

ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัด
มะเร็งกล่องเสียง, ช่องคอส่วนล่างและช่องปากที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ



นางสาวนันทนา แวงนอก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECTS OF INDIVIDUAL PSYCHOEDUCATION ON ANXIETY IN PATIENTS
WITH CANCER OF LARYNX, HYPOPHARYNX AND ORAL CAVITY RECEIVING
SURGERY AT THE NATIONAL CANCER INSTITUTE

Miss Nantana Wangnok

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2006

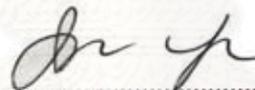
Copyright of Chulalongkorn University

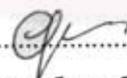
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัด
มะเร็งกล่องเสียง, ช่องคอส่วนล่างและช่องปากที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
โดย นางสาวนันทนา แวงนอก
สาขาวิชา สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษา ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม แพทย์หญิงสมจินต์ จินดาวิจักษณ์

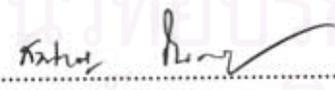
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการ
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(แพทย์หญิงสมจินต์ จินดาวิจักษณ์)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงสร้อย วรรณกุล)

นันทนา แวงนอก : ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคลต่อความวิตกกังวล
 ในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงช่องคอส่วนล่างและช่องปากที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
 (THE EFFECTS OF INDIVIDUAL PSYCHOEDUCATION ON ANXIETY IN PATIENTS
 WITH CANCER OF LARYNX, HYPOPHARYNX AND ORAL CAVITY RECEIVING
 SURGERY AT THE NATIONAL CANCER INSTITUTE)

อ. ที่ปรึกษา : ศ.พ.ญ. อูมาพร ตรังคสมบัติ, อ.ที่ปรึกษาร่วม : พ.ญ.สมจินต์ จินดาวิจักษณ์
 70หน้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษา
 แบบรายบุคคลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการ
 การผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงช่องคอส่วนล่างและช่องปากที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กลุ่มควบคุมจำนวน
 15 คน ได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการรักษาจากแพทย์เจ้าของไข้ก่อนการผ่าตัดตามปกติ ส่วนกลุ่ม
 ทดลอง 15 คน ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลก่อนการผ่าตัด การให้สุขภาพจิตศึกษามี
 ทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดระดับ
 ความวิตกกังวลแบบเทรทและสเตท The State – Trait Anxiety Inventory (STAI) วิเคราะห์ข้อมูล
 ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS

ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังการผ่าตัดคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแต่ความแตกต่างนี้
 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. คะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับ
 สุขภาพจิตศึกษาแต่ความแตกต่างนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิจัยครั้งนี้พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคลไม่มีผลต่อความวิตกกังวลของ
 ผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องมาจากปัจจัยส่วนบุคคลหลายปัจจัย ควรมีการศึกษาวิจัยในด้านนี้ต่อไปในอนาคต

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์ลายมือชื่อนิสิต..... นักร้อง..... นักร้อง.....
 สาขาวิชา สุขภาพจิต.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
 ปีการศึกษา 2549ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ลงได้ด้วยความรู้และเอื้อเฟื้อจากบุคคลหลายท่านซึ่งผู้วิจัยขอกล่าวนามเพื่อระลึกถึงพระคุณของท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตังค์สมบัติ อาจารย์ที่ปรึกษา แพทย์หญิงสมจินต์ จินดาวิจักษณ์ อาจารย์ที่ปรึกษา(ร่วม) ที่กรุณาให้คำแนะนำ และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดีมาโดยตลอด

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์ ที่ให้เกียรติมาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์พวงสร้อย วรกุล ที่ให้เกียรติมาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ธีรภูมิ คุหะเปรมะผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูล รวมทั้งเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ตลอดจนผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงของคอลส่วนล่างและช่องปากทุกท่านที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทดลอง

ขอกราบขอบพระคุณ ครอบครัวที่สนับสนุนและเพื่อนทุกคนที่เป็นกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ นางสาว วชิรา ทองพิทักษ์วงศ์ไพรัชที่คอยให้คำแนะนำ และแพทย์หญิงแสงเดือน จินดาวิจักษณ์ ที่คอยดูแลเอาใจใส่ และเป็นแรงบันดาลใจให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ

บทที่

1	บทนำ.....	1
	ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย.....	1
	คำถามการวิจัย.....	2
	วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
	สมมุติฐานการวิจัย.....	2
	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	3
	ขอบเขตของการวิจัย.....	4
	ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
	คำสำคัญ.....	4
	คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	4
	ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
	ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งช่องคอส่วนล่าง.....	7
	ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งกล่องเสียง.....	8
	ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งช่องปาก.....	11
	ทฤษฎีของความวิตกกังวล สาเหตุ อาการ ประเภท.....	13
	ผลกระทบจากความวิตกกังวล.....	20
	แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบสุขภาพจิตศึกษา.....	21
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	23

3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	28
	ประชากรกลุ่มตัวอย่าง.....	29
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	31
	การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ.....	32
	การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	33
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	34
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	37
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	47
	สรุปผลการวิจัย.....	49
	อภิปรายผล.....	50
	ข้อเสนอแนะ.....	52
	รายการอ้างอิง.....	54
	ภาคผนวก.....	58
	ภาคผนวก ก การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล.....	59
	ภาคผนวก ข ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย.....	64
	ภาคผนวก ค แบบสอบถาม.....	66
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	70

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1	ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....38
2	แสดงความชุกของความวิตกกังวลของผู้ป่วย เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง.....42
3	แสดงค่าเฉลี่ย (X) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของความวิตกกังวลของผู้ป่วย กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง.....43
4	แสดงความชุกของความวิตกกังวลของผู้ป่วย เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลอง หลังการทดลอง.....44
5	แสดงค่าเฉลี่ย (X) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง.....45
6	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลแบบ State ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุม.....45
7	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลแบบ State ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง.....46

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง

หน้า



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งนับว่ามีความสำคัญและเป็นปัญหาสาธารณสุขในเกือบทุกประเทศ เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายที่อยู่ใน 10 อันดับแรก การป้องกันมะเร็งทำได้ยากเนื่องจากสาเหตุของการเกิดโรคไม่เด่นชัดตรงไปตรงมา

จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของประชากรไทย นับตั้งแต่ปี 2542 เป็นต้นมา โดยในปี 2543 มีอัตราการตายจากโรคมะเร็งทุกชนิด 63.91 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน [1]

การเป็นโรคมะเร็งนอกจากทำให้ผู้ป่วยมีความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายแล้ว ผู้ป่วยจะมีความผันแปรด้านจิตใจและอารมณ์ โดยมีการแสดงออกทั้งที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว อาจแสดงอาการสิ้นหวัง ซึมเศร้า เก็บกด ไม่สนใจต่อสิ่งเร้ารอบตัว หรืออาจแสดงอาการเพื่อปิดบังความรู้สึกที่แท้จริงในด้านตรงข้าม หรือก้าวร้าว โกรธฉุนเฉียว การที่ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดนั้นก่อให้เกิดความวิตกกังวล และถ้าเป็นการผ่าตัดครั้งแรกความวิตกกังวลของผู้ป่วยจะสูงกว่าผู้ที่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดมาแล้ว Johnson(1980)ได้ศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงตั้งแต่ก่อนรับการรักษาในโรงพยาบาล ขณะได้รับการรักษา ขณะได้รับการผ่าตัด และในระยะเวลาหลังผ่าตัด แสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในวันก่อนทำผ่าตัดเท่านั้นแต่จะเกิดได้ทุกระยะของการผ่าตัด Graham & Conley(1971) ศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลพบว่า สาเหตุอันดับแรกคือกลัวตาย กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ เนื่องจากไม่ทราบว่าตนเองจะประสบกับเหตุการณ์ใดบ้าง กลัวการดมยาสลบ หลังการดมยาสลบแล้วผู้ป่วยจะมีอาการใดเกิดขึ้นได้บ้าง จะฟื้นจากการดมยาสลบหรือไม่ หรือในการผ่าตัดผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงใดเกิดขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ได้ประกอบกับการขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษา จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น การผ่าตัดจะมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยอย่างมากในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละรายว่าสามารถปรับตัวต่อภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดีเพียงใด [2]

การขาดความรู้เป็นสาเหตุหนึ่งของความวิตกกังวล การให้ความรู้และการตอบคำถามทุก ๆ ข้อของผู้ป่วยและญาติ การไขข้อข้องใจเกี่ยวกับการผ่าตัด เป็นวิธีการลดปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยสามารถวางแผน ด้านครอบครัว ค่าใช้จ่าย การลางาน การเปลี่ยนอาชีพและอื่น ๆ อันเป็นผลดีต่อการให้ความร่วมมือตลอดการรักษา

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สังเกตเห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลต่อการเข้ารับการผ่าตัด บางส่วนขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ทำให้ปฏิเสธการรักษา ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ช่องคอส่วนล่าง และช่องปาก มีการสูญเสียภาพลักษณ์จากการเปลี่ยนแปลงหลังการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทำให้มีผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจ เนื่องจากการขาดความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินโรคและการรักษา บางส่วนปฏิเสธที่จะรักษาเนื่องจากกลัวพูดไม่ได้ กลัวเสียงแหบหรือรับกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไปภายหลังการผ่าตัดไม่ได้ จึงปฏิเสธที่จะรับการผ่าตัดหรือหนีแผนการรักษา ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วยเมื่อกลับมารักษาใหม่จะพบว่าระยะของโรคได้มีการลุกลามมากขึ้น มีผลกระทบต่อแผนการรักษา สภาพจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงภาวะทางเศรษฐกิจ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงวิธีการลดความวิตกกังวลต่อการเข้ารับการผ่าตัด และวิธีการที่สามารถให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค และแผนการรักษา ตลอดจนความสามารถในการดูแลตนเองและปรับตัวยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงภายหลังการผ่าตัดได้

คำถามการวิจัย (Research Questions)

การให้สุขภาพจิตศึกษา มีผลต่อความวิตกกังวลหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

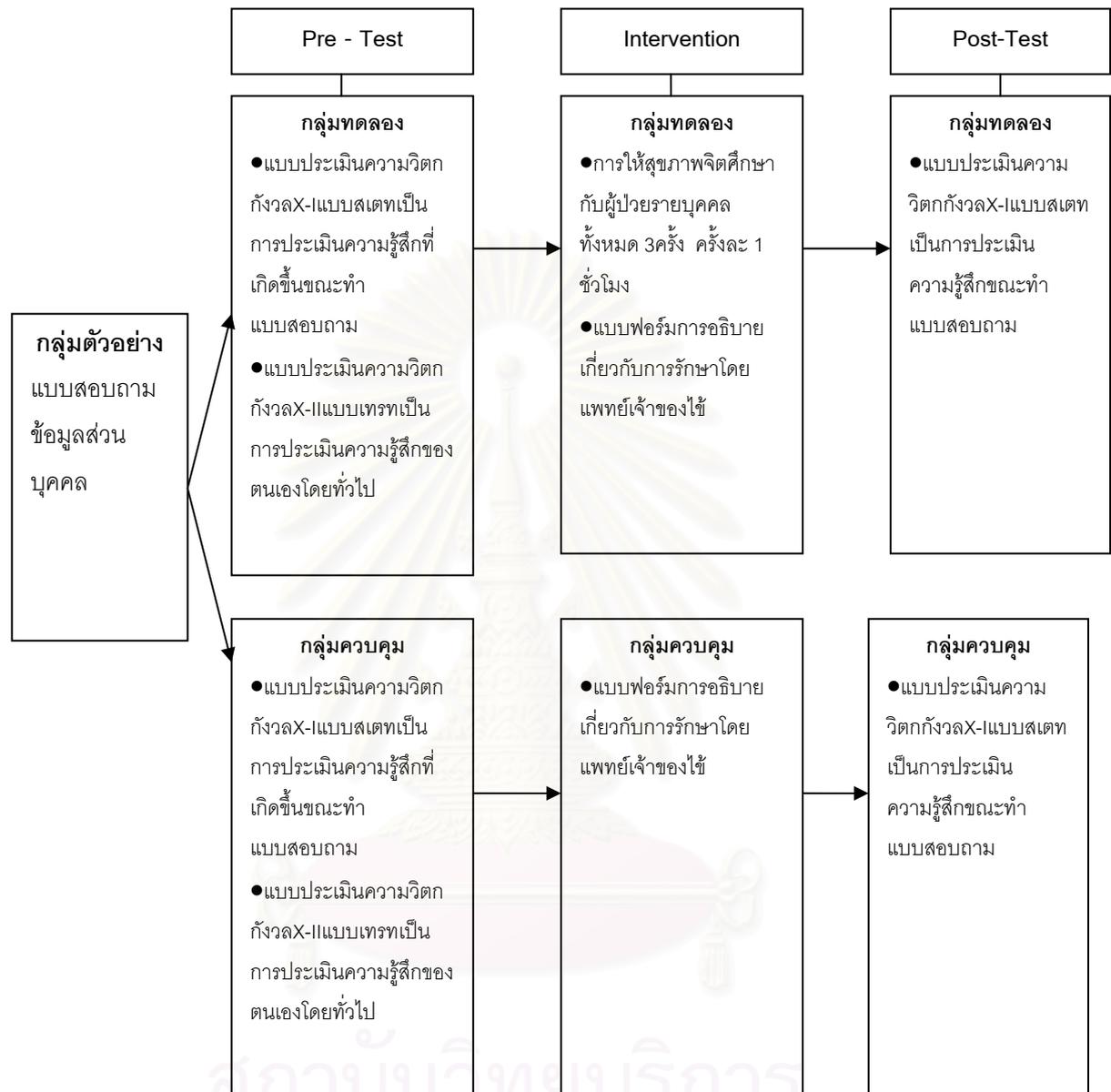
เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อระดับความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis)

- ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังจากได้รับสุขภาพจิตศึกษาจะมีระดับความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษา
- ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาจะมีระดับความวิตกกังวล น้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงช่องคอส่วนล่างและช่องปากที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)ตามจำนวนที่กำหนดไว้ 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน

2. ตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรอิสระ : สุขภาพจิตศึกษา

2.2 ตัวแปรตาม : ระดับความวิตกกังวล

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงช่องคอส่วนล่างและช่องปากในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

คำสำคัญ (Key Words)

Psychoeducation

Anxiety

Cancer of Larynx , Hypopharynx and Oral Cavity

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติที่จะใช้ในการวิจัย (Operational Definition)

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงช่องคอส่วนล่างและช่องปาก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งกล่องเสียงช่องคอส่วนล่างและช่องปาก และต้องรักษาโดยการผ่าตัดเท่านั้น โดยไม่เคยผ่านการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือการฉายรังสีมาก่อน

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์หรือรู้สึกไม่สบายใจซึ่งเกิดจากการหวั่นกลัวต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ หรือหวั่นกลัวต่อเหตุการณ์ข้างหน้าที่น่าคิดว่าเกิดขึ้นและก่อให้เกิดผลในทางที่เลวร้าย แล้วแสดงออกมาเป็นความรู้สึกที่สามารถประเมินได้

ในการศึกษานี้เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคือแบบวัดความวิตกกังวลของสปีดเบอร์กอร์ คือ The State - Trait Anxiety Inventory ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี สายฤดี วรกิจโภคพร และมาลี นิสัยสุข

สุขภาพจิตศึกษา หมายถึง การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุการเกิดโรค วิธีการรักษา การพยากรณ์ของโรค การดูแลปฏิบัติตนก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ช่องคอส่วนล่างและช่องปาก การเตรียมตัวเผชิญปัญหาและการปรับตัวต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค ตลอดจนจนถึงการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยมะเร็ง
2. เพื่อเป็นแนวทางในการลดระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงช่องคอ ส่วนล่างและช่องปากรวมถึงมะเร็งชนิดอื่น ๆ
3. เพื่อเป็นแนวทางในการใช้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้านอื่น ๆ ต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

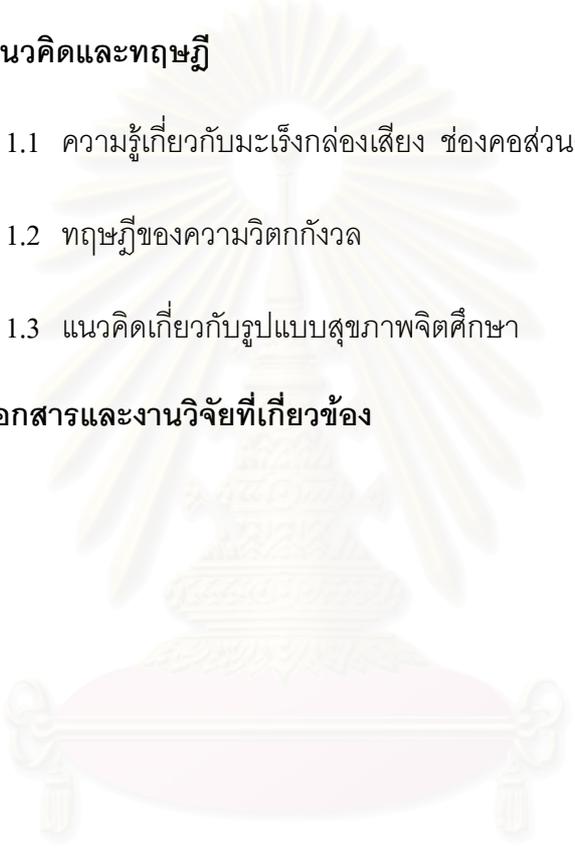
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วย
ผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ช่องคอส่วนล่างและช่องปาก ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร
และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎี

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งกล่องเสียง ช่องคอส่วนล่างและช่องปาก
- 1.2 ทฤษฎีของความวิตกกังวล
- 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบสุขภาพจิตศึกษา

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. แนวคิดและทฤษฎี

1.1 มะเร็งของช่องคอส่วนล่าง (Cancer of Hypopharynx)

ส่วนของช่องคอส่วนล่างที่พบแผลมะเร็งได้มากที่สุดคือ ส่วนของไพริฟอร์มไซนัสหรือไพริฟอร์มฟอสซ่า ด้านหลังกระดูกอ่อนไครคอยด์ (Post Cricoid region ด้านหลัง cricoid cartilage) และช่องคอด้านหลังส่วนล่าง (Lower Posterior wall of Pharynx)

สาเหตุ

สาเหตุส่วนใหญ่ของมะเร็งช่องคอส่วนล่างพบในผู้ที่สูบบุหรี่และดื่มสุราที่มีเปอร์เซ็นต์ของแอลกอฮอล์สูง

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยมะเร็งช่องคอส่วนล่างส่วนใหญ่มักมีอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ดังนี้

1. มีความเจ็บปวดเวลากลืน และมักร้าวไปที่หู กลืนลำบาก
2. ไอหรือมีหายใจขัด

3. ถ้าเป็นบริเวณด้านหลังของกระดูกไครคอยด์ (Post Cricoid) จะมีอาการแสดงเฉพาะของ “Plummer – Vinson Syndrome” คือ ลิ้นอักเสบและกลืนลำบาก ภาวะซีดชนิดติดสีน้อย (Hypochromic) และเล็บมือเป็นแฉ่งแบบซ็อน

4. ผลการตรวจชิ้นเนื้อมักพบเป็น Undifferentiated Squamous cell Carcinoma

การรักษา

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องคอส่วนล่างใช้การผ่าตัดหรือรังสีรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งในกรณีที่เป็นในระยะเริ่มแรก หรือการผ่าตัดช่องคอ - กล่องเสียง (Pharyngo – laryngectomy) ร่วมกับตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ (Neck Dissection)และพิจารณาใช้รังสีรักษาร่วมด้วย ในกรณีลุกลาม นอกจากนี้ยังต้องทำโครงสร้างใหม่ (Reconstruction) ร่วมในการผ่าตัดด้วยเพื่อปิดบริเวณบาดแผลที่ทำการตัดก่อนนั้นออกไป ซึ่งอาจทำเป็นแบบการตัดเนื้อมาปะ (Local flaps) คือใช้เนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียงมาสร้างโครงสร้างให้ใหม่ เพื่อปิดรอยแผลนั้น ซึ่งทำในกรณีที่มักเป็นก้อนเล็ก ๆ แต่ถ้าก้อนใหญ่อาจต้องทำเป็น Pedical flap or free flap โดยเฉพาะถ้ารายใดต้องทำการตัดหลอดอาหาร (Esophagectomy) ร่วมกับตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด (Total Laryngectomy) แพทย์จะพิจารณาทำการดึงส่วนของกระเพาะอาหารให้สูงขึ้น เพื่อให้สามารถเย็บเชื่อมต่อส่วนของหลอดอาหารที่คงเหลืออยู่ (Gastric “pull up”)[3]

มะเร็งกล่องเสียง (Cancer of Larynx)

มะเร็งกล่องเสียงพบประมาณร้อยละ 15-20 ของมะเร็งในศีรษะ และคอ พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 4-5 เท่า (ในช่วง 20 ปีหลัง, อัตราส่วนลดลง เพราะผู้หญิงสูบบุหรี่มากขึ้น) อายุเฉลี่ย 50-60 ปี การตรวจทางพยาธิคลินิกประมาณร้อยละ 95 เป็น Squamous cell carcinoma ส่วนน้อยเป็น Carcinoma in situ, Verrucous carcinoma, Adenocarcinoma, Adenoid cystic carcinoma, Chondrosarcoma, Neuroendocrine tumor ผู้ป่วยที่เป็นบริเวณสายเสียง ในระยะแรกมักจะมาด้วยเสียงแหบ ระยะต่อมาคลื่นอาหารลำบาก, กลืนเจ็บ, มีความรู้สึกแน่นในคอ, ไอเป็นเลือด, referred otalgia, stridor สำหรับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งบริเวณ supraglottic มักมาหาแพทย์ช้ากว่าในกลุ่มที่เป็นบริเวณสายเสียง พบ lymph node positive ได้บ่อยกว่าจากการตรวจระยะแรก, กลืนอาหารลำบาก, กลืนเจ็บ, ไอเป็นเลือด, referred otalgia ส่วนระยะต่อมา มีเสียงแหบ, stridor และใน subglottic lesion ส่วนมากจะมาด้วย dyspnea, stridor[4]

ลักษณะและตำแหน่งของการเกิดโรคนั้นแบ่งได้เป็น 3 ชนิดใหญ่ ๆ ตามตำแหน่งของโรคคือ

1. บริเวณสายเสียงแท้ (True vocal cord) พบมากถึง 2 ใน 3 ของประชากรที่เป็นทั้งหมด
2. บริเวณเหนือตัวกล่องเสียงขึ้นไป ซึ่งรวมถึงฝาปิดกล่องเสียงและสายเสียงเทียม (Supraglottic area) พบมาก 1 ใน 3
3. บริเวณด้านล่างกล่องเสียงไปถึงกระดูกอ่อนไครคอยด์ พบน้อยกว่า 1 เปอร์เซนต์ นอกจากนี้แล้วยังมีมะเร็งของกล่องเสียงในตำแหน่งอื่น ๆ ที่พบได้อีกคือ
4. บริเวณที่เป็นรอยต่อของ Supraglottic กับช่องคอ (Aryepiglottic fold)
5. บริเวณทั้งที่สายเสียงแท้และสายเสียงเทียม (Transglottic area)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาเหตุ

สาเหตุของมะเร็งกล่องเสียงส่วนมากพบในผู้ที่สูบบุหรี่และดื่มสุรา

อาการและอาการแสดง

มะเร็งกล่องเสียงมีอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ดังนี้

1. เสียงแหบ (hoarseness) มักพบเป็นอาการเริ่มแรก โดยเฉพาะมะเร็งของสายเสียงแท้ ถ้ามีอาการเสียงแหบนานกว่า 2 สัปดาห์ ควรได้รับการตรวจกล่องเสียง
2. หายใจลำบาก มักแสดงอาการหายใจลำบาก (dyspnea) และหายใจออกมีเสียงดัง (Stridor)
3. อาการปวด (Pain) บางรายจะรู้สึกเจ็บแสบ ร้อน และปวดขณะกลืนอาหารโดยเฉพาะถ้าเป็นของร้อนหรือน้ำผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว และบางรายอาจปวดร้าวไปที่หูได้ด้วย
4. กลืนลำบาก (Dysphagia) และไอ ผลเนื่องมาจากเส้นประสาท Superior laryngeal ถูกทำลายจากก้อนมะเร็ง
5. ไอเป็นเลือด (Hemoptysis) หรือมีอาการสำลักแล้วไอได้
6. กลิ่นปากเหม็น (Halitosis) เจ็บคอ เจ็บบริเวณกล่องเสียง
7. น้ำหนักตัวลดลง
8. มีก้อนที่คอ [5]

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรค

ส่วนมากพบเป็น Squamous cell carcinoma ถึง 90 เปอร์เซ็นต์ และแบ่งระยะได้ดังนี้ (จะไม่ได้กล่าวถึงโดยละเอียดมากนัก)

T (Tumor) คือ ขนาดของตัวก้อนเนื้ออกในมะเร็งกล่องเสียง แบ่งได้เป็น $T_1 - T_4$

N (Node) คือ ลักษณะการบวมโตของต่อมน้ำเหลือง ซึ่งแบ่งได้เป็น $N_0 - N_3$

M (Metastasis) คือ การแพร่กระจายของตัวก้อนเนื้อไปสู่อวัยวะส่วนอื่นแบ่งเป็น $M_0 - M_1$

ซึ่งในมะเร็งแต่ละชนิดนั้น การจัดแบ่งระยะจะมีผลในการวางแผนทางการรักษา และสามารถช่วยพยากรณ์โรคได้ ส่วนการแบ่ง cell grading ทางพยาธิวิทยา จากการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (Biopsy) แบ่งเป็น 4 Grade ดังนี้คือ

Grade 1 หมายถึง Well differentiated CA

Grade 2 หมายถึง Moderately well differentiated CA

Grade 3 หมายถึง Poorly differentiated CA

Grade 4 หมายถึง Undifferentiated CA

การรักษา

วิธีการรักษา มีทั้งวิธีการใช้รังสีรักษา การให้ยาเคมีบำบัด และการผ่าตัด หรือใช้ร่วมกันตามระดับความรุนแรงของโรค

การรักษาโดยการผ่าตัด

การทำผ่าตัดมะเร็งของกล่องเสียงโดยทั่วไป แบ่งเป็น 4 ชนิด คือ

1. ตัดกล่องเสียงออกบางส่วน (Partial Laryngectomy บางที่เรียกว่า Laryngofissure thyrotomy) นิยมทำในรายที่เป็นระยะเริ่มต้น (early stage) ของบริเวณสายเสียงแท้ (Glottic area) และจะตัดส่วนของกล่องเสียงออกน้อยกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งถ้าเป็นการตัดสายเสียง (Vocal cord) ออกเพียงข้างเดียว บางที่เรียกว่า Cordectomy หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีเสียงแหบเล็กน้อยเท่านั้น การกลืนอาหารและการหายใจยังเป็นปกติ

2. การผ่าตัดปิดกล่องเสียงและสายเสียงเทียมออกบางส่วน (Supraglottic Laryngectomy or Horizontal Laryngectomy) เป็นการตัดส่วนของกล่องเสียง ตามแนวนอนออก นิยมทำในรายที่เป็นระยะเริ่มต้นของบริเวณ Supraglottic area โดยจะตัด Hyoid bone, Glottis, false vocal cord ออกไป และทำ Radical Neck Dissection ร่วมด้วย พร้อมกับทำการเจาะหลอดลมคอไว้ชั่วคราว แต่ต้องใส่สายยางให้อาหารไว้เพื่อให้อาหารในช่วง 2 สัปดาห์แรก และจะต้องฝึกการกลืนให้แก่ผู้ป่วยก่อนนำสายยางให้อาหารออก เพราะอาจมีการสำลักเกิดขึ้นได้จากอาการกลืนลำบาก (ฝึก Supraglottic Swallowing) แต่ข้อดีคือเสียงจะเปลี่ยนแปลงน้อยมาก แม้ว่าจะต้องมีการฝึกพูดใหม่ก็ตาม

3. การตัดกล่องเสียงออกข้างเดียว (Hemilaryngectomy or Vertical Laryngectomy) คือการตัดกล่องเสียงในส่วนตามแนวตั้งออกเท่านั้น นิยมทำในรายที่ผู้ป่วยมีก้อนเนื้อออกเล็กกว่า 1 ซม. และลุกลามไปสู่สายเสียงในบริเวณ Subglottic area โดยจะตัดกระดูกอ่อนรัยรอยด์ออกครึ่งหนึ่ง (พร้อมทั้ง True และ False vocal cord อย่างละ 1 ข้าง) จะทำการเจาะหลอดลมคอและใส่สายยางให้อาหารไว้ ซึ่งจะต้องใส่ไว้นาน 10-14 วัน เนื่องจากจะพบปัญหาการสำลักได้มากกว่ารวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของเสียงมากแต่การกลืนและการหายใจยังเป็นปกติเช่นกัน

4. การตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด (Total laryngectomy) ใช้ในกรณีที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามหรือมีการเกิดซ้ำขึ้นมา

อาการแทรกซ้อนของการผ่าตัดกล่องเสียง

จากการทำการตัดกล่องเสียงออกทั้งหมด (Total Laryngectomy) นี้พบอาการแทรกซ้อนได้ตั้งแต่การติดเชื้อ การเกิดแผลแยก การเกิดรูทะลุ (Pharyngocutaneous fistula) ภาวะการตีบแคบของรูเปิดกล่องเสียง (Stomal Stenosis) และอาการตีบแคบของลำคอและหลอดอาหารทำให้กลืนอาหารลำบากตามมาได้ภายหลัง (Dysphagia secondary to pharyngeal and cervical esophagus stricture) ผลจากการผ่าตัดทำให้มีผลต่อการพูดปกติของผู้ป่วย แล้วแต่วิธีผ่าตัด หากผ่าตัดกล่องเสียงทั้งหมดผู้ป่วยจะสูญเสียการพูดและจะต้องมี stoma ที่คอเพิ่มขึ้นมา [3]

มะเร็งช่องปาก (Cancer of Oral Cavity)

พบประมาณร้อยละ 5 ของมะเร็งทั้งหมด และเป็นร้อยละ 30 ของมะเร็งในศีรษะและคอ พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง 2 เท่า อายุเฉลี่ย 40 ปี การตรวจพยาธิคลินิกพบว่ามากกว่าร้อยละ 90 เป็น squamous cell carcinoma ส่วน Verrucous carcinoma (variant of squamous cell carcinoma) พบน้อยกว่าร้อยละ 5 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับ HPV การติดเชื้อ การสัมผัสควันบุหรี่ และการระคายเคืองจากฟันปลอมที่ขนาดไม่พอดี สำหรับ cell type adenoid cystic carcinoma ; mucoepidermoid carcinoma, adenocarcinoma , acinic cell carcinoma , melanoma ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยเรื่อง มีแผลเรื้อรังในปาก, ฟันหลุดร่วง, ฟันปลอมหลวม, อ้าปากไม่ขึ้น หรือ น้ำหนักลด นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการอื่น ๆ เช่น กลืนอาหารลำบาก, กลืนอาหารเจ็บ, เลือดออก, ไอเป็นเลือด , referred otalgia พบว่าร้อยละ 30 ของผู้ป่วยจะมี cervical metastasis ก่อนมาพบแพทย์[4]

ปัจจัยเสี่ยง

1. บุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดในการเกิดมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ บุหรี่นอกจากจะหมายถึงบุหรี่ที่สูบแล้วยังรวมถึง ยาเส้นที่ใช้กินกับหมากด้วย สารก่อมะเร็งที่มีอยู่ในบุหรี่ได้แก่ polycyclic aromatic hydrocarbon และ nitrosamine ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งบริเวณนี้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 6 เท่า และผู้ที่เลิกบุหรี่จะต้องใช้เวลาจนถึง 10 ปีจึงจะมีความเสี่ยงเท่ากับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

2. แอลกอฮอล์ การดื่มสุรามีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเกิด pharyngeal cancer จากการที่สารก่อมะเร็งสัมผัสกับ mucosa โดยตรง นอกจากนี้ยังมีผลต่อการทำงานของตับในการที่จะทำลายสารก่อมะเร็ง การดื่มสุรามี synergistic effect กับบุหรี่ในการเกิดมะเร็ง พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ร่วมกับการดื่มสุร่าเป็นประจำจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และดื่มสุร่าถึง 15 เท่า

3. การกินหมาก ผลหมากและปูนเป็นสารก่อมะเร็งและมีผลโดยตรงต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก

4. แสงแดดเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิด lip cancer เหมือนกับมะเร็งผิวหนัง

5. มีหลักฐานว่าการมี poor oral hygiene , ill fitting denture (ฟันปลอมที่ไม่พอดี) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปากเมื่อมีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ แล้ว

ช่องปากเริ่มตั้งแต่ส่วนต่อระหว่างริมฝีปากกับผิวหนังไปจนถึงส่วนต่อระหว่างเพดานแข็ง(hard palate)กับเพดานอ่อน(soft palate) ซึ่งเป็นทางด้านบน ส่วนทางด้านล่างบริเวณลิ้นช่องปากคือส่วนลิ้น anterior 2/3 ด้านหน้าต่อ circumvallate papillae (ตุ่มลิ้นรูป V ทางด้าน post 1/3) และแบ่งเป็นส่วนต่าง ๆ ดังนี้

- ริมฝีปาก (Lip) ประกอบด้วยริมฝีปากบนและล่างซึ่งมาจรดกันที่ commissure
- กระพุ้งแก้ม (Buccal)
- เหงือกล่าง (Lower alveolar ridge , Lower gum)
- เหงือกบน (Lower alveolar ridge ,Upper gum)
- เพดานแข็ง (Hard palate)
- พื้นปาก (Floor of mouth)
- ลิ้นด้านหน้า 2/3 คือส่วนที่อยู่หน้าต่อ circumvallate papillae
- Retromolar trigone: ส่วนที่อยู่ด้านหลังต่อฟันกรามซี่ที่ 3 และขึ้นไปตาม

ascending ramus of mandible

อาการและอาการแสดง

มะเร็งช่องปากมี อาการและอาการแสดงต่าง ๆ ดังนี้

1. Leukoplakia : ฝ้าขาวที่ไม่สามารถลบออกได้ และไม่ใช่เชื้อรา
2. Erythroplakia : ฝ้าแดง
3. Ulcer : แผลในช่องปากที่รักษาไม่หายใน 3 สัปดาห์
4. Exophytic lesion : ก้อนที่โตขึ้นเรื่อย ๆ
5. Loosening of tooth : ฟันที่หลุดโดยไม่มีฟันผุ
6. Trismus : อ้าปากไม่ขึ้น
7. Neck mass : ก้อนที่คอจากการแพร่กระจายต่อมน้ำเหลือง [6] [7]

1.2 ทฤษฎีของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล เป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งจะมากน้อยเพียงไร ขึ้นอยู่กับการรับรู้ การคาดการณ์ล่วงหน้า และการคิดประเมินเหตุการณ์ของแต่ละบุคคล ทำให้มีลักษณะของความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่แน่ใจ และมักเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย [8] [9] เป็นอารมณ์ชนิดหนึ่งประกอบด้วยความรู้สึกไม่มีความสุข ไม่สบายใจ กลัวหรือหวาดหวั่นโดยไม่มีสาเหตุ โดยมักมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจเกิดในระยะสั้นๆ หรืออาจเป็นเวลานานๆ จนถึงขนาดเกิดอาการเมื่อยล้าหรืออ่อนล้าได้ จะแตกต่างกับความกลัว (Fear) ตรงที่ความกลัวเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งคุกคาม จากภายนอกที่รู้สาเหตุแน่นอน แต่ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งคุกคามที่อยู่ภายในโดยไม่รู้สาเหตุ โดย DSM-III แบ่ง Primary anxiety disorder เป็น Anxiety state และ Phobic disorder ซึ่งในที่นี้ขอกกล่าวเพียง Anxiety state

Anxiety states ประกอบด้วยระยะต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. Panic disorder

จะมีอาการเกิดขึ้นอย่างกะทันหันโดยเกิดความกังวลอย่างปัจจุบัน รู้สึกกลัว มีอาการแสดงออกอย่างน้อย 4 อย่างดังต่อไปนี้ หายใจลำบาก, ใจเต้นหรือใจสั่น, เจ็บหน้าอก, แขนงอึดอัดในหน้าอก, หายใจไม่ออก, Paresthesia , หนาวๆ ร้อนๆ ,เหงื่อแตก, หน้ามืด, สั่นสะท้าน, กลัวว่าจะตาย อาการดังกล่าวต้องเกิดอย่างน้อย 3 ครั้ง ภายใน 3 อาทิตย์

2. Generalized anxiety disorder

มีอาการวิตกกังวลอย่างน้อย 1 เดือน ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี แต่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ แสดงอาการ 3 ใน 4 อย่างต่อไปนี้ Motion tension, autonomic hyperactivity, apprehensive expectation, ฝ่าแต่พินิจพิจารณาถึงเรื่องราวต่างๆ

3. Obsessive-compulsive disorder

มีอาการสืบเนื่องจาก Panic disorder และ Generalized anxiety disorder โดยที่ผู้ป่วยมิได้ตั้งใจจะนึกถึงเรื่องดังกล่าวและ ทราบว่าเป็นสิ่งที่ไร้สาระแต่ก็ยังนึกขึ้นมา และผู้ป่วยจะมีอาการย้ำทำซ้ำๆ เพราะถ้าทำแล้วรู้สึกสบายใจ

4. Post-traumatic stress มีลักษณะดังต่อไปนี้

เกิดความไม่สบายขึ้นหลังได้รับความเครียด รู้สึกตัวเองเข้ากับผู้อื่นไม่ได้ดีเหมือนแต่ก่อน ย้ำคิดเกี่ยวกับเรื่องราวที่เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก, รู้สึกเหมือนเรื่องราวที่เคยเกิดขึ้นนั้นเกิดขึ้นอีก, ฝันร้ายและนอนไม่หลับ หรือมีการแสดงออกดังต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อย่าง เช่น ระมัดระวังตัวมากเกินไป, ความจำบกพร่อง, หลีกเลียงกิจกรรมที่กระตุ้นให้นึกถึง เหตุการณ์ที่ตนเองประสบมา หรือเมื่อพบเหตุการณ์นั้นๆ อาการจะเกิดมากขึ้น

ความหมายของความวิตกกังวล ได้มีผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ต่าง ๆ กันไป ใครนำเสนอความหมายที่สำคัญดังต่อไปนี้

เจอร์ซิด ให้ความหมายว่าความวิตกกังวล หมายถึงสภาพจิตใจที่ไม่พึงปรารถนา มีการตอบสนองต่อสิ่งที่เป็นอันตราย หรือข่มขู่ ที่อาจทราบ หรือไม่ทราบว่าสิ่งนั้นคืออะไร และหากบุคคลเกิดความวิตกกังวลในระดับสูงแล้ว จะทำให้เกิดปฏิกิริยาทางร่างกาย เช่น มีเหงื่อออกตามมือ หัวใจเต้นแรงและเร็ว ตลอดจนจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบย่อยอาหาร เป็นต้น

ลีปคิน และโคเฮน อธิบายว่า ความวิตกกังวลหมายถึง ความรู้สึกเครียด ความไม่สบาย ความกระวน กระวาย และความกลัว ซึ่งอาจทราบสาเหตุ หรือไม่ทราบก็ได้

ฮิลการ์ด ให้ความหมายว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาพคล้ายความกลัว และมีความสัมพันธ์กับความกลัวอย่างใกล้ชิด แต่แตกต่างจากความกลัวทั่วไปตรงที่ว่า ความกลัวนั้นจะมีสิ่งที่ปรากฏเป็นรูป เป็นร่างให้เห็น แต่ความวิตกกังวลเป็นความกลัวที่มีแจ่มชัด เป็นสภาพที่บุคคลที่รู้สึกไม่สบายใจ เกิดความตึงเครียด ซึ่งบุคคลต้องการหลีกเลี่ยงจากสภาพที่เกิดขึ้นดังกล่าว

ฮอล และลินชี อธิบายว่า ความวิตกกังวลหมายถึง สภาพของความตึงเครียด ซึ่งเป็นแรงผลักดัน คล้ายกับ ความหิว หรือความรู้สึกทางเพศ แต่ต่างกันตรงที่ว่าสภาวะดังกล่าว ไม่ได้เกิดจากร่างกาย ภายในแต่ มีสาเหตุมาจากภายนอก และเมื่อความวิตกกังวลถูกเร้าให้เกิดขึ้น บุคคลจะมีแรงจูงใจที่จะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมาเพื่อลดสภาวะดังกล่าว

ออกชูเบิล ให้ความหมายว่า ความวิตกกังวล คือ แนวโน้มของบุคคลที่จะตอบสนองต่อเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยความกลัวเพราะมีความรู้สึกว่าการณ์ หรือสถานการณ์นั้นทำให้เขาต้องสูญเสียความภาคภูมิใจ (self - Esteem)

ความวิตกกังวล เป็นอารมณ์ชนิดหนึ่งที่ไม่รื่นรมย์ ไม่มีความสุขคล้ายความกลัว แต่แตกต่างจากความสบายใจ เหมือนตนเองอยู่ในภาวะอันตราย บุคคลที่มีความวิตกกังวลจะแสดงอาการหงุดหงิด หวาดหวั่น ตกใจง่าย กระสับกระส่าย หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิในการเรียน หรือการทำงาน มีอึดอัดใจสั่น หัวใจเต้นแรง อึดอัด หายใจไม่สะดวกไม่เต็มปอด เหงื่อออกตามปลายมือ ปลายเท้า แม้อากาศจะไม่ร้อน คลื่นไส้ แน่นท้อง เหมือนมีลมในท้อง ปัสสาวะบ่อย รู้สึกกระแวง และมองอนาคตในแง่ร้าย

จากความหมายของความวิตกกังวลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นทิศทางของอุปนิสัยที่มีผลในเชิงลบ ซึ่งมักจะบ่งชี้ให้เห็นถึงความรู้สึกส่วนตัวที่ไม่พึงปรารถนาที่เกิดขึ้น เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์เฉพาะอย่าง หรือสิ่งแวดล้อมบางประการเท่านั้น ความวิตกกังวลนี้มีหลายผู้ที่มีความวิตกกังวลสูง มักจะรับเอาสถานการณ์ที่ถูกบีบคั้นนั้น ๆ แล้วมักจะโต้ตอบสถานการณ์ดังกล่าวเหล่านั้นด้วยความรุนแรง เป็นอารมณ์ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความกลัว

เป็นสภาพจิตที่ไม่พึงปรารถนา เป็นสภาวะของความรู้สึกอัดอัดไม่สบาย และถือว่าเป็นคุณลักษณะหนึ่งของความกลัว โดยทั่วไปแล้ว ความกลัวจะเกิดจากสิ่งเร้าที่มีตัวตนที่ทำให้เกิดความกลัว ในขณะที่ความวิตกกังวลอาจจะไม่มีสิ่งที่มีตัวตนทำให้เกิดความกลัว นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังเป็นสภาวะที่ทำให้บุคคลเกิดความกดดัน มีความรู้สึกตึงเครียด ไม่สบายใจ หวาดหวั่น กระวนกระวายใจ เครียด และหวั่นวิตกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นโดยหาสาเหตุไม่ได้ จึงมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย เช่น เหงื่อออก ปากแห้ง เชื่องช้า กระสับกระส่าย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ฯลฯ [10][11][12][13]

Cox [14] ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นความรู้สึกเชิงนามธรรม ลักษณะหวาดหวั่นและมีความเร้าอารมณ์สูง ความรู้สึกดังกล่าวมักสัมพันธ์กับความกลัว

Singer [15] ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง ปฏิกริยาของความกลัวที่มีต่อสถานการณ์หรือสภาพการณ์ ซึ่งมีแนวโน้มที่รับรู้ว่าจะถูกคุกคาม หรือเกิดความเครียด

Spielberger [16] ให้นิยามว่า ความวิตกกังวล หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ที่มาจาก 1) ความเครียด ความหวาดหวั่น และความกระวนกระวายใจ 2) ความไม่สบายใจ 3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระจิต ความวิตกกังวลมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการทางชีวจิตวิทยาที่เกิดขึ้นแบบพลวัต (dynamic) มีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ ความกดดัน การรับรู้ต่อความกดดัน และการตอบสนองทางอารมณ์

Boughman [17] กล่าวไว้ว่าความวิตกกังวลมีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. ความวิตกกังวลเป็นสภาพทางอารมณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด และความกระวนกระวายใจ ไม่สบายใจ ไม่รู้สึกมั่นคงปลอดภัย เป็นสภาวะการณที่บุคคลต้องการหลีกเลี่ยงหรือขจัดให้หมดไป
2. ความวิตกกังวลมีลักษณะคล้ายกับความกลัว แต่เป็นความกลัวที่เลื่อนราง ไม่มีสิ่งเร้าทำให้เกิดความกลัวปรากฏให้เห็น หรือไม่อาจบอกได้ว่าอะไรคือสาเหตุที่ทำให้เกิดความกลัว
3. ความวิตกกังวลอาจถือได้ว่าเป็นแรงขับที่สัมพันธ์กับแรงใจ คือ เป็นตัวกระตุ้นหรือระงับให้บุคคลแสดงออกหรือหยุดแสดงกิริยาอาการ

สาเหตุของความวิตกกังวล

ฟรอยด์ (Freud) เชื่อว่าความวิตกกังวล เกิดจากการที่ทารกไม่สามารถที่จะควบคุมความตื่นเต้นต่าง ๆ ของตนที่เกิดจากสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิ่งเร้า หรือประสบการณ์ที่ทำให้กระทบกระเทือนจิตใจ และเจ็บปวด ตลอดจนการรู้สึกสูญเสียสิ่งที่รักของบุคคลนั่นเอง

ส่วน ซัลลิเวน (Sullivan) เชื่อว่าความวิตกกังวลเป็นผลมาจากความต้องการทางชีววิทยาทางบุคคลที่ไม่ได้รับการตอบสนองอย่างน่าพึงพอใจทางที่สังคมยอมรับ

ในขณะที่ฮอร์นนาย (Horney) อธิบายว่าโดยทั่วไปแล้วมนุษย์จะมีความต้องการพื้นฐาน 2 ประการ ได้แก่ ความรู้สึกปลอดภัย และความพึงพอใจ และหากบุคคลได้รับการตอบสนองทางด้านความพึงพอใจแต่เพียงด้านเดียวโดยขาดการตอบสนองด้านความมั่นคงปลอดภัย และการยอมรับจะทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลขั้นตอน (Basic Anxiety) ที่จะนำไปสู่ความวิตกกังวลเชิงโรคประสาท (Neurotic Anxiety) ที่อาจเกิดขึ้นได้ในภายหลัง

สำหรับสกินเนอร์ (Skinner) กล่าวว่าความวิตกกังวลเกิดจากการวางเงื่อนไขของสิ่งเร้าคู่กับสิ่งทีก่อให้เกิดความไม่พอใจ และเป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะสถานการณ์เท่านั้น

จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลถือเป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่สามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตที่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ตามที่ได้กล่าวไปแล้ว นอกจากนี้ยังเกิดมาจากความกลัว หรือความไม่สบายใจซึ่งอาจเกิดมาจากสาเหตุทั้งภายใน และภายนอก ร่างกายของบุคคลเป็นความกลัวในสิ่งที่ไม่มีความเป็นสภาวะของความรู้สึกไม่ปลอดภัยที่อาจมีสาเหตุมาจากการพัฒนาการทางสังคมของเด็ก โดยสามารถอธิบายได้ว่าความรู้สึกดังกล่าวมักจะเริ่มมาจากวัยเด็กโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในขณะที่เด็กยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ซึ่งต้องอาศัยผู้ใหญ่ดูแล หากเด็กขาดความรัก ความดูแลเอาใจใส่อย่างเต็มที่ จะทำให้เด็กขาดความอบอุ่น รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ปลอดภัย และเกิดความกลัว ซึ่งเป็นพื้นฐานของความวิตกกังวล

อารมณ์วิตกกังวล ยังเป็นสภาวะที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่บุคคลสร้างขึ้นมาจากเอง เช่น ความรับผิดชอบที่มีต่อการทำงาน จะเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ในการทำงานนั้น ๆ เพราะต้องการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด และยังเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ได้อีกมากมาย เช่น การเรียนรู้ การขาดความมั่นใจตนเอง ความรู้สึกของการมีคุณค่าในตนเองที่อยู่ในระดับต่ำ ฯลฯ

ความวิตกกังวล นับได้ว่ามีบทบาทที่สำคัญต่อการปรับตัวของบุคคลที่ปกติโดยทั่วไป กล่าวคือ บุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับหนึ่งที่เหมาะสมเท่านั้น จึงจะเป็นผู้ที่มีแรงจูงใจในการทำงาน อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งถือว่าความวิตกกังวลในระดับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลเป็นอย่างมาก เพราะจะคอยกระตุ้นให้บุคคลกระทำกิจกรรมต่างๆ ในขณะที่บุคคลมีความวิตกกังวลสูงมากจะก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา [10][11][12][13]

ลักษณะอาการของความวิตกกังวล

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่าความวิตกกังวลในระดับต่ำและระดับที่เหมาะสมเท่านั้นจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลเพราะจะช่วยให้บุคคลมีแรงจูงใจ และคอยกระตุ้นให้การทำงานต่างๆ เป็นไปด้วยความตั้งใจ ความเอาใจใส่ และมีผลต่อการทำงานที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ ในขณะที่บุคคลไม่มีความวิตกกังวลเลยจะทำให้บุคคลขาดแรงจูงใจในการ

ทำงาน แต่ถ้าบุคคลมีความวิตกกังวลมากเกินไปก็จะเป็นผลเสียต่อสุขภาพจิต การทำงานตลอดจนการดำเนินชีวิตประจำวันได้

พฤติกรรมที่แสดงถึงความวิตกกังวลของบุคคล จะพิจารณาได้จากความขลาดกลัวหรือประหม่า ไม่กล้าแสดงออก หลบหน้า ชี้อาย ไม่กล้าเสี่ยงในสิ่งที่ไม่เคยทำมาก่อน ตื่นเต้น อารมณ์อ่อนไหวง่าย เช่น ดีใจ หรือน้อยใจง่าย ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ เกร็งเครียด ย้ำคิด ย้ำทำ ฯลฯ

อาการตอบสนองต่อร่างกายและจิตใจต่อความวิตกกังวล แม้ว่าจะเกิดความวิตกกังวลขึ้นในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน แต่เราจะมีอาการที่แสดงว่าเกิดความวิตกกังวลคล้ายกัน[17] คือ

1. อาการทางร่างกาย คือ กล้ามเนื้อตึงเครียด เหนื่อย กระสับกระส่าย ปากแห้ง หนาวมือและเท้าเย็น ต้องการปัสสาวะ ตาพร่า กล้ามเนื้อสั่นกระตุก หน้าแดง เสียงสั่น กระสับกระส่ายและอาเจียน หายใจถี่และถี่ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น
2. อาการทางจิต คือ สับสน วุ่นวายใจ ลืมรายละเอียด ขาดสมาธิ ลังเลใจ

สรุปลักษณะอาการทางร่างกายและจิตใจของความวิตกกังวลมีดังนี้

ลักษณะอาการทางกาย (Somatic Syntoms) [19]

1. อาการทางระบบกล้ามเนื้อกระดูก (Muscular Skeletal) ได้แก่ เจ็บปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อกระตุก ขบเขี้ยวฟัน เสียงสั่นเครือ กล้ามเนื้อเกร็ง เดินเฉไปเฉมา งุ่มง่าม ช่มตาหลับไม่ลง
2. อาการทางระบบประสาทรับความรู้สึก (Sensory) ได้แก่ หูอื้อ ตาพร่า หนาวๆ ร้อนๆ อ่อนเพลีย ระบายเคืองตามตัว หน้าแดง หน้าซีด
3. อาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular) ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น เจ็บหน้าอก รู้สึกเหมือนจะเป็นลม หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ
4. อาการทางระบบหายใจ (Respiratory) ได้แก่ รู้สึกจุกแน่นหน้าอก รู้สึกเหมือนจะสำลัก หายใจขัด ถอนหายใจ
5. อาการทางระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal) ได้แก่ ผิดคอก กลืนอาหารลำบาก ท้องอืด แสบท้อง คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหลั่งลด เบื่ออาหาร ท้องผูก
6. อาการทางระบบสืบพันธุ์และระบบขับถ่าย (Genitourinary) ได้แก่ ปัสสาวะกะปริดกะปรอย ปวดปัสสาวะบ่อยไม่อาจกลั้นไว้ได้ ประจำเดือนไม่ปกติ ผื่นเปื่อยก สูญเสียความรู้สึกทางเพศ
7. อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic) ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง หนาวๆ ร้อนๆ หน้าซีด เหงื่อออก มึนงง ปวดศีรษะ

ลักษณะอาการทางจิต (Cognitive Symtoms) ที่มักจะเกิดขึ้น [20] ได้แก่

1. อาการผิดปกติทางการรับรู้และการสัมผัส ได้แก่ ตาพร่ามัว เกิดภาพซ้อน เกิดภาพไม่จริงหรือภาพหลอน รู้สึกว่าไม่ใช่ของจริง ขาดสติ ระมัดระวังมากเกินไป
2. อาการผิดปกติทางการคิด (Thinking difficulty) ได้แก่ เกิดอาการสับสน ไม่อาจจะระลึกถึงสิ่งสำคัญได้ ไม่สามารถควบคุมกระบวนการคิด ไม่มีสมาธิ คลุ้มคลั่ง ยากต่อการเข้าใจเหตุผล สูญเสียเป้าหมายและการคิดในมุมมองกว้าง
3. อาการผิดปกติทางมโนทัศน์ (Conceptual) ได้แก่ อาการเพี้ยนทางจิต กลัวว่าจะสูญเสียการควบคุม กลัวว่าจะเกิดอุบัติเหตุหรือความตาย มีความหลังไหลใฝ่ฝัน

ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger [16]ได้แบ่งลักษณะของความวิตกกังวลเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความวิตกกังวลที่เป็นคุณลักษณะเฉพาะตัว (Trait Anxiety หรือ A-Trait) คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างจะคงที่ และไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริมหรือตัวประกอบของความวิตกกังวลเฉพาะการณ์
2. ความวิตกกังวลที่มีลักษณะเฉพาะการณ์ (State Anxiety หรือ A-State) ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือเกิดอันตรายมากระตุ้น และแสดงพฤติกรรมโต้ตอบที่สามารถสังเกตเห็นได้ระยะเวลาช่วงที่ถูกกระตุ้นนั้น เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบการทำงานของประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล นอกจากนี้สปีลเบอร์เกอร์ชี้ให้เห็นว่า ระดับของความวิตกกังวลแบบสเตรทนั้น จะขึ้นอยู่กับความวิตกกังวลแบบเทรทด้วยกล่าวคือ บุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบเทรทสูง ย่อมมีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลแบบสเตรทได้สูง

ระดับของความวิตกกังวล แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1. ระดับต่ำ (Mild Anxiety +1) จะมีลักษณะตื่นตัวดี กระตือรือร้น สามารถสังเกตการณ์สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ได้ดี เรียนรู้ได้ดี มีความคิดริเริ่ม สามารถมองเห็นความเกี่ยวเนื่องของเหตุการณ์และอธิบายเรื่องราวต่าง ๆ ให้คนอื่นทราบได้อย่างชัดเจน
2. ระดับกลาง (Moderate Anxiety +2) บุคคลจะรับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้น้อยลง สนใจตื่นตัว มีสมาธิต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยเฉพาะ การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ความสามารถในการมองเห็นสถานการณ์และการแปลความหมายต่าง ๆ น้อยลง

และจำกัด มีความรู้สึกทำร้ายต้องการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าให้ได้ มีความตื่นตัวมากขึ้นแต่ยังรับรู้ เข้าใจความเกี่ยวเนื่องของเหตุการณ์อยู่

3. ระดับสูง (Severe Anxiety +3) เป็นสภาวะวิตกกังวลในระดับรุนแรงที่ทำให้บุคคลที่อยู่ในสภาวะนี้มีการรับรู้ลดลง เลือกลงใจสิ่งกระตุ้น มีพลังมากขึ้น กระสับกระส่าย ลูกลี้ลูกลอน แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้น้อย ไม่รับรู้และไม่เข้าใจ เหตุการณ์อย่างต่อเนื่อง บางคนมีอาการทางกาย เช่น เบื่ออาหาร ความดันโลหิตสูงขึ้น ปวดท้อง คลื่นไส้ ท้องเดิน เป็นต้น เริ่มมีพฤติกรรมที่แสดงถึงความผิดปกติทางจิตใจ เช่น ซึมเศร้า แยกตัว
4. ระดับรุนแรง (Panic Anxiety +4) เป็นระดับความวิตกกังวลที่รุนแรงที่สุด บุคคลในสภาวะนี้จะไม่สามารถควบคุมดูแลตนเองได้ ระบบการทำงานของร่างกายเพิ่มขึ้น มีความอดทนต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ได้น้อย ไม่สามารถรับรู้สิ่งใหม่ ๆ หรือถ้ารับรู้ก็รับ ผิดพลาด ความคิดเป็นเหตุเป็นผลลดลง แก้ปัญหาไม่ได้ มีความรู้สึกโกรธ ขาดที่พึ่ง เศร้าหดหู่ หมดอาลัยตายอยากในชีวิต แยกตัวเอง พุดเสียงดังเร็ว ไม่ประติดประต่อ เป็นประโยชน์ หน้านิ่งควมหมวด

บุคคลในภาวะปกติ จะมีระดับความวิตกกังวลในระดับ 1 ถึง 2 ถ้าระดับความวิตกกังวลถึงระดับ 3 และ 4 ถือว่าบุคคลนั้นอยู่ในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชต้องได้รับการช่วยเหลือ

ความวิตกกังวลและความกลัวทำให้เกิดการตอบสนองทางร่างกายเหมือนกัน เนื่องจากทั้งสองสภาวะนี้จะกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic Nervous system) ความวิตกกังวลกับความกลัวต่างกันที่ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่บุคคลคิดว่า เหตุการณ์อย่างหนึ่งที่น่ากลัวกำลังจะเกิดขึ้นแต่ไม่รู้ชัดว่าเป็นสิ่งใดเรียกว่า ความวิตกกังวลแบบเลื่อนลอย (Free-floating Anxiety) แต่ความกลัวเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีเป้าหมาย รู้สิ่งเร้าชัดเจน หากอารมณ์นั้นมีระดับเหมาะสมกับจริงถือว่าเป็นความกลัว แต่หากปฏิกิริยาที่แสดงออกมีมากเกินไประดับความเหมาะสมกับสิ่งที่ป็นจริงถือว่าเป็นความวิตกกังวล [18] จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้หลายทาง ที่เห็นได้ง่ายคือ ความวิตกกังวลเกิดจากความกลัว ส่วนที่สลับซับซ้อนนั้นเกิดจากความขัดแย้งภายในที่ปรากฏออกมาในลักษณะของความตึงเครียดของจิตใจ ถ้าหากบุคคลมีความวิตกกังวลน้อย จะช่วยให้มีแรงจูงใจที่จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ แต่ถ้ามีความวิตกกังวลมากเกินไปก็จะขัดความสามารถในการเรียนรู้ ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าและขัดขวางต่อปฏิกิริยาของร่างกาย การวัดระดับความวิตกกังวลสามารถวัดได้โดย การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา การวัดโดยแบบสอบถามด้วยตนเอง การวัดโดยวิธีการใช้เทคนิคการฉายออก และการวัดโดยการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล [20] [21] [22]

1. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โดยการประเมินการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความดันโลหิต การหลั่งของน้ำลาย การหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต การตั้งของกล้ามเนื้อ การตรวจคลื่นสมอง เป็นต้น โดยอาศัยผู้ชำนาญทางการตรวจและการแปลผล
2. การวัดโดยใช้เทคนิคการฉายออก (Projective Technique) ได้แก่แบบวัดของรอร์ชาร์ท ซึ่งการวัดโดยวิธีนี้มีความยากลำบากในการแปลผล ต้องใช้ผู้ชำนาญ
3. การวัดโดยการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล การสังเกตนี้จะสังเกตถึงความผันแปรในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ความสอดคล้องกันของการทำงานของร่างกาย การรับรู้ ความจำ การเรียนรู้ที่ง่าย ๆ และซับซ้อน อากาการกระสับกระส่าย ลูกลึลูลกน ร้องไห้ ถอนหายใจและพูดเร็ว เป็นต้น
4. การวัดโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เป็นการประเมินความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้ โดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองตามความรู้สึกของตนแล้วจึงนำมาประเมินความวิตกกังวลนั้น ๆ ซึ่งใช้แบบสอบถามหรือแบบวัดความวิตกกังวลได้มีผู้สร้างขึ้นใช้หลายชนิด เช่น State- Trait Anxiety Inventory (STAI) ของ Spielberger , Sport Competition Anxiety Test (SCAT) , Competitive Trait Anxiety (CTA) และ Competitive State Anxiety Inventory 2 (CSAI-2) , Zung's Anxiety Rating Scale เป็นต้น

ผลกระทบจากความวิตกกังวล

ภาวะที่มีความวิตกกังวลมีผลกระทบด้านต่างๆ สรุปได้ดังนี้

ด้านร่างกาย ความวิตกกังวลจะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทชีวเคมีและสรีรวิทยา ทำให้การควบคุมสมดุลของเกลือแร่ต่างๆ การเผาผลาญอาหาร และระบบกล้ามเนื้อ มีการทำงานที่ผิดปกติไปจากเดิม ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย และถ้ามีอาการป่วยอยู่เดิมก็จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกายและความดันโลหิต กล้ามเนื้อเกร็ง ปัสสาวะบ่อย เบื่ออาหาร เหงื่อออก นอนไม่หลับ ม่านตาขยาย ตัวสั่น เป็นต้น แต่ถ้ามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับรุนแรง จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในระดับที่รุนแรงและทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางกายได้[23]

ด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวาย หวาดหวั่น กลัวโดยไม่มีเหตุผล ตกใจง่าย ขาดสมาธิ รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ มีการคาดการณ์ไปถึงภัยและอันตรายที่ยังไม่เกิดขึ้นรู้สึกกลัวตาย จิตใจฟุ้งซ่าน [24]

ด้านพฤติกรรม เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาหลายรูปแบบทั้งที่เป็นคำพูดและท่าทาง ได้แก่ การแสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง กำมือแน่น มือสั่น นอนไม่หลับ พูดซ้ำๆ ในเรื่องเดิม เป็นต้น [25]

1.3 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบสุขภาพจิตศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

คำว่า Psychoeducation เริ่มใช้ครั้งแรกโดย Anderson, Hogarty และ Reiss (1980) มีรูปแบบของการให้ความรู้อยู่ 2-3 รูปแบบ ซึ่งรวมถึงการประคับประคอง (Support) และการบริการด้านความรู้ (Educational Service) แก่ครอบครัวในลักษณะเป็นกลุ่มหลายครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (Coping Skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (Network) [26]

การให้สุขภาพจิตศึกษา โดยทั่วไปการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขกำหนดให้บุคลากรในทีมสุขภาพทุกคนใช้เวลาอย่างน้อยร้อยละ 10 ในการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย หรือให้สุขภาพศึกษาแก่ประชาชนเพื่อการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้แนวคิดในการดูแลตนเอง (self care) ด้านสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ยังได้รับการยอมรับกันมากขึ้นในวงการสาธารณสุข สำหรับพยาบาลจิตเวชก็คงใช้เกณฑ์และแนวคิดไม่ต่างกัน แต่เนื้อหาความรู้ที่ให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการนั้น นอกจากจะครอบคลุมเรื่องของสุขภาพอนามัยโดยทั่วไปแล้ว ยังเน้นเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตโดยตรง ที่เรียกว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา

การให้สุขภาพจิตศึกษาของพยาบาลจิตเวชเมื่อจำแนกตามหน่วยบริการมีลักษณะดังนี้

1. การให้สุขภาพจิตศึกษาในหน่วยผู้ป่วยนอก งานสุขภาพจิตศึกษาในหน่วยผู้ป่วยนอกจัดเป็นงานสำคัญประเภทหนึ่งที่จะช่วยแก้ปัญหาทางสุขภาพจิตของประชาชนโดยทั่วไป เนื่องจากหน่วยผู้ป่วยนอกเป็นแหล่งรวมบุคคลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วยมากที่สุด และยังช่วยให้ความรู้สึกต้องรอคอยรับบริการน้อยลง การให้สุขภาพจิตในหน่วยนี้จัดได้หลายวิธีได้แก่

- สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคล อาจใช้วิธีพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ ในช่วงที่รอการตรวจหรือภายหลังรับการตรวจวินิจฉัยแล้ว ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับจังหวะและสภาพทางจิตของผู้ป่วยแต่ละราย หัวข้อความรู้ที่ควรให้เป็นรายบุคคล ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น การบำบัดรักษาที่จำเป็น วิธีสังเกตอาการข้างเคียงของยา วิธีสังเกตอาการกำเริบ การปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน การระบายความอัดอัดในใจ การควบคุมความโกรธ หรือการสงบสติอารมณ์

- สุขภาพจิตศึกษาเป็นกลุ่ม การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นกลุ่มที่แผนกผู้ป่วยนอก มักจัดเป็นกลุ่มเล็กๆ ประมาณ 5- 10 คน สำหรับผู้ป่วยใหม่ หรือผู้ป่วยที่มาใช้บริการเป็นประจำ

โดยใช้การอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน หรือการใช้อุปกรณ์การสอนประกอบการบรรยาย หัวข้อความรู้ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องที่คุณป่วยควรได้รับรู้และเข้าใจร่วมกัน

- สุขภาพจิตศึกษาแบบมวลชน เป็นการให้แบบไม่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สนใจทั่วไป ส่วนมากการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบนี้ที่หน่วยผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช จะทำร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่นเป็นทีมและใช้สื่อเป็นอุปกรณ์ต่าง ๆ ช่วย เช่น โปสเตอร์ ภาพพลิก เอกสารเสียงตามสาย หรือจัดในรูปแบบของนิทรรศการเป็นครั้งคราว

2. การให้สุขภาพจิตศึกษาในหน่วยผู้ป่วยใน ผู้ป่วยและญาติบางรายแม้จะได้รับความรู้ด้านสุขภาพจิตที่แผนกผู้ป่วยนอกแล้ว บางครั้งเมื่อเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลก็จำเป็นต้องได้รับความรู้เพิ่มเติม ขึ้นอยู่กับผลการประเมินภาวะสุขภาพอนามัยโดยรวมของผู้ป่วยแต่ละราย การให้ทำได้หลายวิธีคล้าย ๆ กับการจัดที่หน่วยผู้ป่วยนอก แต่อาจมีความแตกต่างกันอยู่บ้าง

- สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคล ผู้ป่วยในจะได้รับสุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคลภายหลังจากได้รับการประเมินภาวะสุขภาพอนามัยถือเป็นขั้นตอนแรกในการแก้ปัญหาจิตสังคมด้วยกระบวนการพยาบาล การให้ส่วนใหญ่อยู่ในรูปของการพูดคุยซึ่งทำไปพร้อม ๆ กับการสร้างสัมพันธภาพหรืออาจจะจัดให้ตามโอกาสตามปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าในรูปแบบการสอนผู้ป่วยข้างเตียง

- สุขภาพจิตศึกษาเป็นกลุ่ม การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นกลุ่มในหน่วยผู้ป่วยในบางโรงพยาบาลจัดไว้เป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมบำบัด ลักษณะการให้ทำนองเดียวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นกลุ่มที่แผนกผู้ป่วยนอก

- สุขภาพจิตศึกษาแบบมวลชน ส่วนใหญ่จะใช้เสียงตามสายเป็นส่วนกลางร่วมกับการกระจายข่าวสารอื่น ๆ ของโรงพยาบาล

- สุขภาพจิตศึกษาเป็นครอบครัว จะทำในรูปของการเยี่ยมบ้าน ถือเป็นงานส่วนหนึ่งของพยาบาลจิตเวช แต่เนื่องจากขาดแคลนบุคลากรของหน่วยบริการ หรือด้วยเหตุผลอื่น ๆ จึงไม่ค่อยเห็นงานด้านนี้ของพยาบาลจิตเวช แต่จะเห็นในลักษณะงานตามบทบาทของครูฝึกอบรบบุคคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานระดับชุมชน หรือครูฝึกอบรบ อสม. และ ผสส. เพื่อให้เป็นผู้ปฏิบัติและผู้สอนสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านอีกทอดหนึ่ง [27]

Michael J. Goldstein (1981) ได้กล่าวถึง Psychoeducation family therapy ไว้ว่าประกอบด้วย 2 ส่วน คือ โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และ extended program ที่จะสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อลดความขัดแย้ง เปลี่ยนรูปแบบของการสื่อความหมายในครอบครัวและการแก้ไขปัญหา (problem solving) [26]

2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สารรัตน์ วุฒิวาภา [28] ศึกษาผลของการฟังดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของนักกีฬาพบว่าระดับความวิตกกังวลของนักกีฬากลุ่มทดลองต่ำกว่าระดับความวิตกกังวลของนักกีฬากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับความวิตกกังวลของนักกีฬากลุ่มทดลองภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ฉัตรแก้ว สุทธิพิทักษ์ [24] ศึกษาผลการฝึกการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาพบว่า หลังการฝึกการผ่อนคลายกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนการฝึกการผ่อนคลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และกลุ่มทดลองที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

บังอร เครียดชัยภูมิ [29] ได้ศึกษาผลของดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัดผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฟังดนตรีมีระดับความวิตกกังวลขณะได้รับการผ่าตัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากเสียงดนตรีที่ดึงความสนใจผู้ป่วยจากสถานการณ์การผ่าตัด

ชนิษฐา นาคะ [30] ได้ศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 120 คน เลือกกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนผ่าตัดในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ แต่มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับสูง ความวิตกกังวลแฝงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่มีเพศ อายุ และการศึกษาแตกต่างกัน มีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะหญิงมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าเพศชาย ผู้ป่วยที่มีอายุ 21-40 ปี มีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 61-80 ปี และผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาและพบว่า ผู้ป่วยที่ผ่าตัดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิงมีความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดบริเวณช่องท้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้ป่วยที่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วย ประสบการณ์การผ่าตัดที่เคยได้รับและการวินิจฉัยโรคแตกต่างกันมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่แตกต่างกัน

วชิรา ทองพิทักษ์วงศ์ [31] ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการฝึกผ่อนคลายและการฟังเพลงโดยเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลและโอกาสที่ผู้บริจาคนโลหิตจะเป็นลมจากการบริจาคนโลหิต ของกลุ่มผู้บริจาคนโลหิตครั้งแรกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในผู้บริจาคนโลหิตครั้งแรกที่มาบริจาคนโลหิตที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย จำนวน 104 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม และกลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม ๆ ละ 26 คน พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของอาการวิตกกังวลและค่าเฉลี่ยของอาการเป็นลมน้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001

ลดา สรณารักษ์, ลัคนา หล้าหา[32] ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของการให้สุขศึกษาโดยกระบวนกลุ่มสัมพันธ์ต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกในผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัด การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อหาค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลภายหลังจากการทดลองกลุ่มเป็นการเปรียบเทียบวิธีการให้สุขศึกษาโดยให้กระบวนกรกลุ่มสัมพันธ์ คือกลุ่มทดลอง กับวิธีการเปิดเทปการสอนสุขศึกษาให้ผู้ป่วยรับฟังคือกลุ่มควบคุม กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้มาจาก มโนทัศน์พื้นฐานทางการพยาบาล กระบวนการพยาบาลและโมเดลทางการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 45-65 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต่อกระจกในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสามารถประกอบกรงานหรือมีอาชีพและมีโรคแทรกซ้อนจากโรคอื่นๆ ได้เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งแรกที่โรงพยาบาลขอนแก่น โดยทำการศึกษา ณ หอผู้ป่วยจักษุและห้องผ่าตัด ระหว่างเดือนธันวาคม 2539-มีนาคม 2540 จำนวน 101 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสัมภาษณ์วัดระดับความวิตกกังวลของ Spielberger ซึ่งเครื่องมือเหล่านี้ได้ผ่านการทดสอบหาความตรงและความเที่ยงเรียบร้อยแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยเครื่องไมโครคอมพิวเตอร์ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและใช้สถิติทดสอบ t-test ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อหาความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัย 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนสุขศึกษาด้วยวิธีฟังเทปมีคะแนนความวิตกกังวล ก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนสุขศึกษาด้วยวิธีการกระบวนกรกลุ่มสัมพันธ์มีคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3. ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลก่อนการให้สุขศึกษาด้วยวิธีฟังเทปและวิธีกระบวนกรกลุ่มสัมพันธ์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4. ผู้ป่วยที่ได้รับการสอนสุขศึกษาด้วยวิธีกระบวนกรกลุ่มสัมพันธ์ที่มีคะแนนของความวิตกกังวลปานกลางมีจำนวนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนด้วยวิธีฟังเทปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดวงกมล พึ่งประเสริฐ [33] ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาของพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวลและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมาย พบว่า กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษามีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

จิราพรรณ ทองสุโชติ [34] ได้ศึกษาผลของการสอนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนได้รับการสอดใส่แร่โดยใช้เทปโทรทัศน์ ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและระดับความวิตกกังวล พบว่า 1. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการสอนโดยใช้เทปโทรทัศน์ มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) 2. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการสอนโดยใช้เทปโทรทัศน์ มีระดับความวิตกกังวลภายหลังสอนทันทีต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) 3. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการสอนโดยใช้เทปโทรทัศน์ และผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการ มีระดับความวิตกกังวลในเช้าของวันสอดใส่แร่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

อร่ามศรี เกสจินดา [26] ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทต่อความวิตกกังวลพบว่าญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีความวิตกกังวล แบบสเตทลดลง โดยที่กลุ่มทดลองคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีความวิตกกังวลแบบเททลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

เพ็ญพรรณ พรหมนารถ [35] ได้ศึกษา การพัฒนาคู่มือการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา สำหรับบุคลากรพยาบาล การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการจัดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและความต้องการบริการสุขภาพจิตศึกษาของผู้มารับบริการที่กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญาและพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา วิธีการทำการประเมินความต้องการบริการสุขภาพจิตศึกษาของผู้มารับบริการ จำนวน 351 คน ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 13 ข้อ ประเมินสภาพปัญหาการให้บริการสุขภาพจิตศึกษาที่กลุ่มงานผู้ป่วยนอก และนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์และพัฒนาคู่มือการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา แล้วให้พยาบาลผู้วิจัยภาคสนามนำไปทดลองใช้เป็นเวลา 3 วัน และนำมาปรับ

เนื้อหาตามความเหมาะสมอีกครั้งก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง เป็นเวลา 1 สัปดาห์ กับผู้มารับบริการที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะปัญญาอ่อนหรือมีอาการทางจิตรุนแรง เป็นผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยจำนวน 290 คน โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง แล้วประชุมผู้วิจัยภาคสนามอีกครั้ง เพื่อสรุปคู่มือการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา สำหรับบุคลากรพยาบาลฉบับสมบูรณ์ ผลที่ได้ พบว่า ผู้มารับบริการส่วนใหญ่ต้องการมารับบริการตรวจโรคทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 46.4 มาใช้บริการอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 35.1 และส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 82.6 ผู้มารับบริการไม่ทราบและไม่เข้าใจเกี่ยวกับบริการสุขภาพจิตศึกษา คิดเป็นร้อยละ 80.1 มีความต้องการบริการสุขภาพจิตศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.4 เหตุผลที่ต้องการเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพราะคาดว่าจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย อาการของโรค การฟื้นฟูทางด้านจิตใจให้ดีขึ้น โดยให้จัดกลุ่มในลักษณะที่มีการซักถามข้อสงสัยภายในกลุ่มได้ ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50.2 เพศชายคิดเป็นร้อยละ 42.1 อายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.1 มีปัญหาความทุกข์/ไม่สบายใจเกี่ยวกับเรื่องความเจ็บป่วยทางจิต ปัญหาการรับประทานยา ปัญหาบุคลิกภาพและการปรับตัว ปัญหาการใช้สารเสพติดและปัญหาเศรษฐกิจ วิธีการแก้ปัญหาส่วนใหญ่ใช้วิธีการบอกกับตัวเองว่าในวันข้างหน้าจะต้องดีกว่านี้แน่ คิดเป็นร้อยละ 36.6 หวังว่าสถานการณ์จะดีขึ้นเอง คิดเป็นร้อยละ 29.0 ผลจากการแก้ปัญหาทำให้ปัญหา “ดีขึ้นบ้าง” คิดเป็นร้อยละ 57.6 ความรู้สึกต่อการแก้ปัญหาคือทำให้รู้สึก “สบายใจขึ้นบ้าง” คิดเป็นร้อยละ 54.8 หลังจากเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ผู้มารับบริการมีความคิดเห็นที่ ระยะเวลาในการทำกลุ่ม (1 ชั่วโมง) มีความเหมาะสมอยู่ในระดับ “ปานกลาง” คิดเป็นร้อยละ 56.9 ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้กับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับ “มาก” คิดเป็นร้อยละ 69.0 ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า คิดเป็นร้อยละ 74.3 ได้เรียนรู้และรับประโยชน์จากการเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษา “มาก” คิดเป็นร้อยละ 71.5 ความคิดเห็นของพยาบาลผู้วิจัยภาคสนามต่อคู่มือการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา หลังจากนำไปใช้เก็บข้อมูลในพื้นที่จริงพบว่าเนื้อหาของคู่มือฯ เกี่ยวกับแผนผังการจัดกลุ่มและแบบบันทึกกิจกรรมกลุ่ม มีประโยชน์มาก คิดเป็นร้อยละ 48.4 ส่วนเนื้อหาเกี่ยวกับ “การจัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์” แนวทางการประเมินผู้มารับบริการฯ “ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม” “แนวทางการตอบคำถามของผู้มารับบริการที่พบได้บ่อย” มีประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง คู่มือการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาทำให้การตอบคำถามผู้มารับบริการออกมาเป็นแนวทางเดียวกันมากขึ้น และสามารถประยุกต์ใช้ในการตอบคำถามอื่นได้ด้วย เพราะแนวคำตอบที่มีอยู่เป็นการตอบแบบกว้าง ๆ ใช้ได้กับคำถามหลายลักษณะ

สุภาภรณ์ ทองดารา[36] ได้ศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย พบว่า ค่าคะแนนความรู้ การดูแลผู้ป่วย จิตเภทของญาติ หลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา สูงกว่า ก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาแล้วพบว่า กลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ย สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จันทร์เพ็ญ รัชลินพงษ์ [37] ได้ศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ต่อความรู้,เจตคติ และการปฏิบัติของผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อน พบว่า ก่อนและหลังการได้รับสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มโดยใช้กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม ร่วมกับการได้รับสุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคลตามมาตรฐาน ผู้ปกครองมีความรู้, เจตคติ และการปฏิบัติ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ในขณะที่ผู้ปกครองกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับสุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคลตามมาตรฐาน มีเพียงเจตคติเท่านั้นที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนความรู้และการปฏิบัติไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งแสดงว่าการได้รับสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มโดยใช้กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม ร่วมกับการได้รับสุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคลตามมาตรฐาน มีประสิทธิภาพต่อการเสริมสร้างความรู้,เจตคติ และการปฏิบัติของผู้ปกครอง ดีกว่าการได้รับสุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคลตามมาตรฐานเพียงอย่างเดียว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) แบบก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยมีกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม (Before – After experiment with one control group) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงช่องคอส่วนล่างและช่องปาก ซึ่งผู้วิจัยมีวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้าเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ประชากรกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. ประชากร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sample)

1.1 ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ช่องคอส่วนล่างและช่องปาก

1.2 ประชากรตัวอย่าง (Sample population) คือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ช่องคอส่วนล่างและช่องปาก ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

1.3 กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ช่องคอส่วนล่างและช่องปากที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกตามจำนวนที่กำหนดไว้ 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน

1.4 เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) มีดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งกล่องเสียง, ช่องคอส่วนล่างและช่องปากที่ต้องรับการรักษาโดยการผ่าตัด
- สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี
- ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือการฉายแสงมาก่อน
- มีความยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย
- ไม่มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวชโดยดูจากประวัติในเวชระเบียนและการซักประวัติเพิ่มเติม

1.5 เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) มีดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดหรือการฉายรังสีมาก่อนได้รับการผ่าตัด
- ผู้ป่วยที่เคยได้รับยาทางจิตเวชก่อนรับรักษามาประมาณ 2 อาทิตย์เช่น ยาคลายเครือียด , ยานอนหลับ

1.6 เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Technique)

การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ในการคัดเลือก โดยเลือกจากผู้ป่วยในแผนก หู คอ จมูก ที่แพทย์สั่งให้นอนโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัดและเป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการทดลอง จำนวน 15 คู่ จัดแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย Simple Random Sampling โดยการจับสลากหมายเลข 1 และ 2 ผู้ป่วยที่จับได้หมายเลข 1 ให้เป็นกลุ่มทดลอง ส่วนผู้ป่วยที่จับได้หมายเลข 2 ให้เป็นกลุ่มควบคุม

1.7 การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample Size)

จากการศึกษาผลการวิจัยที่ผ่านมาเรื่องการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโดยสุวิมล สมัตตะ(2542) [38] และนำผลการศึกษามาคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร [39] [40]

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{d^2} \quad (\text{ถ้าค่าความแปรปรวนไม่เท่ากัน})$$

$$Z_{\alpha} = \text{ระดับความเชื่อมั่นจากตารางมีค่า} = 1.96$$

$$Z_{\beta} = \text{ระดับความเชื่อมั่นจากตารางมีค่า} = 1.28$$

$$X = \text{ค่าเฉลี่ยรวมของกลุ่มควบคุม} = 157.40$$

$$S_1 = \text{ค่าความแปรปรวนของกลุ่มทดลอง} = 11.57$$

$$S_2 = \text{ค่าความแปรปรวนของกลุ่มควบคุม} = 14.88$$

d (effect size) คือขนาดของความแตกต่างของผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในที่นี้ กำหนดว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมควรมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 10 เปอร์เซ็นต์ จึงถือว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นค่า d เท่ากับ 15.74

การแทนค่า

$$\begin{aligned} n &= \frac{(1.96 + 1.28)^2 (133.86 + 221.41)}{(15.74)^2} \\ &= \frac{10.49 (355.27)}{247.74} = \frac{3726.78}{247.74} \\ &= 15.04 \end{aligned}$$

ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 15 ราย รวมตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 30 ราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

-แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

-แบบวัดความวิตกกังวลเป็นแบบสอบถามให้ตอบคำถามด้วยตนเอง (Self report questionnaire) ซึ่งสร้างขึ้นโดยสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger) ชื่อว่า The State – Trait Anxiety Inventory (STAI) แปลเป็นภาษาไทย โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์หญิง นิตยา คชภักดี ดร. สายฤดี วรกิจโกศาทร และ ดร.มาลี นิสสัยสุข แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เรียกว่าแบบ X-I (A- State Scale) เป็นการวัดระดับความวิตกกังวลแบบสแตทคือการประเมินระดับความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะที่ทำแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 เรียกว่า X-II (A – Trait Scale) เป็นการวัดระดับความวิตกกังวลแบบเทรทคือการประเมินระดับความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ทั่วไป

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือส่วนซ้ายมือเป็นข้อความของความรู้สึก ส่วนขวามือจะเป็นระดับของความรู้สึกที่เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ซึ่งแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบ ดังนี้

ไม่รู้สึกละเลย หมายถึง เมื่อท่านรู้สึกว่าคุณความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย
 รู้สึกบ้างเล็กน้อย หมายถึง เมื่อท่านรู้สึกว่าคุณความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านบ้างเล็กน้อย
 รู้สึกพอสมควร หมายถึง เมื่อท่านรู้สึกว่าคุณความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง
 รู้สึกมากที่สุด หมายถึง เมื่อท่านรู้สึกว่าคุณความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

การให้คะแนน เนื่องจากแบบวัดความวิตกกังวลนี้มีข้อความที่มีความหมายด้านบวกและด้านลบ การให้คะแนนจึงขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความ ดังนี้

การให้คะแนนสำหรับข้อความในเชิงบวก มีการให้คะแนนดังนี้

ไม่รู้สึกละเลย = 1 คะแนน

รู้สึกบ้างเล็กน้อย = 2 คะแนน

รู้สึกพอสมควร = 3 คะแนน

รู้สึกมากที่สุด = 4 คะแนน

การให้คะแนนสำหรับข้อความในเชิงลบ

ไม่รู้สึกละเลย = 4 คะแนน

รู้สึกบ้างเล็กน้อย = 3 คะแนน

รู้สึกพอสมควร = 2 คะแนน

รู้สึกมากที่สุด = 1 คะแนน

ดังนั้น คะแนนรวมสูงสุดของแบบวัดทั้ง 2 ตอน คือ 80 คะแนน คะแนนรวมต่ำสุด คือ 20 คะแนน คะแนนรวมมากหมายถึง ระดับความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึงระดับความวิตกกังวลต่ำ

เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนน ใช้ค่าเฉลี่ย (X) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ที่ได้จากการศึกษาของ Spielberg โดยนำค่า X และ S.D ของประชากรวัยผู้ใหญ่ จำนวน 1,838 คน มาใช้ในการคำนวณ

State Anxiety

ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลระดับต่ำ หมายถึง มีคะแนนตั้งแต่ 24.58 คะแนนลงไป
 ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลระดับปานกลางหมายถึง มีคะแนนตั้งแต่ 24.59- 45-81 คะแนน
 ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลระดับสูง หมายถึง มีคะแนนตั้งแต่ 45.82 ขึ้นไป

Trait Anxiety

ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลระดับต่ำ หมายถึง มีคะแนนตั้งแต่ 25.56 คะแนนลงไป
 ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลระดับปานกลางหมายถึง มีคะแนนตั้งแต่ 25.57- 44.01 คะแนน
 ผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวลระดับสูง หมายถึง มีคะแนนตั้งแต่ 44.02 ขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การให้สุขภาพจิตศึกษา โดยการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคและพูดคุยตอบข้อซักถามในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ให้กำลังใจเพื่อคลายความวิตกกังวล ทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ครั้งที่หนึ่ง วันแรกที่ผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาลเพื่อรอผ่าตัด ครั้งที่สองหลังผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด 2-3 วัน ครั้งที่สาม 1 วันก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

หลังจากปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่น X-I (State) = .81 และ X-II = .85 จากนั้นจึงนำแบบวัดความวิตกกังวลมาใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ต่อไป

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการทำหนังสือแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไปยังผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เพื่อเก็บข้อมูลโดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

4.1 ชั้นเตรียมการทดลอง

4.1.1 การศึกษาข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Study) โดยการศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น แฟ้มประวัติผู้ป่วย หนังสือเอกสารทางวิชาการ งานวิจัย และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

4.1.2 ประสานงานด้วยตนเอง ขอความร่วมมือกับแพทย์ในแผนก โสต ศอ นาสิกและหัวหน้าหอผู้ป่วย ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการ ในหอผู้ป่วยใน

4.1.3 เตรียมความรู้การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง, ช่องคอส่วนล่างและช่องปาก

4.1.4 เตรียมตัวผู้วิจัยเพื่อทำการทดลอง

4.2 ชั้นดำเนินการทดลอง

4.2.1 ศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่มาพบแพทย์และนอนโรงพยาบาลเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ในการคัดเลือก

4.2.2 สัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ในการคัดเลือกและเกณฑ์ในการคัดออก

4.2.3 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย (Patient Information) ดังปรากฏในภาคผนวกแก่ผู้ป่วย เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย ตลอดจนเห็นใบบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4.2.4 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย Simple Random Sampling โดยการจับสลากหมายเลข 1 และ 2 ผู้ป่วยที่จับได้หมายเลข 1 ให้เป็นกลุ่มทดลอง ส่วนผู้ป่วยที่จับได้หมายเลข 2 ให้เป็นกลุ่มควบคุม

4.2.5 แจ้งรายละเอียดและนัดหมายวันเวลาในการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองโดยดำเนินการทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ครั้งแรกเมื่อผู้ป่วยมาอนโรงพยาบาลเพื่อรอผ่าตัด , ครั้งที่สองหลังผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด , ครั้งที่สามก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4.2.6 ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS (Statistical Packages for Social Sciences) และใช้สถิติวิเคราะห์ดังนี้

1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

- นำข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้มาแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ (Percentage) แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย

2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวัดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ดังนี้

- วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของความแตกต่าง (Mean of different) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความวิตกกังวลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและทดลอง โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Unpaired t-test

- วิเคราะห์ข้อมูลความวิตกกังวลของผู้ป่วย เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความวิตกกังวลระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

6. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1 สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน [41]

1.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนทดสอบก่อนและหลัง โดยการทดสอบค่าที (T-test dependent) ของกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน โดยใช้สูตร

$$t = \frac{\Sigma D}{\sqrt{\frac{n\Sigma D^2 - (\Sigma D)^2}{n-1}}} \quad ; \quad df = n - 1$$

เมื่อ t แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา t - distribution

d แทน ความแตกต่างระหว่างคะแนนทดสอบก่อนและหลัง

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

df แทน ชั้นแห่งความอิสระ

1.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเป็นอิสระจากกัน โดยทดสอบค่าที (T - test independent) โดยใช้สูตร

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}} \quad \text{เมื่อ } df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]}{\frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ t แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบที่

\bar{X}_1 และ \bar{X}_2 แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

S_1^2 และ S_2^2 แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

n_1 และ n_2 แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (degree of freedom)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล [42]

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ (Percentage) ใช้สูตร

$$X = \frac{r}{R} \times 100$$

1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) ใช้สูตร

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{N}$$

เมื่อ	\bar{X}	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
	$\sum x$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มทดลอง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สูตร

$$S = \sqrt{\frac{N \sum x^2 - (\sum x)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ	S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
	$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\sum x)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง ช่องคอส่วนล่าง และช่องปาก ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistics Package for the Social Science Program) และนำเสนอข้อมูลเป็นตารางดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ช่องคอส่วนล่างและช่องปากทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ช่องคอส่วนล่างและช่องปากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ช่องคอส่วนล่างและช่องปากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ช่องคอส่วนล่างและช่องปากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ช่องคอส่วนล่าง และช่องปาก

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ					.650
30-39 ปี	3	20	4	26.7	
40-49 ปี	3	20	5	33.3	
50-59 ปี	6	40	3	20	
มากกว่า60ปีขึ้นไป	3	20	3	20	
เพศ					.682
ชาย	12	80	10	6.7	
หญิง	3	20	5	33.3	
สถานภาพสมรส					.651
ไม่มีคู่ หม้าย	2	13.3	4	26.7	
มีคู่	13	86.7	11	73.3	
ศาสนา					.414
พุทธ	15	100	13	86.7	
คริสต์	0	0	0	0	
อิสลาม	0	0	2	13.3	

★ วิเคราะห์ด้วย Chi-Square ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความเคร่งครัดในการประกอบกิจกรรมทางศาสนา					.881
ทุกวัน	3	20	4	26.7	
สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง	7	46.7	7	46.7	
เดือนละ 1 – 2 ครั้งขึ้นไป	5	33.3	4	26.7	
อาชีพ					.018
เกษตรกรรวม	2	13.3	7	46.6	
ทำงานเอกชน / รับจ้าง	10	66.7	7	46.6	
ค้าขาย / รับราชการ	3	20	1	6.7	
ระดับการศึกษาสูงสุด					.165
ไม่ได้เรียน	1	6.7	3	20	
ประถมศึกษา	12	80	7	63.3	
สูงกว่ามัธยมศึกษา	2	13.3	5	23.3	
ฐานะทางเศรษฐกิจ(รายได้ครอบครัวต่อเดือน)					.269
น้อยกว่า 6,000 บาท	6	40	2	13.3	
6,000 – 8,000 บาท	4	26.7	3	20	
8,000 – 10,000 บาท	3	20	5	33.3	
มากกว่า 10,000 บาท	2	13.3	5	33.3	

★ วิเคราะห์ด้วย Chi-Square ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรคที่ได้รับการวินิจฉัย					
จากแพทย์					.392
มะเร็งกล่องเสียง	3	20	4	26.7	
มะเร็งช่องคอส่วนล่าง	7	46.7	4	26.7	
มะเร็งช่องปาก	5	33.3	7	46.7	
ระยะของโรค					381
ระยะที่1	9	60	7	46.7	
ระยะที่2	4	26.7	4	26.7	
ระยะที่3	1	6.7	4	26.7	
ระยะที่4	1	6.7	0	0	
บุคคลใกล้ชิดที่คอยดูแลและช่วยเหลือขณะเจ็บป่วย					.284
สามี-ภรรยา	6	40	10	66.7	
เพื่อน	4	26.7	1	6.7	
บิดา-มารดา	1	6.7	2	13.3	
บุตร-หลาน	4	26.7	2	13.3	

★ วิเคราะห์ด้วย Chi-Square ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$

จากตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ช่องคอส่วนล่างและช่องปากมีลักษณะคล้ายคลึงกัน และไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ คือผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศชายมีอายุระหว่าง 40- 59 ปี สถานภาพการสมรสคู่ และนับถือศาสนาพุทธ มีเพียงร้อยละ 13.3 ที่นับถือศาสนาอิสลาม มีความเคร่งครัดในการประกอบกิจกรรมทางศาสนาสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและมีระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษา มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ที่ 6,000 – 10,000 บาท และโรคที่ได้รับการวินิจฉัยส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองคือโรคมะเร็งช่องคอส่วนล่างคิดเป็นร้อยละ 46.7 ในกลุ่มควบคุมคือโรคมะเร็งช่องปากคิดเป็นร้อยละ 46.7 เช่นกัน และส่วนใหญ่จะมีระยะของโรคอยู่ที่ระยะที่ 1 และ 2 บุคคลใกล้ชิดที่คอยดูแลและช่วยเหลือขณะเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ช่องคอส่วนล่างและช่องปากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง

ตารางที่ 2 แสดงความชุกของความวิตกกังวลของผู้ป่วย เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง

ความวิตกกังวล ก่อนการทดลอง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		X ²	p-value
	จำนวน (n=15)	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความวิตกกังวลแบบ A- State					.094	.749
มีความวิตกกังวลระดับต่ำ	0	0	4	26.7		
มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง	13	86.7	9	60		
มีความวิตกกังวลระดับสูง	2	13.3	2	13.3		
ความวิตกกังวลแบบ A- Trait					.274	.513
มีความวิตกกังวลระดับต่ำ	0	0	2	13.3		
มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง	13	86.7	10	66.7		
มีความวิตกกังวลระดับสูง	2	13.3	3	20		

★ วิเคราะห์ด้วย Chi-square ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ระดับความวิตกกังวลแบบ State ของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 86.7 ของกลุ่มควบคุม และระดับความวิตกกังวลแบบ State ของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60 ของกลุ่มทดลอง ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ส่วนความวิตกกังวลแบบ Trait ของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 86.7 ของกลุ่มควบคุม และระดับความวิตกกังวลแบบ Trait ของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.7 ของกลุ่มทดลอง ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย (X) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของความวิตกกังวลของผู้ป่วย กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง

ความวิตกกังวล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		T	p-value
	X	SD	X	SD		
A-State	47.60	5.552	45.67	7.687	-.790	.436
A-Trait	46.73	5.470	46.27	6.871	-.206	.838

★ วิเคราะห์ด้วย t-test ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง พบว่า อยู่ในระดับใกล้เคียงกัน คือ คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลแบบ State ของกลุ่มควบคุม 47.60 คะแนน และกลุ่มทดลอง 45.67 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลแบบ Trait ของกลุ่มควบคุม 46.73 คะแนน และกลุ่มทดลอง 46.27 คะแนน เมื่อนำคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มาวิเคราะห์ความแตกต่างด้วย t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลทั้งแบบ Trait และ Stait ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง

ตารางที่ 4 แสดงความชุกของความวิตกกังวลของผู้ป่วย เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง

ความวิตกกังวล หลังการทดลอง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความวิตกกังวลแบบ A- State						
มีความวิตกกังวลระดับต่ำ	1	6.7	3	20	.132	.344
มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง	11	73.3	12	80		
มีความวิตกกังวลระดับสูง	3	20	0	0		

★ วิเคราะห์ด้วย Chi-square ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ระดับความวิตกกังวลแบบ State ของกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 73.3 ของกลุ่มควบคุม และระดับความวิตกกังวลแบบ State ของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 80 ของกลุ่มทดลอง ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย (X) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง

ความวิตกกังวล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		T	p-value
	X	SD	X	SD		
A-State	46.47	5.768	43.67	3.940	-1.553	.132

★ วิเคราะห์ด้วย t-test ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$

จากตารางที่ 5 เมื่อนำคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง มาวิเคราะห์ความแตกต่างด้วย t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลทั้งแบบ State ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลแบบ State ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุม

ความวิตกกังวล	X	SD	T	p-value
แบบ A- State				
ก่อนการทดลอง	2.13	.352	.000	1.000
หลังการทดลอง	2.13	.516		

★ วิเคราะห์ด้วย t-test ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$

จากตารางที่ 6 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลแบบ State ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง คะแนนความวิตกกังวลแบบ State ของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกับก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลแบบ State ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง

ความวิตกกังวล	X	SD	T	p-value
A- State				
ก่อนการทดลอง	1.87	.640	.323	.751
หลังการทดลอง	1.80	.414		

★ วิเคราะห์ด้วย t-test ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$

จากตารางที่ 7 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลแบบ State ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง คะแนนความวิตกกังวลแบบ State ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกับก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) แบบก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยมีกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม (Before – After experiment with one control group) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อระดับความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย (Hypothesis)

- ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังจากได้รับสุขภาพจิตศึกษาจะมีระดับความวิตกกังวลลดลงกว่าก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษา
- ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาจะมีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงช่องคอส่วนล่างและช่องปากที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกตามจำนวนที่กำหนดไว้ 30 คน และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Randomization) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน

การดำเนินการทดลอง

1. กลุ่มทดลองจำนวน 15 ราย ที่อาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย จะได้รับการชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยก่อนตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัดความวิตกกังวล (Pretest) ทั้ง 2 ตอน ก่อนการทดลอง
2. ให้กลุ่มทดลองจำนวน 15 คน ได้รับสุขภาพจิตศึกษา 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง กลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน จะได้รับการชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการดูแลรักษาและแบบแผนการอธิบายโรคจากแพทย์เจ้าของไข้ตามปกติ
3. เมื่อสิ้นสุดการให้สุขภาพจิตศึกษาทั้ง 3 ครั้ง ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบวัดความวิตกกังวล (Posttest) ตอนที่ 1(A- State Anxiety)
4. นำข้อมูลที่ได้จากการทดลองทั้ง 2 ครั้งมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามและแบบทดสอบ โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1.แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

2.แบบวัดความวิตกกังวลเป็นแบบสอบถามให้ตอบคำถามด้วยตนเอง (Self report questionnaire) ซึ่งสร้างขึ้นโดยสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger) ชื่อว่า The State – Trait Anxiety Inventory (STAI) แปลเป็นภาษาไทย โดยผู้ช่วยศาสตราจารย์หญิง นิตยา คชภักดี ดร. สายฤดี วรกิจโกศาทร และ ดร.มาลี นิสสัยสุข แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เรียกว่าแบบ X-I (A- State Scale) เป็นการวัดระดับความวิตกกังวลแบบสแตทคือการประเมินระดับความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะที่ทำแบบสอบถาม มีค่าระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

ตอนที่ 2 เรียกว่า X-II (A – Trait Scale) เป็นการวัดระดับความวิตกกังวลแบบเทรทคือการประเมินระดับความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ทั่วไปมีค่าระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistics Package for the Social Science Program) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ช่องคอส่วนล่างและช่องปากทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ช่องคอส่วนล่างและช่องปากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ช่องคอส่วนล่างและช่องปากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ช่องคอส่วนล่างและช่องปากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ช่องคอส่วนล่างและช่องปากทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ช่องคอส่วนล่างและช่องปากมีลักษณะคล้ายคลึงกัน และไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ คือผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเพศชายมีอายุระหว่าง 40- 59 ปี สถานภาพการสมรสคู่ และนับถือศาสนาพุทธ มีเพียงร้อยละ 13.3 ที่นับถือศาสนาอิสลาม มีความเคร่งครัดในการประกอบกิจกรรมทางศาสนาสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างและมีระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษา มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ที่ 6,000 – 10,000 บาท และโรคที่ได้รับการวินิจฉัยส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองคือโรคมะเร็งช่องคอส่วนล่างคิดเป็นร้อยละ 46.7 ในกลุ่มควบคุมคือโรคมะเร็งช่องปากคิดเป็นร้อยละ 46.7 เช่นกัน และส่วนใหญ่จะมีระยะของโรคอยู่ที่ระยะที่ 1 และ 2 บุคคลใกล้ชิดที่คอยดูแลและช่วยเหลือขณะเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยา

2. ระดับความวิตกกังวลแบบ State ของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 86.7 ของกลุ่มควบคุม และระดับความวิตกกังวลแบบ State ของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60 ของกลุ่มทดลอง ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ส่วนความวิตกกังวลแบบ Trait ของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 86.7 ของกลุ่มควบคุม และระดับความวิตกกังวลแบบ Trait ของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.7 ของกลุ่มทดลอง ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ผลคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง พบว่าอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน คือ คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลแบบ State ของกลุ่มควบคุม 47.60 คะแนน และกลุ่มทดลอง 45.67 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลแบบ Trait ของกลุ่มควบคุม 46.73 คะแนน และกลุ่มทดลอง 46.27 คะแนน เมื่อนำคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มาวิเคราะห์ความแตกต่างด้วย t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลทั้งแบบ Trait และ Stait ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ระดับความวิตกกังวลแบบ State ของกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 73.3 ของกลุ่มควบคุม และระดับความวิตกกังวลแบบ State ของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับความวิตกกังวลระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 80 ของกลุ่มทดลอง ซึ่งพบว่ามีไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อนำคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง มาวิเคราะห์ความแตกต่างด้วย t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลทั้งแบบ State ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลแบบ State ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง คะแนนความวิตกกังวลแบบ State ของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกับก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนความวิตกกังวลแบบ State ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง คะแนนความวิตกกังวลแบบ State ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกับก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง ช่องคอส่วนล่าง และช่องปาก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ให้สุขภาพจิตศึกษา รายบุคคลร่วมกับการอธิบายเกี่ยวกับการรักษาโดยแพทย์เจ้าของไข้ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการอธิบายเกี่ยวกับการรักษาโดยแพทย์เจ้าของไข้ ซึ่งพบประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งมีความวิตกกังวลตั้งแต่วินิจฉัยตนเองเป็นมะเร็งมักจะมีอาการหงุดหงิด เครียดและกระวนกระวายซึ่งตรงกับการศึกษาของประคอง รั้งศิริ และคณะ[1] ดังนั้นการเตรียมผู้ป่วยทางด้านจิตใจจึงเป็นสิ่งสำคัญมากเช่นเดียวกับการเตรียมทางด้านร่างกาย จะต้องเห็นใจยอมรับในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกและสนใจที่จะให้ความช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษาและรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดหรือปรับทุกข์ การที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดย่อมทำให้เกิดความวิตกกังวลและถ้าเป็นการผ่าตัดในครั้งแรกย่อมทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดมาแล้วซึ่งตรงกับการศึกษาของ Johnson[2] ได้ศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงตั้งแต่ก่อนรับการรักษาในโรงพยาบาล ขณะได้รับการรักษา ขณะได้รับการผ่าตัด และในระยะหลังผ่าตัด แสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในวันก่อนทำผ่าตัดเท่านั้นแต่จะเกิดได้ทุกระยะของการผ่าตัด

แสดงว่าควรมีการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระหว่างที่รับการรักษา ไม่ควรให้เพียงช่วงแรกของการรักษาเนื่องจากระดับความวิตกกังวลสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงของการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนินฐา นาคะ[30] ได้ศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนผ่าตัดในระดับปานกลางก่อนไปทางคำ แต่มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดในระดับสูง ความวิตกกังวลแฝงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด

2. ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 40-59 ปี และระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาอาจมีการรับรู้ในข้อมูลที่ผู้ให้สุขภาพจิตศึกษาก่อนข้างต่ำประกอบกับความการรับรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งและต้องรับการผ่าตัดย่อมก่อให้เกิดความวิตกกังวลดูจากระดับคะแนนของความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดทั้งแบบ Trait และ State จะอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งตรงกับงานของ Spielberg [16] ที่ว่าความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate Anxiety +2) บุคคลจะรับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้น้อยลง สนใจ ตื่นตัว มีสมาธิต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยเฉพาะการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ความสามารถในการมองสถานการณ์และการแปลความหมายต่าง ๆ น้อยลงและจำกัด

3. แพทย์เจ้าของไข้มีการพูดคุยอธิบายเกี่ยวกับการรักษาและการดำเนินของโรคหลังจากที่ผู้ป่วยเข้ามาอนโรงพยาบาล ก่อนที่จะมีการให้สุขภาพจิตศึกษา ช่วงเวลาที่ไม่ว่างกันอาจทำให้การวัดระดับความวิตกกังวลจากการให้สุขภาพจิตศึกษาไม่มีการเปลี่ยนแปลง

อภิปรายผลการวิจัย: การดำเนินการให้สุขภาพจิตศึกษา

1. รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาเนื้อหาอาจยังไม่ครอบคลุมและตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ข้อมูลที่ให้แกผู้ป่วยบางส่วนอาจซ้ำกับแพทย์เจ้าของไข้ที่ให้กับผู้ป่วยแล้ว จึงทำให้ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

2. ระยะเวลาของการให้สุขภาพจิตศึกษา จำนวนครั้งที่ให้ และความห่างของการให้สุขภาพจิตศึกษา อาจน้อยเกินไป มีผลทำให้ไม่เห็นถึงความแตกต่าง ควรมีการเว้นช่วงห่างของการให้สุขภาพจิตศึกษาในแต่ละครั้ง และอาจเพิ่มจำนวนครั้งในการให้สุขภาพจิตศึกษามากกว่าเดิม

3. ผู้ที่ให้สุขภาพจิตศึกษาควรเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกไว้วางใจได้ว่าสามารถช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยได้ หรือเป็นบุคลากรที่มีความใกล้ชิด ดูแลรักษาผู้ป่วยอยู่แล้ว อาจมีผลต่อความรู้สึกวิตกกังวลของผู้ป่วยมากกว่าเป็นบุคคลอื่น

ปัญหาและอุปสรรค

1. สภาพร่างกายจากการเจ็บป่วยและสภาพจิตใจของผู้ป่วยที่ไม่พร้อมต่อการทดลองผู้ป่วยจะรู้สึกเสียใจ หมดหวัง ท้อแท้ บางคนอารมณ์ซึมเศร้าและเหม่อลอย ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อข้อมูลสุขภาพจิตศึกษาที่ให้ลดลงต้องใช้เวลาในการทำควมคุ้นเคยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

2. สถานที่ที่ให้สุขภาพจิตศึกษาไม่เป็นส่วนตัว มีเสียงดังรบกวนบางครั้งจากผู้ป่วยและญาติเพียงข้าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยขาดสมาธิในการฟังบางช่วง มีผลต่อการรับรู้ของข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. ควรจัดให้มีการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยในแผนกดูแลและกายพยาบาลในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาทั้งด้านศัลยกรรม รังสีรักษา และเคมีบำบัดทุกรายอย่างต่อเนื่อง
2. นอกจากแผนกพัชการให้ควมรู้ควรมีแบบแผนการให้ควมรู้ต่อผู้ป่วยที่เป็นแบบแผนมาตรฐานในการใช้ร่วมกันทั้งหมดอย่างชัดเจนและสามารถนำมาใช้ได้ทุกคน
3. ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยไม่ขึ้นกับการให้สุขภาพจิตศึกษาแต่เพียงอย่างเดียวแต่มีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย ควรมีการส่งเสริมดูแลผู้ป่วยในปัจจัยด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ครอบครัว กิจกรรมประจำวัน ผลกระทบทางด้านจิตใจ การสูญเสียภาพลักษณ์ การปรับตัวต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาหาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็งในแต่ละด้านทั้งศัลยกรรม รังสีรักษา และเคมีบำบัดและนำมาศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่าง
2. ศึกษาติดตามผลผู้ป่วยที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาในระยะยาวเพื่อดูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
3. ศึกษาการพัฒนาประสิทธิภาพรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

- [1] สถาบันมะเร็งแห่งชาติ .การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งช่องปาก. กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข . 2548 .
- [2] ดรุณี ชุณหวัต .การดูแลผู้ป่วยโรค หู คอ จมูก. พิมพ์ครั้งที่ 2 . ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.
- [3] ศรีสุนทรพา เจริญวิพัฒน์ .การพยาบาล หู คอ จมูก .โครงการสวัสดิการวิชาการ
สถาบันพระบรมราชชนก : กระทรวงสาธารณสุข. 2545.
- [4] กริธา ม่วงทอง,ประสิทธิ์ มหากิจ,ปริยพันธ์ จารุจินดา และ ภาณุวิชญ์ พุ่มหิรัญ
. ตำราโรคหู คอ จมูก . โครงการตำราวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.
2548
- [5] สุภาวดี ประคุณหังสิต และบุญชู กุลประดิษฐ์ธรรมณ์ . ตำรา ไสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา .
กรุงเทพ : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด .กรุงเทพ , 2538
- [6] สมจินต์ จินดาวิจักษณ์ . Oral Cavity Cancer (มะเร็งช่องปาก), กรุงเทพฯ:สถาบันมะเร็ง
แห่งชาติ .2547.
- [7] อำนวย คัจฉาวรี . โรค หู คอ จมูก. พิมพ์ครั้งที่ 2 ภาควิชา ไสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530
- [8] ชมชื่น สมประเสริฐ . ผลของการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล .วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- [9] โฉฉวี จิตนาวัฒน์ . ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อระดับความเจ็บปวดใน
ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย:
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- [10] ทิพวรรณ กิตติพร .จิตวิทยาทั่วไป เล่ม 2. ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และ
สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร , 2543:797-859
- [11] พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. สุขภาพจิตไทย. กรุงเทพฯ:กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข ,
2544:30-61
- [12] สุชาติา วงศ์ใหญ่. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ :สุวีรยาสาสน์, 2545:35-41, 45-50, 142-146, 169-173
- [13] อมรรัตน์ รัตนสิริ. ตำราเวชศาสตร์ชุมชนในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พี
บี ฟอเรนบู้คส์ เซนเตอร์. 2539: 235-236
- [14] Cox RH. Sport psychology : concept and applications. Dubugue IA: Wn.C. Brown
, 1990.

- [15] Singer RN .Peak performance and more . Michigan : McNaughton and Gunn, 1986.
- [16] Spilberger CD. Anxiety and behavior . New York : Academic press , 1966.
- [17] Douglas Boughman . General Psychology. New York: Macmilan , 1966: 72.
- [18] นัยนา บุพพวงษ์. ความวิตกกังวลของนักเรียนโรงเรียนกีฬา จังหวัดสุพรรณบุรี ในการแข่งขันกีฬา นักเรียน นักศึกษา กรมพลศึกษา และการแข่งขันคัดเลือกกีฬาเยาวชนตัวแทนเขต.วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2538.
- [19] ราตรี สุดทรง .ประสาทสรีรวิทยา.พิมพ์ครั้งที่ 3 . กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ,2538
- [20] Kelly D. Anxiety and emotion : physiological and basic treatment . Illinois: Charls C Thomas Publisher,1980.
- [21] Madders J. Stress and relation.Singapore:P.G. Publishing,1985.
- [22] Zales MR.Stress in health and disease. New York : Brunner & Mazel Publisher,1985
- [23] ธรรมนูญ สระอุบล. ผลการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ต้องขังทหารเกณฑ์ที่ติดเชื้ เอช ไอ วี ในเรือนจำทหารบกที่ 11 .วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยมหิดล,2540.
- [24] ฉัตรแก้ว สุทธิพิทักษ์. ผลการฝึกการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2535.
- [25] สมภพ เรืองตระกูล. คู่มือจิตเวชศาสตร์ . พิมพ์ครั้งที่ 5 . กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2533:169
- [26] อร่ามศรี เกสจินดา. ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทต่อความวิตกกังวล.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ,2537.
- [27] ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. จิตเวชศาสตร์ เล่มที่ 1 . พิมพ์ครั้งที่ 2 .คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,2534
- [28] สารรัตน์ วุฒิอาภา. ผลของการฟังดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของนักกีฬา.วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2535.
- [29] บังอร เครียดชัยภูมิ. ผลของดนตรีต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะได้รับการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต: มหาวิทยาลัยมหิดล,2533.

- [30] ชนิษฐา นาคะ. ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ,มหาวิทยาลัยมหิดล,2534.
- [31] วชิรา ทองพิทักษ์วงศ์.ประสิทธิผลของการฝึกผ่อนคลายและการฟังเพลงต่อความวิตกกังวลและการเป็นลมในผู้บริจาคโลหิตครั้งแรก.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2548
- [32] ลดา สรณารักษ์, ลัดดา หล้าหา .ประสิทธิผลของการให้สุขศึกษาโดยกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์ต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยต่อกระจกในผู้สูงอายุก่อนการผ่าตัด.ที่ประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 6 ,24-26 มิถุนายน 2541
- [33] ดวงกมล พึ่งประเสริฐ . ผลของการให้คำปรึกษาของพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวลและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมาย .วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ :มหาวิทยาลัยมหิดล,2534
- [34] จิราพรรณ ทองสุโชติ.ผลของการสอนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนได้รับการสอดใส่แร่โดยใช้เทปโทรทัศน์ ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและระดับความวิตกกังวล.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ :มหาวิทยาลัยมหิดล,2535
- [35] เพ็ญพรรณ พรหมนารถ. การพัฒนาคู่มือการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา สำหรับบุคลากรพยาบาล .ที่ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 4 ระหว่างวันที่ 7-9 กันยายน 2541
- [36] สุภาภรณ์ ทองดารา.ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2545
- [37] จันทร์เพ็ญ รัชสินพงษ์.ผลของสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ต่อ ความรู้,เจตคติ และการปฏิบัติของผู้ปกครองเด็กปัญญาอ่อน.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2544
- [38] สุวิมล สมัตถะ. ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541
- [39] ทัสสนี นุชประยูร, เต็มศรี ชำนิจารกิจ. สถิติในการวิจัยทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2 . ฉบับปรับปรุงแก้ไข. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541 :

- [40] พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรจน์ ประสานมิตร, 2543 : 485-536.
- [41] สังวาลย์ รักเฝ้า .ระเบียบวิธีการวิจัยและสถิติในการวิจัยทางคลินิก. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่ , 2539 : 458-535
- [42] สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ. สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เมดิคัล มีเดีย, 2543 .



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบจำลองการดำเนินการทดลองขั้นปฏิบัติการ (Operational Experimental Module)

ครั้งที่	เวลา	การให้สุขภาพจิตศึกษา	วัตถุประสงค์
1	วันแรกที่ผู้ป่วยมา นอนโรงพยาบาล	1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค 2. การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการ ผ่าตัด	1. เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง 2. เพื่อสร้างความพร้อมและให้ กำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่ จะเกิดขึ้นจากการผ่าตัด 3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญ ปัญหาหรือสิ่งที่เปลี่ยนแปลง ในชีวิต
2	หลังผ่าตัด ประมาณวันที่ 2-3	การเตรียมตัวและการปรับตัวต่อ สภาพการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น	1. เพื่อประเมินการรับรู้ต่อความ เข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับโรค 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว และยอมรับต่อภาพลักษณ์ที่ เปลี่ยนแปลงไปจากการผ่าตัด
3	1วันก่อนผู้ป่วย จำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล	การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่ บ้าน	1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการ ดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2. เพื่อเตรียมความพร้อมต่อ การดูแลตนเอง 3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีการวางแผน และปรับตัวต่อการใช้ ชีวิตประจำวันตามปกติ 4. ฝึกทักษะการดูแลตนเองที่ บ้าน

การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคล ครั้งที่ 1

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง
2. เพื่อสร้างความพร้อมและให้กำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากการผ่าตัด
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาหรือสิ่งที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต

สาระสำคัญ

1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค

ตรวจสอบความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยที่แพทย์เจ้าของไข้อธิบายเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ สาเหตุการเกิดโรค อาการและอาการแสดง วิธีการรักษา ซึ่งแรงถึงผลของการรักษาตามความเป็นจริง

ให้โอกาสผู้ป่วยในการซักถามข้อสงสัย และแสดงความรู้สึกเกี่ยวกับโรค และการผ่าตัดของตนเอง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล

2. การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด

ให้ข้อมูลแนะนำผู้ป่วยดังนี้

2.1 ก่อนหน้าผ่าตัด 1 วัน พยาบาลวิสัญญีจะมาเยี่ยมและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในเรื่องของการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อเพิ่มความมั่นใจและคลายข้อสงสัยให้กับผู้ป่วย

2.2 แนะนำผู้ป่วยงดสารระคายเคืองทุกชนิด เช่น หมาก เมียง บุหรี่ ยาสูบ สุรา ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง ผู้ป่วยบางรายอาจรับประทานอาหารตามปกติไม่ได้ จึงควรแนะนำอาหารเหลวที่มีแคลอรีสูงหรืออาจได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำ

2.3 การรักษาความสะอาดของปากและฟันจะต้องบ้วนปากด้วยน้ำเกลือบ้วนปากทุก 3-4 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการติดเชื้อของแผลภายหลังการผ่าตัด

2.4 การเตรียมตัวภายหลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยอาจจะได้นอนสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยหนัก ICU เมื่ออาการปกติแล้วก็จะกลับมายังหอผู้ป่วยตามเดิม ป้องกันความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการหลังผ่าตัดของญาติและผู้ป่วย

- 2.5 แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค

2.6 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดหรือภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

ระยะเวลาที่ใช้ 1 ชั่วโมง

การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคล ครั้งที่ 2

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินการรับรู้ต่อความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับโรค
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและยอมรับต่อสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปจากการผ่าตัด

สาระสำคัญ

การเตรียมตัวและการปรับตัวต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. หลังผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีแล้ว ให้นอนศีรษะสูง 30-40 องศา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกและช่วยลดอาการบวมบริเวณหน้า ลำคอและรอบ ๆ แผลผ่าตัด เวลาที่ผู้ป่วยยกศีรษะหรือลุกขึ้นนั่งจะต้องพยุงบริเวณคอและศีรษะด้านหลังจะช่วยลดความปวดจากการดึงของแผลได้
2. ประเมินความปวดและให้ยาบรรเทาความปวดทันทีเมื่อผู้ป่วยปวด จัดทำนอนให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย และติดตามประเมินความปวดเป็นระยะๆ
3. ระยะเวลาหลังผ่าตัดใหม่ ๆ ผู้ป่วยจะพูดไม่ได้ หรือพูดไม่ชัด แนะนำให้เตรียมกริ่งหรือออกไว้ข้างตัวผู้ป่วย แนะนำวิธีใช้ กระดาษ ปากกาให้ผู้ป่วยเขียนในการติดต่อสื่อสาร ควรหลีกเลี่ยงการให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำของแขนข้างที่ผู้ป่วยจะใช้เขียนหนังสือ ขณะที่ผู้ป่วยเขียนหรือแสดงท่าทางเพื่อการติดต่ออย่าแสดงท่าที่รีบร้อนหรือรำคาญหรือสรุปความก่อนที่ผู้ป่วยจะเขียนจบ จะทำให้ผู้ป่วยเกรงใจและหมดกำลังใจ
4. หลังผ่าตัดผู้ป่วยและญาติจะเกิดความวิตกกังวล เกี่ยวกับการรักษาและผลจากการรักษา กลัวการลุกลามของโรค ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม และระบายความรู้สึก แสดงข้อคิดเห็นต่าง ๆ ตามต้องการ
5. หลังผ่าตัดประมาณวันที่ 4 ผู้ป่วยจะมีบทบาทในการดูแลตนเองและยอมรับสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปจากการผ่าตัด ควรให้ผู้ป่วยได้เห็นหน้าตนเองในกระจกเงา และประเมินการรับรู้ตนเองของผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป
6. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การกลืนอาหารเพื่อป้องกันการสำลัก การให้อาหารทางสายยางด้วยตนเอง
7. มีการวางแผนเพื่อฟื้นฟูการพูดในรายที่ทำผ่าตัดกล่องเสียง โดยจัดให้ผู้ป่วยได้พบกับนักอรรถบำบัดเพื่อประเมินและวางแผนให้การช่วยเหลือหรือให้ได้พบกับผู้ไร้กล่องเสียงที่พูดได้ดี

ระยะเวลาที่ใช้ 1 ชั่วโมง

การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคล ครั้งที่ 3

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. เพื่อเตรียมความพร้อมต่อการดูแลตนเอง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีการวางแผนและปรับตัวต่อการใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ
4. ฝึกทักษะการดูแลตนเองที่บ้าน

สาระสำคัญ

การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่บ้านโดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การดูแลบาดแผลต่าง ๆ และสุขภาพทั่วไป ถ้ามีบาดแผลเหลืออยู่สอนวิธีการทำความสะอาดอย่างง่าย ๆ จนกว่าแผลจะหาย ถ้าแผลยังไม่หายไม่ควรให้เปียกน้ำ อย่าให้สิ่งสกปรกตกลงไปในแผลเพราะอาจทำให้ติดเชื้อ การอาบน้ำ หลีกเลี่ยงการใช้ฝักบัว ห้ามลงว่ายน้ำในสระหรือคลองต่าง ๆ
2. การดูแลช่องปากและลำคอ แนะนำการแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อและก่อนนอนเพื่อลดภาวะการติดเชื้อในช่องปากและลำคอ ให้อบปากด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อที่ทำเอง ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินสุขภาพของช่องปากและฟันโดยทันตแพทย์
3. ให้คำแนะนำแก่ผู้ใกล้ชิดและผู้ดูแลผู้ป่วยในการปรับตัวต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อความพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือขณะที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ การปรับตัวในด้านการสื่อสารกับผู้ป่วย การปรับตัวในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการรับประทานอาหารทางสายยาง หรือจัดเตรียมอาหารที่ให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ง่าย ไม่เกิดการสำลัก เพื่อความเหมาะสมกับผู้ป่วย ต่อสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง หลังการผ่าตัดเวลารับประทานอาหารควรได้รับการฟื้นฟูในการฝึกกลืน
4. การฟื้นฟูสภาพร่างกายและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้กำลังใจผู้ป่วยและฝึกให้ผู้ป่วยทำตามคำแนะนำให้เคยชินเพื่อให้เกิดความมั่นใจก่อนที่จะกลับบ้าน วางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยในการดูแลตนเองและการปรับตัวต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเพื่อเตรียมตัวที่จะกลับไปทำงานได้ตามปกติโดยไม่เป็นอุปสรรค

ระยะเวลาที่ใช้ 1 ชั่วโมง



ภาคผนวก ข

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิจัย เรื่องผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วย
ผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียงช่องคอส่วนล่างและช่องปากที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2549

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบคำยินยอมในการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก
ผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายบุคคล
ในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งกล่องเสียง, ช่องคอส่วนล่างและช่องปากและนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทาง
ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลและเพื่อเป็นประโยชน์ในการ
ให้บริการแก่ผู้ป่วยต่อไป

วิธีการวิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และการให้
สุขภาพจิตศึกษา โดยข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละ
บุคคลไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยให้ในรูปสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง
ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ อีกทั้งข้าพเจ้ายังมี
สิทธิในการปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมือในการวิจัยเมื่อใดก็ได้

ข้าพเจ้าอ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลง
นามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำการวิจัย

(นางสาวนันทนา แวงนอก)



ภาคผนวก ค

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ลงในกรอบ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. อายุ..... ปี
2. เพศ ชาย หญิง
3. สถานภาพการสมรส
 โสด คู่ หม้าย , หย่าร้าง
4. ศาสนา
 พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ ระบุ
5. ความถี่ครั้งของการประกอบกิจกรรมทางศาสนา
 ทุกวัน วัน / สัปดาห์ ครั้ง / เดือน
6. อาชีพ
 เกษตรกรรม รับจ้าง รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 ทำงานเอกชน ค้าขาย อื่นๆ ระบุ.....
7. ระดับการศึกษาสูงสุด
 ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา
 อาชีวศึกษา ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
8. ฐานะเศรษฐกิจ (รายได้ต่อเดือนของครอบครัว)
 ไม่เกิน 4,000 บาท 4,000 – 6,000 บาท
 6,000 – 8,000 บาท 8,000 – 10,000 บาท
 มากกว่า 10,000 บาท
9. โรคและระดับความรุนแรงของโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์
 มะเร็งกล่องเสียง ระยะที่..... (โปรดระบุ)
 มะเร็งช่องคอส่วนล่าง ระยะที่..... (โปรดระบุ)
 มะเร็งช่องปาก ระยะที่..... (โปรดระบุ)
10. บุคคลใกล้ชิดที่คอยดูแลและช่วยเหลือขณะเจ็บป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 ไม่มี บิดา - มารดา
 สามี - ภรรยา บุตร - หลาน
 เพื่อน อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ตอนที่ 1 : แบบวัดความวิตกกังวล (Form X – I)

คำชี้แจง : แบบสอบถามความวิตกกังวลมี 20 ข้อ โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ และกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ แต่ละข้อของแบบสอบถามนี้ขอให้ท่านตอบเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ

ไม่รู้สึกละเลยหมายถึง เมื่อท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย

รู้สึกบ้างเล็กน้อย หมายถึง เมื่อท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านบ้างเล็กน้อย

รู้สึกพอสมควร หมายถึง เมื่อท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง

รู้สึกมากที่สุด หมายถึง เมื่อท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

	ไม่รู้สึกละเลย (1)	รู้สึกบ้างเล็กน้อย (2)	รู้สึกพอสมควร (3)	รู้สึกมากที่สุด (4)
1. ท่านรู้สึกสงบ				
2. ท่านรู้สึกมั่นคง				
3. ท่านรู้สึกตั้งเครียด				
4. ท่านรู้สึกเสียใจ				
5. ท่านรู้สึกสบายใจ				
6. ท่านรู้สึกหงุดหงิด				
7. ท่านรู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่างๆที่อาจเกิดขึ้น				
8. ท่านรู้สึกว่าได้พักผ่อน				
9. ท่านรู้สึกวิตกกังวล				
10. ท่านรู้สึกสะดวกสบาย				
11. ท่านรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
12. ท่านรู้สึกตื่นเต้นง่าย				
13. ท่านรู้สึกกระสับกระส่าย				
14. ท่านรู้สึกอึดอัดใจ				
15. ท่านรู้สึกผ่อนคลาย				
16. ท่านรู้สึกพึงพอใจ				
17. ท่านรู้สึกกังวลใจ				
18. ท่านรู้สึกตื่นตระหนก				
19. ท่านรู้สึกว่าเจ็บบาน				
20. ท่านรู้สึกแจ่มใส				

ตอนที่ 2 : แบบวัดความวิตกกังวล (Form X – II)

คำชี้แจง : แบบสอบถามความวิตกกังวลมี 20 ข้อ โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ และกรุณาทำ เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ **ความรู้สึกทั่ว ๆ ไป** ของท่านมากที่สุด แต่ละข้อของแบบสอบถามนี้ขอให้ท่านตอบเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ

ไม่รู้สึกละเลยหมายถึง เมื่อท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย

รู้สึกบ้างเล็กน้อยหมายถึง เมื่อท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านบ้างเล็กน้อย

รู้สึกพอสมควร หมายถึง เมื่อท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง

รู้สึกมากที่สุด หมายถึง เมื่อท่านรู้สึกว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

	ไม่รู้สึกละเลย (1)	รู้สึกบ้างเล็กน้อย (2)	รู้สึกพอสมควร (3)	รู้สึกมากที่สุด (4)
1. ท่านรู้สึกแจ่มใส				
2. ท่านรู้สึกเหน็ดเหนื่อยง่าย				
3. ท่านรู้สึกอยากร้องไห้				
4. ท่านอยากมีความสุขเหมือนคนอื่น				
5. ท่านมักพลาดโอกาสเพราะตัดสินใจช้าเกินไป				
6. ท่านรู้สึกว่าได้พักผ่อน				
7. ท่านรู้สึกสุขุมรอบคอบ				
8. ท่านรู้สึกมีอุปสรรคมากมายจนทำให้ท้อใจ				
9. ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกินกว่าเหตุ				
10. ท่านรู้สึกเป็นสุข				
11. ท่านมักถือทุกสิ่งเป็นเรื่องจริงจัง				
12. ท่านขาดความมั่นใจในตนเอง				
13. ท่านรู้สึกมั่นคงในชีวิต				
14. ท่านพยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับความยุ่งยาก				
15. ท่านรู้สึกหม่นหมอง				
16. ท่านรู้สึกพึงพอใจ				
17. ท่านถูกรบกวนโดยความคิดที่ไร้สาระ				
18. ท่านมักฝังใจกับความผิดหวัง				
19. ท่านเป็นคนเสมอต้นเสมอปลาย				
20. ท่านมีความรุ่มรวยใจและความตั้งใจ เครียดเมื่อนึกถึงเรื่องที่เกี่ยวข้องพันและสนใจ อยู่				

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนันทนา แวงนอก เกิดวันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2520 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีการศึกษา 2542 เข้าศึกษาในระดับปริญญาโทสาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีพ.ศ. 2548 รับราชการตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว. ระยะเวลา 8 ปีที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปัจจุบันทำงานที่โรงพยาบาลวัฒโนสถ เครื่องสูญ์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย