

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตของบุคคล เป็นปัญหาซึ่งมีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อถึงประเทศชาติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานได้เต็มที่ ตามศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ (อรจิต อุดยานุภาพ , 2541) แต่จากสภาพสังคมยุคโลกาภิวัตน์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม โดยส่งผลให้ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีได้เข้ามามีบทบาทอย่างมากมาต่อการดำรงชีวิตของสังคม การติดต่อสื่อสารที่เป็นไปอย่างรวดเร็วและไร้พรมแดน นอกเหนือจากการหลั่งไหลอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีและวิทยาการสมัยใหม่ รวมทั้งการจู่โจมของภัยธรรมชาติที่ทำให้บุคคลต้องปรับตัวให้ทันและให้รอดปลอดภัยแล้ว ยังมีปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมยุคปัจจุบันที่บุคคลจำเป็นต้องร่วมกันจัดการ ได้แก่ พฤติกรรมรุนแรงที่นำไปสู่การทะเลาะวิวาทและการทำร้ายร่างกายกัน พฤติกรรมทางเพศ แฟชั่นการแต่งกาย แฟชั่นการใช้โทรศัพท์มือถือ และเทคโนโลยีอื่นๆ การบริโภคอาหาร การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การใช้เวลาไม่สอดคล้องกับความจริงจำเป็น ปรากฏการณ์ต่างๆ เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของบุคคลในสังคมที่มีความบกพร่องหรือปัญหาของการใช้ความคิด สติปัญญา การตัดสินใจ และพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งนับวันจะเพิ่มจำนวนมากขึ้น สร้างปัญหาที่มีความซับซ้อน และส่งผลกระทบต่อที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เกิดความเครียด ความวิตกกังวลมากมาย

การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตจึงเป็นสิ่ง ที่จำเป็นและมีความสำคัญ การพัฒนาความคิดให้บุคคลสามารถตัดสินใจเลือกกระทำอย่างฉลาด จึงเป็นกลวิธีหนึ่งที่สำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาต่างๆ แก่ปัญหาทางสังคม หรือปัญหาทางพฤติกรรมต่างๆ ที่สำคัญกว่านั้นคือ เสริมสร้างวุฒิภาวะและความเข้มแข็งให้แก่ตนเอง เพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปได้อย่างเหมาะสม และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีความสุข สามารถมีสัมพันธภาพ และรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นไว้ได้ ตลอดจนสามารถวางตัวได้อย่างเหมาะสม และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ปราศจากอาการของโรคทางจิต (WHO, 1976 อ้างถึง ในกรอบการวิจัยสุขภาพจิต, 2548-2552) การส่งเสริมสุขภาพจิตไม่ใช่เพียงการหายจากโรค หรือทุพพลภาพเท่านั้น แต่เป็นเรื่องที่มีความสำคัญกับการดำเนินชีวิตของคนเรา หากบุคคลเกิดมี

ปัญหาสุขภาพจิตขึ้น จนไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติยอมส่งผลกระทบต่อสังคม และการพัฒนาประเทศ ดังนั้นจุดเน้นของระบบบริการ มุ่งเน้นที่งานสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย (กรอบการวิจัยสุขภาพจิต, 2548-2552)

จากสถานการณ์ทางสุขภาพจิตของประเทศไทย พ.ศ. 2548-2552 พอสรุปได้ว่า แนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตมีมากขึ้น ทั้งระดับบุคคล โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน ระดับครอบครัว ระดับชุมชน และสังคม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความไม่สมดุลกันระหว่างความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีกับการพัฒนาคุณภาพจิตใจของประชาชน ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของคนในสังคม ทำให้ต้องทำงานหนัก การดำเนินชีวิตมีความยุ่งยากซับซ้อน ทำให้เกิดปัญหาด้านอาชีพ ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ ปัญหาที่เกิดขึ้นส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตที่มีความเกี่ยวข้องกับควมวิตกกังวล อันเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในประชาชนโดยทั่วไป และนับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ อีกทั้งยังเป็นจุดเริ่มต้นปัญหาของโรคจิตเวชอื่นๆ หากไม่ได้รับการบำบัดรักษา จากการศึกษาของ Moore and Jefferson (1996) พบว่าอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกกังวล จะพัฒนาไปเป็นโรคจิตเวชอื่นๆ ได้แก่ โรคซึมเศร้า

จากการศึกษาในเรื่องปัจจัยเสี่ยงของโรคจิตกกังวลพบว่า ประชากรไทยร้อยละ 1.90 เป็นโรคจิตกกังวลร้อยละ 19.40 นอกจากนี้โรคจิตกกังวลก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะก่อนวัยอันควรร้อยละ 2 ในปี 2542 และพบว่าความชุกของปัญหาสุขภาพจิตเท่ากับ 2,811.23 ต่อแสนประชากรในปี 2545 จำแนกเป็นปัญหาสำคัญ 7 โรค โรคที่พบบ่อยที่สุดคือโรคจิตกกังวล พบในอัตรา 862.53 ต่อแสนประชากร (บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจระดับชาติปี 2546 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศึกษาความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย ซึ่งผลการสำรวจในกลุ่มโรคจิตกกังวล พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder) มีความชุกมากที่สุด ร้อยละ 1.90 ประมาณยอดรวมผู้ป่วย 503,030 คน แยกเป็นเพศชายร้อยละ 1.40 เพศหญิงร้อยละ 2.40 (วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 2547) ความเจ็บป่วยดังกล่าวมีผลต่อการสูญเสียทางสังคม เศรษฐกิจ และทรัพยากรบุคคล นอกจากนี้จากการศึกษาสาเหตุหรือปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีความวิตกกังวลจากการวิจัยทางการแพทย์ที่พัฒนาโดย The North American Nursing Diagnosis (NANDA) (1990) พบว่าปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ ภาวะคุกคามต่อ self-concept ความรู้สึกว่าคุณสมบัติความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง ภาวะวิกฤติในสถานการณ์หรือการพัฒนาการ ภาวะคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงในการแสดงบทบาทหน้าที่ ภาวะคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงในสถานะภาวะคุกคาม หรือการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนการปฏิสัมพันธ์ภาวะคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมภาวะคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงในฐานะทางการเงิน

ความขัดแย้งในคุณค่าและเป้าหมายของชีวิต การเปลี่ยนแปลงในการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และภาวะคุกคามต่อความตาย

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ทำให้รบกวนกิจวัตรประจำวันและหน้าที่การงานต่างๆ เนื่องจากผู้ป่วยโรควิตกกังวลจะมีความวิตกกังวลมากเกินไปกว่าเหตุในหลายๆเรื่องพร้อมกัน (Excessive and Pervasive Worry) ร่วมกับอาการทางกาย ส่งผลให้เกิดความไม่สุขสบายทางกายต่างๆ เช่น ตื่นเต้น ตกใจง่าย นอนไม่หลับหรือหลับยาก ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม ใจหวิว หายใจได้ไม่เต็มที่ เหงื่อออก มือเท้าชา เนื่องมาจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ หรือมีอาการที่เกิดจากการตึงตัวของกล้ามเนื้อ เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้ายทอย ปวดตามกล้ามเนื้อ เป็นต้น ผู้ป่วยมักมารับการตรวจรักษาด้วยอาการเหล่านี้ แต่เมื่อตรวจร่างกายโดยละเอียดแล้วกลับไม่พบความผิดปกติใดๆ (Mc Donal,1990; Fishel, 1998. อ้างถึงใน ญัฐทิพร ชัยประทาน , 2547) บางรายมาด้วยอาการวิตกกังวลแต่ไม่ทราบว่กังวลเรื่องอะไร (Gabbard, 2000,จำลอง ดิษยวณิช และ พริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545 อ้างถึงใน กนกวรรณ ทาสอน , 2545) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่าตนเองป่วยเป็นโรคหัวใจ บางคนก็วิตกกังวลต่อไปอีกว่าตนคงมีโรคร้ายแรง เป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องเสาะแสวงหาการรักษาหลายแห่งที่เรามักเรียกว่า "doctor shop" (Fishel, 1998 อ้างถึงใน ญัฐทิพร ชัยประทาน ,2547) นอกจากนี้ ความวิตกกังวลที่เรื้อรัง อาจเป็นสาเหตุสำคัญของ การเจ็บป่วยทางกาย อันเป็นผลมาจากปัญหาด้านจิตใจ(Psychosomatic Disorder) เช่นโรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น (เทียนหวี , 2536 และ ซอลัดดา พันธุเสนา ,2536)

นอกจากนี้ยังพบว่า โรควิตกกังวลมีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง มีอาการเป็นปีๆ โดยเฉลี่ยนานกว่า 6-10 ปี เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยนานกว่า 5 ปี (Mechlynn, 1991 อ้างใน ปราโมทย์ สุนนิชัย, 2540) อาการขึ้นๆ ลงๆ และรุนแรงเป็นช่วงๆ โดยอาการรุนแรงจะสัมพันธ์กับความเครียด (stress-related exacerbations) มีผลกระทบก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ผู้ป่วยด้านอื่นตามมา เช่น ผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานลดลงในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก สูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคม (Rickell and Schweizer, 1998) ผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว ทำให้เกิดความเครียด และเกิดความขัดแย้งในครอบครัวง่ายยิ่งขึ้น (Silvermanx Nells, 1988, Schweizer,1995) ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Massion,1993) มีผลต่อภาวะเศรษฐกิจที่ต้องใช้จ่ายไปกับการรักษาอาการวิตกกังวล รวมทั้งรักษาอาการที่เกิดจากการใช้ยาที่ผิดวัตถุประสงค์ (Blair and Ramones, 1996 อ้างใน กนกวรรณ ทาสอน, 2545) รวมทั้งปัจจัยด้านบุคลิกภาพ ส่วนตัวของผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลได้ง่าย อยู่แล้ว ทำให้ผู้ป่วยต้องวนเวียนเข้ามา รับการรักษาในโรงพยาบาล อยู่เป็นประจำ ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงน่าจะใช้ทางเลือกอื่นร่วมด้วยดังที่ Rickell and Schweizer (1998) ให้ความเห็นว่าการรักษาด้วยยา

เพียงอย่างเดียว ไม่สามารถลดอาการและปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ แต่สิ่งที่สำคัญคือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ดีและมีทางแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมด้วย

การทบทวนสภาพปัญหาในบริบทของโรงพยาบาลบางคล้า ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง จากสถิติของโรงพยาบาลบางคล้า คลินิกให้คำปรึกษาให้บริการแบบผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546-2548 พบว่า ผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรควิตกกังวลพบมากเป็นอันดับหนึ่ง และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากข้อมูลผู้ป่วยมารับการรักษาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 ถึง 2548 พบผู้ป่วยโรควิตกกังวลมารับบริการ 25 คน 178 ครั้ง , 79 คน 212 ครั้ง และ 102 คน 383 ครั้ง ตามลำดับ (งานสุขภาพจิต โรงพยาบาลบางคล้า, 2548) และยังพบว่าข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางคล้า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยรายเก่า อายุระหว่าง 20-60 ปี มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 10 ปี ประมาณ 70 % มารับการรักษาในช่วงเวรบ่าย และ เวิร์ดิก อาการที่พบบ่อยได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดท้ายทอย เบ้าตา นอนไม่หลับ หายใจขัดหายใจไม่อิ่ม ใจสั่น ปากแห้ง ตื่นตกใจง่าย เหนื่อยเพลียง่าย ปวดเมื่อยตามร่างกาย มีขนาดตามมือเท้า รู้สึกเครียด หงุดหงิด วิธีการที่ใช้บรรเทาอาการดังกล่าว คือการรับประทานยา (งานสุขภาพจิต โรงพยาบาลบางคล้า, 2548) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มารับยาต่อเนื่องจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรควิตกกังวล จำนวน 20 ราย ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้รู้สึกวิตกกังวลใจมากที่สุดคือ ปัญหาเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ รongลงมาคือ ปัญหาความขัดแย้งและการสื่อสารกันภายในครอบครัว และปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่มีอาการไม่สุขสบายหลายอย่างร่วมกัน เช่น อาการหงุดหงิด อ่อนเพลีย ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม ปวดเมื่อยตามร่างกาย มีนง นอนไม่หลับ รู้สึกเครียด ปวดศีรษะ ปวดท้ายทอย เบ้าตา ปากแห้ง ตื่นตกใจง่าย ต้องรับประทานยาเป็นเวลานานขาดยาไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูลีวรรณ เพียรทอง (2546) พบว่าผู้ที่มีภาวะความวิตกกังวลร้อยละ 50 คิดว่าตนเองไม่มีที่พึ่งหรือช่วยเหลือเมื่อเวลาที่มีปัญหา และมากกว่าร้อยละ 50 ยังมีความวิตกกังวลระดับปานกลางถึงรุนแรง การช่วยเหลือหลักที่ผู้ป่วยได้รับคือการให้ยาบรรเทาอาการวิตกกังวล โดยผู้ป่วยร้อยละ 90 ใช้วิธีการรับประทานยาลดความวิตกกังวลเกือบทุกครั้งเมื่อเกิดอาการไม่สุขสบายกาย อันเนื่องมาจากความเครียดหรือความวิตกกังวล บางรายใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ เช่น ใช้ยาเพื่อทำให้นอนหลับ ใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวดศีรษะ อันเนื่องมาจากความตึงเครียด ดังนั้นเมื่อยาหมด หรือมีอาการที่เกิดจากความวิตกกังวลขึ้นมาใหม่ จึงต้องกลับมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลอีก ผลการศึกษาเบื้องต้นดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลด้วยการใช้ยาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ไขปัญหาคความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ แต่ผลในทางตรงกันข้ามต่อการใช้ยาดูดต่อกันเป็นเวลานาน อาจทำให้เกิดการพึ่งยาได้ (Fishel, 1998)

รูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลในงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล บางคล้า เป็นการรักษาด้วยยากล่อมประสาท (Tranquilizers) เป็นหลัก ผู้รับบริการมีพฤติกรรม การพึ่งยากล่อมประสาทซึ่งยาช่วยลดความวิตกกังวลแต่ไม่ได้แก้ไขสาเหตุของปัญหา และทำให้ ผู้รับบริการมีความวิตกกังวลอย่างเรื้อรัง เนื่องจากต้องประสบกับสถานการณ์ซึ่งก่อให้เกิดความ เครียดในชีวิตประจำวัน และต้องแสวงหาวิธีแก้ปัญหาลองและช่วยเหลือตัวเอง ส่วนใหญ่มักจะใช้ วิธีการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันด้วยวิธีการซ้ำๆและยุ่งยาก ทั้งที่รู้ว่าไม่ได้ผล ขาด ความสามารถที่จะหาทางออกหรือเปลี่ยนแปลงความคิดใหม่ในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นอย่างซ้ำๆ สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ที่มีความวิตกกังวล และชี้ให้เห็นถึง ความจำเป็นที่ต้องดูแลช่วยเหลือให้บุคคลเหล่านี้เพื่อลดอาการทางคลินิกคือความวิตกกังวล และ ได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งในตนเอง โดยใช้รูปแบบการใช้การเรียนรู้แบบกลุ่มที่ใช้แนวคิด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เข้ามาช่วยลดความวิตกกังวล

การช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลพบว่า แนวคิดการบำบัดโดยการปรับเปลี่ยน ความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy :CBT) ตามแนวคิด เอรอน ที เบค (Aaron T. Beck, 1960) จิตแพทย์ผู้เริ่มนำการรักษาแบบบำบัดความคิดและพฤติกรรม มาใช้ ร่วมกันจนเป็นที่นิยมอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน พบว่าการรักษาโดยใช้จิตบำบัดที่เป็นการ ปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิด มีรูปแบบที่มีโครงสร้างเป็นของตนเอง จุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วย กำหนดจุดมุ่งหมายของการคิดอยู่ที่ปัจจุบัน เป็นการชวนให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหปัจจุบันและดัดแปลง วิธีการคิด และแก้ไขพฤติกรรมที่คอยทำให้ทำหน้าที่ได้ไม่ดี เป็นการประเมินวิธีการคิดและการ ดัดแปลงแก้ไขความคิดให้อยู่ในสภาพที่เป็นจริงและดัดแปลงวิธีการคิดใหม่ที่จะทำให้อารมณ์ และ พฤติกรรมดีขึ้น การช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลซึ่งใช้การบำบัดรูปแบบปรับเปลี่ยนความคิดและ พฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) จึงเป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่ได้ผลดีใน ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทุกชนิด (Butler et al., 1987, 1991; Borkovec,1993; Burham & Allen, 1998; Fisher & Durham, 1999; James and Elizabeth, 2000; Practitioner, 2000; David, 2001; Maria, 2003; Marom and Hermesh, 2003; Deborah, 2003; Eliane et al., 2003; ทิภาพร อังคกุล,2543; กนกวรรณ ทาสอน , 2545 และณัฐทิพร ชัยประทาน , 2547) โดย แนวคิดการ ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ถูกกำหนดขึ้นจากสมมติฐานว่า โรควิตกกังวลเกิดจาก ประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผิดๆ และภาวะความวิตกกังวลเป็นรูปแบบของความคิดที่ผิดบิดเบือน หรือเป็นความคิดในเชิงลบ ไม่สร้างสรรค์ (faulty, distorted, negative or counter productive thinking) แนวทางการช่วยเหลือมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีคิดใหม่ และการประพฤติกฎปฏิบัติใหม่ต่อ สถานการณ์ก่อความวิตกกังวลนั้น ทั้งในด้านความนึกคิด (cognitive) ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรม

(behavioral) ที่จะแสดงออกในอนาคต และเพื่อแก้ไขการตอบสนองได้อย่างเหมาะสมขึ้นตามข้อมูล วิธีคิด ที่สมดุลงว่าเดิม ให้ความช่วยเหลือแก้ไขให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เหมาะสมกว่าเดิม สุดท้ายผู้ป่วยจะประพฤติปฏิบัติได้อย่างอิสระตามที่ปรารถนา โดยปราศจากความวิตกกังวล และความกลัว

สำหรับในบทบาทของวิชาชีพทางการพยาบาลจิตเวช ครอบคลุมถึงผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ประสานงาน ผู้แทนสังคม ผู้ชำนาญการทางเทคนิค ผู้ให้คำปรึกษา ผู้สอน ผู้ให้ความรู้ และบทบาทที่สำคัญยิ่งอย่างหนึ่งของพยาบาลจิตเวช คือผู้ให้การบำบัดทางจิตเป็นรายบุคคล และรายกลุ่มโดยพยาบาลจิตเวชเป็นผู้นำกลุ่มด้วย (อริจิต อุดุลยานุภาพ, 2541) ซึ่งลักษณะกลุ่มบำบัด เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม จากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่ม กระบวนการกลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากกลุ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วย เรียนรู้วิธีการต่างๆ ที่จะใช้ในการจัดการกับความไม่สุขสบาย มีการเรียนรู้การเผชิญปัญหา ที่เหมาะสม การที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น รวมทั้งได้เรียนรู้ แนวทางการจัดการกับความไม่สุขสบายทางกายที่เกิดขึ้นกับตนเองแล้ว กระบวนการรู้คิดเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วย ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองได้ในที่สุด (Orem, 1985 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2534) การใช้กลุ่มเป็นสื่อในการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้และเข้าใจสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหา ตลอดจนสามารถนำไปปฏิบัติได้นั้น ต้องอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ค้นหาปัญหา และวิธีการแก้ไขที่น่าพอใจร่วมกัน เป็นแรงจูงใจซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดเป็นพลังของกลุ่ม และคุณค่าจากกระบวนการกลุ่มจะอยู่ที่การดำเนินการกลุ่ม และการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกที่หลากหลายในสภาพการณ์จริงที่เกิดขึ้นในกลุ่ม (วินิจ เกตุขำ และคมเพชร จัตรศุกกุล, 2522)

ดังนั้น ผู้ศึกษาสนใจการใช้การเรียนรู้แบบกลุ่มมาเป็นกลวิธีในการช่วยเหลือลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวล โดยใช้แนวคิดการใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่ม หรือผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี แนวคิดการใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ซึ่ง กนกวรรณ ทาสอน (2545) นำมาใช้ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตกกังวล ร่วมกับการใช้ผลของกลุ่มการเรียนรู้เพื่อลดความวิตกกังวล เป็นการเรียนรู้แบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวล โดยมีพยาบาลวิชาชีพสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้นำกลุ่ม หลักการของกระบวนการกลุ่ม คือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรม หากได้พูดจะจำได้ดีกว่าการฟังเฉย ๆ และสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินการกลุ่มที่เอื้ออำนวยให้สมาชิก อภิปรายสะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับความวิตกกังวล ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ สามารถเผชิญปัญหาที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นำไปสู่การลดปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรควิตกกังวลได้ กระบวนการกลุ่ม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กันและเกิดการเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับความวิตกกังวล สะท้อนความคิดเห็นเกี่ยวกับความวิตกกังวล วิธีเผชิญปัญหาแต่ละคน วิธีการจัดการกับความไม่สุขสบาย เพื่อให้สมาชิกได้แสดงออกถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึกนำไปสู่การสำรวจตนเองยอมรับ และเข้าใจปัญหาตนเอง สามารถเผชิญปัญหา และนำไปสู่ความสามารถในการตัดสินใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถเผชิญปัญหาได้ด้วยตนเอง ใช้ลักษณะการช่วยเหลือแบบกลุ่ม ส่งเสริมให้ผู้รับบริการเรียนรู้อุปกรณ์เผชิญปัญหาและส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความสามารถในการดำเนินชีวิต มีวุฒิภาวะ มีความเจริญงอกงาม และมีพัฒนาการที่เหมาะสม (Roger,1961 cited in Isenalumhe , 2000)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลก่อนและหลังการใช้การเรียนรู้แบบกลุ่ม

แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการเรียนรู้แบบกลุ่ม (Learning by Group) โดยใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy :CBT) มาปรับใช้กับผู้ป่วยโรควิตกกังวล เพื่อลดความวิตกกังวลโดยมีแนวเหตุผลดังนี้คือ

การเรียนรู้แบบกลุ่มเป็นการรวมกันของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิด ทักษะคิด คุณค่า และค่านิยมที่แตกต่างกัน โดยมีการฟังพากันและกัน ขั้นตอนในการดำเนินการของกลุ่ม เป็นไปตามธรรมชาติภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน รวมทั้งแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้น เป็นผลให้เกิดพลังของกลุ่มอย่างมีทิศทาง และเป็นไปตามเป้าประสงค์ของกลุ่มนั้น จากการศึกษาของมณีรัตน์ เพ็ญวุฒิราญ (2512) พบว่า รูปแบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชนั้น คำนึงถึงปัญหาทางอารมณ์ ควบคู่ไปกับการเจ็บป่วยทางกาย มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต สามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ช่วยผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทางจิตลดน้อยลง มีโอกาสพัฒนาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สำหรับผู้ป่วยบางคนมีปัญหามากมายเข้ากับใครไม่ได้เลย จากประสบการณ์กลุ่มทำให้สมาชิกรู้จักตนเอง ควบคุมความประพฤติตนเองได้ดีขึ้น สามารถพูด อธิบายความหงุดหงิดของตนเองได้ และช่วยให้พ้นจากการอยู่ลำพัง กระบวนการกลุ่ม (Group Process) เป็นหลักการเรียนรู้พื้นฐาน โดยกระบวนการกลุ่ม

จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้สูงสุด(Maximum Learning) ผู้เรียนจะต้องมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation) ซึ่งจะขึ้นอยู่กับการออกแบบกลุ่มที่เหมาะสม เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของทุกคน และการบรรลุงานสูงสุด (Maximum Performance) ขึ้นอยู่กับการออกแบบงานให้เหมาะสมกับเนื้อหาในกิจกรรมการเรียนการสอน นอกจากนี้ขนาดของกลุ่มและระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมต้องเหมาะสม (กรมสุขภาพจิต ,2541)

การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy :CBT) ตามแนวคิด เอรอน ที เบค (Aaron T. Beck,1960) เป็นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยกำหนดจุดมุ่งหมายของการคิดอยู่ที่ปัจจุบัน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหปัจจุบันและตัดแปลงวิธีการคิด และแก้ไขพฤติกรรม มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีคิดใหม่ และการประพฤติปฏิบัติใหม่ต่อสถานการณ์ก่อความวิตกกังวลนั้น ทั้งในด้านความนึกคิด (cognitive) ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรม (behavioral) ที่จะแสดงออกในอนาคต และเพื่อแก้ไขการตอบสนองได้อย่างเหมาะสมแก้ไขให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เหมาะสมกว่าเดิม สุดท้ายผู้ป่วยจะประพฤติปฏิบัติได้อย่างอิสระตามที่ปรารถนา โดยปราศจากความวิตกกังวล และความกลัว

ผู้ศึกษาเชื่อว่าการใช้การเรียนรู้แบบกลุ่ม ร่วมกับการใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ที่ผู้ศึกษาได้ศึกษามานี้ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล เกิดการตระหนักรู้ มีความหวัง และแรงจูงใจ มีความคิดในทางบวก เห็นแนวทางในการปฏิบัติตน ทำให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวล มีความพร้อมที่จะดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการดำเนินชีวิตต่อไปได้ ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมุติฐานดังนี้

สมมุติฐานการศึกษา

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลจะลดลง ภายหลังจากการใช้การเรียนรู้แบบกลุ่ม

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ เพื่อศึกษาผลของการใช้การเรียนรู้แบบกลุ่ม ต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้คือ

1. ประชากรในการศึกษาได้แก่ กลุ่มที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรควิตกกังวล โรงพยาบาลบางคล้า อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. ตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรต้น คือ การใช้การเรียนรู้แบบกลุ่ม ตัวแปรตาม คือ

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

1. การเรียนรู้แบบกลุ่ม (Learning by Group) หมายถึงกิจกรรมการเรียนรู้โดยเป็นกระบวนการเพื่อใช้กลุ่มในการแก้ปัญหา หรือกระทำการหนึ่งสิ่งใดร่วมกัน เพื่อเรียนรู้สิ่งต่างๆ ร่วมกัน ขั้นตอนในการดำเนินการของกลุ่ม เป็นไปตามธรรมชาติภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน รวมทั้งแก้ไขความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเป็นผลให้เกิดพลังกลุ่มอย่างมีทิศทาง และเป็นไปตามเป้าประสงค์ของกลุ่มนั้น โดยใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีการปรับโครงสร้างความคิด เทคนิคการพูดกับตัวเอง การปรับสมดุลอารมณ์ การฝึกป้องกันความเครียด การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การใช้จินตภาพ โดยมีความร่วมมือกันระหว่างสมาชิกในกลุ่มและนักศึกษาประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้เรื่องความวิตกกังวล กิจกรรมที่ 3 สารพันปัญหา กิจกรรมที่ 4 เรียนรู้หลักการแก้ไขปัญหา กิจกรรมที่ 5 เรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และกิจกรรมที่ 6 การสรุปบทเรียน การนำไปใช้ และการสรุปปิดกลุ่ม

2. ความวิตกกังวลหมายถึง ความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่นใจ ไม่สบายใจอย่างไม่รู้สาเหตุชัดเจน และอาการ ซึ่งเกิดจากปฏิกิริยาของบุคคล เป็นผลจากกระบวนการทางปัญญาในการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณค่า ซึ่งมีความเสี่ยงที่มากกระตุ้นหรือคุกคามความผาสุกของบุคคล อาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองทั้งที่เกิดขึ้นจริงและจากการคาดคิดว่าจะเกิดในอนาคต และส่งผลต่อการเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา กระบวนการรู้คิด พฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจขึ้น ประเมินด้วยแบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger (1967) ชื่อ The State-Trait Anxiety Inventory ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย รศ.พญ.นิตยา คชภักดี ,สายฤดี วรกิจโภคาร และ มาลี นิสสัยสุข

3. ผู้ป่วยโรควิตกกังวล หมายถึง ผู้ที่มีความรู้สึกไม่สบายใจซึ่งเกิดจากความกลัวในเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น หรือคาดว่าอาจจะเกิดขึ้น และมีการตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยโรควิตกกังวลเป็นผู้ป่วยรายเก่าที่มารับบริการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก และ คลินิกพิเศษโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลมากเกินไปในผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวล ตามรหัส ICD 10 F41.1 - F41.9 และเป็นผู้ที่มิคุณสมบัติตามที่ผู้ศึกษากำหนด คือ เป็นเพศชาย หรือหญิง อายุ 21 – 60 ปี

ไม่มีภาวะการณ้เจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ และไม่เคยใช้สารเสพติด มีสติสัมปชัญญะ เข้าใจในภาษาไทย อ่านออก เขียนได้ ไม่มีปัญหาในการสื่อสารด้วยภาษาพูด ยินดีเข้าร่วมโครงการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตกัังวล เพื่อลดความวิตกกังวล ลดการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดการพัฒนาไปเป็นโรคจิตเวชอื่นๆ
- 2.เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการเผชิญปัญหา มีแนวทางการจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนพยาบาลและบุคลากรวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิตกกังวล