

HUA HIN MEDICAL JOURNAL

หัวหินเวชสาร

นิพนธ์ต้นฉบับ

- Prevalence and Risk Factors Associated with Readmission within 28 Days of COPD Patients at Hua-Hin Hospital

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ในโรงพยาบาลหัวหิน

Supawiwat Rodjanasingha

- Factors associated with Postpartum Weight Retention in Thai Singleton Pregnant Women at 6 Weeks Postpartum in Hua Hin Hospital

ปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ในหญิงไทยที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลหัวหิน

Jiratchaya Kleebsuwan

- Mental Health of Dementia Patient's Caregivers in Hua Hin Hospital

สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลหัวหิน

Dussanee Trakulchang

- Child and Adolescent Psychiatric Consultation to Pediatric Inpatients at Hua Hin Hospital between 2011-2021

การปรึกษาปัญหาทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวหิน ระหว่าง
พ.ศ. 2554-2564

Pacharaporn Maleevach

- Adverse events following immunization (AEFIs) of COVID-19 vaccine in Samutsakhon Hospital

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ณ โรงพยาบาลสมุทรสาคร

Chanchira Choppradit, Thanaporn Likittientong, Virachai Sonthong





หัวหินเวชสาร: วารสารวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ผ่านการรับรองคุณภาพจากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ในกลุ่มที่ 2

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการด้านสหสาขาวิทยาการต่างๆ ทางสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์ความรู้ของสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้บริการที่ดีแก่ประชาชน
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการส่งเสริม สนับสนุน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คณาจารย์ นักวิชาการ และนักศึกษา ทั้งภายในและภายนอกสถาบันได้พัฒนาองค์ความรู้และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ สาขาต่างๆ
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการศึกษา ค้นคว้า และเป็นแหล่งวิทยาการความรู้ด้านสาธารณสุข ให้ได้นำไปใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวางต่อไป

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

นพ.จิตตรัตน์	เดชวุฒิพร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน
นพ.ณัฐ	รัตนโกสัย	รองผู้อำนวยการด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ
นพ.วิชัย	ศรีอุทารวงศ์	รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
นางสุวัชรีย์	เดชธรรมม	รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
นางมยุรี	จงศิริ	กองบรรณาธิการวารสาร สำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข
อาจารย์นิตยา	จันทร์เรือง มหาผล	บรรณาธิการวารสาร สำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข
นพ.สุนัย	จันทร์ฉาย	บรรณาธิการวารสารแพทย์เขต 5 โรงพยาบาลนครปฐม

บรรณาธิการ

นพ.ธนพล	ทรงธรรมวัฒน์	โรงพยาบาลหัวหิน
พญ.นวลนาง	กายสอน	โรงพยาบาลหัวหิน
ภญ.สุธารส	ปริญญานุณโณ	โรงพยาบาลหัวหิน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายจิรพัฒน์	อ่อนเกตุพล	โรงพยาบาลหัวหิน
-------------	------------	-----------------

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.เชษฐ	รัชดาพรธนาธิกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.มาศโมฬี	จิตวิริยธรรม	มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์อ้อมขวัญ	ทิมนกุล	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผศ.กรัณรัตน์	ทิวณอม	มหาวิทยาลัยศิลปากร
รศ.ดร.ธีรศักดิ์	โรจนราธา	มหาวิทยาลัยศิลปากร
ทพญ.พิชานัน	ศรีสมหมาย	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ดร.ศุภามณ	จันทร์สกุล	มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย
ผศ.ดร.วรรณรา	ชื่นวัฒนา	มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
ดร.พัชรินทร์	สมบูรณ์	ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
ดร.ผกาพรรณ	จันทร์เพิ่ม	สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
นายศุภชัย	ศรภักยานิช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
นพ.ปิยณัฐ	จังกณานันท์	โรงพยาบาลราชบุรี
พญ.หัสสุยา	ตันติพงศ์	โรงพยาบาลชลบุรี
พญ.กุลวดี	แหวนดวงเด่น	โรงพยาบาลหัวหิน
พว.จาริณี	ศรีประเสริฐ	โรงพยาบาลหัวหิน
นกก.วันเพ็ญ	เหลื่องนฤทัย	โรงพยาบาลหัวหิน

ผู้จัดการ

นางสาวเพียงพิศ	เฟื่องฟู	โรงพยาบาลหัวหิน
นางสาวทิพากร	แสวงศรี	โรงพยาบาลหัวหิน
นางสาววันวิสา	ชูศิริ	โรงพยาบาลหัวหิน

เจ้าของ โรงพยาบาลหัวหิน**สำนักงาน** 30/2 ถนนเพชรเกษม ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77110
โทรศัพท์ 032-523000 ต่อ 8908 โทรสาร 032-547350**กำหนดออก** ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม – เมษายน) (พฤษภาคม – สิงหาคม) (กันยายน – ธันวาคม)

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (Peer Review)

ผศ.นพ.วรุฒม์	พงศาพิชญ์	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
พญ.วรลักษณ์	ศรีนันทประเสริฐ	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
พญ.วาสิตา	วราชิต ภาคสุข	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ภญ.ดร.อลิศรา	แสงวิรุณ สุจริต	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ดร.บุญเสริม	เนยสูงเนิน	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ดร.ภญ.ปวลี	เนียมถาวร	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ดร.สุเมธ	ธูดารাত্রกุล	มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด
ผศ.ดร.สอาด	บรรเจิดฤทธิ์	มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด
ดร.ปาริชาติ	ทาโน	มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ภก.ธนวัฒน์	ฉัตรทวีลาภ	มหาวิทยาลัยพายัพ
ผศ.ดร.ทพญ.นัจชลี	ศรีมณีกาญจน์	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ภก.ปรีชา	มนทกานตกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.พิจิตรา	เล็กดำรงกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.พุทธิราภรณ์	หังสวณัส	มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.อรรรรณ	ขวัญศรี	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.เกษมณี	มูลปานันท์	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผศ.ศลิษา	โกดีย์	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
นพ.ภูมิ	ชมพูนศรี	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ภก.อ้อมขวัญ	ทิมนกุล	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผศ.กรัณท์รัตน์	ทิวถนอม	มหาวิทยาลัยศิลปากร
รศ.ดร.ธีรศักดิ์	โรจนราธา	มหาวิทยาลัยศิลปากร
ผศ.พรพลัย	บุญเมือง	มหาวิทยาลัยศิลปากร
ผศ.ดร.วิโรจน์	เจษฎาลักษณ์	มหาวิทยาลัยศิลปากร
ทพญ.พิชานัน	ศรีสมหมาย	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.ถนอมพงษ์	เสถียรลัคนา	มหาวิทยาลัยสยาม
ภกญ.วิภาวี	รอตจันทร์	มหาวิทยาลัยสยาม
ดร.ศุภามณ	จันทร์สกุล	มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย
ดร.ปราณี	คำแก้ว	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
ผศ.อังคณา	จงเจริญ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
พ.ต.ท.หญิง ดร.พรรณทิพา	เวชรังสี	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
อาจารย์พรภรณ์	สมขาว	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
พ.ต.ท.หญิงกัลยาลักษณ์	ไชยศิริ	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
พ.ต.ท.หญิงปาริชาติ	สุขสวัสดิพร	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (Peer Review)

ดร.หทัยรัตน์	บุษยพรรณพงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
ดร.ปริญญารณ	ธนะบุญปวง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
อาจารย์กันยารัตน์	อุบลวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
อาจารย์สมจิตต์	สินรัชชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
ดร.จินตนา	ทองเพชร	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
ดร.อัจฉราวดี	ศรียะศักดิ์	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
ผศ.อติญาณ	ศรเกษตริน	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
นพ.จิรัชย์	พิสุทธิเบญญา	ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
นพ.ชัยวัฒน์	อาชวกุลเทพ	ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
ดร.พัชรินทร์	สมบูรณ์	ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
พญ.ศรัชชา	เทียนสันติสุข	สถาบันการแพทย์จักรีนฤพดินทร์
พญ.นันทาศิริ	วิทยานคร	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
พญ.กัลยา	ปัญจพรผล	สถาบันโรคทรวงอก
พญ.เปี่ยมลาภ	แสงสายัณห์	สถาบันโรคทรวงอก
พญ.เพลินพิศ	ลิขสิทธิ์พันธุ์	โรงพยาบาลกรุงเทพหัวหิน
พญ.พัชรินทร์	เกียรติกังวาลไกล	โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร
พญ.ศศิธร	ปรีชาวุฒิเดช	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
พญ.หัสญา	ตันติพงศ์	โรงพยาบาลชลบุรี
นางสาวสุวลี	เหมว่งษ์	โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
พญ.เปรมฤดี	อริยานนท์	โรงพยาบาลนครปฐม
พญ.ศศิวิมล	ไตรญาณ	โรงพยาบาลบ้านแพ้ว
พญ.เสาวณีย์	เกิดดอนแฝก	โรงพยาบาลบ้านแพ้ว
พญ.เสาวณีย์	เบญจมานุกุล	โรงพยาบาลบ้านแพ้ว
ทพ.สิเรศ	รพีพัฒนา	โรงพยาบาลบ้านแพ้ว
พญ.ทิพย์สุมล	รักศีลธรรม	โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์
พญ.ขจีวรรณ	ศิวะมาศ	โรงพยาบาลพุทธชินราช
ภก.ดร.ชูเกียรติ	เพียรชนะ	โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
ดร.พัชรินทร์	คำนวล	โรงพยาบาลพะเยา
นายนิวัช	ศรีวิไลวัชร	โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
นพ.ไววิทย์	สงวนวงศ์วาน	โรงพยาบาลเมดพาร์ค
พญ.ประไพ	ตันประเสริฐ	โรงพยาบาลราชบุรี
นพ.ปิยณัฐ	จังคนันท์	โรงพยาบาลราชบุรี
นพ.ศิโรตม์	น้อยวัน	โรงพยาบาลราชบุรี

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาบทความ (Peer Review)

พญ.สุธาสินี	สมานคตวัฒน์	โรงพยาบาลราชบุรี
ผศ.(พิเศษ) ดร.ภญ.รุ่งทิพา	หมื่นปา	โรงพยาบาลลำปาง
รศ.พญ.ปวีณา	เชี่ยวชาญวิศวกิจ	โรงพยาบาลศิริราช
ภญ.จันทิมา	โยธาทัทธ	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
นพ.นฤวัต	เกสรสุคนธ์	โรงพยาบาลสมุทรสาคร
พญ.กชกานต์	รุ่งเรืองศักดิ์	โรงพยาบาลหัวหิน
พญ.จิรัชญา	กลีบสุวรรณ	โรงพยาบาลหัวหิน
พญ.โซษิตา	จูงวงศ์	โรงพยาบาลหัวหิน
พญ.ปิยะนุช	ปฐมาจรพงศ์	โรงพยาบาลหัวหิน
นพ.สุชา	อายุวัฒน์	โรงพยาบาลหัวหิน

ทุกบทความได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review)
อย่างน้อย 2 ท่าน ก่อนลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ห้วยหินเวชสาร

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารวิชาการ ห้วยหินเวชสาร เป็นวรรณกรรม
ของผู้เขียนโดยเฉพาะ โรงพยาบาลห้วยหิน และกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
กองบรรณาธิการไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอกบทความเพื่อการศึกษาแต่ให้อ้างอิง
แหล่งที่มาให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นทางวิชาการลงตีพิมพ์ใน
วารสารวิชาการ ห้วยหินเวชสาร กรุณาส่งมาที่กองบรรณาธิการ โรงพยาบาลห้วยหิน 30/2
ถนนเพชรเกษม ตำบลห้วยหิน อำเภอห้วยหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77110

เว็บไซต์ ห้วยหินเวชสาร <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/hhsk>

เบอร์โทรศัพท์ 032-523000 ต่อ 8908

บทนำ

วารสารหัวหินเวชสาร เป็นวารสารวิชาการด้านการแพทย์และสาธารณสุข เดิมชื่อ วารสารหัวหินสุขใจ ไกลกังวล เผยแพร่ฉบับแรกในปี 2559 ก่อนจะเปลี่ยนชื่อเป็น **วารสารหัวหินเวชสาร** ในปี 2564 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการและการพัฒนางานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรทางการแพทย์รวมถึงบุคลากรด้านการศึกษาในสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นสื่อกลางในการส่งเสริม สนับสนุน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข คณาจารย์ นักวิชาการ และนักศึกษา ได้พัฒนาองค์ความรู้และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการสาขาต่างๆ ให้ได้นำไปใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวางต่อไป

วารสารหัวหินเวชสาร ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 (กันยายน-ธันวาคม) ประกอบด้วย นิพนธ์ต้นฉบับ ที่เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัยและเฝ้าระวังการรักษาผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การดูแลหญิงตั้งครรภ์ สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัญหาทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19

บรรณาธิการและกองบรรณาธิการฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานด้านสาธารณสุขต่อไป

30 ธันวาคม 2565

บรรณาธิการ

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ	หน้า
Prevalence and Risk Factors Associated with Readmission within 28 Days of COPD Patients at Hua-Hin Hospital ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลหัวหิน <i>Supawiwat Rodjanasingha</i>	1-14
Factors associated with Postpartum Weight Retention in Thai Singleton Pregnant Women at 6 Weeks Postpartum in Hua Hin Hospital ปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ในหญิงไทยที่มารับบริการรักษาใน โรงพยาบาลหัวหิน <i>Jiratchaya Kleebsuwan</i>	15-26
Mental Health of Dementia Patient's Caregivers in Hua Hin Hospital สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชของ โรงพยาบาลหัวหิน <i>Dussanee Trakulchang</i>	27-38
Child and Adolescent Psychiatric Consultation to Pediatric Inpatients at Hua Hin Hospital between 2011-2021 การปรึกษาปัญหาทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวหิน ระหว่าง พ.ศ. 2554-2564 <i>Pacharaporn Maleevach</i>	39-51
Adverse events following immunization (AEFIs) of COVID-19 vaccine in Samutsakhon Hospital เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ณ โรงพยาบาลสมุทรสาคร <i>Chanchira Choppradit, Thanaporn Likittientong, Virachai Sonthong</i>	52-70

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลหัวหิน

ศุภวิวัชร โจนสิงหะ พ.บ.ว.อายุรศาสตร์

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลหัวหิน

Received: Sep 19, 2022

Revised: Nov 1, 2022

Accepted: Nov 9, 2022

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือ COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นสาเหตุหนึ่งของความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชากรในประเทศไทย รวมทั้งในโรงพยาบาลหัวหิน ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบรุนแรง แม้ว่าจะได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแล้ว แต่ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งก็มีอาการกำเริบจนต้องกลับเข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาลซ้ำในเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งส่งผลเสียแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลหัวหินเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่มีต่อการกำเริบของผู้ป่วย

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Retrospective study) ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหัวหิน ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวหิน เพื่อศึกษาอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมารักษานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน และหาปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต่อการกลับมารักษานอนโรงพยาบาลซ้ำดังกล่าว

ผลการศึกษา: ในระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้ารับการรักษาน 1,225 ราย ความชุกของผู้ป่วยที่ต้องกลับมาเข้ารับการรักษานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน จำนวน 34 ราย (ร้อยละ 13.18) จากผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน มีความสัมพันธ์กับการรักษาโดยใช้ยาสเตียรอยด์ในโรงพยาบาล ในการเข้ารับการรักษานครั้งก่อน (Systemic Steroids) (OR=1.39) การมีโรคประจำตัวร่วมมากกว่า 3 โรคขึ้นไป (OR=6.71) การได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ภายในระยะเวลา 1 ปี (OR=8.05) และผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit: ICU) หรือต้องใส่ท่อช่วยหายใจ/ใช้เครื่องช่วยหายใจ (OR=4.28)

สรุป: ความชุกของการกลับมารักษานอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลหัวหิน เป็นร้อยละ 13.18 และผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาโดยใช้ Systemic Steroids ระหว่างการรักษามีโรคประจำตัวร่วมมากกว่า 3 โรคขึ้นไป ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ภายในระยะเวลา 1 ปี ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษานใน ICU หรือต้องใส่ท่อช่วยหายใจ/ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพิ่มความเสี่ยงในการกลับมารักษาซ้ำจนต้องนอนโรงพยาบาล (Readmission) ในเวลา 28 วัน

คำสำคัญ: การกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, ปัจจัยเสี่ยง

Prevalence and Risk Factors Associated with Readmission within 28 Days of COPD Patients at Hua-Hin Hospital

Supawiwat Rodjanasingha, MD.

Dip., Thai Board of Intern Med.

Division of Medicine, Hua Hin Hospital

Received: Sep 19, 2022

Revised: Nov 1, 2022

Accepted: Nov 9, 2022

Abstract

Background: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is the majority public health problem in Thailand for ages. COPD was also one of the most common disorders affecting inpatients at the Internal Medicine Department of HUA HIN Hospital. However COPD patients had still exacerbated although ones were recent admitted in Hospital.

Objectives: The study's purpose was to determine the prevalence of readmission and the factors associated with readmission in COPD patients admitted to HUA HIN Hospital within 28 days.

Method: The Retrospective study was conducted in HUA HIN Hospital. COPD patients diagnosed between October 1, 2020, and September 30, 2021 were included. Patients with incomplete data were excluded. The demographic data, clinical data were extracted and analyzed by Chi-square test and multiple logistic regression.

Result: In this study, the Prevalence of readmission within 28 days among 1,225 COPD patients in HUA HIN Hospital is 13.18 %. From baseline variables, the factors associated with in-hospital Readmission included Using steroid (OR=1.39 p-value=0.044) Comorbidity (OR=6.71 p-value<0.001) Influenza Vaccination within 1 year (OR=8.05 p-value<0.001) Intensive Care Unit (ICU) setting/Intubation/Ventilators (OR=4.28 p-value=0.025)

Conclusion: Overall 1,225 COPD patients readmission rate is 13.18% that associated significantly with history of using steroids, History of influenza vaccination within 1 year, Severity of Patients who were admitted in ICU, received intubation, ventilator using.

Keywords: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Readmission, Factors associated

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหรือ COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นสาเหตุหนึ่งของความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย และเป็นสาเหตุให้ต้องเข้ารักษาห้องฉุกเฉิน เมื่อมีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน อาจต้อง พึ่งทรัพยากรเพื่อการรักษาเช่นการใช้เครื่องช่วยหายใจการส่งต่อ การใช้ยาปฏิชีวนะ เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ในทางเดินหายใจและโรคหลอดเลือดหัวใจ กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องใช้ทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลงเมื่อเจ็บป่วยระยะยาวและเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้จนเสียชีวิต จากข้อมูลการเสียชีวิตของคนไทยโดยองค์การอนามัยโลก พบว่าโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ในหลายปีที่ผ่านมาและพบว่าอัตราตายด้วยโรคทางเดินหายใจส่วนล่างนั้นมีสาเหตุหลักเกิดจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่ามีอุบัติการณ์การตายเป็นอันดับที่ 6 ของโลก¹

จากอัตราป่วย อัตราการเสียชีวิตของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี และกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องใช้ทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น เพื่อเป็นการลดอัตราการป่วย อัตราการเสียชีวิต อัตราการมาเข้ารับรักษาภายใน 48 ชั่วโมงในโรงพยาบาล ดังนั้น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและญาติจำเป็นต้องได้รับความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัว รวมทั้งการติดตามให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขและทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี²

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีการดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยที่เป็นโรคจะมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ไม่สามารถทำงาน หรือทำ

กิจกรรมได้เช่นคนปกติ ต้องมารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นระยะเวลานาน และเมื่อสมรรถภาพปอดลดลงมากๆ ก็จะมีอาการรุนแรงมากขึ้น เหนื่อยง่ายขึ้น ทำงานได้ลดลง หรือเหนื่อยง่ายแม้เพียงทำกิจวัตรประจำวันได้เพียงเล็กน้อย ซึ่งในจำนวนผู้ป่วยเหล่านี้ มีอาการกำเริบบ่อยจนทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ามารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล อาจจะต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่เครื่องช่วยหายใจ เพราะไม่สามารถหายใจเองได้เพียงพอ ถึงแม้จะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อแพทย์ผู้ทำการรักษาเห็นว่าอาการหายดีขึ้น แต่ก็อาจจะต้องกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำอีกในระยะเวลาอันรวดเร็วซึ่งค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาลที่มีมูลค่ามหาศาลเป็นภาระของผู้ป่วยและประเทศชาติ พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาจมีการกำเริบเฉลี่ยได้มากกว่า 2-3 ครั้งต่อปี³

จากข้อมูลแบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด⁴ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ของโรงพยาบาลทั้งหมดในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่าตั้งแต่ตุลาคม 2561-พฤษภาคม 2562 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ทั้งหมด 2,125 ราย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน (ER), แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) หรือมานอนโรงพยาบาล (Admit) ด้วยอาการกำเริบโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งหมด 1,698 ครั้ง โดยมีอัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป 551.46 คน ต่อหนึ่งแสนประชากร จากการเก็บข้อมูลถึงแม้จะเห็นว่าอัตราการกำเริบโรคยังสูง แต่การวินิจฉัยโรคที่ชัดเจนและถูกต้องกับผู้ป่วยช่วยให้เข้าถึงผู้ป่วยง่ายขึ้นทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง สามารถควบคุมการกำเริบของโรคและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

ในส่วนของโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาส่ง เป็นอันดับ 5 ในแผนกอายุรกรรม ผู้ป่วยโรคนี้มักมีอาการกำเริบของโรคบ่อย มีอัตราการใช้เครื่องช่วยหายใจสูง ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญในการรักษาพยาบาล ต่อผู้ป่วยโรคดังกล่าว ปัจจุบันเครือข่ายคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบง่ายครอบคลุมโรงพยาบาลอำเภอครบทั้งหมด มีเครื่องมือช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ชัดเจนเพิ่มขึ้น คาดว่าจะครอบคลุมโรงพยาบาลประจำตำบลได้ครบในอนาคต เครือข่ายคลินิกโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบง่ายมีโอกาสดูแลผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังในหลายภูมิภาค มีการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องชัดเจน สามารถเข้ารับการรักษได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดอัตราการกำเริบของโรคอย่างรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลได้ อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เข้ารับการรักษาล่า ในระยะเวลาอันรวดเร็วทั้งที่เพิ่งรับการรักษากลับในโรงพยาบาล เป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่า อาจมีปัจจัยทางการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีอาการกำเริบ หากสามารถแก้ไขปัจจัยต่างๆ จะสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถลดอาการรุนแรงจากตัวโรค เพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย และพัฒนาแนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลหัวหินจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

จากความรู้ความเข้าใจของตัวโรค อัตราการเสียชีวิต อัตราการนอนโรงพยาบาล อัตราการมาเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันในโรงพยาบาล ยังมีแนวโน้มสูงขึ้นตามความรู้ความเข้าใจของอาการของผู้ป่วย จึงเป็นที่มาของการศึกษาเพื่อที่จะประเมินความรู้ความเข้าใจของตัวโรคของผู้ป่วย ในการหาอัตราความชุกของการนอนโรงพยาบาล การกลับเข้ามารักษาล่าของผู้ป่วย และวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง

กับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในเวลาอันรวดเร็วภายใน 28 วัน หลังจากออกจากโรงพยาบาล

ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ในการดำเนินงาน

Timothy H. Harries และคณะ⁵ ได้ทำการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้ทำการรักษาตั้งแต่เมษายน 2006 ถึง มีนาคม 2010 ในทุกการนอนโรงพยาบาลในสหราชอาณาจักรพบว่า ในจำนวนผู้ป่วย 20,932 คน ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี นั้นพบว่า 6,295 คน (32.2%) มีอัตราการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำภายใน 1 ปี คิดเป็น 10.2% และมีอัตราการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำภายใน 30 วัน คิดเป็น 17.8% และโดยผู้ที่มีอายุมากและมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค มีโอกาสเสี่ยงที่จะกลับเข้ามารักษาล่ามากกว่ากลุ่มที่เหลือ

Chia Wei Kong และคณะ⁶ ได้ทำการศึกษาวิจัยพบว่า อัตราการกลับมารับการนอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วย COPD มีความเกี่ยวข้องกับภาวะ Respiratory failure, Pneumonia, Congestive heart failure, Asthma, Septicemia, Cardiac Arrhythmias ในระหว่างการนอนโรงพยาบาลครั้งก่อน จึงเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การเรียนรู้และป้องกันเพื่อที่จะลดการนอนโรงพยาบาลซ้ำให้ได้น้อยลง

กนกวิชต์ พลาณภาพ และคณะ⁷ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงกับการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ วิเคราะห์ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในย้อนหลัง 1 ปี มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น จำนวน 208 ราย เป็นผู้กลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน 68 ราย (ร้อยละ 32.6) ปัจจัยเชิงบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุ 65 ปีหรือมากกว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ปัจจัยภายนอกที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบด้วย โรคร่วม 4 โรคหรือมากกว่า ได้รับยา Systemic Steroids

ระยะเวลาวินิจฉัยโรคมักกว่า 4 ปี (สามปัจจัยแรก $p < 0.05$) และได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ($p < 0.001$) ส่วนอัตราการเป็นต่อ (ช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 95) เท่ากับ 1.47 (1.11 ถึง 4.56), 8.04 (1.04 ถึง 62.19), 2.43 (1.25 ถึง 4.72), และ 5.45 (2.24 ถึง 13.53) ตามลำดับ

พิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ⁸ ได้ทำการศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน และจำนวนครั้งเฉลี่ยของการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลนครนายก ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 2549 ถึง 31 ธันวาคม 2549 ซึ่งพบว่าการมีโรคประจำตัวร่วม การเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษาลบ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบยาบอย และยาที่ใช้ในการรักษามีผลต่อการเข้ารับการรักษาและจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ($P < 0.05$)

อุษา เอี่ยมละออ และคณะ⁹ ได้ทำการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเกี่ยวข้องต่อการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน ในโรงพยาบาลอ่างทอง พบว่าอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำอยู่ที่ 23.8% และสัมพันธ์กับเพศชาย อายุมาก จำนวนมวนที่สูบบุหรี่ต่อวัน ชนิดของ COPD จำนวนปีที่เลิกสูบบุหรี่

Garcia-Aymerich, J และคณะ¹⁰ ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 340 คน ใน 4 โรงพยาบาล ในเมือง Barcelona เพื่อศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่มีผลเกี่ยวข้องกับการนอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วย COPD ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยจำนวนดังกล่าว มีจำนวนผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลซ้ำ ทั้งสิ้น 63% โดยพบว่าค่า Forced expiratory volume in 1 second (FEV1) ที่ลดลงในผู้ป่วยการใช้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) และยาที่เป็นสารต้านโคลีน (Anticholinergics) การสูบบุหรี่ เพิ่มความเสี่ยงในการนอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Retrospective Study) เกี่ยวกับ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาล ณ โรงพยาบาลหัวหิน ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน, ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อาการกำเริบต้องเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน, ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน และความชุกของการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลหัวหิน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลหัวหิน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหัวหิน แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน ในช่วงระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564 จำนวน 1,225 ราย โดยเป็นการศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งหมด

เกณฑ์การคัดเข้าการศึกษา คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีข้อมูลในเวชระเบียนครบถ้วนตามหัวข้อที่ต้องการศึกษา

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีข้อมูลบันทึกในเวชระเบียนไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบบันทึกข้อมูลการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูล 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วยโดยปัจจัยที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ได้แก่ ประวัติการใช้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) ประวัติการใช้ยา Systemic Steroids ประวัติการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ประวัติการเข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยวิกฤต/ใส่ท่อช่วยหายใจ/ใช้เครื่องช่วยหายใจ อธิบายข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อมูลลักษณะทั่วไปและปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วย COPD

การรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการอนุมัติทำการศึกษา ค้นคว้าแบบอิสระ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วยโดยศึกษาปัจจัย ส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัวร่วมของผู้ป่วยข้อมูลทางการรักษาพยาบาลในทางคลินิก ได้แก่ หอผู้ป่วยที่ได้เข้ารับการรักษ (หอผู้ป่วยสามัญ/หอผู้ป่วยวิกฤต) การใส่ท่อช่วยหายใจ/ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Intubation/Ventilator) ประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) ระหว่างการรักษาประวัติการได้รับยาสเตียรอยด์ ในโรงพยาบาล ในการเข้ารับการรักษาก่อน Systemic Steroids ระหว่างการรักษา ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ของผู้ป่วยในรอบ 1 ปี ก่อนเข้ารับการรักษ

นิยามเชิงปฏิบัติการ

การกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน หมายถึง การรับผู้ป่วยในรายเดียวกันจากเลขประจำตัวผู้ป่วย โดยวันที่รับไว้รักษารั้งนี้ห่างจากวันที่จำหน่ายครั้งก่อนน้อยกว่าเท่ากับ 28 วัน

COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) หมายถึงการที่ผู้ป่วยมีอาการวินิจฉัยหลักหรือการวินิจฉัยร่วมอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่มีการลงรหัสโรค

ขึ้นต้นด้วย J40, J41, J42, J43, J44, J45, J46, J47 ซึ่งเป็นนิยามที่ปรับจาก Global Initiative on Chronic Lung Disease (2018)¹

โรคประจำตัวร่วม หมายถึง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ (ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด/ภาวะหัวใจล้มเหลว) ภาวะหัวใจวายจากโรคปอดและโรคหัวใจด้านขวาล้มเหลว โรคมะเร็ง

การได้รับยาสเตียรอยด์ในโรงพยาบาลในการเข้ารับการรักษาก่อน (Systemic Steroids)¹¹ หมายถึงการได้รับยาที่เป็นสารประกอบสเตียรอยด์ในโรงพยาบาล ในการเข้ารับการรักษาก่อน (Systemic Steroids) ขณะที่เข้ารับการรักษาโดยได้รับยาไม่เกิน 5-7 วัน ทั้งในรูปแบบกิน (Regimen oral form: Prednisolone (5mg) 2 tab tid pc) หรือแบบฉีด (Dexamethasone 4 mg IV q 6-12 h ระยะสั้นเวลาไม่เกิน 3-5 วัน แล้วลดขนาดจนกระทั่งเปลี่ยนเป็นแบบรับประทานและหยุดยา) ในการเข้ารักษาในโรงพยาบาลครั้งก่อนหน้า

การได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ หมายถึงการได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่น้อย 1 ขนานภายใน 1 ปี ก่อนเข้าสู่วิจัย

การได้รับยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) หมายถึงการได้รับยาปฏิชีวนะทั้งในรูปแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือรูปแบบกิน ทั้งในขณะที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลและการรักษาหลังจากให้กลับจากโรงพยาบาล (Discharge)

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการศึกษาเป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม SPSS
2. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ Chi-square ในการหาอัตราความชุกของผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหัวหินและใช้สถิติ Multiple logistic

regression เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมารักษา
ซ้ำใน 28 วันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใน
โรงพยาบาลหัวหิน

ผลการศึกษา

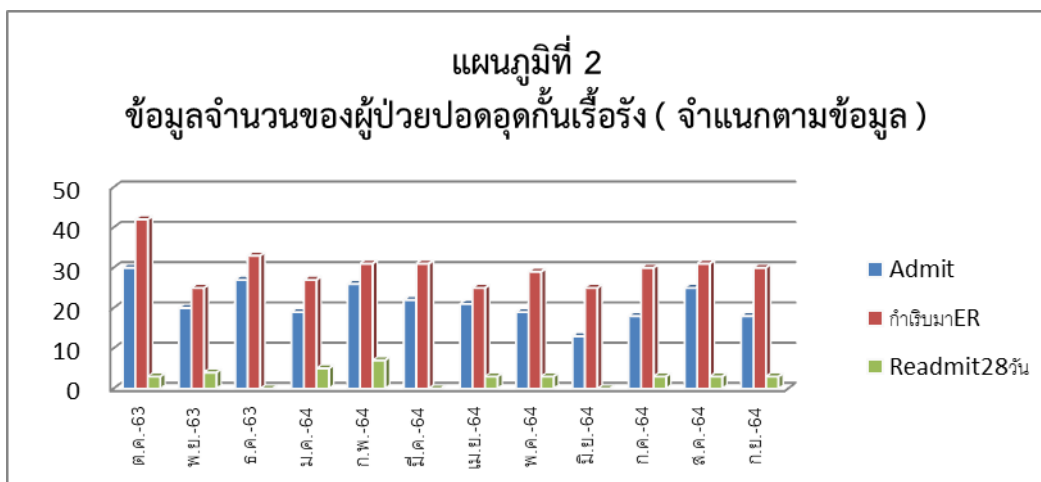
จากการศึกษา ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
(Chronic Obstructive Pulmonary Disease:

COPD) ในโรงพยาบาลหัวหิน ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม
พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2564 ระยะเวลา
1 ปี จำนวนทั้งสิ้น 1,225 คน สามารถแจกแจงข้อมูล
ดังรายละเอียดต่างๆ ได้ดัง แผนภูมิ ที่ 1 นี้



ในจำนวนผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน
1,225 ราย มีจำนวน 258 ราย ที่มีอาการกำเริบ
รุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยใน
(Admission) 258 ราย คิดเป็น ร้อยละ 21.06 มี
จำนวน 359 ราย ที่มีอาการกำเริบต้องเข้ารับการ
รักษาในแผนกฉุกเฉิน คิดเป็น 29.31 และมีจำนวน

ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่กลับมาเข้ารับการ
รักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Readmission) 34 ราย
คิดเป็น ร้อยละ 13.18 ของจำนวนผู้ป่วยปอดอุดกั้น
เรื้อรังที่รักษานอนโรงพยาบาล ตลอดระยะเวลา 1 ปี



แผนภูมิที่ 2 ข้อมูลจำนวนของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (Admission), ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อาการกำเริบต้องเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน (ER), ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Readmission) จำแนกรายเดือน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2564

จากข้อมูลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Readmission) จำนวน 34 รายนั้น มีอายุมากกว่า 65 ปี จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 76.47) มีโรคร่วมมากกว่า 3 โรค จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 76.47) ได้รับการรักษาโดยใช้ปฏิชีวนะ (Antibiotics) จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 75.53) ได้รับการรักษาโดยใช้ยาสเตียรอยด์ในโรงพยาบาล ในการเข้ารับการรักษาครั้งก่อนในโรงพยาบาล (Systemic Steroids) จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 88.23) ได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ 15 ราย (ร้อยละ 44.12) และได้รับการเข้ารักษาในผู้ป่วยหนักวิกฤต (ICU) หรือต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 58.82)

ในขณะที่ในกลุ่มของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่ได้กลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน (No Readmission) พบว่าผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่ได้กลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน (No Readmission) จำนวน 224 รายนั้น มีอายุมากกว่า 65 ปี จำนวน 145 ราย (ร้อยละ 67.73) มีโรคร่วมมากกว่า 3 โรค จำนวน 92 ราย (ร้อยละ 41.07) ได้รับการรักษาโดยใช้ปฏิชีวนะ (Antibiotics) จำนวน 175 ราย (ร้อยละ 78.13) ได้รับการรักษาโดยใช้ยาสเตียรอยด์ในโรงพยาบาล (Systemic Steroids) จำนวน 189 ราย (ร้อยละ 84.38) ได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ 20 ราย (ร้อยละ 8.93) และได้รับการเข้ารักษาในผู้ป่วยหนักวิกฤต (ICU) หรือต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 56 ราย (ร้อยละ 25.00)

จากข้อมูลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Readmission) ในจำนวน 34 ราย พบว่ามีอายุตั้งแต่ 18-45 ปี เป็นจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 5.88) มีอายุตั้งแต่ 46-65 ปี เป็นจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 17.65) มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เป็นจำนวน 26 ราย (ร้อยละ 76.47) ได้รับการรักษาโดยใช้ปฏิชีวนะ (Antibiotics) 25 ราย (ร้อยละ 75.53) ได้รับการรักษาโดยใช้ยาสเตียรอยด์ในโรงพยาบาล ในการเข้ารับการรักษาครั้งก่อนโรงพยาบาล (Systemic Steroids) 30 ราย (ร้อยละ 88.23) เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพียงอย่างเดียว 5 ราย (ร้อยละ 14.71) ไม่มีผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร่วม 2 โรค เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร่วม 3 โรค จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 2.94) เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร่วม 3 โรค ขึ้นไป จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 82.94) ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 44.12) และต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักวิกฤต/ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ/ใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 20 ราย (ร้อยละ 58.82)

ในขณะที่ในกลุ่มของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่ได้กลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน (No Readmission) พบว่าผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่ได้กลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน (No Readmission) จำนวน 224 รายนั้น พบว่ามีอายุตั้งแต่ 18-45 ปี เป็นจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 3.57) มีอายุตั้งแต่ 46-65 ปี เป็นจำนวน 71 ราย (ร้อยละ 31.70) มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เป็นจำนวน 145 ราย (ร้อยละ 67.73) ได้รับการรักษาโดยใช้ปฏิชีวนะ (Antibiotics) 175 ราย (ร้อยละ 78.13) ได้รับการรักษาโดยใช้ยาสเตียรอยด์ในโรงพยาบาล ในการเข้ารับการรักษาครั้งก่อน (Systemic Steroids) 189 ราย (ร้อยละ 84.38) เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพียงอย่างเดียว 89 ราย (ร้อยละ 39.73) เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร่วม 2 โรค จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 4.91) เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร่วม 3 โรค

จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 14.2) เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร่วม 3 โรค ขึ้นไป จำนวน 92 ราย (ร้อยละ 41.07) ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ จำนวน 20 ราย

(ร้อยละ 8.93) และต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักวิกฤต/ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ/ใช้เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 56 ราย (ร้อยละ 25.00)

ตารางที่ 1 จำนวนของ ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมาเข้ารับการรักษซ้ำภายใน 28 วัน (Readmission) จำแนกตามปัจจัยต่างๆ อายุ การรักษาโดยใช้ Antibiotics การรักษาโดยใช้ Steroids โรคประจำตัวร่วมของผู้ป่วยประวัติการได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (N=258)	Readmission N=34 (%)	No Readmission N=224 (%)
อายุ(ปี)		
18-45	2(5.88)	8(3.57)
46-65	6(17.65)	71(31.70)
>65	26(76.47)	145(67.73)
รักษาโดยใช้ ATB		
ใช่	25(75.53)	175(78.13)
ไม่ใช่	9(26.47)	49(21.86)
รักษาโดยใช้ Systemic Steroids		
ในโรงพยาบาล		
ใช่	30(88.23)	189(84.38)
ไม่ใช่	4(11.76)	35(15.63)
โรคประจำตัว		
1	5(14.71)	89(39.73)
2	0(0.00)	11(4.91)
3	1(2.94)	32(14.29)
>3	28(82.35)	92(41.07)
ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่		
ได้	15(44.12)	20(8.93)
ไม่ได้	19(55.88)	204(91.07)
ระดับความรุนแรงของผู้ป่วย		
ต้องใช้ ICU/Ventilator	20(58.82)	56(25.00)
ไม่ต้องใช้ ICU/Ventilator	14(41.18)	168(75.00)

ตารางที่ 1 จำนวนของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมาเข้ารับการรักษซ้ำภายใน 28 วัน (Readmission) จำแนกตามปัจจัยต่างๆ อายุการรักษาโดยใช้ปฏิชีวนะ (Antibiotics) การรักษาโดยใช้

ยาสเตียรอยด์ในโรงพยาบาล ในการเข้ารับการรักษาก่อน (Systemic Steroids) โรคประจำตัวร่วมของผู้ป่วย ประวัติการได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษ

ตาราง ที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังภายใน 28 วัน (Readmission) จำแนกตามปัจจัยต่างๆ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง(N=258)	Readmission N=34 (%)	No Readmission N=224 (%)	ODDs ratio	95% Confident Interval	p- Value
อายุมากกว่า>65ปี	26(76.47)	145(67.73)	1.77	0.769-4.062	0.201
รักษาโดยใช้ Antibiotics	25(75.53)	175(78.13)	0.77	0.341-1.728	0.089
รักษาโดยใช้ Systemic Steroids	30(88.23)	189(84.38)	1.39	1.35-11.941	0.044*
โรคร่วมมากกว่า 3 โรค	28(82.35)	92(41.07)	6.71	2.125-22.656	<0.001*
ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	15(44.12)	20(8.93)	8.05	3.558-17.996	<0.001*
ICU/Ventilator	20(58.82)	56(25.00)	4.28	1.468-12.346	0.025*

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังภายใน 28 วัน (Readmission) จำแนกตามปัจจัยต่างๆ

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับเข้ามาได้รับการรักษาซ้ำ (Readmission) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป ซึ่งพบร้อยละ 76.47 โดยส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวร่วมมากกว่า 3 โรคขึ้นไป ถึงร้อยละ 82.35 ได้รับการรักษาโดยใช้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) ร้อยละ 75.53 ได้รับการรักษาโดยใช้สเตียรอยด์ ในโรงพยาบาล ในการเข้ารับการรักษาก่อน (Systemic Steroids) ร้อยละ 88.23 ได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 44.12 และมีอาการรุนแรงจนต้องเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยหนักวิกฤต หรือต้องใส่ท่อช่วยหายใจ/เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 58.82

ซึ่งเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่ได้กลับเข้ามาได้รับการรักษาซ้ำ (No Readmission) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีโอกาสกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ 1.77 เท่า (OR=1.77) (95% CI=0.769-4.062) (p-value=0.201) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยา Antibiotics มีโอกาสกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ 0.77 เท่า (OR=0.77) (95% CI=0.341-1.728) (p-value=0.089)

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยา Systemic Steroids มีโอกาสกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ 1.39 เท่า (OR=1.39) (95% CI=1.35-11.941) (p-value =0.044) ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร่วมมากกว่า 3 โรค มีโอกาสกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ 6.71 เท่า (OR=6.71) (95% CI=2.125-22.656) (p-value<0.001) ผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ มีโอกาสกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ 8.05 เท่า (OR=8.05) (95% CI=3.58-17.996) (p-value<0.001) ผู้ป่วยหนักที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) หรือต้องใส่ท่อช่วยหายใจ/เครื่องช่วยหายใจ (Using Endotracheal tube/Using Ventilator) มีโอกาสกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ 4.28 เท่า (OR=4.28) (95% CI=1.468-12.346) (p-value <0.025)

อภิปรายผลการศึกษา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขด้านการรักษาของผู้ป่วยที่สำคัญในโรงพยาบาลหัวหิน การเกิดการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการรักษา และทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนต้องกลับมาอนโรงพยาบาลรักษาซ้ำในระยะเวลาอันรวดเร็ว การเกิดการกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากการกระตุ้นโดยปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การติดเชื้อ สิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลทำให้เกิดการอักเสบในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง กระตุ้น

การอักเสบของเซลล์ การหลั่งสารเคมีต่างๆ ก่อให้เกิดการอักเสบในระบบทางเดินหายใจและทั่วร่างกาย ซึ่งส่งผลให้เกิดการลดลงของสมรรถภาพปอดอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและก่อให้เกิดการกำเริบจนต้องกลับมารักษาซ้ำในที่สุด

ในส่วนของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลหัวหิน ในช่วงระยะ 1 ปีที่ทำการศึกษาพบว่า มีในจำนวนผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีอาการกำเริบรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (Admission) ร้อยละ 21.06 ซึ่งเมื่อเทียบจำนวนผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่กลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Readmission) พบว่ามีความชุกร้อยละ 13.18 ของจำนวนผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รักษานอนโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำนอนโรงพยาบาล (Readmission) ภายใน 28 วัน ร้อยละ 13.18 ซึ่งเปรียบเทียบกับการศึกษาของ อูซา เอี่ยมลออ และคณะ (2018)⁹ พบว่า อัตราการรับเข้าเป็นผู้ป่วยในซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีค่าร้อยละ 23.80 และการศึกษาของ Garcia-Aymerich et al. (2003)¹⁰ ที่ทำการศึกษา ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมานอนซ้ำในโรงพยาบาล พบว่าอัตราการรับผู้ป่วยในซ้ำของผู้ป่วย COPD มีค่าร้อยละ 63 ตามลำดับ ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำในผู้ป่วย ในส่วนของปัจจัยทางด้านบุคคล ซึ่งประกอบด้วย อายุ และโรคประจำตัว จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่นอนโรงพยาบาลซ้ำ ส่วนใหญ่ อายุมากกว่า 65 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ (Paupankitcharean, 2008)⁸ เนื่องจากธรรมชาติของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นเกิดจากหลายสาเหตุปัจจัย ซึ่งต้องใช้เวลาในการพัฒนาความรุนแรงของโรคจึงจะแสดงอาการออกมา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมีอายุมาก และยิ่งทวีความรุนแรงของโรคมายิ่งขึ้น จนเกิดการกำเริบในหลายๆครั้ง แต่ในรายงานการวิจัยนี้พบว่ายังไม่พบแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ต่อกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นที่ไม่ได้กลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ส่วนปัจจัยในเรื่องของการที่ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวร่วมมากกว่า 3 โรค มีโอกาสกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน 6.71 เท่า (p-value <0.001) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Timothy H. Harries et al.(2017)⁵ และ Chia Wei Kong et al.(2020)⁶ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีโรคโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคประจำตัวร่วมอย่างอื่นด้วย เช่น โรคหัวใจล้มเหลว โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ ซึ่งส่วนใหญ่ล้วนเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ทำให้มีโอกาสกำเริบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ง่ายขึ้น เป็นผลทำให้มีโอกาสนอนโรงพยาบาลซ้ำสูงขึ้น จึงเป็นส่วนสำคัญที่จะนำข้อมูลดังกล่าวไปบูรณาการและให้ความสำคัญในการคัดกรองโรคร่วมกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะต่อยอดและพัฒนาโครงการไปสู่โรงพยาบาลชุมชน ทำให้ลดอัตราการการรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซ้ำลดลง และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยได้ต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าการได้รับยาสเตียรอยด์ในการเข้ารับการรักษาครั้งแรกก่อน (Systemic Steroids) (OR=1.39) (p-value =0.044) การได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ (OR=8.05) (p-value <0.001) ความรุนแรงของโรคจนต้องนอนหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) หรือใส่ท่อช่วยหายใจ/เครื่องช่วยหายใจ (Intubation)/(Ventilator) (OR=4.28) (p-value <0.025) มีความสัมพันธ์กับการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Garcia-Aymerich J et al.(2003)¹⁰ และ Chia Wei Kong et al. (2020)⁶ ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวพบว่าการใช้ Systemic

Steroids ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล แม้ว่าจะใช้ยาในระยะเวลาสั้น (Short Course) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยดังกล่าวมีอาการรุนแรงเมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการให้ Systemic Steroids และการใช้ Systemic Steroids ระยะเวลาสั้นในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะการติดเชื้อ ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน และจากการศึกษาพบว่า การได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ มีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงของการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน

เนื่องจากสาเหตุในการกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นพหุปัจจัย ปัจจัยเสี่ยงจากการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่จึงอาจจะเป็นความบังเอิญทางสถิติ ซึ่งจากการสำรวจจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลหัวหิน พบว่ายังมีผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลยังอยู่ในจำนวนที่ไม่มากคือ 35 ราย จาก 228 รายที่นอนโรงพยาบาลทั้งหมดใน 1 ปี ซึ่งอาจจะยังไม่มากพอที่จะสรุปผลในประเด็นที่ว่า การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ อาจส่งผลต่อการกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกกรัษต์ พลานุภาพ และคณะ (2559)⁷

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องต่อการนอนโรงพยาบาลซ้ำ (Readmission) ในผู้ป่วยในส่วนของปัจจัยทางด้านการรักษาพยาบาล พบว่าปัจจัยด้านการรักษาโดยใช้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการกลับมารักษาในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (OR=0.77) (p-value=0.089) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกกรัษต์ พลานุภาพ และคณะ (2559)⁷ ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากผู้ป่วยที่มารักษา มักได้รับการรักษาด้วย ยาปฏิชีวนะในขณะที่การติดเชื้อยังไม่เกิดขึ้น (Antibiotics Prophylaxis) จำนวนหนึ่ง ทำให้ผู้ป่วยที่อาการไม่ได้รุนแรงหรือมีความ

เสี่ยงทางการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ได้รับการรักษาโดยใช้ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) ไปด้วยทำให้ผลการศึกษาดังกล่าวไม่แตกต่างกันระหว่างทั้งสองกลุ่ม

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคจนต้องนอน หอผู้ป่วยวิกฤตหรือใส่ท่อช่วยหายใจ/เครื่องช่วยหายใจ (Intubation)/Ventilator (OR=4.28) (p-value <0.025) มีความสัมพันธ์กับการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Garcia-Aymerich J et al.(2003)¹⁰ และ Chia Wei Kong et al. (2020)⁶ ซึ่งแสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าผู้ป่วยยังมีความรุนแรงของโรคมกเท่าใด โอกาสที่โรคมีความกำเริบรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำย่อมมีมากขึ้นเท่านั้น

รายงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งในฐานะอายุรแพทย์โรงพยาบาลหัวหิน เห็นควรให้มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยทั้งในเรื่องแผนการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพในขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแล อย่างถูกต้อง และเข้าใจการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องมีการกำหนดเป้าหมายและระยะเวลาในการทำกิจกรรมของแต่ละวิชาชีพให้ชัดเจน และเน้นให้ผู้ดูแลที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ประโยชน์ของงานวิจัยทางคลินิก

สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนี้ไปวิเคราะห์ เพื่อหาสาเหตุและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อการรักษา แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยในที่มีโอกาสกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ จะมีเหตุปัจจัยจากทางสุขภาพและการดำเนินโรคของผู้ป่วยก็ตาม โดยอาจจะเกิดจากสาเหตุหลายประการ การนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ สามารถนำมาปรับใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล รวมไปถึงสามารถสร้างความเชื่อมโยงการบริการจากกรอบของโรงพยาบาลหลักไปสู่โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นเครือข่ายให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไปในอนาคต

ข้อจำกัดการวิจัย/ความยุ่งยากในการดำเนินการ

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ดังนี้

1) เนื่องจากเป็นงานวิจัยแบบ ภาคตัดขวาง ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ศึกษาจากข้อมูลทางเวชระเบียน ซึ่งใช้ข้อมูลเวชระเบียนเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และนอนในโรงพยาบาลแล้วเท่านั้น จึงทำให้ความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลมีความขาดตกบกพร่องในบางประการ ในเรื่องของความสมบูรณ์ ครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลจึงทำให้ไม่อาจอ้างอิงผลการศึกษาไปถึงผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดได้

2) ข้อมูลที่ใช้ ไม่ได้มีการเก็บปัจจัยเสี่ยงในเรื่องของประวัติการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล รายได้ความเป็นอยู่ ประวัติการสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโดยละเอียด เนื่องจากข้อมูลในการจัดเก็บเวชระเบียนมีไม่ครบถ้วนทุกราย และเป็นข้อมูลการบริการไม่ใช่ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ

3) ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลอาจจะไม่ยาวนานพอ อาจจะมีผลต่อการมีนัยสำคัญทางสถิติบางประการของปัจจัยที่มีผลเกี่ยวข้องในการทำวิจัย

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ควรศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องของปัจจัยที่สามารถอธิบายพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกับปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยพัฒนาต่อยอดในการเพิ่มระยะเวลาการเก็บข้อมูลให้ยาวนานขึ้นเป็น 3-5 ปี และศึกษาเพิ่มระยะเวลาในการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำเป็น 90 วัน 180 วัน ถึง 1 ปี เพื่อจะได้เป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูล และเชื่อมโยงข้อมูลได้มากขึ้นต่อไป

บรรณานุกรม

1. World health organization. (2018). Chronic respiratory disease. Retrieved from HUhttp://www.who.int/respiratory/COPD/diagnosis/en/index.html
2. Kerdsin, S., & Suphanchaimat, R. (2016). Outcome of service development program on within-28-days readmissions of chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) patients: A Case Study of Somdej phrajao taksin maharaj hospital, Tak province. Journal of Health Science, 25(2),246-254.
3. จเร บุญเรือง, จอม สุวรรณโณ, เจนเนตร พลเพชร, เรวดี เพชรศิราสัมพันธ์, และลัดดา เกียมวงศ์. ปัจจัยทำนายการกำเริบฉับพลันรุนแรงในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง.วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. (2560); 28(1): 111-128.
4. รายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562.คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) หัวข้อโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (NCD:COPD) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เขตสุขภาพที่ 5 .วันที่ 25 มิถุนายน 2562.

5. Harries, T.H., Thornton, H., Crichton, S. et al.
Hospital readmissions for COPD: a retrospective longitudinal study. *npj Prim Care Resp Med* 27, 31 (2017) within 28 Days of COPD Patients at Ang Thong Hospital, EAU Heritage Journal Science and Technology; Vol. 12 No. 2 May-August 2018.
6. Chia Wei Kong, Tom M.A. Wilkinson.
Predicting and preventing hospital readmission for exacerbations of COPD. *ERJ Open Research* Apr 2020, 6 (2) 00325-2019
7. Kanokrat Palanupap, Kuntida Wacharamaneekan, Thidanai Khameiad, Pichit Tretrisit, Phenphan Kantasa, Kanokrot Chowjiriyapan, Yongyuth Chumkomlue, Pannathon Chachvarat, Verapol Chandeying, Risk factors associated 28-day readmission for a chronic obstructive pulmonary disease Exacerbation, *Naresuan Phayao J.* 2016;9(2):13-16
8. Pichet Puapankijcharoen, Emergency Room Visit of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease at Nakhonnayok Hospital, Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, Vol. 3 No. 1, Jan. – Apr. 2008
9. Usa Iamlaor, Yaowares Saisawang, Piyaluck Chaisuwan and Aree Kopattanakit, Incidence and Risk Factors Associated with Readmission
10. Garcia-Aymerich, J., Farrero, E., Félez, M. A., Izquierdo, J., Marrades, R. M., & Antó, J. M. (2003). Risk factors of readmission to hospital for a COPD exacerbation: A prospective study. *Thorax*, 58(2), 100-105.
11. Vogelmeier CF, Criner GJ, Martinez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, Celli BR, Chen R, Decramer M, Fabbri LM, Frith P, Halpin DM, López Varela MV, Nishimura M, Roche N, Rodriguez-Roisin R, Sin DD, Singh D, Stockley R, Vestbo J, Wedzicha JA, Agustí A. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report. GOLD Executive Summary. *Am J Respir Crit Care Med.* 2017 Mar 1;195(5):557-582. doi: 10.1164/rccm.201701-0218PP. PMID: 281289

ปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ในหญิงไทยที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลหัวหิน

จิรัชญา กลีบสุวรรณ, พ.บ., ว.ว.สุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลหัวหิน

Received: Sep 19, 2022

Revised: Nov 1, 2022

Accepted: Nov 9, 2022

บทคัดย่อ

ที่มา: ความอ้วนเป็นปัญหาสำคัญที่มีแนวโน้มทางระบาดวิทยาเพิ่มสูงขึ้นทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทยและก่อให้เกิดผลกระทบกับมนุษย์ไม่ว่าในระดับปัจเจกบุคคลหรือภาพรวม ทั้งในด้านสถานะสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ทั้งนี้ ในเพศหญิงเมื่อตั้งครรภ์จะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และคงค้างอยู่หลังคลอด ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจะพัฒนาเข้าสู่ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในที่สุด

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นเวชระเบียนของหญิงไทยตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ คลอดบุตร และตรวจติดตามหลังคลอดที่โรงพยาบาลหัวหินในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2564 จำนวน 908 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, t-test, one-way ANOVA, Correlation และ Stepwise multiple regression analysis

ผลการศึกษา: น้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ของหญิงไทยที่มารับบริการฝากครรภ์ คลอดบุตร และตรวจติดตามหลังคลอดที่โรงพยาบาลหัวหินเฉลี่ยอยู่ที่ 2.31 กิโลกรัม (S.D. = 4.54) เมื่อจำแนกตามลักษณะจำเพาะก่อนการตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์และวิธีการคลอด พบว่าจำนวนการคลอด ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ และน้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์มีผลต่อน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ ($P < 0.05$) โดยน้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์สามารถทำนายน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ได้ร้อยละ 44.2 ตามสมการที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้าสมการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุป: จากผลการวิจัยที่ได้ควรเฝ้าระวังปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ ได้แก่ น้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์ ทั้งนี้ควรให้ความสำคัญมากขึ้นในหญิงตั้งครรภ์แรก และหญิงที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ปกติ

คำสำคัญ : น้ำหนักคงค้างหลังคลอด, น้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์, ตรวจติดตามหลังคลอด, หญิงตั้งครรภ์

Factors associated with Postpartum Weight Retention in Thai Singleton Pregnant Women at 6 Weeks Postpartum in Hua Hin Hospital

Jiratchaya Kleebsuwan, M.D., Dip. of Obstetrics and Gynecology

Division of Obstetrics and Gynecology, Hua Hin Hospital

Received: Sep 19, 2022

Revised: Nov 1, 2022

Accepted: Nov 9, 2022

Abstract

Background: Obesity is currently a major problem with increasing epidemiological trends worldwide, including in Thailand. Obesity creates impacts on human beings, both at the individual and state level, as it affects human health, society and economic status. Generally, when women become pregnant, their weight will increase quickly and many cases of acquired weight have remained after childbirth. If women do not take care of themselves correctly, the remaining weight will ultimately grow into overweight and obese.

Objective: The objective of this analytical research was to examine factors affecting postpartum weight retention at 6 weeks postpartum.

Methods: The sample was a medical record of 908 Thai women who were attended antenatal care, maternity visits and postpartum follow-up at Hua Hin Hospital between October 1, 2018 and September 30, 2021. Data were analyzed using Percentage, Mean, and Standard deviation, t-test, one-way ANOVA, Correlation and Stepwise multiple regression analysis.

Results: The results showed that the postpartum weight retention at 6 weeks of Thai women who received antenatal care, maternity care and postpartum follow-up at Hua Hin Hospital had an average weight of 2.31 kg (S.D.= 4.54). According to the pre-pregnancy characteristics, during pregnancy and mode of delivery found that the parity, pre-pregnancy body mass index and pregnancy weight gain had an effect on the residual weight at 6 weeks postpartum ($P<0.05$). Obtained result from the multiple regression analysis according to the order of the variables entering the equation was statistically at the significant level of 0.01. The pregnancy weight gain was predicted by 44.2% at 6 weeks of postpartum weight.

Conclusion: From the results of this research, the author suggested that the factors affecting the postpartum weight retention, especially pregnancy weight gain should be monitored. Attention to the primigravida women and women with a normal pre-pregnancy body mass index should be the priority.

Keywords: Postpartum weight retention, Pregnancy weight gain, Postpartum follow-up, Pregnant woman

บทนำ

โรคอ้วนทั่วโลกเพิ่มขึ้นเกือบสามเท่าตั้งแต่ 1975¹ คิดเป็นจำนวนประชากรประมาณ 2.1 พันล้านคนหรือประมาณร้อยละ 30 และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง² เมื่อแยกพิจารณาตามเพศมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นทั้งชายและหญิง³ นอกจากนี้ยังมีรายงานในปี 2020 ว่าเด็กอายุน้อยกว่าห้าปีจำนวน 39 ล้านคนมีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน¹

เมื่อสตรีมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นจะมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทำให้มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการมีน้ำหนักที่คงค้างอยู่หลังคลอดทำให้สตรีมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นในระยะยาวจึงเพิ่มความเสี่ยงการเข้าสู่ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนหากไม่ได้มีการดูแลอย่างเหมาะสม⁴ มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าภาวะอ้วนหลังคลอดนั้นมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่เชื้อชาติแอฟริกัน, ระดับการศึกษา, น้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะสั้น, จำนวนการตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้น,⁵ เขตที่อยู่อาศัย,⁶ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์,⁷ วิธีการคลอด,⁸ เส้นรอบเอวก่อนตั้งครรภ์, เส้นรอบสะโพกก่อนตั้งครรภ์, การคุมอาหาร, การรับประทานธัญพืช/ไขมัน, รูปแบบข้อห้ามในการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย⁹

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นนั้นเป็นปริมาณไขมัน¹⁰ ซึ่งส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อตัวมารดาไม่ว่าจะเป็นรูปลักษณะการเกิดโรคเมตาบอลิก (เบาหวาน, หัวใจ) ผลต่อการตั้งครรภ์ครั้งถัดไป โรคทางนรีเวช เช่น Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) ทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในวัยหมดประจำเดือนได้แก่มะเร็งเต้านมและมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกอีกด้วย^{11,12,13} ในด้านทารกจะสัมพันธ์กับความพิการแต่กำเนิด ทารกมีขนาดตัวโตกว่าอายุครรภ์¹⁴ ทำให้มีโอกาสคลอด

ยากโดยเฉพาะการคลอดไหล่ รวมทั้งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเมตาบอลิกในวัยเด็กและวัยรุ่น¹⁵

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักคงค้างหลังคลอด 6 สัปดาห์ในหญิงไทยที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลหัวหิน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ Retrospective analytical analysis โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนหญิงไทยตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหัวหินในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2561 ถึง 30 กันยายน พ.ศ.2564 โดย

- เกณฑ์คัดเข้า คือ หญิงไทยตั้งครรภ์เดี่ยวอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้ฝากครรภ์ คลอดบุตรที่อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ และมาตรวจติดตามหลังคลอด 6 สัปดาห์ที่โรงพยาบาลหัวหิน

- เกณฑ์คัดออก คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ถูกส่งตัวมารักษาต่อจากโรงพยาบาลอื่น และมีข้อมูลตัวแปรที่ต้องการศึกษาไม่ครบถ้วน

ผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของหญิงไทยตั้งครรภ์โรงพยาบาลหัวหิน และสร้างเป็นแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อใช้เป็นเครื่องมือการวิจัยตามกรอบแนวคิดที่ได้จากการศึกษารรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยนำแบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุขในสาขาที่เกี่ยวข้องจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ ข้อมูลวิจัย ประกอบด้วย

- 1) ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลก่อนตั้งครรภ์ ได้แก่ ระดับการศึกษา เขตที่อยู่ จำนวนการคลอด น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ ส่วนสูง
- 2) ข้อมูลวันที่มาคลอด ได้แก่ น้ำหนักวันที่มาคลอด วิธีการคลอด
- 3) ข้อมูลวันที่มาตรวจหลังคลอด ได้แก่ น้ำหนักวันที่มาตรวจหลังคลอด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นการรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564 จำนวน 908 ราย ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกของงานวิจัย โครงร่างวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขโครงการ RECHHH 004/2565

การวิเคราะห์ข้อมูลระดับการศึกษาเขตอาศัย จำนวนการคลอด ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ วิธีการคลอด น้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ในหญิงไทยที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลหัวหิน ด้วยสถิติ t-test independent, One- way ANOVA, Correlation, Regression analysis ด้วยโปรแกรม SPSS version 21 ลิขสิทธิ์ของศูนย์ฝึกอบรม และแพทยศาสตรศึกษา ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

ผลการศึกษา

จากข้อมูลหญิงไทยที่มารับบริการฝากครรภ์ คลอดบุตร และตรวจติดตามหลังคลอด 6 สัปดาห์ในโรงพยาบาลหัวหินระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2564 พบว่าร้อยละ 69.1 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในอำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (ร้อยละ 65.2) พบเป็นการคลอดบุตรครั้งแรกร้อยละ 46.7 และมีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ($18.5-24.99 \text{ กก./ม}^2$) ร้อยละ 55.4 โดยมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์อยู่ในเกณฑ์แนะนำ (อ้างอิง IOM guideline และเกณฑ์ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย) ร้อยละ 37.1 ส่วนมากมีวิธีการคลอดบุตรโดยวิธีธรรมชาติ (ร้อยละ 66.2) โดยหญิงไทยที่มารับบริการฝากครรภ์ คลอดบุตร และตรวจติดตามหลังคลอด 6 สัปดาห์ในโรงพยาบาลหัวหิน มีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์เฉลี่ย 2.31 กิโลกรัม (S.D. = 4.54) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของหญิงไทยที่มารับบริการฝากครรภ์ คลอดบุตร และตรวจติดตามหลังคลอด 6 สัปดาห์ในโรงพยาบาลหัวหิน (n = 908 ราย)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาปีที่ 6	98	10.8
มัธยมศึกษาปีที่ 3 หรือเทียบเท่า	273	30.1
มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า	354	39.0
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	183	20.1
เขตอาศัย		
ตำบลหัวหิน	245	27.0
ตำบลอื่นในอำเภอหัวหิน	347	38.2
อำเภออื่นในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์	130	14.3
จังหวัดอื่น	186	20.5
จำนวนการคลอด		
1 ครั้ง	424	46.7
2 ครั้ง	310	34.1
3 ครั้ง	133	14.7
4 ครั้งขึ้นไป	41	4.5
ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ (กก./ม²)		
น้อยกว่า 18.5	113	12.4
18.5-24.99	503	55.4
25.00-29.99	188	20.7
30 ขึ้นไป	104	11.5
น้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์		
น้อยกว่าเกณฑ์	333	36.7
อยู่ในเกณฑ์	337	37.1
มากกว่าเกณฑ์	238	26.2
วิธีการคลอด		
คลอดบุตรโดยวิธีธรรมชาติ	601	66.2
ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง	307	33.8
น้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์	ค่าเฉลี่ย 2.31 กิโลกรัม (-10 ถึง 30 กิโลกรัม) S.D. = 4.54	

เมื่อพิจารณาโดยการจำแนกตามจำนวนการคลอด ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ และน้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์ พบว่าหญิงไทยที่มารับบริการฝากครรภ์ คลอดบุตร และตรวจติดตามหลังคลอด 6

สัปดาห์ในโรงพยาบาลหัวหินจะมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนั้นไม่พบความแตกต่าง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ของหญิงไทยที่มารับบริการฝากครรภ์ คลอดบุตร และตรวจติดตามหลังคลอด 6 สัปดาห์ในโรงพยาบาลหัวหิน จำแนกตามลักษณะจำเพาะก่อนตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์และวิธีการคลอด

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	t /F	หมายเหตุ (คู่ที่ต่างกัน)
ระดับการศึกษา			0.642	
ประถมศึกษาปีที่ 6	1.93	4.98		
มัธยมศึกษาปีที่ 3 หรือเทียบเท่า	2.14	4.39		
มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า	2.42	4.48		
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	2.58	4.66		
เขตอาศัย			1.756	
ตำบลหัวหิน	2.14	4.17		
ตำบลอื่นในอำเภอหัวหิน	2.48	4.96		
อำเภออื่นในจังหวัดประจวบคีรีขันธ์	2.90	4.61		
จังหวัดอื่น	1.81	4.10		
จำนวนคลอด			3.160*	(1,2)
1 ครั้ง	2.80	4.42		
2 ครั้ง	1.85	4.62		
3 ครั้ง	1.89	4.55		
4 ครั้งขึ้นไป	2.09	4.80		
ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์(กก./ม²)			20.015*	(1,3)
น้อยกว่า 18.5	2.90	3.79		(1,4)
18.5-24.99	3.08	4.54		(2,3)
25.00-29.99	1.23	4.23		(2,4)
30 ขึ้นไป	-0.10	4.65		
น้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์			120.76*	(1,2)
น้อยกว่าเกณฑ์	0.13	2.92		(1,3)
อยู่ในเกณฑ์	2.24	3.94		(2,3)
มากกว่าเกณฑ์	5.46	5.32		
วิธีการคลอด			-0.76	
คลอดบุตรโดยวิธีธรรมชาติ	2.23	4.34		
ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง	2.47	4.92		

(* P <0.05)

ทั้งนี้พบว่าน้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.665$) ส่วนจำนวนการคลอดมีความสัมพันธ์ทาง

ลบกับน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (-0.080) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างจำนวนการคลอด และน้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์ กับน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ของหญิงไทยที่มารับบริการฝากครรภ์ คลอดบุตร และตรวจติดตามหลังคลอด 6 สัปดาห์ในโรงพยาบาลหัวหิน

ตัวแปร	จำนวนการคลอด	น้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์	น้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์
จำนวนการคลอด	1		
น้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์	-0.125 **	1	
น้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์	-0.080 *	0.665 **	1

(** p < 0.01, * p < 0.05)

และการศึกษานี้พบว่าน้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์สามารถทำนายน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ของหญิงไทยที่มารับบริการฝากครรภ์ คลอดบุตร และตรวจติดตามหลังคลอด 6 สัปดาห์ในโรงพยาบาลหัวหินได้ร้อยละ 44.2 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการวิเคราะห์ตัวแปรที่สามารถทำนายน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ของหญิงไทยที่มารับบริการฝากครรภ์ คลอดบุตร และตรวจติดตามหลังคลอด 6 สัปดาห์ในโรงพยาบาลหัวหิน

ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือก	R	R ²	Adj R ²	R ² Change	b	Beta	t
น้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์	0.665	0.442	0.442	-	0.578	0.665	26.811
Constant(B) = -4.569 S.E. = 0.280 Over all F = 718.840							

(* p < 0.01)

สมการที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตามลำดับความสำคัญของตัวแปรที่นำเข้ามาสมการมีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สามารถนำมาเขียนในรูปคะแนนดิบและในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

1. ในรูปคะแนนดิบ ได้แก่

$$Y = -4.569 + 0.578 (\text{น้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์})$$

ซึ่งแปลความหมายได้ว่าเมื่อหญิงไทยมีน้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์ 0 กิโลกรัมจะมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์อยู่ที่ -4.569 กิโลกรัม และหากมีน้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์ 1 กิโลกรัมจะมี

น้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์เพิ่มขึ้น -3.991 กิโลกรัม

2. ในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้แก่

$$Z = 0.665 (\text{น้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์})$$

ซึ่งแปลความหมายได้ว่า ถ้าน้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น 1 คาดว่าจะมีคะแนนมาตรฐานของน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์เพิ่มขึ้น 0.665

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าหญิงไทยที่มารับบริการฝากครรภ์ คลอดบุตร และตรวจติดตามหลังคลอด 6 สัปดาห์ในโรงพยาบาลหัวหินมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดเฉลี่ย 2.31 ± 4.54 กิโลกรัม เมื่อจำแนก

ตามจำนวนการคลอด ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ และน้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์พบว่า มีผลต่อน้ำหนักคงค้างหลังคลอด

จำนวนการคลอด มีความสัมพันธ์ทางลบกับน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ โดยผู้ตั้งครรภ์และคลอดบุตรครั้งแรกจะมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดมากที่สุด และแปรผกผันกับจำนวนการคลอดบุตรที่มากขึ้น อาจอธิบายได้จากหญิงตั้งครรภ์และคลอดบุตรครั้งแรกมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขของหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูงเนื่องจากมีความตั้งใจตั้งครรภ์ บุคลิกภาพ เจตคติต่อการตั้งครรภ์ แรงสนับสนุน ทางสังคมขณะตั้งครรภ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองทำให้เกิดความมั่นใจว่าจะสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ได้¹⁶ ซึ่งอาจส่งผลต่อไปยังพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์และหลังคลอดบุตร สอดคล้องกับการศึกษาของ Hollis JL, et al ซึ่งทำการศึกษารื่อง Modifiable risk factors of maternal postpartum weight retention: an analysis of their combined impact and potential opportunities for prevention พบว่าการคลอดบุตรครั้งแรกมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 เดือนสูงกว่าหญิงที่คลอดบุตรครั้งที่ 2 ขึ้นไป¹⁷

ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ พบว่าหญิงไทยที่มารับบริการฝากครรภ์ คลอดบุตร และตรวจติดตามหลังคลอด 6 สัปดาห์ในโรงพยาบาลหัวหินที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ในเกณฑ์ปกติมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์สูงที่สุด รองลงมาคือกลุ่มที่มีดัชนีมวลกาย Underweight โดยกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายใน Obesity จะมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ต่ำที่สุด อาจอธิบายได้จากการมีคำแนะนำเรื่องการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่ไตรมาสแรกหรือครั้งแรกที่มาฝากครรภ์^{18,19} รวมทั้งปัจจุบันมีการให้ความสำคัญกับภาวะแทรกซ้อนใน

ระหว่างตั้งครรภ์โดยเฉพาะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เนื่องจากส่งผลต่อการตั้งครรภ์ต่อการคลอดอย่างมากทั้งทารกตัวโตที่ส่งผลกระทบต่อเกิดการบาดเจ็บต่อมารดาและทารก ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และทารกมีภาวะน้ำตาลต่ำหลังคลอด²⁰ ทำให้หญิงที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ Overweight และ Obesity ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์จะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากสูติรีแพทย์ในการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการรับประทานอาหารและความอ้วนมากกว่ากลุ่มที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ปกติซึ่งจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการดีกว่า²¹ โดยผลการศึกษาที่มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Shao HH, et al ซึ่งได้ทำการศึกษารื่อง Postpartum Weight Retention Risk Factors in a Taiwanese Cohort Study พบว่าดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ overweight หรือ obesity มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 1 เดือน โดยมี adjusted odds ratio 0.85 (95% CI 0.77–0.94) และน้ำหนักจะคงค้างมากกว่า 9 กิโลกรัมที่การติดตาม 1 ปีหลังคลอด²²

น้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์ พบว่าหญิงไทยที่มารับบริการฝากครรภ์ คลอดบุตร และตรวจติดตามหลังคลอด 6 สัปดาห์ในโรงพยาบาลหัวหินที่มีน้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์มากกว่าเกณฑ์แนะนำตามของ IOM และสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยจะมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์มากที่สุด และหญิงที่มีน้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์น้อยกว่าเกณฑ์จะมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดน้อยที่สุด และจากการศึกษานี้ยังพบว่าหากน้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์ 1 กิโลกรัมจะมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์เพิ่มขึ้น -3.991 กิโลกรัม สอดคล้องกับแนวคิดใน William of Textbook Of Endocrinology และ Williams obstetrics ที่กล่าวว่าขณะตั้งครรภ์เดี่ยวหญิงจะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 12.5 กิโลกรัม โดยมาจากทารก 3.4 กิโลกรัม รก 0.65 กิโลกรัม น้ำคร่ำ

0.8 กิโลกรัม มดลูก 1 กิโลกรัม เต้านม 0.4 กิโลกรัม เลือด 1.5 กิโลกรัม และสารน้ำที่สะสมอยู่นอกหลอดเลือด 1.5 กิโลกรัม²³ จะมีน้ำหนักคงค้างเมื่อเทียบกับก่อนตั้งครรภ์ที่ 6 เดือนเท่ากับ 1.4 กิโลกรัม อันเป็นผลเนื่องมาจากการสะสมไขมัน^{10,24} และการศึกษา Subhan FB, et al ซึ่งได้ทำการศึกษารื่อง Association of pre-pregnancy BMI and gestational weight gain with fat mass distribution and accretion during pregnancy and early postpartum: a prospective study of Albertan women ยังพบว่ากลุ่มประชากรที่มีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์มากกว่าเกณฑ์จะมีปริมาณไขมัน และการคงค้างของไขมันหลังคลอดที่สูงกว่ากลุ่มที่การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ ($p < 0.03$) น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์จึงมีความสัมพันธ์กับปริมาณไขมัน ($r = 0.61$, $p < 0.01$) และปริมาณไขมันที่คงค้างหลังคลอด ($r = 0.31$, $p < 0.05$)¹⁰ ทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Yaw YH, et al ที่ได้ทำการศึกษารื่อง Pre-pregnancy BMI and Gestational weight gain are associated with 6 months Postpartum weight retention พบว่าน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์สูงขึ้นสัมพันธ์กับน้ำหนักที่คงค้างหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.41$, $p = 0.001$)⁷

ผลการวิเคราะห์พบว่าระดับการศึกษา เขตอาศัย และวิธีการคลอดไม่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ของหญิงไทย ที่มารับบริการฝากครรภ์ คลอดบุตร และตรวจติดตามหลังคลอด 6 สัปดาห์ในโรงพยาบาลหัวหิน โดยระดับการศึกษาไม่ส่งผลให้หญิงมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Djakovic I, et al ที่ได้ทำการศึกษารื่อง Weight Gain in Pregnancy and Weight Retention after Birth พบว่าไม่มีความต่างกันของน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 1 ปีระหว่างกลุ่มการศึกษาที่ต่างกัน แต่พบว่าหญิง

ที่อาศัยในชนบทจะมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดมากกว่ากลุ่มอาศัยในเมือง 2.5 กิโลกรัม ($p \leq 0.01$)⁶ ซึ่งอาจอธิบายได้จากงานวิจัยนี้ทำ การศึกษาในจังหวัดที่ไม่มีความแตกต่างระหว่างเมืองกับชนบทอย่างชัดเจน และเมื่อจำแนกตามวิธีการคลอดไม่พบว่ามี ความแตกต่างของน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ โดยพบว่าขัดแย้งกับการศึกษา Johnson D, et al ได้ทำการศึกษารื่อง Pregnancy Weight Gain and Postpartum Weight Retention in Active Duty Military Women: Implications for Readiness ซึ่งพบว่าผู้หญิงที่คลอดด้วย Cesarean delivery จะมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์มากกว่า และมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดสูงกว่า⁶ ซึ่งอาจอธิบายได้จากการศึกษานี้เมื่อผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่าหญิงไทยที่คลอดด้วยวิธีธรรมชาติ และคลอดด้วยการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ทั้งสองกลุ่มมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ไม่ต่างกัน (11.69 ± 4.87 และ 12.35 ± 5.86 กิโลกรัมตามลำดับ, $P = 0.087$) จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ไม่ต่างกัน อีกทั้งด้วยการมีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของกระทรวงสาธารณสุขไทยตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก⁴⁹ ทำให้โรงพยาบาลหัวหินอันเป็นพื้นที่ศึกษาได้ดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวอย่างเข้มข้นมาแต่แรก จึงอาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้น้ำหนักคงค้างหลังคลอดของสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน เนื่องจากหลายการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอด^{7,9,17,22,25} รวมทั้งอาจมีความแตกต่างในรูปแบบพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่มีไขมันและแป้งระหว่างกลุ่มประชากรของสองการศึกษา

สรุป

น้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ของหญิงไทยที่มารับบริการฝากครรภ์ คลอดบุตร และตรวจติดตามหลังคลอด 6 สัปดาห์ในโรงพยาบาล

หัวหินมีน้ำหนักเฉลี่ยอยู่ที่ 2.31 กิโลกรัม (± 4.54 กิโลกรัม) โดยปัจจัยที่มีผลต่อน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ประกอบด้วยจำนวนการคลอดดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ และน้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์และเมื่อพิจารณาน้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์สามารถทำนายน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ของหญิงไทยที่มารับบริการฝากครรภ์ คลอดบุตร และตรวจติดตามหลังคลอด 6 สัปดาห์ได้ร้อยละ 44.2

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

- ควรมีระบบเฝ้าระวังปัจจัยที่ส่งผลบวกต่อน้ำหนักคงค้างหลังคลอดที่ 6 สัปดาห์ของหญิงไทยตั้งครรภ์ ได้แก่ น้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์ เพื่อช่วยในการวางแผนการดูแลระหว่างตั้งครรภ์เพื่อให้มีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดน้อยที่สุด ซึ่งจะลดโอกาสของการมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน อีกทั้งยังช่วยป้องกันการเกิดโรคทางนรีเวชและโรคทางเมตาบอลิกในอนาคต

- ในหญิงตั้งครรภ์แรก และหญิงที่มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ปกติซึ่งจะถูกจัดเป็นกลุ่มความเสี่ยงต่ำในแนวเวชปฏิบัติควรพิจารณาให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและเฝ้าระวังเนื่องจากมีโอกาสมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอดมากกว่า

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

- ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจจะส่งผลต่อน้ำหนักคงค้างหลังคลอดเพื่อนำมาวิเคราะห์เพิ่มเติม เช่น เส้นรอบเอวและเส้นรอบสะโพกก่อนตั้งครรภ์ การรับประทานอาหาร ประเภทและข้อห้ามของการรับประทานอาหาร การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียว และการออกกำลังกาย

- ควรมีการศึกษาน้ำหนักคงค้างหลังคลอดในระยะเวลาที่นานขึ้นเพื่อศึกษารูปแบบการลดลงในประชากรเอเชีย

- ควรมีการศึกษาเรื่องโปรแกรมควบคุมน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เพื่อลดโอกาสของการมีน้ำหนักคงค้างหลังคลอด

- เนื่องจากการศึกษานี้ใช้คำแนะนำเรื่องน้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์ของ IOM และสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยซึ่งอ้างอิงจัดกลุ่มดัชนีมวลกายของ WHO ในส่วนของประเทศยุโรป ซึ่งอาจจะสูงเกินไปสำหรับประชากรเอเชียที่มีโครงร่างเล็กกว่า จึงควรมีการศึกษาเพื่อกำหนดคำแนะนำเรื่องน้ำหนักที่เพิ่มขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสมกับประชากรเอเชียต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล และกระบวนการทำวิจัยครั้งนี้ เจ้าหน้าที่คลินิกฝากครรภ์ และห้องคลอดโรงพยาบาลหัวหินที่อำนวยความสะดวกในการรวบรวมข้อมูลวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Obesity and overweight [Internet]. Who.int. 2022 [cited 1 April 2022]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. 2Most Obese Countries 2022 [Internet]. Worldpopulationreview.com. 2022 [cited 1 April 2022]. Available from: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/most-obese-countries>
3. Fryar CD, Carroll MD, Afful J. Products - Health E Stats - Prevalence of Overweight, Obesity, and Severe Obesity Among Adults Aged 20 and Over: United States, 1960–1962

- Through 2017–2018 [Internet].
www.cdc.gov. 2021. Available from:
<https://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/obesity-adult-17-18/obesity-adult.htm>
4. Gunderson EP. Childbearing and Obesity in Women: Weight Before, During, and After Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2009;36(2):317-32.
 5. Turner M, Layte R. Obesity levels in a national cohort of women 9 months after delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2013;209(2):124.e1-7.
 6. Djaković I, Soljačić-Vraneš H, Kuna K. Weight Gain in Pregnancy and Weight Retention after Birth. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2019;7(4):614-6.
 7. Yaw YH, Shariff ZM, Shahdan JB. Pre-pregnancy BMI and Gestational weight gain are associated with 6 months Postpartum weight retention. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*. 2017;4(4):112-25.
 8. Johnson D, Madsen C, Banaag A, Krantz DS, Koehlmoos TP. Pregnancy Weight Gain and Postpartum Weight Retention in Active Duty Military Women: Implications for Readiness. *Mil Med*. 2021.
 9. Nagpal S, Chandrashekarappa S, Chakrashali S, Rakshitha J, Mysore Ramaiah N. Exploring the hidden part of the iceberg: Post-partum weight retention among mothers and its association with sociodemographic, cultural and behavioural factors. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2021;9:62-8.
 10. Subhan FB, Shulman L, Yuan Y, McCargar LJ, Kong L, Bell RC. Association of pre-pregnancy BMI and gestational weight gain with fat mass distribution and accretion during pregnancy and early postpartum: a prospective study of Albertan women. *BMJ Open*. 2019 Jul;9(7):e026908.
 11. ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. น้ำหนักตัวมารดากับการตั้งครรภ์: ปัจจัยที่สูติแพทย์อาจมองข้าม. *เวชบัณฑิตศิริราช*. 2551;1(2):81-90.
 12. ภาวะอ้วนในหญิงตั้งครรภ์ (obesity in pregnancy) – department of obstetrics and gynecology faculty of medicine Chiang Mai university [Internet]. Cmu.ac.th. [cited 2022 Apr 1]. Available from: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturesttopics/topic-review/5619/>
 13. Hu FB. Overweight and Obesity in Women: Health Risks and Consequences. *Journal of Women's Health*. 2003 Mar;12(2):163–72.
 14. Cunningham FG. Obesity; in *Williams obstetrics*. 26th ed. New York: McGraw Hills; 2022. p.902-911.
 15. Templeton A. Obesity and Women's Health. *Facts, Views & Vision in*

- ObGyn [Internet]. 2014 [cited 2022 Apr 1];6(4):175–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4286855>
16. มิ่งกมล อุตตสุรตี, สุรีย์พร กฤษเจริญ, ศศิธร พุ่มพวง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของหญิงตั้งครรภ์. *Songklanagarind J Nurs*. 2563; 40(3) :116-27.
 17. Hollis JL, Crozier SR, Inskip HM, Cooper C, Godfrey KM, Harvey NC, et al. Modifiable risk factors of maternal postpartum weight retention: an analysis of their combined impact and potential opportunities for prevention. *Int J Obes (Lond)* [Internet]. 2017;41(7):1091–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/ijo.2017.78>
 18. กรมอนามัย. คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
 19. Webber J, Charlton M, Johns N. Diabetes in pregnancy: management of diabetes and its complications from preconception to the postnatal period (NG3). *Br J Diabetes Vasc Dis* [Internet]. 2015;15(3):107. Available from: <http://dx.doi.org/10.15277/bjdv.d.2015.029>
 20. Casey B. Gestational diabetes - on broadening the diagnosis. *N Engl J Med* [Internet]. 2021;384(10):965–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMe2100902>
 21. สมบูรณ์ บุญยเกียรติ. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ ที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี [Internet]. He02.tci-thaijo.org. 2022 [cited 14 September 2022]. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ppkjournal/article/view/99827>
 22. Shao H, Hwang L, Huang J, Hsu H. Postpartum Weight Retention Risk Factors in a Taiwanese Cohort Study. *Obesity Facts*. 2018;11(1):37-45.
 23. Williams Textbook Of Endocrinology. S.L.: Elsevier; 2019.
 24. Cunningham FG. Puerperium; in Williams obstetrics. 26th ed. New York:McGraw Hills;2022.p.634-86.
 25. Dalrymple K, Uwhubetine O, Flynn A, Pasupathy D, Briley A, Relph S et al. Modifiable Determinants of Postpartum Weight Loss in Women with Obesity: A Secondary Analysis of the UPBEAT Trial. *Nutrients*. 2021;13(6):1979.

สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลหัวหิน

ดุชนิ ตระกูลช่าง, พ.บ., ว.ว. จิตเวชศาสตร์

กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลหัวหิน

Received: Sep 20, 2022

Revised: Nov 4, 2022

Accepted: Nov 30, 2022

บทคัดย่อ

ที่มา: ในปัจจุบันประเทศไทยได้เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และภาวะสมองเสื่อมก็เป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุที่มีผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ไม่เพียงแต่ตัวผู้ป่วยเองเท่านั้น แต่รวมถึงผู้ดูแล ครอบครัว และสังคมด้วย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหัวหิน

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ระเบียบวิธีการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมตาม ICD 10 ที่เข้ารับบริการในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลหัวหิน จำนวน 72 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบคนวันคนจนครบจำนวนที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการศึกษา: ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 69.4 มีสุขภาพจิตปกติอยู่ในเกณฑ์ไม่เสี่ยง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ การดูแลกิจวัตรประจำวัน อาการทางจิตประสาท ได้แก่ ประสาทหลอน ไม่ยับยั้งชั่งใจ ปัญหาการนอนและพฤติกรรมกลางคืน ($p < 0.05$) ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

สรุป: จากการศึกษาวิจัยที่ได้ ควรให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่พึ่งพิงตนเองได้บางส่วน รวมทั้งมีอาการประสาทหลอน ไม่ยับยั้งชั่งใจ ปัญหาการนอนและพฤติกรรมกลางคืน

คำสำคัญ: สุขภาพจิต ผู้ดูแล ภาวะสมองเสื่อม การดูแลกิจวัตรประจำวัน อาการทางจิตประสาท

Mental Health of Dementia Patient's Caregivers in Hua Hin Hospital

Dussanee Trakulchang, M.D., Dip., Thai Board of Psychiatry

Division of Psychiatry, Hua Hin Hospital

Received: Sep 20, 2022

Revised: Nov 4, 2022

Accepted: Nov 30, 2022

Abstract

Background: At present, Thailand has entered an aging society. Dementia is one of the major problems for the elderly that affects not only the physical, mental, social, and economic but also the patients includes caregivers, family and society.

Objective: To study mental health and factors associated with mental health of Dementia patients' caregivers in Hua Hin Hospital.

Material and Method: Cross-sectional descriptive study was done. The sample size consisted 72 caregivers of patients diagnosed with dementia under ICD 10 who attended a psychiatric clinic at Hua Hin Hospital and were recruited by simple random sampling. The tool was used as a questionnaire for dementia patients' caregivers. The statistics used to analyze data were frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test and Fisher's exact test.

Results: 65.4% of Dementia patients' caregivers had no risk for mental health problems. Statistically significant factors associated with mental health of dementia patients' caregivers were activities of daily living and some neuropsychiatric symptoms such as hallucination, disinhibition and sleep problems ($p < 0.05$) but other factors were not associated.

Conclusion: From this study, additional assistance should be provided to caregivers of dementia with partially dependent patients including patients with hallucination, disinhibition and sleep problems.

Keywords: mental health, caregiver, dementia, activities of daily living, neuropsychiatric symptoms

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) คือ ภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองถดถอยบกพร่องทางด้านปริชาน (Cognition) อันได้แก่ ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน การรับรู้มิติสัมพันธ์ การใช้ภาษา สมาธิหรือความใส่ใจ ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคมรอบตัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตประจำวัน การทำงาน และการเข้าสังคม¹ ในปี พ.ศ. 2564 องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั่วโลกมีมากถึง 55 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 78 และ 139 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 และ 2593 ตามลำดับ นอกจากนี้ภาวะสมองเสื่อมยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 7 ในบรรดาโรคทั้งหมด รวมถึงเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของความทุพพลภาพและพึ่งพาอาศัยของผู้สูงอายุทั่วโลก จากข้อมูลดังกล่าวจึงนับได้ว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ไม่เพียงแต่ตัวผู้ป่วยเองเท่านั้น แต่รวมถึงผู้ดูแล ครอบครัว และสังคมด้วย²

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia patients' caregivers) มีทั้งผู้ดูแลแบบทางการ (Formal caregiver) ที่เป็นวิชาชีพและแบบไม่ใช่วิชาชีพ (Informal caregiver) ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นบุคคลในครอบครัว¹ จากการศึกษาหลายงานวิจัยพบว่า การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นส่งผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมากทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจำเป็นต้องพึ่งพิงผู้ดูแลค่อนข้างมาก ทำให้ไม่ค่อยมีเวลาพักผ่อนดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพทางกายตามมาได้ ปัญหาด้านจิตใจที่พบกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความเครียดสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคร่วมทางกายอื่นๆ รวมทั้งยังพบปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมอง

เสื่อมได้มากถึงร้อยละ 76.9 โดยปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 37) วิตกกังวล (ร้อยละ 55) เป็นต้น ส่วนด้านสังคมพบว่าผู้ดูแลมักต้องแยกตัวออกจากสังคมเนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าปกติ ทำให้ขาดการติดต่อกับคนรอบข้าง เพื่อนฝูง รวมถึงอาจไม่มีเวลาให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ด้วย และปัญหาด้านเศรษฐกิจจากการที่ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลบางรายจำเป็นต้องลาออกจากงาน ส่งผลให้สูญเสียรายได้หรือรายรับอาจลดลง³⁻⁸ ซึ่งหากผู้ดูแลมีปัญหาดังกล่าวนี้น่าจะทำให้ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลมากขึ้นเช่นกัน⁹

ในปัจจุบันประเทศไทยได้เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และจากข้อมูลสถิติในปี พ.ศ. 2563 พบว่าประชากรผู้สูงอายุมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมที่เพิ่มสูงขึ้นในแต่ละช่วงอายุ โดยในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 7.10 ช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 14.70 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 32.5 ของประชากรผู้สูงอายุในแต่ละช่วงอายุ¹⁰ รวมทั้งข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาศูนย์คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหัวหินในปี พ.ศ. 2563 และ 2564 มีจำนวน 116 และ 125 คนตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้นในช่วงระยะหลัง และจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตมากขึ้นเนื่องจากมีปัญหาหลายอย่างที่เพิ่มขึ้นทั้งตัวผู้ดูแลและตัวผู้ป่วยเอง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นมีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ดูแล เช่น เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การอาศัยร่วมกับผู้ป่วย รายได้ เป็นต้น ปัจจัยด้านอาการของภาวะสมองเสื่อม เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน อาการทางจิตประสาท เป็นต้น^{9,11-13} ซึ่งหากผู้ดูแลมีสุขภาพจิตดีก็จะส่งผลให้มีสุขภาพทาง

กายที่ดีขึ้น มีความพึงพอใจในชีวิตที่มากขึ้น มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีกำลังใจในการดูแล และพัฒนาทักษะการดูแลที่ดีขึ้น เป็นผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นด้วยเช่นกัน^{14,15} จะเห็นได้ว่าสุขภาพจิตของผู้ดูแลก็เป็นเรื่องที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นองค์รวม จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแล เพื่อนำไปใช้ในการติดตามดูแลและเฝ้าระวังมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมของคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหัวหิน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหัวหิน ในช่วงเดือนมิถุนายน-กันยายน พ.ศ. 2565 จำนวน 72 คน ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณของ Cohen (1983: 84) $N = 10 \times K$ (N = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, K = จำนวนของปัจจัยที่ศึกษา) มีปัจจัยที่ศึกษา 6 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล (เพศ, ความเพียงพอของรายได้, ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และการอาศัยร่วมกับผู้ป่วย) ปัจจัยด้านอาการของผู้ป่วยสมองเสื่อม (การดูแลกิจวัตรประจำวัน และอาการทางจิตประสาท) ซึ่งจะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 60 คน ผู้วิจัยทำการคัดเลือกตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 คิดเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 72 คน จากนั้นนำมาทำการสุ่มตัวอย่างแบบคนเว้นคนจนครบจำนวนที่กำหนด

ผู้ที่เข้าร่วมงานวิจัยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์ระบบประสาทวิทยาหรือจิตแพทย์ตาม International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision (ICD-10) ในรหัส F00-F03, G30 ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหัวหิน มีอายุตั้งแต่ 18-60 ปี สามารถสื่อสารและเขียนภาษาไทยได้ และลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมโรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เลขที่โครงการวิจัย RECHHH007/2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลของผู้ดูแลและผู้ป่วย
2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธล (The Modified Barthel Activities of Daily Index: MBAI) เป็นแบบประเมินในการช่วยเหลือตนเองขึ้นพื้นฐานว่าต้องการการพึ่งพามากน้อยเพียงใด มีคะแนนรวม 20 คะแนน โดยแบ่งระดับความพึ่งพาดังนี้ 0-4 คะแนน หมายถึง พึ่งพาตนเองไม่ได้, 5-11 คะแนน หมายถึง พึ่งพาตนเองได้บางส่วน, 12-20 คะแนน หมายถึง พึ่งพาตนเองได้¹⁶
3. แบบประเมินอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Neuropsychiatric Inventory Questionnaires: NPI-Q) ใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตประสาทย้อนหลังภายใน 1 เดือนที่ผ่านมาจำนวน 12 ข้อ ถ้ามีอาการจะต้องประเมินความรุนแรงตามระดับความรุนแรงตั้งแต่ 1-3 (1 หมายถึง รุนแรงน้อย, 2 หมายถึง รุนแรงปานกลาง และ 3 หมายถึง รุนแรงมาก) มีคะแนนรวม 36 คะแนน และประเมินความทุกข์ใจของผู้ดูแลในแต่ละข้อที่มีอาการตั้งแต่ 0-5 (0 หมายถึง ไม่มีเลย, 1 หมายถึง เป็นทุกข์เล็กน้อยมาก ไม่เป็นปัญหา, 2 หมายถึง เป็นทุกข์เล็กน้อย จัดการปัญหา

ได้โดยง่าย, 3 หมายถึง เป็นทุกข์พอสมควร จัดการปัญหาได้ แต่ไม่ถนัดนัก, 4 หมายถึง เป็นทุกข์มาก จัดการปัญหาได้ยาก, 5 หมายถึง เดือดร้อนมาก และไม่สามารถจัดการปัญหาได้) คะแนนรวม 60 คะแนน¹⁷

4. แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator: TMHI-15) มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.70 และมีค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.66 เมื่อเทียบกับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ (TMHI-66) แบบสอบถามมีทั้งหมด 15 ข้อ โดยประเมินองค์ประกอบของสุขภาพจิต ได้แก่ สภาพจิตใจ (Mental state), สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity), คุณภาพของจิตใจ (Mental quality), ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) มีคะแนนรวม 60 คะแนน โดยคะแนนรวมที่ได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 43 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์เสี่ยง หรือสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป, คะแนนรวมที่ได้มากกว่า 43 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ไม่เสี่ยง หรือสุขภาพจิตเท่ากับหรือดีกว่าคนทั่วไป¹⁸

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เข้ารับบริการในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาล หัวหิน จำนวน 72 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.2 อายุเฉลี่ย ($\pm$ S.D.) 48.56 ± 10.20 ปี ผู้ที่มีอายุมากที่สุดคือ 60 ปี อายุน้อยที่สุดคือ 18 ปี สถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 50 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 40.3 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 66.7 มีการประกอบอาชีพ ด้านความเพียงพอของรายได้ พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 72.2 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 61.1 และร้อยละ 84.7 อาศัยร่วมกับผู้ป่วย รวมทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 52.8 มีโรคประจำตัว และร้อยละ 4.2 มีโรคประจำตัวทางจิตเวชเดิม ด้านข้อมูลของผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.9 อายุเฉลี่ย ($\pm$ S.D.) 76.26 ± 8.31 ปี อายุมากที่สุดคือ 93 ปี และอายุน้อยที่สุดคือ 56 ปี

ข้อมูลด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า ร้อยละ 69.4 ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ ไม่เสี่ยง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

	N (คน)	ร้อยละ
สุขภาพจิตของผู้ดูแล		
อยู่ในเกณฑ์เสี่ยง (≤ 43 คะแนน)	22	30.6
อยู่ในเกณฑ์ไม่เสี่ยง (> 43 คะแนน)	50	69.4
$\bar{X} = 46.74$ S.D. = 6.42 Min = 33 Max = 60		

ด้านข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จากผลการศึกษาพบว่า เพศ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และการ

อาศัยร่วมกับผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตัวแปร	N (คน)	ร้อยละ	สุขภาพจิตของผู้ดูแล		χ^2	df	p-value
			อยู่ในเกณฑ์เสี่ยง (ร้อยละ)	อยู่ในเกณฑ์ไม่เสี่ยง (ร้อยละ)			
เพศ							
ชาย	20	27.8	4 (20.0)	16 (80.0)	0.847	1	0.357
หญิง	52	72.2	18 (34.6)	34 (65.84)			
ความเพียงพอของรายได้							
เพียงพอ	52	72.2	13 (25.0)	39 (75.0)	1.862	1	0.172
ไม่เพียงพอ	20	27.8	9 (45.0)	11 (55.0)			
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย							
สามี/ภรรยา	11	15.3	4 (36.4)	7 (63.6)	0.207	2	0.902
บุตร	44	61.1	13 (29.5)	31 (70.5)			
ญาติ/ผู้ดูแล(ว่าจ้าง)	17	23.6	5 (29.4)	12 (70.6)			
การอาศัยร่วมกับผู้ป่วย							
อาศัยร่วม	61	84.7	19 (31.1)	42 (68.9)	0.000	1	1.000
ไม่ได้อาศัยร่วม	11	15.3	3 (27.3)	8 (72.7)			

ส่วนข้อมูลด้านอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.5 พึงพาตนเองได้ในเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวัน และผู้ป่วยมีอาการทางจิตประสาท ร้อยละ 86.1 โดยอาการทางจิตประสาทของผู้ป่วยที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (ร้อยละ 63.9), พฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ (ร้อยละ 59.7), ซึมเศร้า ละเหี่ยวใจ และวิตกกังวล (ร้อยละ 52.8) ดังตารางที่ 3

ปัจจัยด้านอาการของผู้ป่วยในเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) แต่ปัจจัยด้านอาการทางจิตประสาทไม่พบความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามเมื่อนำอาการทางจิตประสาทในแต่ละอาการมาวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าอาการประสาทหลอน อาการไม่ยับยั้งชั่งใจ รวมทั้งปัญหาการนอนและพฤติกรรมกลางคืน มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านอาการของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอาการของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

ตัวแปร	N (คน)	ร้อยละ	สุขภาพจิตของผู้ดูแล		χ^2	df	p-value
			อยู่ในเกณฑ์เสี่ยง (ร้อยละ)	อยู่ในเกณฑ์ไม่เสี่ยง (ร้อยละ)			
การดูแลกิจวัตรประจำวัน							
พึ่งพาตนเองไม่ได้	13	18.2	1 (7.7)	12 (92.3)	11.0	2	0.004*
พึ่งพาตนเองได้บางส่วน	14	19.2	9 (64.3)	5 (35.7)	30		
พึ่งพาตนเองได้	45	62.5	12 (26.7)	33 (73.3)			
อาการทางจิตประสาท							
ไม่มี	10	13.9	1 (10.0)	9 (90.0)	1.32	1	0.161
มี	62	86.1	21 (33.9)	41 (66.1)	4		
ความคิดหลงผิด							
ไม่มี	37	51.4	8 (21.6)	29 (78.4)	2.06	1	0.151
มี	35	48.6	14 (40.0)	21 (60.0)	2		
ประสาทหลอน							
ไม่มี	44	61.1	7 (15.9)	37 (84.1)	9.73	1	0.002*
มี	28	38.9	15 (53.6)	13 (46.4)	2		
กระสับกระส่าย ก้าวร้าว							
ไม่มี	39	54.2	8 (20.5)	31 (79.5)	3.07	1	0.079
มี	33	45.8	14 (42.4)	19 (57.6)	8		
ซึมเศร้า ละเหี่ยวใจ							
ไม่มี	34	47.2	9 (26.5)	25 (73.5)	0.20	1	0.649
มี	38	52.8	13 (34.2)	25 (65.8)	8		
วิตกกังวล							
ไม่มี	34	47.2	7 (20.6)	27 (79.4)	2.19	1	0.139
มี	38	52.8	15 (39.5)	23 (60.5)	2		
อารมณ์ร้ายแรงเกินเหตุ ครีมีใจ							
ไม่มี	47	65.3	11 (23.4)	36 (76.6)	2.36	1	0.124
มี	25	34.7	11 (44.0)	14 (56.0)	4		
เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งรอบตัว							
ไร้อารมณ์							
ไม่มี	36	50	10 (27.8)	26 (72.2)	0.60	1	0.798
มี	36	50	12 (33.3)	24 (66.7)	5		

ตารางที่ 3 ข้อมูลปัจจัยด้านอาการของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอาการของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

ตัวแปร	N (คน)	ร้อยละ	สุขภาพจิตของผู้ดูแล		x ²	df	p-value
			อยู่ในเกณฑ์เสี่ยง (ร้อยละ)	อยู่ในเกณฑ์ไม่เสี่ยง (ร้อยละ)			
ไม่ยับยั้งชั่งใจ							
ไม่มี	36	50	5 (13.9)	31 (86.1)	7.92	1	0.005*
มี	36	50	17 (47.2)	19 (52.8)	0		
หงุดหงิด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย							
ไม่มี	26	36.1	5 (19.2)	21 (80.8)	1.69	1	0.193
มี	46	63.9	17 (37.0)	29 (63.0)	5		
พฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ							
ไม่มี	29	40.3	6 (20.7)	23 (79.3)	1.51	1	0.218
มี	43	59.7	16 (37.2)	27 (62.8)	7		
ปัญหาการนอน							
ปัญหาพฤติกรรมกลางคืน							
ไม่มี	39	54.2	7 (17.9)	32 (82.1)	5.14	1	0.023*
มี	33	45.8	15 (45.5)	18 (54.5)	3		
ความอยากอาหารและการกินที่ผิดปกติ							
ไม่มี	39	54.2	8 (20.5)	31 (79.5)	3.07	1	0.079
มี	33	45.8	14 (42.4)	19 (57.6)	8		

วิจารณ์

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 69.4 มีสุขภาพจิตปกติอยู่ในเกณฑ์ไม่เสี่ยง แต่ยังมีผู้ดูแลถึงร้อยละ 30.6 ที่มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์เสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้^{5-7,19} พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีโอกาสเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต ร้อยละ 15-80 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาสุขภาพจิตค่อนข้างมาก ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจิตในการศึกษานี้จะไม่ได้มีสัดส่วนที่สูงมากเท่ากับบางการศึกษาวิจัย แต่ก็มีปริมาณที่ไม่น้อยที่

จำเป็นต้องดูแลและเฝ้าระวังการเกิดปัญหาสุขภาพจิตกันไป

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และการอาศัยร่วมกับผู้ป่วย ในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้จะมีหลายการศึกษาก่อนหน้าที่พบความสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นนัยสำคัญแต่ก็มีบางการศึกษาวิจัยที่ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือไม่สามารถสรุป

ได้ชัดเจน^{20,21} เนื่องจากอาจมีปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้อีก เช่น วิธีการจัดการปัญหาของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล โรคประจำตัวของผู้ดูแล เป็นต้น

ปัจจัยด้านอาการของผู้ป่วย พบว่า การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยจากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่สามารถพึ่งพิงตนเองได้บางส่วน ร้อยละ 64.3 อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงแตกต่างจากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่พึ่งพิงตนเองได้และพึ่งพิงตนเองไม่ได้ ซึ่งส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ไม่เสี่ยง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่พึ่งพิงตนเองได้บางส่วนอาจจะมีพฤติกรรมต่อต้านและไม่ให้ความร่วมมือกับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลที่มากขึ้นและมีความเครียดมากขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยที่สามารถพึ่งพิงตนเองได้ ผู้ดูแลอาจไม่ต้องให้การดูแลมากนัก ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการดูแลกิจวัตรประจำวันจะส่งผลต่อความตึงเครียดและโรคทางจิตเวช เนื่องจากผู้ป่วยที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้เต็มที่ จะทำให้ผู้ดูแลมีภาระเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดภาวะความเครียดของผู้ดูแลตามมา ซึ่งความเครียดของผู้ดูแลก็มีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐฐานะ รวมถึงด้านสังคม โดยความเครียดเหล่านี้อาจนำไปสู่การเกิดโรคทางกายและโรคทางจิตเวชด้วยเช่นกัน^{9,11,12,13,22,23} ในด้านผู้ป่วยที่พึ่งพิงตนเองไม่ได้นั้นอาจไม่ได้มีพฤติกรรมต่อต้านมากนัก และผู้ดูแลเองอาจเข้าใจและรับรู้บทบาทหน้าที่ที่ต้องดูแลผู้ป่วยมากกว่าปกติ ทำให้สามารถยอมรับในบริบทดังกล่าวได้ จึงทำให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ไม่เสี่ยงสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่กล่าวถึงปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดผลด้านบวกจากการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมและความพึงพอใจในการจัดการ

ผู้ป่วยที่มีปัญหาการทำงานของสมองบกพร่องในระดับรุนแรง^{15,24}

ในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอาการทางจิตประสาทกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ในแต่ละอาการ พบว่า อาการประสาทหลอน อาการไม่ยับยั้งชั่งใจ ปัญหาการนอนและพฤติกรรมกลางคืน มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Cheng และคณะ²⁵ พบว่า อาการทางจิตประสาทมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่ว่าชนิดใดก็ตาม โดยอาการที่มีผลกระทบมากที่สุด คือ กลุ่มอาการรบกวน (Disruptive behaviors) เช่น อยู่ไม่นิ่ง ก้าวร้าว และไม่ยับยั้งชั่งใจ นอกจากนั้นในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจากลิวี บอดี (Dementia with Lewy bodies, DLB) จะมีอาการเห็นภาพหลอนและหลงผิดที่เป็นปัญหาหลัก รวมทั้งการศึกษาของ Allegri และคณะ²⁶ พบว่า อาการทางจิตประสาทที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาการประสาทหลอน อาการพฤติกรรมแปลกๆ ซ้ำๆ และปัญหาการนอน นอกจากนั้นยังมีการศึกษาของ Shikimoto และคณะ¹² ที่พบปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับกลางวัน-กลางคืน มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าอาการทางจิตประสาทแต่ละอาการก็มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ต่างกัน ดังนั้นหากผู้ดูแลสามารถเข้าใจและจัดการปัญหากับอาการทางจิตประสาทที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้นก็อาจทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นและมีความมั่นใจในการดูแลที่มากขึ้น

สรุป

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลหัวหิน มีสุขภาพจิตปกติอยู่ในเกณฑ์ไม่เสี่ยง (ร้อยละ 69.4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ การดูแลกิจวัตรประจำวัน อาการทางจิตประสาท ได้แก่ ประสาทหลอน ไม่ยับยั้งชั่งใจ ปัญหาการนอนและพฤติกรรมกลางคืน จากการศึกษาวิจัยที่ได้ ควรมีการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุกในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพจิตอย่างรวดเร็วมากยิ่งขึ้น อีกทั้งควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอื่นๆ ต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลรวมถึงปัจจัยต่างๆ ต่อการเกิดโรคทางจิตเวชของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากนั้น ยังควรมีการให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มที่พึ่งพิงตนเองได้บางส่วน รวมทั้งมีอาการประสาทหลอน ไม่ยับยั้งชั่งใจ ปัญหาการนอนและพฤติกรรมกลางคืนให้มากยิ่งขึ้น ควรส่งเสริมทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมให้กับผู้ดูแลในด้านต่างๆ เช่น การให้ความรู้ การฝึกอบรม เป็นต้น เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลและเข้าใจลักษณะของอาการที่เป็นปัญหาได้มากขึ้น รวมถึงอาจมีช่องทางในการติดต่อสื่อสารเพื่อช่วยให้คำแนะนำเพิ่มเติม และควรส่งเสริมการทำกิจกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมกำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และควรมีการศึกษาเชิงทดลองถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จของงานวิจัยนี้ลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหินที่ได้ให้การสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้ ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ ที่ได้กรุณาเป็นที่ปรึกษาวิจัย ให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาเป็นอย่างดีตลอดมา จิตแพทย์และเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวชของโรงพยาบาลหัวหินทุกท่าน รวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณครอบครัวและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม (ฉบับสมบูรณ์ 2563). กระทรวงสาธารณสุข; 2563
2. WHO. Dementia. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. Accessed September 2 2021.
3. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. The Gerontologist. 1980;20(6):649-55.
4. Schoenmakers B, Buntinx F, Delepeleire J. Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. Maturitas. 2010;66(2):191-200.
5. Cuijpers P. Depressive disorders in caregivers of dementia patients: A systematic review. Aging & Mental Health. 2005;9(4):325-330.

6. Bruce DG, Paley GA, Nichols P, Roberts D, Underwood PJ, Schaper F. Physical disability contributes to caregiver stress in dementia caregivers. The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences. 2005;60(3):345–349.
7. Joling KJ, van Marwijk HW, Veldhuijzen AE, van der Horst HE, Scheltens P, Smit F, et al. The two-year incidence of depression and anxiety disorders in spousal caregivers of persons with dementia: who is at the greatest risk?. The American journal of geriatric psychiatry, 2015;23(3):293–303.
8. ชาลินี สุวรรณยศ, ดาราวรรณ ต๊ะปันตา. การลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2563;34(2):1-17.
9. Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. Dialogues in clinical neuroscience. 2009;11(2):217–228.
10. กรมสุขภาพจิต. ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ. กระทรวงสาธารณสุข; 2563
11. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. The American journal of nursing. 2008;108(9 Suppl):23–27.
12. Shikimoto R, Sado M, Ninomiya A, Yoshimura K, Ikeda B, Baba T, et al. Predictive factors associated with psychological distress of caregivers of people with dementia in Japan: a cross-sectional study. International Psychogeriatrics. 2017;30:1-10.
13. Van den Kieboom R, Snaphaan L, Mark R, Bongers I. The Trajectory of Caregiver Burden and Risk Factors in Dementia Progression: A Systematic Review. Journal of Alzheimer's disease : JAD. 2020;77(3):1107–1115.
14. Quinn C, Toms G. Influence of Positive Aspects of Dementia Caregiving on Caregivers' Well-Being: A Systematic Review. The Gerontologist. 2019;59(5):584–596.
15. Cheng ST, Mak EPM, Lau RWL, Ng NSS, Lam LCW. Voices of Alzheimer Caregivers on Positive Aspects of Caregiving. The Gerontologist. 2015;56(3):451-460.
16. Jitapunkul S. Disability Among Thai Elderly Living in Klong Toey Slum. J Med assoc Thai. 1994;77:231-238.
17. Kaufer DI, Cummings JL, Ketchel P, et al. Validation of the NPI-Q, a Brief Clinical Form of the Neuropsychiatric Inventory. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2000;12:233-239.
18. Mongkol A, Vongpiromsan Y, Tangseree T, Huttapanom W, Romsai P, Chutha W. The Development and Testing of Thai Mental Health Indicator Version 2007. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2013;54(3):299–316.

19. Sihapark S, Cheungsatiansup K. The effects and caregiving burdens of older persons in long-term care based on Thai culture. Nonthaburi: Health System Research Institute; 2014.
20. Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist*. 1995;35(6):771–791.
21. Farina N, Page TE, Daley S, Brown A, Bowling A, Basset T, Livingston G, Knapp M, Murray J, Banerjee S. Factors associated with the quality of life of family carers of people with dementia: A systematic review. *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association*. 2017;13(5):572–581.
22. พาวุฒิ เมฆวิชัย, สุรินทร์ แซ่ตั้ง. ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2556;58(1):101-110.
23. Ondee P, Panitrat R, Pongthavornkamol K, Senanarong V, Harvath TA, Nittayasudhi D. Factors Predicting Depression among Caregivers of Persons with Dementia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*. 2013;17(2):167–180.
24. De Labra C, Millán CJ, Buján A, Núñez-Naveira L, Jensen A, Peersen M, Mojs E, Samborski W, Maseda A. Predictors of caregiving satisfaction in informal caregivers of people with dementia, *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2015;60(3):380-388.
25. Cheng ST. Dementia Caregiver Burden: a Research Update and Critical Analysis. *Current psychiatry reports*. 2017;19(9):64.
26. Allegri RF, Sarasola D, Serrano CM, Taragano FE, Arizaga RL, Butman J, Loñ L. Neuropsychiatric symptoms as a predictor of caregiver burden in Alzheimer's disease. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2006;2(1):105–110.

การปรึกษาปัญหาทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่นของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลหัวหิน ระหว่าง พ.ศ. 2554-2564

พัชราภรณ์ มาลีเวช พ.บ.,ว. จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น, ว. จิตเวชศาสตร์

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลหัวหิน

Received: Aug 4, 2022

Revised: Dec 23, 2022

Accepted: Dec 29, 2022

บทคัดย่อ

ที่มา: จิตเวชศาสตร์รับปรึกษา เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคทางกายที่มีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย โดยเด็กและวัยรุ่นที่มีความเจ็บป่วยทางกายมักมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปกติในประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์รับปรึกษาในเด็กและวัยรุ่นไม่มากนัก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ที่มีขนาดใหญ่

วัตถุประสงค์: เพื่อทราบข้อมูลทั่วไปทางประชากรศาสตร์ และความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลหัวหิน รับปรึกษาดังแต่เดือนกรกฎาคม 2554 ถึง ธันวาคม 2564 ตลอดจนเหตุผลและอาการสำคัญที่ส่งปรึกษา ความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ผู้ส่งปรึกษา และแพทย์ผู้รับปรึกษา รวมทั้งรูปแบบการรักษาและการตรวจติดตามภายหลังสิ้นสุดการรักษาแบบผู้ป่วยในเพื่อเป็นข้อมูลพัฒนาการบริการในด้านการรับปรึกษาทางจิตเวช

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังในผู้ป่วยในทุกราย ที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของโรงพยาบาลหัวหิน รับปรึกษา ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2554 ถึง ธันวาคม 2564 เก็บข้อมูลต่างๆ แล้วนำมาวิเคราะห์ หาค่าความถี่แบบร้อยละและค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยที่แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นรับปรึกษาทั้งโรงพยาบาล ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2554 ถึง ธันวาคม 2564 มีจำนวนทั้งหมด 118 ราย เป็นเพศชาย 39 ราย เพศหญิง 79 ราย อายุเฉลี่ย 11.8 ปี กลุ่มอายุที่ส่งปรึกษามากที่สุดคือ 14 ปี แผนกที่ส่งปรึกษามากที่สุดคือ กุมารเวชกรรม คิดเป็นร้อยละ 66.1 สาเหตุที่ส่งปรึกษา ร้อยละ 79.7 เพื่อการรักษาที่เหมาะสม ร้อยละ 72.9 มีการบรรยายอาการโดยไม่ระบุการวินิจฉัยทางจิตเวชเริ่มต้นในการส่งปรึกษา การวินิจฉัยสุดท้ายที่พบบ่อยที่สุดคือ Adjustment disorder จำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.4 ผู้ป่วยร้อยละ 94.1 ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช มีเพียง 7 ราย (ร้อยละ 5.9) ที่ไม่มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาโดยรูปแบบการไม่ใช้ยา ผู้ป่วยจำนวน 54 ราย (คิดเป็นร้อยละ 45.8) มีรูปแบบการรักษาด้วยการใช้ยาร่วมด้วย ผู้ป่วยร้อยละ 62.52 มาตรวจตามนัดหลังสิ้นสุดการรักษาแบบผู้ป่วยใน

สรุป: การส่งปรึกษาทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น มีความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่รับไว้ในโรงพยาบาล ช่วยลดความรุนแรงของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต และช่วยป้องกันปัญหาทางจิตเวชที่อาจเกิดขึ้นได้ต่อไป ปัญหาการปรับตัวที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างบูรณาการ ทั้งการรักษาด้วยการใช้ยา และการทำจิตสังคมบำบัด รวมถึงการตรวจติดตามภายหลังจากรับการรักษาแบบผู้ป่วยในแล้ว

คำสำคัญ: การปรึกษาปัญหาทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น ความชุกของโรคทางจิตเวช อาการสำคัญ รูปแบบการรักษา

Child and Adolescent Psychiatric Consultation to Pediatric Inpatients at Hua Hin Hospital between 2011-2021

Pacharaporn Maleevach, M.D., Dip., Thai Board of Child and Adolescent Psychiatry

Dip., Thai Board of Psychiatry

Division of Psychiatry and Addiction Hua Hin Hospital

Received: Aug 4, 2022

Revised: Dec 23, 2022

Accepted: Dec 29, 2022

Abstract

Background: Consultation-Liaison psychiatry is the consultation service provided for a patient with a physical illness and possibly with a psychiatric problem(s) as well. This is because child and adolescent patients bear higher risks of psychiatric problem(s) than normal child and adolescent do. However, there are few studies on child and adolescent consultation-liaison psychiatry in Thailand, most of them are conducted in major medical schools.

Objective: The aim of this study is to collect the socio-demographic data as well as the prevalence of psychiatric diagnosis among the hospitalized child and adolescent patients at the Psychiatric and Addiction Department, Hua Hin Hospital between June 2011 and December 2021. The data collection also includes the patients' symptoms; reasons for referral to psychiatric consultation; the compatibility of diagnosis between the referring doctors and psychiatrists; as well as the patterns of treatments; and follow-up treatment after hospital discharge. The results of the study will be used to improve the psychiatric service at Hua Hin Hospital.

Method: The retrospective study has been conducted among hospitalized patients consulted at the Child and Adolescent Psychiatric Unit, the Psychiatric and Addiction Department between June 2011 and December 2021. The data analysis is made by using percentage and average.

Results: One hundred and eighteen patients were totally referred to the Child and Adolescent Unit between June 2011 and December 2021. There were 39 male, and 79 female patients. Their average age was 11.8 years old. The majority age group was 14 years old. Referrals made by the Pediatric Department were of the highest percentage (66.1%). The main reason for referrals was to assure proper treatment (72.9%). In most cases (72.9%), the patients' symptoms were described without any specific psychiatric diagnosis. The most common psychiatric diagnosis was "adjustment disorder" (37 patients, 31.4%). Most of the patients (94.1%) received psychiatric diagnosis. Whereas, 5.9% (7 patients) did not receive a psychiatric diagnosis. The study has revealed that all the patients received non-pharmacological

treatments. While, 45.8% (54 patients) received pharmacological treatments. After being discharged, 62.5% of patients came back for follow-up consultation.

Conclusion: Child and adolescent psychiatric consultation is an important part of the treatment plan among hospitalized child and adolescent patients. It will not only help decrease the severity of patients' distress but also increase quality of their lives as well as preventing further psychiatric problems. The most common problem among the patients were adjustment disorder that needs the holistic treatment approach including pharmacological and psycho-social treatments together with follow-up care after hospital discharge.

Keywords: Child and adolescent psychiatric consultation-liaison, prevalent of psychiatric disorder, chief complaint, psychiatric treatment

บทนำ

จิตเวชศาสตร์รับปรึกษา (Consultation-Liaison psychiatry) เป็นการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคทางกายที่มีปัญหาสุขภาพจิตแก่แพทย์เจ้าของไข้¹ โดยมีลักษณะที่แตกต่างจากจิตเวชศาสตร์ทั่วไปคือ มีโรคทางกายและโรคทางจิตเวชที่เกิดขึ้นร่วมกัน² ในเด็กที่มีความเจ็บป่วยทางกายมักพบว่า มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปกติ³

จากรายงานพบว่า ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีปัญหาทางจิตเวช ในขณะที่เข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล⁴ บ่อยครั้งที่ปัญหาเหล่านี้ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยไม่จำเป็น⁵ นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคทางกายที่มีโรคทางจิตเวชโดยไม่ได้รับการวินิจฉัยนั้น จะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง⁶ การวินิจฉัยและการรักษาทางจิตเวชที่ถูกต้อง และเหมาะสมตั้งแต่แรก จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง จะช่วยลดความรุนแรงของโรค ช่วยลดระยะเวลาการนอนรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์รักษาพยาบาลได้⁷ ขอบเขตของจิตเวชศาสตร์รับปรึกษา ได้แก่ การเข้าใจผลกระทบของความเจ็บป่วยทางกายกับสภาวะทางจิตและสังคม ซึ่งจะนำไปสู่การประเมิน และการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม¹

การรับปรึกษาทางจิตเวชสำหรับผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกา เริ่มขึ้นตั้งแต่ ค.ศ. 1960 และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีหลายการศึกษาพบปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยเด็กที่ป่วยด้วยโรคทางกายสูงถึงร้อยละ 15-20 และแพทย์ฝ่ายกายสามารถตรวจพบปัญหาทางจิตใจเหล่านี้ น้อยกว่าที่เป็นจริง⁶ บางรายงานพบว่าเด็กที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จะมีโอกาสเจ็บป่วยทางจิตใจสูงกว่าเด็กทั่วไปประมาณ 2-4 เท่า⁷ การประเมินทางจิตเวชเด็กต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง ทั้ง

ประวัติจากบิดามารดา การสัมภาษณ์ และการตรวจสภาพจิตผู้ป่วยด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับระดับพัฒนาการ การประเมินทางร่างกาย และการหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งอื่น เช่น ข้อมูลจากโรงเรียน และการเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้อาจต้องมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งทดลองทางจิตวิทยาหรือตรวจอื่นๆ เพื่อให้สามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้อง และประมวลความเข้าใจปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทางชีวภาพ ทางจิตใจ และสังคม ทั้งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหา และที่เป็นปัจจัยปกป้อง ทั้งนี้เพื่อวางแผนการช่วยเหลือแบบองค์รวม⁸

หลายประเทศทั่วโลกมีการศึกษาการรับปรึกษาทางจิตเวชในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น ส่วนในประเทศไทยยังมีการศึกษาไม่มากนัก การศึกษาการรับปรึกษาทางจิตเวชในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นพบว่า 2 ใน 3 การศึกษามีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย ได้แก่ Adjustment disorder^{9,10} แตกต่างจากอีก 1 การศึกษาพบ Major depressive disorder บ่อยที่สุด¹¹ อย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีการศึกษาการรับปรึกษาทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นของแผนกผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลที่ไม่ใช่โรงเรียนแพทย์มาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกของภาวะทางจิตใจในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นของแผนกผู้ป่วยในที่ส่งปรึกษา รวมถึงข้อมูลพื้นฐานต่างๆ รวบรวมให้เป็นระบบ นอกจากประโยชน์ในการศึกษาวิจัยในเชิงลึกต่อไปในอนาคตแล้วยังมีประโยชน์ในการพัฒนาระบบการให้บริการรับปรึกษาของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น อันจะนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพิ่มอัตราการเข้าถึงโรคทางจิตเวชให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580)¹² และเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์รับปรึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของภาวะทางจิตเวชในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นของแผนกผู้ป่วยใน ที่ส่งปรึกษาแผนกจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลหัวหิน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 ถึงธันวาคม พ.ศ. 2564 รวมทั้งข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย เหตุผลและอาการสำคัญที่ส่งปรึกษา ความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรค รูปแบบการรักษา และการติดตามภายหลังสิ้นสุดการรักษาแบบผู้ป่วยใน

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยทำการศึกษาระยะย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยมีแหล่งที่มาของข้อมูลจากเอกสารบันทึกการรับปรึกษาของแผนกจิตเวชและยาเสพติดในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 15 ปี รายงานการตรวจประเมินทางจิตเวชของแผนกจิตเวชและยาเสพติด ข้อมูลทั่วไปและการตรวจติดตามของผู้ป่วยจิตเวชและวัยรุ่นจากแฟ้มแยก รวมถึงข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์จากคอมพิวเตอร์ ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลหัวหิน หมายเลขโครงการ RECHHH 025/2564 ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การกรอกแบบเก็บข้อมูลที่ออกแบบขึ้น เพื่อจำแนกข้อมูลเป็นหมวดหมู่

ประกอบด้วย ข้อมูลประชากร ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับครอบครัวและผู้เลี้ยงดู ข้อมูลทางคลินิก เช่น จำนวนครั้งของการรักษาแบบผู้ป่วยใน ปัญหาหรือโรคทางกาย สาเหตุที่ส่งปรึกษา อาการสำคัญ การวินิจฉัยโรคของแพทย์ผู้รับปรึกษา รูปแบบการรักษา การนัดตรวจติดตามภายหลังสิ้นสุดการรักษาแบบผู้ป่วยใน เป็นต้น ข้อมูลต่างๆที่ได้รับจากใบส่งปรึกษา เช่น หน่วยงานที่ส่งปรึกษา สภาพหอผู้ป่วย สาเหตุที่ส่งปรึกษา โรคประจำตัวหรือโรคทางกาย การวินิจฉัยของแพทย์ผู้ส่งปรึกษา เป็นต้น และรายงานการตรวจประเมินทางจิตเวชโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยในทั้งหมดที่ส่งปรึกษามายังแผนกจิตเวชและยาเสพติด ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 15 ปี ในช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ส่วนเกณฑ์การคัดออกของผู้เข้าร่วมวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลก่อนที่จะได้รับการประเมินจากจิตแพทย์

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel 2019 ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เป็นต้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลประชากรดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลประชากร

	ความถี่ (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (S.D.)
เพศ		
ชาย	39 (31.1)	
หญิง	79 (66.9)	
อายุ (ปี)		11.8 (4.4)
ที่อยู่ปัจจุบัน		
อำเภอหัวหิน	93 (78.8)	
ไม่ใช่อำเภอหัวหิน	25 (21.2)	
อาศัยอยู่กับ		
บิดา และ/หรือ มารดา และ/หรือ พี่น้อง	81 (68.6)	
ไม่ใช่ บิดา/มารดา/พี่น้อง	24 (20.4)	
ไม่ระบุ	13 (11.0)	
จำนวนสมาชิกในบ้าน		
2 คน	7 (5.9)	
3 คน	30 (25.4)	
4 คน	25 (21.2)	
ตั้งแต่ 5 คน ขึ้นไป	31 (26.3)	
ไม่ระบุ	25 (21.2)	
เชื้อชาติ		
ไทย	114 (96.6)	
อื่นๆ เช่น พม่า กะเหรี่ยง ฯลฯ	4 (3.4)	
สถานภาพการศึกษา		
กำลังศึกษา	73 (61.9)	
อื่นๆ เช่น เคยศึกษาแต่ออกแล้ว พักการศึกษา ฯลฯ	27 (22.9)	
ไม่ระบุ	18 (15.3)	
การศึกษาขั้นสูงสุด		
อนุบาล	6 (6.7)	
ประถมศึกษา	44 (48.9)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	34 (37.8)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	6 (6.7)	
ระดับผลการศึกษา		
ดีมาก (เกรดตั้งแต่ 3.5 หรือคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	8 (8.9)	
ดี (เกรดตั้งแต่ 3.0 ถึง 3.49 หรือคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 70-79.99)	10 (11.1)	
ปานกลาง (เกรดตั้งแต่ 2.0 ถึง 2.99 หรือคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 50-69.99)	32 (35.6)	
ไม่ดี (เกรดน้อยกว่า 2.0 หรือคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50 หรือต้องซ้ำชั้น)	35 (38.9)	
ไม่ระบุ	5 (5.6)	

ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างการศึกษา 118 ราย เป็นเพศชาย 39 ราย (ร้อยละ 31.1) เพศหญิง 79 ราย (ร้อยละ 66.9) มีอายุตั้งแต่ 1 เดือนถึง 15 ปี อายุเฉลี่ย 11.8 ปี และอายุที่พบมากที่สุดคือ 14 ปี จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 21.2) ส่วนใหญ่มีที่อยู่ในอำเภอหัวหิน 93 ราย (ร้อยละ 78.8) อาศัยอยู่กับบิดา และ/หรือ มารดา และ/หรือ พี่น้อง จำนวน 81 ราย

(ร้อยละ 68.6) ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในบ้าน 3 คน จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 25.4) ผู้ป่วยจำนวน 114 ราย (ร้อยละ 96.6) มีเชื้อชาติไทย สถานภาพการศึกษาส่วนใหญ่กำลังศึกษา จำนวน 73 ราย (ร้อยละ 61.9) อยู่ชั้นประถมศึกษา จำนวน 44 ราย (ร้อยละ 48.9) และผลการเรียนไม่ดีมีมากที่สุด จำนวน 35 ราย (ร้อยละ 38.9)

ตารางที่ 2 ประวัติครอบครัว

	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (S.D.)
ผู้เลี้ยงดูหลัก		
มารดาเลี้ยงดูเป็นหลัก	36 (30.5)	
บิดาและมารดา	22 (18.6)	
อื่นๆ เช่น บิดา ปู่ ย่า ตา ยาย พี่เลี้ยง ฯลฯ	36 (30.5)	
ไม่ระบุ	24 (20.3)	
บิดา อายุ (ปี)		40 (7.3)
การศึกษาสูงสุด ชั้นประถมศึกษา	32 (27.1)	
อาชีพ ผู้ใช้แรงงาน/กรรมกร	22 (18.6)	
ไม่ระบุ	48 (38.1)	
มารดา อายุ (ปี)		37.5 (6.7)
การศึกษาสูงสุด ชั้นประถมศึกษา	24 (20.3)	
อาชีพ ผู้ใช้แรงงาน/กรรมกร	27 (22.9)	
ไม่ระบุ	41 (34.7)	
สถานภาพสมรส		
หย่าร้าง	52 (44.1)	
อยู่ด้วยกัน	34 (28.8)	
อื่นๆ เช่น บิดาหรือมารดาเสียชีวิต ฯลฯ	9 (7.6)	
ไม่ระบุ	23 (19.5)	
จำนวนพี่น้องร่วมบิดาหรือมารดา		
1 คน	27 (22.9)	
2 คน	28 (23.7)	
ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป	38 (32.2)	
ไม่ระบุ	25 (21.2)	
โรคทางจิตเวชในครอบครัว		
มี	49 (41.5)	
โรคทางอารมณ์	24 (20.3)	
Substance related disorders	18 (15.3)	
ความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญา หรือบกพร่องด้านการเรียน	12 (10.2)	
วิตกกังวล	5 (4.2)	

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีมารดาเลี้ยงดูเป็นหลัก จำนวน 36 ราย (ร้อยละ 32.5) บิดาของผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 40 ปี ส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษา จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 27.1) ประกอบอาชีพผู้ใช้แรงงานหรือกรรมกร จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 18.6) ส่วนมารดาของผู้ป่วย อายุเฉลี่ย 37.5 ปี เรียนจบชั้นประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 20.3) ประกอบอาชีพผู้ใช้แรงงานหรือกรรมกร

จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 22.9) สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา ส่วนใหญ่หย่าร้างกัน จำนวน 52 ราย (ร้อยละ 44.1) จำนวนพี่น้องร่วมบิดาหรือมารดาพบมากที่สุด 2 คน จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 23.7) ผู้ป่วยมีโรคทางจิตเวชในครอบครัว จำนวน 49 ราย (ร้อยละ 41.5) ส่วนใหญ่เป็นโรคทางอารมณ์ จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 20.3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลทางคลินิก

		จำนวน (ร้อยละ)
หน่วยงานที่ส่งปรึกษา	กุมารเวชกรรม	78 (66.1)
ประเภทของหอผู้ป่วย	สามัญ	109 (92.4)
จำนวนครั้งของการรักษาแบบผู้ป่วยใน	1 ครั้ง	108 (91.5)
ปัญหาหรือโรคทางกายขณะปรึกษา	Attempted suicide/self-inflicted injury	29 (24.6)
	Nervous System	16 (13.6)
	Genitourinary system	14 (11.9)
สาเหตุที่ส่งปรึกษา	เพื่อการรักษาที่เหมาะสม	94 (79.7)
	สงสัยภาวะทางจิตเวช	25 (21.2)
	เพื่อวินิจฉัยหรือรักษาโรคทางจิตเวชที่เกิดขึ้นร่วมกัน	11 (9.3)
อาการสำคัญที่ส่งปรึกษา	Suicidal idea	32 (27.1)
	Child abuse	32 (27.1)
	Anxiety	20 (16.9)
	Depression	19 (16.1)
ประวัติการทำร้ายตัวเองมาก่อนของผู้ป่วย	มี	7 (21.8)
ที่มีความคิดอยากทำร้ายตัวเอง	ไม่มี	25 (78.2)
วิธีการทำร้ายตัวเองในครั้งนี้	รับประทานยานาเกินขนาด	22 (68.8)
	รับประทานสารเคมีที่มีฤทธิ์เป็นกรด-ด่าง	8 (25.0)
	กรีดข้อมือ	2 (6.2)

กุมารเวชกรรมเป็นหน่วยงานที่ส่งปรึกษา ปัญหาจิตเวชเด็กและวัยรุ่นมากที่สุด จำนวน 78 ราย (ร้อยละ 66.1) โดยส่วนใหญ่ส่งมาจากหอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 109 ราย (ร้อยละ 92.4) เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นครั้งแรกจำนวน 108 ราย (ร้อยละ 91.5) ปัญหาหรือโรคทางกายขณะปรึกษา 3 อันดับแรก ได้แก่ Attempted suicide/ self-injury, Nervous

System และ Genitourinary system จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 24.6) 16 ราย (ร้อยละ 13.6) และ 14 ราย (ร้อยละ 11.9) ตามลำดับ สาเหตุที่ส่งปรึกษา 3 อันดับแรก ได้แก่ เพื่อการรักษาที่เหมาะสม, สงสัยภาวะทางจิตเวชและเพื่อวินิจฉัยหรือรักษาโรคทางจิตเวชที่เกิดขึ้นร่วมกัน จำนวน 94 ราย (ร้อยละ 79.7), 25 ราย (ร้อยละ 21.2) และ 11 ราย (ร้อยละ 9.3) ตามลำดับ

ส่วนอาการสำคัญที่ส่งปรึกษา ได้แก่ Suicidal idea ขนาด จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 68.8) รับประทานสารเคมีที่มีฤทธิ์กรด-ด่าง จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 25.0) และกรีดข้อมือ จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 6.2) ผู้ป่วยที่ทำร้ายตัวเองมีประวัติการทำร้ายตัวเองมาก่อน จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 21.8)

ส่วนอาการสำคัญที่ส่งปรึกษา ได้แก่ Suicidal idea เท่ากับ Child abuse จำนวนอย่างละ 32 ราย (ร้อยละ 27.1), Anxiety จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 16.9) และ Depression จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 16.1) ผู้ป่วยที่ทำร้ายตัวเองส่วนใหญ่ใช้วิธีรับประทานยาเกิน

ตารางที่ 4 ความชุกของภาวะทางจิตเวชและการวินิจฉัยโรค รวมทั้งความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรค

		จำนวน (ร้อยละ)
Diagnosis on Axis I	Adjustment Disorders	37 (31.4)
ตามเกณฑ์ DSM IV-TR หรือ DSM-V	Problem-Related to Abuse or Neglect	
	Sexual abuse of child	25 (21.2)
	Neglect of child	21 (17.8)
	Physical abuse of child	10 (8.5)
	Learning Disorders	
	Mathematics disorder	15 (12.7)
	Disorder of written expression	14 (11.9)
	Reading disorder	10 (8.5)
	Mood Disorders	
	Dysthymic disorder	12 (10.2)
	Major depressive disorder	10 (8.5)
	Depressive disorder, NOS	7 (5.9)
	Mood disorder due to medical condition(s)	4 (3.4)
	No Diagnosis or Condition on Axis I	7 (5.9)
Diagnosis on Axis II	Borderline intellectual functioning	16 (13.6)
ตามเกณฑ์ DSM	Mental retardation	7 (5.9)
	No diagnosis or deferred on Axis II	95 (80.5)
Diagnosis on Axis IV	Problems related to upbringing	60 (50.8)
ตามเกณฑ์ DSM IV-TR หรือ DSM-V	Problems related to primary support group, including family circumstance	31 (26.3)
ความสอดคล้องของการวินิจฉัย	สอดคล้อง	25 (21.2)
ซึ่งประเมินโดยแพทย์ผู้ส่งปรึกษา	ไม่สอดคล้อง	7 (5.9)
และจิตแพทย์ผู้รับปรึกษา	บรรยายอาการโดยไม่ระบุการวินิจฉัยเริ่มต้น	86 (72.9)

จากการรับปรึกษาโรคทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อยใน Axis I ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM IV-TR หรือ DSM-V ได้แก่ Adjustment disorder มีจำนวน 37 ราย (ร้อยละ 31.4) รองลงมา ได้แก่ Sexual abuse of child จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 21.2) และ Neglect of child จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 17.8) ตามลำดับ พบว่าไม่มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเพียง 7 ราย (ร้อยละ 5.9) ส่วนใน Axis IV ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ DSM IV-TR หรือ

DSM-V ปัญหาที่ได้รับการวินิจฉัยมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาการเลี้ยงดู (Problems related upbringing) จำนวน 60 ราย (ร้อยละ 50.8) ส่วนปัญหาครอบครัวและผู้ดูแล พบได้ 31 ราย (ร้อยละ 26.3) ความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคพบว่าส่วนใหญ่ แพทย์ผู้ปรึกษามักจะบรรยายอาการโดยไม่ระบุการวินิจฉัยเริ่มต้น มีจำนวน 86 ราย (ร้อยละ 71.9) การวินิจฉัยโรคมีความสอดคล้องกัน จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 21.2) ไม่สอดคล้องกันจำนวน 7 ราย (ร้อยละ 5.9)

ตารางที่ 5 รูปแบบการรักษาและการตรวจติดตาม

		จำนวน (ร้อยละ)
รูปแบบการไม่ใช้ยา		118 (100)
	Psychoeducation	107 (90.7)
	Parental guidance	98 (83.1)
	Individual counseling	92 (77.9)
	Individual supportive psychotherapy	68 (57.6)
	Psychological testing	43 (36.4)
	Home visit	39 (33.1)
	Family therapy	30 (25.4)
รูปแบบการใช้ยา		54 (45.8)
	ยาด้านเศร้ากลุ่ม SSRI หรือ SARI	43 (36.4)
	ยาด้านโรคจิตกลุ่ม Dopamine receptor antagonist หรือ Serotonin-dopamine antagonist	29 (24.6)
	ยาคลายกังวลกลุ่ม Benzodiazepines	21 (17.8)
การนัดตรวจติดตามที่แผนกจิตเวช	มีนัด	112 (94.9)
ภายหลังสิ้นสุดการรักษาแบบผู้ป่วยใน	ไม่มีนัด	6 (5.1)
การมาตรวจตามนัดที่แผนกจิตเวช	มาตามนัด	70 (62.5)
ภายหลังสิ้นสุดการรักษาแบบผู้ป่วยใน	ไม่มาตามนัด	42 (37.5)

ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาแบบไม่ใช้ยา ส่วนใหญ่เป็นการทำ Psychoeducation จำนวน 107 ราย (ร้อยละ 90.7) Parental guidance จำนวน 98 ราย (ร้อยละ 83.1) และ Individual counseling จำนวน 92 ราย (ร้อยละ 77.9)

มีผู้ป่วยจำนวน 54 ราย (ร้อยละ 45.8) ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยา ส่วนใหญ่เป็นยาต้านเศร้ากลุ่ม SSRIs หรือ SARI จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 35.6) ยาต้านโรคจิตกลุ่ม Dopamine antagonist และ Serotonin-dopamine antagonist จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 24.6) และยาคลายกังวลกลุ่ม Benzodiazepine จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 17.8) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการนัดตรวจติดตามภายหลังสิ้นสุดการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 112 ราย (ร้อยละ 94.1) ผู้ป่วยที่มาตามนัดภายหลังสิ้นสุดการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีจำนวน 70 ราย (ร้อยละ 62.5) และไม่มาตามนัด 42 ราย (ร้อยละ 37.5)

วิจารณ์

ลักษณะประชากรของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่พบการส่งปรึกษาผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในด้านอายุ พบว่าการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ยมากกว่าการศึกษาอื่นอีก 3 การศึกษา ที่ทำในกลุ่มผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย⁹⁻¹¹ นอกจากนี้เรื่องอายุแล้วยังพบความแตกต่างในด้านสถานภาพสมรสของบิดามารดา ผู้เลี้ยงดูหลัก ซึ่งการศึกษานี้พบการหย่าร้างเป็นส่วนใหญ่ โดยมีผู้เลี้ยงดูหลักเป็นมารดา แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่สถานภาพสมรสของบิดามารดาส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน และผู้เลี้ยงดูหลักได้แก่บิดาและมารดา¹¹ ความแตกต่างอาจเนื่องมาจากอายุเฉลี่ยของบิดามารดาในการศึกษานี้มีมากกว่าการศึกษาอื่น ทำให้มีโอกาสพบการหย่าร้างที่มากกว่า อีกทั้งสภาพสังคมในปัจจุบันที่มีความซับซ้อน มีปัญหาเศรษฐกิจและสังคมเพิ่มมากขึ้น

จึงพบว่าคู่สมรสมีแนวโน้มที่จะหย่าร้างกันสูงขึ้นกว่าในอดีต นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบความแตกต่างเกี่ยวกับปัญหาโรคทางกายและอารมณ์ที่ส่งปรึกษาอีกด้วย

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชพบว่า Adjustment disorder เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดสอดคล้องกับ 2 ใน 3 ของการศึกษาก่อนหน้านี้ในประเทศไทย^{9,10} และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Show RJ, et al¹³ และ Wiss M, et al¹⁴ ในต่างประเทศอีกด้วย แต่ในขณะเดียวกันพบว่าไม่มีภาวะหรือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชใน Axis I ตามเกณฑ์ DSM IV-TR หรือ DSM V เพียงร้อยละ 5.9 น้อยกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบตั้งแต่ร้อยละ 9.0 ถึง 58^{9-11, 13-14} ความแตกต่างและไม่สอดคล้องกันต่างๆ เหล่านี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน ขนาดของโรงพยาบาล โครงสร้าง สังกัด และนโยบายของแต่ละโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน การศึกษาก่อนหน้านี้ทำในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่ ที่เน้นนโยบายในเชิงส่งเสริมป้องกัน การปรึกษาระหว่างแผนกเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วก่อนที่จะเกิดปัญหาขึ้นจริง ส่งผลให้มีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชน้อยกว่าในการศึกษานี้ ที่แพทย์ผู้ปรึกษามักส่งมาปรึกษาทางจิตเวชเมื่อพบว่าน่าจะเกิดปัญหาขึ้นแล้ว อีกทั้งแพทย์ที่รับปรึกษาของการศึกษานี้เป็นจิตแพทย์ทั้งหมด ทำให้ไม่มีข้อจำกัดในการวินิจฉัยโรครวมถึงการใช้ยาทางจิตเวช และการรักษาทางจิตสังคมบำบัด

การวินิจฉัย Adjustment disorder ที่พบส่วนใหญ่ของการศึกษานี้ อาจเนื่องมาจากปัญหาหรือโรคทางกายขณะปรึกษา และอาการสำคัญที่ส่งปรึกษาได้แก่ Attempted suicide /Self-inflicted injury หรือ Suicidal idea ซึ่งเป็นปัญหาหรืออาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย Adjustment disorder อีกทั้งสังคมปัจจุบันที่มีแนวโน้มเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น เกิดปัญหาเศรษฐกิจและสังคมที่มีความซับซ้อน เวลา

คุณภาพที่ผู้ปกครองให้กับเด็กจึงลดน้อยลง รวมทั้งการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ได้ง่ายและขาดการให้คำแนะนำที่เหมาะสม อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาเรื่องการปรับตัวของผู้ป่วยได้ เมื่อมีการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเด็ก การรักษาด้วยการใช้ยาตามข้อบ่งชี้จึงเป็นแนวทางปฏิบัติที่ควรจะทำ ทำให้ผลการศึกษานี้มีรูปแบบการรักษาแบบการใช้ยาถึงร้อยละ 45.8 มากกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ไม่พบการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชร้อยละ 9 ถึง 58^{9-11,13-14} อีกทั้งจากการที่ผู้ป่วยมีโรคทางจิตเวชอยู่ทำให้ต้องมีการนัดตรวจติดตามการรักษาที่แผนกจิตเวชภายหลังการรักษาแบบผู้ป่วยในถึงร้อยละ 94.9 ซึ่งมากกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยร้อยละ 37.5 ไม่ได้มาตรวจตามนัด อาจเนื่องมาจากความรุนแรงของโรคภายหลังการรักษาตัวแบบผู้ป่วยในลดลง การรักษาด้วยการใช้ยาระยะสั้นและการทำจิตสังคมบำบัดเบื้องต้น อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ จึงไม่จำเป็นต้องมาติดตามการรักษาอีก นอกจากนี้ยังมีความไม่สะดวกในการเดินทางของผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลและทุรกันดาร รวมถึงความไม่สะดวกของผู้ปกครองในการมาโรงพยาบาลอีกด้วย ในกลุ่มผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษา ผลการรักษาอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี ยังไม่พบผู้ป่วยมีการทำร้ายตัวเองซ้ำหลังติดตามการรักษาไปนาน 1 ปี ในกรณีผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายตัวเองมาก่อน

จากการศึกษานี้ยังไม่พบกลุ่มโรค Somatic symptom and related disorder ในขณะที่การศึกษาก่อนหน้านี้พบเพียงร้อยละ 1.0¹¹ นอกจากนี้แพทย์ที่ปรึกษาส่วนใหญ่มีการบรรยายอาการโดยไม่ระบุการวินิจฉัยเริ่มต้น สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาการทางจิตเวชของเด็กไม่ค่อยชัดเจน คลุมเครือ ยากแก่การวินิจฉัยแยกโรค เช่น เด็กที่มีอารมณ์หงุดหงิดอาจเป็นไปได้ทั้งภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ปัญหาการปรับตัว โรคจิต โรคอารมณ์แปรปรวน ปัญหาการเลี้ยงดูและสังคม เป็นต้น

แตกต่างกับภาวะทางจิตเวชในผู้ใหญ่ที่มักพบอาการแบบตรงไปตรงมามากกว่า รวมทั้งการสื่อสารในเด็กมักมีข้อจำกัด ทำให้การซักประวัติและการตรวจสภาพจิตในผู้ป่วยเด็กต้องมีความชำนาญพอสมควร เพื่อให้ได้มาซึ่งประวัติที่เชื่อถือได้ อีกทั้งยังต้องหาแหล่งข้อมูลอื่นๆเช่น บิดา มารดา ครู ผู้เลี้ยงดู เป็นต้น

สรุป

การวินิจฉัยโรคสุดท้ายที่พบได้บ่อยของจิตแพทย์ผู้รับปรึกษาได้แก่ Adjustment disorder ซึ่งการส่งปรึกษาทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่รับไว้ในโรงพยาบาล การตรวจประเมิน วินิจฉัย และการรักษาโรคทางจิตเวชที่ถูกต้อง เหมาะสม และทันเวลา จะช่วยลดความรุนแรงของโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต และช่วยป้องกันปัญหา ทางจิตเวชที่อาจจะเกิดขึ้นต่อไป การศึกษานี้เป็นเพียงข้อมูลทางสถิติเบื้องต้น ในการดูแลการรับปรึกษาปัญหาทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่รับไว้ในโรงพยาบาล เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพการทำงาน และแนวทางการรับปรึกษาทางจิตเวชกับแพทย์สาขาอื่น การศึกษาต่อไปในเชิงลึกอาจนำข้อมูลเหล่านี้มาวิเคราะห์หาปัจจัย หรือความสัมพันธ์เพิ่มเติมต่อไปได้ รวมทั้งหากมีการทำวิจัยแบบ Multicenter ศึกษา ร่วมกับโรงพยาบาลอื่น ก็จะทำให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและเป็นตัวแทนของประชากรได้มากขึ้น นอกจากนี้การปรับแบบฟอร์มบันทึกการรับปรึกษาผู้ป่วยให้มีความเฉพาะเจาะจง อาจทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การพัฒนางานจิตเวชศาสตร์รับปรึกษา และอาจขยายไปสู่งานผู้ป่วยนอกในอนาคตได้อีกด้วย

บรรณานุกรม

1. Sadock BJ, Sadock VA. Consultation-liaison psychiatry. In: synopsis of psychiatry. 11st ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 2015: 499-503.

2. ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ. จิตเวชศาสตร์รับปรึกษา. ใน :
นันทวิช ลิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก,
บรรณาธิการ. จิตเวชศิริราช DSM-5.
กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาสนไทย การ
พิมพ์, 2558: 659-64.
3. Martin A, Bloch MH. Lewis's Child &
adolescent psychiatry: a
Comprehensive textbook 5th ed.
Philadelphia; Williams & Wilkins;
Philadelphia, 2018: 906-11.
4. Sadock BJ, Sadock VA. Consultation-
liaison psychiatry. In: synopsis of
psychiatry. 10th ed. Baltimore;
Williams & Wilkins; 2007: 828-38.
5. Spiegel D. Cancer and depression. Br J
Psychiatry 1996; 30(1): S109-16.
6. วิฐารณ บุญสิทธิ. Child psychiatry
consultation liaison in hospitals. ใน:
วินัดดา ปิยะศิลป์, พนม เกตุมาน,
บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชเด็กและวัยรุ่น.
กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรส์,
2545: 431-8.
7. Shugart MA: Child psychiatry consultation
to pediatric inpatients: a literature
review. General Hospital Psychiatry
1991; 13: 325-36.
8. วิฐารณ บุญสิทธิ. การประเมินและการวินิจฉัย
ทางจิตเวช. ใน: วิฐารณ บุญสิทธิ,
บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น
ในเวชปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ลิฟวิ่ง,
2564: 1-22.
9. Wacharasindhu A. Patterns of in-patient
referral to child psychiatric service.
Chula MJ 1992 August; 36(8): 601-10.
10. นิศารัตน์ วัชรอุตมกาล. ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการ
รักษาในแผนกผู้ป่วยใน ที่ถูกส่งปรึกษา ณ
หน่วยจิตเวชเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
[วิทยานิพนธ์หลักสูตร เพื่อวุฒิบัตรแสดง
ความรู้ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพ
เวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น
ของแพทยสภา]. กรุงเทพมหานคร:
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย; 2552.
11. พัชรภรณ์ มาลีเวช. การปรึกษาปัญหาทาง
จิตเวชในเด็กและวัยรุ่นของแผนกผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2552
[วิทยานิพนธ์หลักสูตร เพื่อวุฒิบัตรแสดง
ความรู้ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพ
เวชกรรมจิตเวชศาสตร์ของแพทยสภา].
กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราช
พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1:
รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต
ปีงบประมาณ 2564. กรุงเทพมหานคร:
ละม่อม, 2564: 12-13.
13. Shaw RJ, Wamboldt M, Barsch B, Stuber M.
Practice patterns in pediatric
consultation liaison psychiatry: a
national survey. Psychosomatics
2006; 47(1): 43-9.
14. Wiss M, Lenoir P, Malvy J, Wissocq M,
Bodier C. (Child consultation-liaison
psychiatry within the hospital: a
prospective study). Arch Pediatr
2004 Jn; 11(1): 4-12.

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ณ โรงพยาบาลสมุทรสาครภญ.จันทร์จิรา ชอบประดิธ ภ.บ., ภ.ม. (เภสัชกรรมคลินิก), อ.ภ. (เภสัชบำบัด)¹ภญ.ธนกร ลิขิตเทียนทอง ภ.บ., ภ.ม. (เภสัชกรรมชุมชน)²ภก.วิรัช สันทอง ภ.บ.³

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสมุทรสาคร

Received: Sep 16, 2022

Revised: Nov 23, 2022

Accepted: Dec 15, 2022

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อวิเคราะห์หาความชุก และลักษณะของผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 (AEFI) ที่แจ้งมายังศูนย์ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยจำแนกตามประเภทความร้ายแรง ชนิดของวัคซีน และลำดับเข็มที่ฉีด

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสังเกตแบบย้อนหลัง โดยเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีนโควิด-19 ทุกรายที่เกิด AEFI ทั้งช่วงสังเกตอาการภายใน 30 นาที และเมื่อกลับไปแล้วหากเกิดอาการ AEFI จนต้องกลับมาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน ห้องตรวจโรคทั่วไป หรือเข้ารับรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ผู้ป่วยที่เกิด AEFI จะได้รับการประเมินโดยแพทย์และเภสัชกร ข้อมูลในการศึกษาจะเก็บจากแบบบันทึกรายงาน AEFI ที่ส่งมายังศูนย์ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในโรงพยาบาลสมุทรสาครและเครือข่าย ระหว่างวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน 2565 วิเคราะห์แจกแจงข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ (ผู้ป่วย 1 ราย อาจพบมากกว่า 1 เหตุการณ์)

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยที่เกิด AEFI จำนวน 620 ราย พบ 622 รายงาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.58) ช่วงอายุที่พบ AEFI สูงสุด คือ 18-40 ปี (ร้อยละ 49.03) เกิดหลังได้รับวัคซีน Sinovac (ร้อยละ 41.96) หลังฉีดเข็มแรก (ร้อยละ 58.52) และพบมากในช่วงเวลา มากกว่า 30 นาที แต่ไม่เกิน 24 ชั่วโมง การเกิด AEFI จากวัคซีนโควิดที่พบมากที่สุดคือ ผื่นคัน ความชุกของการเกิด AEFI ต่อจำนวนวัคซีนที่ฉีดเท่ากับ 6.27 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดส ความชุกของการเกิด AEFI ประเภทร้ายแรงเท่ากับ 0.85 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดส AEFI ที่พบมากที่สุดจากวัคซีน Sinovac, AstraZeneca, Pfizer และ Sinopharm คือ อาการผื่นคัน (3.95, 1.09, 0.64 และ 0.34 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดสตามลำดับ) ส่วน AEFI จากวัคซีน Moderna ที่พบมากที่สุดคือ อาการไข้ (6.05 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดส) ผู้ป่วยที่เกิด AEFI ร้ายแรง (ยังไม่มีมีการประเมินว่าวัคซีนเป็นสาเหตุของ AEFI) จำนวน 76 ราย พบ 78 รายงาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 46 ราย ช่วงอายุ 41-60 ปี 32 ราย โดยวัคซีนที่ได้รับก่อนพบ AEFI ได้แก่ AstraZeneca, Sinovac, Pfizer, Sinopharm และ Moderna (28, 24, 19, 4, 3 ราย ตามลำดับ) ส่วนใหญ่เกิดหลังเข็มที่ 1 จำนวน 36 รายงาน AEFI ร้ายแรงที่พบมากที่สุดได้แก่ Stroke (29 รายงาน) รองลงมาคือ Anaphylaxis (13 รายงาน) เสียชีวิต (13 รายงาน) นอนโรงพยาบาลนานกว่า 3 วัน (7 รายงาน) Myocarditis/pericarditis (6 รายงาน) Bell's palsy (5 รายงาน) Coagulation disorder (2 รายงาน) และ Guillain-Barre syndrome (2 รายงาน) นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยพิการ (1 รายงาน) ดวงตา 1 ข้างไม่สามารถมองเห็นได้อย่างถาวร

สรุป: ความชุกของการเกิด AEFI จากวัคซีนโควิด-19 พบ 6.27 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดสซึ่งอยู่ในระดับที่พบน้อย (Rare) ส่วนใหญ่เป็นชนิดที่ไม่ร้ายแรง โดยพบ AEFI ที่ร้ายแรง 0.85 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดส (ยังไม่มีกรณีประเมินว่าวัคซีนเป็นสาเหตุของ AEFI) ซึ่งอยู่ในระดับที่พบน้อยมาก (Very rare) AEFI ที่ร้ายแรงพบมีอาการหลายระบบ รวมทั้งพิการและเสียชีวิต ดังนั้นจำเป็นต้องติดตามเฝ้าระวัง AEFI หลังได้รับวัคซีนโควิด-19 อย่างใกล้ชิด

คำสำคัญ: เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19, ความชุกของการเกิด AEFI, วัคซีนโควิด-19

Adverse events following immunization (AEFIs) of COVID-19 vaccine in Samutsakhon Hospital

Chanchira Choppradit, Master of Pharmacy (Clinical Pharmacy)¹

Thanaporn Likittientong, M. Pharm. (Community Pharmacy)²

Virachai Sonthong, B. Pharm³

Division of Pharmacy, Samutsakhon Hospital

Received: Sep 16, 2022

Revised: Nov 23, 2022

Accepted: Dec 15, 2022

Abstract

Objectives: To analyze the prevalence and characteristics of patients who experienced adverse events following immunization (AEFIs) from COVID-19 vaccines reported to the Adverse Drug Reaction Center in Samutsakhon Hospital classified by seriousness, types of vaccines and dosing schedules.

Methods: This retrospective observational study collected data on all patients received COVID-19 vaccines either who experienced AEFIs during the 30-minute observation period or who were discharged and revisited the emergency room, the general practice unit or admitted to the inpatient department in Samutsakhon Hospital due to AEFIs. Patients with AEFIs were assessed by physicians and pharmacists. The data in this study were collected from AEFI form-sheets reported to Adverse Drug Reaction center of Samutsakhon hospital and network between February 28, 2021 and June 30, 2022. The data were analyzed by descriptive statistics using frequency and percentage (Each patient may have more than one event).

Results: We found 622 AEFI reports from 620 patients. Most of the patients were female (72.58%). The AEFIs were most frequently found in the age group of 18 to 40 years (49.03%), in who received Sinovac vaccine (41.96%), after the first dose of COVID-19 vaccination (58.52%), and during the period between 30 minutes to 24 hours. The most frequently found AEFI was pruritic rash. The prevalence of total and serious AEFIs were 6.27 and 0.85 events per 10,000 doses, respectively. The most common AEFI from CoronaVac[®] (Sinovac), Vaxzevria[®] (AstraZeneca), Comirnaty[®] (Pfizer) and Covilo[®] (Sinopharm) was pruritic rash (3.95, 1.09, 0.64 and 0.34 events per 10,000 doses, respectively) and from Spikevax[®] (Moderna) was fever (6.05 events per 10,000 doses). There were 78 reports of serious AEFIs, without causality assessment, from 76 patients who received Vaxzevria[®], CoronaVac[®], Comirnaty[®], Covilo[®] and Spikevax[®] (28, 24, 19, 4 and 3, respectively), most of which were female (46), in the age group of 41 to 60 years (32) and after the first dose (36). Stroke was the most commonly found serious AEFI (29), followed by anaphylaxis (13), death (13), admission longer than 3 days (7), myocarditis/pericarditis (6),

Bell's palsy (5), coagulation disorder (2), Guillain-Barre syndrome (2) and disability of permanent blindness in one eye (1).

Conclusions: The prevalence of AEFIs from COVID-19 vaccines was 6.27 events per 10,000 doses, which was rare. Most of AEFIs were non-serious. The prevalence of serious AEFIs was 0.85 events per 10,000 doses (without causality assessment), which was very rare. The serious AEFI symptoms were found involving various organ systems and including disability and death. Therefore, close monitoring after COVID-19 vaccination is needed.

Keywords: adverse events following immunization (AEFI), prevalence of AEFI, COVID-19 vaccines

บทนำ (Introduction)

โรคโควิด-19 (Coronavirus disease 2019: COVID-19) เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา ซาร์สโควี-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2: SARS-CoV-2) ทำให้เกิดอาการไข้ ไอ และอาจมีปอดอักเสบ¹ เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นเชื้ออุบัติใหม่แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วทั่วโลก และขณะนั้นยังไม่มีวัคซีนป้องกันการเกิดโรค จึงมีการเร่งพัฒนาวัคซีนโควิด-19 และอนุมัติให้ออกมาใช้อย่างฉุกเฉิน ซึ่งได้ขอขึ้นทะเบียนในประเทศไทย ณ ปัจจุบันนี้แบ่งเป็น 4 ชนิดคือ 1. วัคซีนชนิดสารพันธุกรรม ได้แก่ วัคซีน ดีเอ็นเอ (DNA) หรือเอ็มอาร์เอ็นเอ (messenger RNA, mRNA) ได้แก่ Comirnaty[®] ของบริษัท BioNTech/Pfizer และ mRNA-1273[®] ของบริษัท Moderna (รู้จักกันทั่วไปในชื่อวัคซีน Pfizer และวัคซีน Moderna) 2. วัคซีนชนิดใช้ไวรัสเป็นพาหะ (Recombinant viral vector vaccine) ได้แก่ Vaxzevria[®] ของบริษัท Oxford–AstraZeneca, Janssen COVID-19 vaccine[®] ของบริษัท Johnson and Johnson, และ Sputnik V[®] ของบริษัท Gamaleya (รู้จักกันทั่วไปในชื่อวัคซีน AstraZeneca, วัคซีน Johnson and Johnson และ วัคซีน Sputnik V) 3. วัคซีนที่ทำจากโปรตีนส่วนหนึ่งของเชื้อ (Protein subunit vaccine) ได้แก่ Covovax[®] ของบริษัท Novavax (รู้จักกันทั่วไปในชื่อวัคซีน Novavax) 4. วัคซีนชนิดเชื้อตาย (Inactivated vaccine) ได้แก่ Coronavac[®] ของบริษัท Sinovac, Covilo[®] ของบริษัท Sinopharm และ Covaxin ของบริษัท Bharat Biotech (รู้จักกันทั่วไปในชื่อวัคซีน Sinovac, วัคซีน Sinopharm และวัคซีน Covaxin)² ซึ่งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ที่พบได้แก่ มีไข้ อ่อนเพลีย อาการทางประสาทที่เรียกว่า Immunization stress-related response (ISRR)

อาการที่รุนแรงแต่พบน้อยได้แก่ Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia (VITT)²

จังหวัดสมุทรสาคร ได้มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2563 ระยะเวลาเพียง 2 เดือนมีผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 รายใหม่และสะสมรวม 15,826 ราย เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีการติดเชื้อสูง ดังนั้นจึงเป็นจังหวัดแรกๆ ที่ได้รับการสนับสนุนและมีการบริการฉีดวัคซีนตั้งแต่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 เป็นต้นมา โดยในช่วงแรกเป็นการระดมฉีดวัคซีนให้กับบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มเสี่ยงเป็นหลัก ต่อมาวันที่ 7 มิถุนายน 2564 มีการรณรงค์ฉีดวัคซีนให้แก่ประชาชนทั่วไป³ สถานที่ฉีดวัคซีนช่วงแรกมีเพียงโรงพยาบาลสมุทรสาครแห่งเดียว เนื่องจากพื้นที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ดังนั้นจึงขยายให้บริการที่โรงพยาบาลสาขา คือ โรงพยาบาลวัดเกตุมณีศรีวราราม โรงพยาบาลนครท่าฉลอม และโรงพยาบาลวัดบางปลา มีการกระจายสถานบริการฉีดวัคซีนตามแหล่งชุมชนที่ประชาชนเข้าถึงการบริการฉีดวัคซีนได้เพิ่มมากขึ้นส่งเสริมให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ ลดการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 คือ เปิดบริการฉีดวัคซีนที่ องค์การบริหารส่วนตำบลท่าทราย ห้างสรรพสินค้าแลนด์มาร์ค ห้างสรรพสินค้าเซ็นทรัลมหาชัย

เนื่องจากวัคซีนโควิด-19 เป็นวัคซีนใหม่ที่กำลังพัฒนา ข้อมูลความปลอดภัยภายหลังได้รับวัคซีนยังมีจำกัด และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นโรงพยาบาลสมุทรสาครและเครือข่ายได้มีการจัดทำขั้นตอนการให้บริการฉีดวัคซีน เพื่อกำหนดขอบเขตการทำงานให้เป็นมาตรฐานซึ่งแบ่งจุดให้บริการ 7 จุด ดังนี้คือ 1. จุดลงทะเบียน 2. จุดชั่งน้ำหนักและวัดความดัน 3. จุดประเมินความเสี่ยงและลงนามยินยอมในการฉีดวัคซีน (Informed consent) 4. จุดรอฉีดและฉีดวัคซีน 5. จุดบันทึกข้อมูลและรับใบนัดหมาย 6. จุดสังเกต

อาการและลงทะเบียนในระบบหอพร้อม 7. จุดวัดความดันโลหิตและให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน เป็นต้น

ในส่วนบทบาทของเภสัชกรในการให้บริการฉีดวัคซีนของโรงพยาบาลสมุทรสาครและทุกเครือข่ายเริ่มตั้งแต่ การจัดเก็บและขนส่งวัคซีนให้เป็นไปตามมาตรฐาน การประเมินความเสี่ยง โดยเฉพาะการซักประวัติแพ้ยา ให้คำแนะนำถึงประโยชน์และลดความเสี่ยง รวมทั้งแนะนำวัคซีนทางเลือกที่ผู้รับบริการควรจะได้รับเพื่อลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังการได้รับวัคซีน และงานที่สำคัญยิ่งอีกอย่างหนึ่งคือ การเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Adverse Event Following Immunization: AEFI) เนื่องจากวัคซีนโควิด-19 เป็นวัคซีนที่เร่งพัฒนา ต้องฉีดประชาชนจำนวนมากเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ซึ่งขณะนั้นมีการระบาดในจังหวัดสมุทรสาครสูง แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลความปลอดภัยมีจำกัด เพื่อให้มีความปลอดภัยกับผู้บริโภค โรงพยาบาลสมุทรสาครจึงได้จัดตั้งทีมเฝ้าระวังและติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 (AEFI) ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการเกิด AEFI หลังจากได้รับวัคซีน ดังนั้นจึงได้ศึกษาการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 เพื่อเป็นประโยชน์ในการติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อศึกษาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังที่ได้รับวัคซีนโควิด-19 ที่ได้รับแจ้งมายังศูนย์ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โรงพยาบาลสมุทรสาคร
2. เพื่อวิเคราะห์หาความชุกของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 จำแนกตามประเภทตามความร้ายแรงและชนิดของวัคซีน

3. เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงกับชนิดของวัคซีนและลำดับเข็มที่ฉีด

นิยามศัพท์เฉพาะ

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Adverse Events Following Immunization: AEFI) หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อาจเป็นอาการไม่สบาย หรือมีผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการผิดปกติโดยไม่จำเป็นต้องมีสาเหตุจากการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อาการส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นภายใน 30 วัน ภายหลังจากการได้รับวัคซีน⁴

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง หมายถึง เหตุการณ์ต่าง ๆ ดังนี้ 1) เสียชีวิต 2) มีอาการที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต หรือสงสัยว่ามีอาการที่อาจจะเข้าได้กับโรคหรือกลุ่มอาการดังต่อไปนี้ ได้แก่ 2.1) การแพ้รุนแรง (Anaphylaxis) 2.2) ระบบหัวใจและหลอดเลือดเช่น Acute myocarditis, Acute pericarditis, Hypertensive urgency, Malignant hypertension 2.3) ระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ Acute respiratory distress syndrome (ARDS) 2.4) ระบบประสาทและสมอง ได้แก่ Transverse myelitis, Guillain Barre syndrome (GBS), Acute disseminated encephalomyelitis (ADEM), Encephalitis, Stroke, Meningoencephalitis, Meningitis, Bell's palsy 2.5) ระบบภูมิคุ้มกัน (Serious immune mediated diseases) เช่น Immune thrombocytopenic purpura (ITP)

2.6) ระบบเลือด เช่น Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia (VITT), Pulmonary embolism, Deep vein thrombosis 2.7) พิกการถาวรหรือไร้ความสามารถ 2.8) พิกการแต่กำเนิด (กรณีที่เกิดจากมารดาที่ได้รับวัคซีน) และ 2.9) รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ด้วยอาการที่เกี่ยวข้องกับการได้รับวัคซีนมากกว่า 3 วัน⁴

ความชุกของการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการได้รับวัคซีนโควิด-19 หมายถึง จำนวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ในช่วงเวลาศึกษา หาดด้วยจำนวนโดสของวัคซีนโควิด-19 ในช่วงเวลาศึกษา แล้วคูณด้วย 10,000 (หน่วย คือ เหตุการณ์ต่อหมื่นโดส)

วิธีการศึกษา (Method)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสังเกตแบบย้อนหลัง (Retrospective observational study) ในหน่วยงานโรงพยาบาลสมุทรสาคร ในช่วงเวลาวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2565

ประชากรที่ศึกษา ผู้ป่วยที่ได้รับแจ้งรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ในโรงพยาบาลสมุทรสาครและเครือข่าย (โรงพยาบาลวัดเกตุมดีศรีวราราม โรงพยาบาลนครท่าฉลอม โรงพยาบาลวัดบางปลา องค์การบริหารส่วนตำบลท่าทราย ห้างสรรพสินค้าแลนด์มาร์ค ห้างสรรพสินค้าเซ็นทรัลมหาชัย) ที่มีรายละเอียดครบถ้วนและสามารถสืบค้นข้อมูลในฐานข้อมูล HOSxP ได้ ในช่วงเวลา 28 กุมภาพันธ์ 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบบ

รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI1)⁽²⁾ (ภาคผนวก) ซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ เชื้อชาติ ประวัติการแพ้ยาหรือวัคซีน โรคประจำตัว วัน-เดือน-ปี-เวลาที่ได้รับวัคซีน ชนิดของวัคซีนโควิด-19 ที่ได้รับการฉีด สถานที่ที่ได้รับวัคซีน ลำดับเข็มที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ลักษณะเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิด ความร้ายแรงของ AEFI ระยะเวลาที่เกิด การได้รับการรักษา ตลอดจนผลของการรักษา

วิธีการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลผ่านระบบการ

เฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ของโรงพยาบาลสมุทรสาครและเครือข่าย ซึ่งมีทีมเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ที่ประกอบไปด้วย แพทย์ เภสัชกรพยาบาล โดยเภสัชกร (ผู้ร่วมวิจัย) ทำหน้าที่เก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในช่วงสังเกตอาการ 30 นาทีภายหลังได้รับวัคซีน รวมถึงเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านไปแล้วเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จนต้องกลับมาพบแพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน ห้องตรวจโรคทั่วไป หรือต้องรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ด้วยอาการที่เข้าเกณฑ์ของ AEFI ข้อมูลทั้งหมดนี้จะได้รับการประเมินโดยแพทย์และเภสัชกรที่ศูนย์เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและถูกบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูลรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 (ภาคผนวก)

ผลการศึกษา (Results)

จากการดำเนินงานฉีดวัคซีนโควิด-19 ตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2565 ในโรงพยาบาลสมุทรสาครและเครือข่าย ให้บริการฉีดวัคซีนเข็มที่ 1 ถึงเข็มที่ 5 รวมทั้งหมด 920,497 (ตารางที่ 1) โดยฉีดวัคซีน AstraZeneca

มากที่สุด (ตารางที่ 2) ในช่วงเวลาดังกล่าวพบผู้ป่วย
เกิด AEFI จำนวน 622 รายงานใน 620 ราย พบ
1,046 เหตุการณ์ เป็นผู้ป่วยที่ฉีดวัคซีนจาก
โรงพยาบาลสมุทรสาครและเครือข่าย 575 ราย ส่วน

ใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.58 ช่วงอายุ 18 ถึง 40
ปี ร้อยละ 49.03 ผู้ป่วยไม่มีประวัติแพ้ยา ร้อยละ
85.65 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.55 (ตาราง
ที่ 3)

ตารางที่ 1 จำนวนโดสวัคซีนโควิด-19 ที่ได้รับจากโรงพยาบาลสมุทรสาครและเครือข่าย (จำนวน 920,497 โดส)

เข็มที่	จำนวน
1	351,477
2	364,209
3	189,964
4	14,840
5	7
รวมฉีดวัคซีน	920,497

ตารางที่ 2 จำนวนโดส วัคซีนโควิด-19 จำแนกตามชนิดวัคซีน (จำนวน 920,497 โดส)

ชนิดวัคซีน	จำนวน (dose)	ร้อยละ
AstraZeneca	375,602	40.80
Sinovac	217,798	23.66
Pfizer	173,562	18.86
Sinopharm	117,717	12.79
Pfizer (ผ่าลิ้ม)	29,194	3.17
Moderna	6,614	0.72
Novavax	10	0.001
รวม	920,497	100.00

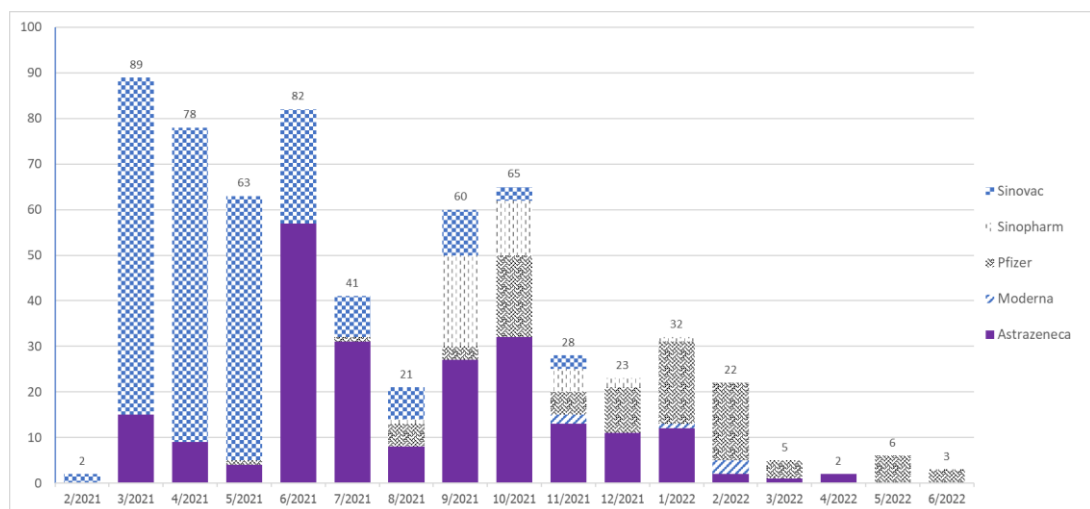
ตารางที่ 3 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เกิด AEFI หลังได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 ที่แจ้งมายังศูนย์ติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โรงพยาบาลสมุทรสาครและเครือข่าย (ผู้ป่วย 620 ราย)

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เกิด AEFI	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	450	72.58
ชาย	170	27.42
ช่วงอายุ		
อายุ 5-11 ปี	7	1.13
อายุ 12-17 ปี	26	4.19
อายุ 18-40 ปี	304	49.03
อายุ 41-60 ปี	201	32.42
อายุ 61-70 ปี	64	10.32
อายุมากกว่า 70 ปี	18	2.90
แหล่งที่ได้รับวัคซีน		
หน่วยบริการของ รพ.สมุทรสาคร และเครือข่าย	575	92.74
หน่วยบริการอื่น	45	7.26
ประวัติแพ้ยา		
ไม่มี	531	85.65
มี	89	14.35
โรคประจำตัว		
ไม่มี	394	63.55
มี	226	36.45

จากรายงาน AEFI 622 รายงาน เกิดหลังฉีดวัคซีนเข็มแรกมากที่สุด ร้อยละ 58.52 พบอาการในช่วงเวลา 30 นาที ถึง 24 ชั่วโมง หลังได้รับวัคซีนร้อยละ 41.48 AEFI ส่วนใหญ่เป็นประเภทไม่ร้ายแรง ร้อยละ 87.46 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ลักษณะการเกิด AEFI จำแนกตามชนิดวัคซีน ลำดับเข็มที่ฉีด, Onset การเกิด AEFI และความร้ายแรง (ผู้ป่วย 620 ราย เกิด AEFI 622 รายงาน)

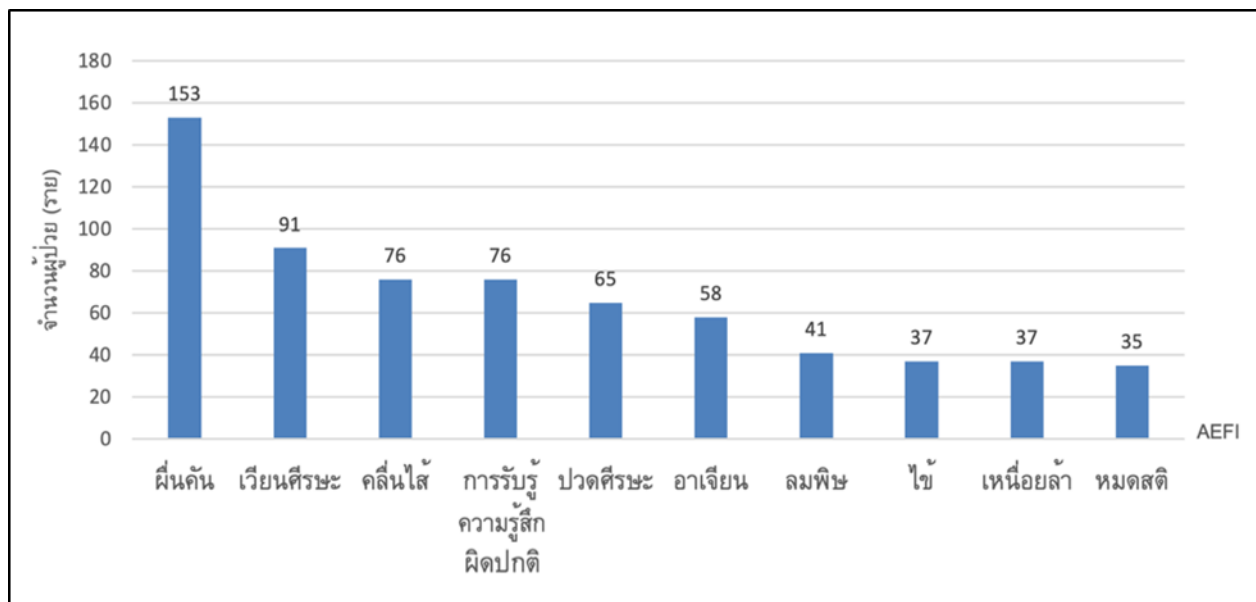
ลักษณะการเกิด AEFI	จำนวน (รายงาน)	ร้อยละ
ชนิดวัคซีน		
Sinovac	261	41.96
AstraZeneca	223	35.85
Pfizer	91	14.96
Sinopharm	41	6.59
Moderna	6	0.97
ลำดับเข็มที่ฉีด		
เข็มที่ 1	364	58.52
เข็มที่ 2	183	29.42
เข็มที่ 3	72	11.58
เข็มที่ 4	3	0.48
Onset of AEFI		
< 30 นาที	217	34.89
30 นาที – 24 ชั่วโมง	258	41.48
> 24 ชั่วโมง	147	23.63
ความร้ายแรง		
ร้ายแรง	78	12.54
ไม่ร้ายแรง	544	87.46



แผนภาพที่ 1 จำนวน AEFI ที่รายงาน จำแนกตามชนิดของวัคซีน ในช่วงเวลาต่างๆ (ผู้ป่วย 620 ราย เกิด AEFI 622 รายงาน)

เมื่อนำเหตุการณ์ AEFI มาเทียบเป็นช่วงเวลา พบว่า ในช่วง 6 เดือนแรกส่วนใหญ่พบ AEFI จากวัคซีน Sinovac และ AstraZeneca ส่วนในช่วง 10 เดือนหลัง พบรายงาน AEFI จากวัคซีน AstraZeneca,

Sinopharm, Pfizer และ Moderna (แผนภาพที่ 1) โดยการเกิด AEFI ที่พบมากคือ ผื่นคัน, เวียนศีรษะ, คลื่นไส้ และการรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ (แผนภาพที่ 2)



แผนภาพที่ 2 การเกิด AEFI 10 อันดับแรกของวัคซีนโควิด-19 ทั้ง 5 ชนิด

จากการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในโรงพยาบาลสมุทรสาครและเครือข่ายจำนวน 920,497 โดส พบผู้ป่วยที่เกิด AEFI จำนวน 575 ราย ใน 577 รายงาน คิดเป็นความชุกของการเกิด AEFI ต่อจำนวนวัคซีนที่ฉีดเท่ากับ 6.27 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดส เป็นเหตุการณ์ AEFI ประเภทร้ายแรง 0.85 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดส เมื่อจำแนกตามผู้ป่วยที่เกิด AEFI ตามชนิดของวัคซีนที่ฉีด พบว่า วัคซีน Sinovac มีความชุกของการเกิด AEFI สูงสุดคือ 11.62 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดส รองลงมา

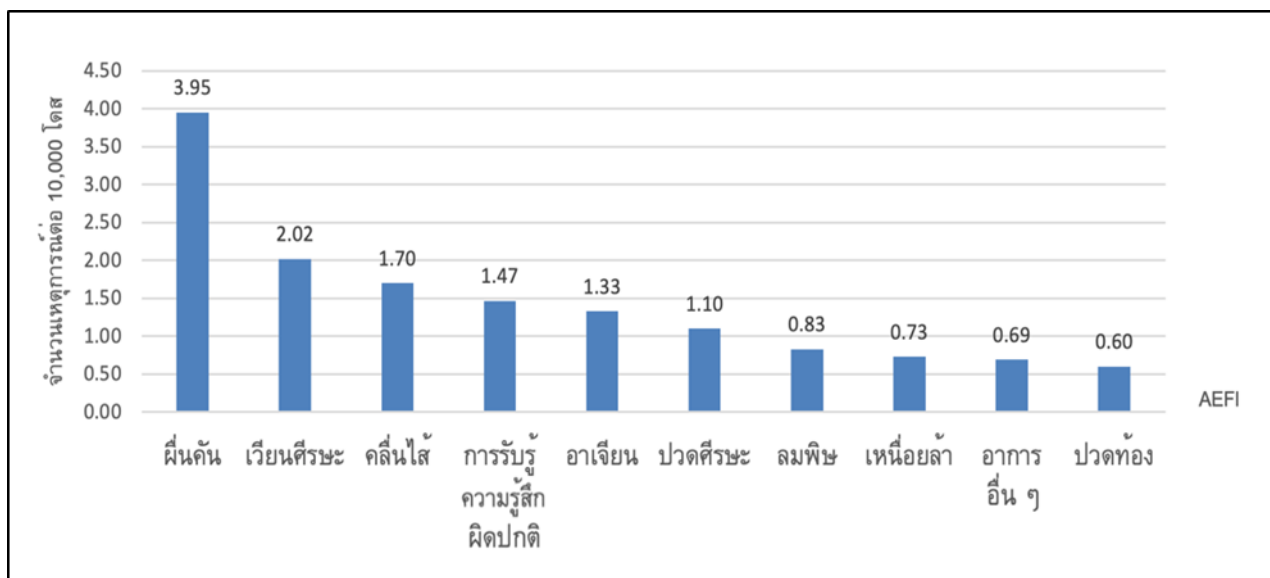
เป็นวัคซีน Moderna วัคซีน AstraZeneca วัคซีน Pfizer และวัคซีน Sinopharm คือ 10.58, 5.46, 3.90 และ 2.80 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดส ตามลำดับ ในขณะที่ความชุกของการเกิด AEFI ที่ร้ายแรงพบว่า วัคซีน Moderna มีความชุกของการเกิด AEFI สูงสุดคือ 4.54 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดส รองลงมาเป็นวัคซีน Sinovac วัคซีน Pfizer วัคซีน AstraZeneca และวัคซีน Sinopharm คือ 1.10, 0.94, 0.75 และ 0.34 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดส ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและความชุกของการเกิด AEFI จากวัคซีนโควิด-19 จำแนกตามชนิดของวัคซีนและความร้ายแรง เฉพาะผู้ที่รับการฉีดวัคซีนในหน่วยบริการของโรงพยาบาลสมุทรสาครและเครือข่าย (ผู้ป่วย 575 ราย เกิด AEFI 577 รายงาน)

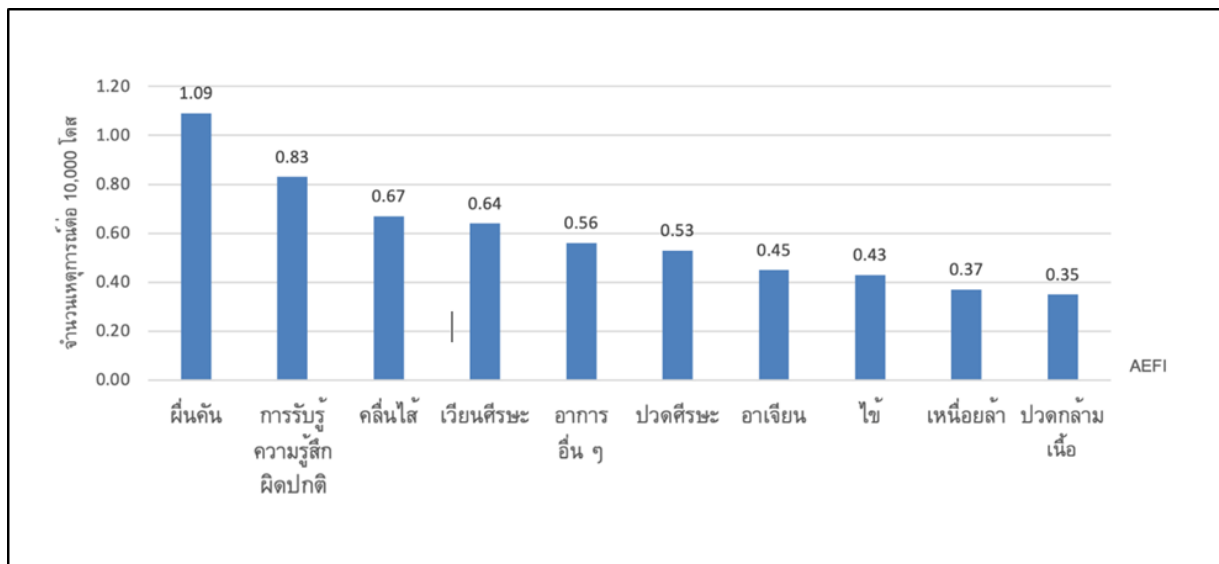
ชนิดวัคซีน	จำนวนที่ฉีด (โดส)	การเกิด AEFI ร้ายแรง		การเกิด AEFI ไม่ร้ายแรง		การเกิด AEFI ทั้งหมด	
		จำนวน เหตุการณ์	ความชุกของการเกิด AEFI ต่อหมื่นโดส	จำนวน เหตุการณ์	ความชุกของการเกิด AEFI ต่อหมื่นโดส	จำนวน เหตุการณ์	ความชุกของการเกิด AEFI ต่อหมื่นโดส
Sinovac	217,798	24	1.10	229	10.51	253	11.62
Sinopharm	117,717	4	0.34	29	2.46	33	2.80
AstraZeneca	375,602	28	0.75	177	4.71	205	5.46
Pfizer	202,756	19	0.94	60	2.96	79	3.90
Moderna	6,614	3	4.54	4	6.05	7	10.58
รวม	920,497	78	0.85	499	5.42	577	6.27

เมื่อวิเคราะห์ความชุกของการเกิด AEFI ของวัคซีนแต่ละชนิดพบว่า AEFI ที่มีอัตราการเกิดสูงที่สุด 3 ลำดับแรกจากการฉีดวัคซีน Moderna ได้แก่ ไข้ กล้ามเนื้อเนื้อหัวใจอักเสบ และ ต่อม้ำเหลืองโต คือ 6.05, 4.54 และ 3.02 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดส

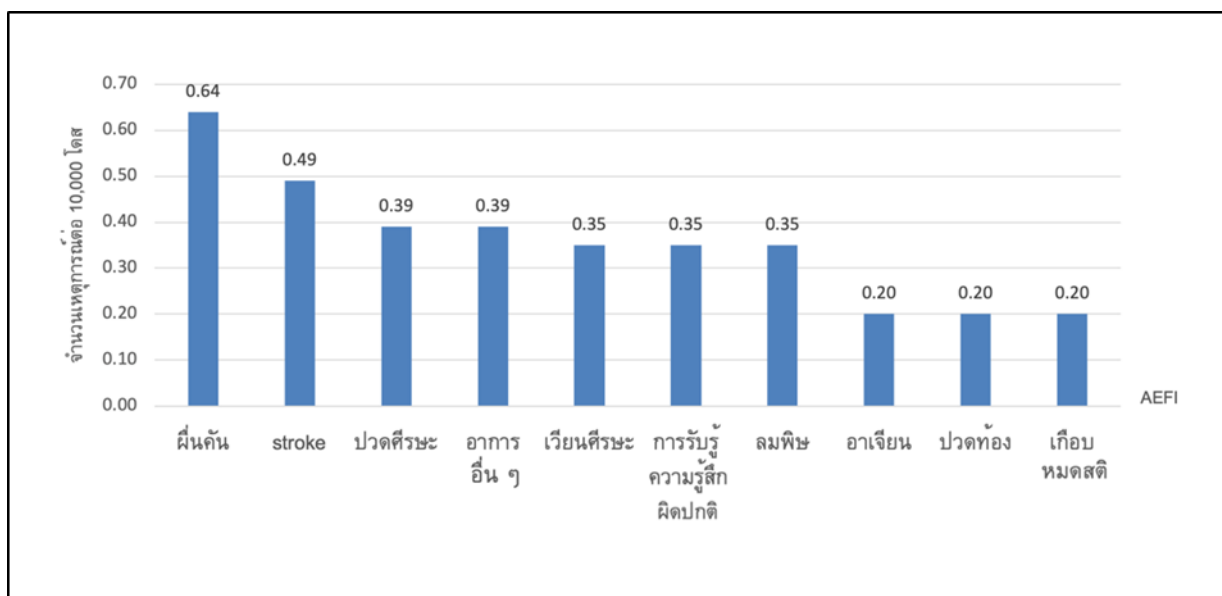
ตามลำดับ ส่วนวัคซีนชนิดอื่น พบว่าอาการผื่นคัน เกิดขึ้นมากที่สุดในวัคซีน 4 ชนิด ได้แก่ Sinovac, AstraZeneca, Pfizer และ Sinopharm คือ 3.95, 1.09, 0.64 และ 0.34 เหตุการณ์ต่อ 10,000 โดส ตามลำดับ (แผนภาพที่ 3 ถึง 7)



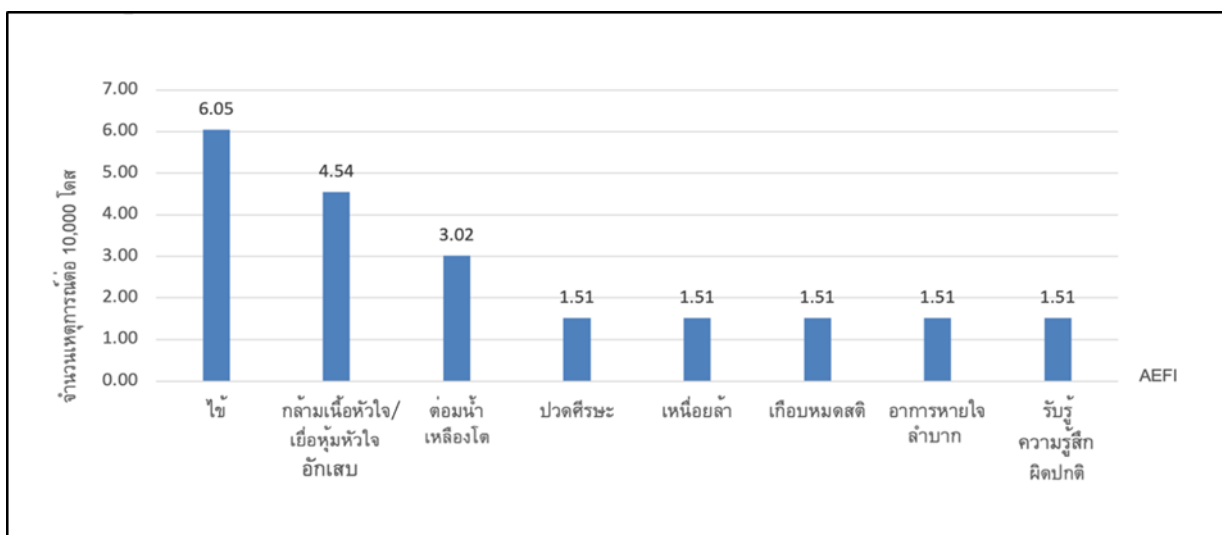
แผนภาพที่ 3 ความชุกของการเกิด AEFI 10 อันดับแรกของวัคซีน Sinovac ต่อหมื่นโดส



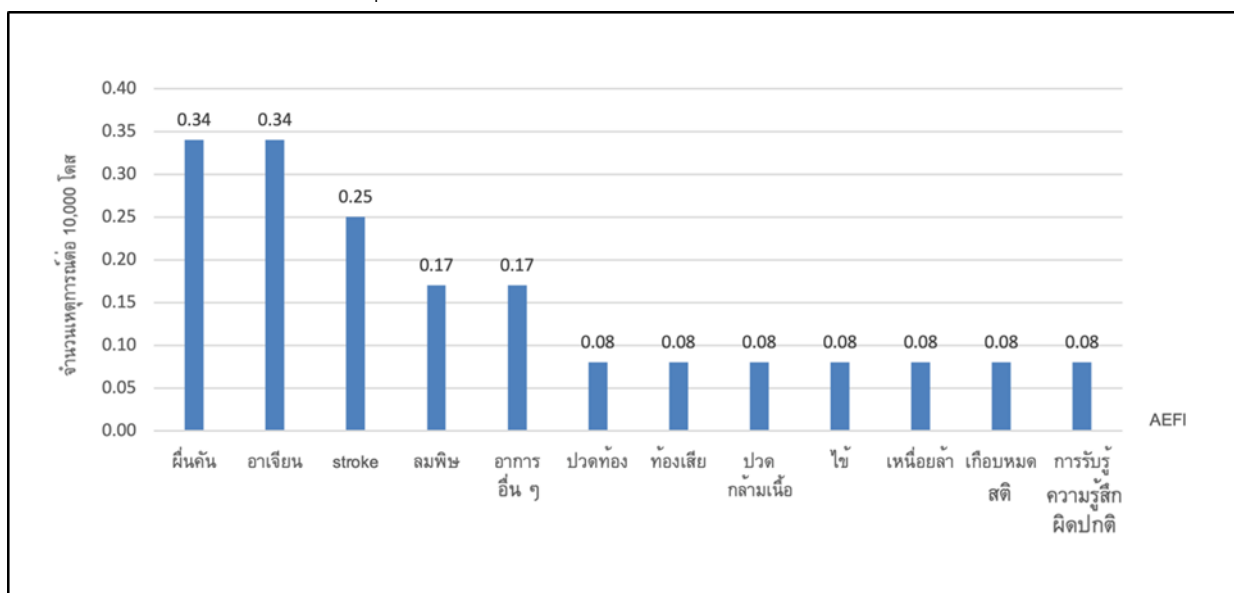
แผนภาพที่ 4 ความชุกของการเกิด AEFI 10 อันดับแรกของวัคซีน AstraZeneca ต่อหมื่นโดส



แผนภาพที่ 5 ความชุกของการเกิด AEFI 10 อันดับแรกของวัคซีน Pfizer ต่อหมื่นโดส



แผนภาพที่ 6 ความชุกของการเกิด AEFI 8 อันดับแรกของวัคซีน Moderna ต่อหมื่นโดส



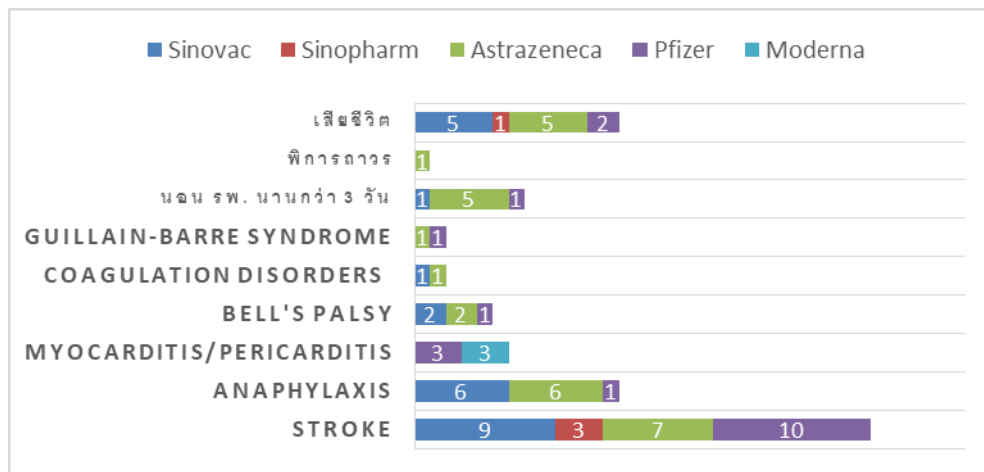
แผนภาพที่ 7 ความชุกของการเกิด AEFI 12 อันดับแรกของวัคซีน Sinopharm ต่อหมื่นโดส

ผู้ป่วยที่เกิด AEFI ร้ายแรง (ยังไม่มีมีการประเมินว่าวัคซีนเป็นสาเหตุของ AEFI) จำนวน 76 ราย ใน 78 รายงาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 46 ราย ช่วงอายุ 41-60 ปี 32 ราย โดยวัคซีนที่ได้รับก่อนพบ AEFI ได้แก่ AstraZeneca, Sinovac, Pfizer, Sinopharm และ Moderna (28, 24, 19, 4, 3 ราย ตามลำดับ) ส่วนใหญ่เกิดหลังเข็มแรก 36 ราย AEFI ร้ายแรงที่พบมากที่สุดได้แก่ Stroke (29 ราย) รองลงมาคือ Anaphylaxis (13 ราย) และเสียชีวิต (13 ราย) นอนโรงพยาบาลนานกว่า 3 วัน (7 รายงาน) Myocarditis/Pericarditis (6 รายงาน) Bell's palsy (5 รายงาน) Coagulation disorder (2 รายงาน) และ Guillain-Barre syndrome (2 รายงาน) นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยพิการ (1 รายงาน) ดวงตา 1 ข้างไม่สามารถมองเห็นได้อย่างถาวร (แผนภาพที่ 8)

การเกิด AEFI ร้ายแรงผู้ป่วยเกิด Stroke พบในเพศหญิงและเพศชาย โดยพบมากในช่วงอายุ

41-60 ปี ซึ่งส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และเกิดหลังฉีดวัคซีน Pfizer, Sinovac, AstraZeneca ตามลำดับ การเกิด AEFI ร้ายแรงที่พบรองลงมาคือ เกิด Anaphylaxis พบมากในเพศหญิง ช่วงอายุ 18-40 ปี ส่วนมากเกิดหลังฉีดวัคซีน Sinovac (6 รายงาน), AstraZeneca (6 รายงาน) และ Pfizer (1 รายงาน) ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เกิดหลังจากได้รับการฉีดวัคซีนเข็มที่ 1 (8 รายงาน) มากกว่าการฉีดวัคซีนเข็มที่ 2 (3 รายงาน) ซึ่งพบผู้ป่วยที่เกิด Anaphylaxis ทั้ง 2 เข็ม 2 รายเป็นวัคซีนคนละชนิดกันคือ Sinovac และ AstraZeneca สำหรับผู้ป่วยที่เสียชีวิตมี 13 ราย (ยังไม่มีมีการประเมินว่าวัคซีนเป็นสาเหตุของ AEFI) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุ 41-60 ปี และมีโรคประจำตัว วัคซีนที่ได้รับก่อนเสียชีวิตคือ Sinovac 5 ราย, AstraZeneca 5 ราย Pfizer 2 ราย และ Sinopharm 1 ราย

แผนภาพที่ 8 การเกิด AEFI ที่ร้ายแรง จำแนกตามชนิดของวัคซีน (ผู้ป่วย 76 รายใน 78 รายงาน)



ตารางที่ 6 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เกิด AEFI ประเภทร้ายแรง ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด -19 (76 ราย)

	Anaphylaxis (n=11)	Bell's palsy (n=5)	Coagulation disorders (n=2)	Guillain-Barre syndrome (n=2)	Myocarditis/pericarditis (n=6)	Stroke (n=29)	นอน รพ. นานกว่า 3 วัน (n=7)	พิการถาวร (n=1)	เสียชีวิต (n=13)	ผลรวมทั้งหมด (n=76)
เพศ										
หญิง	10	4	1	1	4	15	5		6	46
ชาย	1	1	1	1	2	14	2	1	7	30
ช่วงอายุ										
5-11 ปี		1								1
12-17 ปี	1				1					2
18-40 ปี	6	3			2	3	2	1	1	18
41-60 ปี	3	1	1	1	3	14	3		6	32
61-70 ปี	1		1	1		7			3	13
มากกว่า 70 ปีขึ้นไป						5	2		3	10
โรคประจำตัว										
มี	4			1	3	22	5		9	44
ไม่มี	7	5	2	1	3	7	2	1	4	32
ประวัติแพ้ยา										
มี	4	1			1	3	1			10
ไม่มี	7	4	2	2	5	26	6	1	13	66

การเกิด AEFI ร้ายแรงในกรณีที่นอนพัก รักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่า 3 วัน พบ 7 รายงาน ส่วนใหญ่เกิดหลังได้รับวัคซีน AstraZeneca เพิ่ม 1 จำนวน 3 รายงาน เพิ่ม 2 จำนวน 4 รายงาน การเกิด AEFI ร้ายแรงชนิด Myocarditis/Pericarditis พบใน

วัคซีนชนิด mRNA คือ Pfizer (3 รายงาน) และ Moderna (3 รายงาน) โดยพบเพศหญิงมากกว่า เพศชาย ลำดับเข็มฉีดที่พบคือ เข็มที่ 3 และเข็มที่ 2 พบ 4 รายงาน และ 2 รายงานตามลำดับ

ตารางที่ 7 ชนิดวัคซีน และ onset of AEFI ของผู้ป่วยที่เกิด AEFI ประเภทร้ายแรง (78 รายงาน)

	Anaphylaxis (n=13)	Bell's palsy(n=5)	Coagulation disorders (n=2)	Guillain-Barre syndrome (n=2)	Myocarditis/pericarditis (n=6)	Stroke (n=29)	นอน รพ. นานกว่า 3 วัน (n=7)	พิการถาวร (n=1)	เสียชีวิต (n=13)	ผลรวมทั้งหมด (n=78)
ชนิดของวัคซีน										
AstraZeneca	6	2	1	1		7	5	1	5	28
Moderna					3					
Pfizer	1	1		1	3	10	1		2	19
Sinopharm						3			1	4
Sinovac	6	2	1			9	1		5	24
ลำดับเข็ม										
เข็มที่ 1	8	2	2	1		10	3	1	9	36
เข็มที่ 2	3	2			2	8	4		4	23
เข็มที่ 3		1		1	4	10				16
เข็มที่ 4						1				1
Onset of AEFI										
< 30 นาที	5					1	1			7
30 นาที - 24 ชั่วโมง	6	1			3	7	5	1	3	26
> 24 ชั่วโมง	2	4	2	2	3	21	1		10	45

วิจารณ์ (Discussion)

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังการได้รับวัคซีน โควิด-19 ของโรงพยาบาลสมุทรสาคร ในช่วงระหว่าง 28 กุมภาพันธ์ 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2565 อาการ ที่พบส่วนใหญ่เป็นอาการที่ไม่ร้ายแรง ได้แก่ อาการ

ผื่นคัน เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน และมีความรู้สึก ผิดปกติ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานอาการไม่พึงประสงค์ ของรุ่งนภา ทรงศิริพันธุ์ และคณะ⁵ พิมพกา อินทวงศ์⁶ และ Sultana A และคณะ⁷ พบในเพศหญิงมากกว่า เพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของรุ่งนภา ทรงศิริพันธุ์

และคณะ⁵ พิมผกา อินทวงศ์⁶ โดยความชุกของการเกิด AEFI ในภาพรวมเท่ากับ 6.27 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดส ซึ่งใกล้เคียงกับการรายงานจากประเทศแคนาดา 5.7 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดส⁸ ในขณะที่การรายงานจากประเทศออสเตรเลียพบ 22 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดส⁹ และการศึกษาของรุ่งนภา ทรงศิริพันธุ์และคณะ⁵ พบสูงถึง 47.8 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดส เนื่องจากมีความแตกต่างของเกณฑ์ในการเก็บรายงาน AEFI โดยในการศึกษาคั้งนี้หากผู้รับบริการเข้าถึงการรายงานอาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีนโควิด-19 จากระบบหมอพร้อม เป็นอาการที่ไม่รุนแรงและสามารถดูแลตนเองได้ เช่น มีไข้ ครั่นเนื้อครั่นตัว ปวดเมื่อยตัว มิได้มาแจ้งกับศูนย์เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโรงพยาบาลสมุทรสาครและเครือข่ายจะไม่ได้อยู่ในการศึกษาครั้งนี้และการศึกษานี้เป็นการเฝ้าติดตาม AEFI อย่างใกล้ชิดเฉพาะ 30 นาทีหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 หลังจากนั้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการที่เข้าเกณฑ์ของ AEFI จนต้องได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรสาครไม่ได้ติดตาม AEFI ในผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีนทุกราย ซึ่งอาจมีผลต่อความชุกในการศึกษานี้ ระยะเวลาการศึกษานี้สั้นกว่าการศึกษาของรุ่งนภา ทรงศิริพันธุ์และคณะ⁵ และมีแนวทางการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนที่ทันสมัยเพิ่มขึ้นจากทางกรมควบคุมโรค¹⁰ และราชวิทยาลัยอายุรแพทย์¹¹ อีกทั้งทีมแพทย์และเภสัชกรร่วมกันแนะนำวัคซีนทางเลือก แนวทางการป้องกันและการลดอาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีนโควิด-19

ความชุกของการเกิด AEFI พบในวัคซีน Sinovac มากที่สุดคือ 11.62 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดส ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาของพิมผกา อินทวงศ์⁶ และ Sultana A และคณะ⁷ ที่พบว่า AEFI เกิดจากวัคซีน AstraZeneca มากกว่า อาจมีสาเหตุมาจากจังหวัดสมุทรสาครเป็นจังหวัดแรกที่มีการฉีดวัคซีน

ทำให้ได้รับวัคซีน Sinovac จำนวนมาก และเป็นจังหวัดนำร่องในการรายงานและเก็บข้อมูล AEFI ทำให้พบรายงานในวัคซีนชนิดนี้มาก ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็น AEFI ที่ไม่รุนแรง พบในลำดับเข็มที่ 1 มากกว่าเข็มที่ 2 และเข็มที่ 3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา ทรงศิริพันธุ์⁵ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่เกิดในช่วงมากกว่า 30 นาที แต่ไม่เกิน 24 ชั่วโมง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ รุ่งนภา ทรงศิริพันธุ์⁵ ที่พบในช่วงน้อยกว่า 30 นาที และของ Sultana A และคณะ⁷ ที่พบในช่วง 24 ถึง 72 ชั่วโมง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวิธีเก็บข้อมูลและระยะเวลาในการศึกษา ส่วนความชุกของการเกิด AEFI ของวัคซีน AstraZeneca ในการศึกษาคั้งนี้มีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาของ Sultana A และคณะ⁷ ซึ่งในการศึกษานี้พบ 5.46 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดส ในการศึกษาของ Sultana A และคณะ⁷ พบ 6.3 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดสซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ รุ่งนภา ทรงศิริพันธุ์และคณะ⁵ พบ 59.5 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดส

AEFI ร้ายแรงที่พบมากที่สุดคือ Stroke ซึ่งมีรายงานเช่นเดียวกับ Hasan SS และคณะ¹² ที่พบรายงานเกิด Transient Ischemic attack (TIA) ส่วนการศึกษาของ รุ่งนภา ทรงศิริพันธุ์และคณะ⁵ พบอาการ Anaphylaxis มากในวัคซีน Sinovac ส่วนการศึกษานี้พบอาการ Anaphylaxis ของวัคซีน Sinovac และวัคซีน AstraZeneca เกิดเท่ากัน ซึ่งพบมากในเพศหญิงอายุน้อย เกิดหลังได้รับวัคซีนโดสแรก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา ทรงศิริพันธุ์⁵ ในการศึกษาพบมีรายงาน AEFI ร้ายแรง 2 ราย ที่เกิด Anaphylaxis 2 ครั้ง โดยมีเภสัชกรคัดกรองและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และปรึกษาแพทย์เปลี่ยนชนิดของวัคซีนแล้วก็ตาม

จากการศึกษานี้พบ AEFI ที่ทำให้ผู้ป่วยพิการตาบอด 1 ข้าง หลังจากการฉีดวัคซีน AstraZeneca สำหรับเหตุการณ์เสียชีวิตพบรายงานทั้งหมด 13

ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง มะเร็ง ปอด มะเร็งโพรงจมูก อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่ง AEFI ที่ร้ายแรงยังไม่มีมีการประเมินว่าวัคซีนเป็นสาเหตุของการเกิด AEFI เหล่านี้

สรุป (Conclusion)

ความชุกของการเกิด AEFI จากวัคซีนโควิด-19 พบ 6.27 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดสซึ่งอยู่ในระดับที่พบน้อย (Rare) ส่วนใหญ่เป็นชนิดที่ไม่ร้ายแรง โดยพบ AEFI ที่ร้ายแรง 0.85 เหตุการณ์ต่อหมื่นโดส (ยังไม่มีมีการประเมินว่าวัคซีนเป็นสาเหตุของ AEFI) ซึ่งอยู่ในระดับที่พบน้อยมาก (Very rare) AEFI ที่ร้ายแรงพบมีอาการหลายระบบ รวมทั้งพิการและเสียชีวิต ดังนั้นจำเป็นต้องติดตามเฝ้าระวัง AEFI หลังได้รับวัคซีนโควิด-19 อย่างใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ที่รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีนโควิด-19 และฉีดวัคซีนในโรงพยาบาลสมุทรสาครและเครือข่ายเท่านั้น ควรมีการเพิ่มความครอบคลุมโดยการติดตามผู้ที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และไปรักษาในสถานบริการอื่นร่วมด้วย เพื่อให้สามารถหาความชุก AEFI จากวัคซีนโควิด-19 ได้ถูกต้องยิ่งขึ้น
2. ในอนาคตควรมีการศึกษาเพื่อหาปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลให้เกิด AEFI โดยเฉพาะ AEFI ที่ร้ายแรง ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา ชนิด ขนาด และลำดับเข็มของวัคซีน ตลอดจนปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรมต่อการเกิด AEFI หลังการได้รับวัคซีนโควิด-19

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณ แพทย์ เกสัชกร และพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรสาคร นักศึกษาจากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และบุคลากร

ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังและบันทึกข้อมูลเบื้องต้นของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ในระบบรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของโรงพยาบาลสมุทรสาคร

บรรณานุกรม

1. แพทย์โรคติดเชื้อและระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. ความเป็นมาของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จุดเริ่มต้นของเชื้อไวรัสข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: https://www.m-culture.go.th/singburi/article_attach/article_fileattach_20200828153517.pdf
2. กรมควบคุมโรค. แนวทางการให้วัคซีนโควิด -19 ในสถานการณ์ระบาด ปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://tmc.or.th/covid19/download/pdf/covid-19-public-Vaccine-040664.pdf>
3. กองระบาด และกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานผลการทบทวน สถานการณ์โรคโควิด-19 และมาตรการควบคุมป้องกันในระดับโลก และในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 กันยายน 2565]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/COVID19.65.pdf>
4. กรมควบคุมโรค กองระบาดวิทยา. แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (ฉบับปรับปรุงวันที่ 17 มิถุนายน

- 2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 16 สิงหาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก:
https://ddc.moph.go.th/viral-pneumonia/file/g_srrt/g_srrt_170664.pdf โรงพยาบาลหาดใหญ่. ข่าวสารด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2564;24:65-74.
6. พิมพ์กา อินทวงศ์. อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนที่มารับวัคซีนที่หน่วยบริการกรมโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *Journal of Health Sciences and Pedagogy*, 2022;2:28-40.
7. Sultana A, Shahriar S, Tahsin MR, Mim SR, Fatema KR, Saha A, et al. A Retrospective Cross-Sectional Study Assessing Self- Reported Adverse Event Following Immunization (AEFI) of the COVID-19 Vaccine in Bangladesh. *Vaccines* 2021;9:1-10.
8. Government of Canada. Reported side effects following COVID-19 vaccination in Canada [Internet]. [cited 2022 Sep, 10]; Available from: <https://health-infobase.canada.ca/covid-19/vaccine-safety/#a3>
9. Australia Government. COVID-19 vaccine safety report - 08-09-2022 [Internet]. [cited 2022 Sep, 10]; Available from: <https://www.tga.gov.au/news/covid-19-vaccine-safety-reports/covid-19-vaccine-safety-report-08-09-2022>
10. กรมควบคุมโรค กองโรคติดต่อทั่วไป. แนวทางการให้วัคซีนโควิด-19 ในสถานการณ์ระบาดปี 2564 ของประเทศไทย (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 สิงหาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/getFiles/11/1628849610213.pdf>
11. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการให้วัคซีนโควิด 19 แก่ผู้ใหญ่และผู้ป่วยอายุรกรรม ฉบับวันที่ 25 พฤษภาคม 2564[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 สิงหาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.rcpt.org/index.php/announcements/691-truthaboutcovid-19.html>
12. Hasan SS., Rashid A., Osama S., Mustafa ZU., Merchant HA. Covid – 19 Vaccine safety and adverse event analysis from Pakistan. *Clinical Immunology Communications* 2022;2:91-7.

คำแนะนำในการเขียนบทความลงวารสาร “หัวหินเวชสาร”

หัวหินเวชสาร เป็นวารสารของโรงพยาบาลหัวหิน ซึ่งมีกำหนดการตีพิมพ์วารสาร ปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม และ กันยายน-ธันวาคม เพื่อเผยแพร่ความรู้ผลงานวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข และเพื่อเป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ผลงานวิชาการของ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ รวมถึงบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและบุคลากรทั่วไป ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลหัวหิน และเป็นการส่งเสริมให้มีเวที ในการสร้างสรรค์ผลงานทางวิชาการที่จะเป็นประโยชน์ต่อวงการแพทย์และสาธารณสุข

ประเภทของบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้า วิจัย การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย (Case Report) เป็นการรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรค หรือกลุ่มอาการโรคใหม่ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อย และต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งรวมถึงการบันทึกเวชกรรม (Clinical Note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (Clinical Feature) และ/หรือการดำเนินโรค (Clinical course) ที่ไม่ตรงรูปแบบ ที่พบไม่บ่อย บทความผู้ป่วย ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ หรือข้อสังเกต สรุป และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

บทความฟื้นฟูวิชาการ/บททบทวนวรรณกรรม (Review Article) เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรงพบใหม่หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 15 หน้าพิมพ์

ปกิณกะ (Miscellaneous) เป็นบทความอื่นๆ รายงานที่เกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์ สาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมที่เป็นประโยชน์ หรือบทความที่ส่งเสริมความเข้าใจอันดีแก่ผู้ปฏิบัติงานในวงการแพทย์และสาธารณสุข เช่น การศึกษาต่อเนื่อง จริยธรรมทางการแพทย์ บทสัมภาษณ์ หรือเรื่องเล่าจากแพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ความยาวของเรื่องไม่เกิน 5 หน้าพิมพ์

การพิจารณาบทความ

1. บทความที่ส่งมาให้กองบรรณาธิการพิจารณา จะต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารอื่นมาก่อน และต้องไม่อยู่ในช่วงเวลาของการรอพิจารณาจากวารสารอื่น
2. บทความที่ส่งมาให้กองบรรณาธิการพิจารณา จะต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้วเท่านั้น
3. บทความจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) และส่งผลการพิจารณาค้นผู้เขียนเพื่อเพิ่มเติม แก้ไข หรือพิมพ์ต้นฉบับใหม่แล้วแต่กรณี

ค่าธรรมเนียมในการลงพิมพ์วารสาร

การลงตีพิมพ์บทความในวารสาร มีค่าธรรมเนียมการขอลงตีพิมพ์บทความ แบบปกติ อัตราค่าธรรมเนียม 3,000 บาท โดยกรณีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาไม่รับรองให้ตีพิมพ์ ไม่สามารถขอค่าธรรมเนียมคืนได้ ชำระเงินผ่านธนาคารกรุงไทย ชื่อบัญชี กองทุนเพื่อสนับสนุนงานวิจัย เลขบัญชี 722-0-61772-0 โดยโรงพยาบาลจะออกใบเสร็จในนาม เงินบริจาคเพื่อพัฒนางานวิจัยโรงพยาบาลหัวหิน

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับพิมพ์คอลัมเดียว โปรแกรม Microsoft Words 2010 ขึ้นไป
2. พิมพ์ต้นฉบับภาษาไทยและอังกฤษ ใช้ตัวอักษร TH Sarabun New ขนาด 16 point single space
3. ต้นฉบับทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ มีความยาวไม่เกิน 15 หน้ากระดาษ A4 โดยรวมตารางและภาพทั้งหมดแล้ว โดยเว้นระยะห่างจากขอบ 2 นิ้ว
4. จัดรูปแบบของบทความตามที่ทางวารสารกำหนด

การส่งบทความ

1. ไฟล์ต้นฉบับ เนื้อหาเป็นไฟล์ Word
2. ไฟล์เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (EC)
3. ไฟล์ประวัติของผู้นิพนธ์

ส่งมาทางเว็บไซต์ หัวหินเวชสาร <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/hhsk>

ติดต่อสอบถามรายละเอียดได้ที่ สำนักงานจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลหัวหิน 30/2 ต.หัวหิน อ.หัวหิน จ.ประจวบคีรีขันธ์ 77110 โทรศัพท์ 032-523000 ต่อ 8908 journalhnh64@gmail.com

รูปแบบการเรียงเนื้อหาบทความต้นฉบับ

1. ชื่อเรื่อง (title) ประกอบด้วย

1.1 ชื่อเรื่อง (title) ควรตั้งชื่อเรื่องให้กะทัดรัด ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ (authors) เขียนชื่อ นามสกุล คุณวุฒิ และหน่วยงานของผู้นิพนธ์ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2. บทคัดย่อ (Abstract)

เนื้อหาต้องมีความสมบูรณ์ ได้ใจความ ใช้การเขียนบทคัดย่อแบบ structured abstract สำหรับภาษาไทยเขียนเป็นลำดับหัวข้อ ประกอบด้วย บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุป/วิจารณ์ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง และสำหรับภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย Background, Objectives, Materials/Methods, Results, Conclusions

3. คำสำคัญ หรือคำหลัก (Key words)

สำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject Index) 3-5 คำ ระบุคำทั้งภาษาไทยและอังกฤษ ที่ท้ายบทความของแต่ละภาษา

4. เนื้อเรื่อง ควรเรียงลำดับเนื้อเรื่องดังนี้

4.1 บทนำ (Introduction) อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัยค้นคว้าของผู้คนที่เกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4.2 วัตถุประสงค์ (Objective) ของการวิจัยที่เฉพาะเจาะจง

4.3 วิธีการศึกษา (Methods) อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์ ระบุสถาบันที่รับรองจริยธรรมการวิจัย

4.4 ผลการศึกษา (Results) อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

4.5 วิจารณ์ (Discussion) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือการดำเนินงานของผู้คนที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

4.6 สรุป (Conclusion) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับผลการวิจัย ให้ตรงประเด็น และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

5. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

แสดงเฉพาะการช่วยเหลือที่สำคัญโดยตรง เช่น ทุนวิจัย ผู้สนับสนุนข้อมูลวิชาการ

6. เอกสารอ้างอิง (References)

ให้ใส่หมายเลข 1,2,3... ไว้ท้ายประโยคโดยพิมพ์ตัวยกสูงโดยไม่ต้องใส่วงเล็บ เอกสารที่อ้างอิงเป็นอันดับแรกให้จัดเป็นหมายเลข 1 และเรียงลำดับก่อนหลังต่อไป และไม่ควรใช้เอกสารอ้างอิงที่เก่าเกินไป การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตาม Vancouver guideline ซึ่งกำหนดโดย International Committee of Medical Journal Editors

เอกสารอ้างอิง (References)

ให้ใส่หมายเลข 1,2,3... ไว้ท้ายประโยคโดยพิมพ์ตัวยกสูงโดยไม่ต้องใส่วงเล็บ เอกสารที่อ้างอิงเป็นอันดับแรกให้จัดเป็นหมายเลข 1 และเรียงลำดับก่อนหลังต่อไป และไม่ควรใช้เอกสารอ้างอิงที่เก่าเกินไป การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ตาม Vancouver guideline ซึ่งกำหนดโดย International Committee of Medical Journal Editors โดยมีหลัก ดังนี้

1. ชื่อผู้เขียน (Author)

- ผู้เขียน 1 คน กรณีผู้เขียนเป็นคนไทยให้ระบุเฉพาะชื่อ-นามสกุล ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) กรณีผู้เขียนเป็นชาวต่างชาติ หรือคนไทยที่เขียนเอกสารภาษาอังกฤษ ให้ให้ใช้นามสกุล เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยอักษรย่อ ชื่อต้น และอักษรย่อชื่อกลาง(ถ้ามี) ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

- ผู้เขียนมีมากกว่า 6 คนขึ้นไป กรณีนี้จะใส่ชื่อผู้เขียนได้ไม่เกิน 6 คน ระหว่างชื่อผู้เขียนแต่ละคนคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยผู้เขียนถัดไป จนถึงคนที่ 6 หลังชื่อผู้เขียนคนที่ 6 ให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยคำว่า และคนอื่นๆ สำหรับเอกสารภาษาไทย หรือ et al สำหรับเอกสาร ภาษาอังกฤษ ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

- ผู้เขียนเป็นนิติบุคคล หน่วยงาน องค์กร บริษัท สถาบัน หรือมหาวิทยาลัย ให้ใส่ชื่อ หน่วยงานใหญ่ ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยหน่วยงานรองและเครื่องหมาย มหัพภาค (.)

2. ชื่อเรื่อง (Title) ชื่อหนังสือ ชื่อบทหนึ่งในหนังสือ ชื่อบทความวารสาร

ให้พิมพ์ด้วยตัวตรงปกติ ทั้งชื่อเรื่องภาษาไทยและชื่อเรื่องภาษาอังกฤษสำหรับชื่อ เรื่องภาษาอังกฤษให้ขึ้นต้นด้วยตัวอักษรพิมพ์ใหญ่เฉพาะตัวอักษรแรก (ทั้งชื่อเรื่องหลักและชื่อเรื่องรอง) แต่ให้ คั่นชื่อเรื่องหลักด้วยเครื่องหมายทวิภาค (;) และเว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยชื่อเรื่องรอง ต่อด้วยเครื่องหมาย มหัพภาค (.)

3. ครั้งที่พิมพ์ (Edition) ของหนังสือ

ใช้ระบุเฉพาะการจัดพิมพ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป โดยให้ระบุคำว่า พิมพ์ครั้งที่..... สำหรับเอกสาร ฉบับภาษาไทย หรือth ed. ต่อจากชื่อเรื่อง

4. สถานที่พิมพ์ (Place) และสำนักพิมพ์ (Publisher) ของหนังสือ

- สถานที่พิมพ์ ใส่ชื่อจังหวัดหรือชื่อเมือง ตามด้วยเครื่องหมายทวิภาค (;) เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยชื่อสำนักพิมพ์ต่อด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;) และเว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยปีพิมพ์และเครื่องหมายมหัพภาค (.)

- ให้ตัดคำประกอบอื่นๆ ในชื่อสำนักพิมพ์ออก เช่น Publisher, Co., Inc., Limited, ห้างหุ้นส่วนจำกัด, บริษัท.....จำกัด

- กรณีใช้ชื่อหน่วยงาน หรือ สถาบัน เป็นสำนักพิมพ์หรือ ผู้จัดพิมพ์ให้ใช้ชื่อหน่วยงานรอง เว้น 1 ตัวอักษร ตามด้วยชื่อหน่วยงานใหญ่ ตามลำดับ

5. ปีพิมพ์ (Year)

ใช้ปีที่พิมพ์ ในรูปแบบ พ.ศ. (สำหรับเอกสารภาษาไทย) หรือ ค.ศ. (สำหรับเอกสารภาษาอังกฤษ) ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

6. เลขหน้า (Page) ของบทความวารสาร บทหนึ่งในหนังสือ หรือเอกสาร ประกอบการประชุม

ให้ใส่เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย ของหน้าที่มีการนำข้อมูลมาใช้อ้างอิง โดยใช้ตัวเลขเต็ม สำหรับหน้าแรกและตัดตัวเลขซ้ำออกสำหรับหน้าสุดท้าย

รูปแบบการอ้างอิงเอกสารประเภทต่างๆ

1. บทความวารสาร (Journal article) มี 2 รูปแบบ

1.1 กรณีที่วารสารที่มีเลขหน้าต่อเนื่องกันทุกฉบับในปีที่ (volume) เดียวกัน

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์;ปีที่:เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1.2 กรณีวารสารที่มีเลขหน้าไม่ต่อเนื่องกัน มีการขึ้นหน้าใหม่ทุกฉบับในปีที่ (volume) เดียวกัน

ให้ใส่ ฉบับที่ไว้ ในเครื่องหมายวงเล็บ (..) ตามหลังปีที่

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์;ปีที่(ฉบับที่):เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

2 บทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต]. ปี[เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; ปีที่:
เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก: <http://>

3. บทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-Journal)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต]. ปี [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]; ปีที่:
เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก: <http://>

4. บทความวารสารที่มีหมายเลข Digital Object Identifier (DOI)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปี;ปีที่:เลขหน้า(ที่มีกำกับ). doi: _____. หมายเลข
ประจำเอกสารในฐานข้อมูล PubMed(PubMed PMID): _____.

5. หนังสือ (Book)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อหนังสือ. เล่ม. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

6 บทหนึ่งในหนังสือ (Chapter in Book) เป็นการอ้างอิงบางบทในหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทนั้นๆ

ชื่อผู้เขียนในบท. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่
พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

7. หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-Book)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อหนังสือ[อินเทอร์เน็ต]. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ
วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://>

8. บทหนึ่งในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (Chapter in e-book) เป็นการอ้างอิงบางบทในหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทนั้นๆ

ชื่อผู้เขียนในบท. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ[อินเทอร์เน็ต]. ครั้งที่
พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก: <http://>

9. แผ่นพับ (Brochure)

ชื่อผู้จัดทำ. ชื่อเรื่อง [แผ่นพับ]. เมืองที่พิมพ์: ผู้จัดพิมพ์ หรือหน่วยงาน; ปีพิมพ์.

10. วิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อวิทยานิพนธ์ [วิทยานิพนธ์]. เมืองที่พิมพ์: ชื่อมหาวิทยาลัย; ปีพิมพ์.

11. เอกสารที่นำเสนอในการประชุมวิชาการ/การอบรม/สัมมนาวิชาการ (Conference Paper)

ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปีที่ ประชุม;
สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

12. เอกสารจากอินเทอร์เน็ต (Monograph on the Internet)

ชื่อผู้จัดทำ หรือชื่อหน่วยงาน. ชื่อเรื่อง [อินเทอร์เน็ต]. เมือง: ชื่อหน่วยงาน; ปีที่เผยแพร่ [เข้าถึง
เมื่อ วัน เดือน ปี]. เข้าถึงได้จาก<http://>