



ราชาวดีสาร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

JOURNAL OF BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, SURIN

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2560

VOL. 7 NO. 1 JANUARY - JUNE 2017

บทความวิจัย

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในจังหวัดพิษณุโลก

กรรณิการ์ หนูสอน

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการต่อการเพิ่มความเข้มข้นเลือด
ในหญิงตั้งครรภ์

ราณี ผลวัฒน์

การอธิบายความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

นงนภัทร รุ่งเนย, ศิริพร ครุทภาค, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก

นงคราญ บุญอึ้ง และน้ำฝน วชิรรัตนพงษ์เมธี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในชุมชน
อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

ชลดา กิ่งมาลา, เอื้อจิต สุขพูล และวัชรวิงศ์ หวังมัน

บทความวิชาการ

โรควิตกกังวลทั่วไป ดีขึ้นได้ด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม

จุฑารัตน์ ทองสลับ



ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสурิน

ที่ปรึกษา

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสурิน

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสурิน

บรรณาธิการ

ดร.สุพิศรา เสดวดีกุล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสурิน

บรรณาธิการผู้ช่วย

ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสурิน

อาจารย์ธวัชชัย ยืนยาว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสурิน

กองบรรณาธิการ

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. พศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. พศ.ดร.ษัษฐียาดาอุษฎิ กุลศิริ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. พศ.จันทร์เจิดฉาย สว่างเกดิก | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
วิทยาเขตจังหวัดสุรินทร์ |
| 4. พศ.ดร.จุฬารักษ์ กวีวิจิตรชัย | โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. พศ.ดร.สัรวรณ วัชรกระโทก | สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ แขนงวิชาการวัดและประเมินผล
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 6. รศ.ดร.วาสนา แก้วหล้า | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ |
| 7. พันเอกหญิง ดร.สายสมร เฉลยภักดิ์ | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |
| 8. ดร.นพดล พิมพจันทร์ | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยาวบ่ออี
อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ |
| 9. อาจารย์อุทัยวรรณ สุภิมานิล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม
มหาวิทยาลัยนครพนม |
| 10. นพ.เจษฎ์ ด้ยง | โรงพยาบาลชุมพลบุรี จังหวัดสุรินทร์ |
| 11. ดร.กิตติภูมิ ภิญโญ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสอนแก่น |

ฝ่ายจัดการ

- | | |
|---------------------|-------------------------------|
| คุณสุณิสา สำเร็จดี | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสурิน |
| คุณกิตติยา อาษาภิชา | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสурิน |
| คุณอรทัย รัตนโชติ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสурิน |
| คุณดารณี บุญอุ้น | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสурิน |

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นวารสารวิชาการทางการพยาบาล การสาธารณสุข
และการศึกษา มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาถ้อยแถลงบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารฯ จำนวน 2 ท่านต่อบทความ

ISSN 1906-6813

ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์เป็นวารสารวิชาการและการวิจัย ของวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อ

วัตถุประสงค์ :

1. เผยแพร่ความรู้ทางการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา ทั้งทางด้านวิชาการ เทคโนโลยี
สมัยใหม่ และผลงานการวิจัยให้แก่ พยาบาล อาจารย์ บุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการ นักศึกษา และผู้สนใจ
ทั่วไป
2. เผยแพร่องค์ความรู้ทางการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา ให้แก่แหล่งฝึกภาคปฏิบัติของ
นักศึกษา ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาด้านสุขภาพ ทั้งในและนอกวิทยาลัยพยาบาลบรม
ราชชนนี สุรินทร์
3. เพื่อส่งเสริม สร้างสรรค์ ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ สำหรับบุคลากรสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง
รวมทั้งเป็นเวทีแลกเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ของพยาบาล และนักการศึกษา
4. เพื่อเสริมสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษา และองค์กรสุขภาพทั่วประเทศ

ขอบเขต : สารในราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ได้แก่
บทความวิชาการ บทความวิจัย และบทความพิเศษ ซึ่งแต่ละฉบับอาจมีเนื้อหาต่างหลากหลายที่
แตกต่างกันไป

กำหนดออก : ราย 6 เดือน กำหนดออกปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

- ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน
- ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม

อัตราค่าสมาชิก : 350 บาท / ปี

สำนักงาน : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
320 ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ 32000

พิมพ์ที่ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์ ส พันธุ์เพ็ญ
552/1 ถนนธนสาร ตำบลในเมือง อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ 32000
โทรศัพท์ 0-4451-1810, 0-4452-0899 โทรสาร 0-4452-0217
E-mail: spp2011sr@hotmail.com, <http://www.โรงพิมพ์สุรินทร์.com>

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณากลับกรองบทความ
ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2560 ISSN 1906-6813

1. ดร.นพดล	พิมพ์จันทร์	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางบ่ออี อ.ชุมพลบุรี จ.สุรินทร์
2. ดร.สุพรรณิ	กัณหดีลก	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
3. ดร.ฉวีวรรณ	ศรีดาวเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
4. ดร.เนตรนภา	กาบมณี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
5. ดร.อัจฉรา	คำมะทิตย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
6. ดร.ฤทัยรัตน์	ชิดมงคล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี
7. ดร.สุพิตรา	เศลวัตนะกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
8. ดร.อุตม์ชฎานัน	อินทเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
9. ดร.จุฬารัตน์	ห้าวหาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
10. ดร.ศรินยา	พลสิงห์ชาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

บทความและรายงานวิจัยในราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนมิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของคณะผู้จัดทำ

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2560

สารจากบรรณาธิการ

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ฉบับที่ 1 ปีที่ 7 ถือเป็นวารสารฉบับต้อนรับปีพุทธศักราช 2560 ถึงแม้ว่าปวงชาวไทยจะตกอยู่ในภาวะความโศกเศร้าเนื่องจากการเสด็จสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชบรมนาถบพิตร ที่ได้สร้างความเศร้าโศกเสียใจแก่บรรดาพสกนิกรชาวไทยทั่วประเทศ นับเป็นความสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ เพื่อเป็นการแสดงความจงรักภักดีและรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณอย่างหาที่สุดมิได้ จึงขอเชิญชวนทุกท่านปลูกดอกดาวเรืองตามโครงการร่วมกันปลูกดอกดาวเรืองถวายพ่อหลวงรัชกาลที่ 9 ในช่วงพระราชพิธีถวายพระเพลิงพระบรมศพ ระหว่างวันที่ 25 – 29 ตุลาคม 2560 รวมทั้งร่วมประดิษฐ์ดอกไม้จันทน์ เพื่อใช้ในการสักการะ แสดงความจงรักภักดีถวายในพระราชพิธีถวายพระเพลิงพระบรมศพพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชบรมนาถบพิตร

ในปีพุทธศักราช 2560 นี้ นับเป็นปีเริ่มต้นที่ดีของราชวดีสาร เนื่องจากราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ฐาน TCI และได้ถูกจัดคุณภาพให้เป็น **วารสารกลุ่มที่ 2 : วารสารที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI** (จนถึง 31 ธันวาคม 2562) และอยู่ในฐาน TCI สิ่งนี้จะเป็นแรงผลักดันที่จะทำให้กองบรรณาธิการเร่งเดินหน้าเพื่อพัฒนาคุณภาพของวารสารเพื่อให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

สาระสำคัญในวารสารฉบับนี้ยังคงอัดแน่นด้วยบทความที่มีคุณภาพ โดยมีบทความวิจัย จำนวน 4 เรื่อง และบทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งเป็นเรื่องที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้

สุดท้ายนี้ กองบรรณาธิการวารสารราชวดีสาร ขอเชิญท่านสมาชิกส่งผลงานวิชาการ / ผลงานวิจัยมาเผยแพร่ในวารสารราชวดีสาร ได้ที่ journalrachawadee@gmail.com และขอเชิญชวนท่านผู้สนใจสมัครเป็นสมาชิกวารสาร สำหรับท่านที่เป็นสมาชิกอยู่แล้ว สามารถทำการต่ออายุสมาชิกล่วงหน้าได้ นับตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปค่ะ

ดร.สุพิตรา เศลวัตนะกุล
บรรณาธิการ

บทความและรายงานวิจัยในราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
เป็นความคิดเห็นของผู้เขียนมิใช่ของคณะผู้จัดทำ และมีใช้ความรับผิดชอบของคณะผู้จัดทำ

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ปีที่ 7 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2560

สารบัญ	หน้า
บทความวิจัย	
การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในจังหวัดพิษณุโลก กรรณิการ์ หนูสอน	1
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการต่อการเพิ่มความเข้มข้นเลือดในหญิงตั้งครรภ์ ราณี ผลวัฒน์	11
การอธิบายความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นงนภัทร รุ่งเนย, ศิริพร ครุฑทาศ, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, นงคราญ บุญอึ้ง และน้ำฝน วชิรรัตนพงษ์เมธี	20
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ชลดา กิ่งมาลา, เอื้อจิต สุขพูล และวัชรวิงค์ หวังมัน	31
บทความวิชาการ	
โรควิตกกังวลทั่วไป ดีขึ้นได้ด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม จุฑารัตน์ ทองสลับ	40
คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ	52

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในจังหวัดพิษณุโลก

บทคัดย่อ

กรรณิการ์ หนูสอน*

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลกและเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งจังหวัดพิษณุโลกโดยสุ่มตัวอย่างจากประชากร 634 คน ได้จำนวน 167 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ordinary logistic analysis และขั้นที่ 2 การสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งโดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.9 ผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตในระดับสูง ร้อยละ 17.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 63.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 19.1 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อายุ อาชีพในอดีต รายได้ สถานภาพทางการเงิน โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การรับประทานยาโรคประจำตัวเป็นประจำ การซื้อยากินเอง การรับประทานอาหารตรงเวลา การมองเห็น และปัญหาการเดิน นอกจากนี้ผลการวิจัยในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งพบว่าควรมีการส่งเสริมสุขภาพจิตให้ครอบคลุมใน 4 ประเด็น คือ 1) การพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิต 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต 3) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต และ 4) การสนับสนุนจากบุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ดังนั้น ควรนำกระบวนการดังกล่าวไปใช้ในการเพิ่มศักยภาพในการส่งเสริมจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง

คำสำคัญ: ถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพจิต

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก

Abstract

The purpose of this research was to analyze the level of mental health of the abandoned elderly to study of factors related to mental health level of abandoned elderly in Phitsanulok and to develop the mental health promotion model of the abandoned elderly in the Phitsanulok area. The population used in the study were elderly people who abandoned in Phitsanulok Province by random sampling from 167 eligible population using multi-stage sampling method. Tools used were questionnaires. Data were analyzed by percentage, mean and ordinary logistic analysis. Step 2 was the model for promoting mental health among the abandoned elderly.

The research found that the majority of the elderly were female 59.9 percent. The elderly had a high level of mental health score of 17.4 percent, moderate level of 63.5 percent and low level of 19. percent. Factors related to mental health with the statistical significance ($p\text{-value} < 0.05$) was age, occupation, past, income, financial status, convalescence, smoking, regular drug use, punctuality, vision and walking and mental health promotion processes of the elderly consist of four steps: 1) development of mental health promotion potential; 2) mental health promotion modification; 3) environmental management; for mental health promotion; and 4) support from outside family and health personnel in mental health promotion should take this process to enhance the mental capacity of the neglected elderly.

Keywords: Abandoned, Elderly, Mental health promotion

* Mental Health Center 2 Phitsanulok Province

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันนี้ประชากรทั่วโลกมีอายุยืนยาวขึ้น ประกอบกับอัตราการเจริญพันธุ์ลดลงทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552) ประเมินการณ์ว่าในประเทศไทย ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 15.10 ในปี พ.ศ. 2563 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 21.10 ในปี พ.ศ. 2573 และจะเพิ่มเป็นร้อยละ 26.00 ในปี พ.ศ. 2583 (กรมอนามัย, 2550) จังหวัดพิษณุโลกนั้นมีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังสูงถึงจำนวน 73,616 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2559) ประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มประชากรพิเศษที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากสังคม วัยนี้มีโอกาสเกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่ายทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคสมองเสื่อม โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน ซึ่งผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนอาจจะนำไปสู่การเสียชีวิตหรือความพิการได้ (WHO, 2006) มีรายงานวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 40 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (เพลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์ และคณะ, 2544) และพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 75 ป่วยเป็นโรคเรื้อรังประกอบด้วยโรคเบาหวานอย่างเดียว ร้อยละ 25 ป่วยเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคอื่นๆ ร้อยละ 25 และโรคเรื้อรังอื่นๆ ร้อยละ 23 (Margaret and Westaway, 2009) นอกจากนี้ผู้สูงอายุของไทยจะประสบปัญหาหลักสำคัญ 2 ประการคือปัญหาสุขภาพ และปัญหาเศรษฐกิจ โดยปัญหาสุขภาพ และความเจ็บป่วยเป็นปัญหาที่มีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุอย่างชัดเจนทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรัง และเฉียบพลัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2548)

ความเจริญแบบสังคมเมืองเข้าไปใช้เป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตมากขึ้น จนทำให้โครงสร้างของชุมชนชนบทเปลี่ยนแปลงไป เช่น สัดส่วนหนุ่มสาววัยแรงงานน้อยลง ครอบครัวมีขนาดเล็กลง สมาชิกของครอบครัวบางรุ่นหายไปจากครอบครัว (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552) และในที่สุดภาพรวมของชาวบ้านที่อยู่อาศัยในชุมชนมักประกอบไปด้วยผู้สูงอายุ และเด็กเป็นส่วนใหญ่ ลักษณะดังกล่าวทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรกลุ่มอื่นในชุมชนเพิ่มสูงขึ้น (วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง, 2553) และพบว่าสิ่งที่ตามมาคือผู้สูงอายุมีผู้เลี้ยงดูหรือดูแลให้มีชีวิตความเป็นอยู่อย่างปกติสุขน้อยลง ปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้พบเห็นในชุมชนโดยเฉพาะชนบทที่มีผู้สูงอายุจำนวนมากถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552, หน้า 29) ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังอาจจะมีความเสี่ยงในระดับสูงต่อการตาย และการเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลในด้านสุขภาพ และบริการสังคม ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่อาศัยตามลำพังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเพียงพอ (Kawamoto, et al., 2005) การที่ผู้สูงอายุต้องถูกทอดทิ้ง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาด้านสุขภาพซึ่งอาจทำให้เกิดความเหงา อ้างว้าง ท้อแท้ในชีวิต รู้สึกไม่มีคุณค่า ไร้ค่า และอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ความเหงามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพ และมีความสัมพันธ์กับการถูกทอดทิ้งของผู้สูงอายุ กล่าวคือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งส่วนใหญ่จะมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี และมีความเหงาสูง (Mullins, et al., 1988) ความเหงาเป็นปัญหาทางจิตใจที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ และความเจ็บป่วยอย่างมาก (Ryan & Patterson, 1987)

จากปัญหาดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งที่จะต้องดำรงชีวิตให้อยู่ในสังคมได้อย่างปกติ จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความต้องการในการศึกษาวิจัยการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในจังหวัดพิษณุโลก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลกและเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก เพื่อลดภาระพึ่งพิงและลดโอกาสในการเกิดโรคจิตในอนาคต จะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งมีสุขภาพจิตที่ดี ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประยุกต์ (Applied Research) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ซึ่งหมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และอยู่อาศัยเพียงลำพังเนื่องจากเป็นหม้าย โสด หรือเนื่องจากไม่มีบุตรหลานดูแลรวมถึงการถูกทอดทิ้งโดยไม่ได้รับการเหลียวแลจากสมาชิกครอบครัว ในเขตพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก การวิจัยนี้คัดเลือกอำเภอแบบเฉพาะเจาะจง โดยพิจารณาด้วยหลัก การเลือกกรณีสุดโต่ง (Extreme case) (อรุณี อ่อนสวัสดิ์, 2553) คือมีจำนวนผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งมากที่สุด 634 คน

กลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้หลักเกณฑ์ของ Kerlinger and Pedhazur ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 167 ตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยขั้นแรกเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงคืออำเภอที่มีผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งสูงสุด ได้แก่ อำเภอเมือง ขั้นที่สองสุ่มตำบลมาหนึ่งตำบลได้ตำบลท่าโพธิ์ และขั้นตอนที่สามสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และสมัครใจเข้าร่วมตอบแบบสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพจิต จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ คือ มาก (3 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) น้อย (1 คะแนน)

คุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพจิต ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุในเขตตำบลพลายชุมพล อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Ordinary Logistic Regression นำเสนอความสัมพันธ์ด้วย Odd ratio (OR) 95% ของ OR

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง

การสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

ผู้วิจัยนำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มาใช้ในการออกแบบกระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งและผสานเข้ากับข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งของ 3 กลุ่มโดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งอยู่อาศัยตามลำพัง จำนวน 10 คน กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จำนวน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน และกลุ่มผู้ให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จำนวน 7 คน แล้วนำมากำหนดเป็นองค์ประกอบ และจัดทำร่างกระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง การวิเคราะห์ข้อมูล นำสารสนเทศทั้งหมดมาทำการ

สังเคราะห์เนื้อหา (Content synthesis) และนำมาจัดทำร่างองค์ประกอบของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง และส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมแล้วปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จนได้รูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแนวทางสนทนาเชิงลึก การสัมภาษณ์เชิงลึก ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาปัญหาสุขภาพจิต และการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และประเด็นข้อเสนอแนะต่อกระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการจำแนก และจัดระบบข้อมูลเพื่อจัดข้อมูลที่กระจายให้เป็นระบบ โดยจำแนกข้อมูลที่มีความคล้ายกันมารวมไว้เป็นหมวดหมู่เดียวกันให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ โดย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย มีการแจ้งเหตุผลต่อผู้วิจัย และกลุ่มตัวอย่างจะไม่สูญเสียผลประโยชน์ใดๆ ทั้งสิ้นและข้อมูลในการตอบแบบสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้เป็นความลับไม่นำมาเปิดเผยชื่อและจะนำเสนอผลการวิจัยที่ได้สรุปออกมาเป็นภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ

การศึกษารั้วนี้ศึกษาในผู้สูงอายุทั้งหมด 167 คน ผลการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.9 มีค่ามัธยฐานของอายุ 69 ปี (พิสัยควอไทล์ 10) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 67.7 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.4 ปัจจุบันไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 45.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมในอดีต ร้อยละ 64.0 และมีรายได้ ร้อยละ 69.5 โดยมีแหล่งรายได้ของตนเองเป็นรายได้หลัก ร้อยละ 48.2 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพทางการเงินพอกินพอใช้ ร้อยละ 76.0 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.9 พักอาศัยอยู่กับสามีหรือภรรยา ร้อยละ 46.6

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 90.4 และไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 84.4 ผู้สูงอายุเคี้ยวหมาก ร้อยละ 1.2 มีการรับประทานยาโรคประจำตัวเป็นประจำ ร้อยละ 59.9 ซื้อยาทานเอง ร้อยละ 7.8 และมีการรับประทานอาหารตรงเวลา ร้อยละ 89.8 ผู้สูงอายุมีปัญหาการมองเห็น ร้อยละ 12.6 มีปัญหาการเดิน ร้อยละ 5.4 และมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 12.0

2. ระดับสุขภาพจิต

ผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตในระดับสูง ร้อยละ 17.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 63.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 19.1 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (n = 167)

ระดับสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (< 85.93 คะแนน)	29	17.4
ระดับปานกลาง (85.93-106.41 คะแนน)	106	63.5
ระดับต่ำ (> 106.41 คะแนน)	32	19.1
Mean = 96.17 คะแนน, SD. = 10.24 คะแนน, Min-Max = 69-117 คะแนน		

3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับระดับสุขภาพจิต

3.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบลำดับ (Ordinal Logistic Regression Analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อายุ อาชีพในอดีต รายได้ สถานภาพทางการเงิน โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การรับประทานยารักษาโรคประจำตัวเป็นประจำ การซื้อยากินเอง การรับประทานอาหารตรงเวลา การมองเห็น และการเดิน

3.2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ Multivariate Analysis ระหว่างปัจจัยกับสุขภาพจิต โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบลำดับ (Ordinal Logistic Regression Analysis) ด้วยวิธี Enter ซึ่งพิจารณานำตัวแปรที่มี $p\text{-value} < 0.05$ จากการวิเคราะห์แบบ univariate เข้ามาวิเคราะห์ในโมเดล ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อาชีพในอดีต รายได้ การสูบบุหรี่ การรับประทานยารักษาโรคประจำตัวเป็นประจำ การซื้อยากินเอง การมองเห็น การเดิน โดยเมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยกวนพบว่า

ผู้สูงอายุที่ในอดีตไม่ได้ประกอบอาชีพจะมีโอกาสมีสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ในอดีตประกอบอาชีพเกษตรกรรม 3.76 เท่า (OR_{adj} 3.76, 95%CI: 1.15-12.33)

ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้จะมีโอกาสมีสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ 3.14 เท่า (OR_{adj} 3.14, 95%CI: 1.26-7.86)

ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสมีสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่ 3.49 เท่า (OR_{adj} 3.49, 95%CI: 1.27-9.63)

ผู้สูงอายุที่ไม่รับประทานยารักษาโรคประจำตัวเป็นประจำจะมีสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่รับประทานยารักษาโรคประจำตัวเป็นประจำ 3.96 เท่า (OR_{adj} 3.96, 95%CI: 1.28-12.27)

ผู้สูงอายุที่ซื้อยากินเองจะมีโอกาสมีสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ซื้อยากินเอง 0.20 เท่า (OR_{adj} 0.20, 95%CI: 0.06-0.75)

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็นจะมีโอกาสมีสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาการมองเห็น 0.26 เท่า (OR_{adj} 0.26, 95%CI: 0.09-0.75)

