



Region 3 Medical and Public Health journal

*วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข
เขตสุขภาพที่ 3*

วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 Region 3 Medical and Public Health Journal

ปีที่ 22 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2568
Vol.22 No.3 July-September 2025

วัตถุประสงค์	1. เผยแพร่บทความทางวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์ 2. เพื่อส่งเสริมการศึกษาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข	
เจ้าของ ที่ปรึกษา	โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ และเขตสุขภาพที่ 3 ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 สาธารณสุขนิเทศ เขตสุขภาพที่ 3 รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก	
บรรณาธิการ กองบรรณาธิการ	ดร.นพ.ศุภเดช ตันรัตน์กุล พญ.มนทกานต์ โอประเสริฐสวัสดิ์ ดร.พญ.สมกัญญา ตั้งสง่า นพ.ภูริทัต เมืองบุญ พญ.ขวัญหทัย สุกุลสรเสรีญ นพ.วิพุธ เล้าสุขศรี นพ.นที พิภพนาถ พญ.นารี วรรณนิสสร นพ.ทศยพงษ์ อินตางาม ภญ.จันทกานต์ อภิสวัสดิ์ศักดิ์ น.ส.พรจันทร์ สุวรรณมนตรี น.ส.วาสนา ขยันการนา นายศุภชัย เรืองชัยเสรีพงษ์ ดร.จันทิมา นวะมะวัฒน์ น.ส.นพพรพงศ์ ว่องวิทย์การ นางจิราพร มณีพราย นายวรุฒิ ชาวทอง	พญ.พิมพ์เพชร สุขุมาลไพบูลย์ ดร.พญ.รยากร มูลละ พญ.กীরดี ไตรศิริสถิต พญ.ธัญนุช สัญชาติ พญ.วิศรุตตา วุฒผยากร พญ.เกศิณี หล่อนิมิตดี พญ.ชมพูนิก เจียมจิตพลชัย ทพ.ฐาปกรณ์ สุร์จกุลวัฒนา ภ.ธีระวิทย์ บำรุงศรี น.ส.ประกอบพร ทิมทอง น.ส. ศิริพร พึ่งพวง น.ส.ดาริกา ธารบัวสวรรค์ นายวิสุทธิ์ โนนิจิตต์ น.ส.จินดา ผุดผ่อง น.ส.อัญชลี ฉัตรแก้ว ดร.กฤษฎา เหล็กเพชร
ศิลปกรรม	ธวัชชัย คำภีร์ทูล	
ฝ่ายจัดการ	วานิสกร ยิ่งกำแหง	
กำหนดออก	ปีละ 4 ฉบับ (ราย 3 เดือน)	
ประสานงาน	วานิสกร ยิ่งกำแหง	

กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
งานเผยแพร่วารสารผลงานวิจัย
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ อำเภอเมือง
จังหวัดนครสวรรค์ 60000
โทร. (056) 219888 ต่อ 19861
r3medjournal@spr.go.th

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ (ORIGINAL ARTICLE)

การศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ทัศนคติต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: การศึกษาภาคตัดขวางในโรงพยาบาลสงขลา
ลัดดาพร เทพสวน 191-200

การศึกษาเปรียบเทียบอาการปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด Laparoscopic Cholecystectomy ที่ได้รับการทำ Ultrasound-guided Transversus Abdominis Plane Block กับผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวด Opioids อย่างเดียว
พรปวีณ์ แก้วประกอบ 201-210

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรกของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสกลนคร
อภิัญญา กิ่งนาคม 211-220

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายสำหรับ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
มาลี เบญจพลากร, จันทิมา นวะมะวัฒน์, วจี กิจวรายุทธ, แหวดาว ศรีสิทธิ์, จุฬาลักษณ์ ปิ่นวัฒนะ 221-230

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์
ศรุตดา ช่อไสว 231-245

พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
วัชรา สุขแท้, นลินี เกิดประสงค์, ศศิธร ซอเสียง 246-254

ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าระดับรุนแรงของสตรีก่อนการยุติการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลบรรพตพิสัย
จังหวัดนครสวรรค์
ชินาภา ณ์ฐวงศ์ศิริ 255-262

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชลบุรี
โสภิตา งามวงษ์วาน 263-271

รายงานผู้ป่วย (CASE REPORT)

การผ่าตัดคอมเพนด โอตอนโทมา ในขากรรไกรล่าง
พรทิพย์ จรุงจิตตานุสนธิ 272-279

รายงานกรณีศึกษาการผ่าตัดถุงน้ำชนิดโอตอนโตเจนิกเคอราโตซิสต์ (Odontogenic Keratocyst) หลายตำแหน่งที่กระดูกขากรรไกร
อลิสรา เงินแจ่ม 280-287

บทความพินิจวิชาการ (REVIEW ARTICLE)

เวชศาสตร์วิถีชีวิต: 6 เสาหลักตามหลักฐานเชิงประจักษ์ – บทความปริทัศน์
ฉันทพร ดิเรกสุนทร, นคริช พงษ์ธีรธนาภา 288-303

การศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ทัศนคติต่อความร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: การศึกษาภาคตัดขวางในโรงพยาบาลสงขลา

The Study of the Relationship between Knowledge, Attitude, and Medication Adherence in Major Depressive Disorder Patients: A Cross-Sectional Study at Songkhla Hospital

ลัดดาพร เทพสวน, พ.บ.

Laddaporn Tepsuan, M.D.

Abstract

Objective: This study aims to assess the level of knowledge and attitudes towards depression, as well as medication adherence among patients, and to investigate the relationship between knowledge, attitudes, and medication adherence in patients with depression at Songkhla Hospital.

Methods: A cross-sectional study was conducted with a sample of 382 patients diagnosed with depression who were receiving treatment at the Psychiatry Clinic, Songkhla Hospital. Data collection tools included a personal information questionnaire, a knowledge and attitude questionnaire toward depression, a Medication Adherence Scale (MAST), the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), and additional questionnaires regarding stigma and the doctor-patient relationship. Data were analyzed using Epi-Data software with descriptive statistics and multiple logistic regression and Mann-Whitney U test to examine relationships between variables.

Results: A total of 382 patients participated in the

study, with an average age of 39 years (range 25–52 years), 83.5% of whom were female and 16% were male. Analysis revealed that factors significantly related to depression included age (p -value<0.001), occupation (p -value=0.008), family relationship perception (p -value<0.001), and stigma (p -value=0.003). Unemployed individuals were 5.93 times more likely to experience depression compared to students (95% CI=1.90, 18.51), and those with poor family relationships were 6.92 times more likely to have depression compared to those with good family relationships (95% CI=2.89, 16.58). The study also showed that patients with positive knowledge and attitudes towards depression were more likely to adhere to their medication, though no statistically significant relationship was found (p -value=0.183 and 0.590, respectively). Additionally, 95.5% of patients were consistent in taking their medication, and 80.6% had a good relationship with their doctor.

Conclusion: The study found that knowledge and attitudes towards depression were associated with self-care and medication adherence, but no statistically significant relationship was found with depression severity and treatment cooperation. Patients with positive knowledge and attitudes towards depression tended to be more consistent in taking their medication and emphasized self-care. However, statistically significant factors associated with depression included age, occupation, family relationship perception, and stigma, with unemployed individuals and those with poor family relationships being at higher risk for depression.

วันที่รับ (received) 12 มกราคม 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 18 มิถุนายน 2568

วันที่ตอบรับ (accepted) 25 มิถุนายน 2568

Published online ahead of print 21 กรกฎาคม 2568

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา
Department of Psychiatric, Songkhla Hospital, Songkhla

Corresponding Author: ลัดดาพร เทพสวน

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา

Email: kpsy251914@gmail.com

doi: <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2025.20>

Keywords: Knowledge, attitudes, depression, antidepressant adherence

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรู้และทัศนคติต่อโรคซึมเศร้า รวมถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลา

วิธีการศึกษา: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 382 ราย ที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสงขลา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้และทัศนคติต่อโรคซึมเศร้า แบบวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (MAST) แบบประเมินโรคซึมเศร้า PHQ-9 และแบบสอบถามอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการติดตามและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ข้อมูลถูกรวบรวมด้วยโปรแกรม Epi-Data โดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ โดยใช้ Multiple Logistic Regression และ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา: ผู้ป่วย 382 ราย ที่เข้าร่วมการศึกษา มีอายุเฉลี่ย 39 ปี (ช่วงอายุ 25-52 ปี) โดยเป็นผู้หญิง 83.5% และผู้ชาย 16% ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ (p -value<0.001), อาชีพ (p -value=0.008), ความสัมพันธ์ในครอบครัว (p -value<0.001), และการถูกตีตรา (p -value=0.003) โดยผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มนักเรียน/นักศึกษา 5.93 เท่า (95%CI=1.90, 18.51) และผู้ที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดีมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี 6.92 เท่า (95%CI=2.89, 16.58) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มีความรู้และทัศนคติในแง่บวกต่อโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติที่มีนัยสำคัญ (p -value=0.183 และ 0.590 ตามลำดับ) นอกจากนี้ ผลการศึกษาเผยว่า 95.5% ของผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และ 80.6% มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

สรุป: การศึกษาพบว่า ความรู้และทัศนคติของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการดูแลตัวเองและความสม่ำเสมอในการรับประทานยา แต่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่มีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้าและความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยที่มีความรู้และทัศนคติในแง่บวกเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามักมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาและให้ความสำคัญในการดูแลตัวเอง อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ

ภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุ อาชีพ การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว และระดับการถูกตีตรา โดยผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพและผู้ที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดีมีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่า

คำสำคัญ: ความรู้, ทัศนคติ, โรคซึมเศร้า, ยาแก้โรคซึมเศร้า

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งเกิดขึ้นได้กับทุกเพศทุกวัย เป็นความเจ็บป่วยที่มักเรื้อรังและเกิดซ้ำ ทำให้เกิดความทุกข์อย่างรุนแรง¹ จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2562 ระบุว่า มีประชากรที่เผชิญกับความทุกข์จากการป่วยดังกล่าวกว่า 300 ล้านคนทั่วโลก รวมถึงผู้ป่วยในประเทศไทยประมาณ 1.5 ล้านคน² นอกจากนี้โรคซึมเศร่ายังเป็นโรคที่แพร่หลายมากเป็นอันดับสองในบรรดาความผิดปกติทางจิตทั้งหมดทั่วโลก³ ซึ่ง นพ.อภิชาติ จริยาวิลาศ จิตแพทย์และโฆษกกรมสุขภาพจิต ให้ข้อมูลว่าองค์การอนามัยโลกได้ประเมินตัวเลขของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ 5.4% ของบุคคลทั่วไป ซึ่งหมายถึงว่าคนทั่วไป 100 คน ต้องมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 5 คน และมีบางประเทศมากถึง 10% และเกิดทัศนคติเชิงลบในระดับสูงในหมู่ประชากรทั่วไปที่มีต่อผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าถึง 62% ของทัศนคติเชิงลบ นอกจากนี้ 67% ของประชากรทั่วไปเชื่อว่าคนที่เป็นโรคซึมเศร้าเป็นอันตราย และ 20.2% ไม่มีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า⁴ จากการมีทัศนคติเชิงลบหรือการตีตรา ผู้ที่มีอาการป่วยทางจิตจึงประสบกับการถูกปฏิเสธ การเลือกปฏิบัติ และความทุกข์ใจ ความนับถือตนเองและความพึงพอใจลดลง ทำให้มีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่าคนปกติหลายเท่า ทำให้มีเหตุการณ์ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าฆ่าตัวตายบ่อย ๆ แต่หากผู้ป่วยรู้ตัวกำลังป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มีความรู้ ทัศนคติเชิงบวกต่อโรคซึมเศร้า และได้รับการรักษาโดยเร็วก็จะสามารถลดความเสี่ยงเรื่องของการฆ่าตัวตาย และมีโอกาสหายขาดจากโรคนี้ได้ การรักษาโรคซึมเศร้าที่มีสาเหตุจากการพร่องของสารสื่อประสาทเซโรโทนิน (Serotonin) สารสื่อประสาทนอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) และสารสื่อประสาทโดพามีน (Dopamine)⁵ การรักษาทางเภสัชวิทยาจึงมีความจำเป็นและมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า^{6,7} จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราการไม่รับประทานยาสูง ประมาณ 60-70%⁸ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาไม่ปฏิบัติตามแผน คือ ทัศนคติเชิงลบต่อโรค⁹ จากการศึกษาพบว่าประชาชนมีความรู้ต่ำ และมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยทางจิต ประเทศที่ไม่ใช่ประเทศตะวันตกมักจะมองความเจ็บป่วยทางจิตในแง่ลบมากกว่าประเทศทางตะวันตก ในประเทศไทย พ.ศ. 2563 ได้มีการศึกษาพบว่าประชากรทั่วไปจากแต่ละภูมิภาคมีความแตกต่างกันด้านเนื้อหาของทัศนคติและการตีตราต่อโรคซึมเศร้า และระดับการตีตรา

สูงสุดอยู่ที่ภาคตะวันตก ซึ่งทัศนคติเชิงลบและการตีตราในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับเพศชาย อายุน้อยกว่า รวมถึงไม่มีประสบการณ์กับผู้ป่วยโรคจิต และระดับการศึกษาที่สูงขึ้น^{9,10}

ดังที่ได้กล่าวไว้ก่อนหน้านี้ มุมมองเชิงลบต่อความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ใช้ยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า⁴ ดังนั้นต้องให้การสนับสนุนรวมถึงการศึกษาด้านจิตเวช การให้ความรู้ที่ดี การส่งเสริมทัศนคติเชิงบวก การบรรเทาความรู้สึกลบของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง การเสริมสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ การส่งเสริมกลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ตลอดจนการเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมสำหรับความทุกข์ทางจิตใจจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ¹¹

เมื่อเป็นโรคซึมเศร้าในระดับที่สูงขึ้น ทัศนคติเชิงลบของผู้ป่วยต่อความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ใช้ยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ความสัมพันธ์กับเพศชาย อายุที่มากขึ้น ระดับการศึกษาต่ำกว่า และอยู่คนเดียว ข้อมูลในผู้สูงอายุแสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าทำให้เกิดความรู้สึก ถูกตีตรา (Stigma) ในระดับสูงต่อการเข้าถึงและไม่เข้ารับการรักษา ด้านสุขภาพจิต การศึกษาจากประเทศมาเลเซียแสดงให้เห็นว่า 30% ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเชื่อว่าควรรับประทานยาเม็ดมากกว่าที่กำหนดในวันที่ กลุ่มตัวอย่างรู้สึกหดหู่มากขึ้น ในขณะที่ 60% ของกลุ่มตัวอย่าง เชื่อว่าสามารถรับประทานยาเม็ดน้อยลงในวันที่รู้สึกดีกว่า ในขณะที่เดียวกัน 52% รู้สึกว่าโรคซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพเท่านั้น¹²

ยาด้านอาการซึมเศร้ามีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า แต่การไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการหายแบบยั่งยืนและการฟื้นฟูการทำงาน การไม่ปฏิบัติตามการรักษาอาจเกิดจากการลืม สะเพร่า หยุดยาเมื่ออาการแย่ลงหรือหยุดยาเมื่ออาการดีขึ้น การศึกษาล่าสุดพบว่า 42% ของผู้ป่วยหยุดการรักษาด้วยยากล่อมประสาทในช่วง 30 วันแรก และ 72% หยุดยาภายใน 90 วัน นอกจากนี้ยังมีการไม่ปฏิบัติตามบางส่วนใน 75% ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹³ ดังนั้นความรู้และทัศนคติที่ดีต่อโรคซึมเศร้าอาจมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อการรับประทานยาด้านอาการซึมเศร้า อีกทั้งการหายจากโรคซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดภาระของครอบครัว

ความแตกต่างในด้านทัศนคติและการถูกตีตราต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของประชากรไทยทั่วไปในแต่ละภูมิภาคมีความแตกต่างกัน โดยประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทยนับถือศาสนาพุทธ แต่หลายจังหวัดในภาคใต้กลับนับถือศาสนาอิสลามเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นความเชื่อของชาวใต้จึงอาจแตกต่างไปจากชาวไทยภาคอื่นๆ สำหรับความรู้ทัศนคติ ไม่มีการศึกษาในภาคใต้เนื่องจากขาดข้อมูล

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในเรื่องนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรู้และทัศนคติในกลุ่ม

ตัวอย่างของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และความสม่ำเสมอในการรักษา โดยมุ่งหวังที่จะนำผลงานวิจัยมาเป็นแนวทางในการปรับและสร้างการดูแลให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและความเชื่อในพื้นที่ภาคใต้ โดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านอายุ เพศ การไม่มีประสบการณ์หรือความคุ้นเคยกับผู้ป่วยโรคจิตเวช และระดับการศึกษาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยนี้เป็นวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยการใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล และให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายในคลินิกผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลสงขลา โดยการศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสงขลา ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ SKH IRB 2023-MD-IN3-1004

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งใช้รหัส ICD-10 F32.0-F32.9, ICD-10 F33.0-F 33.9 (ยกเว้น F323 และ F333) ที่คลินิกผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาลสงขลา อายุ 20-60 ปี สามารถเข้าใจและใช้ภาษาไทยได้ มีความสามารถในการอ่านและกรอกแบบสอบถาม มีความเต็มใจที่จะกรอกแบบสอบถามทั้งหมด และยกเว้นสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต (Psychosis) หรือมีอาการป่วยโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย และยังมี การใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง ขาดความสามารถในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด และไม่ประสงค์จะเข้าร่วมหรือตัดสินใจถอนตัวจากการศึกษา ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้สูตรของคอแครน (Cochran) ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อน 0.05 ไม่ทราบจำนวนประชากร แต่ทราบว่ามีจำนวนมากและต้องการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยจำนวน 467 ราย สูตรดังนี้

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

$Z_{\alpha/2}$ = เป็นค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นหรือระดับนัยสำคัญ

- ถ้าระดับความเชื่อมั่น 95% หรือระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่า $Z_{\alpha/2} = 1.96$

- ถ้าระดับความเชื่อมั่น 99% หรือระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่า $Z_{\alpha/2} = 2.58$

d = ระดับความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมให้เกิดขึ้นได้

P = สัดส่วนของการมีความรู้เรื่องโรคน้อย, ทัศนคติด้านลบต่อ

โรคซึมเศร้า, การกินยาไม่สม่ำเสมอ, ความรู้สึกถูกตีตรา

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้และทัศนคติต่อภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย โดยแบบสอบถามนี้มีโครงสร้างที่ได้ประยุกต์มาจากแบบสอบถามฉบับภาษาอังกฤษ และได้มีการอ้างอิงจากวรรณกรรมก่อนหน้าที่มีค่าอัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha value of questionnaire) เท่ากับ 0.715 โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 5 คน จากสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เป็นผู้ตรวจสอบ แบบวัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของคนไทย แบบสอบถาม Patient Health Questionnaire-9¹⁴ ประเมินโรคซึมเศร้าแบบสอบถามเกี่ยวกับการถูกตีตรา(The stigma questionnaire) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = 0.79¹⁵ แบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = 0.7-0.94 16 คะแนน รวมตั้งแต่ 36 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยดี 18-35 คะแนน หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยปานกลาง และ 17 คะแนน หรือต่ำกว่า หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยไม่ดี¹⁷ และมาตรวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบหลายมิติของไทย (The Revised Thai Multidimensional Scale of Perceived Social Support (rMSPSS)) ซึ่งใช้วัดขอบเขตที่บุคคลรู้สึกได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ โดยเป็นเครื่องมือ 12 คำถาม มีการให้คะแนน 7 ระดับ (ตั้งแต่ 1-7) ระดับการให้คะแนน 1 คือ เห็นด้วยน้อย และ 7 คือ เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 12-84 คะแนน สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ระดับย่อยอื่นๆ ที่สำคัญ (ข้อ 1,2,5 และ 10) ระดับย่อยของครอบครัว (ข้อ 3,4,8 และ 11) และระดับย่อยของเพื่อน (ข้อ 6,7,9,12) ค่าเฉลี่ยของแต่ละระดับย่อยตั้งแต่ 1 ถึง 2.9 ถือว่าสนับสนุนต่ำ คะแนน 3 ถึง 5 ถือว่าสนับสนุนปานกลาง คะแนนจาก 5.1 ถึง 7 ถือเป็น การสนับสนุนที่สูง โดยมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.91 สำหรับกลุ่มนักเรียน และ 0.87 สำหรับกลุ่มผู้ป่วย¹⁸

การวิเคราะห์ข้อมูล: วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้วิธีสถิติเชิงพรรณนา ผลลัพธ์แสดงเป็นความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ความรู้และทัศนคติต่อโรคซึมเศร้าใช้สถิติ Mann-Whitney U test, การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของกลุ่มตัวอย่าง กับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย (Bivariate analysis หรือ Univariate analysis) ใช้สถิติ Logistic Regression Analysis

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 382 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 319 คน คิดเป็นร้อยละ 83.5 เพศชายจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 16 มีอายุระหว่าง 25-52 ปี มีอายุเฉลี่ย 39 ปี สถานภาพโสด (ร้อยละ 43.7) จบการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 35.9) ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 21.7) มีรายได้ต่อเดือน 7,245-20,000 บาท เฉลี่ย 10,000 บาท มีความสัมพันธ์ในครอบครัวดีและอบอุ่น (ร้อยละ 57.6) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 61) ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด (ร้อยละ 88.2) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1-6 ปี เฉลี่ย 2 ปี จำนวนครั้งที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ 1 ครั้ง (ร้อยละ 22.5) และไม่มีประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 80.6) ส่วนผู้มีประวัติการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ 1 ครั้ง (ร้อยละ 7.9) ไม่เคยได้รับผลข้างเคียงจากยา 282 ราย (ร้อยละ 73.8) เคยได้รับผลข้างเคียงจากยา 82 ราย (ร้อยละ 21.5)

แบบประเมินโรคซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire: PHQ-9) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบสอบถามการให้คะแนนตนเอง เพื่อประเมินโรคซึมเศร้าประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ประเมินระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่เป็นอยู่ ถ้ามีคะแนน PHQ-9 ≥ 9 ข้อขึ้นไปถือว่าเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่า PHQ-9 score >9 จำนวน 245 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.1 ส่วนที่มีค่า PHQ-9 score < 9 มีจำนวน 134 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.1 ดังตารางที่ 3 ผู้ป่วยที่มีค่า PHQ-9 score < 9 คือผู้ป่วยไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้ารระดับน้อยมาก และได้รับการรักษาด้วยยา 2 กลุ่ม คือ กินยากลุ่ม TCAs 30 ราย (ร้อยละ 7.9) กินยากลุ่ม SSRIs 75ราย (ร้อยละ 19.6) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=382)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	61 (16.0)
หญิง	319 (83.5)
ไม่ตอบ	2 (0.5)
อายุ (ปี) : median (IQR)	39.0 (25.0-52.0)
สถานะภาพ	
โสด	167 (43.7)
สมรส	135 (35.3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=382)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
หม้าย/หย่า/แยก/ร้าง	73 (19.1)
ศาสนา	
พุทธ	260 (68.1)
อิสลาม	79 (20.7)
คริสต์/อื่นๆ	43 (11.3)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	84 (22.0)
มัธยมศึกษา	106 (27.7)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	137 (35.9)
อาชีพ	
รับจ้าง	77 (20.2)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	83 (21.7)
นักเรียน/นักศึกษา	55 (14.4)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	79 (20.7)
รายได้ต่อเดือน (บาท): median (IQR)	10000 (7245-20000)
การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ ในครอบครัว	
ดีและอบอุ่น	220 (57.6)
ไม่ดีและมีความขัดแย้ง	69 (18.1)
โรคประจำตัวทางกาย	
ไม่มี	233 (61.0)
มี	114 (29.8)
ประวัติการใช้สารเสพติด	
ไม่มี	337 (88.2)
มี	33 (8.6)
Patient Health Questionnaire: PHQ-9	
PHQ-9 score	จำนวน (ร้อยละ)
<9	134 (35.1)
>9	245 (64.1)

ตารางที่ 2 ความรู้และทัศนคติต่อภาวะซึมเศร้า (N=382)

ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	จำนวน (ร้อยละ)		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
พันธุกรรมเป็นหนึ่งในปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า	125 (33.4)	137 (36.6)	112 (29.9)
ความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองเป็นหนึ่งในสาเหตุของโรคซึมเศร้า	284 (76.5)	19 (5.1)	68 (18.3)
การขาดการสนับสนุนทางสังคมมีส่วนทำให้เกิดโรคซึมเศร้า	241 (65.1)	58 (15.7)	71 (19.2)
ปัญหาความสัมพันธ์เป็นหนึ่งในสาเหตุที่ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้า	327 (88.4)	16 (4.3)	27 (7.3)
การดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดเป็นหนึ่งในสาเหตุที่ส่งผลทำให้เกิดโรคซึมเศร้า	149 (40.1)	94 (25.3)	129 (34.7)
บาดแผลในใจในวัยเด็กหรือความทรงจำที่เลวร้ายในอดีตอาจนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้า	313 (83.7)	26 (7)	35 (9.4)
ปัญหาทางการเงินมีส่วนทำให้เกิดโรคซึมเศร้า	284 (75.5)	36 (9.6)	56 (14.9)

ชนิดของยาต้านเศร้าที่ผู้ป่วยได้รับ (N=382)

ชนิดของยาต้านเศร้า	จำนวน (ร้อยละ)
กินยาในกลุ่ม TCAs ร้อยละคิดจากคนที่ได้รับยาในกลุ่ม TCAs 30 ราย	30 (7.85)
กินยาในกลุ่ม SSRIs ร้อยละคิดจากคนที่ได้รับยาในกลุ่ม SSRIs 248 ราย	248 (64.92)
กลุ่มอื่นๆ ร้อยละคิดจากคนที่ได้รับยาในกลุ่มอื่นๆ 104 ราย	104 (27.23)

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องต่อโรคซึมเศร้า จากการตอบแบบสอบถามเน้นการประเมินการรับรู้ต่อสาเหตุของโรคซึมเศร้าเป็นหลัก การให้คะแนน คือ ข้อ 1-6 ตอบเห็นด้วย และข้อ 7-9 ตอบไม่เห็นด้วย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ตอบเห็นด้วยในข้อ 1-6 ร้อยละ 33.41- 88.4 และตอบไม่เห็นด้วยในข้อ 7-9 ร้อยละ 9.6-60.3 สรุปภาพรวมแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องต่อโรคซึมเศร้าคิดเฉลี่ยร้อยละ 55.95

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเชิงบวกต่อโรคซึมเศร้า จากการตอบแบบสอบถามในส่วนนี้ให้คะแนนในคำตอบ คือไม่เห็นด้วยทุกข้อ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกต้องคือไม่เห็นด้วย 4 หัวข้อ คิดเป็นร้อยละ 61.5-84.2 แต่ยังมีทัศนคติเชิงลบในหัวข้อบุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าเป็นคนที่คาดเดาไม่ได้และอาจเกิดอันตรายได้ ซึ่งตอบเห็นด้วยถึง ร้อยละ 42.5, บุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีอารมณ์เสีย เห็นด้วยถึงร้อยละ 54.9, บุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าเศร้ามีความเมตตาากรุณา เห็นด้วยถึงร้อยละ 47.7 ซึ่งเป็นคำตอบที่ไม่ถูก การให้คะแนนคือตอบไม่เห็นด้วยทุกข้อแต่เมื่อนำมาวิเคราะห์แล้วกลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกต้องมีทัศนคติเชิงบวกเฉลี่ยร้อยละ 52.8 เมื่อนำข้อมูลทางสถิติมาหาค่าความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test จะเห็นได้ว่าคะแนนความรู้และคะแนนทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.183$ และ 0.590 ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความรู้และทัศนคติต่อภาวะซึมเศร้า (N=382) (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	จำนวน (ร้อยละ)		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
โรคซึมเศร้าเกิดจากเหตุผลเหนือธรรมชาติและจิตวิญญาณ	82 (22)	173 (46.5)	117 (31.5)
การทำไสยศาสตร์ใส่คนๆ หนึ่งอาจส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าได้	37 (10.1)	220 (60.3)	108 (29.6)
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า			
บุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าจัดเป็นคนบ้า	19 (5.1)	314 (84.2)	40 (10.7)
บุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าจัดเป็นคนอันตราย	34 (9.1)	275 (73.5)	65 (17.4)
บุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้านั้นไม่เป็นมิตร	19 (5.2)	309 (84.2)	39 (10.6)
บุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าเป็นคนที่คาดเดาไม่ได้และอาจเกิดอันตรายได้	158 (42.5)	120 (32.3)	94 (25.3)
บุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีอารมณ์เสีย	207 (54.9)	80 (21.2)	90 (23.9)
บุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าเศร้ามีความเมตตา กรุณา	176 (47.7)	47 (12.7)	146 (39.6)
บุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความคิดที่ก่อหวง/แง่ลบ ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยง	78 (20.9)	230 (61.5)	66 (17.6)
ความรู้และทัศนคติ กับภาวะซึมเศร้า (N=382)			
คะแนนรวม	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	PHQ-9 < 9 (N=134)	PHQ-9 > 9 (N=245)	
Good knowledge : (min-max)	0-8	0-9	0.18
median (IQR)	5 (4, 6)	5 (4, 6)	
Positive attitude : (min-max)	0-7	0-7	0.59
median (IQR)	4 (3, 5)	4 (3, 5)	

IQR: interquartile range; p-value โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

จากตารางที่ 2 คะแนนความรู้และคะแนนทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.183 และ 0.590 ตามลำดับ)

การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (PDRQ-9) มีความสัมพันธ์ที่ดีถึง 308 ราย (ร้อยละ 80.6) ปานกลาง 68 ราย (ร้อยละ 17.8) มีการสื่อสารที่ดีจากบุคลากรทางสุขภาพ และจากการสร้างความไว้วางใจของบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีต่อบุคลากรทางสุขภาพและเกิดความมั่นใจในตัวบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับโรค และพร้อมที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา และเกิดความตระหนักถึงผลดีของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อันนำไปสู่ความร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจำนวน 365 ราย (ร้อยละ 95.5) มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (MAST)

การตีตราหรือตราบาปจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อสังคมมีทัศนคติในทางลบต่อบุคคลอย่างสม่ำเสมอ และรุนแรง เมื่อบุคคลรับรู้ต่อการถูกตีตราจะทำให้เกิดความตึงเครียด (Tension) รู้สึกว่าตนไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม บุคคลต้องดิ้นรนต่อสู้กับทัศนคติที่ไม่ดีและลดคุณค่าของตนเองลง ลดความสามารถในการปรับตัว

ต่อความเจ็บป่วย ไม่เปิดเผยความเจ็บป่วยของตนทำให้ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลเสียต่อการหายและการฟื้นฟูสมรรถภาพ แต่หากได้รับการสนับสนุนและทัศนคติเชิงบวกจากสังคม ร่วมกับผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความสามารถในการจัดการกับตราบาปที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ทางลบของสังคมอย่างเหมาะสมและปฏิบัติตนได้สอดคล้องกับลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายโดยผ่านกระบวนการคิดตัดสินใจด้วยตนเองภายใต้ข้อมูลที่ถูกต้อง จากผลวิจัยพบการถูกตีตราของผู้ป่วยในระดับน้อย ร้อยละ 67 และไม่มีเลย ร้อยละ 22.3 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยยังมีการรับรู้ทัศนคติเชิงลบจากสังคม แต่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ร้อยละ 66 จากเพื่อน ร้อยละ 50.8 และอื่นๆ ร้อยละ 59.2 ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพัฒนาความสามารถในการจัดการกับตราบาปที่เกิดขึ้นในเชิงลบ

ตารางที่ 3 การถูกตีตราของผู้ป่วยและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบหลายมิติของไทย (rMSPSS) (N=382)

ระดับการถูกตีตรา	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มี	85 (22.3)
มีน้อย	256 (67.0)
มีปานกลาง	36 (9.4)
มีสูง	3 (0.8)
ไม่ตอบ	2 (0.5)

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบหลายมิติของไทย (rMSPSS) (N=382)

ระดับย่อย	จำนวน (ร้อยละ)			
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	ไม่ตอบ
ครอบครัว	23 (6.0)	103 (27.0)	252 (66.0)	4 (1.0)
เพื่อน	38 (9.9)	146 (38.2)	194 (50.8)	4 (1.0)
อื่นๆ	27 (7.1)	125 (32.7)	226 (59.2)	4 (1.0)

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ อาชีพ การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว และระดับการถูกตีตรา (p -value <0.001, 0.008, <0.001, และ 0.003 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4) จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า หากอายุเพิ่มขึ้น โอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้ามลดลง (95%CI=0.94,0.98) และผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มนักเรียน/นักศึกษา 5.93 เท่า (95%CI=1.90,18.51) ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่มีโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีและอบอุ่น 6.92 เท่า (95%CI=2.89,16.58) และผู้ป่วยที่มีการถูกตีตราในระดับน้อย และระดับปานกลาง-สูงโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการถูกตีตรา 2.72 เท่า (95%CI=1.48,4.97) และ 3.37 เท่า (95%CI=1.11,10.18) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของกลุ่มตัวอย่าง กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย (Bivariate analysis หรือ Univariate analysis)

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	คะแนน PHQ-9 (ร้อยละ)		Chi-square p -value
	<9 (n=134)	>9 (n=245)	
เพศ			0.009
ชาย	31 (23.3)	30 (12.3)	
หญิง	102 (76.7)	214 (87.7)	
อายุ(ปี) : median (IQR)	48 (33,58)	34 (23,46)	<0.001 ^a
สถานะภาพ			0.004
โสด	44 (33.3)	123 (51.2)	
สมรส	58 (43.9)	76 (31.7)	
หม้าย/หย่า/แยก/ร้าง	30 (22.7)	41 (17.1)	
ศาสนา			0.964
พุทธ	92 (68.7)	165 (67.3)	
อิสลาม	27 (20.1)	52 (21.2)	
คริสต์/อื่นๆ	15 (11.2)	28 (11.4)	
ระดับการศึกษา			0.424
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	34 (25.6)	49 (20.1)	
มัธยมศึกษา	31 (23.3)	74 (30.3)	
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	18 (13.5)	34 (13.9)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	50 (37.6)	87 (35.7)	
อาชีพ			0.002
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัทเอกชน	26 (19.4)	31 (12.7)	
รับจ้าง	25 (18.7)	51 (20.8)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	31 (23.1)	51 (20.8)	
เกษตรกรรม/อื่นๆ	19 (14.2)	12 (4.9)	
นักเรียน/นักศึกษา	14 (10.4)	41 (16.7)	

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของกลุ่มตัวอย่าง กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย (Bivariate analysis หรือ Univariate analysis) (ต่อ)

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง	คะแนน PHQ-9 (ร้อยละ)		Chi-square <i>p</i> -value
	<9 (n=134)	>9 (n=245)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	19 (14.2)	59 (24.1)	
การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว			
ดีและอบอุ่น	112 (84.8)	107 (44.8)	<0.001
ไม่ดีและไม่มีความขัดแย้ง	7 (5.3)	61 (25.5)	
เฉยๆ/อื่นๆ	13 (9.8)	71 (29.7)	
โรคประจำตัวทางกาย			
ไม่มี	71 (53)	160 (65.3)	0.057
มี	47 (35.1)	66 (26.9)	
ไม่ตอบ	16 (11.9)	19 (7.8)	
ประวัติการใช้สารเสพติด			
ไม่มี	120 (93)	214 (89.9)	0.422
มี	9 (7)	24 (10.1)	
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา			
สม่ำเสมอ	132 (99.2)	230 (96.6)	0.166b
ไม่สม่ำเสมอ	1 (0.8)	8 (3.4)	
ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย			
ไม่ดี-ปานกลาง	18 (13.5)	54 (22.1)	0.058
ดี	115 (86.5)	190 (77.9)	
ระดับการถูกตีตรา			<0.001
ไม่มี	46 (34.6)	36 (14.8)	
มีน้อย	81 (60.9)	175 (71.7)	
มีปานกลาง-สูง	6 (4.5)	33 (13.5)	
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม			
ครอบครัว			<0.001
ต่ำ	5 (3.8)	18 (7.4)	
ปานกลาง	22 (16.7)	81 (33.2)	
สูง	105 (79.5)	145 (59.4)	
เพื่อน			<0.001
ต่ำ	10 (7.6)	28 (11.5)	
ปานกลาง	36 (27.3)	110 (45.1)	
สูง	86 (65.2)	106 (43.4)	

หมายเหตุ: a=*p*-value จาก Mann-Whitney U test, b=*p*-value จาก Fisher's exact test

ตารางที่ 4 แสดงผลวิเคราะห์ Bivariate analysis หรือ Univariate analysis จากนั้น เลือกตัวแปรที่มีค่า *p*-value <0.2 เข้าร่วมในการวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate analysis) โดยใช้สถิติ Logistic Regression Analysis

วิจารณ์

ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและทัศนคติที่มีต่อโรคซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องต่อโรคซึมเศร้า และมีทัศนคติเชิงบวกต่อโรคซึมเศร้า เมื่อนำข้อมูลทางสถิติ มาหาค่าความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test จะเห็นได้ว่า คะแนนความรู้และคะแนนทัศนคติ มีความ

สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value =0.183 และ 0.590 ตามลำดับ) นั่นคือ เมื่อมีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น จะทำให้มีทัศนคติเชิงบวกต่อโรคซึมเศร้านั้น ซึ่งเป็นความรู้สึกในด้านอาการ และด้านสังคม มีความเข้าใจ ความเชื่อต่อการเจ็บป่วยทางจิตใจ และแนวทางในการรักษา ซึ่งชักนำให้ ผู้ป่วยตระหนักถึงภาวะการเจ็บป่วย การจัดการกับ

ความเจ็บป่วย และป้องกันสาเหตุก่อนที่จะเกิดการเจ็บป่วยขึ้น อาจจะเป็นตัวแปรสำคัญที่ชักนำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา อย่างเหมาะสม ปฏิบัติตนตามแบบแผนการรักษา สอดคล้องกับ แนวคิดและทฤษฎีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP) ทฤษฎีนี้ เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัวแปร คือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice) เป็นแนวคิดที่อธิบายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการให้ ความรู้ผู้รับสาร เพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติอันนำไปสู่พฤติกรรม หรือการปฏิบัติในที่สุด ซึ่งมีหลักการว่า การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ขึ้นอยู่ กับความรู้ ถ้ามีความรู้ ความเข้าใจดี ทักษะดีก็จะเปลี่ยนแปลง และเมื่อทัศนคติเปลี่ยนแปลงแล้ว ก็จะมีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่ ถูกต้องก็จะส่งผลให้มีทัศนคติในเชิงบวก ตระหนักและให้ความสำคัญ เห็นใจ แนะนำ ช่วยเหลือ และการอยู่ร่วมกันได้ในสังคม

ทัศนคติด้านลบของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แม้จะมีความรู้เกี่ยวกับ โรคในด้านอาการของโรคแต่ยังเข้าใจว่าเป็นบุคคลที่ไม่สามารถ คาดเดาอาการเจ็บป่วยได้ และอาจเกิดอันตรายได้ อารมณ์เสีย ได้ง่าย ซึ่งเป็นทัศนคติในแง่ลบของความรู้สึกเป็นตราบาป ส่วนบุคคลของผู้ป่วย (Personal stigma) คือ ความคิดหรือ ความเชื่อต่อโรคซึมเศร้าของบุคคลนั้นๆ เป็นความรู้สึก ความเชื่อ ส่วนบุคคลที่มีต่อสังคมทำให้เกิดทัศนคติในแง่ลบต่อความรู้สึก ของตัวเอง โดยมีปัจจัยเกี่ยวข้องได้แก่ เพศหญิง อายุ น้อย ระดับ การศึกษาที่น้อย พบว่า ประชากรเพศหญิงร้อยละ 87.7 (p -value = 0.009) และอายุน้อย มีแนวโน้มที่จะมีความเข้าใจ ตัวโรคในด้านบวกมากกว่า โดยความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้านั้น สัมพันธ์กับความเชื่อที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการรักษาด้วยการใช้ยา เท่านั้น¹¹ ซึ่งผลการวิจัยตรงกับงานวิจัยก่อนหน้านี้คือ เมื่อผู้ป่วย มีความรู้เกี่ยวกับโรคมามากขึ้น มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษาจะให้ความร่วมมือในการรักษาและการรับประทานยา จากงานวิจัยเห็นได้ชัดว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และ ทัศนคติต่อโรคซึมเศร้าที่ดีและถูกต้อง ส่งผลให้มีความ สม่าเสมอในการรับประทานยาและการรักษา

มีความตั้งใจในการปฏิบัติตัว การดูแลตัวเองให้ความร่วมมือ ตามคำแนะนำของแพทย์และผู้ดูแล มุมมองเชิงลบต่อความรู้ เรื่องโรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ใช้ยาในผู้ป่วย โรคซึมเศร้า⁴ ดังนั้นการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า จึงมีความสำคัญต้องให้การสนับสนุนการให้ความรู้ที่ดี การส่งเสริมทัศนคติเชิงบวก การบรรเทาความรู้สึกอับอายของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ารุนแรง การเสริมสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ การส่งเสริมกลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ตลอดจน การเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมเพื่อบรรเทาความทุกข์ทางจิตใจ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่มีประโยชน์¹⁰ ต่อการเผชิญกับความรู้สึก เป็นตราบาป การศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทัศนคติ

ต่อโรคซึมเศร้าในทางบวก ส่วนทัศนคติแง่ลบของความรู้สึกเป็น ตราบาปส่วนบุคคลของผู้ป่วย (Personal stigma) จากการ ถูกตีตราจากสังคมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 67 รองลงมาคือ ไม่มีเลย ร้อยละ 22.3 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการ สนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวร้อยละ 66 รองลงมาคือเพื่อนร้อยละ 50.8 (p -value = <0.001) ทำให้ การเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้ป่วยมีการพัฒนา พฤติกรรมการจัดการกับตราบาปส่วนบุคคลได้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วย โรคซึมเศร่ามีทัศนคติเชิงบวกกับการรักษาที่มีความสม่าเสมอใน การรับประทานยา พบร้อยละ 96.6 (p -value=0.166) จากงาน วิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมอีกด้านหนึ่งคือการสร้าง สัมพันธภาพที่ดีของผู้ป่วยและแพทย์ซึ่งพบว่าร้อยละ 77.9 (p -value=0.058) มีสัมพันธภาพที่ดี และการสร้างสัมพันธภาพ ที่ดีเริ่มจากการสื่อสารที่ดีจากบุคลากรทางสุขภาพ และสร้างความ ไว้วางใจของผู้ป่วยต่อบุคลากรทางสุขภาพ ให้เกิดความมั่นใจ ในตัวบุคลากรทางสุขภาพ พร้อมทั้งจะปฏิบัติตามแผนการรักษา อันนำไปสู่ความสม่าเสมอในการรับประทานยา (MAST) ซึ่งมีความ สำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับโรคและ เกิดความตระหนักถึงผลดีของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อบุคลากรรอบข้างโดยแสดงออกทาง พฤติกรรมที่ดีต่อผู้อื่นและตัวเองด้วยความตั้งใจและมีทัศนคติ ที่ดีต่อโรคซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยา

สรุป

ในการศึกษานี้ เป็นการศึกษาความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับ โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสงขลา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือใน การรับประทานยาอย่างสม่าเสมอ ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ารับรู้ว่าเป็น เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค รับรู้ความ จำเป็น ประสิทธิภาพ และสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการรักษาด้วยยา มีแนวโน้มมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูง สอดคล้อง กับการศึกษา ที่ผ่านมาที่พบว่า การรับรู้ถึงความจำเป็นในการ รับประทานยาอย่างต่อเนื่องจะทำให้อาการซึมเศร่าที่เป็น อยู่ดีขึ้น¹⁹ การรับรู้ถึงประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาโดย การรับประทานยาตามแผนการรักษา จะทำให้อาการซึมเศร่า ดีขึ้น ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งการศึกษา ครั้งนี้ ผู้ป่วยมีความรู้และทัศนคติในเชิงบวกต่อโรคซึมเศร่าส่งผล ให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการรักษาและให้ความร่วมมือในการ รับประทานยาอย่างสม่าเสมอในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และนำข้อมูลวิจัยนี้ทำการศึกษาต่อในเรื่องผลของ การรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าที่รับประทานยาสม่าเสมอว่า ผู้ป่วยหลังทานยาอาการดีขึ้นหรือไม่ คะแนนประเมินโรคซึมเศร่า (Patient Health Questionnaire: PHQ-9) ลดลงหรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
โรงพยาบาลสงขลา ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัย รวมทั้ง
เจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการเก็บ
ข้อมูล ทำให้การวิจัยนี้สำเร็จได้ดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Mckeever A, Agius M, Mohr P. A review of the epidemiology of major depressive disorder of its consequences for society and the individual. *Psychiatria Danubina*. 2017;29(3):222-31
2. World Health Organization. Creating awareness on prevention and control of depression [Internet]. Geneva: World Health Organization; [cited 2021 Nov 30]. Available from: <https://www.who.int/thailand/activities/creating-awareness-on-prevention-and-control-of-depression>
3. Dattani S, Ritchie H, Roser M. Mental Health. Our World Data [Internet]. 2021 Aug 20 [cited 2021 Nov 30]; Available from: <https://ourworldindata.org/mental-health>
4. Qassim S, Boura F, Al-hariri Y. Public knowledge and attitude toward depression and schizophrenia: finding from quantitative study in UAE. *Asian J Pharm Clin Res*. 2018;11(7):402.
5. Robert B, Marcia v, Pedro R. editors. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
6. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, et al. Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 3. pharmacological treatments. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):540-60.
7. Marasine NR, Sankhi S. Factors associated with antidepressant medication non-adherence. *Turk J Pharm Sci*. 2021;18(2):242-9.
8. Ho SC, Chong HY, Chaiyakunapruk N, Tangiisuran B, Jacob SA. Clinical and economic impact of non-adherence to antidepressants in major depressive disorder: a systematic review. *J Affect Disord*. 2016; 193:1-10.
9. Tangjitboonsanga N, Charnsil C. Attitude toward depression in Thai Population. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2020(65):75-88.
10. Pianchob S, Sangon S, Sitthimongkol Y, Williams RA, Orathai P. A causal model of psychological distress of Thai family caregivers of people with major depressive disorder. *Pac Rim Int J Nurs Res*. 2014;18(3):173-86.
11. Yokoya S, Maeno T, Sakamoto N, Goto R, Maeno T. A brief survey of public knowledge and stigma towards depression. *J Clin Med Res*. 2018;10(3):202-9.
12. Jacob SA, Hassali MAA, Ab Rahman AF. Attitudes and beliefs of patients with chronic depression toward antidepressants and depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:1339-47.
13. Bambauer KZ, Adams AS, Zhang F, Minkoff N, Grande A, Weisblatt R, et al. Physician alerts to increase antidepressant adherence: fax or fiction? *Arch Intern Med*. 2006;166(5):498.
14. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*. 2008;8(1):46.
15. Suchitra W, Pompat H, Chanudda N. Factors related to perceived stigma among patients with schizophrenia. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*. 2014;9(3):98-104.
16. Arafat SMY. Psychometric validation of the Bangla Version of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Psychiatry J*. 2016;2016:1-4.
17. Alomran AM, Almubarak DA, Alrashed BA, Khan AS. Psychological insulin resistance among type 2 diabetic patients attending primary healthcare centers, Al-Ahsa, Saudi Arabia. *J Fam Community Med*. 2020;27(3):192-9.
18. Wongpakaran N, Wongpakaran T. A revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support. *Span J Psychol*. 2012 Nov;15(3):1503-9.
19. Suemram P, Wattanapailin A, Yuttatiri P, Vongsirimas N. Correlation between beliefs about depression, social support, medical co-morbidity and drug adherence behavior in elderly with major depressive disorder. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*. 2016;22(1):108-20. (in Thai)

การศึกษาเปรียบเทียบอาการปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด Laparoscopic Cholecystectomy ที่ได้รับการทำ Ultrasound-guided Transversus Abdominis Plane Block กับผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวด Opioids อย่างเดียว

Comparison of Ultrasound-guided Transversus Abdominis Plane Block vs Opioids Alone in Patients undergoing Laparoscopic Cholecystectomy under General Anesthesia on Post-operative Pain

พรปวีณ์ แก้วประกอบ, พ.บ.

Pornpawee Kaewprakop, M.D.

Abstract

Background: Minimal Invasive Surgery (MIS), particularly Laparoscopic Cholecystectomy, is increasingly common. Effective postoperative pain management is crucial for enhanced recovery. This study compares the efficacy of Ultrasound-guided Transversus Abdominis Plane (TAP) block versus opioid analgesia alone for postoperative pain control in Laparoscopic Cholecystectomy.

Methods: A prospective, randomized, controlled trial was conducted on 62 patients undergoing elective Laparoscopic Cholecystectomy. Patients were randomized to either a TAP block group (TAP) or a control group receiving opioids alone (NON-TAP). The TAP group received bilateral ultrasound-guided TAP blocks with a mixture containing 20 mL of 0.5% bupivacaine, 20 mL of 2% xylocaine with adrenaline (1:200,000), 1 mL of dexamethasone (4 mg), and 19 mL of normal saline, totaling 60 mL. The anesthesiologist

will divide into 15 mL injections for each site (subcostal and lateral TAP block). Postoperative pain scores, opioid consumption, and side effects were assessed.

Results: The TAP group demonstrated significantly lower total morphine consumption (9.3 ± 2.7 mg) compared to the NON-TAP group (14.1 ± 3.6 mg; p -value <0.01). Intraoperative and postoperative morphine consumption was also significantly reduced in the TAP group (p -value < 0.01). Pain scores at rest and during movement in the PACU were significantly lower in the TAP group (p -value < 0.01). There was no significant difference in the incidence of postoperative nausea and vomiting.

Conclusion: Ultrasound-guided TAP block effectively reduces postoperative pain and opioid consumption in patients undergoing Laparoscopic Cholecystectomy.

Keywords: Transversus Abdominis Plane Block, Laparoscopic Cholecystectomy, Postoperative Pain, Opioids, Ultrasound

วันที่รับ (received) 15 พฤษภาคม 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 20 มิถุนายน 2568

วันที่ตอบรับ (accepted) 26 มิถุนายน 2568

Published online ahead of print 25 กรกฎาคม 2568

กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์
Department of Anesthesiology, Kalasin Hospital, Kalasin

Corresponding Author: พรปวีณ์ แก้วประกอบ

กลุ่มงานวิสัญญีวิทยา โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

Email: kawprakop@hotmail.com

doi: <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2025.21>

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: การผ่าตัดแบบแผลเล็ก (MIS) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การผ่าตัด Laparoscopic Cholecystectomy เป็นที่นิยมมากขึ้น การจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการฟื้นตัวที่รวดเร็ว การศึกษานี้เปรียบเทียบประสิทธิภาพของการทำ Ultrasound-guided Transversus Abdominis Plane (TAP) block กับการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid เพียงอย่างเดียวในการควบคุมความปวดหลัง

ผ่าตัดในการผ่าตัด Laparoscopic Cholecystectomy

วิธีการศึกษา: การศึกษาแบบ Prospective Randomize Control Trails Study ดำเนินการในผู้ป่วย 62 ราย ที่เข้ารับการผ่าตัด Laparoscopic Cholecystectomy แบบนัดหมาย ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และสมัครใจยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจะถูกสุ่ม (Randomization) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (TAP) และกลุ่มควบคุม (NON-TAP) ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์แบบ Block Randomization (Block of 4 random sampling allocation) กลุ่ม TAP จะได้รับการทำ Ultrasound-guided bilateral transversus abdominis plane block ข้างละ 2 ตำแหน่ง คือ Subcostal และ Lateral TAP block ด้วยยา 0.5% Bupivacaine 20 ml + 2% xylocaine with adrenaline (1:200,000) 20 ml + dexamethasone 4 mg (1 ml) + NSS 19 ml โดยแบ่งยาฉีดทั้ง 4 ตำแหน่ง ตำแหน่งละ 15 ml ส่วนกลุ่มควบคุม (NON-TAP) จะไม่ได้รับการทำ TAP block

ผลการศึกษา: กลุ่ม TAP มีปริมาณการใช้ยา Total Morphine Consumption ที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (9.3 ± 2.7 mg) เมื่อเทียบกับกลุ่ม NON-TAP (14.1 ± 3.6 มก.; p -value < 0.01) ปริมาณ Intraoperative Morphine Consumption และ Post-operative Morphine Consumption ก็ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่ม TAP (p -value < 0.01) คะแนนความปวดขณะพักและขณะเคลื่อนไหวในห้องพักฟื้น (PACU) ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่ม TAP (p -value < 0.001) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในอุบัติการณ์ของอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด

สรุป: การทำ Ultrasound-guided bilateral transversus abdominis plane block ข้างละ 2 ตำแหน่ง บริเวณ Subcostal และ Lateral TAP block มีประสิทธิภาพในการลดความปวดหลังผ่าตัดและลดปริมาณการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด Laparoscopic cholecystectomy

คำสำคัญ: Transversus Abdominis Plane Block, Laparoscopic Cholecystectomy, Postoperative Pain, Opioids, Ultrasound

บทนำ

การผ่าตัดแบบ Minimal Invasive Surgery (MIS) ได้รับความนิยมมากขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากมีแผลผ่าตัดขนาดเล็กทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลหลังผ่าตัดน้อยกว่า ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วและลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และศัลยแพทย์ผ่าตัดมีความชำนาญทำให้การผ่าตัดใช้เวลาสั้นลง แต่อย่างไรก็ตามการผ่าตัดแบบ MIS ผู้ป่วยจะยังมีอาการปวดแผลหลังผ่าตัด โดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรก ฉะนั้นการเลือกวิธีระงับปวดหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพและผลข้างเคียงน้อยก็มี

ส่วนช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วด้วยเช่นกัน¹

จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัด พบว่าการผ่าตัด Laparoscopic Cholecystectomy ในโรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีจำนวนประมาณ 30-40 รายต่อเดือน และศัลยแพทย์มักกระตุ้นให้ผู้ป่วยมี Early Ambulation ให้เริ่มรับประทานได้เร็ว และให้กลับบ้านเร็ว ฉะนั้นการเลือกชนิดการระงับปวดหลังผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพมีผลข้างเคียงน้อย และลดการใช้ยาแก้ปวด Opioid จะช่วยลดผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้อาเจียน ง่วงซึม กดการหายใจ ลำไส้ขยับน้อยลง และช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติเร็วขึ้น

Ultrasound-guided subcostal transversus abdominis plane block (Subcostal TAP nerve block) เป็นการฉีดยาชาใต้ต่อ Rectus Abdominis Muscle และ Posterior Rectus Sheath และเหนือต่อ Transversus Abdominis Muscle ซึ่งครอบคลุมเส้นประสาท T6-T9 Intercostal nerves³ การฉีดยาชา Ultrasound-guided Lateral TAP nerve block ในตำแหน่ง Anterior Axillary Line เป็นการฉีดยาชาระหว่าง Internal Oblique Muscle และ Transversus Abdominis Muscle ซึ่งครอบคลุม T10-T11 Intercostal Nerves และ T12 Subcostal Nerve³ ปริมาณยาชาที่น้อยที่สุดที่แนะนำสำหรับแต่ละตำแหน่งของการฉีดยาชาคือ 15 มิลลิลิตร³

จากการศึกษาของ Xiang Zhao และคณะ¹³ พบว่าการทำ Transversus Abdominis Plane Block ช่วยลดการใช้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัดได้ใน 6 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด Laparoscopic Cholecystectomy และจากการศึกษาครั้งก่อน² การศึกษาแบบสุ่มเปรียบเทียบการระงับปวดด้วยวิธี Ultrasound-guided Transversus abdominis plane block (Subcostal and Lateral approach) กับการใช้ยาระงับปวดอย่างเดียวในผู้ป่วยผ่าตัดแบบส่องกล้อง พบว่ากลุ่มที่ได้รับการทำ Ultrasound-guided Transversus Abdominis Plane Block โดยการใช้ยา 0.15% Bupivacaine 15 ml ต่อตำแหน่ง ฉีดยาชาข้างละ 2 ตำแหน่ง คือ Subcostal และ Posterior Transversus Abdominis Plane Block รวมฉีดยาชาทั้งหมด 60 ml มีอาการปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้ยาระงับปวดอย่างเดียวภายใน 6 ชั่วโมง

การฉีดยาชาด้วยวิธี Ultrasound Guided Transversus Abdominis Plane Block (Subcostal and Lateral approach) จะระงับปวดที่เส้นประสาทไขสันหลังระดับ T6-T12³ ซึ่งครอบคลุมบริเวณแผลผ่าตัด จึงมีผลช่วยลดอาการปวดหลังผ่าตัดได้

โดยทั่วไปการออกฤทธิ์ของยาชา Bupivacaine ประมาณ 6-8 ชั่วโมง⁴ ในการศึกษาครั้งนี้จึงต้องการยาระงับปวดออกฤทธิ์ของยาชาโดยใช้ Dexamethasone ผสมกับยาชา Bupivacaine ที่ทำ TAP block เพื่อให้ยาชาอยู่ได้นานขึ้น^{5-8,11-12}

เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมา การทำ Ultrasound Guide

TAP Block (Subcostal and Lateral approach) มีผลระงับปวดหลังผ่าตัดได้ประมาณ 6 ชั่วโมง ดังนั้น ในการออกแบบการศึกษาเปรียบเทียบทั้งนี้ จึงใช้ยา Dexamethasone ผสมกับยาชาเพื่อหวังผลยี่ดระยะเวลาของยาแก้ปวดให้นานมากขึ้น ว่าสามารถลดอาการปวดหลังผ่าตัดได้มากกว่า 6 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อเปรียบเทียบอาการปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด Laparoscopic Cholecystectomy ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทำ Ultrasound-guided Transversus Abdominis Plane Block (TAP) กับผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวด Opioids อย่างเดียว (NON-TAP)
- 2) เพื่อเปรียบเทียบการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทำ Ultrasound-guided Transversus Abdominis Plane Block (TAP) กับผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวด Opioids อย่างเดียว (NON-TAP)
- 3) เพื่อศึกษาผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการทำ Ultrasound-guided Transversus Abdominis Plane Block (TAP) กับผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้ปวด Opioids อย่างเดียว (NON-TAP)

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เลขที่เอกสารอนุญาต KLSH REC No.038/2023R โดยเป็นการศึกษาแบบ Prospective Randomize Control Trails Study

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด Laparoscopic Cholecystectomy แบบนัดหมาย (Elective Surgery)
2. อายุ 20 - 65 ปี
3. ASA classification I-II
4. BMI 18.6-30

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารหรือตัดสินใจเองได้
2. ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาที่ทำการศึกษา
3. ผู้ป่วยที่มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ
4. ผู้ป่วยปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษา

การคำนวณตัวอย่างประชากร

Sample size สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเจ็บปวด (Pain score) หลังการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ใช้ Ultrasound Guided Transversus Abdominis Plane Block ร่วมกับการให้ Morphine และกลุ่มที่ใช้ Morphine อย่างเดียวนั้น ใช้สูตรการหา Sample size สำหรับ Randomized controlled trial for continuous data⁹

$$n_{trt} = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 \left[\sigma_{trt}^2 + \frac{\sigma_{con}^2}{r} \right]}{\Delta^2}$$

$$r = \frac{n_{con}}{n_{trt}}, \Delta = \mu_{trt} - \mu_{con}$$

$\alpha=0.05$, $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}=1.96$, $Z_{1-\beta}=0.8416$, σ_{trt} = standard deviation (SD) in treatment group

σ_{con} = SD in the control group, μ_{trt} = mean in treatment group

μ_{con} = mean in the control group

ความแตกต่างของคะแนนความเจ็บปวด (Pain score) หลังการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ใช้ Ultrasound และไม่ได้ใช้อ้างอิงจาก² Comparison of Ultrasound-guided Transversus abdominis plane block and opioid on pain for postoperative analgesia in Laparoscopic surgery in Krabi hospital: A randomized controlled trial.

$\sigma_{trt}= 2.45$, $\sigma_{con}= 1.3$, $\mu_{trt}= 3.12$, $\mu_{con}= 1.24$

แทนค่าในสูตรได้ $n= 18$ treatments, 18 controls

Sample size สำหรับการเปรียบเทียบสัดส่วนการได้รับยาระงับความเจ็บปวดเพิ่มเติมหลังการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ใช้ Ultrasound Guided Transversus Abdominis Plane Block ร่วมกับการให้ Morphine และกลุ่มที่ใช้ Morphine อย่างเดียวนั้น

ใช้สูตรการหา Sample size สำหรับ Randomized controlled trial for binary data¹⁰

$$n_{trt} = \left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\bar{p}\bar{q}(1+\frac{1}{r})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta} \right]^2$$

$$p_1 = P(\text{outcome}|\text{treatment}), q_1 = 1 - p_1$$

$$p_2 = P(\text{outcome}|\text{control}), q_2 = 1 - p_2$$

$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2 r}{1+r}, \bar{q} = 1 - \bar{p}, r = \frac{n_{con}}{n_{trt}}$$

$\alpha=0.05$, $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}=1.96$, $Z_{1-\beta}=0.8416$

ความแตกต่างของสัดส่วนการได้รับยาระงับความเจ็บปวดเพิ่มเติมหลังการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ใช้ Ultrasound และไม่ได้ใช้อ้างอิงจาก Comparison of Ultrasound-guided Transversus abdominis plane block and opioid on pain for postoperative analgesia in Laparoscopic surgery in Krabi hospital : A randomized controlled trail.²

$p_1= 0.20$, $p_2= 0.56$

แทนค่าในสูตรได้ $n= 28$ treatments , 28 controls

ดังนั้นเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอสำหรับทุกวัตถุประสงค์ จึงใช้ขนาดตัวอย่าง 28 Treatments, 28 Controls และเพื่อป้องกันการได้กลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอจากการไม่ประสงค์ให้ ข้อมูลหรือผู้ร่วมในการศึกษาต้องการยุติการมีส่วนร่วม จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างจากที่คำนวณได้อีกร้อยละ 10 เป็น 31 Treatments และ 31 Controls

ขั้นตอนการวิจัย

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด Laparoscopic Cholecystectomy แบบนัดหมาย (Elective surgery) ที่เข้าเกณฑ์จะถูกคัดเลือกโดยวิสัญญีแพทย์ อาสาสมัครที่สมัครใจยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจะถูกสุ่ม (Randomization) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (TAP) และกลุ่มควบคุม (NON-TAP) ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์แบบ Block randomization (Block of 4 random sampling allocation) โดยอาสาสมัครในกลุ่มทดลอง (TAP) จะได้รับการทำ Ultrasound-guided Bilateral Transversus Abdominis Plane Block ข้างละ 2 ตำแหน่ง คือ Subcostal และ Lateral TAP block ด้วยยา 0.5% bupivacaine 20 ml + 2% xylocaine with adrenaline (1:200,000) 20 ml + dexamethasone 4 mg (1 ml) + NSS 19 ml โดยแบ่งยาฉีดทั้ง 4 ตำแหน่ง ตำแหน่งละ 15 ml เนื่องจากการศึกษาครั้งก่อน² ใช้ยาชา 0.15% Bupivacaine 60 ml แบ่งฉีด 4 ตำแหน่ง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการทำ Ultrasound-guided Transversus Abdominis Plane Block (Subcostal and Lateral approach) มีอาการปวดหลัง ผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้ยาระงับปวดอย่างเดียวยภายใน 6 ชั่วโมงในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ทำวิจัยจึงเลือกเติม Dexamethasone และ 2%xylocaine with adrenaline เพื่อหวังผลให้ยาชาอยู่ได้นานกว่า 6 ชั่วโมง⁵⁻⁸ และจำกัดการใช้ยาชา Bupivacaine เพื่อไม่ให้ปริมาณยาเกินขนาด

อาสาสมัครในกลุ่มควบคุม (NON-TAP) จะไม่ได้รับการทำ TAP block

การฉีดยาชา Ultrasound-guided Bilateral Subcostal Transversus Abdominis Plane Block (Subcostal TAP nerve block) เป็นการฉีดยาชาใต้ต่อ Rectus Abdominis Muscle และ Posterior Rectus Sheath และเหนือต่อ Transversus Abdominis Muscle และการฉีดยาชา Ultrasound-guided bilateral Lateral TAP nerve block ในตำแหน่ง Anterior Axillary Line เป็นการฉีดยาชาระหว่าง Internal Oblique Muscle และ Transversus Abdominis Muscle โดยแบ่งยาชาทั้งหมด 60 ml เป็น 4 ส่วน เพื่อฉีดยาชา ตำแหน่งของการฉีดยาชาคือ 15 มิลลิเมตร

อาสาสมัครทั้งสองกลุ่ม จะได้รับการระงับความรู้สึกแบบ General Anesthesia ด้วยยา Propofol 1.5 – 2 mg/kg,

Succinyl choline 1.5 – 2 mg/kg, Morphine 0.1 mg/kg

และดมสลบต่อแบบ Balance anesthesia ด้วย Desflurane 1-1.5 MAC O₂+Air (FiO₂ 0.6), Cis-atracurium, Morphine ระหว่างการผ่าตัดให้ Morphine Intravenous Dose 0.03-0.04 mg/kg เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้นมากกว่าร้อยละ 20 หลังจากใส่ท่อหายใจอาสาสมัครในกลุ่มทดลอง (TAP) จะได้รับการทำ Ultrasound-guided Bilateral Transversus Abdominis Plane Block ข้างละ 2 ตำแหน่ง คือ Subcostal และ Lateral TAP block ด้วยยา 0.5% bupivacaine 20ml + 2% xylocaine with adrenaline (1:200,000) 20 ml + dexamethasone 4 mg (1 ml) + NSS 19 ml โดยแบ่งยาฉีดทั้ง 4 ตำแหน่ง ตำแหน่งละ 15 ml อาสาสมัครในกลุ่มควบคุม (NON-TAP) จะไม่ได้รับการทำ TAP block

ผู้วิจัยมีหน้าที่เตรียมยาให้ถูกต้องตามลำดับบัญชีที่สุ่มไว้ และทำ Ultrasound-guided Transversus Abdominis Plane Block เพียงผู้เดียว ผู้ช่วยวิจัยซึ่งไม่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่กลุ่มใด จะต้องกรอกข้อมูลประวัติอาสาสมัครแต่ละรายในแบบบันทึก ข้อมูลวิจัยเพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การลกรหัสข้อมูล หมายเลขโครงการวิจัย รหัสเคสวิจัย ชื่อย่ออาสาสมัคร อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง เพศ อาสาสมัครทั้งสองกลุ่ม จะได้รับยา Intravenous Ondansetron 8 mg ป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด (PONV prophylaxis) และจะได้รับการรักษาภาวะ Hypotension ซึ่งคือ MAP < 65 mmHg หรือ MAP ลดลงมากกว่า 20% ของ Baseline Blood Pressure โดยให้ Bolus Intravenous Ephedrine ครั้งละ 5 – 10 mg และ Intravenous Crystalloid Loading ตามมาตรฐาน เพื่อรักษาภาวะ Hypotension ตามสาเหตุ เช่น Excessive Depth of Anesthesia หรือ Blood Loss เป็นต้น ผู้ช่วยวิจัยจะทำการบันทึกข้อมูล Intraoperative Morphine Consumption, Operative Time, Anesthetic Time, Estimate Blood Loss และข้อผิดพลาดของผู้ทำการผ่าตัด ลงในแบบบันทึกข้อมูลการวิจัย เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด อาสาสมัครจะถูกย้ายไปสังเกตอาการที่ห้องพักฟื้น (PACU) อาสาสมัครทั้งสองกลุ่มจะถูกประเมินอาการปวด โดยพยาบาลประจำห้องพักฟื้นด้วย NRS ทันที ขณะอยู่ในห้องพักฟื้นหากผู้ป่วยมีอาการปวด อาการคลื่นไส้อาเจียน หรืออาการคัน จะได้รับการรักษา และบันทึกไว้ในแบบบันทึกข้อมูลวิจัย ก่อนออกจากห้องพักฟื้น (PACU) อาสาสมัครทั้งสองกลุ่ม จะถูกประเมินอาการปวดอีกครั้ง ที่หอผู้ป่วยอาสาสมัครจะได้รับยาแก้ปวดเหมือนกันในสองกลุ่ม และหากมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน จะได้รับการรักษาตามคำสั่งการรักษาของแพทย์และถูกบันทึกไว้ในแบบบันทึกข้อมูลวิจัย และอาสาสมัครทุกคนจะถูกประเมินอาการปวดที่ 0, 1, 2, 4, 6, 12 และ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ข้อมูลการได้รับยาแก้ปวดทั้งหมด และยาแก้ปวดกลุ่ม

Opioid ใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดจะถูกบันทึกไว้ในแบบบันทึกข้อมูลวิจัย โดยผู้ประเมินความปวดของผู้ป่วยที่ห้องพักฟื้นคือวิสัญญีพยาบาลประจำห้องพักฟื้น และผู้ประเมินความปวดของผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยคือพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยพยาบาลประจำห้องพักฟื้นและพยาบาลที่หอผู้ป่วยจะไม่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มใดของการศึกษา

แนวทางการให้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น ผู้ป่วยจะได้รับ Morphine เมื่อ Pain score ≥ 4 คะแนน โดยให้ Morphine 2 mg IV เมื่อ Pain score ≥ 7 คะแนน หรือให้ Morphine 1 mg IV เมื่อ Pain score 4 – 6 และผู้ป่วยจะถูกประเมินอาการปวดซ้ำ 15 นาทีหลังจากได้ยา Morphine IV หาก Pain score ≥ 4 คะแนน จะให้ยาแก้ปวดตามแนวทางข้างต้น หาก Pain score < 4 ผู้ป่วยจะถูกประเมินความปวดในอีก 1 ชั่วโมงถัดไป ที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับ Morphine 3 mg เมื่อ Pain score ≥ 4 คะแนน และจะให้ Morphine อีกครั้งในอีก 1 ชั่วโมง เมื่อประเมิน Pain score ≥ 4 คะแนน

การวิเคราะห์ข้อมูล

โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่อใช้แจกแจงความถี่สำหรับข้อมูลแจกแจงนับเป็นร้อยละ สำหรับข้อมูลต่อเนื่อง เป็นค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ค่ามัธยฐานคู่กับ ค่าควอไทล์ที่ 1 และ ค่าควอไทล์ที่ 3 ในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

2. สถิติเชิงอนุมานทดสอบความแตกต่างลักษณะระหว่างกลุ่มที่ Treatment และ Control โดยสำหรับข้อมูลแจกแจงนับ ใช้ Chi square test หรือ Fisher exact test กรณีที่ข้อมูลมีจำนวนน้อยกว่า 5 ในแต่ละกลุ่มย่อย สำหรับค่าเฉลี่ยใช้ Student T test ในกรณีที่ข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ และใช้ Rank Sum test สำหรับค่ามัธยฐานของข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ และ p -value โดยมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

จากผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษานี้ทั้งสิ้น 62 ราย (กลุ่มควบคุม 31 ราย กลุ่มทดลอง 31 ราย) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.8) อายุเฉลี่ย 49.3 ปี (SD = 10.8) ส่วนใหญ่มี

ความเสี่ยงในการผ่าตัดจากการประเมิน ASA class อยู่ในระดับที่ 1 (ร้อยละ 58.1) มีค่าเฉลี่ย BMI เท่ากับ 24.8 กิโลกรัม/เมตร² (SD = 3.1) มีมัธยฐานของค่า Estimated blood loss อยู่ที่ 5.0 มิลลิลิตร (Q1-Q3 = 5.0-10.0) และมีค่ามัธยฐานระยะเวลาการผ่าตัดอยู่ที่ 60 นาที (Q1-Q3 = 60.0-80.0) ทั้งนี้ไม่พบความแตกต่างของสัดส่วนเพศ อายุเฉลี่ย สัดส่วนของ ASA class ค่า BMI เฉลี่ย รวมถึง ค่ามัธยฐานของ Estimated blood loss ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่พบว่าค่ามัธยฐานของระยะเวลาการผ่าตัดในกลุ่มทดลอง ยาวนานกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value 0.01) ดังตารางที่ 1 และปริมาณยาชาเฉลี่ยที่ใช้กับผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยคือ Bupivacaine = 1.62 mg/kg และ Xylocaine with adernaline = 6.5 mg/kg และไม่พบภาวะแทรกซ้อน Local Anesthetic Systemic Toxicity (LAST) ในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

ในส่วนของการใช้ยา morphine นั้นพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการใช้ยา Morphine ทั้งหมด (Mean= 9.3 มิลลิกรัม, SD= 2.7) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Mean= 14.1 มิลลิกรัม, SD = 3.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.01) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามขั้นตอนและกระบวนการดูแลรักษา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของปริมาณยา Morphine ที่ผู้ป่วยได้รับในระหว่างผ่าตัด (Intraoperative morphine consumption) และ การให้ยา Morphine เพิ่มเติมหลังการผ่าตัด (Postoperative morphine consumption) ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานของปริมาณยา Morphine ที่ใช้ในทั้งสองช่วงเวลาดังกล่าว น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังพบว่าสัดส่วนของการที่ต้องได้รับยา Morphine เพิ่มเติมในระหว่างผ่าตัดของกลุ่มทดลอง มีทั้งสิ้น 7 ราย (ร้อยละ 22.6) น้อยกว่าสัดส่วนในกลุ่มควบคุม ทั้งสิ้น 26 ราย (ร้อยละ 83.9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.01) และค่าเฉลี่ยของปริมาณยา Morphine เพิ่มหลังผ่าตัดทันที (แรกรับใน PACU)ในกลุ่มควบคุมนั้น สูงกว่ากลุ่มทดลองเกินกว่า 3 เท่า ดังตารางที่ 2 แต่ไม่พบความแตกต่างของการเกิดผลข้างเคียงที่ทำให้เกิดการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด โดยพบว่าในกลุ่มทดลอง มีผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน 1 ราย (ร้อยละ 3.2) ส่วนกลุ่มควบคุม มีผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าว 4 ราย (ร้อยละ 12.9) (p -value 0.35)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและระยะเวลาการผ่าตัดจำแนกตามกลุ่มทดลองหรือควบคุม

Characteristics	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n=62)	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p -value
		(n=31)	(n=31)	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
Sex, จำนวน (ร้อยละ)				
ชาย	15 (24.2)	7 (22.6)	8 (25.8)	

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและระยะเวลาการผ่าตัดจำแนกตามกลุ่มทดลองหรือควบคุม (ต่อ)

Characteristics	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n=62)	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
		จำนวน (ร้อยละ)		
หญิง	47 (75.8)	24 (77.4)	23 (74.2)	0.75
Age (year):				
Mean (SD)	49.3 (10.8)	49.8 (9.4)	48.9 (12.2)	0.37
ASA classification, จำนวน (ร้อยละ)				
class I	36 (58.1)	17 (54.8)	19 (61.3)	0.61
class II	26 (41.9)	14 (45.2)	12 (38.7)	
BMI (kg/m ²):				
mean (SD)	24.8 (3.1)	25.0 (2.8)	24.7 (3.5)	0.72
Estimated blood loss (ml.):				
mean (SD)	6.3 (3.2)	6.0 (2.8)	6.6 (3.7)	0.53
Median (Q1-Q3)	5.0 (5.0-10.0)	5.0 (5.0-10.0)	5.0 (5.0-10.0)	0.76
ระยะเวลาการผ่าตัด (นาที)				
Mean (SD)	65.8 (16.8)	70.7 (16.2)	61.0 (16.1)	0.02*
Median (Q1-Q3)	60.0 (60.0-80.0)	75.0 (60.0-85.0)	60.0 (55.0-65.0)	0.01*

หมายเหตุ

- Estimated blood loss และ ระยะเวลาการผ่าตัด มีการกระจายตัวไม่ปกติ

- * p-value < 0.05

ตารางที่ 2 ปริมาณยา Morphine ที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงระยะเวลาต่างๆ จำแนกตามกลุ่มทดลองหรือควบคุม

ปริมาณ Morphine ที่ใช้ (mg.)	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n=62)	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
		จำนวน (ร้อยละ)		
- ปริมาณทั้งหมดที่ใช้:				
Mean (SD)	11.7 (4.0)	9.3 (2.7)	14.1 (3.6)	<0.01*
- ปริมาณที่ได้รับครั้งแรกในการผ่าตัด:				
Mean (SD)	6.1 (1.0)	6.2 (0.8)	6.0 (1.1)	0.51
- ปริมาณที่ได้รับเพิ่มเติมระหว่างผ่าตัด:				
Mean (SD)	2.0 (2.0)	0.8 (1.5)	3.2 (1.7)	<0.01*
Median (Q1-Q3)	2.0 (0.0-4.0)	0.0 (0.0-0.0)	4.0 (2.0-5.0)	<0.01*
- ปริมาณที่ได้รับหลังผ่าตัดทั้งหมด:				
Mean (SD)	3.6 (3.3)	2.3 (2.3)	4.9 (3.6)	<0.01*
Median (Q1-Q3)	3.0 (0.0-5.0)	3.0 (0.0-4.0)	4.0 (3.0-8.0)	<0.01*
- ปริมาณที่ได้รับแรกรับที่ PACU:				
Mean (SD)	1.2 (1.5)	0.5 (1.2)	1.9 (1.5)	<0.01*
- ปริมาณที่ได้รับหลังผ่าตัด 1 ชั่วโมง:				
Mean (SD)	0.4 (0.9)	0.3 (0.8)	0.6 (1.0)	0.20
Median (Q1-Q3)	0.0 (0.0-0.0)	0.0 (0.0-0.0)	0.0 (0.0-2.0)	0.13

ตารางที่ 2 ปริมาณยา morphine ที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงระยะเวลาต่างๆ จำแนกตามกลุ่มทดลองหรือควบคุม (ต่อ)

ปริมาณ Morphine ที่ใช้ (mg.)	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n=62)	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
		(n=31)		
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
- ปริมาณที่ได้รับหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมง:				
Mean (SD)	1.0 (1.4)	0.9 (1.4)	1.0 (1.5)	0.66
Median (Q1-Q3)	0.0 (0.0-3.0)	0.0 (0.0-3.0)	0.0 (0.0-3.0)	0.08
- ปริมาณที่ได้รับหลังผ่าตัด 4 ชั่วโมง:				
Mean (SD)	0.7 (1.2)	0.6 (1.1)	0.9 (0.4)	0.25
Median (Q1-Q3)	0.0 (0.0-2.0)	0.0 (0.0-0.0)	0.0 (0.0-3.0)	0.28
- ปริมาณที่ได้รับหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง:				
Mean (SD)	0.3 (0.8)	0.1 (0.5)	0.5 (1.0)	0.09
Median (Q1-Q3)	0.0 (0.0-0.0)	0.0 (0.0-0.0)	0.0 (0.0-0.0)	0.12

หมายเหตุ

- ปริมาณ morphine ที่ได้รับเพิ่มเติมระหว่างผ่าตัด, หลังการผ่าตัดทั้งหมด, หลังการผ่าตัดที่ 1, 2, 4, และ 6 ชั่วโมง มีการกระจายตัวไม่ปกติ
- * p-value < 0.05

ตารางที่ 3 คะแนนความปวดของผู้ป่วยได้รับในช่วงระยะเวลาต่างๆ จำแนกตามกลุ่มทดลองหรือควบคุม

ช่วงเวลาประเมินความปวด	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n=62)	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
		(n=31)		
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
แรกรับที่ห้องพักรักษา				
- Pain score at rest				
Mean (SD)	2.6 (2.2)	1.3 (1.5)	3.9 (2.1)	<0.01*
Median (Q1-Q3)	2.0 (1.0-5.0)	1.0 (0.0-2.0)	4.0 (2.0-6.0)	<0.01*
- Pain score on movement				
Mean (SD)	3.9 (3.0)	2.4 (2.4)	5.3 (2.9)	<0.01*
Median (Q1-Q3)	3.0 (2.0-7.0)	2.0 (0.0-3.0)	6.0 (2.0-8.0)	<0.01*
หลังผ่าตัด 1 ชั่วโมง				
- Pain score at rest				
Mean (SD)	2.5 (1.3)	2.1 (1.4)	2.8 (1.9)	0.04*
- Pain score on movement				
Mean (SD)	3.0 (1.6)	2.5 (1.5)	3.4 (1.5)	0.03*
หลังผ่าตัด 2 ชั่วโมง				
- Pain score at rest				
Mean (SD)	3.8 (1.7)	3.7 (1.7)	3.9 (1.7)	0.60
Median (Q1-Q3)	3.0 (3.0-5.0)	3.0 (3.0-6.0)	3.0 (3.0-5.0)	0.38
- Pain score on movement				
Mean (SD)	4.2 (1.9)	3.9 (1.6)	4.6 (2.2)	0.19
Median (Q1-Q3)	3.0 (3.0-6.0)	3.0 (3.0-6.0)	3.0 (3.0-7.0)	0.26

ตารางที่ 3 คะแนนความปวดของผู้ป่วยได้รับในช่วงระยะเวลาต่างๆ จำแนกตามกลุ่มทดลองหรือควบคุม (ต่อ)

ช่วงเวลาที่ประเมินความปวด	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n=62)	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
		(n=31)	(n=31)	
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
หลังผ่าตัด 4 ชั่วโมง				
- Pain score at rest				
Mean (SD)	3.5 (1.2)	3.3 (1.1)	3.6 (1.4)	0.31
- Pain score on movement				
Mean (SD)	3.9 (1.6)	3.7 (1.5)	4.1 (1.7)	0.28
Median (Q1-Q3)	3.0 (3.0-4.0)	3.0 (3.0-3.0)	3.0 (3.0-6.0)	0.25
หลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง				
- Pain score at rest				
Mean (SD)	3.1 (1.0)	2.8 (1.8)	3.3 (1.2)	0.11
Median (Q1-Q3)	3.0 (3.0-3.0)	3.0 (3.0-3.0)	3.0 (3.0-3.0)	0.34
- Pain score on movement				
Mean (SD)	3.4 (1.2)	3.0 (0.5)	3.7 (1.6)	0.03*
Median (Q1-Q3)	3.0 (3.0-3.0)	3.0 (3.0-3.0)	3.0 (3.0-4.0)	0.02*
หลังผ่าตัด 12 ชั่วโมง				
- Pain score at rest				
Mean (SD)	2.6 (0.9)	2.7 (0.9)	2.5 (1.0)	0.42
Median (Q1-Q3)	3.0 (3.0-3.0)	3.0 (3.0-3.0)	3.0 (3.0-3.0)	0.23
- Pain score on movement				
Mean (SD)	2.9 (0.4)	2.9 (0.4)	2.9 (0.3)	0.47
Median (Q1-Q3)	3.0 (3.0-3.0)	3.0 (3.0-3.0)	3.0 (3.0-3.0)	0.62
หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง				
- Pain score at rest				
Mean (SD)	1.3 (1.1)	1.2 (1.0)	1.4 (1.1)	0.64
- Pain score on movement				
Mean (SD)	2.2 (0.9)	2.1 (1.1)	2.2 (0.6)	0.49
Median (Q1-Q3)	2.0 (2.0-3.0)	2.0 (1.0-3.0)	2.0 (2.0-3.0)	0.82

หมายเหตุ

- คะแนนความปวดส่วนใหญ่มีการกระจายตัวไม่ปกติ ยกเว้น หลังผ่าตัด 1 ชั่วโมง, 4 ชั่วโมง (at rest) ที่มีการกระจายตัวปกติ
- * p-value < 0.05

เมื่อพิจารณาคะแนนความปวดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มพบว่าการประเมินความปวด ณ เวลาแรกรับที่ห้องพักฟื้น ค่ามัธยฐานของคะแนนความปวดทั้ง Pain score at rest (Median=1.0, Q1-Q3=0.0-2.0) และ Pain score on movement (Median=2.0, Q1-Q3=0.0-3.0) ของกลุ่มทดลองต่ำกว่าของกลุ่มควบคุม (Pain score at rest: median=4.0, Q1-Q3=2.0-6.0) และ Pain score on movement (Median

=6.0, Q1-Q3=2.0-8.0) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.01) อีกทั้งค่าเฉลี่ยความปวดหลังผ่าตัด 1 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองก็ต่ำกว่าของกลุ่มควบคุมทั้ง Pain score at rest (Mean=2.1 คะแนน, SD= 1.4 vs mean= 2.8 คะแนน, SD= 1.9) และ Pain score on movement mean= 2.5 คะแนน, SD= 1.5 vs mean= 3.4 คะแนน, SD= 1.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Prospective Randomize Control Trails Study มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการทำ Ultrasound-guided Bilateral Transversus Abdominis Plane Block ข้างละ 2 ตำแหน่ง คือ Subcostal และ Lateral TAP block ด้วยยา 0.5% Bupivacaine 20ml + 2% xylocaine with adrenaline (1:200,000) 20 ml + dexamethasone 4 mg (1 ml) + NSS 19 ml โดยแบ่งยาฉีดทั้ง 4 ตำแหน่ง ตำแหน่งละ 15 ml ในการลดอาการปวดหลังผ่าตัดและลดการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด Laparoscopic Cholecystectomy ซึ่งแม้จะเป็นการผ่าตัดแบบ Minimal invasive แต่ยังคงพบอาการปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดได้บ่อย¹⁵ ผลการศึกษาพบประเด็นสำคัญ ดังนี้ กลุ่มทดลองที่ได้รับการทำ TAP block มีปริมาณการใช้ Total Morphine Consumption น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (NON-TAP) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า Ultrasound-guided Bilateral Transversus Abdominis Plane Block ที่ตำแหน่ง Subcostal และ Lateral มีประสิทธิภาพในการลดความต้องการยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid หลังการผ่าตัด Laparoscopic Cholecystectomy

ในกลุ่มทดลอง (TAP) พบการลดลงของการใช้ Morphine อย่างมีนัยสำคัญทั้งระหว่างการผ่าตัด (Intraoperative morphine consumption) แสดงถึงศักยภาพของ TAP block ในการควบคุมความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพในช่วงระหว่างการผ่าตัด

ในช่วงแรกรับที่ PACU พบว่ากลุ่มทดลอง (TAP) มีอาการปวดขณะพัก (Pain at rest) และขณะเคลื่อนไหว (Pain on movement) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (NON-TAP) ร่วมกับการใช้ยาแก้ปวด Morphine ในกลุ่มทดลอง (TAP) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (NON-TAP) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งบ่งชี้ถึงว่าการทำ TAP block สามารถจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่ดีขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว โดยหากจะนำการทำ TAP block ไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ (Routine practice) ควรใช้เวลาไม่เกิน 10 นาทีในการฉีดยา จึงจะคุ้มค่า เนื่องจาก TAP block ช่วยลดอาการปวดได้ดีในช่วง 6 ชั่วโมงแรกมากที่สุด

หลังจากระยะเวลาแรกแล้ว ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของปริมาณการใช้มอร์ฟีนและคะแนนความปวดระหว่างสองกลุ่มผลของการระงับปวดที่จำกัดเฉพาะในช่วงแรกหลังผ่าตัด อาจเนื่องมาจากระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาชาที่ใช้สั้นเกินไป ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความเข้มข้นของยาชาที่น้อย หรือปริมาณยาที่ใช้ไม่เพียงพอ ความเข้มข้นของ Bupivacaine ที่ลดลงจากการผสมกับยาชาชนิดอื่น อาจทำให้ฤทธิ์ของยาชาลดลง และ

ส่งผลให้การระงับปวดไม่เต็มที่ อย่างไรก็ตาม การเพิ่มปริมาณ Bupivacaine อาจเป็นข้อจำกัด เนื่องจากอาจเกินขนาดที่ปลอดภัย อย่างไรก็ตามภายหลังจากผ่าตัด 12 ชั่วโมง คะแนนความปวดของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มลดลงอยู่ในระดับ Mild Pain (Pain score \leq 3)

จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงเทคนิคการทำ TAP block เพื่อให้การระงับปวดมีประสิทธิภาพยาวนานยิ่งขึ้น ในการวิจัยครั้งต่อไป หากเป็นไปได้ ควรพิจารณาการปรับเพิ่มความเข้มข้นของยาชา (โดยคำนึงถึงขีดจำกัดของปริมาณยาที่ปลอดภัย) อาจช่วยยืดระยะเวลาการออกฤทธิ์ และทำให้การระงับปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น การปรับเทคนิคการฉีดยา อาจช่วยให้ยาชาแพร่กระจายไปยังบริเวณที่ต้องการได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และการใช้ยาชาชนิดอื่นที่มีระยะเวลาการออกฤทธิ์นานกว่า Bupivacaine อาจเป็นทางเลือกที่น่าสนใจ นอกจากนี้การใช้แนวทาง Multimodal Analgesia ร่วมด้วย เช่น การให้ยากกลุ่ม Non-opioid หลังยาชาหมดฤทธิ์ อาจช่วยควบคุมความปวดระยะหลังได้ดีขึ้น และลดการใช้ Opioid อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

การทำ Ultrasound-guided Bilateral Transversus Abdominis Plane Block ข้างละ 2 ตำแหน่ง บริเวณ Subcostal และ Lateral TAP block ด้วยยา 0.5% Bupivacaine 20ml + 2% Xylocaine with adrenaline (1:200,000) 20 ml + Dexamethasone 4 mg (1 ml) + NSS 19 ml โดยแบ่งยาฉีดทั้ง 4 ตำแหน่ง ตำแหน่งละ 15 ml เป็นเทคนิคที่มีประโยชน์ในการลดอาการปวดและลดการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid ในระหว่างผ่าตัด ระยะแรกหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด Laparoscopic Cholecystectomy อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดด้านความเข้มข้นของยาชา และระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยาชาที่สั้น จำเป็นต้องมีการปรับปรุงเทคนิคการทำ TAP block เพื่อให้การระงับปวดมีประสิทธิภาพยาวนานยิ่งขึ้น และสามารถลดความจำเป็นในการใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid ในระยะยาวได้

เอกสารอ้างอิง

1. Keir A, Rhodes L, Kayal A, Khan OA. Does a transversus abdominis plane (TAP) local anaesthetic block improve pain control in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy? A best evidence topic. *Int J Surg.* 2013 Nov;11(9):792-4.
2. Wanich P. Comparison of Ultrasound-guided Transversus abdominis plane block and opioid on pain for postoperative analgesia in Laparoscopic

- surgery in Krabi hospital: A randomized controlled trial. *Krabi Med J*. 2022 Dec;Vol.5(2):27–37.
3. Elsharkawy H. Ultrasound-Guided Transversus Abdominis Plane and Quadratus Lumborum Nerve Blocks [Internet]. NYSORA; 2018 [cited 2023 Jun 4]. Available from: <https://www.nysora.com/topics/regional-anesthesia-for-specific-surgical-procedures/abdomen/ultrasound-guided-transversus-abdominis-plane-quadratus-lumborum-blocks/>
 4. Holman SD, Gierbolini-Norat EM, Lukasik SL, Campbell-Malone R, Ding P, German RZ. Duration of Action of Bupivacaine Hydrochloride Used for Palatal Sensory Nerve Block in Infant Pigs. *J Vet Dent*. 2014;31(2):92–5.
 5. Gouda N, Zangrilli J, Voskerijian A, Wang ML, Beredjikian PK, Rivlin M. Safety and Duration of Low-Dose Adjuvant Dexamethasone in Regional Anesthesia for Upper Extremity Surgery: A Prospective, Randomized, Controlled Blinded Study. *Hand (N Y)*. 2022 Nov;17(6):1236–41.
 6. Kim BG, Lee W, Song JH, Yang C, Heo GA, Kim H. Effect of intravenous dexamethasone on the duration of postoperative analgesia for popliteal sciatic nerve block: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Korean J Anesthesiol*. 2021 Aug;74(4):317–24.
 7. Zhang Y, Qiao L, Ding W, Wang K, Chen Y, Wang L. Comparison of the effects of perineural or intravenous dexamethasone on thoracic paravertebral block in Ivor-Lewis esophagectomy: A double-blind randomized trial. *Clin Transl Sci*. 2022 Aug;15(8):1926–36.
 8. Bernard R. *Fundamentals of biostatistics*. 5th ed. Duxbury: Thomson learning; p. 307.
 9. Bernard R. *Fundamentals of biostatistics*. 5th ed. Duxbury: Thomson learning; 2000. p. 384–385
 10. Kirksey MA, Haskins SC, Cheng J, Liu SS. Local Anesthetic Peripheral Nerve Block Adjuvants for Prolongation of Analgesia: A Systematic Qualitative Review. *PLoS One*. 2015 Sep 10;10(9):e0137312. Doi: 10.1371/journal.pone.0137312.
 11. Kim DH, Liu J, Beathe JC, Lin Y, Wetmore DS, Kim SJ, et al. Interscalene Brachial Plexus Block with Liposomal Bupivacaine versus Standard Bupivacaine with Perineural Dexamethasone: A Noninferiority Trial. *Anesthesiology*. 2022 Mar;136(3):434–447. Doi: 10.1097/ALN.0000000000004111.
 12. Huynh TM, Marret E, Bonnet F. Combination of dexamethasone and local anesthetic solution in peripheral nerve blocks: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Anaesthesiol* 2015 Nov; 32(11):751–8.
 13. Zhao X, Tong Y, Ren H, Ding XB, Wang X, Zong JX, et al. Transversus Abdominis Plane Block for Postoperative Analgesia after Laparoscopic surgery: a Systematic Review and Meta-analysis. *Int J ClinExp Med*. 2014;7(9):2966–75.
 14. Waitayawinyu P, Siriwanasandha B, Namwong A. Incidence and risk factors of moderate to severe pain in 24 hours after laparoscopic cholecystectomy. *Siriraj Med J*. 2020 Jul Aug;64(4):119–122.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรกของผู้ป่วยที่มารับการ การรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสกลนคร

Factor Associated with First 24-Hour Mortality in Patient at Emergency Department, Sakon Nakhon Hospital

อภิญญา กิ่งนาค, พ.บ., วว. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

Apinya Kingnakom, M.D., Dip., Thai Board of Emergency Medicine

Abstract

Objective: To study factors associated with mortality triage level 1 in patients receiving treatment in the emergency department and the mortality rate of critically ill emergency patients within 24 hours.

Method: A retrospective descriptive study was conducted in a sample group of 469 critically ill emergency patients admitted to the Emergency Department at Sakon Nakhon Hospital from October 1, 2022, to May 31, 2024. The mortality rate data were analyzed using frequency and percentage. Factors associated with mortality were analyzed using stepwise logistic regression with a 95% confidence interval.

Results: The mortality rate of emergency critical patients within 24 hours was 4.2% (95% CI: 3.8%-4.6%). After multivariate analysis, factors associated with mortality included: patients with abdominal injury and chest injury had increased risk of death within the first 24 hours by 19.17 and 3.87 times, respectively, compared to patients with multi-system injuries (more than 1 system), with statistical significance. For systolic blood pressure (SBP), patients with each 1 mmHg increase in

SBP reduced the chance of death within the first 24 hours by 2%, with statistical significance. Regarding emergency department length of stay, patients who stayed in the emergency department for each additional hour had a 1.56 times increased risk of death within the first 24 hours, with statistical significance.

Conclusion: The factors that determinants of 24-hour mortality in critically ill emergency patients include the organ of injury, SBP, and ED length of stay. Understanding these risk factors is critical for establishing guidelines for risk assessment, early detection of abnormal vital signs, and optimizing emergency care.

Keywords: 24-Hour Mortality, Emergency critical patients, Abdominal and Chest injuries, More than 1 system

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มารับการักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง

วิธีการศึกษา: การศึกษาแบบย้อนหลังเชิงพรรณนา ในกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2565 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ.2567 จำนวน 469 ราย วิเคราะห์ข้อมูลอัตราการเสียชีวิตด้วยความถี่ ร้อยละ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ วิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (Stepwise logistic-regression) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษา: พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง เท่ากับร้อยละ 4.2 (95% CI: 3.8%-4.6%) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ช่องท้องและทรวงอก จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรกเป็น 19.17 และ 3.87 เท่าตามลำดับ เมื่อเทียบกับ ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหลายระบบใน

วันที่รับ (received) 2 กุมภาพันธ์ 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 29 กรกฎาคม 2568

วันที่ตอบรับ (accepted) 14 สิงหาคม 2568

Published online ahead of print 20 สิงหาคม 2568

กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

Department of Emergency Medicine, Sakon Nakhon Hospital,
Sakon Nakhon

Corresponding Author: อภิญญา กิ่งนาค

กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

Email: hed2566.sk@gmail.com

doi: <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2025.22>

ร่างกายพร้อมกัน (More than 1 system) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) พบว่าผู้ป่วยที่มีค่า SBP เพิ่มขึ้นทุกๆ 1 มิลลิเมตรปรอท จะลดโอกาสของการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรกได้ 2% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉิน พบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้นทุกๆ 1 ชั่วโมง จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก 1.56 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก ได้แก่ การบาดเจ็บที่ช่องท้องและทรวงอก และระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉิน การทราบปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญจะช่วยกำหนดแนวทางปฏิบัติ การประเมินความเสี่ยง หรือการตรวจพบความผิดปกติของสัญญาณชีพได้

คำสำคัญ: การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง, ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน, การบาดเจ็บที่ช่องท้องและทรวงอก, การบาดเจ็บหลายระบบ

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตของประชาชนในประเทศไทย¹ ที่อาจคุกคามต่อชีวิตและต้องได้รับการประเมินและรักษาอย่างรวดเร็ว ทันทีที่² ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลจึงเป็นจุดแรกในการประเมินวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนส่งรักษาต่อเฉพาะโรค การเสียชีวิตของผู้ป่วยในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน อาจสะท้อนถึงปัญหาในกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน³ ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขปี 2563 พบอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินทั่วประเทศสูงถึงร้อยละ 2.8⁴ การบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นการให้บริการพยาบาลแก่บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บและ/หรือมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤต ทั้งระบบร่างกายและจิตใจ โดยการประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างทันที พยาบาลที่ปฏิบัติงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะต้องปฏิบัติโดยใช้ความรู้ ความสามารถ และตัดสินใจอย่างเร่งด่วน เพื่อให้บริการพยาบาลมีคุณภาพช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเร่งด่วน บรรเทาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ แต่การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในระบบสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ส่งผลให้การบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะต้องยืดหยุ่นเพียงพอสามารถตอบสนองประเด็นการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งต้องปฏิบัติตามมาตรฐาน

การบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยภาพรวมของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นสิ่งสำคัญที่มีต่อผลการดำเนินการและการปรับปรุงผลการดำเนินงาน⁵

โรงพยาบาลสกลนครเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ รับผู้ป่วยฉุกเฉินจากพื้นที่อำเภอต่างๆ ในจังหวัดและเครือข่ายจังหวัดใกล้เคียง เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ ป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัยสุขภาพ จากการเก็บข้อมูลที่ผ่านมาพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) เป้าหมายรวมน้อยกว่าร้อยละ 12 โดยข้อมูลการเสียชีวิต 24 ชั่วโมงแรกของโรงพยาบาลสกลนคร ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2565 จำนวน 359 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.4⁶ ซึ่งไม่เกินเป้าหมาย อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในโรงพยาบาลใน 24 ชั่วโมงแรกในจังหวัดสกลนคร ยังไม่ได้รับการศึกษาอย่างละเอียด การศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตใน 24 ชั่วโมงแรกของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลสกลนคร ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญซึ่งจะเป็นข้อมูลสนับสนุนการกำหนดนโยบายมาตรการป้องกัน และการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น⁷ และเพื่อลดอัตราการสูญเสียชีวิตในระยะแรกของผู้ป่วยฉุกเฉิน อันจะส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถเฝ้าระวังและสร้างกระบวนการและระบบการดูแลผู้ป่วยต่อไปในอนาคต

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่มารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร โดยเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกเวชระเบียนและฐานข้อมูลระบบคอมพิวเตอร์ที่อยู่ในช่วงทำการการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 พฤษภาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 469 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยวิกฤตตามเกณฑ์ Emergency Severity Index (ESI) ปรับใช้เพื่อเป็นแนวทางในการคัดแยกผู้ป่วย (Thailand National Triage Guideline, MOPH ED. TRIAGE) ระดับที่ 18 ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยที่มีอยู่ใน

ภาวะที่คุกคามต่อชีวิต (Life-threatening) อาจมีสัญญาณชีพไม่คงที่หรือจำเป็นต้องทำหัตถการช่วยชีวิตฉุกเฉิน (Life-saving intervention) อย่างฉุกเฉินเร่งด่วน ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและหรือรับไว้รักษาในโรงพยาบาลสกจนคร 2) ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามการรักษาภายในโรงพยาบาลและหรือรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในจนครบ 24 ชั่วโมง เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยที่ติดตามผลการรักษาจนถึง 24 ชั่วโมงหลังจากนำส่งโรงพยาบาลแล้วไม่ทราบผลการรักษาที่แน่ชัดว่ามีชีวิตหรือเสียชีวิต 2) ผู้ป่วยที่มีข้อมูลในเวชระเบียน ไม่ครบถ้วน

กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตร Infinite Population Proportion ซึ่งอ้างอิงจากการเก็บข้อมูลที่ผ่านมาพบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 - 30 มิถุนายน 2565 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 359 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.46 (Proportion (p)=0.084) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 กำลังในการจำแนก (Power) ร้อยละ 80 ระดับความเชื่อมั่น 95% และเพื่อป้องกันการ Drop Out ของกลุ่มตัวอย่างไว้ร้อยละ 20 ดังนั้น จำนวนได้ว่าต้องใช้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 149 ราย ซึ่งในการศึกษารั้งนี้สามารถเก็บกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งสิ้น 469 ราย ผู้ศึกษาจึงใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคือ 469 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก 269 ราย และกลุ่มที่รอดชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก 200 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลระบบคอมพิวเตอร์ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว กลไกการบาดเจ็บหรือลักษณะของการเจ็บป่วย และรูปแบบการมาโรงพยาบาล 2) ข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ สัญญาณชีพเบื้องต้น ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประวัติตรวจร่างกายผู้ป่วยและหลักฐานการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และข้อมูลอื่นๆ จากฐานข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์

การเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและฐานข้อมูลระบบคอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลโดยผู้ป่วยถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษา 2) ผู้ที่รอดชีวิตใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเข้ารับการรักษา 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยใช้สถิติวิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (Stepwise logistic-regression) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป IBM SPSS version 26.0 และการศึกษา

ครั้งนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสกจนคร เลขที่ SKHN REC No.029/2567

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมงที่มารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกจนคร เท่ากับร้อยละ 4.2 (95% CI: 3.8%-4.6%) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก มีอายุเฉลี่ย 59.5 (22.8) ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.2 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.0 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.2 รองลงมาคือโรคเบาหวานและโรคไต ร้อยละ 23.8 และ 9.7 ตามลำดับ ส่วนกลไกการบาดเจ็บ พบว่าเป็นจาก หายใจติดขัด หายใจลำบาก แน่นหน้าอก มากที่สุด ร้อยละ 33.8 รองลงมา คือ ไข้ หอบเหนื่อย อ่อนเพลีย และ อุบัติเหตุยานยนต์ ร้อยละ 13.4 และ 7.2 ตามลำดับ ส่วนรูปแบบของการมาโรงพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่มาด้วยระบบส่งต่อ (Refer) ร้อยละ 64.7 โดยมีระยะเวลาการส่งตัว/การมาถึง โรงพยาบาลเฉลี่ย 56.5 (30.0) นาที ประเภทผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น Non Trauma ร้อยละ 84.9 มีการบาดเจ็บบริเวณหน้าอก มากที่สุด ร้อยละ 71.6 รองลงมา คือบาดเจ็บมากกว่า 1 ระบบ ร้อยละ 18.3 สัญญาณชีพด้านอัตราการเต้นของหัวใจ เฉลี่ย 105.1±28.4 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ เฉลี่ย 24.0 (8.0) ครั้งต่อนาที BPM, ปริมาณออกซิเจนในเลือด เฉลี่ย 94.1 (10.0) และค่าความดันโลหิตจากการบีบตัวของหัวใจ เฉลี่ย 112.6 (50.0) mm.Hg ระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว เฉลี่ย 189.4 (137.8) ระดับความรูสึกตัว เฉลี่ย 9.6 (8.0) คะแนน พบการใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 79.2 การทำ CT/US, ร้อยละ 23.7, การใช้ยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด ร้อยละ 83.3 ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มตัวอย่างที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง พบว่า ปริมาณเกล็ดเลือด เฉลี่ย 228×10^3 (161×10^3) cell/mm³, ค่าการแข็งตัวของเลือด เฉลี่ย 1.74 (0.6), ค่าของเสียในเลือด เฉลี่ย 2.9 (2.0) mg% และความเข้มข้นของเลือด เฉลี่ย 31.8±9.4 อีกทั้งมีระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉินเฉลี่ยเท่ากับ 4.6 (2.6) ชั่วโมง ได้รับการแอดมิทใน ICU ร้อยละ 28.3 ในส่วนของการวินิจฉัย พบว่าเป็นโรคปอดบวมที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อมากที่สุด ร้อยละ 24.9 รองลงมาคือภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด/ภาวะช็อกจากการติดเชื้อไม่ระบุสาเหตุแน่ชัด และกลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน/ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวได้ไม่ดี/ภาวะหัวใจล้มเหลว/ภาวะช็อกจากโรคหัวใจ ร้อยละ 23 และ 12.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มที่เสียชีวิตและรอดชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก

ข้อมูล	เสียชีวิตภายใน 24 ชม.แรก (n=269)		รอดชีวิตภายใน 24 ชม.แรก (n=200)		p-value
	n	%	n	%	
	อายุ, median (IQR)	59.5	(22.8)	61.6	
เพศ					0.518
ชาย	178	66.2	138	69.0	
หญิง	91	33.8	62	31.0	
โรคประจำตัว	164	61.0	129	64.5	0.443
เบาหวาน	64	23.8	46	23.0	
ความดันโลหิตสูง	84	31.2	62	31.0	
ไขมันในเลือดสูง	22	8.2	11	5.5	
โรคไต	26	9.7	21	10.5	
โรคอื่นๆ	106	39.4	8	43.5	
กลไกการบาดเจ็บ					0.756
อุบัติเหตุยานยนต์	20	7.4	14	7.0	
ทำร้ายตนเอง/โดนทำร้ายบาดเจ็บ	2	0.7	5	2.5	
หมดสติ ูบ	31	11.5	16	8.0	
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	1	0.4	5	2.5	
ชกเกร็ง	9	3.3	9	4.5	
พลัดตกหกล้ม บาดเจ็บช่วงขา	4	1.5	10	5.0	
ไข้ หอบเหนื่อย อ่อนเพลีย	72	26.8	84	42.0	
หายใจติดขัด หายใจลำบาก แน่นหน้าอก	91	33.8	37	18.5	
อื่นๆ	34	14.6	26	10.0	
รูปแบบการมาโรงพยาบาล					0.754
มาด้วยระบบส่งต่อ (Refer)	174	64.7	131	65.5	
มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	51	19.0	41	20.5	
มาเอง/ญาติ	44	16.4	28	14.0	
ระยะเวลาการส่งตัว/การมาถึง รพ (นาที), median (IQR)	56.5	(30.0)	45.7	(40.0)	0.001*
ประเภทผู้ป่วย					0.136
non trauma	234	87.0	164	82.0	
trauma	35	13.0	36	18.0	
อวัยวะที่บาดเจ็บ					0.001*
บาดเจ็บมากกว่า 1 ระบบ	49	18.3	66	33.0	
บาดเจ็บที่ช่องท้อง	13	4.9	3	1.5	
บาดเจ็บบริเวณหน้าอก	192	71.6	123	61.5	
บาดเจ็บบริเวณศีรษะ	14	5.2	8	4.0	
สัญญาณชีพ					
อัตราการเต้นของหัวใจ, mean ± SD	105.1 ± 28.4		105.2 ± 26.0		0.833
อัตราการหายใจ, median (IQR)	24.0 (8.0)		23.3 (5.0)		0.085
ปริมาณออกซิเจนในเลือด, median (IQR)	94.1 (10.0)		95.4 (6.5)		0.026*
ค่าความดันโลหิตจากการบีบตัวของหัวใจ, median (IQR)	112.6 (50.0)		126.9 (48.0)		< 0.001*

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มที่เสียชีวิตและรอดชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก (ต่อ)

ข้อมูล	เสียชีวิตภายใน 24 ชม.แรก (n=269)		รอดชีวิตภายใน 24 ชม.แรก (n=200)		p-value
	n	%	n	%	
	ระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว, median (IQR)	189.4 (137.8)		169.0 (108.0)	
ระดับความรู้สึกตัว, median (IQR)	9.6 (8.0)		9.7 (10.0)		0.642
การใส่ท่อช่วยหายใจ	213	79.2	148	74.0	0.817
การทำ CT/US	78	29.0	33	16.5	0.002*
การใช้ยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด					0.002*
ไม่ได้รับยา	45	16.7	57	28.5	
ได้รับยา	224	83.3	143	71.5	
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ					
ปริมาณเกล็ดเลือด, median (IQR)	228x10 ³ (161x10 ³)		203x10 ³ (161x10 ³)		0.534
ค่าการแข็งตัวของเลือด, median (IQR)	1.74 (0.6)		1.40 (0.4)		0.001*
ค่าของเสียในเลือด, median (IQR)	2.9 (2.0)		3.1 (3.0)		0.624
ความเข้มข้นของเลือด, mean ± SD	31.8 ± 9.4		30.6 ± 8.5		0.028*
ระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉิน (ชั่วโมง), median (IQR)	4.6 (2.6)		2.1 (1.4)		< 0.001*
ได้รับการแอดมิทใน ICU	76		28.3		64
การวินิจฉัย					0.043*
โรคปอดบวมที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ	70	26	47	23.5	
กลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน/ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวได้ไม่ดี/ ภาวะหัวใจล้มเหลว/ภาวะช็อกจากโรคหัวใจ	42	15.6	15	7.5	
ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด/ภาวะช็อกจากการติดเชื้อไม่ระบุสาเหตุแน่ชัด	52	19.3	56	28	
ภาวะเลือดออกในสมองที่เกิดจากการบาดเจ็บ	23	8.6	13	6.5	
ภาวะเลือดออกในสมองที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บที่ศีรษะ	21	7.8	17	8.5	
โรค/ภาวะอื่นๆ	61	22.7	52	26	

* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะที่บาดเจ็บ, ค่าความดันโลหิตจากการบีบตัวของหัวใจ, ระดับความรู้สึกตัว, การทำ CT/US, การใช้ยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด, ค่าการแข็งตัวของเลือด, ค่าของเสียในเลือด, ความเข้มข้นของเลือด และระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉิน โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บบริเวณช่องท้องและทรวงอก จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรกเป็น 19.17 เท่า (95% CI: 1.49-246.75) และ 3.87 เท่า (95% CI: 1.56-9.64) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บมากกว่า 1 ระบบ และ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าความดันโลหิตจากการบีบตัวของหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตจากการบีบตัวของหัวใจ เพิ่มขึ้นทุกๆ 1 mmHg จะช่วยลด

โอกาสของการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรกได้ 2% (95% CI: 0.96-1.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนระดับความรู้สึกตัวเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญต่อการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง พบว่า ผู้ป่วยที่มีคะแนนระดับความรู้สึกตัว 9-12 คะแนน เป็นปัจจัยป้องกันการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนระดับความรู้สึกตัว เพิ่มมากขึ้นทุกๆ 1 คะแนน จะช่วยลดโอกาสของการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรกได้ 1.65 เท่า การทำ CT/US เป็นปัจจัยป้องกันการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ CT/US มีโอกาสรอดชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง เพิ่มขึ้น 1.47 เท่า (95% CI: 1.53-1.62) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตรวจ การได้รับ Vasopressor เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญต่อการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยากระตุ้น การหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด

มีโอกาสเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง เพิ่มขึ้น 1.58 เท่า (95% CI: 1.53-1.62) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ ค่าการแข็งตัวของเลือด เป็นปัจจัยป้องกันการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง พบว่า ค่าการแข็งตัวของเลือด เฉลี่ย 1.74 ซึ่งสูงกว่าค่าปกติ แสดงว่า อาจช่วยลดโอกาสเสียชีวิตได้ 83% ค่าของเสียในเลือด เป็นปัจจัยป้องกันการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง พบว่า ค่าของเสียในเลือด เฉลี่ย 2.9 mg/dL ซึ่งสูงกว่าค่าปกติ ช่วยลดโอกาสเสียชีวิตได้ 53% ค่า Hct เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มการเสียชีวิต

ภายใน 24 ชั่วโมงแรก พบว่า ค่าความเข้มข้นของเลือด เฉลี่ย 31.8±9.4 (95% CI:1.34-2.66) มีโอกาสเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก เพิ่มขึ้น 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีค่าความเข้มข้นของเลือด ปกติ และระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้นทุกๆ 1 ชั่วโมง จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก 1 เท่า (95% CI: 0.75-1.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรกของผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาล สกลนคร จากการวิเคราะห์หลายตัวแปร (n=269)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	Adjusted OR	95% CI		p-value
			lower	upper	
อวัยวะที่บาดเจ็บ					0.004*
การบาดเจ็บมากกว่า 1 ระบบ	49 (18.3)	1.00			
การบาดเจ็บบริเวณช่องท้อง	13 (4.9)	19.17	1.49	246.75	0.023*
การบาดเจ็บที่ทรวงอก	192 (71.6)	3.87	1.56	9.64	0.004*
การบาดเจ็บที่ศีรษะ	14 (5.2)	6.19	0.87	44.02	0.069
สัญญาณชีพ					
อัตราการเต้นของหัวใจ, mean ± SD	105.1 ± 28.4				0.416
ต่ำกว่า 60 ครั้งต่อนาที	14 (5.3)	1.30	1.08	1.52	0.193
60-100 ครั้งต่อนาที	107 (40.5)	1.43	1.36	1.50	0.655
มากกว่า 100 ครั้งต่อนาที	143 (54.2)	1.45	1.39	1.51	
อัตราการหายใจ, median (IQR)	24.0 (8.0)	1.02	0.99	1.05	
ปริมาณออกซิเจนในเลือด, median (IQR)	94.1 (10.0)	0.99	0.97	0.117	
ค่าความดันโลหิตจากการบีบตัวของหัวใจ, median (IQR)	112.6 (50.0)	1.11	0.96	1.27	
ระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว, median (IQR)	189.4 (137.8)	1.56	1.49	1.64	0.448
ต่ำกว่า 100 mg/dl	36 (13.4)	1.59	1.45	1.72	0.374
100-125 mg/dl	21 (7.8)	1.69	1.52	1.86	0.206
126 mg/dl ขึ้นไป	114 (42.4)	1.57	1.49	1.64	0.780
ระดับความรู้สึกตัว, median (IQR)	9.6 (8.0)	1.65	1.58	1.70	0.001*
≤ 8 คะแนน (รุนแรง)	109 (40.5)	1.55	1.49	1.61	0.107
9-12 คะแนน (ปานกลาง)	92 (34.2)	1.62	1.56	1.68	0.045*
13-15 คะแนน (เล็กน้อย)	63 (23.4)	1.65	1.58	1.72	0.602
การใส่ท่อช่วยหายใจ (ETT)	213 (79.2)	1.59	1.55	1.63	0.081
การทำ CT/US	78 (29.0)	1.47	1.39	1.55	0.001*
การใช้ยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด		1.57	1.53	1.62	0.001*
ไม่ได้รับยา	45 (16.7)	1.00			
ได้รับยา	224 (83.3)	1.58	1.53	1.62	0.001*
ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ					
ปริมาณเกล็ดเลือด, median (IQR)	228x10 ³ (161x10 ³)	1.61	1.56	1.66	0.877
<150,000 เซลล์/ไมโครลิตร	114 (42.4)	1.60	1.54	1.66	
≥150,000 เซลล์/ไมโครลิตร	150 (57.6)	1.61	1.56	1.66	
ค่าการแข็งตัวของเลือด, median (IQR)	1.74 (0.6)	0.17	0.11	1.89	0.028*

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรกของผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาล สกลนคร จากการวิเคราะห์หลายตัวแปร (n=269) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	Adjusted OR	95% CI		p-value
			lower	upper	
ค่าของเสียในเลือด, median (IQR)	2.9 (2.0)	0.47	0.30	1.79	0.005*
ความเข้มข้นของเลือด, mean ± SD	31.8 ± 9.4	2.00	1.34	2.66	0.001*
ระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉิน (ชั่วโมง)	4.6 (2.6)	1.00	0.75	1.25	0.001*
≤6 ชั่วโมง	214 (79.5)	1.65	1.61	1.69	0.002*
7-12 ชั่วโมง	23 (8.6)	1.32	1.11	1.53	0.001*
13-18 ชั่วโมง	18 (6.7)	1.00	0.72	1.28	0.060
19 ชั่วโมงขึ้นไป	14 (5.2)	1.00	0.75	1.25	0.076
ICU	76 (28.3)	1.63	1.57	1.70	0.364
การวินิจฉัย		1.64	1.57	1.71	0.364
โรคปอดบวมที่มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ	70 (26.0)				
กลุ่มอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน/ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจบวมหัวใจโต/ภาวะหัวใจล้มเหลว/ภาวะช็อคจากโรคหัวใจ	42 (15.6)				
ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด/ภาวะช็อคจากการติดเชื้อ	52 (19.3)				
ไม่ระบุสาเหตุแน่ชัด					
ภาวะเลือดออกในสมองที่เกิดจากการบาดเจ็บ	23 (8.6)				
ภาวะเลือดออกในสมองที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บที่ศีรษะ	21 (7.8)				
โรค/ภาวะอื่นๆ	61 (22.7)				

* กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรกในส่วนของการศึกษาทางคลินิก พบว่า การบาดเจ็บที่บริเวณช่องท้องและทรวงอก จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรกเป็น 19.17 เท่า (95% CI: 1.49-246.75) และ 3.87 เท่า (95% CI: 1.56-9.64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในระดับนานาชาติของ Kondo และคณะ^๑ ที่ยืนยันความรุนแรงของการบาดเจ็บเป็นตัวทำนายการเสียชีวิตที่สำคัญ แต่แตกต่างจากงานวิจัยของ เกรียงศักดิ์ ปินตาธรรม และคณะ^๑ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ จะเพิ่มความเสี่ยงของการเสียชีวิตใน 24 ชั่วโมงแรก 4.24 เท่า ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่บริเวณช่องท้องและทรวงอก ไม่พบความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงในทางสถิติ (p-value=0.572 และ 0.821 ตามลำดับ) ทั้งนี้ ความแตกต่างที่พบอาจเนื่องมาจากวิธีการจำแนกประเภทและความรุนแรงของการบาดเจ็บอาจมีเกณฑ์ที่ไม่เหมือนกัน เช่น การกำหนดระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ, การบาดเจ็บที่ทรวงอก หรือการบาดเจ็บที่ช่องท้อง ปัจจัยด้านความรู้สึกตัวพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความ

รู้สึกตัวโดยประเมินจากระดับความรู้สึกตัว โดยผู้ป่วยที่มีค่าระดับความรู้สึกตัว เพิ่มมากขึ้นทุกๆ 1 คะแนน จะช่วยลดโอกาสของการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรกได้ 1.65 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ มุกดา ทองประวิทย์ และคณะ¹⁰ ที่พบว่าระดับความรู้สึกตัว ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 มีโอกาสเสียชีวิต เป็น 3.08 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวมากกว่า 8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งจากการศึกษาของเกรียงศักดิ์ ปินตาธรรม และคณะ^๑ ที่ทำการศึกษปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตใน 24 ชั่วโมง ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาโดยได้รับการนอนในโรงพยาบาล พบว่า ระดับความรู้สึกตัว < 8 เป็นปัจจัยที่ทำให้เสียชีวิตถึง 7.37 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ พัชราภรณ์ คล่องแคล่ว และคณะ¹¹ ที่รายงานว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลงมีโอกาสเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงสูงถึง 10.86 เท่า

ปัจจัยด้านการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT)/ การทำ Ultrasound (US) ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ CT/US มีโอกาสรอดชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง เพิ่มขึ้น 1.47 เท่า (95% CI:1.53-1.62) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตรวจ สอดคล้องกับการศึกษา

ของ Huber-Wagner และคณะ¹² ที่ศึกษาย้อนหลังแบบหลายศูนย์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุรุนแรง พบว่า การตรวจ Whole-body CT ระหว่างการช่วยชีวิต เป็นปัจจัยทำนายอิสระต่อการรอดชีวิต โดยสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ 25% เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตรวจ CT และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kimura และคณะ¹³ ที่ศึกษาผลของการติดตั้งเครื่อง CT ในห้องปฐมพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุพบว่า การรักษาผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินที่มีเครื่อง CT เป็นปัจจัยทำนายอิสระที่ช่วยลดการเสียชีวิตในโรงพยาบาล โดยมี Odds Ratio เท่ากับ 0.002 (95% CI: 0.00-0.75) ปัจจัยด้านการได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต (Vasopressor) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับ Vasopressor มีโอกาสเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง เพิ่มขึ้น 1.58 เท่า (95% CI: 1.53-1.62) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Thomas และ คณะ¹⁴ ที่ศึกษาหนึ่งในผู้ป่วยที่ได้รับ Vasopressor ขนาดสูงในภาวะ Septic Shock พบว่า อัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 60.4 ในวันที่ 28 และร้อยละ 66.3 ในวันที่ 90 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมาก การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการใช้ Vasopressor มีความเกี่ยวข้องกับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาในขนาดสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chairat และคณะ¹⁵ ที่ศึกษาย้อนหลังจากศูนย์การแพทย์ตติยภูมิที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทยพบว่า อัตราการเสียชีวิตในวันที่ 28 และอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลอยู่ที่ร้อยละ 34.3 และ 52.6 ตามลำดับ

ปัจจัยด้านผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ด้านผลตรวจค่าการแข็งตัวของเลือด พบว่า ผู้ป่วยที่มีค่าการแข็งตัวของเลือดเฉลี่ย 1.74 ซึ่งสูงกว่าค่าปกติ แสดงว่าอาจช่วยลดโอกาสเสียชีวิตได้ 83% การวัดระดับค่าของเสียในเลือด พบว่า ผู้ป่วยที่มีค่าของเสียในเลือด เฉลี่ย 2.9 mg/dL ซึ่งสูงกว่าค่าปกติ ช่วยลดโอกาสเสียชีวิตได้ 53% การตรวจความเข้มข้นของเลือด พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเข้มข้นของเลือด เฉลี่ย 31.8±9.4 (95% CI:1.34-2.66) มีโอกาสเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก เพิ่มขึ้น 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีความเข้มข้นของเลือด ปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu และคณะ¹⁶ ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วย Sepsis จำนวน 66 คน เพื่อหาปัจจัยทำนายการเสียชีวิตภายใน 28 วัน พบว่า ค่าการแข็งตัวของเลือดในกลุ่มผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่เสียชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ (1.3 เทียบกับ 1.8, *p*-value < 0.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Deng และคณะ^{17,16} ที่ศึกษาระดับครีเอตินินในซีรัม 24 ชั่วโมง ที่เปลี่ยนแปลงไปสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุในระยะสั้นและระยะยาว พบว่า การเปลี่ยนแปลงของระดับ Creatinine ที่เพิ่มขึ้นเกิน 0.2 mg/dL หรือ 20% ในวันเดียวมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ

ระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉิน ผลการศึกษารังนี้พบว่า กลุ่ม

ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก มีค่า Median เท่ากับ 60 นาที มากกว่ากลุ่มที่รอดชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก ที่มีค่า Median เท่ากับ 50 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p*-value 0.001) อีกทั้งผู้ป่วยที่มีระยะเวลาอยู่ในห้องฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้นทุกๆ 1 ชั่วโมง จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก 1.56 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนนา ผาณิตพิเชษฐวงศ์¹⁷ ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการรับบริการในห้องฉุกเฉินมากกว่า 4 ชั่วโมง ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต รายงานว่า ค่ากลางของระยะเวลาการรับบริการเท่ากับ 1 ชั่วโมง 51 นาที และการรับบริการที่ห้องฉุกเฉินมากกว่า 4 ชั่วโมง มีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 2.95 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI: 1.33-6.56) ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความล่าช้าในการได้รับการรักษาเฉพาะเจาะจง (Definitive care) ที่มักจะเป็นการรักษาในห้องผ่าตัดหรือในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ICU) อีกทั้งจากหลายการศึกษายังพบว่า หากใช้เวลาสำหรับการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น โอกาสความสูญเสียก็จะเพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะล่าช้าในกระบวนการขั้นตอนใด โดยอาจส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตหรือพิการโดยไม่จำเป็น หากใช้เวลาสำหรับการปฏิบัติแพทย์ฉุกเฉินน้อยลง โอกาสความสูญเสียก็จะลดลงด้วย¹⁸⁻²⁰

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ที่มารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสกลนคร คิดเป็นร้อยละ 4.2 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ของตัวชี้วัดจากของกรมการแพทย์ ประเทศไทย ที่กำหนดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 มีค่าน้อยกว่าร้อยละ 129 อีกทั้งยังใกล้เคียงจากหลายงานวิจัยที่พบว่า อัตราการเสียชีวิตอยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 4-32^{9-11,21,22} ซึ่งสอดคล้องกับบริบทระบบการส่งต่อของโรงพยาบาลสกลนคร ที่ได้มีการวางระบบการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งต่อและระหว่างการส่งต่อให้มีการดำเนินการด้วยระบบที่ทีมงานและอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่พร้อมและมีศักยภาพ อีกทั้งได้มีการประชุมระดับผู้บริหารโรงพยาบาลร่วมกับระดับปฏิบัติการในการกำหนดแนวทางการเตรียมพร้อมก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (Pre-transport preparation guideline) มีการประเมินความเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างการส่งต่อ กำหนดให้มีการจัดบุคลากรผู้ทำหน้าที่นำส่งที่มีความรู้ความชำนาญ ร่วมกับมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยทั้งขณะส่งต่อและเข้ารับการรักษาที่เหมาะสม จึงทำให้มีอัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงอยู่ในเกณฑ์ต่ำ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรก จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและสามารถทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น การกำหนดแนวทางปฏิบัติ การประเมิน

ความเสี่ยงที่อาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือตรวจพบว่ามีความผิดปกติของสัญญาณชีพได้อย่างทันทั่วทั้งที่ เป็นการนำผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ไปพัฒนา ตลอดจนต่อยอดการวิจัยในสาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้าในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสกลนคร เพื่อลดอคติ และอาจจะนำไปวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคมารวบรวมโดยละเอียดต่อไป

สรุป

การศึกษาผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลสกลนคร พบอัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงที่ร้อยละ 4.2 โดยปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดคือการบาดเจ็บที่อวัยวะสำคัญคือบาดเจ็บที่ช่องท้องและบาดเจ็บที่ทรวงอก ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิต ส่วนระดับคะแนนความรู้สึกตัวที่สูงขึ้นและการตรวจ CT หรืออัลตราซาวนด์ช่วยลดความเสี่ยงการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่การใช้ยากระตุ้นความดันโลหิตและระยะเวลาที่อยู่ในห้องฉุกเฉินนานขึ้นกลับเพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิต ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมีบทบาทสำคัญ โดยค่าการแข็งตัวของเลือดที่สูงช่วยลดความเสี่ยงการเสียชีวิต แต่ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ลดลงเพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิตถึง 2 เท่า อีกทั้งระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉินมีผลต่อการเสียชีวิต 24 ชั่วโมงแรกอย่างมีนัยสำคัญ และพบว่า การอยู่ในห้องฉุกเฉินเพิ่มขึ้นทุก 1 ชั่วโมง จะเพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิต 1.56 เท่า ดังนั้นควรประเมินและรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว รวมถึงการใช้เทคโนโลยีการวินิจฉัยและการติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างใกล้ชิดเพื่อปรับปรุงผลลัพธ์การรักษานักฉุกเฉิน

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2562-2568. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.
2. Hsia RY, Zagorov S, Sarkar N, Savides MT, Feldmeier M, Addo N. Patterns in Patient Encounters and Emergency Department Capacity in California, 2011-2021. JAMA Netw Open. 2023;6(6):e2319438. Published 2023 Jun 1. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.19438.
3. Valli G, Galati E, De Marco F, Bucci C, Fratini P,

Cennamo E, et al. In-hospital mortality in the emergency department: clinical and etiological differences between early and late deaths among patients awaiting admission. Clin Exp Emerg Med. 2021;8(4):325-32. Doi:10.15441/ceem.21.020

4. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2564.
5. Damkliang J, Considine J, Kent B, Street M. Using an evidence-based care bundle to improve Thai emergency nurses' knowledge of care for patients with severe traumatic brain injury. Nurse Educ Pract. 2015;15(4):284-92. Doi:10.1016/j.nepr.2015.03.007
6. กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ โรงพยาบาลสกลนคร. [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 16 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <http://r8way.moph.go.th>
7. Duongthong P, Muengtawepongsa S, Lokeskrawee T, Lawanasko S, Sakornytthadej N, Thongyong P. Factors affecting the first 24-hour mortality of patients receiving emergency medical service (EMS) in a sub-urban area: a retrospective cohort study [version 1; peer review: 1 approved with reservations]. F1000Research. 2023;12:899. Doi:10.12688/f1000research.137744.1
8. Kondo Y, Abe T, Kohshi K, Tokuda Y, Cook EF, Kukita I. Revised trauma scoring system to predict in-hospital mortality in the emergency department: Glasgow Coma Scale, Age, and Systolic Blood Pressure score. Crit Care. 2011;15(4):R191.
9. เกรียงศักดิ์ ปินตาธรรม, วศินี ปล้องนิราศ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตใน 24 ชั่วโมง ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาโดยได้รับการนอนในโรงพยาบาลเชิงรายประชาชนเคราะห์. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. 2565;2(1):66-76.
10. มุกดา ทองประวิทย์, ศรีสุตา อัครพลกุล, มงคล สุริเมื่อง. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรกของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนมารักษาที่โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. 2566;3(2):118-27.
11. พัชรภรณ์ คล่องแคล่ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มา

- รับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลโยธินธร. โยธินเวชสาร. 2565;24(1):45-60.
12. Huber-Wagner S, Lefering R, Qvick LM, Körner M, Kay MV, Pfeifer KJ, et al. Effect of whole-body CT during trauma resuscitation on survival: a retrospective, multicentre study. *Lancet*. 2009;373(9673):1455-61.
 13. Furugori S, Kato M, Abe T, Iwashita M, Morimura N. Treating patients in a trauma room equipped with computed tomography and patients' mortality: a non-controlled comparison study. *World J Emerg Surg*. 2018;13:18.
 14. Scheeren TWL, Bakker J, De Backer D, Annane D, Asfar P, Boerma EC, et al. Current use of vasopressors in septic shock. *Annals of Intensive Care*. 2019;9(20):1-20.
 15. Permpikul C, Sivakorn C, Tongyoo S. In-Hospital Death after Septic Shock Reversal: A Retrospective Analysis of In-Hospital Death among Septic Shock Survivors at Thailand's Largest National Tertiary Referral Center. *Am J Trop Med Hyg*. 2021;104(1):395-402. Doi: 10.4269/ajtmh.20-0896.
 16. Liu J, Bai C, Li B, Shan A, Shi F, Yao C, et al. Mortality prediction using a novel combination of biomarkers in the first day of sepsis in intensive care units. *Sci Rep*. 2021;11:1275. Doi:10.1038/s41598-020-79843-5.
 17. กาญจนนา ผาณิตพิเชฐวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการรับบริการในห้องฉุกเฉินมากกว่า 4 ชั่วโมงของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. *วารสารวิชาการแพทย์เขต* 11. 2566;37(2):47-61.
 18. Esmaeili Ranjbar A, Mayel M, Movahedi M, Ranjbar FE, Mirafzal A. Pre-hospital time intervals in trauma patient transportation by emergency medical service: association with the first 24-hour mortality. *Journal of Emergency Practice and Trauma*. 2016;2(2):37-41.
 19. Sampalis JS, Lavoie A, Williams JI, Mulder DS, Kalina M. Impact of on-site care, prehospital time, and level of in-hospital care on survival in severely injured patients. *J Trauma*. 1993;34(2):252-61.
 20. กรมการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 [เข้าถึงเมื่อ 17 ต.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://healthkpi.dms.go.th/kpi2/kpi/index/?id=1518>
 21. เศรษฐพงษ์ ธนุรัตน์, พรทิพา ตันติบัณฑิต. ลักษณะของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรกในการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน: กรณีวิเคราะห์ข้อมูลระดับจังหวัด. *วารสารกรมการแพทย์*. 2564;46(3):89-95.
 22. รัตเกล้า วงศ์ชัยสุริยะ, เกรียงศักดิ์ ปินตาธรรม, ยุทธนา โค้วจริยะพันธุ์, พรธีรา พรหมยวง. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่นำส่งด้วยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย*. 2564;1(1):14-22.

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โรงพยาบาลสวรรคภ์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

Development of Nursing Practice Guidelines for General Anesthesia in Patients Undergoing Heart Valve Replacement Surgery at Sawanpracharak Hospital Nakhon Sawan Province

มาลี เบญจพลากร, พย.บ., จันทิมา นวะมะวัฒน์, พย.บ., วท.ม., ส.ด., วจี กิจวรายุทธ, พย.ม., แหวดาว ศรีสิทธิ์, พย.ม., จุฬาลักษณ์ ปิ่นวัฒนะ, พย.บ.

Malee Benjapalakorn, B.N.S., Juntima Nawamawat, B.N.S., M.S., Dr.P.H., Wajee Kitwarayut, M.N.S., Waewdao Srisit, M.N.S., Chulalak Pinwattana, B.N.S

Abstract

Objective: To develop and evaluate a Clinical Nursing Practice Guideline (CNPNG) for nurse anesthetists in patients undergoing heart valve replacement under general anesthesia.

Methods: This research and development study comprised four phases: situation analysis, guideline development, guideline implementation, and outcome evaluation. Participants included 21 nurse anesthetists and 42 patients scheduled for heart valve replacement. The CNPNG was validated by three experts with an index of item-objective congruence (IOC) of 1.00. Data collection instruments included a knowledge test, a compliance checklist, satisfaction questionnaires for both nurse anesthetists and patients, an anxiety assessment, and a record of clinical outcomes. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation) and paired t test to compare nurse anesthetists' knowledge scores before and after implementation.

Results: The CNPNG covered three phases: pre-anesthesia, intra-anesthesia, and post-anesthesia care. After guideline implementation, nurse anesthetists' knowledge scores significantly increased (from 14.19 ± 1.8 to 18.62 ± 1.7). All participants achieved the required performance criteria (100%). Satisfaction with the guideline was rated high (4.14 ± 0.4). Patients also reported high overall satisfaction with care (3.99 ± 0.3). In terms of service quality, all patients received pre- and post-anesthesia visits (100%), and no anesthesia-related complications were observed.

Conclusion: The developed CNPNG provides an effective framework to support nurse anesthetists in delivering safe and standardized anesthesia care for patients undergoing heart valve replacement, thereby enhancing nursing service quality and patient outcomes

Keywords: Clinical nursing practice guideline, heart valve replacement surgery, general anesthesia

วันที่รับ (received) 25 กรกฎาคม 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 สิงหาคม 2568

วันที่ตอบรับ (accepted) 25 สิงหาคม 2568

Published online ahead of print 27 สิงหาคม 2568

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวรรคภ์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์
Department of nursing, Sawanpracharak Hospital, NakhonSawan

Corresponding Author: มาลี เบญจพลากร

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวรรคภ์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

Email: Yun0917574695@gmail.com

doi: <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2025.23>

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์แนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกในการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก การนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ และการประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยวิสัญญีพยาบาล 21 ราย และผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำนวน 42 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแนวปฏิบัติฯที่ผ่านการประเมินคุณภาพโดย

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติฯ แบบสอบถามความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วย แบบประเมินการเยี่ยมผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วย และแบบบันทึกผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็นสถิติเชิงพรรณนา ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายข้อมูลพื้นฐาน ความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติ และความพึงพอใจ สถิติเชิงอนุมานใช้ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ของวิสัญญีพยาบาลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ

ผลการศึกษา: แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ครอบคลุม 3 ระยะ ได้แก่ ก่อน ระหว่างและหลังการให้การระงับความรู้สึก หลังการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่าวิสัญญีพยาบาลมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จาก 14.19 ± 1.8 คะแนน เป็น 18.62 ± 1.7 คะแนน) ทุกคนสามารถปฏิบัติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 100) ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติฯ ในระดับมาก (4.14 ± 0.4) ขณะที่ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลโดยรวมในระดับมากเช่นกัน (3.99 ± 0.3) ผลด้านคุณภาพบริการ พบว่าผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมก่อนและหลังการระงับความรู้สึกร้อยละ 100 และไม่พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างการระงับความรู้สึก

สรุป: แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถใช้เป็นแนวทางให้วิสัญญีพยาบาลปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และส่งผลเชิงบวกต่อคุณภาพบริการพยาบาล

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก, การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ, การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

บทนำ

โรคลิ้นหัวใจ (Valvular heart disease) เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญทั่วโลก สาเหตุอาจเกิดจากความผิดปกติโดยกำเนิดหรือเป็นผลจากโรคที่ส่งผลต่อลิ้นหัวใจในภายหลัง เช่น โรคหัวใจรูห์มาติก (Rheumatic heart disease) โรคติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ (Infective endocarditis) พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอาจเป็นแบบลิ้นหัวใจรั่ว หรือลิ้นหัวใจตีบ การรักษาหลักในผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ คือ การเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Heart Valve Replacement Surgery) ข้อมูลสถิติจากสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย มีผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ในประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2560-2562 จำนวน 2,518, 2,669 และ 2,747 ราย ตามลำดับ และสถิติในปีพ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจำนวน 2,476, 3,085 และ 3,103 ราย ตามลำดับ¹ แสดงถึงแนวโน้มการเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์เป็นโรงพยาบาลศูนย์แม่ข่ายของเขตสุขภาพที่ 3 มีบทบาทในการสร้างศูนย์ความเป็นเลิศด้านต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับนโยบายที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข มีศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคหัวใจ และพัฒนางานบริการด้านโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง จากสถิติโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ มีผู้ป่วยรับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ในปีงบประมาณ 2565, 2566 จำนวน 69 และ 95 ราย² ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจดังกล่าว ส่วนใหญ่จะมีอาการของโรคอยู่ในขั้นรุนแรง (NYHA class III, IV) มีอาการเหนื่อย หอบ น้ำท่วมปอด ภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเป็นภาวะเสี่ยงสูงต่อการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด

การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเป็นหัตถการที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูง เนื่องจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open-heart surgery) ภายใต้อาการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ในระหว่างการผ่าตัดต้องทำให้หัวใจของผู้ป่วยหยุดเต้นชั่วคราวเพื่อให้ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัดได้สะดวก ระบบไหลเวียนเลือดของผู้ป่วยจะถูกหมุนเวียนด้วยเครื่องหัวใจและปอดเทียม เป็นระบบไหลเวียนนอกร่างกาย³ (Cardiopulmonary bypass, CPB) จึงมีความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและมีอัตราการเสียชีวิตในระหว่างและหลังผ่าตัดสูง จึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังอย่างสูง วิสัญญีพยาบาลที่ทำงานร่วมกับวิสัญญี แพทย์ในทีมผ่าตัดต้องมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดทั้งในระยะก่อน ระหว่างและหลังการผ่าตัด ต้องมีความรู้ความเข้าใจในโรค ขั้นตอนการดูแลและระงับความรู้สึก ผลกระทบ ของการระงับความรู้สึกที่มีผลต่อหัวใจและระบบไหลเวียนเลือด มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ ภาวะเลือดออกผิดปกติ ภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ มีภาวะปอดบวมหรือปอดแฟบต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ผลผ่าตัดติดเชื้อ รวมทั้งการเฝ้าระวังขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปไอซียูเมื่อการผ่าตัดแล้วเสร็จ หากพบภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 1 อย่าง จะทำให้มีโอกาเสียชีวิตเพิ่มได้ถึงร้อยละ 40.9⁴

การดูแลให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยกลุ่มนี้วิสัญญีพยาบาลต้องสามารถปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและผู้ป่วยมีความปลอดภัย ซึ่งการปฏิบัติของหน่วยงานการพยาบาลวิสัญญีในการให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จะเป็นการบริหารจัดการให้วิสัญญีพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการให้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกายมากกว่า 3 ปี ปฏิบัติงานร่วมกับวิสัญญีพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการให้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกายมากกว่า 5 ปี หมุนเวียนไปปฏิบัติงาน จากการทบทวนผลการปฏิบัติงานร่วมกับเปิดรับฟัง

ข้อคิดเห็นของพยาบาลวิสัญญีผู้ปฏิบัติงาน พบว่า ทีมวิสัญญีพยาบาลยังขาดความมั่นใจในการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ในเรื่องความรู้ความเข้าใจขั้นตอนในการระงับความรู้สึกแต่ละระยะ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยเมื่อใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม และยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเฉพาะโรค

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการให้การระงับความรู้สึกทั่วร่างกายสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาล ป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย และสร้างมาตรฐานเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์หลังการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้ ดังนี้
 - 2.1 ด้านผู้ให้บริการ: ความรู้ ความสามารถ และความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล
 - 2.2 ด้านผู้รับบริการ: ความพึงพอใจของผู้ป่วย
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกจากการนำแนวปฏิบัติ ฯ ไปใช้ ดังนี้
 - 3.1 การเยี่ยมประเมินก่อนและหลังการระงับความรู้สึก
 - 3.2 การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการระงับความรู้สึก
 - 3.3 การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการนำส่งผู้ป่วยไปหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลลัพธ์แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ COA No. 11/2568 มีขั้นตอนการดำเนินการเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ ความต้องการแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (เดือนธันวาคม 2567-มกราคม 2568) โดยการสำรวจปัญหาทางการพยาบาลในการดูแลระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ รวบรวมข้อมูลจากไบบันทึกรายการให้การระงับความรู้สึก การสังเกตการปฏิบัติของวิสัญญีพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย การสนทนากลุ่มทีมที่เกี่ยวข้องกับการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

จากนั้นนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ และสรุปประเด็น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ในการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก คือวิสัญญีพยาบาล และวิสัญญีแพทย์ รวมจำนวน 5 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติมีประสบการณ์ในการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมากกว่า 5 ปี ในการสำรวจความคิดเห็นความต้องการในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค และการมีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการระงับความรู้สึก ฯ คือวิสัญญีพยาบาลจำนวน 21 คน คัดเลือกโดยกำหนดคุณสมบัติแบบเจาะจง คือมีประสบการณ์ในการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดไม่น้อยกว่า 3 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: แนวคำถามในการสนทนากลุ่มแบบสอบถามความคิดเห็นของวิสัญญีพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

ระยะที่ 2 การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลในการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (เดือนมกราคม 2568 – เดือน กุมภาพันธ์ 2568) ดำเนินการดังนี้

1. กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจประกอบด้วย หัวหน้างานวิสัญญีพยาบาล 1 คน วิสัญญีพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 2 คน อาจารย์พยาบาลหัวหน้างานวิจัยและบริการวิชาการ 1 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม 1 คน หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนัก 1 คน รวมทั้งหมดจำนวน 6 คน
2. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้รูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประเทศสหรัฐอเมริกาของซูดัพ (Soucup) 5 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ ตำรา บทความวิชาการ งานวิจัย ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ทั้งในประเทศและต่างประเทศจาก Google Scholar Thai LIS และ THAIJO โดยกำหนดช่วงปีสืบค้นระหว่าง พ.ศ. 2557-2567

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute)⁶ โดยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 10 เรื่อง แบ่งเป็นระดับ 2a (Systematic review of quasi-experimental study) จำนวน 3 เรื่อง 3a (Systematic review of comparable cohort study) จำนวน 1 เรื่อง 5a (Systematic review of expert opinion) จำนวน 4 เรื่อง และ 4d (Case study) จำนวน 2 เรื่อง สรุปประเด็นผลการสืบค้น จากนั้นทำการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัด

เปลี่ยนลิ้นหัวใจ ทำการยกร่างและกำหนดเป็นแนวปฏิบัติทางการแพทย์ทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ (1) การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (2) การดูแลระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก แบ่งออกเป็น 3 ระยะย่อย คือ 2.1) ระยะก่อนใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม 2.2) ระยะขณะใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม 2.3) ระยะหยุดใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม และ (3) การดูแลหลังให้ยาระงับความรู้สึก แล้วส่งตรวจประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ วิสัญญีแพทย์คุณวุฒินุสาขาวินิจฉัยวิทยา สำหรับการผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดใหญ่และทรวงอก 1 คน ศัลยแพทย์ทรวงอก หัวใจและหลอดเลือด 1 คน วิสัญญีพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายอย่างน้อย 10 ปี 1 คน รวม 3 คน โดยใช้เครื่องมือ AGREE II⁷ ในการประเมินคุณภาพ โดยครอบคลุมหัวข้อเป็นหมวดหมู่ดังนี้ (1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ (2) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (3) ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ (4) ความชัดเจนในการนำเสนอ (5) การนำไปใช้ และ (6) ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ จากนั้นทำการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจนได้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ฉบับสมบูรณ์ ซึ่งผลการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติฯ โดยรวมคิดได้ค่าร้อยละ 85.3

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินผลลัพธ์ ประกอบด้วย 7 ชุด แต่ละชุดมีกระบวนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. แบบทดสอบความรู้ พัฒนาขึ้นในรูปแบบข้อสอบให้เลือกตอบถูก-ผิด (True-False) จำนวน 20 ข้อ รวม 20 คะแนน โดยออกแบบให้ครอบคลุมเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ คือ ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ขณะให้ยาระงับความรู้สึก และหลังการให้ยาระงับความรู้สึก แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) 1.00 เกณฑ์ผ่านการประเมิน (Minimal passing level ; MPL) $\geq 80\%$ คือต้องตอบถูก 16 ข้อ ขึ้นไป

2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการแพทย์พัฒนาขึ้นในรูปแบบการสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติตามรายการที่กำหนด (Checklist) จำนวน 30 ข้อ รวม 60 คะแนน ถ้าปฏิบัติครบให้ 2 คะแนน ปฏิบัติแต่ไม่ครบให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน โดยออกแบบให้ครอบคลุมเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ คือ ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ขณะให้ยาระงับความรู้สึก และหลังการให้ยาระงับความรู้สึก แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) 1.00 เกณฑ์ผ่านการประเมิน (MPL) $\geq 80\%$ คือต้องได้คะแนน 48 คะแนน ขึ้นไป

3. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางการแพทย์พัฒนาขึ้นในรูปแบบสอบถามความพึงพอใจโดยการประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ต จากระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด ถึงพึงพอใจมากที่สุด จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย 1) ความเหมาะสมในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 2) ความสะดวกในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 3) แนวปฏิบัติเป็นประโยชน์ต่อวิสัญญีพยาบาลในการปฏิบัติให้ครอบคลุมกับลักษณะหรือปัญหาของผู้ป่วย 4) การนำแนวปฏิบัติไปใช้เป็นผลดีมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย 5) แนวปฏิบัติเป็นผลดีในการบริหารจัดการกำลังคนและเวลา และ 6) ความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ คะแนนมากเท่ากับมีความพึงพอใจในระดับมาก แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) 0.85

4. แบบวัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของกรมสุขภาพจิต (General Anxiety Disorder-7; GAD-7) เป็นแบบประเมินความรู้สึกด้วยตนเองของผู้ป่วยจำนวน 7 ข้อ ดังนี้ ถ้ามีความรู้สึกตามรายการประเมินเกือบตลอดเวลา ได้ 3 คะแนน ถ้ามีเกิน 7 วัน ในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนการผ่าตัด ได้ 2 คะแนน มีบางครั้ง ได้ 1 คะแนน ไม่มีเลย ได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนรวม คือ ได้ 0 คะแนน หมายถึงไม่มีความวิตกกังวลเลย ได้ 1-9 คะแนน มีความวิตกกังวลในระดับเฉื่อย หรือสูงกว่าเกณฑ์เฉื่อยเล็กน้อย ได้ 10-14 คะแนน หมายถึงมีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ถ้าได้ 15-21 คะแนน หมายถึงมีความวิตกกังวลในระดับสูง ควรแจ้งพยาบาลหรือแพทย์ที่ดูแล

5. แบบประเมินการเยี่ยมผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจพัฒนาขึ้นในรูปแบบการสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติตามรายการที่กำหนด (Checklist) จำนวน 19 ข้อ รวม 38 คะแนน ถ้าปฏิบัติครบให้ 2 คะแนน ปฏิบัติแต่ไม่ครบให้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน โดยออกแบบให้ครอบคลุมเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ คือ ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ขณะให้ยาระงับความรู้สึก และหลังการให้ยาระงับความรู้สึก แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) 1.00 เกณฑ์ผ่านการประเมิน $\geq 60\%$ คือต้องได้คะแนน 23 คะแนน ขึ้นไป

6. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลของวิสัญญีพยาบาลในการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจพัฒนาขึ้นในรูปแบบสอบถามความพึงพอใจโดยการประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ต จากระดับความพึงพอใจน้อยที่สุด ถึงพึงพอใจมากที่สุด จำนวน 10 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 10 -50 คะแนน คะแนนมากหมายถึงมีความพึงพอใจในระดับมาก แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) 1.00

7. แบบบันทึกผลลัพธ์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ พัฒนาขึ้นในรูปแบบใบบันทึกการประเมินจากแบบบันทึกเอกสารต่าง ๆ ที่ใช้ในการระงับความรู้สึก เพื่อสรุปผลลัพธ์ทางคลินิกและทางการพยาบาลจำนวน 5 ด้าน ได้แก่ 1) การทำผ่าตัดได้สำเร็จ 2) การเย็บประเมินอาการก่อนให้การระงับความรู้สึก 3) การดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้การระงับความรู้สึก 4) การดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังให้การระงับความรู้สึกระหว่างนำส่งหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤติ 5) การดูแลหลังให้ความรู้ระหว่างอยู่ที่หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤติ โดยออกแบบให้ครอบคลุมเนื้อหาการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะ คือ ก่อนให้การระงับความรู้สึก ขณะให้การระงับความรู้สึก และหลังให้การระงับความรู้สึก แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) 1.00

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยแบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติ แบบประเมินการเยี่ยมผู้ป่วย ใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.83, 0.75 และ 0.64 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาล ความพึงพอใจของผู้ป่วย และแบบวัดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ใช้สูตรสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Alpha's cronbach) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87, 0.78 และ 0.72 ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 4 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ในการดูแลระงับความรู้สึกไปใช้ในหน่วยงาน

ระยะที่ 3 นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยทั่วร่างกายสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย (เดือน มีนาคม 2568 – พฤษภาคม 2568) โดยดำเนินการ ดังนี้

1. ประชุมคณะทำงานและเตรียมบุคลากรในหน่วยงาน อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย จากนั้นทำการทดสอบความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้
2. นำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ดูแลระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ติดตาม กำกับ และให้คำปรึกษารณีมีข้อสงสัยหรือมีปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน
3. รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย รวมทั้งปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนปรับปรุงพัฒนา
4. เมื่อเก็บข้อมูลแล้วเสร็จ ทำการทดสอบความรู้ และสอบถามความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ จำนวน 21 คน

คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ (1) มีประสบการณ์ในการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ 3 ปีขึ้นไป (2) ไม่อยู่ในระหว่างการลาศึกษาต่อหรือลาคลอด (3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2. กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจระหว่างมีนาคม 2568 – พฤษภาคม 2568 โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ (1) เป็นผู้ป่วยผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า (Elective case) (2) อายุระหว่าง 20-80 ปี (3) เข้ารับการผ่าตัดในช่วงเวลา 08.00 -16.00 น. (4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (1) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจร่วมกับการผ่าตัดอย่างอื่น เช่น การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (2) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมได้แก่ ไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง (3) ผู้ป่วยที่ใส่ท่อหายใจก่อนมาระงับความรู้สึก โดยใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 42 ราย

ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ดังนี้ (เดือนมีนาคม-เดือนมิถุนายน 2568)

1. ผลลัพธ์ด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลระงับความรู้สึกทั่วร่างกายสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติพยาบาลในการดูแลระงับความรู้สึกทั่วร่างกายสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของวิสัญญีพยาบาล
2. ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ร้อยละของการเย็บประเมินผู้ป่วยก่อนและหลังการระงับความรู้สึก ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการระงับความรู้สึก ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการนำส่งผู้ป่วยไปหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในระยะที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม และเอกสารด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ใช้สถิติบรรยาย (Descriptive statistic) ในการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับเพศ ระดับการศึกษา อายุ ประสบการณ์การทำงาน คะแนนความรู้ คะแนนความสามารถในการปฏิบัติงาน คะแนนความวิตกกังวล คะแนนความพึงพอใจ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและสูงสุด 2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ) โดยการทดสอบค่าที่แบบจับคู่ (Paired t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .05$

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ เลขที่ COA No.11/2568 ลงวันที่ 19 มีนาคม 2568 พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัย การตอบรับเข้าร่วมโครงการ หรือการปฏิเสธ หรือถอนตัวออกจากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้บริการ หรือผลต่อการดูแลรักษาในกลุ่มผู้รับบริการ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับไม่สามารถสืบค้นไปถึงตัวอาสาสมัครได้ การนำเสนอผลการวิจัยหรือการเผยแพร่ผลงานจะกระทำในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

นำเสนอผลการวิจัยตามจุดประสงค์ ดังนี้

1. ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายสำหรับผู้ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย ได้ผลการศึกษาดังนี้

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า วิสัญญีพยาบาลทีมหมุนเวียน (วิสัญญีพยาบาลหัวหน้าเวรและวิสัญญีพยาบาลปฏิบัติการ) ร้อยละ 61.9 ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม (Cardiopulmonary bypass, CPB) รองลงมาคือขาดความรู้ความเข้าใจในขั้นตอนการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในแต่ละระยะ (ร้อยละ 57.1) ไม่มั่นใจในสมรรถนะของตนเองในการดูแลระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (ร้อยละ 57.1) เนื่องจากมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยน้อย (ร้อยละ 23.8) และการปฏิบัติยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน (ร้อยละ 38.1) เมื่อสอบถามความต้องการ พบว่า ต้องการให้มีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลระงับความรู้สึกทั่วร่างกายสำหรับผู้ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจทั้ง 3 ระยะ คือ ก่อนให้การระงับความรู้สึก ขณะให้การระงับความรู้สึก และหลังให้การระงับความรู้สึก ร้อยละ 90.5 โดยจัดทำเป็นคู่มือแสดงรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติทั้ง 3 ระยะ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (ร้อยละ 81.5) และวิธีการติดตามและประเมินผลการดูแลผู้ป่วยหลังระงับความรู้สึก

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติพยาบาลทางคลินิก (n=21)

ประเด็นการเปรียบเทียบ	ก่อนใช้แนวปฏิบัติ	หลังใช้แนวปฏิบัติ	Mean Difference	95% CI		p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)		Lower	Upper	
ความรู้ในการดูแลระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ	14.19 (1.8)	18.62 (1.7)	4.43	3.67	5.18	<0.001

และระหว่างการนำส่งหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ร้อยละ 52.4)

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายสำหรับผู้ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่า แนวปฏิบัติ มีเนื้อหาประกอบด้วย วัตถุประสงค์ขอบเขตของแนวปฏิบัติ คำจำกัดความ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการระงับความรู้สึก ลักษณะงานที่ปฏิบัติ หลักเกณฑ์การปฏิบัติงาน และวิธีการปฏิบัติงาน โดยแสดงเป็นขั้นตอนการปฏิบัติงานในรูปของ Flow chart ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ (1) การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (2) การดูแลระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก แบ่งออกเป็น 3 ระยะย่อย คือ 2.1) ระยะก่อนใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม 2.2) ระยะขณะใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม 2.3) ระยะหยุดใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม และ (3) การดูแลหลังให้ยาระงับความรู้สึกระหว่างนำผู้ป่วยส่งหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยขณะอยู่หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตและหออภิบาล ผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอกและหัวใจ ซึ่งแนวปฏิบัติ ๓ จัดทำในรูปแบบเอกสารคู่มือปฏิบัติงาน

2. ผลการประเมินผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติ มีดังนี้

2.1 ด้านผู้ให้บริการ กลุ่มตัวอย่างวิสัญญีพยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษามีอายุระหว่าง 29-46 ปี อายุเฉลี่ย 36.14 ปี (S.D.=5.1) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.0 ประสบการณ์ทำงานเป็นวิสัญญีพยาบาลเฉลี่ย 7.95 ปี (SD. =3.5) และให้การดูแลระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เฉลี่ย 4.48 ปี (SD. =1.6)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของวิสัญญีพยาบาลในการดูแลระงับความรู้สึกทั่วร่างกายสำหรับผู้ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติฯ พบว่า ก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ มีคะแนนเฉลี่ย 14.19 (S.D.=1.8) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยมีผู้สอบผ่านเกณฑ์ (MPL≥16 คะแนน) จำนวน 16 คน (ร้อยละ 76.2) ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 5 คน (ร้อยละ 23.8) หลังการใช้แนวปฏิบัติฯ มีคะแนนเฉลี่ย 18.62 (S.D.=1.7) จาก 20 คะแนน โดยสอบผ่านเกณฑ์ทุกคน (ร้อยละ 100) และมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) (ตารางที่ 1)

ความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติโดยรวม 59.38 คะแนน (S.D.=0.9) จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน (MPL \geq 48 คะแนน) โดยวิสัญญีพยาบาลสามารถปฏิบัติผ่านเกณฑ์ทุกคน (ร้อยละ100) และ

เมื่อพิจารณาความสามารถในการระงับความรู้สึกในแต่ละย่อย พบว่า สามารถปฏิบัติผ่านเกณฑ์ทุกระยะ โดยระยะที่วิสัญญีพยาบาลสามารถปฏิบัติได้คะแนนเต็มทุกคน ได้แก่ ระยะก่อนเข้า CPB ก่อนออก CPB และระยะหลังให้การระงับความรู้สึก (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสามารถของวิสัญญีพยาบาลในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (n=21)

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ	minimum	maximum	Mean (SD)	MPL	การผ่านเกณฑ์
1. ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก	5	6	5.95(0.2)	6	ผ่าน
2. ระยะขณะให้การระงับความรู้สึก					
2.1 ระยะเริ่มให้การระงับความรู้สึก	7	8	7.95(0.2)	8	ผ่าน
2.2 ระยะดำเนินการให้การระงับความรู้สึก	7	8	7.90 (0.3)	8	ผ่าน
2.3 ระยะก่อนเข้า CPB	4	4	4.0 (0.0)	4	ผ่าน
2.4 ระยะ Bypass On	7	8	7.95 (0.2)	8	ผ่าน
2.5 ระยะก่อนออกจาก CPB	16	16	16.0 (0.0)	16	ผ่าน
3. ระยะหลังให้การระงับความรู้สึก	6	6	6.0 (0.0)	6	ผ่าน
4. การเยี่ยมผู้ป่วยที่ ICU	2	4	3.62 (0.9)	4	ผ่าน
ความสามารถในการปฏิบัติโดยรวม	56	60	59.38 (0.9)	60	ผ่าน

สำหรับความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากทุกข้อโดยมีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.10-4.19 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน

ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความเหมาะสมในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (Mean 4.19 S.D.= 0.4) ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของวิสัญญีพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (n=21)

หัวข้อประเมิน	Mean (SD)	ระดับความพึงพอใจ
1. ความเหมาะสมในการนำแนวปฏิบัติไปใช้	4.19 (0.4)	มาก
2. ความสะดวกในการนำแนวปฏิบัติไปใช้	4.10 (0.3)	มาก
3. แนวปฏิบัติเป็นประโยชน์ต่อวิสัญญีพยาบาลในการปฏิบัติให้ครอบคลุมกับลักษณะ หรือปัญหาของผู้ป่วย	4.10 (0.3)	มาก
4. การนำแนวปฏิบัติมาใช้เป็นผลดีต่อผู้ป่วย	4.14 (0.5)	มาก
5. การนำแนวปฏิบัติมาใช้เป็นผลดีในการบริหารจัดการอัตรากำลังและเวลา	4.10 (0.3)	มาก
6. ความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ	4.14 (0.4)	มาก

2.2 ด้านผู้ใช้บริการ

ผลการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 ราย พบว่า มีอายุระหว่าง 18-77 ปี อายุเฉลี่ย 54.14 ปี (SD.=14.8) เพศชาย ร้อยละ 66.7 เพศหญิง ร้อยละ 33.3 มีภูมิลำเนาอยู่จังหวัดนครสวรรค์ ร้อยละ 42.9 กำแพงเพชรร้อยละ 33.3 อุทัยธานีร้อยละ 14.3 และชัยนาท ร้อยละ 9.5 ประเมินค่า NYHA Class พบว่า อยู่ในระดับ 3 ร้อยละ 57.1 ระดับ 2 ร้อยละ 40.5 และระดับ 4 ร้อยละ 2.4

มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 22.9 (SD.=4.3) การศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 52.4 รองลงมาคือปริญญาตรี ร้อยละ 21.4 สูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ19.0 และอนุปริญญา ร้อยละ 7.1 ประกอบอาชีพลูกจ้างมากที่สุด ร้อยละ 40.5

เมื่อประเมินระดับความวิตกกังวลในการระงับความรู้สึกเพื่อทำผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.0 รองลงมาคือมีความกังวลในระดับเฉลี่ยหรือสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย ร้อยละ 16.7 มีเพียง 1 รายที่มี

ความวิตกกังวลในระดับสูง ร้อยละ 2.4

สำหรับความพึงพอใจต่อการดูแลระดับความรู้สึก พบว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากทั้งโดยรวมและรายข้อ มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.81-4.36 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ข้อที่มี

ความพึงพอใจมากที่สุด คือ การมาเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด (Mean 4.36, SD.= 0.5) รองลงมาคือ การให้ข้อมูลคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก (Mean 4.05, SD.= 0.4) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจต่อการดูแลระดับความรู้สึก (n=42)

หัวข้อประเมิน	Mean (SD)	ผลลัพธ์
1. การมาเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด	4.36 (0.5)	มาก
2. การให้ข้อมูลคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก	4.05 (0.4)	มาก
3. การให้คำแนะนำสาธิตและการฝึกปฏิบัติการบริหารการหายใจและการไออย่างถูกวิธี	3.98 (0.5)	มาก
4. การให้ความรู้เรื่องการประเมินความปวด และการจัดการความปวดหลังผ่าตัด	3.83 (0.5)	มาก
5. การเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อคลายความวิตกกังวลที่จะได้รับการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด	3.83 (0.5)	มาก
6. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพหลังผ่าตัด	3.81 (0.5)	มาก
7. การให้ความรู้ในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด	4.02 (0.2)	มาก
8. การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด	3.93 (0.3)	มาก
9. การให้ความรู้ในการดูแลตนเองและการปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่บ้าน	4.02 (0.3)	มาก
10. ความพึงพอใจโดยรวม	3.99 (0.3)	มาก

2.3 ด้านคุณภาพบริการ

ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการระงับความรู้สึกที่ร่างกายสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจในช่วงที่มีการนำแนวปฏิบัติ การพยาบาลทางคลินิกดังกล่าวมาปฏิบัติ มีผลลัพธ์ด้านคุณภาพบริการ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 42 ราย ที่มารับการผ่าตัดได้รับการทำผ่าตัดสำเร็จทุกราย (ร้อยละ100) ระยะเวลาการผ่าตัดเฉลี่ยนาน 201.69 นาที (SD.=60.4) โดยไม่มีอุบัติการณ์การงด หรือเลื่อนผ่าตัดจากสาเหตุปัจจัยไม่พร้อมด้านผู้ป่วย หรือเนื่องจากวิสัญญีพยาบาลขาดทักษะการเตรียมผู้ป่วยระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัด ไม่มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิต หลังการระงับความรู้สึก และขณะทำผ่าตัด

2. ผลลัพธ์ทางการพยาบาล แบ่งออกเป็น 4 ระยะดังนี้

2.1 ระยะก่อนให้การระงับความรู้สึก พบว่า ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมประเมินก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทุกราย (ร้อยละ 100) ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึกทุกราย (ร้อยละ 100)

2.2 ขณะให้การระงับความรู้สึก พบว่า มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะปอด บาดเจ็บขณะศัลยกรรมทำผ่าตัด Incision Sternotomy ภาวะแผลกดทับจากการจัดท่า ภาวะ Hypotension ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะ Hypoxia ภาวะ Hypothermia และ Hyperthermia

แก่ผู้ป่วยทุกราย (ร้อยละ100)

2.3 ระยะหลังให้การระงับความรู้สึกระหว่างนำส่งหออภิบาลผู้ป่วยหนัก พบว่า มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤต มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะ Severe Hypotension, Massive Bleeding ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ แก่ผู้ป่วยทุกราย (ร้อยละ100)

2.4 ระยะหลังการระงับความรู้สึกที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก /หอผู้ป่วย พบว่า มีการติดตามเยี่ยมประเมินผู้ป่วยหลังระงับความรู้สึกขณะพักที่หออภิบาลผู้ป่วยหนัก /หอผู้ป่วย มีการประเมินภาวะ Severe Pain และ ภาวะ Shivering ทุกราย (ร้อยละ 100) ผู้ป่วยทุกราย (ร้อยละ100) ไม่มีการติดเชื้อหลังผ่าตัด

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้ พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการระงับความรู้สึกที่ร่างกายสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิผลในการสร้างผลลัพธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นทั้งทางด้านผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ อาจเนื่องจากแนวปฏิบัติฯ นี้มีคุณภาพสูง จากคะแนน AGREE II โดยรวมเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 85.3 ซึ่งโดยทั่วไปคะแนนที่มากกว่าร้อยละ 70 ถือว่าเป็นแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพสูง⁷ สามารถนำมาใช้ได้จริง (Applicability) เนื่องจากพัฒนาขึ้นจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ และทันสมัย (Rigour of development) ในคู่มือปฏิบัติมีการกำหนดวัตถุประสงค์และขอบเขตของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ที่ชัดเจน (Scope and purpose)

มีการแสดงขั้นตอนการปฏิบัติงานในแต่ละระยะการให้ยาระงับความรู้สึกในรูปแบบของ Flow chart ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และระบุทางเลือก (Algorithm) ในการจัดการกับแต่ละสถานการณ์ ซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ให้บริการโดยวิสัญญีพยาบาลมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากคะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้แนวปฏิบัติฯ 14.19 ± 1.8 คะแนน ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์กำหนดความรู้ขั้นต่ำ (MPL $\geq 80\%$ จากคะแนนเต็ม) หลังใช้แนวปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ย 18.62 ± 1.7 คะแนน และสอบผ่านเกณฑ์ทุกคน (ร้อยละ 100) เมื่อพิจารณาความสามารถโดยรวมในการให้การระงับความรู้สึก วิสัญญีพยาบาลสามารถปฏิบัติตามเกณฑ์ทุกคน (ร้อยละ 100) และความสามารถในแต่ละย่อย พบว่า สามารถปฏิบัติตามเกณฑ์ทุกระยะ โดยระยะที่สามารถปฏิบัติตามได้คะแนนเต็มทุกคน ได้แก่ ระยะก่อนเข้า CPB ก่อนออก CPB และระยะหลังให้การระงับความรู้สึก สะท้อนว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มสมรรถนะให้วิสัญญีพยาบาลทั้งในด้านความรู้และความสามารถในการปฏิบัติได้ตรงกับสิ่งที่วิเคราะห์สถานการณ์ พบว่าเป็นปัญหาอุปสรรคที่ศึกษาในระยะที่ 1 โดยวิสัญญีพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายฯ ในระดับมากทุกข้อ มีคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.10-4.19 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความเหมาะสมในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ มีคะแนนเฉลี่ย 4.19 ± 0.4

ผลของการใช้นโยบายฯ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ให้บริการจะส่งผลที่ดีต่อผู้ใช้บริการตามมา สอดคล้องกับข้อเสนอแนะการพัฒนาแนวปฏิบัติของ Saunder และคณะ³ ที่กล่าวว่าแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพจะทำให้การดูแลผู้ป่วย (Quality of care) มีคุณภาพมากขึ้น และเกิดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย (Patient outcomes) ที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหรือการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับการดูแลและระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด⁹⁻¹³ โดยในการศึกษานี้ผู้ป่วยทุกราย (ร้อยละ 100) ได้รับการเยี่ยมประเมินก่อนให้การระงับความรู้สึก ผู้ป่วยจะได้รับ คำอธิบายและคำแนะนำเกี่ยวกับปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึก ซึ่งการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดช่วยให้ ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและสามารถดูแลตนเองและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในการศึกษานี้ พบว่าผู้ป่วยผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการบริการระงับความรู้สึกในระดับสูง ข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ การมาเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ย 4.36 ± 0.5 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ในด้านความวิตกกังวลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ร้อยละ 81.0 รองลงมา มีความกังวลในระดับเกณฑ์เฉลี่ย หรือสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย ร้อยละ 16.7 มีเพียง 1 ราย ที่มีความวิตกกังวลในระดับสูง

สำหรับผลของการใช้นโยบายฯ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อ

คุณภาพบริการ โดยผู้ป่วยทุกรายที่มารับการผ่าตัดได้รับการทำผ่าตัดสำเร็จทุกราย (ร้อยละ 100) ไม่มีอุบัติเหตุเคลื่อน หรืองดการผ่าตัดที่มีสาเหตุจากปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ทั้งในฝั่งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ผู้ป่วยได้รับการดูแลในแนวทางที่กำหนดทุกระยะของการระงับความรู้สึก อัตราการเย็บประเมินก่อนผ่าตัดโดยวิสัญญีพยาบาลได้ตามเกณฑ์ร้อยละ 100 มีการดูแลเฝ้าระวังตามมาตรฐานของการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โดยมีวิสัญญีพยาบาลช่วยระวังและประเมินภาวะแทรกซ้อนระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก ขณะหยุดใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม ระยะหลังผ่าตัดนำส่งผู้ป่วยย้ายไปหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต

สรุป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและประเมินผลลัพธ์การนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ผู้วิจัยพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้รูปแบบการพัฒนาการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 กำหนดแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ ตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยกำหนดช่วงปีสืบค้นระหว่าง พ.ศ. 2557-2567 ขั้นตอนที่ 2 กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute) สรุปประเด็นผลการสืบค้น จากนั้นทำการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ทำการยกร่างและกำหนดเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาเครื่องมือประเมินผลลัพธ์การนำแนวปฏิบัติไปใช้ ขั้นตอนที่ 4 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้ในการดูแลและระงับความรู้สึกผู้ป่วยและประเมินผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้ พบว่าวิสัญญีพยาบาลมีความรู้ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลให้การระงับความรู้สึกโดยเฉพาะในระยะที่เคยไม่มั่นใจในสมรรถนะการดูแลมาก่อน ได้แก่ ระยะก่อนเข้า CPB ก่อนออก CPB และระยะหลังให้การระงับความรู้สึก ซึ่งวิสัญญีพยาบาลสามารถปฏิบัติตามเกณฑ์ประเมินทุกคน รวมทั้งมีความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้น สำหรับผลลัพธ์ด้านคุณภาพการบริการ พบว่าผู้ป่วยทุกรายที่มารับการผ่าตัดได้รับการทำผ่าตัดสำเร็จทุกราย ไม่มีอุบัติเหตุเคลื่อน หรืองดการผ่าตัดที่มีสาเหตุจากปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ทั้งในฝั่งผู้ป่วย

และผู้ให้บริการ ผู้ป่วยได้รับการดูแลในแนวทางที่กำหนดทุกระยะของการระงับความรู้สึก อัตราการเย็บประหมังก่อนผ่าตัดโดยวิสัญญีพยาบาลได้ตามเกณฑ์ทุกราย มีการดูแลเฝ้าระวังตามมาตรฐานของการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โดยสรุป ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ สามารถเป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้วิสัญญีพยาบาลทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสามารถดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติได้ทุกขั้นตอน ครอบคลุมทุกระยะของการดูแล ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพบริการทั้งทางด้านคลินิกและทางการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. The Society of Thoracic Surgeons of Thailand. Heart surgery statistics in Thailand 2017–2019, 2021–2023 [Internet]. Bangkok: The Society of Thoracic Surgeons of Thailand; 2023 [cited 2024 Sep 28]. Available from: <https://www.thaists.or.th/download-category/statistics-on-heart-surgery-in-thailand/>.
2. ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลสุวรงค์ประชารักษ์. รายงานสถิติผู้ป่วยในประจำปี 2565–2566. นครสุวรงค์: โรงพยาบาลสุวรงค์ประชารักษ์; 2566.
3. Suwannakit P. Heart-lung machine: principle and practice. Phitsanulok: Naresuan University Publishing House; 2018.
4. Hardin SR, Kapplow R. Cardiac surgery essentials for critical care nursing. 3 rd ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2019
5. Soukup M. The center of advance nursing practice evidence-based practice model promoting the scholarship of practice. NursClin North Am. 2000;35(2):301-9.
6. The Joanna Briggs Institute. JBI Levels of evidence and grades of recommendation.[Internet] 2013 [cite 2024 October 15]. Available from:https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf.
7. Ministry of Public Health. Appraisal of Guideline for research & Evaluation II; AGREE II 2013 [Internet]. Bangkok: Department of medical service; 2013 [cited 2024 Dec 20]. Available from:<http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/AGREE%20ok%20for%20e-book.pdf>.
8. Saunders H, Gallagher-Ford L, Kvist T, Vehvilainen-Julkunen K. Practicing healthcare professionals' evidence-based practice competencies: an overview of systematic reviews. Worldviews Ev Based Nurs. 2019;16(3):176-85.
9. พินรัฐ จอมเพชร, ศิราณี คำอู, พนิดแก้ว คลังคา, จิราพร น้อมกุล, อุทุมพร ศรีสถาพร, รัตนา ทองแจ่ม, และนิศานาด ชिरะพันธ์. การพัฒนารูปแบบการการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2566;46(3):141-55.
10. ศิราณี คำอู, กาญจนา วิเชียร. การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(3):509-20.
11. พรรณี บัลลังก์, อุษาวดี อัครวิเศษ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. การพัฒนาแผนการดูแลทางคลินิกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2551;19(1):2-14.
12. ทศนีย์ บุญวานิตย์, ชนิกันต์ พละศักดิ์ และคำปิ่น แก้วกนก. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับวิสัญญีพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมตรีลภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไป โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. วารสารกองการพยาบาล. 2564;48(2):106-22.
13. อรรรรณ คำเหล่า, กมลทิพย์ สุกุลกันบ้นจิต และพิมลนาฏ ชื่อสัตย์. บทบาทพยาบาลกับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมเอออร์ติกชนิดเนื้อเยื่อที่มีโครงสร้างสำหรับใช้งานได้รวดเร็วแบบแผลผ่าตัดเล็ก. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2563;31(2):2-16.

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด โดยการใช้มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์

The Development of care Model for Psychiatric with Substance Using the Participation Process of Network Partners, Nakhon Sawan

ศรุตดา ช่อไสว, พ.บ.

Saruta Chousawai, MD.

Abstract

Objective: to develop and evaluate the implementation of the care model for Psychiatric with substance using the participation process of network partners, Nakhon Sawan.

Method: This action research was conducted in Nakhon Sawan Province and was divided into two phases. Phase 1 involved the development of a care model for Psychiatric with substance using the participation process of network partners, Nakhon Sawan. Qualitative data was collected through in-depth interviews and focus group discussions with key informants from the administrative, operational, and network partner groups. Phase 2 focused on evaluating the implementation of the developed care model. Quantitative data was collected using a questionnaire administered to a sample of 150 Psychiatric with substance. The quality of the research instruments was verified, showing a Content Validity Index (CVI) of 0.85 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.75 for reliability. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation, maximum, and minimum values)

and inferential statistics (Repeated Measures ANOVA). The statistical significance level was set at p -value < 0.05.

Results: Qualitative data revealed an increase in the number of Psychiatric with substance, insufficient medical personnel, and a lack of clear role assignments in existing policies. Based on these findings, the "PASAN Model" was developed as a care model for Psychiatric with substance using the participation process of network partners, Nakhon Sawan. Quantitative data showed a statistically significant reduction in patients' problematic health behaviors and aggression after the model was implemented (p -value < 0.01).

Conclusions: The collaborative care model for Psychiatric with substance, developed through a process of joint planning, action, observation, and reflection, resulted in more comprehensive patient care. This approach led to improved health behaviors and reduced aggression.

Keywords: Psychiatric with substance, care model, network partner

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ และประเมินผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ไปใช้

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พื้นที่ศึกษาคือ จังหวัดนครสวรรค์ แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูล คือ กลุ่มอำนวยการ กลุ่มปฏิบัติการและกลุ่มภาคีเครือข่าย ระยะที่ 2 ประเมินผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด

วันที่รับ (received) 27 สิงหาคม 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 4 กันยายน 2568

วันที่ตอบรับ (accepted) 4 กันยายน 2568

Published online ahead of print 5 กันยายน 2568

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

Nakhon Sawan Province public health official

Corresponding Author: ศรุตดา ช่อไสว

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

Email: saruta_c@hotmail.com

doi: <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2025.24>

ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ไปใช้ โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด จำนวน 150 คน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากการหาความตรงเชิง ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.85 และความเชื่อมั่นของเครื่องมือพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และสถิติ แบบวัดซ้ำ ANOVA กำหนดระดับความเชื่อมั่นทางสถิติที่ p -value<0.05

ผลการศึกษา: การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดเพิ่มขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ การดูแล มีนโยบายแต่ไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนจากการศึกษาได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ “พาสานโมเดล” และการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพและความก้าวร้าวรุนแรงต่ำลง หลังการนำรูปแบบไปใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value<0.01

สรุป: รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ที่ใช้การร่วมกันวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดครอบคลุม มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและความก้าวร้าวรุนแรงลดลง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด, รูปแบบการดูแลผู้ป่วย, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาใหญ่ของยุคสมัยนี้และเป็นภัยคุกคามที่ขยายตัวมากขึ้นทั่วโลก โดยที่องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ประชากรโลกประมาณ 970 ล้านคนกำลังเผชิญปัญหาสุขภาพจิต¹ ในส่วนของประเทศไทยสถานการณ์สุขภาพจิตยังวิกฤตและมีแนวโน้มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการผู้ป่วยนอกปี 2563 – 2565 เท่ากับ 168,071 คน 389,656 คน และ 706,299 คน ตามลำดับ² เมื่อพิจารณาผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เกิดจากการใช้สารเสพติด โดยผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดที่ก่อความรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยพบผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรง จำนวน 1,463 คน 2,783 คนและ 3,527 ในปี 2563, 2564 และ 2565 ตามลำดับ โรคจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้แก่ โรคความผิดปกติทางอารมณ์, โรคจิตเวชอื่นๆ, โรคจิตเภท และโรคจิตเวทยาเสพติด ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยจิตเวชการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยกระตุ้นนำไปสู่การเกิดอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น หลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอนพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเองผู้อื่น หรือทำลายทรัพย์สินมีผลกระทบต่อ

ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม นำไปสู่ภาวะพร่องหรือการสูญเสีย การปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ในการประกอบอาชีพ การเข้าสังคม² ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดก่อความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น แต่การเข้าถึงการบริการกับสวนทางโดยมีเพียงร้อยละ 38.75 ที่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม และอีกร้อยละ 60 ยังไม่สามารถเข้าถึงการบริการดูแลสุขภาพจิตที่จำเป็นได้ รวมไปถึงเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดบางส่วนรักษาตัวอยู่ที่บ้านหรือชุมชนนั้นหมายถึงการเพิ่มโอกาสความเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวทยาเสพติดมีพฤติกรรมสุขภาพนำไปสู่ความก้าวร้าวรุนแรงได้ตลอดเวลาที่ไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม กรมสุขภาพจิตจึงได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่ชื่อว่า V-Care ที่ให้หน่วยบริการส่งเสริมสุขภาพจิต เสริมพลังครอบครัว สร้างความรอบรู้ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เสริมพลังชุมชนเพื่อการดูแลภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพจิต และการเยียวยาจิตใจโดยารเฝ้าระวังและค้นหา กลุ่มเสี่ยง และการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำ เป้าหมายเพื่อให้ ผู้ป่วยจิตเวชปลอดภัย สังคมปลอดภัย แต่กับยังพบว่าข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดที่ก่อความก้าวร้าวรุนแรงอยู่ในทุกพื้นที่ ปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด คือความร่วมมือของครอบครัวและชุมชน ความเข้มแข็งการทำงานของภาคีเครือข่าย อีกทั้งขาดการมีนโยบายที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด ในชุมชนอย่างจริงจัง ทั้งหมดล้วนส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด จึงเป็นความท้าทายในการจัดการดูแลแก้ไขปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวทยาเสพติด ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มาจากยาเสพติด ถือว่าเป็นปัญหาทางสังคมที่ไม่สามารถแก้ไขได้ทางการสาธารณสุขและทางการแพทย์เพียงหน่วยงานเดียว จำเป็นที่ต้องใช้เครือข่าย ที่นอกจากหน่วยงานสาธารณสุข เข้ามามีส่วนร่วม ทั้งร่วมคิดวิเคราะห์ ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมรับผลประโยชน์ ในการดำเนินการแก้ไขปัญหานี้ทุกขั้นตอนจึงทำให้มีประสิทธิภาพที่ส่งผลให้การแก้ไขปัญหาประสบผลสำเร็จได้

ในส่วนของจังหวัดนครสวรรค์มีผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยพบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชปี 2565 – 2567 จำนวน 32,456, 42,123, 47,345 รายตามลำดับ และยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวช มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเวช มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงปี 2565 – 2567 จำนวน 216, 245, 255 ราย และร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเวช มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเป็นผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด³ ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด มักพบปัญหาไม่ร่วมมือในการรับประทานยา การไม่มารักษาตามนัด และบางรายขาดจากระบบการรักษา รวมถึงการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการ

ทางจิตเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีโอกาสเกิดความเครียดสูงต่อการก่อความรุนแรง ทั้งนี้ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ พฤติกรรม มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตประจำวันต่อตนเองและของคนในชุมชน จำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลที่เป็นพิเศษมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชเดียวกันในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทางจังหวัดนครสวรรค์ ได้จัดรูปแบบดูแลตามบริบทของพื้นที่อาจยังไม่ประสบความสำเร็จหรือมีประสิทธิภาพไม่ได้ตามที่ต้องการ แต่มีบางพื้นที่ที่ออกแบบการดูแลโดยใช้กระบวนการเฝ้าระวังโดยชุมชนโดยใช้ 5 กัลยาณมิตร ในรูปแบบเก้าอี้ล้อมโต๊ะดูแลผู้ป่วยจิตเวช แต่ยังพบว่าสหวิชาชีพยังขาดความเข้าใจ รวมถึงการอบรมฟื้นฟูวิชาการไม่ครอบคลุม ทำให้การดูแลไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงนโยบาย ทิศทางการดำเนินการที่เป็นรูปธรรมและการทำงานร่วมกันโดยที่ยึด ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในพื้นที่เป็นศูนย์กลางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดที่ดีและเหมาะสมนั้น ต้องเกิดจากการทำงานร่วมกันทั้งในเครือข่ายสาธารณสุข และนอกเครือข่ายสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดอย่างเป็นระบบและครบวงจรทั้ง กาย ใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่ออกแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพราะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดต้องให้ครอบครัว ชุมชน ภาครัฐและภาคเอกชน ร่วมกันดูแลอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญอย่างมาก ที่ลดการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถอยู่ร่วมกับคนในชุมชน สังคมได้อย่างปกติสุข

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ และ ประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research: AR) ประยุกต์ใช้รูปแบบตามแนวคิดของ Stephen Kemmis และ Robin McTaggart (Kemmis, S., & McTaggart, R. 1988) โดยแบ่งการศึกษาเป็น 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observe) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) โดยทำการศึกษาพื้นที่ จังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างเดือน มีนาคม 2568 ถึง สิงหาคม 2568 ประกอบด้วยการศึกษา 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ระยะที่ 2 ประเมินผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ไปใช้ โดยการศึกษาครั้งนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

นครสวรรค์ NSWHPO-18/68 วันที่รับรอง 25 กุมภาพันธ์ 2568 การดำเนินการวิจัยมีดังนี้

ผู้วิจัยโดยแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ และระยะที่ 2 ประเมินผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ไปใช้ ดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้รูปแบบตามแนวคิดของ Stephen Kemmis และ Robin McTaggart⁴ โดยมี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observe) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect)

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (Plan)

1.1 การศึกษาบริบทพื้นที่ สถานการณ์ผู้ป่วยโรคจิตเวชจากยาเสพติด วิเคราะห์การดำเนินการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ในชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคีในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด

1.2 สร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์

ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ถูกคัดเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดเป็นกลุ่มอำนาจการ/กลุ่มปฏิบัติการ และกลุ่มภาคีเครือข่าย อยู่ในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์มากกว่า 6 เดือน รวมถึงยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ ดังนี้

- 1) กลุ่มอำนาจการ เป็นผู้นำในการสั่งการ และประสานงานระบบ จำนวน 8 คน ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด รองผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รองผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด ปลัดผู้รับผิดชอบศูนย์ยาเสพติด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ
- 2) กลุ่มปฏิบัติการ คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด จำนวน 16 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 4 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน จำนวน 4 คน ผู้ดูแล และญาติผู้ป่วย จำนวน 4 คน
- 3) กลุ่มภาคีเครือข่าย คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตเวชยาเสพติด จำนวน 10 คน ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธร จำนวน 1 คน ปกครองอำเภอ จำนวน 1 คน พัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ จำนวน 1 คน เกษตรอำเภอ จำนวน 1 คน ส่งเสริมการเรียนรู้ จำนวน 1 คน เจ้าคณะตำบล จำนวน 1 รูป

ผู้อำนวยการโรงเรียน จำนวน 1 คน เจ้าของสถานประกอบการ จำนวน 1 คน และคหบดีในชุมชน จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (Semi structure interview guideline) สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวคำถามสนทนากลุ่มกึ่งมีโครงสร้าง (Semi structure focus group discussion guideline) สำหรับการสนทนากลุ่ม ซึ่งมีประเด็นคำถาม ดังนี้ สถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด รูปแบบหรือแนวทางที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด แนวทางการแก้ไขปัญหา

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยคำนึงถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม จึงกำหนดแนวทางในการดำเนินการศึกษา ดังนี้

1) ความเชื่อถือได้ (Credibility) คือ ความสอดคล้องของข้อมูล และการตีความของผู้วิจัยเกี่ยวกับความจริงกับความคิดของผู้ให้ข้อมูลว่าสอดคล้องกันหรือไม่โดยผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1.1) การใช้เวลาที่เหมาะสมในการสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม และสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลหลัก (Extended engagement in the field) ในการเก็บข้อมูลตามวิธีการที่ใช้เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลในพื้นที่เป็นสะท้อนความเป็นจริงที่เกิดขึ้นผู้วิจัยใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม ประมาณ 1 ชั่วโมงและการสัมภาษณ์เชิงลึกประมาณ 30 นาที

2) การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อให้เกิดความเชื่อถือได้ของข้อมูล

2.1) วิธีตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) แบบบุคคล (Personal Triangulation) คือ การพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มานั้นถูกต้องหรือไม่ วิธีการตรวจสอบของข้อมูลนั้นเก็บข้อมูลจากบุคคลที่ต่างกันที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพอำเภอในการศึกษานี้ประกอบด้วย ผู้ดูแลงานระดับจังหวัด อำเภอ และ อสม. แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบกัน

2.2) ใช้การตรวจสอบจากหลายวิธีวิจัย (Methodological Triangulation) คือ ใช้ทั้งการสัมภาษณ์ร่วมกับการสนทนากลุ่มการตรวจสอบโดยกลุ่มเพื่อนนักวิจัย (Peer debriefing) โดยการปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย ในการกำหนดรหัส การสร้างข้อสรุปและรูปแบบการนำเสนอ เพื่อให้ได้แนวทางและข้อมูลที่ต้องการในการทำวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มอำนาจการ จำนวน 8 คน ในเดือน มีนาคม 2568

2. การสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มปฏิบัติการ

จำนวน 16 คน ระยะเวลา 1 วัน ในเดือน มีนาคม 2568

3. การสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มภาคีเครือข่าย จำนวน 10 คน ระยะเวลา 1 วัน ในเดือน มีนาคม 2568

การร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจาก ยาเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผู้วิจัยจะนำข้อมูลมาร่างรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จากยาเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยใช้ นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสถานการณ์ และระบบการดูแลที่ผ่านมาจากการเรียนรู้ประสบการณ์มาร่วมวางรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่เหมาะสมร่วมกัน โดยร่วมกันคิดออกแบบ ดังนี้

1. โครงสร้างคณะทำงาน รวมถึงกำหนดนโยบายในการดำเนินการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในชุมชน และการกำหนดบทบาทหน้าที่
2. ขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในชุมชน โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการติดตาม
3. การส่งข้อมูลในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด
4. การติดตามพฤติกรรมกรรมการกินยา การบำบัด รายงานตัว
5. การรับ-ส่งตัวผู้ป่วยในพื้นที่มาสู่สถานพยาบาลระดับต่างๆ ในการปิดช่องว่างรอยต่อที่เกิดปัญหา
6. การติดตามประเมินผล

การร่างรูปแบบฯ เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของพื้นที่ จนได้รูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่จะนำไปใช้ในการศึกษาขั้นปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตพฤติกรรม ข้อมูลที่ได้ในแต่ละวันหลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้ว จะนำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูลที่ได้ ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) ชนิดการวิเคราะห์เนื้อหาแบบดั้งเดิม (Conventional Content Analysis) โดยกำหนดวลีที่จะใช้แทนความหมายของประโยควรรคที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล (Code) แล้วนำรหัสมาจัดเป็น กลุ่มหัวข้อเรื่อง (Category) เพื่อนำไปอธิบายสิ่งที่ค้นพบจากการศึกษา

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action)

นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ที่ได้จากขั้นวางแผนไปใช้โดยออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในพื้นที่ จังหวัดนครสวรรค์

ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ถูกคัดเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัย

กำหนดเป็นกลุ่มอำนาจการ/กลุ่มปฏิบัติการ ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ และเป็นกลุ่มตัวอย่างเดิมกับขั้นตอนการพัฒนาแบบ ดังนี้

1) กลุ่มอำนาจการ จำนวน 8 คน ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด นายกองคการบริหารส่วนจังหวัด รองผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รองผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด ปลัดผู้รับผิดชอบศูนย์ยาเสพติด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ

2) กลุ่มปฏิบัติการ คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา จำนวน 30 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน ผู้ดูแล และญาติผู้ป่วย จำนวน 10 คน

3) กลุ่มภาคีเครือข่าย คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการ เฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตเวชยาเสพติด จำนวน 10 คน ได้แก่ นายกองคการบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธร จำนวน 1 คน ปกครองอำเภอ จำนวน 1 คน พัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ จำนวน 1 คน เกษตรอำเภอ จำนวน 1 คน ส่งเสริมการเรียนรู้ จำนวน 1 คน เจ้าคณะตำบล จำนวน 1 รูป ผู้อำนวยการโรงเรียน จำนวน 1 คน เจ้าของสถานประกอบการ จำนวน 1 คน และคหบดีในชุมชน จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 ระบุรูปแบบฯ ประกอบด้วย โครงสร้างคณะทำงาน บทบาทหน้าที่ ขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในชุมชน โดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการติดตาม การส่งข้อมูล ในระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด การติดตาม พฤติกรรม การกินยา การบำบัด การรับ-ส่งตัวผู้ป่วยในพื้นที่สู่สถานพยาบาลระดับต่างๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ประชุมชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ได้แก่ กลุ่มอำนาจการ กลุ่มปฏิบัติการและภาคีเครือข่าย เพื่อทบทวนแนวทางในการดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบที่กำหนดไว้ ทดลองใช้รูปแบบบนโต๊ะ (Tabletop exercise) ระยะเวลา 1 วัน ในเดือน เมษายน 2568

2. จัดโครงสร้างองค์กรการดำเนินงานตามรูปแบบฯ

3. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในชุมชนตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ในรูปแบบ ดำเนินการระหว่าง เดือน เมษายน ถึง เดือน กรกฎาคม 2568

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observe)

การติดตาม ควบคุมกำกับ สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ในระหว่างดำเนินการ ทดลองใช้รูปแบบฯ

ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ถูกคัดเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) ตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดเป็นกลุ่มอำนาจการ/กลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการ เฝ้าระวังดูแลรักษาพยาบาล ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้

1) กลุ่มอำนาจการ จำนวน 8 คน ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด นายกองคการบริหารส่วนจังหวัด รองผู้ว่าราชการจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รองผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด ปลัดผู้รับผิดชอบศูนย์ยาเสพติด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ

2) กลุ่มปฏิบัติการ คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลรักษา จำนวน 30 คน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน ผู้ดูแล และญาติผู้ป่วย จำนวน 10 คน

3) กลุ่มภาคีเครือข่าย คือ ผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการ เฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตเวชยาเสพติด จำนวน 10 คน ได้แก่ นายกองคการบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธร จำนวน 1 คน ปกครองอำเภอ จำนวน 1 คน พัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ จำนวน 1 คน เกษตรอำเภอ จำนวน 1 คน ส่งเสริมการเรียนรู้ จำนวน 1 คน เจ้าคณะตำบล จำนวน 1 รูป ผู้อำนวยการโรงเรียน จำนวน 1 คน เจ้าของสถานประกอบการ จำนวน 1 คน และคหบดีในชุมชน จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 เครื่องมือในการศึกษาผู้วิจัยใช้แนวคำถามสนทนากลุ่มกึ่งมีโครงสร้าง (Semi structure focus group discussion guideline) และแบบติดตามควบคุมกำกับ ประกอบด้วยประเด็น ดังนี้ สถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด รูปแบบหรือแนวทางที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด แนวทางการแก้ไขปัญหา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยติดตามผลการดำเนินงานตามรูปแบบทุก 1 เดือน เป็นระยะเวลา 4 เดือน ระหว่างเดือน เมษายน ถึง เดือน กรกฎาคม และสนทนากลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และหาแนวทางการแก้ไขและพัฒนาการดูแลให้มีประสิทธิผลมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect)

เพื่อสะท้อนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด อย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ โดยการคืนข้อมูล กระบวนการ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการสนทนากลุ่ม ระยะเวลา 2 ประเมินผลการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจาก

ยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ไปใช้
 ในระยะนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษาหนึ่งกลุ่มทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest and Posttest design) เพื่อประเมิน ประสิทธิภาพการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด อย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ไปใช้ ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดด้าน พฤติกรรม 10 ด้าน และความก้าวร้าวรุนแรง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มา จากยาเสพติด จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 220 คน ผู้วิจัยจึงได้ กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย
2. เป็นญาติ/ผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติด ระหว่างการนำ รูปแบบฯ ไปใช้
3. การพูดคุยรู้เรื่อง สามารถตอบคำถามได้ ไม่มีความบกพร่อง ทางการได้ยิน

เกณฑ์คัดออก

1. ไม่สะดวกในการให้ข้อมูล หรือให้ข้อมูลไม่ครบ
2. ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดย้ายออกจากพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์

กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม N4S studies plus โดยกำหนดจำนวนประชากรได้ 220 คน ใช้ค่า $SD = 0.55$ ¹ กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) = 0.05 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (Wayne W., 1995)⁵ ได้กลุ่มตัวอย่าง 150 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการจับฉลากรายชื่อผู้ป่วยจิตเวชที่มาจากยาเสพติด ในทะเบียน รายชื่อผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการประเมินประสิทธิภาพด้านผู้ป่วย คือ แบบสอบถาม และแบบบันทึกข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด ก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้แบบสอบถาม แบบ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จากกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2020)⁶ ประกอบด้วย ความต้องการดูแล 10 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านอาการ ทางจิต 2) ด้านการกินยา 3) ด้านผู้ดูแล/ญาติ 4) ด้านการทำ กิจวัตรประจำวัน 5) ด้านการประกอบอาชีพ 6) ด้านสัมพันธ์ภาพ ในครอบครัว 7) ด้านสิ่งแวดล้อม 8) ด้านการสื่อสาร 9) ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และ 10) ด้านการใช้สารเสพติด และ แบบประเมินความก้าวร้าวรุนแรง (SMIV) 1. มีประวัติทำร้าย

ตัวเองด้วยวิธี รุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต 2. มีประวัติทำร้ายตัวเอง ด้วยวิธี รุนแรง ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน 3. มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่น แบบเฉพา เจาะจง 4. มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชืด วางเพลิง) ผู้ป่วยที่มีลักษณะความรุนแรงมากกว่า 1 ข้อขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม แบบผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จากกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2563) ประกอบด้วย ความต้องการดูแล 10 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการทางจิต ด้านการ กินยา ด้านผู้ดูแล/ญาติ ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการ ประกอบอาชีพ ด้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และ ด้านการใช้สารเสพติด ความต่อเนื่องของการรับประทานยา และแบบประเมินระดับความก้าวร้าวรุนแรงของอาการ และ หาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ดังนี้

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่นำมาจากกรมสุขภาพจิต ให้ผู้เชี่ยวชาญ ทางสาธารณสุขศาสตร์จำนวน 1 ท่าน แพทย์สุขภาพจิตชุมชน จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลจิตเวช จำนวน 1 ท่าน รวมจำนวน 3 คน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมของเนื้อหาและ นิยามพฤติกรรมที่ต้องการศึกษาจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตาม ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญโดยคำนวณหาค่าความสอดคล้อง ของเนื้อหาระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Ltem Objective Congruence Index : IOC) พบว่าค่า IOC เท่ากับ 0.85 โดย ค่า IOC ที่ยอมรับได้มีค่ามากกว่า 0.50

2) การตรวจความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัย นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขความเที่ยงตรงของเนื้อหา แล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชในตำบลเก้าเหลียว อำเภอเก้าเหลียว จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลแบบสอบถามหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) มาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ผลการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาชทั้งหมดได้ เท่ากับ 0.75 โดยค่า Cronbach's alpha ที่ยอมรับได้มีค่า มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลประสิทธิภาพรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยา เสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีเก็บแบบสอบถามจากผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด จำนวน 150 คน จำนวน 3 ครั้ง โดยครั้งแรก เก็บก่อนพัฒนารูปแบบฯ ครั้งที่สองหลังจากใช้ รูปแบบที่พัฒนาได้จากการใช้รูปแบบฯ 1 เดือน และ 2 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยนำพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดมาวิเคราะห์แบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ในการเปรียบเทียบ 3 ครั้งของผลการประเมินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ผลการศึกษา

ผลจากการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มในระดับกลุ่มอำนาจการกลุ่มปฏิบัติการ และกลุ่มเครือข่าย โดยจำแนกเป็นประเด็นดังนี้

1. สถานการณ์พบว่า มีผู้ป่วยสุขภาพจิตจากยาเสพติดมีจำนวน 220 คน โดยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง 1 ใน 3 เป็นผู้ป่วยจากจิตเวชจากสารเสพติด อีกทั้งยังพบเหตุการณ์การก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชอย่างสม่ำเสมอ
2. จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่เพิ่มขึ้นไม่สอดคล้องกับทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุข ที่ส่งผลกระทบต่อตรงต่อความต่อเนื่องของการดูแลรักษา กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงการนัดหมายกับแพทย์ได้อย่างสม่ำเสมอ และขาดการติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิด นำไปสู่การขาดยาและหยุดการรักษาในที่สุด ปัญหานี้ไม่เพียงแต่ทำให้อาการทางจิตเวชของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น แต่ยังเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยจะหวนกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำและมีอาการก้าวร้าวรุนแรง และก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคม เป็นวงจรที่ยากต่อการแก้ไข
3. นโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดมีกำหนดไว้ แต่ในทางปฏิบัติตามบทบาทยังไม่ชัดเจน ในการดำเนินการร่วมกันแบบบูรณาการรวมถึงบทบาทหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วย หน่วยงานต่างๆ แต่ละส่วนใน

พื้นที่ ยังไม่มีแบบแผนการดำเนินงานร่วมกัน จึงไม่ทราบบทบาทหน้าที่ ที่ชัดเจนในการจัดการปัญหาของผู้ที่มีอาการจิตเวชจากยาเสพติดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

"จังหวัดของเราประกาศสงครามยาเสพติด ที่ต้องบูรณาการการทำงานกับทุกหน่วยงาน ในการปราบปราม บำบัดรักษา และฟื้นฟู โดยใช้กลไกเก้าเหลี่ยมโมเดลและนครสวรรค์โมเดล เป็นแนวทางในการทำงาน แต่ก็ยังพบว่าปริมาณผู้เสพยาเสพติดเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ"

(ผู้บริหารปกครอง 1) "การแก้ไขปัญหายาเสพติดจะอยู่ที่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งไม่ได้ ทุกฝ่ายต้องร่วมกันมองภาพเป็นภาพเดียวกันและร่วมกันทำงาน"

(ผู้บริหารปกครอง 2) "ปลายทางสำคัญในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด คือ เราจะทำอะไรให้ผู้ป่วยเหล่านั้นสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ ซึ่งการเตรียมชุมชนด้วยกลไก 5 กลยามิตร จะเป็นการเพิ่มโอกาสที่ทำให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคม โดยได้รับการดูแลและได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนเพิ่มขึ้น"

(ผู้บริหารสาธารณสุข 1) "ปัจจัยความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดของเก้าเหลี่ยมโมเดล คือ ทีม 5 กลยามิตร ที่เพิ่มเติมด้วยตำรวจ เพราะตำรวจมีส่วนช่วยเราได้มาก อย่างเช่นบางพื้นที่ ให้ผู้ป่วยไปกินยาจิตเวชที่ป้อมตำรวจ เพราะเขาเกรงกลัวตำรวจ"

(ผู้บริหารสาธารณสุข 2) "จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มสูงขึ้น แต่บุคลากรด้านสาธารณสุขไม่เพียงพอ ดูแลได้ไม่ต่อเนื่อง เมื่อผู้เสพพัฒนาเป็นผู้ติดยาเสพติดและมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วยการรักษาจะยิ่งยากขึ้น ผู้ที่มีอาการทางจิตเวชรุนแรงจำเป็นต้องรับประทายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งบางรายอาจต้องรับประทายยาตลอดชีวิต การมีผู้ดูแลหรือผู้ติดตามที่ใกล้ชิดก็จะช่วยลดปัญหาการขาดยาได้"

(ผู้ปฏิบัติ 1) สามารถเชื่อมโยงประเด็นที่พบจากการวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหาจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม

กรอบเนื้อหา	ประเด็นสำคัญ	แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแล
สถานการณ์ปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด	<ul style="list-style-type: none"> - การเข้าถึงยาเสพติดทำได้ง่ายขึ้น ราคาถูกลง และแพร่หลาย มีคนติดยาเสพติดเพิ่มขึ้น - มีรายงานว่าผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่ไม่ได้รับการรักษา ก่อเหตุรุนแรงฆ่าผู้อื่นเสียชีวิต - มีผู้ติดยาเสพติดที่ยังไม่เข้าสู่ระบบการรักษา อีกจำนวนมาก - จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดมากขึ้น - มีข้อมูลผู้ป่วยจากหลายหน่วยงาน แต่ยังขาดข้อมูลที่เป็นหนึ่งเดียวกัน 	<ul style="list-style-type: none"> - บูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน - จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีแนวโน้มก่อความก้าวร้าวรุนแรง - ส่งเสริมความร่วมมือในการจัดการข้อมูล เริ่มตั้งแต่การจัดตั้งศูนย์ข้อมูล ออกแบบการจัดเก็บข้อมูล และส่งต่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อกันด้วยความรัดกุมเนื่องจากเป็นข้อมูลที่เป็นความลับ

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม (ต่อ)

กรอบเนื้อหา	ประเด็นสำคัญ	แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแล
รูปแบบ/แนวทางที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด	<ul style="list-style-type: none"> เก้าอี้ลอยโมเดล ดูแลผู้ป่วยจิตเวช นครสวรรค์โมเดล ดูแลผู้ติดยาเสพติด การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTX) 	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนารูปแบบสำหรับผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดโดยเฉพาะ ทีม 5 กัลยาณมิตรของเก้าอี้ลอยโมเดล เป็นองค์ประกอบสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	<ul style="list-style-type: none"> มีนโยบายชัดเจน การกำกับติดตามการดูแลอย่างสม่ำเสมอ มีเจ้าหน้าที่หลักประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ เมื่อต้องการความช่วยเหลือ ทีม 5 กัลยาณมิตรที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมของตำรวจในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกรงกลัว จึงยอมปฏิบัติตามในการทานยา ชุมชนไม่ตีตราให้โอกาสผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> กำหนดนโยบาย โครงสร้าง และหน้าที่ของแต่ละองค์ประกอบอย่างชัดเจน เพิ่มศักยภาพของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน โดยเพิ่มเจ้าหน้าที่ตำรวจให้เข้ามามีส่วนร่วมกับการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีม 5 กัลยาณมิตร สร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติ ส่งเสริมให้ชุมชนมอบโอกาสให้กับผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาแล้ว
ปัญหาและอุปสรรค	<ul style="list-style-type: none"> บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีจำนวนมากขึ้น ทำให้ดูแลไม่ต่อเนื่องเกิดปัญหาอื่นๆ ตามมา ผู้ป่วยไม่ยอมทานยา ผู้ป่วยบางคนมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลกลัวผู้ป่วยทำร้าย ญาติทอดทิ้งผู้ป่วย เพราะเคยถูกผู้ป่วยทำร้าย ผู้ปฏิบัติงานเกรงกลัวต่อผู้ค้ายาเสพติดที่เป็นผู้มีอิทธิพลในพื้นที่ ผู้ป่วยไม่มีญาติหรือจิตใจที่โหดร้าย ผู้ป่วยไม่ยอมไปพบแพทย์ ไม่มีญาติพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ ผู้ป่วยไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง ไม่มีพาหนะเดินทางไปพบแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> สร้างความร่วมมือจากทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดต้องครอบคลุมทั้งการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ญาติ ผู้ใกล้ชิด และคนที่ผู้ป่วยไว้วางใจ เป็นองค์ประกอบสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแล
แนวทางการแก้ไข	<ul style="list-style-type: none"> มีการกำกับติดตามการทำงานอย่างสม่ำเสมอ มีการประชุมของศูนย์ประสานงานข้อมูล ให้ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอ อาการจะดีขึ้น ให้ผู้ป่วยไปกินยาที่สถานีตำรวจทุกวัน ควรให้โอกาส หาอาชีพ ให้ผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาแล้ว 	<ul style="list-style-type: none"> แต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำนวยการ คณะผู้ปฏิบัติงานด้านข้อมูล และด้านการดูแลผู้ป่วย ให้ชัดเจนเพื่อมอบหมายหน้าที่การกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง กำหนดกิจกรรมและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของแต่ละองค์ประกอบให้ชัดเจน ส่งเสริมให้ชุมชนมอบโอกาสให้กับผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาแล้ว
ประเด็นอื่นๆ	<ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด บางรายมีปัญหาพฤติกรรม ไม่พึงประสงค์อย่างอื่นร่วม เช่น ลักขโมย อันธพาล 	<ul style="list-style-type: none"> เพิ่มศักยภาพของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน โดยเพิ่มเจ้าหน้าที่ตำรวจให้เข้ามามีส่วนร่วมกับการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับทีม 5 กัลยาณมิตร

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม ในกลุ่มปฏิบัติ และกลุ่มภาคีเครือข่าย โดยนำข้อมูลสถานการณ์ และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่ผ่านมา ร่วมกันวางรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยกำหนดโครงสร้าง บทบาทหน้าที่

และภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมที่เปิดโอกาสให้ทุกคนร่วมคิด วิเคราะห์ วางแผนออกแบบร่วมกัน จากประสบการณ์และบริบทพื้นที่ ในการดูแลผู้เสพยาเสพติด และผู้ป่วยมีอาการจิตเวช ของจังหวัดนครสวรรค์ จึงได้รูปแบบการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด “พาสานโมเดล” ที่มาจาก เป้าหมายในการ “พา” ผู้ป่วยจิตเวช

จากยาเสพติดกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีคุณภาพ ผ่านการ “สาน” สัมพันธ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

“พาสานโมเดล” หรือ P A S A N Model ครอบคลุมตั้งแต่ P – Participatory Assessment (การประเมินแบบมีส่วนร่วม) เป็นการประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยให้ชุมชน ครอบครัว และเครือข่ายมีส่วนร่วม ใช้ข้อมูลจากภาคีเครือข่าย เช่น โรงพยาบาล หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรท้องถิ่น A – Adaptive Intervention (การแทรกแซงที่ปรับให้เหมาะสม) เป็นการพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ใช้วิธีการรักษาที่ผสมผสานระหว่างการแพทย์ การฟื้นฟู และการสนับสนุนทางสังคม S – Supportive Network (เครือข่ายสนับสนุน) โดยจัดตั้งเครือข่ายการดูแลที่มีทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือต่อเนื่องสนับสนุนกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer support) และการมีส่วนร่วมของครอบครัว A – Awareness and Empowerment (การสร้างความรู้และเสริมพลัง) เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการบำบัดและการใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน และส่งเสริมทักษะชีวิตและอาชีพให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สังคมได้ และ N – Navigated Reintegration (การคืนสู่สังคมอย่างมีทิศทาง) โดยวางแผนการติดตามและดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำ สนับสนุนโอกาสในการทำงานและการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้ป่วย การประเมิน การแทรกแซง การสนับสนุน การเสริมพลัง และการคืนสู่สังคม

พาสานโมเดล ประกอบไปด้วยภาคีเครือข่ายดังนี้ 1.กรมการปกครอง 2.สำนักงานตำรวจแห่งชาติ 3.กระทรวงสาธารณสุข 4.องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) 5.กรมส่งเสริมและปกครองส่วนท้องถิ่น (ท้องถิ่น) 6.กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) 7.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 8.ครอบครัวและผู้ดูแล 9.ภาคประชาชน โดยดำเนินการเป็นโครงสร้างในระดับจังหวัด ในรูปแบบของคณะกรรมการ ซึ่งมี 4 ชุด ดังนี้

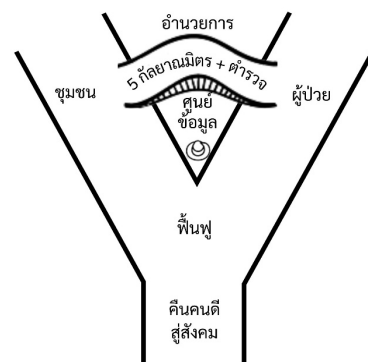
1. ชุดอำนาจการ ระดับจังหวัด ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และนายอำเภอ มีหน้าที่กำหนดนโยบาย วางแผนการดำเนินงาน สนับสนุน กำกับและติดตาม
2. ชุดรวบรวมข้อมูล (ศูนย์ข้อมูล) ประกอบด้วย ปลัดอำเภอผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด ตำรวจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐในพื้นที่ สาธารณสุขอำเภอ มีหน้าที่สำรวจและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด วิเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลต่อกรรมการชุดอำนาจการ
3. ชุดปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ประกอบด้วย

3.1 ทีม 5 กัลยาณมิตร ตามรูปแบบเก้าอี้โมเดล ต่อผู้ป่วย 1 คน ในการเฝ้าระวังดูแลช่วยเหลือและติดตามผู้ป่วยในชุมชน ประกอบด้วย

- 1) ปกครองท้องที่ ได้แก่ กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน
- 2) องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ได้แก่ สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล
- 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- 4) ญาติตามกฎหมาย หรือผู้ดูแลที่ผู้ป่วยยินยอม
- 5) ขวัญใจผู้ป่วย คือ บุคคลที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ เชื่อใจ พบปะพูดคุยด้วยเป็นประจำ

3.2 เจ้าหน้าที่ตำรวจ โดย ทีม 5 กัลยาณมิตรซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญในการดูแล มีหน้าที่สังเกตอาการ ประเมินพฤติกรรมและกำชับดูแลการทานยาของผู้ป่วยให้ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยมีเจ้าหน้าที่ตำรวจมาให้การสนับสนุนเพิ่มเติม ในการกำกับติดตามการทานยาในผู้ป่วยบางราย และตรวจปัสสาวะจากสารเสพติด

4. ชุดฟื้นฟูสภาพทางสังคม ที่ประกอบด้วย องค์กรบริหารส่วนจังหวัด กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ภาคประชาชน เจ้าของกิจการ ร่วมกันดูแล ให้โอกาสในการประกอบอาชีพ ที่อยู่อาศัย ปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน ให้การศึกษา และดูแลความเป็นอยู่โดยรวม รวมถึงการเดินทางไปพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาล ดังภาพที่ 1



รูปที่ 1 องค์ประกอบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด พาสานโมเดล

และสามารถสรุปกลไกในการดำเนินการตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัดนครสวรรค์ พาสานโมเดล ได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 กลไกการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ พาสานโมเดล

คณะกรรมการ	ผู้ดำเนินการ	บทบาทหน้าที่	กิจกรรม	ระยะเวลา
ชุดอำนวยการ	ผู้ว่าราชการจังหวัด, ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, นายอำเภอ	กำหนดนโยบาย วางแผน การดำเนินงาน สนับสนุน กำกับและติดตาม	<ul style="list-style-type: none"> - แต่งตั้งคณะทำงาน - ประชุมชี้แจงนโยบาย - วางแผนและกำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน - สนับสนุน พัฒนา สร้างแรงจูงใจให้คณะทำงาน - สะท้อนผลการทำงานร่วมกัน - บังคับใช้กฎหมาย 	
ชุดรวบรวมข้อมูล (ศูนย์ข้อมูล)	ปลัดอำเภอผู้รับผิดชอบงานยาเสพติด, ตำรวจ, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของรัฐในพื้นที่, สาธารณสุขอำเภอ	แลกเปลี่ยนและวิเคราะห์ ข้อมูลและนำเสนอต่อ คณะกรรมการ	<ul style="list-style-type: none"> - รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากแต่ละหน่วยงาน - ทำทะเบียนผู้ป่วย - รายงานข้อมูลเสนอต่อคณะกรรมการ 	- เดือนละ 1 ครั้ง
ชุดปฏิบัติการ	5 กัลยาณมิตร	สังเกตอาการ ประเมินพฤติกรรมและกำชับดูแล การทานยาของผู้ป่วยให้ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ	<ul style="list-style-type: none"> - สังเกตพฤติกรรมสัญญาณเตือน - ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 10 ด้าน - เฝ้าระวังอาการตามแบบประเมิน OAS/ SMIV - กำชับดูแลการทานยา 	<ul style="list-style-type: none"> - ทุกวัน - เดือนละ 1 ครั้ง - เดือนละ 1 ครั้ง - ตามแพทย์สั่ง
	ตำรวจ	ร่วมดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	<ul style="list-style-type: none"> - กำกับติดตามการทานยา - ตรวจสอบปัสสาวะจากสารเสพติด 	<ul style="list-style-type: none"> - ตามแพทย์สั่ง - สุ่มตรวจ
ชุดฟื้นฟูสภาพทางสังคม	องค์การบริหารส่วนจังหวัด, กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น, กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์(พม.), ภาคประชาชน	ร่วมกันดูแล ให้โอกาส ในการประกอบอาชีพ ที่อยู่อาศัย ปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน ให้การศึกษา และดูแลความเป็นอยู่โดยรวม	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับสภาพแวดล้อมรอบบ้านเพื่อจัดตัว กระตุ้นสารเสพติด - เสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัว - ให้โอกาส สร้างอาชีพ - ติดตาม สนับสนุน ช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น เบี้ยยังชีพ, ที่พักอาศัย, การเดินทางไปพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> - หลังการรักษาที่โรงพยาบาล - โดยติดตามเป็นระยะ

ผลการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์

ลักษณะของผู้ป่วยจิตเวทยาเสพติด พบว่า ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 92) มีช่วงอายุน้อยกว่า 35 ปี (ร้อยละ 53.33) สถานภาพโสด (ร้อยละ 61.33) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 54.67) อาชีพ รับจ้าง (ร้อยละ 52) รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 52) และอาศัยอยู่กับพ่อแม่ (ร้อยละ 52.67) ผลการศึกษาด้านการเข้าถึงยาเสพติด พบว่า ผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด ส่วนใหญ่สถานภาพการใช้ยาเสพติดเป็นผู้ใช้ เสพครั้งคราว 3-4 เดือนต่อครั้ง (ร้อยละ 40.67) และใช้ยาครั้งแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 69) สาเหตุการใช้ยาเพราะอยากรู้ อยากลอง ด้วยตนเอง (ร้อยละ 58) สารเสพติดที่ใช้กันมากที่สุด คือ ยาบ้า (ร้อยละ 85) และไม่เคย

ได้รับการบำบัด (ร้อยละ 63.33)

ผลการศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด จังหวัดนครสวรรค์ ด้านอาการทางจิต พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ หลังใช้รูปแบบฯ 1 เดือน และหลังใช้รูปแบบฯ 2 เดือน เท่ากับ 1.1, 1.1, และ 1.0 ตามลำดับ ด้านการกินยา พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ หลังใช้รูปแบบฯ 1 เดือน และหลังใช้รูปแบบฯ 2 เดือน เท่ากับ 1.4, 1.2, 1.0 ตามลำดับ ด้านผู้ดูแล/ญาติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ หลังใช้รูปแบบฯ 1 เดือน และหลังใช้รูปแบบฯ 2 เดือน เท่ากับ 1.2, 1.1, 1.0 ตามลำดับ ด้านกิจวัตรประจำวัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ หลังใช้รูปแบบฯ 1 เดือน และหลังใช้รูปแบบฯ 2 เดือน เท่ากับ 1.0, 1.1, 1.0 ตามลำดับ ด้านการประกอบอาชีพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ

หลังใช้รูปแบบฯ 1 เดือน และหลังใช้รูปแบบฯ 2 เดือน เท่ากับ 1.5, 1.5, 1.2 ตามลำดับ และด้านสัมพันธ์ครอบครัว พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ หลังใช้รูปแบบฯ 1 เดือน และหลังใช้รูปแบบฯ พบว่า 2 เดือน เท่ากับ 1.5, 1.4, 1.2 ตามลำดับ ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ หลังใช้รูปแบบฯ 1 เดือน และหลังใช้รูปแบบฯ 2 เดือน เท่ากับ 1.1, 1.0, 1.0 ตามลำดับ ด้านสื่อสาร พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ หลังใช้รูปแบบฯ 1 เดือน และหลังใช้รูปแบบฯ 2 เดือน เท่ากับ 1.2, 1.2, 1.0 ตามลำดับ ด้านความสามารถในการเรียนรู้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ หลังใช้รูปแบบฯ 1 เดือน

และหลังใช้รูปแบบฯ 2 เดือน เท่ากับ 1.1, 1.1, 1.0 ตามลำดับ ด้านการใช้สารเสพติด พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ หลังใช้รูปแบบฯ 1 เดือน และหลังใช้รูปแบบฯ 2 เดือน เท่ากับ 1.8, 1.5, 1.3 ตามลำดับ ด้านภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ หลังใช้รูปแบบฯ 1 เดือน และหลังใช้รูปแบบฯ 2 เดือน เท่ากับ 13.2, 12.6, 11.2 ตามลำดับ และด้านความก้าวร้าวรุนแรง พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้รูปแบบฯ หลังใช้รูปแบบฯ 1 เดือน และหลังใช้รูปแบบฯ 2 เดือน เท่ากับ 0.1, 0.0, 0.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ก่อน, หลัง 1 เดือน, หลัง 2 เดือน ของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่มาจากยาเสพติด จังหวัดนครสวรรค์ (n = 150)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อน		หลัง 1 เดือน		หลัง 2 เดือน	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
ด้านอาการทางจิต	1.1	0.3	1.1	0.3	1.0	0.1
ด้านการกินยา	1.4	0.6	1.2	0.5	1.0	0.3
ด้านผู้ดูแล	1.2	0.6	1.1	0.4	1.0	0.3
ด้านกิจวัตรประจำวัน	1.0	0.2	1.0	0.2	1.0	0.0
ด้านประกอบอาชีพ	1.5	0.8	1.5	0.7	1.2	0.5
ด้านสัมพันธ์ในครอบครัว	1.5	0.5	1.4	0.5	1.2	0.4
ด้านสิ่งแวดล้อม	1.1	0.3	1.0	0.2	1.0	0.1
ด้านสื่อสาร	1.2	0.4	1.2	0.4	1.0	0.2
ด้านความสามารถในการเรียนรู้	1.1	0.4	1.1	0.3	1.0	0.1
ด้านการใช้สารเสพติด	1.8	0.6	1.5	0.6	1.3	0.4
ภาพรวมทุกด้าน	13.2	3.3	12.6	3.0	11.1	1.9
ความก้าวร้าวรุนแรง	0.1	0.3	0.0	0.2	0.0	0.0

ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด จังหวัดนครสวรรค์ ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม ก่อนใช้ หลังใช้ 1 เดือน และ หลังใช้ 2 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านอาการทางจิต มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.90, 283.52) = 7.87, p\text{-value} < 0.01$) และคะแนนเฉลี่ยของด้านการกินยา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.87, 278.64) = 21.85, p\text{-value} < 0.01$) และคะแนนเฉลี่ยของด้านการดูแล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.42, 212.41) = 11.25, p\text{-value} < 0.01$) และคะแนนเฉลี่ยของด้านกิจวัตรประจำวัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.90, 283.52) = 4.764, p\text{-value} < 0.05$) และคะแนนเฉลี่ยของด้านอาชีพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.839, 274.07) = 19.00, p\text{-value} < 0.01$) และ

คะแนนเฉลี่ยของด้านความสัมพันธ์ครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.72, 257.03) = 20.24, p\text{-value} < 0.01$) และคะแนนเฉลี่ยของด้านสิ่งแวดล้อม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.44, 215.46) = 5.197, p\text{-value} < 0.05$) และคะแนนเฉลี่ยของด้านการสื่อสาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2.00, 298.00) = 15.078, p\text{-value} < 0.01$) และคะแนนเฉลี่ยของด้านการเรียนรู้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.88, 281.09) = 8.42, p\text{-value} < 0.01$) และคะแนนเฉลี่ยของด้านการใช้สารเสพติด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.87, 279.67) = 49.04, p\text{-value} < 0.01$) และคะแนนเฉลี่ยของภาพรวมพฤติกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.90, 283.52) = 40.28, p\text{-value} < 0.01$) และคะแนนเฉลี่ยของความก้าวร้าว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1.56, 232.45) = 8.77, p\text{-value} < 0.01$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การทดสอบผลภายในกลุ่ม ก่อน, หลัง 1 เดือน, หลัง 2 เดือน ของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่มาจากยาเสพติด จังหวัดนครสวรรค์จำแนกรายด้าน ภาพรวม และความก้าวร้าว (n = 150)

พฤติกรรมสุขภาพ	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig	Partial Eta Square
ด้านอาการทางจิต						
Time Greenhouse-Geiser	1.13	1.90	0.59	7.87	<0.01	0.16
(Error) Greenhouse-Geiser	21.52	283.52	0.07			
ด้านการกินยา						
Time Greenhouse-Geiser	8.69	1.87	4.65	21.85	<0.01	40.86
(Error) Greenhouse-Geiser	59.30	278.64	0.21			
ด้านผู้ดูแล						
Time Greenhouse-Geiser	3.23	1.42	2.26	11.25	<0.01	0.07
(Error) Greenhouse-Geiser	42.76	212.41	0.20			
ด้านกิจวัตรประจำวัน						
Time Greenhouse-Geiser	0.35	1.90	0.18	4.76	0.01	0.03
(Error) Greenhouse-Geiser	10.98	283.44	0.03			
ด้านประกอบอาชีพ						
Time Greenhouse-Geiser	10.03	1.83	5.45	19.00	<0.01	0.11
(Error) Greenhouse-Geiser	78.63	274.07	0.28			
ด้านสัมพันธ์ในครอบครัว						
Time Greenhouse-Geiser	7.33	1.72	4.25	20.24	<0.01	0.12
(Error) Greenhouse-Geiser	53.99	257.03	0.21			
ด้านสิ่งแวดล้อม						
Time Greenhouse-Geiser	0.40	1.44	0.28	5.19	0.01	0.03
(Error) Greenhouse-Geiser	11.59	215.46	0.05			
ด้านสื่อสาร						
Sphericity Assumed	3.12	2.00	1.56	15.07	<0.01	0.09
(Error)Sphericity Assumed	30.87	298.00	0.10			
ด้านความสามารถในการเรียนรู้						
Time Greenhouse-Geiser	1.39	1.88	0.73	8.42	<0.01	0.05
(Error) Greenhouse-Geiser	24.60	281.09	0.08			
ด้านการใช้สารเสพติด						
Time Greenhouse-Geiser	18.32	1.877	9.76	49.04	<0.01	0.24
(Error) Greenhouse-Geiser	55.67	279.67	0.19			
ภาพรวมทุกด้าน						
Time Greenhouse-Geiser	354.72	1.646	215.55	40.28	<0.01	0.21
(Error) Greenhouse-Geiser	1311.94	245.19	213.48			
ความก้าวร้าวรุนแรง						
Time Greenhouse-Geiser	0.96	1.560	0.61	8.77	<0.01	0.05
(Error) Greenhouse-Geiser	16.36	232.45	0.07			

จากการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตเวช ยาเสพติดแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ไปใช้พบว่าพฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05 และมีการเปรียบเทียบ

การเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลา พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนการใช้รูปแบบฯ กับ หลังใช้ 1 เดือน (0.64 (95% CI, 0.15 ถึง 1.12, p -value<0.01) และก่อนการใช้รูปแบบฯ กับ หลังใช้ 2 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ย

ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (2.12 (95% CI, 1.41 ถึง 2.82, p -value<0.01) และหลังใช้ 1 เดือน กับ หลังใช้ 2 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (1.48 (95% CI, 0.93 ถึง 2.02, p -value<0.01) ในส่วนของความก้าวร้าวมีการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลา พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนการใช้รูปแบบฯ

กับ หลังใช้ 1 เดือน (0.06 (95% CI, -0.20 ถึง 0.14, p -value <0.01) และก่อนการใช้รูปแบบฯ กับ หลังใช้ 2 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.11 (95% CI, 0.05 ถึง 0.17, p -value<0.01) และหลังใช้ 1 เดือน กับ หลังใช้ 2 เดือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.05 (95% CI, 0.00 ถึง 0.10, p -value<0.01) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ ของพฤติกรรมสุขภาพและความก้าวร้าวของผู้ป่วยจิตเวชที่มาจากยาเสพติด จังหวัดนครสวรรค์ (n = 150)

พฤติกรรมสุขภาพ	Mean Difference	Std. Error	Sig	95% Confidence Interval for Difference	
				Lower Bound	Upper Bound
พฤติกรรมสุขภาพ					
ก่อน - หลัง 1 เดือน	0.64	0.199	0.005	0.158	1.122
- หลัง 2 เดือน	2.12	0.292	0.001	1.414	2.826
หลัง 1 เดือน - หลัง 2 เดือน	1.48	0.227	0.001	0.931	2.029
ความก้าวร้าว					
ก่อน - หลัง 1 เดือน	0.06	0.033	0.215	-0.020	0.140
- หลัง 2 เดือน	0.11	0.026	0.001	0.050	0.176
หลัง 1 เดือน - หลัง 2 เดือน	0.05	0.021	0.033	0.003	0.103

วิจารณ์

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ครั้งนี้ เป็นวิจัยแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observe) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ และประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ข้อค้นพบจากการศึกษาวิจารณ์ดังรายละเอียดดังนี้ ในการศึกษาครั้งนี้เริ่มต้นด้วยศึกษาสถานการณ์ พบว่า ผู้ป่วยสุขภาพจิตจากยาเสพติดมีจำนวน 220 คน โดยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการก้าวร้าวรุนแรง 1 ใน 3 เป็นผู้ป่วยจากจิตเวชจากสารเสพติด รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มาจากยาเสพติดนั้นต้องบูรณาการความร่วมมือของทุกหน่วยงานทุกภาคส่วนร่วมกันช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดอย่างถูกต้อง ครบวงจร จึงต้องใช้ภาคีเครือข่ายร่วมกันดูแล ซึ่งมีความคล้ายกับเก้าอี้ล้อมโบล ที่ใช้ทีมกัลยาณมิตรในการร่วมกันดูแล แต่มีความแตกต่างเนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดจำเป็นต้องใช้ ตำรวจและผู้นำชุมชนในการกำกับติดตามการทานยาของผู้ป่วยบางราย ติดตามการตรวจปัสสาวะ เพิ่มเติมอย่างเคร่งครัด รวมถึงการ

ใช้กลไกความร่วมมือระดับจังหวัด ที่ออกนโยบายและการติดตามให้มีความต่อเนื่องโดยการดำเนินการร่วมกันของหัวหน้าส่วนราชการและเครือข่ายภาคเอกชน ผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยชนิด การวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการศึกษาในการทดสอบประสิทธิผลของการใช้รูปแบบซึ่งการศึกษาชนิดนี้มีข้อจำกัดคือ ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และมีระยะเวลาในการศึกษา 2 เดือน ผู้วิจัยจึงจัดให้มีการวัดประสิทธิผลการใช้รูปแบบจำนวน 3 ครั้งคือ ก่อนการใช้ หลังการใช้ 1 เดือน และ 2 เดือน เพื่อยืนยันผลการศึกษาที่ชัดเจน และมีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA เพื่อยืนยันความแตกต่างของผลการศึกษาในแต่ละระยะของการวัดผล จึงเป็นการยืนยันความถูกต้องของผลการศึกษา ผลการศึกษาประสิทธิผลของการใช้รูปแบบในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อ การก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่ผ่านมาซึ่งใช้รูปแบบการวิจัยชนิดเดียวกัน พบว่า ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น⁶

ในการประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ หลังการนำการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จังหวัดนครสวรรค์ ไปใช้พบว่าพฤติกรรมสุขภาพ 10 ด้าน ที่ประกอบด้วย ด้านอาการจิต ด้านการกินยา

ด้านผู้ดูแล ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ ด้านสัมพันธ์ในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความสามารถในการเรียนรู้ ด้านการใช้สารเสพติด ในแต่ละด้านมีคะแนนค่าเฉลี่ยความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีทุกด้านมีคะแนนค่าเฉลี่ยลดลงอย่างต่อเนื่องเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบ หลังการใช้รูปแบบ 1 เดือน และหลังการใช้รูปแบบ 2 เดือน รวมถึงคะแนนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมรวม และความก้าวร้าวรุนแรงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีทุกด้านมีคะแนนค่าเฉลี่ยลดลงอย่างต่อเนื่องเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการใช้รูปแบบ หลังการใช้รูปแบบ 1 เดือน และหลังการใช้รูปแบบ 2 เดือน แต่เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมที่ยังคงพบอยู่และมากที่สุดคือการใช้ สารเสพติด ยังคงมีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงกว่ารายด้านอื่นๆ ถึงแม้จะมีแนวโน้มค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงก็ตาม เพราะหัวใจสำคัญของการจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จากยาเสพติดคือการไม่ทำให้ผู้ป่วยเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติดซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ จากการนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจังหวัดนครสวรรค์ ไปใช้แล้วเกิดผลความสำเร็จที่พฤติกรรมสุขภาพรวม และความก้าวร้าวรุนแรงลดลง นั้นเป็นผลมาจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ทั้งร่วมคิดวิเคราะห์ ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมรับผลประโยชน์ ในการดำเนินการแก้ไขปัญหานี้ทุกขั้นตอนตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การดูแลด้านกาย ใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยจิตเวช สอดคล้องกับระบอบ ประชาระยะ และคณะ⁷ ที่กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูง โดยมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้ไม่พบอุบัติการณ์ความก้าวร้าวรุนแรงในชุมชนและกรองจิต วลัยศรี⁸ ใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทำให้พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และลัดดาวัลย์ สิทธิสาร⁹ ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทำให้คะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชลดลง และคะแนนความสามารถทางจิต ใจ สังคม และอาชีพเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและจรรยา ใจหนู¹⁰ พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมครอบครัว และชุมชนดูแลผู้ป่วยสุขภาพแบบบูรณาการทำให้ อาการทางจิต การกินยา สัมพันธภาพครอบครัวดีขึ้น และการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำลดลง และโกศล เจริญศรี¹¹ กษพร นระธา¹² พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายทำให้คะแนนทางจิตผู้ป่วยลดลง ความสุขของญาติเพิ่มขึ้น รวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกมาตรการในการดูแล ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกินยาอย่างสม่ำเสมอ หทัยกานจน์ เสี่ยงเพราะ¹³ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป มีดังนี้

1. การสร้างร่วมมือจากภาคีเครือข่ายเป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้ข้อมูลที่สะท้อนปัญหาพร้อมกับ นำ และเป็น
2. พัฒนาศักยภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด อย่างต่อเนื่องให้สามารถเลือกรูปแบบที่กำหนดขึ้น เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรศึกษาประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย หลังการนำการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดไปใช้ โดยออกแบบให้มีกลุ่มเปรียบเทียบการศึกษาแบบวัดซ้ำ 3 , 6 , 9 , 12 เดือน รวมถึงควรมีการติดตามผลการศึกษาระยะยาว

สรุป

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ที่ใช้การร่วมวิเคราะห์ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผลประโยชน์จากการดำเนินการตั้งแต่เริ่ม ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดครอบคลุมทุกมิติส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและความก้าวร้าวรุนแรงลดลง สามารถอยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้อย่างปกติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์จักรวาล จุฑาสงษ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ที่จุดประกายความคิดในการศึกษาวิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ชติยา แก้วสมบัติ, อิศรา ขุนพิลึก, ชินกร สุจิมงคล, อัญชลี วิจิตรปัญญา. การวิเคราะห์บริบทของปัจจัยที่เอื้อและเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพจิตระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง: การศึกษาแบบผสมวิธีในหลายระดับ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์. 2567;17(3):157-71.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. การระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช. 2556.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. HCD [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 20 มี.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nsn.moph.go.th/>
4. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. 3rd ed. Geelong (Australia): Deakin University Press; 1998.
5. Daniel WW. Biostatistics: A foundation of analysis

- in the health sciences. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995. p. 177–8.
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนสำหรับบุคลากรหน่วยบริการปฐมภูมิ. 2559.
 7. ปรียาภัสสรส์ เหล็กเพชร, กฤษณา เหล็กเพชร, จันทิมา นวมะวัฒน์. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิจัยสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;6(1):164–77.
 8. ประครอง ประภีระนะ, จันทรเพ็ญ สว่างโธสง, ดนัย บุญมี, กาญจนา จันทะนุญ, อรุณช ไชยสันต์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิตและมีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอปางศิลาทอง จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิทยาลัยชุมชนมหาสารคาม. 2567;9(6):218–22.
 9. กรองจิต วลัยศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิทยาลัยชุมชนมหาสารคาม. 2566;8(3):909–17.
 10. ลัดดาวัลย์ สิทธิสาร. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงโดยชุมชนมีส่วนร่วม กรณีศึกษา อำเภอแห่งหนึ่งของประเทศไทย. วารสารกระบี่เวชสาร. 2566;6(2).
 11. จรรยา ใจหนูน. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบบูรณาการ. เพชรบูรณ์เวชสาร. 2023;3(2):219-32.
 12. โกศล เจริญศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร กรณีศึกษา บ้านนาทาม - ห้วยทราย ตำบลป่าไร่ อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2023;8(2):286-9.
 13. กขพร นระธาธร. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม โดย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2024;9(5):577-84.
 14. หทัยกาญจน์ เสี่ยงเพราะ. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนอำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2025;70(2):262-73.

พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรคค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

Virtue and Ethics Behavior of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak, Nakhonsawan

วัชร่า สุขแท้, พย.ม., นลินี เกิดประสงค์, ประ.ด., ศศิธร ซอเสียง, น.ศ.

Watchara Suktae, M.N.S., Nalinee kerdprasong, Asst. Prof. Dr., Sasitorn Sorsiang, SDN.

Abstract

Objective: This study aimed to investigate the Virtue and Ethics Behavior of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan, based on the framework of the Bachelor of Nursing Science program curriculum, revised edition B.E. 2560 (2017).

Method: descriptive research design was employed. The participants were 132 fourth-year nursing students enrolled in the first semester of the 2024 academic year, selected through Total population sampling. The data collection instrument was a questionnaire, which demonstrated a reliability with a Cronbach's alpha coefficient of 0.92. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson Correlation Coefficient.

Results: The findings revealed that the overall Virtue and Ethics Behavior of nursing students was at a high level ($\bar{X} = 4.21$, S.D. = 0.77). When examining individual dimensions, "respect for human rights and dignity" was rated at the highest level ($\bar{X} = 4.58$, S.D. = 0.63). Other dimensions were also rated at a high level, in descending order: "honesty, discipline, and punctuality"

($\bar{X} = 4.38$, S.D. = 0.83), "positive attitude towards the nursing profession" ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = 0.72), "responsibility for oneself and society" ($\bar{X} = 4.14$, S.D. = 0.77), "management of ethical issues or problems" ($\bar{X} = 3.94$, S.D. = 0.79), and "public-mindedness and consideration for the community and society" ($\bar{X} = 3.90$, S.D. = 0.89). Students' moral and ethical behavior was not significantly related to academic achievement ($r = .066$, $p = .44$).

Conclusions: The fourth-year nursing students demonstrated a high level of overall Virtue and Ethics Behavior. The college should pursue continuous development in this area to prepare nursing students to become qualified graduates who possess both knowledge and strong ethical principles. This will enable them to confidently face ethical challenges in their profession and genuinely meet societal expectations.

Keywords: Virtue and Ethics Behavior, nursing students

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: ศึกษาพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมตามกรอบมาตรฐานหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2560 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรคค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

วิธีการศึกษา: ศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ประชากร คือนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ที่กำลังศึกษาในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2567 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรคค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ จำนวน 132 คน โดยวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจากประชากร (Total population sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยด้วยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation

วันที่รับ (received) 21 กรกฎาคม 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 9 กันยายน 2568

วันที่ตอบรับ (accepted) 10 กันยายน 2568

Published online ahead of print 11 กันยายน 2568

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรคค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

Boromarajonani College of Nursing, SawanPracharak, NakhonSawan

Corresponding Author: นลินี เกิดประสงค์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรคค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

Email: nalinee@bcnsprnw.ac.th

doi: <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2025.25>

Coefficient)

ผลการศึกษา: พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.21$, S.D. = 0.77) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.58$, S.D. = 0.63) ด้านที่เหลือน้อยอยู่ในระดับมากเรียงตามลำดับ คือ ด้านความซื่อสัตย์ มีวินัยตรงต่อเวลา ($\bar{X} = 4.38$, S.D. = 0.83) ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = 0.72) ด้านความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม ($\bar{X} = 4.14$, S.D. = 0.77) ด้านการจัดการประเด็นหรือปัญหาทางจริยธรรม ($\bar{X} = 3.94$, S.D. = 0.79) และด้านการมีจิตสาธารณะ คำนึงถึงส่วนรวมและสังคม ($\bar{X} = 3.90$, S.D. = 0.89) พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .066$; $p = .44$)

สรุป: นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก วิทยาลัยฯ ควรพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาพยาบาลเป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพ มีความรู้ ความสามารถควบคู่ไปกับคุณธรรมจริยธรรมที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญกับความท้าทายทางจริยธรรมในวิชาชีพได้อย่างมั่นคง และตอบสนองต่อความคาดหวังของสังคมได้อย่างแท้จริง

คำสำคัญ: พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรม, นักศึกษาพยาบาล

บทนำ

วิชาชีพพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมแก่ผู้คนทุกช่วงวัย ตั้งแต่แรกเกิดจนวาระสุดท้ายของชีวิต โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้ทุกคนมีสุขภาวะที่ดี พยาบาลจึงต้องปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ด้วยการนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์ผนวกเข้ากับหลักจริยธรรม เพื่อช่วยบรรเทาความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของผู้รับบริการ¹ เนื่องจากพยาบาลเป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์โดยตรง จึงเป็นที่คาดหวังจากผู้ให้บริการให้มีคุณธรรมสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเมตตา กรุณา ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และการตระหนักในคุณค่าความเป็นมนุษย์² พยาบาลที่มีจริยธรรมจึงจะสามารถมอบการดูแลที่มีคุณภาพ ตรงตามความต้องการของผู้รับบริการได้ ดังนั้น จริยธรรมจึงเป็นหัวใจสำคัญในการปฏิบัติงานพยาบาล สภาการพยาบาลได้กำหนดข้อบังคับด้านจริยธรรมไว้อย่างชัดเจนในข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 ซึ่งระบุให้ผู้ประกอบวิชาชีพต้องรักษาจริยธรรมในการปฏิบัติต่อทั้งผู้ใช้บริการ เพื่อนร่วมวิชาชีพ และผู้ร่วมงาน หากฝ่าฝืนจริยธรรมที่กำหนดไว้ อาจมีผลทางกฎหมายตามมาได้ 3 การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพนั้น ต้องอาศัยการผสมผสานคุณสมบัติที่สำคัญสามประการ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และจริยธรรม การมี

คุณสมบัติเหล่านี้ยิ่งช่วยครบถ้วนจะช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด⁴

ประเด็นปัญหาจริยธรรมทางการพยาบาล ในช่วงปี พ.ศ. 2562 ถึง 2566 มีการกระทำผิดจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพหลากหลายรูปแบบ เช่น การเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้รับบริการ การปฏิบัติหน้าที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ การประพฤติตนที่ส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อวิชาชีพพยาบาล รวมถึงการขาดความรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่ นำไปสู่ความเสียหายต่อผู้รับบริการและโรงพยาบาล⁵ แต่ละกรณีเน้นย้ำถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามจริยธรรม และ มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อธำรงไว้ซึ่งความน่าเชื่อถือของวิชาชีพพยาบาล การที่พยาบาลมีพฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสม พูดไม่สุภาพ พูดเสียงดัง พูดไม่ให้เกียรติผู้ป่วย ไม่สนใจผู้ป่วย ขาดความเอื้ออาทร อาจก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน ทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับการบริการที่ดีจากผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้รับบริการอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์ขึ้นขณะเข้ารับการรักษา ผลกระทบต่อองค์กรทำให้โรงพยาบาลเสียชื่อเสียง ถูกฟ้องร้อง และเสียค่าใช้จ่ายในการตอบแทนความผิดพลาดที่เกิดขึ้น และมีผลกระทบต่อผู้ประกอบวิชาชีพ กลายเป็นวิชาชีพที่ไม่ได้รับความไว้วางใจ ไม่น่าเชื่อถือ สังคมไม่ให้คุณค่า ไม่ยกย่องให้เกียรติในฐานะวิชาชีพ⁶ พฤติกรรมบริการพยาบาล การให้ข้อมูล การช่วยเหลือล่าช้าทำให้ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ปลอดภัยและไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม⁷

นักศึกษาพยาบาลจะเป็นพยาบาลวิชาชีพต่อไปในอนาคต สถาบันการศึกษาพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการส่งเสริมจริยธรรมในวิชาชีพการพยาบาลแก่นักศึกษาพยาบาล ในระหว่างการศึกษาก่อนเข้าสู่การปฏิบัติงานจริง โดยในภาคทฤษฎีส่งเสริมให้นักศึกษามีการเรียนรู้และเข้าใจในหลักการและแนวคิดทางจริยธรรม ฝึกคิดวิเคราะห์และไตร่ตรองในประเด็นปัญหาทางจริยธรรมต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผลและรอบคอบ⁸ เพื่อเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจและการปฏิบัติการพยาบาล เรียนรู้และสังเกตพฤติกรรมของอาจารย์พยาบาลและพยาบาลพี่เลี้ยงที่เป็นแบบอย่างที่ดีในด้านจริยธรรม และนำมาปรับใช้ในการปฏิบัติของตนเอง

สถาบันพระบรมชนกเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีหลักที่สำคัญคือ การผลิตและพัฒนาบุคลากรทางด้านสุขภาพตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข โดยจะผลิตบัณฑิตให้มีความรู้ ความสามารถ ทางวิชาการและทักษะวิชาชีพ มีคุณธรรม จริยธรรม สำนึกต่อสังคมและให้มีศักยภาพในการเรียนรู้ด้วยตัวเอง⁹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ เป็นสถาบันการศึกษาที่จัดการศึกษาตามหลักปรัชญาของสถาบันพระบรมราชชนก โดยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์

ประชากร นักศรัทธา มีปรัชญาว่า การผลิตบัณฑิตพยาบาล และพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ เป็นเรื่องสำคัญต้องบูรณาการศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เป็นผู้มีความรู้และทักษะทางวิชาชีพ ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณของวิชาชีพ ให้บริการด้วยความ ความเป็นมนุษย์ รับผิดชอบตนเองและสังคม มีทักษะสากล สามารถคิด และแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ มีภาวะผู้นำ ทำงานเป็นทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนานตนเองอย่างต่อเนื่องและเรียนรู้ตลอดชีวิตสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีความสุข ซึ่งทางวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ ประชาธิปไตย นครสวรรค์ ได้กำหนดอัตลักษณ์คุณธรรมของนักศึกษาพยาบาล คือ ชื่อสัตย์ รับผิดชอบ มีวินัย จึงเป็นส่วนที่สำคัญต่อการพัฒนาพฤติกรรมของนักศึกษาให้มีพฤติกรรมที่สามารถปฏิบัติหรือแสดงออกทางการกระทำได้โดยมีมาตรฐานผลการเรียนรู้จากหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560 ได้แก่ ทักษะคุณธรรมจริยธรรม มีทั้งหมด 6 ด้านดังนี้ 1. มีความซื่อสัตย์ มีวินัย ตรงต่อเวลา 2. มีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม 3. สามารถใช้ดุลยพินิจในการจัดการประเด็นหรือปัญหาทางจริยธรรม 4. แสดงออกถึงการเคารพสิทธิคุณค่า ความแตกต่างและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้อื่นและตนเอง 5. แสดงออกถึงการมีจิตสาธารณะ คำนึงถึงส่วนรวมและสังคม 6. แสดงออกถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาล ตระหนักในคุณค่าวิชาชีพและสิทธิของพยาบาล¹⁰ ดังนั้นในการจัดการเรียน การสอนและกิจกรรมต่างๆ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ ประชาธิปไตย นครสวรรค์ จึงเป็นการส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลทุกคนมีอัตลักษณ์ด้านคุณธรรมและจริยธรรม

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ ประชาธิปไตย นครสวรรค์ เพื่อที่จะได้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและวางแผนเพื่อพัฒนาสมรรถนะด้านคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล เตรียมความพร้อมด้านจริยธรรมแก่นักศึกษาพยาบาลให้ก้าวเข้าสู่วิชาชีพด้วยรากฐานทางจริยธรรมที่แข็งแกร่ง อีกทั้งจะช่วยให้นักศึกษาประสบความสำเร็จในวิชาชีพและลดประเด็นปัญหาจริยธรรมการพยาบาลส่งผลดีต่อผู้รับบริการต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยการศึกษาได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ ประชาธิปไตย นครสวรรค์ ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ 019/ปี 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาล

ศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ ประชาธิปไตย นครสวรรค์ จำนวน 132 คน ที่กำลังศึกษาภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567 ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่วันที่ 5 มิถุนายน - 16 สิงหาคม 2567 ณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ ประชาธิปไตย นครสวรรค์ สถาบันพระบรมราชชนก กลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด (Total population sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567 ที่สมัครใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย

2. เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

2.1 เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่ลาป่วยหรือลา กิจในวันที่เก็บข้อมูล

2.2 ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน (ขาดข้อมูลมากกว่า 10%)

เครื่องมือวิจัย เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมคุณธรรม จริยธรรมตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตฉบับปรับปรุง 2560 ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและดัดแปลงมาจาก วรรณดี เสือมาก¹¹ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน IOC = 0.8 และหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการทดลองใช้ (Pilot test) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จากนักศึกษาหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วทบ. ชัยนาทจำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 ซึ่งแบบ สอบถามประกอบด้วยพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรม 6 ด้าน คือ 1. ความซื่อสัตย์ มีวินัย ตรงต่อเวลา 2. ความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม 3. การจัดการประเด็นหรือปัญหาทางจริยธรรม 4. การเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ 5. การมีจิต สาธารณะ คำนึงถึงส่วนรวมและสังคม 6. การมีทัศนคติที่ดีต่อ วิชาชีพการพยาบาล มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 30 ข้อ การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ แบบสอบถาม Google form ให้นักศึกษาตอบทางออนไลน์

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่าง คะแนนเกรดเฉลี่ยรวม (GPA) และพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรม ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient) p -value < .01

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ประชากรทั้งหมดเป็นนักศึกษาพยาบาล ศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 โดยทำการศึกษา ช่วงระยะเวลา ตั้งแต่วันที่ 5 มิถุนายน - 16 สิงหาคม 2567 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ เพศ และเกรดเฉลี่ยสะสมของประชากร

นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 (N=132)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	6.8
หญิง	123	93.2
เกรดเฉลี่ยสะสม		
3.00 – 3.49	59	44.7
2.50	68	51.5
2.00 - 2.49	5	3.8

จากตารางที่ 1 พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 จำนวน 132 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 123 คน (ร้อยละ 93.2) เพศชาย จำนวน 9 คน (ร้อยละ 6.8) กำลังศึกษาภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2567 โดยเกรดเฉลี่ยสะสม 3.00 – 3.49 จำนวน 59 คน (ร้อยละ 44.7) เกรดเฉลี่ยสะสม 2.50 - 2.99 จำนวน 68 คน (ร้อยละ 51.5) และ เกรดเฉลี่ยสะสม 2.00 - 2.49 จำนวน 5 คน (ร้อยละ 3.8) ได้รับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การพยาบาลมารดาและทารก การพยาบาลเด็ก และการพยาบาลจิตเวช และ

พบว่าพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษามีภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.21, S.D. = 0.77$) และจำแนกรายด้านพบว่า ด้านการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.58, S.D. = 0.63$) และอีก 5 ด้านอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านความซื่อสัตย์มีวินัยตรงต่อเวลา ($\bar{X} = 4.38, S.D.=0.77$) ด้านการจัดการประเด็นหรือปัญหาทางจริยธรรม ($\bar{X} = 3.94, S.D. = 0.79$) ด้านการมีจิตสาธารณะ คำนึงถึงส่วนรวมและสังคม ($\bar{X} = 3.90, S.D. = 0.89$) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของคะแนนพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล (n = 132)

พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรม	Mean	S.D.	ระดับ	การแปลผล
การเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์	4.58	0.63	มากที่สุด	มากที่สุด
ความรับผิดชอบตนเองและสังคม	4.14	0.77	มาก	มาก
ความซื่อสัตย์มีวินัยตรงต่อเวลา	4.38	0.83	มาก	มาก
การมีจิตสาธารณะ คำนึงถึงส่วนรวมและสังคม	3.90	0.89	มาก	มาก
การจัดการประเด็นหรือปัญหาทางจริยธรรม	3.94	0.79	มาก	มาก
การมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ	4.36	0.72	มาก	มาก
ภาพรวม	4.21	0.77	มาก	

จากตารางที่ 2 พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมพบว่า ด้านการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.58, S.D. = 0.63$) จำแนกรายข้อตามระดับคะแนนเฉลี่ย ได้แก่ เปิดโอกาสให้ผู้อื่นได้แสดงความคิดเห็นของตนเอง ($\bar{X} = 4.68, S.D. = 0.57$) รองลงไป ได้แก่ เคารพการตัดสินใจของผู้อื่นโดยคำนึงถึงคุณค่าศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และไม่ตัดสินใจผู้อื่นโดยใช้ความคิดเห็นของตนเอง ($\bar{X} = 4.56, S.D. = 0.67$) และรับฟังความคิดเห็นของบุคคลอื่นด้วยความเต็มใจ ($\bar{X} = 4.56, S.D. = 0.67$) มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ส่วนข้อปฏิบัติต่อบุคคลอื่นโดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลด้วย

ความเสมอภาคไม่เลือกปฏิบัติต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ($\bar{X} = 4.54, S.D. = 0.70$) และเปิดโอกาสให้ผู้อื่นได้แสดงพฤติกรรมในแบบของตนเอง ($\bar{X} = 4.54, S.D. = 0.57$) ซึ่งค่าเฉลี่ยเท่ากันตามลำดับ ด้านความซื่อสัตย์ มีวินัยตรงต่อเวลา ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.38, S.D. = 0.83$) จำแนกรายข้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยระดับมากที่สุด ได้แก่ การไม่นำของของผู้อื่นมาเป็นของตนเองก่อนได้รับอนุญาต ($\bar{X} = 4.69, S.D. = 0.66$) รักษาความลับของผู้อื่น (ผู้ป่วย) โดยจะเปิดเผยเมื่อได้รับอนุญาตเท่านั้น ($\bar{X} = 4.59, S.D. = 0.73$) และปฏิบัติหน้าที่ตรงตามเวลาที่ได้รับมอบหมายเสร็จทันเวลา ($\bar{X} = 4.56, S.D. = 0.64$) ตามลำดับ ส่วนคะแนน

เฉลี่ยระดับมาก ได้แก่ อ้างอิงผลงานของผู้อื่นเมื่อนำมาใช้ในการทำรายงานส่งอาจารย์ ($\bar{x} = 4.13, S.D. = 1.08$) และปฏิบัติตนในขอบเขตกฎระเบียบของวิทยาลัยฯ อย่างเคร่งครัด ($\bar{x} = 3.92, S.D. = 0.74$) ตามลำดับ

ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.36, S.D. = 0.72$) เมื่อจำแนกรายข้อ คะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ รู้สึกมีความสุขและยินดีที่ได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยหรือได้ให้การช่วยเหลือผู้อื่น ($\bar{x} = 4.53, S.D. = 0.63$) และระดับคะแนนเฉลี่ยระดับมาก ได้แก่ มุ่งมั่นที่จะพัฒนาตนเองเพื่อความก้าวหน้าในวิชาชีพ ($\bar{x} = 4.47, S.D. = 0.69$) เชื่อว่าวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีเกียรติได้รับการยกย่องจากสังคม ($\bar{x} = 4.40, S.D. = 0.72$) ภูมิใจในวิชาชีพพยาบาล ซึ่งเป็นวิชาชีพที่มีองค์ความรู้ในการช่วยเหลือผู้อื่น ($\bar{x} = 4.39, S.D. = 0.68$) และพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ พร้อมทั้งจะอุทิศตน เสียสละในการปฏิบัติงานเพื่อวิชาชีพพยาบาล ($\bar{x} = 4.02, S.D. = 0.79$) ตามลำดับ

ด้านความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.14, S.D. = 0.77$) เมื่อจำแนกรายข้อตามคะแนนเฉลี่ยได้แก่ ปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายด้วยความตั้งใจอย่างเต็มความสามารถและทำงานตามที่ได้รับมอบหมายจนสำเร็จ ($\bar{x} = 4.44, S.D. = 0.65$) ยอมรับความผิดพลาดที่เกิดจากการกระทำของตนเองและสามารถอธิบายชี้แจงเหตุผลจากการกระทำของตนเองได้ ($\bar{x} = 4.33, S.D. = 0.68$) รักษาภาพลักษณ์และชื่อเสียงของวิทยาลัยในการปฏิบัติงาน ($\bar{x} = 4.21, S.D. = 0.69$) วางแผนการทำงานอย่างเหมาะสม มุ่งมั่นและตั้งใจในการปฏิบัติงานด้วยความกระตือรือร้น ($\bar{x} = 4.07, S.D. = 0.74$) และพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ แนะนำ

ตักเตือน เมื่อพบเพื่อน กระทำผิด ($\bar{x} = 3.68, S.D. = 0.86$) ตามลำดับ

ด้านการจัดการประเด็นหรือปัญหาทางจริยธรรม พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.94, S.D. = 0.79$) จำแนกรายข้อตามคะแนนเฉลี่ย ได้แก่ ใช้เหตุผลเชิงจริยธรรมในการแก้ปัญหาตามหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาทางจริยธรรม ($\bar{x} = 4.07, S.D. = 0.80$) รองลงมา คือ รับรู้และทำความเข้าใจกับปัญหาทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมาวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาทางจริยธรรมโดยใช้หลักจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ($\bar{x} = 4.06, S.D. = 0.74$) สามารถวิเคราะห์ปัญหาทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในขณะปฏิบัติงาน ($\bar{x} = 3.90, S.D. = 0.76$) พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดและเท่ากัน คือ สามารถวิเคราะห์ปัญหาทางจริยธรรมที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ($\bar{x} = 3.82, S.D. = 0.75$) และใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา ($\bar{x} = 3.82, S.D. = 0.85$) ตามลำดับ

ส่วนด้านการมีจิตสาธารณะ คำนึงถึงส่วนรวมและสังคม ภาพรวมในระดับมาก ($\bar{x} = 3.90, S.D. = 0.89$) จำแนกรายข้อตามคะแนนเฉลี่ย ได้แก่ ทำความสะอาด เก็บอุปกรณ์ต่างๆ หลังทำกิจกรรมเรียบร้อยหลังใช้งาน ($\bar{x} = 4.27, S.D. = 0.77$) รองลงมา คือ ให้ความร่วมมือช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ในวิทยาลัย ($\bar{x} = 4.06, S.D. = 0.84$) ใช้ของส่วนรวม เช่น ไฟฟ้า น้ำ เครื่องปรับอากาศอย่างประหยัดและพอเพียง ($\bar{x} = 4.00, S.D. = 0.81$) เมื่อพบขยะตกอยู่บริเวณทางเดินบนถนน หรือบริเวณอื่นๆ จะเก็บทิ้ง ($\bar{x} = 3.69, S.D. = 0.77$) และพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ อาสาช่วยเหลืองานต่างๆ ของวิทยาลัย ($\bar{x} = 3.49, S.D. = 0.87$) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมกับระดับผลการเรียนของนักศึกษาพยาบาล (n = 132)

พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรม	ระดับผลการเรียน	
	Pearson Correlation (r)	p-value (2-tailed)
ภาพรวม	.066	.44
ด้านการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์	.026	.76
ด้านความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม	.101	.24
ด้านความซื่อสัตย์มีวินัยตรงต่อเวลา	.102	.24
ด้านการมีจิตสาธารณะ คำนึงถึงส่วนรวมและสังคม	.033	.70
ด้านการจัดการประเด็นหรือปัญหาทางจริยธรรม	.030	.73
ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ	.035	.68

จากตารางที่ 3 พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA) ทั้ง

ภาพรวมและรายด้าน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .066; p = .44)

วิจารณ์

จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันพระบรมราชชนก และสถาบันอุดมศึกษาต่าง ๆ พบว่า พฤติกรรมจริยธรรมอยู่ในระดับสูง/มาก¹²⁻¹⁴ การที่พฤติกรรมคุณธรรมโดยรวมอยู่ในระดับมากสะท้อนให้เห็นว่าหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ได้มีการดำเนินการปลูกฝังคุณธรรมและจริยธรรมให้แก่นักศึกษา และสามารถบรรลุผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ด้านคุณธรรมและจริยธรรมตามที่กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 256015 ที่กำหนดไว้ได้ในระดับที่น่าพอใจ ซึ่งกรอบมาตรฐานคุณวุฒิฯ ได้ระบุคุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านคุณธรรมและจริยธรรมไว้หลายประการ และแนวทางการจัดการเรียนการสอนที่ต้องสอดแทรกคุณธรรมจริยธรรมในทุกรายวิชานักศึกษา ได้เห็นแบบอย่างที่ดีของอาจารย์ผู้สอนทั้งในการปฏิบัติงาน และการดำรงชีวิต รวมถึงแนวทางการประเมินผลประเมินระหว่างเรียนและเมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนโดยใช้วิธีการประเมินผลการเรียนรู้ที่หลากหลาย ซึ่งการที่นักศึกษาได้รับการหล่อหลอมและประเมินตามกรอบนี้ย่อมส่งผลต่อระดับพฤติกรรมคุณธรรมโดยรวม

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่านักศึกษามีพฤติกรรมด้านการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับ "มากที่สุด" อาจเป็นผลมาจากวิทยาลัยฯ ปลูกฝังผ่านกระบวนการเรียนการสอน ทั้งในภาคทฤษฎีที่เน้นเนื้อหาเกี่ยวกับจรรยาบรรณวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และในภาคปฏิบัติที่นักศึกษาได้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจริงในสถานการณ์ที่หลากหลาย ซึ่งกระตุ้นให้เกิดความตระหนักรู้ ความเข้าใจ และความเห็นอกเห็นใจ มีการศึกษาที่แสดงถึงความสำคัญของการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยว่าเป็นการคุ้มครองความเป็นบุคคลและคุณค่าแห่งตนของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และยังช่วยลดโอกาสในการเกิดข้อร้องเรียนได้¹⁶ นอกจากนี้จริยธรรมยังเป็นความสง่างามของวิชาชีพพยาบาล การที่นักศึกษามี "จิตรู้เคารพ" (Respectful Mind) หรือความสามารถในการเปิดใจยอมรับความแตกต่างหลากหลายของบุคคลย่อมเป็นพื้นฐานสำคัญที่ส่งเสริมพฤติกรรมในด้านนี้¹⁷ การเรียนรู้เรื่องสิทธิผู้ป่วยและการปฏิบัติด้วยความเมตตากรุณาจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญที่หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตต้องให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง

สำหรับพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมรายด้านที่มีระดับ "มาก" เรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย คือ ด้านความซื่อสัตย์ มีวินัยตรงต่อเวลา ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ ด้าน

ความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม ด้านการจัดการประเด็นหรือปัญหาทางจริยธรรม และด้านการมีจิตสาธารณะ คำนึงถึงส่วนรวมและสังคม อภิปรายผลตามรายละเอียดดังนี้

ความซื่อสัตย์ ความมีวินัย และความตรงต่อเวลา เป็นคุณลักษณะพื้นฐานที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งต้องรับผิดชอบต่อชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วย การที่พฤติกรรมด้านนี้ของนักศึกษาอยู่ในระดับ "มาก" ถือเป็นผลลัพธ์ที่ดี แสดงให้เห็นว่าวิทยาลัยฯ ได้มีการปลูกฝังคุณลักษณะเหล่านี้ในระดับหนึ่ง การที่คะแนนในด้านนี้ไม่ได้อยู่ในระดับ "มากที่สุด" อาจบ่งชี้ว่ายังคงมีช่องว่างสำหรับการพัฒนาเพิ่มเติม สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง กรณีศึกษาคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล¹⁸ พบว่านักศึกษาให้คะแนนด้านความซื่อสัตย์ต่ำกว่าด้านอื่น ๆ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมคุณลักษณะเหล่านี้อย่างต่อเนื่องและจริงจัง การสร้างความตระหนักถึงผลกระทบของความไม่ซื่อสัตย์หรือการขาดวินัย แม้เพียงเล็กน้อยในวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ สถาบันการศึกษาสามารถพิจารณาสอดแทรกเนื้อหาและจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่เน้นย้ำและฝึกฝนคุณลักษณะเหล่านี้ให้มากยิ่งขึ้น

การที่นักศึกษามีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพในระดับ "มาก" บ่งชี้ว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่ดี มีความภาคภูมิใจ และเห็นคุณค่าในวิชาชีพที่ตนเองกำลังศึกษาอยู่ ทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพส่งผลโดยตรงต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ทำให้เกิดความเห็นอกเห็นใจมากขึ้น และมีความมุ่งมั่นในการให้การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบรรลุเป้าหมาย "การพยาบาลและการผดุงครรภ์อย่างเป็นองค์รวมเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ" และการปฏิบัติงานด้วย "ความเมตตา กรุณา และเอื้ออาทร โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและความหลากหลายทางวัฒนธรรม"¹⁹ ทัศนคติเชิงบวกยังช่วยส่งเสริมการสื่อสารที่ดีขึ้นภายในทีมสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่สภาพแวดล้อมการดูแลที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากขึ้น²⁰

ความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคมสอดคล้องกับความคาดหวังของวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติงานด้วยความใส่ใจ ระมัดระวัง และคำนึงถึงผลกระทบต่อผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน และสังคมโดยรวม ความรับผิดชอบต่อตนเองรวมถึงการใฝ่รู้ พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อให้พร้อมปฏิบัติงาน ส่วนความรับผิดชอบต่อสังคมนั้นครอบคลุมถึงการปฏิบัติตามกฎหมาย การคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม การที่นักศึกษามีระดับความรับผิดชอบในระดับ "มาก" แสดงให้เห็นว่ามีการปลูกฝังคุณลักษณะนี้เป็นอย่างดี ซึ่งอาจผ่านกิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้นการปฏิบัติจริง การมอบหมายงานที่ต้องใช้ความรับผิดชอบ และการส่งเสริมการทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์แก่สังคม²¹

ความสามารถในการจัดการประเด็นหรือปัญหาทางจริยธรรม เป็นทักษะที่ซับซ้อนและมีความสำคัญอย่างยิ่งในวิชาชีพการพยาบาล พยาบาลมักต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจเลือกปฏิบัติในทางที่ถูกต้องและเหมาะสมภายใต้แรงกดดันและข้อจำกัดต่างๆ²² การที่นักศึกษาที่มีพฤติกรรมด้านนี้ในระดับ "มาก" แต่ค่าเฉลี่ยค่อนข้างต่ำกว่าด้านอื่น เนื่องจากการพัฒนาทักษะนี้จำเป็นต้องอาศัยการเรียนรู้และการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง การแก้ไขปัญหาทางจริยธรรมในสถานการณ์จริง มีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายด้าน และมีแรงกดดันสูงกว่าในห้องเรียนหรือสถานการณ์จำลอง^{23,24} ดังนั้น วิทยาลัยฯ ควรเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาสามารถเผชิญหน้าและรับมือกับความท้าทายเหล่านี้ได้อย่างมีสติและใช้หลักการทางจริยธรรมในการตัดสินใจจึงเป็นสิ่งสำคัญ การส่งเสริมให้นักศึกษารู้จักแหล่งข้อมูลหรือบุคคลที่สามารถขอคำปรึกษาได้เมื่อเผชิญปัญหาทางจริยธรรม เช่น อาจารย์ที่ปรึกษา หรือคณะกรรมการจริยธรรมของสถาบัน/โรงพยาบาล ก็เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่สำคัญ

การมีจิตสาธารณะ คำนึงถึงส่วนรวมและสังคม เป็นคุณลักษณะ ที่ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลตระหนักถึงบทบาทและความรับผิดชอบของตนเองต่อสังคม นอกเหนือไปจากการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล การที่นักศึกษา มีพฤติกรรมด้านนี้ในระดับ "มาก" แต่คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น แสดงให้เห็นถึง การบูรณาการประเด็นด้านจิตสาธารณะ การคำนึงถึงส่วนรวมและสังคม อาจยังไม่เด่นชัดหรือเพียงพอในทุกรายวิชา การเรียนการสอนอาจเน้นหนักไปที่ทักษะทางคลินิกและวิชาการเฉพาะทาง จนทำให้ประเด็นด้านนี้ถูกลดความสำคัญลง แม้วิทยาลัยฯ จะมีกิจกรรมด้านการส่งเสริมจิตสาธารณะ แต่การเรียนรู้จากสถานการณ์จริงอาจจะยังไม่มากพอทำให้ขาดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ในฐานะพลเมืองที่มีต่อสังคม การพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมด้านจิตสาธารณะจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมทั้งในด้านการเรียนการสอนและกิจกรรมเสริมหลักสูตร โดยเน้นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงอย่างต่อเนื่อง²⁵ เพื่อกระตุ้นให้นักศึกษาเกิดความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกต่อสังคม

ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ประเมินพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของตนเองค่อนข้างสูง สะท้อนให้เห็นว่านักศึกษาตระหนักรู้และให้ความสำคัญกับมาตรฐานทางจริยธรรมของวิชาชีพ การตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับคุณธรรมจริยธรรมที่มีประเด็นอ่อนไหวทางสังคม ผู้ตอบมีแนวโน้มที่จะตอบคำถามในลักษณะที่สอดคล้องกับบรรทัดฐานทางสังคม²⁶ ดังนั้น นักศึกษาพยาบาล ในอนาคตจะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ถูกคาดหวังอย่างสูงในด้านจริยธรรม การยอมรับว่าตนเองมีพฤติกรรมทางจริยธรรมที่ไม่สมบูรณ์อาจเป็นเรื่องที่

ทำได้ยาก การตอบแบบสอบถามจึงอาจเป็นการสะท้อนถึง "สิ่งที่สังคมคาดหวัง" มากกว่า "สิ่งที่เป็นอย่างจริง"

การที่พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value < .01 ทั้งในภาพรวมและรายด้านนั้น อธิบายได้ว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เป็นตัวชี้วัดความสำเร็จทางการศึกษา ในพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) เป็นหลัก ซึ่งเน้นการวัดความรู้ ความจำ ความเข้าใจ การวิเคราะห์ และการสังเคราะห์ เนื้อหาเชิงวิชาการ ในขณะที่พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมนั้น จัดอยู่ใน จิตพิสัย (Affective Domain) และ ทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) ซึ่งเกี่ยวข้องกับค่านิยม ความรู้สึก การแสดงออก และการปฏิบัติจนเป็นนิสัย ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom's Taxonomy) ได้จำแนกมิติการเรียนรู้เหล่านี้ ออกจากกันอย่างชัดเจน²⁷ ดังนั้น การที่นักศึกษาพยาบาลมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในระดับสูง แต่ไม่ได้เป็นตัวทำนายโดยตรงถึงระดับความเห็นอกเห็นใจ (จิตพิสัย) หรือการตัดสินใจเชิงจริยธรรมเมื่อเผชิญสถานการณ์จริง (ทักษะพิสัย) ได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป มีดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับสถาบัน

1. ควรนำผลการประเมินพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษา มาใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการทบทวนและปรับปรุงหลักสูตร แผนการสอน และกิจกรรมเสริมหลักสูตรให้มีความทันสมัยและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมและความต้องการด้านสุขภาพ
2. ควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของคณาจารย์ในด้านการสอนจริยธรรม การเป็นที่ปรึกษา และการเป็นแบบอย่างที่ดีแก่นักศึกษา
3. สร้างบรรยากาศและวัฒนธรรมองค์กรที่ให้ความสำคัญกับการมีคุณธรรม จริยธรรม ความซื่อสัตย์ ความรับผิดชอบ และการเคารพซึ่งกันและกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับอาจารย์ผู้สอน

1. อาจารย์ผู้สอนควรประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดีทั้งในด้านการสอน การปฏิบัติงาน และการดำเนินชีวิตส่วนตัว เพื่อให้นักศึกษาเกิดความศรัทธาและยึดถือเป็นแนวทาง
 2. อาจารย์ควรเลือกใช้เทคนิคการสอนที่กระตุ้นการคิดวิเคราะห์เชิงจริยธรรม เช่น การใช้กรณีศึกษา สถานการณ์จำลอง การอภิปรายกลุ่ม การโต้วาที และการสะท้อนคิด
- ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงลึกเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการเรียนการสอน และปัจจัยแวดล้อม ที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมในแต่ละด้านของนักศึกษาพยาบาล

2. ควรมีการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการสอนหรือกิจกรรมต่าง ๆ ในการส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมแต่ละด้าน เพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด

3. ควรมีการศึกษาติดตามพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาเมื่อสำเร็จการศึกษาและเข้าสู่การประกอบวิชาชีพ การศึกษาแบบติดตามระยะยาวจะช่วยให้เข้าใจถึงผลกระทบของการบ่มเพาะคุณธรรมจริยธรรมในระยะยาว และระบุปัจจัยในสถานปฏิบัติงานที่อาจส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการธำรงรักษาคุณธรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ

สรุป

ผลการวิจัยเรื่อง "พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์" แสดงให้เห็นถึงระดับพฤติกรรมคุณธรรมโดยรวมของนักศึกษาที่อยู่ในระดับ "มาก" โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้าน "การเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์" ที่อยู่ในระดับ "มากที่สุด" สะท้อนถึงความสำเร็จในระดับหนึ่งของวิทยาลัยฯ ในการปลูกฝังคุณลักษณะที่สำคัญนี้ ทิศทางการพัฒนาในอนาคตจึงควรมุ่งเน้นการบูรณาการกลยุทธ์การสอนที่หลากหลายและสร้างสรรค์ การส่งเสริมบทบาทของคณาจารย์ในการเป็นแบบอย่างที่ดี การสร้างสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อการบ่มเพาะคุณธรรมจริยธรรมอย่างยั่งยืน รวมถึงการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนากระบวนการเรียนรู้และประเมินผลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญสืบ โสโสม ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ที่ให้โอกาสในการทำวิจัยครั้งนี้และขอบคุณผู้ร่วมงาน นักศึกษาพยาบาลที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองการพยาบาล. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน; 2561.
2. จุลจิรา จันทะมุงคุณ, ณัฐิกา ราชบุตร, ช่อทิพย์ แต่งพันธ์, เขมิกา เสี่ยงเพราะ. การสร้างแบบสมรรถนะด้านจริยธรรมจรรยาบรรณและกฎหมายวิชาชีพสำหรับนักศึกษาพยาบาล: มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี. 2562;9(2):132-43.
3. สภาการพยาบาล. ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พ.ศ.2550 [อินเทอร์เน็ต].

[เข้าถึงเมื่อ 17 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/K012.PDF>.

4. อรัญญา เชาวลิต, ศิริพร ชัมภลิต, สุรีพร ธนศิลป์. คู่มือส่งเสริมจริยธรรมสำหรับองค์การพยาบาล: กลไกการปฏิบัติ. นนทบุรี: สภาการพยาบาล; 2564.
5. สภาการพยาบาล. จดหมายข่าวสภาการพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tnmc.or.th/news/6>.
6. รัตนา ทองแจ่ม. การพัฒนาพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ [วิทยานิพนธ์]. หลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาปรัชญา. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ; 2564.
7. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, สายสมร เฉลยกิตติ. การตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติกิจการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง กับความเสี่ยงของพยาบาลไทยตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก. 2560;18(1):194-205.
8. Shayestehfard M, Torabizadeh C, Gholamzadeh S, Ebadi A. Ethical Sensitivity in Nursing Students: Developing a Context-based Education. Electron J Gen Med. 2020;17(2):em195.
9. สถาบันพระบรมราชชนก. อัตลักษณ์บัณฑิตสถาบันพระบรมราชชนก [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://sites.google.com/mail.bcnlp.ac.th/bcnlp2019/Home/ปรัชญาวิจัยทัศนสพบข>.
10. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://bcnsprnw.ac.th/web_bcnspnw/th/group_academic.
11. วรณดี เสือมาก, วีรวรรณ เกิดทอง, ศุภลักษณ์ ธนาโรจน์. พฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมตามกรอบ มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีสาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2564;5(2):125-38.
12. Solihatul Hafidzah Wan Mohd Anuar W, Saat N H, Razali M T A, Aung K. Knowledge and Practice of Nursing Students on Health Care Ethics. Scholars Journal of Applied Medical Sciences (SJAMS). 2017;5(9C):3693-9.
13. จตุพร ขาวมาลา, วรณทนา สมนึกประเสริฐ. ผลของใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบบูรณาการคุณธรรมจริยธรรม

- ต่อพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2562;2(1):163-76.
14. นภัสกรณ์ วิฑูรเมธา, วารินทร์ บินโฮเซ็น, วิลาวรรณ เทียนทอง. พฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต. วารสารพัฒนาการเรียนการสอน มหาวิทยาลัยรังสิต. 2565;16(1):83-101.
 15. กระทรวงศึกษาธิการ. มาตรฐานคุณวุฒิระดับบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/4_Standard%202560\(2\).pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/4_Standard%202560(2).pdf).
 16. วิรตี ชุนประเสริฐ. พฤติกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยของผู้บริการพยาบาล ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง [วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2557
 17. สุนีย์รัตน์ บุญศิลป์, ประกริต รัชวัตร, สุรางค์ เป็รื่องเดช. ทศนคติเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2556;22(3):64-75.
 18. วิริยาภรณ์ แสนสมรส, วิภารัตน์ ยมดิษฐ์, นิศากร เขียวรัตน์, อมรรัตน์ สว่างเกต, นพวรรณ ดวงจันทร์. คุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล: กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2560;10(4):144-59.
 19. สตรีรัตน์ ธาดากานต์. กรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์: การนำไปใช้ในการจัดการศึกษาภาคปฏิบัติ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ramacnec.com/AD/DocumentFile/20240619124057_File_กรอบมาตรฐานคุณวุฒิการศึกษาาระดับปริญญาตรี.pdf.
 20. ปิยอร วจนะทินภัทร. การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ สำหรับพยาบาลวิชาชีพ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2565;40(4):e258827.
 21. แจ่มจันทร์ เทศสิงห์, พวงแก้ว สาระโภาค. การพัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้แนวคิดโรงพยาบาล คุณธรรม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมคุณธรรม จริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2563;6(1):108-22.
 22. Haahr A, Norlyk A, Martinsen B, Dreyer P. Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. Nurs Ethics. 2020;27(1):258-72.
 23. Albert JS, Younas A, Sana S. Nursing students' ethical dilemmas regarding patient care: An integrative review. Nurse Education Today. 2020;88:104389. Doi:10.1016/j.nedt.2020.104389.
 24. Bremer A, Holmberg M. Ethical conflicts in patient relationships: Experiences of ambulance nursing students. Nurse Ethics. 2020;27(4):946-59.
 25. ขวัญตา ภูริวิทยาธีระ. การพัฒนาจิตสาธารณะของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2561;1(2):54-69.
 26. Crowne DP, Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. J Consult Psychol. 1960;24(4):349-54.
 27. Anderson LW, Krathwohl DR, editors. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: a revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. New York: Longman; 2001.

ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าระดับรุนแรงของสตรีก่อนการยุติการตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

Prevalence and Factors Associated with Severe Depressive Symptoms Among Women Prior to Abortion at Banphot Phisai Hospital, Nakhon Sawan Province

ชินาภา ณ์ฐวงศ์ศิริ, พ.บ., วว. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

Chinapa Nattawongsiri, MD., Dip., Thai Board of Obstetrics and Gynecology.

Abstract

Objective: To investigate the prevalence and associated factors of severe depressive symptoms among women prior to undergoing abortion at Banphot Phisai Hospital, Nakhon Sawan Province.

Methods: This retrospective study reviewed medical records of 288 women who received abortion services between January and December 2024. Depressive symptoms screening was conducted using the 2Q questionnaire, and depressive severity was assessed using the 9Q (PHQ-9) scale. Descriptive statistics were used to summarize the data. Comparative analyses were performed using the Chi-square test, Fisher's exact test, independent t-test, and Mann-Whitney U test, depending on data distribution. Logistic regression analysis was used to identify factors associated with severe depressive symptoms.

Results: Among the 288 participants, 111 women (38.54%) were classified as having severe depressive symptoms. Factors significantly associated with severe

depressive symptoms included economic hardship (Adjusted OR = 2.56, 95% CI = 1.07–6.11, $p = 0.03$) and being widowed (Adjusted OR = 2.05, 95% CI = 1.03–4.09, $p = 0.04$). In addition, economic reasons for seeking abortion were significantly associated with higher rates of severe depressive symptoms compared to other reasons (p -value = 0.03).

Conclusion: The prevalence of severe depressive symptoms prior to abortion was 38.54%, with higher rates observed among women experiencing economic difficulties and those with widowed marital status. These findings highlight the importance of implementing routine depressive symptoms screening and providing appropriate psychological support for women seeking abortion services, particularly those in vulnerable social and economic circumstances, in order to prevent long-term mental health consequences.

Keywords: depressive symptoms, abortion, economic hardship, marital status

วันที่รับ (received) 21 กรกฎาคม 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 14 กันยายน 2568

วันที่ตอบรับ (accepted) 15 กันยายน 2568

Published online ahead of print 17 กันยายน 2568

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

Department of Obstetrics and Gynecology, Banphot Phisai Hospital, Nakhonsawan

Corresponding Author: ชินาภา ณ์ฐวงศ์ศิริ

กลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

Email: praewmeng@gmail.com

doi: <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2025.26>

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าระดับรุนแรงของสตรีก่อนการยุติการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้รับบริการยุติการตั้งครรภ์จำนวน 288 ราย ระหว่างเดือนมกราคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2567 ใช้แบบคัดกรองอาการซึมเศร้า 2Q และประเมินอาการซึมเศร้าด้วยแบบสอบถาม 9Q วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบด้วย Chi-square, Fisher's exact test, t-test และ Mann-Whitney U test

รวมถึงการวิเคราะห์ Logistic Regression เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง

ผลการศึกษา: พบว่าสตรีที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์มีความชุกของอาการซึมเศร้ารุนแรงก่อนการยุติการตั้งครรภ์ มีอัตราการเกิดร้อยละ 38.54 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้ารุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ (Adjusted OR = 2.56, 95% CI = 1.07–6.11, p = 0.03) และสถานภาพหม้าย (Adjusted OR = 2.05, 95% CI = 1.03–4.09, p = 0.04) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาเหตุผลในการยุติการตั้งครรภ์ พบว่า สตรีที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากปัญหาทางเศรษฐกิจมีแนวโน้มที่จะมีอาการซึมเศร้ารุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.03)

สรุป: จากการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงในสตรีก่อนการยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละ 38.54 โดยพบอาการซึมเศร้ารุนแรงมากในกลุ่มสตรีที่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ และมีสถานภาพเป็นหม้าย ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการดำเนินมาตรการคัดกรองอาการซึมเศร้าอย่างเป็นระบบควบคู่กับการจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านจิตใจอย่างเหมาะสมก่อนการยุติการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว

คำสำคัญ: อาการซึมเศร้า, การยุติการตั้งครรภ์, ปัญหาทางเศรษฐกิจ, สถานภาพสมรส

บทนำ

อาการซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่เผชิญกับเหตุการณ์สำคัญในชีวิต เช่น การสูญเสีย การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการทำแท้ง การทำแท้งเป็นกระบวนการยุติการตั้งครรภ์ที่กำหนด ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากเหตุผลทางการแพทย์หรือความไม่พร้อมของมารดา¹ ข้อมูลจากปี พ.ศ. 2567 องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่ากว่า 25 ล้านคนทั่วโลก ต้องเผชิญกับการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยทุกปี และมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 39,000 ราย โดยการเสียชีวิตพบในประเทศที่มีรายได้น้อยประมาณร้อยละ 60 ของผู้เสียชีวิตอยู่ในประเทศแถบแอฟริกาและร้อยละ 30 อยู่ในเอเชีย² ในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยพบว่า มีสตรีทำแท้งปีละกว่า 30,000 คน โดยร้อยละ 86 เป็นวัยรุ่นหญิงและมีความพร้อมในการมีบุตร ในขณะที่วัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 13-14³

อาการซึมเศร้าหลังการทำแท้งได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย ทั้งทางจิตใจ สังคม และพฤติกรรม งานวิจัยพบว่า สตรีที่มีประวัติโรคซึมเศร้ามามาก่อน หรือ เคยแท้งมาก่อน มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าหลังทำแท้ง⁴⁻⁵ นอกจากนี้การตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม และ การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ยังเพิ่ม

ความเครียดทางอารมณ์ ทำให้สตรีรู้สึกโดดเดี่ยวและวิตกกังวลมากขึ้น⁵⁻⁶ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ก็มีบทบาทสำคัญ สตรีที่มีรายได้ต่ำ หรือขาดการเข้าถึงวิธีก่อนกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ มีแนวโน้มเกิดอาการซึมเศร้ามามากขึ้น^{4,6} ขณะที่พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุราและสูบบุหรี่ ก็เป็นปัจจัยที่เชื่อมโยงกับอาการซึมเศร้าหลังทำแท้ง⁷⁻⁸ งานวิจัยยังพบว่า สตรีที่แท้งเองครั้งแรก มีระดับความเครียดและอาการซึมเศร้าสูงกว่าสตรีที่เคยแท้งมาก่อน และยังส่งผลให้ คุณภาพชีวิตลดลงในหลายด้าน ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน⁹ ดังนั้นสตรีจึงต้องการการดูแลสุขภาพจิตภายหลังการทำแท้ง การยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา หรือการทำแท้ง ซึ่งมีความจำเป็นในการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมสำหรับบุคคลกลุ่มนี้¹⁰ แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการพัฒนาระบบสาธารณสุขเพื่อรองรับการทำแท้งที่ปลอดภัย แต่ผลกระทบทางด้านจิตใจของสตรีหลังการทำแท้งยังคงเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ

จากข้อมูลของเครือข่าย RSATHAI และรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ พบว่าในพื้นที่จังหวัดนครสวรรค์มีสถานบริการที่ให้การดูแลด้านการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย อย่างไรก็ตาม อัตราการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและผู้มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ออาการซึมเศร้า นอกจากนี้ ข้อมูลจากศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 ระบุว่า เขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งรวมถึงจังหวัดนครสวรรค์ มีอัตราการเข้ารับบริการรักษาโรคซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 115.06 ของจำนวนผู้ป่วยที่คาดการณ์ไว้¹¹ ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ได้อย่างชัดเจน

จากรายงานข้อมูลการให้คำปรึกษาและการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ปี พ.ศ. 2558 – 2567 ของโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ พบว่ามีผู้มารับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2567 มีผู้มารับบริการ 514 ราย คิดเป็นร้อยละ 89 ของผู้มารับบริการให้คำปรึกษาทั้งหมด โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15 – 19 ปี สาเหตุของการยุติการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นเหตุผลทางสังคม ความไม่พร้อมของสตรีที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นพบว่าอาการซึมเศร้าในสตรีที่ต้องเผชิญกับการยุติการตั้งครรภ์เป็นปัญหาที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของบุคคลดังกล่าว ทั้งนี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าก่อนการยุติการตั้งครรภ์ยังไม่ได้รับการศึกษาอย่างครอบคลุมในบริบทของประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าระดับรุนแรงของสตรีก่อนการยุติการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของกลุ่มประชากร ผลลัพธ์จากการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะ

สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา ระบบคัดกรองอาการซึมเศร้าและการให้คำปรึกษา ที่เหมาะสมสำหรับสตรีที่เผชิญกับภาวะดังกล่าว รวมถึงเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนและพัฒนา นโยบายด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของสตรีที่เข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงของสตรีก่อนการยุติการตั้งครรภ์ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้าระดับรุนแรงของสตรีก่อนการยุติการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง Retrospective study โดยการศึกษาได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์เลขที่ NSWPHO-007/68 วันที่ 13 พฤษภาคม 2568 ประชากร คือ สตรีที่เข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลบรรพตพิสัยจังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 – ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 514 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่เข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลบรรพตพิสัยจังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 – ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 288 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cochran (1977)¹² คำนวณได้จากกรทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาของประเทศจีน Qiuxiang Zhang และคณะ⁶ ที่ได้ศึกษา Prevalence of stress and depression and associated factors among women seeking a first-trimester induced abortion in China: a cross-sectional study พบว่าสตรีที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ในครรภ์ไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์มีอุบัติการณ์ความเครียดสูง ร้อยละ 25.3 โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% (Z = 1.96), ค่าความชุกของอาการซึมเศร้าในสตรีก่อนทำแท้งจากการศึกษาก่อนหน้านี้ P = 0.25, ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (d) = 0.05 เกณฑ์การตัดเข้า ได้แก่ 1) สตรีที่มีอายุ 10 ปีขึ้นไป และได้รับการยุติการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลบรรพตพิสัย 2) เข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ 3) มีเวชระเบียนครบถ้วนสามารถติดตามข้อมูลย้อนหลังได้ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ เข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ > 12 สัปดาห์

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสตรีที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์ 2) ประวัติการตั้งครรภ์ 3) แบบสอบถามเหตุผลในการยุติการตั้งครรภ์ 4) แบบคัดกรองอาการซึมเศร้า 2Q (Two-Question Screening Test for Depression) ใช้สำหรับคัดกรองความเสี่ยงต่ออาการซึมเศร้าเบื้องต้น หากกลุ่มตัวอย่างตอบว่า “มี” ในข้อใดข้อหนึ่ง หรือ

ทั้งสองข้อ แสดงว่ามีความเสี่ยงต่ออาการซึมเศร้า และต้องได้รับการประเมินเพิ่มเติม แบบคัดกรองนี้มีค่าความไว (Sensitivity) 96.5% และค่าความจำเพาะ (Specificity) 67.7% 5) แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9Q (Nine-Question Patient Health Questionnaire, PHQ-9) ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และติดตามผลการรักษา มีค่าความไว (Sensitivity) 96.5% และค่าความจำเพาะ (Specificity) 44.6%¹³

วิธีการแปลผล คะแนนรวมของแบบประเมิน 9Q สามารถใช้แบ่งระดับของอาการซึมเศร้าได้ดังนี้¹⁴

คะแนนรวม	ระดับอาการซึมเศร้า
<7	ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีอาการซึมเศร้าในระดับน้อยมาก
7 - 12	มีอาการซึมเศร้าในระดับน้อย
13-18	มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง
≥19	มีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง

โดยในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากสัดส่วนกลุ่มระดับอาการซึมเศร้าน้อย-ปานกลางมีจำนวนน้อย จึงรวมกลุ่มวิเคราะห์เฉพาะ “อาการซึมเศร้าระดับรุนแรง” (PHQ-9 ≥19) เทียบกับไม่รุนแรง (PHQ-9 <19)

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อขออนุมัติเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน 2) ภายหลังที่ได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาล ผู้วิจัย จะทำการเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงพรรณนา ตัวแปรเชิงปริมาณ ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) หากมีการแจกแจงปกติ หรือใช้ค่ามัธยฐาน (Median) และต่ำสุด สูงสุด หากข้อมูลไม่ปกติ ตัวแปรเชิงคุณลักษณะ รายงานเป็นจำนวนและร้อยละ

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ใช้ Chi-square test หรือ Fisher’s exact test สำหรับข้อมูลประเภทกลุ่ม (Categorical) ใช้ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ขึ้นกับการแจกแจงข้อมูล

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ใช้ Univariate Logistic Regression เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นระหว่างแต่ละปัจจัยกับอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (คะแนน 9Q ≥ 19) รายงานเป็น Odds Ratio (OR) และ 95% Confidence Interval และวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression เพื่อควบคุมอิทธิพลร่วมของหลายตัวแปร และรายงานค่า Adjusted OR พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95%

ผลการศึกษา

จากการศึกษาสตรีที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์ จำนวน 288 ราย พบว่าสตรีทุกรายมีผลการคัดกรองอาการซึมเศร้า 2Q อย่างน้อย 1 คะแนน และเมื่อประเมินในระดับ 9Q พบว่า มีคะแนนตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป (มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง) 111 ราย (ร้อยละ 38.54) ในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 25.8±6.7 ปี สถานภาพโสด (ร้อยละ 32.4) มีระดับการศึกษา อยู่ชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 73.9) มีอาชีพว่างงาน (ร้อยละ 42.3) ค่ามัธยฐานรายได้ต่อเดือน 8,000 บาท (ค่าต่ำสุด = 2,000 บาท,

ค่าสูงสุด = 10,000 บาท) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 9.0) มีประวัติเคยผ่าตัด (ร้อยละ 27.9) มีประวัติแพ้ยา (ร้อยละ 4.5) มีการใช้ยาก่อนตั้งครรภ์ (ร้อยละ 7.2) มีการคุมกำเนิด (ร้อยละ 83.8) ส่วนใหญ่ไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อน (ร้อยละ 36.9) และเคยแท้งเพียงร้อยละ 18.9 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปและเหตุผลของการมารับบริการยุติการตั้งครรภ์กับระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า พบว่า ปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของสตรีที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์ จำแนกตามระดับของอาการซึมเศร้า (n=288)

ข้อมูลทั่วไป	ระดับของอาการซึมเศร้า 9Q			p-value
	จำนวน (ร้อยละ) /ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน/ ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)			
	ระดับน้อย/ปานกลาง 9Q < 19 คะแนน (n=177)	ระดับรุนแรง 9Q ≥ 19 คะแนน (n=111)	Total (n=288)	
อายุ	25.3±7.1	25.8±6.7	25.5±7.0	0.49
สถานภาพ				0.20
- โสด	71 (40.1)	36 (32.4)	107 (37.1)	
- สมรส (จดทะเบียน)	24 (13.6)	17 (15.3)	41 (14.2)	
- สมรส (ไม่จดทะเบียน)	58 (32.8)	33 (29.7)	91 (31.6)	
- หม้าย	24 (13.6)	25 (22.5)	49 (17.0)	
ระดับการศึกษา				0.59
- ไม่ได้ศึกษา/ประถมศึกษา	16 (9.0)	12 (10.8)	28 (9.8)	
- มัธยมศึกษา	123 (69.5)	82 (73.9)	205 (71.8)	
- อนุปริญญา/ปวส.	11 (6.2)	4 (3.60)	15 (5.2)	
- ปริญญาตรี/สูงกว่า	27 (15.2)	13 (11.7)	40 (13.9)	
อาชีพ				0.13
- รับราชการ	0 (0.0)	2 (1.8)	2 (0.7)	
- พนักงานบริษัทเอกชน	7 (3.9)	6 (5.4)	13 (4.5)	
- ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	25 (14.1)	7 (6.3)	32 (11.1)	
- รับจ้างทั่วไป/เกษตรกร	13 (7.3)	11 (9.9)	24 (8.3)	
- ว่างงาน/แม่บ้าน	60 (33.9)	47 (42.3)	107 (37.1)	
- นักเรียน/นักศึกษา	25 (14.1)	13 (11.7)	38 (13.2)	
รายได้ต่อเดือน	9000 (0, 11000)	8000 (2000, 10000)	9000 (0, 10445)	0.70
มีโรคประจำตัว	21 (11.9)	10 (9.0)	31 (10.8)	0.45
มีประวัติการผ่าตัด	64 (36.2)	31 (27.9)	95 (33.0)	0.15
มีประวัติแพ้ยา	7 (3.9)	5 (4.5)	12 (4.2)	0.82
ใช้ยาก่อนตั้งครรภ์	19 (10.7)	8 (7.2)	27 (9.4)	0.32
สถานภาพครอบครัวบิดามารดา				0.80
- สมบูรณ์	68 (38.4)	47 (42.3)	115 (39.9)	
- ไม่สมบูรณ์	80 (45.2)	47 (42.3)	127 (44.1)	
- หย่าร้าง	29 (16.4)	17 (15.3)	46 (16.0)	
มีการคุมกำเนิด	142 (80.2)	93 (83.8)	235 (81.6)	0.45

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของสตรีที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์ จำแนกตามระดับของอาการซึมเศร้า (n=288) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ระดับของอาการซึมเศร้า 9Q			p-value
	จำนวน (ร้อยละ) / ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน/ ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด, ค่าสูงสุด)			
	ระดับน้อย/ปานกลาง 9Q < 19 คะแนน (n=177)	ระดับรุนแรง 9Q ≥ 19 คะแนน (n=111)	Total (n=288)	
จำนวนครั้งที่เคยตั้งครรภ์				0.30
- ไม่เคยตั้งครรภ์	75 (42.4)	41 (36.9)	116 (40.3)	
- 1 ครั้ง	51 (28.8)	26 (23.4)	77 (26.7)	
- 2 ครั้ง	30 (16.9)	26 (23.4)	56 (19.4)	
- 3 ครั้ง	21 (11.9)	18 (16.2)	39 (13.5)	
จำนวนครั้งที่เคยแท้ง				0.34
- ไม่เคยแท้ง	151 (85.3)	90 (81.1)	241 (83.7)	
- เคยแท้ง	26 (14.7)	21 (18.9)	47 (16.3)	

ตารางที่ 2 ข้อมูลเหตุผลในการยุติการตั้งครรภ์ของสตรีที่มารับบริการ จำแนกตามระดับของอาการซึมเศร้า

เหตุผลในการยุติการตั้งครรภ์	ระดับของอาการซึมเศร้า 9Q			p-value
	จำนวน (ร้อยละ)			
	ระดับน้อย/ปานกลาง 9Q < 19 คะแนน	ระดับรุนแรง 9Q ≥ 19 คะแนน	Total (n=288)	
- ปัญหาทางเศรษฐกิจ	151 (85.3)	104 (93.7)	255 (88.5)	0.03
- ปัญหาครอบครัว	15 (8.5)	14 (12.6)	29 (10.1)	0.26
- เลิกรักกัน/ฝ่ายชายไม่รับผิดชอบ	45 (25.4)	29 (26.1)	74 (25.7)	0.89
- ตั้งครรภ์จากความรุนแรงทางเพศ	2 (1.1)	0 (0.0)	2 (0.7)	0.26
- ปัญหาสุขภาพของมารดา	16 (9.0)	6 (5.4)	22 (7.6)	0.26
- ยังเรียนอยู่/ต้องการศึกษาต่อ	49 (27.7)	25 (22.5)	74 (25.7)	0.33
- ครอบครัวไม่ยอมรับ	6 (3.4)	6 (5.4)	12 (4.2)	0.40
- ไม่ทราบว่าใครเป็นพ่อเด็ก	1 (0.6)	2 (1.8)	3 (1.0)	0.31
- ฝ่ายชายมีครอบครัวอยู่แล้ว	6 (3.4)	4 (3.6)	10 (3.5)	0.92
- สามีเสียชีวิต	0 (0.0)	1 (0.9)	1 (0.3)	0.21

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงของสตรีที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์ โดยการวิเคราะห์ทีละตัวแปร (Univariate Regression) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สตรีที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ OR=2.55; (95%CI=1.07-

6.11) และเมื่อมีการวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate regression) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สตรีที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ Adj.OR=2.56; (95%CI=1.07-6.11) และสถานภาพ (หม้าย) Adj.OR=2.05; (95%CI=1.03-4.09) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง ของสตรีที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์

ข้อมูลทั่วไป	Univariate Regression		Multivariate Regression	
	Crude OR (95% CI)	p-value	Adj.OR (95% CI)	p-value
เหตุผลยุติการตั้งครรภ์				
- มีปัญหาทางเศรษฐกิจ	2.55 (1.07-6.11)	0.03	2.56 (1.07-6.11)	0.03
อายุ	1.02 (0.96-1.08)	0.58	1.01 (0.98-1.05)	0.48

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง ของสตรีที่มารับบริการยุติการตั้งครรภ์ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	Univariate Regression		Multivariate Regression	
	Crude OR (95% CI)	p-value	Adj.OR (95% CI)	p-value
สถานภาพ				
- สมรส (จดทะเบียน)	1.89 (0.62-5.70)	0.26	1.40 (0.67-2.93)	0.38
- สมรส (ไม่จดทะเบียน)	1.32 (0.58-3.03)	0.51	1.12 (0.62-2.02)	0.70
- หม้าย	2.83 (1.00-7.95)	0.05	2.05 (1.03-4.09)	0.04
ระดับการศึกษา				
- มัธยมศึกษา	1.00 (0.42-2.42)	0.99	0.89 (0.40-1.98)	0.77
- อนุปริญญา/ปวส.	0.41 (0.09-1.83)	0.25	0.48 (0.12-1.90)	0.30
- ปริญญาตรี/สูงกว่า	0.74 (0.22-2.49)	0.62	0.64 (0.24-1.74)	0.38
มีโรคประจำตัว	0.93 (0.33-2.61)	0.89	0.74 (0.33-1.63)	0.45
มีประวัติการผ่าตัด	0.52 (0.29-0.94)	0.03	0.68 (0.41-1.15)	0.15
มีประวัติแพ้ยา	0.87 (0.24-3.19)	0.83	1.15 (0.35-3.70)	0.82
มีการใช้ยาก่อนตั้งครรภ์	0.63 (0.20-1.97)	0.43	0.65 (0.27-1.53)	0.32
สถานภาพครอบครัวบิดามารดา				
- ไม่สมบูรณ์	0.75 (0.43-1.30)	0.30	0.85 (0.51-1.43)	0.54
- หย่าร้าง	0.59 (0.26-1.34)	0.21	0.85 (0.42-1.72)	0.65
- มีการคุมกำเนิด	1.16 (0.59-2.29)	0.66	1.27 (0.68-2.38)	0.45
จำนวนครั้งที่เคยตั้งครรภ์				
- 1 ครั้ง	0.71 (0.28-1.80)	0.46	0.93 (0.51-1.71)	0.82
- 2 ครั้ง	1.01 (0.34-3.00)	0.99	1.59 (0.83-3.03)	0.16
- 3 ครั้ง	1.16 (0.26-5.21)	0.85	1.57 (0.75-3.27)	0.23
มีประวัติเคยแท้ง	0.84 (0.33-2.16)	0.72	1.36 (0.72-2.55)	0.35

วิจารณ์

อาการซึมเศร้า (Depressive symptoms) เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หรือ การทำแท้ง เป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้า ทั้งก่อนและหลังการยุติการตั้งครรภ์ โดยการทำให้แท้ง (Abortion) หมายถึงกระบวนการยุติการตั้งครรภ์ก่อนที่ทารกจะมีชีวิตรอดภายนอกมดลูก ซึ่งอาจเกิดจากเหตุผลทางการแพทย์ สังคม เศรษฐกิจ หรือผลกระทบจากความรุนแรงในครอบครัวและการตั้งครรภ์โดยไม่สมัครใจ แม้จะมีงานวิจัยเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในสตรีหลังการทำแท้งมากพอสมควร แต่ข้อมูลเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าก่อนการยุติการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในประเทศไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีความเครียดสูงมากจากการตัดสินใจและสภาวะรอคอยการศึกษาในช่วงนี้จึงสำคัญในการทำความเข้าใจความรู้สึก ความปรารถนา และกลไกการเผชิญปัญหาของสตรี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การศึกษานี้ดำเนินการในโรงพยาบาลบรรพตพิสัย

จังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ยังไม่มีข้อมูลเชิงลึกมาก่อน การวิจัยในครั้งนี้จึงเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าอัตราความชุกของอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงในสตรีก่อนการยุติการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ อยู่ที่ร้อยละ 38.54 ซึ่งงานวิจัยของ Zhang และคณะ⁶ ในประเทศจีนมีสตรีที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ในครรภ์ไตรมาสแรกได้รับเชิญให้เข้าร่วมและกรอกแบบสอบถามดิจิทัลด้วยตนเอง จำนวน 253 คน พบว่าความชุกของการรับรู้ความเครียดสูง (คะแนน ≥ 20) และอาการซึมเศร้า (คะแนน ≥ 10) อยู่ที่ร้อยละ 25.3 และ 22.5 ตามลำดับ ในประเทศเนปาลงานวิจัยของ Aryal & Basnet (2024)¹⁵ ผลการศึกษาก่อนทำแท้งพบภาวะวิตกกังวลก่อนทำแท้งร้อยละ 43.2 และอาการซึมเศร้า (Mild-moderate) พบร้อยละ 40.8 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาครั้งนี้พบว่า อัตราอาการซึมเศร้ารุนแรงในประเทศไทยใกล้เคียงหรือสูงกว่าค่าความชุกในประเทศเนปาล แม้ว่าจะมีความแตกต่างของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน (PHQ-9 กับ HADS) และระดับคะแนนที่ใช้เป็นเกณฑ์วินิจฉัยก็ตามเป็นไปได้ว่าความแตกต่างดังกล่าวสะท้อนถึงความแปรปรวน

ทางจิตใจในช่วงเวลาที่ต้องตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่เผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจหรือสังคม เช่น ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือครอบครัว และการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่จำกัด ความเครียดสะสมจากบริบททางสังคมในพื้นที่ชนบทของไทย อาจมีส่วนทำให้เกิดอาการซึมเศร้ารุนแรงในอัตราที่สูงกว่าประเทศอื่น ๆ ที่มีระบบสนับสนุนจิตใจหรือการคัดกรองที่เข้มแข็งมากกว่า

นอกจากการวิเคราะห์ความชุกแล้ว การศึกษานี้ยังได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้ารุนแรงของสตรีก่อนการยุติการตั้งครรภ์ โดยใช้การวิเคราะห์แบบสองตัวแปร (Univariate logistic regression) และพหุตัวแปร (Multivariate logistic regression) ซึ่งพบว่าปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นถึง 2.56 เท่า (Adjusted OR = 2.56, 95% CI: 1.07–6.11) สอดคล้องกับ Metcalfe et al. (2016)¹⁶ พบว่ารายได้ต่ำมีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ p -value < 0.001 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Zhao et al. (2025)¹⁷ พบว่ากลุ่ม Socioeconomic status (SES) ต่ำ (รายได้น้อย, การศึกษาต่ำ, ว่างงาน) เสี่ยงอาการซึมเศร้าไตรมาส 3 สูงขึ้นอย่างชัดเจน การศึกษาต่ำกว่ามัธยมต้น (aOR = 1.76) และ รายได้น้อย (aOR = 1.89) อย่างไรก็ตามสถานะทางเศรษฐกิจต่ำและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ร่วมกันเพิ่มความเสี่ยง ต่ออาการซึมเศร้า โดยเฉพาะช่วงปลายของการตั้งครรภ์ ซึ่งอาจสะท้อนถึงแรงกดดันและความรู้สึกติดกับดักในสถานการณ์ชีวิต

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า สตรีที่มีสถานภาพเป็นหม้ายมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงก่อนการยุติการตั้งครรภ์สูงกว่ากลุ่มที่มีคู่ครองถึง 2.05 เท่า (Adjusted OR = 2.05, 95% CI: 1.03–4.09) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่รายงานถึงอิทธิพลของสถานภาพสมรสต่อสุขภาพจิตของสตรีในช่วงตั้งครรภ์หรือตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ Arambepola และคณะ (2016)¹⁸ ในประเทศศรีลังกาพบว่า สตรีที่ไม่มีสถานภาพสมรสมีความเสี่ยงต่อการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยมากกว่าผู้ที่แต่งงานแล้วถึง 9.3 เท่า (Adjusted OR = 9.3, 95% CI: 4.0–21.6) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการไม่มีคู่ครองอาจเป็นภาวะที่เปราะบางต่อการตัดสินใจผิดพลาดและส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจ สถานภาพสมรสมีผลต่อความรู้สึกมั่นคง การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ และความสามารถในการจัดการกับวิกฤตชีวิต เช่น การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์หรือการสูญเสียบุตร การไม่มีคู่ครองอาจนำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดหลักพึ่งพา และเผชิญความคาดหวังจากครอบครัวหรือสังคมเพียงลำพัง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของอาการซึมเศร้า

สรุป

จากการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้ารุนแรงก่อนการยุติการตั้งครรภ์มีอัตราการเกิดร้อยละ 38.54 โดยพบมากในกลุ่มสตรีที่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ และกลุ่มที่มีสถานภาพเป็นหม้าย ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการดำเนินมาตรการคัดกรองอาการซึมเศร้าอย่างเป็นระบบ ควบคู่กับการจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านจิตใจอย่างเหมาะสมก่อนการยุติการตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ที่อนุญาตให้ใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และทีมงานสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลบรรพตพิสัยทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยในทุกขั้นตอนอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ. เอกสารความรู้สำหรับสตรีตั้งครรภ์/ผู้รับบริการ: การทำแท้ง (Induced Abortion) IC 66-012 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2566 ก.ค. 21 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.พ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rtcog.or.th/files/1702887231_a87713977e498d69aaf4.pdf
2. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). New WHO guidelines on abortion: A landmark tool to prevent unsafe abortion [Internet]. London: FIGO; 2022 [cited 2025 Feb 9]. Available from: <https://www.figo.org/news/new-who-guidelines-abortion-landmark-tool-prevent-unsafe-abortion>.
3. กรุงเทพมหานคร. หญิงไทยเข้าทำแท้งปีละ 30,000 คน เล็งแก้กฎหมาย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรุงเทพมหานคร; 2567 มี.ค. 7 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.พ. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bangkokbiznews.com/health/public-health/1116667>
4. กุศลภรณ์ วงษ์นิยม, สุพร อภินันทเวช. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2557;59(3):195-205.
5. สาวิตรี วงศ์ประดิษฐ์, โสเพ็ญ ชูนวน, สุนันทา ย่างวนิช เศรษฐ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2565;9(1),29-41.
6. Zhang Q, Wang N, Hu Y, Creedy DK. Prevalence of

- stress and depression and associated factors among women seeking a first-trimester induced abortion in China: a cross-sectional study. *Reprod Health*. 2022;19(1):64. Doi:10.1186/s12978-022-01366-1
7. Wallin Lundell I, Sundström Poromaa I, Frans Ö, Helström L, Högberg U, Moby L, et al. The prevalence of posttraumatic stress among women requesting induced abortion. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2013;18(6):480-8. Doi:10.3109/13625187.2013.828030
 8. Gao GP, Zhang RJ, Zhang XJ, Jia XM, Li XD, Li X, et al. Prevalence and associated factors of induced abortion among rural married women: a cross-sectional survey in Anhui, China. *J Obstet Gynaecol Res*. 2015;41(3):383-91. Doi:10.1111/jog.12547
 9. กฤตพร เมืองพร้อม. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในสตรีหลังแท้งบุตร. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.vachiraphuket.go.th>.
 10. Doyle C, Che M, Lu Z, Roesler M, Larsen K, Williams LA. Women's desires for mental health support following a pregnancy loss, termination of pregnancy for medical reasons, or abortion: a report from the STRONG Women Study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2023;84:149-57. Doi:10.1016/j.genhosppsy.2023.07.002.
 11. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3. รายงานผลการดำเนินงาน ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 ประจำปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://mh3.dmh.go.th/ITA2565/O12/รายงานผลการดำเนินงานประจำปี%202564.pdf>
 12. Cochran WG. *Sampling techniques*. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
 13. Arunpongpaisal S, Kongsuk T, Maneethorn N, Maneethorn B, Wannasawek K, Leejongpermpoon J, et al. Development and validity of two-question screening test for depressive disorders in Northeastern Thai community. *Asian J Psychiatr*. 2009;2(4):149-52. Doi:10.1016/j.ajp.2009.10.002
 14. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2558.
 15. Aryal S, Basnet RS. First Trimester Abortion and Psychiatric Morbidity. *J Nepal Health Res Council*. 2024;22(1):58-65. Doi:10.33314/jnhrc.v22i01.5025
 16. Metcalfe A, Talavlikar R, du Prey B, Tough SC. Exploring the relationship between socioeconomic factors, method of contraception and unintended pregnancy. *Reprod Health*. 2016;13(1):28. Doi:10.1186/s12978-016-0151-y
 17. Zhao Y, Chen M, Ye Z, Wang J, Lu Q, Xie Z, et al. Stage-specific association between unintended pregnancy and perinatal depression and the modifying roles of socioeconomic status: A longitudinal cohort study in China. *J Affect Disord*. 2025;386:119478. Doi:10.1016/j.jad.2025.119478
 18. Arambepola C, Rajapaksa LC, Attygalle D, Moonasinghe L. Relationship of family formation characteristics with unsafe abortion: is it confounded by women's socio-economic status? *Reprod Health*. 2016;13(1):75. Doi:10.1186/s12978-016-0173-5

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชลบุรี

Morality Rate of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Chonburi Hospital

โสภิตา งามวงษ์วาน, พ.บ.

Sopita Ngamwongwan, M.D.

Abstract

Objective: This study aimed to assess the mortality rate of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Chonburi hospital.

Methods: Retrospective descriptive cross-sectional study was conducted using medical records of patients with COPD in Chonburi hospital during April 2023 to March 2024.

Results: There were 293 patients with COPD, the deaths were recorded in 21 patients. The mortality rate was 7.2%. Of 21 patients, there were 42.8%, 23.8%, 23.8%, 4.8% and 4.8% of patients died from exacerbation of COPD (ECOPD), pneumonia, sepsis, acute heart failure and prostate cancer retrospectively. Three significant risk factors associated with mortality were chronic kidney disease, low lung function and invasive mechanical ventilation. Patients with chronic kidney disease were 3.56 times more likely to die than those without chronic kidney disease (p -value 0.02). Patients with FEV1 \geq 50% predicted were 3.12 times and patients with invasive mechanical ventilation were 3.22 times more likely to die compared to those with FEV1 $>$ 50% predicted (p -value 0.02) and those without

invasive mechanical ventilation (p -value 0.04).

Conclusions: The overall mortality rate was 7.2% in COPD patients in Chonburi hospital. The main cause of death was ECOPD. Chronic kidney disease, severe airway obstruction and invasive mechanical ventilation were risk factors associated with increased mortality in these patients.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, COPD, mortality rate, cause of death, risk factor

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชลบุรี

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง เก็บข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชลบุรี ตั้งแต่เมษายน พ.ศ. 2566 ถึงมีนาคม พ.ศ.2567

ผลการศึกษา: จากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 293 ราย มีผู้เสียชีวิต 21 ราย อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 7.2 สาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วย 21 ราย พบว่าเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลันร้อยละ 42.8 ปอดติดเชื้อร้อยละ 23.8 ติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 23.8 หัวใจล้มเหลวเฉียบพลันร้อยละ 4.8 และมะเร็งต่อมลูกหมากร้อยละ 4.8 มี 3 ปัจจัยเสี่ยงเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในงานวิจัยนี้คือโรคไตเรื้อรัง ค่าสมรรถภาพปอดที่ต่ำ และการใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจ โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังเสี่ยงเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคไตเรื้อรัง 3.56 เท่า (p -value 0.02) ผู้ป่วยที่มีค่าสมรรถภาพปอด FEV1 $<$ 50 % Predicted เสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ FEV1 \geq 50 % Predicted เสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ FEV1 \geq 50 % Predicted 3.12 เท่า (p -value 0.02) และผู้ป่วยที่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจเสี่ยงเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจ 3.22 เท่า (p -value 0.04)

วันที่รับ (received) 3 กรกฎาคม 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 16 กันยายน 2568

วันที่ตอบรับ (accepted) 17 กันยายน 2568

Published online ahead of print 18 กันยายน 2568

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี

Department of medicine ,Chonburi Hospital, Chonburi

Corresponding Author: โสภิตา งามวงษ์วาน

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี

Email: Kungsmoothy@gmail.com

doi: <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2025.27>

สรุป: ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชลบุรีมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7.2 สาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุดคือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลัน โดยโรคไตเรื้อรัง ภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจรุนแรงและการใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่สูงขึ้น

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, อัตราการเสียชีวิต, สาเหตุการเสียชีวิต, ปัจจัยเสี่ยง

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นหนึ่งในสี่ลำดับต้นของสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลก¹ ปัจจุบันมีผู้เสียชีวิตสามล้านรายต่อปีและคาดว่าจะสูงขึ้นถึงห้าล้านรายต่อปีในปี พ.ศ. 2603^{2,3} สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากระบบทางเดินหายใจล้มเหลวปอดติดเชื้อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวโรคหัวใจขาดเลือด และมะเร็งในช่องอก⁴ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีกำเริบเฉียบพลันนั้นสัมพันธ์กับการเสียชีวิตที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ^{5,6} นอกจากนี้ความเสี่ยงในการเสียชีวิตยังเพิ่มสูงขึ้นสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจ (Airway obstruction) ในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่อีกด้วย ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่รุนแรงสาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากโรคมะเร็งและโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นหลัก ดังในการศึกษาผู้ป่วยสูบบุหรี่ 5887 รายที่มีภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจน้อยและปานกลางจากการตรวจสมรรถภาพปอดติดตาม 14 ปี พบว่าเสียชีวิต 731 ราย (ร้อยละ 12.4) โดยสาเหตุ 2 ลำดับต้นคือ เสียชีวิตเกิดจากมะเร็งร้อยละ 54 และโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 22⁸ ขณะที่ผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจรุนแรงนั้นมีความเสี่ยงเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงกว่าเสียชีวิตจากโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด⁹

สำหรับข้อมูลในประชากรเอเชียมีการศึกษาในประเทศเกาหลีพบว่าผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 40 ปี ที่ได้รับวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 14,127 ราย มีอัตราการเสียชีวิตหลังติดตาม 5 ปี อยู่ที่ร้อยละ 25.4 โดยสาเหตุของการเสียชีวิตคือโรกระบบทางเดินหายใจส่วนล่างเรื้อรัง¹⁰ อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาถึงอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลชลบุรี การศึกษานี้จึงเกิดขึ้นเพื่อศึกษาอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชลบุรี

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและวัตถุประสงค์รองเพื่อหาสาเหตุการเสียชีวิตและปัจจัยเสี่ยงเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive cross-sectional study) โดยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์โรงพยาบาลชลบุรี เลขที่โครงการ 45/67/S/h3 วันที่ 24 พ.ค. พ.ศ.2567

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและได้รับการรักษาใน รพ.ชลบุรี ตั้งแต่เมษายน พ.ศ.2566 ถึงมีนาคม พ.ศ.2567 แหล่งข้อมูลคือ ข้อมูลจากเวชระเบียน Electronic Database ค้นหาด้วยรหัสโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ ICD-10 J44.0-J44.9 จากนั้นจึงคัดเลือกผู้ป่วยให้เข้าเกณฑ์

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ด้วยรหัส ICD-10 J440-J449
2. อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี
3. ได้รับการรักษาที่รพ.ชลบุรีตั้งแต่วันที่ 1 เม.ษ. พ.ศ. 2566 ถึง 31 มี.ค. พ.ศ.2567

4. ผลตรวจสมรรถภาพปอดครั้งล่าสุดค่าเฉลี่ยปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วแรงในวินาทีที่ 1 ต่อปริมาตรของอากาศที่เป่าออกมาได้มากที่สุดอย่างรวดเร็วแรงหลังได้ขยายหลอดลม (Post bronchodilator FEV1/FVC) < 70

หากผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การคัดออกจะถูกคัดออก โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่เคยรับการตรวจสมรรถภาพปอด
2. ผู้ป่วยที่รักษาโรงพยาบาลอื่นและส่งตัวมารักษาที่รพ.ชลบุรีโดยไม่มีประวัติการรักษาต่อเนื่องและหรือผลตรวจสมรรถภาพปอด

การรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บข้อมูลตามแบบฟอร์มบันทึกข้อมูล ประกอบด้วยเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ประวัติสูบบุหรี่ประวัติกำเริบเฉียบพลันในหนึ่งปีที่ผ่านมา ยาสุดที่ผู้ป่วยใช้และผลตรวจสมรรถภาพปอด โดยดูค่า Post bronchodilator FEV1/FVC และค่าปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วแรงในวินาทีที่ 1 (Post bronchodilator FEV1) โดยความรุนแรงอ้างอิงตาม Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD) คือ
GOLD 1 mild: FEV1 > 80% predicted
GOLD 2 moderate: 50 % < FEV1 < 80% predicted
GOLD 3 severe: 30% < FEV1 < 50% predicted
GOLD 4 very severe: FEV1 < 30% predicted

เกณฑ์การเสียชีวิตคือ มีประวัตินอนในโรงพยาบาลชลบุรี และมีการลงประวัติว่าเสียชีวิตโดยเอาสาเหตุตั้งต้นของการเสียชีวิต

จากการศึกษาในประเทศเกาหลีพบว่าอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 25.4¹⁰ ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์การศึกษาอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ($\alpha=0.05$) ค่าความคลื่อนในการประมาณค่าเท่ากับ 5% ($d=0.05$) คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณค่าสัดส่วนอย่างไม่จำกัด ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 292 ราย เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายหรือไม่ครบถ้วนจึงเก็บเพิ่มอีก 20% ดังนั้นในการศึกษานี้จะใช้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 350 ราย

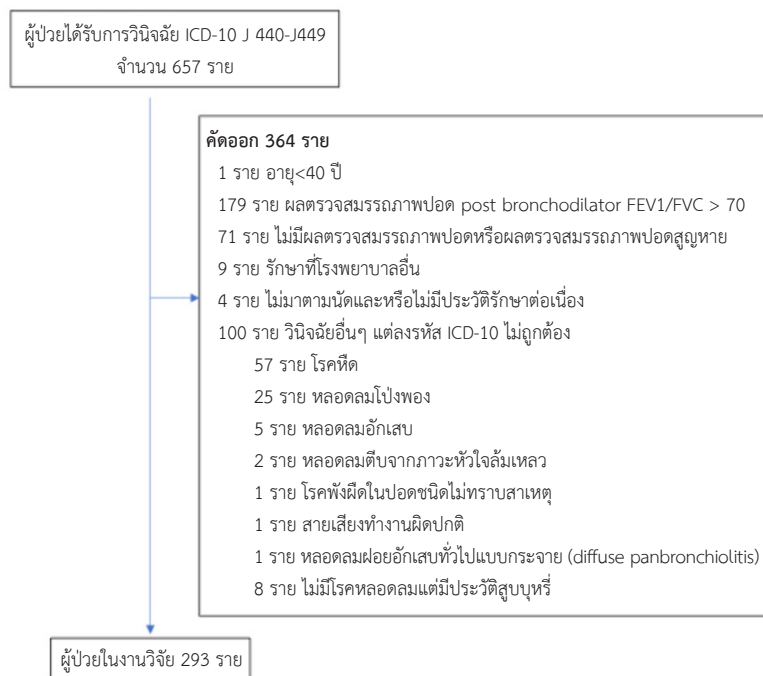
วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS โดยสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นเชิงกลุ่มจะแสดงเป็นจำนวน ร้อยละ ข้อมูลเชิงปริมาณจะแสดงเป็นค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ทั้งนี้ขึ้นกับการกระจายของข้อมูล เปรียบเทียบข้อมูลเชิงกลุ่มจะใช้ Chi-square test เปรียบเทียบข้อมูลเชิงปริมาณระหว่างสองกลุ่มที่อิสระกันจะใช้ two sample independent t-test หรือ Wilcoxon rank sum

test หาปัจจัยเสี่ยงเสียชีวิตโดยใช้ Binary logistic regression และ Stepwise back ward to select final model

ผลการศึกษา

จากข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 เม.ษ. พ.ศ. 2566 ถึง 31 มี.ค. พ.ศ.2567 มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยด้วย ICD-10 J44.0-J44.9 จำนวน 657 ราย คัดออก 364 ราย เป็นผู้ป่วยที่อายุ <40 ปี 1 ราย ผลตรวจสมรรถภาพปอด Post Bronchodilator FEV1/FVC > 70 179 ราย ไม่มีผลตรวจสมรรถภาพปอดหรือผลตรวจสมรรถภาพปอดสูญหาย 71 ราย รักษาที่โรงพยาบาลอื่น 9 ราย ไม่มาตามนัดและหรือไม่มีประวัติรักษาต่อเนื่อง 4 ราย วินิจฉัยอื่น ๆ แต่ลงรหัส ICD-10 ไม่ถูกต้อง 100 ราย ประกอบด้วยโรคหืด 57 ราย หลอดลมโป่งพอง 25 ราย หลอดลมอักเสบ 5 ราย หลอดลมตีบจากภาวะหัวใจล้มเหลว 2 ราย โรคพังผืดในปอดชนิดไม่ทราบสาเหตุ 1 ราย สายเสียงทำงานผิดปกติ 1 ราย หลอดลมฝอยอักเสบทั่วไปแบบกระจาย (Diffuse panbronchiolitis) 1 ราย ไม่มีโรคหลอดลมแต่มีประวัติสูบบุหรี่ 8 ราย เหลือผู้ป่วย 293 รายในงานวิจัย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยในงานวิจัย



จากผู้ป่วย 293 ราย มีผู้เสียชีวิต 21 ราย อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 7.2 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานและลักษณะทางคลินิกพบว่า ในกลุ่มผู้เสียชีวิตมีโรคไตเรื้อรังมากกว่ากลุ่มผู้รอดชีวิตร้อยละ 28.6 และร้อยละ 10.2 ตามลำดับ (OR 3.34, 95%CI 1.2 to 9.28, p 0.02)

โดยกลุ่มผู้เสียชีวิตมีดัชนีมวลกายต่ำกว่ากลุ่มผู้รอดชีวิต และมีค่าเฉลี่ยสมรรถภาพปอดต่ำกว่าผู้รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่ว่าจะเป็นค่า FEV1/FVC 47 ในกลุ่มผู้เสียชีวิตเทียบกับ FEV1/FVC 57 ในกลุ่มผู้รอดชีวิต (p -value 0.04) และค่า FEV1 % Predicted ในกลุ่มผู้เสียชีวิต 48 เทียบกับ 65.5 ในกลุ่ม

ผู้รอดชีวิต (p -value < 0.01) นอกจากนี้ในกลุ่มผู้เสียชีวิตยังมี GOLD 4 มากกว่า คิดเป็นร้อยละ 14.3 เทียบกับร้อยละ 2.6 ในกลุ่มผู้รอดชีวิต (p -value 0.03) กลุ่มผู้เสียชีวิตมีประวัติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลันในปีที่ผ่านมา ร้อยละ 61.9 (13 ราย) มากกว่ากลุ่มผู้รอดชีวิตที่มีประวัติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลันร้อยละ 28.3 (p -value < 0.01) โดยพบว่าในกลุ่มผู้เสียชีวิตมีประวัติโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลัน 13 ราย นั้นต้องนอนโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งทุกราย มากกว่ากลุ่มผู้รอดชีวิตมีประวัติโรคปอดกำเริบเฉียบพลันที่ต้องนอนโรงพยาบาลร้อยละ 23.3 (p -value < 0.01) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีประวัตินอนโรงพยาบาล มีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วย

หายใจ 27 ราย โดยในกลุ่มผู้เสียชีวิต 21 ราย มีการใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 28.6 กลุ่มผู้รอดชีวิต 272 ราย มีการใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 7.7 ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01) การรักษาในกลุ่มผู้เสียชีวิตกับกลุ่มผู้รอดชีวิตนั้นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่ว่าจะเป็นยา Inhale Corticosteroid (ICS) หรือ Long-acting B2 agonist (LABA) หรือ Long-acting Muscarinic Antagonist (LAMA) หรือกลุ่มยา ทั้ง ICS ร่วมกับ LABA หรือ LAMA เดี่ยว หรือ LABA ร่วมกับ LAMA หรือ ICS ร่วมกับ LABA และ LAMA รวมทั้งปริมาณการสูบบุหรี่อยู่ที่ 30 Pack-year เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานและลักษณะทางคลินิก

Data	Total (N=293)	Alive (n=272)	Dead (n=21)	p-value
Sex, n (%)				0.41
Male	267 (91.1)	249 (91.5)	18 (85.7)	
Age (year), mean ± SD	71.5 ± 9.2	71.3 ± 9.3	74 ± 8.6	0.21
Body weight (kg), median (IQR)	58 (50-67)	59 (50-67.5)	55 (41-62)	0.35
Body mass index (kg/m ²), median (IQR)	21.9 (19.1-24.8)	22.0 (19.1-24.9)	20.9 (17.4-22.8)	0.04
Underlying, n (%)	260 (88.7)	240 (88.2)	20 (95.2)	0.49
Diabetes mellitus, n (%)	45 (15.4)	40 (14.7)	5 (23.8)	0.34
Hypertension, n (%)	127 (43.3)	118 (43.4)	9 (42.9)	0.96
Dyslipidemia, n (%)	79 (27.2)	73 (27)	6 (28.6)	0.88
Chronic kidney disease, n (%)	35 (12)	29 (10.7)	6 (28.6)	0.02*
Cirrhosis, n (%)	12 (4.1)	12 (4.4)	0 (0)	0.33
Cardiovascular disease, n (%)	76 (25.9)	72 (26.5)	4 (19.1)	0.61
FEV1/FVC, median (IQR)	56 (48-63)	57 (48-64)	47 (44-61)	0.04*
FEV1%predicted, median (IQR)	64 (48-79)	65.5 (50-80)	48 (32-63)	<0.01*
GOLD, n (%)				0.01*
1	73 (24.9)	71 (26.1)	2 (9.5)	0.12
2	143 (48.8)	135 (49.6)	8 (38.1)	0.31
3	67 (22.9)	59 (21.7)	8 (38.1)	0.09
4	10 (3.4)	7 (2.6)	3 (14.3)	0.03
History of exacerbation in previous year, n (%)	90 (30.7)	77 (28.3)	13 (61.9)	<0.01*
1 moderate exacerbation	19 (6.5)	17 (6.3)	2 (9.5)	0.89
≥ 2 moderate exacerbations	21 (7.2)	20 (7.4)	1 (4.8)	0.66
≥ 1 leading to hospitalization	76 (26)	63 (23.3)	13 (61.9)	<0.01*
Invasive mechanical ventilation	27 (9.2)	21 (7.7)	6 (28.6)	0.001
Inhale corticosteroid (ICS), n (%)	245 (83.6)	227 (83.5)	18 (85.7)	0.79
Fluticasone, n (%)	181 (62)	166 (61.3)	15 (71.4)	0.36
Budesonide, n (%)	68 (23.2)	65 (23.9)	3 (14.3)	0.43
Long-acting B2 agonist (LABA), n (%)	255 (87)	235 (86.4)	20 (95.2)	0.49
Salmeterol, n (%)	168 (57.3)	154 (56.6)	14 (66.7)	0.37
Formoterol, n (%)	63 (21.5)	60 (22.1)	3 (14.3)	0.58
Olodaterol, n (%)	19 (6.5)	17 (6.3)	2 (9.5)	0.64

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานและลักษณะทางคลินิก (ต่อ)

Data	Total (N=293)	Alive (n=272)	Dead (n=21)	p-value
Vilanterol, n (%)	8 (2.7)	7 (2.6)	1 (4.8)	0.45
Long-acting muscarinic antagonist (LAMA), n (%)	218 (74.4)	204 (75)	14 (66.7)	0.40
Tiotropium, n (%)	211 (72)	198 (72.8)	13 (61.9)	0.28
Umeclidinium, n (%)	10 (3.4)	9 (3.3)	1 (4.8)	0.53
ICS+LABA	68 (23.2)	61 (22.4)	7 (33.3)	0.254
LAMA	31 (10.6)	30 (11.0)	1 (4.8)	0.368
LABA+LAMA	13 (4.4)	11 (4.0)	2 (9.5)	0.240
ICS+LABA+LAMA	173 (59.0)	162 (59.6)	11 (52.4)	0.519
Smoking, n (%)				
Never	7 (2.4)	7 (2.6)	0 (0)	0.46
Current smoker	38 (13.2)	36 (13.4)	2 (10)	0.67
Former smoker	235 (81.3)	219 (81.4)	16 (80)	0.77
Pack-year, median (IQR)	30 (20-50)	30 (20-50)	30 (17.5-42)	0.73
Cause of dead				
Cardiovascular disease, n (%)			1 (4.8)	
Respiratory disease, n (%)			14 (66.6)	
Other cause, n (%)			6 (28.6)	

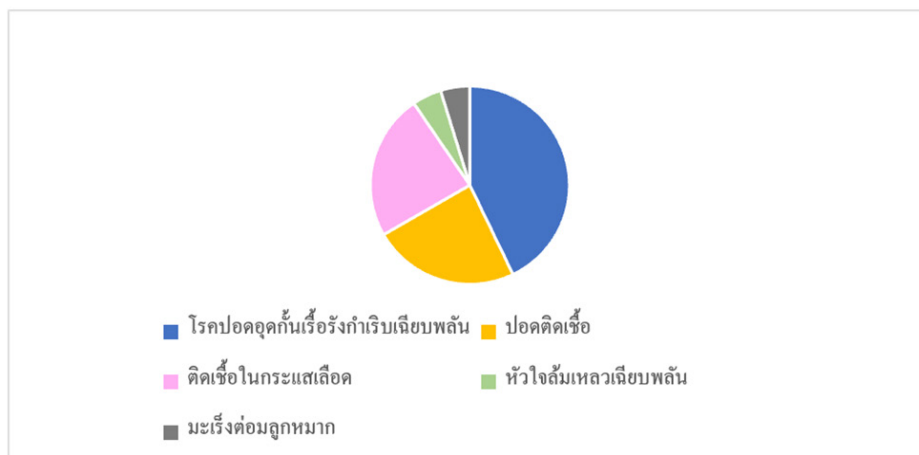
*เปรียบเทียบข้อมูลเชิงปริมาณใช้ Two sample independent t-test แสดงค่าเฉลี่ยหรือ Wilcoxon rank sum test แสดงค่ามัธยฐาน เปรียบเทียบข้อมูลเชิงกลุ่มใช้ Chi-square test หรือ Fisher exact test

เมื่อศึกษาถึงสาเหตุการเสียชีวิตในผู้ป่วย 21 ราย พบว่าเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลัน 9 ราย (ร้อยละ 42.8) ปอดติดเชื้อ 5 ราย (ร้อยละ 23.8) ติดเชื้อในกระแสเลือด 5 ราย (ร้อยละ 23.8) หัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน 1 ราย และ มะเร็งต่อมลูกหมาก 1 ราย แต่ละสาเหตุคิดเป็นร้อยละ 4.8 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2

ปัจจัยเสี่ยงเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังเสี่ยงเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคไต

เรื้อรัง 3.56 เท่า (Adjusted OR 3.56, 95% CI 1.19-10.61, p-value 0.02) ผู้ป่วยที่มีค่าสมรรถภาพปอด FEV1 < 50 % Predicted เสี่ยงเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ FEV1 ≥ 50 % Predicted 3.12 เท่า (Adjusted OR 3.12, 95% CI 1.19-8.18, p-value 0.02) และผู้ป่วยที่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจเสี่ยงชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจ 3.22 เท่า (Adjust OR 3.22, 95% CI 1.05-9.93, p-value 0.04) ดังแสดงในตารางที่ 2

แผนภูมิที่ 2 แสดงสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



ตารางที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิต

Data	Univariable		Multivariable*	
	Odd ratio (95%CI)	p-value	aOR (95%CI)	p-value
Male	0.55 (0.15 to 2.02)	0.37		
Age (year) ≥ 75	1.44 (0.59 to 3.55)	0.42		
Body mass index < 18.5 kg/m ²	1.97 (0.76 to 5.12)	0.16		
Diabetes mellitus	1.81 (0.63 to 5.23)	0.27		
Hypertension	0.98 (0.4 to 2.4)	0.96		
Dyslipidemia	1.08 (0.4 to 2.89)	0.88		
Chronic kidney diseases	3.34 (1.2 to 9.28)	0.02	3.56 (1.19-10.61)	0.02
Cardiovascular diseases	0.65 (0.21 to 2.01)	0.46		
FEV1/FVC < 50	3.2 (1.30-7.89)	0.01		
FEV1 < 50 % predicted	3.37 (1.37 to 8.28)	0.01	3.12 (1.19-8.18)	0.02
1 Moderate exacerbation	1.58 (0.34 to 7.35)	0.56		
≥ 2 Moderate exacerbation	0.63 (0.08 to 4.94)	0.66		
≥ 1 hospitalized exacerbation	5.37 (2.13 to 13.53)	<0.001		
Invasive mechanic ventilation	4.78 (1.68-13.61)	<0.01	3.22 (1.05-9.93)	0.04
Fluticasone	1.58 (0.59 to 4.2)	0.36		
Budesonide	0.53 (0.15 to 1.86)	0.32		
Salmeterol	1.53 (0.6 to 3.92)	0.37		
Formoterol	0.59 (0.17 to 2.07)	0.41		
Olodaterol	1.58 (0.34 to 7.35)	0.56		
Vilanterol	1.89 (0.22 to 16.15)	0.56		
Tiotropium	0.61 (0.24 to 1.52)	0.29		
Umeclidinium	1.46 (0.18 to 12.12)	0.73		
ICS+LABA	1.73 (0.67-4.48)	0.26		
LAMA	0.40 (0.05-3.11)	0.38		
LABA+LAMA	2.50 (0.52-12.09)	0.26		
ICS+LABA+LAMA	0.75 (0.31-1.82)	0.52		
Pack-year	0.99 (0.97 to 1.01)	0.46		

*เปรียบเทียบโดยใช้ Binary logistic regression และ stepwise backwards to select final model, aOR; adjusted odd ratio, CI; confidence interval

วิจารณ์

จากการสืบค้นข้อมูลด้วย ICD-10 J44.0-J44.9 จำนวน 657 ราย มีผู้ที่คัดออกสูงถึง 364 ราย เหลือผู้ป่วย 293 รายในงานวิจัย โดยผลตรวจสมรรถภาพปอด Post Bronchodilator FEV1/FVC > 70 คือสาเหตุที่คัดออกสูงสุด 179 ราย จากข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้กับแพทย์ผู้ทำการรักษาถึงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญ

ก่อนหน้านี้มีการศึกษาเกี่ยวกับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อแยกตามความรุนแรงพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจน้อยถึงปานกลางมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 1.4 -12^{8,11} ขณะที่ผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นของ

ทางเดินหายใจปานกลางถึงรุนแรงมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 14.7- 15.7^{12,13} เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยนี้มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7.2 สอดคล้องกับข้อมูลข้างต้น เนื่องจากแม้ผู้ป่วยในกลุ่มที่เสียชีวิตมีภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจรุนแรง (FEV1/FVC < 50 % predicted) แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจน้อยถึงปานกลาง (FEV1/FVC ≥ 50 % predicted) อัตราการเสียชีวิตจึงใกล้เคียงกับการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจน้อยถึงปานกลางมากกว่า โดยสาเหตุการเสียชีวิตในงานวิจัยนี้เสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลัน 9 ราย (ร้อยละ 42.8) และปอดติดเชื้อ 5 ราย (ร้อยละ 23.8) รวมแล้วเสียชีวิตจาก

ระบบทางเดินหายใจร้อยละ 66.6 สัมพันธ์กับการศึกษาของ Celli BR, et al ที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสียชีวิตจากระบบทางเดินหายใจร้อยละ 61¹⁴ สาเหตุการเสียชีวิตในงานวิจัยนี้ที่สัมพันธ์กับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นหลักนั้น อาจอธิบายได้จากการศึกษาของ Whittaker H, et al ที่ศึกษาผู้ป่วยถึง 339,647 ราย มีผู้เสียชีวิต 97,882 ราย (ร้อยละ 28.8) พบว่าผู้ป่วยที่มีค่า FEV1 ต่ำสัมพันธ์กับการเสียชีวิตที่สูงขึ้นทั้งเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและเสียชีวิตจากโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยผู้ป่วยที่มีค่า FEV1 < 50% Predicted มีความเสี่ยงเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสูงกว่าเสียชีวิตจากโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด⁹ สอดคล้องกับในงานวิจัยนี้ กลุ่มผู้เสียชีวิตมีค่ามัธยฐาน FEV1 48 % Predicted และสาเหตุที่อัตราการเสียชีวิตจากโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดในงานวิจัยนี้มีเพียงร้อยละ 4.8 อาจเนื่องจากผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดไม่สูงเพียงร้อยละ 25.9

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มผู้เสียชีวิตพบว่า มีประวัตินอนโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้งด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลันใน 1 ปีที่ผ่านร้อยละ 61.9 สูงกว่าร้อยละ 23.3 ในกลุ่มผู้รอดชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Owusu, et al ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีประวัตินอนโรงพยาบาลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลัน มีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัตินอนโรงพยาบาล (Hazard ratio [HR] 1.97; 95% Confidence Interval [CI] 1.32–2.95)¹⁵ อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์หุ้ตัวแปรในงานวิจัยนี้พบว่ามีเพียง 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงเสียชีวิต ปัจจัยแรกคือโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังเสี่ยงเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคไตเรื้อรัง 3.56 เท่า (Adjusted OR 3.56, 95% CI 1.19-10.61) สอดคล้องกับการศึกษาของ Hsu CC, et al ที่ศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 141 ราย พบว่าร้อยละ 23.4 มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย ผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังมีอายุที่สูงกว่าและมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะหัวใจวายมากกว่า มีความเสี่ยงเสียชีวิตมากกว่าและมี FEV1 ลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคไตเรื้อรัง โดยปัจจัยเสี่ยงอิสระต่อการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอยู่ 2 ปัจจัยคือ ระยะทางที่ผู้ป่วยสามารถเดินได้ใน 6 นาที (6-min walking distance) น้อยกว่า 350 เมตร มีความเสี่ยงเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่เดินได้มากกว่า 350 เมตร 3.65 เท่า (OR 3.65; 95 % CI 1.05–12.06) และผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังมีความเสี่ยงเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคไตเรื้อรัง 4.66 เท่า (OR 4.66; 95 % CI 1.30–16.76)¹⁶ โกล้เคียงกับผลการศึกษาในงานวิจัยนี้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Estimated Glomerular Filtration Rate [eGFR] < 60 ml/min/1.73 m²) พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมด้วยสัมพันธ์กับความเสี่ยงเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ

เพิ่มขึ้นร้อยละ 41 (95% CI 1.31-1.52) และเพิ่มความเสี่ยงเสียชีวิตจากระบบทางเดินหายใจสูงถึง 4.36 เท่า (sub-HR 4.36, 95% CI 3.54, 5.37)¹⁷

ปัจจัยที่สองคือ FEV1 < 50 % Predicted โดยผู้ป่วยที่ FEV1 < 50 % Predicted นั้นมีความเสี่ยงเสียชีวิตสูงเป็น 3.84 เท่า (aOR 3.84; 95% CI 1.52-9.74) เทียบกับผู้ป่วยที่ FEV1 ≥ 50 % Predicted สอดคล้องกับการศึกษาของ Whittaker H, et al ซึ่งผู้ป่วยที่ FEV1 30-49 % Predicted มีความเสี่ยงเสียชีวิตสูงเป็น 2.33 เท่า (HR 2.33; 95% CI 2.28-2.39) และผู้ป่วยที่ FEV1 < 30 % predicted มีความเสี่ยงเสียชีวิตสูงถึง 4.10 เท่า (HR 4.10; 95% CI 3.95-4.25) เทียบกับผู้ป่วยที่ FEV1 > 80 % predicted⁹

ปัจจัยที่สามคือ ผู้ป่วยที่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีโอกาสเสียชีวิตสูงเมื่อมีการใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจตั้งในการศึกษาก่อนหน้านี้ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 74 รายที่ใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจพบว่า อัตราการเสียชีวิตที่ 6 เดือน, 1 ปี, 2 ปี และ 3 ปี อยู่ที่ร้อยละ 40.5, 48.6, 58.1 และ 63.5 ตามลำดับ¹⁸ และการศึกษาของ Cuchet P, et al ที่ศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลันที่ใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจ 37 ราย พบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 28 วัน ร้อยละ 16.2 ขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจ 413 ราย เสียชีวิตภายใน 28 วัน เพียงร้อยละ 1.5 (p -value<0.01)¹⁹ จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจเสียชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับในงานวิจัยนี้ที่ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจนั้นมีความเสี่ยงเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจสูงถึง 3.22 เท่า (p -value 0.04) โดยร้อยละของผู้เสียชีวิตหากใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจในงานวิจัยนี้อยู่ที่ร้อยละ 22.2 โกล้เคียงกับการศึกษาของ Gadre SK, et al ที่ศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นรุนแรงที่ใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจจำนวน 670 ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิตในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (Intensive care unit, ICU) ร้อยละ 25²⁰

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ พิจารณาคัดกรองโรคไตเรื้อรังและให้ความสำคัญเป็นพิเศษในการควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ป่วยที่มีค่า FEV1 ต่ำหรือมีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย รวมทั้งให้การรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงจนมีการใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจ

ข้อจำกัด ผู้ป่วยมีจำนวนน้อยและงานวิจัยนี้เป็น Retrospective Study จึงมีข้อจำกัดว่าในการรวบรวมข้อมูล เช่น ไม่ได้เก็บ COPD Assess Test (CAT) modified Medical Research Council (mMRC) และเจาะ Blood Eosinophil

ทุกราย เป็นต้น ทำให้ข้อมูลบางอย่างไม่ครบถ้วน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป เก็บจำนวนผู้ป่วยให้มากขึ้นและเก็บข้อมูลเป็น Prospective เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนรวมถึงความถูกต้องในการวินิจฉัย

สรุป

ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลชลบุรีมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7.2 สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่จากโรคระบบทางเดินหายใจ โดยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลัน เป็นสาเหตุเสียชีวิตที่บ่อยที่สุด ผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจรุนแรง และผู้ป่วยที่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงขึ้นเทียบกับผู้ที่ไม่มโรคไตเรื้อรัง ผู้ที่มีภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจไม่รุนแรงและผู้ที่ไม่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจ จึงควรให้ความสำคัญในการป้องกันความรุนแรงของภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจ ควบคุมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และให้การรักษาย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงจนมีการใช้เครื่องช่วยหายใจผ่านท่อช่วยหายใจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอแสดงความขอบคุณนางอังศณา แจ่มศรี และนางสายทอง โกสินทรจิตต์ ที่ให้ความสนับสนุนตลอดการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). The top 10 causes of death 2021 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 Aug 7 [cited 7 August 2024]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
2. Blanco I, Diego I, Bueno P, Casas-Maldonado F, Miravittles M. Geographic distribution of COPD prevalence in the world displayed by Geographic Information System maps. *Eur Respir J*. 2019;54(1):1900610. Doi:10.1183/139933003.00610-2019.
3. Quaderi SA, Hurst JR. The unmet global burden of COPD. *Glob Health Epidemiol Genom*. 2018;3:e4. Doi:10.1017/gheg.2018.1.
4. Sin DD, Anthonisen NR, Soriano JB, Agusti AG. Mortality in COPD: Role of comorbidities. *Eur Respir J*. 2006;28(6):1245-57. Doi:10.1183/09031936.00133805.
5. Müllerová H, Maselli DJ, Locantore N, Vestbo J, Hurst JR, Wedzicha JA, et al. Hospitalized exacerbations

of COPD: risk factors and outcomes in the ECLIPSE cohort. *Chest*. 2015;147(4):999-1007. Doi:10.1378/chest.14-0655.

6. Rothnie KJ, Müllerová H, Smeeth L, Quint JK. Natural History of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations in a General Practice-based Population with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2018;198(4):464-71. Doi:10.1164/rccm.201710-2029OC.
7. Mannino DM, Buist AS, Petty TL, Enright PL, Redd SC. Lung function and mortality in the United States: data from the First National Health and Nutrition Examination Survey follow up study. *Thorax*. 2003;58(5):388-93. Doi:10.1136/thorax.58.5.388.
8. Anthonisen NR, Skeans MA, Wise RA, Manfreda J, Kanner RE, Connett JE. The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality: a randomized clinical trial. *Ann Intern Med*. 2005;142:233-39. Doi:10.7326/0003-4819-142-4-200502150-00005.
9. Whittaker H, Rothnie KJ, Quint JK. Cause-specific mortality in COPD subpopulations: a cohort study of 339,647 people in England. *Thorax*. 2024;79:202-8. Doi:10.1136/thorax-2022-219320.
10. Park SC, Kim DW, Park EC, Shin CS, Rhee CK, Kang YA, Kim YS. Mortality of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a nationwide populationbased cohort study. *Korean J Intern Med*. 2019;34(6):1272-8. Doi:10.3904/kjim.2017.428.
11. Pauwels RA, Lofdahl CG, Laitinen LA, Schouten JP, Postma DS, Pride NB, et al. Long-term treatment with inhaled budesonide in persons with mild chronic obstructive pulmonary disease who continue smoking. European Respiratory Society Study on Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med*. 1999;340(25):1948-53. Doi:10.1056/NEJM199906243402503.
12. Calverley PMA, Anderson JA, Celli B, Ferguson GT, Jenkins C, Jones PW, et al. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2007;356(8):775-89. Doi:10.1056/NEJMoa063070.
13. Celli B, Decramer M, Kesten S, Liu D, Mehra S,

- Tashkin DP. Mortality in the 4-year trial of tiotropium (UPLIFT) in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 2009;180(10):948–55. Doi:10.1164/rccm.200906-0876OC.
14. Celli BR, Cote CG, Marin JM, Casanova C, Montes de Oca M, Mendez RA, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med.* 2004;350(10):1005–12. Doi:10.1056/NEJMoa021322.
 15. Owusuaa C, Dijkland SA, Nieboer D, van der Rijt CCD, van der Heide. A Predictors of mortality in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pulm Med.* 2022;22(1):125. Doi:10.1186/s12890-022-01911-5.
 16. Hsu CC, Tung PH, Lin TY, Huang SW, Li TC, Wu BC, et al. Effect of chronic kidney disease on survival in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med.* 2025;244:108181. Doi:10.1016/j.rmed.2025.108181.
 17. Navaneethan SD, Schold JD, Huang H, Nakhoul G, Jolly SE, Arrigain S, et al. Mortality Outcomes of Patients with Chronic Kidney Disease and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Nephrol.* 2016;43(1):39-46. Doi:10.1159/000442947.
 18. Breen D, Churches T, Hawker F and Paul T. Acute respiratory failure secondary to chronic obstructive pulmonary disease treated in the intensive care unit: A long term follow up study. *Thorax.* 2002;57:29-33. Doi:10.1136/thorax.57.1.29.
 19. Cuchet P, Iachkine J, Bellal M, Gillard H, Hamelin A, Macrez R, et al. Characteristics and risk factors of intubation in COPD patients with severe acute exacerbation: An exploratory single-center retrospective study. *Respir Med.* 2025;242:108095. Doi:10.1016/j.rmed.2025.108095.
 20. Gadre SK, Duggal A, Mireles-Cabodevila E, Krishnan S, Wang XF, Zell K, et al. Acute respiratory failure requiring mechanical ventilation in severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Medicine (Baltimore).* 2018;97(17):e487. Doi:10.1097/MD.0000000000010487.

การผ่าตัดคอมเพานด์ โอdontoma ในขากรรไกรล่าง

Surgical Removal of Compound Odontoma in the Mandible

พรทิพย์ จรุงจิตตานุสนธิ์, ท.บ.

Porntip Jarungjittanuson, D.D.S.

Abstract

Odontomas are the most common benign odontogenic tumors found in the jaws. They result from abnormal development of both epithelial cells and mesenchymal components of the tooth-forming tissues. Odontomas are usually diagnosed in patients between 10 and 20 years of age. In most cases, the lesions are asymptomatic and are discovered incidentally during routine radiographic examinations. The presence of odontomas can interfere with the normal eruption of permanent teeth, leading to impaction or delayed eruption. Furthermore, these lesions may exert compressive forces on adjacent dental roots, thereby inducing root resorption and impeding the efficacy of orthodontic tooth movement, particularly in patients undergoing active orthodontic treatment. If left untreated, odontomas may adversely affect masticatory efficiency, phonation, and overall facial esthetics. The treatment of choice is complete surgical excision, followed by periodic follow-up to monitor for potential complications or recurrence. The prognosis is generally favorable, as recurrence is uncommon. Odontomas are classified into two types: compound odontoma, which exhibits a tooth-like structure, and complex odontoma, which presents

as an irregular, disorganized mass of dental tissue.

In the present case, a 16-year-old Thai female was diagnosed with a compound odontoma in the lower left mandible. She was referred for surgical removal as part of her orthodontic treatment plan. Postoperative follow-up revealed no complications involving adjacent teeth or surrounding structures, and the surgical wound healed normally.

Keyword: Odontoma, Compound, odontogenic tumor

บทคัดย่อ

โอdontoma เป็นเนื้องอกต้นกำเนิดจากฟันชนิดไม่ร้ายแรงที่พบได้มากที่สุดภายในขากรรไกร สาเหตุเกิดจากเนื้อเยื่อของเซลล์เยื่อฟันและเซลล์มีเซนไคม์ที่มีการเจริญเติบโตผิดปกติ เนื้องอกโอdontoma พบมากในผู้ป่วยอายุ 10-20 ปี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักไม่มีอาการผิดปกติ ตรวจพบโดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสี ผลกระทบของการมีรอยโรคโอdontoma พบว่ามีกรบกวนการขึ้นของฟันแท้ทำให้ไม่สามารถขึ้นมาได้ปกติ รอยโรคเบียดรากฟันซี่ข้างเคียงทำให้เกิดการละลาย และขัดขวางการเคลื่อนที่ของฟันในกรณีผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาโดยการจัดฟัน หากไม่นำรอยโรคออกอาจส่งผลกระทบต่อการบดเคี้ยวอาหาร การพูด และความสวยงามบริเวณใบหน้า การรักษาหลักคือ การผ่าตัดควักรอยโรคเนื้องอกโอdontoma ออกรวมหมด และนัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง โอdontoma มีการพยากรณ์โรคที่ดี ไม่ค่อยพบการกลับมาเป็นซ้ำ สามารถพบได้ 2 รูปแบบคือ ชนิดคอมเพานด์ โอdontoma ที่มีลักษณะคล้ายฟัน และคอมเพล็กซ์ โอdontoma ที่มีรูปร่างไม่ชัดเจน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 16 ปี มีเนื้องอกชนิดคอมเพานด์ โอdontoma บริเวณขากรรไกรล่างซ้าย ถูกส่งตัวมาเพื่อผ่าตัดตามแผนการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน จากการติดตามผลการรักษาหลังจากการผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ กับฟันและอวัยวะใกล้เคียง การหายของแผลเป็นปกติ

คำสำคัญ: โอdontoma, คอมเพานด์, เนื้องอกต้นกำเนิดจากฟัน

วันที่รับ (received) 13 พฤษภาคม 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 29 กรกฎาคม 2568

วันที่ตอบรับ (accepted) 14 สิงหาคม 2568

Published online ahead of print 21 สิงหาคม 2568

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลนิคมพัฒนา จังหวัดระยอง
Dental Department, Nihompattana Hospital, Rayong

Corresponding Author: พรทิพย์ จรุงจิตตานุสนธิ์

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลนิคมพัฒนา จังหวัดระยอง

Email: odyayayah@gmail.com

doi: <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2025.28>

บทนำ

โอดอนโทมาถูกกล่าวขึ้นครั้งแรกโดย Paul Broca ในปี ค.ศ. 1867 ไม่จัดเป็นเนื้องอกที่แท้จริง (True neoplasms) เป็นความผิดปกติของการเจริญเติบโต (Developmental anomalies) เกิดจากการเพิ่มจำนวนของเซลล์เยื่อบุผิว (Epithelial cell) และ เซลล์มีเซนไคม์ (Mesenchymal cell) ที่เจริญเติบโตผิดปกติในอวัยวะดังกล่าว จัดอยู่ในกลุ่มของฮาร์มาโทมา (Hamartomas)^{1,2} โอดอนโทมา (Odontomas) เป็นเนื้องอกต้นกำเนิดจากฟันชนิดไม่ร้ายแรง (Benign odontogenic tumors) ที่พบได้มากที่สุดในขากรรไกร คิดเป็น 24.9% สามารถพบได้ 2 รูปแบบคือ คือ คอมเพล็กซ์ โอดอนโทมา (Complex odontomas) ที่จะมีรูปร่างไม่ชัดเจน มักพบบริเวณฟันหลังในขากรรไกรล่าง อัตราการเกิด 9.7% และคอมพาวนด์ โอดอนโทมา (Compound odontomas) ที่มีลักษณะคล้ายฟัน มักพบบริเวณฟันหน้าในขากรรไกรบน ซึ่งมีอัตราการเกิดที่มากกว่า คิดเป็น 15.3%^{3,4,5} โดยมีองค์ประกอบเป็นส่วนของเคลือบฟัน (Enamel) เนื้อฟัน (Dentin) เคลือบรากฟัน (Cementum) และเนื้อเยื่อโพรงประสาทฟัน (Pulp tissue) โอดอนโทมาทั้ง 2 ชนิด ผู้ป่วยมักไม่มีอาการแสดงใดๆ ทางคลินิก พบได้บังเอิญจากภาพถ่ายรังสี อายุโดยเฉลี่ยที่ตรวจพบส่วนใหญ่ 10-20 ปี ไม่มีความแตกต่างของการเกิดรอยโรคในเพศชายและเพศหญิง ส่วนใหญ่โอดอนโทมาเป็นรอยโรคที่จะมีการเจริญเติบโตภายในขากรรไกร^{1,4}

สาเหตุของการเกิดโอดอนโทมายังไม่มีความชัดเจน เชื่อว่าสัมพันธ์กับปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ การบาดเจ็บของช่องปากในระยะฟันน้ำนม กระบวนการอักเสบและการติดเชื้อ การกลายพันธุ์ของยีน (Gene mutation) และโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม⁶ สาเหตุของโอดอนโทมา สามารถเกิดได้จากปัจจัยเหล่านี้ คือ^{2,7,8}

1. แร่งต้นของจากการเจริญเติบโตของเซลล์ถุงหุ้มหน่อฟัน (Dental follicle) แบ่งตัวมากเกินไป
2. การติดเชื้อในช่วงระยะฟันน้ำนม
3. การเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์อะมีโลบลาส (Ameloblast)
4. ส่วนที่เหลือของเซลล์เยื่อบุผิว ที่เจริญต่อไปเป็นเนื้องอกโอดอนโทมา
5. เกิดการบาดเจ็บของขาที่หน่อฟัน ในระยะการสร้างฟัน
6. การถูกรบกวนในขั้นตอนการพัฒนาของฟันในช่วงการสร้างตัวอ่อน (Embryonic stage)
7. โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น กลุ่มอาการการ์ดเนอร์ (Gardner syndrome) กลุ่มอาการเฮร์แมน (Hermann's syndrome) และโรคโพลีโพซิสต่อมน้ำเหลืองในครอบครัว (Familial adenomatous polyposis)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) แบ่งโอดอนโทมา ออกได้เป็น 2 ประเภท ตามการจัดเรียงตัว (Organization) และระดับการเปลี่ยนสภาพ (Degree of differentiation) ของเซลล์ต้นกำเนิดจากฟัน (Odontogenic cells)^{8,9}

1. คอมเพล็กซ์ โอดอนโทมา ลักษณะเป็นก้อนแข็งปะปนกัน รูปร่างไม่ชัดเจน รอยโรคส่วนใหญ่อยู่บริเวณฟันหลังในขากรรไกรล่าง

2. คอมพาวนด์ โอดอนโทมา ลักษณะเป็นก้อนแข็ง องค์ประกอบและรูปร่างคล้ายฟันซี่เล็กๆ แต่ไม่ได้จัดเรียงตัวเหมือนฟันปกติ รอยโรคส่วนใหญ่อยู่บริเวณฟันหน้าในขากรรไกรบน

แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโอดอนโทมา^{10,11,12,13}

รอยโรคส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักไม่มีอาการแสดงทางคลินิก ในบางกรณีที่พบอาการผิดปกติ เช่น ปวด ติดเชื้อ ต่อมน้ำเหลืองโต มีการขยายขนาดของกระดูกขากรรไกร และเปียดฟันที่อยู่ข้างเคียงทำให้เกิดการล้มเอียง¹² สามารถตรวจพบได้โดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสีบริเวณช่องปาก มักสัมพันธ์กับฟันแท้ที่ไม่ขึ้น

ลักษณะภาพถ่ายรังสีโอดอนโทมาทั้ง 2 ชนิด ปรากฏเป็นก้อนทึบสีขาว (Radiopaque) ล้อมรอบด้วยเงาสีดำ (Radiolucent halo) ขอบเขตชัดเจน (Well-defined) จากภาพถ่ายรังสีสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ตามการพัฒนาของรอยโรค ดังนี้

ระยะที่ 1 พบรอยโรคเป็นเงาดำ (Radiolucency) เพียงอย่างเดียว เนื่องจากยังไม่มี การสะสมของแคลเซียม (Calcification)

ระยะที่ 2 เริ่มมีการสะสมของแคลเซียม พบรอยโรคก้อนทึบสีขาวบางส่วนในภาพรังสีปะปนกับเงาดำ

ระยะที่ 3 มีการสะสมของแคลเซียมมากขึ้น ในภาพรังสีจะพบก้อนทึบสีขาวล้อมรอบด้วยเงาดำขอบเขตชัดเจน^{8,13,14,15}

การวินิจฉัยโรคโอดอนโทมา จะใช้การตรวจทางคลินิก ร่วมกับการประเมินภาพถ่ายรังสี และส่งชิ้นส่วนของรอยโรคตรวจทางจุลพยาธิวิทยาเพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย (Definitive diagnosis)

ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาของเนื้อเยื่อโดยรอบทั้ง คอมพาวนด์ โอดอนโทมา และคอมเพล็กซ์ โอดอนโทมา จะพบเนื้อเยื่อเกี่ยวพันไฟบรัส (Fibrous connective tissue) ร่วมกับเซลล์เยื่อบุผิวชนิดไม่ร้ายแรง (Benign epithelial cells) ในส่วนของเนื้อเยื่อแข็ง คอมพาวนด์ โอดอนโทมา มีการเรียงตัวที่เป็นระเบียบคล้ายองค์ประกอบของฟัน โดยจะพบเคลือบฟัน (Enamel) เนื้อฟัน (Dentin) เนื้อเยื่อโพรงประสาทฟัน (Pulp tissue) และ อาจพบส่วนของ เคลือบรากฟัน (Cementum)

ร่วมด้วย ส่วนคอมเพล็กซ์ โอdontoma เนื้อเยื่อแข็งจะมีการจัดเรียงตัวที่ไม่เป็นระเบียบ อาจพบการสร้างเคลือบฟัน และเนื้อฟัน บางตำแหน่ง^{16,17,18}

การวินิจฉัยแยกโรค หากอ้างอิงเฉพาะข้อมูลทางจุลพยาธิวิทยา อาจไม่เพียงพอเนื่องจากลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา ระหว่าง โอdontoma และอะมีโลบลาสติกไฟโบรโอdontoma (Ameloblastic fibro odontoma) มีความคล้ายคลึงกัน⁵ ดังนั้นการวินิจฉัยคอมเพนด โอdontoma ควรใช้ข้อมูลจากลักษณะทางคลินิก เช่น อาการของผู้ป่วย อายุ ตำแหน่งรอยโรค ร่วมกับประเมินภาพถ่ายรังสีและการตรวจทางจุลพยาธิวิทยา ในการวินิจฉัยคอมเพนด โอdontoma¹⁹ รอยโรคที่นำมาใช้วินิจฉัยแยกโรคกับโอdontoma เป็นรอยโรคที่เกิดภายในกระดูก ได้แก่ ออสซิฟายอิงไฟโบรมา (Ossifying fibroma) โอdontโอโทอะมีโลบลาสโตมา (Odontoameloblastoma) อะมีโลบลาสติกไฟโบรโอdontoma (Ameloblastic fibroodontoma) และไฟบรัส ดิสเพลเซีย (Fibrous dysplasia)^{12,19}

การจัดการรอยโรคโอdontoma โดยทั่วไปจะผ่าตัดรอยโรคออกทั้งหมดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น สูญเสียฟันข้างเคียงกับรอยโรค การเกิดถุงน้ำ (Cyst) การขยายขนาดของกระดูก (Bone expansion) และการยื่นเข้าของฟันแท้ ทางเลือกหลักในการรักษา คือ การผ่าตัดและคว่ำรอยโรคออกทั้งหมด (Enucleation) ร่วมกับการกำจัดเนื้อเยื่อโดยรอบรอยโรค (Curette) พบการพยากรณ์โรคดี อัตราการเกิดรอยโรคซ้ำค่อนข้างต่ำ แต่อย่างไรก็ตามควรนัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง²⁰

รายงานผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 16 ปี

อาการสำคัญ ถูกส่งต่อจากทันตแพทย์จัดฟันเพื่อผ่าตัด รอยโรคบริเวณขากรรไกรล่างซ้าย

ประวัติทางการแพทย์ ปฏิเสธโรคประจำตัวและการแพ้ยา

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ตรวจพบรอยโรคคล้ายฟันที่ตำแหน่งใกล้รากฟันกรามน้อยล่างซ้ายซี่ที่ 2 และฟันกรามล่างซ้ายซี่ที่ 1 จากภาพรังสีพาโนรามิกก่อนจัดฟัน ไม่มีอาการใดๆ

การตรวจสภาพร่างกาย สภาพร่างกายทั่วไปปกติดี ความดันโลหิต 102/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที

การตรวจสภาพช่องปาก ภายนอกช่องปาก ใบหน้าสมมาตร (Facial symmetry) ไม่พบความผิดปกติของขากรรไกรและใบหน้า (รูปที่1) ภายในช่องปาก จากการตรวจโดยการคลำ ไม่พบการนูนของกระดูกบริเวณขากรรไกรล่างซ้ายทั้งด้านใกล้ลิ้น (Lingual) (รูปที่2ก.) และด้านใกล้แก้ม (Buccal) (รูปที่2ข.)



รูปที่ 1 ภาพถ่ายนอกช่องปาก



รูปที่ 2 ก. ภาพถ่ายในช่องปากด้านใกล้ลิ้น

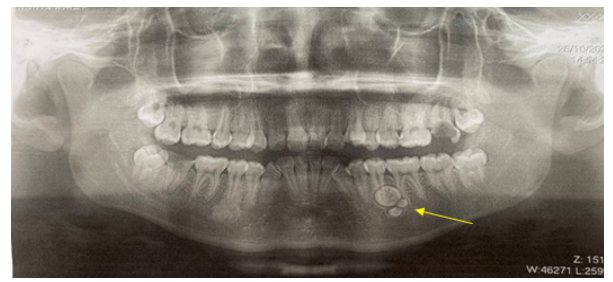


รูปที่ 2 ข. ภาพถ่ายในช่องปากด้านใกล้แก้ม

การตรวจทางภาพถ่ายรังสี

ภาพถ่ายรังสีพาโนรามิก (Panoramic radiograph) พบ รอยโรคลักษณะก้อนทึบสีขาว คล้ายฟันซี่เล็กๆ ล้อมรอบด้วยเงาสีดำขอบเขตชัดเจน อยู่บริเวณระหว่างปลายรากฟันซี่ 35 และซี่ 36 (ลูกศรสีเหลือง) (รูปที่3)

ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน (Periapical radiograph) พบรอยโรคสีขาวทึบรังสี คล้ายฟันซี่เล็กๆ ล้อมรอบด้วยเงาโปร่งรังสี ซึ่งหุ้มรอบด้วยขอบทึบรังสี (Sclerotic border) (รูปที่4)



รูปที่ 3 ภาพถ่ายรังสีพาโนรามิก (Panoramic radiograph)



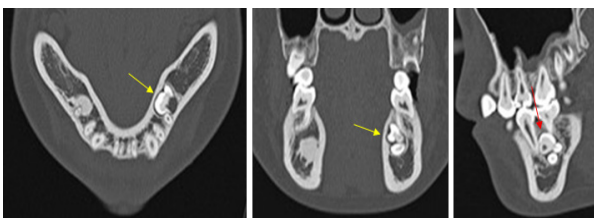
รูปที่ 4 ภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟัน (Periapical film)

ภาพถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed Tomography) บริเวณขากรรไกรล่าง ในระนาบตามแกน (Axial plane) พบรอยโรคลักษณะเป็นก้อนที่บรังสี อยู่ในส่วนด้านใกล้ลิ้นบริเวณด้านหลังของขากรรไกรล่างซ้าย (Posterior body of the left mandible) ลักษณะคล้ายฟันขนาดเล็กที่ผิดปกติ ล้อมรอบด้วยเงาสีดำขอบเขตชัดเจน กระดูกขากรรไกรมีขนาดปกติ ไม่พบการขยายขนาดและการทำลายกระดูกโดยรอบรอยโรค (รูปที่ 5ก.)

ในระนาบแบ่งหน้าหลัง (Coronal plane) รอยโรคอยู่ภายในกระดูกขากรรไกรล่างทั้งหมด มีขอบเขตอยู่ต่ำกว่าขอบสันกระดูก (Alveolar crest) และอยู่เหนือขอบล่างของขากรรไกรล่าง (Inferior border of mandible) ไม่พบการทำลายกระดูกขากรรไกรโดยรอบ (รูปที่ 5ข.)

ในระนาบแบ่งซ้ายขวา (Sagittal plane) พบรอยโรคลักษณะเป็นก้อนที่บรังสีหลายชิ้น ความทึบรังสีใกล้เคียงกับความหนาแน่นของเคลือบฟันและเนื้อฟันปกติ รอยโรคมีความสัมพันธ์ชิดกับรากฟันซี่ 35 และซี่ 36 ไม่พบมีการทำลายของกระดูกโดยรอบรากฟันซี่ข้างเคียง (รูปที่ 5ค.)

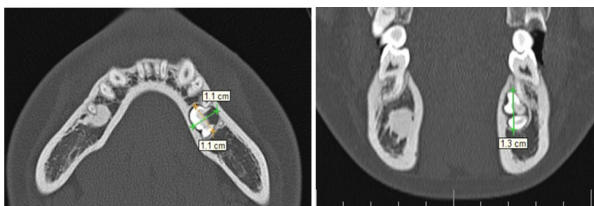
จากภาพถ่ายเอกซเรย์คอมพิวเตอร์วัดขนาดรอยโรคที่ใหญ่ที่สุดในระนาบตามแกนมีขนาดความกว้าง 1.1 เซนติเมตร ความลึก 1.1 เซนติเมตร (รูปที่ 5ง.) และในระนาบแบ่งหน้าหลังวัดความสูงได้ 1.3 เซนติเมตร (รูปที่ 5จ.)



รูป 5ก

รูป 5ข

รูป 5ค



รูป 5ง

รูป 5จ

รูปที่ 5 แสดงภาพรังสีเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ รูป 5ก. ระนาบตามแกน (Axial plane), รูป 5ข. ระนาบแบ่งหน้าหลัง (Coronal plane), รูป 5ค. ระนาบแบ่งซ้ายขวา (Sagittal plane), รูป 5ง. การวัดขนาดในระนาบตามแกน, รูป 5จ. การวัดขนาดในระนาบแบ่งหน้าหลัง

การวินิจฉัย

Compound odontomas

การวางแผนการรักษา

ผ่าตัดคอมเพานด์ โอดอนโทมาออกทั้งหมดและควักเนื้อเยื่อที่อยู่ล้อมรอบรอยโรค ภายใต้ยาชาเฉพาะที่ ก่อนเข้ารับการรักษาทันตกรรมจัดฟัน

การรักษา

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดคอมเพานด์ โอดอนโทมา ภายใต้ยาชาเฉพาะที่ 4% Articaine HCl มีส่วนผสม Epinephrine ความเข้มข้น 1:100,000 ปริมาณ 5.1 มิลลิกรัม โดยวิธีสกัดเส้นประสาทอินฟีเรียร์อัลวีโอลาร์ (Inferior alveolar nerve) เส้นประสาทแก้ม (Long buccal nerve) เส้นประสาทลิ้น (Lingual nerve)
2. ผ่าตัดเปิดแผ่นเหงือกทางด้านลิ้น ลงรอยกรีดตามร่องเหงือก (Sulcular incision) จากด้านใกล้กลางของฟันซี่ 37 ไปจนถึงด้านใกล้กลางของซี่ 32 ใช้ Periosteal elevator (Molt No.9) เลาะเปิดแผ่นเหงือกแบบ Full thickness periosteal flap
3. ใช้ Minnesota retractor รั้งแผ่นเหงือก ตลอดแนวกระดูกใกล้ลิ้นยังไม่พบการนูนของรอยโรค ค่อยๆ กรอกระดูกด้านลิ้นออกจนพบส่วนของคอมเพานด์ โอดอนโทมา (รูปที่ 6ก.)
4. ควักกำจัดโอดอนโทมาและเนื้อเยื่อโดยรอบออกทั้งหมด ใช้ Curette ทำความสะอาดแผล ล้างน้ำเกลือ (0.9%NSS) เพื่อกำจัดเศษเนื้อเยื่อและเศษกระดูกที่อาจเหลือคั่งค้างในแผล (รูปที่ 6ข.) (รูปที่ 6ค.)
5. นำตัวอย่างรอยโรคพร้อมกับเนื้อเยื่อแช่น้ำยาฟอร์มาลิน 10% Formaldehyde ส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา (รูปที่ 7)
6. ทำการเย็บปิดแผล ด้วยวิธี Simple interrupted suture ใช้ไหมละลาย Vicryl 4-0 จำนวน 5 Stitch พบมีการฉีกขาดของเหงือกด้านลิ้นเล็กน้อย สามารถใช้ไหมละลายเย็บปิดได้ ไม่พบการมีเลือดออกผิดปกติ
7. แนะนำผู้ป่วยกักผ้าก๊อช 1-2 ชั่วโมง ประคบเย็น 24 ชั่วโมงแรกเพื่อลดอาการบวม และให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติหลังการผ่าตัด
8. จ่ายยาแก้ปวด Paracetamol 500 มิลลิกรัม จำนวน 10 เม็ด ทานครั้งละ 1 เม็ดเมื่อมีอาการปวด ยาต้านอักเสบ Ibuprofen 400 มิลลิกรัม จำนวน 10 เม็ด ทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น และยาปฏิชีวนะ Amoxicillin 500 มิลลิกรัม จำนวน 20 เม็ด ทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น



รูป 6ก รูป 6ข รูป 6ค

รูป 6 แสดงภาพผ่าตัดภายในช่องปาก



รูปที่ 7 แสดงเนื้องอกที่ควักออกมาทั้งหมด

การติดตามผลการรักษา

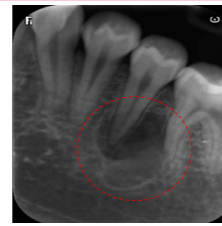
การติดตามผลการรักษา 1 สัปดาห์ จากการซักประวัติ ผู้ป่วยมีอาการปวดหลังจากการผ่าตัดประมาณ 1-2 วัน หลังจากนั้นอาการค่อยๆ ดีขึ้นจนไม่มีอาการปวด วันที่ติดตามผลการรักษา 1 สัปดาห์พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการปวด ไม่มีอาการบวม ไม่มีอาการชาบริเวณลิ้น ริมฝีปาก และใบหน้าฝั่งซ้าย พบว่าแผลมีการฉีกขาดเนื้อเยื่อเหงือกด้านลิ้นและแดงจากการอักเสบเล็กน้อย และฟันข้างเคียงไม่มีอาการผิดปกติใดๆ (รูปที่ 8)

2 สัปดาห์ นัดผู้ป่วยฟังผลตรวจชิ้นเนื้อ ติดตามผลการรักษา และตัดไหม พบบริเวณเหงือกด้านลิ้นแผลเริ่มปิดดี ไม่พบการติดเชื้อใดๆ ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด ทานอาหารได้ปกติ ผลตรวจทางจุลพยาธิวิทยาพบก้อนแคลเซียม (Calcified mass) เนื้อเยื่อเกี่ยวพันไฟบรัส ร่วมกับเซลล์เยื่อบุผิวชนิดไม่ร้ายแรง

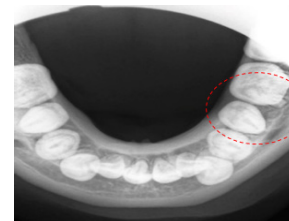


รูปที่ 8 ลักษณะทางคลินิกภายหลังการผ่าตัด 1 สัปดาห์

การติดตามผลการรักษา 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่มีอาการใดๆ แผลโดยทั่วไปปิดสนิท ไม่มีการติดเชื้อ จากภาพรังสีรอบปลายรากพบการหายของแผลปกติ เริ่มมีการสร้างของกระดูกเข้ามาบริเวณที่ผ่าตัดนำเนื้องอกออกไป บริเวณฟันซี่ 35 และซี่ 36 ไม่พบพยาธิสภาพรอบปลายรากฟัน (วงกลมสีแดง) (รูปที่ 9ก.) และจากภาพรังสีกััดสบแนวตัดขวางตัดขวาง (Occlusal cross-sectional radiograph) (รูปที่ 9ข.) แสดงตำแหน่งบริเวณที่ผ่าตัดนำเนื้องอกออกไป (วงกลมสีแดง)



รูปที่ 9ก. แสดงลักษณะภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันหลังการผ่าตัด 3 เดือน



รูปที่ 9ข. แสดงลักษณะภาพถ่ายรังสีกััดสบแนวตัดขวางหลังการผ่าตัด 3 เดือน

การติดตามผลการรักษา 6 เดือน ใบหน้าสมมาตร ผู้ป่วยสามารถเคี้ยวอาหารได้ตามปกติ ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ฟันซี่ 35 และ ซี่ 36 ซึ่งเป็นฟันที่อยู่ข้างเคียงกับรอยโรคที่ผ่าตัดออกไปคลำ เคาะ ได้ปกติ ทดสอบความมีชีวิตของฟัน (Vitality test) พบว่าฟันข้างเคียงตอบสนองต่อการทดสอบความมีชีวิตของฟัน จากภาพรังสีรอบปลายรากฟัน พบการหายของแผลปกติ มีการสร้างของกระดูกเข้ามาในบริเวณที่ผ่าตัดนำรอยโรคออกไปมากขึ้น บริเวณฟันซี่ 35 และซี่ 36 ไม่พบพยาธิสภาพรอบปลายรากฟัน (วงกลมสีแดง) (รูปที่ 10ก.) และจากภาพรังสีกััดสบแนวตัดขวางตัดขวาง (รูปที่ 10ข.) พบการสร้างของกระดูกเข้ามาเต็มส่วนที่มีการผ่าตัดนำเนื้องอกออกไปมากขึ้น (วงกลมสีแดง)



รูปที่ 10ก. แสดงลักษณะภาพถ่ายรังสีรอบปลายรากฟันหลังการผ่าตัด 6 เดือน



รูปที่ 10ข. แสดงลักษณะภาพถ่ายรังสีกััดสบแนวตัดขวางหลังการผ่าตัด 6 เดือน

วิจารณ์

คอมเพาน์ โอโดนอนโทมา รอยโรคส่วนใหญ่อยู่ภายในขากรรไกร พบในผู้ป่วยอายุน้อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการแสดงทางคลินิก มักพบโดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสี เช่นเดียวกับกรณีศึกษาที่ ตำแหน่งที่พบรอยโรคแม้ว่าจะอยู่บริเวณฟันหลังในขากรรไกรล่าง ซึ่งเป็นตำแหน่งที่มักพบคอมเพล็กซ์ โอโดนอนโทมา มากกว่า แต่เนื่องจากลักษณะทางภาพถ่ายรังสี และลักษณะทางคลินิกคล้ายฟันซี่เล็กๆที่ชัดเจน โดยเป็นลักษณะที่ค่อนข้างจำเพาะของคอมเพาน์ โอโดนอนโทมา รอยโรคมักสัมพันธ์กับการขัดขวางการขึ้นของฟันแท้ ทำให้ฟันแท้ไม่สามารถขึ้นในช่องปากได้ กรณีที่รอยโรคมิขนาดใหญ่อาจทำให้เป็ยกระดูกขากรรไกรและเห็นการบวมของช่องปากได้^{3,4,21}

ในกรณีศึกษาที่ ผู้ป่วยหญิงอายุ 16 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว และโรคทางพันธุกรรมในครอบครัว ไม่มีประวัติการเกิดอุบัติเหตุบริเวณใบหน้าและขากรรไกร ตรวจสภาพช่องปากไม่พบพยาธิสภาพใดๆ สันเห็อกมีลักษณะปกติไม่พบการขยายของกระดูกจำนวนฟันแท้ขึ้นครบทุกซี่ จากภาพถ่ายรังสีพบเงาที่บ่งชี้รูปร่างคล้ายฟัน ล้อมรอบด้วยเงาโปร่งรังสี ขอบเขตชัดเจนอยู่ในบริเวณฟันหลังในขากรรไกรล่างและไม่ขัดขวางการขึ้นของฟันแท้ในตำแหน่งใกล้เคียงสามารถขึ้นมาในขากรรไกรได้ปกติ จากภาพรังสีไม่พบการละลายของรากฟันข้างเคียง รอยโรคถูกพบโดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสีนอกช่องปาก ทันตแพทย์จัดฟันส่งต่อมาเพื่อนำรอยโรคออก เนื่องจากมีผลต่อการเคลื่อนของฟันขณะจัดฟัน เมื่อทำการผ่าตัดนำรอยโรคออกมาพบก้อนแข็งลักษณะทางคลินิกคล้ายฟันที่สร้างไม่สมบูรณ์ ล้อมรอบด้วยเนื้อเยื่อที่ไม่ได้ติดแน่นเชื่อมกับกระดูกโดยรอบ สามารถควักออกมาได้ทั้งชิ้น

จากการศึกษาของ Mousinho และคณะ ในปี ค.ศ. 2020 แบ่งโอโดนอนโทมาตามลักษณะทางคลินิก ดังนี้ 1. โอโดนอนโทมาในกระดูก (Central odontoma) 2. โอโดนอนโทมานอกกระดูก (Peripheral odontoma) 3. โอโดนอนโทมาที่ขึ้นในช่องปาก (Erupted odontoma) โดยโอโดนอนโทมาในกระดูกเป็นชนิดที่พบได้มากที่สุด รองลงมาคือโอโดนอนโทมาที่ขึ้นในช่องปาก ในรายงานผู้ป่วยนี้พบว่ารอยโรคอยู่ในกระดูกขากรรไกรล่างด้านหลัง บริเวณที่รองรับฟัน (Tooth bearing area) ไม่พบการขยายตัวของกระดูก ตรวจไม่พบในช่องปาก จึงจัดเป็นชนิดคอมเพาน์ โอโดนอนโทมาในกระดูก¹⁶

คอมเพาน์ โอโดนอนโทมา สามารถวินิจฉัยจากภาพถ่ายรังสีแยกจากรอยโรคชนิดอื่นได้อย่างชัดเจน เนื่องจากมีลักษณะค่อนข้างจำเพาะ โดยมีลักษณะที่บ่งชี้คล้ายฟันซี่เล็กๆ ทำให้วินิจฉัยได้ง่ายกว่า คอมเพล็กซ์ โอโดนอนโทมา ที่ลักษณะที่บ่งชี้รูปร่างไม่ชัดเจน อาจมีความคล้ายคลึงกับรอยโรคเนื้องอกกระดูก (Osteoma) หรือรอยโรคอื่นที่สาเหตุมาจากการสะสมของ

แคลเซียม⁵

จากการศึกษาของ Althobaiti และคณะ ในปี ค.ศ.2025 เทคโนโลยีการถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์ 3 มิติ มีบทบาทสำคัญในการตรวจวินิจฉัยโรคได้อย่างแม่นยำ รวมไปถึงช่วยวางแผนการรักษาผ่าตัดโอโดนอนโทมา ซึ่งสามารถให้รายละเอียดเกี่ยวกับขนาด ตำแหน่ง และความสัมพันธ์ของรอยโรคกับอวัยวะใกล้เคียง ได้ดีกว่าภาพถ่ายรังสีแบบดั้งเดิม (Conventional radiography)²⁰ ลดความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อฟันข้างเคียง และกระดูกโดยรอบรอยโรค แต่ทั้งนี้ภาพถ่ายรังสีแบบดั้งเดิมยังเป็นมาตรฐานสำหรับใช้เพื่อติดตามอาการหลังการรักษาโอโดนอนโทมา²²

เพื่อให้ได้การวินิจฉัยขั้นสุดท้าย ได้นำตัวอย่างรอยโรคของผู้ป่วยส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา เนื่องด้วยทางห้องปฏิบัติการขาดนักทันตพยาธิวิทยา (Oral pathologist) ทำให้ไม่สามารถอ่านผล คอมเพาน์ โอโดนอนโทมาได้ ผลตรวจพบชิ้นเนื้อเยื่อที่ส่งตรวจเป็นก้อนแคลเซียม เซลล์เยื่อปิวชนิดไม่ร้ายแรง ร่วมกับเนื้อเยื่อไฟบรัส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Oliveira และคณะ ในปี ค.ศ. 2023 และ Mousinho และคณะ ในปี ค.ศ. 2020 รายงานผลตรวจที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น คอมเพาน์ โอโดนอนโทมา เนื้อเยื่อที่ส่งตรวจพบเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันแบบไฟบรัส ร่วมกับเซลล์เยื่อปิวชนิดไม่ร้ายแรง¹³ เนื่องจากรอยโรคคอมเพาน์ โอโดนอนโทมา มีลักษณะภาพถ่ายรังสีที่ค่อนข้างจำเพาะที่มักจะแยกได้ชัดเจน โดยเฉพาะเมื่ออ่านผลจากภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์นำมาประกอบกับลักษณะทางคลินิก จึงสามารถใช้ข้อมูลทางคลินิกและภาพถ่ายรังสีข้างต้น ให้การวินิจฉัยคอมเพาน์ โอโดนอนโทมาได้^{13,17,22} บางกรณีของคอมเพาน์ โอโดนอนโทมา ตัวอย่างของรอยโรคไม่ถูกส่งเพื่อวิเคราะห์ผลตรวจทางจุลพยาธิวิทยาเพิ่มเติม เนื่องจากทันตแพทย์ผู้ให้การรักษามีความเชื่อมั่นในการวินิจฉัยจากลักษณะทางคลินิก และภาพถ่ายรังสี⁵

จากภาพถ่ายรังสีเนื่องจากรอยโรคคอมเพาน์ โอโดนอนโทมา มีลักษณะที่บ่งชี้ ล้อมรอบด้วยเงาดำจึงนำไปวินิจฉัยแยกโรคกับรอยโรคหรือเนื้องอกในกระดูกขากรรไกรที่ภาพถ่ายรังสีเป็นเงาขาวที่บ่งชี้ปนด้วยเงาดำ (Mixed radiolucent radiopaque) ดังนี้ ๑. เมโมโลบลาสติก ไฟโบรโอโดนอนโทมา จัดเป็นเนื้องอกที่แท้จริง มีศักยภาพในการเจริญเติบโต อาจส่งผลให้เกิดการขยายหรือทำลายกระดูกขากรรไกรทำให้ผิดรูปได้ ส่วนใหญ่เกิดในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 10 ปี อย่างไรก็ตามส่วนที่บ่งชี้จะไม่มีความคล้ายฟันเหมือนกับ คอมเพาน์ โอโดนอนโทมา¹⁶

ซีเมนโท ออสซิฟายอิง ไฟโบรมา (Cemento ossifying fibroma) มักจะวินิจฉัยแยกโรคกับ คอมเพล็กซ์ โอโดนอนโทมา มากกว่า¹⁷

ซีเมนทัล ดิสพลาเซีย รอบปลายรากฟัน (Periapical cemental dysplasia) พบว่ารอยโรคนี้ส่วนใหญ่จะเป็นรอยโรค

เดี่ยว (Solitary) และขอบที่บั้งสีที่ล้อมรอบรอยโรคไม่ชัดเจน (Irregular sclerotic border)¹⁷

ซึ่งในกรณีศึกษา นี้ จากการตรวจในช่องปากและภาพถ่ายรังสี พบจำนวนฟันแท้ขึ้นครบทุกซี่ และคอมเพานด์ โอdontoma รูปร่างคล้ายฟันซี่เล็กอาจนำไปวินิจฉัยแยกโรคกับภาวะฟันเกิน (Supernumerary teeth) ทั้งนี้ รอยโรคฟันเกินพบว่ามี การเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อโดยรอบ¹⁶

ทางเลือกหลักในการรักษาคอมเพานด์ โอdontoma คือ การผ่าตัดควักรอยโรคออกทั้งหมด เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หากเหลือเนื้อเยื่อโดยรอบรอยโรคทิ้งไว้ อาจส่งผลให้เกิดการอักเสบติดเชื้อการพัฒนาเป็นถุงน้ำในอนาคต การพยากรณ์โรค คอมเพานด์ โอdontoma ค่อนข้างดีพบการกลับเป็นซ้ำต่ำ มักพบ การกลับมาเป็นซ้ำเมื่อทำการผ่าตัดควักรอยโรคออกในระยะแรก ของการดำเนินโรค¹⁸ ทั้งนี้การนัดผู้ป่วยกลับมาติดตามอาการซ้ำ ยังเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะกรณีที่มีรอยโรคขัดขวางการขึ้นของ ฟันแท้ จะนัดกลับมาประเมินว่าฟันแท้สามารถขึ้นได้เอง หรือ ควรทำการรักษาเพิ่มเติมเพื่อใช้อุปกรณ์จัดฟันเพื่อช่วยดึงฟันแท้ ขึ้นมาในตำแหน่งที่เหมาะสมในช่องปาก^{4,11,23}

ในรายงานนี้ รอยโรคคอมเพานด์ โอdontoma บริเวณปลาย รากฟัน การผ่าตัดนำรอยโรคออก ต้องระมัดระวังไม่ให้ทำอันตราย ต่อรากฟันซี่ 35 และซี่ 36 อวัยวะข้างเคียง และการรุกรานกระดูก ออกที่มากเกินไป การใช้ภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์ 3 มิติ เป็น สิ่งสำคัญในการช่วยประเมิน ระยะของรากฟันกับรอยโรคและ ขอบของกระดูก¹⁰

ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อจำกัดของรายงานผู้ป่วยนี้ คือ การขาดข้อมูลการวินิจฉัย ที่ชัดเจนจากผลตรวจทางจุลพยาธิวิทยา เนื่องจากในช่วงเวลา ที่ทำการรักษา ห้องปฏิบัติการขาดนักทันตพยาธิวิทยาที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวินิจฉัยรอยโรคในช่องปากโดยเฉพาะ ส่งผลให้ไม่สามารถให้การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายของรอยโรคได้ อย่างสมบูรณ์ การวินิจฉัยจึงอาศัยข้อมูลจากลักษณะทางคลินิก และภาพถ่ายทางรังสีเป็นหลัก ในอนาคตหากมีการส่งชิ้นเนื้อ รอยโรคภายในช่องปาก ส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา ควร ประสานงานไปยังห้องปฏิบัติการที่มีนักทันตพยาธิวิทยา เพื่อให้ทราบข้อมูลที่ครบถ้วนและการวินิจฉัยโรคที่แน่ชัด ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาและการติดตาม ผลของโรคอย่างเหมาะสมต่อไป

สรุป

จากผลการรักษาและติดตามผลการรักษาการผ่าตัด คอมเพานด์ โอdontoma ตามแผนการรักษา ก่อนเข้ารับการรักษา ทางทันตกรรมจัดฟัน จากการผ่าตัด และการติดตามผลการรักษา

ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ และสามารถเข้ารับการรักษา ทางทันตกรรมจัดฟันได้ตามแผนการรักษา ซึ่งกรณีศึกษา นี้จะเป็นแนวทางในการประเมิน และวางแผนการรักษาผู้ป่วยที่มีความ จำเป็นต้องผ่าตัดคอมเพานด์ โอdontoma ในกรณีอื่นๆ ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Johar S. Surgical Removal of Odontoma: A Case Report [Internet]. *Int J Clin Pediatr Dent*; 2020 [cited 2025 Apr 9]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8359878/>
2. Salgado H, Mesquita P. Compound odontoma—Case report. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2013;54(3):161–5.
3. Hamada M, Okawa R, Nishiyama K, Nomura R, Uzawa N, Nakano K. Compound Odontoma Removed by Endoscopic Intraoral Approach: Case Report. *Dent J*. 2021;9(7):81.
4. Khan S, Patel R, Sharma M. Complex-Compound Odontoma: A Rare Clinical Presentation. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2022;26(2):320-3.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Oral and maxillofacial pathology*. 4th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2016. p. 674-5.
6. Preoteasa CT, Preoteasa E. Compound odontoma - morphology, clinical findings and treatment. Case report. *Rom J Morphol Embryol*. 2018;59(3):997–1000.
7. Sajesh S, Edsors E, Nandagopan S, Sindhuja Devi S, Praveen V, Chidambareswaran S. Compound and complex odontomes: Case series with surgical management and brief review of literature. *J Pharm Bioallied Sci*. 2021;13(6):1772–7.
8. Goswami M, Chauhan N, Johar S. A Rare Case Report of Unusual Number of Compound Odontomas in a Pediatric Patient [Internet]. *Int J Clin Pediatr Dent*; 2024 [cited 2025 Apr 9];17(4):497–500. Available from: <http://dx.doi.org/10.5005/jp-journals-10005-2827>
9. Silva DR, Shahinian AL. Odontoma malformation and disturbances of eruption subsequent to traumatic dental injuries: A literature review and a case report. *Dent Traumatol*. 2022;38(2):98–104.
10. Yordanova-Kostova GR, Gurgurova GD. Compound Odontoma in Canine Region and its Radiological Evidence: Case Reports. *The Open Dentistry Journal*.

- 2023;17(1):1-6
11. Yaser Ali Alhazmi. The Enigma Unveiled: Expansile Compound-complex Odontoma in the Anterior Maxilla of a Teenager. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2024;17(1):82-5.
 12. Damayanti M, Tasyakuranti MN, Rani A, Pradopo S, Wahluyo S. Management of compound odontoma associated with unerupted maxillary permanent incisors: A case report. *World J Adv Res Rev.* 2024;22(2):1586-9.
 13. Oliveira E, Sao M, Vicente EC, Tempest LM. ODONTOMA - DIAGNOSTIC CRITERIA AND TREATMENT: LITERATURE REVIEW. *Rev Contemp.* 2023;3(11):24449-60.
 14. Rana V, Panthri P, Sharma V. Compound Odontome: A Case Report. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2019;12(1):64-7.
 15. Park JC, Yang JH, Jo SY, Kim BC, Lee J, Lee W. Giant complex odontoma in the posterior mandible: A case report and literature review [Internet]. *Imaging Science in Dentistry*; 2018 [cited 2020 Mar 8]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6305773/>
 16. Mousinho K, Barros S, Barbosa A, Freitas E, Henrique H, Cristina. Peripheral compound odontoma: A rare case report and literature review. *J Cutan Pathol.* 2020;47(8):720-4.
 17. Hatiwsh AA, Morawala A, AlMesallam MS. Compound Odontoma-A Rare Case Report in A 17 Month Old Child. *Eur J Dent Oral Health.* 2023;4(2):1-4.
 18. Barba LT, Campos DM, Rascon MMN, Barrera VAR, Rascon AN. Descriptive aspects of odontoma: literature review. *Rev Odontol Mex.* 2016;20(4):265-9.
 19. Mazur M, Di Giorgio G, Ndokaj A, Jedlinski M, Corridore D, Marasca B, et al. Characteristics, Diagnosis and Treatment of Compound Odontoma Associated with Impacted Teeth. *Children (Basel).* 2022;9(10):1509.
 20. Althobaiti FH, Almalki TA, Alharthi HI, Alzahrani MH, El OA. Management of Compound Odontoma in a Pediatric Patient. *Cureus.* 2025;17(1).e77241
 21. Uma E. Compound Odontoma in Anterior Mandible— A Case Report. *Malays J Med Sci.* 2017;24(3):92-5.
 22. Yusuf M, Indrawati SV. Multiple compound odontomas in various regions of the maxilla: a rare case report. *Odonto Dent J.* 2023;10(1):54-60.
 23. Trzcinka-Guzlinska J, Wozniak L, Szarmach J, Borys J, Antonowicz B. Compound odontoma current clinical problem. *J Surg.* 2022;2(2):1048.

รายงานกรณีศึกษาการผ่าตัดถุงน้ำชนิดโอdontอนโตเจนิกเคอราโตซิสต์ (Odontogenic Keratocyst) หลายตำแหน่งที่กระดูกขากรรไกร

Surgical Treatment for Multiple Odontogenic Keratocyst : A Case Report

อลิสรา เงินแจ่ม, ท.บ., ว.ท., (ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล)

Alisara Ngercham, D.D.S., Diplomate, Thai Board of Oral and Maxillofacial Surgery

Abstract

A 21-year-old female was referred to the Dental Department, Uthaihani Hospital, with multiple cystic lesions in the maxilla and mandible observed on a panoramic radiograph. The patient visited an orthodontist complaining of the failure of permanent teeth to erupt. Extraoral examination revealed multiple palmar pits. Intraoral examination showed a partly edentulous state; teeth 18, 26, 28, 37, 38, 46, and 48 were missing. A panoramic radiograph revealed multiple large radiolucencies with well-defined margins in the posterior maxilla and mandible. A skull radiograph revealed calcification of the falx cerebri. Marsupialization and biopsy of cystic lesions in the right and left mandible were performed under local anesthesia. The histopathologic report confirmed the diagnosis of odontogenic keratocyst (OKC). Based on all clinical, radiographic, and histopathologic findings, this case suggested the possibility of nevoid basal cell carcinoma syndrome (NBCCS). After 10 months of marsupialization, the patient was admitted to the hospital, and enucleation of all cystic lesions was performed under general anesthesia. There were no postoperative complications

and no signs of recurrence after a 2-year follow-up.

Keywords: Odontogenic Keratocyst, Nevoid basal cell carcinoma syndrome

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 21 ปี ถูกส่งตัวมาพบทันตแพทย์ที่ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานี ด้วยพบถุงน้ำหลาย ตำแหน่งในกระดูกขากรรไกรจากภาพถ่ายรังสีพาโนรามิก ด้วยผู้ป่วยต้องการจัดฟัน เนื่องจากฟันน้ำนมหลุดแล้ว แต่ฟันแท้ ไม่ขึ้น ได้รับการตรวจภายนอกช่องปาก บริเวณฝ่ามือพบรอย จุดหลายตำแหน่งบนฝ่ามือ รอยจุดมีขนาดเล็ก มีเส้นผ่าน ศูนย์กลางประมาณ 1-2 มม. ตรวจภายในช่องปาก ตรวจไม่พบ ฟันซี่ 18, 26, 28, 37, 38, 46, 48 จากภาพรังสีพาโนรามิกพบ มีเงาโปร่งรังสี (Radiolucent) ขนาดใหญ่ ขอบเขตชัดเจน (Well-defined margin) หลายตำแหน่งทั้งขากรรไกรบนและ ขากรรไกรล่างส่วนหลัง ภาพรังสีกะโหลกศีรษะ (PA skull) พบ เงาที่บังรังสี (Radiopaque) ที่เยื่อหุ้มสมองบริเวณตรงกลางของ กะโหลกศีรษะ ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าระบายโพรงให้ เป็นทางเปิดสู่ภายนอก (Marsupialization) ร่วมกับการผ่าตัด ขึ้นเนื้อเพื่อวินิจฉัย (Biopsy) ที่ขากรรไกรล่างด้านขวา และ ซ้ายภายใต้ยาชาเฉพาะที่ จากลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาได้รับการ วินิจฉัยเป็นถุงน้ำชนิดโอdontอนโตเจนิกเคอราโตซิสต์ (Odontogenic Keratocyst) จากการตรวจทางคลินิก การตรวจ ทางภาพรังสี และการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาของผู้ป่วยเข้าได้ กับนิวยอร์กเบเซลล์คาร์ซิโนมาซินโดรม ผู้ป่วยได้รับการรักษา โดยการควักถุงน้ำออกทั้งหมด (Enucleation) ทั้งขากรรไกรบน และล่าง หลังการผ่าระบายโพรงให้เป็นทางเปิดสู่ภายนอกเป็น เวลา 10 เดือน ภายหลังจากการรักษาผู้ป่วยหายเป็นปกติ ไม่พบ ภาวะแทรกซ้อน และติดตามการรักษาเป็นเวลา 2 ปี ไม่พบ การกลับมาเป็นซ้ำ

คำสำคัญ: โอdontอนโตเจนิกเคอราโตซิสต์, นิวยอร์กเบเซลล์ คาร์ซิโนมาซินโดรม

วันที่รับ (received) 20 พฤษภาคม 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 29 กรกฎาคม 2568

วันที่ตอบรับ (accepted) 14 สิงหาคม 2568

Published online ahead of print 29 สิงหาคม 2568

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี
Dental Department, Uthaihani Hospital, Uthaihani

Corresponding Author: อลิสรา เงินแจ่ม

Dental Department, Uthaihani Hospital, Uthaihani

Email: babyomfs@hotmail.com

doi: <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2025.29>

บทนำ

ในปี ค.ศ. 1956 Phillipsen เป็นผู้ริเริ่มให้นิยามของถุงน้ำโอโดตอนโตเจเนติกเคอราโตซิสต์ (Odontogenic keratocyst ; OKC)¹ ดังนี้ ถุงน้ำบุด้วยเยื่อบุผิวชนิดสแควมัสเซลล์ขนาดใหญ่ มีการขยายขนาดอย่างรวดเร็ว และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูง ในปี ค.ศ. 1992 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้จัดถุงน้ำโอโดตอนโตเจเนติกเคอราโตซิสต์ อยู่ในกลุ่มถุงน้ำเหตุกำเนิดฟัน (Developmental odontogenic cyst) ต่อมาในปี ค.ศ. 2005 ได้มีการจัดกลุ่มและเปลี่ยนชื่อใหม่เป็นเนื้องอกเคอราโทซิสติกโอโดตอนโตเจเนติก (Keratocystic odontogenic tumors; KCOT) โดยถูกจัดอยู่ในกลุ่มเนื้องอกของศีรษะและลำคอ (Head and neck tumor) เนื่องจากรอยโรคมีลักษณะที่รุนแรง มีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูง และมีลักษณะทางพยาธิวิทยาที่เฉพาะเจาะจง^{2,3} แต่อย่างไรก็ตามในปี ค.ศ. 2017 องค์การอนามัยโลกได้เปลี่ยนให้กลับมาอยู่ในกลุ่มถุงน้ำ และใช้ชื่อถุงน้ำโอโดตอนโตเจเนติกเคอราโตซิสต์ดั้งเดิม⁴ เนื่องจากเนื้องอกยังคงมีการเติบโตต่อไปหลังจากกำจัดสิ่งกระตุ้นออก และเนื้องอกไม่ลดขนาดลงภายหลังการผ่าตัดเพื่อลดแรงดัน (Decompression) แต่ถุงน้ำโอโดตอนโตเจเนติกเคอราโตซิสต์มีขนาดเล็กลงภายหลังการผ่าระบายโพรงเพื่อลดแรงดัน และผนังเยื่อบุผิวถุงน้ำจะมีลักษณะเปลี่ยนไปเหมือนเยื่อบุผิวในช่องปาก

ถุงน้ำโอโดตอนโตเจเนติกเคอราโตซิสต์ เป็นถุงน้ำเหตุกำเนิดฟันที่พบได้บ่อยในกระดูกขากรรไกร มีลักษณะรุนแรง และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูง พบได้ทุกช่วงอายุ ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยพบในช่วงอายุ 10-40 ปี พบมากในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ในอัตราส่วน เพศชาย: เพศหญิง = 1.44: 1⁵ ตำแหน่งที่พบมากที่สุดได้แก่ ส่วนท้ายของกระดูกขากรรไกรล่าง (Posterior of mandible) โดยพบในอัตราร้อยละ 49 รองลงมา ได้แก่ ส่วนท้ายของกระดูกขากรรไกรบน (Posterior of maxilla) และส่วนหน้าของกระดูกขากรรไกรบน (Anterior of maxilla) โดยพบในอัตรา ร้อยละ 20 และ 13 ตามลำดับ ภาพถ่ายรังสีที่พบส่วนใหญ่มีลักษณะเงาโปร่งรังสีขอบเขตชัดเจน รอยโรคขนาดใหญ่ที่พบบริเวณส่วนท้ายของกระดูกขากรรไกรล่างอาจพบเงาโปร่งรังสีหลายวง ร้อยละ 25-40 ของผู้ป่วยพบฟันที่ไม่ขึ้นในรอยโรค ถุงน้ำโอโดตอนโตเจเนติกเคอราโตซิสต์มีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูง กลไกที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำมีทั้งหมด 3 กลไกได้แก่ การกำจัดผนังของ ถุงน้ำออกไม่หมด การมีถุงน้ำโอโดตอนโตเจเนติกเคอราโตซิสต์ที่เกิดขึ้นใหม่จากแซทเทลไลท์ซิสต์ หรือเซลล์ลูก และการพัฒนาถุงน้ำโอโดตอนโตเจเนติกเคอราโตซิสต์ใหม่จากบริเวณข้างเคียงรอยโรคเดิม โดยส่วนใหญ่พบว่าถุงน้ำโอโดตอนโตเจเนติกเคอราโตซิสต์มีการพยากรณ์โรคดี เนื่องจากการเกิดมะเร็งในถุงน้ำโอโดตอนโตเจเนติกเคอราโตซิสต์นั้นพบได้น้อยกว่าถุงน้ำเหตุกำเนิดฟันชนิดอื่น โดยพบในอัตราร้อยละ 0.1 – 1.8 ในผู้ป่วยที่พบถุงน้ำ

โอโดตอนโตเจเนติกเคอราโตซิสต์หลายตำแหน่งในกระดูกขากรรไกรควรพิจารณาถึงกลุ่มโรคเนื้องอกเบซิลเซลล์คาร์ซิโนมาซินโดรม (Nevoid basal cell carcinoma syndrome, NBBCS) หรือ กอร์ลิน-กอลซ์ ซินโดรม (Gorlin-Goltz syndrome)⁶

ถุงน้ำโอโดตอนโตเจเนติกเคอราโตซิสต์ที่มีขนาดเล็ก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการแสดง แต่มีการตรวจพบถุงน้ำโดยบังเอิญจากภาพถ่ายรังสี ถุงน้ำโอโดตอนโตเจเนติกเคอราโตซิสต์ที่มีขนาดใหญ่ ลักษณะอาการเริ่มแรกที่พบ คือ อาการปวด บวม หรือมีตุ่มหนอง ลักษณะภาพรังสีพบเป็นเงาโปร่งรังสีวงเดียว ขอบเรียบ ขอบเขตชัดเจน ถุงน้ำโอโดตอนโตเจเนติกเคอราโตซิสต์ที่มีขนาดใหญ่ อาจพบลักษณะภาพรังสีพบเป็นเงาโปร่งรังสีหลายวงได้ อาจพบร่วมกับฟันที่ไม่ขึ้นร้อยละ 25 – 40 ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาพบว่า มีผนังถุงน้ำบาง พบเคอราทินในช่องว่างในถุงน้ำ ถุงน้ำบุด้วยเยื่อบุผิวชนิดสแควมัสเซลล์ 6-8 ชั้น โดยไม่มีส่วนยื่นเยื่อบุผิวเซลล์บุผิวถุงน้ำชั้นบนเป็นเซลล์บุผิวชนิดพาราเคอราทีนซ์ เรียงตัวหักเป็นลอนเล็กน้อย เซลล์ชั้นฐานมีนิวเคลียสย้อมติดสีเข้ม และเรียงตัวเป็นระเบียบ เซลล์บุผิวสามารถแยกตัวออกจากผนัง ส่งผลให้เกิดซิสต์ดาวเทียม หรือซิสต์ลูก (Satellite cyst) ได้ การรักษาถุงน้ำโอโดตอนโตเจเนติกเคอราโตซิสต์ มีได้หลายวิธี ได้แก่ การผ่าตัดออกทั้งหมด (Resection) การรักษาด้วยวิธีการควักถุงน้ำ (Enucleation) วิธีการควักถุงน้ำร่วมกับการใช้ Canoy's solution และสุดท้ายวิธีการผ่าระบายโพรง โดยให้เป็นทางเปิดสู่ภายนอก ก่อนที่จะมีการควักถุงน้ำออกทั้งหมดในภายหลัง⁶ จากการศึกษาทางพยาธิวิทยา พบว่าถุงน้ำโอโดตอนโตเจเนติกเคอราโตซิสต์ที่มีเซลล์บุผิวถุงน้ำชั้นบนเป็นชนิดพาราเคอราทีนซ์ และมีเซลล์ลูก (Satellite cysts) มีความสัมพันธ์กับเนื้องอกเบซิลเซลล์คาร์ซิโนมาซินโดรม¹²

ผู้ป่วยที่พบโอโดตอนโตเจเนติกเคอราโตซิสต์หลายตำแหน่งในกระดูกขากรรไกรนั้น เป็นอาการหลักที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มโรคเนื้องอกเบซิลเซลล์คาร์ซิโนมาซินโดรม (Nevoid basal cell carcinoma syndrome, NBBCS) หรือ กอร์ลิน-กอลซ์ ซินโดรม (Gorlin-Goltz syndrome)

เนื้องอกเบซิลเซลล์คาร์ซิโนมาซินโดรม (Nevoid basal cell carcinoma syndrome, NBBCS) หรือ กอร์ลิน-กอลซ์ ซินโดรม (Gorlin-Goltz syndrome) เป็นกลุ่มอาการของโรคทางพันธุกรรมที่พบได้ยาก มีการถ่ายทอดผ่านทางยีนเด่น (Autosomal dominant) ความผิดปกติของกลุ่มอาการนี้มาจากการเปลี่ยนแปลงของยีนที่ชื่อว่า PTCH1 ยีน (Gene PTCH1) ปัจจุบันมีการศึกษาพบว่า สาเหตุความผิดปกติของกลุ่มอาการนี้มาจากการเปลี่ยนแปลงของยีน PTCH1 ซึ่งอยู่บนโครโมโซม 9q22.3-31⁵ ยีน PTCH1 เป็นยีนที่ยับยั้งการเกิดเนื้องอก (Tumor suppressive gene) ถ้ายีน PTCH1 เกิดการกลายพันธุ์ (Mutation) จะส่งผลต่อการกระตุ้นการเจริญเติบโต (Growth-stimulating

effect) และลดการยับยั้งการเกิดเนื้องอก (Inactivation of tumor suppressive effect) ทำให้เซลล์เติบโตเร็ว และเกิดเป็นเนื้องอก¹² จึงเป็นการกระตุ้นให้เกิดโอตออนโตเจนิกเคอราโตซิสต์หลายตำแหน่ง กลุ่มอาการนี้เกี่ยวข้องกับหลายระบบในร่างกาย เช่น ระบบกระดูก ระบบตา ระบบผิวหนัง ระบบสืบพันธุ์ และระบบประสาท⁶ เช่น มะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์ (50-97%) การเกิดจุดบนฝ่ามือ ฝ่าเท้า (Palmar and plantar pits) (60-90%) ความผิดปกติของกระดูกบางตำแหน่ง เช่น การเชื่อมติดกันของกระดูกซี่โครง (Bifid rib) (40%) ความผิดปกติของกระดูกไขสันหลัง (Vertebral disorder) และถุงน้ำโอตออนโตเจนิกเคอราโตซิสในกระดูกขากรรไกรหลายตำแหน่ง (Odontogenic keratocyst) (75%)^{7,8}

ผู้ป่วยนิวอยด์เบซัลเซลล์คาร์ซิโนมาซินโดรมมากกว่า 70% มีประวัติครอบครัว เนื่องจากมีการถ่ายทอดผ่านทางยีนเด่น จึงมักพบสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยกลุ่มอาการนี้ได้ แต่มีผู้ป่วย

กลุ่มนี้ถึง 30% ที่ไม่พบว่ามีสมาชิกคนอื่นในครอบครัวป่วยด้วยกลุ่มอาการนี้ ซึ่งเกิด จากการกลายพันธุ์ได้เองของยีน PTCH1 (Spontaneous mutation of the PTCH1 gene) โดยสาเหตุการเกิดมาจากปัจจัยหลายอย่างในธรรมชาติ ทำให้บางครั้งผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้อาจไม่พบว่ามีประวัติสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยกลุ่มอาการนี้เช่นกัน¹³

เกณฑ์ในการวินิจฉัยกลุ่มอาการนี้ ใช้จากการศึกษาลักษณะทางคลินิกและลักษณะทางภาพถ่ายรังสีของหลายการศึกษา คือ

1. อาการหลัก 1 อย่างและมีการยืนยันในระดับโมเลกุล (One major criteria and molecular confirmation)
2. อาการหลัก 2 อย่าง (Two major criteria)
3. อาการหลัก 1 อย่างและอาการรอง 2 อย่าง (One major and two minor criteria)⁹

ลักษณะทางคลินิกและลักษณะทางภาพถ่ายรังสีที่ใช้ในการวินิจฉัยกลุ่มอาการนี้ ดังตารางที่ 1⁹

ตารางที่ 1 แสดงอาการหลัก และอาการรองที่ใช้ในการวินิจฉัยนิวอยด์เบซัลเซลล์คาร์ซิโนมาซินโดรม

อาการหลักใช้ในการวินิจฉัยโรค	อาการรองที่ใช้ในการวินิจฉัยโรค
1. พบมะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์หลายตำแหน่งในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 20 ปี	1. พบมีความผิดปกติของกระดูกตั้งแต่เกิด
2. พบถุงน้ำโอตออนโตเจนิกเคอราโตซิสหลายตำแหน่งในขากรรไกร	2. พบหน้าผากโหนก
3. พบรอยจุดที่ฝ่ามือหรือฝ่าเท้า	3. พบเนื้องอกไม่ร้ายแรงที่หัวใจหรือรังไข่
4. พบการสะสมของแคลเซียมที่บริเวณเยื่อหุ้มสมองตรงกลางของกะโหลกศีรษะ	4. พบเนื้องอกที่สมอง
5. พบการเชื่อมติดกันของกระดูกซี่โครง	5. พบถุงน้ำ Lymphomesenteric
6. มีประวัติครอบครัวว่ามี พี่ น้อง พ่อ แม่ หรือ ลูกเป็นนิวอยด์เบซัลเซลล์คาร์ซิโนมาซินโดรม	6. พบความผิดปกติตั้งแต่แรกเกิด เช่น ปากแหว่ง เพดานโหว่ ความผิดปกติที่ตา เช่น Cataract, Coloboma หรือ Microphthalmos

การเกิดถุงน้ำโอตออนโตเจนิกเคอราโตซิส หลายตำแหน่ง เป็นอาการหลักที่พบบ่อยในผู้ป่วยนิวอยด์เบซัลเซลล์คาร์ซิโนมาซินโดรม แต่ยังมีรายงานพบถุงน้ำโอตออนโตเจนิกเคอราโตซิสหลายตำแหน่งในผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นซินโดรมด้วยเช่นกัน โดยถุงน้ำทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทางคลินิก ลักษณะทางพยาธิวิทยาและอัตราการเกิดซ้ำที่แตกต่างกันดังตารางที่ 2¹⁴

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบการเกิดโอตออนโตเจนิกเคอราโตซิสหลายตำแหน่งในกลุ่มที่เป็นซินโดรมและ ไม่ใช่ซินโดรม

ลักษณะที่พบ	กลุ่มที่ไม่ใช่ซินโดรม	กลุ่มที่เป็นซินโดรม
1. กลุ่มอายุ	40 ปี	10-30 ปี
2. เพศ	ชายมากกว่าหญิง	หญิงมากกว่าชาย
3. ตำแหน่งที่พบ	ขากรรไกรล่างบริเวณรมัส	ขากรรไกรบนด้านหลัง
4. อัตราการเกิดซ้ำ	ร้อยละ 37	ร้อยละ 63
5. ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา		
a) Epithelial lining	บาง	หนา
b) Number of mitotic figures	น้อย	มาก
c) Number of satellite cysts	น้อย	มาก

รายงานผู้ป่วยรายนี้ เป็นการรายงานการพบถุงน้ำไอโอดอนโตเจนิกเคอราโตซิสต์หลายตำแหน่งในกระดูกขากรรไกร และมีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรคนี้วยด์เบซัลเซลล์คาร์ซิโนมาซินโดรม ซึ่งเป็นกลุ่มอาการของโรคที่พบน้อยและมีความสำคัญ เพราะมีอาการที่เกี่ยวข้องกับหลายระบบในร่างกาย อาการบางอย่างมีความจำเป็นที่ต้องให้การรักษาที่รวดเร็วและถูกต้อง เช่น การเกิดมะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์ในหลาย ตำแหน่งของร่างกาย การวินิจฉัยที่ถูกต้องและรวดเร็วจึงมีความสำคัญมาก และเนื่องจากกลุ่มอาการของโรคนี้พบน้อย จึงอาจทำให้การวินิจฉัยโรคและการรักษาผิดพลาดได้

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 21 ปี ถูกส่งตัวมาพบทันตแพทย์ที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลอุทัยธานี ด้วยพบถุงน้ำหลายตำแหน่งในกระดูกขากรรไกรจากภาพถ่ายรังสี ผู้ป่วยต้องการจัดฟัน เนื่องจากฟันน้ำนมหลุดแล้ว แต่ฟันแท้ไม่ขึ้น ผู้ป่วยได้รับการถ่ายภาพรังสี พบถุงน้ำหลายตำแหน่งในกระดูกขากรรไกร จึงส่งต่อมาโรงพยาบาลอุทัยธานี เมื่อ ตุลาคม 2565

การตรวจร่างกายโดยทั่วไปผู้ป่วยมีสุขภาพ แข็งแรงดี ปฏิเสธโรคประจำตัวและการแพ้ยา ไม่มีประวัติ การเจ็บปวดที่รุนแรงในอดีต

การตรวจภายนอกช่องปาก บริเวณศีรษะ และใบหน้าปกติ ไม่พบการบวม ระยะห่างของตา ทั้งสองข้างเท่ากับ 30 มิลลิเมตร (ระยะปกติ 30-31 มิลลิเมตร)¹⁰ ตรวจไม่พบก้อนใด ๆ ที่ผิวหนังบริเวณฝ่ามือพบรอยจุดหลายตำแหน่ง ไม่พบอาการชาที่ริมฝีปาก ดังรูปที่ 1 และ 2

การตรวจภายในช่องปาก พบว่าการสบฟันอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีอาการปวด ตรวจไม่พบฟันซี่ 18, 26, 28, 37, 38, 46, 48 เหงือกปกติ คลำไม่พบการบวมหรือขยายขนาดของกระดูกขากรรไกร ดังรูปที่ 3 และ 4



รูปที่ 1 ภาพถ่ายใบหน้าตรงและใบหน้าด้านข้าง แสดงบริเวณศีรษะ และใบหน้าปกติ



รูปที่ 2 แสดงรอยจุดที่ฝ่ามือ ดังลูกศรชี้แสดง



รูปที่ 3 ภาพถ่ายในช่องปากของฟันบน ตรวจไม่พบฟันซี่ 18, 26, 28 ไม่พบการบวมหรือขยายขนาดของกระดูกขากรรไกรบน



รูปที่ 4 ภาพถ่ายในช่องปากของฟันล่าง ตรวจไม่พบฟันซี่ 37, 38, 46, 48 ไม่พบการบวมหรือขยายขนาดของกระดูกขากรรไกรล่าง

การตรวจทางภาพถ่ายรังสี จากภาพรังสีพาโนรามิกพบมีเงาโปร่งรังสี (Radiolucent) ขนาดใหญ่ ขอบเขตชัดเจน (Well-defined margin) หลายตำแหน่งทั้งขากรรไกรบนและขากรรไกรล่างส่วนหลัง (Bilateral maxillary and bilatearal posterior mandible) ในขากรรไกรบนพบเงาโปร่งรังสีซ้อนทับกับโพรงอากาศขากรรไกรบน (Maxillary sinus) ขอบเขตชัดเจน ฟันกรามบนด้านขวาซี่ที่สาม และฟันกรามน้อยด้านซ้ายซี่ที่สองถูกรอยโรคดันขึ้นด้านบน และไปทางด้านหลัง (Superiorly and posteriorly) ในส่วนขากรรไกรล่างด้านขวา พบเงาโปร่งรังสีตั้งแต่ปลายรากของฟันกรามน้อยซี่ที่สอง ครอบคลุมถึงบริเวณเรมัส (Ramus of mandible) กระดูกคอนไดล์ (Condyle of mandible) และกระดูกโคโรนอยด์ (Coronoid of mandible) เบียดกระดูกที่ไปถึงขอบล่างของขากรรไกรล่าง (Lower border of mandible) ฟันกรามล่างซี่ที่สองถูกรอยโรคดันลงด้านล่าง และฟันกรามล่างซี่ที่สามถูกรอยโรคดันขึ้นไปบริเวณเรมัส ส่วนขากรรไกรล่างด้านซ้าย พบเงาโปร่งรังสีตั้งแต่ปลายรากของฟันกรามล่างซี่ที่หนึ่ง ครอบคลุมถึงบริเวณเรมัส (Ramus of mandible) กระดูกคอนไดล์ (Condyle of mandible) และกระดูกโคโรนอยด์ (Coronoid of mandible) เบียดกระดูกที่ไปถึงขอบล่างของขากรรไกรล่าง (Lower border of mandible) ฟันกรามล่างด้านซ้ายซี่ที่ 2 และ ซี่ที่ 3 ไม่ขึ้นในช่องปาก และไม่พบหนองฟัน ดังแสดงในรูปที่ 5



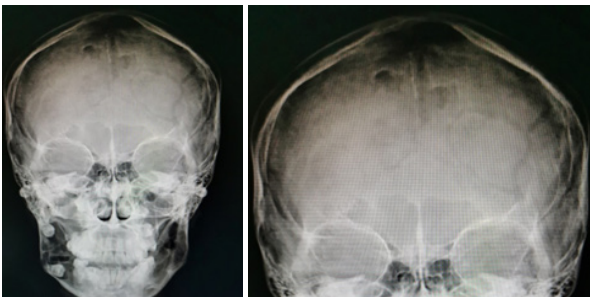
รูปที่ 5 ภาพรังสีพาโนรามิกแสดงเงาโปร่งรังสีที่มีขอบเขตชัดเจนที่บริเวณขากรรไกรบนและขากรรไกรล่าง ส่วนหลัง ฟันกรามบนขากรรไกรที่สาม และฟันกรามน้อยด้านซ้ายซี่ที่สองถูกดันขึ้นด้านบนและไปทางด้านหลัง ในขณะที่ฟันกรามล่างด้านขากรรไกรที่สามถูกดันลงล่าง และฟันกรามล่างด้านขากรรไกรที่สามถูกดันขึ้นไปบริเวณแรมัส

ภาพรังสีปอด (Chest x-ray) มีลักษณะปกติไม่พบการเชื่อมติดกันของกระดูกซี่โครง ดังรูปที่ 6



รูปที่ 6 ภาพรังสีปอด แสดงลักษณะปกติไม่พบการเชื่อมติดกันของกระดูกซี่โครง

ภาพรังสีกะโหลกศีรษะ (PA skull) พบเงาที่โปร่งสี (Radiopaque) ที่เยื่อหุ้มสมองบริเวณตรงกลางของกะโหลก ศีรษะ (Falx cerebri) ดังรูปที่ 7



รูปที่ 7 ภาพรังสีกะโหลกศีรษะแสดงเงาที่โปร่งสีที่กึ่งกลางกะโหลกศีรษะ ซึ่งเป็นหินปูนเกาะที่ Falx cerebri ดังลูกศรชี้แสดง

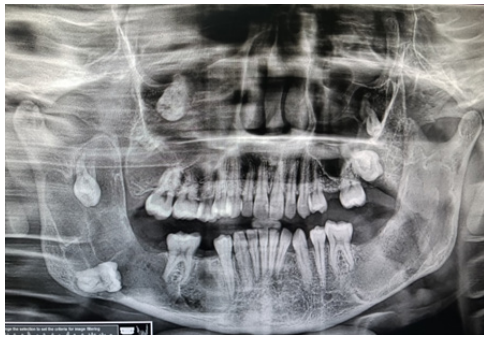
ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าระบายโพรงให้เป็นทางเปิดสู่ภายนอก (Marsupialization) บริเวณรอยโรคที่ขากรรไกรล่างด้านขวา และซ้ายภายใต้ยาเฉพาะที่ ดังรูปที่ 8 โดยเปิดแผลในช่องปากบริเวณถุงน้ำ พบของเหลวภายในรอยโรคมี

ลักษณะชั้นหนืดคล้ายชีส ร่วมกับทำการผ่าตัดชิ้นเนื้อเพื่อวินิจฉัย (Biopsy) หลังจากนั้น ใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูก (Nasopharyngeal anesthesia tube) บริเวณปากแผล เพื่อป้องกันบาดแผลปิด ร่วมกับแนะนำให้ผู้ป่วยล้างแผลเองผ่านท่อช่วยหายใจทางจมูกที่ใส่บริเวณปากแผล



รูปที่ 8 แสดงการผ่าระบายโพรงให้เป็นทางเปิดสู่ภายนอก (Marsupialization) และการผ่าตัดชิ้นเนื้อเพื่อวินิจฉัย (Biopsy)

ภายหลังการผ่าระบายโพรงให้เป็นทางเปิดสู่ภายนอก (Marsupialization) เป็นระยะเวลา 10 เดือน ผู้ป่วยได้รับการถ่ายภาพรังสีพาโนรามิกเพื่อประเมินรอยโรค พบว่าเงาโปร่งรังสีของขากรรไกรล่างด้านซ้ายมีขนาดเล็กลงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับก่อนผ่าระบายโพรง ดังรูปที่ 9



รูปที่ 9 ภาพรังสีพาโนรามิกแสดงเงาโปร่งรังสีของขากรรไกรล่างด้านซ้ายมีขนาดเล็กลงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับก่อนผ่าระบายโพรง

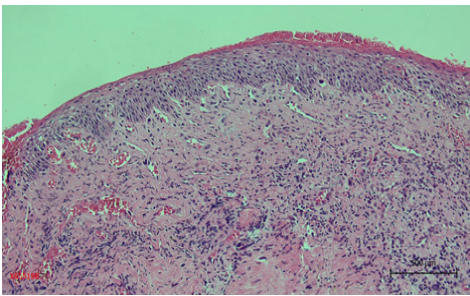
ในระหว่างการผ่าระบายโพรงให้เป็นทางเปิดสู่ภายนอกของถุงน้ำที่ขากรรไกรล่าง ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่ขากรรไกรบนด้านซ้าย และขวา เพื่อควักถุงน้ำออกทั้งหมด (Enucleation) ร่วมกับนำฟันซี่ 18, 25 และ 27 ออก ภายใต้การดมยาสลบ และต่อมาอีก 7 เดือนได้รับการผ่าตัดที่ขากรรไกรล่างด้านซ้าย และขวา เพื่อควักถุงน้ำออกทั้งหมด (Enucleation) ร่วมกับนำฟันซี่ 47 และ 48 ออก ภายใต้การดมยาสลบเช่นกัน ภายหลังการติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 4 เดือน ผู้ป่วยได้รับการถ่ายภาพรังสีพาโนรามิกพบมีเงาโปร่งรังสี (Radiolucent) ขอบเขตชัดเจน ที่ขากรรไกรล่างด้านขวา ระหว่างรากฟันซี่ 44

และ 46 มีขนาดใหญ่ขึ้น ดังรูปที่ 10 และผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเพื่อควักถุงน้ำออกทั้งหมด (Enucleation) ภายใต้อาสาเฉพาะที่



รูปที่ 10 ภาพรังสีพาโนรามิก แสดงเงาโปร่งรังสีขากรรไกรล่างด้านขวา ระหว่างรากฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่ง และฟันกรามซี่ที่หนึ่ง

ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาพบว่า ถุงน้ำบุด้วยเยื่อบุผนังชนิดสควมัสเซลล์ 6-8 ชั้น โดยไม่มีส่วนยื่นเซลล์บุผิวถุงน้ำชั้นบนเป็นเซลล์บุผนังพาราเคอราทีนซ์ เซลล์ชั้นฐานมีนิวเคลียสย้อมติดสีเข้ม และเรียงตัว เป็นระเบียบ ดังรูปที่ 11 สรุปการวินิจฉัยว่าเป็นถุงน้ำโอดอนโตเจนิกเคอราโตซิส



รูปที่ 11 ลักษณะทางจุลพยาธิวิทยาพบว่า ถุงน้ำบุด้วยเยื่อบุผนังชนิดสควมัสเซลล์ 6-8 ชั้น ไม่มีส่วนยื่น เซลล์บุผิวถุงน้ำชั้นบนเป็นเซลล์บุผนังพาราเคอราทีนซ์ เซลล์ชั้นฐานมีนิวเคลียสย้อมติดสีเข้ม เรียงตัว เป็นระเบียบ

จากลักษณะการตรวจทางคลินิก การตรวจทางภาพรังสี และการตรวจทางจุลพยาธิวิทยา เข้าได้กับเนื้องอกเบซัลเซลล์คาร์ซิโนมาซินโดรม โดยอาศัยหลักเกณฑ์ดังนี้ คือ ในผู้ป่วยรายนี้พบอาการหลัก 3 อย่างได้แก่ 1. การพบถุงน้ำโอดอนโตเจนิกเคอราโตซิสที่ขากรรไกรบนและล่างทั้งด้านซ้ายและด้านขวา 2. พบการสะสมของแคลเซียมที่เยื่อหุ้มสมองบริเวณตรงกลางของกะโหลกศีรษะ 3. พบรอยจุดที่ฝ่ามือ ในผู้ป่วยรายนี้ตรวจไม่พบก้อนเนื้อที่จะเป็นมะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์ และไม่พบความผิดปกติกับบุคคลอื่นในครอบครัว

ภายหลังติดตามผลการรักษาเป็นระยะเวลา 2 ปี ตรวจไม่พบการบวม หรือตุ่มหนองในช่องปาก ผลผ่าตัดหายเป็นปกติ ไม่มีอาการซ้ำภายหลังการรักษา ภาพถ่ายรังสีพาโนรามิกพบการหาย

ของกระดูกเป็นปกติ มีการสร้างกระดูกขึ้นมาใหม่ในบริเวณที่ผ่าตัดเพื่อควักถุงน้ำออก เงามโปร่งรังสีที่ขากรรไกรล่างด้านขวา ระหว่างรากฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่ง และฟันกรามซี่ที่หนึ่ง มีขนาดเล็กลง และพบมีการสร้างกระดูกขึ้นมาใหม่เช่นกัน ดังรูปที่ 12 ไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำ ผู้ป่วยหายเป็นปกติดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน



รูปที่ 12 ภาพรังสีพาโนรามิก แสดงการหายของกระดูกเป็นปกติ มีการสร้างกระดูกขึ้นมาใหม่ในบริเวณที่ผ่าตัดเพื่อควักถุงน้ำออก

วิจารณ์

เนื้องอกเบซัลเซลล์คาร์ซิโนมาซินโดรม (Nevoid basal cell carcinoma syndrome, NBBCS) หรือ กอร์ลิน-กอลต์ซซินโดรม (Gorlin-Goltz syndrome) เป็นกลุ่มอาการของโรคทางพันธุกรรมที่พบได้ยาก กลุ่มอาการนี้เกี่ยวข้องกับหลายระบบในร่างกาย เช่น ระบบกระดูก ระบบตา ระบบผิวหนัง ระบบสืบพันธุ์ และระบบประสาท⁶ เช่น มะเร็งผิวหนังชนิดเบซัลเซลล์ (50-97%) การเกิดจุดบนฝ่ามือ ฝ่าเท้า (Palmar and plantar pits) (60-90%) ความผิดปกติของกระดูกบางตำแหน่ง เช่น การเชื่อมติดกันของกระดูกซี่โครง (Bifid rib) (40%) ความผิดปกติของกระดูกไขสันหลัง (Vertebral disorder) และถุงน้ำโอดอนโตเจนิกเคอราโตซิสในกระดูกขากรรไกรหลายตำแหน่ง (Odontogenic keratocyst) (75%)^{7,8} เนื่องจากเนื้องอกเบซัลเซลล์คาร์ซิโนมาซินโดรม เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นในหลายระบบ และมักจะมีกลุ่มอาการของมะเร็งผิวหนังร่วมด้วย การให้การวินิจฉัยอาจต้องใช้ทีมแพทย์ร่วมกันหลายสาขา ได้แก่ กุมารแพทย์ ศัลยแพทย์ด้านศัลยศาสตร์ช่องปาก และแม็กซิลโลเฟเชียล แพทย์ผิวหนัง รวมทั้งการตรวจเพิ่มเติมหลายอย่างในการหาข้อมูลเพื่อยืนยันผลการวินิจฉัย เช่น การถ่ายภาพรังสีบริเวณศีรษะ ปอด หรือการตรวจอัลตราซาวด์ของท้อง และเนื่องจากเป็นโรคทางพันธุกรรม ดังนั้น การตรวจวินิจฉัยของคนในครอบครัวก็มีความจำเป็นและสำคัญ การติดตามการรักษาควรทำเป็นทีมเฉพาะทาง มีการถ่ายรังสีพาโนรามิกทุกปี เพื่อติดตามการกลับมาเป็นซ้ำของถุงน้ำโอดอนโตเจนิกเคอราโตซิส^{16,17}

ผู้ป่วยรายนี้พบถุงน้ำโอดอนโตเจนิกเคอราโตซิสหลายตำแหน่งในกระดูกขากรรไกรบน และล่าง ซึ่งเป็นอาการหลักที่สำคัญในกลุ่มอาการเนื้องอกเบซัลเซลล์คาร์ซิโนมาซินโดรม จึงได้

ตรวจร่างกาย และส่งถ่ายภาพรังสีเพิ่มเติม ดังนี้

1. ตรวจร่างกายไม่พบก้อนเนื้อที่จะเป็นมะเร็งผิวหนังชนิด เบซัลเซลล์
2. ตรวจไม่พบความผิดปกติอื่นๆ ที่ตา
3. ภาพรังสีปอด (Chest x-ray) มีลักษณะปกติ ไม่พบการเชื่อมติดกันของกระดูกซี่โครง
4. ภาพรังสีกะโหลกศีรษะ (PA skull) พบการสะสมของแคลเซียมที่บริเวณเยื่อหุ้มสมองตรงกลางของกะโหลกศีรษะ
5. การตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์บริเวณกระดูกขากรรไกรบน และศีรษะ ไม่พบเนื้องอกที่สมอง
6. จากการซักประวัติไม่พบว่ามีส่วนประกอบอื่นในครอบครัวป่วยด้วยกลุ่มอาการนี้

ผู้ป่วยรายนี้จึงพบอาการหลัก 3 อย่างที่เข้าได้กับ กลุ่มอาการ นีวอยด์เบซัลเซลล์คาร์ซิโนมาซินโดรม คือ 1. เกิดถุงน้ำไอคอนโตเจนิกเคอราโตซิสหลายตำแหน่ง 2. พบรอยจุดที่ฝ่ามือ 3. การสะสมของแคลเซียมที่บริเวณเยื่อหุ้มสมองตรงกลางของกะโหลกศีรษะ

สรุปได้ว่าถุงน้ำไอคอนโตเจนิกเคอราโตซิสในกลุ่มที่เป็นซินโดรม จะพบในเพศหญิงมากกว่า พบใน กลุ่มอายุน้อยกว่า และอัตราการเกิดซ้ำจะเกิดมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่ซินโดรม เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลในตาราง พบว่าสอดคล้องกับผู้ป่วยรายนี้ คือ พบในเพศหญิงที่อายุน้อย ดังนั้นอัตราการเกิดซ้ำในผู้ป่วยรายนี้ จึงจัดว่ามีโอกาสสูง

การรักษาถุงน้ำไอคอนโตเจนิกเคอราโตซิส มีได้หลายวิธี มีการศึกษาการรักษาและอัตราการเกิดซ้ำของถุงน้ำไอคอนโตเจนิกเคอราโตซิส โดยการรวบรวมข้อมูลของ Blanas และคณะ¹⁸ พบว่าการผ่าตัดออกทั้งหมด (Resection) มีอัตราการเกิดซ้ำต่ำที่สุดคือ 1.85% แต่ในขณะที่เดียวกันก็เกิดการสูญเสียมากที่สุด ดังนั้น การผ่าตัดออกทั้งหมดจึงไม่เหมาะสำหรับรอยโรคขนาดใหญ่ หรือมีหลายตำแหน่ง ส่วนการรักษาด้วยวิธีการควักถุงน้ำมีอัตราการเกิดซ้ำ 27.8% วิธีการควักถุงน้ำร่วมกับการใช้ Canoy's solution มีอัตราการเกิดซ้ำ 4.8% และสุดท้ายวิธีการผ่าระบายโพรงโดยให้เป็นทางเปิดสู่ภายนอก มีอัตราการเกิดซ้ำ 18.2% วิธีการผ่าระบายโพรงโดยให้เป็นทางเปิดสู่ภายนอกเป็นการรักษาแบบอนุรักษ์วิธีหนึ่ง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบวิธีการผ่าระบายโพรงกับการผ่าตัดออกทั้งหมด และการควักออกทั้งหมดพบว่า วิธีการผ่าระบายโพรงมีข้อดีมากกว่าในกรณีที่มีรอยโรคมีขนาดใหญ่ที่อาจอยู่ใกล้กับอวัยวะที่สำคัญ เช่น เส้นประสาท นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอีกมากที่พบว่าเปลี่ยนแปลงทางด้านจุลชีววิทยาของผนังถุงน้ำที่ทำให้พฤติกรรมของถุงน้ำดีขึ้น ลดอัตราการเกิดซ้ำ⁷ Forssell และ Sainio ปี 1979¹⁹ พบว่าเนื้อเยื่อที่ห่อหุ้มถุงน้ำมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจุลชีววิทยาเป็นชนิดที่อัตราการเกิดซ้ำของรอยโรคลดลง โดยการเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิด

ขึ้นเมื่อเปิดผ่าระบายโพรงอย่างน้อย 9 เดือน ก่อนที่จะมีการควักถุงน้ำออกทั้งหมดในภายหลัง เป็นการรักษาที่ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการผ่าตัด สำหรับการรักษาผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าระบายโพรงก่อนเป็นเวลา 10 เดือน ก่อนทำการควักออกทั้งหมดภายใต้การดมยาสลบ และเนื่องจากโรงพยาบาลอุทัยธานี ไม่มี Canoy's solution ผู้ป่วยรายนี้จึงได้รับการรักษาโดยการผ่าระบายโพรงโดยให้เป็นทางเปิดสู่ภายนอกก่อนแล้วตามด้วยการควักออก และวางแผนการติดตามหลังการรักษา 1, 3, 6 เดือน และทุก 1 ปี โดยการตรวจร่างกาย และการถ่ายภาพรังสีพาโนรามิกทุกปี เพื่อติดตามการกลับมาเป็นซ้ำของถุงน้ำไอคอนโตเจนิกเคอราโตซิส ซึ่งมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้สูงในผู้ป่วยกลุ่มที่เป็นซินโดรม เมื่อติดตามผลการรักษาขณะนี้เป็นเวลา 2 ปี ไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำ และไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ๆ และยังคงติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง

สรุป

ผู้ป่วยที่พบไอคอนโตเจนิกเคอราโตซิสหลายตำแหน่งในกระดูกขากรรไกร ควรต้องพิจารณาถึงนีวอยด์เบซัลเซลล์คาร์ซิโนมาซินโดรม ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจร่างกายอย่างละเอียด เพื่อหาอาการอื่นที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการนี้ ซึ่งมักจะมีกลุ่มอาการของมะเร็งผิวหนังร่วมด้วย ดังนั้น การให้การวินิจฉัยที่รวดเร็ว และถูกต้องจึงมีความสำคัญมาก ในผู้ป่วยนีวอยด์เบซัลเซลล์คาร์ซิโนมาซินโดรมบางราย พบไอคอนโตเจนิกเคอราโตซิสเป็นอาการแรก หรืออาจพบเป็นอาการแสดงเพียงอาการเดียว ดังนั้น หากทันตแพทย์พบไอคอนโตเจนิกเคอราโตซิสหลายตำแหน่งในกระดูกขากรรไกร จึงควรต้องพิจารณาถึงอาการอื่นของกลุ่มโรคนีวอยด์เบซัลเซลล์คาร์ซิโนมาซินโดรมนี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Philipsen HP. Om keratocyster (kolesteratomer) i kaeberne. Tandlaegebladet. 1956;60:963–71.
2. Barnes L, Eveson JW, Sidransky D, Reichart P, editors. Pathology and genetics of head and neck tumours. 9th ed. Lyon: IARC press; 2005.
3. Madras J, Lapointe H. Keratocystic odontogenic tumour: reclassification of the odontogenic keratocyst from cyst to tumour. J Can Dent Assoc. 2008;74(2):165.
4. Wright JM, Vered M. Update from the 4th edition of the World Health Organization classification of head and neck tumours: odontogenic and maxillofacial bone tumors. Head Neck Pathol. 2017;11(1):68-77.
5. Simiyu BN, Butt F, Dimba EA, Wagaiyu EG, Awange DO, Guthua SW, et al. Keratocystic odontogenic tumours

- of the jaws and associated pathologies: a 10 year clinicopathologic audit in a referral teaching hospital in Kenya. *J Craniomaxillofac Surg.* 2013;41(3):230-4.
6. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquuo JE. *Oral and maxillofacial pathology*, 2nd ed. Philadelphia : WB Saunders; 2002.
 7. Hasheminia D, Naemi V, and Naghdi N. Conservative treatment protocol of keratocystic odontogenic tumor : report of a case with Nevoid basal cell carcinoma syndrome and literature review. *J Maxillofac Oral Surg.* [internet] 2015 Mar [cited 2021 Sep 14];14(1):475-81. Available from:<http://www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25848161/>
 8. Ortega Garcia de Amezaga A, Garcia Arregui O, Zepeda Nuno S, Acha Sagredo A, Aguirre Urizar JM. Gorlin-Goltz syndrome : clinicopathologic aspects. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008;13:338-43
 9. Kimonis VE, Goldstein AM, Pastakia B, Yang ML, Kase R, Digiovanna JJ, et al. Clinical manifestations in 105 persons with nevoid basal cell carcinoma syndrome. *Am J Med Genet.* 1997;69:299-308.
 10. The American Academy of otolaryngology head and neck surgery foundation. Resident manual of trauma to the face, head and neck. [internet] First edition 2012.[cite 2021 Sep 25]. Available from: <https://www.entnet.org>.
 11. Lindeboom JA, Kroon FH, de Vries J, van den Akker HP. Multiple recurrent and de novo odontogenic keratocysts associated with oral-facialdigital syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003;95(4):458–62.
 12. Dominguez FV, Keszler A. Comparative study of keratocysts, associated and non-associated with nevoid basal cell carcinoma syndrome. *J Oral Pathol.* 1988;17(1):39–42.
 13. Kavitha EG, Jayanthi P, Senthilmoorthy, Rathy R, harish RK, Ameena M. Bilateral odontogenic keratocyst in a nonsyndromic patient : a case report and review of literature. *Oral Maxillofac Pahol J.* 2019;10:30-4.
 14. Gorlin syndrome alliance. About Gorlin syndrome [internet]. 2021. [cited 2021 sep 16]. Available from: <https://gorlinsyndrome.org>.
 15. Golgire SM, Varekar AA, Patil A, Shetti SS, and Magdum D. Non-syndromic multiple odontogenic keratocysts : a case report and comparison with syndromic multiple odontogenic keratocysts. *J clin Case Rep.* 2016;6:6.
 16. Farndon PA, Del Mastro RG, Evans DG, Kilpatrick MW. Location of gene for Gorlin syndrome. *Lancet.* 1992;339:581-2.
 17. Kopera D, Cerroni L, Fink-Puches R, Kerl H. Different treatment modalities for the management of a patient with the nevoid basal cell carcinoma syndrome. *J Am Acad Dermatol.* 1996;34:937-9.
 18. Blanas N, Freund B, Schwartz M, Furst M. Systematic review of the treatment and prognosis of the odontogenic keratocyst. *Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2000;90:553-8.
 19. Forssell K, Sainio P. Clinicopathological study of keratinized cysts of the jaws. *Proc Finn Dent Soc.* 1979;75:36-45.

เวชศาสตร์วิถีชีวิต: 6 เสาหลักตามหลักฐานเชิงประจักษ์ – บทความปริทัศน์

The Six Pillars of Lifestyle Medicine – An Evidence-Based Narrative Review

ฉัณฟูร ดิเรกสุนทร, พ.บ., นครัช พฤทธิร์ตนาภา, พ.บ.

Thanyaporn Direksunthorn, M.D., Nakaraj Pluetrattanabha, M.D.

Abstract

Introduction: Lifestyle medicine (LM) is a medical field focused on promoting behavior modifications to prevent and restore health in chronic diseases, built upon six foundational pillars. This approach addresses the root causes of disease through lifestyle change, aiming to improve overall health and quality of life for patients.

Objectives: To review the evolution, evidence base, and opportunities for applying lifestyle medicine in healthcare.

Methods: A narrative literature review was conducted by searching PubMed, Scopus, and policy documents from 2000–2025. Articles related to the six pillars of lifestyle medicine and their application in global and Thai contexts were selected for inclusion.

Results: Evidence from randomized controlled trials and meta-analyses confirms that lifestyle medicine significantly reduces the risk of cardiovascular disease, diabetes, hypertension, and obesity. Additionally, lifestyle interventions have been associated with improved patient outcomes such as enhanced quality of life.

Conclusion: Lifestyle medicine is a cost-effective approach for the prevention and rehabilitation of chronic diseases, and it represents a sustainable solution for

long-term health promotion. Integration of lifestyle medicine into the Thai healthcare system should be actively promoted to maximize its public health benefits.

Keywords: Lifestyle Medicine, Lifestyle Modification, Chronic Disease Prevention, Health Promotion

บทคัดย่อ

บทนำ: เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine, LM) เป็นสาขาทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพจากโรคเรื้อรัง โดยมีหลักการสำคัญ 6 ประการเป็นพื้นฐาน แนวทางนี้มุ่งแก้ไขที่สาเหตุรากฐานของโรคผ่านการปรับวิถีชีวิต เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่ยั่งยืนของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์: เพื่อทบทวนพัฒนาการ หลักฐานเชิงประจักษ์และโอกาสในการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในงานบริการสุขภาพ

วิธีการ: ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยาย โดยค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล PubMed, Scopus และเอกสารนโยบายระหว่างปี ค.ศ. 2000–2025 คัดเลือกบทความที่เกี่ยวข้องกับ 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการประยุกต์ใช้แนวทางดังกล่าวในบริบทสากลและประเทศไทย

ผลการทบทวน: พบหลักฐานจากการทดลองแบบสุ่มและการวิเคราะห์ห้กิมานที่ยืนยันประสิทธิผลของ LM ในการลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพยังมีส่วนช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น

สรุป: เวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพที่มีความคุ้มค่าและมีประสิทธิผลเชิงต้นทุนในการป้องกันและฟื้นฟูโรคเรื้อรัง อีกทั้งยังเป็นแนวทางที่ยั่งยืนในการส่งเสริมสุขภาพ จึงควรสนับสนุนการบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้ากับระบบบริการสุขภาพของไทยอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

คำสำคัญ: เวชศาสตร์วิถีชีวิต, การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต, การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, การส่งเสริมสุขภาพ

วันที่รับ (received) 4 สิงหาคม 2568

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 28 สิงหาคม 2568

วันที่ตอบรับ (accepted) 1 กันยายน 2568

Published online ahead of print 4 กันยายน 2568

สำนักวิชาแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, จังหวัดนครศรีธรรมราช
School of Medicine, Walailak University, Nakhon Si Thammarat

Corresponding Author: นครัช พฤทธิร์ตนาภา

คลินิกเวชกรรมเฉพาะทางผิวหนังสุราษฎร์, จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Email: Nakaraj.plu@gmail.com

doi: <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2025.30>

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases, NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่สร้างภาระโรคทั่วโลก ในปี ค.ศ.2019 NCDs มีส่วนทำให้เกิดการเสียชีวิตประมาณ 41 ล้านคนทั่วโลก คิดเป็น 74% ของการเสียชีวิตทั้งหมด¹ ในประเทศไทย NCDs เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง (ราว 400,000 รายต่อปี หรือมากกว่า 1,000 รายต่อวัน) ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนประมาณ 74% ของการเสียชีวิตทั้งหมดภายในประเทศ² นอกจากนี้ NCDs ยังสร้างภาระด้านค่าใช้จ่ายมหาศาล – ประมาณ 1.6 ล้านล้านบาทต่อปี (คิดเป็น 9.7% ของ GDP ปี 2019) จากค่ารักษาพยาบาลและการสูญเสียผลิตภาพทางเศรษฐกิจ² ซึ่งสะท้อนว่าโรคกลุ่มนี้ก่อผลกระทบร้ายแรงต่อทั้งสุขภาพและเศรษฐกิจของชาติ

เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine, LM) ได้รับการพัฒนาแนวคิดขึ้นเพื่อรับมือกับวิกฤต NCDs ดังกล่าว โดยเป็นสาขาวิชาทางการแพทย์ที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตมาใช้ในการรักษาและป้องกันโรคเรื้อรังเป็นหลัก แทนที่จะพึ่งพายาอย่างเดียว American College of Lifestyle Medicine (ACLM) ให้นิยามเวชศาสตร์วิถีชีวิตว่า ศาสตร์การแพทย์ที่ใช้การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเป็นการรักษาหลักสำหรับโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวานชนิดที่ 2 และโรคอ้วน โดยผู้ชำนาญการด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตจะให้คำแนะนำที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์แบบองค์รวม เพื่อรักษาและในกรณีที่ดำเนินการอย่างเข้มข้นอาจช่วยให้โรคเหล่านี้ทุเลาหรือกลับคืนได้ ทั้งนี้ การประยุกต์ใช้เสาหลักทั้ง 6 ประการของเวชศาสตร์วิถีชีวิต – ได้แก่ รูปแบบอาหารที่เน้นพืชเป็นหลัก, การออกกำลังกายสม่ำเสมอ, การนอนหลับที่เพียงพอ, การจัดการความเครียด, การหลีกเลี่ยงสารเสพติดที่เป็นอันตราย และความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี – ยังช่วยป้องกันโรคเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ³ แนวคิดเรื่องเวชศาสตร์วิถีชีวิตได้รับความสนใจมากขึ้นในวงการแพทย์ โดยในปี ค.ศ.2010 Lianov และ Johnson ได้เผยแพร่หัวข้อความรู้และทักษะที่แพทย์ควรมีในการสั่งใช้การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้ผู้ป่วย (Lifestyle Medicine competencies)⁴ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรแพทย์ตระหนักและมีความสามารถในการใช้แนวทางนี้ในการดูแลผู้ป่วย

เวชศาสตร์วิถีชีวิตนั้นมีความแตกต่างจากศาสตร์การแพทย์ที่ใกล้เคียงอื่น ๆ อย่างชัดเจน ตัวอย่างเช่น การแพทย์แบบผสมผสาน (Integrative Medicine) มุ่งผนวกวิธีการรักษาเสริมและทางเลือกที่มีหลักฐาน เช่น การฝังเข็ม โยคะ นวดบำบัด หรือ โครโมแพรคติก เข้าไปในการรักษาแผนปัจจุบันเพื่อเสริมผลการรักษาของผู้ป่วย ส่วน เวชศาสตร์ฟังก์ชัน (Functional Medicine) มุ่งค้นหาสาเหตุรากฐานของความผิดปกติของสุขภาพ โดยมักใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจำนวนมากและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเฉพาะทางต่าง ๆ ซึ่งมีได้เป็นแกนหลักในเวชศาสตร์

วิถีชีวิต⁵ กล่าวอีกนัยหนึ่ง เวชศาสตร์วิถีชีวิตวางตนเป็น “ฐานราก” ของการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ที่ศาสตร์อื่น ๆ เช่น Integrative หรือ Functional Medicine จะต่อยอดขึ้นไป – เพราะไม่อาจวางแผนการรักษาแบบองค์รวมใด ๆ ได้โดยไม่เริ่มจากการสร้างสุขนิสัยที่ดีตามหลัก 6 เสาหลักของวิถีชีวิตสุขภาพก่อน⁶ ด้วยเหตุนี้ เวชศาสตร์วิถีชีวิตจึงมุ่งเน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญ แตกต่างจากการแพทย์แผนปัจจุบันทั่วไปที่มุ่งใช้ยาหรือการผ่าตัดในการรักษาเป็นหลัก

หลักฐานเชิงวิชาการในระดับนานาชาติให้การสนับสนุนประสิทธิผลของแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างมากในการป้องกันและฟื้นฟูภาวะโรคเรื้อรังต่าง ๆ มีงานวิจัยแบบ Randomized controlled trial (RCT) จำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า การปรับพฤติกรรมสุขภาพสามารถให้ผลลัพธ์ที่ดีเทียบเท่าหรือเหนือกว่าการรักษาด้วยยาในบางกรณี ตัวอย่างงานวิจัยที่เป็นหมุดหมายสำคัญ เช่น การศึกษา Diabetes Prevention Program (DPP) ซึ่งเป็น RCT หลายศูนย์ในสหรัฐฯ พบว่าการปรับพฤติกรรม การกิน และการออกกำลังกายอย่างเข้มข้นสามารถลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยงลงได้ถึง 58% ภายใน 3 ปี เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้ยารับประทาน Metformin ซึ่งลดได้ 31%⁶ อีกตัวอย่างคือ Lifestyle Heart Trial ซึ่งเป็น การทดลองที่รายงานครั้งแรกในปี ค.ศ.1990 แสดงให้เห็นว่า การปรับวิถีชีวิตแบบองค์รวม (ควบคุมอาหารมังสวิรัติน้ำมันต่ำมาก ฝึกจัดการความเครียด เลิกสูบบุหรี่ ออกกำลังกาย และสนับสนุนทางสังคมเป็นกลุ่ม) สามารถฟื้นคืนความตึงตัวของหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ โดยกลุ่มที่ปรับพฤติกรรมมีภาวะตึงตัวของหลอดเลือดลดลงเฉลี่ย 7.9% ขณะที่กลุ่มควบคุมโรคมีความตึงรุนแรงขึ้น 27.7% ภายใน 5 ปี และกลุ่มปรับพฤติกรรมมีอุบัติการณ์เหตุการณ์หัวใจ (เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมถึง 2.5 เท่า⁷ นอกจากนี้ การศึกษาพิสูจน์สมมติฐานเกี่ยวกับอาหารเมดิเตอร์เรเนียนในโครงการ PREDIMED (ประเทศสเปน) รายงานว่าการรับประทานอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียนเสริมด้วยน้ำมันมะกอกหรือน้ำมัน สามารถลดความเสี่ยงเหตุการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดหลัก (หัวใจขาดเลือด, หลอดเลือดสมอง, หรือการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด, หลอดเลือดสมอง, หรือการเสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือด) ลงประมาณ 30% เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำให้กินอาหารไขมันต่ำ⁸ ผลลัพธ์จากงานวิจัยชั้นนำเหล่านี้ยืนยันว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นกลยุทธ์ที่ทรงพลังในการจัดการกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายชนิดอย่างได้ผล⁹

แม้ว่าจะมีข้อมูลหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างมากมาในระดับสากล แต่ในประเทศไทย การเผยแพร่ความรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตในเชิงวิชาการยังคงค่อนข้างจำกัด และยังไม่เคยมีการรวบรวมองค์ความรู้ดังกล่าวอย่างเป็นทางการเป็นภาษาไทยเท่าที่ควร ปัจจุบันยังไม่มีบทความ

วิชาการภาษาไทยที่สรุปแนวคิด “6 เสาหลัก” ของเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างครบถ้วนในบริบทของประเทศไทย ดังนั้น การส่งเสริมความเข้าใจและการประยุกต์ใช้ศาสตร์นี้ในหมู่บุคลากรสุขภาพไทยยังเป็นช่องว่างที่ควรเร่งดำเนินการ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนพัฒนาการ แนวคิดและหลักการพื้นฐานทั้ง 6 ประการของเวชศาสตร์วิถีชีวิต ตลอดจนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในบริบทประเทศไทยต่อไป

วิธีการศึกษา

บทความนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยาย (Narrative review) โดยผู้เขียนได้ทำการสืบค้นและรวบรวมข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประวัติความเป็นมาและการพัฒนาของเวชศาสตร์วิถีชีวิต ตลอดจนงานวิจัยที่เป็นรากฐานสำคัญของสาขานี้ ทั้งในประเทศไทยและในระดับนานาชาติ จากนั้นจึงวิเคราะห์และเรียบเรียงข้อมูลเป็นภาพรวมเชิงวิชาการเพื่อเสนอรากฐานและวิวัฒนาการของเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างครอบคลุม ซึ่งดำเนินการสืบค้นข้อมูลในเดือนมิถุนายน ค.ศ.2025

แหล่งข้อมูลและฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น

- ฐานข้อมูลวิชาการนานาชาติ: ดำเนินการค้นหายุทธศาสตร์วิจัยและบทความทบทวนจากฐานข้อมูล PubMed และ Scopus ซึ่งเป็นฐานข้อมูลขนาดใหญ่ที่ครอบคลุมวารสารทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพทั่วโลก
- วารสารวิชาการในประเทศไทย: เพื่อให้ครอบคลุมข้อมูลบริบทประเทศไทย ได้สืบค้นบทความจากวารสารวิชาการไทยผ่านระบบฐานข้อมูล Thai Journal Online (ThaiJO) และดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย Thai Citation Index (TCI) ซึ่งรวบรวมผลงานวิชาการภาษาไทย
- เอกสารนโยบายและรายงานหน่วยงาน: นอกจากนี้ ได้ค้นหาเอกสารนโยบาย, รายงานจากหน่วยงานภาครัฐ และ แนวทางเวชปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์วิถีชีวิตจากองค์กรสาธารณสุขระดับสากลและระดับชาติ เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO), กระทรวงสาธารณสุข, และหน่วยงานด้านส่งเสริมสุขภาพของไทย เพื่อให้ครอบคลุมข้อมูลเชิงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานจริง

คำค้นหลักในการสืบค้น
ในการค้นหาข้อมูล ได้ใช้ คำค้นหลัก (Keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ครอบคลุมหัวข้อ 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการประยุกต์ใช้ ดังนี้

- คำค้นภาษาอังกฤษ: “Lifestyle medicine”, “Lifestyle modification”, “Lifestyle intervention”, “Six pillars”, “Nutrition”, “Diet”, “Physical activity”, “Exercise”, “Stress management”, “Sleep health”, “Restorative sleep”,

“Social connection”, “Social support”, “Substance avoidance”, “Smoking cessation”, “Alcohol cessation”, “Non-communicable diseases (NCDs)”, และคำสำคัญอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังรวมคำค้นที่ระบุบริบทภูมิศาสตร์ เช่น “Global”, “International”, “Thailand” เพื่อให้ได้บทความที่กล่าวถึงการประยุกต์ใช้ในระดับสากลและในประเทศไทยโดยเฉพาะ

- คำค้นภาษาไทย: “เวชศาสตร์วิถีชีวิต”, “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม”, “6 เสาหลัก”, “อาหารและโภชนาการ”, “การออกกำลังกาย”, “การจัดการความเครียด”, “การนอนหลับที่มีคุณภาพ”, “การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด”, “ความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก”, “โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง”

คำค้นดังกล่าวถูกนำมาใช้ในการสืบค้นแบบตรรกบูลีน (Boolean search) เช่น การใช้ตัวดำเนินการ AND/OR เพื่อเชื่อมโยงคำค้น (เช่น “Lifestyle medicine” AND “Nutrition” AND “Thailand”) และมีการปรับแต่งคำค้นให้เหมาะสมกับแต่ละฐานข้อมูลตามข้อกำหนดของฐานข้อมูลนั้นๆ

เกณฑ์การคัดเลือกบทความ (Inclusion Criteria)

กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก บทความและเอกสารที่จะนำมาใช้ในการทบทวนดังนี้

- ประเภทเอกสาร: รวมบทความวิจัยต้นฉบับ (Original research) และบทความปริทัศน์/บทความทบทวน (Review articles) ที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังรวม เอกสารนโยบาย หรือ รายงานจากหน่วยงานราชการ/องค์กรสากล ที่มีข้อมูลเกี่ยวกับเวชศาสตร์วิถีชีวิตและ 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต
- ช่วงเวลาเผยแพร่: บทความหรือเอกสารที่เผยแพร่ระหว่างปี ค.ศ. 2000 – 2025
- ภาษา: รับประทานบทความที่เป็นภาษาอังกฤษหรือภาษาไทยเท่านั้น (เพื่อความสอดคล้องกับบริบทการนำไปใช้ทั้งระดับสากลและในประเทศไทย)
- เนื้อหาและความเกี่ยวข้อง: บทความต้องมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับ หนึ่งในหรือมากกว่าใน 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต (ได้แก่ อาหารและโภชนาการ, การออกกำลังกาย, การจัดการความเครียด, การนอนหลับที่มีคุณภาพ, การหลีกเลี่ยงสารเสพติด และความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก) และกล่าวถึง การประยุกต์ใช้หรือผลลัพธ์ของแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกัน/จัดการโรค ทั้งในบริบทต่างประเทศหรือในประเทศไทย
- การเข้าถึงเอกสาร: บทความที่คัดเลือกจะต้องสามารถเข้าถึงฉบับเต็ม (Full-text) ได้ เพื่อให้สามารถตรวจสอบเนื้อหาและคุณภาพของข้อมูลได้อย่างครบถ้วน

เกณฑ์การตัดออก (Exclusion Criteria)

กำหนดเกณฑ์ในการตัดบทความออก เพื่อกรองเอกสารที่ไม่เกี่ยวข้องหรือคุณภาพไม่เหมาะสม ดังนี้

- บทความที่ไม่ใช่ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ (เช่น บทความภาษาที่ผู้วิจัยไม่เชี่ยวชาญ) จะถูกตัดออก เนื่องจากอยู่นอกขอบเขตภาษาที่กำหนด
- บทความที่ซ้ำกัน (Duplicate) จากการสืบค้นในฐานข้อมูลต่างๆ จะถูกลบออก โดยนับรวมเฉพาะรายการเดียว
- บทความหรือเอกสารที่ไม่ได้เกี่ยวข้องโดยตรงกับเวชศาสตร์วิถีชีวิตหรือ 6 เสาหลัก (เช่น เนื้อหาไม่ครอบคลุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีชีวิต หรือไม่กล่าวถึงการนำแนวทางนี้ไปใช้ในบริบทสุขภาพ) จะไม่ถูกนำมาพิจารณา
- บทความที่ไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็ม หรือเป็นเพียงบทคัดย่อ และ บทความประเภทบทคัดย่อในการประชุมวิชาการ (Conference abstract) ที่ไม่มีข้อมูลฉบับเต็ม จะถูกตัดออกเพื่อให้ข้อมูลที่ใช้ในการทบทวนมีความสมบูรณ์
- ไม่รวมบทความความคิดเห็น (Editorial/opinion pieces) หรือ จดหมายถึงบรรณาธิการ ที่ไม่ได้มีข้อมูลการวิจัยเชิงประจักษ์โดยตรง

ขั้นตอนการคัดเลือกบทความและเอกสาร

ดำเนินการคัดกรองบทความและเอกสารตามขั้นตอนต่อไปนี้:

1. สืบค้นฐานข้อมูล: การค้นหาจาก PubMed, Scopus และแหล่งข้อมูลอื่นตามที่ระบุข้างต้น ให้ผลการค้นหารวม 623 รายการ (โดยได้บทความจาก PubMed 410 รายการ และจาก Scopus 213 รายการ)
2. จัดการรายการซ้ำ: เมื่อรวมผลการค้นหาและทำการลบรายการซ้ำ (Duplicate removal) แล้ว เหลือบทความจำนวน 450 รายการ
3. คัดกรองจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ: ทำการอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อของบทความทั้ง 450 รายการ เพื่อประเมินความเกี่ยวข้องตามเกณฑ์ที่กำหนด พบว่ามีบทความที่เกี่ยวข้องและมีคุณภาพเบื้องต้นจำนวน 120 บทความ บทความที่ไม่ตรงประเด็นหรือไม่เข้าเกณฑ์จะถูกตัดออกในขั้นตอนนี้
4. ทบทวนฉบับเต็ม: บทความจำนวน 120 เรื่องที่ผ่านการคัดกรองเบื้องต้น ถูกนำมาอ่าน ฉบับเต็ม (Full-text) อย่างละเอียด เพื่อประเมินเนื้อหาเชิงลึกและตรวจสอบว่าตอบโจทย์วัตถุประสงค์การทบทวนหรือไม่ จากการประเมินฉบับเต็ม มีบทความจำนวน 48 เรื่อง ที่ตรงตามเกณฑ์ทั้งหมดและเหมาะสมที่จะถูกรวบรวมในการทบทวนครั้งนี้
5. รวบรวมเอกสารนโยบายและแหล่งข้อมูลเพิ่มเติม: นอกเหนือจากบทความวิจัยดังกล่าว ยังได้รวม เอกสารนโยบาย/รายงานจากหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องจำนวน 9 ฉบับ ที่ผ่านการคัดเลือกว่าเกี่ยวข้องกับหัวข้อศึกษามาเพิ่มเติมในการทบทวน
6. สรุปจำนวนแหล่งข้อมูลที่ใช้: เมื่อรวมบทความวิชาการและเอกสารนโยบายทั้งหมดแล้ว การทบทวนวรรณกรรมนี้ได้ใช้แหล่งข้อมูลรวมทั้งสิ้น 57 รายการ ในการวิเคราะห์และเรียบเรียง

ผลการทบทวน

ขั้นตอนทั้งหมดข้างต้นดำเนินการโดยผู้วิจัยทั้งสองคนอย่างอิสระ จากนั้นมีการตรวจสอบความถูกต้องร่วมกัน เพื่อให้มั่นใจว่าการคัดเลือกบทความมีความเที่ยงตรงและเป็นไปตามเกณฑ์ที่วางไว้ ทุกขั้นตอนของการสืบค้นและคัดเลือกถูกบันทึกไว้อย่างเป็นระบบเพื่อความโปร่งใสและตรวจสอบได้ในภายหลัง

ผลการศึกษา

รากฐานยุคโบราณของเวชศาสตร์วิถีชีวิต

แม้ว่าเวชศาสตร์วิถีชีวิตจะอาจถูกมองว่าเป็นสาขาใหม่ แต่หลักการของศาสตร์นี้หยั่งรากลึกมาตั้งแต่สมัยโบราณ ฮิปโปเครติส (Hippocrates) แพทย์และนักปราชญ์ชาวกรีกผู้ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งการแพทย์ ได้กล่าวไว้อย่างมีชื่อเสียงว่า “เพื่อให้มีสุขภาพดี พึงหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มากเกินไปและการออกกำลังกายที่น้อยเกินไป”¹⁰ ฮิปโปเครติสให้ความสำคัญกับการค้นหาสาเหตุของโรค มากกว่าเพียงการบรรยายลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เขาเน้นย้ำให้แพทย์พิจารณาปัจจัยรอบด้านของผู้ป่วย ไม่ใช่เพียงตัวโรค แต่รวมถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยว่ารับประทานอาหารมากเกินไปหรือไม่ มีการออกกำลังกายและการพักผ่อนเพียงพอหรือไม่ รวมถึงการดื่มไวน์ (เครื่องดื่มแอลกอฮอล์) ในปริมาณเท่าใด¹¹ ด้วยมุมมองดังกล่าว เขาจึงสามารถระบุรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อโรคและภาวะต่างๆ ได้

ในช่วงเวลาเดียวกัน ณ ฟากฝั่งตะวันออก นักปราชญ์ชาวจีนอย่างขงจื้อก็ได้ตระหนักถึงผลของการใช้ชีวิตอย่างพอดีต่อคุณภาพชีวิต โดยเน้นความพอเหมาะในการบริโภคอาหารและสุรา ตลอดจนการฝึกสติและสมาธิ ในสมัยราชวงศ์ฉัน แนวคิดการ “บำรุงชีวิต” เช่น การควบคุมอาหารและการทำสมาธิ ได้กลายมาเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลสุขภาพของผู้คน¹²

ภูมิปัญญาของนักปราชญ์โบราณเหล่านี้ได้รับการยืนยันซ้ำตลอดประวัติศาสตร์ของมนุษยชาติ ทว่าเมื่อภาวะโรคได้เปลี่ยนจากการเสียชีวิตฉับพลันด้วยโรคติดต่อในศตวรรษที่ 19 ไปสู่มาตรการเจ็บในศตวรรษที่ 21 นั่นคือโรคเรื้อรัง คำกล่าวของพวกเขาก็กลับยิ่งมีความสอดคล้องกับยุคสมัยปัจจุบันมากขึ้นกว่าที่เคยเป็นมา ในความเป็นจริง มีผู้เสนอว่าจำเป็นต้องขยาย “สูตรสำเร็จ” ของฮิปโปเครติสในอดีตให้ครอบคลุมหลักการที่ทันสมัยยิ่งขึ้น¹³ ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มาจากพืชเป็นหลัก การเคลื่อนไหวร่างกายอยู่เสมอ การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การมีสติอยู่กับปัจจุบัน การรักษาความสงบของจิตใจ การหลีกเลี่ยงสารเสพติดที่เป็นอันตราย และการมีสายสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น – ซึ่งทั้งหมดนี้คือเสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต

รากฐานสมัยใหม่ของเวชศาสตร์วิถีชีวิต

หลายทศวรรษที่ผ่านมาได้มีหลักฐานมากมายรายงานถึง

อิทธิพลของพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตต่อสุขภาพ โดยเน้นที่ การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ การรับประทานอาหาร ที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ และการมีองค์ประกอบร่างกายที่เหมาะสม ในปี ค.ศ. 1993 งานวิจัยชิ้นสำคัญที่ตีพิมพ์ในวารสาร JAMA ได้ประมาณการ ว่าประมาณร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรใน สหรัฐอเมริกามีสาเหตุจากวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม¹⁴ ก่อนหน้า การศึกษานี้ แม้เป็นที่ทราบกันว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เชื่อมโยงกับความเจ็บป่วยและการเสียชีวิต แต่แนวคิดที่ว่า การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสามารถป้องกันการเกิดโรคได้ถือ เป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ที่สำคัญในวงการแพทย์ แนวคิดนี้ เกิดขึ้นพร้อมกับอัตราการตายที่เปลี่ยนจากโรคติดเชื้อไปสู่ โรคเรื้อรังตลอดหลายชั่วอายุคน¹⁵

เมื่อต้นศตวรรษที่ 21 เมื่อโรคหัวใจและมะเร็งกลายเป็น สาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต ความสนใจของ วงการแพทย์จึงมุ่งไปสู่การทำความเข้าใจสาเหตุที่แท้จริงของ โรคเรื้อรังทั้งหลาย ด้วยอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและ จำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เพิ่มสูงขึ้น การวิจัยจำนวนมาก จึงมุ่งเน้นไปที่การศึกษาอาหารแต่ละชนิดว่ามีผลต่อการทำงานของ เซลล์เยื่อบุหลอดเลือด¹⁶ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความไวของร่างกายต่ออินซูลินอย่างไร¹⁷

เมื่อโรคเหล่านี้เพิ่มสูงขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา จึงเกิด ความสนใจที่จะสำรวจพื้นที่ของโลกที่พบโรคเรื้อรังน้อยกว่า และ ศึกษาว่าวิถีชีวิตส่งผลต่ออุบัติการณ์ของโรคเรื้อรังในประชากร เหล่านี้ได้อย่างไร แนวคิดนี้เห็นได้ชัดในงานของ T. Colin Campbell เรื่อง The China Study ซึ่งพบว่ามณฑลในประเทศ จีนที่รับประทานอาหารเช้ามาจากพืชมากที่สุดแทบไม่พบโรค เรื้อรังเลย ในขณะที่ประชากรที่รับเอาการบริโภคแบบตะวันตก (ได้แก่การกินโปรตีนจากสัตว์สูง) กลับมีอัตราการเกิดโรคหัวใจ มะเร็ง และเบาหวานสูงที่สุด¹⁸ นอกจากนี้ งานวิจัยเกี่ยวกับ “พื้นที่สีฟ้า” (Blue Zones) ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีผู้อยู่ยืนยาวที่สุดในโลก ก็ชี้ให้เห็นว่าการดำเนินชีวิตตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต สัมพันธ์กับอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น ตัวอย่างพื้นที่เหล่านี้ ได้แก่ โอกินาวา (ญี่ปุ่น) ซาร์ดีเนีย (อิตาลี) นิโคยา (คอสตาริกา) อิกาลีเรีย (กรีซ) และโลมาลินดา (แคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา) โดยพบว่า การดำเนินชีวิตตามหลัก LM อย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการมี ความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นในครอบครัวและชุมชน การเสริมสร้าง ชุมชนที่เอื้ออาหาร การเคลื่อนไหวร่างกายตามธรรมชาติ การกิน อาหารอย่างพอเหมาะพอดี และการมีเป้าหมายในชีวิต ล้วน ส่งผลดีไม่เพียงต่อ “จำนวนปี” ที่มีชีวิตอยู่ แต่ยังเพิ่มคุณภาพ ชีวิตให้กับแต่ละปีเหล่านั้นด้วย¹⁹

ขณะที่โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคอ้วนยังคงเพิ่มสูงขึ้น อย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ใหญ่ และเพิ่มขึ้นอย่างน่าตกใจในกลุ่มเด็ก

และวัยรุ่นของสหรัฐอเมริกา ทำให้การมุ่งใช้กลยุทธ์การปรับเปลี่ยน วิถีชีวิตเพื่อรับมือปัญหาด้านสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงนี้กลายเป็นวาระแห่งชาติ จากการเรียกร้องให้ช่วยเสริมความรู้แก่แพทย์ ในเรื่องวิธีการและกลยุทธ์ที่ไม่ได้รับการเน้นย้ำมาก่อนในการเรียน แพทย์แบบดั้งเดิม สมรรถนะหลักสำหรับแพทย์ในการใช้ เวชศาสตร์วิถีชีวิตในการรักษาจึงได้ถูกกำหนดขึ้น โดยความ ร่วมมือระหว่าง American College of Lifestyle Medicine (ACLM) และ American College of Preventive Medicine (ACPM)²⁰ สมรรถนะเหล่านี้ช่วยชี้แนวทางให้แพทย์ประยุกต์ใช้ เวชศาสตร์วิถีชีวิตในการดูแลผู้ป่วย โดยครอบคลุมทั้งภาวะผู้นำ ความรู้ ทักษะการประเมินผู้ป่วย ทักษะการจัดการรักษา และการใช้ระบบสนับสนุนในคลินิกและชุมชนเพื่อพัฒนาการดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เนื่องจากความสนใจในเวชศาสตร์วิถีชีวิตได้ขยายวงกว้าง สู่ระดับนานาชาติ จึงได้มีการจัดตั้งพันธมิตรเวชศาสตร์วิถีชีวิต นานาชาติ (Lifestyle Medicine Global Alliance) ขึ้นโดย ความร่วมมือกับ ACLM²¹ ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา จำนวนแพทย์ และบุคลากรสุขภาพที่สอบวุฒิปริญญา LM เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด สะท้อนจากจำนวนกลุ่มนักศึกษาแพทย์ที่สนใจเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine Interest Group, LMIG) ในคณะ แพทยศาสตร์ต่างๆ ที่เพิ่มขึ้น ตลอดจนโครงการวิชาการใน โรงเรียนแพทย์และสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านที่เริ่ม บรรลุเนื้อหาเกี่ยวกับ LM ไว้ในหลักสูตรมากขึ้น^{22, 23}

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต

1. Nutrition หนึ่งในการศึกษาในระดับชาติที่เป็นหมุดหมาย สำคัญซึ่งแสดงผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกัน และยับยั้งความก้าวหน้าของโรคเรื้อรังคืองานวิจัย Diabetes Prevention Program (DPP)²⁴ ซึ่งเป็นการศึกษาแบบสุ่มที่ ศูนย์วิจัย 27 แห่ง ผู้วิจัยพบว่า การปรับพฤติกรรมสุขภาพตาม แนวทาง LM มีประสิทธิผลมากกว่ายาเมทฟอร์มินในการป้องกัน ภาวะก่อนเบาหวานไม่ให้พัฒนาเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใน การทดลอง ผู้ป่วยถูกสุ่มแบ่งออกเป็นสามกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับ ยาเมทฟอร์มิน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ กลุ่มยาหลอก โดยกลุ่มปรับพฤติกรรมได้รับการติดตามการ บริโภคแคลอรีและการออกกำลังกาย และเข้าโปรแกรมอบรม 16 ครั้ง ครอบคลุมโภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการ ความเครียด หลังการติดตาม 3 ปี กลุ่มปรับพฤติกรรมมีอุบัติการณ์ ของเบาหวานชนิดที่ 2 ลดลง 58% เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยา เมทฟอร์มินซึ่งลดลง 31%²⁴ งานวิจัยนี้เป็นหนึ่งในงานแรกๆ ที่ แสดงให้เห็นถึงพลังของการปรับพฤติกรรมชีวิตที่เหนือกว่าการใช้ยาในการป้องกันการลุกลามของโรคเรื้อรัง

งานวิจัยที่แสดงถึงพลังของพฤติกรรมไม่เพียงในการป้องกัน แต่ยังฟื้นฟูโรคเรื้อรังคือ Lifestyle Heart Trial ของ Dr. Dean

Ornish⁷ โดยเป็นการศึกษาการป้องกันทุติยภูมิ (Secondary prevention) ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบเข้มข้นที่ประกอบด้วยอาหารมังสวิรัตที่มีไขมันคิดเป็น 10-15% ของพลังงานทั้งหมด การฝึกจัดการความเครียด การเลิกบุหรี่ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก และการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่ม ส่งผลให้ภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบแคบดีขึ้นอย่างชัดเจนจากการตรวจวัดด้วยวิธี Angiography เชิงปริมาณ โดยในช่วง 5 ปี ผู้ป่วยกลุ่มที่ปรับพฤติกรรมมีการตีบของหลอดเลือดหัวใจลดลงเฉลี่ย 7.9% ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการตีบรุนแรงขึ้น 27.7%^{25,26} นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ปรับพฤติกรรมมีเหตุการณ์หัวใจ (เช่น หัวใจล้มเหลวหรือหัวใจวาย) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมถึง 2.5 เท่า อีกทั้งภาพสแกนกล้ามเนื้อหัวใจด้วยเทคนิค Cardiac Positron Emission Tomography (PET) แสดงให้เห็นว่าภายหลัง 5 ปี ผู้ป่วยกลุ่มปรับพฤติกรรมมีการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงหัวใจเพิ่มขึ้นถึง 400% เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม²⁷ การศึกษานี้สรุปว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอยู่เดิมสามารถทำให้ภาวะตีบตันในหลอดเลือดดีขึ้นได้ผ่านการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

หลักฐานทางโภชนาการยังสนับสนุนอย่างหนักแน่นถึงประโยชน์ของอาหารที่เน้นพืชเป็นหลัก งานวิเคราะห์แบบเป็นระบบ Global Burden of Disease (GBD) 2017 รายงานว่าปี ค.ศ. 2017 มีการเสียชีวิต 11 ล้านรายทั่วโลกที่สัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงด้านอาหาร โดยปัจจัยเสี่ยงสามอันดับแรก ได้แก่ (1) การบริโภคโซเดียมสูง (3 ล้านราย); (2) การบริโภคธัญพืชเต็มเมล็ดต่ำ (3 ล้านราย); และ (3) การบริโภคผลไม้ต่ำ (2 ล้านราย) การศึกษานี้สรุปว่า ผลการศึกษาของเราชี้ว่าการบริโภคอาหารที่ไม่มีคุณภาพเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าปัจจัยเสี่ยงอื่นใดทั่วโลก รวมถึงการสูบบุหรี่ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องปรับปรุงโภชนาการของประชากรโลก นอกจากผลต่อการเสียชีวิต การวิเคราะห์นี้ยังพบว่าการกินอาหารที่ไม่มีคุณภาพเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-adjusted life years; DALYs) ถึง 255 ล้านปี²⁸

งานวิจัย PREDIMED Study (Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts) ซึ่งตีพิมพ์ครั้งแรกใน New England Journal of Medicine ปี ค.ศ. 2013 ได้รายงานผลการสุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วม 7,447 คน อายุ 55-80 ปี ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยแบ่งเป็นสามกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มรับอาหารเมดิเตอร์เรเนียนเสริมด้วยน้ำมันมะกอก, กลุ่มรับอาหารเมดิเตอร์เรเนียนเสริมด้วยถั่ว, และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับคำแนะนำให้รับประทานอาหารไขมันต่ำ การศึกษาได้หยุดก่อนกำหนดเนื่องจากหลังการติดตาม 4.8 ปี พบว่ากลุ่มที่รับอาหารเมดิเตอร์เรเนียน (ทั้งที่เสริมน้ำมันมะกอกและถั่ว) มีการลดความเสี่ยงของผลลัพธ์หลัก (หัวใจวาย, อัมพาต, หรือ

การเสียชีวิตจากโรคหัวใจหลอดเลือด) ลงประมาณ 30%²⁹ อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์แยกเฉพาะหัวใจวาย กลับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม

อีกงานวิจัยสำคัญที่แสดงประโยชน์ของอาหารเมดิเตอร์เรเนียนคือ Lyon Heart Study ซึ่งศึกษาผู้ป่วยกว่า 600 คนที่รอดชีวิตจากหัวใจวาย พบว่าในการวิเคราะห์ระยะกลาง 27 เดือน การใช้อาหารเมดิเตอร์เรเนียนช่วยลดการเกิดหัวใจวายซ้ำและผลลัพธ์ทางหัวใจอื่นๆ ลงได้ 50-70%³⁰ และรายงานสุดท้ายของการศึกษาเมื่อครบ 46 เดือนก็ยืนยันผลลัพธ์ดังกล่าว³¹ อัตราการลดความเสี่ยง 50% ในการป้องกันหัวใจวายซ้ำนั้นเทียบเท่ากับประสิทธิผลของการใช้ยาในกลุ่ม Statin งานวิจัยการศึกษาผู้ป่วยกว่า 32,000 คน ที่มีภาวะแคลเซียมเกาะหลอดเลือดหัวใจพบว่าการใช้ยาในกลุ่ม Statin ช่วยลดความเสี่ยงหัวใจวายลงประมาณ 50%³² เช่นเดียวกับงานวิจัย JUPITER Trial ที่ศึกษาผู้มีความเสี่ยงสูง (มีระดับ C-reactive protein สูง) ก็พบการลดความเสี่ยงหัวใจวาย 50% เช่นกัน³³ หลังการตีพิมพ์รายงานสุดท้ายของ Lyon Heart Study สมาคมหัวใจอเมริกัน (American Heart Association; AHA) ได้ออกแถลงการณ์เชิงนโยบายเรียกร้องว่า AHA และพันธมิตรควรใช้โอกาสครั้งสำคัญนี้ในการลดความเสี่ยงโรคหัวใจหลอดเลือดในประชากรอย่างมหาศาล ด้วยการสนับสนุนทุนวิจัยที่เน้นโภชนาการให้มากขึ้น³⁴ ทั้งอาหารเมดิเตอร์เรเนียนและยาในกลุ่ม Statin ขนาดสูง ต่างก็ได้รับคำแนะนำจาก AHA สำหรับการป้องกันทุติยภูมิของหัวใจวาย³⁵

2. Physical Activity กิจกรรมทางกายก็มีความสำคัญอย่างยิ่งต่ออายุขัยและช่วงเวลาที่มียุทธภาพดี งานศึกษาวิจัยผู้ใหญ่กว่า 4,800 คน เป็นเวลา 10 ปี พบว่าจำนวนก้าวเดินในแต่ละวันสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ที่เดินได้ 10,000 ก้าวหรือมากกว่าต่อวัน มีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่เดินเพียง 2,000 ก้าวหรือน้อยกว่าถึงเกือบ 70% ผลลัพธ์นี้ยิ่งชัดเจนในกลุ่มอายุเกิน 65 ปี ซึ่งพบว่าอัตราการเสียชีวิตลดลงประมาณ 80% (เมื่อเทียบกับกลุ่ม 10,000 ก้าวกับ 2,000 ก้าว) และไม่พบความแตกต่างในด้านความเร็วการเดิน เพียงแค่เดินถึงเป้าหมายก้าวก็เพียงพอ³⁶ สิ่งนี้ชี้ให้เห็นถึงพลังของพฤติกรรมดำเนินชีวิต โดยการลดความเสี่ยงการเสียชีวิตที่ได้จากการมีกิจกรรมทางกายนั้นสูงกว่าการรักษาด้วยยาชนิดใดๆ อย่างเทียบไม่ติด แต่หลักฐานงานวิจัยในบริบทของประเทศไทยยังจำกัด

3. Sleep การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอมีผลอย่างมากต่อสุขภาพในช่วงชีวิต การนอนหลับสัมพันธ์กับกระบวนการซ่อมแซมและกำจัดของเสียในสมอง อันจำเป็นต่อการป้องกันความเสียหายของเซลล์ประสาท และยังช่วยในกระบวนการเรียนรู้และรักษาสมดุลการเชื่อมต่อของวงจรประสาท³⁷ ผลกระทบสะสมจากการนอนหลับที่ผิดปกติ ได้แก่ ความบกพร่องด้านความรู้

ความเข้าใจ และยังขยายวงไปถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของโรคหัวใจ และหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง กลุ่มอาการเมตาบอลิก ภาวะ ทนต่อกลูโคสผิดปกติ ภาวะภูมิคุ้มกันลดลง การอักเสบเรื้อรัง ตลอดจนความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร³⁸ เวชศาสตร์วิถีชีวิตเน้นแนวทางที่ปรับพฤติกรรม เป็นหลักในการรักษาอาการนอนไม่หลับ โดยให้ความสำคัญ กับสุขอนามัยการนอนที่ตีความคู่ไปกับการรักษาด้านจิตบำบัด ด้วยวิธีความคิดรู้และพฤติกรรมบำบัดสำหรับภาวะนอนไม่หลับ (Cognitive behavioral therapy for insomnia; CBT-I) ซึ่งเป็นวิธีที่การทดลองทางคลินิกรายงานว่าได้ผลดีที่สุดในการรักษา อาการนอนไม่หลับเรื้อรัง³⁹

4. Stress Management ระดับความเครียดที่สูงมีผลกระทบ อย่างกว้างขวางต่อสุขภาพเช่นเดียวกับการนอนหลับ ความเครียด ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาโดยตรงจากการกระตุ้น ระบบประสาทซิมพาเทติกและการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลใน ระดับสูง เป็นผลให้การทำงานของระบบทางเดินอาหารแปรปรวน ระบบหัวใจและหลอดเลือดเปลี่ยนแปลง และภูมิคุ้มกันถูกกด การทำงาน⁴⁰ ยิ่งไปกว่านั้น ความเครียดยังส่งผล กระทบทางอ้อม ต่อสุขภาพผ่านพฤติกรรมที่บกพร่อง เช่น ทำให้นอนหลับไม่ดี ขาดการออกกำลังกาย และเลือกรับประทานอาหารที่ไม่มี ประโยชน์^{41, 42} ACLM ส่งเสริมการลดความเครียดผ่านวิธีการที่ หลากหลาย⁴³ เช่น การใช้เวลาอยู่กับธรรมชาติ และเทคนิคผ่อนคลาย จิตใจ-ร่างกายที่มีหลักฐานสนับสนุน ได้แก่ Biofeedback การทำสมาธิ และการเคลื่อนไหวอย่างมีสติ เช่น โยคะหรือไทเก๊ก⁴⁴

5. Substance Avoidance แม้ว่าสารเสพติดหรือจะลดลง อย่างมากตั้งแต่ทศวรรษ 1960 แต่ปัจจุบันก็ยังคงเป็นสาเหตุ สำคัญของการเสียชีวิต คาดว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการ เสียชีวิตประมาณ 1 ใน 5 ของการตายทั้งหมด และคร่าชีวิต ผู้คนราว 480,000 รายต่อปีในสหรัฐอเมริกา⁴⁵ ส่วนการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นคาดว่าทำให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 140,000 รายต่อปี⁴⁶ นอกจากนี้ การเสียชีวิตจากการใช้สารเสพติด ผิดกฎหมายยังเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะการใช้เฟินทานิล ที่ผลิตอย่างผิดกฎหมาย ซึ่งคาดว่าทำให้มีผู้เสียชีวิตประมาณ 100,000 รายต่อปีในสหรัฐอเมริกา⁴⁷ และในปัจจุบัน การใช้ยา เกินขนาดจากเฟินทานิลถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง ในกลุ่มวัย 18-44 ปี⁴⁸ กล่าวโดยสรุป การใช้สารเสพติดและสาร อันตรายเหล่านี้ส่งผลร้ายต่ออายุขัยและภาวะสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นการลดและหลีกเลี่ยงการใช้สารที่มีความเสี่ยงเหล่านี้จึง เป็นหนึ่งในการกิจสำคัญของระบบสาธารณสุข การไม่ใช้สาร เสพติดที่เป็นอันตรายย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพและช่วยยืดอายุขัย ได้อย่างชัดเจน ซึ่งจัดว่าเป็นหนึ่งในเสาหลักทั้งหกประการของ เวชศาสตร์วิถีชีวิต

6. Social Connection การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี (Social connectivity) เป็นเสาหลักหนึ่งของเวชศาสตร์วิถีชีวิต ที่ถูกเน้นย้ำมากขึ้นจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 เมื่อพิจารณา ข้อมูลจากงานวิจัย Harvard Study of Adult Development ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1938 การศึกษานี้ได้สรุปไว้ว่า ตลอดช่วง หลายปีที่ได้ศึกษาชีวิตเหล่านี้ มีปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่โดดเด่นสำหรับพลังของความสัมพันธ์กับสุขภาพกาย สุขภาพจิต และ อายุยืนยาว นั่นคือ ความสัมพันธ์ที่ดี หากต้องสรุปการศึกษา 84 ปี ให้เหลือหลักการข้อเดียวสำหรับการดำเนินชีวิต หลักการ เดียวที่ได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยหลากหลาย นั่นก็คือ ความสัมพันธ์ที่ดีทำให้มีสุขภาพดีกว่าและมีความสุขกว่า⁴⁹ ข้อความนี้เป็นคำกล่าวที่เน้นย้ำความสำคัญของความสัมพันธ์ ทางสังคมที่ดีต่อสุขภาพ ไม่เพียงเท่านั้น ผลกระทบของการแยกตัว ทางสังคมต่อผลลัพธ์สุขภาพที่ย่ำแย่ ทำให้ National Academy of Sciences (NAS) ในสหรัฐอเมริกา จัดทำรายงานปี 2020 เรื่อง Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System⁵⁰ ซึ่งระบุว่า การแยกตัวทางสังคมสัมพันธ์กับความเครียดต่อภาวะสมองเสื่อม ที่เพิ่มขึ้นประมาณ 50% และความรู้สึกเหงาในผู้ป่วยหัวใจล้ม เหลวสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นเกือบ 4 เท่า นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่ดีสัมพันธ์กับความเสี่ยง การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูงขึ้น 29% และความเสี่ยงโรค หลอดเลือดสมองที่สูงขึ้น 32% กล่าวโดยสรุป ความผูกพันทาง สังคมถือเป็นปัจจัยที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อสุขภาพของมนุษย์

ความรู้ประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาสำหรับโรคเรื้อรัง หลายชนิดเมื่อเทียบกับพลังของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็ ปรากฏชัดในศาสตร์เกี่ยวกับสมองเช่นกัน ในการประชุมวิชาการ สหสมาคมโรคอัลไซเมอร์นานาชาติ (Alzheimer’s Association International Conference; AAIC) ปี 2019 ได้มีการเน้นย้ำว่า การนำปัจจัยวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ 4-5 ประการมาใช้สามารถลด ความเสี่ยงของโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ลงได้ถึง 60% เมื่อ เทียบกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพียง 1 ด้านหรือน้อยกว่า⁵¹ และบทความสรุปการประชุมดังกล่าวที่ตีพิมพ์ในวารสาร Scientific American ใช้ชื่อเรื่องว่า “ที่ประชุมเรื่องโรค อัลไซเมอร์: ปัจจัยด้านวิถีชีวิตคือหนทางที่ดีที่สุด-และทางเดียว -ในการลด ความเสี่ยงสมองเสื่อมในขณะนี้”⁵² ผลการค้นพบเชิงประจักษ์ เหล่านี้ตอกย้ำงานวิจัยอื่นๆ เช่น การศึกษา MIND diet (Mediterranean-DASH Diet Intervention for Neurodegenerative Delay) ซึ่งพบว่าความแตกต่างของอัตราการเสื่อมถอยด้านความ สามารถทางสมองระหว่างกลุ่มผู้ที่ปฏิบัติตามแนวทาง MIND diet ในระดับสูงสุดกับกลุ่มที่ปฏิบัติตามน้อยที่สุดนั้น เทียบเท่ากับช่วง อายุที่ต่างกันถึง 7.5 ปี กล่าวคือ การวิจัยนี้ชี้ว่าแนวทางการบริโภค

แบบ MIND diet สามารถชะลอความเสื่อมถอยของความสามารถทางสมองที่มากับวัยได้อย่างมีนัยสำคัญ⁵³

ตัวอย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นอคติที่อาจเกิดขึ้นในการมองบทบาทของแพทย์ว่าเป็นผู้กำหนดสุขภาพแทนที่จะเห็นว่าผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดสุขภาพตนเอง คือ แนวโน้มของวงการแพทย์ที่มักพึ่งพาการรักษาด้วยยา มากกว่าการส่งเสริมพฤติกรรม ในขณะที่งานวิจัยระยะยาวขนาดใหญ่ที่สุดชิ้นหนึ่งอย่าง Framingham Heart Study (FHS) ซึ่งเริ่มต้นในปี ค.ศ. 1948 โดยติดตามประชากร 5,209 คน อายุ 30-62 ปี ในเมืองแฟรมิงแฮม รัฐแมสซาชูเซตส์ (มีการติดตามต่อเนื่องมากกว่า 3 รุ่น) พบว่าโรคหัวใจส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้ เช่น การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน ระดับคอเลสเตอรอลสูง และการไม่ออกกำลังกาย ตามคำกล่าวของ National Institutes of Health⁵⁴ ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้เหล่านี้เกือบทั้งหมดล้วนเป็นพฤติกรรมการดำเนินชีวิต แต่ในเวชปฏิบัติทั่วไป เมื่อพบผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงหรือไขมันในเลือดสูง ก็มักถูกรักษาด้วยยาก่อนเป็นอันดับแรก และอาจมีการแนะนำให้เลิกบุหรี่ ทั้งที่จริงแล้วควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ไปพร้อมกัน

ตัวอย่างเพิ่มเติมคือการที่ FHS ค้นพบว่าระดับคอเลสเตอรอลชนิดดี (HDL) ที่ต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหัวใจ ในปี ค.ศ. 1977 งานวิจัยหนึ่งของ FHS พบว่าระดับ HDL ที่ต่ำสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจที่เพิ่มขึ้น⁵⁵ และในปี ค.ศ. 1988 บทความเรื่อง “Cholesterol and lipids in the risk of coronary artery disease – the Framingham Heart Study” ได้ระบุว่า ข้อมูลจากการติดตาม 35 ปีของ FHS ชี้ว่าปัจจัยที่นอกเหนือจากระดับคอเลสเตอรอลรวมและ LDL จะต้องถูกพิจารณาเมื่อประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจขาดเลือด ความจริงแล้ว ระดับ HDL ที่ต่ำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจพอๆ กับการมี LDL สูง การทดสอบอย่างง่ายที่ดีที่สุดในการทำนายความเสี่ยงโรคหัวใจก็คืออัตราส่วนคอเลสเตอรอลรวมต่อ HDL และตามเกณฑ์นี้ ประชากรราวครึ่งหนึ่งในอเมริกาเหนือมีความเสี่ยงต่อการหัวใจวาย⁵⁶⁻⁵⁷ จากข้อมูลนี้ บริษัทยาได้พยายามพัฒนายาที่เพิ่มระดับ HDL แต่การทบทวนผลงานวิจัยที่ครอบคลุมการทดลองแบบสุ่ม 12 ฉบับ (ผู้ป่วยรวม 26,858 คน ระยะติดตาม 1 ปี ถึง 6.2 ปี) สรุปว่า การเพิ่มระดับ HDL ด้วยยานอกเหนือจากการลดไขมันอย่างเต็มที่สำหรับการป้องกันทุติยภูมิ ไม่ได้ให้ประโยชน์เพิ่มขึ้น⁵⁸ บริษัทยาแห่งหนึ่งได้ใช้เงินทุนกว่า 800 ล้านดอลลาร์พัฒนายา torcetrapib ซึ่งสามารถเพิ่ม HDL ได้มากกว่า 72%⁵⁹ แต่ยานี้กลับต้องถอนออกจากตลาดหลังการศึกษากับผู้เข้าร่วมกว่า 15,000 คนพบว่า การให้ยา Torcetrapib เพิ่มความเสี่ยงการตายและการเกิดเหตุการณ์โรคร้ายแรงโดยกลไกที่ไม่ทราบแน่ชัด และการเพิ่ม HDL ด้วยวิธีนี้ก็กลับเพิ่มอัตราการเสียชีวิต⁶⁰

หากมองด้วยมุมมองของเวชศาสตร์วิถีชีวิต อาจตีความข้อมูลเหล่านี้ในอีกทาง กล่าวคือ มีปัจจัยเพียงไม่กี่อย่างที่ สามารถเพิ่มระดับ HDL ได้ และหนึ่งในนั้นคือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก^{55,56} เป็นไปได้หรือไม่ว่าระดับ HDL ที่สูงขึ้นและความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคหัวใจที่ลดลง แท้จริงแล้วเป็นตัวชี้วัดแทนระดับความฟิตของร่างกายที่สูงขึ้นของผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และเป็นความฟิตนี้เองที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อประโยชน์สุขภาพ แล้วจะเป็นการดีกว่าหรือไม่ หากเรามุ่งเน้นเพิ่มระดับ HDL ผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การเดินหรือวิ่งออกกำลังกาย การเล่นกีฬา และการลดน้ำหนัก แทนที่จะค้นหาวิธีที่เพิ่มระดับ HDL โดยตรง องค์การอนามัยโลกได้ออกแนวทางปฏิบัติเรื่องกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมเนือยนิ่ง ปี ค.ศ. 2020 (World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour)⁶¹ ซึ่งกำหนดคำแนะนำตามกลุ่มอายุและสภาพร่างกาย เพื่อให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอสำหรับสุขภาพที่ดี แนวทางฉบับนี้ย้ำว่า “การมีกิจกรรมทางกายไม่ว่าปริมาณใดดีกว่าการอยู่เฉย ๆ โดยสิ้นเชิง” และทุกกลุ่มอายุควรจำกัดเวลาที่อยู่เฉย ๆ (Sedentary) พร้อมทั้งทำกิจกรรมเสริมสร้างกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอ

อภิปราย

เวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นสาขาแพทย์เฉพาะทางสาขาใหม่ที่มีเป้าหมายเพื่อดูแลผู้ป่วยทั้งคนแบบองค์รวมผ่านการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต-ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เน้นพืชเป็นหลักแต่ครบหมู่ การมีกิจกรรมทางกาย การนอนหลับที่เพียงพอ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสพติดที่เป็นอันตราย และความผูกพันทางสังคมที่ดี – เป็นรากฐานของสุขภาพ สาขานี้แตกต่างจากการแพทย์แผนปัจจุบันตรงที่สนับสนุนให้ปรับพฤติกรรมสุขภาพไม่เพียงเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง แต่หากปฏิบัติอย่างจริงจังเพียงพอยังสามารถรักษาและฟื้นฟูโรคเหล่านี้ได้อีกด้วย

ตลอดหลายทศวรรษที่ผ่านมา LM ได้สั่งสมหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากที่รายงานถึงผลกระทบต่ออันตรายของเสาหลักทั้งหกต่อสุขภาพ ตัวอย่างผลงานวิจัยสำคัญที่ช่วยวางรากฐานให้สาขานี้ก้าวอยู่แถวหน้าของการแพทย์ยุคใหม่ ได้แก่ Diabetes Prevention Program, Lifestyle Heart Trial, PREDIMED Study, Lyon Heart Study และ Framingham Heart Study ในขณะที่ปัจจุบันเรากำลังเผชิญกับ “โรคระบาด” ในรูปของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และระบบสาธารณสุขที่เน้นการซ่อมสุขภาพมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ สาขา LM ซึ่งอุทิศตนให้กับการป้องกันและการพลิกกลับโรคเรื้อรังโดยมีเป้าหมายลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและสร้างความเท่าเทียมผ่านวิธีการ

ที่คุ้มค่า จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การนำ LM ไปใช้ในระดับชุมชนไม่เพียงช่วยบุคคลที่ได้รับ การรักษาเท่านั้น แต่ยังส่งผลดีต่อชุมชนโดยรวมอีกด้วย การเผชิญ หน้าที่กับความท้าทายเหล่านี้อย่างจริงจังจะช่วยให้ระบบบริการ สุขภาพสามารถใช้ศักยภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิต ในการพัฒนาผลลัพธ์สุขภาพของประชากร และลดภาระของ โรคเรื้อรังทั่วโลกได้อย่างชัดเจน LM สามารถทำงานส่งเสริม สุขภาพได้อย่างทรงพลังและเสริมแรง (Synergistic) ไปพร้อมกับ รูปแบบการดูแลสุขภาพที่เน้นคุณค่า (Value-based care) ซึ่ง เน้นการให้การดูแลที่มีคุณภาพสูงสุดในขณะที่ควบคุมค่าใช้จ่าย การใช้พลังของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางบวกผ่าน LM เปิดโอกาสให้เราได้ทั้งปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพ ปรับปรุง มาตรการคุณภาพการดูแล และยกระดับสุขภาพของประชากร

บทบาทของเวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบสาธารณสุขไทย

เวชศาสตร์วิถีชีวิตมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนเป้าหมายของระบบสาธารณสุขไทยหลายประการ⁶² ดังนี้

- การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs): การนำหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาใช้ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรค NCDs เช่น อาหารไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย ความเครียดสะสม เป็นต้น ซึ่งมีงานวิจัยระดับนานาชาติยืนยันว่าแนวทางนี้ช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และแม้แต่บางชนิดของโรคมะเร็งได้อย่างมีนัยสำคัญในประเทศไทย หน่วยงานสาธารณสุขได้เน้นย้ำ 6 มิติของเวชศาสตร์วิถีชีวิต (อาหาร ออกกำลังกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การงดเหล้าและบุหรี่ และความสัมพันธ์ทางสังคม) ว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงการเจ็บป่วยด้วยโรค NCDs ของคนไทย ดังนั้น เวชศาสตร์วิถีชีวิตจึงมีบทบาทเป็นหัวใจของแนวทางป้องกันเชิงรุกที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อลดภาระโรค NCDs ในระยะยาว
- ลดภาระโรคและค่าใช้จ่ายทางการแพทย์: การป้องกันไม่ให้เกิดโรคมีย่อมส่งผลให้ลดความจำเป็นในการรับการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนของเบาหวานหรือโรคหัวใจ เป็นต้น งานทบทวนวรรณกรรมพบว่าเวชศาสตร์วิถีชีวิตช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลโดยรวมผ่านการป้องกันโรคและลดความจำเป็นในการรักษาทางยาและหัตถการที่มีราคาแพง นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วย NCDs ด้วยแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังช่วยลดโอกาสการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำซ้อน (Readmission) เนื่องจากผู้ป่วยมีสุขภาพที่ควบคุมได้ดีขึ้น ช่วยแบ่งเบาภาระงานของระบบบริการสุขภาพ
- ส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน: นอกจากการลดอัตราการป่วยและตาย เวชศาสตร์วิถีชีวิตยังมุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและอายุที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ปรับปรุงผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยในภาพรวม โดยการดูแลแก้ไขที่ต้นเหตุ

ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ปรับอาหารและออกกำลังกายอย่างถูกต้องอาจสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีจนลดปริมาณยาที่ต้องใช้ลง และมีพลังชีวิตที่ดีขึ้น สำหรับคนทั่วไปที่ยังไม่ป่วย การดำเนินชีวิตตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต เช่น การกินอาหารที่มีประโยชน์และการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ยังช่วยสร้างเสริมสุขภาพเชิงองค์รวมทั้งร่างกายและจิตใจ ส่งผลดีต่อความสุขและผลิตภาพของประชากรในระยะยาว

- การพัฒนาบุคลากรและรูปแบบบริการสุขภาพ: เวชศาสตร์วิถีชีวิตกำลังขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพไทย จากรูปแบบการรักษาเมื่อป่วย (Sick care) ไปสู่รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกัน (Health care) ที่ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์สนับสนุนงานด้านนี้ เช่น พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตให้มีคุณภาพและเข้าถึงได้, เสริมสร้างศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต, สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อวิถีชีวิตสุขภาพ, และ ส่งเสริมการวิจัยและนวัตกรรมด้านนี้เพื่อสนับสนุนนโยบายสุขภาพ ยุทธศาสตร์เหล่านี้สะท้อนว่าบทบาทของเวชศาสตร์วิถีชีวิตไม่ได้จำกัดอยู่ในห้องตรวจเท่านั้น หากแต่ครอบคลุมถึงการยกระดับระบบบริการและสาธารณสุขโดยรวม เช่น การจัดให้มีคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาล การฝึกอบรมแพทย์พยาบาลให้มีทักษะด้านนี้ และการขยายบริการไปสู่ระดับปฐมภูมิและชุมชน

- ศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพ (Wellness Hub): รัฐบาลไทยมีวิสัยทัศน์ผลักดันประเทศให้เป็นศูนย์กลางการแพทย์และสุขภาพของโลก (Medical and Wellness Hub) ซึ่งเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สอดคล้องกับเป้าหมายนี้ โดยการนำเสนอจุดแข็งด้านการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันและส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของประเทศไทย การบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้ากับระบบสาธารณสุขจะช่วยยกระดับภาพลักษณ์ด้านบริการสุขภาพเชิงป้องกัน และดึงดูดทั้งประชาชนไทยและชาวต่างชาติที่ต้องการเสริมสร้างสุขภาพหรือฟื้นฟูสุขภาพในแนวทางธรรมชาติ การที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศสนับสนุนเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างเป็นทางการ และการมีเครือข่ายความร่วมมือกับนานาชาติ เป็นฐานสำคัญในการพัฒนานวัตกรรมบริการและงานวิจัย ที่จะช่วยให้ไทยก้าวสู่การเป็น Wellness Hub ระดับภูมิภาค ได้อย่างมีคุณภาพและน่าเชื่อถือ

แนวทางการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทย

การนำแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปปฏิบัติในบริบทประเทศไทย สามารถดำเนินการได้ในหลายระดับ ดังนี้

ระดับนโยบายและยุทธศาสตร์ของชาติ

ในระดับนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แสดงเจตนารมณ์สนับสนุนเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างชัดเจน ดังจะเห็นได้จาก แผนยุทธศาสตร์ 4 ด้าน ที่ถูกกำหนดขึ้นเพื่อขับเคลื่อนงานเวชศาสตร์วิถีชีวิตทั่วประเทศ ได้แก่ (1) พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่มีคุณภาพเข้าถึงได้ และเป็นธรรม, (2) เสริมสร้างศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ สหวิชาชีพ อสม. และประชาชนด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต, (3) สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างยั่งยืน, และ (4) ส่งเสริมการวิจัยและนวัตกรรมเพื่อพัฒนานโยบายและระบบสุขภาพที่ตอบโจทย์ความต้องการของประชาชน

การผลักดันในระดับนโยบายยังปรากฏในรูปของการปรับปรุงหลักสูตรและมาตรฐานวิชาชีพ เช่น การบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับเวชศาสตร์วิถีชีวิตในแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ และการสนับสนุนให้มีการวิจัยเชิงนโยบายเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทย องค์กรอย่างสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมอนามัยมีบทบาทร่วมสนับสนุนด้านงบประมาณและองค์ความรู้ทางวิชาการ ตัวอย่างเช่น สสส. ได้สนับสนุนโครงการพัฒนาหลักสูตรเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันฯ และสถาบันการศึกษาชั้นนำ เพื่อตอบโจทย์เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน SDG 3.4 ในการลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs ลงหนึ่งในสามภายในปี 2030 นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังให้ความสำคัญกับการสร้างสิ่งแวดล้อมเชิงนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น นโยบายภาษีและฉลากอาหารเพื่อลดการบริโภคน้ำตาล/เกลือ การส่งเสริมพื้นที่สาธารณะสำหรับการออกกำลังกาย และการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ ซึ่งล้วนเป็นมาตรการเสริมที่สนับสนุนหลักการของเวชศาสตร์วิถีชีวิต

ระดับสถานพยาบาลและชุมชน

การนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปใช้ในระดับสถานพยาบาลครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ไปจนถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ (เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล - ร.พ.สต.) โดยมีแนวทางดังนี้

- จัดตั้งคลินิกหรือทีมสหวิชาชีพด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต: หลายโรงพยาบาลในประเทศไทยเริ่มจัดตั้งคลินิกปรับพฤติกรรมสุขภาพ หรือทีมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เน้นการปรับวิถีชีวิตโดยเฉพาะ ทีมเหล่านี้ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา ฯลฯ ที่ทำงานร่วมกันเพื่อให้คำปรึกษาและติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ตัวอย่างความร่วมมือล่าสุด คือการที่หน่วยบริการสุขภาพ 10 แห่ง (เช่น โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า, โรงพยาบาลแก่งคอย,

โรงพยาบาลบางพลี, โรงพยาบาลร้อยเอ็ด, โรงพยาบาลอุดรธานี เป็นต้น) ได้ลงนามเป็นเครือข่ายนำร่องในการพัฒนางานเวชศาสตร์วิถีชีวิต ร่วมกับกรมอนามัย (ภายใต้ความร่วมมือกับศูนย์จัดการความรู้และพัฒนาวิชาการเวชศาสตร์วิถีชีวิต KALM center (Knowledge Management and Academic Development Center for Lifestyle Medicine) เครือข่ายนี้จะเป็นต้นแบบในการจัดบริการด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตในบริบทโรงพยาบาล โดยมีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และประสบการณ์ระหว่างหน่วยงาน และขยายผลสู่พื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

- บูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตในคลินิกโรคเรื้อรัง (NCD Clinic): ในสถานพยาบาลหลายแห่งได้เริ่มนำแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปผนวกในบริการของคลินิกโรคเบาหวาน ความดัน และคลินิกส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ เช่น จัดโปรแกรมกลุ่มให้ความรู้และปรับพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน/ความดัน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการติดตามผลเป็นระยะ และปรับแผนการรักษาโดยคำนึงถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้ ยังสนับสนุนให้เกิดค่ายสุขภาพ (Lifestyle Medicine Camp) สำหรับผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ซึ่งมักจัดโดยโรงพยาบาลร่วมกับหน่วยงานท้องถิ่น เพื่อฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการและการออกกำลังกายในสถานการณ์จริง ผู้เข้าร่วมจะได้ทดลองปรุงอาหารสุขภาพ ออกกำลังกายที่เหมาะสม เรียนรู้การจัดการความเครียด และแบ่งปันประสบการณ์ร่วมกับผู้อื่น เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

- บริการเชิงรุกในชุมชน: สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและภาคชุมชน มีการประยุกต์ใช้เวชศาสตร์วิถีชีวิตผ่านกิจกรรมเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังโดยทีมหมอครอบครัวที่เน้นให้คำแนะนำด้านโภชนาการและการออกกำลังกายถึงบ้าน, โครงการออกกำลังกายในชุมชน (เช่น แอโรบิกหมู่บ้าน, ชมรมปั่นจักรยาน), โครงการอาหารสุขภาพในโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็ก (ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักผลไม้) ตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อมชุมชนที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น สวนสาธารณะ ลานออกกำลังกาย และตลาดนัดสุขภาพ กิจกรรมเหล่านี้มักดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อเข้าถึงประชาชนวงกว้าง

ระดับบุคลากรทางการแพทย์และการดูแลรายบุคคล

ระดับบุคคล ซึ่งหมายถึงแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วย การนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาใช้ในการปรับพฤติกรรมและวิธีการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

- บทบาทใหม่ของแพทย์และทีมสุขภาพ: แพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตทำหน้าที่ร่วมมือกับผู้ป่วยในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทุกเสาหลักทั้ง 6 ด้าน โดยใช้วิธีการที่หลากหลายและมีหลักฐานสนับสนุน เช่น การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational interviewing), การให้คำปรึกษาตาม

หลักจิตวิทยา, การให้สุขศึกษาเฉพาะบุคคล, การช่วยผู้ป่วยตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้และตรวจวัดได้, การปรับสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิตให้เอื้อต่อสุขภาพ, ตลอดจนการจัดหาแรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วย แพทย์ยังเชื่อมโยงผู้ป่วยกับบริการของสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เช่น ส่งต่อไปพบนักกำหนดอาหาร เพื่อวางแผนการรับประทานอาหารที่เหมาะสม หรือส่งพบนักกายภาพบำบัด/นักวิทยาศาสตร์การกีฬา เพื่อจัดโปรแกรมการออกกำลังกายเฉพาะบุคคล วิธีการดูแลแบบทีมข้ามสาขานี้ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและปลอดภัย และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติตามได้จริง

- การฝึกทักษะและอบรมบุคลากร: บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับจำเป็นต้องได้รับการเสริมทักษะด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเนื่องจากแนวคิดนี้ค่อนข้างใหม่และแตกต่างจากการรักษาแบบเดิมที่มุ่งรักษาและตัดการ การอบรมระยะสั้นถูกพัฒนาขึ้นเพื่อถ่ายทอดความรู้พื้นฐานเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และเทคนิคการปรับพฤติกรรมแก่แพทย์ (เช่น หลักสูตร Mini LM ของสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย) และพยาบาลหรือสหวิชาชีพ (เช่น หลักสูตร Lifestyle coach ของสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย) นอกจากนี้ ในโรงพยาบาลใหญ่หลายแห่งได้จัดกิจกรรมเรื่องการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้แก่บุคลากร เช่น เทคนิค Motivational Interviewing, การให้คำปรึกษาแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง, และวิธีติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยเชิงบวก การพัฒนาทักษะเหล่านี้จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถทำหน้าที่เป็น “โค้ชสุขภาพ” ที่ดีสำหรับผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาแนวเวชศาสตร์วิถีชีวิต
- การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว: หัวใจสำคัญของการดูแลแบบเวชศาสตร์วิถีชีวิตคือการที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง แพทย์และพยาบาลจึงต้องปรับบทบาทจาก “ผู้สั่งการรักษา” เป็น “ผู้ร่วมวางแผน” กับผู้ป่วย แนะนำทางเลือกในการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบริบทชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคน ตัวอย่างเช่น ในผู้ป่วยที่มีภาระงานมาก แพทย์อาจช่วยเขาวางแผนการออกกำลังกายสั้น ๆ ระหว่างวันทำงาน หรือในผู้ป่วยที่ทานอาหารข้างนอกบ่อย อาจร่วมกันกำหนดแนวทางเลือกร้านอาหารและเมนูที่ดีต่อสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวยังควรได้รับความรู้ในการเฝ้าติดตามภาวะสุขภาพตนเอง (เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดความดัน ตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว) เพื่อเห็นความเปลี่ยนแปลงและเกิดแรงเสริมในการดำเนินชีวิตใหม่ ๆ นอกจากนี้ ควรส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีบทบาทเป็น “เพื่อนร่วมทาง” ในการปรับพฤติกรรม เช่น การที่คนในครอบครัวร่วมปรับเปลี่ยนอาหารการกินหรือออกกำลังกายไปพร้อมกับผู้ป่วย จะเพิ่มโอกาสความสำเร็จและความยั่งยืนของผลลัพธ์

อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

แม้ว่าเวชศาสตร์วิถีชีวิตจะมีศักยภาพสูงในการยกระดับสุขภาพประชาชนไทย แต่อย่างไรก็ตามในขั้นตอนการดำเนินงานยังเผชิญกับอุปสรรคและความท้าทายหลายประการ ซึ่งควรได้รับการแก้ไขหรือปรับปรุง ดังนี้

อุปสรรค/ความท้าทาย

- ความใหม่ของแนวคิดและการขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญ: เวชศาสตร์วิถีชีวิตยังเป็นสาขาใหม่สำหรับวงการแพทย์ไทย ทำให้บุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะด้านยังมีจำนวนจำกัด ในระยะแรกมีแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพียงไม่กี่ท่านที่ผ่านการอบรมหรือได้รับอนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตร นอกจากนี้ บุคลากรทั่วไปยังขาดความคุ้นเคยกับวิธีดูแลแบบปรับพฤติกรรม ทำให้การผลักดันแนวทางนี้ในวงกว้างเป็นไปได้ค่อนข้างยาก
- ข้อจำกัดในระบบบริการและเวลาให้คำปรึกษา: ระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบัน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลรัฐมักประสบปัญหาผู้ป่วยหนาแน่น ส่งผลให้แพทย์มีเวลาในการให้คำปรึกษาแต่ละรายจำกัด การปรับพฤติกรรมสุขภาพต้องอาศัยเวลาพูดคุย แนะนำ ติดตามผล อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นความท้าทายเมื่อเทียบกับการจ่ายยาอย่างเดียว นอกจากนี้ ระบบงบประมาณและกลไกสนับสนุน (เช่น การเบิกจ่ายค่าบริการให้คำปรึกษา) ยังไม่เอื้อต่อการให้บริการแนวใหม่อย่างเต็มที่ ทำให้บางหน่วยงานขาดแรงจูงใจในการจัดบริการปรับพฤติกรรม
- แรงต่อต้านทางพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม: การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของผู้ป่วยในโลกความเป็นจริงไม่ใช่เรื่องง่าย ผู้ป่วยจำนวนมากมีอุปนิสัยและพฤติกรรมสะสมมานาน ซึ่งยากจะปรับเปลี่ยนโดยฉับพลัน อีกทั้งสภาพแวดล้อมภายนอกยังเต็มไปด้วยปัจจัยล่อลวงต่อสุขภาพ เช่น อาหารรสหวานมันราคาถูก, การเดินทางที่ไม่เอื้อให้เดินเท้า/ปั่นจักรยาน, สังคมที่มีความเครียดสูง เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้กลายเป็นอุปสรรคต่อความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพดี ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำที่ดีจากทีมแพทย์ก็ตาม
- งานวิจัยรองรับในบริบทไทยยังมีน้อย: การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทยยังมีจำกัด ทำให้ขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ในบริบทวัฒนธรรมไทยที่จะใช้สนับสนุนการออกแบบโปรแกรมหรือการกำหนดนโยบาย ตัวอย่างเช่น ยังมีคำถามว่าแนวทางอาหารแบบพืชเป็นหลัก (Plant-based diet) ที่ประยุกต์ใช้ในต่างประเทศ เมื่อมาปรับใช้กับอาหารไทยจะมีประสิทธิผลและความเป็นไปได้ได้อย่างไร งานวิจัยท้องถิ่นที่สามารถตอบโจทย์เหล่านี้ยังมีไม่มากนักเพียงพอ

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

- เร่งผลิตและพัฒนาบุคลากรเฉพาะทาง: ควรสนับสนุนให้มีการฝึกอบรมแพทย์และบุคลากรด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบหลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน และหลักสูตรระยะสั้นสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและสหวิชาชีพ

นอกจากนี้ ควรผลักดันการบรรจุเนื้อหาเวชศาสตร์วิถีชีวิตในหลักสูตรการเรียนการสอนของนิสิตนักศึกษาแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข เพื่อสร้างความคุ้นเคยตั้งแต่ระยะแรกเริ่มของการฝึกวิชาชีพ

- ปรับระบบบริการและสิ่งจูงใจ: กระทรวงสาธารณสุขอาจพิจารณาเสนอแนวทางการเบิกจ่ายในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ครอบคลุมบริการให้คำปรึกษาและติดตามการปรับพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น (เช่น การให้รหัสบริการและค่าตอบแทนสำหรับ Consultation ด้านโภชนาการหรือการออกกำลังกาย) เพื่อสร้างแรงจูงใจให้สถานพยาบาลลงทุนในบริการแนวนี้ อีกทั้งควรกำหนดให้คลินิก NCD ทุกแห่งมีโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นมาตรฐานขั้นต่ำ และมีเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ที่ชัดเจน นอกจากนี้การจัดสรรเวลาและทรัพยากรบุคคล (เช่น จัดช่วงเวลาคลินิกเฉพาะสำหรับ Counselling) ก็มีความสำคัญในการทำให้บริการนี้เกิดขึ้นจริง
- สร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพในระดับสังคม: ภาครัฐร่วมกับภาคเอกชนและภาคประชาสังคมควรเดินหน้านำมาตรการที่สร้างสภาพแวดล้อมใหม่ที่สนับสนุนวิถีชีวิตสุขภาพ เช่น ผลักดันนโยบายอาหารเพื่อสุขภาพ (ลดเค็ม ลดหวาน ในร้านอาหาร โรงอาหาร สถานศึกษา) ส่งเสริมสถานที่ทำงานปลอดบุหรี่และมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาพื้นที่สีเขียวและทางเดิน-ทางจักรยานในเมืองให้เพียงพอสำหรับการออกกำลังกาย เหล่านี้จะช่วยลดแรงเสียดทานที่ผู้คนต้องเผชิญเมื่อต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทำให้ทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพกลายเป็นทางเลือกที่ง่ายที่สุด
- วิจัยและประเมินผลอย่างเป็นระบบ: ควรมีโครงการวิจัยนำร่อง (Pilot projects) ในบริบทไทยเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมเวชศาสตร์วิถีชีวิตในด้านต่าง ๆ เช่น โปรแกรมควบคุมเบาหวานด้วยอาหาร Plant-based ในชุมชนไทย, การใช้สื่อดิจิทัล/แอปพลิเคชันติดตามการออกกำลังกายในผู้ป่วยความดัน, หรือการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนการเลิกบุหรี่โดย อสม. เป็นต้น ควบคู่ไปกับการเก็บข้อมูลผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (เช่น ค่าชีพจร น้ำหนัก HbA1c) และผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (เช่น ลดการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย) เพื่อนำหลักฐานที่ได้มาปรับปรุงนโยบายและขยายผลโครงการที่ได้ผลดีในวงกว้างต่อไป นอกจากนี้ การวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยและบุคลากรที่เข้าร่วมโปรแกรมเวชศาสตร์วิถีชีวิตก็จะให้แง่มุมเชิงลึกที่มีประโยชน์สำหรับการออกแบบบริการให้เหมาะกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของไทย
- ส่งเสริมความร่วมมือและการสร้างเครือข่าย: การแก้ปัญหาสุขภาพเชิงพฤติกรรมจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน การสร้างเครือข่ายเวชศาสตร์วิถีชีวิต ที่เชื่อมโยงโรงพยาบาล สถานศึกษา หน่วยงานท้องถิ่น และชุมชน ควรขยาย

ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายต่างประเทศอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประเทศไทยได้รณรงค์ความรู้และประสบการณ์ใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้ นอกจากนี้ควรสนับสนุนบทบาทของสื่อมวลชนและสื่อสังคมออนไลน์ในการเผยแพร่ความรู้ด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตแก่ประชาชนทั่วไป เพื่อสร้างกระแสสังคมที่ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน และสร้างวัฒนธรรมสุขภาพที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน

สรุป

เวชศาสตร์วิถีชีวิตกำลังเป็นหมุดหมายใหม่ของการแพทย์ที่เน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ต้นเหตุผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม วิธีทางนี้สอดคล้องอย่างยิ่งกับความท้าทายด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประเทศไทยกำลังเผชิญ การทบทวนนี้แสดงให้เห็นว่าในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยได้เริ่มต้นก้าวสำคัญหลายประการ ตั้งแต่การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ การสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมบุคลากรเฉพาะทาง ตลอดจนการริเริ่มโครงการในโรงพยาบาลและชุมชน เพื่อวางรากฐานของเวชศาสตร์วิถีชีวิตในระบบสุขภาพไทย นับเป็นสัญญาณที่ดีต่อการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบสุขภาพที่เน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในระดับประชากรเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและต้องใช้เวลา การดำเนินงานเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทยยังต้องเผชิญกับความท้าทาย ทั้งด้านทรัพยากรมนุษย์ ระบบบริการ และบริบททางสังคม สิ่งสำคัญคือทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องร่วมมือกันแก้ไขอุปสรรคดังกล่าว และยึดมั่นในวิสัยทัศน์ร่วมกันที่จะสร้างสังคมไทยที่มีสุขภาพดีและระบบสุขภาพที่ยั่งยืน แนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตไม่ใช่เพียงกระแสชั่วคราว แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงมุมมองการแพทย์ ที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้คนในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการสร้างเสริมสุขภาพอย่างรอบด้าน หากประเทศไทยสามารถบูรณาการแนวคิดนี้เข้าสู่ระบบสุขภาพได้อย่างเต็มที่ ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือ ประชาชนมีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพชีวิต ภาระโรคไม่ติดต่อที่ลดลง เศรษฐกิจสุขภาพที่เข้มแข็งขึ้น และความพร้อมก้าวสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพแบบองค์รวมของภูมิภาคในอนาคตอันใกล้

อนาคตของเวชศาสตร์วิถีชีวิตมีแนวโน้มสดใส ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย และระบบสุขภาพจำนวนมากขึ้นทั่วโลกตระหนักว่าการจัดการต้นตอของโรคเรื้อรังสามารถสร้างผลกระทบที่ดีต่อสุขภาพของประชากรในระดับโลก ข้อมูลหลักฐานต่างๆ แสดงให้เห็นว่าการดำเนินชีวิตตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างต่อเนื่องส่งผลเชิงบวกไม่เพียงต่อ จำนวนปี ของชีวิต

แต่ยังคงต่อ คุณภาพชีวิต ในแต่ละปีอีกด้วย

ผลประโยชน์ทับซ้อน: ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Climate change and noncommunicable diseases: connections [update on 2 Nov 2023; cited 2025 Aug 22]. Geneva: World Health Organization; 2023.
- World Health Organization Thailand, United Nations Development Programme. Prevention and control of noncommunicable diseases in Thailand – the case for investment [cited 2025 Aug 22]. Bangkok: WHO Thailand; 2021.
- American College of Lifestyle Medicine. What is Lifestyle Medicine? ACLM; 2023.
- Lianov L, Johnson M. Physician competencies for prescribing lifestyle medicine. *JAMA*. 2010;304(2):202–3.
- Lippman D, Stump M, Veazey E, Guimarães ST, Rosenfeld R, Kelly JH, et al. Foundations of lifestyle medicine and its evolution. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 2023.
- Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*. 2002;346(6):393–403. Doi: 10.1056/NEJMoa012512.
- Ornish D, Brown SE, Scherwitz LW, Billings JH, Armstrong WT, Ports TA, et al. Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. *Lancet*. 1990;336(8708):129–33.
- Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas ML, Corella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med*. 2013;368(14):1279–90.
- GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024;403(10440):2133–61. Doi: 10.1016/S0140-6736(24)00757-8
- Hippocrates. Hippocratic Writings. Chicago, IL: Encyclopedia Britannica;1955.
- Ippokratous PG. Ta apanda [Hippocrates: the Collection] (in Greek). Athens: Papyros; 1938.
- Ngo V. Divination Magie et Politique dans la Chine Ancienne. Paris: Presses Universitaires de France; 1976.
- Battersby M, Egger G, Litt J. Introduction to lifestyle medicine. In: Egger G, Binns A, Rossner S, editors. *Lifestyle Medicine: Managing Disease of Lifestyle in the 21st Century*. 2nd ed. McGraw-Hill Australia Pty Ltd; 2011. p. 5.
- McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. *JAMA*. 1993;270(18):2207–12.
- Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*. 2004;291(10):1238–45.
- Tuso P, Stoll SR, Li WW. A plant-based diet, atherosclerosis, and coronary artery disease prevention. *Perm J*. 2015;19(1):62–7.
- Ujvari D, Hulchiy M, Calaby A, Nybacka Å, Byström B, Hirschberg AL. Lifestyle intervention up-regulates gene and protein levels of molecules involved in insulin signaling in the endometrium of overweight/obese women with polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod*. 2014;29(7):1526–35. Doi: 10.1093/humrep/deu114.
- Campbell T, Campbell T II. *The China Study Solution: the Simple Way to Lose Weight and Reverse Illness, Using a Whole-Food, Plant-Based Diet*. Rodale Books; 2016.
- Buettner D, Skemp SS. Blue Zones: Lessons from the world’s longest lived. *Am J Lifestyle Med*. 2016;10(5):318–21.
- Lianov LS, Adamson K, Kelly JH, Matthews S, Palma M, Rea BL. Lifestyle Medicine Core Competencies: 2022 Update. *Am J Lifestyle Med*. 2022;16(6):734–9. Doi: 10.1177/15598276221121580
- Lifestyle Medicine Global Alliance. Lifestyle Medicine Global Alliance [Internet]. [cited 2025 Jun 15]. Available from: <https://lifestylemedicineglobal.org/>
- Pojednic R, Frates E. A parallel curriculum in lifestyle medicine. *Clin Teach*. 2017;14(1):27–31.

23. Pojednic RM, Trilk J, Phillips EM. Lifestyle medicine curricula: an Initiative to Include Lifestyle Medicine in Our Nation's Medical Schools. *Acad Med.* 2015;90(7):840-1.
24. Diabetes Prevention Program Research Group, Knowler WC, Fowler SE, Hamman RF, Christophi CA, Hoffman HJ, et al. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet.* 2009;374(9702):1677-86.
25. Gupta SK, Sawhney RC, Rai L, Chavan VD, Dani S, Arora RC, et al. Regression of coronary atherosclerosis through healthy lifestyle in coronary artery disease patients--Mount Abu Open Heart Trial. *Indian Heart J.* 2011;63(5):461-9.
26. Ornish D, Scherwitz LW, Billings JH, Brown SE, Gould KL, Merritt TA, et al. Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA.* 1998;280(23):2001-7. Doi: 10.1001/jama.280.23.2001.
27. Gould KL, Ornish D, Scherwitz L, Brown S, Edens RP, Hess MJ, et al. Changes in myocardial perfusion abnormalities by positron emission tomography after long-term, intense risk factor modification. *JAMA.* 1995;274(11):894-901.
28. GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2019;393(10184):1958-72.
29. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. *N Engl J Med.* 2018;378(25):e34. Doi: 10.1056/NEJMoa1800389.
30. de Lorgeril M, Renaud S, Mamelle N, Salen P, Martin JL, Monjaud I, et al. Mediterranean alpha-linolenic acid-rich diet in secondary prevention of coronary heart disease. *Lancet.* 1994;343(8911):1454-59. 1995;345(8951):738.
31. de Lorgeril M, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Delaye J, Mamelle N. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation.* 1999;99(6):779-85. Doi: 10.1161/01.cir.99.6.779.
32. Øvrehus KA, Diederichsen A, Grove EL, Steffensen FH, Mortensen MB, Jensen JM, et al. Reduction of myocardial infarction and all-cause mortality associated to statins in patients without obstructive CAD. *JACC Cardiovasc Imaging.* 2021;14(12):2400-10. Doi: 10.1016/j.jcmg.2021.05.022.
33. Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA, Genest J, Gotto AM Jr, Kastelein JJ, et al. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *N Engl J Med.* 2008;359(21):2195-207. Doi: 10.1056/NEJMoa0807646.
34. Kris-Etherton P, Eckel RH, Howard BV, St Jeor S, Bazzarre TL; Nutrition Committee Population Science Committee and Clinical Science Committee of the American Heart Association. AHA Science Advisory: Lyon Diet Heart Study. Benefits of a Mediterranean-style, National Cholesterol Education Program/American Heart Association Step I dietary pattern on cardiovascular disease. *Circulation.* 2001;103(13):1823-25. Doi: 10.1161/01.cir.103.13.1823.
35. Virani SS, Smith SC Jr, Stone NJ, Grundy SM. Secondary prevention for atherosclerotic cardiovascular disease: comparing recent US and European guidelines on dyslipidemia. *Circulation.* 2020;141(14):1121-3. Doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.119.044282.
36. Saint-Maurice PF, Troiano RP, Bassett DR Jr, Graubard BI, Carlson SA, Shiroma EJ, et al. Association of Daily Step Count and Step Intensity With Mortality Among US Adults. *JAMA.* 2020;323(12):1151-60.
37. Benca RM, Teodorescu M. Sleep physiology and disorders in aging and dementia. *Handb Clin Neurol.* 2019;167:477-93.
38. Institute of Medicine, Board on Health Sciences Policy, Committee on Sleep Medicine and Research. *Sleep Disorders and Sleep Deprivation: an Unmet Public Health Problem.* Washington, DC: National Academies Press; 2006.
39. Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Fam Pract.* 2012;13:40. Doi: 10.1186/1471-2296-13-40.
40. Daviu N, Bruchas MR, Moghaddam B, Sandi C,

- Beyeler A. Neurobiological links between stress and anxiety. *Neurobiol Stress*. 2019;11:100191.
41. Stults-Kolehmainen MA, Sinha R. The effects of stress on physical activity and exercise. *Sports Med*. 2014;44(1):81-121.
 42. Kalmbach DA, Anderson JR, Drake CL. The impact of stress on sleep: pathogenic sleep reactivity as a vulnerability to insomnia and circadian disorders. *J Sleep Res*. 2018;27(6):e12710.
 43. Baban KA, Morton DP. Lifestyle medicine and stress management. *J Fam Pract*. 2022;71(suppl 1 Lifestyle):S24-S29. Doi: 10.12788/jfp.0285.
 44. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med*. 2003;65(4):564-70.
 45. Centers for Disease Control and Prevention. Diseases and death [Internet]. [cited 2025 Jun 15]. Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/fast_facts/diseases-and-death.html
 46. Spencer MR, Curtin SC, Garnett MF. Alcohol-induced death rates in the United States, 2019-2020. *NCHS Data Brief*. 2022;(448):1-8.
 47. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center for Health Statistics. Drug overdose deaths in the U.S. top 100,000 annually [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2021 Nov 17 [cited 2025 Jun 15]. Available from: https://www.cdc.gov/nchs/pressroom/nchs_press_releases/2021/20211117.htm
 48. Centers for Disease Control and Prevention. Injuries and violence are leading causes of death [Internet]. Atlanta (GA): CDC; [cited 2025 Jun 15]. Available from: <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/animated-leading-causes.html>
 49. Waldinger RJ, Schulz MS. *The Good Life: Lessons from the World's Longest Scientific Study of Happiness*. New York: Simon and Schuster; 2023.
 50. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education, Health and Medicine Division, Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences, Board on Health Sciences Policy; Committee on the Health and Medical Dimensions of Social Isolation and Loneliness in Older Adults. *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*. Washington (DC): National Academies Press; 2020 Feb 27.
 51. Alzheimer's Association. Lifestyle interventions provide maximum memory benefit when combined, may offset elevated Alzheimer's risk due to genetics, pollution [Internet]. 2019 Jul 14 [cited 2025 Jun 15]. Available from: https://aaic.alz.org/releases_sunLIFESTYLE-jul14.asp
 52. Weintraub K. The Means of Reproduction. *Sci Am Alzheimer's Meeting: Lifestyle Factors Are the Best—and Only—Bet Now for Reducing Dementia Risk* [Internet]. 2019 Jul 18 [cited 2025 Jun 15]. Available from: <https://www.scientificamerican.com/article/alzheimers-meeting-lifestyle-factors-are-the-best-and-only-bet-now-for-reducing-dementia-risk/>
 53. Morris MC, Tangney CC, Wang Y, Sacks FM, Barnes LL, Bennett DA, et al. MIND diet slows cognitive decline with aging. *Alzheimers Dement*. 2015;11(9):1015-1022. Doi: 10.1016/j.jalz.2015.04.011.
 54. National Institutes of Health. The Framingham heart study: laying the foundation for preventive health care [Internet]. [place unknown]: National Institutes of Health; [published year unknown] [cited 2025 Jun 15]. Available from: <https://www.nih.gov/sites/default/files/about-nih/impact/framingham-heart-study.pdf>
 55. Gordon T, Castelli WP, Hjortland MC, Kannel WB, Dawber TR. High density lipoprotein as a protective factor against coronary heart disease. The Framingham study. *Am J Med*. 1977;62(5):707-714. Doi: 10.1016/0002-9343(77)90874-9.
 56. Castelli WP. Cholesterol and lipids in the risk of coronary artery disease—the Framingham Heart Study. *Can J Cardiol*. 1988;4(suppl A):5A-10A.
 57. Gordon DJ, Probstfield JL, Garrison RJ, Neaton JD, Castelli WP, Knoke JD, et al. High-density lipoprotein cholesterol and cardiovascular disease. Four prospective American studies. *Circulation*. 1989;79(1):8-15. Doi: 10.1161/01.cir.79.1.8.
 58. Kaur N, Pandey A, Negi H, Shafiq N, Reddy S, Kaur H,

- et al. Effect of HDL-raising drugs on cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-regression. PLOS ONE. 2014;9(4):e94585. Doi: 10.1371/journal.pone.0094585.
59. Learning lessons from Pfizer's \$800 million failure. Nat Rev Drug Discov. 2011;10(3):163-164. Doi: 10.1038/nrd3401.
60. Barter PJ, Caulfield M, Eriksson M, Grundy SM, Kastelein JJ, Komajda M, et al. Effects of torcetrapib in patients at high risk for coronary events. N Engl J Med. 2007;357(21):2109-22. Doi: 10.1056/NEJMoa0706628.
61. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Br J Sports Med. 2020;54(24):1451-62. Doi: 10.1136/bjsports-2020-102955
62. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และ ภูติห เตชาติวัฒน์. เวชศาสตร์วิถีชีวิต: เวชปฏิบัติแนวใหม่แบบสหวิชาชีพเพื่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทยสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. วารสารการสร้างสรรค์เสริมสุขภาพไทย. 2565;1(4):456-63.

