บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรควิตกกังวลเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในประชาชนทั่วไปและนับวันจะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ อีกทั้งยังเป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาโรคจิตเวชอื่นๆ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในสภาพสังคมในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม วัฒนธรรม รวมถึงเทคโนโลยีต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เกิดความเครียด ความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2548) ซึ่งในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder) มีจำนวน 334,824 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 548.83 ต่อแสนประชากร (ศูนย์สารสนเทศกองแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

การเจ็บป่วยด้วยโรควิตกกังวล เป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ป่วยโรควิตกกังวลจะมีความวิตกกังวลเกินกว่าเหตุในหลายๆ เรื่องพร้อมกัน (excessive and pervasive worry) ที่เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต เช่น การงาน การเรียน ครอบครัว เศรษฐกิจ โดยลักษณะความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น มักจะไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด และมีอาการคงอยู่นาน เรื้อรัง มีความรู้สึกสับสนเครียด วิตกกังวล ตื่นเต้น ไม่มีความสุข ร่วมกับมีอาการทางกาย เช่น ใจสั่น มือสั่น ปัสสาวะบ่อย ปั่นป่วนในท้อง แน่นหน้าอก ลุกลี้ลุกลน (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) ผู้ป่วยมักมารับการตรวจรักษาด้วยอาการเหล่านี้ แต่เมื่อตรวจร่างกายโดยละเอียดแล้วกลับไม่พบความผิดปกติใดๆ (Mc Donal, 1990; Fishel, 1998) บางรายมาด้วยอาการวิตกกังวลแต่ไม่ทราบว่ากังวลเรื่องอะไร(Gabbard, 2000 อ้างถึงใน จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวนิช, 2545) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่าตนเองป่วยเป็นโรคหัวใจ บางคนก็กังวลต่อไปอีกว่าตนเองมีโรคร้ายแรง จนเป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องเสาะแสวงหาการรักษาหลายแห่งดังที่เรียกว่า “doctor shop” (Fishel, 1998)

ความวิตกกังวลของโรควิตกกังวลส่งผลให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม คือ ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทชีวเคมีและสรีระวิทยา ทำให้การควบคุมสมดุลของเกลือแร่ต่างๆ การเผาผลาญอาหาร และระบบกล้ามเนื้อมีการทำงานที่ผิดปกติ ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง เกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย ถ้ามีอาการเจ็บป่วยอยู่เดิมก็จะทำให้ อาการของโรครุนแรงขึ้น แต่ถ้าความวิตกกังวลอยู่ในระดับรุนแรง จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในระดับที่รุนแรงและทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางกายได้ ทางด้านจิตใจ คือ เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวายหวาดหวั่น กลัวโดยไม่มีเหตุผล ตกใจง่าย ขาดสติ รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ มีการคาดการณ์ไปถึงภัยอันตรายที่ยังไม่เกิดขึ้น รู้สึกกลัวตาย จิตใจฟุ้งซ่าน และทางด้านพฤติกรรม เมื่อ

มีความวิตกกังวลเกิดขึ้น บุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาหลายรูปแบบทั้งที่เป็นคำพูดและท่าทาง ได้แก่ การแสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่ง กำมือแน่น มือสั่น นอนไม่หลับ พูดซ้ำๆ ในเรื่องเดิมๆ (สมภพ เรืองตระกูล, 2533) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ผู้ป่วยด้านอื่นตามมา เช่น ผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานลดลงในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก สูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคม (Rickell & Schweizer, 1998) และส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดและความขัดแย้งในครอบครัวง่ายขึ้น (Silvermanx Nells, 1988 cited in Schweizer, 1995) ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง (Massion, 1993) อีกทั้งส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจที่ต้องใช้จ่ายไปกับการรักษาอาการวิตกกังวล รวมทั้งรักษาอาการที่เกิดจากการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ (Blair & Ramones, 1996 อ้างถึงใน กนกวรรณ ทาสอน, 2545) และพบว่า หากผู้ป่วยโรควิตกกังวลไม่ได้รับการรักษานานเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว ผู้ป่วยมักจะรู้สึกท้อแท้ หดหู่ เนื่องจากการดำเนินโรคเป็นมากขึ้นและต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างสนุกสนานตามปกติได้ (Liebowitz, 1989 อ้างถึงใน ณัฐฑิพร ชัยประทาน, 2547) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Moore and Jefferson (1996) พบว่าอาการวิตกกังวลของผู้ป่วย หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาจะพัฒนาไปเป็นโรคจิตเวชอื่นๆ ได้แก่ โรคซึมเศร้า (Depression) หรือเกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ

Beck (1972) กล่าวไว้ว่า สาเหตุของความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล เกิดจากความคิด การรับรู้ การประเมินถึงอันตรายของสถานการณ์ที่มากดดัน จะทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น นอกจากนี้ Barlow (1988) และ Borkovec & Inz (1990) กล่าวว่า สาเหตุของความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล เกิดจากความคิดเป็นผลมาจากความคิดที่วกวน ความคิดและจินตนาการในเชิงลบ การคิดอย่างน่ารำคาญ นิสัยประจำตัวมีความคิดที่ไม่ยืดหยุ่นยึดติด การจินตนาการและการตอบสนองทางด้านร่างกายต่อภาวะคุกคาม นอกจากนี้สาเหตุของความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลก่อตัวมาจาก การคิด การรับรู้ที่คาดว่าโลกทั้งโลกเป็นอันตราย การปรับความคิดที่ไม่ดีตอบสนองต่อความคิดอคตินำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่ดีตามมา (Mathews, 1990 cited in Newman & Borkovec, 1995) และนอกจากนี้ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (2548) กล่าวว่า ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลเกิดขึ้นจาก ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความคิดบิดเบือนไปจากความเป็นจริง การรับรู้ การคิด เป็นความผิดปกติในแง่ของการรับรู้และแปลผลต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในลักษณะมองโลกในแง่ร้าย และคิดว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อความสุข อีกทั้งยังประเมินความสามารถในการแก้ไขปัญหาของตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง จากสาเหตุดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับความคิดบิดเบือน 10 ประการ ตามแนวคิดของ Beck (1972) ได้แก่ 1) คิดแบบสุดโต่ง 2) การมองเหตุการณ์ และการมองบุคคลคิดในทางร้าย 3) ไม่ยอมรับสิ่งดีๆ ไม่ยอมรับด้าน

บวก 4) ใช้อารมณ์นำในการคิดหาเหตุผล 5) การตีตรา 6) การให้ความสำคัญกับเหตุการณ์บางอย่างมากหรือน้อยเกินไป (ขยายความให้มาก / น้อยเกินจริง) 7) การคัดกรองทางความคิด 8) อ่านใจคน 9) คิดขยายความแบบครอบคลุมมากเกินไป และ 10) ความคิดที่ว่าทุกอย่างต้องสมบูรณ์แบบ "ควรจะ" และ "ต้อง"

จังหวัดกาญจนบุรี เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันตกของประเทศไทย ที่ประชาชนมีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตในอัตราที่สูง ดังจะเห็นได้จากมีจำนวนผู้ป่วยโรควิตกกังวลสูงเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัดกาญจนบุรี โดยมีผู้ป่วยโรควิตกกังวลจำนวน 2,857 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 342.38 ต่อประชากรแสนคน พบผู้ป่วยโรคจิตจำนวน 1,397 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 167.42 ต่อประชากรแสนคน และมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 615 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 73.7 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศกองแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2549) จากสถิติข้างต้นจะเห็นได้ว่าในจังหวัดกาญจนบุรีมีผู้ป่วยโรควิตกกังวลสูงเป็นอันดับหนึ่งของโรคจิตเวชทั้งหมด และจากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมีซึ่งเป็นหน่วยงานที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ พบว่า มีผู้ป่วยโรควิตกกังวลมารับบริการมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชโดยในปี พ.ศ. 2550 มีผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปมารับบริการ จำนวน 59 คน เป็นจำนวน 96 ครั้ง และพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยรายเก่า อายุระหว่าง 21- 60 ปี มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 10 ปีและมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกเดือน (กลุ่มงานเวชสถิติโรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมี, 2551) ผู้ศึกษาได้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยกลุ่มนี้จำนวน 22 คน ด้วยแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety) ของ Spielberger (1967) ซึ่งแปลเป็นไทยโดย รศ.พญ.นิตยา คชภักดี สายฤดี วรกิจโภคาธร และมาลี นิสสัยสุข (2534) เป็นแบบวัดความวิตกกังวลในขณะเผชิญ พบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย จำนวน 2 คน มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง จำนวน 14 คน และมีความวิตกกังวลระดับรุนแรงจำนวน 6 คน และจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมถึงสาเหตุของความวิตกกังวล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสาเหตุที่คล้ายคลึงกันโดยมาจากสาเหตุหลัก 4 ประการ ดังนี้ ความขัดแย้งในครอบครัว จำนวน 6 คน ปัญหาเศรษฐกิจ จำนวน 5 คน ความเจ็บป่วย จำนวน 7 คน และจากความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ขณะเผชิญ จำนวน 4 คน และจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ป่วยมีอาการลักษณะต่าง ๆ ขณะที่เกิดความวิตกกังวล ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดท้ายทอย ปวดขมับ ปวดเบ้าตา หายใจไม่อิ่ม ตกใจง่าย ใจสั่น เหนื่อยง่าย เพลียไม่มีแรง ปวดเมื่อยตามร่างกาย มึนงง ชาตามปลายมือปลายเท้า รู้สึกเครียด หงุดหงิด เมื่อถูกระตุ้นจากความกดดันทางจิตใจ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการขึ้นมาได้ง่ายและมีอาการอยู่เรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาเป็นประจำ

จากการศึกษาการให้บริการและรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่ผ่านมา ในโรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมี พบว่า ยังไม่มีการบำบัดรักษาทางจิตสังคมอย่างเป็นรูปแบบที่ชัดเจน มีเพียงการรักษาโดยการให้ยาลดความวิตกกังวล และการให้คำปรึกษารายบุคคลจากพยาบาลตามอาการของผู้ป่วยที่พบขณะนั้นด้วยเวลาอันจำกัด และพยาบาลส่วนใหญ่จะมีความสามารถเพียงให้คำปรึกษาขั้นพื้นฐาน (โรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมี, 2550) ด้วยเหตุนี้ ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการบำบัดทางจิตบำบัดทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยยังคงมีอาการขึ้น ๆ ลง ๆ และกลับมารักษาซ้ำต่อเนื่อง มีอาการกำเริบทุกครั้งที่ยาหมด และไม่สามารถควบคุมอาการกังวลได้ด้วยตนเอง ผลที่ตามมา คือ ผู้ป่วยต้องใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานาน ซึ่งการใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดการพึ่งยา และอาจเกิดการติดยาได้ (Fishel, 1998) ดังนั้น การให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวล ควรใช้วิธีบำบัดอื่นร่วมกับการรักษาด้วยยา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ดีและแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมจึงจะทำให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการบำบัดรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกได้ จึงถือเป็นกังวล ชนิด Generalized Anxiety Disorder ในปัจจุบันนิยมใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ซึ่งเป็นการบำบัดที่สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล วิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่ได้ผลดี (Fisher & Durham, 1999; David, 2001; Maron & Hermesh, 2003; Maria, 2003; ณัฐฑิพร ชัยประทาน, 2547 และปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548) เนื่องจากเป็นการบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิด การจินตนาการ และการตอบสนองทางระบบร่างกาย มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลมีทักษะในการเผชิญปัญหา ปรับตัวในการดำเนินชีวิตที่มาจากประสบการณ์ของความวิตกกังวล (Newman, 2000a; Newman & Brokovec, 1995 cited in Simon, 2002)

ดังนั้น CBT จึงเป็นการบำบัดที่สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลได้ เนื่องจาก ผู้ป่วยโรควิตกกังวลมีการเรียนรู้ที่ผิดๆ และมีรูปแบบของความคิดในเชิงลบ คิดในแง่ร้าย ไม่สร้างสรรค์ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) ซึ่งเกิดขึ้นร่วมกับพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่แปรปรวนไป ผู้ป่วยมักประเมินอันตรายหรือโอกาสที่ตนเองจะได้รับอันตรายสูงเกินความเป็นจริง ในขณะเดียวกันก็ประเมินความสามารถของตัวเองที่จะต่อสู้ หรือจัดการกับสิ่งที่มาคุกคามนั้นต่ำกว่าความเป็นจริง โดยจะรับรู้และตีความเหตุการณ์ในชีวิตต่างๆ ที่เกิดขึ้นมาคุกคามต่อความสุข (well being) ทางร่างกายหรือทางสังคมของตน และประเมินปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองต่อความวิตกกังวล เช่น ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม รู้สึกว่ามีอันตรายเกินความจริง แปลความหมายผิดต่อความรู้สึกนั้น จึงรู้สึกว่าตนเองเป็นโรคหัวใจ หรือเกิดอันตรายต่อชีวิตขึ้น (จำลอง ดิษยวนิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545) ซึ่งแนวทางการช่วยเหลือตามแนวคิดของ CBT

นั้นมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีคิดใหม่และการประพฤติปฏิบัติใหม่ต่อสถานการณ์ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลนั้น โดยช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความคิดอัตโนมัติของตน รวมทั้งช่วยให้เห็นว่าเขามีการตอบสนองที่ไม่ถูกต้องทั้งในด้านความนึกคิด (cognitive) และพฤติกรรม (behavioral) เพื่อแก้ไขให้เกิดการตอบสนองได้อย่างเหมาะสมขึ้นตามข้อมูลและวิธีคิดที่สมดุลกว่าเดิม (ณัฐฑิพร ชัยประทาน, 2547)

นอกจากนี้การนำเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดมาใช้จะช่วยให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลมีแนวทางในการช่วยเหลือตนเองในการบรรเทาอาการของความวิตกกังวลได้ ซึ่งได้แก่ การฝึกปฏิบัติ การจดบันทึกประจำวัน การฝึกผ่อนคลายเป็นต้น (ณัฐฑิพร ชัยประทาน, 2547) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า CBT ร่วมกับการฝึกผ่อนคลาย (applied relaxation) จะทำให้ผลการรักษาความวิตกกังวลมีประสิทธิภาพสูงสุด เนื่องจากวิธีการบำบัดตามแนวคิดนี้มีประโยชน์และใช้ระยะเวลาสั้นในการรักษา จึงเป็นที่นิยมใช้ในการรักษาโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า และสามารถนำไปใช้ร่วมกับการบำบัดรักษาวิธีอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี ทั้งในรูปแบบรายบุคคล รายกลุ่ม ระยะสั้น และระยะยาว แสดงให้เห็นว่า CBT สามารถลดอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ดี ทั้งยังป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อีก และได้ผลดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาแบบอื่น (Fisher & Durham, 1999)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนคลายเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวล ในผู้ป่วยโรควิตกกังวล อาทิ จากการศึกษาของ Fisher & Durham (1999) พบว่าวิธีการบำบัดทางจิตแบบ CBT และการฝึกผ่อนคลายมีความสัมพันธ์กับอัตราการหายป่วยในระยะติดตามผล 6 เดือน ถึงร้อยละ 50 - 60 นอกจากนี้ James et al. (2000) ทำการศึกษาการบำบัดแบบ CBT ในผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่า ได้ผลดีโดยจัดโปรแกรมการรักษาแบบมีโครงสร้าง เนื้อหาในการบำบัดประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษา พร้อมกับให้ความรู้เกี่ยวกับโรควิตกกังวล 2) ฝึกทักษะการผ่อนคลายเพื่อบรรเทาอาการของความวิตกกังวล 3) เรียนรู้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และ 4) เป็นขั้นตอนการธำรงรักษาประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกต่างๆ ใน CBT และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการ (relapse prevention) สอดคล้องกับการศึกษาของ Michael (1993) ได้ใช้เทคนิคการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการฝึกหายใจด้วยกระบังลมในโปรแกรมการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยโรคแพนิค พบว่าช่วยให้ผู้ป่วย มีทักษะในการเผชิญกับอาการไม่สุขสบายทางกายที่เกิดจากความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากผลงานวิจัยในต่างประเทศข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) สามารถใช้ได้ผลดีในการลดอาการความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ช่วยส่งเสริมประสิทธิผลในการรักษาอย่างได้ผลดี และสามารถป้องกันการ

กลับเป็นซ้ำได้ด้วย สำหรับในประเทศไทย มีหลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นว่าการบำบัดตามแนวคิดนี้เป็นวิธีการบำบัดที่ช่วยลดความวิตกกังวลได้ อาทิ จากการศึกษาของ ณัฐทิพร ชัยประทาน (2547) ซึ่งศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนลมหายใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่า ความวิตกกังวลในขณะเผชิญและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยโรควิตกกังวลหลังการบำบัดลดลงกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ เนตรทราย หอละเอียด (2550) ศึกษาการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่า ความวิตกกังวลในขณะเผชิญของผู้ป่วยโรควิตกกังวลหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ลดลงกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของปทุมรัตน์ เกตุเล็ก (2548) ศึกษาการให้คำปรึกษากลุ่มที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลพบว่า ความวิตกกังวลในขณะเผชิญของผู้ป่วยโรควิตกกังวลหลังการบำบัดลดลงกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

ดังที่กล่าวข้างต้นแล้วว่า ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลนั้นเกิดขึ้นจาก ความคิด การรับรู้ การประเมินถึงอันตรายของสถานการณ์ที่มากดดัน และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นวิธีการบำบัดอีกแนวทางหนึ่งที่ได้ผลดี ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาและนำแนวทางการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมาปรับใช้กับของผู้ป่วยโรควิตกกังวล ซึ่งอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมีในเขตอำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อลดและจัดการกับความวิตกกังวล เนื่องจากพบว่าเป็นการบำบัดที่สามารถปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลได้ (ณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้พัฒนารูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยประยุกต์จากแผนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในการศึกษาของเนตรทราย หอละเอียด (2550) และแบบแผนการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ Newman & Brokovec (1995) ซึ่งการศึกษาทั้ง 2 เรื่องได้พัฒนามาจากแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1972)

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้การบำบัดความคิดและพฤติกรรม โดยใช้การผ่อนคลายเป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการบำบัดโดยวิธีการผ่อนคลายที่ผู้ศึกษานำมาประยุกต์ใช้ในการบำบัดประกอบด้วย การฝึกผ่อนลมหายใจ (slow breathing exercise) เนื่องจากเป็นวิธีการผ่อนคลายที่มักนิยมใช้ในการระงับความกังวล เพราะช่วยควบคุมอาการหายใจที่เร็วเกินไปซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยดังกล่าว และการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation) ซึ่งจะช่วยให้กล้ามเนื้อหายจากความตึงเครียดที่เป็นผลจากความวิตก

คำถามการศึกษา

ผู้ป่วยโรควิตกกังวล ที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับการบำบัดแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล ก่อนและหลังการได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

จากการศึกษา พบว่า ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลเกิดขึ้นจาก ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความคิดบิดเบือนไปจากความเป็นจริง การรับรู้ การคิด การตีความเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตที่เกิดขึ้นไปในทางร้าย และคิดว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อความสุข ซึ่งความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ และความรู้สึกต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง หรือคาดว่าอาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยมีการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าสิ่งนั้นจะส่งผลกระทบหรือก่อให้เกิดอันตราย ทำให้ไม่สบายใจ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด และการเรียนรู้ ซึ่งส่งผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) สาเหตุของความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล เกิดจาก ความคิด การรับรู้ การประเมินถึงอันตรายของสถานการณ์ที่มากดดัน จะทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น (Beck, 1972) นอกจากนี้ Barlow (1988) และ Borkovec & Inz (1990) กล่าวว่า สาเหตุของความวิตกกังวล เกิดจากความคิดเป็นผลมาจากความคิดที่วกวน ความคิดและจินตนาการในเชิงลบ การคิดอย่างน่ารำคาญ นิสัยประจำตัวมีความคิดที่ไม่ยืดหยุ่นยึดติด การจินตนาการและการตอบสนองทางด้านร่างกายต่อภาวะคุกคาม ดังนั้น แนวทางการช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลจึงควรมีวิธีการบำบัดอื่นร่วมกับการใช้ยาอย่างเหมาะสม โดยมุ่งมาสู่ระบบความคิดที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อปรับมุมมองต่อสถานการณ์แบบใหม่ รวมไปถึงการจัดการแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมขึ้น เพื่อลดความวิตกกังวล มีแนวทางจัดการกับความไม่สุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น

ตามแนวคิดของ Beck (1972) พบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ใช้เทคนิคเฉพาะที่เป็นส่วนหนึ่งของการบำบัด เช่น เทคนิคการเตือนตนเอง เทคนิคควบคุมสิ่งกระตุ้น เทคนิคของการผ่อนคลาย เทคนิคการควบคุมความรู้สึกทางลบ และการบำบัดความคิด ซึ่งเทคนิคดังกล่าวจะใช้เริ่มต้นในการบำบัด เพื่อเป็นการแนะนำแนวทางในการบำบัด