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเดินจะมีโอกาสมีสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาการเดิน 10.80 เท่า (OR_{adj} 10.80, 95%CI: 2.10-55.67) (ตารางที่ 5)

4. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง

จากผลการศึกษาจากระยะที่ 1 ได้ถูกนำมาใช้ในการออกแบบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง และผสานเข้ากับข้อเสนอแนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเพิ่มศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ของ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มผู้ให้บริการด้านสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แล้วนำมากำหนดเป็นองค์ประกอบ และจัดทำร่างกระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ผลการสังเคราะห์โดยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง

ผลการสังเคราะห์ข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิต ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) เรียนรู้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพ และละลายพฤติกรรม 2) การเรียนรู้เกี่ยวกับการรับประณามที่ถูกต้อง 3) การเรียนรู้ด้านผลกระทบการซื้อยาเกินเอง 4) กิจกรรมการจัดการความเครียด

ขั้นตอนที่ 2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และบุหรี่ยี่มือสอง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุให้มีความรู้ มีทักษะการปฏิบัติด้านการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และบุหรี่ยี่มือสอง 2) การเพิ่มการเรียนรู้จากผู้สูงอายุต้นแบบโดยการถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การชักจูงด้วยคำพูดโดยการเพิ่มกำลังใจ และความมั่นใจในการสร้างเสริมสุขภาพจิตตนเอง 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ 5) การฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล

ขั้นตอนที่ 3 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อลดการหกล้ม ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนคือ 1) การเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ 2) การประชุมร่วมระหว่างผู้แทนผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง แกนนำอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล และผู้นำท้องที่ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน และผู้นำท้องถิ่น เช่น นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อกำหนดบทบาทในการสนับสนุนจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณที่พักอาศัยของผู้สูงอายุไม่ให้หกล้ม

ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุนจากชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) การเรียนรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผลกระทบทางจิตของการสูงอายุ การอยู่อาศัยโดยขาดผู้ดูแล และการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของบุคคลภายนอกครอบครัว และบุคลากรด้านสุขภาพ 2) การจัดประชุมปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ เพื่อวางแผนการให้ความร่วมมือในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุระหว่างองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ผู้นำชุมชน ในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแล

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.9 และเพศชายร้อยละ 40.1 อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุในเพศหญิงมีค่าอายุขัยเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย และเพศชายมีการดำเนินชีวิตที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายต่อสุขภาพมากกว่าเพศหญิง จึงทำให้ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเสนห์ แสงเงิน (2556) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการสร้าง

เสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 67.83 ร้อยละ 32.17 เป็นเพศชาย

ด้านระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 17.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 63.5 และระดับต่ำร้อยละ 19.1 การที่มีระดับต่ำมากกว่าระดับสูงอาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีความเหงาขาดผู้ดูแลพูดคุยให้กำลังใจ สอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติที่พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังมีปัญหาโดยปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ร้อยละ 51.20 รู้สึกเหงา รองลงมาคือ ร้อยละ 27.50 ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย และต้องเลี้ยงชีพด้วยตนเอง ร้อยละ 15.70 มีปัญหาทางการเงินร้อยละ 5.20 ไม่มีคนช่วยทำงานบ้าน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550, หน้า 28)

กระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ที่ผู้วิจัยร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพัฒนาขึ้นได้นำเอาปัญหาด้านผลกระทบต่อสุขภาพจิตจากการถูกทอดทิ้งหรืออยู่ลำพัง ผู้สูงอายุเข้ามาสู่ขบวนการนี้ร่วมกับการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตในระดับต่ำร้อยละ 19.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 63.5 และระดับสูง ร้อยละ 17.4 การจัดทำโปรแกรม จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างกระบวนการที่สามารถแก้ไขปัญหาได้ถูกจุดและตรงประเด็น เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร มโนรัตน์ (2553) ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุต้องมีการวิเคราะห์บทวนปัญหาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเดิม ที่จะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเร็วขึ้นหรืออาจเกิดความไม่สุขสบายต่าง ๆ และต้องกระตุ้นให้รักสุขภาพมากขึ้น อยากรู้อยากดู ปกป้องสุขภาพให้ดีกว่าเดิม ตลอดจนมีความตระหนัก และทัศนคติที่ดีต่อการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยของตนเองมากขึ้น นอกจากนี้กระบวนการเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งในการวิจัยนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991) โดยมุ่งเน้นด้านการสร้างความเชื่อมั่น การปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ การเรียนรู้จากการถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูดโดยการเพิ่มกำลังใจ การกระตุ้นทางอารมณ์ ผูกทักษะการสร้างเสริม สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับ กษิตตา พานทอง (2551) ได้ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวชุมชนบ้านเวียงสวรรค์ อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991) โดยการจัดกิจกรรมกระบวนการเสริมสร้างพลัง อำนาจ 4 ขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่าขั้นตอนการค้นพบสภาพการณ์จริง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และเมื่อได้ตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นของตนเองตามสภาพที่เป็นจริงก็สามารถทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจได้ว่าปัญหาด้านสุขภาพของตนเองสามารถที่จะแก้ไขได้ตลอดจนมีความรู้สึกริเริ่มปรับเปลี่ยนตนเองในการดำเนินชีวิตต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ก่อนจัดกระบวนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ควรสำรวจ คัดกรองศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพจิต โดยสมควรคัดเลือกผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง ที่มีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในระดับต่ำเข้าร่วมกระบวนการ
2. ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังหรือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งมีปัญหาการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ ดังนั้นกระบวนการเพิ่มศักยภาพควรมุ่งเน้นการเพิ่มการรับรู้ด้านผลกระทบของการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ต่อสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กษิตดา พานทอง. (2551). *กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *รายงานผลการศึกษา/ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนา (ปฏิรูป) บทบาทภารกิจโครงสร้างและกลไกการทำงาน*. สืบค้นจาก <http://www.prasri.go.th/blueprint/letter/am05072013104020.pdf>
- พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์. (2542). *การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข*. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.
- เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และคณะ. (2544). *รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการให้การดูแลผู้สูงอายุภายใต้เงื่อนไขการมีส่วนร่วมของชุมชนและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาในจังหวัดสงขลา*. สืบค้นจาก <http://www.sem100library.in.th/opac/Catalog/BiblItem.aspx?BibID=b00006162>
- ประภาพร มโนรัตน์. (2553). *รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับครูเกษียณ*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- วิไลลักษณ์ รุ่งเมืองทอง. (2553). *การประเมินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรี*. กรุงเทพฯ: คณะพัฒนาสังคม และสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2552). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551*. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.
- เสน่ห์ แสงเงิน. (2556). *การพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, นภาพร ชัยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2548). *การทบทวนองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. พิษณุโลก: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2554). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2554*. กรุงเทพฯ : พงษ์พานิชย์เจริญผล.
- อรุณี มิ่งประเสริฐ และ De Sheng, K. (2557). การศึกษาสุขภาพจิตและความเครียดของนักศึกษาคณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยรังสิต. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 40 (2), 211-227.
- อรุณี อ่อนสวัสดิ์. (2551). *ระเบียบวิธีวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). พิษณุโลก: ภาควิชาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- Gibson, C.H. (1991). A Concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced nursing*, 16(1), 354-361.
- Kawamoto, R., Yoshida, O., & Oka, Y. (2005). Influence of living alone on emotional well-being in community-dwelling elderly persons. *Geriatrics & Gerontology International*, 5(3), 152-158.
- Margaret, S., & Westaway. (2009). The impact of chronic diseases on the health and well-being of South Africans in early and later old age. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 50 (2), 213-221

- Mullins, L.C., Sheppard, H.L., & Anderson, L. (1988). A study of loneliness among a national sample of Swedish elderly. *Comprehensive gerontology*, 29(1), 36 -43.
- Ryan, M.C., & Patterson, J. (1987). Loneliness in the elderly. *Journal of erotological Nursing*, 13(5), 6 – 12.
- World Health Organization. (1986). *Integrating poverty and gender into health programmes: A sourcebook for health professionals: module on ageing*. N.P.: Regional Office for the Western Pacific.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการต่อการเพิ่มความเข้มข้นเลือดในหญิงตั้งครรภ์

ราณี ผลวัฒน์*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการต่อการเพิ่มความเข้มข้นเลือดในหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20-34 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลปราสาท ทำการคัดเลือกแบบเจาะจงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าความเข้มข้นเลือดน้อยกว่า 33 % จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการ ซึ่งประกอบไปด้วยสมุดแนะนำการปฏิบัติตัวสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเลือดจางและเอกสารแนะนำ เรื่อง ภาวะเลือดจางในหญิงตั้งครรภ์และเมนูอาหารบำรุงเลือด กลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ได้รับการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ตามมาตรฐานทั่วไป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบบันทึกหลังจากเจาะตรวจหาค่าความเข้มข้นเลือดซ้ำ ใช้สถิติ Mann-Whitney U Test ในการทดสอบค่าความเข้มข้นเลือดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง

ผลการวิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกันในโรคประจำตัว อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ คนที่ดูแลขณะตั้งครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติเลือดจาง และประวัติการฝากครรภ์ เมื่อทำการทดสอบค่าเฉลี่ยของค่าความเข้มข้นเลือดของหญิงตั้งครรภ์ภาวะปกติที่มีภาวะเลือดจาง พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการมีค่าเฉลี่ยของค่าความเข้มข้นเลือดและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ตามมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าควรมีการนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการไปใช้ต่อเนื่อง เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลให้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเลือดจาง ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงการสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง ควรทำวิจัยเพื่อส่งเสริมความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเลือดจาง

คำสำคัญ: ภาวะเลือดจาง โภชนาการ หญิงตั้งครรภ์

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

Effectiveness of program for knowledge enhancing on nutritional for pregnant women with anemia

Ranee Polwat^{*}

Abstract

The aim of this quasi experimental study was to determine the effect of program for knowledge enhancing on nutritional for pregnant women with anemia. Sampling were purposive from pregnant women who visit Antenatal Clinic at Prasart Hospital and found that hematocrit at first time was below 33%. The total numbers of samples were 60 pregnant women with anemia in which 30 pregnant women were assigned to receive standard prenatal care and 30 pregnant women with anemia were assigned to receive program for knowledge enhancing on nutritional for pregnant women with anemia. Mann-Whitney U test was utilized to test the difference on hematocrit between a control group and an experimental group.

The findings were as followed. Demographic data between a control group and an experimental group were similar in which most of them were housewives, graduate from secondary school, married, have enough income, and have husband as a caregiver during pregnancy. The mean age of control group was 25.4 years old and the mean age of experimental group was 25.6 years old. The mean income was 8,516 Baht/month for control group and 9,866 Baht/month for experimental group. All of these factor were not statistical significant different. After the program, hematocrit of sample in experimental group was increasing significantly and statistical different from mean of hematocrit of sample in control group at $p < .001$ ($Z = 4.347$).

The suggestion from the findings is that nurse at antenatal care should promote this program continuity. Moreover, family members should be encourage to participate in any activities that can help in improving hematocrit among pregnant women who have anemia during pregnancy.

Keywords: Anemia, Nutrition, Pregnant Women

^{*} Register Nurse, Prasart Hospital, Surin

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะโลหิตจางเป็นภาวะที่ร่างกายมีปริมาณเม็ดเลือดแดงน้อยกว่าปกติ ทำให้มีอาการซีดอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หลงลืม ขาดสมาธิในการเรียนรู้ การทำงาน สาเหตุเกิดจากการสร้างเม็ดเลือดแดงน้อยลงจากการขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง เช่น การขาดธาตุเหล็ก โฟเลต วิตามินบี 12 โรคไขกระดูกจากอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก และจากการสูญเสียเม็ดเลือดแดง ทั้งนี้หากหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางจะส่งผลให้เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ตกเลือดขณะคลอดซึ่งอาจส่งผลต่อการเสียชีวิต ภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์อาจส่งผลให้ทารกน้ำหนักน้อยเมื่อแรกเกิด ส่งผลระยะยาวตามมาทำให้มีผลต่อพัฒนาการทางสมองซึ่งส่งผลระยะยาวต่อสุขภาพของทารก จากการสำรวจโลหิตจางในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์พ.ศ.2547-2553 ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบว่า ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มความชุกโลหิตจางสูงขึ้น พ.ศ. 2553 หญิงตั้งครรภ์มีความชุกโลหิตจาง ร้อยละ 18.4 และจากการรายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบความชุกโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-45 ปี) ร้อยละ 24.8 (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2557) จากการศึกษาอุบัติการณ์ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ของประเทศ ไทย พบค่าเฉลี่ยร้อยละ 21.15 โดยพบที่ภาคกลาง ร้อยละ 24.28 ภาคใต้ ร้อยละ 22.28 ภาคเหนือ ร้อยละ 17.43 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 17.83 (เฉลี่ย สัตตยานามย์ และคณะ, 2550) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือร้อยละ 10 ของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ทั้งหมด

การที่หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางในขณะตั้งครรภ์นั้น เลือดที่ไปเลี้ยงรกจะมีออกซิเจนน้อยกว่าปกติ ทำให้ออกซิเจนในเลือดที่จะส่งไปยังทารกไม่เพียงพอที่ควรจะได้รับ จึงอาจจะเกิดอันตรายต่อทารกได้ คือทารกเสียชีวิตในครรภ์ ถ้ามารดาเลือดจางมากทารกที่คลอดออกมาอาจเสียชีวิตคลอด หรือคลอดก่อนกำหนดซึ่งทำให้ทารกมีน้ำหนักน้อย มีความพิการแต่กำเนิดสูงและทารกที่เกิดมาจะเป็นโรคเลือดจาง (Momyepedia, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของ ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ และชุติมา เจริญสินทรัพย์ (2542) พบว่า ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารก ทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยและภาวะตกเลือดหลังคลอดและผลการศึกษาของผ่องศรี แสนไชยสุริยาและคณะ (2552) พบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางตลอดการตั้งครรภ์ คลอดทารกน้ำหนักน้อย ร้อยละ 5.0 และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะโลหิตจางในช่วงไตรมาสที่ 3 คลอดทารกน้ำหนักน้อย ร้อยละ 2.7 สาเหตุภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การขาดสารอาหารจำพวกธาตุเหล็กและกรดโฟลิก การเสียเลือดจากการมีพยาธิปากขอ โลหิตจางจากอะพลาสติก (Aplastic Anemia) โรคทางพันธุกรรม เช่น โรคธาลัสซีเมีย โรคเม็ดเลือดแดงแตกง่าย รวมถึงการตกเลือดก่อนคลอด จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในด้านต่างๆ พบว่าการกินยาไม่ต่อเนื่อง เป็นสาเหตุหลัก อันสืบเนื่องมาจากความรู้ความเข้าใจที่ผิดๆจะส่งผลต่อการป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (เสาวนีย์ ปาวัล และคณะ, 2556)

จากการเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปราสาท และได้รับการเจาะเลือดตรวจหาความเข้มข้นเลือดในการเจาะเลือดครั้งแรกและครั้งที่สองเมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์ขึ้นไป ในปี 2558 พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีผลความเข้มข้นเลือดต่ำกว่า 33 % ในการเจาะเลือดครั้งแรก ร้อยละ 28.19 และการเจาะเลือดครั้งที่ 2 ร้อยละ 32.73 และได้รับการรักษาภาวะเลือดจางโดยการให้เลือดทั้งขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด 51 ราย เป็นจำนวน 73 ถุง ส่งผลให้นอนรักษาด่วนขึ้นและค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งการได้รับเลือดมีค่าใช้จ่ายเพิ่มจำนวน 780 บาทต่อครั้ง แม้โรงพยาบาลได้มีบริการเปิดรับบริจาคเลือดทุกวันและออกหน่วยเคลื่อนที่ทุกเดือน บางครั้งยังพบปัญหาว่าคลังเลือดไม่มีเลือดเพียงพอต่อความต้องการในการรักษาต้องรอการประสานงานติดต่อไปที่โรงพยาบาลศูนย์เพื่อขอรับเลือด จึงควรมีแนวทางการป้องกันและดูแลอย่าง

มีส่วนร่วมของญาติในการแก้ไขปัญหาละอืดจางอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยลดปัญหา และความเสี่ยงอื่นๆ ที่จะเกิดตามมาแก่มารดาและทารก

จากการทบทวนแนวทางปฏิบัติในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเลือดจางพบว่า การให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก เลือกเวลากินยาหลังอาหาร 1-2 ชั่วโมง หลังกินยาให้รับประทานวิตามินซีตาม เช่น ผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว น้ำผลไม้หรือยาวิตามินซี อย่างน้อย 1 เวลาใน 1 วัน และการให้โภชนาการอาหารบำรุงเลือด การบันทึกการกินยาเสริมธาตุเหล็กพบว่าช่วยเพิ่มค่าเข้มข้นเลือดได้ จึงควรมีการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการต่อการเพิ่มความเข้มข้นเลือดในหญิงตั้งครรภ์ โดยทำการศึกษาเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลปราสาท ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2558 - เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2559 โดยภาวะเลือดจางในการศึกษาครั้งนี้คือค่าความเข้มข้นเลือดในการตรวจทางห้องปฏิบัติการในครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ที่ได้ผลน้อยกว่า 33% หรือ Hb น้อยกว่า 11gm% โดยคาดว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการนี้จะช่วยให้ค่าความเข้มข้นเลือดของหญิงตั้งครรภ์ในการตรวจติดตามครั้งที่สองมีค่าเพิ่มมากขึ้น ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขภาวะเลือดจางในหญิงตั้งครรภ์ซึ่งส่งผลต่อการลดภาวะแทรกซ้อน และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพงานการให้บริการงานอนามัยแม่และเด็กต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการต่อการเพิ่มความเข้มข้นเลือดในหญิงตั้งครรภ์

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองแบบ two group pretest-posttest การเปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมป้องกันภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ภาวะปกติ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ทำการศึกษาวิจัยในกลุ่มควบคุมก่อนจึงเริ่มทำการศึกษาในกลุ่มทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์อายุ 20-34 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลปราสาท ในระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2558 - เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559

กลุ่มตัวอย่าง คือ ทำการคัดเลือกแบบเจาะจงจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20-34 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกฝากครรภ์โรงพยาบาลปราสาท ค่าความเข้มข้นเลือดในการตรวจทางห้องปฏิบัติการในครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ที่ได้ผลน้อยกว่า 33 % หรือ Hb น้อยกว่า 11 gm%

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการต่อการเพิ่มความเข้มข้นเลือดในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งประกอบไปด้วย เอกสารแนะนำ เรื่อง ภาวะเลือดจางในหญิงตั้งครรภ์และเมนูอาหารบำรุงเลือด ซึ่งดัดแปลงมาจากคู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ โรคประจำตัว อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ คนที่ดูแลขณะตั้งครรภ์ ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติเลือดจาง ประวัติการฝากครรภ์ และแบบบันทึกการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ประกอบด้วย ผลของค่าความเข้มข้นเลือด โภชนาการขณะตั้งครรภ์ การรับประทานยาบำรุงเลือด

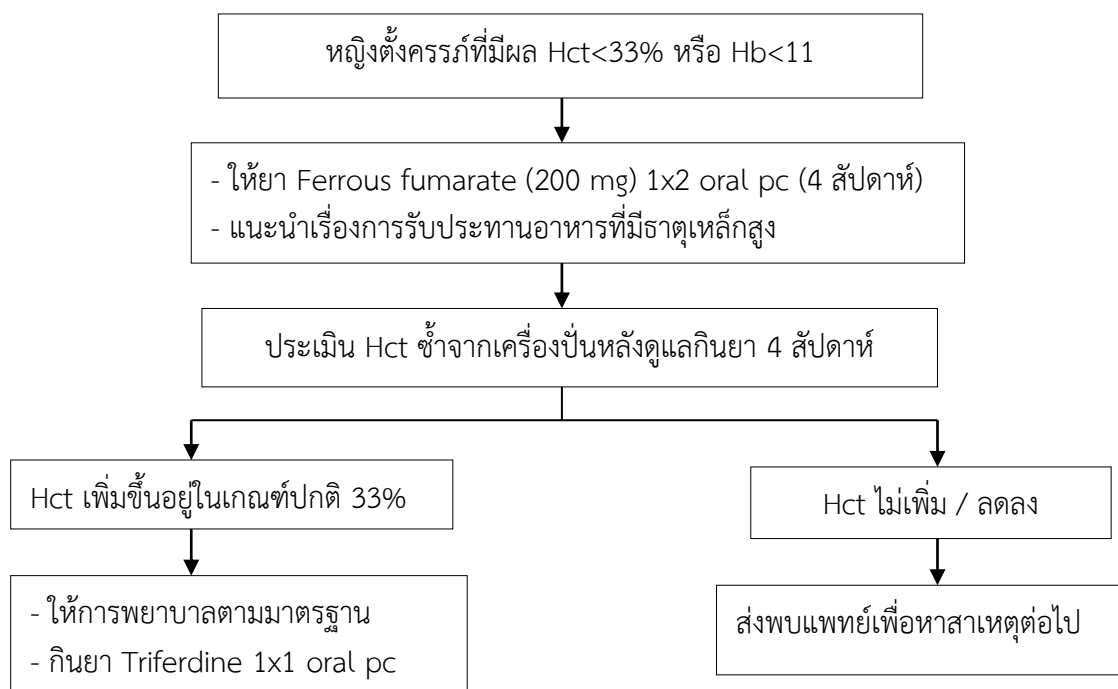
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบบันทึกที่ได้สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงข้อคำถามตามให้ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้จริงจำนวน 20 ราย พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

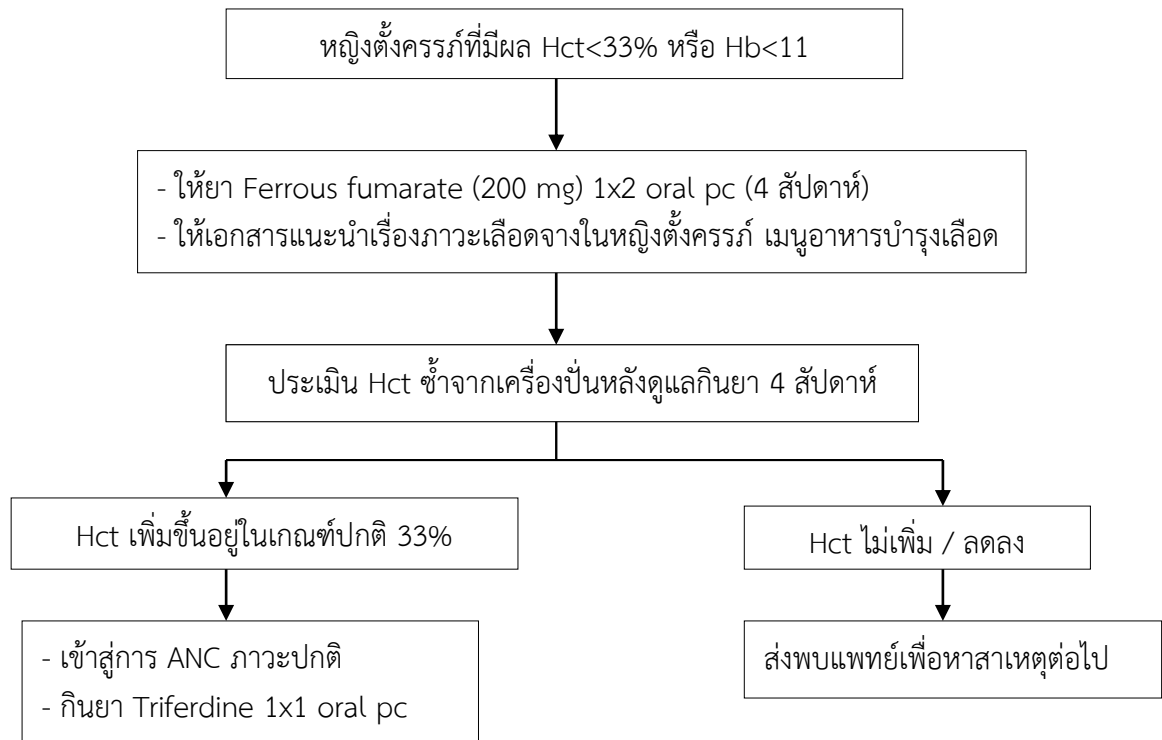
การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเองมีขั้นตอนดังนี้

1. ทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมโดยการศึกษาข้อมูลรายงานผลการตรวจเลือดในเดือนตุลาคม- พฤศจิกายน พ.ศ.2558 เพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเลือดจางและให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเลือดจางได้รับการดูแลโดยใช้การพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ตามมาตรฐานโดยเมื่อครบกำหนดนัดฝากครรภ์ครั้งต่อไปและได้รับประทานยาบำรุงเลือด 4 สัปดาห์แล้วทำการเจาะตรวจค่าเข้มข้นเลือดเพื่อประเมินภาวะเลือดจางซ้ำและให้หญิงตั้งครรภ์ตอบคำถามในแบบบันทึกข้อมูล ดังขั้นตอนการดูแลดังต่อไปนี้



2. เมื่อทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมเรียบร้อยแล้ว ได้ทำการศึกษาในกลุ่มทดลอง โดยศึกษาข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ.2558 และเดือนมกราคม พ.ศ.2559 จากการตรวจค่าความเข้มข้นเลือด พบว่าค่าฮีมาโตครีตน้อยกว่า 33 % และให้การดูแลตามโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการต่อการเพิ่มความเข้มข้นเลือดในหญิงตั้งครรภ์ ให้เอกสารแนะนำเรื่องภาวะเลือดจางในหญิงตั้งครรภ์เมนูอาหารบำรุงเลือด และแบบบันทึกการรับประทานยาและอาหารในช่วง 4 สัปดาห์ก่อนจะมีการประเมินค่าความเข้มข้นเลือดซ้ำและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ดังขั้นตอนต่อไปนี้



การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล บันทึกข้อมูลและทำการตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลแล้วจึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดค่า α ไว้ที่ .025 เป็นการทดสอบทางเดียว และใช้สถิติ Mann-Whitney U Test ในการทดสอบค่าความเข้มข้นเลือดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง

ผลการวิจัย

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน โดยมีอายุเฉลี่ย 25.4 และ 25.6 ปี มีรายได้เฉลี่ย 8,516 และ 9,866 บาท มีบุตรคนสุดท้ายอายุเฉลี่ย 3.63 และ 3.2 ปี ตามลำดับ ไม่มีโรคประจำตัว เป็นแม่บ้าน จบการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษา สถานภาพสมรสแต่งงานอยู่ด้วยกัน ส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายเพียงพอ กับรายได้ มีสามีเป็นผู้ดูแลในขณะตั้งครรภ์ เมื่อทดสอบพบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีข้อมูลการตั้งครรภ์ที่คล้ายคลึงกัน คือจำนวนการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 มีมากที่สุด ส่วนใหญ่ไม่เคยแท้ง ประมาณครึ่งหนึ่งเคยมีประวัติเลือดจาง ผลการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียส่วนใหญ่มีผลเป็นพาหะธาลัสซีเมีย และมาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์

การศึกษาค่าความเข้มข้นเลือดพบว่า หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของค่าความเข้มข้นเลือดก่อนได้รับการดูแลใกล้เคียงกัน โดยมีค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือดเท่ากับ 30.8% (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.44) และ 30.63% (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.84) เมื่อทดสอบพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภายหลังการทดลองพบว่าหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ตามมาตรฐานพบว่ามีค่าเฉลี่ยค่าความเข้มข้นเลือด 33.16% (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.91) ส่วนหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยค่าความเข้มข้นเลือด 35.86% (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.14) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือดโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test ในการทดสอบค่าความเข้มข้นเลือดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานพบว่า ค่า $Z = 4.347$, $p < .001$ แสดงว่าค่าความเข้มข้นเลือดในการเจาะเลือดครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		Z	p
	M	S.D.	M	S.D.		
ก่อน	30.8	1.44	30.63	1.84	.094	.925
หลัง	33.16	1.91	35.86	2.14	4.347	<.000

อภิปรายผล

คุณลักษณะทั่วไปของการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ภาวะปกติ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางมีผลการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมียมีผลผิดปกติคือเป็นพาหะธาลัสซีเมีย ร้อยละ 68.3 ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาความชุก สาเหตุ และปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีฝากครรภ์ มีสาเหตุจากผลการตรวจภาวะธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบินผิดปกติพบว่า เป็นพาหะร้อยละ 47.1 และเป็นโรคร้อยละ 4.7 ความชุกที่พบในประเทศไทย โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุจากภาวะธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบินผิดปกติ และการขาดธาตุเหล็ก (รายิน อโรรา และคณะ, 2551) อย่างไรก็ตามการศึกษาค่าความเข้มข้นเลือดพบว่า หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของค่าความเข้มข้นเลือดก่อนได้รับการดูแลใกล้เคียงกัน โดยมีค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือดเท่ากับ 30.8% (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.44) และ 30.63% (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.84) เมื่อทดสอบพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภายหลังการทดลองพบว่าหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ตามมาตรฐานพบว่ามีค่าเฉลี่ยค่าความเข้มข้นเลือด 33.16% (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.91) ส่วนหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยค่าความเข้มข้นเลือด = 35.86% (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.14) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเข้มข้นเลือดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานพบว่าค่า $Z = 4.347$, $p < .001$ แสดงว่าค่าความเข้มข้นเลือดในการเจาะเลือดครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เมื่อศึกษาแบบบันทึกการรับประทานอาหารและการรับประทานยาบำรุงเลือดของหญิงตั้งครรภ์พบว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะรับประทานยาบำรุงเลือดทันทีหลังอาหาร ดื่มนมไม่เป็นเวลาและมีความเชื่อว่าไม่กินของที่มีรสเปรี้ยวหลังกินยา สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล ทองวัฒน์และคณะ (2552) ที่ได้ศึกษาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ พบว่า มีการเลือกบริโภคอาหารไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม ได้แก่ ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ ไข่ ตับ เลือกเวลาดื่มนมไม่เหมาะสม รับประทานผลไม้ที่มีรสหวานมากกว่ารสเปรี้ยว และรับประทานผักในแต่ละมื้อมากเกินไป รวมทั้งรับประทานยาเม็ดธาตุเหล็กไม่ถูกต้อง ซึ่งหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้จะได้รับการอธิบายเพิ่มเติมได้ว่าการเลือกเวลารับประทานยาเสริมธาตุเหล็กมีผลต่อการดูดซึมของยา ซึ่งยาเสริมธาตุเหล็กจะดูดซึมยาได้ดีขึ้นท้องว่างและอาหารบางอย่างขัดขวางการดูดซึมของธาตุเหล็ก ส่วนตัวช่วยที่ช่วยในการดูดซึมธาตุเหล็กคือวิตามินซีจึงควรรับประทานวิตามินซีควบคู่กับยาเสริมธาตุเหล็กหรือกินผลไม้รสเปรี้ยวพร้อมยาไม่ควรกินนมพร้อมกับยาเม็ดธาตุเหล็กเพราะแคลเซียมในนมจะขัดขวางการดูดซึมของยานอกจากนั้นการให้ยา

เสริมธาตุเหล็ก Ferrous fumarate (200 mg) เพิ่มขึ้น 2 เวลาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาหลังอาหาร 1-2 ชั่วโมงและรับประทานวิตามินซีหลังกินยาช่วยให้ยาดูดซึมได้ดี แนะนำเมนูอาหารที่สามารถทำรับประทานได้เองและแจกสมุดบันทึกการรับประทานยาและอาหารเพิ่มในสมุดสีชมพูให้ญาติมีส่วนร่วมเช่นซื้อกำกับหลังรับประทานยาในสมุด และเมื่อมาฝากครรภ์เจ้าหน้าที่ตรวจเช็คยาที่เหลือและบันทึกความสม่ำเสมอของการรับประทานยา แสดงให้เห็นได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์มีประสิทธิผลในการช่วยเพิ่มค่าความเข้มข้นเลือดได้

ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า การใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ส่งผลให้ค่าความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้น 2-10 % ใน 4 สัปดาห์ ดังนั้นพยาบาลในแผนกฝากครรภ์ควรมีการสนับสนุนและให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ และการบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงที่สามารถจัดหาได้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และตามสภาพเศรษฐกิจของหญิงตั้งครรภ์ เช่น เนื้อ ไข่ เครื่องใน ผักสีเขียว ผลไม้ที่มีรสเปรี้ยวที่หาได้ตามบ้าน เช่น มะขาม มะนาว มะยม และการดื่มนมให้เป็นเวลา การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กหลังอาหารหรือนม น้ำเต้าหู้ 1-2 ชั่วโมง

ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบของโปรแกรมให้เข้ากับบริบทการทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยอาจเป็นโปรแกรมที่ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลหญิงตั้งครรภ์โดยเฉพาะด้านโภชนาการและควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาค้นหาความเชื่อด้านการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเลือดจาง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการออกแบบวิธีการให้หญิงตั้งครรภ์ได้ดูแลตัวเองที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. สำนักโภชนาการ. (2557). *คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- เฉลียว สัตตยานามัย, ผกาทิพย์ นามเรืองศรี, ณัชนันท์ ชีวานนท์, กฤษณา จันทร์หอม, เดือนรุ่ง มะลิงาม, สุรัชย์ มะลิงาม และต่อพงษ์ สงวนเสริมศรี. (2550). ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์: ความชุกและสาเหตุในโรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 5*, 1(1), 10-18.
- ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ และชุดิมา เจริญสินทรัพย์. (2542). ความชุกของภาวะเลือดจางในสตรีตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 13(3), 178-181.
- ผ่องศรี แสนไชยสุริยา, สุนันทา ดวงศิริทรัพย์, เสาวนิตย์ สวัสดิ์, พรสวรรค์ พรหมลักขโณ และสุวิมล สำราญภูมิ. (2554). การศึกษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์และคลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 6. สืบค้นจาก <http://203.157.71.148/Information/center/reserch%2054/anemia54.pdf>
- รายิน โอรร่า, ชัยนัทรธร ปทุมานนท์และชไมพร ทวีศรี. (2552). ภาวะโลหิตจางในสตรีที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลลำปาง : ความชุกสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยง. *ลำปางเวชสาร*, 30(1), 28-37.

นฤมล ทองวัฒน์ วรรณ ด้านประดิษฐ์ และสุชาดา รัชกุล. (2552). ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ : กรณีศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 3(3), 37-46.

อุ๋นใจ กอนันตกุลและอานุกาพ เลขะกุล. (2549). การตั้งครรรค์ความเสี่ยงสูง โรคเลือดระหว่างตั้งครรรค์. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.

Momypedia. (2557). โลหิตจางระหว่างตั้งครรรค์. สืบค้นจาก <http://www.momypedia.com/wiki-3-8-31>

การอธิบายความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

นางณภัทร รุ่งเนย*

ศิริพร ครุฑทาศ**

เยาวลักษณ์ มีบุญมาก***

นงคราญ บุญอึ้ง****

น้ำฝน วชิรรัตนพงษ์เมธี****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาใช้บริการจากคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้กรอบแนวคิดการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของไคลแมนและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทางในการวิจัย เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง จำนวน 29 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุอธิบายความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานว่าเริ่มจากการสังเกตอาการ ค้นหาสาเหตุ วินิจฉัยปัญหา ประเมินความรุนแรงของอาการและแสวงหาการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หาย แต่ควบคุมอาการได้ สาเหตุเกิดจากการรับประทานอาหารและอาหารหวาน ความอ้วน และพันธุกรรม สิ่งที่ยังกังวลใจมากที่สุดเมื่อเป็นเบาหวาน คือ เป็นแผลแล้วหายยาก การถูกตัดขาตามัวหรือตาบอดจากเบาหวานขึ้นตา และกลัวโรคไต ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เข้าใจการอธิบายความเจ็บป่วยเมื่อเป็นเบาหวานของผู้สูงอายุ และได้แนวทางในการดูแลช่วยเหลือและจัดการปัญหาความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ดีขึ้น

คำสำคัญ : พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 การอธิบายความเจ็บป่วย

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี

****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

Explanation of Illness among Older Patients with Type II Diabetes Mellitus

Nongnaphat Rungnoi^{*}

Siriporn Kruttakart^{**}

Yaowaluck Meebunmak^{***}

Nongkharn Buneng^{****}

Numphon Wachirarattanaphongmethee^{****}

Abstract

This qualitative research aimed to explore the illness perceptions of the older patients with type II diabetes receiving health care service at Diabetic clinic, Cha-am hospital in Phetchaburi province. Kleinman's explanatory model of illness and Orem's self-care theory were used to guide the study. Twenty nine older patients participated in this study through purposive sampling. Data were collected by using in-depth interview and were analyzed by content analysis.

The results revealed that the participants described their illness by observing their symptoms, exploring etiology, analyzing the severity of illness on the basis of symptoms and seeking health care management. They perceived that diabetes mellitus is a chronic illness that cannot be cure but they can control the symptoms. Cause of illness were 'eat like a horse', obesity and heredity. The most concerns of the participants were slow healing wound, leg amputation, blurred vision or blindness from diabetic retinopathy and renal failure. This study increases understanding patient perceptions of Type II diabetes and provide a guide to design appropriate strategies for helping older patients manage their health conditions.

Keywords: Health Care Seeking Behavior, Older, Type II Diabetes Mellitus, Explanation of Illness.

^{*} Senior Professional Level Registered Nurse, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province

^{**} Senior Professional Level Registered Nurse, Borommarajonani College of Nursing, Nonthaburi

^{***} Senior Professional Level Registered Nurse, Borommarajonani College of Nursing, Ratchaburi

^{****} Professional Level Registered Nurse, Cha-am Hospital, Phetchaburi Province

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประชากรวัยสูงอายุมีสัดส่วนสูงขึ้นเป็นลำดับ จากร้อยละ 9.4 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 14.9 ในปี พ.ศ. 2557 อายุคาดหมายเฉลี่ยของคนไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) และคาดว่าในปี พ.ศ. 2583 จะมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556) การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะปัญหาโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของทุกประเทศทั่วโลก (Abebe, Berhane, Worku & Assefa, 2014) เนื่องจากเบาหวานก่อให้เกิดปัญหาในระยะยาวได้ทั้งต่อหลอดเลือดขนาดเล็กและใหญ่ เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ หลอดเลือด ตา ไต ระบบกระเพาะอาหารและภูมิคุ้มกันจนเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ สถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่า พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานในวัยผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นเป็น 422 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 8.5 ของประชากรโลกวัยผู้ใหญ่ (World Health Organization, 2016) และร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (Devies et al., 2004) สำหรับอัตราการเกิดโรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน พบว่า อัตราการป่วยเป็นโรคเบาหวานในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในพ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในพ.ศ. 2557 ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น อุปนิสัยการบริโภค ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด และความเร่งรีบในการปฏิบัติงาน เป็นต้น (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2559)

เมื่อพิจารณาปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า มักมีปัญหการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามที่กำหนด ไม่มาตรวจตามนัด และรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มักมีภาวะแทรกซ้อนทั้งจากการได้รับยาไม่ถูกต้องและจากความก้าวหน้าของโรค (เทพ หิมะทองคำและคณะ, 2557) การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นมีหลายวิธี ได้แก่ การรักษาตนเอง การปรึกษาหารือกันในเครือข่ายทางสังคม การรักษาแผนปัจจุบัน และการรักษาพื้นบ้าน การตัดสินใจเลือกใช้บริการดูแลสุขภาพแบบใดขึ้นอยู่กับความเชื่อของแต่ละบุคคล ซึ่งโคลแมนกล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้และจัดการเกี่ยวกับความเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยนั้นซึ่งแตกต่างกันตามบริบทและโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม (Kleinman, 1980, p. 72) ทั้งนี้การจัดการความเจ็บป่วยเป็นการดูแลตนเองที่กระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย (Orem, 2001) จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการเลือกใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณในระดับกว้าง และมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุเลือกใช้ระบบบริการหลายระบบ อาจใช้ 2-3 ระบบพร้อมๆ กัน (กฤษณา นาดี, ประคอง อินทรสมบัติ และสมจิต หนูเจริญกุล, 2542) และผู้สูงอายุในสังคมประเทศกำลังพัฒนามักมีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และดูแลรักษาตนเองไม่ต่อเนื่องเนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่ายและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Ladha, et al., 2009) และงานวิจัยส่วนน้อยศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (กุลฤดี จิตตยานันต์ และคณะ, 2556; ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์และสายพิณ สุริยวงศ์, 2554; นางนุช โอบะ, ชุติกร ด่านยุทธศิลป์ และสมจิตร ชัยรัตน์, 2551) แต่ยังไม่พบรายงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการอธิบายความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในบทความวิจัยนี้นำเสนอเฉพาะประเด็นการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาใช้บริการจากคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งช่วยให้เข้าใจการให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นเบาหวาน การรับรู้สาเหตุ อาการและผลกระทบที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุที่

เป็นเบาหวาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มาใช้บริการจากคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้กรอบแนวคิดการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของโคลแมนและแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทางในการวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน 2556 ถึงเดือนมีนาคม 2557 เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มาใช้บริการรักษาโรคเบาหวานที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชะอำ อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป รู้สึกตัวดี การได้ยินปกติ สื่อสารได้ปกติ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 29 คน เพศหญิง 22 คน (ร้อยละ 75.86) เพศชาย 7 คน (ร้อยละ 24.14) อายุระหว่าง 61-82 ปี (ค่าเฉลี่ย 67.34) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ 23 คน (ร้อยละ 79.31) เป็นหม้าย 4 คน (ร้อยละ 13.79) โสดและหย่าร้างอย่างละ 1 คน (ร้อยละ 3.45) สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้บัตรประกันสุขภาพ 24 คน (ร้อยละ 82.76) เบิกได้ 4 คน (ร้อยละ 13.79) และบัตรประกันสังคม 1 คน (ร้อยละ 3.45) มีระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานระหว่าง 1-20 ปี (ค่าเฉลี่ย 8.97 ปี) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากงดน้ำงดอาหาร 8-12 ชั่วโมง เท่ากับ 86-232 mg/dl (ค่าเฉลี่ย 147.86)

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตามใบรับรองเลขที่ 13/2556 ผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย หลังจากเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว จึงติดต่อเพื่อเชิญเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยและประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกนั้น ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธหรือยุติการสนทนาได้ตลอดเวลา การรายงานผลการวิจัยจะไม่ระบุชื่อ และรายงานผลสรุปในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแนวคำถามปลายเปิด สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่จะวัด และนำไปทดลองสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย แล้วจดบันทึกและใช้เครื่องบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ และนำมาถอดเทป แล้ววิเคราะห์ว่าได้ข้อมูลครบถ้วนตามที่ต้องการหรือไม่ นำมาปรับปรุงจนได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วจึงนำไปใช้จริง

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลชะอำซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงในจังหวัดเพชรบุรี เปิดบริการคลินิกเบาหวาน สัปดาห์ละ 2 วัน คือ วันพฤหัสบดีและวันศุกร์ เวลา 8.00-12.00 น. โดยเตรียมผู้วิจัยทุกคนให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ ประเด็นคำถาม การสัมภาษณ์ไปในทางเดียวกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย การรวบรวมข้อมูลได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชะอำเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพร้อมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและบันทึกภาคสนาม ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45 นาที-1 ชั่วโมง

โดยขออนุญาตบันทึกเทปการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำความเข้าใจเนื้อหาและตรวจสอบความถูกต้องร่วมด้วยขณะสัมภาษณ์ โดยจดบันทึกข้อมูลสำคัญขณะสัมภาษณ์ ตรวจสอบสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่ามีความหมายเหมือนเดิมหรือไม่ หากพบประเด็นที่ขัดแย้งหรือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยซักถามเพิ่มเติมทั้งจากผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เข้าใจตรงกัน สรุปประเด็นเนื้อหาก่อนยุติการสัมภาษณ์ และนำเทปการสัมภาษณ์มาถอดเทปคำต่อคำในแต่ละวัน โดยตรวจสอบความถูกต้องของข้อความโดยฟังอย่างน้อย 2 รอบ และขออนุญาตโทรศัพท์หรือนัดสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่มีข้อสงสัย จนได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว คือ ไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นจึงยุติการสัมภาษณ์

การสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยสร้างความเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ด้วยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าดังนี้ ด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (methodology triangulation) ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ด้านการวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้วิจัย (investigator triangulation) ผู้วิจัยจำนวน 5 คนร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละราย เพื่อพิจารณาประเด็นหลักและเนื้อหาสาระในทางเดียวกัน และการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล (member checking) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยสรุปประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบยืนยันความถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำมาวิเคราะห์ใจความหลัก (thematic analysis) โดยการลงรหัส จัดหมวดหมู่รหัส แล้วนำมาหาแก่นของสาระเพื่อสังเคราะห์ประเด็นหลักที่สำคัญ (Krippendorff, 2013)

ผลการวิจัย

จากข้อค้นพบของผลการวิจัย สามารถสังเคราะห์หมวดหมู่ของประเด็นการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเมื่อเป็นเบาหวานของผู้สูงอายุได้ตามประเด็นหลัก 4 ประการ ดังนี้ 1) การให้ความหมายเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 2) การตรวจพบโรคเบาหวาน 3) สาเหตุของการโรคเบาหวาน 4) ผลที่เกิดขึ้นเมื่อเป็นโรคเบาหวาน และ 5) สิ่งที่กำลังกังวลใจที่สุดเมื่อเป็นโรคเบาหวาน รายละเอียดดังนี้

1. การให้ความหมายเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าโรคเบาหวานว่าเป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ควบคุมอาการได้ และเป็นโรคที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้กำลังลดลง อ่อนเพลียง่าย ดังนี้

1.1 โรคเรื้อรัง เพื่อนกันตลอดไป ผู้ให้ข้อมูลกล่าวส่วนใหญ่ถึงโรคเบาหวานว่าเป็นโรคเรื้อรังตลอดชีวิต แต่สามารถควบคุมอาการได้ ผู้ที่เป็นเบาหวานต้องควบคุมตนเองให้ดี จะสามารถดำรงชีวิตได้เหมือนคนปกติ

“เบาหวานเป็นเรื้อรัง ไม่หาย ต้องคุมน้ำตาลดีๆ ก็อยู่ได้สบาย เหมือนปกตินั่นแหละ พี่สาวของฉันก็เป็นเหมือนกัน เคื่อก็บอกว่า ไม่ต้องกลัว เบาหวานมาอยู่กับเราแล้วทั้งบ้าน” (หญิง1 อายุ 63 ปี, เป็นเบาหวานมา 8 ปี FBS 118 mg/dl)

“เบาหวานนี้เป็นแล้วไม่มีหาย มันจะเป็นเพื่อนกับเราไปตลอดจนตายแหละ ต้องอยู่กับมันให้ได้” (ชาย7 อายุ 72 ปี, เป็นเบาหวานมา 20 ปี FBS 232 mg/dl)

1.2 โรคบั่นทอนกำลังวังชา สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ยังควบคุมน้ำตาลได้ไม่ต้ออธิบายว่า การเป็นเบาหวานทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย มีกำลังลดลง ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง

“โรคนี้เป็นแล้วกำลังวังชาลดลง ไม่มีแรง เคยทำงานหนักได้ก็ทำไม่ได้ มันจะเพลียไปหมดเวลาน้ำตาลขึ้น” (หญิง22 อายุ 72 ปี, เป็นเบาหวานมา 12 ปี FBS 230 mg/dl)

“พอเป็นเบาหวานนี้ เพลียไปหมด แขนขาไม่มีแรง เดินสะดุดโน่นนี่ พลอยจะหมดแรง” (ชาย2 อายุ 64 ปี, เป็นเบาหวานมา 20 ปี FBS 169 mg/dl)

1.3 โรคหวานมาก แรงน้อย หวานน้อย แรงหมด ผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวว่า โรคเบาหวานเป็นโรคหวานมาก หมายถึง มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง และความรุนแรงของอาการอ่อนเพลียสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลในเลือดที่สูง และต่ำ ภาวะที่น้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย และขณะเดียวกันเมื่อน้ำตาลในเลือดต่ำก็จะหมดแรงอ่อนเพลีย เป็นลมได้

“เบาหวาน ก็โรคหวานมากโข ยิ่งน้ำตาลในตัวเรามากเท่าไร ก็ยิ่งร้ายเท่านั้น ” (หญิง3 อายุ 61 ปี, เป็นเบาหวานมา 3 ปี FBS 161 mg/dl)

“โรคนี้มันร้าย ยิ่งน้ำตาลขึ้น ยิ่งอาการแย่ อ่อนเพลีย แต่ถ้าน้ำตาลต่ำก็หมดแรง หลายเรื่อง” (หญิง11 อายุ 71 ปี, เป็นเบาหวานมา 10 ปี FBS 164 mg/dl)

“เบาหวานมันเป็นดาบสองคม น้ำตาลมาก ก็แย่ น้ำตาลลดก็แย่ หมดแรงไปหมด ต้องคุมดีๆ” (ชาย4 อายุ 69 ปี, เป็นเบาหวานมา 10 ปี FBS 110 mg/dl)

2. การตรวจพบโรคเบาหวาน การตรวจพบโรคเบาหวานมีทั้งจากการสังเกตอาการผิดปกติแล้วไปพบแพทย์ และการตรวจพบโดยบังเอิญของทีมสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าการตรวจพบว่าเป็นโรคเบาหวานครั้งนี้เริ่มจากตนเองสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและจึงไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา สำหรับอาการเริ่มต้นของโรค คือ เวียนศีรษะ อ่อนเพลียง่าย ปัสสาวะบ่อย รายละเอียดดังนี้

2.1 มีอาการชวนสงสัยเป็นเบาหวาน ผู้ให้ข้อมูลอธิบายความเจ็บป่วยตามประสบการณ์และความรู้เดิมของตนเอง และการสอบถามหรือปรึกษาบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้าน โดยอาการที่ทำให้คิดว่าเป็นเบาหวาน คือ เวียนศีรษะบ่อยๆ รู้สึกอ่อนเพลียง่าย และบางรายระบุว่า สงสัยว่าทำไมตนเองปัสสาวะบ่อย และอ่อนเพลีย

“เริ่มจากฉี่บ่อย และมากด้วย เป็นอยู่ประมาณ 2 อาทิตย์ มีนหัว เวียนหัว ก็สงสัยว่าเป็นเบาหวาน เคยคุยกับข้างบ้าน เค้าก็มีอาการแบบนี้ เลยให้ลูกพาไปหาหมอ” (หญิง4 อายุ 72 ปี, เป็นเบาหวานมา 10 ปี FBS 181 mg/dl)

อย่างไรก็ตามบางรายมีอาการเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย แต่ไม่ได้คิดว่าตนเองเป็นเบาหวาน เข้าใจว่าเจ็บป่วยทั่วไปตามอายุหรือเข้าสู่วัยทอง

“มันเริ่มจากเวียนหัว ไม่มีแรง เป็นอยู่สองสามอาทิตย์ เป็นๆ หายๆ ก็คิดว่าเป็นจากสาเหตุอะไร แต่ไม่ได้คิดว่าเป็นเบาหวาน นึกว่าแก่แล้ว จะเป็นวัยทองหรืออย่างไร เลยไปตรวจ หมอเจาะเลือด น้ำตาลขึ้นมา 220” (หญิง17 อายุ 64 ปี, เป็นเบาหวานมา 10 ปี FBS 189 mg/dl)

2.2 ไม่ได้มีอาการ แต่ตรวจพบโดยบังเอิญ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า ไม่มีอาการและอาการแสดงใดๆ แต่ตรวจพบเมื่อไปรับการรักษาความเจ็บป่วยอื่นที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ยังตรวจพบเมื่อตรวจสุขภาพประจำปีหรือไปรับการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองเบาหวานจากเจ้าหน้าที่ที่ไปให้บริการในหมู่บ้าน

“ไม่รู้สิว่ามีอาการผิดปกติอะไร อยู่ๆก็ตรวจเจอเอง ตอนนั้นไม่สบาย เป็นไข้ ไปนอนที่โรงพยาบาล หมอว่าปอดอักเสบ ลองเจาะเลือดดู เจอเบาหวานซะให้” (หญิง5 อายุ 64 ปี, เป็นเบาหวานมา 20 ปี FBS 169 mg/dl)

“ไปตรวจสุขภาพประจำปีหรอก พี่สาวกับหมอนามัยชวนไปตรวจ เลยเจอว่าเป็นเบาหวาน ไม่ได้มีอาการอะไรให้เห็น” (หญิง7 อายุ 62 ปี, เป็นเบาหวานมา 1 ปี FBS 119 mg/dl)

บางรายคิดว่า โชคดีที่มีการจัดบริการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคเบาหวานในหมู่บ้าน ทำให้มีโอกาสเจาะเลือดตรวจและทราบว่าเป็นเบาหวาน

“โชคดี มีหมอเค้าไปตรวจหาเบาหวานตามบ้าน นัดให้คนใหญ่มาตรวจกัน เลยไปตรวจบ้างจะได้รู้ว่าร่างกายเป็นอย่างไร เจอน้ำตาลขึ้นเลยรักษามาจนถึงวันนี้” (หญิง8 อายุ 67 ปี, เป็นเบาหวานมา 10 ปี FBS 158 mg/dl)

3. สาเหตุของการเป็นโรคเบาหวาน การอธิบายสาเหตุของความเจ็บป่วยเป็นไปตามความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์เดิมของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

3.1 กินจุ กินหวาน ผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าโรคเบาหวานเกิดจากการรับประทานอาหารมากและการรับประทานอาหารหวานมากเกินไป บางรายทราบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากกรรมพันธุ์ซึ่งบุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติเป็นเบาหวาน จึงไม่ได้ระมัดระวังในการรับประทานอาหารทำให้เป็นสาเหตุของโรคเบาหวานได้

“ป้าเป็นคนกินข้าวจุ ชอบกินขนมหวาน มันชื่นใจดี นี่แหละเหตุที่ทำให้เป็นเบาหวาน” (หญิง 18 อายุ 69 ปี, เป็นเบาหวานมา 10 ปี FBS 195 mg/dl)

“บ้านลุงไม่เคยมีใครเป็นเบาหวานเลย ก็เลยคิดว่าไม่มีกรรมพันธุ์ ไม่ต้องกลัวเบาหวาน กินทุกอย่างเต็มที่ ชอบกินของหวาน กับข้าวก็ต้องหวาน สุดท้ายเลยเป็นโรคเบาหวาน” (ชาย 2 อายุ 68 ปี, เป็นเบาหวานมา 6 ปี FBS 135 mg/dl)

3.2 ความอ้วน ผู้ให้ข้อมูลคิดว่าความอ้วนเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคเบาหวาน และเป็นสาเหตุของโรคร่วมอย่างอื่น เช่น โรคหัวใจและโรคความดันโลหิตสูง

“ความอ้วนนี่แหละสาเหตุหลัก ป้าว่านะ พออ้วนมันทำให้เป็นได้หลายโรคเลย เบาหวาน ตามมาด้วยหัวใจ ความดัน” (หญิง 13 อายุ 63 ปี, เป็นเบาหวานมา 9 ปี FBS 159 mg/dl)

“ลุงไม่รู้หรอกว่าเกิดจากอะไร คิดๆ ไป คนอ้วนทำให้ร่างกายเสื่อมง่ายไปหมด ส่วนที่คุมเบาหวานในตัวเราน่าจะเสื่อม เลยเป็นเบาหวานได้ ที่ลุงเป็นตอนแรกน้ำหนักตั้ง 80 กิโลนะ กินจุ หิวบ่อยไปหมดอะไรก็อร่อย...” (ชาย 3 อายุ 61 ปี, เป็นเบาหวานมา 10 ปี FBS 120 mg/dl)

3.3 พ่อแม่เป็น ลูกหลานก็เป็น ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเป็นโรคทางพันธุกรรม บุคคลที่มีประวัติพ่อแม่หรือปู่ย่าตายายเป็น ย่อมมีโอกาสเป็นเบาหวานได้

“คิดว่าจะจะเป็นจากกรรมพันธุ์นี่นะ พี่ชายก็เป็น ถูกตัดขาไปแล้วด้วย” (ชาย 4 อายุ 69 ปี, เป็นเบาหวานมา 10 ปี FBS 110 mg/dl)

“กรรมพันธุ์นี่แน่นอน พ่อ ปู่ เป็นเบาหวาน เลยได้มรดกตกทอดมาด้วย เป็นตั้งแต่อายุ 53 นะ ตอนนั้น ป้าอ้วนด้วยอะไรด้วย เวียนหัวบ่อยๆ ประจวบเหมาะกันพอดี ตรวจเจอเบาหวานเลย” (หญิง 1 อายุ 61 ปี, เป็นเบาหวานมา 8 ปี FBS 118 mg/dl)

4. ผลที่เกิดขึ้นเมื่อโรคเบาหวาน การเป็นเบาหวานทำให้เกิดผลกระทบการดำรงชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ดังนี้

4.1 ความเข้มงวดกับตัวเอง ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า เมื่อเป็นเบาหวานต้องเข้มงวดกับตนเอง ทำให้ต้องระมัดระวังไปทุกเรื่องทั้งอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการพักผ่อน

“เมื่อเป็นเบาหวานทำให้ต้องระมัดระวังอาหารการกินมากขึ้น ตอนนี้ป้าไม่เอาเลยขนมหวาน และกินยาไม่ให้ขาด” (หญิง 10 อายุ 62 ปี, เป็นเบาหวานมา 10 ปี FBS 86 mg/dl)

“ต้องเข้มงวดหน่อย คุมตัวเราทุกเรื่องทั้งอาหาร ไม่อดนอน ออกกำลังกาย ป้าเดินตอนเช้าทุกวัน คอยสังเกตตัวเองว่ามีอาการผิดปกติอะไร เวียนหัว ใจสั่น เหน็บชาหรือเปล่า” (ชาย 5 อายุ 62 ปี, เป็นเบาหวานมา 10 ปี FBS 116 mg/dl)

4.2 ความเครียด เสียงาน เสียเงิน การเป็นโรคเบาหวานทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาตนเอง บางครั้งต้องลางานหรือหยุดงานเพื่อไปตรวจรักษาหรือพักรักษาตัวเอง

“บางทีก็เครียดนะ เสียงานและเสียเงิน ป้าขายของ วันไหนหมอนัดนี้ ต้องหยุดขาย เสียรายได้ไป มาหาหมอทีก็ครึ่งค่อนวันแหละ บางทีเจ็บหนัก นอนโรงพยาบาลยิ่งไปกันใหญ่” (หญิง 20 อายุ 65 ปี, เป็นเบาหวานมา 10 ปี FBS 129 mg/dl)

4.3 รู้สึกเป็นภาระบุตรหลาน ผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ทำให้เป็นภาระของบุตรหลานโดยเฉพาะเรื่องการจัดเตรียมอาหาร บางทีบุตรหลานต้องแยกสำรับให้ผู้สูงอายุ และการที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน คือ มีอาการเหน็บชาปลายเท้า ทำให้บุตรหลานต้องระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

“บางทีก็เกรงใจนะ เพราะเป็นภาระของลูกหลานเค้า เรากินไม่ได้ เค้ากินได้ ลำบาก” (หญิง 22 อายุ 72 ปี, เป็นเบาหวานมา 12 ปี FBS 230 mg/dl)

“ลูกหลานต้องคอยมาดูแล เวลาไปไหนมาไหนลำบาก มือเท้าชา ไม่รู้จะร้อนอะไรเย็น เดินเตะโน่นนี่ เป็นแผลอีก” (ชาย 7 อายุ 72 ปี, เป็นเบาหวานมา 10 ปี FBS 125 mg/dl)

4.4 ความคล่องแคล่วลดลง การเป็นโรคเบาหวานทำให้มีความคล่องตัวในการเคลื่อนไหวลดลง มีอาการเวียนศีรษะง่ายในบางครั้ง จึงต้องลดกิจกรรมทางสังคม งานรื่นเริงลงบ้าง และบางรายเดินได้ช้าลงเนื่องจากตามัวและมีอาการชาปลายเท้า

“เวลาเป็นเบาหวานแล้วรู้ตัวเลยว่า ความคล่องตัวลดลง มันคอยจะมึนหัว เวียนหัว เลยต้องลดงานรื่นเริงไปบ้าง” (ชาย 1 อายุ 63 ปี, เป็นเบาหวานมา 2 ปี FBS 186 mg/dl)

“เดินเหินไม่คล่อง เพราะว่าตามัว และมันชาปลายเท้า กลัวว่าจะไปเหยียบไฟ เหยียบหนามเข้า ต้องระวัง” (ชาย 6 อายุ 82 ปี, เป็นเบาหวานมา 20 ปี FBS 232 mg/dl)

4.5 ความต้องการทางเพศลดลงแต่ความรักผูกพันยังคงเดิม แม้ว่าการเป็นโรคเบาหวานทำให้ความต้องการทางเพศลดลง อวัยวะเพศชายไม่แข็งตัว ส่วนผู้หญิงอาจมีอารมณ์หงุดหงิดง่ายด้วย แต่ทั้งผู้ชายและผู้หญิงความรักใคร่ผูกพันกันในครอบครัวยังคงอยู่

“เวลาเป็นเบาหวานนานเข้า มันเสื่อมไปหมด มันไม่ขึ้นเลย นานๆ จะมีอะไรกันสักครั้ง แต่ยังเฝ้าๆ ก็ยังรักป่าเหมือนเดิม” (ชาย 7 อายุ 72 ปี, เป็นเบาหวานมา 10 ปี FBS 125 mg/dl)

“วัยนี้ไม่มีแล้ว มันอ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีอารมณ์ไหนหรอกจะ อยู่กันแบบเพื่อน คอยดูแลกันมากกว่า บางทีหงุดหงิดง่ายด้วย แต่ลูกเค้าก็ไม่มาทวงใจ” (หญิง 12 อายุ 63 ปี, เป็นเบาหวานมา 10 ปี FBS 159 mg/dl)

5. สิ่งที่ยังกังวลใจที่สุดเมื่อเป็นโรคเบาหวาน เมื่อเป็นโรคเบาหวานทำให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคหลายประการ ได้แก่ เป็นแผลแล้วหายยาก การถูกตัดขา ตามัวหรือตาบอดจากเบาหวานขึ้นตาและไตวาย

5.1 เป็นแผลแล้วหายยากและถูกตัดขา สิ่งที่ยังกังวลมากที่สุด คือ การเป็นแผลแล้วหายยากจนอาจถูกตัดขา ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเห็นว่า โรคเบาหวานทำให้เป็นแผลแล้วหายยากและอาจพิการได้จากการถูกตัดขา และบางรายกล่าวว่ากลัวมากเพราะมีญาติเป็นโรคเบาหวานและถูกตัดขามาแล้ว ทำให้กลัวมากเมื่อเป็นแผลที่เท้า

“กลัวที่สุด ก็คือ การเป็นแผลแล้วหายยาก เคยเห็นมาหลายคนแล้ว รักษาเป็นปี เสียเวลา เสียทุกอย่าง สุดท้ายหมดตัดขาละ” (หญิง 4 อายุ 72 ปี, เป็นเบาหวานมา 10 ปี FBS 181 mg/dl)

“พี่ชายของป้าโดนมาแล้ว เบาหวานแล้วเป็นแผลเรื้อรัง จนดำ เน่า หมอต้องตัดขาไป เคียวนี่ลำบากมาก ไปไหนก็ไม่ค่อยได้ ผอมโซ” (หญิง 3 อายุ 61 ปี, เป็นเบาหวานมา 3 ปี FBS 161 mg/dl)

5.2 ตามัวหรือตาบอดจากเบาหวานขึ้นตา ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งกล่าวว่า กลัวและกังวลมาก การที่น้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานจะทำให้ “เบาหวานขึ้นตา” และตาบอดได้

“ลืมนึกว่ากลัวที่สุด คือ ตาบอด เบาหวานนี้เค้าจะทำให้ขึ้นตาแล้วตาบอดได้ แะที่สุด ไปไหนมาไหนไม่ได้ มองไม่เห็น แย่กว่าอะไรทั้งหมด” (ชาย 1 อายุ 63 ปี, เป็นเบาหวานมา 2 ปี FBS 186 mg/dl)

5.3 กลัวโรคไต ผู้ให้ข้อมูลบางรายกลัวว่าจะเกิดโรคแทรกซ้อน คือ โรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งทำให้ทุกข์ทรมานมากและเสียค่าใช้จ่ายมาก

