

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการเรียนรู้แบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความวิตกกังวล

- 1.1 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับความวิตกกังวล
- 1.2 ความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลประจำตัว และความวิตกกังวลต่อสถานการณ์
- 1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล
- 1.4 ระดับของความวิตกกังวล
- 1.5 การประเมินความวิตกกังวล

2. โรควิตกกังวล

- 2.1 ความหมายของโรควิตกกังวล
- 2.2 อาการของโรควิตกกังวล
- 2.3 สาเหตุของโรควิตกกังวล
- 2.4 การวินิจฉัยโรควิตกกังวล
- 2.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวล

3. การเรียนรู้แบบกลุ่ม (learning by group)

- 3.1 วัตถุประสงค์ของกลุ่ม
- 3.2 องค์ประกอบของกลุ่ม
- 3.3 ระยะเวลาพัฒนาของกลุ่ม
- 3.4 ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม
- 3.5 การประเมินผลกลุ่ม

4. การบำบัดโดยใช้ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

- 4.1 แนวคิดการบำบัดโดยใช้ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
- 4.2 ความบิดเบือนทางความคิดที่พบได้บ่อย
- 4.3 หลักการในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
- 4.4 เทคนิคในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

- 4.5 วิธีการทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงวิธีคิด
- 4.6 หลักการใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวล
- 5.สถานการณ์โรควิตกกังวลในโรงพยาบาลบางคล้า
- 6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 7.กรอบแนวคิดในการศึกษา

แนวคิดและทฤษฎี

1. ความวิตกกังวล

1.1 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล เป็นพฤติกรรมของบุคคล ส่วนใหญ่เกิดจากการเรียนรู้ จากการสังเกตผู้อื่นในสังคมที่เขาสนใจ มีการจดจำแล้วนำมาลอกเลียนแบบภายหลัง การเรียนรู้แบบนี้เป็นการเรียนรู้ตามธรรมชาติของบุคคล ดังนั้นความวิตกกังวลจึงเกิดจากการได้เห็นบุคคลถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้าบางอย่าง ซึ่งเป็นผลทำให้บุคคลนั้นได้รับกรรมที่ไม่พอใจ และเมื่อตนเองจะต้องเผชิญกับสิ่งเร้าดังกล่าว จึงเกิดความวิตกกังวลว่าตนจะได้รับผลกระทบที่ไม่พึงพอใจ ดังที่เห็นได้จากตัวแบบและการที่บุคคลได้รับการเตือนให้ระมัดระวังอันตรายจากสิ่งเร้าบางอย่าง ก็จะทำให้สิ่งเร้านั้นสร้างความวิตกกังวลให้กับบุคคลได้ นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังเกิดได้จากการขาดทักษะในพฤติกรรมบางอย่าง ซึ่งมีผลทำให้บุคคลเกิดความไม่แน่ใจในผลกระทบที่ตนเองจะได้รับ ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงต่อสิ่งเร้าที่จะนำไปสู่พฤติกรรมที่ตนขาดทักษะนั้นๆ (Bandura, 1969)

Adams (1977) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นการตอบสนองของบุคคลต่อสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งที่บุคคลคิดว่า เป็นอันตรายต่อสวัสดิภาพของตนเอง อันตรายดังกล่าวจะซ่อนเร้นอยู่ในจิตใจไร้สำนึก และมักจะเป็นอันตรายที่เกิดขึ้นภายในมากกว่าจะเป็นอันตรายที่เห็นได้จากภายนอก

Spielberger and Sydeman (อ้างถึงใน ปริญา สนิกะวาทิ, 2542) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกิดจากกระบวนการทางปัญญาประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณค่า อาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งเร้าที่คุณค่าอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้าแล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ไม่สบายใจ หงุดหงิด หรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาขึ้น

กี สุวรรณกิจ (2541) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ หรือความรู้สึกกลัวที่อยู่ลึกๆ กังวล อึดอัดใจว่าจะมีสิ่งที่ไม่ดี น่ากลัว หรืออันตรายเกิดขึ้น

รัตนา สายพานิชย์ และสมบัติ ศาสตรร์รุงภาค อ่างใน มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์ (2541) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไป ซึ่งมักจะมีอาการตึงเครียด ระวังระวัง หรือบางครั้งอาจจะตื่นตระหนกกับเรื่องต่างๆ ในชีวิตประจำวัน มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ เช่น เหงื่อแตก ใจสั่น ใจเต้นเร็ว ตัวสั่น หายใจเร็ว ท้องไส้ปั่นป่วน ความวิตกกังวลนี้มักจะพบเมื่ออยู่ในสภาพการณ์ที่ตึงเครียด

ปริญญา สนิกะวาที (2542) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในมนุษย์ที่มีความไม่สบายใจ รู้สึกเหมือนตนเองถูกคุกคาม ตกอยู่ในอันตราย ไม่ปลอดภัย เกิดจากการประเมินสถานการณ์ต่างๆ ว่าอาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสภาพการณ์นั้นอาจเกิดขึ้นจริงหรือเป็นเพียงการคาดคะเนก็ได้

วุฒิชัย บุญยฤทธิ์ และมานิต ศรีสุรภานนท์ (อ้างถึงในมานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช ,บรรณานุกรม, 2542) กล่าวว่า ความวิตกกังวลคือ การคาดหมายว่าจะมีอันตราย หรือโชคร้าย ซึ่งทำให้รู้สึกไม่สบายใจ อาการที่อาจพบร่วมด้วยคือ ความรู้สึกซึมเศร้า และอาการทางกายของความตึงเครียด

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2543) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัดไม่สบายใจ เกรงว่าจะมีสิ่งร้าย หรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน

กนกวรรณ ทาสอน (2545) กล่าวว่าความวิตกกังวลคือความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่นใจ ไม่สบายใจอย่างไม่รู้สาเหตุแน่ชัด ซึ่งเกิดจากปฏิกิริยาของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นหรือความเครียดที่เกิดขึ้นจริงและจากการคาดคิดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตและส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสรีระ กระบวนการคิด พฤติกรรมและจิตใจ ความวิตกกังวล

Hildegard E. Peplau (1992) อธิบายถึงความวิตกกังวลว่าเป็นแหล่งพลังงานที่ไม่สามารถแยกออกจากบุคคลได้ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตายและเป็นสิ่งที่จำเป็นในการเจริญเติบโตด้านชีววิทยาและอารมณ์ ความวิตกกังวลเกิดขึ้นเมื่อการติดต่อสื่อสารกับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความรู้สึกว่าถูกคุกคามต่อร่างกายและจิตใจทำให้เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย ความวิตกกังวลตามแนวคิดของ Peplau ได้รับการสนับสนุนจากการทำวิจัยในระยะที่ผ่านมาโดย Peplau เองและได้นำเสนอความวิตกกังวลเป็น 2 ลักษณะได้แก่ ความวิตกกังวลที่เป็นนามธรรม (Subjective anxiety) และความวิตกกังวลที่เป็นรูปธรรม (Objective anxiety) ความวิตกกังวลที่เป็นนามธรรมหมายถึงพลังงานที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง แต่สามารถรับรู้และบอกเล่าได้โดย

บุคคลที่ประสบอยู่ส่วนความวิตกกังวลที่เป็นรูปธรรมหมายถึงการเปลี่ยนรูปของพลังงานเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้ทราบว่ามีความวิตกกังวล

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล เป็นอารมณ์ และความรู้สึกต่อสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยมีการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าเหตุการณ์ หรือสถานการณ์นั้นจะส่งผลกระทบต่อในด้านลบ ทำให้ไม่พอใจ หรือก่อให้เกิดอันตรายได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม ความคิด ความจำ การรับรู้และการเรียนรู้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ความวิตกกังวลและความเครียดเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์อย่างหนึ่งของมนุษย์เป็นแนวคิดที่ถูกอ้างถึงบ่อยมากทั้งในชีวิตประจำวันและในการทำวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากความเครียดและความวิตกกังวลมีบทบาทในความเจ็บป่วย และพฤติกรรม ที่ผิดปกติหลายๆอย่าง นอกจากนี้แล้ว แทบทุกคนต้องเคยเผชิญกับความวิตกกังวลและความเครียดอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต บางครั้งคำว่าวิตกกังวล ความเครียด และความกลัว ถูกนำมาใช้ในความหมายเดียวกัน ซึ่งความวิตกกังวลแบ่งเป็น 2 ประเภท (Spielberger, 1976) คือ

1.1.1 ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัว (Trait anxiety) ความวิตกกังวลประเภทนี้ จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เป็นลักษณะนิสัยที่ได้รับจากความเครียด สถานการณ์ที่คุกคาม และมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้นๆ รุนแรงขึ้น เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ ไป เกิดอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานานจนเป็นลักษณะนิสัยประจำตัว และเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพของบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างคงที่ และจะเป็นตัวเสริม หรือเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน

1.1.2. ความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (State anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ขณะนั้น เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียด ไม่พอใจ โดยอาจแสดงเป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้ ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตของบุคคล

ความวิตกกังวลทั้ง 2 ประเภทนี้ มีความสัมพันธ์กันคือ บุคคลที่มีความวิตกกังวลในลักษณะประจำตัวสูง (Trait anxiety) เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือสิ่งคุกคาม ความวิตกกังวลในลักษณะประจำตัว (Trait anxiety) ก็จะเป็นตัวเสริมให้เกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (State anxiety) รุนแรงและยาวนาน และในบุคคลที่เกิดความวิตกกังวลในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (State anxiety) บ่อยครั้งโดยแต่ละครั้งมีความรุนแรง อาจส่งผลให้บุคคลนั้นมีความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัว (Trait anxiety) ในระดับที่สูงขึ้นได้

Spielberger (1966) ได้แบ่งแยกความวิตกกังวลแฝงกับความวิตกกังวลขณะเผชิญ ไว้อย่างชัดเจน นั่นคือ ในขณะที่ความวิตกกังวลแบบแฝงเป็นลักษณะของแต่ละบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวล เป็นลักษณะประจำตัวหรือที่เรียกว่าเป็นนิสัย ความวิตกกังวลขณะเผชิญเป็นการเปลี่ยนแปลงในความตึงเครียดของอารมณ์ตามเวลาชั่วคราว ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะแปรไปตามสิ่งเร้าเช่นถ้าสิ่งเร้ามากความวิตกกังวลก็จะมากตามไปด้วยการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลส่วนมากใช้ความหมายของความวิตกกังวลของSpielberger (e.g. Borkovec and Costello, 1993 ; Durham et al. 1994 นภาพร ตั้งพูลผลวนิชย์, 2543; กนกวรรณ ทาสอน, 2545; ณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) จากการที่ Spielberger ให้ความหมายของความเครียดว่าเป็นสถานการณ์ที่สามารถกระตุ้นปฏิกิริยาของบุคคล ทำให้เกิดการรับรู้ว่าคุณค่าโดยสถานการณ์นั้นๆ เมื่อนำมาใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรควิตกกังวล จะเห็นได้ว่าถ้าผู้ป่วยโรควิตกกังวลรับรู้ว่ามีภาวะเสี่ยงสูงเป็นอันตราย คุณค่าต่อความปลอดภัยของตนเอง ความวิตกกังวลย่อมเกิดขึ้นตามมา

1.2 ความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลประจำตัว และความวิตกกังวลต่อสถานการณ์

ตามแนวคิดความวิตกกังวล ซึ่ง Spielberger, Polans and Worden (1984) (อ้างถึงในพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2538) ได้แบ่งความวิตกกังวล เป็น 2 ลักษณะ คือ ลักษณะความวิตกกังวลประจำตัว และความวิตกกังวลต่อสถานการณ์หรือความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ในการศึกษาที่ผู้ศึกษาจะใช้คำว่าความวิตกกังวลขณะปัจจุบันแทนข้อความนี้เพื่อให้สั้นและกระชับขึ้น ลักษณะทั้ง 2 อย่าง มีความแตกต่างและสัมพันธ์กัน ดังนี้

ด้านความแตกต่างที่สำคัญ คือ ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน เป็นความกระวนกระวาย ความหวาดหวั่น ความกังวลที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ส่วนความวิตกกังวลประจำตัว เป็นบุคลิกภาพอันยาวนาน (Long term personality) ที่จะเกิดความวิตกกังวลเมื่อถูกยั่วยู่โดยสิ่งเร้าที่จะก่อให้เกิดความเครียด ความถี่ของความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับลักษณะนิสัย (trait) ของคนๆ นั้น บางทีเรียกว่าความวิตกกังวลที่มีลักษณะเฉพาะ (characteristic or basic anxiety) ความวิตกกังวลแบบนี้เป็นส่วนหนึ่งของนิสัยอันถาวร (temperament)

ด้านความสัมพันธ์ ความวิตกกังวลประจำตัวและความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กันในลักษณะต่อไปนี้คือ ในบุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวสูงเมื่อได้รับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือจะทำให้เกิดอันตราย ระดับความวิตกกังวลประจำตัวที่มีอยู่แล้ว จะ

เป็นตัวเสริม หรือไปประกอบความวิตกกังวลประจำตัว ให้มีความรุนแรงและมีระยะเวลาการเกิดนานมากกว่าในบุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวระดับต่ำกว่า(Spielberger,1966) นอกจากนั้นในบุคคลที่เกิดความวิตกกังวลขณะปัจจุบันบ่อยๆ ครั้ง โดยในแต่ละครั้งจะมีความรุนแรงหรือไม่ก็ตาม อาจส่งผลให้บุคคลนั้นมีความวิตกกังวลประจำตัว ในระดับสูงขึ้น(Spielberger ,1966; Levitt ,1971 อ้างถึงใน สุชาติดา รัชชกุล และชมพูนุช โสภากาจารย์ ,2544)

Spielberger (1966) กล่าวว่า ในภาวะที่บุคคลได้รับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือจะเกิดอันตราย ในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไป ความวิตกกังวลประจำตัว และความวิตกกังวลขณะปัจจุบันจะมีความสัมพันธ์กันประมาณ .44-.67 แต่ในสถานการณ์ที่บุคคลได้รับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือจะเกิดอันตรายต่อร่างกาย เช่น การถูกช็อตไฟฟ้า ความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลประจำตัว และความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน จะค่อนข้างต่ำ หรือแทบไม่มีความสัมพันธ์กันเลย นั่นคือ ไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีความวิตกกังวลประจำตัวอยู่ในระดับใดก็ตาม ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันก็จะมีมีความรุนแรงมากขึ้นทันที เมื่อเผชิญกับสถานการณ์อันตรายนั้น

1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความวิตกกังวล องค์ประกอบสำคัญที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมี 3 ประการดังนี้ (Melvin, 1978 อ้างถึงใน กนกพร สุคำวัง 2528; Lazarus and Folkman, 1984)

1.3.1 เมื่อบุคคลได้รับการคุกคามหรือสูญเสียสัญลักษณ์ (Symbols) ของตนเองได้แก่ความคิดเห็น มโนทัศน์ ค่านิยม หรือระบบของความคิดของตนเองจะทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

1.3.2 การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่จะมาคุกคาม ทำให้เกิดความขัดแย้ง ซึ่งอาจจะเกิดได้ทั้งในจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลทำให้เกิดความวิตกกังวลได้

1.3.3 ความไม่แน่ใจ หรือความคลุมเครือต่อเหตุการณ์ในอนาคต ซึ่งเป็นสิ่งบุคคลไม่สามารถรู้ถึงอันตรายหรือสิ่งที่มาคุกคามตัวบุคคล ส่งผลให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล ความไม่แน่ใจเป็นสาเหตุสำคัญของความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ที่มีความเจ็บป่วย เนื่องจากความไม่แน่ใจทำให้จำกัดความสามารถของบุคคลในการควบคุมสิ่งที่คิดว่าเป็นอันตราย ดังนั้นจึงทำให้บุคคลรู้สึกว่าจะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลในที่สุด อีกเหตุผลหนึ่ง

ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลเนื่องจากความไม่แน่ใจทำให้กระบวนการเผชิญปัญหาถูกจำกัดจึงส่งผลให้บุคคลวิตกกังวลได้

เมื่อศึกษาถึงสาเหตุ หรือปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีความวิตกกังวลจากการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พัฒนาโดย The North American Nursing Diagnosis (NANDA) (1990) พบว่าปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ ภาวะคุกคามต่อ self-concept ความรู้สึกว่าคุณค่าความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง ภาวะวิกฤติในสถานการณ์หรือการพัฒนาการ ภาวะคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงในการแสดงบทบาทหน้าที่ ภาวะคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงในสถานะ ภาวะคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนการปฏิสัมพันธ์ ภาวะคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อม ภาวะคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงในเศรษฐกิจฐานะ ความขัดแย้งในคุณค่าและเป้าหมายของชีวิต การเปลี่ยนแปลงในการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และภาวะคุกคามต่อความตาย

1.4 ระดับของความวิตกกังวล

ลักษณะต่าง ๆ ทั้งในส่วนพฤติกรรม อารมณ์ และความคิดที่แสดงถึงความวิตกกังวล สามารถแบ่งเป็นระดับได้ ตั้งแต่ระดับ 1 จนถึงระดับ 4 ดังนี้ (Shives ,1986 อ้างถึงในดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา และคณะ ,2543)

ระดับ 1 ความวิตกกังวลในระดับต่ำ (Mild anxiety) ผู้ที่มีความวิตกกังวลระดับ 1 จะมีความตื่นตัวเพิ่มขึ้นต่อสิ่งกระตุ้นภายในและสิ่งกระตุ้นภายนอก จากสิ่งแวดล้อม ในความวิตกกังวลระดับนี้ บุคคลจะมีความสามารถในการเรียนรู้เพิ่มขึ้น มีความรู้สึกกังวล รู้สึกว่ามีแรงขับภายในที่ทำให้ไม่สามารถจะผ่อนคลายตนเองได้ อาการกระวนกระวาย กระสับกระส่าย อาจจะปรากฏได้โดยอาจไม่ทราบสาเหตุ

ระดับ 2 ความวิตกกังวลระดับกลาง (Moderate anxiety) ในระดับนี้ความสามารถในการรับรู้จะค่อนข้างแคบ บุคคลจะยังสามารถให้ความสนใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเฉพาะ มักจะมีอาการเดินไปมา เสียงมักจะสั่น พูดมากขึ้น ระบบทางสรีระเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง

ระดับ 3 ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้ความสามารถของการรับรู้ของบุคคลลดลง โดยจะให้ความสนใจต่อรายละเอียดเล็กๆ การใช้คำพูดมักไม่ค่อยเหมาะสมหรือถึงขั้นไม่สามารถสื่อสารได้ชัดเจน ขณะที่ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น สติปัญญาที่จะคิดหรือแก้ปัญหาต่าง ๆ จะลดลง ขาดความสามารถในการแยกแยะสิ่ง

ต่างๆ ระยะนี้มักจะเกิดคำถามในใจบ่อยๆ ว่า "จะทำยังไงกับตนเองดี" "ทำไมถึงน่าเบื่ออย่างนี้" ระบบสรีระจะมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ระดับ 4 ความวิตกกังวลระดับตื่นกลัวสุดขีด (Panic) ในความวิตกกังวลระดับนี้ จะมีอาการทุกอย่างเต็มที่ ความสามารถในการรับรู้เสียไปมาก บุคลิกภาพเริ่มเปลี่ยนไป ความสามารถในการพูดเสียไป และไม่สามารถที่จะสนใจต่อสิ่งเร้าที่เป็นจริงได้ ระบบสรีระ อารมณ์ และสติปัญญาเบี่ยงเบนไป

จะเห็นว่า ความวิตกกังวล แม้จะถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดา ของมนุษย์ทุกคน แต่เมื่อความวิตกกังวลที่ไม่ได้รับการแก้ไข และเพิ่มสูงขึ้นจนถึงระดับสูง หรือมีอยู่ในระยะเวลายาวนานเกินไป ย่อมจะทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล บุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือในการลดความวิตกกังวลและเรียนรู้ความวิตกกังวลของตน ตลอดจนวิธีการเผชิญกับความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.5 การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลสามารถประเมินได้จากการสังเกตพฤติกรรม การตอบสนองด้านสรีระของบุคคลที่แสดงออกเพื่อลดความวิตกกังวล และจากรายงานความรู้สึกที่เกิดขึ้นเฉพาะบุคคลที่ประสบความวิตกกังวล ซึ่ง Nietzel and Bernstein (อ้างถึงใน วราภรณ์ ยศทวี, 2540) ได้จำแนกการประเมินความวิตกกังวลเป็น 3 วิธีดังนี้

1.5.1 การประเมินความวิตกกังวลจากสภาพทางสรีระ (Physiological measure of anxiety) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น ระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการเต้นของชีพจร การตรวจคลื่นสมอง การขยายของม่านตา ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งการวัดความวิตกกังวลแบบนี้จะต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษในการวัด เช่น เครื่องมือวัดความดันโลหิต (sphygmomanometer) เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (electrocardiograph) เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของชีพจร (mechanical pulse detective) เครื่องมือวัดคลื่นสมอง (electroencephalography) เครื่องมือตรวจม่านตา เพื่อดูการขยายของม่านตา (pupillograph) เครื่องมือวัดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ (eletromyograph) เป็นต้น การวัดด้วยวิธีนี้ต้องอาศัยผู้ชำนาญทางการตรวจและการแปลผลการเปลี่ยนแปลง ซึ่งต้องมีความแม่นยำ อาจเกิดความสับสนต่อการประเมิน เนื่องจากในการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต และอัตราการเต้นของชีพจรนั้นอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรคต่างๆ ในระบบประสาทและหลอดเลือดที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ เช่น โรคไต โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงหรืออาจเกิดจากผลของการใช้ยา

บางชนิด จากอาหาร บุหรี่ การออกกำลังกาย เป็นต้น ดังนั้นจึงมีความลำบากในการวัดความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้ เนื่องจากระดับความวิตกกังวลจะไม่สัมพันธ์กับอาการแสดงออก นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละบุคคลยังมีแบบแผนที่แตกต่างกัน

1.5.2. การประเมินความวิตกกังวล โดยการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล (Behavioral measure of anxiety) เป็นการวัดการตอบสนองทางด้านจิตใจ ซึ่งแสดงออกถึงความแปรปรวนในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ความสอดคล้องกันของการทำงานของร่างกายกับการรับรู้ความจำ การเรียนรู้ที่ง่าย ๆ หรือซับซ้อน เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงออกมานั้น เป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนมาจากอารมณ์ภายในใจซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้เช่น อาการกระสับกระส่าย ลุกลุกลงนอน มือสั่น ถอนหายใจ ร้องไห้ หงุดหงิด ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร พุดรัวเร็วขึ้น เป็นต้น

1.5.3. การประเมินความวิตกกังวลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report measure of anxiety) โดยให้บุคคลรายงานความรู้สึกวิตกกังวลของตนเอง ซึ่งอาจเป็นการรายงานด้วยการตอบแบบสอบถาม การเขียนหรือรายงานด้วยวาจา เป็นการวัดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้ โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบตามความรู้สึก แล้วนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล แบบสอบถามดังกล่าวมีผู้สร้างหลายชนิด เช่น แบบสอบถามความวิตกกังวล STAI (The State-Trait Anxiety Inventory) ของ Spielberger , Gorsuch , and Lushene (1970) แบบสอบถามความวิตกกังวลแบบ MAS (The Taylor Manifest Anxiety) ของ Taylor (1982) เป็นต้น การประเมินความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้สามารถใช้ได้สะดวก และได้ผลดี ถ้าแบบวัดที่สร้างขึ้นมีความเที่ยงและความตรงสูง

แบบสอบถามความวิตกกังวล STAI (The State-Trait Anxiety Inventory) ของ Spielberger , Gorsuch , and Lushene เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดความวิตกกังวลด้วยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วยแบบสอบถามที่ใช้วัดความวิตกกังวล 2 ประเภทคือ

1) แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลแบบ State anxiety คือแบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆ

2) แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลแบบ Trait anxiety คือแบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึกทั่วไปของบุคคลในทุกสถานการณ์ เช่น งานวิจัยของ Borkovec and Costello (1993), Butler et al (1987, 1991), Hochn-Saric et al (1989) รายงานผลการทบทวนงานวิจัยตั้งแต่ปี 1987 ถึง 1998 ของ Fisher & Durham (1999) ที่ได้ทบทวนผลการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งวัดผลโดยใช้ State-Trait Anxiety Inventory จำนวน

8 งานวิจัย สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยเท่าที่พบมีดังนี้ ชมชื่น สมประเสริฐ (2526), ทิพวัลย์ โปธิแท่น (2531), ชนิษฐา นาคะ (2534), สุดสวาท ทิพย์สุทธิ (2541), สมใจ เจียรพะงษ์ (2542) นภาพร ตั้งพูลผลวนิชย์ (2543); กนกวรรณ ทาสอน (2545) และ ณัฐทิพร ชัยประทาน (2547) เป็นต้น

2. โรควิตกกังวล

2.1 ความหมายของโรควิตกกังวล

ผู้ป่วยโรควิตกกังวล (Generalized anxiety disorder) หมายถึงบุคคลที่จิตแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรควิตกกังวลชนิด Generalized anxiety disorder ตามหลักการวินิจฉัยโรค DSM –IV (รัตนา สายพานิชย์ และสมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก อ่างถึงใน มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์ ,2544) หรือตามหลักการวินิจฉัยโรคของ WHO (ICD 10) ซึ่งอยู่ในรหัส F41 (พิเชษฐ อุดมรัตน์ , 2533) โรควิตกกังวลเป็นความผิดปกติที่มีลักษณะที่สำคัญคือ มีความกังวล (anxiety) และความไม่สบายใจ (worry) ส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลที่มากเกินไปในเรื่องต่างๆไป หลาย ๆ เรื่องไม่เฉพาะเจาะจง และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นจะคงอยู่เป็นเวลานาน อย่างน้อย 3-6 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่เข้าใจความกังวลที่เกิดขึ้น มักพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมาก ที่มาพบแพทย์ด้วยอาการวิตกกังวล แต่ก็ไม่ทราบเหมือนกันว่ากังวลเกี่ยวกับเรื่องอะไร (Gabbard, 2000 อ่างถึงใน ณัฐทิพร ชัยประทาน ,2547) ผลของความกังวลจะรบกวนผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะพบว่าเป็นการยากที่จะสามารถควบคุมความกังวลที่เกิดขึ้น พบได้ร้อยละ 3-8 ของประชากรทั่วไป พบในหญิงมากกว่าชาย 2 เท่า พบช่วงอายุ 25 ปีขึ้นไป เป็นโรคที่มีความเรื้อรัง และร้อยละ 50 ของผู้ป่วย จะพบว่ามีโรคจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย (ปราโมทย์ สุคนิชย์ และ พิเชษฐ อุดมรัตน์ ,2544) โดยพบในอัตราต่อไปนี้ โรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง ร้อยละ 11 โรคซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 7 โรคกลัวสังคม ร้อยละ 7 เป็นต้น

2.2 อาการของโรควิตกกังวล

อาการของโรควิตกกังวล อาจมีลักษณะการแสดงออกของความวิตกกังวล ที่คล้ายคลึงกับผู้ที่มีความวิตกกังวลระดับรุนแรง แต่สามารถแยกแยะได้จากความแตกต่างที่พอสรุปได้ดังนี้ (กนกวรรณ ทาสอน , 2545)

2.2.1. มีลักษณะความวิตกกังวลที่แผ่กระจายไปในหลาย ๆ เรื่อง (generalized) ไม่ทราบสาเหตุ ๆ ไม่เจาะจงหรือผูกพันอยู่กับเหตุการณ์หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยเฉพาะ และไม่มีอาการ

รุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นช่วง ๆ เหมือน panic attack แต่ผู้ป่วยจะตกอยู่ในภาวะวิตกกังวล ตึงเครียด กลัว หรือหวาดวิตก คาดการณ์ไปล่วงหน้าต่อเหตุการณ์ในชีวิตหลาย ๆ เรื่อง มีความคิดวนเวียน กลับไปกลับมา หวั่นว่าจะมีเหตุร้ายเกิดขึ้นกับตนเองหรือคนใกล้ชิด เรื่องที่กังวลส่วนใหญ่จะเป็น เรื่องของครอบครัว เศรษฐกิจ การทำงาน ความเจ็บป่วย อุบัติเหตุ ความตาย ความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล นอกจากนี้จะกังวลเกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดขึ้นกับตนเช่นถ้ามีอาการหัวใจเต้นเร็ว ในสัน อาจวิตกไปว่าตนเองจะเป็นโรคหัวใจ เป็นต้น (สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ , 2533; พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ ,2534 ; รัตนา สายพานิชย์ และสมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค , 2539 ; สุรัชย์ เกื้อศิริกุล , 2536)

2.2.2 มีความไม่สุขสบายทางกายที่เกิดจากผลกระทบ หรือการตอบสนองต่อ ความวิตกกังวลร่วมด้วย

1) อาการที่เกิดจากความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ(Muscle tension) เช่นอาการ สั่นกระตุกของแขนขา เจ็บตึงปวดตามกล้ามเนื้อ ง่วงงวน เหนื่อยอ่อนเพลียง่าย ปวดศีรษะแบบ ตึงๆ ตื้อๆ (tension headache) หรือปวดบริเวณขมับทั้งสองข้าง ปวดตึงกล้ามเนื้อต้นคอ ท้ายทอย

2) อาการที่เกิดจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากเกินไป (Autonomic hyperactivity) เช่นอาการใจสั่น เหนื่อยง่าย หายใจติดขัด หัวใจเต้นเร็ว รู้สึกหายใจไม่อิ่ม รู้สึก เหมือนมีก้อนจุกที่ลำคอ แต่อาการเหล่านี้จะไม่เกิดรุนแรงเป็นช่วง ๆ เหมือนโรคแพนิค นอกนั้นจะมีอาการเหงื่อออกง่าย ปากแห้ง มึนงง คลื่นไส้ ท้องเสีย ปัสสาวะบ่อย

3)อาการที่เกิดจากความเครียดหรือระแวงระวังมากเกินไป(Cognitive hypervigilance) เช่นอาการตึงเครียด ตื่นเต้นตกใจง่ายกว่าปกติเวลามีเสียงดัง ขาดสมาธิ ใจลอย เนื่องจากความกังวล หลับยาก หรือหลับไม่สนิท

2.2.3.ความเรื้อรังของอาการแสดงออกของความวิตกกังวลและความถี่ของการ เกิดอาการ ซึ่งจะเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีวันที่เป็นมากกว่าวันที่ไม่เป็น และสามารถ กลับเป็นซ้ำได้ (Schweizer , 1995)

2.2.4.ลักษณะอาการเฉพาะของโรคที่ส่งผลให้บุคคลมีความบกพร่องด้านการ ประกอบอาชีพการงาน รวมทั้งทำให้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมบกพร่อง (Schweizer , 1995)

2.3 สาเหตุของโรควิตกกังวล

สาเหตุของโรควิตกกังวล สามารถแบ่งตามปัจจัยของการเกิดโรคได้ดังนี้

2.3.1. ปัจจัยด้านจิตใจ

อาการวิตกกังวลเป็นจากความขัดแย้งในจิตใจได้สำนึกซึ่งไม่ได้ถูกแก้ไข ความผิดปกติในแง่ของการรับรู้และการแปรผลต่อเหตุการณ์ต่างๆ ในลักษณะที่มองโลกในแง่ร้าย ทำให้เกิดความรู้สึกว่าไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้ สำหรับทฤษฎี Cognitive behavioral เชื่อว่าความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นเป็นการเลียนแบบมาจากพ่อแม่ที่มีอาการเหมือนกับผู้ป่วย หรือจาก Classical conditioning เกิดจากการที่ผู้ป่วยเคยมีอาการวิตกกังวลในขณะที่มีสิ่งกระตุ้น หรืออยู่ในสถานที่ใดที่หนึ่ง ก็จะทำให้ผู้ป่วยกลัวว่าจะเกิดความวิตกกังวลขึ้นมาอีก เมื่อเจอสิ่งกระตุ้นหรือสถานที่นั้นซ้ำอีก

2.3.2 ปัจจัยด้านชีวภาพ

1) Peripheral and central nervous system พบว่า autonomic nervous system ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการเพิ่มขึ้นของ sympathetic tone อย่างมาก เมื่อถูกกระตุ้นด้วย stimuli ต่าง ๆ

2) Neurotransmitters ตัวที่เกี่ยวข้องได้แก่ Norepinephrine โดยเฉพาะที่บริเวณ Locus ceruleus , serotonin ที่ median raphe nucleus และ Gamma- aminobutyric acid (GABA)

3) Panic including substance พบว่ามีสารหลายชนิดที่เมื่อใช้ในผู้ป่วย panic disorder แล้วจะเหนี่ยวนำให้เกิด panic attack ได้ง่ายขึ้น เช่น carbondioxide (5-35 % sodium lactate , bicarbonate ; alpha-2-adrenergic receptor antagonist (yohimbin) , serotonin agent (fenfluramine) และ caffeine เป็นต้น (รัตนาศายพานิชย์ และสมบัติ ศาสตราจารย์ รุ่งศักดิ์ อ่างถึงโน มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ , 2544)

ตามแนวคิดนี้ได้อธิบายภาวะวิตกกังวลไว้ว่าเป็นรูปแบบของความคิดที่ผิดบิดเบือนหรือความคิดในเชิงลบ ไม่สร้างสรรค์ ที่เกิดร่วมกับพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่แปรปรวนไป ตามแนวคิดนี้เชื่อว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคความผิดปกติชนิดวิตกกังวล มักประเมินอันตราย หรือโอกาสที่ตนจะได้รับอันตรายสูงเกินความเป็นจริง ในขณะที่เดียวกันก็จะประเมินความสามารถของตัวเองที่จะต่อสู้หรือจัดการกับสิ่งที่มาคุกคามนั้นต่ำกว่าความเป็นจริงด้วย สำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวลนั้น จะเป็นผู้ป่วยที่มีความคิดบิดเบือนไป โดยจะรับรู้และตีความเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต ที่เกิดขึ้นว่ามาคุกคามต่อความสุข ทางร่างกายหรือทางสังคมของตน เช่น ผู้ป่วยมักคาดหมายไปล่วงหน้า

ว่า จะมีการเหตุร้ายเกิดขึ้นกับตนเอง หรือบุคคลใกล้ชิด บางคนได้ยินเสียงดังหรือเสียงโทรศัพท์ดังขึ้น ก็จะสะดุ้ง ตกใจง่าย นอกจากนี้จะกังวลเกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดขึ้นกับตน เช่น ถ้ามีอาการใจเต้นเร็ว ใจสั่น อาจวิตกไปว่าตนเองจะเป็นโรคหัวใจ เป็นต้น (McDonald ,1990; Hochn-Saric ; Mcleod ,1991; Coryell and Winokur 1991; Green ,1993; พิเชฐ อุดมรัตน์ ,2534; สุรัชย์ เกื้อศิริกุล ,2536; สมภพ เรื่องตระกูล ,2537; จำลอง ดิษยวณิช และ พริ้มเพรา ดิษยวณิช ,2545)

ดังนั้นในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลในปัจจุบัน ตามแนวคิดด้านความคิดและความเข้าใจที่เรียกว่า กลวิธีรักษาทางความคิดนึก และความเข้าใจพฤติกรรม(cognitive-behavioral treatment strategies) โดยมุ่งที่จะไปปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดของผู้ป่วยเสียใหม่นั้น จัดว่าเป็นทางเลือกของการรักษาอีกทางหนึ่ง นอกเหนือจากการรักษาทางพฤติกรรม (พิเชฐ อุดมรัตน์ ,2534)

2.4 การวินิจฉัยโรควิตกกังวล

โรควิตกกังวล Generalized Anxiety Disorder (GAD) เกณฑ์การวินิจฉัยโรควิตกกังวลได้ถูกกำหนดอย่างชัดเจนครั้งแรกในคู่มือการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 (DSM-III-R) ในปี ค.ศ.1980 และต่อมาใน DSM IV American Psychiatric Association (1994) ได้กำหนดให้ระยะเวลาที่มีอาการอย่างน้อย 3-6 เดือน และมีอาการอย่างน้อย 3 อาการใน 6 อาการ โดยเปลี่ยนจากการเน้นในเรื่องกลุ่มอาการทางร่างกาย (somatic symptoms) เป็นเน้นที่กลุ่มอาการทางความคิดกังวล (cognitive symptoms of excessive worry) Thomson (1996) Well (1999) อ้างถึงในปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และ พิเชฐ อุดมรัตน์ (2544) ซึ่งประกอบด้วย อาการแสดงอย่างเรื้อรังของความตึงเครียดในระบบการเคลื่อนไหวหรือกล้ามเนื้อ (motor tension) ได้แก่ สั่นกระตุกหรือรู้สึกสะท้าน ตึง เจ็บปวดตามกล้ามเนื้อ ง่วงงวน เหนื่อยอ่อนเพลียง่าย ความแปรปรวนของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น เหงื่อแตก มึนงง หายใจติดขัด หรือรู้สึกหายใจไม่ออก ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ปากแห้ง มึนงง หรือรู้สึกหัวเบาไหวว (lightheadedness) คลื่นไส้ ท้องเสีย หรือท้องไส้ปั่นป่วน (abdominal distress) หน้าแดง ร้อนวูบวาบ หรือหนาวเย็น ปัสสาวะบ่อย กลืนลำบาก หรือเหมือนมีก้อนอะไรจุกแน่นอยู่ที่คอ ความคิดในเรื่องหวาดหวั่นหรือหวาดวิตก ได้แก่ มีความหวาดหวั่นหรือกังวลที่มากเกินไป และไม่เป็นจริงต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต อย่างน้อย 2 เหตุการณ์ หรือมากกว่า มีความกังวลที่แผ่กระจายไปในหลายเรื่อง (generalized) ยกตัวอย่าง เช่น กังวลว่าบุตรของตน (ผู้ซึ่งไม่ได้อยู่ใน

สถานการณ์อันตรายใดๆ) จะประสบเคราะห์กรรม และยังกังวลในเรื่องการเงิน (โดยไม่มีเหตุผลเพียงพอ) นอกจากนั้นยังวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดขึ้นกับตน เช่น ใจสั่น เดินเร็ว กังวลว่าจะเป็นโรค หัวใจ ผู้ป่วยจะถูกรบกวนด้วยความวิตกกังวล และความหวั่นวิตกนั้นอยู่เกือบตลอดเวลา และมีความระแวงระวัง พินิจพิเคราะห์มากเกินไป (cognitive hypervigilance) เช่น ความรู้สึกตื่นเต้น ตึงเครียด ตกใจง่าย ขาดสมาธิหรือใจลอย เนื่องจากความกังวล หลับยาก หรือหลับไม่สนิท หงุดหงิด (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2534 และ สุรัชย์ เกื้อศิริกุล, 2536) ผู้ป่วยมักจะมีอาการหลายอย่างเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน จนบางคนคิดว่าเป็นที่เดียวหลายโรค แต่ความเป็นจริงแล้วอาการที่เกิดขึ้นหลายอย่างนั้น มีสาเหตุมาจากเรื่องเดียวกัน คือ ความวิตกกังวลนั่นเอง (จำลอง ดิษยวณิชย์ และ พร็ัมเพรา ดิษยวณิชย์, 2545) ดังนั้นพอสรุปเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2544)

2.4.1. มีความวิตกกังวลมากเกินไปกว่าเหตุ (apprehensive expectation) ในหลาย ๆ เรื่อง

2.4.2 ผู้ป่วยรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมความกังวลนี้ได้

2.4.3. มีอาการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 3 ข้อ (ในเด็กมีอาการอย่างน้อย 1 ข้อ)

คือ

- 1). กระสับกระส่าย
- 2). อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย
- 3). มีปัญหาด้านสมาธิ ความจำ
- 4). หงุดหงิด
- 5). ปวดเมื่อย ตึงตามกล้ามเนื้อ
- 6). มีปัญหาเกี่ยวกับการนอน

2.4.4. อาการกังวลจะไม่ใช่เฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

2.4.5. อาการเป็นเกือบทั้งวัน ติดต่อกันนานมากกว่า 6 เดือน

2.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวล

การพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลนั้น ให้การพยาบาลตามลักษณะพฤติกรรมที่ผิดปกติ(สุวณีย์ เกี่ยววิงแก้ว, 2545) พฤติกรรมที่เกิดจากความวิตกกังวลผิดปกติที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่พบได้บ่อย คือ พฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ ส่วนความผิดปกติของโรควิตกกังวลอย่างอื่น จะมาตรวจด้วยโรคทางกายเป็นส่วนใหญ่ และไม่ต้องรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล จะ

เป็นการนัด ติดตาม ประเมินผล เป็นระยะ การพยาบาลผู้ป่วยเริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยรวบรวมข้อมูลจากตัวผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย จากประวัติการเจ็บป่วย การประเมินระดับความวิตกกังวล การตรวจร่างกายของแพทย์ การตรวจประเมินสภาพจิต รวมถึงการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินการได้รับสารพิษ หรือได้รับยารักษาโรคอื่นๆ ที่ทำให้เกิดอาการในขณะนั้นได้ ความผิดปกติที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับโรควิตกกังวลและทำให้เกิดอาการด้านร่างกาย ได้แก่ ความเจ็บปวด อาการคลื่นไส้ อาการวิงเวียน โดยที่ไม่สามารถหาสาเหตุทางกายได้ พยาบาลจึงต้องรับฟังและพิจารณาไตร่ตรองความเป็นไปได้ และควรพิจารณาดูอาการอื่นๆ ร่วมด้วย การพูดด้วยคำพูดที่สงบ ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงอาการของความไม่สบายใจต่าง ๆ ตลอดจนความคิด ความเข้าใจของผู้ป่วยต่ออาการเหล่านั้น ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ โดยร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และให้ผู้ผู้ป่วยเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมด้วยตนเอง ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบจะสามารถจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวลได้ดีขึ้น โดยฝึกพิจารณาปัญหา การปรับโครงสร้างความคิด รวมถึงการฝึกการผ่อนคลาย เพื่อช่วยลดอาการทางกาย และจิตใจให้ผ่อนคลาย

การช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยถือว่าเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล การช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวล ต้องช่วยให้ผู้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางในการเผชิญความกังวลที่เขามีอยู่โดยพยาบาลต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (Suinn ,1990 อ้างถึงใน กนกวรรณ ทาสอน ,2545) เพราะเมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวลมากเกินไปแล้ว ร่างกายจะมีการตอบสนองและแสดงอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ออกมาดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวันของบุคคลเป็นอย่างมาก ทั้งในด้านภาวะเศรษฐกิจที่ต้องสูญเสียเงินไปกับการรักษาอาการวิตกกังวล และการรักษาอาการที่เกิดจากการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ (Blair and Ramones ,1996) เกิดการสูญเสียในการทำหน้าที่ทางสังคม ตลอดจนการประกอบอาชีพการงาน(Rickell and Schweizer ,1998) รวมทั้งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวทำให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัวยิ่งขึ้น (Silverman and Nell ,1998 cited in Schweizer ,1995) และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทำให้คุณภาพชีวิตลดลงด้วย (Massion ,1993) การช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวลในปัจจุบันมี 2 แนวทางหลัก คือ การใช้ยาและไม่ใช้ยา เนื่องจากการใช้ยาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วยได้ (Rickels and Schweizer , 1998) ดังนั้นจะต้องมีการผสมผสานการช่วยเหลือด้วยวิธีการอื่นร่วมด้วย โดยเฉพาะแนวทางที่มุ่งให้ผู้ผู้ป่วยมีการช่วยเหลือตนเอง เรียนรู้การจัดการหรือเผชิญกับปัญหาที่เหมาะสมหรือที่เรียกว่า การบำบัดทางจิตสังคมวิธีการในการ

ช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลโดยไม่ต้องใช้ยานั้นมีผู้เสนอไว้หลายวิธี แต่จะมีความคล้ายคลึงกันพอสรุปได้ดังนี้

การเผชิญความเครียดหรือความวิตกกังวลโดยตรง (direct coping) ซึ่งเป็นวิธีลดความตึงเครียดภายในจิตใจอย่างรวดเร็ว และคนส่วนใหญ่จะพัฒนาวิธีการเผชิญความเครียดเป็น 2 แบบ คือการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และแบบมุ่งอารมณ์เป็นหลัก(Kivisto and Counture ,1997 อ้างถึงใน กนกวรรณ ทาสอน ,2545) ให้ความเห็นว่าการเผชิญความเครียดโดยตรงมี 3 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 เป็นการลดความเครียดหรือความวิตกกังวลด้วยตนเอง โดยวิธีการพื้นฐานทั่ว ๆ ไป เช่น การส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เพียงพอ การหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล การที่ต้นเหตุของปัญหา การขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม

ระดับที่ 2 เป็นการลดความเครียดหรือความวิตกกังวลด้วยการเรียนรู้ในการจัดการความเครียดด้วยตนเอง เช่น การอ่านหนังสือ การฟังเพลง การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) เป็นต้น

ระดับที่ 3 เป็นการลดความเครียดหรือความวิตกกังวลด้วยการขอความช่วยเหลือจาก ผู้มีประสบการณ์ หรือผู้เชี่ยวชาญ เช่น การเข้ากลุ่มประคับประคอง (supportive group) เป็นต้น

นพพร เชาวะเจริญ (2540) ให้ความเห็นว่าการที่พยาบาลจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยนั้น พยาบาลจะต้องทราบพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย ต้องรู้ว่าผู้ป่วยพัฒนาวิธีการเผชิญความเครียดมาแล้วอย่างไรบ้าง เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพและเกิดผลดีหรือไม่ อย่างไร และพยาบาลต้องสอนเกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย สอดคล้องกับ Suinn (1990 cited in Stuart ,1991) ที่กล่าวถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลว่า ต้องช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางใหม่ๆ ในการเผชิญความเครียด โดยพยาบาลต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

การเผชิญความเครียดหรือความวิตกกังวลโดยทางอ้อม (Indirect coping) เป็นการจัดการกับความเครียดหรือความวิตกกังวล โดยคำนึงถึงการตอบสนองของความเครียดจากการรับรู้ต่อสิ่งคุกคามของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านความคิดหรือพุทธิปัญญา และด้านพฤติกรรม (Kivisto and Counture ,1997) อาจกล่าวได้ว่าวิธีการนี้ เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวล

นั่นเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ และได้เรียนรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวลของตนเอง เป้าหมายของการเรียนรู้ความวิตกกังวลคือ ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนองของตนเอง เมื่อเกิดความวิตกกังวล ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาสาเหตุ หรือสิ่งคุกคามต่อตนเอง โดยการแสวงหาหนทางร่วมกันในการพยายามลดสิ่งคุกคามนั้นๆ หรือปรับเปลี่ยนการรับรู้ของผู้ป่วยต่อสิ่งคุกคามนั้นและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้วิธีเผชิญต่อความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการช่วยผู้ป่วยค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยเคยใช้แล้วได้ผลดี และสอนวิธีการเผชิญปัญหาใหม่เพิ่มเติม สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลด้วยการเผชิญความเครียด หรือความวิตกกังวลโดยทางอ้อมทำได้หลายลักษณะดังนี้

2.5.1 การช่วยเหลือด้านสรีระวิทยา (Physiological intervention) เป็นการลดความเครียดหรือความวิตกกังวล โดยการผ่อนคลาย (relaxation) มีผู้วิจัยหลายคนนำเอาเทคนิคนี้มาศึกษากับผู้ป่วย เช่น สุภวรรณ ตียพันธ์ (2540) นำเทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบลึกมาใช้ลดอาการใจสั่นในผู้ป่วยภาวะวิตกกังวล พบว่า ผู้ป่วยมีอาการใจสั่นลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้มีวิธีผ่อนคลายอีกหลายวิธี เช่น การตอบสนองด้วยความเงียบ การฝึกโยคะ การฝึกไบโอฟีดแบค การฝึกสมาธิ เป็นต้น ในส่วนนี้ บุญช่วย เทพยศ (2540) นำวิธีการฝึกสมาธิแบบพุทธนี้ไปใช้กับผู้ป่วยโรคประสาทวิตกกังวล พบว่า สามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมความวิตกกังวลได้เป็นอย่างดี เป็นต้น

2.5.2 การช่วยเหลือในด้านพฤติกรรม (Behavior intervention) เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การฝึกการกล้าแสดงออก

2.5.3 การช่วยเหลือในด้านความคิด (Cognitive intervention) เป็นวิธีการช่วยให้บุคคลเผชิญกับความจริง มีความคิดในด้านบวก มีเหตุมีผล และเกิดรูปแบบของความคิดอย่างเป็นขั้นเป็นตอน เช่น การพูดกับตนเอง (self talk) การหยุดความคิด (thought stopping) การใช้จินตภาพ (mental imagery) การลดความรู้สึกรายอย่างเป็นระบบ (systemic desensitization) การฝึกป้องกันความเครียด (stress inoculation) เป็นต้น

2.5.4 การช่วยเหลือด้านความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior strategies) เป็นวิธีการที่ผสมผสานระหว่างการช่วยเหลือด้านการปรับพฤติกรรมและด้านความคิดนี้เข้าด้วยกัน หรือที่เรียกว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรมวิธีการนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนมุมมองต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแล้ววางแผนพัฒนาการตอบสนอง

ต่อสิ่งกระตุ้นด้วยการไม่วิตกกังวล และใช้ทักษะการแก้ไขปัญหาเมื่อมีเหตุการณ์ที่จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นมาอีก (Frisch and Frisch, 1998)

การบรรเทาความวิตกกังวล ความวิตกกังวลก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลตามระดับของความวิตกกังวลที่แตกต่างกันความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการเรียนรู้ แต่ถ้าเป็นความวิตกกังวลในระดับสูง และรุนแรงจะทำให้ขัดขวางการเรียนรู้ ดังนั้นการบรรเทาความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับที่สามารถแก้ไขปัญหาได้ จึงจะช่วยให้เกิดเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพได้

วิธีการบรรเทาความวิตกกังวลมีดังนี้

1) วิธีบรรเทาความวิตกกังวลโดยการให้ยา ยาที่ใช้บรรเทาความวิตกกังวล

เรียกว่า Anti anxiety drugs เป็นยาที่มีฤทธิ์ทำให้ประสาทหลอน ลดความวิตกกังวล ความกระวนกระวาย ลดอาการตื่นเต้น เครียด บางครั้งอาจใช้เป็นยาที่ทำให้หลับ แบ่งเป็น 2 ประเภท (อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย, 2543) คือ 1) Benzodiazepines เป็นยาที่นิยมใช้กันอย่างกว้างขวางที่สุด โดยยาจะไปกดที่ระบบประสาทส่วน Limbic และบริเวณเปลือกสมอง (Cortical areas) สามารถดูดซึมในระบบทางเดินอาหารได้และมีฤทธิ์อยู่ได้นาน 24-72 ชั่วโมง ควรระวังอาการง่วงนอน ไม่สดชื่น และหิวบ่อย ตัวอย่างในกลุ่มนี้ได้แก่ Chlordiazepoxide (Librium), Diazepam (Valium), Oxazepam (Serax), Lorazepam (Activan), Prazepam (Centrax) และ 2) Non benzodiazepines ปัจจุบันนิยมใช้น้อย และจะใช้เมื่อไม่มี Benzodiazepines หรือ ใช้ Benzodiazepines ไม่ได้ผล ยาพวกนี้ได้แก่ Barbiturate, Meprobamate และ Alcohol hydrate ที่ไม่นิยมใช้เพราะมักทำให้ติดยา และถ้าใช้ในปริมาณสูงจะไปกดระบบประสาทส่วนกลาง(CNS) เป็นอันตรายได้ สิ่งที่ต้องระวังในการใช้ยาบรรเทาอาการวิตกกังวล ได้แก่ อาการง่วงนอน ต้องระวังในผู้ที่ต้องขับรถ หรือทำงานกับเครื่องจักรกล เกิดการติดยา ยาพวกนี้มักหาซื้อง่าย และมักใช้กันบ่อยมาก เพื่อลดอาการกระวนกระวาย นอนไม่หลับ เมื่อใช้บ่อยๆ และในปริมาณเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ก็อาจติดยาได้ เกิดฤทธิ์ของยาตกค้าง ผู้ใช้ยาประเภทนี้มักมีอาการง่วงนอน ไม่สดชื่น แม้จะใช้ยานี้ไปแล้วเกิน 6-8 ชั่วโมงก็ตาม อาจมีฤทธิ์ของยาตกค้าง ทำให้ยังคงง่วงนอน ไม่สดชื่นในระยะยาวได้ หรือการขาดยาทันที อาจมีผลทำให้กระวนกระวายสูง ถึงเกิดอาการชักได้ (แนวทางในการใช้ยาบรรเทาความวิตกกังวล Abrams อ้างถึงใน ปรินญา สนิกะวาที, 2542) การใช้ยาในบุคคลที่มีความวิตกกังวลที่เป็นสาเหตุรบกวนการทำงาน ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง รบกวนการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การให้ยาในระยะเวลาด้านประมาณ 2-3 สัปดาห์ ในปริมาณขนาดยาต่ำสุดที่สามารถบรรเทาความวิตกกังวลได้ในผู้มีอาการ

วิตกกังวลเรื้อรัง สำหรับผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางร่างกายเรื้อรัง เช่น อาการเจ็บหน้าอก (angina pectoris) ความดันโลหิตสูง (hypertension) แผลในกระเพาะอาหาร (peptic ulcer) ซึ่งยาบรรเทาความวิตกกังวลจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษา และผลของยาก็จะทำให้อาการของโรคสงบลงได้ เช่น คลายกล้ามเนื้อ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นพร้อมความเจ็บปวด ซึ่งบางครั้งยาบรรเทาอาการวิตกกังวลจะทำให้อาการปวดลดลงได้

2) วิธีการบรรเทาอาการวิตกกังวลโดยการบำบัด

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลในการลดความวิตกกังวลโดยใช้การเรียนรู้แบบกลุ่มที่นำเอาแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าเป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่มีประสิทธิภาพได้ผลดี(Butler et al ,1987, 1991 ; Borkovec, 1993 ; Burham and Allen, 1998 ; Fisher and Durham, 1999 ; James and Elizabeth, 2000; Practitioner, 2000; David, 2001; Maria, 2003; Marom and Hermesh, 2003; Deborah, 2003; Eliane et al, 2003)

3.การเรียนรู้แบบกลุ่ม (Learning By Group)

การเรียนรู้แบบกลุ่ม เป็นการเรียนรู้ที่มีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหา หรือฝึกทักษะทางสังคม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยใช้วิธีสื่อสารทางวาจาหรือการพูดคุย รวมทั้งการสื่อสารความหมายทางอื่น เช่น อากัปกิริยา ท่าที สีหน้า และปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม

การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ไม่ว่าจะเป็นทางด้านความคิด(thinking) ความรู้สึก (feeling) การกระทำ (behavior) การรักษาทางจิตบำบัดแบบกลุ่มมีความสำคัญที่จะลดอาการและปัญหาทางจิตใจของผู้ป่วย การมีปัญหหรือพยาธิสภาพทางจิตใจ มักทำให้ความสามารถในการปรับตัวลดน้อยลง และทำให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการ หรือพฤติกรรมที่ซ้ำเดิม ความสามารถในการไตร่ตรองเพื่อเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมอย่างอื่นจะลดลง หรือหายไป การรักษาด้วยจิตบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการพิจารณาและแก้ไขปัญหจากมุมมองอื่น ก่อให้เกิดการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมให้เหมาะสมมากขึ้น ทำให้อาการและปัญหาต่างๆ นั้นเกิดการเปลี่ยนแปลง ลดความรุนแรงของอาการหรือหมดไป และช่วยให้ผู้ป่วยกลับมามีสุขภาพจิตที่ดี สามารถต่อสู้กับปัญหาได้ (จันทิมา องศ์โฆษิต , 2545)

การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม เป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญซึ่งเมื่อประกอบกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์แล้ว กระบวนการกลุ่มจะทำให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมสูงสุด และทำให้อรรถประโยชน์สูงสุด เพราะในการเรียนรู้เชิงประสบการณ์นั้น สมาชิกกลุ่มทุกคนมีประสบการณ์

ติดตัวมา จะสามารถใช้ประสบการณ์ของตนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ความคิดเห็นและการนำไปปฏิบัติได้นั้น จะต้องอาศัยกระบวนการกลุ่ม ทั้งนี้ เนื่องจากการทำงานเป็นกลุ่มจะทำให้ เกิดการแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และช่วยกันทำ ในสิ่งที่ยากหรือไม่เคยทำมาก่อน (ทิชณา แชมณี, 2537) การออกแบบกลุ่มให้เหมาะสมในแต่ละ องค์ประกอบ ของการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมสูงสุดนั้น มีความสำคัญ เพราะกลุ่มแต่ละ ประเภทมีข้อดีและข้อจำกัดต่างกัน (กรมสุขภาพจิต 2451 ก) ดังนั้นผู้นำกลุ่ม จะต้องออกแบบ กลุ่มให้เหมาะสม

กระบวนการกลุ่ม เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มต้นที่บุคคลมาทำงานร่วมกัน จนสิ้นสุดกระบวนการตามที่ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ เป็นกระบวนการเพื่อใช้กลุ่มในการแก้ปัญหา หรือ กระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดร่วมกัน เพื่อเรียนรู้สิ่งต่างๆ ร่วมกัน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะเกิดการเรียนรู้ด้วย ตนเอง และจะใช้วิธีการวิเคราะห์พฤติกรรม ซึ่งเกิดขึ้นในขณะนั้น ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญของการเรียนรู้ (อรจิต ดุลยานุภาพ, 2541) กระบวนการกลุ่มจึง เป็นที่รวมแห่งประสบการณ์ของกลุ่ม บุคคล การที่บุคคล ได้พบปะสัมพันธ์กัน ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้ซึ่ง กันและกัน เป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การวิเคราะห์และปฏิบัติจริง ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการยอมรับ ตนเองและผู้อื่น พร้อมทั้งจะแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล รู้จักเห็นอกเห็นใจ ซึ่งกันและกัน เกิดการ พัฒนาตนเอง ในการแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ และการรู้จักทำงานร่วมกันกับผู้อื่น (ทิชณา แชมณี , 2422; วินิจ เกตุขำ และ คมเพชร ฉัตรศุภกุล , 2522 ; Corey , 1992)

3.1 วัตถุประสงค์ของกลุ่ม

มาแรม (Marram,1978) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มไว้ดังนี้

3.1.1 เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับความรู้เพิ่มขึ้น เกี่ยวกับพฤติกรรมและสัมพันธภาพ กับบุคคลอื่น โดยการได้รับข้อมูลย้อนกลับ

3.1.2 เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับกำลังใจ และการสนับสนุนซึ่งกันและกันในกลุ่ม จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม

3.1.3 เพื่อลดความวิตกกังวล ความโดดเดี่ยวอ้างว้าง และการแยกตัวจาก สังคมเนื่องจากปัญหาการเจ็บป่วย และความรู้สึกว่าไม่มีอำนาจ และหมดหวังในชีวิตของ สมาชิกกลุ่ม

3.1.4 เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม มีการยอมรับในปัญหาวิกฤติการณ์ของชีวิต และความ เจ็บป่วย พร้อมทั้งสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป

3.1.5 เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถแก้ไขประสบการณ์ทางอารมณ์ได้ถูกต้อง

และมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนบุคลิกภาพได้ถูกต้อง

3.4.6 เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถแก้ไขบางสิ่งบางอย่างที่ไม่ได้เกี่ยวกับตนเอง และกำจัดความรู้สึกที่มีต่อตนเองในทางที่ไม่ดี

3.4.7 เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการปรับตัวปรับใจที่เหมาะสม และมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง

3.2 องค์ประกอบของกลุ่ม

3.2.1 ชนิดของกลุ่ม โดยทั่วไปแล้วมี 2 ชนิด คือ กลุ่มแบบปิด ซึ่งหมายถึง กลุ่มที่ประกอบด้วย สมาชิกกลุ่มเดียวกัน ตั้งแต่ เริ่มต้น จนกระทั่งกลุ่มปิด และกลุ่มแบบเปิด ซึ่งหมายถึง กลุ่มที่มีสมาชิกบางราย ออกไปและรับสมาชิกใหม่เข้ามาแทนที่ เป็นระยะ ๆ จนกระทั่งปิดกลุ่ม

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกลุ่มแบบปิด เนื่องจากในกระบวนการกลุ่ม ต้องอาศัยการ มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เป้าหมายการเรียนรู้ที่ต้องการให้เกิดภายในกลุ่มจะอาศัย กระบวนการที่มีความต่อเนื่องจำเป็นต้องใช้เวลา การมีสมาชิกใหม่เข้ามาในกลุ่ม อาจเป็นการ ขัดขวางพัฒนาการของกลุ่มได้ (Yalom , 1975)

3.2.2 ขนาดของกลุ่ม ขนาดของกลุ่มหรือจำนวนสมาชิกในกลุ่มมีความสำคัญต่อ การดำเนินการกลุ่ม กลุ่มที่มีขนาดใหญ่ขึ้นระดับความกลมเกลียวในกลุ่มจะค่อย ๆ ลดลง Yalom (1975) ให้ความเห็นว่า กลุ่มการบำบัดไม่ควรมีสมาชิกเกิน 10 คน ถ้าสมาชิกกลุ่มมีน้อย จะทำให้ สมาชิกเกิดความวิตกกังวลที่ต้องพบกันบ่อย ครั้ง และถ้าสมาชิกมีมากเกินไป จะทำให้การมี ปฏิสัมพันธ์ กันไม่ทั่วถึง อย่างไรก็ตาม มีผู้เสนอแนะถึงขนาดของกลุ่มที่ช่วยให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ กันอย่างทั่วถึงว่าควรมีขนาด 2- 15 คน (Samson & Marthas , 1990 อ้างถึงใน จิราวัฒน์ จิน วัฒนา , 2541) หรือ 4- 12 คน (Clark , 1987 cited in Townsend , 1993) หรือ 3-20 คน (Taylor , 1982)

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษากำหนดให้มีสมาชิกกลุ่ม 10 คนจำนวน 2กลุ่ม เนื่องจากกลุ่มขนาดดังกล่าว มีความเหมาะสมสำหรับการทำกลุ่มการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งมี องค์ ประกอบของการจัดกิจกรรมกลุ่มที่จะมีการแบ่งกลุ่มย่อยในหลาย ๆ ลักษณะ เช่น กลุ่ม 3 คน กลุ่มเล็ก 5-6 คน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น และร่วมอภิปรายจนได้ ข้อสรุป

3.2.3 ระยะเวลาและความถี่ของการเข้ากลุ่ม Yalom (1975) เสนอแนะว่า เวลาที่เหมาะสมในการทำกลุ่ม แต่ละครั้ง ประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที ความถี่ที่เหมาะสมในการทำกลุ่ม ประมาณ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวนครั้งที่เหมาะสมประมาณ 8- 10 ครั้ง

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจะใช้ระยะเวลาในการทำกลุ่ม 6 ครั้ง จำนวน 2 วันสัปดาห์ละ 1 วันติดต่อกัน 2 สัปดาห์ วันละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที เนื่องจากสมาชิกที่เข้ากลุ่ม เป็นผู้ป่วยโรคจิตตกกังวล ที่มารับบริการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก ไม่สะดวกที่จะมาพบหรือประชุมกลุ่มได้บ่อย ๆ ทุกสัปดาห์ เนื่องจากปัญหาด้านเศรษฐกิจ การเดินทาง และจากผลการศึกษาที่ผ่านมาที่สนับสนุนว่า การใช้การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สามารถนำมาปรับใช้เป็นการบำบัดระยะสั้นได้ (Baker, J.A ., 2000)

3.2.4 สถานที่ในการทำกลุ่ม โดยทั่วไปแล้ว นิยมจัดในห้องที่มีบรรยากาศ เย็นสบาย ไม่ร้อนอบอ้าว และมีความมืดซิด สามารถสร้างความมั่นคงปลอดภัย และความเชื่อมั่นได้มากขึ้น นอกจากนี้ควรมีเสียงรบกวน หรือสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ เพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ได้มากที่สุด (Trotzer , 1977 อ้างถึงใน นงนุช เขาวนศิลป์ ,2540)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาเลือกใช้ห้องประชุม โรงพยาบาลบางคล้า ซึ่งตั้งอยู่ด้านในของโรงพยาบาลบางคล้า เป็นสถานที่ในการทำกลุ่ม ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กล่าวมา

บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่มการใช้การเรียนรู้แบบกลุ่มโดยใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม Yalom (1975) กล่าวถึงหลักสำคัญของผู้นำกลุ่มในการดำเนินการกลุ่ม ให้บรรลุตามจุดมุ่งหมาย โดยทั่วไปมีดังนี้

1) การสร้างและการดำรงไว้ซึ่งความเป็นกลุ่ม ผู้นำกลุ่ม ควรดำเนินการ คือ คัดเลือกและเตรียมสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรคัดเลือกสมาชิกความสนใจ มีความตั้งใจ และเต็มใจ ในการเข้ากลุ่ม ตามลักษณะของสมาชิกที่ต้องการหรือกำหนดไว้ และสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกกลุ่มให้เกิดความไว้วางใจด้วย ซึ่งผู้ทำกลุ่มต้องล้อม คัดเลือกสมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะดังนี้ คือ มีความสามารถที่จะสร้างสรรค์ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม มีความรับผิดชอบต่อตนเอง และผู้อื่นแยกบทบาทต่อตนเองและผู้อื่นได้ รักษาทิศทางตามเป้าหมายของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องพยายามกระตุ้นให้สมาชิกได้พูดได้มีปฏิสัมพันธ์ กันในขอบเขตและเป้าหมายของกลุ่มที่กำหนดไว้ ในระยะแรกสมาชิกยังไม่รู้จักกัน ผู้นำกลุ่มต้องทำหน้าที่สื่อสารภายในกลุ่ม แนะนำสมาชิกให้รู้จักกัน และเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ที่มาร่วมกลุ่มให้อยู่ในทิศทางเดียวกัน กระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรเชื่อมโยงและกระตุ้นให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการเสนอแนะความคิดเห็นและเสริมสร้างกำลังใจซึ่งกันและกัน ให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของกลุ่ม เพื่อให้

กลุ่มมีการพัฒนาการที่ดี การที่สมาชิกกลุ่ม ได้พูดเสนอแนะต่อกันและกันนี้ จะทำให้สมาชิกกลุ่มมีความตระหนักในคุณค่าของตนเอง และมีความเข้าใจตนเองขึ้น

2) การสร้างวัฒนธรรมของกลุ่ม การที่ผู้นำกลุ่ม จะสร้างบรรทัดฐานของกลุ่มให้เกิดขึ้นได้นั้น ต้องอาศัยบทบาทในการดำเนินกลุ่ม คือบทบาทในฐานะผู้เชี่ยวชาญทางเทคนิค ผู้นำกลุ่มควรเป็นผู้รอบรู้และเข้าใจเทคนิคของการประสานความคิดโดยใช้การโน้มน้าวใจ บทบาทในฐานะเป็นตัวแบบในการปฏิสัมพันธ์ ผู้นำกลุ่มควรเป็นตัวอย่างในการสร้างบรรทัดฐานของกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ได้ลอกเลียนแบบจากการใกล้ชิดและความเชื่อถือไว้วางใจ ผู้นำกลุ่มอาจแสดงบทบาทของการเปิดเผยตนเองในกลุ่ม ยอมรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกไม่วิพากษ์วิจารณ์ พฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม แต่ให้การยอมรับในพฤติกรรม โดยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และให้ความช่วยเหลือกลุ่ม

3) การทำให้สมาชิกกลุ่ม ตระหนักถึงกระแสของกลุ่มในขณะนั้น ผู้นำกลุ่มควรเน้นในเหตุการณ์ ปัจจุบันที่เกิดขึ้นขณะนั้น เวลานั้น ใช้เทคนิค ที่นี้ และเดี๋ยวนี้ โดยไม่คำนึงถึงเรื่องราวในอดีต พร้อมทั้งให้สมาชิกกลุ่มได้แก้ไขพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสมที่มีผลต่อตนเอง และบุคคลอื่นขณะอยู่ในกลุ่ม เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงได้ วิธีการทำให้สมาชิกตระหนักถึงกระแสกลุ่มในขณะนั้น ได้แก่ การดึงความสนใจของสมาชิกให้อยู่ในเหตุการณ์ของกลุ่มเฉพาะในขณะนั้น เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมุ่งความรู้สึกมาที่สมาชิกกลุ่มคนอื่น ๆ และทำจิตใจให้แน่วแน่ อยู่ในกลุ่มในเหตุการณ์ ที่เป็นปัจจุบันขณะนั้น ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มมีการพูดจา มีปฏิสัมพันธ์กัน ให้ข้อคิดต่อกัน เกิดการเรียนรู้วิธีแก้ปัญหาซึ่งกันและกัน เปิดเผยตนเอง เอื้ออำนวยให้กลุ่มดำเนินไปด้วยดี และคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของสมาชิกและผู้นำกลุ่ม การนำเอาความรู้สึกและปัญหาในกลุ่มมาทำให้กระจ่างชัดเพื่อให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคน ได้เรียนรู้ว่ามีอะไรบ้างจากเหตุการณ์และปัญหานั้น เกิดความตระหนักรู้ในเหตุการณ์และปัญหาว่าเป็นอย่างไร

บทบาทของผู้นำกลุ่มในลักษณะกระบวนการกลุ่ม ลักษณะเด่นที่เพิ่มเติม ไปจากบทบาทของผู้นำกลุ่มโดยทั่วไป คือ บทบาทของผู้นำกลุ่มการเรียนรู้แบบกลุ่มไม่ใช่การถ่ายทอดความรู้ แต่จะเป็นการส่งเสริมหรือเอื้ออำนวยให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเรียนรู้ในปัญหาของตนเอง เรียนรู้การเผชิญปัญหา การแก้ปัญหา ที่มาจากความคิดรวบยอดของตนเอง จากประสบการณ์ที่ได้รับจากกระบวนการกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มจะใช้เทคนิคและวิธีการต่าง ๆ ที่จะเอื้อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้มากที่สุดดังนั้นการออกแบบกลุ่มต้องเหมาะสมกับองค์ประกอบของการเรียนรู้ในทุกองค์ประกอบ และออกแบบงานให้กับกระบวนการกลุ่มเพื่อเอื้อให้เกิดการเรียนรู้สูงสุด โดยการกำหนดกิจกรรมที่ชัดเจนว่าจะให้สมาชิกกลุ่มแบ่งกลุ่มอย่างไร เพื่อทำอะไร ใช้เวลามากน้อยแค่ไหน

ไหน เมื่อบรรลุลงานแล้วจะให้ทำอย่างไรต่อ กำหนดบทบาทของสมาชิกกลุ่มที่ชัดเจนซึ่งโดยปกติแล้ว การกำหนดบทบาทในกลุ่มย่อย ควรให้แต่ละกลุ่มมีบทบาทที่ต่างกัน เมื่อมารวมเสนอในกลุ่มใหญ่จึงจะเกิดการขยายเครือข่ายการเรียนรู้โดยไม่น่าเบื่อ และกำหนดโครงสร้างของงานที่ชัดเจนซึ่งบอกรายละเอียดของกิจกรรมและบทบาทโดยทำเป็นกำหนดงานที่ผู้นำกลุ่มแจ้งแก่สมาชิกกลุ่ม เช่นใบงาน ที่เป็นการกำหนดงานหรือมอบหมายงานให้กลุ่มเล็กหรือ กลุ่มย่อยระดมสมองที่มีรายละเอียดมากและต้องการผลงานที่เป็นข้อสรุปของกลุ่มที่มีความลึกซึ้ง ผู้นำกลุ่มอาจพิมพ์ หรือเขียนใส่กระดาษแจกให้แก่สมาชิกกลุ่ม หรือแจกให้กลุ่มประกอบการทำงานกลุ่ม มักใช้ในกิจกรรมสะท้อนความคิดและอภิปราย และกิจกรรมประยุกต์แนวคิด

3.3 ระยะเวลาพัฒนาการของกลุ่ม

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่มจะต้องมี 3 ระยะดังนี้ (Marram, 1978)

3.3.1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธ์ภาพ สร้างความรู้สึกปลอดภัย (The Introductory Phase Or Initiating Phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศแห่งความรู้สึกเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย ให้กับสมาชิกกลุ่มในระยะเริ่มต้นของกลุ่ม ย้ำให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจจุดมุ่งหมายของการดำเนินการกลุ่ม แนวทางในการปฏิบัติในฐานะสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย ในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นออกมา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม ว่าสมาชิกทุกคนต้องต่อสู้กับอุปสรรคเช่นกัน ซึ่งการรับรู้เช่นนี้จะเป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกัน และเกิดความไว้วางใจกัน การที่ผู้นำแสดงท่าทีอบอุ่นเป็นมิตร สนใจ ตั้งใจฟัง ยอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มโดยการใช้ความคิดของตนเองเป็นเครื่องตัดสิน จะเป็นการสร้างความไว้วางใจในตัวผู้นำกลุ่ม จะมีผลทำให้สมาชิกกลุ่ม กล้า และเต็มใจที่จะเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของตนเองมีความมั่นใจในการให้ และการรับความช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นในกลุ่ม ส่งผลให้สมาชิกคลายความวิตกกังวล

3.3.2 ระยะดำเนินการ (Working Phase) เป็นระยะที่สมาชิกเริ่มมีความคุ้นเคยและไว้วางใจซึ่งกันและกัน เป็นระยะระดมพลังของสมาชิกกลุ่ม ในการช่วยกันแก้ไขปัญหา การที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม จะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ ที่สมาชิกกลุ่มสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้ นอกจากนี้ความมั่นใจในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถรับและให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง การที่มีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับจะทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกมีคุณค่า มากขึ้นที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง

และสามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาลดจนช่วยเหลือสมาชิกอื่นให้เข้าใจและแก้ไขปัญหบางอย่างได้

3.3.3 ระยะสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม (Final Phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการดำเนินการกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้ประเมินความก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงในทางพัฒนาการของตนเอง ตลอดจนความสำเร็จของกลุ่ม โดยอาจใช้การประเมินจากความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม หรือประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มที่แสดงออกมาโดยมีผู้อื่นที่อยู่นอกกลุ่มเป็นผู้ประเมิน เป็นต้น ก่อนจะสิ้นสุดการดำเนินการกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องแจ้งให้สมาชิกกลุ่มทราบล่วงหน้า ในกรณีที่สมาชิกกลุ่มบางรายเกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกอย่างเต็มที่พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

ในการะบวนการกลุ่ม การที่สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กัน จะก่อให้เกิดปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดต่าง ๆ เช่น การรู้คุณค่าของตนเอง ความรู้สึกเป็นหนึ่งของกลุ่ม การเห็นถึงความเหมือนกันของชีวิต การเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การได้เลียนแบบ การได้ระบายความรู้สึก การได้รับข้อมูล การได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เป็นต้น (Yalom, 1975) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะทำให้กลุ่มเกิดการพัฒนาตนเองไปสู่การมีชีวิตที่สมดุลง มี การปรับตัวต่อปัญหาอย่างเหมาะสม

การเรียนรู้โดยกระบวนการกลุ่ม (กรมสุขภาพจิต , 2541ก) ,มีหลักการคือ

1) ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเรียนรู้เชิงรุก

(Active learning)

2) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยตนเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน

3)ปฏิสัมพันธ์ที่มี ทำให้เกิดการขยายตัวเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง

4) อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ เช่นการพูดหรือการเขียน ซึ่งเอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์ และการสังเคราะห์ความรู้

การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบกระบวนการกลุ่มมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพหรือเกิดการเรียนรู้สูงสุด โดยเน้นให้สมาชิกกลุ่มหรือผู้เรียนมีส่วนร่วมมากที่สุด (Maximum Participation) ในทุกๆ องค์ประกอบทั้ง 4 อย่างที่กล่าวมา และในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบนั้นจะต้องเกิดการเรียนรู้สูงสุด หรือที่เรียกว่า การบรรลุงานสูงสุด (Maximum performance)

3.4 ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม

โดยทั่วไปการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มไม่มีหลักเกณฑ์ที่แน่นอนเสมอไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์หลักของกลุ่มเป็นสำคัญ ซึ่งการคัดเลือกจัดผู้ป่วยเป็นกลุ่มนั้นจะพิจารณาดังนี้ (อรจิต อุดยานุภาพ , 2541)

3.4.1 กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกัน เป็นกลุ่มที่ผู้ป่วยมีลักษณะเหมือนกันป่วยด้วยโรคเดียวกัน มีพยาธิสภาพคล้ายๆ กัน การจัดกลุ่มผู้ป่วยมีลักษณะนี้สมาชิกกลุ่ม จะมีปัญหาหรือหัวเรื่องในการเข้ากลุ่มเรื่องเดียวกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน ให้ความคิดเห็น และให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มเข้ากันได้ง่าย

3.4.2 กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะแตกต่างกัน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะแตกต่างกันด้านบุคลิกภาพ อายุ โรค เพศ การศึกษา และอาชีพ ทำให้ได้ประโยชน์ในด้านการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก มองโลกในแง่บวกต่าง ๆ ได้หลายมุมมอง จากการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

แนวคิดของการนำวิธีการเรียนรู้แบบกระบวนการในการทำกลุ่ม เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย เน้นการเรียนรู้โดยกระบวนการกลุ่ม ที่ให้สมาชิกกลุ่ม ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์สะท้อนความคิดและอภิปราย มีการทดลองฝึกปฏิบัติ ประยุกต์ แนวคิดที่ได้ จากกลุ่ม แล้วสรุปเป็นแนวคิดรวบยอด นำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันของตนเอง โดยอาศัยการเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่ม ซึ่งหลักการมีความสอดคล้องและน่าจะสามารถนำมาปรับใช้ เป็นกลวิธีในการดำเนินการกลุ่ม ให้การช่วยเหลือที่แนวคิดการเปลี่ยนความนึกคิดและพฤติกรรม ที่สามารถสนับสนุนทั้งทางด้านความรู้คิด พฤติกรรมหรือการฝึกฝนทักษะ และการสนับสนุนอารมณ์ของสมาชิกกลุ่มได้

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงนำแนวคิดการใช้การเรียนรู้แบบกลุ่ม โดยใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มาเป็นแนวทางในการกำหนดโครงสร้างเนื้อหาของแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และใช้แนวคิดกระบวนการกลุ่ม มาเป็นกลวิธีในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในสิ่งต่างๆ ตามจุดเน้นของแนวคิดการใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจต่อสถานการณ์ ที่ก่อให้เกิดปัญหา ส่งเสริมความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล สร้างความรู้ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ทักษะต่างๆ เพื่อปรับพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม การสนับสนุนด้านอารมณ์ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยออกแบบการทำกลุ่มที่เอื้อให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการเรียนรู้มากที่สุด และเกิดการบรรลุงานสูงสุดตามองค์ประกอบการเรียนรู้ คือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนความคิด อภิปราย การเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด และการทดลองหรือประยุกต์แนวคิด โดยอาศัยกระบวนการกลุ่ม และเทคนิคต่างๆ และสื่อสารการเรียนรู้ต่าง ๆ เช่น วิดีทัศน์ การสาธิต ใบชี้แจง ใบความรู้

และการมอบหมายการบ้าน ซึ่งการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจะเป็นการสนับสนุนด้านความรู้คิดของผู้ป่วย ในอันที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วย อันเนื่องมาจากความวิตกกังวล ทำให้หม่อมองต่อการเผชิญปัญหาแบบใหม่ที่เหมาะสมขึ้น มีการเรียนรู้วิธีการจัดการกับความไม่สุขสบายทางกาย การผ่อนคลายความตึงเครียด ที่ถือว่าเป็นการสนับสนุนด้านการปรับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมขึ้น การที่ผู้ป่วย ได้เรียนรู้จักความวิตกกังวลรวมทั้งการเรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม จะเป็นวิธีการที่ช่วยลดความวิตกกังวล ลงได้ (นพพร เชาวะเจริญ , 2540)

3.5 การประเมินผลกลุ่ม (Whitaker , 1985 อ้างถึงใน อรจิต อุดุลยานภาพ , 2541)

3.5.1 การประเมินกระแสความเคลื่อนไหวของกลุ่ม (Process Evaluation) โดยสังเกตจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก และผู้นำ ความร่วมมือและการแก้ปัญหาของสมาชิก ความเข้าใจ และกิจกรรมการกระทำร่วมกันของสมาชิก บรรยากาศการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของสมาชิก มีการสนับสนุน เอื้อให้สมาชิกเกิดทักษะในการแก้ไขปัญหา มีสัมพันธภาพที่อบอุ่น และการเปิดเผยตนเอง

3.5.2 การประเมินผลลัพธ์ของกลุ่ม (Outcome Evaluation) เป็นการประเมินประสิทธิภาพของกลุ่มถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในตัวของสมาชิกที่เป็นผลเนื่องจากการเข้ากลุ่ม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม ซึ่งระดับของเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะเป็นสิ่งที่บ่งบอก และกำหนดได้ถึงผลลัพธ์ อันเป็นความสำเร็จของกลุ่มว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งอาจเปรียบเทียบโดยตรงกับกลุ่มควบคุมที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มทดลอง หรืออาจเปรียบเทียบภายในกลุ่มเดียวกัน โดยประเมินจาก ปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่ม การสื่อสารภาษาท่าทาง การช่วยเหลือและการแก้ปัญหาของผู้นำและสมาชิกกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม บรรยากาศของกลุ่ม รวมถึงประเด็นในการสนทนา สาระของกลุ่ม เป็นต้น

4. การบำบัดโดยใช้ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

4.1 แนวคิดการบำบัดโดยใช้ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ตามแนวคิด เอรอน ที เบค (Aaron T. Beck, 1960) จิตแพทย์ผู้เริ่มนำการรักษาแบบการนึกคิดบำบัดและพฤติกรรมบำบัดมาใช้ร่วมกันจนเป็นที่นิยมอย่างยิ่งในปัจจุบัน การรักษาแบบนี้มีเป้าหมายที่สำคัญอยู่สองระดับ คือ ระดับแรกช่วยลดความเครียด หรืออาการของผู้ป่วย

ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจำแนก ประเมิน และเปลี่ยนแปลงกระบวนการนึกคิดที่ไม่เหมาะสม และในขั้นที่สองช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในสาระสำคัญของความคิดอ่านของตนที่เป็นจุดอ่อน เพื่อตัดแปลงแก้ไขให้เป็นการคิดอ่าน ความเชื่อ หรือทัศนคติที่เหมาะสม

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2541) ให้ข้อคิดเห็นว่า แนวคิดพื้นฐานของการพัฒนาเทคนิคการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญานั้นมีลักษณะกระจัดกระจาย เนื่องจากนักจิตวิทยาต่างคนก็ต่างพัฒนาเทคนิคของตนเองขึ้นมา ไม่ได้ขึ้นแก่กัน อีกทั้งถ้าจะแบ่งนักจิตวิทยาที่พัฒนาเทคนิคการปรับพฤติกรรมทางปัญญาออกเป็นกลุ่ม ๆ ตามพื้นฐานความรู้เดิม อาจแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ด้วยกันคือ กลุ่มที่มาจากพื้นฐานความรู้ทางจิตวิเคราะห์ ผู้ที่มีชื่อเสียงในกลุ่มนี้คือ Ellis และ Beckกลุ่มต่อมาคือ กลุ่มที่มีพื้นฐานความรู้ทางจิตวิทยาทางปัญญา ซึ่งมีผู้ที่มีชื่อเสียงในกลุ่มนี้คือ Mahoney ส่วนกลุ่มสุดท้ายคือกลุ่มที่มีพื้นฐานความรู้ทางการเรียนรู้ ผู้ที่มีชื่อเสียงในกลุ่มนี้คือ Bandura และ Meichenbaum ซึ่งจะเห็นว่าเทคนิคการปรับพฤติกรรมทางปัญญามีหลายเทคนิค และพัฒนามาจากกลุ่มนักจิตวิทยาที่มีพื้นฐานความรู้เดิมทางด้านจิตวิทยาที่แตกต่างกัน จึงทำให้แต่ละเทคนิคมีแนวคิดและวิธีการดำเนินการที่ค่อนข้างแตกต่างกัน แม้ว่าความรู้พื้นฐานของนักจิตวิทยาเหล่านั้นจะแตกต่างกัน แต่สิ่งที่เห็นเหมือนกัน คือ ตัวแปรทางปัญญานั้น ย่อมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นถ้าสามารถเปลี่ยนแปลงตัวแปรทางปัญญาได้ พฤติกรรมของบุคคลย่อมเปลี่ยนแปลงตาม และแนวคิดการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญานี้มีผู้นำไปใช้ในการปรับพฤติกรรมของบุคคลอย่างกว้างขวาง และได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพ

ลักษณะเด่นหรือจุดเน้นของการใช้การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนั้น

Meichenbaum (1991 cited in Ivey , Ivey and Simek –Morgan ,1996 ; Ivey , Ivey and Simek –Morgan ,1996) ได้สรุปไว้ดังนี้

- 4.1.1 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหา
- 4.1.2 ส่งเสริมความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล สร้างความรู้
- 4.1.3 ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ทักษะต่างๆเพื่อปรับพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม
- 4.1.4 การสนับสนุนด้านอารมณ์
- 4.1.5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

เทคนิคต่างๆ ที่ใช้ร่วมกับการใช้การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีหลายเทคนิค เช่น การลดความรู้สึกลอยๆเป็นระบบ (Systemic desensitization) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse prevention) การฝึกการแสดงออกอย่างเหมาะสม (Assertiveness training)

การฝึกจัดการกับความเครียด (Stress management) การฝึกผ่อนคลาย (Relaxation) เป็นต้น ซึ่งเป็นการบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา ที่มีประสิทธิภาพมากกว่า

ในด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลนั้น มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการใช้การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยตรง ดังการศึกษาของ Borkovec และคณะ (1987) ที่ศึกษาถึงผลการผ่อนคลายร่วมกับวิธีทางปัญญา และผลของการผ่อนคลายร่วมกับการบำบัดแบบ non-directive ต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล ผลพบว่า ทั้งสองวิธีสามารถลดความวิตกกังวลได้ แต่วิธีแรก มีประสิทธิภาพมากกว่า

การรักษาแบบ CBT นี้เป็นการบำบัดรักษาที่มีประโยชน์ และมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรค ซึ่งแนวทางการรักษานี้ยังเป็นเรื่องใหม่ที่ยังมีการพัฒนาและประยุกต์กันอยู่อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีเทคนิคและวิธีการที่หลากหลายแตกต่างกันไปมาก แต่ทุกรูปแบบมี หลักการที่เหมือนกันอยู่ 3 ประการ (Dobson and Block, 1988 อ้างถึงในจันทิมา อองศ์โฆษิต, 2545) คือ

- 1) การนึกคิดมีผลต่อพฤติกรรม
- 2) การนึกคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและดัดแปลงได้
- 3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมเกิดขึ้นได้ โดยการเปลี่ยนความคิด

การรักษาต้องการแก้ไขความผิดปกติของการนึกคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยอาศัยหลักการว่า การนึกคิดที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive) ของผู้ป่วยเป็นตัวสำคัญทำให้เกิดอาการทางจิตเวช เช่น อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการกลัว ดังนั้นหลักการรักษาจึงเน้นวิเคราะห์อยู่ 2 ประการ

ประการแรกคือ วิธีการคิดและความคิดที่ผิดและบิดเบือน (Distortion) ของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของการนึกคิดไปในทางลบ (Pattern of negative thoughts) หรือรูปแบบของความคิดที่เกิดขึ้นอย่างทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น ก่อนที่บุคคลผู้นั้นจะเกิดความรู้สึกอันเป็นปฏิกิริยาต่อสถานการณ์นั้น

ประการที่สอง คือ การวิเคราะห์แบบแผนการแปลข้อมูล (Scheme – basic rules for interpreting information from the environment) ของความนึกคิดที่บิดเบือน

4.2 ความบิดเบือนทางความคิดที่พบได้บ่อย

4.2.1 ความคิดสุดโต่ง (All or nothing thinking)

4.2.2 ความคิดเชิงหายนะ (Catastrophizing)

4.2.3 ไม่รับด้านบวก (Discounting the positive)

- 4.2.4 ใช้อารมณ์ควบคุมการใช้เหตุผล (Emotional Reasoning)
- 4.2.5 การตีตรา (Labeling)
- 4.2.6 ขยายด้านลบ/ลดด้านบวก (Magnification / Minimization)
- 4.2.7 การคัดกรองทางจิตใจ (Mental Filter)
- 4.2.8 อ่านใจคน (Mind reading)
- 4.2.9 คิดแบบครอบคลุมมากเกินไป (Over –Generalization)
- 4.2.10 น่าจะ และต้อง (Shoulds and musts)

วิธีการคิดที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้ กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านลบ และไม่สบายใจ อันเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ความท้อแท้ สิ้นหวัง การหลบปัญหา การถอยหนี และทำให้สถานการณ์เลวร้ายมากขึ้น การคิดที่บิดเบือนเหล่านี้เป็นการคิดที่ขาดเหตุผล หรือตรรกะ เช่น ลักษณะการคิดแบบขาวกับดำหรือบวกกับลบไปหมด การแปลสถานการณ์ภายนอกแสดงให้เห็นตนไม่ดี และการคิดแบบไม่แยกแยะเรื่องราว มองทุกอย่างเหมือนกันไปหมด เป็นต้น การรักษายังจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักจำแนกการนึกคิดที่ผิดพลาด ยอมรับและแก้ไขให้เป็น การนึกคิดที่สมเหตุสมผล

4.3 หลักการในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

- 4.3.1 การสร้างความเป็นพันธมิตรระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา (Therapeutic Relationship) เป็นการสร้างความสัมพันธ์ และความคุ้นเคยเพื่อให้เกิดการยอมรับและไว้วางใจกัน
- 4.3.2 ความร่วมมือกัน (Collaboration) การมีส่วนร่วมในการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ เรียนรู้ และผู้รักษาเปรียบเสมือนครูฝึก หรือโค้ช ในการรักษา
- 4.3.3 ให้การศึกษา (Education) การสอนให้ผู้ป่วยบำบัดรักษาตนเอง เรียนรู้วิธีการ เรียนรู้ความหมาย เพื่อให้ประสบความสำเร็จไปที่จุดมุ่งหมายได้อย่างไร
- 4.3.4 การมุ่งไปที่เป้าหมาย (Goal) เป็นการทำงานร่วมกันของผู้ป่วยและผู้บำบัดรักษาเพื่อมุ่งไปถึงเป้าหมาย และการแก้ปัญหา
- 4.3.5 การมีโครงสร้าง (Structure) มีหมายกำหนดการ หรือการมีตารางที่ชัดเจน
- 4.3.6 การมุ่งไปที่ความคิด (Cognitive) ผู้บำบัดสอนให้ผู้ป่วยรู้จักวิธีการแยกแยะ ประเมิน ได้ตอบความคิด ความเชื่อที่บิดเบือน ไม่เป็นประโยชน์

4.4 เทคนิคในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

4.4.1 การปรับโครงสร้างความคิด (Cognitive Restructuring) เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย การแยกแยะ วิเคราะห์ และปรับเปลี่ยนความคิด การจัดโครงสร้างความคิด ความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ ความคิดร้อนๆ (Hot Thought) โดยการช่วยให้ผู้ป่วยเชื่อมโยงระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม โดยการใช้แบบบันทึกความคิด จะช่วยให้สามารถแยกแยะความคิดได้ ประเมินความคิดได้ การคิดหาความเชื่ออื่นๆ เพื่อเป็นทางเลือก และสามารถเลือกความเชื่อที่เป็นประโยชน์และมีความสมมูลมากขึ้น

ตัวอย่างตารางบันทึกความคิด

สถานการณ์	ความคิด อัตโนมัติ	ความรู้สึก และการ ประเมิน	หลักฐาน สนับสนุน ความคิด	หลักฐาน คัดค้าน ความคิด	ความคิด อื่นที่อาจ เลือกใช้ แทนได้	ความรู้สึก และการ ประเมิน

จากตารางเป็นการปรับโครงสร้างความคิด แยกแยะความคิดที่เกิดจากสถานการณ์ และความรู้สึกที่เกิดจากความคิด การสนับสนุนความคิดโดยการหลักฐาน หรือการคัดค้านความคิดนั้น และการความคิดอื่นที่เลือกใช้แทนความคิดเดิม

4.4.2 การพูดกับตัวเอง (Self Talk) เพื่อลดความรู้สึกที่แย่ ความรู้สึกที่ไม่ปลอดภัย ความรู้สึกที่มีอันตราย โดยช่วยให้ผู้ป่วยสร้างประโยคสั้นๆ ที่จะช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความรู้สึกปลอดภัย เพื่อช่วยให้รู้สึกมั่นใจขึ้น

4.4.3 การปรับสมดุลอารมณ์ (Emotional Regulation) เป็นการฝึกความมีสติ ฝึกความรู้ตัว กระตุ้นให้ผู้ป่วยสังเกตโดยไม่ตัดสินอารมณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอารมณ์ที่รุนแรง ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความรู้สึกที่เกิดขึ้น การปรับอารมณ์โดยการกำหนดชื่อ การให้ชื่ออารมณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยแยกตัวห่างออกมาจากอารมณ์นั้น และมีมุมมองที่ชัดเจนขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นว่า เมื่อเวลาผ่านไปความรู้สึกก็จะเลือนหายไป

4.4.4 การฝึกป้องกันความเครียด เป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วย เพื่อจัดการความเครียดซึ่งเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน การเตรียมให้ผู้ป่วยได้ตอบกับสถานการณ์ในแบบที่แตกต่างจากเดิม ว่าเขาจะจัดการกับสถานการณ์แต่ละอย่างในอนาคตได้อย่างไร

Lazarus and Folkman (อ้างถึงในปองลดา พรหมจันทร์ , 2542) ได้กล่าวว่า วิธีการเผชิญความเครียดสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 แบบ คือ วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ โดยวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหานั้นเป็นวิธีการที่บุคคลใช้ทั้งความคิด และการกระทำเพื่อจัดการกับปัญหา โดยการแก้ที่ตนเองหรือแก้ที่สิ่งแวดล้อม เป็นการเผชิญหน้าหรือการวางแผนแก้ปัญหา ทำให้สามารถแก้ปัญหาที่สาเหตุได้ ความเครียดจะจัดออกไป บุคคลจะปรับตัวเข้าสู่สภาวะสมดุลได้อย่างรวดเร็ว ไม่เกิดสุขภาพจิตที่รุนแรง เรื้อรัง ดังนั้นผู้ที่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหามากขึ้น จำทำให้มีประสบการณ์การเรียนรู้ที่จะต่อสู้กับปัญหา เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความหวัง และสามารถแก้ปัญหาของตนเองได้

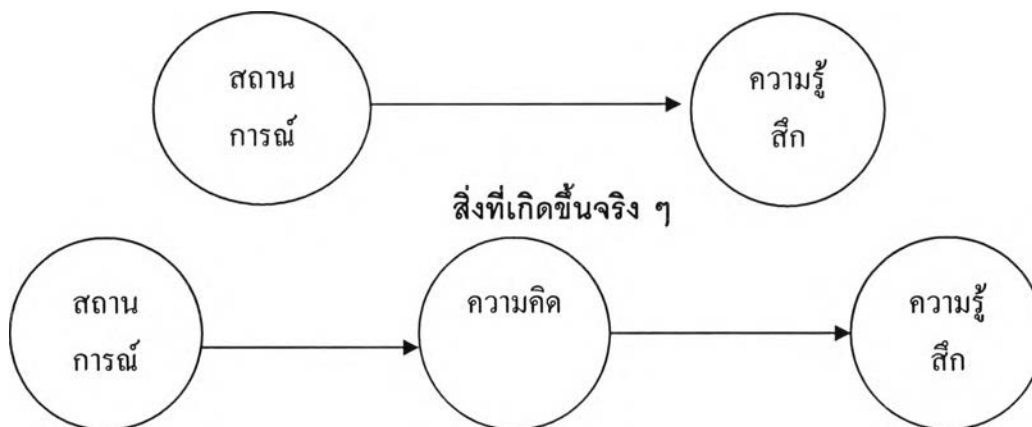
ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เป็นกระบวนการทางความคิด และพฤติกรรมต่างๆ ที่บุคคลเลือกใช้ในการลด หรือบรรเทาความไม่สบายใจ แบ่งออกเป็นการประเมินค่าใหม่ทางบวก การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา การควบคุมตนเอง การแสวงหาการเกื้อกูลทางสังคม การถอยห่างและหลีกเลี่ยงจากปัญหา ซึ่งผู้ที่มีวิธีการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ควรจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่าการใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ เพราะได้แก้ไขที่สาเหตุของปัญหานั้น (ปรียศ กิตติธีระศักดิ์ , 2547)

4.4.5 การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive Muscle Relaxation) โดยทำทีละส่วน เกร็งแล้วคลายกล้ามเนื้อทีละกลุ่มไปเรื่อยๆ

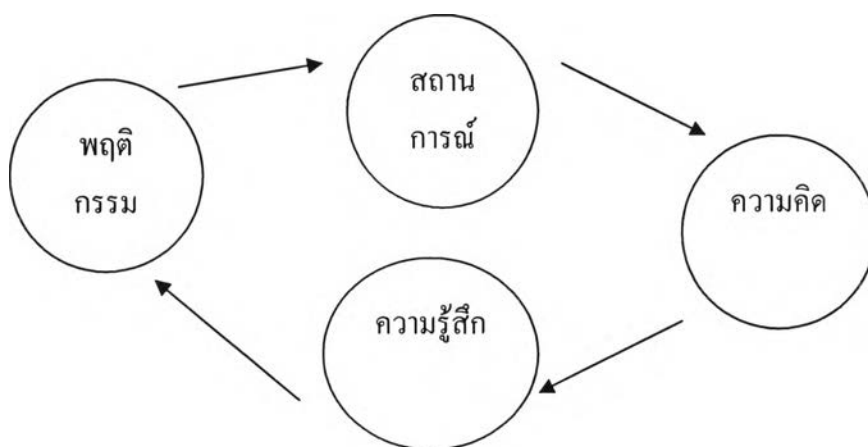
4.4.6 การหายใจ (Breathing) เป็นการหายใจช้าๆ มั่นคง สม่ำเสมอ ในแบบธรรมดา ให้ผู้ป่วยหายใจช้ากว่าปกติ หายใจเข้าช้าๆ นับ 1-2-3 หายใจออกนับ 1-2-3 ทำติดต่อกัน 2-3 นาที

4.4.7 การใช้จินตนาการ (Visualization) เป็นการจินตนาการ บรรยายความรู้สึก ความคิด จนเกิดความวิตกกังวล แล้วฝึกให้สามารถทำให้ตนเองสงบได้ด้วยการหายใจ

สิ่งที่เราประสบในขณะนั้น



แผนภูมิแสดงกระบวนการคิดและการเกิดพฤติกรรม



ที่มา เอกสารประกอบการอบรม พื้นฐานและการประยุกต์ใช้ “เทคนิคการให้คำปรึกษาที่ใช้การนึกคิดและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพจิตและพฤติกรรมทางบวก” Cognitive Behavioral Therapy (CBT) โดยดร. เบนจามิน ไวน์สไตน์ (Benjamin Weinstein , 2004) ณ มหาวิทยาลัยบูรพา ระหว่างวันที่ 7-9 ธันวาคม 2548 และ 4-6 มกราคม 2549

จากตัวอย่างเป็นแผนภูมิที่ประกอบด้วยสถานการณ์ที่ประสบ จะสร้างให้เกิดความคิดอัตโนมัติเกิดขึ้น และนำไปสู่ความรู้สึกจากสถานการณ์ และความคิดนั้น เป็นความรู้สึกแล้วแสดงพฤติกรรมตามความรู้สึกนั้นออกมา

4.5 วิธีการทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงวิธีคิด

วิธีการชวนผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงวิธีคิด ประกอบด้วยการตั้งคำถามดังต่อไปนี้

(สุชาติ พหลภาคน์ , 2547)

- 4.5.1 ความคิดอะไรวิ่งผ่านเข้ามา
- 4.5.2 มีหลักฐานอะไรที่สนับสนุนความคิดที่วิ่งผ่านเข้ามา
- 4.5.3 มีอะไรอีก
- 4.5.4 หลักฐานที่สนับสนุนว่าคุณอาจจะเป็นในทางตรงกันข้ามมีอะไรบ้าง
- 4.5.5 มีอะไรอีก
- 4.5.6 ถ้าหากเป็นไปตามความคิดแรกนั้น สิ่งที่น่ากลัวที่สุดอาจเกิดขึ้นคืออะไร
- 4.5.7 ถ้าจะพิจารณาตามสภาพที่เป็นจริงแล้วสิ่งที่น่าจะเกิดจริงๆ คืออะไร
- 4.5.8 ถ้าคุณเชื่อตามความคิดที่แย่ที่สุด อะไรจะเกิดขึ้น
- 4.5.9 ถ้าคุณเปลี่ยนแปลงความคิด คือตระหนักว่าคุณทำได้ อะไรจะเกิดขึ้น
- 4.5.10 ลงท้ายคุณจะเลือกอะไร
- 4.5.11 ถึงตอนนี้ คุณรู้สึกอย่างไร

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงผสมผสานแนวคิดการใช้การเรียนรู้แบบกลุ่ม ต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลโดยใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มาเป็นกลวิธีในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม วิธีการบำบัดรักษาตามแนวทางของใช้การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนั้น โดยทั่วไปมีการใช้หลายรูปแบบ อาจเป็นการบำบัดเฉพาะรายบุคคล หรือเป็นลักษณะกลุ่ม มีหลักการสำคัญคือต้องมีความสัมพันธ์ในการรักษา ความเป็นพันธมิตรระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา มีความร่วมมือกันในการบำบัด ผู้บำบัดจะคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมให้มากที่สุดในการรักษา เป็นการสอนเพื่อให้ผู้ป่วยเป็นผู้บำบัดรักษาของตนเอง ผู้บำบัดเปรียบเสมือนครูฝึกหรือโค้ช ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะและเทคนิคใหม่ ๆ มีการตั้งเป้าหมายเพื่อการแก้ปัญหา มุ่งเน้นที่การคิด สอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะรู้จักการสังเกต แยกแยะ ประเมิน และโต้ตอบความคิดและความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิต เรียนรู้ที่จะประเมินความคิด ความเชื่อ ทศนคติ ความคิดเห็น การพูดกับตนเอง ความคาดหวัง ภาพลักษณ์เกี่ยวกับตนเอง มีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ มีอิทธิพลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออก

หลักการของการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม คือการปรับโครงสร้างความคิด(Restructuring) ประกอบด้วยกระบวนการที่แยกแยะ วิเคราะห์ และปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์ และการปรับโครงสร้างความคิด โดยการช่วยผู้ป่วยให้เพิ่มความ

ตระหนักถึงความเชื่อมโยงระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม แยกแยะว่าความคิดและความเชื่ออะไรที่ขัดขวางการทำหน้าที่ในชีวิต การปรับโครงสร้างความคิดเป็นเทคนิคที่ทำทนายได้แก่ การหาหลักฐานมาสนับสนุนในความคิดเดิมนั้น การมองกรอบใหม่ การพิจารณาคำอธิบายแบบอื่น ๆ มีการกำหนดสถานการณ์ จับความคิดอัตโนมัติ สังเกตความคิดร้อน ๆ ที่เชื่อมโยงกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่รุนแรงที่สุด แล้วให้พิจารณาหาหลักฐานปรับโครงสร้างความคิดนั้นให้สมดุล และเป็นเหตุผลมากขึ้น ผู้รับบริการเรียนรู้ที่จะมองหาหลักฐานที่สนับสนุนหรือคัดค้านความคิดของตนเอง โดยการพิจารณาคิดหาทางเลือกอื่น ๆ เพื่อเป็นทางเลือก คือเป็นความคิดที่จะใช้แทนความคิดร้อน ๆ แล้วประเมินความรู้สึกใหม่ แยกแยะความคิด ชั่งน้ำหนักหลักฐาน ความเชื่ออื่น ๆ ที่จะเลือกแทนได้

วิธีการหนึ่งของการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ใช้คือการพูดกับตนเอง ในบางสถานการณ์ การพูดกับตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล หรือ เพิ่มความรู้สึกปลอดภัย หรือเพิ่มความรู้สึกมั่นใจในตนเองที่จะมีความสามารถจัดการกับสถานการณ์นี้ได้โดยไม่ต้องหลีกเลี่ยง หรือโกรธ หรือมีความวิตกกังวล

อีกวิธีการหนึ่งคือ การปรับสมดุลอารมณ์ คือการมีสติ การให้ชื่ออารมณ์ การยอมรับ เป็นอีกทักษะหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความรู้สึกหวาดหวั่น กลัว โกรธ เป็นการฝึกความรู้ตัว ผู้ป่วยจะสังเกตได้ว่าพอเวลาผ่านไป ความรู้สึกก็จะเลือนหายไป หรืออาจใช้วิธีการอุปมาอุปไมยก็ได้ เช่น ก้อนเมฆบนท้องฟ้าที่แจ่มใส เป็นการรู้เท่าทันอารมณ์ มีสติ เป็นการเพิ่มความมั่นใจและความรู้สึกว่าคุณควบคุมสถานการณ์ได้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยยอมรับความรู้สึกแทนที่จะเก็บกด หรือหลีกเลี่ยง หรือผู้ป่วยอาจทำอะไรบางอย่างเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ และช่วยให้จัดการกับความวิตกกังวลได้ดีขึ้น

ขั้นตอนของการรักษาเริ่มต้นจากกระบวนการดังต่อไปนี้ (Beck et al. ,1979อ้างถึงใน จันทิมา องค์โมเชิต , 2545)

1) การหาความคิดอัตโนมัติ (eliciting automatic thoughts) โดยการวิเคราะห์หาข้อความและวิธีการคิดที่ผิดไปในทางลบ และบิดเบือนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเองแบบอัตโนมัติ (pattern of negative or distorted automatic thoughts)

2) การทดสอบว่าความคิดนั้นถูกต้อง หรือเป็นไปได้หรือไม่ (testing accuracy and viability)

3)การแทนด้วยวิธีการคิดใหม่ที่เหมาะสมตามความเป็นจริง(developing realistic alternatives)

4) การค้นหาและท้าทายแบบแผนการแปลข้อมูลที่ไม่เหมาะสม (identifying and challenging maladaptive schemata)

การรักษาอาจใช้เทคนิคหลายอย่างของพฤติกรรมบำบัด มาประกอบตามความเหมาะสม เช่น การชักซ้อมความคิด การฝึกฝนควบคุมพฤติกรรมด้วยตนเอง การฝึกแสดงบทบาท การจัดกิจกรรม การหัดเอาชนะและมีความพึงพอใจ ในการบำบัดรักษาความนึกคิดบำบัด ผู้รักษาจะชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความคิดแบบอัตโนมัติของตน รวมทั้งช่วยให้เห็นว่าเขามีการตอบสนองที่ไม่ถูกต้องทั้งในด้านความนึกคิด และพฤติกรรม เพื่อแก้ไขการตอบสนองได้อย่างเหมาะสมขึ้นตามข้อมูล และวิธีคิดที่สมดุลกกว่าเดิม ผู้รักษาอาจให้ผู้ป่วยทำการฝึกหัด เพื่อให้เรียนรู้ว่าประสบการณ์ของตนนั้นเกี่ยวข้องกับความคิดที่บิดเบือนเช่นไร และในขณะเดียวกันก็หัดแปลประสบการณ์เสียใหม่ ไม่ให้เป็นไปในแง่ลบ เนื่องจากการฝึกหัดนี้ทำหลังจากที่สถานการณ์ได้ผ่านไปแล้ว ปฏิกริยาของผู้ป่วยมีความรุนแรงน้อยลง ผู้ป่วยจึงมองสถานการณ์ได้อย่างเป็นกลางขึ้น แต่ผู้รักษาต้องช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักว่า เมื่อเกิดสถานการณ์จริงขึ้น หรือเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ระบบของความคิดที่ไม่เหมาะสมที่เป็นจุดอ่อนก็มักถูกกระตุ้นทำให้เกิดความวิตกกังวล ความคิดที่ไม่มีเหตุผลของผู้ป่วยรุนแรงมากขึ้น แต่เมื่อพ้นจากสถานการณ์แล้ว ผู้ป่วยก็จะกลับมามีความเป็นกลาง และเข้าใจสถานการณ์ได้ถูกต้องขึ้นอีก ผู้รักษาพยายามช่วยให้ผู้ป่วยได้เห็นและยอมรับว่าวิธีการคิดของเขานั้นเป็นปัญหาต่อตนเองอย่างไร และให้ความช่วยเหลือแก้ไขให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เป็นวิธีการที่เหมาะสมกว่า

ปรากฏการณ์ทางความคิดที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพมีอยู่ 3 รูปแบบคือ(จันทิมา องค์โฆษิต, 2545) 1)ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts) ความคิดอัตโนมัติเป็นความคิดระดับหน้า (surface) ทั้งแบบคำพูด (verbal) และจินตลักษณะ (pictorial experience) ที่ทำให้ความรู้สึกไม่ดีคงอยู่ เป็นความคิดที่มีลักษณะอัตโนมัติทั้งในแง่ที่เกิดขึ้นเองด้วยตนเอง โดยไม่สามารถบังคับหรือฝืนไม่ให้คิดได้ แต่คนจำนวนมากมักไม่รู้ว่ตนเองกำลังคิดอยู่ ต้องอาศัยการฝึกทักษะให้จับความคิดของตนเองได้ก่อนหน้าที่จะทำการรักษาต่อ ความคิดอัตโนมัตินี้เป็นต้นเหตุทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดี เช่น ความรู้สึกซึมเศร้า มักเกิดจากความคิดเรื่องของความสูญเสีย ความพ่ายแพ้ การถูกปฏิเสธ ถูกทอดทิ้ง ความสิ้นหวัง ในขณะที่ความวิตกกังวลเกิดความรู้สึกว่ามีอันตราย มีภัยคุกคาม เป็นต้น 2) ความคิดบิดเบือนความจริงหรือความคิดผิดพลาด (Cognitive distortions หรือ Cognitive errors) ปัญหาในความคิดนี้เป็นการแปลความจริงที่บิดเบือนไปจนทำให้เกิดความคิดในแง่ลบ โดยทั่วไปแล้ว ความคิดผิดพลาดที่พบได้บ่อยมักเป็นในลักษณะของ การคิดทำนายอนาคต หรือการคิดทำนายว่าผู้อื่นจะปฏิบัติตนหรือประพฤติ

อย่างไร โดยไม่มีหลักฐานสนับสนุน การเลือกสนใจแต่เฉพาะข้อมูลที่เห็นพ้องกับสิ่งที่ตน คาดหมายและเลือก ไม่สนใจหรือรับรู้ข้อมูลที่ค้านกับความคาดหมายของตน เมื่อเกิดเรื่องราวที่ไม่ ดีขึ้นจะรับผิดชอบหรือรับผิดชอบมากเกินไป โดยไม่ยอมรับว่าผู้อื่นหรือสถานการณ์มีส่วนร่วม ก่อให้เกิดเรื่องด้วย และ การมองสถานการณ์แบบขาวกับดำ ได้หรือเสียไปหมดและไม่ยอมรับ ความสำเร็จหรือการคืบหน้าแบบบางส่วน ปัญหาความคิดที่บิดเบือนที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความคิด ที่สรุป หรืออนุมานจากความรู้สึกของตน (emotional reasoning) ความคิดที่ไม่แยกแยะเรื่องราว (overgeneralization) ความคิดสุดขั้ว (catastrophizing) เป็นความคิดแบบ over generalization ที่รุนแรง การคิดขยายใหญ่โตเกินความจริงหรือเป็นเรื่องเล็กเกินจริง (magnification หรือ minimization) ความคิดแบบขาวหรือดำ (dichotomous (All or Nothing) thinking) การคิดบังคับ ตนเอง (should/must/ought statements) ความคิดคาดเดาไปล่วงหน้าหรือตีตนไปก่อนไข้ (negative predictions) ความคิดเอาเอง (mind reading) ความคิดนิยามไปทางลบ (labeling) ความคิดโทษตนเองและผู้อื่น (personalization และ blame) ความคิดวนเวียนด้านลบ (selective negative focus) ความคิดหลีกเลี่ยงหรือไม่เผชิญความจริง (cognitive avoidance) และ ความคิดแปลสิ่งกระตุ้นภายในรุนแรงเกินจริง (somatic focus) 3) แบบแผนความคิด (Schemata)

รายละเอียดหรือข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและภาวะแวดล้อมที่ผ่านการรับรู้และถูก เก็บไว้ แต่จะถูกเรียกนำมาใช้บ่อยครั้งและสร้างระบบหรือแบบแผนความคิดขึ้น หรือเรียกว่า Schemata ของบุคคลผู้นั้น การมีแบบแผนความคิดช่วยให้เจ้าตัวเห็นความเหมือนเมื่อได้ข้อมูล มาใหม่ ทำให้โยงข้อมูลใหม่กับความรู้ที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ พยาธิสภาพเกิดขึ้นเมื่อระบบ หรือแบบแผนความคิดไม่เป็นกลาง ทำให้มีการแปลสถานการณ์ใหม่ไปในทางลบ เป็นความ ล้มเหลว ความสูญเสียหรืออันตราย โดยที่บุคคลผู้นั้นไม่รู้ตัว เมื่อใดที่เขาอยู่ในภาวะที่ความรู้สึก หรือสถานการณ์สอดคล้องกับแบบแผนความคิดที่มีอยู่ ระบบความคิดจะถูกกระตุ้น และทำให้การ รับรู้ และการแปลสถานการณ์ทั้งปัจจุบันและอนาคตถูกควบคุมโดยระบบที่ผิดพลาด

4.6 หลักการใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วย โรควิตกกังวล

การใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดรักษาที่มี โครงสร้าง ผู้บำบัดมีบทบาทเป็นผู้นำในการบำบัดและใช้วิธีชี้ทาง เพื่อช่วยแก้ไขตามอาการ และ เป็นการแก้ปัญหาโดยให้ความสำคัญที่ภูมิหลังที่เป็นต้นเหตุของอาการนั้น วิธีการนี้มีประโยชน์

และใช้ระยะเวลาสั้นในการบำบัดรักษา ผู้ป่วยก็ต้องมีบทบาทและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการทำการบ้านที่ผู้บำบัดมอบหมายให้ เป็นวิธีที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล และนำไปใช้ร่วมกับการรักษาจิตบำบัดวิธีอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี เพราะการรักษาจิตบำบัดจะสัมฤทธิ์ผลได้ ก็ต่อเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิดของผู้ป่วยร่วมด้วย (Beck, 1991 อ้างถึงใน จันทิมา องค์โฆษิต, 2545) การรักษาที่เป็นที่นิยมในปัจจุบันใช้หลักการ 3 อย่าง คือ ทักษะการสอน, เทคนิคทางความนึกคิดบำบัด และเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัด

4.6.1 ศิลปะการสอน (Didactic aspect) เป็นการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง การสื่อสารสองทางเป็นเครื่องมือที่จะนำไปสู่ ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด (กนกวรรณ ทาสอน , 2545)

4.6.2 เทคนิคของความนึกคิดบำบัด (Cognitive techniques) เป็นการกำหนดจุดมุ่งหมายของการคิดอยู่ที่ปัจจุบันในสภาพที่เป็นจริง และหาวิธีเปลี่ยนแปลงวิธีคิด และ belief system เพื่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมตามมา (สุชาติ พหลภาคย์ , 2547)

4.6.3 เทคนิคทางพฤติกรรมบำบัด (Behavioral techniques) เป็นการเรียนรู้วิธีการจัดการกับความไม่สุขสบายทางกาย การผ่อนคลายความตึงเครียด เป็นการสนับสนุนด้านการปรับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ช่วยลดความวิตกกังวลได้ (นพพร เขาวะเจริญ, 2540)

5. สถานการณ์โรควิตกกังวลในโรงพยาบาลบางคล้า

โรงพยาบาลบางคล้า เป็นโรงพยาบาลชุมชน มีจำนวน 30 เตียง รับรักษาผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีคลินิกสุขภาพจิต ให้คำปรึกษาในรูปแบบผู้ป่วยนอก ให้บริการบำบัดรักษาทั้งในเรื่อง ปัญหาสุขภาพต่างๆ ยาเสพติด คลินิกคลายเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า มาต้วตาย รวมถึงผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตอื่น ๆ จากสถิติของโรงพยาบาลบางคล้า คลินิกให้คำปรึกษาให้บริการแบบผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546-2548 พบว่า ผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรควิตกกังวลพบมากเป็นอันดับหนึ่ง 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 % มา

รับการรักษาในช่วงเวรบ่าย และ เหวดึก อาการที่พบบ่อยได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดท้ายทอย เบ้าตา นอนไม่หลับ หายใจขัดหายใจไม่อิ่ม ใจสั่น ปากแห้ง ตื่นตกใจง่าย เหนื่อยเพลียง่าย ปวดเมื่อยตามร่างกาย มีนชาตามมือเท้า รู้สึกเครียด หงุดหงิด วิธีการที่ใช้บรรเทาอาการดังกล่าว คือการรับประทานยา (งานสุขภาพจิต โรงพยาบาลบางคล้า, 2548) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มารับยาต่อเนื่อง ปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้รู้สึกวิตกกังวลใจมากที่สุดคือ ปัญหาเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ รองลงมาคือ ปัญหาความขัดแย้งและการสื่อสารกันภายในครอบครัว และปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่มีอาการไม่สุขสบายหลายอย่างร่วมกัน เช่น อาการหงุดหงิด อ่อนเพลีย ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม ปวดเมื่อยตามร่างกาย มีนงง นอนไม่หลับ รู้สึกเครียด ปวดศีรษะ ปวดท้ายทอย เบ้าตา ปากแห้ง ตื่นตกใจง่าย ต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน การช่วยเหลือหลักที่ผู้ป่วยได้รับคือ การให้ยาบรรเทาอาการวิตกกังวล เมื่อเกิดอาการไม่สุขสบายกาย อันเนื่องมาจากความเครียดหรือความวิตกกังวล ดังนั้นเมื่อหายหมด หรือมีอาการที่เกิดจากความวิตกกังวลขึ้นมาใหม่จึงต้องกลับมารับการรักษาที่โรงพยาบาลอีก ผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล ในโรงพยาบาลบางคล้า โดยใช้การเรียนรู้แบบกลุ่มตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากที่กล่าวมาข้างต้น ได้มีผู้ทำการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมโดยตรงในด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่ามีประสิทธิผลดีดังเช่นการศึกษาของ

Borkovec et al. (1987) อ้างถึงใน Wells (1997) ที่ศึกษาถึงผลของการฝึกการผ่อนคลายร่วมกับวิธีการบำบัด CBT และการฝึกผ่อนคลายร่วมกับการบำบัดแบบไม่ชี้แนะ (non-directive) ต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล ผลพบว่าทั้งสองวิธีสามารถลดความวิตกกังวลได้ แต่วิธีแรกซึ่งเป็นวิธีการบำบัด CBT ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลาย มีประสิทธิภาพมากกว่า

Butler et al. (1991) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวล ระหว่างวิธีพฤติกรรมบำบัดและวิธีการบำบัด CBT กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรควิตกกังวล 57 คน ใช้วิธีการบำบัดรายบุคคล คนละ 4-12 ครั้ง ติดต่อกัน 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน ผู้บำบัดคือนักจิตวิทยาคลินิกที่มีประสบการณ์การทำจิตบำบัดมาแล้ว ก็พบว่าวิธีการบำบัด CBT นี้มีประสิทธิภาพมากกว่าดังการศึกษาของต่างประเทศดังนี้

Dadds et al. (1999) ทำการศึกษาแบบทดลอง โดยการฝึกทักษะการปรับตัวในเด็กที่เป็นโรควิตกกังวลและติดตามผล 2 ปี การศึกษากระทำในรัฐควีนส์แลนด์ประเทศออสเตรเลีย พบว่าเด็กที่เป็นโรควิตกกังวลและได้รับการฝึกทักษะการปรับตัวแบบกลุ่ม มีปัญหาความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Fisher and Durham (1999) ได้ศึกษาถึงอัตราการหายจากโรควิตกกังวลที่ใช้การวิธีการบำบัดทางจิต โดยวิเคราะห์จากผลการเปลี่ยนแปลงที่วัดการเปลี่ยนแปลงโดยใช้เครื่องมือวัดความวิตกกังวล STAI-T ของ Spielberger โดยศึกษาจากการทบทวนผลการศึกษาวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1987-1998 ซึ่งมีรายงานการศึกษา 6 รายงาน กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 404 ราย อายุตั้งแต่ 18-65 ปี ใช้วิธีการของ Jacobson เป็นแนวทางในการให้คำจำกัดความของการเปลี่ยนแปลง ผลของการบำบัดนั้นมี 4 อย่างคือ แย่ลง ไม่เปลี่ยนแปลง ดีขึ้น และหาย ส่วนของผู้ป่วยในแต่ละประเภทของผลการบำบัดได้คำนวณตามชนิดของการบำบัดทางจิต ผลการวิเคราะห์จากรายงานการศึกษาเหล่านั้น พบว่าวิธีการบำบัดทางจิตแบบ CBT และการฝึกการผ่อนคลาย มีความสัมพันธ์กับอัตราการหายป่วยในระยะติดตามผล 6 เดือน ถึงร้อยละ 50-60 จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า CBT ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลาย สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้ผลดี และใช้ได้ในทุกกลุ่มผู้ป่วย

James et al. (2000) ทำการศึกษาพบว่า การบำบัดโดยวิธี CBT ได้ประสิทธิผลการรักษาอย่างดียิ่งในผู้ป่วยโรควิตกกังวล จากการศึกษาพบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความวิตกกังวลได้ จะช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และพบว่าขั้นตอนดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยได้มีผู้ที่สนใจศึกษาการใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมทั้งในรูปแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ดังนี้

นภาพร ตั้งพูลผลวนิชย์ และคณะ (2543) ศึกษาผลการทำกลุ่มจิตบำบัดต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยวิตกกังวล. พบว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลที่ได้เข้ากลุ่มจิตบำบัด มีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ .05 และผู้ที่มีความวิตกกังวล ที่ได้เข้ากลุ่มจิตบำบัดมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้ากลุ่มจิตบำบัด อย่างมีนัยสำคัญ .01 ปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดพบมากที่สุด คือ การให้ข้อมูล ความรู้สึกมีความหวัง ความรู้สึกเป็นสากล และการเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพ ที่พบรองลงมา คือ ความรู้สึกถือฤดูแล และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

กนกวรรณ ทาสอน (2545) ได้นำแนวคิดการบำบัด CBT มาเป็นแนวทางในการกำหนดโครงสร้างเนื้อหาของแผนการดำเนินกลุ่ม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล แบ่งการทำกลุ่มออกเป็น 2 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง ถึง 1.30 ชั่วโมง วันละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 2 วัน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) แม้ว่างานวิจัยนี้พบว่ายังไม่เน้นถึงการเรียนรู้กระบวนการคิดและการฝึกปรับเปลี่ยนความคิดโดยตรง

ณัฐทิพร ชัยประทาน (2547) ศึกษาผลของการให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนคลายใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวลพบว่า ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยโรควิตกกังวลหลังการบำบัด ลดลงน้อยกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และในระยะติดตามผลลดลงน้อยกว่าหลังการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากการวิเคราะห์เนื้อหาในแผนการบำบัดพบว่า ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และเข้าใจภาวะเจ็บป่วยของตนก่อเกิดแรงจูงใจและมั่นใจในการรักษาและสามารถควบคุมความกังวลด้วยตนเอง

7.กรอบแนวคิดการศึกษา (Conceptual Framework)

การใช้การเรียนรู้แบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล

โดยการจัดการเรียนรู้แบบกลุ่มๆละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ๆละ 2วัน ๆละ 3 ครั้ง ๆละ 1ชั่วโมง-1ชั่วโมง 30 นาที รวม 6ครั้ง สัปดาห์ละ 1 วัน ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ โดยมีกระบวนการดังนี้คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย

สร้างบรรยากาศเป็นกันเอง

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้เรื่องความวิตกกังวล

ธรรมชาติของโรควิตกกังวล

ปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความกังวล

กิจกรรมที่ 3 สารพันปัญหา

ฝึกหลักการแก้ไขปัญหา

แลกเปลี่ยนประสบการณ์กลุ่ม

กิจกรรมที่ 4 เรียนรู้หลักการแก้ไขปัญหา

เรียนรู้กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิด

หลักการแก้ไขปัญหาคือต้นเหตุ

กิจกรรมที่ 5 เรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ฝึกการหายใจ

กิจกรรมที่ 6 สรุปทบทวนบทเรียน ร่วมกับฝึกให้สมาชิกเข้าใจ

ถึงกระบวนการเผชิญปัญหา การนำไปใช้ สรุปผล และประเมิน

การเรียนรู้ ยุติกลุ่ม และนัดหมาย 1 เดือน

ความวิตกกังวล