รักษา เทคนิคต่างๆ เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีทักษะใหม่เกิดขึ้น และในการเริ่มต้นการบำบัดในครั้งใหม่ จะเริ่มต้นเทคนิคต่างๆ เหล่านี้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเกิดการฝึกฝน เป็นแรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยมีความคิดใหม่ๆ นอกจากนี้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับเทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยโรควิตกกังวล เป็นวิธีที่สามารถเพิ่มความคิดอัตโนมัติที่ยืดหยุ่นในผู้ป่วยรายบุคคลและช่วยให้บุคคลเกิดการผ่อนคลายจนมีความพร้อมที่จะรับการบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เทคนิคการผ่อนคลายที่สามารถนำมาใช้มีหลายอย่าง อาทิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การผ่อนลมหายใจ การสร้างจินตนาการที่พึงพอใจ และการผสมผสานเทคนิคการผ่อนคลาย เทคนิคในการบำบัดเหล่านี้ พบว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิผลในการบำบัดแก่ผู้ป่วยรายบุคคลที่มีประสบการณ์ความวิตกกังวลในสถานการณ์เฉพาะ (Newman & Brokovec, 1995 cited in Simon, 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การผ่อนคลาย (Relaxation) เป็นส่วนหนึ่งของการบำบัด ดังจะเห็นได้จากแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวล (GAD) ของ Canadian Clinical Practice Guidelines (2007) ซึ่งกล่าวว่า กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นกระบวนการของการบำบัด ในเรื่องของความเหมาะสมทางอารมณ์ของผู้ป่วย โดยผู้บำบัดต้องเป็นผู้สอนยุทธศาสตร์การผ่อนคลายในการเริ่มต้นการบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดสมาธิและมีการยอมรับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น โดยกระบวนการบำบัดซึ่งเสนอไว้ตามแนวปฏิบัติดังกล่าว ประกอบไปด้วยการดำเนินการ 5 ขั้นตอนได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรควิตกกังวล คือ ความวิตกกังวลและอาการแสดงทางร่างกาย คู่มือและเอกสารในดูแลตนเองเกี่ยวกับความวิตกกังวล 2) การใช้การบำบัดทางความคิดในการรักษาผู้ป่วย GAD การแทรกแซงความคิด ประเมินความวิตกกังวล ยกตัวอย่างสถานการณ์ ความวิตกกังวล ให้ผู้ป่วยประเมินถึงผลเสียที่เกิดขึ้นจากความวิตกกังวลและอันตราย 3) การเปิดเผยความวิตกกังวล ให้ผู้ป่วยได้ระบายความวิตกกังวล ความคิดและจิตนการเกี่ยวกับความวิตกกังวล (ความเจ็บป่วยทางกาย การเรียนความล้มเหลวในการทำงาน ครอบครัว) และการป้องกันการเกิดพฤติกรรมที่ไม่ที่เหมาะสม 4) การใช้ยุทธศาสตร์การผ่อนคลาย การสอนการผ่อนคลาย การทำสมาธิ เพื่อควบคุมสภาวะอารมณ์ปกติ 5) การใช้หลักการแก้ไขปัญหา เพิ่มทักษะการแก้ไขปัญหา การจัดการปัญหา การจัดการในเรื่องการหลีกเลี่ยงปัญหาและภาวะอารมณ์ การวางเป้าหมายในการดำเนินชีวิต การวางแผนการทำกิจกรรมสันทนาการ งานอดิเรก ที่ส่งเสริมการเกิดความสุข และ 6) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำเป็นระยะป้องการไม้ให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น เมื่อสิ้นสุดการบำบัด จะเห็นได้ว่ากระบวนการในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวล การผ่อน-คลายมีความสำคัญในการบำบัด เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลาย มีสมาธิและพร้อมที่จะเรียนรู้

ทักษะต่างๆ ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จนสามารถปรับเปลี่ยนความคิดในทางที่เหมาะสม สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้ และป้องกันการป่วยซ้ำได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมตามแนวคิดของ Beck (1972) ซึ่งมีหลักการสำคัญของการบำบัดที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลมีความเข้าใจเกี่ยวกับความวิตกกังวลโดยตรง มีการเรียนรู้และฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ที่มีมุมมองต่อการเผชิญปัญหาแบบใหม่ที่เหมาะสมขึ้น มีการจัดการกับความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายและจิตใจและลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความวิตกกังวล รวมถึงสนับสนุนการคิดที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไปในทางเหมาะสมและสร้างสรรค์ อีกทั้งยังส่งผลให้ลดความวิตกกังวลในระยะสั้น ระยะยาว และสามารถลดการกลับเป็นซ้ำได้ ช่วยป้องกันปัญหาที่จะพัฒนาเป็นโรคจิตเวชอื่นๆ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรควิตกกังวล โดยมีการผ่อนคลายด้วยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกผ่อนลมหายใจเพื่อควบคุมความวิตกกังวล เป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการบำบัด ดำเนินการบำบัดเป็นรายบุคคลที่บ้านของผู้ป่วยโรควิตกกังวล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน จำแนกเป็น 6 กิจกรรม ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสอนและการสร้างสัมพันธภาพ (didactic aspect) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรควิตกกังวล กิจกรรมที่ 2 ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อควบคุมความวิตกกังวล และกิจกรรมที่ 3 เรียนรู้การฝึกผ่อนลมหายใจกับความวิตกกังวล ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด (cognitive technique) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 4 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ และกิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความวิตกกังวล ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางความคิดพฤติกรรม (cognitive behavior technique) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 6 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมถาวร และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ยุติการให้การบำบัด สรุปและประเมินผล ใช้เวลาในการดำเนินการกิจกรรมๆ ละ 30-90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และติดตามผลการบำบัดอีก 1 สัปดาห์ หลังจากการบำบัด ซึ่งมีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

<u>กิจกรรมที่ 1</u> การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรควิตกกังวล เริ่มจากสร้างสัมพันธภาพ แรงจูงใจและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับธรรมชาติของโรควิตกกังวล ซึ่งเป็นระยะเริ่มต้นของการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวล โดยเน้นสาระสำคัญ คือ การสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ศึกษาและผู้ป่วยโรควิตกกังวล ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ความสำคัญของการรับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง ให้เกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจ การยอมรับ กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล้าแสดงความรู้สึกที่เปิดเผยตนเอง ทำให้รู้จักกับการบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การให้ข้อมูลที่ถูกต้องชัดเจนแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ

ธรรมชาติของโรควิตกกังวล และอาการทั้งหลายที่เกิดจากความวิตกกังวล สาเหตุจากความคิดอัตโนมัติด้านลบ และความคิดบิดเบือน 3 ประการ รวมถึงการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยของตนเองอย่างถูกต้อง และเห็นความสำคัญของการบำบัดรักษาจากการที่ทราบว่าวิธีการรักษาดังกล่าว สามารถเข้าใจปัญหาที่เป็นต้นเหตุของการเจ็บป่วยได้ ผู้ป่วยจะเกิดแรงจูงใจ และร่วมมือในการบำบัดรักษา ตลอดจนการฝึกปฏิบัติตามกิจกรรมต่อไปอย่างเต็มที่ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ในการปฏิบัติตามที่คาดหวัง คือ สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลได้เป็นอย่างดี (James et al., 2000; ณัฐฑิพร ชัยประทาน, 2547; วันเพ็ญ ฆ้องทอง, 2550)

กิจกรรมที่ 2 ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อควบคุมความวิตกกังวล โดยการให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยโรควิตกกังวลเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายด้วยตนเองด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในทางสรีระวิทยาเป็นการผ่อนคลายที่มีผลโดยตรงต่อการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติค สมองจะหยุดส่งสัญญาณที่ทำให้เกิดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ร่างกายลดกระบวนการทำงานในระบบต่าง ๆ กล้ามเนื้อมีการคลายตัวเกิดขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายสามารถลดความวิตกกังวลได้ (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2541) และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทำให้เกิดการรับรู้ไปในทางบวก รู้สึกโล่งสบาย สงบว่าง สามารถลดความกลัวและความวิตกกังวลได้ ซึ่งผู้ป่วยโรควิตกกังวลสามารถใช้เทคนิคการผ่อนคลายช่วยลดความวิตกกังวลได้ (ทิภาพร อังคกุล, 2543) กิจกรรมนี้เน้นให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลฝึกปฏิบัติการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จนเกิดทักษะในการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเอง เพื่อลดอาการรบกวนจากความวิตกกังวลด้วยตนเอง การใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทำให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายและสามารถลดความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ซึ่งวิธีการบำบัดทางจิตแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลได้ (Fisher & Durham, 1999; Jame et al., 2000 และณัฐฑิพร ชัยประทาน, 2547 รวมทั้ง วันเพ็ญ ฆ้องทอง, 2550)

กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้การฝึกผ่อนลมหายใจกับความวิตกกังวล การให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยโรควิตกกังวลเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายด้วยตนเอง ด้วยเทคนิคการผ่อนลมหายใจเป็นกลไกการผ่อนคลายความเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งการฝึกผ่อนลมหายใจในทางสรีระวิทยา ทำให้ร่างกายใช้ก๊าซออกซิเจน และการผลิตก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกายลดลง ร่างกายมีการขับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกมามากขึ้น ทำให้อัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ (Benson, 1975) กิจกรรมนี้เน้นให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลฝึกปฏิบัติการฝึกผ่อนลมหายใจ จนเกิดทักษะในการใช้เทคนิคการผ่อนลมหายใจด้วยตนเอง เพื่อลดอาการรบกวนจากความวิตกกังวลด้วยตนเอง การใช้เทคนิคการผ่อนลม

หายใจทำให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายและสามารถลดความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ซึ่งวิธีการบำบัดทางจิตแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนลมหายใจ สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลได้ (Fisher & Duham, 1999 และของ James et al., 2000 รวมทั้ง ณัฐฑิพร ชัยประทาน, 2547)

กิจกรรมที่ 4 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ คือ การดำเนินการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองในการค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวล โดยฝึกการค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบให้ผู้ป่วยยกตัวอย่างสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง และทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ด้วยวิธีการถามถึงหลักฐานยืนยัน (Questioning the evidence) คือ การให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลตรวจสอบหาหลักฐานยืนยัน หรือสนับสนุนความเชื่อของตนเอง และให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบความคิด อารมณ์ ความรู้สึก (Monitoring thought and feeling) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้และสามารถตรวจสอบความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตนเองที่เกี่ยวข้องกับความคิดอัตโนมัติและความคิดบิดเบือน 10 ประการ เพื่อให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลได้เข้าใจถึงสาเหตุที่แท้จริงของตนเองว่ามาจากความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ส่งผลให้ตนเองเกิดความวิตกกังวลขึ้น และสามารถระบุถึงความคิด อารมณ์และความรู้สึกของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการค้นหาและสกัดความคิดอัตโนมัติด้านลบ เข้าใจสาเหตุของความวิตกกังวลและสามารถลดความวิตกกังวลได้ (James et al., 2000 และณัฐฑิพร ชัยประทาน, 2547 รวมทั้ง ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548)

กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความวิตกกังวล ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา กิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะแก้ไขต้นเหตุของปัญหาที่แท้จริง คือ "ความคิด" เรียนรู้กระบวนที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิด โดยผู้ศึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการจับความคิดอัตโนมัติของตนเองตรวจสอบความคิด อารมณ์ ความรู้สึก (Monitoring thought and feeling) ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความคิดที่บิดเบือนและความคิดด้านลบ ผู้ศึกษาช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับว่าวิธีคิดของเขาที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อตนเองอย่างไร และให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขให้ผู้ป่วยหยุดความคิด (Thought stopping) ให้หยุดความคิดที่ก่อให้เกิดปัญหา และเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เหมาะสมกว่า คือ ให้ผู้ป่วยตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ (Examining alternatives) และการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (Reframing) ในมุมมองที่ต่างไปจากเดิม เพื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสบายใจ ไม่วิตกกังวล และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ระบบความคิดที่ไม่เหมาะสมถูกแทนที่ด้วยระบบความคิดที่เหมาะสม จนกระทั่งถูกดึงมาใช้อย่างอัตโนมัติเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ผู้ป่วยมีวิธีคิดอย่างเหมาะสมโดยปราศจากความเครียด ความวิตกกังวล

และความกลัว ซึ่งหมายถึง การลดความวิตกกังวล อีกทั้งยังสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อีกด้วย และผู้ศึกษาช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับว่าวิธีคิดของเขาเป็นปัญหาต่อตนเองอย่างไร และให้ความช่วยเหลือแก้ไขให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เป็นวิธีการที่เหมาะสมกว่า เน้นการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุของปัญหาตามขั้นตอนของหลักการแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดที่สมเหตุสมผลขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสบายใจ ลดความวิตกกังวล และการกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มฝึกปฏิบัติ และการใช้แนวคิดที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้ระบบความคิดที่ไม่เหมาะสมถูกแทนที่ด้วยระบบความคิดที่เหมาะสม การเรียนรู้หลักการแก้ไขปัญหาและการมีทักษะในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน จะช่วยเพิ่มความมั่นใจและช่วยให้ผู้ป่วยมีกระบวนการคิดที่มีเหตุผล นำไปสู่การพิจารณาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาด้วยความเข้าใจในข้อดีข้อจำกัดของตน และสามารถยอมรับผลที่เกิดขึ้น จากนั้นนำกลับมาปรับปรุงและช่วยให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลมีความสามารถในการพึ่งพาตนเองมากขึ้นต่อปัญหาอื่นๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ หลังจากการฝึกปฏิบัติในขั้นตอนนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถบำบัดรักษาตนเอง และลดอาการของความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อีกด้วย (James et al., 2000; ณัฐฑิพ ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; เนตรทราย หอละเอียด, 2550; วันเพ็ญ ม้องทอง, 2550)

<u>กิจกรรมที่ 6</u> การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมถาวร และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ยุติการให้การบำบัด สรุปและประเมินผล ขั้นตอนนี้ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องการเผชิญความวิตกกังวลกับผู้ป่วยโรควิตกกังวล ทำความเข้าใจกระบวนคิดในการเผชิญปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวล โดยการให้ผู้ป่วยยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เป็นการฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ให้ผู้ป่วยจับความคิดอัตโนมัติของตนเองตรวจสอบความคิด อารมณ์ ความรู้สึก (Monitoring thought and feeling) การแก้ไขหยุดความคิด (Thought stopping) หยุดความคิดที่ก่อให้เกิดปัญหา และให้ผู้ป่วยตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ(Examining alternatives) และการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (Reframing) ด้วยวิธีการถามถึงหลักฐานยืนยัน (Questioning the evidence) คือ การให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลตรวจสอบหาหลักฐานยืนยัน หรือสนับสนุนความเชื่อของตนเอง และเลือกวิธีการเผชิญความวิตกกังวลด้วยตนเอง จากนั้นทบทวนบทเรียน การนำไปใช้ และยุติการให้การบำบัด ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการบำบัด สรุปผลประเมินการเข้าร่วมการบำบัด โดยการสรุปเป็นการทบทวนประเด็นต่างๆ ที่ได้เรียนรู้จะช่วยให้เกิดความเข้าใจ และก่อเกิดแรงจูงใจที่จะนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวันส่งผลช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันการกลับเป็นซ้ำและพึ่งพาตนเองได้ในที่สุด (James et al., 2000; ณัฐฑิพร ชัยประทาน,2547;

ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; เนตรทราย หอละเอียด, 2550; วันเพ็ญ ม้องทอง, 2550)

จะเห็นได้ว่าในแต่ละกิจกรรมที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นการพยาบาลที่มุ่งช่วยเหลือบุคคลพัฒนาความสามารถในการสำรวจปัญหา รับรู้ปัญหา จัดการกับปัญหา การเผชิญปัญหา และความต้องการของตนเองเกี่ยวกับโรควิตกกังวลเพื่อการลดความวิตกกังวล รวมถึงอาการทางด้านร่างกาย และจิตใจที่เกิดขึ้น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิผล ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการดูแลช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยโรควิตกกังวล จากแนวเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้ตั้งสมมติฐานการศึกษาดังต่อไปนี้

สมมติฐานการศึกษา

ผู้ป่วยโรควิตกกังวล มีความวิตกกังวลลดลงภายหลังการเข้าร่วมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลก่อนและหลังการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรควิตกกังวล โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้ คือ

1. ประชากรที่ศึกษาเป็น ผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD-10) หรือจิตแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (DSM-IV) ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมี จังหวัดกาญจนบุรี

2. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ การใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม หมายถึง การที่ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการบำบัดที่วางแผนไว้เพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดจากความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลที่บ้าน โดยเน้นการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้พัฒนารูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยประยุกต์จากแผนการบำบัดทาง

ความคิดและพฤติกรรม ในการศึกษาของเนตรทราย หอละเอียด (2550) และแบบแผนการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ Newman & Brokovec (1995) โดยการศึกษาทั้ง 2 เรื่องได้พัฒนามาจากแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1972) ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการบำบัด 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสอนและการสร้างสัมพันธภาพ (didactic aspect) 2) การบำบัดทางความคิด (cognitive technique) โดยการค้นหาความคิดตรวจสอบความคิดอัตโนมัติการพิสูจน์และการวิเคราะห์ข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม และ 3) การบำบัดทางความคิดพฤติกรรม (cognitive behavior technique) จำแนกเป็น 6 กิจกรรม โดยใช้เวลาดำเนินการสัปดาห์ละ 1 - 2 กิจกรรม กิจกรรมๆ ละ 30 – 90 นาที ดำเนินการติดต่อกันเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์และติดตามผลการบำบัดอีก 1 สัปดาห์ หลังจากการบำบัด ซึ่งมีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสอนและการสร้างสัมพันธภาพ (Didactic Aspect) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

<u>กิจกรรมที่ 1</u> การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรควิตกกังวล หมายถึง การที่ผู้ศึกษาเน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษาและผู้ป่วยโรควิตกกังวล สร้างแรงจูงใจให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนของการศึกษา ให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติและอาการของความวิตกกังวล เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการบำบัด

<u>กิจกรรมที่ 2</u> ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อควบคุมความวิตกกังวล หมายถึง การที่ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อบรรเทาอาการของความวิตกกังวล และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติด้วยวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยการฝึกเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทีละส่วนสลับกันไป ร่วมกับการฝึกปฏิบัติตามเทปการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อของกรมสุขภาพจิต

<u>กิจกรรมที่ 3</u> เรียนรู้การฝึกผ่อนลมหายใจกับความวิตกกังวล หมายถึง การที่ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องการผ่อนลมหายใจเพื่อบรรเทาอาการวิตกกังวล และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติด้วยวิธีการฝึกผ่อนลมหายใจ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติตามเทปการฝึกผ่อนลมหายใจของกรมสุขภาพจิต

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด (cognitive technique) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

<u>กิจกรรมที่ 4</u> การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ หมายถึง การที่ผู้ศึกษาให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความคิดที่บิดเบือน เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล และทดสอบว่าความคิดดังกล่าวเป็นความคิดที่ถูกต้องหรือไม่

<u>กิจกรรมที่ 5</u> การปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความวิตกกังวล ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา หมายถึง การที่ผู้ศึกษาช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับข้อบ่งชี้กระบวนการคิดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ต้นเหตุของปัญหาที่แท้จริง คือ ความคิดอัตโนมัติ ความคิดที่บิดเบือน

ไปจากความเป็นจริง เรียนรู้กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ฝึกทักษะการค้นหาแนวทางการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เน้นการสร้างความคิดใหม่ โดยเปลี่ยนความคิดเป็นมุมมองทางบวก แทนความคิดอัตโนมัติด้านลบ เน้นวิธีคิดที่แก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุของปัญหา กระบวนการคิดที่มีเหตุผลจะนำไปสู่การพิจารณาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาด้วยความเข้าใจในข้อดี ข้อจำกัดของตน สามารถยอมรับผลที่เกิดขึ้น รวมถึงสามารถนำกลับมาปรับปรุงได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Technique) ประกอบด้วย การบำบัด 1 กิจกรรม คือ

<u>กิจกรรมที่ 6</u> การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมถาวร และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ยุติการให้การบำบัด สรุปและประเมินผล หมายถึง การที่ผู้ศึกษาทบทวน พัฒนา การฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรม ประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ และผู้ศึกษายุติการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และประเมินผลหลังการบำบัดตามแผนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลหลังสิ้นสุดโปรมแกรม

ความวิตกกังวล หมายถึง อาการที่เกิดจากความรู้สึกไม่สบายใจ ความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่นใจ ไม่สบายใจอย่างไม่รู้สาเหตุ หงุดหงิดไม่สบายใจ กระสับกระส่าย จากการที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้และพฤติกรรม ประเมินได้จากแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในแบบประเมิน The State-Trait Anxiety Inventory (STAI form Y1) ของ Spielberger (1967) ซึ่งแปลเป็นไทยโดย รศ.พญ.นิตยา คชภักดี สายฤดี วรกิจโภคาธร และมาลี นิสสัยสุข (2534)

ผู้ป่วยโรควิตกกังวล หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด Generalized Anxiety Disorder (GAD) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD-10) หรือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (DSM-IV) และเป็นผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 6 เดือน ที่มารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมี จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งมีภูมิลำเนาในอำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีศักยภาพในการดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ลดการเจ็บป่วยซ้ำ

2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลโดยใช้รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม