย มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากชอบกิจกรรมที่ท้าทาย และเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ 2) ผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้ครอบครัวเกิดความเครียด เกิดภาวะซึมเศร้าในครอบครัวในระดับที่สูงขึ้น อาจทำให้เกิดปัญหาการหย่าร้าง ทำให้บุคคลในครอบครัวเสียโอกาสในการทำงาน เนื่องจากต้องเผชิญความกดดันและใช้เวลาในการดูแลเป็นอย่างมาก 3) ผลกระทบต่อพัฒนาการเด็กโรคสมาธิสั้น หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องตั้งแต่เล็ก เมื่อโตขึ้นอาจส่งผลกระทบตามมา เช่น ปัญหาพฤติกรรม ปัญหาด้านการเรียนรู้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ขาดทักษะทางสังคม มีปัญหาในด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ติดสารเสพติด รวมไปถึงการทำผิดกฎหมาย

แนวทางการรักษาและการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

การรักษาเด็กโรคสมาธิสั้น คือ การรักษาแบบผสมผสานหลายๆ รูปแบบ ดังต่อไปนี้

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นวิธีสำคัญในการช่วยเด็กโรคสมาธิสั้น โดยเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ เช่น การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การตั้งกฎเกณฑ์ที่ชัดเจน และการให้รางวัลหรือการชมเชย เป็นต้น⁷

2. การช่วยเหลือทางด้านจิตใจสำหรับเด็กและครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญจะช่วยให้เด็กและครอบครัวปรับตัว โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น เพื่อให้พ่อแม่และครูเข้าใจพฤติกรรมของเด็กและสามารถให้การดูแลที่เหมาะสม การฝึกทักษะและการควบคุมอารมณ์ให้กับเด็ก และการทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัวและโรงเรียน จะช่วยให้เด็กได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. การช่วยเหลือทางการเรียน การปรับวิธีการเรียนการสอนจะสามารถช่วยเด็กที่มีอาการสมาธิสั้นได้ เช่น การจัดที่นั่งให้เหมาะสม การใช้คำสั่งที่ชัดเจนและเป็นขั้นตอน และการเพิ่มกิจกรรมที่ใช้พลังงาน เป็นต้น⁷

4. การรักษาด้วยยา (ข้อบ่งชี้ในการใช้ยา คือ เมื่อมีการวินิจฉัยที่แน่ชัดว่าเด็กเป็นโรคสมาธิสั้น และมีอาการมาจนส่งผลกระทบต่อการศึกษาหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน) ยาที่ใช้ในการรักษาโรคสมาธิสั้น แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ 1) กลุ่มยาที่ออกฤทธิ์กระตุ้นสมองและประสาทส่วนกลาง เช่น Methylphenidate และ 2) กลุ่มยาที่ไม่ออกฤทธิ์กระตุ้นสมองหรือประสาทส่วนกลาง เช่น Atomoxetine, Clonidine, และยารักษาอาการซึมเศร้า โดยยาที่ใช้เป็นทางเลือกแรกของการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็ก คือ Methylphenidate ซึ่งจัดเป็นยาในกลุ่มกระตุ้นสมองและประสาทส่วนกลาง เพิ่มระดับสารสื่อประสาทที่เด็กสมาธิสั้นมีน้อย จึงช่วยทำให้เด็กสมาธิสั้นสามารถควบคุมสมาธิ และมีความยับยั้งชั่งใจมากขึ้น เมื่อเด็กได้รับการรักษาอย่างถูกวิธีจะทำให้เด็กสงบขึ้น นิ่งขึ้น จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเพิ่มขึ้น และมีความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือคนรอบข้างดีขึ้น เด็กบางคนมีอาการไม่รุนแรง ไม่มีโรคแทรกซ้อน พ่อแม่ ครู เข้าใจและให้ความช่วยเหลือเต็มที่ อาจจะมีโอกาสหายจากโรคนี้ได้ และไม่จำเป็นต้องรับประทานยาตลอดชีวิต

บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ในอดีตที่ผ่านมาสังคมรับรู้เกี่ยวกับ “เด็กโรคสมาธิสั้น” ว่าเด็กเหล่านี้ดูปกติทุกอย่าง บางคนฉลาด แต่มักถูกตำหนิว่าดื้อ ขน ไม่มีสมาธิ ปฏิบัติตามกฎระเบียบไม่ได้ ขาดทักษะทางสังคม จึงทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นยาก ประกอบกับบิดามารดาและครูผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจธรรมชาติของเด็กและการดูแลระดับประคับประคองช่วยเหลือเด็กโรคสมาธิสั้น จึงเครียดและเกิดอารมณ์โกรธง่าย อาจทำร้ายเด็กด้วยการตี ดุด่า ว่ากล่าว เด็กจำนวนมากเกิดความรู้สึกหมดความภาคภูมิใจในตนเอง ไม่มีใครรัก เก็บกดจนสมาธิสั้นพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์แปรปรวน เมื่อโตเป็นวัยรุ่นจะเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะสร้างปัญหาความรุนแรงและภัยสังคมหรือติดยาเสพติด การช่วยเหลือเด็กโรคสมาธิสั้น นอกจากแพทย์จะให้ยารับประทานเพื่อให้มีสมาธิในการเรียนแล้ว บิดามารดาและครูจะมีส่วนช่วยในการฝึกทักษะหลายๆ อย่าง จนทำให้เด็กประสบความสำเร็จในการเรียน และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง⁹

ในบริบทนี้บทบาทของพยาบาลจิตเวชจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยจะมีบทบาทดังต่อไปนี้ บทบาทด้านการประเมินและคัดกรองภาวะทางจิตสังคมของเด็ก บทบาทด้านการให้คำปรึกษาผู้ปกครองและครู บทบาทด้านการดูแล เช่น การติดตามอาการและประเมินผล การเสริมสร้างทักษะชีวิตและพฤติกรรมเด็ก และการทำงานเชิงรุกในชุมชนและโรงเรียน ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือให้บิดามารดา และครูให้เข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและสามารถดูแลเด็กได้¹⁰ ดังนี้

1. ประเมินและคัดกรองเบื้องต้น

พยาบาลควรมีการประเมินแบบแผนพฤติกรรมของเด็กเมื่ออยู่กับครอบครัว สังคมที่โรงเรียน การดำเนินชีวิตและกิจวัตรประจำวันของเด็ก การดูแลเด็กของบิดามารดา นอกจากนี้ยังต้องประเมินภาวะจิตใจของบิดามารดาด้วย ส่วนใหญ่แล้วพยาบาลจะใช้แบบประเมิน SNAP-IV Rating Scale (Swanson, Nolan, and Pelham Questionnaire – IV) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินพฤติกรรมขาดสมาธิและพฤติกรรมซนหุนหันพลันแล่น รวมถึงพฤติกรรมต่อต้านและก้าวร้าว ซึ่งมีทั้งในรูปแบบสำหรับผู้ปกครองและครู โดยผู้ปกครองจะประเมินพฤติกรรมที่บ้านและกิจวัตรประจำวัน และครูจะประเมินพฤติกรรมในโรงเรียน ทั้งด้านการเรียน สมาธิ และการเข้าสังคม พยาบาลควรใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตพฤติกรรมของเด็กในบริบทที่หลากหลาย เช่น ที่บ้านและโรงเรียน เพื่อเก็บข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมและ ปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่ออาการ เพื่อให้พยาบาลสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการวินิจฉัยปัญหาและวางแผนการพยาบาลให้แก่เด็กและครอบครัวได้ถูกต้อง¹¹

2. การให้คำปรึกษา

การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการรักษาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ความสำเร็จส่วนใหญ่เกิดจากบทบาทของผู้ปกครองและครู ซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดที่อยู่กับเด็กในชีวิตประจำวัน ผู้ปกครองเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้เด็กมีอาการดีขึ้น เนื่องจากสามารถสังเกตพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง เข้าใจความต้องการของเด็ก และเป็นผู้กำหนดวิธีการเลี้ยงดูที่เหมาะสม ขณะเดียวกัน ครูก็มีบทบาทสำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน เพราะครูเป็นผู้ดูแลเด็กในสภาพแวดล้อมการเรียน การเข้าสังคม และสามารถจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่ช่วยลดปัญหาพฤติกรรมและส่งเสริมศักยภาพของเด็กได้ ดังนั้น การให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองและครูจึงมีความจำเป็น เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการจัดการพฤติกรรมของเด็กอย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของทั้งเด็ก ครอบครัว และสังคม

2.1 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครอง

2.1.1 ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแก่บิดามารดาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการของโรค การรักษา ผลข้างเคียง ความบกพร่องของเด็ก จะช่วยลดความเครียดของบิดามารดาที่เกิดขึ้นได้ และยังทำให้บิดามารดามีทัศนคติทางบวก ยอมรับในอาการและข้อจำกัดต่างๆ ของเด็กได้ สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการฝึกทักษะการจัดการของบิดามารดาที่มีบุตรสมาธิสั้น¹² ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่าง เป็นบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคสมาธิสั้นจำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 10 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค พฤติกรรมของเด็ก และวิธีการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของเด็ก แหล่งประโยชน์ที่จะให้การช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแก่บิดามารดา ผลการศึกษาพบว่าบิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมมีความวิตกกังวล ความเครียดลดลง สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุตรได้ และพบว่าบุตรมี

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมลดลง ซึ่งจะเห็นว่าการให้ความรู้ คำปรึกษาแก่บิดามารดาเกี่ยวกับอาการของโรค การรักษาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้บิดามารดาเข้าใจ และยอมรับข้อจำกัดต่างๆ ของบุตรได้¹³

2.1.2 เปิดโอกาสให้บิดามารดา และครอบครัวระบายความรู้สึกคับข้องใจ ความเครียด ความวิตกกังวลที่มีต่อพฤติกรรมของเด็ก หรือจัดกลุ่มให้บิดามารดาหรือครอบครัวที่มีเด็กโรคสมาธิสั้นรู้จักกัน แลกเปลี่ยนเทคนิคในการดูแล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา จะทำให้กลุ่มบิดามารดาที่มีบุตรสมาธิสั้นได้รับกำลังใจ ลดความเครียด ความวิตกกังวล และเรียนรู้วิธีการดูแลบุตรร่วมกันได้¹³

2.1.3 การจัดกลุ่มฝึกบิดามารดาให้มีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ทักษะการสั่งงานที่ได้ผล ฝึกการใช้คำพูด ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม การรักษากฎกติกา เทคนิคการให้รางวัล จะสามารถช่วยให้บิดามารดาสามารถดูแลบุตรได้ และสามารถส่งเสริมให้เด็กเกิดการเรียนรู้และสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้ โดยพยาบาลสามารถให้คำแนะนำแก่บิดามารดาในการดูแลเด็กสมาธิสั้น¹⁴ ได้ดังนี้

1) จัดหาสถานที่ที่สงบเพื่อให้เด็กทำการบ้าน อ่านหนังสือ โดยไม่มีคนรบกวน หรือมีสิ่งที่ทำให้สมาธิเสีย ถ้าเด็กสมาธิสั้นมากๆ ควรอยู่ใกล้ๆ เพื่อควบคุมให้งานเสร็จ

2) จัดตารางเวลาให้ชัดเจน สำหรับกิจวัตรประจำวัน กำหนดเวลาทำการบ้าน ในกรณีที่เด็กลืมหรือไม่ทำตามข้อตกลง ให้บิดามารดาเตือนสั้นๆ ครั้งเดียว ถ้าไม่มีที่ทำว่าจะทำให้บิดามารดาพาไปทำหรือกำกับให้ทำทันที วิธีนี้ได้ผลถ้าเริ่มฝึกตั้งแต่เด็ก เพราะเด็กเรียนรู้ว่าบิดามารดาเอาจริงและจะยอมรับในกติกา

3) จัดกฎระเบียบของบ้านให้ชัดเจน เช่น ห้ามดูโทรทัศน์ขณะทำการบ้าน ไม่พูดคำหยาบคาย บิดามารดาต้องทำเป็นแบบอย่างและเป็นผู้ควบคุมกฎ

4) ให้รางวัลในกรณีที่ทำพฤติกรรมที่ต้องการเพื่อเป็นแรงจูงใจให้ทำต่อ เช่น คำชม ให้แต้ม สะสม เป็นต้น และกำหนดการลงโทษให้ชัดเจน ควรใช้วิธีการจำกัดสิทธิต่างๆ เช่น การดูโทรทัศน์ การเล่นเกม การออกไปเที่ยว เป็นต้น

5) ฝึกควบคุมอารมณ์ ทำให้บรรยากาศสงบ ให้กำลังใจเป็นระยะ หลีกเลี่ยงการดูว่า หรือบ่น เพราะทำให้เด็กเบื่อ ไม่สนใจสิ่งที่บิดามารดาพูด

6) การทำงานต่างๆ ควรมีการแบ่งงานเป็นชิ้นเล็กๆ เด็กมักท้อใจกับงานที่ตัวเองไม่ชอบ ไม่สนุก ไม่ถนัด ดังนั้น บิดามารดาควรแบ่งงานออกเป็นชิ้นเล็กๆ พอทำเสร็จในเวลาสั้นๆ ให้มีกำลังใจทำต่อ ต้องเปิดโอกาสให้เด็กเปลี่ยนอริยาบถหรือหยุดพักเป็นระยะ เมื่อเห็นว่าเด็กหมดสมาธิแล้ว

7) เด็กมักมีจุดอ่อน คือทักษะในการวางแผนล่วงหน้า ไม่สนใจคิดหรือวางแผนล่วงหน้า มักทำตามสิ่งที่เราที่ผ่านมามากกว่าสิ่งที่คิดไว้ล่วงหน้า ซึ่งบิดามารดาควรฝึกฝนให้เด็กเรียนรู้ที่จะหยุด คิดวางแผน ทำตามขั้นตอน และฝึกการแก้ปัญหา

8) บิดามารดาต้องฝึกกำลังเป็นหนึ่งเดียวกัน ความคิดเห็นของบิดามารดาที่แตกต่างกัน ทำให้การแก้ปัญหาไปคนละทาง เด็กจะหลบหลีกปัญหาไป อยู่กับคนที่ตามใจ ในที่สุดความแตกต่างทำให้เกิดความขัดแย้ง

2.2 การให้คำปรึกษาแก่ครู

การแนะนำช่วยเหลือทางการเรียน โดยพยาบาลมีการประสานงานกับทางโรงเรียนให้มีการจัดการเรียนการสอนให้แก่เด็กโรคสมาธิสั้นอย่างเหมาะสม มีการให้คำแนะนำแก่ครูเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียน รวมถึงแนวทางของครูในการปฏิบัติต่อเด็ก จะช่วยให้ครูสามารถให้การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น สิ่งที่พยาบาลควรให้คำแนะนำแก่ครูในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น มีดังนี้¹⁵

1) การจัดการสิ่งแวดล้อมในห้องเรียน จะช่วยลดสิ่งกระตุ้น ทำให้เด็กมีสมาธิในการเรียนมากขึ้น โดยมีการจัดสิ่งแวดล้อม ได้แก่ 1.1) ห้องเรียนไม่ควรมีเด็กโรคสมาธิสั้นมากกว่า 1 คน ถ้าจำเป็นต้องรับมากกว่า 1 คน ควรจัดที่นั่งให้แยกห่างจากกัน 1.2) ควรให้เด็กนั่งหน้าชั้นเรียนใกล้ครู โดยมีเด็กที่เรียบร้อยนั่งรอบข้าง ไม่ควรให้นั่งหลังห้อง ติดทางเดินหรือริมหน้าต่าง เพราะเด็กจะสนใจเรื่องอื่น 1.3) สิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่ประดับในห้องควรมีน้อย เพื่อลดสิ่งกระตุ้นทางตา เช่น การแต่งกายของครูควรเรียบร้อย ไม่มีเครื่องประดับมาก เพราะจะทำให้เด็กสนใจการแต่งกายของครูจนไม่สนใจเรียน

2) การเตรียมการสอนและการมอบหมายงาน เช่น 2.1) ควรมีการสร้างแรงจูงใจในการเรียน ทำให้การเรียนสนุก ตื่นเต้นท้าทายให้เด็กอยากติดตาม คอยดึงความสนใจเด็กกลับสู่การเรียน เมื่อเด็กวอกแวก หรือขาดสมาธิ 2.2) จัดระบบการเรียนให้ชัดเจน และกำกับให้เด็กทำตามระบบอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการแบ่งงานเป็นช่วงสั้นๆ พอทำเสร็จง่ายๆ กำกับให้ทำจนสำเร็จ มีจังหวะพักเป็นระยะ และชมเชยเด็กเมื่อทำเสร็จหรือพยายามทำ 2.3) มีการสอนเสริมให้เด็กนอกเวลา เพื่อให้สามารถเรียนรู้บทเรียนได้ทันเพื่อน กรณีการสอบควรเพิ่มเวลาในการทำข้อสอบมากกว่าเพื่อน หรือครูอ่านข้อสอบให้เด็กฟังทีละข้อ เมื่อเด็กทำเสร็จจึงอ่านข้อต่อไปจนกว่าจะทำเสร็จทุกข้อ 2.4) ขณะคุยกับเด็กโรคสมาธิสั้นครูควรใช้คำพูดที่น้อยลง พูดช้าๆ ชัดเจน กระชับ ไม่ใช่คำสั่งที่คลุมเครือ ไม่บ่นหรือตำหนิเด็ก และควรวางเฉยกับอาการที่เด็กแสดงออก เช่น ยุกยิก อยู่ไม่สุข ลายมือไม่สวย เจ้าอารมณ์ เป็นต้น

3) จัดกิจกรรมให้เด็กระบายพลังงาน หรือความก้าวร้าวออกมาเป็นกิจกรรมที่เหมาะสม เช่น กีฬา ศิลปะ ดนตรี ตามความชอบความถนัดของเด็ก

4) ฝึกทักษะต่างๆ ให้สอดคล้องกับที่บ้านโดยการติดต่อประสานกับบิดามารดาอย่างต่อเนื่อง เช่น ติดตามการบ้านเมื่อเด็กลืมหรือไม่ส่งงาน ให้แจ้งบิดามารดา เป็นต้น

5) ควรบอกเพื่อนๆ ของเด็กว่าโรคสมาธิสั้นไม่ใช่โรคน่าอาย ไม่ล้อเลียนกันในห้อง ควรช่วยเหลือเพื่อน เช่น ไม่ชวนคุย ชวนให้ตั้งใจเรียน ชวนทำงานให้ครบ หรือเตือนเมื่อเพื่อนลืมน เป็นต้น

3. การติดตามอาการและประเมินผล

การติดตามอาการและการประเมินผลเด็กสมาธิสั้นเป็นขั้นตอนที่สำคัญและจำเป็นในกระบวนการดูแลเด็กที่มีภาวะดังกล่าว เพื่อให้สามารถปรับแผนการรักษาและการดูแลให้เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของเด็กแต่ละคน พยาบาล ผู้ปกครอง และครูมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการเหล่านี้ การติดตามอาการควรเริ่มจากการสังเกตพฤติกรรมของเด็กทั้งที่บ้านและโรงเรียน นอกจากนี้ การสื่อสารกับผู้ปกครองและครูเพื่อรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กในสถานการณ์ต่างๆ จะช่วยให้มองเห็นภาพรวมได้ชัดเจนขึ้น การติดตามผลจะทำให้สามารถปรับแผนการรักษาและยังช่วยประเมินผลในการให้การช่วยเหลือเด็ก การประเมินผลควรเน้นที่การพัฒนาทักษะชีวิตและพฤติกรรมของเด็ก¹⁶ เช่น การวางแผน การจัดลำดับขั้นตอน และการจัดการเวลา นอกจากนี้ ควรติดตามพัฒนาการในด้านการควบคุมอารมณ์และการสื่อสารด้วย เมื่อได้รับข้อมูลจากการติดตามผลและการประเมินแล้ว ควรมีการปรับแผนการรักษาและให้การดูแลตามความเหมาะสม เช่น การปรับยา การปรับสิ่งแวดล้อม หรือการแนะนำกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมทักษะเฉพาะด้าน การปรับแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้เด็กสามารถพัฒนาตนเองและดำเนินชีวิตในสังคมได้

4. การเสริมสร้างทักษะชีวิตและพฤติกรรมเด็ก

การเสริมสร้างทักษะชีวิตและพฤติกรรมสำหรับเด็กโรคสมาธิสั้นเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้เด็กสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตในสังคมได้ โดยเริ่มจากการเสริมสร้างทักษะพื้นฐาน เช่น การวางแผน การจัดลำดับความสำคัญ และการจัดการเวลา เด็กควรรู้จักการตั้งเป้าหมายและฝึกทำงานตามเป้าหมายทีละขั้นตอน เพื่อสร้างความมั่นใจในตัวเอง นอกจากนี้การฝึกทักษะการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ จะช่วยให้เด็กเรียนรู้ที่จะคิดวิเคราะห์และมีความรับผิดชอบในสิ่งที่ทำ⁷

การพัฒนาอารมณ์และทักษะการสื่อสารถือเป็นสิ่งสำคัญ เด็กควรได้รับการสนับสนุนให้เรียนรู้วิธีการจัดการกับอารมณ์ เช่น การควบคุมความโกรธหรือความผิดหวัง นอกจากนี้ควรฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทั้งการแสดงความต้องการและการแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เด็กสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและพัฒนาตนเองได้ โดยการแนะนำและสนับสนุนจากผู้ปกครอง ครู หรือผู้เชี่ยวชาญจะเป็นอีกแรงเสริมที่ช่วยให้เด็กประสบความสำเร็จในด้านนี้⁷

กิจกรรมที่ส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์ เช่น ศิลปะ ดนตรี หรือการเล่นกีฬา จะช่วยให้เด็กได้ฝึกสมาธิและปล่อยพลังงานในทางที่สร้างสรรค์ ดังนั้นการเสริมสร้างทักษะชีวิตและพฤติกรรม

สำหรับเด็กสมาธิสั้นควรเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคล

5. การทำงานเชิงรุกในชุมชนและโรงเรียน

การดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนและโรงเรียน พยาบาลควรมุ่งเน้นไปที่การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมาธิสั้น สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในสังคม และลดการตีตราเด็กที่มีภาวะดังกล่าว การร่วมมือระหว่างครู ผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่ในชุมชนจะช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความท้าทายและแนวทางพัฒนาในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น

การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นถือเป็นความท้าทาย เพราะเด็กมักประสบปัญหาหลายด้าน ทั้งในด้านการควบคุมพฤติกรรม การมีสมาธิ และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดจากคนรอบตัว นำมาสู่ความขัดแย้งในสังคม การตีตรา และการสูญเสียโอกาสในการพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิต การแก้ไขปัญหานี้จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย พร้อมทั้งการดูแลที่เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของเด็กแต่ละคน¹ ในการพัฒนาแนวทางในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นควรมุ่งเน้นการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก เช่น การสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสมในโรงเรียนและชุมชน รวมไปถึงการปรับกิจกรรมในบ้านให้สอดคล้องกับความต้องการของเด็ก การออกแบบกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาทักษะชีวิต เช่น การวางแผน การบริหารเวลา และการแก้ปัญหา รวมถึงการพัฒนาอารมณ์และทักษะการสื่อสาร การสนับสนุนให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้ปกครอง ครู และเพื่อน จะช่วยลดความเครียดและสร้างความมั่นใจให้กับเด็ก⁹ การใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือใหม่ๆ เช่น แอปพลิเคชันการเรียนรู้หรือโปรแกรมที่ช่วยเสริมสร้างสมาธิ อาจเป็นอีกแนวทางที่ช่วยพัฒนาให้เด็กมีความสามารถในการปรับตัว นอกจากนี้การจัดอบรมหรือการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับครูและผู้ปกครอง จะช่วยเพิ่มความรู้และความเข้าใจในการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ²

การดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนและโรงเรียน รวมถึงการสร้างความร่วมมือระหว่างครู ผู้ปกครอง และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จะช่วยลดการตีตราและสร้างสภาพแวดล้อมที่เปิดรับและสนับสนุนการพัฒนาของเด็กโรคสมาธิสั้นได้อย่างเต็มที่ การพัฒนาแนวทางเหล่านี้ควรเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนตามความต้องการเฉพาะ เพื่อให้เด็กโรคสมาธิสั้นเติบโตอย่างมีคุณภาพและมีความสุขในสังคม

สรุป

โรคสมาธิสั้น (ADHD) เป็นอาการที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ส่งผลต่อพฤติกรรม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจะแสดงอาการขาดสมาธิ อยู่ไม่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น ซึ่งพบได้ในเด็กวัยเรียน โดยเด็กชายมีโอกาสเป็นมากกว่าเด็กหญิงถึง 4-6 เท่า การวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ตาม DSM-V ได้แก่ อาการขาดสมาธิและอาการอยู่ไม่นิ่ง-หุนหันพลันแล่น ซึ่งต้องปรากฏในเด็กก่อน อายุ 12 ปีและส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน สาเหตุของโรคสมาธิสั้นเกิดได้จากปัจจัยด้านพันธุกรรม การทำงานของสมอง และสิ่งแวดล้อม เช่น การได้รับสารตะกั่ว หรือการใช้สารเสพติดของผู้ปกครอง จะส่งผลกระทบทั้งด้านการเรียน พฤติกรรม และความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวชและปัญหาสังคมในอนาคต บทบาทของพยาบาลที่สำคัญคือ การประเมินและคัดกรองเบื้องต้น การให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองและครู รวมถึงการติดตามผลและการประเมินผลเพื่อปรับแผนการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นให้เหมาะสม การดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นถือเป็นความท้าทาย เพราะเด็กมักประสบปัญหาหลายด้าน ทั้งด้านการควบคุมพฤติกรรม การมีสมาธิ และการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดจากคนรอบตัว นำมาสู่ความขัดแย้งในสังคม การตีตรา และการสูญเสียโอกาสในการพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิต การแก้ไขปัญหานี้ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย รวมถึงต้องมีการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนและโรงเรียน จะช่วยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ลดการตีตรา และส่งเสริมการพัฒนาของเด็กในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมได้

เอกสารอ้างอิง

1. Kupawanichpong S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) [Internet]. Thailand: Synphaet hospital; 2020 [cited 2025 Jun 2]. Available from: <https://www.synphaet.co.th/%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%8B%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%98%E0%B8%B4%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B9%89%E0%B8%99-adhd-attention-deficit-hyperactivity-disorder/> (in Thai)
2. Sakrinkul C. Screening and Behavioral Adjustment Handbook for Children with ADHD for Parents. Chiang Mai: Siam Pimnana Co., Ltd.; 2017. p.98-100. (in Thai)
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing; 2013. p.59-66.
4. Ruangtrakool S. Textbook of Psychiatry. 10th ed. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2014. (in Thai)



5. Fu X, Wu W, Wu Y, Liu X, Liang W, Wu R and Li Y. Adult ADHD and comorbid anxiety and depressive disorders: A systematic review. *Front Psychiatry* [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 2]; 16: 1-11. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2025.1597559/>.
6. Betz CL. Attention deficit hyperactivity disorder and role of nursing. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2006;21(3):171–80. [cited 2025 Jun 8]. Available from: [https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(06\)00204-1/pdf](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(06)00204-1/pdf)
7. Limsuwan N. Caring for children with ADHD, Rama Mental [Internet]. Thailand: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2014 [cited 2025 Jul 2]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamenthal/generalknowledge/child/09042014-1854> (in Thai)
8. Thavorncharoensap M. ADHD in Children: Pharmacological Treatment [Internet]. Thailand: Faculty of Pharmacy Mahidol University; 2020 [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/479> (in Thai)
9. Srisamut A. Role of nurses in caring for children with ADHD. *Maharakham Hospital Journal* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jun 8]; 47(3): 140-7. Available from: <https://he02.tcithaijo.org/index.php/MKHJ/article/download/250552/172215> (in Thai)
10. Kalya S, Nukelaew A, Neawsuwan K, Kodheem K. The effect of ADHD parenting training program on behavior problem in ADHD child. *J Public Health Nurs* [Internet]. 2021;35(1):16-28 [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/article/view/245527>. (in Thai)
11. Swanson JM, Kraemer HC, Hinshaw SP, Arnold LE, Conners CK, Abikoff HB, et al. Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40(2): 168-179.



12. Fatemeh N, Parvaneh M, Katayoun K. Parent management training used in abusive parent-child interaction in children with ADHD. *Procedia Soc Behav Sci* [Internet]. 2010;5:244-9. [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.060>
13. Neshatdoost F, Malekpour M, Abedi A. Parent management training is used in abusive parent-child interaction in children with ADHD. *Procedia Soc Behav Sci*. 2010; 5: 244-249.
14. Thumthong B. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in students: The role of teachers and guidelines for helping in schools. *J Humanit Soc Sci Nakhon Phanom Univ* [Internet]. 2023;13(1):253-64 [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/npuj/article/view/253337>. (in Thai)
15. Sukanich P. 50 Tips to Help Children with ADHD in the Classroom [Internet]. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2014 [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamentel/generalknowledge/child/06132014-0853>. (in Thai)
16. Wachiradilok P, et al. Child and adolescent psychiatric nursing. Bangkok: Thammasat University Press; 2012. p.152-166. (in Thai)



บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

กนกกาญจน์ กิมประสิทธิ์*

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนอย่างกว้างขวาง และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การจัดการโรคในระดับชุมชนจึงต้องอาศัยทั้งการรักษาทางการแพทย์ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และกลไกสนับสนุนจากชุมชน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังสำคัญในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพผ่าน การเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องตามขอบเขตและบทบาทของอสม. ประกอบด้วย 1) การคัดกรอง และค้นหาผู้ป่วยรายใหม่เพื่อส่งต่อเข้าสู่ระบบสุขภาพ 2) การติดตาม และประเมินภาวะสุขภาพร่วมกับพยาบาลเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง 3) การส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การใช้อาหารอย่างสม่ำเสมอ การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย และ 4) การดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผ่านการให้กำลังใจและการสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือในชุมชน อสม. จึงมีบทบาทสำคัญในการเสริมประสิทธิภาพของการควบคุมโรค ลดภาวะแทรกซ้อน แบ่งเบาภาระบุคลากรสุขภาพ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและประชาชนในชุมชนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

* อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

* Corresponding author; email: kanokkan.kimprasit@crc.ac.th



The role of Village Health Volunteers in Home Visiting with Hypertensive patients in the community

Kanokkan Kimprasit*

Abstract

Hypertension is a chronic non-communicable disease that has a widespread impact on public health. It is a leading cause of premature death. Community-level disease management therefore requires a combination of medical treatment, health behavior modification, and community support mechanisms. Village Health Volunteers (VHVs) play a key role in patient care, working alongside the health team through continuous home visits. Their roles include 1) screening and identifying new patients for referral into the health system 2) monitoring and assessing health status with nurses to ensure continuity of care 3) promoting health knowledge and behaviors, such as medication adherence, dietary adjustments, and exercise 4) holistic care, encompassing physical, mental, and social aspects, through encouragement and the creation of support networks in the community. VHVs play a crucial role in enhancing disease control, reducing complications, alleviating the burden on health personnel, and sustainably improving the quality of life for patients and community members.

Keywords: Village Health Volunteers, Home Visiting, Hypertensive patients

* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

* Corresponding author; email: kanokkan.kimprasit@crc.ac.th

Received 19 June 2025; Revised 30 September 2025; Accepted 17 December 2025



บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ที่สำคัญต่อสุขภาพของประชาชนทั้งในระดับโลกและประเทศไทย อีกทั้งยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ปัจจุบันมีประชากรทั่วโลกอายุ 30-79 ปี ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1,280 ล้านคนทั่วโลก โดยมีเพียงร้อยละ 21 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้¹ ในประเทศไทยพบผู้เสียชีวิตด้วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ ในปี 2565-2667 จำนวน 8,861, 8,056 และ 8,614 คนตามลำดับ² และพบอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ 2565-2567 คือ 1,165.79, 1,247.34 และ 1,363.03 ต่อแสนประชากรตามลำดับ³ และจากการประมาณการจำนวนปีสุขภาพที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (Years of Life Lost due to Premature Death: YLLs) พ.ศ. 2562 พบว่าเพศชายมี YLLs ประมาณ 9.1 ล้านปี เพศหญิงประมาณ 5.4 ล้านปี โดยเมื่อจำแนกตามสาเหตุหลักของการสูญเสียพบสาเหตุจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งในเพศชาย และอันดับสองในเพศหญิง เช่นเดียวกับข้อมูลปีสุขภาพที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรและความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) พบว่าเพศชายมีการสูญเสียมากกว่าเพศหญิงคิดเป็น 1.5 เท่า โดยเพศชายและหญิงมีการสูญเสียประมาณ 11.1, 7.4 ล้าน DALYs ตามลำดับ⁴

จากข้อมูลดังกล่าวถือเป็นการสะท้อนปัญหาสุขภาพประชากร ชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปี และมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและความชุกการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั้งในระดับชาติและชุมชน จึงมีความจำเป็นในการเฝ้าระวัง ติดตาม และดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนมากกว่าการรักษาตัวในโรงพยาบาล อีกทั้งโรคความดันโลหิตสูงมักมีอาการไม่จำเพาะเจาะจง ดังนั้น การดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนโดยการติดตามดูแลผู้ป่วยจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิต วัตถุประสงค์ของบทความวิชาการนี้คือ เพื่อนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และบทบาทการดำเนินงานเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการติดตามดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล

ความหมายและอาการของโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง คือ ภาวะที่ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure) มีค่าตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure) มีค่าตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป อ้างอิงจากผลการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง⁵ โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการที่จำเพาะ หากผู้ป่วยมีภาวะความดัน



โลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการตรวจรักษา จะทำให้เกิดความรุนแรงของโรคมากขึ้น จนสามารถแสดงอาการต่าง ๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น ตาพร่ามัว⁶ และอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคไต⁶ เนื่องจากระดับของความดันโลหิตเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดหลอดเลือดสมองแตก เลือดออกในสมอง หลอดเลือดหัวใจตีบหรืออุดตัน รวมถึงเกิดภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ฉีกขาด โดยความเสี่ยงเหล่านี้เริ่มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ระดับความดันซิสโตลิก สูงกว่า 115 มม.ปรอท และระดับความดันไดแอสโตลิก สูงกว่า 75 มม.ปรอท⁵ นอกจากนี้หากค่าความดันโลหิตยิ่งเพิ่มขึ้นทุก 20 มิลลิเมตรปรอท จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสองเท่า³ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชาชนไทย⁵

ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ไม่เพียงเพิ่มอัตราการเสียชีวิตเท่านั้น เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมได้ การศึกษาหนึ่งในประเทศไทยพบว่า ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁷ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างระบบบริการสุขภาพและชุมชน โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวัง ติดตาม และสนับสนุนการดูแลสุขภาพเชิงรุก เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มเติม ลดความพิการ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน⁸

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยได้ โดยแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงทางคลินิกปัจจุบันมุ่งให้ระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท และหากผู้ป่วยสามารถทนต่อการรักษาได้ดี แพทย์จึงจะพิจารณาปรับเป้าหมายให้ลดลงถึงระดับ 130/80 มม.ปรอท⁵ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิต การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต้องการการดูแลรักษาที่ต่างกัน แบ่งออกดังนี้ 1) ความดันโลหิตสูงที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ต่ออวัยวะและระบบการทำงานของร่างกายโดยตรง (Hypertension urgencies and emergencies) เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรุนแรง ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือภาวะไตวายเฉียบพลัน 2) ความดันโลหิตสูง ร่วมกับภาวะความเจ็บป่วยปัจจุบันของผู้ป่วย เช่น มีภาวะติดเชื้อทางเดินระบบหายใจร่วมด้วย 3) ความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเรื้อรังอื่นๆ (NCD)



เช่น เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง หรือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁴ การดูแลความดันโลหิตสูงจึงจำแนกตามความจำเป็นในการลดค่าระดับความดันโลหิต หากต้องการลดระดับความดันโลหิตอย่างเร่งด่วนเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถให้บริการที่บ้านได้ คือกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถค่อย ๆ ลดค่าระดับความดันโลหิตลงอย่างช้า ๆ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลมาก่อนและได้กลับบ้าน (step down จากผู้ป่วยใน) หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่พบความดันโลหิตสูงมีแนวทางการรักษาความดันโลหิตให้ได้เป้าหมายตามกลุ่มโรคพื้นฐาน⁵

แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

การรักษาระดับความดันโลหิตสูงให้ได้ตามเป้าหมายนั้น แพทย์จะพิจารณาให้ยาเพื่อความดันโลหิต แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะความดันโลหิตสูงเมื่อมาตรวจที่สถานพยาบาล แต่เมื่ออยู่นอกสถานพยาบาลระดับความดันโลหิตปกติ หรือมีภาวะความดันโลหิตสูงจริงแต่การให้ยาอาจทำให้เกิดความดันต่ำที่บ้านโดยเฉพาะในกลุ่มสูงอายุ จึงควรมีการติดตามผู้ป่วย⁵ และไม่เพียงแค่ออกกำลังกาย ใช้น้ำลดระดับความดันโลหิตเท่านั้น ในแนวทางการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมด้วย ตลอดจนการติดตามความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง ผ่านการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิ⁹ โดยแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนนั้นประกอบด้วย

1) การรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยยาการรักษาระดับของความดันโลหิตสูงด้วยยาอาจจะไม่เพียงพอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีผลต่อการช่วยเสริมฤทธิ์การลดความดันโลหิต และยังมีผลต่อการปรับลดยาได้ในอนาคต² ดังนั้น ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาหรือไม่ ผู้ป่วยควรใช้วิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมด้วย

2) การรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม² การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นแนวทางในการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ดี ไม่เพียงช่วยควบคุมโรคเท่านั้น แต่ยังลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากแนวทางการปฏิบัติการรักษาโรคความดันโลหิตสูง⁵ ได้กำหนดรายละเอียดของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไว้ ดังนี้ 1) การควบคุมน้ำหนักและดัชนีมวลกาย ผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตควรควบคุมให้ ค่าดัชนีมวลกายอยู่ที่ 18.5-22.9 กก./ตร.ม. และควบคุมรอบเอว ผู้ชายไม่ให้มากกว่า 90 ซม. และผู้หญิงไม่ให้มากกว่า 80 ซม. 2) การปรับรูปแบบการรับประทานอาหารตามหลัก DASH (dietary approaches to stop hypertension) การรับประทานมังสวิรัตที่มันและไข การรับประทานอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียน ไม่รับประทานอาหารแปรรูป เพื่อให้การลดระดับความดันโลหิตมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น 3) การจำกัดเกลือและโซเดียม ผู้ป่วยควรควบคุมไม่ให้เกิดการบริโภคเกลือโซเดียมเกินวันละ 1.5 กรัม เพราะการบริโภคเกลือโซเดียม



เกินนั้น มีผลต่อระดับความดันโลหิตที่มากขึ้นได้ 4) การออกกำลังกาย การเพิ่มกิจกรรมทางกาย อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ และควรเลือกระดับกิจกรรมให้เหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง 5) การลด เลิก แอลกอฮอล์และบุหรี่ สำหรับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ควรเกิน 1 และ 2 ดื่มมาตรฐานตามเพศหญิง และชายตามลำดับ 6) จัดการความเครียดและเลี่ยงสิ่งแวดล้อมทางเสียงหรืออากาศที่อาจสามารถเพิ่มระดับความดันโลหิตได้

3) การติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน¹¹ การสังเกตระดับความดันโลหิตของตนเองที่บ้านร่วมด้วยอีกสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและจัดการตนเองได้โดยการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน (home blood pressure monitoring, HBPM) หรือการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง (self monitoring blood pressure, SMBP) เป็นสิ่งช่วยให้เกิดการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง¹² นอกจากนั้นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการปรับลดยา หรือกลุ่มเสี่ยงเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงที่แพทย์แนะนำให้ติดตามระดับความดันโลหิตเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการติดตามที่บ้าน การเฝ้าติดตามระดับความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยสำคัญในการประเมินประสิทธิภาพการควบคุมโรคของผู้ป่วย การวัดความดันโลหิตที่บ้านจึงมีบทบาทสำคัญในการรักษา เพราะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยา และทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต⁶ แต่การวัดความดันโลหิตที่บ้านอาจมีข้อจำกัดในเรื่องของเครื่องมือที่ใช้ อาจจำเป็นต้องมีการตรวจสอบความเที่ยงตรง⁶ การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านยังมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่¹¹ ในการกระตุ้นเตือน หรือให้คำแนะนำจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติได้เอง⁶ ในระบบสุขภาพจึงได้ให้การเยี่ยมบ้านเข้ามามีส่วนในการช่วยติดตามภาวะความดันโลหิตของผู้ป่วยในชุมชน

บทบาท ขอบเขตหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของชุมชน¹² ถือเป็นกลไกสำคัญในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิของประเทศไทย อสม. เป็นหนึ่งในทีมภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย บทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปี 2554 คือ 1) ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข 2) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน 3) ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข หรือบทบัญญัติของกฎหมายอื่นๆ 4) จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของท้องถิ่น 5) เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและแหล่งอื่นๆ 6) ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน และการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชน



เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ 7) ศึกษา พัฒนาตนเอง และเข้าร่วมประชุม ตลอดจนปฏิบัติงานตามที่หน่วยงานอื่นร้องขอ 8) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 9) ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่นๆ ในท้องถิ่น¹²

ขอบเขตหน้าที่ของ อสม. สามารถที่จะตรวจวัดความดันโลหิต ประเมินการรับประทาน อาหารของผู้ป่วย ตรวจสอบการรับประทานยาให้ตรงตามที่แพทย์สั่ง ติดตามการออกกำลังกาย ภาวะ เครียด และส่งต่อข้อมูลเชื่อมต่อกันระหว่าง ผู้ป่วยและสถานบริการ เป็นต้น¹³ สามารถติดตามดูแล ให้ ความรู้ ฝึกทักษะ ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ได้ คือ กลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มเจ็บป่วยระยะแรก จากการ เป็นโรคเรื้อรัง มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเล็กน้อย ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ขาด ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม¹³

ปัจจุบันประเทศไทยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กว่า 1.09 ล้านคนทั่ว ประเทศ ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และเชื่อมโยงประชาชนกับระบบบริการสาธารณสุข อย่างใกล้ชิด¹⁴ โดยเฉพาะในการเยี่ยมบ้าน จำนวนอสม. ที่มากทำให้สามารถเข้าถึงผู้ป่วยในชุมชนได้ อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง อสม. มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยติด เติงให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ บริการที่จำเป็น และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ รวมถึงเป็นตัวกลางที่ ช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน¹⁵

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน

การเยี่ยมบ้านถือเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน มีเป้าหมาย เพื่อเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ลดความเสี่ยงจาก ภาวะแทรกซ้อน¹⁶ โดยอาศัยแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing) โดยมีการ ดำเนินการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพตั้งแต่อ่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเชื่อมโยง บริการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ระบบสุขภาพในชุมชนและบ้านอย่างต่อเนื่อง (Continuity of Care) โดยมีพยาบาล องค์กรใดก็ตาม การปฏิบัติการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มักมีข้อจำกัดด้านภาระงาน ทำให้การติดตามผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนไม่ ครอบคลุมทุกพื้นที่ ดังนั้น การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเป็น กลไกที่สำคัญในการสนับสนุนและเสริมสร้างประสิทธิภาพของระบบสุขภาพชุมชน¹⁶ บทบาทของอสม. ในการเยี่ยมบ้านสามารถจำแนกได้เป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่

1) การคัดกรองและติดตามระดับความดันโลหิต¹³ อสม.สามารถตรวจวัดและติดตามค่าความ ดันโลหิตในชุมชน และหากพบความผิดปกติสามารถประสานข้อมูลไปยังพยาบาลชุมชนเพื่อประเมิน



และวางแผนการดูแลร่วมกันได้อย่างทันท่วงที ไม่เพียงเท่านั้น การเยี่ยมบ้านโดยอสม. มีผลต่อระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย จากการศึกษา พบว่าการบูรณาการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้านโดยอสม. มีประสิทธิภาพต่อระดับความดันโลหิตและดัชนีมวลกาย และทำให้เพิ่มความรู้ในการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี¹⁷ อีกทั้งการเยี่ยมบ้านช่วยให้สามารถติดตามระดับความดันโลหิตและอาการของผู้ป่วยได้อย่างสม่ำเสมอ¹⁸ เนื่องจาก อสม. มีการให้คำแนะนำด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการใช้ยาตามแผนรักษา ซึ่งช่วยเพิ่มความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วย¹⁹ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์¹⁵ อสม. มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เนื่องจากเป็นกลไกที่ช่วยเสริมสร้างการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมในระดับชุมชน²⁰

2) การให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ อสม.ได้รับการอบรมเพื่อถ่ายทอดความรู้และคำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย²³ เช่น การใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปรับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และการส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสม จากการศึกษาพบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงแก่ อสม. พร้อมทั้งการเสริมทักษะการวัดความดันโลหิตและการติดตามผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ มีผลทำให้กลุ่มเสี่ยงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ลดลงได้¹⁷ นอกจากนี้ การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยผ่านโทรศัพท์ควบคู่กับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน²⁴ โดย อสม. ยังช่วยเพิ่มคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และลดค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกอีกด้วย⁵

3) การเป็นสื่อกลางระหว่างชุมชนและบุคลากรทางการแพทย์ อสม.ทำหน้าที่ถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพจากชุมชนไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และนำคำแนะนำหรือนโยบายจากหน่วยบริการสุขภาพกลับสู่ผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน เพื่อสร้างความเชื่อมโยงของระบบบริการอย่างต่อเนื่อง อสม. มีสมรรถนะ¹⁶ สามารถรวบรวมข้อมูลสุขภาพและรายงานปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งเป็นสิ่งสนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพสามารถวางแผนและตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในชุมชนได้อย่างเหมาะสม¹⁵

4) การสนับสนุนทางจิตสังคม อสม. ในฐานะบุคคลที่อยู่ในพื้นที่เดียวกับผู้ป่วย สามารถให้การสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม เช่น การให้กำลังใจและการสร้างเครือข่ายความช่วยเหลือในชุมชน ซึ่งเป็นการส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ¹³ จึงเห็นได้ว่าการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนโดย อสม. นั้นมีผลต่อระดับความดันโลหิต ทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง ซึ่งอาจมีผลทำให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนก็ลดลงได้อีกด้วย การดำเนินงานในชุมชน จึงต้องมี อสม. ที่คอยติดตามและดูแลสุขภาพประชาชนร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่ รพ.สต.¹⁶ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมมากยิ่งขึ้น²⁵

การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนต้องอาศัยการทำงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลเพียงลำพังอาจไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ การมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามาช่วยติดตาม ให้



คำแนะนำ และเชื่อมโยงข้อมูลกับทีมสุขภาพ จึงทำให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่ต้องการการจัดการอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระดับชุมชนซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงผู้ป่วย ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ การทำงานของอสม.นั้น สามารถสะท้อนผ่าน บทบาทต่าง ๆ ได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ที่มีความเสี่ยงได้รับการตรวจวินิจฉัยและเข้าสู่ระบบบริการตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การติดตามและการประเมินภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่องร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน ซึ่งช่วยให้การดูแลมีความต่อเนื่องและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้าใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ และสังคม ผ่านการให้กำลังใจ การสื่อสารอย่างใกล้ชิด และการสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือในท้องถิ่น จากบทบาทดังกล่าว อสม. ไม่เพียงแต่ช่วยเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถจัดการโรคด้วยตนเอง แต่ยังแบ่งเบาภาระงานของบุคลากรสุขภาพ และเพิ่มศักยภาพของระบบสุขภาพปฐมภูมิในระยะยาว การทำงานร่วมกันระหว่างอสม. พยาบาล และทีมสุขภาพ จึงเป็นหัวใจสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนอย่างครอบคลุมและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension \[Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 Mar 16 \[cited 2025 Jun 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. HEALTH DATA CENTER. Top 10 causes of death. HEALTH DATA CENTER \[cited 2025 Aug 18]. Available from:[\[https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/8881445af732eb166fa2470ba5046956\]](https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/8881445af732eb166fa2470ba5046956)
3. HEALTH DATA CENTER. New cases of hypertension per hundred thousand population in the fiscal year. HEALTH DATA CENTER \[cited 2025 Aug 18]. Available from:[\[https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/29eec762c9591d1f8092da14c7462361\]](https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/29eec762c9591d1f8092da14c7462361)



4. Burden of Disease Research Program Thailand. Disability-Adjusted Life Years: DALYs. \[cited 2025 Sep 20]. Available from: [<https://www.thaihealth.or.th/wp-content/uploads/2023/05/การสูญเสียปีสุขภาวะ-Disability-Adjusted-Life-Years-DALYs.pdf>]
5. Thai Hypertension Society. Thai guidelines on the treatment of hypertension 2024 \[Internet]. Bangkok: Thai Hypertension Society; 2024 \[cited 2025 Jun 1]. Available from: [<http://www.thaihypertension.org/files/Guideline2024.pdf>]
6. Supasukonwat T. Hypertensive patients' blood pressure at health station: Original article. J Community Public Health \[Internet]. 2025 \[cited 2025 Jun 1];163–171. Available from: [<https://he02.tcithaijo.org/index.php/ajcph/article/view/273191/187117>]
7. Sirimongkol P, Thongchai S, Chaisri P, et al. Prevalence of hypertension in stroke patients: a cross-sectional study in Thailand. BMC Neurol. 2021;21:452. Available from: <https://bmcneurol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12883-021-02353-y>
8. Jitpanya P, Somchai W. Risk factors for bedridden status in hypertensive stroke patients in community settings. J Health Res. 2019;33(4):345–356. Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/jhr-07-2019-0172/full/html>
9. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines and standards for home ward care. Bangkok: Department of Medical Services; 2022.
10. Wiyathus D, Siripakmanont T, Synlapakitkosol U. Development of a home blood pressure monitoring-based self-management model in patients with hypertension and uncontrolled blood pressure. J Thailand Nurs Midwifery Council \[Internet]. 2023 Oct–Dec\[cited 2025 Jun 1];38(4):387–399. Available from: [<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/265506/181782>]
11. Thamtathong R. Effect of a Telephone Follow-up Program Combined with Home Blood Pressure Monitoring by Village Health Volunteers on Health Behaviors and Blood Pressure Levels in Hypertensive Patients in Wanron Niwat Subdistrict, Wanron Niwat District, Sakon Nakhon Province. J Environ Community Health. 2022 Sep–Dec;7(3):88–99. Available from: [<https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/751/547>]



12. Ministry of Public Health. Announcement in the Royal Gazette regarding Village Health Volunteers 2011 [Internet]. 2011 Mar 20 [cited 2025 Aug 15]. Available from:
https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/20210505164400907.pdf
13. Department of Medical Services Support, Ministry of Public Health. Village Health Volunteer Manual "Smart Village Health Volunteer and Village Health Volunteer Family Doctor" Fiscal Year 2022. Bangkok: Department of Medical Services; 2022.
14. Phiboon S, Suksatan W, Poosuwan K. The role of village health volunteers in hypertension control in rural Thailand. *Int J Nurs Sci*. 2019 Sep;6(3):301–7. doi: 10.1016/j.ijnss.2019.05.004.
15. Ministry of Public Health. Community-based health surveillance and disease control. Bangkok: Department of Disease Control; 2021.
16. Buppatate S, Itthisukphokin S. Developing guidelines for home visiting of intermediate care patients with the participation of families and community network. *J Acad Nurs Health Sci* [Internet]. 2024 Sep–Dec [cited 2025 Jun 1];4(3):119–130. Available from: [<https://he04.tci-thaijo.org/index.php/AJNHS/article/view/2457/1550>]
17. Visanuyothin S, Plianbangchang S, Somrongthong R. An integrated program with home blood-pressure monitoring and village health volunteers for treating poorly controlled hypertension at the primary care level in an urban community of Thailand. *Integr Blood Press Control*. 2018;11:25–35. doi: 10.2147/IBPC.S160548.
18. Yates T, Biddle SJH, Davies M, Khunti K. The role of community health workers in hypertension management: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2020 Mar;58(3):437–46. doi: 10.1016/j.amepre.2019.09.011.
19. Jairoun AA, Al-Hemyari SS, Hassan N, Jairoun MA. Community health worker interventions for hypertension control: a systematic review. *J Clin Hypertens*. 2021 Apr;23(4):695–704. doi: 10.1111/jch.14161.
20. Ministry of Public Health. Guidelines for community health volunteer activities in hypertension management. Bangkok: Ministry of Public Health; 2016.



21. Phoungdokmai J. Effectiveness of the blood pressure control program for patients with hypertension at Phayaman Sub-District Health Promoting Hospital, Pichai District, Uttaradit Province. J Sci Technol Northern \[Internet]. 2025 Jan–Mar \[cited 2025 Jun 1];6(1):58–73. Available from: [<https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/4100/2993>]
22. Phimphan P, Samranjit S. The competency to performance of village health volunteers (VHV) in Samut Prakan Province. Prim Health Care J \[Internet]. 2025 Jan–Apr \[cited 2025 Jun 1];39(1):15–26. Available from: [<https://he05.tci-thaijo.org/index.php/Hss6/article/view/5576/5127>]
23. Hasaro G. The study of the performance of proactive village health volunteers. J Health Promot Environ Health Res \[Internet]. 2025 Jan–Mar \[cited 2025 Jun 8];3(1):43–53. Available from: [<https://he04.tci-thaijo.org/index.php/hpc8Journal/article/view/2759/1830>]
24. Kontharakul K, Nitikonkosol K. Effectiveness of a home blood pressure monitoring program in patients with uncontrolled hypertension at the primary outpatient clinic, Phrae Hospital. PMJ Clin Sci \[Internet]. 2024 Jul–Dec \[cited 2025 Jun 2];32(2):8–19. Available from: [<https://thaidj.org/index.php/jpph/article/view/15646/12781>]
25. Kwanta Petmaneechote, Pongpumma L, Arunkeeree A, Taowalanon P. Effectiveness of participatory learning program on knowledge and practice of village health volunteers for taking care of hypertension patients. Nurs J Ministry Public Health. 2021;31(3):28–41.



การใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: บทบาทพยาบาลวิชาชีพ

พนิดา ชัยวัง* ณัฐรา เชื้อหมอ** พัชรารรณ แก้วกันทะ***

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มเผชิญกับภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายชนิด พร้อมกัน ซึ่งมักนำไปสู่การใช้ยาหลายขนาน (Polypharmacy) การใช้ยาจำนวนมากแม้จะมีจุดประสงค์เพื่อรักษาโรค แต่ก็อาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ผลข้างเคียงจากยา หรือปฏิกิริยาระหว่างยาที่ใช้ร่วมกันหลายขนาน ซึ่งอาจบั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ พยาบาลผู้มีบทบาทในการจัดการการใช้ยาจึงต้องดำเนินการด้วยความระมัดระวังอย่างยิ่ง เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างการรักษาโรค และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคซับซ้อนและมีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่สูงขึ้น นับว่าเป็นความท้าทายที่สำคัญของพยาบาลในระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันที่พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการประเมิน การประสานงาน และการให้คำปรึกษาเพื่อลดความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาล สามารถประยุกต์ใช้กลยุทธ์ทางการพยาบาลในการจัดการการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตลอดจนป้องกันผลลัพธ์อันไม่พึงประสงค์ของยา และสามารถให้การพยาบาลตามบทบาทในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกุ่มดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การใช้ยาหลายขนาน ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การจัดการการประยุกต์ใช้กลยุทธ์
บทบาทพยาบาล

* อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** Corresponding author; email: natwara.ch59@gmail.com

วันที่รับบทความ 20 มิถุนายน 2568 วันที่แก้ไขบทความ 10 กันยายน 2568 วันที่ตอบรับบทความ 17 ธันวาคม 2568



Polypharmacy in Older Adults with Chronic Non-Communicable Diseases: The Role of Registered Nurse

Panida Chaiwang*, Natwara Chuemor**, Patcharawan Kaewkanta***

Abstract

The older adults are a demographic group prone to experiencing multiple non-communicable diseases (NCDs) concurrently, often leading to polypharmacy. While intended for therapeutic purposes, the use of multiple medications can result in adverse outcomes, such as side effects or drug-drug interactions, which can impair their quality of life. Nurses, who play a crucial role in medication management, must therefore proceed with great caution to strike a balance between disease treatment and preserving the quality of life for older adults with complex chronic conditions and higher hospitalization rates. This presents a significant challenge for nurses in the current healthcare system, where they have a vital role in assessment, coordination, and counseling to mitigate the risks associated with polypharmacy in this population.

This article aims to enable nurses to apply nursing strategies for managing polypharmacy in older adults with NCDs, prevent adverse drug events, and effectively fulfill their nursing roles in caring for this patient group.

Keywords: polypharmacy, older adults, Non-Communicable Diseases, Nursing Roles

* 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: natwara.ch59@gmail.com



บทนำ

ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรมากกว่าช่วงวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ.2566 จะมีจำนวนผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นต่อปีมากกว่าปีละ 1 ล้านคน เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้สังคมไทยกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (aged society)¹ นั้นหมายถึง มีประชากรเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรทุกช่วงวัยในประเทศไทย² ผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การศึกษาและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาแทบทุกด้านไปในทางเสื่อมถอยเมื่อเทียบกับวัยผู้ใหญ่³ ทำให้มีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการรักษาในรูปแบบการใช้จ่ายมากขึ้น และโรคที่เกิดขึ้นในวัยนี้จำเป็นต้องใช้ยาในการรักษาหลายชนิดตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

การใช้จ่ายยาหลายขนาน หมายถึง การใช้จ่ายในชีวิตประจำวันที่มากกว่า 5 ชนิดขึ้นไป⁴ ไม่ว่าจะเป็นยาโรคประจำตัว ยาสมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่อาจไม่เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ ทำให้เกิดการใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสมที่อาจนำไปสู่การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา อันตรกิริยาของยาแต่ละชนิด ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงร่างกายของผู้สูงอายุในทางเสื่อมถอยที่ส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) จากการใช้จ่ายได้ เช่น ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะการรู้คิดและความจำบกพร่อง ภาวะสับสนเฉียบพลัน ภาวะกลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ และการพลัดตกหกล้ม เป็นต้น ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และเพิ่มความรุนแรงของการเจ็บป่วยในผู้ป่วย นำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้⁵ ในประเทศไทย พบว่าอุบัติการณ์ของการใช้จ่ายยาหลายขนาน (ยาตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป) ในผู้สูงอายุมีตั้งแต่ร้อยละ 29.0 ถึง ร้อยละ 75.0 ในการศึกษาการใช้จ่ายยาหลายขนานมักเกี่ยวข้องกับการไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นจำนวนมาก⁶ และมีอุบัติการณ์ของการใช้จ่ายยาหลายขนานที่ไม่เหมาะสม⁷ ปัญหาดังกล่าวยังเป็นความท้าทาย และเป็นประเด็นที่บุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไทยต้องให้ความสนใจและหาแนวทางแก้ไขอย่างเร่งด่วน

ปัจจุบันการรักษาด้วยยาในผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่ต้องรับประทานยามากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป ในกลุ่มโรคประจำตัวที่เรียกว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-chronic diseases: NCDs) อาทิ เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (diabetes mellitus) โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) ภาวะไขมันในเลือดสูง (dyslipidemia) เป็นต้น โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการใช้จ่ายทั้งสิ้น แม้ว่าการรับประทานยาจะเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยป้องกันผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว แต่ผู้สูงอายุก็มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหลายประการ ได้แก่ สัมรับประทานยา ไม่รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ การปรับขนาดยาเพิ่มหรือลดด้วยตนเอง การจัดเก็บยาที่ไม่ถูกวิธี เป็นต้น การที่ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการใช้จ่ายยาหลายขนาน



นับเป็นพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับทุติยภูมิ (Secondary) และตติยภูมิ (Tertiary) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามกรอบแนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁸ ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลนั้นๆ ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม รวมทั้งผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลไปในทางที่เหมาะสม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการใช้ยาหลายขนาน เป็นต้น

จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่า การใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย ซึ่งสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ เกิดโรคมามากกว่าหนึ่งโรค โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากสาเหตุของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อสุขภาพ ยิ่งอายุมากขึ้นจะพบโรคเรื้อรังมากกว่าหนึ่งโรค มีผลทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับอาการไม่สุขสบายมากมาย ซึ่งต้องได้รับการรักษาในหลายรูปแบบและที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้คือการได้รับยามากกว่าหนึ่งขนาน แม้ว่าการรักษาด้วยยามีผลดี แต่ขณะเดียวกันยาที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้รับอาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยตรง และเกิดการต้านกันจากยาที่ได้รับตามแผนการรักษาโรคเรื้อรังอื่น วัตถุประสงค์ของบทความวิชาการนี้เพื่อให้พยาบาลเข้าใจ และสามารถประยุกต์ใช้บทบาทของพยาบาลไปสู่การใช้บทบาทพยาบาลในการจัดการการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับผลดีและเกิดผลกระทบน้อยที่สุดจากการรับยาหลายขนานจึงมีความสำคัญและเป็นบทบาทที่พยาบาลวิชาชีพต้องบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อผลดีของการรักษาและการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพของผู้สูงอายุ โดยบทบาทพยาบาลในการจัดการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประกอบด้วย การเป็นผู้ประเมิน การเป็นผู้ประสานงาน การเป็นผู้ให้คำปรึกษา และการเป็นผู้ให้ความรู้ เป็นต้น

การใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยพบผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อจำนวน 7,404,202 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุทั้งหมด โดยพบป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 4,615,969 คน (ร้อยละ 46.91) โรคเบาหวาน 2,144,438 คน (ร้อยละ 21.79) โรคหลอดเลือดสมอง 247,170 คน (ร้อยละ 2.51) โรคหัวใจและหลอดเลือด 193,527 คน (ร้อยละ 1.97) ตามลำดับ (Health Data Center, 2566) การใช้ยาหลายขนานเป็นการใช้ยาที่มากกว่า 5 ชนิด⁹ ซึ่งผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงแทบทุกด้านไม่ว่าด้านร่างกายและจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ทำให้ผู้สูงอายุมีการใช้ยาหลายขนาน ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นตามวัยสูงอายุ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อวิธีที่ร่างกายจัดการกับยา (เภสัชจลนศาสตร์) และการตอบสนองต่อยา (เภสัชพลศาสตร์) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ไม่ใช่ความผิดปกติ แต่เป็นกระบวนการชราภาพตามธรรมชาติที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความเปราะบางต่อผลของยา และอาการไม่พึงประสงค์มากกว่าคนในวัยหนุ่มสาว

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ในผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาร่างกายมีปฏิกริยากับยา ซึ่งประกอบด้วย 4 กระบวนการหลัก ได้แก่ การดูดซึม การกระจายตัว การเผาผลาญ และการขับยาออกจากร่างกาย ในผู้สูงอายุทุกกระบวนการเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างสิ้นเชิง ซึ่งส่งผลให้ยาอยู่ในร่างกายนานขึ้นและมีความเข้มข้นสูงขึ้น นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดพิษจากยาได้ง่าย¹⁰

1.1.1 การดูดซึมยา (Absorption) โดยทั่วไปแล้วการดูดซึมยาในผู้สูงอายุอาจไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญสำหรับยาส่วนใหญ่ที่ดูดซึมผ่านกระบวนการแพร่แบบธรรมดา (passive diffusion) อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงบางอย่างในระบบทางเดินอาหารอาจส่งผลต่อยาบางชนิดได้ เช่น การสร้างกรดในกระเพาะอาหารลดลง อาจทำให้การดูดซึมยาที่ต้องการสภาวะเป็นกรดลดลง ในทางกลับกัน การทำงานของกระบวนการเผาผลาญยาครั้งแรกที่ตับ (first-pass metabolism) ที่ลดลง¹⁰ อาจทำให้ยาบางชนิดที่ถูกทำลายที่ตับก่อนเข้าสู่กระแสเลือด มีระดับยาในเลือดสูงขึ้นกว่าปกติได้

1.1.2 การกระจายตัวยา (Distribution) องค์ประกอบของร่างกายในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ปริมาณน้ำในร่างกายทั้งหมดลดลง ในขณะที่สัดส่วนไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลโดยตรงต่อการกระจายตัวของยา ยาที่ละลายในน้ำ (water-soluble drugs) จะมีปริมาตรการกระจายตัวลดลง ทำให้มีความเข้มข้นของยาในเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดพิษ ในทางตรงกันข้าม ยาที่ละลายในไขมัน (lipid-soluble drugs) จะมีปริมาตรการกระจายตัวเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีที่สะสมในเนื้อเยื่อไขมันมากขึ้น ทำให้ยามีค่าครึ่งชีวิตยาวนานขึ้นและถูกปลดปล่อยออกมาอย่างช้าๆ^{4,6} ซึ่งอาจนำไปสู่การสะสมของยาและผลข้างเคียงที่ยาวนานกว่าเดิม

1.1.3 การเผาผลาญยา (Metabolism) ตับเป็นอวัยวะหลักในการเผาผลาญยา เมื่ออายุมากขึ้น ขนาดของตับจะเล็กลง และปริมาณเลือดที่ไหลเวียนไปเลี้ยงตับก็ลดลง นอกจากนี้ประสิทธิภาพของเอนไซม์ในตับ โดยเฉพาะปฏิกิริยาในระยะที่ 1 (Phase I reactions) ซึ่งมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงยาหลายชนิดก็ลดลงเช่นกัน⁶ ผลลัพธ์ คือ ยาจำนวนมากถูกเผาผลาญได้ช้าลง ทำให้ยาคงอยู่ในร่างกายนานขึ้นและมีความเสี่ยงต่อการเกิดพิษสะสมสูงขึ้น โดยเฉพาะยาที่มีอัตราการสกัดออกจากเลือดโดยตับสูง (high hepatic extraction ratio)

1.1.4 การขับออกของยา (Excretion) การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญและส่งผลกระทบมากที่สุดต่อการใช้ยาในผู้สูงอายุ คือการทำงานของไตที่เสื่อมถอยลง อัตราการกรองของไต (Glomerular Filtration Rate: GFR) ลดลงอย่างต่อเนื่องตามอายุ แม้ในผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคไตก็ตาม การทำงานของไตที่ลดลงนี้ทำให้ความสามารถในการขับยาและสารเมตาบอไลต์ (metabolites) ที่ยังออกฤทธิ์อยู่ออกจากร่างกายลดลงอย่างมาก ส่งผลให้เกิดการสะสมของยาและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญ^{4,5} ด้วยเหตุนี้ยาหลายชนิดจำเป็นต้องมีการปรับลดขนาดในผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากค่าการทำงานของไตเป็นสำคัญ

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชพลศาสตร์ในผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาว่ายาทำอะไรกับร่างกายหรือกลไกการออกฤทธิ์ของยา ในผู้สูงอายุไม่ได้มีเพียงการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการจัดการยาเท่านั้น แต่ยังมีการเปลี่ยนแปลงในการตอบสนองของร่างกายต่อยาด้วย ทำให้แม้จะได้รับยาในระดับความเข้มข้นปกติ ก็อาจเกิดผลที่รุนแรงหรือแตกต่างไปจากที่คาดการณ์ได้³ การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น จำนวนหรือความไวของตัวรับ (receptors) ที่ยาไปจับมีการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุมีความไวต่อยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางมากขึ้น เช่น ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepines) หรือยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่ออาการง่วงซึม สับสน และการหกล้มได้ง่ายกว่าคนหนุ่มสาว นอกจากนี้ กลไกการรักษาสมดุลของร่างกาย (homeostatic mechanisms) ก็เสื่อมถอยลง⁹ ตัวอย่างที่สำคัญคือการตอบสนองของบารอรีเซพเตอร์ (baroreceptor response) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมความดันโลหิตเมื่อมีการเปลี่ยนท่าทางในผู้สูงอายุ การตอบสนองนี้จะลดลง ทำให้เมื่อได้รับยาที่มีผลลดความดันโลหิต จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (orthostatic hypotension)¹⁰ ซึ่งนำไปสู่การเวียนศีรษะ หน้ามืด และการหกล้มได้⁵

2. การมีโรคร่วมหลายโรคในผู้สูงอายุ (Comorbidity) ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากยาในผู้สูงอายุพุ่งสูงขึ้น เป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยสูงอายุโรค NCDs ผู้สูงอายุมักไม่ได้มีเพียงโรคเดียว แต่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ การรักษาโรคเหล่านี้มักเป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical guidelines) ของแต่ละโรค ซึ่งมักแนะนำให้ใช้ยาหลายชนิดร่วมกันเพื่อควบคุมโรคตามเป้าหมายการรักษา^{4,6}

นอกจากปัจจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้การใช้ยาหลายขนาน เช่น อายุที่มากขึ้น เพศหญิง ภาวะเปราะบาง (frailty) การอยู่คนเดียว เศรษฐฐานะที่ไม่ดี และความผิดพลาดในระบบเวชระเบียนของสถานบริการสุขภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการใช้ยาหลายขนานที่ไม่เหมาะสมได้^{4,11}

ผลกระทบจากการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุ

ปัญหาการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่ความเสี่ยงจากการใช้ยาหลายประการ ตั้งแต่ปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug-Drug Interactions) อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reactions) ไปจนถึงปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุกลุ่มโรคนี้ ปัญหาเหล่านี้ไม่ได้ส่งผลกระทบแค่เพียงสุขภาพเท่านั้น แต่ยังสร้างภาระทางเศรษฐกิจตั้งแต่ระดับครอบครัวและระบบสาธารณสุขของประเทศไทย⁷ ซึ่งผลกระทบจากการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุ ได้แก่

1. อาการไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse Drug Reactions; ADRs) ความเสี่ยงของ ADRs เพิ่มขึ้นตามจำนวนยาที่ใช้ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะมีความเสี่ยงเป็นพิเศษเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับอายุ ทำให้ร่างกายตอบสนองต่อยาแตกต่างจากวัยหนุ่มสาว⁴

2. ปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug-drug interactions; DDIs) ภาวะการใช้ยาหลายขนาน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังเพิ่มความเสี่ยงการเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้¹²

3. การเสื่อมถอยของการทำงานของร่างกาย (Functional Decline) ภาวะนี้รวมถึงการลดลงของการเคลื่อนไหว (mobility) การดูแลตนเอง (self-care) และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (usual activities) ผู้ป่วยที่มีภาวะการใช้ยาหลายขนานมักรายงานปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและกิจกรรมประจำวันบ่อยขึ้นอย่างเห็นได้ชัดการเกิดกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่รุนแรงมากขึ้นจากผลข้างเคียงของยา ซึ่งไม่ใช่โรคที่เฉพาะเจาะจงแต่สามารถเกิดขึ้นได้ เช่น ภาวะหกล้ม ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะอ่อนเพลีย ภาวะสับสน และภาวะสมองเสื่อม เป็นปัญหาด้านความจำที่กระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living: ADL)⁴

4. ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence) เป็นปัญหาใหญ่ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ใช้ยาหลายขนาน มีการศึกษาบ่งชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ไม่ถูกต้องในรูปแบบต่างๆ เช่น การลืมรับประทานยา การรวบมียา การปรับเปลี่ยนหรือลดขนาดยาเอง และการหยุดยาบางชนิดนอกเหนือแผนการรักษาของแพทย์ สาเหตุของพฤติกรรมเหล่านี้มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้ยา ได้แก่ ความเชื่อของผู้ป่วย ผู้ป่วยสูงอายุจำนวนไม่น้อยมีความเชื่อว่า การรับประทานยาจำนวนมากเป็นเวลานานส่งผลเสียต่อดับและไต จึงตัดสินใจ "พักยา" หรือลดขนาดยาเองโดยขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ซึ่งอาจนำไปสู่การควบคุมโรคที่ไม่ดีและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง¹³ ความซับซ้อนของแผนการรักษาด้วยยา หากมีจำนวนยาและมียามากเกินไป ความซับซ้อนในการจัดการยิ่งเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดความสับสน เบื่อหน่าย หรือท้อแท้ในการรับประทานยาได้¹⁴ ปัจจัยสนับสนุน เช่น ผู้ดูแลที่เอาใจใส่คอยช่วยเหลือในการจัด



และเตือนเรื่องการรับประทานยา สามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ลำพังมีความเสี่ยงต่อการใช้ยาผิดพลาดสูงกว่า

5. การเพิ่มค่าใช้จ่ายในสถานบริการสุขภาพ พบว่า การใช้ยาหลายขนานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น^{1,2}

บทบาทพยาบาลกับการใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุ

ตั้งแต่ยุคสมัยฟลอเรนซ์ น丁เกล จนพัฒนาสู่การเป็นบุคลากรที่ให้บริการด้านสุขภาพที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม ที่เน้นการปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทที่หลากหลายเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบการดูแลสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีความซับซ้อนในการดำเนินโรคส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ¹⁵ จึงต้องมีการปรับรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุก่่มดังกล่าวที่เน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเพื่อประเมินและติดตามอาการ ด้วยการพยาบาลที่เพิ่มหน้าที่และความรับผิดชอบมากขึ้นของพยาบาลในปัจจุบัน¹³ บทบาทสำคัญในการประยุกต์ใช้เพื่อจัดการการใช้ยาหลายขนานที่เห็นได้อย่างชัดเจน คือ บทบาทการเป็นผู้ประเมิน การเป็นผู้ประสานงาน และการเป็นผู้ให้คำปรึกษา

พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด จึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้สูงอายุ โดยตระหนักว่า การใช้ยาหลายขนานเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยซึ่งสร้างภาระและความท้าทายในการให้การพยาบาล การประเมิน รวมถึงประวัติการใช้ยา ความเข้าใจเกี่ยวกับยา การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันอันตรกิริยาจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ตามบทบาทของพยาบาลที่สามารถประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติ ดังนี้

1. การเป็นผู้ประเมิน (Assessment) จากการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่มีความเฉพาะและแตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ ทำให้ร่างกายและจิตใจมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง ความเจ็บป่วยมักเกิดขึ้นหลายภาวะจนนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อาทิ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น พยาบาลควรมีทักษะในการประเมินผู้สูงอายุโดยใช้การประเมินผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) เพื่อให้ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ผู้ดูแล ครอบครัว สังคมและสภาพแวดล้อม¹⁶ ตัวอย่างการประยุกต์ใช้บทบาทนี้ ได้แก่ การซักประวัติอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการรับยาในสถานบริการสุขภาพ ประวัติการใช้ยาโรคประจำตัว พยาบาลอาจพบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคและมากที่สุดถึง 5 โรค การทบทวนการใช้ยาและการซักประวัติการใช้ยาที่ส่งผลต่อการเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา และการประเมินความรู้ของผู้สูงอายุในการบริหารยารักษาโรคประจำตัว หากพบว่าผิดปกติ ควรประเมิน



ความสามารถของผู้ดูแลและครอบครัวเพิ่มเติม เพื่อให้ได้รายการยาที่ผู้ป่วยใช้จริง (Medication history) ที่ถูกต้องและสมบูรณ์ที่สุด ซึ่งอาจแตกต่างจากข้อมูลในเวชระเบียน ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถบริหารยาได้ด้วยตนเองเพื่อพิจารณาความไม่ปลอดภัยในการบริหารยาในกรณีที่มีการใช้ยาหลายขนาน ปัจจุบันมีเครื่องมือที่พยาบาลสามารถนำไปใช้ประเมินผู้สูงอายุในการใช้ยาหลายขนาน เช่น เกณฑ์ Beers Criteria ของ American Geriatrics Society (AGS) และเกณฑ์ STOPP/START (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions/Screening Tool to Alert to Right Treatment) เกณฑ์เหล่านี้มีการอธิบายแนวทางตามหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ในการระบุและหลีกเลี่ยงยาที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งใช้ในการประเมินยาที่อาจไม่เหมาะสม (Potentially Inappropriate Medications: PIMs)^{7,10}

2. การเป็นผู้ประสานงาน (Coordinator) พยาบาลควรเป็นผู้ที่คำนึงถึงการสื่อสาร และการประสานงานกับสถานบริการด้านสุขภาพ ในกรณีการช่วยเหลือผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สิ่งสำคัญคือ การจัดการกับความกลัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาในระยะยาว (เช่น กลัวไตวาย) และค่านิยมในการใช้ยาสมุนไพรหรือการรักษาทางเลือก พยาบาลจำเป็นต้องสร้างบทสนทนาที่เปิดเผยและไว้วางใจเพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดและให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม¹¹ พยาบาลทำหน้าที่เป็นบุคคลสำคัญในการติดต่อสื่อสารในทีมสุขภาพ โดยทำงานร่วมกับสหวิชาชีพอื่นๆ โดยจัดการภาวะการณ์การใช้ยาหลายขนาน ซึ่งเป็นการวางแผนและจัดการการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน โดยร่วมมือกับผู้ดูแลและผู้ดูแลเพื่อวางแผนร่วมกันในการใช้ยาเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการใช้ยาได้หลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลยังคงให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องผ่านการติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน เพื่อทบทวนการบริหารยาและให้คำปรึกษาเพิ่มเติม^{11,17}

3. การเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) ความแตกต่างของผู้สูงอายุนับได้ว่าเป็นบริบทหนึ่งที่พยาบาลต้องทำความเข้าใจ เพื่อให้เกิดความตระหนักการมีส่วนร่วมตัดสินใจของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว มีปัญหาด้านความจำและการรู้คิดที่เกิดตามอายุที่มากขึ้น และภาวะของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รุนแรงขึ้น ผู้สูงอายุอาจไม่สามารถจัดการตนเองได้ตามลำพังควรให้ผู้ดูแล ครอบครัว มีส่วนร่วมในการกำกับการรับประทานยาโดยสอนผู้ป่วยสูงอายุโรคดังกล่าว และผู้ดูแลเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับรายการยาที่ซับซ้อน ซึ่งรวมถึงการใช้ตัวยา โดยเฉพาะในผู้ที่ใช้ยาตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป การจัดทำฉลากยาที่มีตัวอักษรขนาดใหญ่และชัดเจน และการให้คำแนะนำในการเก็บรักษายาที่ถูกต้องเพื่อป้องกันยาเสื่อมสภาพ¹⁶

4. การเป็นผู้ให้ความรู้ (Educator) ให้ความรู้เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการให้ยารักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลักษณะรูปแบบของยา ผลข้างเคียงของยาแต่ละชนิดที่ผู้สูงอายุควรทราบ ตลอดจนอาการที่ควรสังเกตหากได้รับประทานยามากกว่า 2 ชนิดขึ้นไป¹⁶



สรุป

การใช้ยาหลายขนานในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นเรื่องที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับยาหลายชนิด เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้ยา หรืออาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พยาบาลไม่เพียงแค่นับจำนวนเม็ดยาแล้วชี้ว่าเป็นปัญหาได้เท่านั้น พยาบาลยังมีหน้าที่ในการประเมินการใช้ยาที่ซับซ้อนและวิเคราะห์ความเสี่ยงของผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ การประเมินนี้ต้องการความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้น ตลอดจนข้อมูลสนับสนุนที่ส่งผลต่อการใช้ยาสำหรับยาแต่ละชนิด การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาที่อาจเกิดขึ้น และที่สำคัญ คือ สิ่งที่ผู้สูงอายุคาดหวังว่าในการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้คุณภาพชีวิตคงไว้ตามศักยภาพของผู้สูงอายุและการมีอายุยืนมากขึ้น ความสำคัญของทีมสหวิชาชีพในการจัดการการใช้ยาหลายขนานอย่างสม่ำเสมอ ในบทบาทพยาบาลซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่ไม่ใช่เป็นการรับคำสั่งของแพทย์ในการบริหารยาเท่านั้น แต่เป็นการใช้บทบาทเพื่อการพยาบาลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการสื่อสาร ประสานงานกับบุคลากรสุขภาพเพื่อรับการสนับสนุน และมีส่วนช่วยในการสอนผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจและสามารถจัดการการใช้ยาหลายขนานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Ananchaisarp T, Chamroonkiadtikun P, Kodchakrai K, Saeung T, Charatcharungkiat T, Leelarujijaroen P, et al. Prevalence of potentially inappropriate medication among older patients in a primary care unit of a tertiary care hospital in Thailand: a retrospective cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jun 20];15(5):e091465. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-091465>
2. Thawornwanchai P, Phithakwongroj K, Bosittipichet T, Leesri T. The relation between polypharmacy and medication non adherence in elderly patients with non-communicable diseases in primary care, Phra Nakhon Si Ayutthaya Hospital. *Int J Community Med Public Health* [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 20];12(4):1837-43. Available from: <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20250934>
3. Nakchattri C, Thongdee J, Rongmuang D, Chasuwan K, Phanlek N. Nurse's Roles in Caring for Older Persons with Polypharmacy: A Case Study. *J Health Res Innov* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jun 20];4(2):1-13. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri/article/download/254195/173734/>



4. Woodford HJ. Polypharmacy in Older Patients. Br J Hosp Med [Internet]. 2024 [cited 2025 Jun 20];85(10):[about 5 p.]. Available from: <https://doi.org/10.12968/hmed.2024.0388>
5. Sangkhaprachao Yanasanvara Institute of Geriatric Medicine, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Guidelines for preventing adverse drug events in older adults for medical and public health personnel [Internet]. 1st ed. Bangkok: Department of Medical Services, Ministry of Public Health; 2022 Sep [cited 2025 Jun 20]. Available from: https://www.reddit.com/r/UniversityOfHouston/comments/9bcldq/how_to_find_pdf_of_books/
6. Paorohit W, Prabripoo T, Mahaviriyotai K, Boondech C. Problems in Medication Use among Older Patients with Chronic Illness Received Treatment at Internal Medicine Clinic, Bhumibol Adulyadej Hospital. Ratchawadee J, Boromarajonani Coll Nurs Surin [Internet]. 2023 [cited 2025 Jun 20];13(2):48-50. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/article/download/266251/179937/1124196>
7. Kumoad N, Prapruttham S, Kaewngoen N, Meesawatsom P. Risk Management of Polypharmacy in Older Adult with Non-Communicable Diseases in An Outpatient Clinic by the ARMOR Tool. Thai J Hosp Pharm. 2022;32(3):189-201.
8. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 8th ed. New York: Pearson; 2019.
9. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. 5 Non-Communicable Diseases found in the elderly and causing death in Thailand [Internet]. Bangkok: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2024 Jan 29 [cited 2025 Jun 20]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/dncd/publishinfo/detail.php?publish=15282&deptcode=dncd>
10. Karimi R, Robinson-Barella A, Davey V, Sinclair DR, Hanratty B, Todd A. Understanding polypharmacy for people receiving home care services: a scoping review of the evidence. Age Ageing [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 20];54(2):afaf031. Available from: <https://doi.org/10.1093/ageing/afaf031>
11. Salh HJJH, Aziz TA, Mahwi TO, Hussen NH, Aziz DF. The Relation Between Polypharmacy, Potentially Inappropriate Medications, Organ Function, and Quality



- of Life in Elderly Patients with Type 2 Diabetes. *Hosp Pharm* [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 20];PMC12069312. Available from: <https://doi.org/10.1177/00185787251337592>
12. Lee H, Baek YH, Kim JH, Liao TC, Lau WC, Man KC, et al. Trends of polypharmacy among older people in Asia, Australia and the United Kingdom: a multinational population-based study. *Age Ageing* [Internet]. 2023 [cited 2025 Jun 20];52(2):afad014. Available from: <https://doi.org/10.1093/ageing/afad014>
13. Talordpong P, Pibanwong P. Roles of Nursing Practitioner in the Use of Drugs in Elderly Patients. *Vajira Med J Urban Med* [Internet]. 2018 [cited 2025 Jun 20];62(6):473-82. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/VMED/article/download/214344/149215/>
14. Methachup L, Sangkum R, Suksombatcharoen C. Prevalence of Potentially Inappropriate Medications and Polypharmacy in Geriatric Clinic of Cham Phak Phaeo Subdistrict Health Promotion Hospital, Kaeng Khoi District, Saraburi Province during 1 September 2022-31 August 2023. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2024;18(3):785-800.
15. Rojanaurai W. Prevalence and Factors Associated with Medication Noncompliance in Patients with Noncommunicable Diseases at Specialty Clinics, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. *Vajira Med J*. 2018;62(3):193-208.
16. Kongs A, Thongsri P, Chiangkhong A, Chongjarearn A. Perceptions of Medication Adherence among Elderly Patients with Hypertension in Bangkok: A Qualitative Study. *Curr Res Pharmacol Drug Discov* [Internet]. 2024 [cited 2025 Jun 20];17(1):e18749445280796. Available from: <https://doi.org/10.2174/0118749445280796240206102656>
17. Buamak K, Petsirasan R, Noonil N. Nurses' Roles and Outcomes for Chronic Diseases in Primary Care Unit of Health Region 11. *Journal of Health and Nursing Research*. 2021;37(3):241-53.



การใช้ยาบรรเทาปวดในเกษตรกรที่มีอาการปวดระบบโครงร่างกล้ามเนื้อ: บทบาทพยาบาลอาชีวอนามัย

กัญญ์ณรินทร์ ไชยแก้ว* วรณรัตน์ พรหมภักดี**

บทคัดย่อ

ความปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่พบในเกษตรกร มีสาเหตุจากปัจจัยด้านการยศาสตร์จากการทำงานในปริมาณงานมาก และมีท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ความปวดดังกล่าวส่งผลให้คุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพการทำงานลดลง โดยพฤติกรรมการจัดการความปวดแบบใช้นิยมนิยมใช้มากกว่าการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา ยาบรรเทาปวดที่เกษตรกรนิยมมากที่สุดคือ ยากลุ่มอะเซตามิโนเฟน และกลุ่มยาต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาในระดับดี ส่วนยาสมุนไพรนิยมใช้ในรูปแบบยาทาภายนอกมากกว่าชนิดรับประทาน อย่างไรก็ตาม เกษตรกรยังมีการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยและยาลูกกลอน ซึ่งถือว่าเป็นยาที่มีอันตรายต่อสุขภาพ ส่งผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาและอุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ดังนั้นบทบาทพยาบาลอาชีวอนามัยจึงมีความสำคัญในการให้ความรู้ คำแนะนำ และส่งเสริมสุขภาพการทำงานเกษตรกร รวมถึงการจัดการความปวดทั้งแบบไม่ใช้ยาและแบบใช้ยาอย่างปลอดภัยโดยใช้หลักการใช้ยาแบบสมเหตุสมผลสำหรับเกษตรกร

คำสำคัญ: ความปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ เกษตรกร การจัดการความปวด พยาบาลอาชีวอนามัย

* อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

** Corresponding author; email: varunrat.prompakdee@crc.ac.th



Use of Pain Relievers in Agricultural Workers with Musculoskeletal Pain: The Role of Occupational Health Nurses

Khannirinth Chaikaew* Varunrat Prompakdee**

Abstract

Musculoskeletal pain in agricultural workers is caused by ergonomic factors resulting from high workloads and inappropriate work postures. This pain impacts quality of life and work efficiency. Medications are more commonly used than non-medical pain management. The most popular pain relievers for agricultural workers are acetaminophen and non-steroidal anti-inflammatory drugs. Most agricultural workers have good drug use behaviors. Herbal remedies are more commonly used in topical form than oral form. However, agricultural workers still rely on pain relief kits and boluses, which are considered hazardous to health, impacting both health, economics, and society, leading to increased treatment and medical equipment costs. Therefore, occupational health nurses play a crucial role in providing knowledge, advice, and promoting health and well-being in agricultural workers. They also emphasize safe non-medical and non-medical pain management, using rational drug use principles.

Keywords: Musculoskeletal pain, Agricultural worker, Pain management, Occupational health nurses

* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

** Corresponding author; email: varunrat.prompakdee@crc.ac.th



บทนำ

เกษตรกร คือ ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับการเพาะปลูก การเลี้ยงสัตว์ การป่าไม้ การทำนาเกลือสมุทร และการประมงที่มีใช้การประมงทะเล¹ ส่วนใหญ่เป็นแรงงานนอกระบบที่ไม่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายแรงงาน ในปี พ.ศ. 2567 เกษตรกรเป็นกลุ่มแรงงานที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือ ร้อยละ 80.00 ของจำนวนแรงงานทั้งประเทศ² ถึงแม้การทำงานของเกษตรกรจะมีความแตกต่างกันตามบริบทของงาน แต่ปัญหาความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบมากในเกษตรกรทุกกลุ่ม³ จากรายงานสถานการณ์แรงงานนอกระบบ ปี พ.ศ. 2563 พบว่าเกษตรกรผู้ปลูกพืชไร่ พืชผัก ทำไร่ และชาวนาปลูกข้าว เป็นกลุ่มแรงงานที่พบปัญหาความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานมากที่สุด⁴ ในปี พ.ศ. 2567 ปัญหาความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากอิริยาบถการทำงานมีมากถึง ร้อยละ 36.49 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี⁵ ความปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลง หากความปวดรุนแรงมากขึ้นเกษตรกรจำเป็นต้องหยุดงานและกระทบต่อคุณภาพชีวิต⁶ การใช้ยาบรรเทาอาการปวดจึงเป็นที่นิยมในเกษตรกร ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาปวดในเกษตรกรส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี แต่ยังพบพฤติกรรมที่นำกังวลจากการใช้ยาไม่สมเหตุผล รวมถึงการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย และยาลูกกลอน เนื่องจากราคาถูกและเข้าถึงได้ง่าย^{7,8,9} หากพฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องย่อมส่งผลต่อสุขภาพของเกษตรกรในระยะยาว จากสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหา และบทบาทพยาบาลอาชีวอนามัยในการป้องกันปัญหาความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน รวมถึงการส่งเสริมให้เกษตรกรใช้ยาบรรเทาปวดอย่างสมเหตุผล

อาการปวดระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในเกษตรกร

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกษตรกรปวดระบบโครงร่างกล้ามเนื้อจากการทำงาน มาจากสภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่เหมาะสม จากปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์ ซึ่งหมายถึง สิ่งคุกคามสุขภาพที่เกิดขึ้นจากท่าทางการทำงานที่ผิดไปจากตำแหน่งที่เป็นธรรมชาติ ได้แก่ การทำงานในท่าทางเดิมซ้ำๆ การออกแรงกล้ามเนื้อในการดึง ยก แบก หาม การบิดเอี้ยวตัว ก้ม เงย หากทำงานในลักษณะดังกล่าวเป็นเวลานานจะทำให้เกิดการบาดเจ็บของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ¹⁰

ความปวดหรือบาดเจ็บของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในเกษตรกร แตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะการทำงาน เช่น เกษตรกรผู้ปลูกดอกไม้และผัก ลักษณะงานมีการขุดดิน พรวนดิน ยก แบก เครื่องพ่นยาฆ่าแมลงเป็นเวลานาน ทำให้มีท่าทางการทำงานไม่เหมาะสม เช่น การออกแรงดึงหรือดัน การบิดเอี้ยวตัว การใช้มือและข้อมือ ทำให้บริเวณที่มีความปวดมากที่สุดคือมือและข้อมือมากถึง ร้อยละ 75.00 ส่วนอัตราความชุกของอาการปวดสูงสุดที่พบคือ เข่า ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะการทำงาน



ของเกษตรกร¹¹ สำหรับเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ลักษณะการทำงานที่ต้องก้มเงยในการเพาะปลูกและเก็บเกี่ยวข้าว บริเวณที่มีความปวดมากที่สุด พบที่บริเวณรยางค์ส่วนบน คือ ปวดหลัง (ร้อยละ 68.20) รองลงมา คือ ปวดคอ (ร้อยละ 36.80) และปวดข้อมือ (ร้อยละ 61.60) ตามลำดับ¹² ในขณะที่เกษตรกรสวนผลไม้ ทำงานในลักษณะ ออกแรงเป็นเวลานาน ยกผลไม้ที่มีน้ำหนักมาก มีบิดตัวหรือเอี้ยวตัวเสมอ และออกแรงในการบีบจับของเวลาเก็บเกี่ยวผลิต ส่งผลให้ร้อยละ 98.50 มีปัญหาด้านการยศาสตร์ โดยเฉพาะบริเวณรยางค์ส่วนล่าง บริเวณที่มีความปวดมากที่สุด คือ น่อง (ร้อยละ 98.90) รองลงมาคือเข่า และสะโพกต้นขา (ร้อยละ 97.80) โดยมีอาการปวดในหลายตำแหน่งร่วมกัน (ร้อยละ 74.50) ส่วนใหญ่ความรุนแรงของความปวดอยู่ในระดับปานกลาง¹³ สำหรับเกษตรกรสวนยางพารา มีกิจกรรมเก็บน้ำยางและเก็บยางก้อนถ้วย จึงมีท่าทางการทำงานในลักษณะก้ม การนั่งยอง การเอี้ยวตัว การออกแรงเฉพาะส่วนในขณะทำงาน ทำให้ความรู้สึกลำบากหรือปวดสูงสุดพบที่บริเวณแขนท่อนล่าง (ร้อยละ 83.30) รองลงมาที่บริเวณ หัวไหล่ และมือและข้อมือ (ร้อยละ 81.70) และบริเวณหลังส่วนบน (ร้อยละ 80.00) ตามลำดับ¹⁴

นอกจากเกษตรกรผู้เพาะปลูกแล้ว เกษตรกรกลุ่มอื่นพบปัญหาสุขภาพจากความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อเช่นกัน อาทิ เกษตรกรโคนม มีลักษณะการทำงานก้มโค้งยกของ (ร้อยละ 93.50) และมีการบิดเอี้ยวตัวขณะทำงาน (ร้อยละ 79.90) มีความปวดของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่พบมากที่สุดคือ ปวดหลัง (ร้อยละ 67.20) รองลงมาปวดมือและนิ้วมือจากการรีดนมวัว (ร้อยละ 61.2) และปวดไหล่ (ร้อยละ 60.3) ตามลำดับ¹⁵ สำหรับเกษตรกรเพาะเลี้ยงปลา มีลักษณะการทำงานที่ต้องการยืนตากปลา นั่งขอดเกล็ด/ตัดหัวปลา และยก/ขนลังปลา น้ำหนักสิ่งของที่ยกเป็นประจำ จึงมีอาการปวดเมื่อยทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ตำแหน่งที่มีอาการอันดับแรก คือ ปวดหลังส่วนล่าง ปวดไหล่ และปวดเข่า ตามลำดับ¹⁶

จากข้อมูลอาการปวดระบบโครงร่างกล้ามเนื้อในเกษตรกร ปัจจัยสำคัญคือสภาพแวดล้อมการทำงานของเกษตรกรที่ส่งผลให้มีท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม เมื่อกระทำติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจึงส่งผลต่อการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูก แสดงออกให้เห็นในลักษณะความปวดของอวัยวะต่างๆ แตกต่างกันไปตามบริบทของลักษณะงาน

นอกจากนี้ ปัญหาสุขภาพจากความผิดปกติหรือความปวดของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ มีผลรบกวนการใช้ชีวิตและการทำงานค่อนข้างมาก¹³ โดยเฉพาะเกษตรกรที่สูงอายุพบมีความเสี่ยงทางการยศาสตร์เพิ่มมากขึ้น อาการปวดพบได้หลายตำแหน่งของร่างกาย และมีความรุนแรงของอาการปวดมากกว่าในเกษตรกรวัยทำงาน¹⁴ อาการปวดกล้ามเนื้อในเกษตรกร นอกจากทำให้ไม่สบายแล้ว ยังกระทบต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ รบกวนการนอนหลับ เพิ่มความเครียด และความวิตกกังวล รวมถึงคุณภาพการทำงาน ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การ



ปฏิบัติงาน เกษตรกรมีรายได้ลดลง¹⁷ การจัดการความปวดจึงเป็นวิธีที่เกษตรกรชาวนาแสวงหาปฏิบัติเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นเดิม

การจัดการความปวด

การจัดการความปวด (Pain management) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขจัดหรือบรรเทาอาการปวด โดยหาพยาธิสภาพที่เป็นสาเหตุ และให้การรักษาที่เหมาะสมอย่างเฉพาะเจาะจง ทำให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดังเดิม¹³ แนวทางในการจัดการความปวด แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา และการจัดการความปวดแบบใช้ยา¹⁸ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเกษตรกรที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีการจัดการความปวด ทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยาร่วมกันตามบริบทของสังคมและสิ่งแวดล้อมนั้นๆ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยา มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาความปวดและลดการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยามีวิธีการที่หลากหลาย ยกตัวอย่างวิธีการทางกายภาพที่พบบ่อย¹⁸ ได้แก่

1.1. การนวด (Therapeutic massage) เป็นการกดหรือการเคลื่อนไหวเป็นจังหวะเดี่ยวหรือรวมกัน ทำให้เกิดการผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ เพิ่มการไหลเวียนโลหิต ลดความปวด เพิ่มการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphin) โดยการนวดสัมผัสสิ่งบริเวณร่างกายตำแหน่งที่รู้สึกตึงหรือเจ็บ แต่อาจต้องระวังเรื่องการบาดเจ็บของกระดูกและข้อมากขึ้นหากมีการออกแรงนวดหรือกดค่อนข้างมาก

1.2 การใช้ความร้อน และความเย็น โดยใช้หลัก RICE ที่ย่อมาจาก การพัก (Rest), น้ำแข็ง (Ice), การกด (Compress) และ การยก (Elevation) โดยใช้ความเย็นลดอาการบวม อักเสบ และปวดในช่วง 48 ชั่วโมงแรกหลังการบาดเจ็บ จากนั้นทำการประคบร้อนที่นิยมและเป็นภูมิปัญญาชาวบ้านคือการประคบสมุนไพร โดยการนำสมุนไพรมาห่อทำเป็นลูกประคบ แล้วนำไปนึ่งให้ร้อนแล้วนำมาประคบบริเวณที่ปวดหรือเคล็ดขัดยอกจะช่วยบรรเทาอาการได้¹³

2. การจัดการความปวดแบบใช้ยา เป็นการปฏิบัติของบุคคลในการจัดการความปวดโดยการใช้ยาเพื่อบรรเทาความปวด ซึ่งมีความแตกต่างในด้านวิธีการใช้ ขนาด และกลไกออกฤทธิ์รายละเอียด ดังนี้

2.1 ยาแก้ปวด หมายถึง สารหรือสารเคมีที่มีมุ่งหมายในการรักษาหรือบรรเทาความปวดที่เกิดจากการได้รับการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย ยามีกลไกการออกฤทธิ์ระงับความปวดได้ โดยออกฤทธิ์ที่กลไกการนำกระแสความปวด (Pain pathway) ยาบรรเทาปวดที่ใช้อยู่คือ กลุ่มอะเซตามิโนเฟน



(Acetaminophen) และกลุ่มยาต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs: NSAID) ดังนี้

2.1.1 ยากลุ่มอะเซตามิโนเฟน (Acetaminophen) หรือยาพาราเซตามอล (Paracetamol) ช่วยบรรเทาอาการปวด ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงปานกลาง โดยการเข้าไปช่วยยับยั้งสารเคมีบางชนิดในร่างกาย เช่น สารโพรสตาแกลนดิน (Prostaglandin) เป็นต้น

2.1.2 ยากลุ่ม Non-opioid หรือยาในกลุ่ม Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs) ออกฤทธิ์โดยยับยั้งเอนไซม์ Cyclooxygenase (COX) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่สร้าง Prostaglandins (PGS) มีผลทำให้ยามีฤทธิ์ลดการอักเสบ ระบุปวดและลดไข้

2.1.3 ยาในกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ให้ผลระงับปวดที่มีประสิทธิภาพสำหรับความปวดระดับรุนแรงมากถึงมากที่สุด โดยความต้องการยาระงับปวดกลุ่มนี้จะไม่เท่ากันในผู้ป่วยแต่ละคน หรือแม้แต่ในแต่ละช่วงเวลา ยากลุ่มนี้มีผลข้างเคียงค่อนข้างมากหากมีความรู้และประสบการณ์ไม่เพียงพอ

2.1.4 ยาในกลุ่ม Adjuvant drugs เป็นยาเสริมที่นิยมใช้ในการรักษาความปวดชนิดเรื้อรัง ได้แก่ อาการปวดประสาท (Neuropathic pain) เช่น ยาแก้นชัก เป็นต้น ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการนำกระแสประสาทและยับยั้งการกระตุ้นเส้นประสาทภายหลังการบาดเจ็บ จัดเป็น Membrane stabilizer ยาด้านซึมเศร้าหรือ Antidepressants ที่นิยมใช้ได้แก่กลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCA) ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการ Reuptake ของ Serotonin และ Norepinephrine ในระบบประสาทส่วนกลาง ช่วยให้ระงับปวดได้ดีขึ้น ผู้ป่วยอารมณ์ดีขึ้นและมีฤทธิ์ทำให้ง่วงเล็กน้อย

2.1.5 กลุ่มยาสมุนไพร ที่เกษตรกรนำมาใช้ในการบรรเทาความปวด-ประกอบด้วยยาสำหรับรับประทาน เช่น เถาวัลย์เปรียง ยาสมโคคลาน ยาขี้เหล็ก ยาธรณีสัณตะฆาต เป็นต้น ยาสำหรับใช้ภายนอก ได้แก่ ยาไหล ยาขี้ผึ้ง ยาน้ำมันไพร ยาประคบแบบสมุนไพรสดหรือแห้ง ยาพริก ยาสเปรย์กระดุกไก่อดำ¹⁹

พฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาปวดของเกษตรกร

จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาปวดของเกษตรกร พบว่าเกษตรกรนิยมใช้ยากลุ่มอะเซตามิโนเฟนและกลุ่ม NSAIDs ซึ่งเกษตรกรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาบรรเทาปวดอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 75.81) รองลงมาอยู่ในระดับควรปรับปรุง (ร้อยละ 24.19)⁷ เกษตรกรมีการใช้ในการบรรเทาปวดรูปแบบยาทาภายนอกมากที่สุด สำหรับยาสมุนไพรรูปแบบการรับประทานมีการใช้ในระดับน้อย⁸ นอกจากนี้ยังพบว่าเกษตรกรมีการใช้ยาสมุนไพรอื่น เช่น ยาชุดแก้ปวดเมื่อย และยาลูกกลอน⁹ โดยสาเหตุของการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยเนื่องจากเข้าถึงง่าย ราคาถูก (ร้อยละ 90.00) และจะใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย 2-3 เดือนต่อครั้ง (ร้อยละ 47.60) โดยหากมีอาการปวดเมื่อยอีกก็จะกลับมาใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อยซ้ำ²⁰



ซึ่งอาการปวดเรื้อรังถือว่าส่งผลกระทบต่อเกษตรกรในด้านคุณภาพชีวิตที่ลดลง เนื่องจากมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต และมีความต้องการเข้ารับบริการทางการแพทย์ เพื่อรักษาบรรเทาอาการปวด นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย เนื่องจากสูญเสียค่าใช้จ่ายและงบประมาณในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมทั้งยารักษาโรค²¹

การใช้ยารักษาบรรเทาอาการปวดเมื่อยของเกษตรกร พบว่าเกษตรกรยังมีการใช้ยาที่ไม่สมเหตุผล โดยมีสาเหตุ 3 ประเด็น²² คือ 1) การใช้คุณสมบัติของยา หรืออาการข้างเคียงของยาในการรักษา เช่น การใช้สเตียรอยด์ในการรักษา เป็นต้น 2) บุคคลที่ใช้ยา โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อการใช้ยา ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา ทักษะคิด ความเชื่อ และสังคม ซึ่งกลุ่มผู้ใช้ยาจะมีการส่งต่อข้อมูลอ้างสรรพคุณยาที่ใช้ในการรักษาเห็นผลรวดเร็ว ตอบสนองอาการปวดได้อย่างดี การหาซื้อสะดวก และราคาไม่แพง และ 3) การบริหารจัดการยาไม่เหมาะสม ทั้งในด้านการจัดสรรงบประมาณที่ค่อนข้างมีค่าใช้จ่ายสูง และช่องว่างของมาตรการควบคุมยาที่พบการรั่วไหลของยาออกนอกระบบ จึงมีการนำยาไปใช้ในทางที่ไม่เหมาะสม

ผลกระทบของการใช้ยาบรรเทาปวดไม่สมเหตุผลของเกษตรกร

การใช้ยาบรรเทาปวดอย่างไม่สมเหตุผลของเกษตรกร มีผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพของเกษตรกร ซึ่งอาจได้รับยาเกินขนาด หรือได้รับยาเสื่อมคุณภาพไม่ได้มาตรฐาน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ในร่างกาย ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานกว่าผู้ป่วยปกติทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ เด็ก สตรีตั้งครรภ์ สตรีที่กำลังให้นมบุตร ผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับหรือไตบกพร่อง ผู้ป่วยทางเดินหายใจอุดกั้น ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด และผู้ป่วยที่มีการใช้ยารักษาโรคประจำตัว ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ได้แก่

1.1 ระบบทางเดินอาหาร ถือเป็นระบบที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์มากที่สุด ซึ่งอาการไม่พึงประสงค์ที่พบ ได้แก่ อาหารไม่ย่อย (Dyspepsia) คลื่นไส้ ปวดท้องหรือรู้สึกไม่สบายท้อง กรดไหลย้อน แผลในทางเดินอาหารส่วนบนและส่วนล่าง เลือดออกในทางเดินอาหาร ทางเดินอาหารทะลุ โดยปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ที่ติดเชื้อ *Helicobacter pylori* การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยาที่มีผลระคายเคืองระบบทางเดินอาหาร การใช้ NSAIDs ขนาดสูง และการใช้ยา NSAIDs มากกว่า 1 ชนิดร่วมกัน

1.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด อาการไม่พึงประสงค์ที่พบ ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลวรุนแรงขึ้น ภาวะหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้ NSAIDs มีความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดแตกต่างกัน ซึ่ง Naproxen มีความเสี่ยงน้อยกว่ายาอื่น ส่วน Diclofenac มีอัตราการเกิด Cardiovascular events (CVEs) 1.30



ต่อ 100 Patient-years คิดเป็น Hazard ratio เท่ากับ 0.95 (95% CI 0.81-1.11) และผู้ที่มีประวัติกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction) จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต โดย Hazard ratio (HR) ในการเสียชีวิตจากการใช้ Ibuprofen เท่ากับ 1.5 (95% CI 1.36-1.67) และการใช้ Diclofenac เท่ากับ 2.4 (95% CI 2.09-2.80)

1.3 ตับและน้ำดี มีรายงานวิจัยศึกษาพบว่า NSAIDs ทำให้เกิดความผิดปกติของระดับเอนไซม์ Transaminase สูงกว่าปกติ ส่งผลให้ตับอักเสบ ท่อน้ำดีอักเสบ ท่อน้ำดีอุดตัน โดยเฉพาะยา Diclofenac ซึ่งผู้ที่มีความผิดปกติของตับหรือตับทำงานบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยโรคตับแข็ง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคตับรุนแรงขึ้น ได้แก่ ภาวะเลือดออกง่าย และภาวะไตวายเนื่องจากโรคตับ (Hepatorenal syndrome)

1.4 ไต บวม น้ำ ส่งผลให้มีระดับ Creatinine และ BUN สูงกว่าปกติ ระดับโซเดียมและโพแทสเซียมสูงกว่าปกติ ไตอักเสบ ไตวายเฉียบพลัน เนื่องจากประสิทธิภาพการกรองของไตลดลง เนื้อเยื่อไตอักเสบ (Interstitial nephritis) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีการใช้ NSAIDs ต่อเนื่องเนื้อไตจะลดลง และมีโอกาสเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน และความดันโลหิตสูง

1.5 ระบบไหลเวียนโลหิต การเกาะตัวของเกล็ดเลือดลดลง ทำให้เกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก โดยเฉพาะผู้ที่รับประทานยาป้องกันการอุดตันของหลอดเลือด หรือ Aspirin

1.6 ระบบหายใจ อาการภูมิแพ้กำเริบ โรคหืดกำเริบ หลอดลมอักเสบ

1.7 ปฏิกริยาภูมิไวเกิน ยากลุ่ม NSAIDs จะกระตุ้นปฏิกิริยาภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) ซึ่งพบได้ทั้งที่ไม่ผ่านกลไกทางระบบภูมิคุ้มกัน และที่เกิดจากการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน

1.8 ระบบหูและการได้ยิน อาจทำให้เกิดอาการหูอื้อ ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่า ผู้หญิงที่ใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่สเตียรอยด์ และยาอะเซตามิโนเฟน บ่อยครั้งมีความเสี่ยงการเกิดอาการหูอื้อเรื้อรังสูงขึ้น และความเสี่ยงมีแนวโน้มมากขึ้นตามความถี่ในการใช้ยาที่เพิ่มมากขึ้น²³

2. ด้านเศรษฐกิจและสังคม

จากการที่เกษตรกรได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพไม่เพียงพอ และไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง เป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกษตรกรที่ซื้อยาบรรเทาปวดมารับประทานเอง ใช้ยาไม่ถูกต้อง หรือมีการใช้ยาเกินความจำเป็นหรือใช้ยาเกินขนาด จนนำไปสู่การดื้อยา ส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 15 ต่อปี¹³ ภาครัฐจึงมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น โดยเฉพาะงบประมาณการจัดซื้อยา²⁴ รวมถึงการสูญเสียค่าใช้จ่ายและงบประมาณในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ และยารักษาโรคอื่นๆ ตามไปด้วย²¹

ดังนั้น ควรสนับสนุนให้เกษตรกรมีการใช้ยาบรรเทาปวดอย่างสมเหตุผล เพื่อความปลอดภัยของเกษตรกรที่ใช้ยา และลดระยะเวลาในการรักษาจากการเจ็บป่วย รวมทั้งป้องกันการเกิดผลกระทบ



ต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เพื่อไม่สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน และไม่สูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการจัดซื้อยาที่เกินความจำเป็น

แนวทางการใช้ยาบรรเทาปวดอย่างสมเหตุผลในเกษตรกร

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การที่ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ในการใช้ยาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น ตามความจำเป็น และใช้ยาที่ได้รับจากหน่วยบริการสุขภาพ ได้อย่างถูกต้อง คุ่มค่า ปลอดภัย เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ทั้งในเรื่องโรค ขนาดยา วิธีใช้ และระยะเวลาตามที่กำหนด²⁵

ยา หมายถึง สาร (รวมถึงวัคซีน) และผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ใช้เป็นยาตามกฎหมายว่าด้วยยา กฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตลอดจนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาเสพติดให้โทษ ที่นำมาใช้ทางยา รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา²⁵

แนวทางการใช้ยาที่เหมาะสมควรประกอบด้วย²⁶

1. การแสวงหายา หมายถึง การได้มาซึ่งยา แหล่งหรือสถานที่ใด ๆ ที่ได้รับยา รวมถึงคำแนะนำที่ได้รับและวัตถุประสงค์ในการซื้อยา ก่อนใช้ยาบรรเทาปวดมีการปรึกษาและเลือกซื้อยาจากสถานบริการสุขภาพ หรือร้านยาที่ปลอดภัยน่าเชื่อถือ หลีกเลี่ยงการรับประทานยาชุด ยา ลูกกลอน โดยซื้อจากร้านขายของชำ

2. การเก็บรักษายา หมายถึง สถานที่และวิธีเก็บรักษา ไม่ให้ยาเสื่อมสภาพ และมีความปลอดภัย เช่น หลีกเลี่ยงแสงแดด เก็บในที่แห้ง เก็บไว้ในที่ที่ปลอดภัย แยกเป็นสัดส่วน โดยเก็บให้พ้นมือเด็ก ไม่อยู่ใกล้สารเคมี เป็นต้น

3. การรับประทานยา หมายถึง การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา โดยอาศัยหลักการใช้ยาที่สมเหตุผล ได้แก่ การใช้ยาตามวิธีที่ระบุ ปริมาณที่กำหนด ความถี่ไม่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป ไม่ใช้ยาหลายอย่างร่วมกัน ไม่ใช้ยาโดยไม่จำเป็น รวมถึงควรสังเกตอาการผิดปกติจากการใช้ยา การใช้ยาแก้ปวดควรอ่านฉลากยา วิธีใช้ยาอย่างละเอียด ตรวจสอบวันหมดอายุหรือสังเกตลักษณะที่ผิดปกติ หลังการรับประทานยาควรติดตามหรือสังเกตอาการข้างเคียงเช่น อาการปวดท้อง คลื่นไส้ เป็นต้น

ซึ่งบุคคลที่มีความจำเป็นในการใช้ยา โดยเฉพาะเกษตรกรที่มีอาการปวดเมื่อยและต้องรับประทานยาบรรเทาอาการปวดเมื่อย จะต้องใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อตัวผู้ใช้อย่างมากที่สุด และป้องกันการเกิดผลกระทบหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาไม่สมเหตุผลต่อตัวผู้ใช้ยา



บทบาทพยาบาลอาชีวอนามัยในการจัดการความปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในกลุ่มเกษตรกร

พยาบาลอาชีวอนามัยมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของการทำงาน มีหน้าที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และฟื้นฟูสุขภาพคนทำงาน บทบาทพยาบาลอาชีวอนามัยในประเด็นเกี่ยวกับการจัดการความปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในกลุ่มเกษตรกรประกอบด้วย 6 บทบาทสำคัญ²⁷ ดังนี้

1. ผู้ให้ความรู้ (Educator) มีหน้าที่ในการให้คำแนะนำ ให้ความรู้ และการสื่อสารความเสี่ยงในการทำงานแก่เกษตรกร ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เน้นการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult learning) ผ่านการให้ความรู้หลากหลายช่องทางเพื่อให้เกษตรกรเข้าถึงข้อมูลมากที่สุด ข้อมูลในการให้ความรู้พยาบาลอาชีวอนามัยสามารถค้นคว้าจากงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีประเด็นสำคัญ อาทิ โรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานเกษตรกรรม แนวปฏิบัติในการทำงานที่ปลอดภัย การใช้ยาบรรเทาปวดอย่างสมเหตุผล การหลีกเลี่ยงการใช้ยาชุดแก้ปวดเมื่อย และยาลูกกลอน ผลกระทบจากการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง และการจัดการความปวดด้วยวิธีอื่นนอกเหนือจากการใช้ยา ได้แก่ การนวด การประคบด้วยความเย็นและความร้อนดังที่กล่าวข้างต้น

2. ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion specialist) โดยการพัฒนาตนเองให้มีความรู้และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ ได้แก่ การให้บริการตรวจสมรรถภาพทางกาย การให้คำแนะนำเกี่ยวกับออกกำลังกาย โภชนาการ ที่ส่งเสริมความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ สนับสนุนให้เกษตรกรรู้เท่าทันการดูแลสุขภาพและมีความฉลาดทางสุขภาพ ในการจัดการความปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ตลอดจนกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัย

3. ผู้บริหารจัดการ (Manager) พยาบาลชุมชนควรมีการวางแผนงาน จัดระบบงาน จัดงบประมาณ หาแหล่งประโยชน์ จัดการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเกษตรกร จัดระบบพยาบาล ผู้จัดการดูแลผู้ป่วยที่มีความปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อเฉพาะกลุ่ม การจัดทรัพยากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ออกแบบระบบบริการการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการประสานงานกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และการประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารให้แก่เกษตรกร เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์

4. ผู้ให้คำปรึกษา (Consultant) ด้านสุขภาพ การทำงานที่ปลอดภัย รวมทั้งด้านสิทธิประโยชน์ต่างๆ กฎหมาย ค่าชดเชย แก่เกษตรกร การให้คำปรึกษาแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพและองค์กรภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเกษตรกรที่มีความปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ

5. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลด้านอาชีวอนามัย (Clinician/ Practitioner) มีหน้าที่ให้การดูแลเกษตรกรที่มีความปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อตามกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมิน



ความพร้อมของสถานที่และอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้พร้อมใช้ก่อนให้บริการทุกครั้ง ให้การประเมินสุขภาพเกษตรกร โดยการซักประวัติ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์หาปัญหา ให้การวินิจฉัยทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการทำงาน วางแผนให้การดูแลตามปัญหาของเกษตรกรแต่ละรายโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ประเมินผลและลงบันทึกทางการพยาบาล เพื่อสื่อสารในทีมสุขภาพ

6. ผู้วิจัย (Researcher) มีหน้าที่มีส่วนร่วมในการทำวิจัย และนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้หรือในการป้องกันโรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน การใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับเกษตรกร และพัฒนางานโดยการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน (Standard operation procedure) หรือ Guideline ต่างๆ สำหรับการทำงานที่ปลอดภัยเพื่อป้องกันโรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน และปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลของสำนักการพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาลอาชีวอนามัย

สรุป

ความปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานของเกษตรกรเป็นปัญหาสำคัญที่พบมากที่สุด เป็นผลจากการสัมผัสกับปัจจัยคุกคามสุขภาพการทำงานด้านกายศาสตร์ ที่มีท่าทางการทำงานไม่เหมาะสมหรือผิดธรรมชาติ บริเวณที่พบความปวดทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจะแตกต่างกันตามบริบทและลักษณะการทำงานของเกษตรกร ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ประสิทธิภาพการทำงานลดลง และกระทบต่อสุขภาพ รายได้ รวมถึงคุณภาพชีวิตของเกษตรกร การจัดการความปวดจึงเป็นทางออกในการแก้ไขปัญหาของเกษตรกร โดยการจัดการความปวดด้วยยาบรรเทาปวดกลุ่มอะเซตามิโนเฟน และกลุ่มยาต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์เป็นทางเลือกที่เกษตรกรนิยมมากที่สุด ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม แต่อย่างไรก็ตามเกษตรกรบางส่วนยังมีพฤติกรรมการใช้ยาชุดและยาลูกกลอนในการบรรเทาปวด เมื่อใช้และมีการใช้ยาไม่สมเหตุผลในระยะยาวย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งของเกษตรกรและภาครัฐ สำหรับพยาบาลอาชีวอนามัยควรดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับท่าทางการทำงานที่ถูกต้องสำหรับเกษตรกร การจัดสถานงานให้เหมาะสม และการใช้เครื่องทุ่นแรงในการทำงานเพื่อลดการสัมผัสปัจจัยคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์ รวมถึงการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับการใช้ยาบรรเทาปวดแก่เกษตรกรเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้ยาบรรเทาปวดไม่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Labour. Labor in agriculture [Internet]. [cited 2025 March 27]. Available from: <https://www.mol.go.th/employee/agriculturework>



2. Ministry of Agriculture and Cooperatives. Ministry of Agriculture and Cooperatives Control Data Report [Internet]. [cited 2025 March 27]. Available from: <https://www.moac.go.th/site-home>
3. Poochada W, Chaiklieng S, Andajani S. Musculoskeletal Disorders among Agricultural Workers of Various Cultivation Activities in Upper Northeastern Thailand. *Safety*. 2022;8(3):1-11. (In Thai)
4. Social Research Institute Chulalongkorn University. An Analytical Study of the Informal Labor Situation: Exploring Knowledge Networks, Risk Factors, and Practices [Internet]. [cited 2025 August 29]. Available from: <https://cusri.chula.ac.th/wp-content/uploads/2021/11/รายงานฉบับสมบูรณ์-โครงการสำรวจสถานการณ์แรงงานนอกระบบ-สสส..pdf>
5. National Statistical Office Thailand. The Informal Employment [Internet]. [cited 2025 August 29]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/Jb
6. Social Security Office. The Situation of Occupational Injuries and Work-Related Illnesses, 2018-2022 [Internet]. [cited 2025 March 27]. Available from: https://www.ohswa.or.th/attachments/view/?attach_id=359766
7. Mungdee P, Sommart J. Factors Related to Acetaminophen and NSAIDs Use among Working Age Group in Thalung Lek Sub-District, Mueang Buri Ram District, Buri Ram Province. *Journal of Health Science and Community Public Health*. 2024;7(1):129-144. (In Thai)
8. Riwpitak N, Wongwat R. Factors Predicting Behaviors of Using Herbal Medicines to Relieve Musculoskeletal Disorders Pain among Elderly in Nongchang District, Uthaitхани Province. *Journal of Thai Traditional & Alternative Medicine*. 2024;22(1):127-140. (In Thai)
9. Laouhulaikul A. The Study of Behaviors and Factors Affecting Analgesic Use in Thamai District, Chantaburi Province. *Journal of Council of Community Public Health*. 2019; 1(1):1-11. (In Thai)
10. Midwest Worker Center Ergonomic Training Project. Identifying and Addressing Ergonomic Hazards Workbook [Internet]. [cited 2025 August 29]. Available from:



https://www.osha.gov/sites/default/files/2018-12/fy15_sh-27643-sh5_ErgonomicsWorkbook.pdf

11. Kongtip P, Nankongnab N, Mahaboonpeeti R, Bootsikeaw S, Batsungnoen K, Hanchenlaksh C., et al. Differences among Thai Agricultural Workers' Health, Working Conditions, and Pesticide Use by Farm Type. *Annals of Work Exposures and Health*, 2018;62(2):167–181. (In Thai)
12. Chanthawat S, Aungudornpukdee P. Prevalence and Factors Affecting Musculoskeletal Disorders among Farmers in Wang thong District of Phitsanulok Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2021;8(3):318-328. (In Thai)
13. Kitchol S, Lawang W, Jivacate N. Factors Influencing Pain Management Behaviors of Work-Related Musculoskeletal Disorders among Fruits Farmers in Chanthaburi Province. 2020;13(3):26-44. (In Thai)
14. Khruakaew C, Chaiklieng S. Muscular Discomfort and Ergonomic Risk Among Rubber Plant Farmers. *KKU Research Journal (Graduate Studies)*. 2023;23(2):147-158. (In Thai)
15. Emyem R, Sutthakorn W, Na Lampang K. Risks of Occupational Health Hazards and Health Status among Dairy Farmers in MaeOn District Chiang Mai Province. *Lanna Public Health Journal*. 2020;16(2):13-24. (In Thai)
16. Nantaporn S, Chauicharoen P, Sinthupibulyakit C, Wikanapakul K, Suttirat S, Channak S, et al. Participatory Health Care in Working Development Model of Bang Bo District Farmers and Stakeholders Involved in Snakeskin Gourami Fish Farming. Bangkok: Huachiew Chalemprakiet University; 2018. Report No.: RDG61A0016-11.
17. Mekwimon Kingkaew W. An Analytical Study of the Impact Caused by the Myofascial Pain Syndrome: MPS. *Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University*. 2016; 1(1):12-29. (In Thai)
18. Thai Association for the Study of Pain. Guidelines for the development of acute pain relief. Bangkok; 2009.
19. National Drug Policy Division. [Internet]. [2025 March 27]. Available from: https://ndi.fda.moph.go.th/drug_national



20. Tisdang R, Jumparwai S. Polypharmacy Use Behavior and Factors Associated with The Use of Polypharmacy Among People in Puey Yai Sub-District, Non Sila District, Khon Kaen Province. 2019;2(2):87–95. (In Thai)
21. Pandelani FF, Nyalunga SLN, Mogotsi MM and Mkhathshwa VB. *Chronic pain: its impact on the quality of life and gender*. Frontiers in Pain Research. 2023;Original Research:1-9.
22. Kieongarm W, Songthap A. The Effect of Using Analgesic Drug Sets Contained with Steroids, Non-Medical Indication. EAU Heritage Journal Science and Technology. 2019;13(1),27-37. (In Thai)
23. Sharon G. Curhan, Jordan Glicksman, Molin Wang, Roland D. Eavey, and Gary C. Curhan. Longitudinal Study of Analgesic Use and Risk of Incident Persistent Tinnitus. Journal of General Internal Medicine. 2022;37(14):3653-3662.
24. Hasamoh K, Upakdee N. Impact of Cost Control Policies for Drug and Medical Supplies Expenditure: Case Study of Wetchakarunrasm Hospital. Isan Journal of Pharmaceutical Sciences. 2018;14(4):99-111. (In Thai)
25. National Health Commission Office. Systemic management towards a country that uses medicine rationally, with communities as the center [Internet]. [2025 March 27]. Available from: <https://www.samatcha.org/site/resolution/d5550140-ac9b-40ef-a382-ae0da254c85f/detail>.
26. National Essential Drug List Committee. (Thai National Formulary 2008 Volume 1 Gastro-intestinal system). Bangkok: The Printing House of the Cooperative League of Thailand. 2009.
27. Rogers B. Occupational and Environmental Health Nursing: Concepts and Practice. 2nd ed. St. Louis: Elsevier; 2003.