“เวลาเป็นเบาหวานนี้ต้องระวังเรื่องไต กลัวเป็นโรคไต ตัวบวม หน้าบวม ถ้าต้องฟอกไตละแยะเลย ไม่มีตั้งค์หรือ” (หญิง 8 อายุ 67 ปี, เป็นเบาหวานมา 10 ปี FBS 158 mg/dl)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเมื่อเป็นเบาหวานของผู้สูงอายุเป็นการอธิบายความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยตามประสบการณ์ความรู้ความเข้าใจและความเชื่อของผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้าน สอดคล้องกับแนวคิดของโคลแมนซึ่งบุคคลจะอธิบายความเจ็บป่วยตามเหตุผลและความเชื่อในสังคมวัฒนธรรมของตนเอง (Kleinman, 1980) จากการให้ความหมายเกี่ยวกับโรคเบาหวาน สาเหตุ ผลที่เกิดขึ้นและสิ่งที่กังวลใจของผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นโรคเรื้อรัง ควบคุมอาการได้ และต้องดูแลตนเองต่อเนื่อง มีสาเหตุหลักจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร “กินจุ กินหวาน ความอ้วน” และพันธุกรรม “พ่อแม่เป็น ลูกหลานก็เป็น” กล่าวได้ว่าผู้สูงอายุมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานตามหลักทางการแพทย์ส่วนหนึ่ง ขณะเดียวกันก็มีมุมมองในการอธิบายความเจ็บป่วยแบบเข้าใจได้ง่ายในทัศนะของผู้ป่วย นับเป็นการผสมผสานระหว่างแนวคิดทางด้านการแพทย์ (Biomedical model) และแนวคิดพื้นบ้าน (Traditional model) ซึ่งการสัมภาษณ์และเรียนรู้จากผู้ป่วยทำให้ผู้ให้บริการเข้าใจความคิดของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในด้านการประเมินวินิจฉัยตนเองพบว่า ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนไม่ได้วินิจฉัยตนเองว่าเป็นเบาหวานเนื่องจากไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรคเบาหวาน และเข้าใจว่ามีอาการเจ็บป่วยตามวัยเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทำให้ไปรับการรักษาช้า ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับผลการวิจัยของต่างประเทศซึ่งพบว่า การที่ผู้สูงอายุไม่ทราบอาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน รวมทั้งไม่ได้ตระหนักถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคช้า (Habte, Kebede, Fenta & Boon, 2016) ดังนั้นบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนรวมถึงโรงพยาบาลต่างๆ ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิควรตระหนักถึงความสำคัญและปรับเปลี่ยนการให้บริการที่มุ่งบริการเชิงรุกให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องโดยคำนึงถึงการอธิบายความเจ็บป่วยในทัศนะของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันรวมทั้งสามารถดูแลตนเองได้

เมื่อพิจารณาผลที่เกิดขึ้นเมื่อเป็นโรคเบาหวานพบว่า ผู้สูงอายุแสดงทัศนะที่แตกต่างกัน ผลที่เกิดขึ้นอาจเกิดผลกระทบได้ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรงทั้งในขณะที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ เวียนศีรษะ หงุดหงิดง่าย ความต้องการทางเพศลดลง สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา (ทัศนาศูววรรณนะปรกรณ์ และสายพิณสุริยวงศ์, 2554) นอกจากนี้ข้อค้นพบจากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุอธิบายว่าการเป็นเบาหวานส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคมด้วย เนื่องจากอาการทางกายส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ ทำให้รายได้ลดลง และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้เหมือนเดิม บางครั้งอาจมีความเครียดและรู้สึกเป็นภาระของบุตรหลาน พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องเข้าใจผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเมื่อเป็นโรคเบาหวานซึ่งไม่ใช่เพียงจากโรคแต่เป็นผลกระทบจากความเจ็บป่วยซึ่งมีลักษณะของการบูรณาการความเป็นองค์รวม ไม่สามารถแยกส่วนได้ การเข้าใจความเป็นองค์รวมของปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพสามารถวิเคราะห์ปัญหาความต้องการให้ครอบคลุมตามความเป็นจริงเพิ่มขึ้น

สำหรับสิ่งที่ผู้สูงอายุกังวลใจมากที่สุดเมื่อเป็นโรคเบาหวาน พบว่า เป็นผลกระทบทางด้านร่างกายซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งภาพลักษณ์ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ การเป็นแผลแล้วหายยากและถูกตัดขา ตามัวหรือตาบอดและกลัวโรคไตนั้น นับเป็นประเด็นสำคัญซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่อาจเกิดขึ้นได้ การที่ผู้สูงอายุตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวเป็นสิ่งที่ดีที่จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ดียิ่งขึ้น

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำให้เข้าใจการอธิบายความเจ็บป่วยในทัศนะของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และได้แนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพควรตระหนักถึงความสำคัญของการรับฟังปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุและพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่คำนึงถึงการอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในทัศนะของผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย

ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการอธิบายความเจ็บป่วยและการจัดการความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เพื่อหาแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

- กฤษณา นาดี, ประคอง อินทรสมบัติ และสมจิต หนูเจริญกุล. (2542). พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มารับบริการจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดชลบุรีเป็นครั้งแรก. *วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล*, 3(1), 27-44.
- กุลฤดี จิตตยานันต์ และคณะ. (2556). ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(3), 110-121.
- ทัศนีย์ ชูวรรณะปรกรณ์ และสายพิน สุริยวงศ์. (2554). มุมมองการป่วยของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(4), 96-107.
- เทพ หิมะทองคำ และคณะ. (2557). *ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: วิทยพัฒน์.
- นงนุช โอเบะ, ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์ และสมจิตร ชัยรัตน์. (2551). ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 2(1), 78-90.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2559). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ 2 "KICK OFF TO THE GOALS"*. นนทบุรี : สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- Abebe, S.M., Berhane, Y., Worku, A., & Assefa, A. (2014). Diabetes mellitus in North West Ethiopia: a community based study. *BMC Public Health*, 14(1), 97.
- Davies, M.J., Tringham, J.R., Troughton, J., & Khunti, K.K. (2004). Prevention of type 2 diabetes mellitus: a review of the evidence and its application in a UK setting. *Diabet Med.* 21(5), 403-414.

- Habte, B.M. Kebede, T., Fenta, T.G. & Boon, H. (2016). Explanatory models of adult patients with type 2 diabetes mellitus from urban centers of central Ethiopia. *BMC Res Notes*, 9(441),1-11, DOI: 10.1186/s13104-016-2248-3
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology medicine, and psychiatry*. Berkley. London: University of California Press.
- Krippendorff, K. (2013). *Content analysis: An introduction to its methodology* (3rd ed). California, CA: Sage Publications.
- Ladha, et al. (2009). The Health seeking behaviour of elderly population in a poor-urban community of Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc*, 59(2), 89-92.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts and Practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- World Health Organization. (2016). *Global report on diabetes*. Genewa: World Health Organization.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

ชลดา กิ่งมาลา, พย.ม. *

เอื้อจิต สุขพูล, วท.ม. **

วัชรวิงค์ หวังมัน, พย.บ. ***

บทคัดย่อ

การศึกษาวัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการวางแผนเพื่อสุขภาพ (PRECED-PROCEED Model) กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลท่าสว่าง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 213 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสื่อสนับสนุนการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสื่อสารภายในครอบครัวและกลุ่มเพื่อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p < .001$, $p < .001$, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาโปรแกรมในการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเข้าถึงสื่อการสื่อสารกับบุคคลในครอบครัวและกลุ่มรวมเพื่อน รวมถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อไป

คำสำคัญ : วัยรุ่น แบบจำลองการวางแผนเพื่อสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์

* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

*** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

Factors related to pregnancy prevention behaviors among Adolescents in community, Maung District Surin Province

*Chonlada Kingmala, MSN**

*Aurjit Sookpool, M.S.***

*Watchareewong Wongmun, BSN****

Abstract

The purpose of this cross-sectional study was to determine factors related to pregnancy prevention behavior among teenage in community, Maung District Surin Province based on PRECEDE-PROCEED Model. Subject were 213 teenage in Muang District Surin Province, selected by means of simple random sampling. Data were collected by using the Self-administered questionnaire and analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, pearson's Product Moment Correlation.

The findings revealed that perceived risk to pregnancy, perceived self efficacy to avoid risk of pregnancy behaviors, media access to pregnancy prevention and communication in family and friends was positive related to pregnancy prevention behaviors ($p<.001$, $p<.001$, $p<.001$ and $p<.001$;respectively). Therefore, intervention regarding self-efficacy to media access, communication with my family and friends and perceived risk of adolescent pregnancy in the future.

Keywords: Adolescent, Precede-proceed model, Pregnancy prevention behaviors

* Nursing instructors Boromarajonani College of Nursing, Surin

** Nursing instructors Boromarajonani College of Nursing, Surin

*** Nursing instructors Boromarajonani College of Nursing, Surin

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในปัจจุบัน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี จากเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ไม่ควรเกินร้อยละ 10 จากรายงานสถานการณ์การคลอดบุตรทั่วโลกของยูนิเซฟในปี พ.ศ. 2546 พบว่า มีอุบัติการณ์การคลอดของบุตรวัยรุ่นทั่วโลก ประมาณ 14 ล้านคน โดยพบว่าประมาณ 12.8 ล้านคน หรือมากกว่าร้อยละ 90 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งประเทศที่มีอัตราการคลอดบุตรในวัยรุ่นสูงสุดพบในประเทศแถบแอฟริกาใต้ และบางประเทศในเอเชียใต้ (มนฤดี เตชะอินทร์ และพรธณี ศิริวรรณานา, 2555, หน้า 1-13) ในประเทศไทยมีแนวโน้มของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นทุกปี ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ปีพ.ศ. 2551-2555) พบว่าอัตราการคลอดบุตรของวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี โดยพบว่ามีมารดาวัยรุ่นที่อายุน้อยที่สุดคือ 8 ปี และจากรายงานข้อมูล ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (1 ม.ค. – 23 ส.ค. 56) พบว่า มีเด็กเกิดทั้งหมด 481,279 คน และพบว่าร้อยละ 17.73 เป็นเด็กที่เกิดจากมารดาวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 20 ปี (สำนักปลัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2556, หน้า 3) ซึ่งแสดงให้เห็นได้ว่าการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี

จากการศึกษาที่ผ่านเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า ส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดความรู้ ทักษะและมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ที่เหมาะสม (บุญขจรสมบัติ ศิริทิพย์, 2555, หน้า 8-25; พรทิพย์ มีชัย, 2556, หน้า 60-63) การใช้รูปแบบการแก้ไขปัญหาด้านกลุ่มเพื่อน (ศุทธิณี ปิยสุวรรณ์ และคณะ, 2552, หน้า 47-56) การมองว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่ยอมรับได้ หากเป็นสิ่งที่เกิดจากความรัก คิดว่าตนเองไม่มีสิทธิ์ในการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์กับคู่รัก (บุญยั้ง มานะบริบูรณ์ และคณะ, 2546) และจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่วนใหญ่เลือกใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 88.8 รองลงมาคือวิธีการหลั่งนอกช่องคลอดและการนับระยะปลอดภัย ซึ่งทั้ง 2 วิธีเป็นวิธีการที่ปฏิบัติได้ยากและมีโอกาสพลาด และนำไปสู่การตั้งครรภ์ได้สูง (นิธิรัตน์ บุญตานนท์ และภัสสร นรารักษ์, 2555, หน้า 1-4) นอกจากนี้ยังพบว่าตั้งแต่ช่วงปี 2555-2557 วัยรุ่นหญิงมีแนวโน้มของการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมลดน้อยลง จากร้อยละ 80 เป็นร้อยละ 59.5 (สำนักกระบาด กรมควบคุมโรค อ้างถึงใน สำนักอนามัยเจริญพันธุ์, 2558) และพบว่าวัยรุ่นหญิงมีแนวโน้มการตั้งครรภ์ซ้ำเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 11.3 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 12.8 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข อ้างถึงใน สำนักอนามัยเจริญพันธุ์, 2558) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นที่มีแนวโน้มลดน้อยลง และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังมีน้อย ส่วนใหญ่ทำการศึกษาในประเด็นความรู้ ทักษะ แต่ยังพบน้อยในการศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมอื่นๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่น เช่น การรับรู้ความรุนแรง-โอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการป้องกันการตั้งครรภ์

แนวคิดจากแบบจำลองการวางแผนเพื่อสุขภาพ (PRECEDE-PROCEED model) ได้ระบุไว้ว่าบุคคลจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพได้นั้น จำเป็นที่จะต้องประกอบด้วยปัจจัยหลัก 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ (เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคล เช่น ความรู้ ทักษะ ค่านิยม การรับรู้) ปัจจัยเอื้อ (เป็นลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ เช่น แหล่งประโยชน์ สื่อต่างๆ ที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ) ปัจจัยเสริม (เป็นแรงเสริมที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การกล่าวชื่นชม การให้รางวัล การลงโทษ) ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 นี้จะสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำมาประยุกต์ใช้

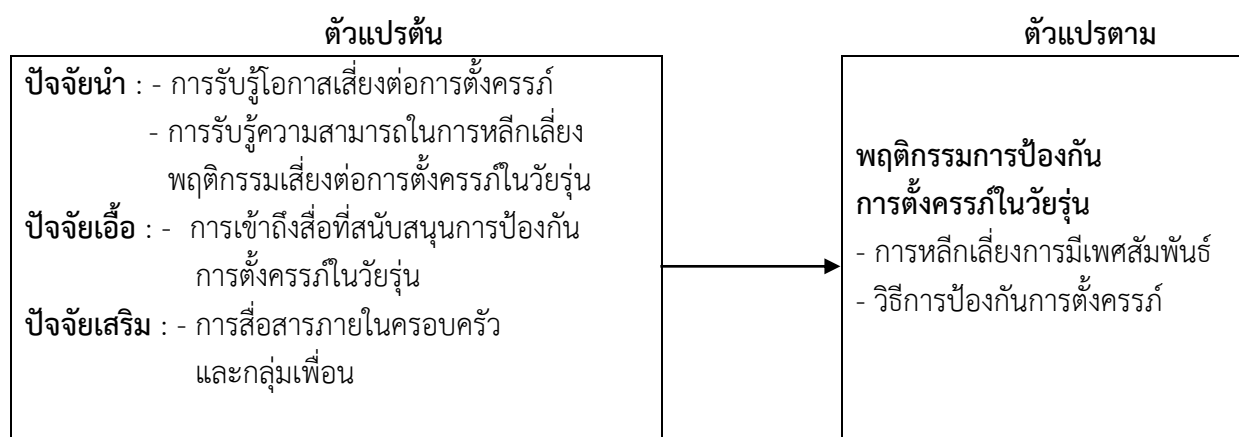
จังหวัดสุรินทร์ เป็นจังหวัดที่อยู่ติดเขตชายแดนไทย-กัมพูชา มีการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม และความเชื่อต่างๆ พบว่ามีแนวโน้มของอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นทุกปี จากการศึกษาที่ผ่านมาในรอบ 3 ปี (พ.ศ.2554-

2556) พบว่าอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 48, 50.3 และ 48.3 ตามลำดับ (สำนักกระบวนวิชา กรมอนามัย อ้างถึงใน ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง และอารีรัตน์ จันทร์ลาภ, 2557, หน้า 29) ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้ว่าสถานการณ์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในทุกปี ซึ่งอาจมีเหตุปัจจัยอื่นที่นอกเหนือจากความรู้ และทัศนคติที่ส่งผลทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่เหมาะสม และนำมาสู่การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดเป็นปัญหาแก่สังคมตามมา จากข้อมูลที่ผ่านมาทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในชุมชนเขตอำเภอเมือง ซึ่งมีทั้งวัยรุ่นที่อยู่ในระบบการศึกษา และไม่อยู่ในระบบการศึกษาซึ่งอาจมีปัจจัยสนับสนุนในการป้องกันการตั้งครรภ์ที่หลากหลาย โดยมีการประยุกต์ใช้แนวคิด PRECED Framework เพื่อค้นหาปัจจัยทั้ง 3 ด้านนี้ที่มีส่วนช่วยสนับสนุนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในเขตจังหวัดสุรินทร์ซึ่งเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีหนึ่งที่มีแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และนำไปสู่การพัฒนาเป็นเครื่องมือการจัดกิจกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรในวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในชุมชน

กรอบแนวคิด



สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงในการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
2. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสื่อการสนับสนุนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสื่อสารภายในครอบครัว และกลุ่มเพื่อน เช่น เรื่องเพศ เพศสัมพันธ์ การป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลท่าสว่าง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในประชากรวัยรุ่นชายและหญิง มีอายุระหว่าง 10-19 ปีที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลท่าสว่าง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 213 คน แบ่งออกเป็นวัยรุ่นตอนต้น (10-13 ปี) จำนวน 79 คน วัยรุ่นตอนกลาง (14-16 ปี) จำนวน 74 คน และวัยรุ่นตอนปลาย (17-19 ปี) จำนวน 60 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ วัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตตำบลท่าสว่าง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ที่อยู่ระบบการศึกษา (กำลังศึกษา) และนอกระบบการศึกษา (ไม่ได้ศึกษา) และมีความยินดีในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยมีการนำเสนอโครงการเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ตามใบรับรองเลขที่ P-EC 06-04-58 และมีการพิทักษ์สิทธิโดยการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการตอบแบบสอบถาม โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจในการตอบแบบสอบถาม และไม่ตอบแบบสอบถามได้ และต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครอง โดยการเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากในระหว่างการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจในการตอบแบบสอบถาม สามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ทันที โดยไม่มีผลใดๆ แก่กลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาและสร้างขึ้น และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียน ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับชั้นเรียน ผลเฉลี่ยการศึกษา การอาศัยอยู่กับบิดามารดา ค่าใช้จ่ายที่ได้รับรายวัน ฯลฯ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ตนเองว่าเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ประกอบด้วย การมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน, วิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ แบบวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) 4 ระดับ มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ค่าความเชื่อมั่น Cronbach alpha coefficient = 0.78
3. การรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมคำถามเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ได้แก่ การเปิดรับสื่อที่กระตุ้น การแต่ต้องสัมผัสระหว่างชายหญิงเชิงซู้สาว การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้อุปกรณ์ แบบวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) 4 ระดับ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจปานกลาง มั่นใจน้อย ไม่มั่นใจ ค่าความเชื่อมั่น Cronbach alpha coefficient = 0.82

4. การเข้าถึงสื่อที่สนับสนุนการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมคำถามเกี่ยวกับช่องทางการเข้าถึงสื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และความสะดวกในการเข้าถึงสื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร แบบวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert Scale) 4 ระดับ ค่าความเชื่อมั่น Cronbach alpha coefficient = 0.85

5. การสื่อสารภายในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมเกี่ยวกับการสื่อสารภายในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน เกี่ยวกับสรีระของวัยรุ่น สุขวิทยา การมีเพศสัมพันธ์ และการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร แบบวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert Scale) 4 ระดับ ค่าความเชื่อมั่น Cronbach alpha coefficient = 0.75

6. พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การเที่ยวสถานบันเทิงเรีงรมย์ การแต่งเนื้อต้องตัวระหว่างชาย หญิงเชิงคู่สาว การปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ และวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แบบวัดเป็นแบบมาตรประมาณค่าของลิเคิร์ท (Likert Scale) 4 ระดับ ค่าความเชื่อมั่น Cronbach alpha coefficient = 0.88

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลท่าสว่าง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ โดยระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในช่วงเดือนธันวาคม 2558 ถึงเดือนพฤษภาคม 2559 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่างและตามเกณฑ์คัดเข้าโดยได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 213 คน
2. ผู้วิจัยประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ
3. เมื่อได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามโดยกลุ่มผู้วิจัย
4. นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำมาวิเคราะห์ตามขั้นตอนการวิจัย
5. เมื่อสิ้นสุดการสรุปผลการวิจัย ผู้วิจัยจะนำเอกสาร แบบสอบถามทุกฉบับไปทำลาย โดยเครื่องทำลายเอกสาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงมีความใกล้เคียงกัน โดยเพศหญิงมากกว่าเพศชายเล็กน้อย (ร้อยละ 52.6 และ 47.4 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย 14.66 ปี (S.D. = 2.55) โดยพบว่าวัยรุ่นตอนต้นมากที่สุด รองลงมาเป็นวัยรุ่นตอนกลาง และน้อยที่สุดคือวัยรุ่นตอนปลาย (ร้อยละ 37.1, 34.7 และ 28.2 ตามลำดับ) ระดับการศึกษาพบมากที่สุดคืออื่นๆ (ไม่ได้เรียน, ปวช.) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 และน้อยที่สุด คือ ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 (ร้อยละ 23.5, 17.4 และ 8.5 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดา มารดา รองลงมาคืออยู่กับ

มารดา และน้อยที่สุดคืออยู่กับบิดา (ร้อยละ 68.5, 16 และ 3.8 ตามลำดับ) สถานภาพสมรสของบิดามารดา ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ด้วยกัน รองลงมาคือ หย่าร้าง และน้อยที่สุดคือ อื่นๆ (ร้อยละ 71.4, 12.2 และ 0.5 ตามลำดับ) เมื่อเกิดปัญหาส่วนใหญ่ปรึกษาบิดา มารดา รองลงมาคือ มารดา และน้อยที่สุดคือ อื่นๆ (ร้อยละ 45.5, 31 และ 0.9 ตามลำดับ) ช่องทางในการได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศศึกษาส่วนใหญ่ได้รับจากครู รองลงมาคือ บิดา มารดา และน้อยที่สุดคือ หนังสือพิมพ์ (ร้อยละ 44.6, 21.1 และ 0.5 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่มีแฟน (ร้อยละ 73.2)

เมื่อทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่า ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสื่อสนับสนุนการป้องกันการตั้งครรภ์และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสื่อสารภายในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.004$, $p = 0.36$, $p = 0.020$, $p = 0.021$, $p = 0.000$, $p = 0.000$ และ $p = 0.000$ ตามลำดับ : ตารางที่ 1) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสื่อสารในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$: ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์

ตัวแปร	1	2	3	4	5
ปัจจัยนำเข้า					
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงการตั้งครรภ์	1.00				
2. การรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์	.180**	1.00			
ปัจจัยเอื้อ					
3. การเข้าถึงสื่อการป้องกันการตั้งครรภ์	.323**	.382**	1.00		
ปัจจัยเสริม					
4. การสื่อสารในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน	.369*	.300**	.636**	1.00	
5. พฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์	.288*	.277**	.281**	.275**	1.00

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

อภิปรายผล

การศึกษาพบว่า ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ กล่าวได้ว่าการที่วัยรุ่นรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงในการตั้งครรภ์จะช่วยส่งผลทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพของ เบคเกอร์ (อ้างอิงใน เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง, ม.ป.ป.) ที่กล่าวไว้ว่า บุคคลจะมีความเชื่อที่แตกต่างกัน และจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงโรคโดยการปฏิบัติตนที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคนั้นๆ และการรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ กล่าวได้ว่าการที่วัยรุ่นมีการรับรู้ว่าตนเองสามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์

จะช่วยส่งผลทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของแบนดูรา ที่กล่าวว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อส่วนบุคคลที่คิดว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมใดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นหากวัยรุ่นรับรู้ว่าคุณเองสามารถหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ได้จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการวิจัยของ วัชรภรณ์ บัตรเจริญ, ปาหนัน พิษยภิญโญ และอาภาพร เผ่าวัฒนา (2555) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสื่อสนับสนุนการป้องกันการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ กล่าวได้ว่าการที่วัยรุ่นเข้าถึงสื่อ เช่น ทีวี หนังสือพิมพ์ วารสาร อินเทอร์เน็ต ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ จะช่วยสนับสนุนให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ได้เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ วัชรภรณ์ บัตรเจริญ, ปาหนัน พิษยภิญโญ และอาภาพร เผ่าวัฒนา (2555) ที่พบว่าช่องทางการเข้าถึงสื่อและความสะดวกในการเข้าถึงสื่อกระตุ้นอารมณ์ทางเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสื่อสารภายในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ กล่าวได้ว่าการสื่อสารภายในครอบครัว และกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับเรื่องเพศ และการป้องกันการตั้งครรภ์ จะช่วยสนับสนุนให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ที่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการวิจัยของ วัชรภรณ์ บัตรเจริญ, ปาหนัน พิษยภิญโญ และอาภาพร เผ่าวัฒนา (2555) ที่พบว่าการสื่อสารเรื่องเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถสนับสนุนกรอบแนวคิดของ PRECEDE –PROCEED Model กล่าวคือ ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสื่อการสนับสนุนพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสื่อสารภายในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ ดังนั้นจึงควรมีการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ การเข้าถึงสื่อทางเพศที่เหมาะสม และการสื่อสารเรื่องเพศภายในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงในการตั้งครรภ์ การเข้าถึงสื่อทางเพศที่เหมาะสม และการสื่อสารเรื่องเพศภายในครอบครัวและกลุ่มเพื่อนอย่างเหมาะสม เพื่อให้วัยรุ่นเกิดพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- นิริรัตน์ บุญตานนท์ และ ภัสสร นารักษ์. (2555). การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เรื่องยากที่ต้องช่วยกัน. *เพื่อนสุขภาพ* อนามัยที่ 5, 6(2), 1-4.
- บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์. (2546). การศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ของเด็กนักเรียนหญิงหลังฟังบรรยายแบบมีส่วนร่วมเรื่อง เพศศึกษา. สืบค้นจาก <http://www.sirirajmedj.com/content.php>
- เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง. (ม.ป.ป.). แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief model). (เว็บบล็อก). สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/115420>
- ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง และอารีรัตน์ จันทร์ลำภู. (บรรณาธิการ). (2557). *สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- บุญศรี สิริทรัพย์. (2555). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาในเขตนครชัยบุรินทร์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 5*, 6(13), 8-25.
- พรทิพย์ มีชัย, ชไมพร บุญร่วม, พรเพชร สิมพา, ณัฐนิชา แดงสกุล, สุรศักดิ์ ไชยสงค์ และอิสรา จูมมาลี. (2556). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินในนักเรียนนักศึกษา ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. *การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานระดับชาติ The 5th Annual Northeast Pharmacy Research Conference of 2013 "Pharmacy Profession: Moving forward to ASEAN Harmonization"* วันที่ 16-17 กุมภาพันธ์ 2556 ณ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. สืบค้นจาก <http://pharm.kku.ac.th/isan-journal/journal/volumn9-no1/002-Proceeding/Page60-63.pdf>
- มนฤดี เตชะอินทร์ และพรณิ ศิริวรรณานา. (2555). *การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Adolescent pregnancy)*. สืบค้นจาก <http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php>
- วัชรภรณ์ บัตรเจริญ, ปาหนัน พิษยภิญโญ และอาภาพร เผ่าวัฒนา. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนไทย ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*. 42(1), 29-39.
- ศุทธิณี ปิยะสุวรรณ และประภาพร มินา. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้วิธีการแก้ไขปัญหามือเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 27(2), 47-56.
- สถานการณ์การคลอดบุตรของวัยรุ่นไทย ปี 2555. (2556). [ม.ป.ท.] : สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สำนักอนามัยและเจริญพันธุ์. (2558). *Fact Sheet วัยรุ่น....วัยเรียนกับอนามัยเจริญพันธุ์*. สืบค้นจาก <http://rh.anamai.moph.go.th/download/pdf/FactSheet-%20Ok.pdf>

โรควิตกกังวลทั่วไป ดีขึ้นได้ด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม

จุฑารัตน์ ทองสลับ *

บทคัดย่อ

โรควิตกกังวลทั่วไป เป็นหนึ่งในโรคกลุ่มโรควิตกกังวลที่พบบ่อยที่สุด ซึ่งผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลมากเกินไปในหลายๆ สถานการณ์ และรู้สึกว่าคุณควบคุมได้ยาก อาการเป็นอยู่อย่างเรื้อรัง เนื่องจากการไม่สามารถเผชิญปัญหาหรือจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและที่รุนแรงที่สุดคืออาจเสียชีวิตได้ แต่เดิมการดูแลช่วยเหลือคือการรักษาโดยใช้ยาเพื่อลดความวิตกกังวลและบรรเทาอาการแสดงทางกาย แต่ก็ไม่มีประสิทธิภาพมากเพียงพอ จากการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการยอมรับและมีการรายงานถึงประสิทธิภาพอย่างแพร่หลาย คือการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมหรือที่เรียกสั้นๆ ว่า CBT โดยการบำบัดนี้จะเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนให้เป็นความคิดใหม่ที่ถูกต้อง เรียนรู้การมีพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาหรือจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : โรควิตกกังวลทั่วไป การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

Generalized anxiety disorder Better yet with Cognitive Behavioral Therapy

Jutharat Thongsalab*

Abstract

Generalized anxiety disorder It is one of the most common Anxiety disorders. The patient is overly anxious in many situations and feels difficult to control. Symptoms are chronic. Due to the inability to cope with problems or deal with anxiety. Affect the daily life of the patient and the most severe is probably fatal. Originally, caring for help was Drug therapy to relieve anxiety and physical symptoms. But it is not effective enough. Studies have shown that there are recognized and well-reported treatments of efficacy. It is Cognitive behavioral therapy. Also referred to simply as CBT, this therapy focuses on reframing distorted cognition into new cognition. Learn to have the right behavior. This will help the patient to cope the problem or deal with the anxiety that occurs effectively.

Keywords: Generalized anxiety disorder, Cognitive behavioral therapy, CBT

* Nursing instructors Boromarajonani College of Nursing, Surin

บทนำ

จากสถานะเศรษฐกิจสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ทำให้ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญ ในปี พ.ศ. 2558 องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถานการณ์ภาวะโรคทั่วโลก (Global burden of disease) พบว่า กลุ่มโรควิตกกังวลได้รับการจัดอันดับให้เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญเป็นอันดับที่ 6 ของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years) และยังพบเป็น 1 ใน 10 สาเหตุของปีสุขภาวะที่สูญเสียจากภาวะพร่องทางสุขภาพ (Years lived with disability : YLD) ในทุกภูมิภาคของโลก สำหรับประเทศไทยพบ YLD ในกลุ่มโรควิตกกังวล ร้อยละ 3 (WHO, 2016) ในปีล่าสุด พ.ศ. 2556 มีผลการสำรวจระดับชาติ พบว่า ร้อยละ 7.4 ของตลอดช่วงชีวิตคนไทยที่ผ่านมา จะเป็นโรคทางจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งโรค โดยป่วยเป็นโรควิตกกังวลถึงร้อยละ 3.1 และมีความชุกสูงที่สุดในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา สอดคล้องกับรายงานสถิติการมารับบริการด้านจิตเวชของสำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิตที่มีจำนวนผู้มารับบริการด้วยโรควิตกกังวลในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 106,997 คน และในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 124,992 คน ซึ่งมีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 16.82 (สำนักยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

กลุ่มโรควิตกกังวล เป็นกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งคุกคามมากเกินไป เป็นระยะเวลานานและมีความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่ต่างๆ โรควิตกกังวลที่พบบ่อย ได้แก่ โรคกลัวสิ่งจำเพาะเจาะจง โรควิตกกังวลการเข้าสังคม โรคแพนิค และโรควิตกกังวลทั่วไป (อุษา น่วมเพชร และอุณจิตร คุณารักษ์, 2559, หน้า 303-343) ซึ่งโรควิตกกังวลทั่วไปหรือเรียกว่า Generalized Anxiety disorders : GAD พบบ่อยที่สุดในกลุ่มโรควิตกกังวลที่กล่าวมา มีความชุก (Life time prevalence) ร้อยละ 3 - 8 ของประชากร พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า อาการมักเริ่มต้นในช่วงวัยเด็กถึงวัยรุ่น (Sandock, & Sandock, 2008, pp. 263-267) โดยมีอาการแสดงของความวิตกกังวลมากเกินไปในหลายๆ สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต และรู้สึกวุ่นวายใจได้ยาก เรื้อรังเป็นปีๆ อาการมักเป็นๆ หายๆ รุนแรงในช่วงเครียด หลังจากเครียดแล้วอาการจะดีขึ้น อันเป็นผลเนื่องมาจากการไม่สามารถเผชิญปัญหาหรือจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วย GAD จึงต้องใช้บริการในระบบสุขภาพอยู่เป็นประจำ สอดคล้องกับการรายงานของ พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2560) ที่พบว่าอัตราเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรควิตกกังวลมีเพียงร้อยละ 20.1 โดยเป็นการรับบริการกับผู้เชี่ยวชาญนอกระบบสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 17.3 (ผู้เชี่ยวชาญนอกระบบสุขภาพ ได้แก่ ผู้นำศาสนา หมอแผนโบราณ หมอผี ฯลฯ รวมถึงการบำบัดทางเลือกอื่นๆ เช่น บำบัดด้วยโภชนาการ การฝังเข็ม สมุนไพร นักราช ฯลฯ) รองลงมาคือการรับบริการจากบุคลากรสุขภาพทั่วไป ร้อยละ 4.3 และน้อยที่สุดคือการรับบริการจากบุคลากรในระบบสุขภาพที่เป็นบุคลากรจิตเวช ร้อยละ 1.1 จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนได้ว่า การรักษาในระบบบริการสุขภาพที่ส่วนใหญ่เป็นการรักษาด้วยยานั้น อาจมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอหรือไม่ตอบสนองต่อความต้องการการบรรเทา/ลดอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลได้ จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเลือกไปรับบริการจากผู้เชี่ยวชาญนอกระบบสุขภาพมากกว่าในระบบสุขภาพถึงร้อยละ 11.9 สนับสนุนได้ว่าการรักษาด้วยการใช้ยาเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวล

จากการศึกษาพบว่า มีวิธีการบำบัดแบบอื่นนอกจากการใช้ยาที่สามารถช่วยผู้ป่วย GAD ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นที่ยอมรับ นั่นก็คือการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy : CBT) ที่เป็นการผสมผสานแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมนิยมและปัญญานิยมนำมาช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาหรือจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ดังจะเห็นได้จากรายงานวิจัยของ Hunot et al. (2007) พบว่า มีผู้ป่วย GAD ประมาณร้อยละ 50 ที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยการบำบัดแบบ CBT แบบสมบูรณ และผู้ป่วย GAD อีกประมาณร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความตั้งใจในการรักษา สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ในระดับที่สูงหลังจากการบำบัดรักษาด้วย CBT และมีประสิทธิภาพใกล้เคียง

กันกับการรักษาด้วยยา ซึ่งสอดคล้องกับรายงานวิจัยของ Bandelow et al. (2012) ที่สรุปผลการวิจัยว่า การรักษาผู้ป่วย GAD ที่ดีที่สุดคือการรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัด CBT เพราะว่าการรักษาโดยการให้ยาจะช่วยลดระดับความวิตกกังวลที่รุนแรงได้ และมีผลในการช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามหลัก CBT ได้ดีกว่าจึงมีประสิทธิภาพในการรักษาที่สามารถลดระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นทางเลือกในการบำบัดรักษาผู้ป่วย GAD ไม่ได้มีเพียงการรักษาด้วยยาเท่านั้น ยังมีการบำบัดแบบ CBT ที่ได้ผลดีในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล จนสามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสมบทความนี้จะรวบรวม และทบทวนความรู้ในประเด็นเกี่ยวกับการวินิจฉัย สาเหตุการเกิดความวิตกกังวล แนวคิดการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไป และวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วย GAD โดยการให้ยาและการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไป (American Psychiatric Association, 2013)

มีอาการกังวลมากเกินไปเกินกว่าเหตุและกังวลในหลายหัวข้อ เหตุการณ์ หรือกิจกรรม ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะไม่สามารถควบคุมความกังวลนี้ได้ มีอาการทางกาย (อย่างน้อย 3 ใน 6 ข้อ หรือในเด็กมีเพียง 1 ใน 6 ข้อ) ดังต่อไปนี้ 1) กระสับกระส่าย หรือรู้สึกเครียด หรือรู้สึกประหม่า 2) อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย 3) มีปัญหาด้านสมาธิ 4) หงุดหงิด 5) อาการตึงเครียดของกล้ามเนื้อ 6) มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนและมีการบอกหรือพูดถึงอาการเหนื่อยเพลีย หัวใจเต้นเร็ว แน่นหน้าอก เหงื่อออก และสั่นบ่อยๆ อาการทั้งหมดนี้ต้องแสดงให้เห็นนานกว่า 6 เดือน โดยส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญ และอาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติดหรือมีสาเหตุจากอาการวิตกกังวลหรือโรคทางจิตเวชอื่น ๆ

สาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านชีวภาพ ประกอบด้วย (รัตนา สายพานิชย์ และธนิศา หิรัญเทพ, 2558, หน้า 190-208)

1.1 กรรมพันธุ์ มีการศึกษาพบว่า ความกลัว ความวิตกกังวลถูกควบคุมโดยยีนส์ และมักพบความวิตกกังวลผิดปกติบ่อยๆ ในกลุ่มญาติของผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ โดยเฉพาะในญาติที่ใกล้ชิด

1.2 กายวิภาคของระบบประสาท พบว่ามีการทำงานมากขึ้นของสมองส่วน Temporal cerebral cortex, locus ceruleus ทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้

1.3 สารสื่อประสาท พบมีการลดลงของ Gamma-Aminobutyric Acid : GABA ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทประเภทยับยั้ง โดยภาวะปกติมีบทบาทสำคัญช่วยให้สมองผ่อนคลาย แต่เมื่อ GABA ลดลง ก็ส่งผลให้สมองได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง สมองเกิดความไม่ผ่อนคลาย ควบคุมความคิดและอารมณ์ได้น้อยลง เกิดเป็นความวิตกกังวลมากเกินไปเกินกว่าเหตุและยังพบการลดลงของระดับสารซีโรโทนิน (Serotonin หรือ 5-HT) ทำให้เกิดอาการคิดในแง่ลบ คิดมาก นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ รวมถึงมีการเพิ่มมากเกินไปของนอร์อิพิเนพริน (Norepinephrine : NE) ทำให้มีการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก เกิดมีการตอบสนองต่ออารมณ์และความเครียดที่เร็วหรือมากเกินไป นำไปสู่ความวิตกกังวลและอาการทางกาย เช่น ใจสั่น หายใจขัด เหงื่อออก ท้องไส้ปั่นป่วน ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย ฯลฯ

2. ด้านจิตสังคม มีทฤษฎีทางจิตวิทยาหลายทฤษฎี ที่ได้กล่าวถึงความวิตกกังวล (Masters, 2012, pp.69-70 ; รัตนา สายพานิชย์ และสุวรรณี พุทธิศรี, 2555, หน้า 174-195) ขอเสนอโดยสังเขป ดังนี้

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis Theory) เชื่อว่า อาการวิตกกังวลเกิดจากความขัดแย้งของจิตไร้สำนึกมีความผิดปกติในแง่ของการรับรู้และการแปลผลต่อเหตุการณ์ เป็นไปในลักษณะมองโลกในแง่ร้าย และยังมีการประเมินความสามารถในการแก้ปัญหาของตนต่ำเกินความเป็นจริง จึงทำให้เกิดความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล (ศุภกรใจ เจริญสุข, 2556)

2.2 ทฤษฎีการคงอยู่ (Existential Theory) เชื่อว่า คนทุกคนต้องการความเจริญก้าวหน้าและการพัฒนา ซึ่งเป็นสิ่งใหม่สำหรับบุคคล จึงเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว และความวิตกกังวล (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2554)

2.3 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Theory) เชื่อว่า ความวิตกกังวลเป็นผลมาจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยในระยะแรกความวิตกกังวลเกิดจากการถ่ายทอดความผูกพันทางอารมณ์จากมารดาสู่ทารก ในระยะต่อมาความวิตกกังวลเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเกรงว่าจะไม่ได้รับการยอมรับหรือจะสูญเสียความรักจากบุคคลที่เขาให้ความสำคัญ

2.4 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพลบลาว (Peplau's Interpersonal Relations Theory) เชื่อว่า บุคคลมีความแตกต่างกันในลักษณะของความเป็นปัจเจกและภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นคือปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกเพื่อตอบสนองต่อภาวะคุกคามทางจิตใจเพื่อเผชิญกับสิ่งเร้าและการต้องปรับตัวให้เข้าสู่สภาวะสมดุล ส่งผลต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (สายฝน เอกวรังกูร, 2559)

2.5 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) เชื่อว่า ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด โดยการเรียนรู้ผ่านขบวนการจำแนก (Identification) และการเลียนแบบ (Imitation) เช่น การเลียนแบบวิธีตอบสนองความเครียดตามแบบที่เคยเห็นจากบุคคลที่เด็กศรัทธา

2.6 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavior Theory) เชื่อว่า พฤติกรรมมนุษย์ทุกพฤติกรรม เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ โดยความวิตกกังวลเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากบุคคลถูกวางเงื่อนไขแบบคลาสสิกหรือโดยการนำเอาสิ่งเร้าธรรมดาไปคู่กับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือมีอันตราย และความวิตกกังวลเป็นผลจากสิ่งเร้าที่มีลักษณะทำให้บุคคลทราบว่าจะได้รับการเสริมแรงทางบวกที่เปลี่ยนไป ทำให้บุคคลได้รับสิ่งที่ไม่พึงพอใจแทน เมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้าดังกล่าวอีกครั้ง จึงเกิดความไม่แน่ใจว่าจะได้รับการเสริมแรงทางบวกหรือได้รับสิ่งที่ไม่พอใจ จึงทำให้เกิดความวิตกกังวล

2.7 แนวคิดทฤษฎีปัญญานิยมหรือนักคิดบำบัด (Cognitive Theory) เชื่อว่า คนส่วนใหญ่ใช้ความรู้ความสามารถเพื่อทำให้คนอื่นยอมรับและชื่นชม คนที่มีปัญหาทางอารมณ์คือคนที่รู้สึกมากเกินไปกับการยอมรับหรือไม่ยอมรับตัวเองจากบุคคลอื่น เขาชื่นชมและยกย่องตนเองเมื่อผู้อื่นยกย่องและชื่นชม ถ้าผู้อื่นปฏิเสธ เขาจะซึมเศร้าและวิตกกังวล

แนวคิดการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไป

Behar et al. (2009) ได้สรุปแบบจำลองแนวคิดการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไป 5 แบบจำลอง ซึ่งในแต่ละแบบจำลองๆ มีส่วนสำคัญที่ทำให้เข้าใจถึงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไป ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปแบบจำลองแนวคิดการเกิดโรควิตกกังวล

แบบจำลอง	องค์ประกอบการเกิดโรค	แนวทางการบำบัดรักษา
1. Avoidance Model of Worry and GAD : AMW	- ความคิดเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยง	1. การตรวจสอบตนเอง
แบบจำลองการหลีกเลี่ยงความกังวล	- ความเชื่อด้านบวกของความกังวล	2. การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย
เชื่อว่า ความกังวลกระบวนการที่เกิด	- การขาดประสิทธิภาพในการแก้ไข	3. การฝึกการลดความวิตกกังวลเป็นระดับ
เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าทางอารมณ์	ปัญหาและการจัดการอารมณ์	4. การเรียนรู้การควบคุมตัวกระตุ้น
	- ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	5. การตรวจสอบผลลัพธ์ของความกังวล
	- รูปแบบความผูกพัน	6. เรียนรู้การอยู่กับปัจจุบัน
	- ประสบการณ์การเจ็บปวดที่ผ่านมา	7. การสร้างความหวังในชีวิต

ตารางที่ 1 (ต่อ)

แบบจำลอง	องค์ประกอบการเกิดโรค	แนวทางการบำบัดรักษา
2. Intolerance of Uncertainty Model : IUM แบบจำลองการไม่ยอมรับรูปแบบความไม่แน่นอน เชื่อว่า ความกังวลเป็นกระบวนการเพื่อหลีกเลี่ยงความไม่แน่นอน	- การไม่ยอมรับกับความไม่แน่นอน - การเข้าใจปัญหาแบบด้านลบ - การคิดแบบหลีกเลี่ยง - การมีความเชื่อเกี่ยวกับความกังวลว่ามีประโยชน์	1. การตรวจสอบตนเอง 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับ IUM 3. การประเมินความเชื่อเกี่ยวกับความกังวล 4. การปรับแก้วิธีการทำความเข้าใจปัญหา 5. การประมวผลความกลัวหลัก
3. Metacognitive Model: MCM แบบจำลองอภิปัญญา เชื่อว่า บุคคลจะมีส่วนร่วมในกระบวนการเพื่อหลีกเลี่ยงการกังวลเกี่ยวกับความวิตกกังวล	- ความเชื่อด้านบวกต่อความกังวล - ความกังวลชนิดที่ 1 - ความเชื่อด้านลบต่อความกังวล - ความกังวลชนิดที่ 2 - การขาดประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหา	1. การวิเคราะห์เป็นรายกรณี 2. การขัดเกลาทักษะสังคม 3. อภิปรายถึงการไม่สามารถควบคุมความกังวลได้ 4. อภิปรายถึงอันตรายของความกังวล 5. อภิปรายถึงความเชื่อด้านบวกของความกังวล
4. Emotion Dysregulation Model : EDM แบบจำลองการไม่สามารถควบคุมอารมณ์ เชื่อว่า ความกังวลว่าเป็นหนึ่งในกระบวนการเผชิญปัญหา ที่ไม่มีประสิทธิภาพในการจัดการและหลีกเลี่ยงความกังวล	- การแสดงออกทางอารมณ์ที่มากเกินไป - การไม่เข้าใจในเรื่องอารมณ์ - การมีความคิดด้านลบต่อการแสดงอารมณ์ - การจัดการและควบคุมอารมณ์ไม่เหมาะสม	1. ฝึกการผ่อนคลาย 2. การปรับเปลี่ยนความเชื่อให้ถูกต้องเหมาะสม 3. การทำความเข้าใจกับอารมณ์ 4. การฝึกทักษะทางอารมณ์ 5. การฝึกประสบการณ์การเปิดเผยอารมณ์
5. Acceptance-Based Model of GAD : ABM แบบจำลองการยอมรับพฤติกรรม เชื่อว่าความกังวลเป็นหนึ่งในกระบวนการของการหลีกเลี่ยงประสบการณ์ที่ไม่พึงพอใจจากประสบการณ์ภายใน	- ประสบการณ์ภายใน - ความสัมพันธ์ที่มีปัญหา - ประสบการณ์ภายใน - การหลีกเลี่ยงประสบการณ์ - การมีข้อจำกัดด้านพฤติกรรม	1. การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับ ABM 2. การฝึกสติ/สมาธิ และการฝึกการยอมรับพฤติกรรม 3. ฝึกเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นการกระทำอันมีค่า

ที่มา : Behar et al. (2009)

แบบจำลองฯ ทั้ง 5 แบบ ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการคิดแบบหลีกเลี่ยง (Cognitive Avoidance) ซึ่งเป็นวิธีการคิดที่ทำให้เกิดความกังวล โดยมีองค์ประกอบแนวคิดการเกิดโรคในแต่ละแบบจำลองฯ ที่แตกต่างกัน จึงทำให้มีแนวทางการบำบัดรักษาที่แตกต่างกัน แต่สิ่งที่พบได้เหมือนกันในทุกแบบจำลอง คือ การใช้เทคนิคการให้สุขภาพจิตศึกษา การตรวจสอบตนเอง และการฝึกทักษะการเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมให้เหมาะสม ซึ่งวิธีดังกล่าวนี้ก็คือ การใช้เทคนิคการบำบัดแบบ CBT นั่นเอง

แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วย GAD

ในการบำบัดรักษาผู้ป่วย GAD นั้นสามารถทำได้หลากหลายวิธี แต่วิธีโดยทั่วไปก็คือการบำบัดทางยา และการบำบัดทางจิต ในหัวข้อนี้จะนำเสนอข้อมูลสำคัญเรื่อง การบำบัดทางยาและการบำบัดทางจิต ดังนี้

1. การบำบัดทางยา (Psychopharmacotherapy) กลุ่มยาหลักที่ใช้ในการรักษามี 3 กลุ่ม (Bandelow et al., 2012, p. 77-84) ดังนี้

1.1 กลุ่ม Benzodiazepine เช่น Diazepam จะใช้ในช่วงสั้นๆ ที่ผู้ป่วยมีอาการเท่านั้น ช่วยส่งเสริมการทำงานของ GABA ในการยับยั้งการส่งกระแสประสาทจึงลดความวิตกกังวลและอาการทางกายได้ เมื่ออาการดีขึ้นพิจารณาลดยาลง

1.2 กลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) และ Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor (SNRI) เช่น Sertraline, Paroxetine, Fluoxetine, Venlafaxine มีผลต่อการยับยั้งการดูดกลับของซีโรโทนิน นอร์อิพิเนฟริน ทำให้อาการซึมเศร้าและวิตกกังวลลดลงได้

1.3 กลุ่ม Azapirone chemical class ได้แก่ Buspirone ซึ่งมีฤทธิ์แตกต่างจากยาในกลุ่ม Benzodiazepines ไม่ทำให้เสพติดหรือมีอาการถอนยาหลังหยุดใช้ยาอย่างถูกต้อง โดยออกฤทธิ์ต่อ 5-HT_{1A} (5-hydroxy- tryptamine_{1A} หรือ Serotonin 1A) receptor และ 5-HT₂ receptor รวมถึง D₂ (Dopamine₂) receptor ส่งผลต่อสมดุลของสารสื่อประสาทในสมองทำให้อารมณ์ความรู้สึกกลับมาเหมือนปกติ

นอกจากนี้ยังมียา กลุ่ม Tricyclic เช่น Imipramine ที่จะใช้ในกรณีที่ใช้ยาในกลุ่ม SSRI และ SNRI ไม่ได้ผล รวมถึงนิยมใช้ยาในกลุ่ม B-Adrenergic antagonists ได้แก่ Propranolol ใช้กรณีมีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น มือสั่น ใจสั่น ฯลฯ

2. การบำบัดทางจิต (Psycho Therapy) เป็นการใช้เทคนิคและรูปแบบการบำบัดที่หลากหลาย ดังนี้

2.1 การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย (Applied Relaxation : AR) จากการศึกษาของ Siev, & Chambless (2007) พบว่า การใช้เทคนิคผ่อนคลายเป็นทางเลือกในการบำบัดแบบดั้งเดิม และมีผลดีมากสำหรับผู้ป่วย GAD โดยได้ผลดีกว่าในการบำบัดรักษาความผิดปกติของความวิตกกังวลอื่น ๆ

2.2 บำบัดแบบจิตพลวัต (Psychodynamic Therapy) เป็นการใช้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัด โดยให้ผู้ป่วยพูดถึงข้อขัดแย้งในจิตใจออกมา เรียกกระบวนการนี้ว่า การโอนถ่ายข้อมูล (Transference) ซึ่งผู้บำบัดจะสะท้อนพฤติกรรมของผู้ป่วยออกมา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจสาเหตุของความวิตกกังวล และสามารถทนกับความกังวลนั้นได้มากขึ้น (รัตน สหายพิณชัย และสุวรรณี พุทธิศรี, 2555)

2.3 บำบัดแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) มีรายงานการศึกษาของ Bolognesi, Baldwin, & Ruini (2014) ได้ทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล PubMed และ Google Scholar ระหว่างเดือนตุลาคม 2554 และกันยายน 2555 เกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วย GAD ทั้งสิ้น 22 รายงานวิจัย พบว่า การบำบัด CBT เป็นวิธีการรักษาทางจิตวิทยาที่มีการศึกษามากที่สุด และได้รับการแนะนำให้เป็นตัวเลือกแรกสำหรับผู้ป่วย GAD

ดังนั้นควรทำความเข้าใจกับการบำบัดแบบ CBT เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย GAD ดังรายละเอียดในหัวข้อลำดับต่อไป

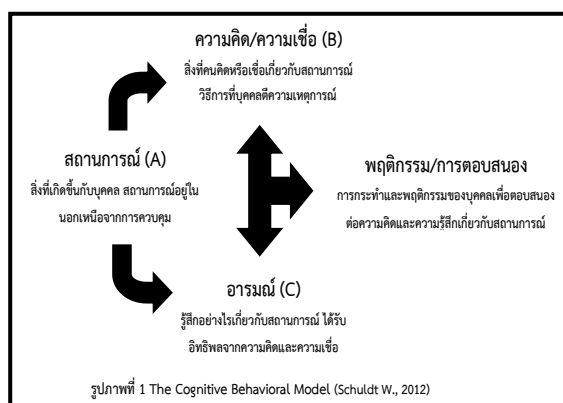
การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT)

Aaron Beck, 1971 เป็นผู้ริเริ่มการบำบัดแบบ CBT ซึ่งเป็นการบำบัดทางจิตแบบมีโครงสร้างและกระบวนการรักษาที่ชัดเจน ใช้ระยะเวลาสั้น มุ่งการตรวจสอบการรับรู้ที่บิดเบือน (Thought distortion) ความ

เชื่อที่ผิดพลาด (Core belief) และจุดบอดของบุคคล ซึ่งนำไปสู่ปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อเหตุการณ์ แต่จะสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ตามความเป็นจริงและสามารถจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม เมื่อมีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อในมุมมองใหม่ โดยใช้วิธีการบำบัดแบบผสมผสานระหว่างทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavioral Theory) และทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา (Cognitive Theory) (แพ จันทรสุข, 2556, หน้า.45-52)

แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมนิยม ที่นำมาผสมผสานเป็น CBT เชื่อว่า พฤติกรรมมนุษย์ทุกพฤติกรรม เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ ดังนั้นการจัดวางเงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อม จึงสามารถกำหนดพฤติกรรม ดัดแปลงพฤติกรรม และคงพฤติกรรมหรือจำกัดพฤติกรรมทั้งที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ได้ (Mohr, 2009) การให้ความช่วยเหลือหรือรักษาผู้ป่วยจะทำในรูปแบบของพฤติกรรมบำบัด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในกลยุทธ์/เทคนิคที่ใช้ในกระบวนการบำบัดแบบ CBT เพื่อที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการทำให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม

ในส่วนทฤษฎีปัญญานิยมหรือนิกคิดบำบัด (Cognitive Therapy) ก็ให้ความสำคัญกับความคิดและความเชื่อ ว่า ความคิดมีอิทธิพลต่อความรู้สึกและการกระทำของมนุษย์ โดยที่บุคคลมีความคิดทั้งที่สมเหตุผลและไม่สม



เหตุผล หรือมีความคิดที่เรียกว่า ความคิดอัตโนมัติ ที่เป็นความคิดที่ทำให้เกิดปัญหา การช่วยเหลือ จะใช้การบำบัดแบบเน้นเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม ด้วยการสอนแนวคิด A-B-C (รูปภาพที่ 1) เพื่อให้บุคคลเข้าใจในความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของตน โดยที่ A (Activating event) คือ เหตุการณ์ที่เป็นตัวกระตุ้น B (Belief) หมายถึง ความเชื่อ และ C (Consequences) หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามมา (Schuldt, 2012 และ แพ จันทรสุข, 2556)

การบำบัดแบบ CBT มีหลักการพื้นฐาน คือ กำหนดปัญหาของผู้ป่วยตามวิธีการคิด (Cognition) ที่เป็นปัญหาของแต่ละบุคคล อาศัยสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัด ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาที่เป็นปัจจุบัน โดยสอนให้ผู้ป่วยระบุ ประเมินและตอบสนองต่อคิดและความเชื่อที่เป็นปัญหาให้เหมาะสม ประกอบกับการใช้เทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดและการนิกคิดบำบัดที่หลากหลาย จุดมุ่งหมายสูงสุดคือการสอนให้ผู้ป่วยเป็นนักบำบัดโรคของตัวเองและเน้นการป้องกันการกำเริบของโรค โดยมีโครงสร้างกระบวนการบำบัดแบบ CBT ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 โครงสร้างกระบวนการบำบัดแบบ CBT

กระบวนการ	ขั้นเริ่มต้น	ขั้นดำเนินการ	ขั้นสิ้นสุด
1.ระยะเริ่มต้น	1. กำหนดเป้าหมายการบำบัด 2. ทำการตรวจสอบอารมณ์ (Mood check)* 3. เก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม 4. อภิปรายเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ให้สุขภาพจิตศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการบำบัด และเน้นการสร้าง ความหวัง	1. ร่วมกันระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายกับผู้ป่วย 2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับรูปแบบความคิด (Cognitive model)* 3. เชื่อมโยงปัญหาทางความคิดของผู้ป่วย	1. ทำการสรุป 2. ทบทวนการมอบหมาย การบ้าน (Home work)* 3. ให้ข้อเสนอแนะ

ตารางที่ 2 (ต่อ)

กระบวนการ	ขั้นเริ่มต้น	ขั้นตอนการ	ขั้นสิ้นสุด
2.ระยะเข้าสู่โครงสร้างและรูปแบบการบำบัด	1.ทำการตรวจสอบอารมณ์ 2.กำหนดเป้าหมายการบำบัด 3.รวบรวมข้อมูลใหม่ ๆ เพิ่มเติม 4.ทบทวนการบ้านและจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหา	1.เริ่มฝึกทักษะเฉพาะในบริบท ของปัญหาผู้ป่วย เช่น วิธีการลด ความกังวล การสร้างความคิดใหม่ และการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ 2.อภิปราย ติดตามผล มอบหมาย การบ้าน 3.เริ่มทำงานกับปัญหาต่อไป	1.กระตุ้นให้สรุป 2.ทบทวนการบ้านใหม่ 3.ให้ข้อเสนอแนะ
3.ระยะสิ้นสุด	ผู้บำบัดจะพยายามผลักดันให้ผู้ป่วยเป็นผู้ที่สามารถระบุความคิดที่บิดเบือนของตนเอง และคิดค้น การบ้าน และนำเอาทักษะที่ได้รับมาปรับใช้เป็นของตนเองได้ เพื่อเป็นการเตรียมผู้ป่วยสำหรับการยุติ การบำบัดและป้องกันการกำเริบของโรค		

***Mood Check** คือ การตรวจสอบอารมณ์โดยการใช้แบบประเมินต่าง ๆ เช่น แบบประเมินความวิตกกังวล
หรือแบบตรวจสอบอารมณ์ ด้วยตนเอง

***Home work** คือ การมอบหมายให้บันทึกพฤติกรรม ความคิดอัตโนมัติ ประเมินการตอบสนองต่อความคิด
อัตโนมัติ การทดลองแก้ปัญหา การทดสอบพฤติกรรม การฝึกใช้ทักษะต่าง ๆ ที่เรียนรู้ในช่วงการบำบัด แล้วนำผล
การบ้าน มาอภิปรายและหาแนวทางร่วมกันในการแก้ไขปัญห

***Cognitive Model** คือ การสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจ แนวคิด A-B-C เพื่อใช้ในการประเมินตนเอง และค้นหา
ความคิดที่ทำให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนจัดการปรับเปลี่ยนความคิดนั้นเพื่อ
นำไปสู่การเกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสม

ที่มา : Beck (2011)

จากตารางที่ 2 ในระยะเข้าสู่โครงสร้างและการบำบัด ผู้บำบัดจะต้องมีการใช้เทคนิคต่างๆ เพื่อช่วยให้
ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ผ่านการบ้านและการตรวจสอบอารมณ์ตนเอง ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัด
แบบ CBT ผู้บำบัดจึงควรรู้จักและเข้าใจถึงกลยุทธ์ที่ใช้ในการบำบัดแบบ CBT ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กลยุทธ์หรือเทคนิคที่ใช้ในการบำบัดแบบ CBT มี 2 เทคนิคที่สำคัญ ได้แก่

1. เทคนิคการสร้างความคิดใหม่ที่ถูกต้อง (Cognitive Restructuring : CR) (Beck., 2011; Stuart, 2013)

1.1 การตรวจสอบความคิดและอารมณ์ (Monitoring thoughts and feelings) โดยการให้บันทึก
ความคิดที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน โดยมีประเด็นการบันทึก คือ 1) สถานการณ์ที่เกิดขึ้น 2) อารมณ์ที่เกิดโดยให้เป็น
ระดับ 0-100 คะแนน 3) ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองสถานการณ์ โดยให้คะแนนความเชื่อเป็น
0-100% 4) พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติ โดยระบุเหตุผลและให้คะแนนความเชื่อในเหตุผลของ
การตอบสนอง 0-100% และ 5) ผลลัพธ์จากการปรับความคิด โดยระบุและให้คะแนนอารมณ์ที่ตามมา 0-100
คะแนน ดังแสดงตัวอย่างการบันทึกในตารางที่ 3

1.2 เทคนิคการถามถึงเหตุการณ์ (Questioning the Evidence) โดยการใช้คำถามที่ช่วยให้ตรวจสอบ
หลักฐานแหล่งที่มาของข้อมูลที่บิดเบือน และกระตุ้นให้ตรวจสอบกับคนที่ไวใจ เพื่อช่วยในการปรับความคิดได้

1.3 เทคนิคการตรวจสอบทางเลือก (Examining alternatives) โดยการทำงานร่วมกันกับผู้ป่วย โดย
ให้คิดทางเลือกในการวิธีแก้ปัญหาเพิ่มเติมจากการคิดว่าไม่มีทางเลือก แล้วร่วมกันพิจารณาทางเลือกในการ
แก้ปัญหา

1.4 เทคนิคการทดลองให้คาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่รุนแรงที่สุด (Decatastrophizing) เรียกอีกอย่างว่าเทคนิค "what-if (จะเกิดอะไร...ถ้า)" โดยใช้คำถาม ดังนี้ "สิ่งเลวร้ายที่สุดที่อาจเกิดขึ้นได้" "มันจะแย่มากถ้าเกิดขึ้นจริง" "คนอื่นจะรับมือกับเหตุการณ์แบบนี้ได้อย่างไร" เป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ลองคาดการณ์และเตรียมเผชิญกับปัญหาได้

1.5 เทคนิคการเปลี่ยนมุมมอง (Reframing) เป็นกลยุทธ์ที่จะเปลี่ยนการรับรู้สถานการณ์หรือพฤติกรรม โดยมุ่งเน้นการมองให้รอบด้าน หรือกระตุ้นให้เห็นปัญหาจากมุมมองที่แตกต่าง

1.6 เทคนิคการหยุดความคิด (Thought stopping) ให้ผู้ป่วยระบุมุมความคิดที่เป็นปัญหาและพูดถึง ในขณะที่พูดถึงให้จินตนาการถึงปัญหา ผู้บำบัดจะขัดจังหวะความคิดของผู้ป่วยด้วยการตะโกนว่า "หยุด" หลังจากนั้นผู้ป่วยจะเรียนรู้ที่จะใช้การขัดจังหวะความคิดด้วยวิธีเดียวกัน ในที่สุดผู้ป่วยจะแปลงคำว่า "หยุด" เป็นวลีหรือภาพ และเรียนรู้ที่จะใช้เทคนิคอย่างเงียบ ๆ ในสถานการณ์ทุกวัน

2. เทคนิคการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Relearning new Behavior) (Stuart, 2013 ; สายฝน เอกวรารังกูร, 2559, หน้า 1-37)

2.1 เทคนิคการเลียนแบบ (Modeling) โดยการให้ผู้ป่วยสังเกตพฤติกรรมที่ดีและให้ฝึกฝนเลียนแบบ

2.2 การปรับแต่งพฤติกรรม (Shaping) กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมใหม่ และผู้บำบัดชมเชยต่อพฤติกรรมที่แสดงออกนั้น

2.3 การให้เบียร์รรถกร (Taken Economy) เป็นการเสริมแรงทางบวกโดยการให้สิ่งที่สามารถนำไปแลกตัวเสริมแรงที่ผู้ป่วยพึงพอใจ

2.4 การแสดงบทบาทสมมติ (Role playing) เป็นการฝึกซ้อมการทำพฤติกรรมที่รู้สึกว่ายากหรือลำบาก แล้วให้ข้อมูลย้อนกลับถึงการแสดงบทบาทนั้น

2.5 การฝึกทักษะทางสังคม (Social skill Training) การให้คำชี้แนะ สาธิตทักษะทางสังคม และให้ฝึกปฏิบัติ ให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้เกิดทักษะมากขึ้น

2.6 การให้สิ่งที่ไม่น่าพอใจ (Aversive Therapy) เป็นการช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการโดยการให้ในสิ่งที่ไม่พอใจหลังจากแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

2.7 การทำสัญญาฉุกเฉิน (Contingency contracting) เป็นการทำสัญญาอย่างเป็นทางการระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัดเพื่อหาพฤติกรรมที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงและทำการติดตามผลที่ตามมา เพื่อให้เกิดการมีพฤติกรรมที่พึงปรารถนาและลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

ตารางที่ 3 ตัวอย่าง ตารางบันทึก การตรวจสอบความคิดและอารมณ์ (Monitoring thoughts and feelings)

สถานการณ์ (A)	อารมณ์ (C)	ความคิด อัตโนมัติ (B)	การตอบสนองต่อความคิดใหม่ ที่มีเหตุผล (CR)	ผลจาก การปรับเปลี่ยน ความคิด
1. แฟนของฉันควรจะโทรหาฉันคืนนี้เพื่อหาหรือเกี่ยวกับแผนการของเรา แต่เขาไม่เคยทำ	กังวล 70 เศร้า 50 โกรธ 10	1. ฉันจะต้องเลิกกับเขา 60%	1. ผู้ชายหลายคนที่โรงเรียนดูเหมือนจะสนุกกับการพูดคุยและใช้เวลาอยู่กับฉัน 80%	1. ฉันจะต้องเลิกกับเขา 30%
2. เขามักยุ่งเสมอสำหรับฉัน อาจเพราะเขามีคนอื่นและต้องการที่จะเลิกกับฉัน		2. ฉันเป็นแฟนที่ไม่ดี 70%	2. ฉันจะมีเวลาอีกมากมายในอนาคตที่จะพบปะกับผู้ชายและพัฒนาความสัมพันธ์กันมากขึ้น 50%	2. ฉันเป็นแฟนที่ไม่ดี 40%
				กังวล 20 เศร้า 5 โกรธ 30

ที่มา : Stuart (2013)

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

โรควิตกกังวลทั่วไปหากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกวิธีจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยในทุกด้าน โดยผลกระทบที่ร้ายแรงที่สุดอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ จึงควรเห็นความสำคัญในการเลือกวิธีการรักษาให้กับผู้ป่วย ไม่ควรใช้การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว วิธีการบำบัดด้วย CBT เป็นวิธีที่ได้ผลดีวิธีหนึ่ง แต่ผู้บำบัดจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการบำบัด กลยุทธ์หรือเทคนิคในการลดความวิตกกังวล เทคนิควิธีการสร้างความคิดใหม่ที่ถูกต้อง เทคนิควิธีการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ ซึ่งต้องผ่านการอบรมและฝึกฝนให้ชำนาญ จึงจะสามารถนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในระบบบริการสุขภาพของไทยบุคลากรที่สามารถใช้การบำบัดแบบ CBT ส่วนใหญ่จะเป็นบุคลากรทางจิตเวชที่มีอยู่อย่างจำกัด ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการได้ยาก ไม่สอดคล้องกับลักษณะการเลือกบริการโดยปกติของผู้ป่วยที่มักจะมารับบริการกับบุคลากรสุขภาพทั่วไป ดังนั้นจึงควรขยายหรือถ่ายทอดความรู้การบำบัดแบบ CBT ด้วยการอบรมให้กับบุคลากรสุขภาพทั่วไปในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมถึงควรสร้างแนวทางปฏิบัติในของการบำบัดแบบ CBT ที่ชัดเจนเพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำไปใช้ได้อย่างถูกต้องควบคู่ไปกับการรักษาทางยา

เอกสารอ้างอิง

- แพ จันทรสุษ. (2556). การบำบัดรักษาทางจิตสังคม. ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทรสุษ และศุภกรใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 2*. (หน้า 45-52). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี วรธรรม จุฑา, อธิป ตันอารีย์, ปธานนท์ ขวัญสินี, สาวิตรี อัมมวงค์กรชัย และสุทธา สุปัญญา. (2560). ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระดับชาติ วิทยาลัยสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 25(1), 1-19.
- รัตนา สายพานิชย์ และธนิดา หิรัญเทพ. (2558). โรควิตกกังวล. ใน มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 190-208). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนา สายพานิชย์ และสุวรรณี พุทธิศรี. (2555). โรควิตกกังวล. ใน มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 174-195). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2554). *ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ (รู้เขา รู้เรา)*. (พิมพ์ครั้งที่ 16, หน้า 281-290). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ศุภกรใจ เจริญสุข. (2556). แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทรสุษ และศุภกรใจ เจริญสุข (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต(ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1*. (หน้า 90-112). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- สายฝน เอกวรังกูร (บรรณาธิการ). (2559). แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ใน *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 1-37) นครศรีธรรมราช: ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สำนักยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช . สืบค้นจาก* <http://www.dmh.go.th/report/datacenter/map/>

- อุษา น่วมเพชร อุ่นจิตร คุณารักษ์ และวิดาวรรณ จำปา. (2559). กลุ่มโรควิตกกังวล กลุ่มโรคย้ำคิดย้ำทำและโรคอื่นที่เกี่ยวข้อง และกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับความเครียดหรือเหตุการณ์สะเทือนใจกับการบำบัดทางการพยาบาล ใน สายฝน เอกวรารังกูร (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 303-343). นครศรีธรรมราช: ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bandelow, B., Sher, L., Bunevicius, R., Hollander, E., Kasper, S., Zohar, J. & Möller, H.J. (2012). Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 16 (2), 77–84.
- Beck, J.S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. (2nd ed.). New York: The Guilford Publication.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E.B., Mohlman, J. & Staples, A.M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1011-1023.
- Bolognesi, F., Baldwin, D.S., & Ruini, C. (2014). Psychological interventions in the treatment of generalized anxiety disorder: a structured review. *Journal of Psychopathology*, 20 :111-126
- Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., et al. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, 1. (CD001848)
- Masters, K. (2012). *Nursing theories: A framework for professional practice*. (pp. 69-70). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Morh, W.K. (2009). Neuroscience : Biology and Behavior. In W.K.Mohr (Ed.), *Psychiatric Mental Health Nursing: Evidence-Based Concepts, Skill, and Practice*. (pp.21-39). Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Sadock, B.J., & Sandock, V.A. (2008). *Kaplan and Sadock's Concise textbook of Clinical Psychiatry*. (3th ed., pp.263-267). Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Schuldt, W. (2012). *The Cognitive Behavioral Model*. Retrieved from <http://www.therapistaid.com/therapy-guides>.
- Siev, J. & Chambless, D.L. (2007). Specificity of treatment effects: cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal Consult Clinical Psychological*, 75(4), 513-522.
- Stuart, G.W. (2013). *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*. (10th ed.). Missouri : Mosby.
- WHO. (2016). *Depression and other common Mental Disorders : Global Health Estimates*. Geneva : WHO Document Production Services.

คำแนะนำในการเตรียมและส่งต้นฉบับ

ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ กำหนดตีพิมพ์วารสารราย 6 เดือน (จำนวน 2 ฉบับต่อปี) ยินดีรับบทความวิชาการ หรือรายงานผลการวิจัยทางการศึกษา ตลอดจนผลงานและนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยด้านสุขภาพและการศึกษาพยาบาล โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือ กำลังตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน ทั้งนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทาน แก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

1. ประเภทของเรื่องที่ส่งพิมพ์

บทความวิจัย เป็นรายงานผลการศึกษาค้นคว้าวิจัยของผู้เขียน ซึ่งไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่น ควรประกอบด้วย หัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่องและบทคัดย่อ คำสำคัญ บทนำ กรอบแนวคิดของการวิจัย (ถ้ามี) ระเบียบวิธีวิจัย ผลการศึกษา วิเคราะห์หรืออภิปรายผล ข้อเสนอแนะ และเอกสารอ้างอิง ถ้ามีกิตติกรรมประกาศหรือคำขอบคุณให้ระบุไว้ก่อนเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 8 หน้าพิมพ์

บทความปริทรรศน์ บทความที่มีการทบทวนวรรณกรรมและ/หรือความก้าวหน้าของการศึกษาวิจัย หรือทิศทางแนวโน้มการศึกษาในหัวข้อใดหรือศาสตร์ใดศาสตร์หนึ่งจนถึงปัจจุบัน (State of the art) อย่างละเอียดรอบด้านและครอบคลุม ทั้งนี้ผู้เขียนควรมีส่วนวิเคราะห์ สังเคราะห์ วิพากษ์วิจารณ์หรือแสดงความเห็นเชิงวิชาการในหัวข้อดังกล่าวด้วย ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

มุมวิจัยและสถิติ เป็นบทความที่นำรู้ทั่วไป หรือข้อเสนอแนะที่น่าสนใจเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยการใช้สถิติ ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

บทวิจารณ์หนังสือ เป็นบทความที่เขียนขึ้นเพื่อแนะนำวิเคราะห์วิจารณ์หนังสือ หรือตำราทางวิชาการเล่มใดเล่มหนึ่งอย่างเป็นวิชาการ บทวิจารณ์ควรประกอบด้วยองค์ประกอบหรือโครงสร้างของหนังสือ เนื้อหาของหนังสือในภาพรวม และเนื้อหาของแต่ละส่วนโดยย่อ (Synopsis) ข้อดี ข้อด้อย และ/หรือ ประโยชน์ของหนังสือนั้น ทั้งนี้ ความยาวของบทวิจารณ์หนังสือไม่ควรเกิน 5 หน้าพิมพ์

2. รูปแบบการเขียนและการเตรียมต้นฉบับ

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษที่มีความหมายตรงกัน

ชื่อผู้เขียน (Author) ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเขียนชื่อ-นามสกุล และคุณวุฒิทางการศึกษาของผู้เขียน เรียงลำดับตามความมากน้อยของการมีส่วนร่วมในการทำงาน และลงอักษรย่อของวุฒิการศึกษาสูงสุด ส่วนตำแหน่งหรือยศ และสถานที่ทำงานพิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถในหน้าแรก

บทคัดย่อ (Abstract)

ภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด โดยย่อเนื้อหาสำคัญที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ และมีส่วนร่วมประกอบคือ วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ

ภาษาอังกฤษ แปลจากบทคัดย่อภาษาไทย มีขนาดเนื้อหาเหมือนกับบทคัดย่อภาษาไทย

คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำหรือวลีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ช่วยให้ผู้อ่านได้สืบค้นงานวิจัยหรือบทความได้ง่ายซึ่งจะใช้ประมาณ 3-5 คำ

บทนำ (Introduction) อธิบายความเป็นมาที่เป็นปัญหาในการทำวิจัย อ้างทฤษฎีและผลการวิจัยสนับสนุน ชี้ให้เห็นความสำคัญของเรื่องที่ทำ และบอกให้รู้ว่าปัญหาการวิจัยคืออะไร งานวิจัยจะทำได้ และเพื่อวัตถุประสงค์อะไร

กรอบแนวคิดของการวิจัย (Conceptual framework) (ถ้ามี) ให้ระบุภาพรวมของงานวิจัยว่ามีแนวคิดที่สำคัญอะไรบ้าง มีการเชื่อมโยง เกี่ยวข้องกันอย่างไร ซึ่งอาจแสดงเป็นแผนภูมิ

ระเบียบวิธีวิจัย (Methodology) อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล ประชากร กลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการรวบรวมข้อมูล การใช้เครื่องมือในการวิจัยและวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการวิจัย (Result/Finding) อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ได้ ซึ่งอาจมีภาพประกอบแผนภูมิ ตารางหรือภาพสื่อในลักษณะอื่นๆ ที่เข้าใจได้ง่าย กรณีที่มีตาราง ให้ระบุ ตารางที่... ไว้เหนือตาราง และระบุที่มาไว้ใต้ตาราง ส่วนกรณีที่มีประกอบ ให้ระบุ ภาพที่... ไว้ใต้ภาพ พร้อมระบุที่มา

อภิปรายผลการวิจัย (Discussion) อภิปรายและอ้างอิงให้เห็นว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานหรือวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ ได้สร้างองค์ความรู้ใหม่ในส่วนใด และอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานให้เห็นเป็นรูปธรรม ควรบอกข้อจำกัดของงานวิจัยในครั้งนี้และระมัดระวังการเขียนรายละเอียดหรือแสดงความหมายของข้อมูลซ้ำกับส่วนของผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะ (Suggestion) เขียนบอกให้ทราบว่านำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ได้อย่างไร หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่เป็นข้อจำกัด หรือที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการศึกษา/วิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง (Reference) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA (American Psychological Association)

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

การลงเอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA (American Psychological Association) ระบุเฉพาะรายการที่ถูกอ้างอิงในเนื้อหาของบทความเท่านั้น โดยให้เรียงเอกสารภาษาไทยไว้ก่อนภาษาอังกฤษ ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงมีดังนี้

3.1 การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง

เมื่อสิ้นสุดข้อความที่ต้องการอ้างอิง ใส่ชื่อผู้แต่งไม่เกิน 3 คน ปีที่พิมพ์และเลขหน้าไว้ในวงเล็บต่อท้ายข้อความนั้น

กรณีเป็นชื่อภาษาไทยให้ใส่ชื่อและนามสกุล เช่น (เกศินี จุฑาวิจิตร, 2552, หน้า 20)

กรณีเป็นภาษาอังกฤษใส่เฉพาะนามสกุล เช่น (McCargo, 2002, pp.102-105) (Pratkanis, Breckler, & Greenwald, 1989)

กรณีที่มีผู้แต่งมากกว่า 3 คน ให้เขียนชื่อผู้แต่งคนแรกตามด้วย “et al” หรือ “และคนอื่นๆ” ในการอ้างอิงทุกครั้ง เช่น (Kendall et al., 1990)

3.2 การอ้างอิงท้ายบทความ

3.2.1 หนังสือทั่วไป

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. (ครั้งที่พิมพ์). สถานที่พิมพ์ : ผู้จัดพิมพ์.

เช่น

วิรุณ ตั้งเจริญ. (2553). พลังวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ : สันติศิริการพิมพ์.

Strunk, W, & White, E. B. (1979).The elements of style. (3rd ed.). New York: Macmillan.

3.2.2 บทความ/เรื่อง/ตอน ในหนังสือรวมเรื่อง

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ). *ชื่อหนังสือรวมเรื่อง* (ฉบับที่พิมพ์, หน้าที่ปรากฏในบทความ). สถานที่พิมพ์ : ผู้จัดพิมพ์.

เช่น

สุปราณี แจ่มบำรุง. (2546). ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน. ใน สุปราณี แจ่มบำรุงและคณะ, บรรณาธิการ. *ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2546*. (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 21-26). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (รสป).

Hammond, K. R., & Adelman, L. (1986). Science, values, and human judgment. In H. R. Arkes & K. R. Hammond (Eds.), *Judgement and decision making: An interdisciplinary reader* (pp. 127-143). Cambridge: Cambridge University Press.

3.2.3 หนังสือแปล

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือแปล. แปลจาก ชื่อหนังสือต้นฉบับ. (พิมพ์ครั้งที่). โดย ชื่อผู้แปล. สถานที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์. เช่น

พาร์กินสัน, ซี บอร์โทโคและรัสตอมจิ, เอ็มเค.(2536). *การบริหารยุคใหม่*. แปลจาก Realities In management. โดย เร็กซ์ดี ปานเจริญ. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น.

3.2.4 วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์

ชื่อผู้เขียนวิทยานิพนธ์. (ปีที่วิจัยสำเร็จ). *ชื่อวิทยานิพนธ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญา (ระดับ) ชื่อสาขาวิชา สังกัดของ สาขาวิชา มหาวิทยาลัย. ถ้านำมาจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ให้ใส่หมายเลขฐานข้อมูลไว้ท้ายสุด

เช่น

ประวิต เอรารวรรณ์. (2549). *การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจครูในโรงเรียน : กรณีศึกษาโรงเรียน สานิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม*. ดุษฎีนิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

Young, R. F. (2007). Crossing boundaries in urban ecology: Pathways to sustainable Cities (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertation & Thesis database.(UMI No. 327681)

3.2.5 รายงานการวิจัย

ชื่อผู้วิจัย. (ปีที่พิมพ์). *รายงานการวิจัย เรื่อง*. สถานที่พิมพ์ : ผู้จัดพิมพ์.

เช่น

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (2552). *รายงานการวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์งานวิจัย เกี่ยวกับคุณภาพ การศึกษาไทย : การวิเคราะห์ทอภิมาน (Meta-analysis)*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

3.2.6 วารสาร

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์/เดือน). ชื่อบทความ. *ชื่อวารสาร*, ปีที่ (ฉบับที่), เลขหน้าบทความ.

เช่น

อรุณ จันทวานิช. (2546). โรงเรียนสมบูรณ์แบบ. *วารสารวิชาการ*, 6(1), 20-23.

Chomsky, N., Halle, M., & Harris, Z. (1960). Toward a generative model of Pig Latin syntax. *Pigology : Current issues in Pig Latin research*, 26(2), 247-289.

3.2.7 หนังสือพิมพ์

ชื่อผู้เขียนบทความ. (ปีที่พิมพ์/เดือน/วันที่). ชื่อบทความ. ชื่อหนังสือพิมพ์, เลขหน้าบทความ.

เช่น

ทีมข่าวการศึกษา. (2554, กุมภาพันธ์ 23). ผ่านร่าง พ.ร.ฎ. ตั้งสถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ. *เดลินิวส์*, 12.

Schemo, D. J. (2002, March 8). More graduates mired in debt, survey finds. *The New York Times*, A18

3.2.8 อินเทอร์เน็ตหรือเว็บไซต์

ชื่อผู้แต่ง. (ปี เดือน วัน หรือ ม.ป.ป. หรือ n.d. ถ้าไม่มีบอกไว้). ชื่อเรื่อง. วัน เดือน ปีที่ทำ การสืบค้น.

ชื่อฐานข้อมูลหรือชื่อ website ของบทความนั้น. ระบุ URL ให้ชัดเจน หลัง URL address ไม่ให้ใส่ (.)

เช่น

National Renewable Energy Laboratory. (2008). *Biofuels*.

Retrieved from http://www.nrel.gov/learning/re_biofuels.html

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรม Microsoft Word 2007 มีความยาวทุกรายการจำนวนไม่เกิน 15 หน้า ขนาดกระดาษ A4 ห่างจากขอบทุกด้าน 1 นิ้ว ใช้อักษร TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16

4.2 การส่งเรื่องพิมพ์ ให้ส่งต้นฉบับ 3 ชุด พร้อมไฟล์ต้นฉบับบันทึกลงแผ่น CD-ROM จำนวน 1 ชุด และรายละเอียดตามแบบเสนอบทความ

ส่งต้นฉบับพร้อมไฟล์ข้อมูลทางไปรษณีย์ถึง

บรรณาธิการราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เลขที่ 320 ถนนหลักเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ 32000

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ติดต่อ :

- 1) อาจารย์ ดร.สุพิตร เศลวัตตะกุล E-mail : supittras@gmail.com
- 2) กองบรรณาธิการราชวดีสาร E-mail : journalrachawadee@gmail.com
- 3) Submission Online : <http://thailand.digitaljournals.org/index.php/BCNS>

4.3 การส่งต้นฉบับลงในวารสาร

ฉบับที่ 1 ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี

ฉบับที่ 2 ภายในวันที่ 30 ตุลาคม ของทุกปี

หากพ้นกำหนดในระยะเวลาดังกล่าว ต้นฉบับจะเลื่อนการพิจารณาลงในฉบับต่อไป

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับทาง E-mail ให้ผู้เขียนทราบภายใน 2 อาทิตย์นับจากวันที่กองบรรณาธิการได้รับต้นฉบับ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาจัดพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบภายใน 3 เดือน แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับการพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารให้ผู้เขียนเรื่องละ 2 เล่ม และสำเนาการพิมพ์ จำนวน 5 ชุด โดยจะให้ผู้เขียนที่เป็นชื่อแรก

ใบสมัครสมาชิกราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....นามสกุล.....

มีความประสงค์ขอสมัครสมาชิกราชาวดีสาร โดยสมัครในนาม

() บุคคล ชื่อ.....

() หน่วยงานชื่อ.....

ที่อยู่.....

.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....

โทรสารE-Mail.....

มีความประสงค์

() สมัครสมาชิกใหม่ ☐ ประเภท 1 ปี (2 ฉบับ) ราคา 350 บาท

☐ ประเภท 2 ปี (4 ฉบับ) ราคา 600 บาท

() ต่ออายุสมาชิก ☐ ประเภท 1 ปี (2 ฉบับ) ราคา 350 บาท

☐ ประเภท 2 ปี (4 ฉบับ) ราคา 600 บาท

ตั้งแต่ปีที่.....ฉบับที่.....ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ถึงปีที่.....ฉบับที่.....ประจำเดือน.....พ.ศ.....

โดยชำระเป็น ☐ เงินสด ☐ ธนาณัติ ☐ ตัวแลกเงิน

เป็นจำนวนเงิน.....บาท

(.....)

ทั้งนี้เป็นการส่งจ่าย **ปณ.จุมพล 32000**

ในนาม **บรรณาธิการราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์**

ลายมือชื่อผู้สมัคร.....

วันที่สมัคร/...../.....

ใบสมัครโปรดจำหน่ายของส่ง

บรรณาธิการวารสารราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ 320 ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง

จังหวัดสุรินทร์ 32000 โทรศัพท์ 0-4451-4422 ต่อ 4104, 4109

โทรสาร 0-4451-1737

ใบเสร็จรับเงิน

เล่มที่.....

เลขที่.....

วันที่.....

.....ผู้รับเงิน

(.....)

ใบส่งบทความตีพิมพ์ ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน บรรณาธิการราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ต้นฉบับผลงาน

จำนวน.....ชุด

Digital File

จำนวน.....แผ่น

รวม

3,000 บาท

{ ใบสมัครสมาชิกวารสาร 2 ปี จำนวน.....แผ่น (ในกรณีที่ยังไม่เป็นสมาชิกหรือหมดอายุ)
ค่าตอบแทนผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2,000 บาท

ข้าพเจ้าตำแหน่ง.....

ที่อยู่ในการติดต่อ/สถานที่ทำงาน.....

เบอร์โทรศัพท์.....E-Mail.....

มีความประสงค์ขอส่งบทความ เรื่อง :

เผยแพร่ในราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าได้ส่งต้นฉบับผลงานจำนวน 3 ชุด และ Digital File มาด้วยแล้ว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ และ ยินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด ข้าพเจ้าทราบว่าบทความดังกล่าวเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารฯ ต้องได้รับความยินยอมจากบรรณาธิการเป็นลายลักษณ์อักษรจึงจะนำไปใช้ประโยชน์ได้

รายชื่อผู้พิมพ์หลัก

1. (ตัวบรรจง).....

รายชื่อผู้พิมพ์หลัก

2. (ตัวบรรจง).....

3. (ตัวบรรจง).....

4. (ตัวบรรจง).....

5. (ตัวบรรจง).....

ลงชื่อ.....ผู้ส่งบทความ (ผู้พิมพ์หลัก)
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บรรณาธิการราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
320 ถนนหลักเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์ 32000
โทรศัพท์ 0-4451-4422 ต่อ 4109 โทรสาร 0-4451-1737