



เวชบัณฑิตศิริราช

เวชบัณฑิตศิริราช



นิพนธ์ต้นฉบับ

การปริวรรตและวิเคราะห์เครื่องยาสมุนไพรในคัมภีร์สรรพคุณ สรรพคุณ แลมหาพิภัก และจำแนกตามเภสัชวัตถุในเภสัชกรรมแผนไทย — 2

ผ่องพิมล ดาศรี และคณะ

ผลของโปรแกรมการบริหารท้อง หัวไหล่ และการหายใจอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยท้องอืดและปวดหัวไหล่หลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง — 11

พรฤดี นราสงค์ และคณะ

การพยากรณ์ผลการสอบประมวลความรู้ของนักศึกษาแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล — 21

อธิปพัฒน์ ต้นติววงศ์คุณากร และคณะ

บทความทั่วไป

การพัฒนาแบบอิเล็กทรอนิกส์ในการส่งเอกสารของบริษัทประกันชีวิตถึงผู้ป่วยเพื่อช่วยลดเวลาการรอกลับบ้านของผู้ป่วยในโรงพยาบาลศิริราช — 33

ประทุม นวลมิ่ง และคณะ

การฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในประเทศไทย: อุบัติการณ์สาเหตุ และการป้องกัน — 40

สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข และคณะ

กิจกรรมในชีวิตประจำวันลดความเสี่ยงโรคหัวใจ — 48

วิภาวี ธนาภาธิวัฒน์ และคณะ

ประยุกต์แนวคิดของเคย์นและคณะ: รูปแบบการดูแลผู้คลอดวัยรุ่นในระยะคลอดด้วยการสนับสนุนโดยญาติ — 53

เมฆปภา สุดเพชร และคณะ

การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะพร่องออกซิเจนและได้รับการรักษาด้วย High Flow Nasal Cannula — 60

ธนรัตน์ พรศิริรัตน์ และคณะ

ปวดหลังเรื้อรัง ต้องทำอย่างไร — 69

วัชรระ สุดาชม และคณะ

กำเนิดศัพท์ “อักเสบ” สำหรับศัพท์แพทย์ “Inflammation” — 78

สัญญา สุขพนินันท์





เวชบันทึกศิริราช

เพื่อสืบทอดเอกลักษณ์ไทยของสารศิริราช
มุ่งสู่มาตรฐานวารสารการแพทย์ของไทย

จัดพิมพ์โดยอนุมติของคณะกรรมการคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ศ.นพ.ธวัชชัย อัครวิพุธ

ศ.ดร.นพ.วรุตม์ โล่ห์สิริวัฒน์

รศ.พญ.เจนจิต ฉายะจินดา

รศ.ดร.นพ.เชิดศักดิ์ ไธรมณรัตน์

รศ.นพ.ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์

บรรณาธิการบริหาร

บรรณาธิการ

รองบรรณาธิการ

รองบรรณาธิการ

รองบรรณาธิการ

รองบรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ ภายในคณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.แพทย์หญิงนิศารัตน์ โอภาสเกียรติกุล

ผศ.ดร.นพพล เผ่าสวัสดิ์

ทพญ.วรรณดี พลาณภาพ

ภญ.วิมล อนันต์สกุลวัฒน์

กองบรรณาธิการ ภายนอกคณะ
แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.นพ.สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผศ.พญ.อภิรัตน์ จิรัฐติกาลโชติ

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

ผศ.ดร.บุหงา ตโนภาส

โรงพยาบาลราชวิถี กระทรวงสาธารณสุข

นาวาอากาศตรี นพ.สุชุม ศิลปอาชา

สำนักงาน

อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ ชั้น 2 ห้อง 207 คณะแพทยศาสตร์ศิริราช
พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700 โทรศัพท์ 0-2419-2884

E-mail

sijournal@mahidol.ac.th

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข

นพ.ดร.วิรุฬห์ ลิ้มสวาท

สำนักงานโรคเอดส์ส่วนโรค และโรคติดต่อ

ทางเพศสัมพันธ์

พญ.รลพร กิตติเขาวมลาย

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

กรุงเทพมหานคร

พญ.ชนันญา ห่อเกียรติ

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

จังหวัดอุบลราชธานี

นพ.ชัยอนันต์ โสตาภักดิ์

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

นพ.เชาวนวิศ พิมพรัตน์

โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

พญ.ศรินภา ศิริพร ณ ราชสีมา

“บทความต่าง ๆ ที่ปรากฏในเวชบันทึกศิริราชเป็นผลงานจากความคิดหรืองานวิจัยของผู้เขียนและ/หรือ
คณะผู้เขียนถือเป็นความรับผิดชอบและลิขสิทธิ์ของผู้เขียนและ/หรือคณะผู้เขียนตามพระราชบัญญัติ
ลิขสิทธิ์ พ.ศ.2537”

การปริวรรตและวิเคราะห์เครื่อง ยาสมุนไพรในคัมภีร์สรรพลักษณะ สรรพคุณ แลมหาพิภักดิ์ และจำแนก ตามเภสัชวัตถุในเภสัชกรรมแผนไทย

ผู้แต่งพิมพ์ ดาตรี*, ทัฬหเทพ ทิพย์เจริญรัมย์*, พรปวีณ์ ตรีกุลบ้านมะหิงษ์*, ปาริชาติ พงษ์พานิช*, ประวิทย์ อัครเสรินทร์*, **,
กัณวล์ ดัชนีมา***, เอี่ยมพร สุวรรณไตรย์*

*สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์, **ภาควิชาเภสัชวิทยา, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร 10700, ***ภาควิชาภาษาตะวันออก, คณะโบราณคดี, มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพมหานคร 10200.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อปริวรรตและศึกษาวิเคราะห์เครื่องยาสมุนไพรในคัมภีร์สรรพลักษณะ สรรพคุณ แลมหาพิภักดิ์

วิธีการศึกษา : ศึกษาคัมภีร์สรรพลักษณะ สรรพคุณ แลมหาพิภักดิ์ ใน ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 สำนักหอสมุดแห่งชาติ กรมศิลปากร โดยการปริวรรตถอดความจากให้อักษรและอักษรวิธีการเขียนภาษาไทยในปัจจุบัน และตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจำนวน 3 ท่าน การศึกษาวิเคราะห์เครื่องยาสมุนไพรถูกจำแนกตามเภสัชวัตถุในเภสัชกรรมแผนไทย และตรวจสอบความถูกต้องโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน 5 ท่าน

ผลการศึกษา : การปริวรรตพบว่า ในคัมภีร์มีอักษรขอม 3 ข้อความ เครื่องหมาย 10 เครื่องหมาย และได้เปลี่ยนตัวอักษรจากภาษาไทยโบราณให้เป็นปัจจุบัน เช่น โกฎ เปลี่ยนเป็น โกฎ นอกจากนี้การปริวรรตคัมภีร์ กล่าวถึง ปี พ.ศ. 2414 ผลการศึกษาวิเคราะห์เครื่องยาสมุนไพร พบว่า มีจำนวน 638 รายการ ซึ่งแบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ พืชวัตถุ 586 รายการ สัตว์วัตถุ 21 รายการ และธาตุวัตถุ 31 รายการ

สรุป : การปริวรรตคัมภีร์สรรพลักษณะ สรรพคุณ แลมหาพิภักดิ์ ทำให้ทราบถึงประวัติความเป็นมา และแปลความได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การวิเคราะห์เครื่องยาสมุนไพรในคัมภีร์เป็นการอนุรักษ์และพัฒนาวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย เป็นประโยชน์ในด้านการเรียนการสอน และการทำเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย

คำสำคัญ : คัมภีร์; การปริวรรต; การแพทย์แผนไทย; สมุนไพร; เครื่องยาสมุนไพร

Title : Transliteration and analysis the traditional herbal medicines use in the sabba-lakkhana-sabbaguna lae mahaphikad scripture based on drug matters of Thai traditional pharmacy
Phongphimol Dasri*, **Thapthep Thippayacharoentam***, **Phonpawi Trakulbanmahing***, **Parichard Pongpanich**, **Pravit Akarasereenont***, **Kangvol Khtshma**, **Ueamphon Suwannatrai***
 *Center of Applied Thai Traditional Medicine, **Department of Pharmacology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, *** Faculty of Archaeology, Silpakorn University, Bangkok 10200, Thailand.
Siriraj Med Bull 2020;13(1):2-10

Abstract

Objective : To transliterate and analyze herbal medicines used in the Sabba-Lakkhana-Sabbaguna Lae Mahaphikad Scripture

Methods : The transliteration of Sabba-Lakkhana-Sabbaguna Lae Mahaphikad Scripture in Tumlaivejchasad-Chablubluang of King Rama V book II of the Department of Fine Arts Library was transliterated and translated from Khmer letters to Thai letter. These were approved by three linguist experts. Herbal medicines were categorized according to drug matters of Thai Traditional Pharmacy. The analysis of herbal medicine was approved by five Thai traditional practitioner expertises.

Results : The transliteration demonstrated 3 Khmer phases and 10 markers in the scripture. The ancient letters to current Thai letters were transliterated e.g. kot (โกฏ) was changed to kot (โกฐ). Besides, this scripture was written in 1871. The results of herbal medicine analysis revealed that 638 types of herbal medicines were found and were likewise categorized into 3 groups: herb matter 586 types, animal matter 21 types, and mineral matter 31 types.

Conclusion : The transliteration of Sabba-Lakkhana-Sabbaguna Lae Mahaphikad Scripture reviews the history of the scripture. Moreover, the analysis of herbal medicines can help to preserve and develop academic areas of Thai traditional medicine and also benefit for learning into clinical practice.

Keywords : Scripture; transliteration; Thai traditional medicine; herb; herbal medicine

Correspondence to: Ueamphon Suwannatrai

E-mail: ueamphon.suw@mahidol.edu

Received: 7 March 2019 **Revised:** 24 January 2020 **Accepted:** 31 January 2020

<http://dx.doi.org/10.331.92/Simedbull.2020.01>

บทนำ

การแพทย์แผนไทยเป็นศาสตร์ที่ใช้ในการรักษามาตั้งแต่สมัยโบราณจนถึงปัจจุบัน ในอดีตแพทย์แผนไทยจะได้รับถ่ายทอดความรู้จากครูผู้รับมอบตัวศิษย์ และขึ้นทะเบียนเพื่อสอบใบอนุญาตการประกอบโรคศิลปะจากคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย 4 สาขา ได้แก่ เวชกรรมแผนไทย เภสัชกรรมแผนไทย หัตถเวชกรรมแผนไทย หรือการนวดไทย และการผดุงครรภ์ นอกจากนี้แพทย์แผนไทยต้องเรียนรู้เพิ่มเติมจากคัมภีร์การแพทย์แผนไทย เพื่อให้สามารถวินิจฉัยและรักษาโรคให้กับผู้ป่วยหรือดูแลสุขภาพได้โดยใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทย ซึ่งเนื้อหาของคัมภีร์ต่างๆจะกล่าวถึง ลักษณะอาการของโรค ชื่อโรค ความผิดปกติของธาตุ ยาสมุนไพรที่ใช้ในการรักษา รวมถึงวิธีการปรุยาเพื่อรักษาโรค² ถึงแม้ในปัจจุบันคัมภีร์ที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์การแพทย์แผน

ไทยมีจำนวนมาก แต่มีเพียงส่วนน้อยที่ถูกนำมาใช้จริงเนื่องจากถูกเขียนด้วยวิธีดั้งเดิม เช่น โบราณ หรือสมุดไทยดำ และมีการตัวอักษรภาษาบาลี สันสกฤต อักษรขอมหรือตัวอักษรโบราณ ทำให้ยากต่อการทำความเข้าใจ ทำให้คัมภีร์นั้น ๆ อาจถูกลืม และลดความสำคัญลงไป และอาจส่งผลให้องค์ความรู้บางส่วนของแพทย์แผนไทยขาดหายไป

คัมภีร์สรรพลักษณะ สรรพคุณ แลมหาพิภักด เล่ม 2 และ เล่ม 3 ถือเป็นคัมภีร์ที่เกี่ยวกับเภสัชกรรมแผนไทยที่มีอายุเก่าแก่ และมีความสมบูรณ์ของเนื้อหามากที่สุด เนื่องจากสำนักหอสมุดแห่งชาติ กรมศิลปากรได้จัดพิมพ์เผยแพร่ด้วยวิธีพิเศษ คือการถ่ายภาพจากสมุดไทยดำ เส้นหนาดาล และเส้นทอง² โดยคัมภีร์นี้รวบรวมอยู่ในตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 เล่ม 2 ฉบับหอสมุดแห่งชาติ กรมศิลปากร เพื่อเผย

แพร่ให้ประชาชนได้ศึกษา นอกจากนี้สภากาชาดไทย แผนไทยได้รับรองให้เป็นหนังสือที่ใช้ในการสอบความรู้การแพทย์แผนไทย และถูกใช้เป็นแหล่งอ้างอิง ในการเรียนการสอน การทำเวชปฏิบัติ และการประกอบวิชาชีพของแพทย์แผนไทย แต่อย่างไรก็ตามเนื้อหาในคัมภีร์บางส่วนมีการจารึกในรูปของอักษรขอม ภาษาสัญลักษณ์ต่างๆ และเป็นการบันทึกตามรูปแบบอักษรวิธแบบโบราณ² ยังขาดปริวรรต การแปลความหรือถอดความเพื่อให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาในปัจจุบันได้ ดังนั้นการศึกษาวិเคราะห์เครื่องยาสมุนไพรในคัมภีร์สรรพลักษณะ สรรพคุณ แลมหาพิภักดิ์ นี้จะช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องยาสมุนไพรที่มีการบันทึกไว้ในอดีต เพื่อให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องยาสมุนไพรทั้งหมดในคัมภีร์ ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญมาก เพราะเป็นพื้นฐานความรู้ของศาสตร์การแพทย์แผนไทย อีกทั้งเป็นการอนุรักษ์และพัฒนาวิชาการด้านการแพทย์แผนไทย เป็นประโยชน์ในด้านการเรียนการสอน และการทำเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย ดังนั้นงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อปริวรรตและวิเคราะห์เครื่องยาสมุนไพรในคัมภีร์สรรพลักษณะ สรรพคุณ แลมหาพิภักดิ์ และจำแนกตามเภสัชวัตถุในเภสัชกรรมแผนไทย

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

ผู้วิจัยศึกษาเนื้อหาในคัมภีร์สรรพลักษณะ สรรพคุณ แลมหาพิภักดิ์ เล่ม 2 และ เล่ม 3 ใน ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 เล่ม 2 สำนักหอสมุดแห่งชาติ กรมศิลปากร หน้า 361-740 ซึ่งจะปริวรรตเนื้อหาของคัมภีร์ก่อน จากนั้นทำการวิเคราะห์เครื่องยาสมุนไพร ดังนี้

1. การปริวรรต เป็นการเปลี่ยนอักขรวิธีการเขียนแบบโบราณให้เป็นอักขรวิธีการเขียนภาษาไทยแบบปัจจุบัน เช่น โกฎ เป็น โกฎ โดยอ้างอิงจากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจำนวน 3 ท่าน

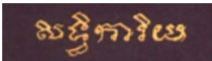
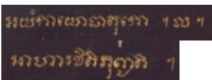
2. การศึกษาวิเคราะห์เครื่องยาสมุนไพร โดยการวิเคราะห์จากชื่อของสมุนไพรเดี่ยว และเครื่องยาสมุนไพรที่เป็นส่วนประกอบในพิภักดิ์ยาสมุนไพรทั้งหมดที่มีการบันทึกไว้ในคัมภีร์ โดยตัดรายการที่ซ้ำกันออก และหากไม่มีข้อมูลแน่ชัดว่าเป็นเครื่องยาชนิดใด เช่น ชิง ไม่ได้ระบุว่าใช้ส่วนใดเป็นเครื่องยา รากชิง เหง้าชิง ต้นชิง ใบชิง หรือดอกชิง ก็ให้คงชื่อ ชิง ไว้ และนับเป็น 1 รายการ จากนั้นรายชื่อสมุนไพรทั้งหมดจะถูกลำดับมาวิเคราะห์เพื่อจัดหมวดหมู่ตามหลักเภสัชวัตถุ ได้แก่ พิษวัตถุ สัตว์วัตถุ และธาตุวัตถุ โดยการศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับตำราเภสัชกรรมแผนไทย ของโรงเรียนอายุรเวท (ชีวกโกมารภัจจ์) และตำราอื่น ๆ ข้อมูลดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทยที่มีประสบการณ์มากกว่า 20 ปี จำนวน 5 ท่าน

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาที่ได้จากการปริวรรตคัมภีร์สรรพลักษณะ สรรพคุณ แลมหาพิภักดิ์ มีดังนี้

(1) ผลปริวรรตถอดความจาก “อักษรขอม” ให้เป็นอักษรไทยปัจจุบัน พบอักษรขอม ที่มีการบันทึกอยู่ในคัมภีร์ มีด้วยกัน 4 ข้อความ คือ สิทธิการิยะ ซ้ำกัน อยู่ 2 ที่ อัยงกาโย ธาตุโก ฯลฯ อาหารฐิติฤชติช และ ปุนจปรัง ดังตารางที่ 1

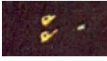
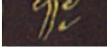
ตารางที่ 1. ผลปริวรรตถอดความจาก “อักษรขอม” ให้เป็นอักษรและอักษรวิธีการเขียนภาษาไทยในปัจจุบัน

ลำดับ	เล่ม	หน้า	บรรทัด	ต้นฉบับอักษรขอม	ภาษาปัจจุบัน	ลักษณะการใช้
1	2	ต 14	3		สิทธิการิยะ	เป็นคำขึ้นต้น
2	2	ต 51	3		สิทธิการิยะ	เป็นคำขึ้นต้น
3	3	ต 19	1		อัยการิโย ธาตุโก ฯลฯ อาหาริธิฤฤชติฯ	เป็นบทสวดที่เป็นคำขึ้นต้น
4	3	ต 36	1		ปูนจปรัง	เป็นคำขึ้นต้นว่ายังมีอีก

ที่มา: หอสมุดแห่งชาติ. ต้นฉบับอักษรขอม ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 เล่ม 1, 2, 3²

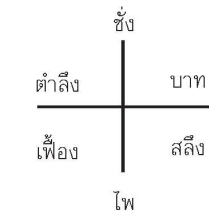
(2) ผลปริวรรตแปลความจาก “เครื่องหมาย” ให้เป็นอักษรไทยปัจจุบัน พบเครื่องหมายในคัมภีร์ มี จำนวน 10 เครื่องหมาย ได้แก่ (1) ฟองมัน หรือ ตาไก่ (2) ปีกกา (3) วิสรชนี (4) อังคั่นเดี่ยว (5) อังคั่นวิสรชนี (6) อังคั่นคู่ (7) อังคั่นคูวิสรชนี (8) ตีนกา (9) ไปยาลใหญ่ (10) อังคั่นคูวิสรชนีโคมูตร ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2. เครื่องหมายที่พบในคัมภีร์สรรพลักษณะ สรรพคุณ แลมหาพิภัก

ลำดับ	เครื่องหมายที่พบในคัมภีร์	ชื่อเครื่องหมาย	ลักษณะการใช้
1		ฟองมัน หรือ ตาไก่	ใช้เมื่อขึ้นบท ตอนหรือเรื่อง
2		ปีกกา (แบบโบราณ)	สำหรับคงข้อความเข้าด้วยกัน ซึ่งพบหลายขนาด ขึ้นอยู่กับกลุ่มคำที่ต้องการจะคงเข้าด้วยกัน
3		วิสรชนี หรือ นมนางทั้งคู่	แทนเสียงลมหายใจมาก ในคัมภีร์ พบอยู่ตอนท้ายของประโยค
4		อังคั่นเดี่ยว หรือ คั่นเดี่ยว	เป็นเครื่องหมายวรรคตอนใช้เมื่อจบบทตอน หรือเรื่องทั้งคำ ประพันธ์ ร้อยแก้วและร้อยกรอง ใช้สัญลักษณ์เดียวกับไปยาลน้อยเป็น เครื่องหมายวรรคตอนใช้เมื่อจบตอน
5		อังคั่นวิสรชนี	เป็นเครื่องหมายวรรคตอน ใช้เมื่อ จบตอน
6		อังคั่นคู่	
7		อังคั่นคูวิสรชนี	

ตารางที่ 2. เครื่องหมายที่พบในคัมภีร์สรรพลักษณะ สรรพคุณ แลมหาพิกัต (ต่อ)

ลำดับ	เครื่องหมายที่พบในคัมภีร์	ชื่อเครื่องหมาย	ลักษณะการใช้
8		ตีนกา หรือ ตีนครุ	กำหนดมาตราซึ่งดวงวัดแบบไทย
9		ไปยาลใหญ่ หรือ เปยยาลใหญ่ในอักษรขอมไทย	ถอดรูปอักษรให้เป็นไทยปัจจุบัน คือ “๙” ใช้ละคำต่อท้ายที่ยังมีอีกมากมาย
10		อังกัณควิสรณียโคมุตร	เป็นเครื่องหมายวรรคตอนแบบไทย โบราณประกอบด้วย 3 เครื่องหมาย คือ “อังกัณคว” “วิสรณีย” และ “โคมุตร หรือเยี่ยวว้าว” ใช้เมื่อเติมท้าย หมายถึงจบสมบูรณ์



จากภาพหมายถึง 2 บท

ที่มา: หอสมุดแห่งชาติ. เครื่องหมายที่พบในคัมภีร์สรรพลักษณะ สรรพคุณ แลมหาพิกัต ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 เล่ม 1, 2, 3²

- (3) ผลปริวรรตเปลี่ยนตัวอักษรและแปลความจากภาษาไทยโบราณให้เป็นภาษาไทยปัจจุบันทั้งคัมภีร์ ตัวอย่างของการปริวรรต ดังตารางที่ 3
- (4) ผลปริวรรตศักราช ทำให้ทราบว่า คัมภีร์สรรพ

ลักษณะ สรรพคุณ แลมหาพิกัต ถูกเขียนขึ้นเมื่อวันพฤหัสบดี ขึ้น 4 ค่ำ เดือน 12 ปี มะเมีย จุลศักราช 1232 (พ.ศ.2414) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3. ตัวอย่างผลการปริวรรตคัมภีร์สรรพลักษณะ สรรพคุณ แลมหาพิกัต เล่ม ๒ หน้าต้นที่ 10 บรรทัดที่ 3

ข้อความต้นฉบับ						
การถ่ายทอดจากเอกสารโบราณ	โกฏจุลาลำภา	โกฏกระดุก	โกฏกัณพรว	อันนี้พิกัตลับดโกฏ	๗	อนึ่งโกฏ
การปริวรรตให้เป็นภาษาไทยในปัจจุบัน	โกฏจุฬาลำภา	โกฏกระดุก	โกฏกัณพรว	อันนี้พิกัตลับดโกฏ	๗	อนึ่งโกฏ

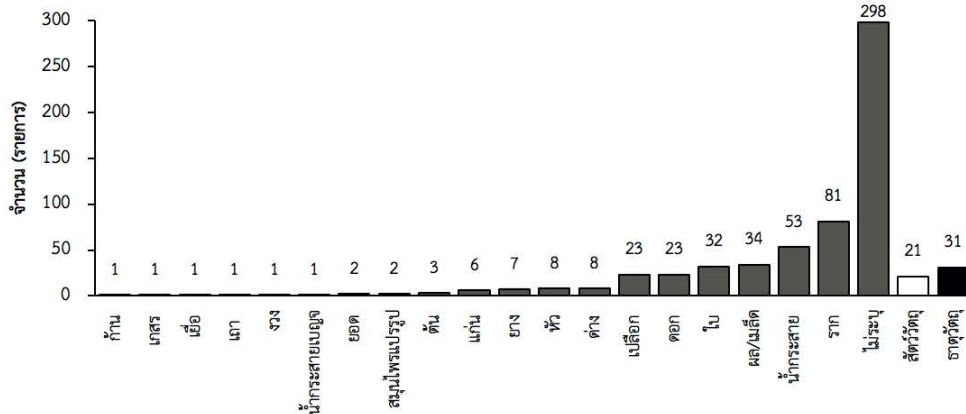
ที่มา: หอสมุดแห่งชาติ. ข้อความต้นฉบับคัมภีร์สรรพลักษณะ สรรพคุณ แลมหาพิกัต ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 เล่ม 2²

ตารางที่ 4. การปวิวรรตศักราช

ข้อความต้นฉบับ	การปวิวรรต
ศุภมัสดุ	คือ ศุภมัสฺสตุ (ภาษาสันสกฤต คือ ศุภ อสฺตุ) แปลว่า ขอความดีงามจงมี
จุลศักราช ๑๒๓๒	คือ จุลศักราช ต้องบวกด้วย 1181 จะเป็นพุทธศักราช 2414
อัสว-	(1232 + 1181 = 2414)
สัมพัจฉร	คือ ม้า หมายถึง มะเมีย
กติกะมาส	หมายถึง ปี
ศุกระปิกษ	คือ กัตติกมาส หมายถึง เดือน 12
จตุลดิถี	คือ สุกัลปิกษ หมายถึง ข้างขึ้น
ครุวาร	หมายถึง ที่ 4
บริจเจทกาลกำหนด	คือ วันครู หมายถึงวันพฤหัสบดี
ดังนั้น"ศุภมัสดุ จุลศักราช ๑๒๓๒ อัสวสัมพัจฉรติกะมาส ศุกระปิกษจตุลดิถี ครุวารบริจเจทกาลกำหนด.."	หมายถึง การกำหนดระยะเวลา หมายความว่า ขอจงมีความดีงาม เมื่อวันพฤหัสบดี ขึ้น 4 ค่ำ เดือน 12 ปี มะเมีย จุลศักราช 1232 (พ.ศ.2414)

2. ผลการศึกษาสมุนไพรมีการบันทึกไว้ในคัมภีร์พบว่าเครื่องยาสมุนไพรรวมสิ้น 638 รายการ เมื่อวิเคราะห์เพื่อจัดกลุ่มเครื่องยาสมุนไพรรวโดยใช้เกสซ์วัตถุ พบว่า พืชวัตถุ สัตว์วัตถุ ธาตุวัตถุ มีจำนวน 586, 21, 31 รายการ ตามลำดับ โดยพืชวัตถุ แบ่งเป็น

เครื่องยาสมุนไพรมีได้จากส่วนของพืช 218 รายการ เครื่องยาสมุนไพรมีที่เป็นผลิตภัณฑ์จากพืช 70 รายการ และเครื่องยาสมุนไพรมีที่ไม่ได้ระบุส่วนที่ใช้ 298 รายการ ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1. รายการเครื่องยาสมุนไพร จำนวน 638 รายการ ที่พบในคัมภีร์สรรพลักษณะ สรรพคุณ แลมหาพิภักดิ์ จำแนกตามเภสัชวัตถุ (1) พืชวัตถุ 586 รายการ จำแนกตามส่วนที่ใช้ประกอบด้วย ก้าน เกล็ด เมือ เถา งวง น้ำกระสายเบญจ ยอด สมุนไพรแปรรูป ต้น แก่น ยาง หัว คาง เปลือก ดอก ใบ ผล/เมล็ด น้ำกระสาย ราก และใบมะขาม (2) สัตว์วัตถุ 21 รายการ (3) ธาตุวัตถุ 31 รายการ

อภิปรายผล

ผลปริวรรตคัมภีร์

ในการปริวรรตถอดความจาก “อักษรขอม” ให้เป็นอักษรไทยปัจจุบัน ซึ่งอักษรขอมไทยเป็นอักษรที่พบใช้เป็นวงกว้าง ทุกภาคของประเทศไทย และใช้ในการเขียนเอกสารโบราณ เช่น วรรณกรรม ตำรายา ตำราโหราศาสตร์ และความรู้อื่น ๆ มาตั้งแต่พุทธศตวรรษที่ 20 จนถึง พุทธศตวรรษที่ 25³ ในการปริวรรตหรือการถอดถอดอักษรขอมไทย นิยมทำเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การถอดถอดอักษรตัวต่อตัวตามลำดับการเขียน ขั้นที่ 2 การเขียนคำจากขั้นที่ 1 ตามอักขรวิธีไทยปัจจุบัน³ จากการศึกษาพบอักษรขอม ที่มีการบันทึกอยู่ในคัมภีร์ มีด้วยกัน 4 ที่ ซึ่งมีข้อความอยู่ 3 ข้อความ คือ (1) สิทธิการิยะ หมายความว่า ขอให้สิ่งทีกระทำการสำเร็จ มักใช้เป็นคำขึ้นต้นของประโยคต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น สิทธิการิยะ ลักษณะไม่อันมีคุณสมบัติสืบต่อไป (2) อัยงกาโย ธาตุโก ฯลฯ อาหารฐิติญฐติฯ มีคำขยายความที่ระบุไว้ในคัมภีร์สรรพลักษณะ สรรพคุณ แลมหาพิภักดิ์ เล่มที่ 3 หน้าต้นที่ 19 ว่า “....อธิบายว่า ภายแห่งบุคคลทั้งหลายนี้เป็นที่ตั้งแห่งกองสมุฏฐาน สมุฏฐานเป็นที่ตั้งแห่งกองธาตุ ธาตุเป็นที่ตั้งแห่งกองโรค โรคเป็นที่ตั้งแห่งอาหารดังนี้..” (3) ปูนจปรัง เป็นคำขึ้นต้นเพื่อบอกว่า ยังมีอย่างอื่น ๆ อีก²

การปริวรรต แปลความจาก “เครื่องหมาย” ให้เป็น

อักษรไทยปัจจุบัน นั้นเนื่องจากพบการบันทึกในจารึกที่เป็นเครื่องหมายต่าง ๆ ดังเช่นเครื่องหมาย ปีกกา เป็นวิธีการเขียนในเอกสารโบราณทั่วไป เพื่อเป็นการย่อหรือประหยัดพื้นที่ในการเขียน เพราะพื้นที่ในการเขียนมีจำกัด³ ส่วนเครื่องหมาย ดินกา เป็นเครื่องหมายที่ใช้เขียนแทนมาตราขังตวงแบบไทย ที่นิยมใช้สื่อสารกันในสมัยโบราณ ซึ่งปัจจุบันการแพทย์แผนไทยยังคงใช้มาตราขังตวงวัดนี้⁴ พบเครื่องหมายในคัมภีร์ 10 เครื่องหมาย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความนิยมในการใช้เครื่องหมายเหล่านี้ในยุคสมัยรัชกาลที่ 5 เพื่อในการเขียนบันทึก ได้แก่ เครื่องหมาย “ฟองมัน” หรือ “ตาโก” ใช้เมื่อขึ้นบท ตอนหรือเรื่อง เครื่องหมาย “ปีกกา” ใช้สำหรับควงข้อความเข้าด้วยกัน ซึ่งพบหลายขนาด ขึ้นอยู่กับกลุ่มคำที่ต้องการจะควงเข้าด้วยกัน เครื่องหมาย “วิสรรชนีย” หรือ “นมนางทั้งคู่” ใช้แทนเสียงลมหายใจมาก ซึ่งในคัมภีร์ พบอยู่ตอนท้ายของประโยค เครื่องหมาย “อังกั่นเดี่ยว” หรือ “คั่นเดี่ยว” เป็นเครื่องหมายวรรคตอน ใช้เมื่อจบบท ตอนหรือ เรื่อง ทั้งคำประพันธ์ ร้อยแก้วและร้อยกรอง ใช้สัญลักษณ์เดียวกับ ไปยาลน้อย ส่วนเครื่องหมาย “อังกั่นวิสรรชนีย” เครื่องหมาย “อังกั่นคู่” เครื่องหมาย “อังกั่นคูวิสรรชนีย” ใช้เป็นเครื่องหมายวรรคตอน ใช้

เมื่อจบตอน แล้วแต่กรณี การเลือกใช้ขึ้นอยู่กับรสนิยมของผู้เขียน เครื่องหมาย “ตีนกา” หรือ “ตีนครุ” เป็นเครื่องหมายที่ใช้กำหนดมาตราตัวสะกดแบบไทย ซึ่งในปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยยังคงใช้มาตรนี้ในการประยาสมนไพร เครื่องหมายไป “ยาลใหญ่” หรือ “เปยยาลใหญ่” ซึ่งในคัมภีร์พบวิธีการบันทึกในรูปของอักษรขอมไทย ซึ่งใช้ละคำต่อท้ายที่ยังมีอีกมากมาย เช่นเดียวกันกับปัจจุบัน และ เครื่องหมาย “อังคั่นควิสรชนีโยโคมุต” เป็นเครื่องหมายวรรคตอนแบบไทยโบราณประกอบด้วย 3 เครื่องหมาย คือ “อังคั่นคู่” “วิสรชนีโย” และ “โคมุต หรือเยียววู” ใช้เมื่อเติมท้าย หมายถึงจบสมบูรณ์⁵

การปริวรรต “เปลี่ยนตัวอักษรและแปลความจากภาษาไทยโบราณ” ให้เป็น “ภาษาไทยปัจจุบัน” เป็นการปริวรรตวิธีการเขียนแบบโบราณที่คนในสมัยนั้นนิยมเขียนตามความเข้าใจโดยไม่สนใจรูปอักษรให้เป็นตามอักษรวิธีไทยปัจจุบัน³ ดังตัวอย่างที่พบในคัมภีร์สรรพลักษณะ สรรพคุณ แลมหาพิกัด เช่น บัวสัตบุษย์ จะพบมีการเขียนหลายแบบ ได้แก่ สัตบุต สัตบุต สัตบุต สัตบุต และทำให้ทราบว่า มีสรรพคัมภีร์สรรพคุณ 2 เล่ม คือ คัมภีร์สรรพลักษณะ สรรพคุณ แลมหาพิกัด เล่ม 2 และ 3 แต่ไม่ปรากฏว่ามีเล่ม 1 และเมื่อวิเคราะห์แล้วจะพบว่า มีชื่อคัมภีร์ด้วยกัน 3 ชื่อ คือ คัมภีร์สรรพลักษณะ คัมภีร์สรรพคุณ และคัมภีร์มหาพิกัด ส่วนผลการปริวรรตศักราชทำให้เราทราบว่า คัมภีร์สรรพลักษณะ สรรพคุณ แลมหาพิกัดถูกเขียนขึ้นเมื่อ เมื่อวันพฤหัสบดี ขึ้น 4 ค่ำ เดือน 12 ปี มะเมีย จุลศักราช 1232 (พ.ศ.2414)

รายการสมุนไพรมีการบันทึกในคัมภีร์นั้น พบว่ามีการบันทึกชื่อสมุนไพรรักษา ๆ กันเป็นจำนวนมาก หลายชนิดมีความถี่ในการบันทึกสูงมาก เช่น ชิง ข่า เป็นต้น เพราะสมุนไพรมากหลายชนิดเป็นส่วนประกอบของพิกัดยา เช่น ชิง เป็นส่วนประกอบของทั้งพิกัดเบญจกุล ซึ่งประกอบด้วย ดีปลี ข่าพลู สะค้าน เจตมูลเพลิง ชิงแห้ง และพิกัดตรีกฎ ซึ่งประกอบด้วย พริกไทย ชิงแห้ง ดีปลี⁴ จากผลการศึกษาที่พบว่าเครื่องยาส่วนใหญ่ 298 รายการไม่มีการระบุส่วนที่ใช้นั้น อาจก่อให้เกิดปัญหาความไม่ชัดเจนในการนำสมุนไพรมาร

ปรุงเป็นเครื่องยาหรือไม่ ซึ่งอาจต้องใช้การศึกษาและรวบรวมข้อมูลที่เพียงพอจึงจะตอบได้อย่างมั่นใจ แต่อย่างไรก็ตามมีสมุนไพรรักษาจำนวนมากที่แพทย์แผนไทยรู้จักกันโดยทั่วไปว่า เครื่องยานี้คืออะไร ได้มาจากอะไรโดยไม่จำเป็นต้องบอกส่วนที่นำมาใช้เป็นเครื่องยา ยกตัวอย่างเครื่องยาสมุนไพรรักษาที่เป็นพืชวัตถุ เช่น กานพลู คือ ดอกกานพลู^{6,8} ขอนดอก คือ เนื้อไม้พิลุลหรือตะแบก^{7,8} ยาดำ คือ ผลไม้ที่ที่ได้จากยางต้นว่านหางจระเข้^{7,8} รงทอง คือ ยางไม้จากต้นรงทอง^{7,8} หรือกลุ่มที่มีเอกลักษณ์ชัดเจนเป็นที่รู้จัก เช่น โกฐเพียน เบญจกานี เครื่องยาสมุนไพรรักษาสัตว์วัตถุ เช่น โคโรค คือ ปวดหรือก้อนหินที่อยู่ในกระเพาะของโค⁸ ชะมดเชียง คือ ไข่ของชะมดเชียง^{6,8} เครื่องยาที่เป็นธาตุวัตถุ เช่น ชันทสกร คือ ดินน้ำตาล⁸ และมีเครื่องยาสมุนไพรรักษาจำนวนมากที่ต้องมีการศึกษาค้นคว้าอย่างจริงจังเพื่อให้ทราบว่า มีกระบวนการได้มาอย่างไรให้ได้มาซึ่งเครื่องยาเหล่านี้ เช่น กลุ่มผลไม้มันที่ได้จากพืช และสัตว์ เพราะในคัมภีร์ไม่ได้กล่าวถึงกรรมวิธีการเตรียม

บทสรุป

การศึกษาวิเคราะห์คัมภีร์สรรพลักษณะ สรรพคุณ แลมหาพิกัด เล่ม 2 และ เล่ม 3 ในตำราเวชศาสตร์ ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 เล่ม 2 ฉบับหอสมุดแห่งชาติ กรมศิลปากร ด้วยองค์ความรู้ทางด้านภาษาศาสตร์ และโบราณคดีจะช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจในองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยมากขึ้น ผลการศึกษาวิเคราะห์สมุนไพรมานำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการเรียนการสอน และการทำเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทยได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สถานการณ์แพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนงานวิจัย อาจารย์ยุวเรศ วุทธิพล นักภาษาโบราณชำนาญการ สำนักหอสมุดแห่งชาติ กรมศิลปากร ดร.อุเทน วงศ์สถิตย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจากภาควิชาภาษาตะวันออก คณะโบราณคดี

มหาวิทยาลัยศิลปากร อาจารย์สุวัตร ตั้งจิตรเจริญ
อาจารย์สุภาวดี ตั้งจิตรเจริญ อาจารย์สิริกานต์ ภูโปรง
และอาจารย์ประสพพร พันธุ์เพ็ง ผู้เชี่ยวชาญด้านการ
แพทย์แผนไทย การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุน
จากกองทุนเฉลิมพระเกียรติ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช
พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง

1. ทวี เลหาพันธ์, เอื้อพงศ์ จตุรธำรง, ชัชภาม จันทบุตร, เทียมจิต ทองลือ, ประมวล คำแก้ว, ประสพพร พันธุ์เพ็ง, และคณะ. การแพทย์แผนไทย. ใน: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: คูณนิชการพิมพ์; 2552. หน้า 1-4.
2. หอสมุดแห่งชาติ. ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 เล่ม 1, 2, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2542.
3. กรรณิการ์ วิลลเกษม. ตำราเรียนอักษรไทยโบราณ อักษรขอมไทย อักษรธรรมล้านนา อักษรธรรมอีสาน. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: เซนปรินต์ริง; 2554.
4. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเดิมฯ โรงเรียนอาหุเวท (ชีวโกมารภัจจ์). ตำราเภสัชกรรมแผนไทย. กรุงเทพมหานคร: พิษณุตพรินต์ริง เซ็นเตอร์; 2548.
5. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์ จำกัด (มหาชน); 2556.
6. ชัยนัต พิเชียรสุนทร, แม้นมาส ขวลิศ, วิเชียร จีรวงส์. คำอธิบายตำราพระโอสถพระนารายณ์ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษามหาราชา 5 ธันวาคม พุทธศักราช 2542. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ และมูลนิธิภูมิปัญญา; 2548. หน้า 349-210.
7. รุ่งระวี เต็มศิริฤกษ์กุล, วงศสถิตย์ ฉั่วกุล, ภารุพงษ์ พงษ์ชินวิน, เบญญากาญจน์ พงศ์กิจวิฑูร, อำพล บุญเปล่ง, อุบลวรรณ บุญเปล่ง, สมุนไพโรและเครื่องยาไทยในยาสามัญประจำบ้าน. กรุงเทพฯ: หจก. สามลดา จำกัด; 2557.
8. เสี่ยม พงษ์บุญรอด. ไม้เทศเมืองไทย สรรพคุณของยาเทศและยาไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กรุงธน; 2522.

ผลของโปรแกรมการบริหาร ท้อง หวั่นไหว และการหายใจอย่างมีแบบแผน ในผู้ป่วยท้องอืดและปวดหวั่นไหวหลัง ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง

พรฤดี นราสงค์*, ลดาวัลย์ กาศเจริญ*, ไหมกุล รุจิระเศรษฐกุล*, ภาวิณี ปิยะบุญศรี**, กัดพล สุวรินทร์***,
ประเวทย์ มหาวีหิตวงศ์****

*งานการพยาบาลตติยศาสตร์, ฝ่ายการพยาบาล, ** สาขากายภาพบำบัด, ภาควิชาตติยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด,
***ภาควิชาตติยศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล,

****ภาควิชาตติยศาสตร์, คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล, มหาวิทยาลัยวชิรพยาบาล, กรุงเทพมหานคร 10100.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบอาการท้องอืด ปวดหวั่นไหว คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ป่วย
ภายหลัง ผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริหาร
ร่างกายอย่างมีแบบแผน

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง สุ่มเข้ากลุ่มควบคุม 60 คนได้รับการ
พยาบาลแบบปกติ และกลุ่มทดลอง 60 คนได้รับโปรแกรมการบริหารร่างกายอย่างมีแบบแผน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วน
บุคคล แบบบันทึกอาการท้องอืด อาการปวดหวั่นไหวและแบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (QoR-40) วิเคราะห์ข้อมูลโดย
ใช้สถิติพรรณนา ไคร้สแควร์ และแมนวิทนีย ยู และการวัดซ้ำข้อมูล

ผลการศึกษา : หลังผ่าตัดวันที่ 1 (ชั่วโมงที่ 20 หลังผ่าตัด) กลุ่มทดลองมีอาการท้องอืดปานกลาง-มาก 53 ราย (88.3%)
กลุ่มควบคุมมี 54 ราย (90.0%) พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่เมื่อมีการวัดซ้ำข้อมูลพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนท้องอืดเฉลี่ย
12 คะแนน กลุ่มควบคุมมี 12.98 คะแนน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.016$, 95%CI:0.19-1.77) กลุ่มทดลองมี
คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดด้านสภาวะอารมณ์และการสนับสนุนด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.022$,
0.042 ตามลำดับ) แต่อาการปวดหวั่นไหวและความพึงพอใจของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่พบ
ภาวะแทรกซ้อนและการบาดเจ็บจากโปรแกรมบริหารร่างกาย

สรุป : โปรแกรมการบริหารร่างกายลดอาการท้องอืดได้ แพทย์และพยาบาลสามารถนำโปรแกรมมาใช้กับผู้ป่วยที่ผ่าตัดนิ่ว
ในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้องได้

คำสำคัญ : ผ่าตัด; นิ่วในถุงน้ำดี; ส่องกล้อง; ท้องอืด; ปวดหวั่นไหว; การฟื้นตัว; หลังผ่าตัด

*ได้รับทุนสนับสนุนจากหน่วยพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Title : Effects of abdominal, shoulder and breathing exercise program on abdominal distension and shoulder pain in patients with laparoscopic cholecystectomy: A randomized controlled trial.
Pornrudee Narasong*, **Ladawan Katcharoen***, **Kaimuk Rujirasetthakul***, **Pawinee Piyabunsri****, **Pakkapol Sukhvibul*****, **Prawej Mahawithitwong******
 *Department of Nursing, **Department of Rehabilitation Medicine, ****Department of Surgery, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, ***Department of Surgery, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok 10100, Thailand.
Siriraj Med Bull 2020;13(1):11-20

Abstract

Objective : To compare the abdominal distension, shoulder pain, quality of recovery, and satisfaction of patients undergoing laparoscopic cholecystectomy (LC) who were provided a standard nursing care program, with those of patients who also received an exercise program.

Methods : Patients undergoing LC were randomly assigned to a control group (n=60) receiving standard nursing care, and to an intervention group (n=60) receiving an exercise program as well. Using a demographic questionnaire, abdominal distension record form, shoulders pain score record and Quality of recovery score (QoR-40). Data analysis was performed using descriptive statistic, the chi-square test, the Mann-whiney U test and Repeated measures by multilevel regression model.

Results : The first postoperative day (post-op 20 hour), there was no significant difference in the number of participants with moderate to severe abdominal distension in the intervention and control groups (experimental=53 [88.3%], control=54 [90%], $p=0.765$). However, the repeated measures showed significant differences in the means of the abdominal distension scores for the intervention and control groups (intervention=12, control=12.98, $p=0.016$, 95% CI:0.19–1.77). The intervention group had a higher quality of recovery score for the domains of emotional state and psychological support than the control group with significance levels of $p=0.022$ and 0.042 , respectively. There was no significant difference in the shoulder pain score and satisfaction of each group. No adverse events occurred.

Conclusion : The exercise program reduced abdominal distension. Healthcare providers should incorporate the program into the care of patients undergoing laparoscopic cholecystectomy.

Keywords : Laparoscopic cholecystectomy; abdominal distension; shoulders pain; quality of recovery

Correspondence to: Prawej Mahawithitwong

E-mail: prawej.mah@mahidol.ac.th

Received 21 September 2018 **Revised** 22 October 2019 **Accepted** 22 November 2019

<http://dx.doi.org/10.331.92/Sirimedbull.2020.02>

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคนี้ในถุงน้ำดีเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระบบทางเดินอาหาร พบได้ร้อยละ 10-15 ของประชากร ส่วนใหญ่พบในคนที่มีความอายุ 40 ปีขึ้นไป การรักษาที่ดีที่สุดคือการผ่าตัดเอาถุงน้ำดีออก แบ่งได้เป็น 2 วิธี คือการผ่าตัดถุงน้ำดีแบบเปิด (Open Cholecystectomy) และการผ่าตัดแบบส่องกล้อง (Laparoscopic Cholecystectomy: LC) ปัจจุบันนิยมใช้วิธีแบบ LC เนื่องจากปวดแผลน้อย อยู่โรงพยาบาลสั้น พ้นตัวเร็ว จากสถิติโรงพยาบาลศิริราชใน

ปี 2554-2557 มีผู้ป่วยผ่าตัด LC จำนวน 508, 600, 599, 574 รายตามลำดับ ระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.82 วัน¹ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด LC พบมากที่สุดคือภาวะท้องอืดเกิดจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO₂) เข้าช่องท้องขณะผ่าตัด เพื่อคงสภาวะ pneumoperitoneum³ อาการท้องอืดแน่นท้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยหายใจตื้น CO₂ ที่ใช้ในการผ่าตัดจึงถูกขับออกทางลมหายใจได้ลดลง จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการจำหน่ายออกจากห้องพักรักษาตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัด LC พบว่าผู้

ผู้ป่วยมีอาการแน่นท้อง-ท้องอืดหลังผ่าตัดร้อยละ 57.9 และส่วนใหญ่แน่นท้องในระดับปานกลางร้อยละ 22.2 ระยะอยู่ห้องพักฟื้น⁴ นอกจากนี้ยังพบอาการปวดหัวไหล่ร้อยละ 30-50 ในระยะหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง^{5,6,7} ปัญหานี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านร่างกายและส่งผลต่อทางด้านจิตใจและมีผลต่อการคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนนี้สามารถบรรเทาอาการลงได้ โดยจะต้องมีการเตรียมตัวก่อนผ่าตัดและการฟื้นฟูหลังผ่าตัดที่ดี มีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวมีอาการท้องอืดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ⁸

ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษา “ผลของโปรแกรมการบริหารร่างกายอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยหลังผ่าตัด LC โดยวัดจากอาการท้องอืด, ปวดหัวไหล่, คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และความพึงพอใจ เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด LC ให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบอาการท้องอืด ปวดหัวไหล่ คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและความพึงพอใจของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดในผู้ป่วยนำดีโดยวิธีส่องกล้องระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ กับกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริหารร่างกายอย่างมีแบบแผน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized-controlled trial) กลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มทดลองคือกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบริหารร่างกายอย่างมีแบบแผน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชายได้รับการผ่าตัด LC แบบวางแผนล่วงหน้า ไม่มีภาวะ ascites ก่อนผ่าตัดไม่มีอาการข้ออักเสบ ข้อสะโพกหลุดหรือเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ คำนวณ

ขนาดตัวอย่างจากสถิติในหอผู้ป่วย กำหนดให้กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มควบคุมที่ผู้ป่วยมีอาการท้องอืดระดับ ปานกลางถึงมากร้อยละ 80 (หลังผ่าตัดวันที่ 1) กลุ่มที่ 2 เป็น กลุ่มทดลอง ซึ่งคาดว่าหากผู้ป่วยได้รับโปรแกรมการบริหารร่างกายในวันที่ 1 หลังผ่าตัดแล้วจะมีโอกาสท้องอืดลดลงเหลือร้อยละ 53 กำหนดแอลฟาเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (1-β) เท่ากับ 80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 108 คน เพื่อ ป้องกันการสูญหายของข้อมูลจากการติดตามในระยะเวลาที่ศึกษาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ ศึกษาในครั้งนี้จำนวน 130 คน โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2557 จนถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559

เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย

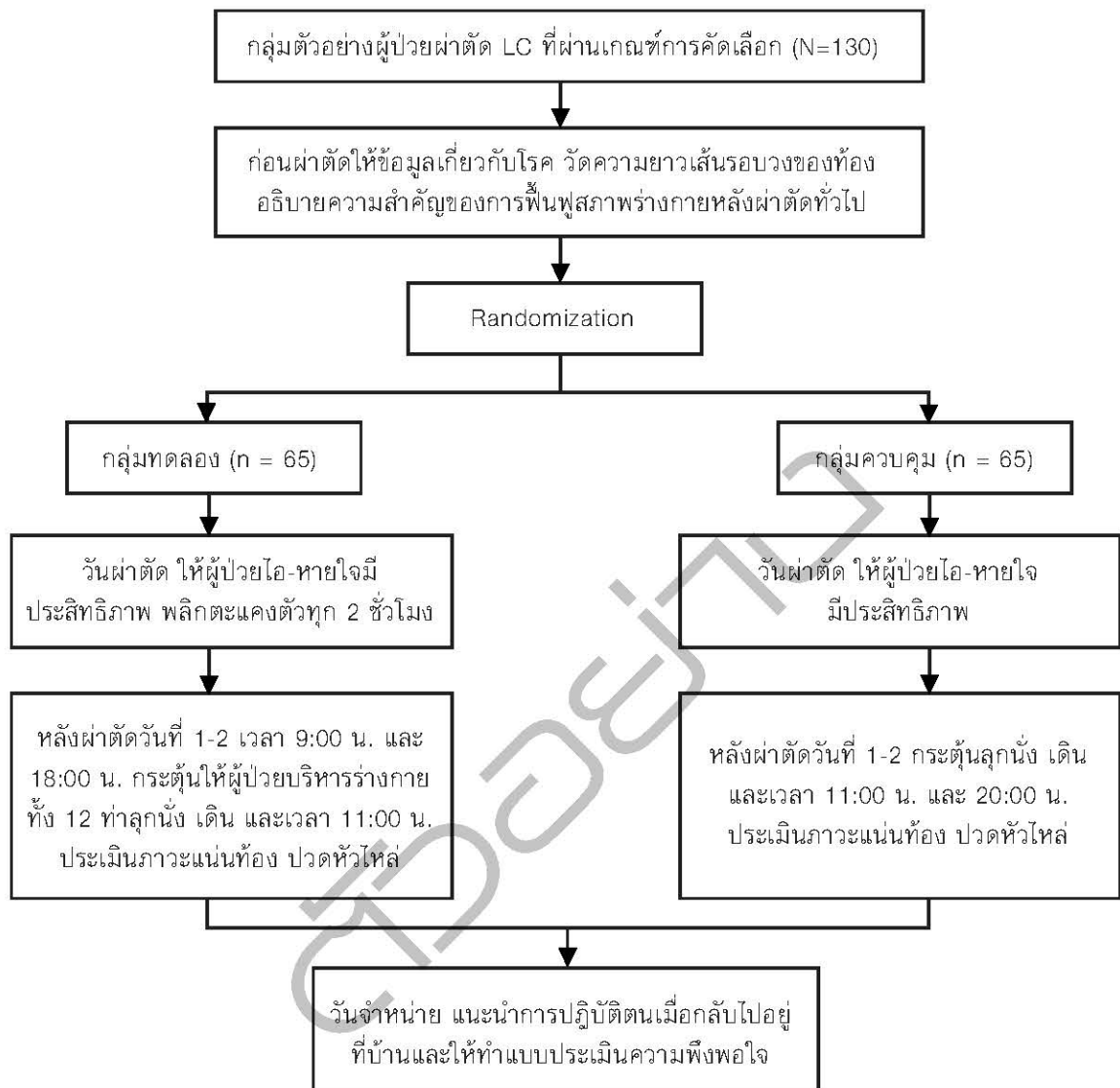
โปรแกรมการบริหารร่างกายอย่างมีแบบแผน ประกอบด้วยคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ในถ่วงน้ำดี คู่มือการออกกำลังกายอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยหลังผ่าตัด LC ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงโดย ศัลยแพทย์ นักกายภาพบำบัดผู้เชี่ยวชาญและพยาบาลชำนาญการ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกอาการท้องอืด ซึ่งดัดแปลงมาจากเครื่องมือประเมินอาการท้องอืดของทีพวรรณ วัฒนเวช⁹ และมาลี งามประเสริฐ¹⁰ ซึ่งได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากศัลยแพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลชำนาญการ มีความเที่ยงในการประเมินอาการท้องอืดเท่ากับ $r=0.44-0.56$ ($p=0.05$) แบบบันทึกอาการปวดหัวไหล่ แบบประเมินคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ที่พัฒนาโดยโม่และคณะซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย คุณสิริมนต์ ดำริห์¹¹ มีความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติการทำโครงการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลและเพื่อพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หนังสือได้รับอนุมัติเลขที่ SI 357/2014

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล



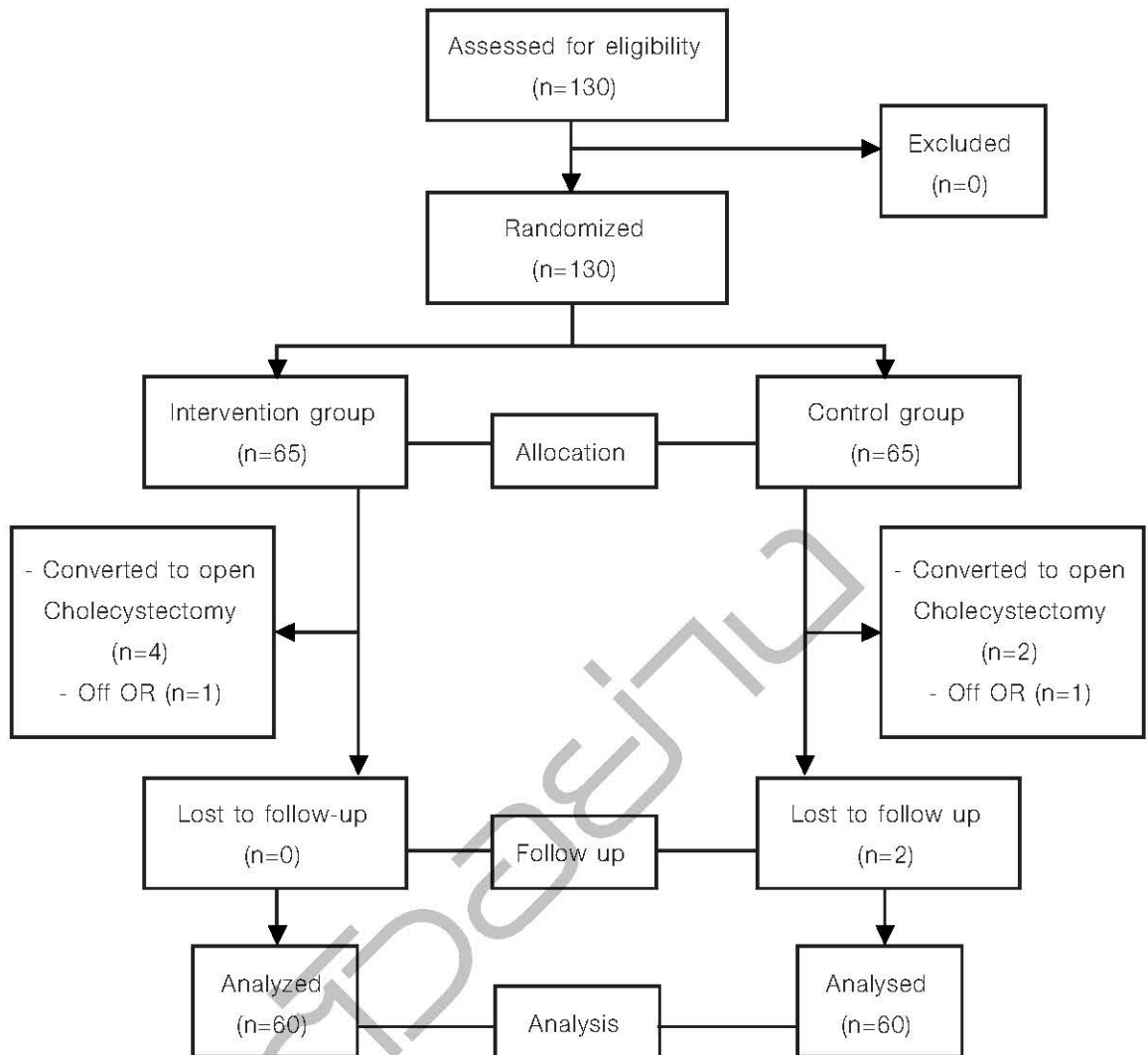
รูปที่ 1. แผนภูมิแสดงวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษา เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Chi-square test, T-test, Mann-Whitney U Test และ Repeated measures by multilevel regression model.

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดยินดีเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 130 คน มีจำนวนผู้ป่วย 6 คน ถูกคัดออกจากการศึกษาเนื่องจากต้องเปลี่ยนเป็นการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องและผู้ป่วยจำนวน 2 คนถูกคัดออกเนื่องจากงดผ่าตัด และอีก 2 คน ถูกถอนออกจากการศึกษาเนื่องจากเก็บข้อมูลไม่ทันจึงมีผู้ป่วยที่ได้รับการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 120 คน ดังรูปภาพที่ 2



รูปที่ 2. แผนภูมิการสุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาทั้ง 120 คน แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มตามการสุ่มได้เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 60 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 60 คน ซึ่งลักษณะส่วนบุคคลทางกายภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว

ประสบการณ์ผ่าตัด และ ปัจจัยด้านการรักษาพยาบาล ได้แก่ ระยะเวลาอนโรพยาบาล ระยะเวลาการผ่าตัด ดังแสดงผลในตารางที่ 1 โดยไม่พบว่ามีปัจจัยใดที่มีความแตกต่างกันทางสถิติในทั้ง 2 กลุ่มการศึกษา

ตารางที่ 1. แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยผ่าตัด LC

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=60)		กลุ่มควบคุม (n=60)		p-value
เพศชาย/ เพศหญิง	22 / 38		20/ 40		0.702
	Mean	SD	Mean	SD	
อายุ(ปี)	55.6	14.2	58.1	0.4	0.347
ดัชนีมวลกาย (Kg/m ²)	25.3	4.1	25.8	4.4	0.525
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (วัน)	2.5	0.7	2.6	0.6	0.500
ระยะเวลาการผ่าตัด (นาที)	48	0.4	54	0.4	0.352
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)		
โรคประจำตัว					0.140
ไม่มี	30 (50%)		21 (35%)		
มี	30 (50%)		39 (65%)		
ประสบการณ์ผ่าตัด					0.121
ไม่เคย	44 (60%)		36 (73.3%)		
เคย	16 (40%)		24 (26.7%)		

The significant level: 0.05*

หลังการผ่าตัด LC ในวันที่ 1 พบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาในกลุ่มทดลองมีอาการท้องอืดน้อย (1-9 คะแนน) จำนวน 7 คน มีอาการท้องอืดปานกลาง-มาก (10-15 คะแนน) จำนวน 53 คน ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่ม

ควบคุม ที่มีอาการท้องอืดน้อย 6 คน และ ท้องอืดปานกลาง-มาก 54 คน โดยพบว่ามีแตกต่างทางสถิติ (p = 0.765) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2. แสดงอาการท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 1

อาการท้องอืดหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง (n=60)	กลุ่มควบคุม (n=60)	Difference of Control- Intervention (95%CI)	p-value
ท้องอืดน้อย (1-9 คะแนน)	7 (11.7%)	6 (10.0%)	12.8% to 9.5%	0.765
ท้องอืดปานกลาง – มาก (10-15 คะแนน)	53 (88.3%)	54 (90.0%)		

The significant level: 0.05*

จากการศึกษาคะแนนอาการท้องอืดในช่วงหลังผ่าตัด LC พบว่าในวันที่ 1 หลังการผ่าตัด กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนอาการท้องอืดในช่วงเวลา 11:00 น. และเวลา 20:00 น. เท่ากับ 12 และ 11.44 ตามลำดับ ซึ่งน้อยกว่าในกลุ่มควบคุม ที่ได้ค่าคะแนนที่ 12.98 และ 12.65

ตามลำดับ ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนอาการท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.016 และ p=0.013) ในขณะที่ค่าคะแนนอาการท้องอืดในช่วงหลังผ่าตัดวันที่ 2 ไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติทั้งสองกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3. เปรียบเทียบคะแนนอาการท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด LC วันที่ 1-2

ระยะเวลาหลังผ่าตัด	กลุ่มทดลอง Mean	กลุ่มควบคุม Mean	Difference of Control-Intervention (95%CI)	p-value
แรกกลับจากห้องผ่าตัด	15.08	15.62	-0.15 to 1.21	0.123
หลังผ่าตัดวันที่ 1 เวลา 11.00 น. (หลังผ่าตัด ชั่วโมงที่ 20)	12.00	12.98	0.19 - 1.77	0.016*
หลังผ่าตัดวันที่ 1 เวลา 20.00 น. (หลังผ่าตัด ชั่วโมงที่ 29)	11.44	12.65	0.26 - 2.15	0.013*
หลังผ่าตัดวันที่ 2 เวลา 11.00 น. (หลังผ่าตัด ชั่วโมงที่ 44)	10.53	11.44	-0.22 to 2.04	0.113
หลังผ่าตัดวันที่ 2 เวลา 20.00 น. (หลังผ่าตัด ชั่วโมงที่ 53)	11.40	10.25	-5.87 to 3.57	0.583

The significant level: 0.05*

เมื่อศึกษาถึงอาการท้องอืดที่ลดลงพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนอาการท้องอืดที่ลดลงใน 8 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมง คะแนน 0.80 และ 2.39 คะแนน แต่กลุ่มควบคุมมีคะแนนท้องอืดลดลงที่คะแนน 0.60 และ 1.81 คะแนน ซึ่งกลุ่มทดลองมีคะแนนท้องอืดที่ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.038$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4. เปรียบเทียบการลดลงของคะแนนท้องอืดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด LC วันที่ 1

Multi-level Regression modeling (95% CI)	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	p-value
คะแนนท้องอืดที่ลดลง (หลังผ่าตัด 8 ชั่วโมง)	-0.80 (-0.94 to -0.66)	-0.60 (-0.90 to -0.31)	0.038*
คะแนนท้องอืดที่ลดลง (หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง)	-2.39 (-2.80 to -1.97)	-1.81 (-2.70 to -0.93)	0.038*

The significant level: 0.05*

ผลการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนอาการปวดหัวไหล่หลังผ่าตัด พบว่าเมื่อแรกกลับจากห้องผ่าตัดวันแรก กลุ่มทดลองมีคะแนนอาการปวดตั้งแต่ 0 ถึง 8 คะแนน ค่ามัธยฐาน (Median) เท่ากับ 0 กลุ่มควบคุมมีคะแนนอาการปวดตั้งแต่ 0 ถึง 5 คะแนน ค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 ($p\text{-value}=0.56$) หลังผ่าตัดวันที่ 1 กลุ่ม

ทดลองมีคะแนนอาการปวดตั้งแต่ 0 ถึง 9 คะแนน ค่ามัธยฐานเท่ากับ 0 กลุ่มควบคุมมีคะแนนอาการปวด ตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน ค่ามัธยฐานเท่ากับ 0 ($p\text{-value} = 0.740$) หลังผ่าตัดวันที่ 2 กลุ่มทดลองมีคะแนนอาการปวดตั้งแต่ 0 ถึง 8 คะแนน ค่ามัธยฐานเท่ากับ 0 กลุ่มควบคุมมีคะแนนอาการปวด ตั้งแต่ 0

ถึง 8 คะแนน ค่ามัธยฐานเท่ากับ 0 (p -value = 0.08) แสดงถึงว่าคะแนนอาการปวดหัวไหล่หลังผ่าตัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติทั้งหมด

การศึกษาครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลเรื่อง ยาแก้ปวด ยาแก้ท้องอืด ชนิดอาหาร ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ

การศึกษาคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยรวมพบว่า กลุ่มทดลองได้ 182.40 คะแนน และกลุ่มควบคุมได้ 177.90 คะแนน ซึ่งคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยรวมทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันทาง

สถิติ (p = 0.081) และเมื่อเปรียบเทียบรายด้านพบว่า ด้านความสบายทางกาย, ความอิสระทางกายและความปวด ของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่กลุ่มทดลองมีคะแนนด้านสภาวะอารมณ์ 42.0 คะแนน และการสนับสนุนด้านจิตใจ 33.70 คะแนน ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีคะแนน 40.0 และ 32.80 คะแนน ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ด้านสภาวะอารมณ์และการสนับสนุนด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.023, 0.043 ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5. คะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด LC

คุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในแต่ละด้าน (mean $\pm$ SD)	กลุ่มทดลอง (n=60)	กลุ่มควบคุม (n=60)	p-value
สภาวะอารมณ์	42.0 ($\pm$ 2.9)	40.0 ($\pm$ 3.6)	0.023*
ความสบายทางกาย	54.40 ($\pm$ 5.0)	53.4 ($\pm$ 4.9)	0.279
การสนับสนุนด้านจิตใจ	33.70 ($\pm$ 2.2)	32.8 ($\pm$ 2.7)	0.043*
ความอิสระทางกาย	22.50 ($\pm$ 2.9)	21.5 ($\pm$ 3.4)	0.060
ความปวด	29.90 ($\pm$ 3.6)	29.7 ($\pm$ 4.2)	0.708
QOR40	182.40 ($\pm$13.2)	177.90 ($\pm$15.11)	0.081

The significant level: 0.05*

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการพยาบาลลดอาการท้องอืดและปวดหัวไหล่ของทั้งสองกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความพึงพอใจ ตั้งแต่ 5 ถึง 10 คะแนน โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 9 ซึ่งในกลุ่มควบคุมมีคะแนนความพึงพอใจ ตั้งแต่ 3 ถึง 10 คะแนน โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 9 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่าคะแนนความพึงพอใจต่อการพยาบาลลดอาการท้องอืดและปวดหัวไหล่ของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p -value = 0.20)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีอาการท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมเนื่องจากโปรแกรมการบริหารร่างกายอย่างมีแบบแผน กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดภายใน 24 ชม.และต่อเนื่องจนถึง 72 ชม. ซึ่งเป็นทำบริหารลดอาการท้องอืด กระตุ้นการทำงานของลำไส้เคลื่อนไหวแบบบีบรัด^{8,9,10,11} โดยปกติกระเพาะอาหารและลำไส้จะเริ่มทำงานภายใน 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เมื่อลำไส้เคลื่อนที่ทำงานได้

เร็ว ผู้ป่วยก็จะเริ่มมีอาการเรอ ผายลมได้เร็ว สามารถรับประทานอาหารได้เร็วขึ้น แน่นท้องและท้องอืดลดลง นอกจากนี้การหายใจที่มีประสิทธิภาพหลังผ่าตัดทำให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซ CO_2 ในปอดเพิ่มมากขึ้น และก๊าซ CO_2 ที่เหลือในช่องท้องก็จะลดลง^{4,7} จากการเปรียบเทียบอาการปวดหัวไหล่ของทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกันเนื่องจากคะแนนปวดหัวไหล่มีคะแนนค่อนข้างน้อย (0–2 คะแนน) โดยอาการปวดหัวไหล่จะเกิดขึ้นมากที่สุดภายใน 2-6 ชั่วโมงหลังผ่าตัดและเพิ่มขึ้นทีละน้อยจนถึงชั่วโมงที่ 12 และหลังจากนั้นจะเริ่มลดลง¹² โดยวิจัยนี้วัดอาการปวดหัวไหล่ ระยะเวลาหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยเมื่อแรกกลับจากห้องผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยยังไม่ฟื้นจากยาสลบจึงทำให้ไม่ค่อยมีอาการปวดและวัดซ้ำ ในชั่วโมงที่ 20 อาการปวดหัวไหล่จึงเริ่มทุเลาลง¹³ อีกทั้งการบริหารร่างกายไม่สามารถลดอาการปวดหัวไหล่ได้ซึ่งเป็นอาการ ปวดร้าว (refer pain) เนื่องจากการระคายเคืองของเส้นประสาทพรีนิค ระหว่างการคงสภาวะ pneumoperitoneum ในระยะผ่าตัด¹² แต่งานวิจัยนี้ไม่ได้ศึกษาตัวแปรบางตัวเช่น ปริมาตรก๊าซ CO_2 ที่ใส่เข้าไปในช่องท้อง¹³ คุณลักษณะของก๊าซ CO_2 ¹⁴ ปริมาตรก๊าซ CO_2 ที่เหลือค้างในช่องท้องก่อนออกจากห้องผ่าตัด^{5,6} ซึ่งอาจมีผลต่ออาการปวดหัวไหล่ในระยะหลังผ่าตัดได้ จากการศึกษาพบว่าทั้งสอง กลุ่มมีความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน เพราะกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดเช่นกันเพียงแต่เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุก นั่งเดินเร็วภายใน 24 ชั่วโมงไม่ได้บริหารร่างกาย ในขณะที่กลุ่มทดลองอาจจะทำให้ปวดแผลบ้างในการบริหารร่างกาย

แม้คะแนนคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดโดยรวมจะไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มทดลองมีคะแนนฟื้นตัวด้านสภาวะอารมณ์ กับการสนับสนุนด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการ บริหารร่างกายเพื่อ

ป้องกันการเกิดอาการท้องอืดและอาการปวดหัวไหล่ โดยมีหนังสือคู่มือมีภาพประกอบ ปฏิบัติตามได้ง่ายทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ ลดความวิตกกังวลลง ประกอบกับการสอนบริหารร่างกายเน้นให้ญาติมีส่วนร่วม จึงเป็นการสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยในการลุกเดินได้เร็ว จากการศึกษาครั้งนี้โปรแกรมการบริหารร่างกายสามารถลดอาการ ท้องอืดได้ดีกว่าการพยาบาลแบบปกติ ดังนั้นภายหลังจากการผ่าตัด LC ควรมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายอย่างมีแบบแผน ได้แก่การฝึกโอ-หายใจมีประสิทธิภาพ การบริหารมือ-เท้า ท้อง เพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง เพิ่มการ เคลื่อนไหวแบบบิดของกระดูกอาหารและลำไส้ ช่วยในการขับ CO_2 ออกจากร่างกายเพื่อลดอาการท้องอืดระยะหลังผ่าตัด และช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดียิ่งขึ้น^{15, 16}

ข้อเสนอแนะ

ควรนำโปรแกรมการบริหารร่างกายอย่างมีแบบแผนไปใช้ในผู้ป่วยผ่าตัด LC เพื่อลดอาการท้องอืดและควรศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่ออาการท้องอืดและอาการปวดหัวไหล่เพิ่มเติม เช่น ปริมาตรก๊าซ CO_2 คุณลักษณะของก๊าซ CO_2 วิธีต่างๆที่นำก๊าซออกจากช่องท้อง ปริมาตรของก๊าซที่เหลือในช่องท้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์กุลธร เทพมงคล และการศึกษาที่ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนพัฒนาการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล บริหารจัดการโดยหน่วยพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Pham TH, Hunter JG. Gallbladder and the extrahepatic biliary system. In: Brunicaardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE, editors. *Schwartz's Principles of Surgery*. 10th ed. The United States of America: McGraw-Hill Education; 2015. p.1309-40.
2. Vamvanit V. Statistical report 2014 Siriraj hospital. Bangkok. Faculty of medicine Siriraj hospital. Mahidol University. 2015; p.59.
3. Ashrafian H, Purkayastha S, Darzi A. Principles of laparoscopic and robotic surgery. In: Williams N, O'Connell PR, McCaskie AW, editors. *Bailey and Love's short practice of surgery*. 27th ed. Florida: CRC Press; 2017 p.105-18
4. Tuvayanon W, Toskulkao T, Asdornwiset U, Akaraviputh T. Factors Impacting Readiness to Discharge Time from Recovery Room after Laparoscopic Cholecystectomy. *Thai J Surg* 2011;32:53-9.
5. Tuvayanon W, Silchai P, Sirivatanauksorn Y, Visavajarn P, Pungdok J, Tonklai S, et al. Randomized controlled trial comparing the effects of usual gas release, active aspiration, and passive-valve release on abdominal distension in patients who have undergone laparoscopic cholecystectomy. *Asian J Endosc Surg* 2018;11:212-9.
6. Hua J, Gong J, Yao L, Zhou B, Song Z. Low-pressure-versus standard-pressure pneumoperitoneum for laparoscopic cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis. *Am J Surg* 2014;208:143-50.
7. Choi G, Kang H, Baek CW, Jung YH, Kim DR. Effect of intraperitoneal local anesthetic on pain characteristics after laparoscopic cholecystectomy. *World J Gastroenterol* 2015;21:13386-95.
8. สิริมนต์ คำศิริ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดฉุกเฉินต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองและคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้องแบบฉุกเฉิน.(วิทยานิพนธ์) กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553. 119 หน้า
9. Wattanawetch T. The influence of select factors and self-care behavior on abdominal distention in patient with abdominal surgery [master's thesis]. Mahidol University; 2002.
10. Ngamprasert M, Ruangvitayaporn R, Watanavekit S, Inthasorn P, Pleumchitt C, Pimpakana D. Preliminary study of abdominal distention management program for gynecological patients receiving abdominal surgery: To define the severity of the symptom. *Siriraj Med J* 2005; 57: 302-307.
11. Vather R, O'Greg G, Bisset IP, Dinning PG. Postoperative ileus: mechanisms and future directions for research. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 2014;41:358-70.
12. Zaman M, Chowdhary K, Goyal P. Prospective randomized trial of low pressure pneumoperitoneum for reduction of shoulder tip pain following laparoscopic cholecystectomy: A comparative study. *WJOLS* 2015; 8: 13-15.
13. Bhattacharjee HK, Jalaludeen A, Bansal V, Krishna A, Kumar S, Subramaniam R, et al. Impact of standard-pressure and low-pressure pneumoperitoneum on shoulder pain following laparoscopic cholecystectomy: a randomised controlled trial. *Surg Endosc* 2017;31:1287-95.
14. Klugsberger B, Schreiner M, Rothe A, Haas D, Oppelt P, Shamiyeh A. Warmed, humidified carbon dioxide insufflation versus standard carbon dioxide in laparoscopic cholecystectomy: a double-blinded. *Surg Endosc* 2014;28:2656-60.
15. สิริธร ช่อขุน, วรศรา ภูทวี, อาภา ศรีสร้อย. ผลของการใช้โปรแกรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดร่วมกับเครื่องพองเดินหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *ศรีนครินทร์ เวชสาร* 2562;34:386-92.
16. สราวุฒิ สีถาน. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *วารสาร มฉกวิชาการ* 2560;40:111-3.

การพยากรณ์ผลการสอบประมวล ความรอบรู้ของนักศึกษาแพทย์ แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

อธิปพัฒน์ ดันตวงศ์คุณากร*, สรัญธร พุทธิไพบูลย์*, ไสภาพรรณ วงศ์ชัย*, อังคณา อภิชาตวรกิจ*, สร้อยศรี เอี่ยมพรชัย*,
เจดศักดิ์ ไธรมณีรัตน์**, ทวี เลหาพันธ์*, ประวิทย์ อัครเสริณนท์*, ***

*สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์, **ภาควิชาดัลยศาสตร์ และศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวิทยาสาสตร์สุขภาพ,

***ภาควิชาเภสัชวิทยา, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร 10700.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : หลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิตมุ่งเน้นการผลิบัณฑิตที่มีความรู้ความสามารถในการบริหารผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยมีความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานร่วมด้วย วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อหาปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์ผลการสอบประมวลความรอบรู้ของนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับติดตามพัฒนาการเรียนรู้ของนักศึกษาในรุ่นต่อ ๆ ไป

วิธีการศึกษา : คัดเลือกข้อมูลนักศึกษา ปีการศึกษา 2550-2553 ที่มีข้อมูลครบถ้วน จำนวน 211 คน มาศึกษาวิจัย สถิติที่ใช้วิเคราะห์ คือ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา : ค่าเฉลี่ยของผลการสอบประมวลความรอบรู้แต่ละขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1, 2 และ 3 มีค่า 151.44, 226.39 และ 1,236.85 ตามลำดับ คะแนนรวมกลุ่มวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานชั้นคลินิกและชั้นปรีคลินิก คะแนนรวมรายวิชาเภสัชกรรมแผนไทยและเวชกรรมแผนไทยภาคทฤษฎี และคะแนนรวมรายวิชาที่ตลเวชกรรมแผนไทยและเภสัชกรรมแผนไทยภาคปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสอบประมวลความรอบรู้ขั้นตอนที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$

สรุป : ปัจจัยที่มีอำนาจพยากรณ์ผลการสอบประมวลความรอบรู้แต่ละขั้นตอนของนักศึกษาแพทย์แผนไทยประยุกต์ ขั้นตอนที่ 1 คือ คะแนนรวมกลุ่มวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานชั้นคลินิกและชั้นปรีคลินิก ขั้นตอนที่ 2 คือ คะแนนรวมรายวิชาเภสัชกรรมแผนไทยและเวชกรรมแผนไทยภาคทฤษฎี และขั้นตอนที่ 3 คือ คะแนนรวมรายวิชาที่ตลเวชกรรมแผนไทยและเภสัชกรรมแผนไทยภาคปฏิบัติ

คำสำคัญ : นักศึกษาแพทย์แผนไทยประยุกต์; สอบประมวลความรอบรู้; การถดถอยพหุคูณ

Title : Predicting achievement of the comprehensive examination of applied Thai traditional medical students, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University
Athipatt Tantiwongsekunakorn*, Sarunthorn Puttipaibool*, Sopapan Wongchai*, Angkana Apichartvorakit*, Sroysri Iampornchai*, Cherdasak Iramaneerat**, Tawee Laohapand*, Pravit Akarasereenont*, ***
 *Center of Applied Thai Traditional Medicine, **Department of Surgery and Siriraj Health Science Education Excellence Center, ***Department of Pharmacology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.
Siriraj Med Bull 2020;13(1):21-32

Abstract

Objective : Bachelor of Applied Thai Traditional Medicine programme focus on the production of applied Thai traditional medical practitioners who are competent in providing healthcare with the arts of Thai traditional medicine and with knowledge of basic medical science. The objective of this study was to find factors with predictive value of achievement of the comprehensive examination of applied Thai traditional medical students at the Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University which will be beneficial to tracking the development of students' learning in the future.

Methods : Two hundred and eleven applied Thai traditional medical students, enrolled into the program during academic year 2007 – 2010, who have complete data were selected and included into the study. The statistical analyses were average, standard deviation, and multiple regression analysis.

Results : The average achievement at comprehensive examination step 1, 2, and 3 of 151.44, 226.39, and 1,236.85, respectively. The summation achievement of (i) clinical knowledge and pre-clinic knowledge, (ii) Thai traditional pharmacy knowledge and Thai traditional medicine knowledge, and (iii) Thai traditional therapeutic massage performances and Thai traditional pharmacy performances were related with the achievement at comprehensive examination step 1, 2, and 3, respectively in a positive manner with the level of significance of 0.01.

Conclusion : The summation achievement of (i) clinical knowledge and pre-clinic knowledge, (ii) Thai traditional pharmacy knowledge and Thai traditional medicine knowledge, and (iii) Thai traditional therapeutic massage performances and Thai traditional pharmacy performances are the factors which can predict the achievement of the applied Thai traditional medical students in the comprehensive examination step 1, 2, and 3, respectively.

Keywords: Applied Thai traditional medical student; comprehensive examination; multiple regression

Correspondence to: Sarunthorn Puttipaibool

E-mail: sarunthorn.put@mahidol.edu

Received: 20 February 2019 **Revised:** 15 August 2019 **Accepted:** 22 January 2020

<http://dx.doi.org/10.331.92/Smedbull.2020.03>

บทนำ

หลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิตเป็นหลักสูตรในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มุ่งเน้นการผลิตบัณฑิตให้มีความรู้ความสามารถในการบริหารผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ระดับปริญญาตรี¹ ซึ่งกำหนดให้มีโครงสร้างหลักสูตรแบ่งเป็น 3 หมวดคือ หมวดวิชาศึกษาทั่วไป หมวดวิชาชีพ และหมวดรายวิชาเลือกเสรี² สำหรับหมวดวิชาชีพ นอกจากการศึกษาวิชาการแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นแก่นของหลักสูตรประกอบด้วย วิชาเวชกรรมแผนไทย เภสัชกรรมแผนไทย หัตถเวชกรรมแผน

ไทย และผดุงครรภ์แล้ว ยังกำหนดให้จัดการศึกษากลุ่มวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานเช่นเดียวกับหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิตอื่น ๆ เพื่อให้นักศึกษาใช้คัดกรองโรค การสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพ และติดตามวิทยาการได้ด้วยตนเองในอนาคต³ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือส่วนปริทัศน์ (Pre-clinic) เช่น วิชากายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา ชีวเคมี เภสัชวิทยา พยาธิวิทยา เป็นต้น และส่วนคลินิก (Clinic) เช่น วิชาการตรวจร่างกาย เวชศาสตร์ทั่วไป การสืบค้นและการดูแลรักษาที่ใช้บ่อยในเวชศาสตร์ทั่วไป เป็นต้น

แต่ละปีการศึกษา หลักสูตรกำหนดให้มีการประเมินความรู้ความสามารถของนักศึกษาด้วยการวัดและประเมินผลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมทั้งการสอบประมวลความรู้ (comprehensive examination) ทั้ง 3 ขั้นตอน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์การสำเร็จการศึกษา ขั้นตอนที่ 1 เพื่อประเมินความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานส่วนปริคลินิก คลินิก และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพ ขั้นตอนที่ 2 เพื่อประเมินความรู้ทางวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ขั้นตอนที่ 3 เพื่อประเมินความรู้ ทักษะ และหัตถการในเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยประยุกต์ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อผลการสอบประมวลความรู้ของนักศึกษาแพทย์แผนไทยประยุกต์ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาตัวแปรที่สามารถให้พยากรณ์ผลการสอบประมวลความรู้ของนักศึกษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการจัดการศึกษาในรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับผลการสอบประมวลความรู้ในแต่ละขั้นตอน และเป็นการเตรียมความพร้อมในการสอบความรู้ในวิชาชีพการแพทย์แผนไทยของผู้ขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบ retrospective review ดำเนินการอยู่ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2559 โดยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (Si 080/2558) ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลของนักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์บัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2550-2553 ซึ่งเจ้าหน้าที่การศึกษาได้ลบชื่อและรหัสนักศึกษาออกก่อนแล้ว เพื่อป้องกันการระบุตัวตน

ข้อมูลของนักศึกษาคนใดที่ผู้วิจัยพบว่าไม่ครบถ้วน (missing data) จะไม่นำมาใช้ในการวิจัย ข้อมูลของนักศึกษาที่ครบถ้วนมีจำนวนรวม 211 คน ซึ่งผู้วิจัยนำข้อมูลประชากรมาทำการวิเคราะห์สมการถดถอย

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม SPSS เพื่อวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน จากนั้นนำตัวแปรต้นที่มีค่าสหสัมพันธ์กับตัวแปรตามสูงสุดมาใช้ในการพยากรณ์ผลการสอบประมวลความรู้ของนักศึกษาแพทย์แผนไทยประยุกต์ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) ทั้งนี้ผู้วิจัยเลือกคะแนนเฉลี่ยสะสมระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (GPAX) และคะแนนเฉลี่ยสะสมชั้นปีที่ 1 (GPA) เป็นตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ในทุกสมการพยากรณ์ เนื่องจากพบจนวิสัยจำนวนมากที่สนับสนุนว่าสามารถใช้พยากรณ์ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในระดับสูงขึ้นได้^{4,5}

ผลการศึกษา

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยสมการที่ 1 การพยากรณ์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานส่วนปริคลินิก คลินิกและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพ สมการที่ 2 การพยากรณ์ความรู้ทางวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ สมการที่ 3 การพยากรณ์ความรู้ ทักษะ และหัตถการในเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งมีการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าสถิติพื้นฐาน ประกอบด้วย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ร้อยละค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาค่าสหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปร (Pearson correlation) และการพยากรณ์ผลการสอบประมวลความรู้ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ค่าสถิติพื้นฐานที่ได้จากการวิจัย

แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1. ค่าสถิติพื้นฐานของการพยากรณ์ผลการสอบประมวลความรู้ของนักศึกษาแพทย์แผนไทยประยุกต์

ตัวแปร	Min	Max	Mean	S.D.
ด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน				
GPAX	2.52	4.00	3.65	0.27
GPA	1.88	3.91	3.13	0.41
วิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน				
ปรีคลินิก	351.81	523.09	443.96	37.30
คลินิก	468.50	612.63	558.18	27.56
วิชาแพทย์แผนไทย				
เวชกรรมแผนไทย				
ทฤษฎี	66.85	91.01	82.24	4.75
ปฏิบัติ	77.68	91.12	85.51	2.96
หัตถเวชกรรมแผนไทย				
ทฤษฎี	69.36	89.86	80.67	3.97
ปฏิบัติ	69.54	88.27	81.27	3.41
เภสัชกรรมแผนไทย				
ทฤษฎี	59.90	88.22	76.40	5.38
ปฏิบัติ	71.97	93.06	83.27	3.81
ผดุงครรภ์แผนไทย				
ทฤษฎี	70.36	91.75	83.18	4.02
ปฏิบัติ	68.05	90.47	80.75	2.97
การสอบประมวลความรู้				
ขั้นตอนที่ 1	110.00	180.00	151.44	12.35
ขั้นตอนที่ 2	185.00	262.00	226.39	13.11
ขั้นตอนที่ 3	1,007.50	1,423.10	1,236.85	100.10

ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในแต่ละสมการ

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในสมการที่ 1 การพยากรณ์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานชั้นปรีคลินิก คลินิก และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพ จากตารางที่ 2 มีตัวแปรและตัวเกณฑ์ที่มีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง .326 ถึง .713 ซึ่งคะแนนรวมกลุ่มวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานชั้นคลินิก เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการสอบประมวลความรู้ ขั้นตอนที่ 1 รองลงมาคือ คะแนนรวมกลุ่มวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานชั้นปรีคลินิก

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในสมการที่ 2 การพยากรณ์ความรู้ทางวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ จากตารางที่ 2 มีตัวแปรที่มีสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์ภายในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กับตัวเกณฑ์คือ คะแนนเฉลี่ยสะสมชั้นปีที่ 1 คะแนนรวมรายวิชาเวชกรรมแผนไทยภาคทฤษฎี คะแนนรวมรายวิชาหัตถเวชกรรมแผนไทยภาคทฤษฎี คะแนนรวมรายวิชาเภสัชกรรมแผนไทยภาคทฤษฎี และคะแนนรวมรายวิชาผดุงครรภ์ภาคทฤษฎี และตัวแปรที่มีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กับตัวเกณฑ์คือ คะแนนเฉลี่ยสะสมระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งคะแนนรวมรายวิชาเภสัชกรรมแผนไทยภาคทฤษฎี เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการสอบประมวลความรู้ ขั้นตอนที่ 2 รองลงมาคือ คะแนนรวมรายวิชาเวชกรรมแผนไทยภาคทฤษฎี

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในสมการที่ 3 การพยากรณ์ความรู้ ทักษะ และหัตถการในเวชปฏิบัติ

การแพทย์แผนไทยประยุกต์ จากตารางที่ 2 มีตัวแปรที่มีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กับตัวเกณฑ์คือ คะแนนรวมรายวิชาหัตถเวชกรรมแผนไทยภาคปฏิบัติและคะแนนรวมรายวิชาเภสัชกรรมแผนไทยภาคปฏิบัติและตัวแปรที่มีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในทางบวก

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 กับตัวเกณฑ์คือ คะแนนเฉลี่ยชั้นปีที่ 1 ซึ่งคะแนนรวมรายวิชาหัตถเวชกรรมแผนไทยภาคปฏิบัติ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการสอบประมวลความรู้ ขั้นตอนที่ 3 รองลงมาคือ คะแนนรวมรายวิชาเภสัชกรรมแผนไทยภาคปฏิบัติ

ตารางที่ 2. ความสัมพันธ์ระหว่างแต่ละตัวแปร

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. GPAX	1	.579**	.454**	.411**	.491**	.539**	.367**	.356**	.403**	.320**	.357**	.260**	.326**	.145*	.045
2. GPA		1	.713**	.668**	.651**	.662**	.522**	.491**	.495**	.278**	.510**	.176*	.575**	.190**	.111
3. วิทยาศาสตร์การแพทย์ พื้นฐาน ปรีคลินิก			1	.788**	.769**	.735**	.656**	.616**	.574**	.456**	.636**	.232**	.699**	.275**	.068
4. วิทยาศาสตร์การแพทย์ พื้นฐาน คลินิก				1	.772**	.774**	.731**	.489**	.480**	.395**	.649**	.346**	.713**	.362**	.360**
5. เวชกรรมแผนไทย ทฤษฎี					1	.738**	.731**	.617**	.636**	.377**	.694**	.293**	.620**	.319**	.065
6. หัตถเวชกรรมแผนไทย ทฤษฎี						1	.604**	.555**	.528**	.530**	.636**	.251**	.591**	.297**	.181**
7. เภสัชกรรมแผนไทย ทฤษฎี							1	.284**	.542**	.364**	.630**	.203**	.562**	.347**	.476**
8. ผดุงครรภ์แผนไทย ทฤษฎี								1	.547**	.343**	.443**	.237**	.431**	.282**	-.349**
9. เวชกรรมแผนไทย ปฏิบัติ									1	.400**	.336**	.215**	.471**	.232**	-.073
10. หัตถเวชกรรมแผนไทย ปฏิบัติ										1	.368**	.188**	.292**	.249**	.220**
11. เภสัชกรรมแผนไทย ปฏิบัติ											1	.291**	.503**	.278**	.192**
12. ผดุงครรภ์แผนไทย ปฏิบัติ												1	.129	.200**	.061
13. ประมวลความรู้ ขั้นตอนที่ 1													1	.227**	.144*
14. ประมวลความรู้ ขั้นตอนที่ 2														1	.167*
15. ประมวลความรู้ ขั้นตอนที่ 3															1



เว็บบัณฑิติรราช

จัดพิมพ์โดยอนุมัติของคณะกรรมการ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เว็บบัณฑิติรราช

เป็นวารสารวิชาการทางด้านวิทยาศาสตร์
สุขภาพ ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราช
พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อเผย
แพร่ผลงานทางวิชาการ และเปิดโอกาส
ให้เสนอผลงานวิจัย และวิชาการ
(Research Article) รายงานผู้ป่วย (Case
Report) บทความทางวิชาการที่น่าสนใจ
(Academic Article) ซึ่งจะเป็นประโยชน์
ต่อการแพทย์ และสาธารณสุขและ
ผู้สนใจทั่วไป บทความที่เผยแพร่ในเว
บบัณฑิติรราชมีการควบคุมคุณภาพ โดย
ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) และสามารถ
ใช้ขอประเมินเพื่อความก้าวหน้าในสาย
งานของบุคลากรสายสนับสนุน

เว็บบัณฑิติรราช

ผ่านการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการ
กลุ่มที่ 2 ในฐานข้อมูล TCI

วัตถุประสงค์

เพื่อสนับสนุนการเผยแพร่ผลงานวิจัย
บทความวิชาการด้านการแพทย์ และการ
สาธารณสุขในวงกว้าง

กำหนดออก

ปีละ 3 เล่ม ในเดือนมกราคม-เมษายน,
พฤษภาคม-สิงหาคมและกันยายน-
ธันวาคม

ระบบการจัดการวารสารออนไลน์

เว็บบัณฑิติรราช ได้ใช้ระบบการจัดการ
วารสารออนไลน์ Thai Journals Online
(Thai JO)

ThaiJO ได้รับการติดตั้ง และดูแลโดย
ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย

(Thai-Citation Index Centre, TCI)

จากการสนับสนุนของสำนักงาน

กองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้า

ธนบุรี เพื่อพัฒนาคุณภาพวารสารไทย

ในฐานข้อมูล TCI ให้มีมาตรฐานสากล

ขอเชิญชวนผู้สนใจส่งบทความเพื่อลง
ตีพิมพ์ใน “เว็บบัณฑิติรราช” ได้โดย
ไม่เสียค่าใช้จ่าย

ผู้สนใจสามารถส่งบทความผ่านอีเมล
หรือศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมที่เว็บไซต์
[http://www.tci-thaijo.org/index.
php/simedbull](http://www.tci-thaijo.org/index.php/simedbull)

สอบถามเพิ่มเติม

เว็บบัณฑิติรราช สำนักพิมพ์ศิริราช
สังกัดงานวิชาการ อาคารเฉลิมพระเกียรติ
๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ (SIMR)
ชั้น 2 ห้อง 207
โทรศัพท์: 02-419-2884
โทรสาร: 02-411-0593
อีเมล: sijournal@mahidol.ac.th