บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบกลุ่ม ต่อภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ภาวะวิตกกังวล
    - 1.1 ความหมายของภาวะวิตกกังวล
    - 1.2 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล
    - 1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวล
    - 1.4 ระดับของภาวะวิตกกังวล
    - 1.5 การประเมินภาวะวิตกกังวล
2. โรควิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุ
    - 2.1 อาการของโรควิตกกังวล
    - 2.2 การวินิจฉัยโรควิตกกังวล
3. กระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล
    - 3.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล
    - 3.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล
    - 3.3 การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล
    - 3.4 ทักษะเฉพาะทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล
    - 3.5 ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและตัวชี้วัดในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล
4. แนวคิดการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด
    - 4.1 ปรากฏการณ์ทางความคิดที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพ
    - 4.2 หลักการในการบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด
    - 4.3 เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด
    - 4.4 วิธีการทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงความคิด
5. แนวคิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
    - 5.1 ความหมายของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
    - 5.2 ประเภทของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
    - 5.3 แนวคิดการใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

5.4 ประโยชน์ของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

5.5 วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล

6. แนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram

6.1 กระบวนการกลุ่ม

6.2 วัตถุประสงค์ของกลุ่ม

6.3 โครงสร้างของกลุ่ม

6.4 แนวคิดการพัฒนากลุ่ม

6.5 ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม

6.6 การประเมินผลของกลุ่ม

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8. กรอบแนวคิดในการศึกษา

แนวคิดและทฤษฎี

1. ภาวะวิตกกังวล

1.1 ความหมายของภาวะวิตกกังวล

ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) หรือความวิตกกังวล เป็นสภาวะทางอารมณ์ขั้นพื้นฐานของบุคคลที่มักพบได้บ่อยในการดำเนินชีวิตประจำวัน ภาวะวิตกกังวลมีรากศัพท์ดั้งเดิมมาจากภาษากรีก หมายถึง กดหรือรัดให้แน่น (To Press Tight or to Strangle) ส่วนในภาษาลาตินจะมีความหมายคล้ายคลึงกัน คือ ความแคบหรือตีบตัน เป็นความไม่สุขสบาย ความหมายดังกล่าวใช้อธิบายสภาวทางอารมณ์ของบุคคลที่เกิดความรู้สึกหงุดหงิด ไม่สบายใจ เป็นความรู้สึกต่อสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนในบางอย่าง ความ รู้สึกหวั่นเกรงต่อผลที่อาจเกิดขึ้นบางครั้งจะรู้สึกกระสับกระส่าย อึดอัด รู้สึกตื่นตัว หรือตระหนก ตกใจในบางสิ่งที่ยังบอกไม่ได้ นอกจากนี้ก็มีความรู้สึกไม่แน่ใจ หรือไม่มั่นใจในเหตุการณ์ที่จะเกิด ขึ้นในอนาคต (Stuart and Sundeen, 1979) จากการศึกษาพบว่า ภาวะวิตกกังวล เป็นการตอบสนองของความรู้สึกที่เกิดขึ้นโดยมีการแสดงออกทั้งทางร่างกาย จิตอารมณ์ และพฤติกรรม ต่อสภาพ การณ์ที่เผชิญทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคต อันเนื่องมาจากความคิดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและจิตใจ

การแบ่งชนิดของความวิตกกังวลของ Spielberger (1972) ได้แบ่ง ความวิตกกังวลเป็น 2 ประเภท คือ

1) ความวิตกกังวลประจำตัว คือความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะค่อนข้างจะคงที่และจะไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริมหรือตัวประกอบความวิตกกังวลในปัจจุบัน เช่นเมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจ หรือจะ

เป็นอันตรายมากระตุ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัว ค่อนข้างสูงจะทำให้รับรู้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรืออันตรายได้เร็วกว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวต่ำกว่า

2) ความวิตกกังวลในปัจจุบัน คือความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีสถานการณ์เฉพาะ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือเกิดอันตรายมากระตุ้นและแสดงพฤติกรรมโต้ตอบที่สามารถจะสังเกตเห็นได้ ในช่วงระยะเวลาที่ถูกกระตุ้นนั้นเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบการทำงานของประสาทอัตโนมัติตื่นตัว ความรุนแรงและระยะเวลาที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วนหนึ่งขึ้นกับความวิตกกังวลประจำตัว และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

ความวิตกกังวลทั้งสองแบบนี้มีความสัมพันธ์กันในลักษณะต่อไปนี้คือในบุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวสูง เมื่อมีสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือจะทำให้เกิดอันตรายระดับความวิตกกังวลประจำตัวที่มีอยู่จะเป็นตัวเสริม หรือไปประกอบความวิตกกังวลในปัจจุบันให้มีความรุนแรงและมีระยะเวลาการเกิดนานมากกว่าในผู้ที่มี ความวิตกกังวลประจำตัว ในระดับต่ำกว่า นอกจากนั้นบุคคลที่เกิด ความวิตกกังวลในปัจจุบันบ่อยๆครั้งโดยในแต่ละครั้งจะมีความรุนแรงหรือไม่ก็ตาม อาจส่งผลให้บุคคลนั้นมีความวิตกกังวลประจำตัวในระดับที่สูงขึ้น

1.2 แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะวิตกกังวล

ภาวะวิตกกังวล เป็นพฤติกรรมของบุคคล ส่วนใหญ่เกิดจากการเรียนรู้ จากการสังเกตผู้อื่นในสังคมที่เขาสนใจ มีการจดจำแล้วนำมาลอกเลียนแบบภายหลัง การเรียนรู้แบบนี้เป็นการเรียนรู้ตามธรรมชาติของบุคคล ดังนั้นภาวะวิตกกังวลจึงเกิดจากการได้เห็นบุคคลถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้าบางอย่าง ซึ่งเป็นผลทำให้บุคคลนั้นได้รับกรรมที่ไม่พอใจ และเมื่อตนเองจะต้องเผชิญกับสิ่งเร้าดังกล่าว ก็จะทำให้สิ่งเร้านั้นสร้างความวิตกกังวลให้กับบุคคลได้ นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังเกิดได้จากการขาดทักษะในพฤติกรรมบางอย่าง ซึ่งมีผลทำให้บุคคลเกิดความไม่แน่ใจในผลกรรมที่ตนเองจะได้รับ ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงต่อสิ่งเร้าที่จะนำไปสู่พฤติกรรมที่ตนขาดทักษะนั้นๆ (Bandura, 1969)

Spielberger and Sydeman (อ้างถึงใน ปริญญา สนิกะวาที. 2542) กล่าวว่าภาวะวิตกกังวลเกิดจากกระบวนการทางปัญญาประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุกคาม อาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยสิ่งเร้าที่คุกคามอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้า แล้วทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ไม่สบายใจ หรือการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาขึ้น

ปริญญา สนิกะวาที (2542) กล่าวว่า ภาวะวิตกกังวลเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นในมนุษย์ที่มีความไม่สบายใจ รู้สึกเหมือนตนเองถูกคุกคาม เกิดจากการประเมินสถานการณ์ต่างๆ ว่าอาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองโดยสภาพการณ์นั้นอาจเกิดขึ้นจริงหรือเป็นเพียงการคาดคะเนก็ได้

วุฒิชัย บุณยนฤธี และมานิต ศรีสุรภานนท์ (อ้างถึงในมานิด ศรีสุรภานนท์ และ

จำลอง ดิษยวณิช. บรรณาธิการ. 2542) กล่าวว่า ภาวะวิตกกังวล คือ การคาดหมายว่าจะมีอันตราย หรือโชคร้าย ซึ่งทำให้รู้สึกไม่สบายใจ อาจพบร่วมกับ อาการทางกายของความตึงเครียด

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2543) กล่าวว่า ภาวะวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว เกรงว่าจะมีสิ่งร้าย หรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน

กนกวรรณ ทาสอน (2545) กล่าวว่าภาวะวิตกกังวลคือความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่นใจ ไม่สบายใจอย่างไม่รู้สาเหตุแน่ชัด ซึ่งเกิดจากปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นหรือความเครียดที่เกิดขึ้นจริงและจากการคาดคิดว่าจะเกิดขึ้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสรีระ กระบวนการคิด พฤติกรรมและจิตใจ ความวิตกกังวล

Hildegard E. Peplau (1992) อธิบายถึงภาวะวิตกกังวลว่าเป็นแหล่งพลังงานที่ไม่สามารถแยกออกจากบุคคลได้ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตายและเป็นสิ่งที่จำเป็นในการเจริญเติบโตด้านชีววิทยาและอารมณ์ ความวิตกกังวลเกิดขึ้นเมื่อการติดต่อสื่อสารกับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดความ รู้สึกว่าถูกคุกคามต่อร่างกายและจิตใจทำให้เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัยได้รับการสนับสนุนจากการทำวิจัยในระยะที่ผ่านมาโดย Peplau เองและได้นำเสนอภาวะวิตกกังวลเป็น 2 ลักษณะได้แก่ ภาวะวิตกกังวลที่เป็นนามธรรม (Subjective anxiety) และภาวะวิตกกังวลที่เป็นรูปธรรม (Objective anxiety) ภาวะวิตกกังวลที่เป็นนามธรรมหมายถึงพลังงานที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง แต่สามารถรับรู้และบอกเล่าได้โดยบุคคลที่ประสบอยู่ส่วนภาวะวิตกกังวลที่เป็นรูปธรรมหมายถึงการเปลี่ยนรูปของพลังงานเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาให้ทราบว่ามีภาวะวิตกกังวล

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า ภาวะวิตกกังวล เป็นอารมณ์ และความรู้สึกต่อสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยมีการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าเหตุการณ์ หรือสถานการณ์นั้นจะส่งผลกระทบในด้านลบ ทำให้ไม่พอใจ หรือก่อให้เกิดอันตรายได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม ความคิด ความจำ การรับรู้และการเรียนรู้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ความวิตกกังวลและความเครียด เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์อย่างหนึ่งของมนุษย์เป็นแนวคิดที่ถูกอ้างถึงบ่อยมากทั้งในชีวิตประจำวันและในการทำวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากความเครียดและความวิตกกังวลมีบทบาทในความเจ็บป่วย และพฤติกรรม ที่ผิดปกติหลายๆอย่าง นอกจากนี้แล้ว แทบทุกคนต้องเคยเผชิญกับความวิตกกังวลและความเครียดอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต บางครั้งคำว่าวิตกกังวล ความเครียด และความกลัว ถูกนำมาใช้ในความหมายเดียวกัน

1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวล

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของภาวะวิตกกังวล องค์ประกอบสำคัญที่สำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะวิตกกังวลมี 3 ประการ ดังนี้ (Melvin. 1978 อ้างถึงในกนกพร สุคำวัง 2528; Lazarus and Folkman, 1984)

1.3.1 เมื่อบุคคลได้รับการคุกคามหรือสูญเสียสัญลักษณ์ (Symbols) ของ

ตน ได้แก่ความคิดเห็น มโนทัศน์ ค่านิยม หรือระบบของความคิดของตนเองจะทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

1.3.2 การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่จะมาคุกคาม ทำให้เกิดความขัดแย้ง ซึ่งอาจจะเกิดได้ทั้งในจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลทำให้เกิดความวิตกกังวลได้

1.3.3 ความไม่แน่ใจ หรือความคลุมเครือต่อเหตุการณ์ในอนาคต ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลไม่สามารถรู้ถึงอันตรายหรือสิ่งที่มาคุกคามตัวบุคคล ส่งผลให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล เป็นสาเหตุสำคัญของความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ที่มีความเจ็บป่วย เนื่องจากความไม่แน่ใจทำให้จำกัดความสามารถของบุคคลในการควบคุมสิ่งที่คิดว่าเป็นอันตราย ดังนั้นจึงทำให้บุคคลรู้สึกว่าช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลในที่สุด อีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลเนื่องจากความไม่แน่ใจทำให้กระบวนการแก้ปัญหาถูกจำกัดจึงส่งผลให้บุคคลวิตกกังวลได้

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

1.4 ระดับของภาวะวิตกกังวล

ระดับของภาวะวิตกกังวลในลักษณะต่าง ๆ ทั้งในส่วนพฤติกรรม อารมณ์ และความคิดที่แสดงถึงภาวะวิตกกังวล สามารถแบ่งเป็นระดับได้ ตั้งแต่ระดับ 1 จนถึงระดับ 4 ดังนี้ (Shives ,1986 อ้างถึงในดาราวรรณ ต๊ะปินตา และคณะ , 2543)

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

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

ระดับ 3 ภาวะวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้ความสามารถของการรับรู้ของบุคคลลดลง โดยจะให้ความสนใจต่อรายละเอียดเล็กๆ การใช้คำพูดมักไม่ค่อยเหมาะสมหรือถึงขั้นไม่สามารถสื่อสารได้ชัดเจนขณะที่ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นสติปัญญา ที่จะคิดหรือแก้ปัญหาต่าง ๆ จะลดลง ขาดความสามารถในการแยกแยะสิ่งต่างๆ ระยะนี้มักจะเกิดคำถามในใจบ่อยๆ ว่า "จะทำยังไงกับตนเองดี" "ทำไมถึงน่าเบื่ออย่างนี้" ระบบสรีระจะมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ระดับ 4 ภาวะวิตกกังวลระดับตื่นกลัวสุดขีด (Panic) ในความวิตกกังวลระดับนี้ จะมีอาการทุกอย่างเต็มที่ ความสามารถในการรับรู้เสียไปมาก บุคลิกภาพเริ่มเปลี่ยนไป ความสามารถในการพูดเสียไป และไม่สามารถที่จะสนใจต่อสิ่งเร้าที่เป็นจริงได้ ระบบสรีระอารมณ์ และสติปัญญาเบี่ยงเบนไป

จะเห็นว่า ภาวะวิตกกังวล แม้จะถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดา ของมนุษย์ทุกคน แต่เมื่อภาวะวิตกกังวลที่ไม่ได้รับการแก้ไข และเพิ่มสูงขึ้นจนถึงระดับสูง หรือมีอยู่ในระยะเวลายาว นานเกินไป ย่อมจะทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของบุคคลบุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือ ในการลดภาวะวิตกกังวลและเรียนรู้ความวิตกกังวลของตน ตลอดจนวิธีการเผชิญกับภาวะวิตกกังวล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.5 การประเมินภาวะวิตกกังวล

ภาวะวิตกกังวลสามารถประเมินได้จากการสังเกตพฤติกรรม การตอบสนองด้านสรีระของบุคคลที่แสดงออกเพื่อลดภาวะวิตกกังวล และจากรายงานความรู้สึกที่เกิดขึ้นเฉพาะบุคคลที่ประสบความวิตกกังวล ซึ่ง Nietzel and Bernstein (อ้างถึงใน วราภรณ์ ยศทวี, 2540) ได้จำแนกการประเมินความวิตกกังวลเป็น 3 วิธีดังนี้

1.5.1 การประเมินความวิตกกังวลจากสภาพทางสรีระ (Physiologic almeasure of anxiety) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางด้านร่างกาย ซึ่งการวัดความวิตกกังวลแบบนี้จะต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษ เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (electrocardiograph) เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของชีพจร (mechanical pulse detective) เครื่องมือวัดคลื่นสมอง (electroencephalography) เครื่องมือตรวจม่านตา เพื่อดูการขยายของม่านตา (pupillograph) เครื่องมือวัดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ (electromyography) เป็นต้น การวัดด้วยวิธีนี้ต้องอาศัยผู้ชำนาญทางการตรวจและการแปลผลการเปลี่ยนแปลง ซึ่งต้องมีความแม่นยำ อาจเกิดความสับสนต่อการประเมิน เนื่องจากในการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต และอัตราการเต้นของชีพจรนั้นอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรคต่างๆในระบบประสาทและหลอดเลือดที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ เช่น โรคไต โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงหรืออาจเกิดจากผลของการใช้ยาบางชนิด จากอาหาร บุหรี่ การออกกำลังกาย เป็นต้น

1.5.2 การประเมินความวิตกกังวล โดยการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก

ของบุคคล (Behavioral measure of anxiety) เป็นการวัดการตอบสนองทางด้านจิตใจ ซึ่งแสดงออกถึงความแปรปรวนในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ความสอดคล้องกันของการทำงานของร่างกายกับการรับรู้ความจำ การเรียนรู้ที่ง่ายๆ หรือซับซ้อน เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงออกมานั้น เป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนมาจากอารมณ์ภายในใจ ซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้เช่น อาการกระสับกระส่าย ลุกลี้ลุกลน มือสั่น ถอนหายใจ ร้องไห้ หงุดหงิด ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร พูดรัวเร็วขึ้นเช่นแบบบันทึกพฤติกรรมของ Graham และ Conley เป็นต้น

1.5.3 การประเมินความวิตกกังวลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self - report measure of anxiety) โดยให้บุคคลรายงานความรู้สึกวิตกกังวลของตนเอง ซึ่งอาจเป็นการรายงานด้วยการตอบแบบสอบถาม การเขียนหรือรายงานด้วยวาจา เป็นการวัดความวิตกกังวลซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้ โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบตามความรู้สึก แล้วนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล ได้แก่ 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 และแบบวัด Self Rating Scale ของ Zung ซึ่งมีความเที่ยงและความตรงสูง

2. โรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ

ผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล (Generalized anxiety disorder) หมายถึงบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัย ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV (DSM-IV) (รัตนา สายพานิชย์ และสมบัติ ศาสตร์รุ่งภัค อ้างถึงใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ ,2544) โรควิตกกังวลมีลักษณะที่สำคัญคือ มีความกังวล (anxiety) และความไม่สบายใจ (worry) มากเกินเหตุในเรื่องทั่วๆไป หลาย ๆ เรื่องไม่เฉพาะเจาะจง และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นจะคงอยู่เป็นเวลานาน อย่างน้อย 3-6 เดือนผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่เข้าใจความกังวลที่เกิดขึ้น มักพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมาก ที่มาพบแพทย์ด้วยอาการวิตกกังวล แต่ก็ไม่ทราบเหมือนกันว่ากังวลเกี่ยวกับเรื่องอะไร (Gabbard, 2000 อ้างถึงใน ณัฐฑิพร ชัยประทาน, 2547) ผลของความกังวลจะรบกวนผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะพบว่าเป็นการยาก ที่จะสามารถควบคุมความกังวล ที่เกิดขึ้นพบได้ ร้อยละ 3–8 ของประชากรทั่วไป พบในหญิงมากกว่าชาย 2 เท่า พบช่วงอายุ 25 ปีขึ้นไป เป็นโรคที่มีความเรื้อรัง และร้อยละ 50 ของผู้ป่วย จะพบว่ามีโรคจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย (ปราโมทย์ สุคนิชย์ และ พิเชฐ อุดมรัตน์, 2544)

2.1 อาการของโรควิตกกังวล

อาการของโรควิตกกังวล อาจมีลักษณะการแสดงออกของความวิตกกังวล ที่คล้ายคลึงกับผู้ที่มีความวิตกกังวลระดับรุนแรง แต่สามารถแยกแยะได้จากความแตกต่างที่พอสรุปได้ดังนี้ (กนกวรรณ ทาสอน, 2545)

2.1.1 มีลักษณะความวิตกกังวล ที่แผ่กระจายไปในหลาย ๆ เรื่อง (generalized) ไม่ทราบสาเหตุ ๆไม่เจาะจงหรือผูกพันอยู่กับเหตุการณ์หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยเฉพาะ และไม่มีอาการรุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นช่วง ๆ เหมือน panic attack แต่ผู้ป่วยจะตกอยู่ในภาวะวิตกกังวล ตึงเครียด กลัว หรือหวาดวิตก คาดการณ์ไปล่วงหน้าต่อเหตุการณ์ในชีวิตหลาย ๆ เรื่อง มีความคิดวนเวียนกลับไปกลับมา หวั่นว่าจะมีเหตุร้ายเกิดขึ้นกับตนเองหรือคนใกล้ชิด เรื่องที่กังวลส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของครอบครัว เศรษฐกิจ การทำงาน ความเจ็บป่วย อุบัติเหตุ ความตาย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นอกจากนั้นจะกังวลเกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดขึ้นกับตนเช่นถ้ามีอาการหัวใจเต้นเร็ว อาจวิตกไปว่าตนเองจะเป็นโรคหัวใจ เป็นต้น (สมภพ เรืองตระกูล และคณะ , 2533; พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ , 2534 ; รัตนา สายพานิชย์ และสมบัติ ศาสตร์รุ่งภัค , 2539 ; สุรชัย เกื้อศิริกูล , 2536)

2.1.2 มีความไม่สุขสบายทางกายที่เกิดจากผลกระทบ หรือการตอบสนองต่อความวิตกกังวลร่วมด้วย อาการที่เกิดจากความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ (Muscle tension) เช่น อาการสั่นกระตุกของแขนขา เจ็บตึงปวดตามกล้ามเนื้อ งุ่นง่าน เหนื่อยอ่อนเพลียง่าย ปวดศีรษะแบบตึงๆ ตื้อๆ (tension headache) หรือปวดบริเวณขมับทั้งสองข้าง ปวดตึงกล้ามเนื้อต้นคอท้ายทอย อาการที่เกิดจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากเกินกว่า ปกติ (Autonomic hyperactivity) เช่น อาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว รู้สึกหายใจไม่อิ่ม รู้สึกเหมือนมีก้อนจุกที่ลำคอ แต่อาการเหล่านี้จะไม่เกิดรุนแรงเป็นช่วง ๆ เหมือนโรคแพนิก นอกนั้นจะมีอาการเหงื่อออกง่าย ปากแห้ง มึนงง ปัสสาวะบ่อย อาการที่เกิดจากความเครียดหรือระแวดระวังมากเกินไป (Cognitive hypervigilance) เช่นอาการตึงเครียด ตื่นเต้นตกใจง่ายกว่าปกติเวลามีเสียงดัง ขาดสมาธิ หลับยาก หรือหลับไม่สนิท

2.1.3 ความเรื้อรังของอาการแสดงออกของความวิตกกังวลและความถี่ของการเกิดอาการ ซึ่งจะเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีวันที่เป็นมากกว่าวันที่ไม่เป็น และสามารถกลับเป็นซ้ำได้ (Schweizer, 1995)

2.1.4 ลักษณะอาการเฉพาะของโรคที่ส่งผลให้บุคคลมีความบกพร่องด้านการประกอบอาชีพ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมบกพร่อง (Schweizer, 1995)

2.2 การวินิจฉัยโรควิตกกังวล

โรควิตกกังวล Generalized Anxiety Disorder (GAD) เกณฑ์การวินิจฉัยโรควิตกกังวลได้ถูกกำหนดอย่างชัดเจนครั้งแรกในคู่มือการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 (DSM-IIIR) 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 สุคนิชย์ และ พิเชฐ อุดมรัตน์ (2544) ซึ่งประกอบด้วย อาการแสดงอย่างเรื้อรังของความตึงเครียดในระบบการเคลื่อนไหวหรือกล้ามเนื้อ (motor tension) ได้แก่ สั่นกระตุกหรือรู้สึกสะท้าน ตึง เจ็บปวดตามกล้ามเนื้อ งุ่นง่าน เหนื่อยอ่อนเพลียง่าย ความแปรปรวนของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น เหงื่อแตก มึนงง หายใจติดขัด หรือรู้สึกว่าหายใจไม่ออก ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ปากแห้ง มึนงง หรือรู้สึกหัวเบาโหวง (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 (ผู้ซึ่งไม่ได้อยู่ในสถานการณ์อันตรายใดๆ) จะประสบเคราะห์กรรม และยังกังวลในเรื่องการเงิน (โดยไม่มีเหตุผลเพียงพอ) นอกจากนั้นยังวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดขึ้นกับตน เช่น ใจสั่น เต้นเร็ว กังวลว่าจะเป็นโรค หัวใจ ผู้ป่วยจะถูกรบกวนด้วยความวิตกกังวล และความหวั่นวิตกนั้นอยู่เกือบตลอดเวลา และมีความระแวดระวัง พินิจพิเคราะห์มากเกินไป (cognitive hypervigilance) เช่น ความรู้สึกตื่นเต้น ตึงเครียด ตกใจง่าย ขาดสมาธิหรือใจลอย เนื่องจากความกังวล หลับยากหรือหลับไม่สนิท หงุดหงิด (พิเชฐ อุดมรัตน์ ,2534 และ สุรชัย เกื้อศิริกูล ,2536) ผู้ป่วยมักจะมีอาการหลายอย่างเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน จนบางคนคิดว่าเป็นทีเดียวหลายโรค แต่ความเป็นจริงแล้วอาการที่เกิดขึ้นหลายอย่างนั้น มีสาเหตุมาจากเรื่องเดียวกัน คือ ความวิตกกังวลนั่นเอง (จำลอง ดิษยวณิชย์ และ พริ้มเพรา ดิษยวณิชย์ ,2545) ดังนั้นพอสรุปเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ , 2544) มีความวิตกกังวลมากเกินกว่าเหตุ (apprehensive expectation) ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมความกังวลนี้ได้ มีอาการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 3 ข้อ (ในเด็กมีอาการอย่างน้อย 1 ข้อ) คือ กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย มีปัญหาด้านสมาธิ ความจำ หงุดหงิด ปวดเมื่อย ตึงตามกล้ามเนื้อ มีปัญหาเกี่ยวกับการนอน อาการกังวลจะไม่เป็นเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง อาการเป็นเกือบทั้งวัน ติดต่อกันนานมากกว่า 6 เดือน

3. กระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล

บทบาทของพยาบาลหมายถึงการให้การพยาบาล โดยใช้ความรู้ทักษะ ความรู้และค่านิยมทางการพยาบาล สิ่งสำคัญต้องยึดหลักกระบวนการการพยาบาล เป็นสาระสำคัญของแนวคิดในการกำหนดทิศทางการพยาบาลคือเป็นทั้งเครื่องมือและวิธีการ ที่ช่วยให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิผล

กระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) ได้อธิบายพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะวิตกกังวลผิดปกติดังที่กล่าวมากแล้ว มีอาการแสดงออกหลายระดับและมีความเชื่อมโยงและเป็นผลซึ่งกันและกัน อันมีผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ทำให้ชีวิตขาดความสุข แต่ผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวลแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตแบบอื่นๆ ตรงที่ผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวลยังรับรู้ว่ามีอะไรมากระทบตนเอง และพยายามต่อสู้แก้ไขสภาวะนั้น ซึ่งอาการแสดงต่างๆ เป็นผลจากไม่สามารถแก้ไข หรือจัดการกับผลกระทบเหล่านั้นได้ สำหรับข้อมูลที่พยาบาลควรสนใจ และนำมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย นอกจากอาการแสดงของความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล ควรศึกษา และเก็บรวบรวมข้อมูลสำคัญตามกระบวนการพยาบาล โดยดูแลครบทุกขั้นตอนโดยเน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลในด้านดังนี้

3.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ด้านความคิดและการรับรู้ การรับรู้ตนเองในด้านต่างๆ เช่น ภาพลักษณ์ ความภาคภูมิใจในตนเอง เอกลักษณ์ส่วนบุคคล ลักษณะอารมณ์ การเคลื่อนไหว การสบตา น้ำเสียง สำเนียง และจังหวะของการพูด เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวลส่วนใหญ่ ยังอยู่ในความเป็นจริง (contact with reality) แต่อาจมีการรับรู้ต่อสิ่งต่างๆ แปรปรวนไปเนื่องจากความวิตกกังวล เช่น สนใจในการเจ็บป่วยของตนเองมาก ขาดสมาธิ หวาดกลัวผิดปกติ หรือรับรู้สิ่งแวดล้อมมากเกินไป

2) ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวลส่วนมากรับรู้ปัญหาของตนเองแต่ไม่สามารถจัดการให้ตนเองสงบลงได้ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความภาคภูมใจในตนเองลดลง ขาดความมั่นใจในตนเอง ตกอยู่ในสภาพท้อแท้ เบื่อหน่ายตนเอง ผู้ป่วยบางคนอยากตายเพื่อจะได้ไม่ต้องเผชิญกับความวิตกกังวลต่างๆ บางคนหันไปใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยใช้สารกระตุ้น เช่น เหล้า ยาเสพติด ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสม

3.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล

การวินิจฉัยจะได้จากข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวลในทุกๆ ด้าน พบว่าผู้ป่วยอาจมีปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือ เช่น มีอาการแสดงทางด้านร่างกาย เช่น hyperventilation หรือหัวใจทำงานผิดปกติ นอนไม่หลับพบมากในผู้ป่วยกลุ่ม PTSD อ่อนเพลีย อาการไม่ย่อย ตึงเครียด ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง หวาดกลัวในบางสิ่งบางอย่างจนทำอะไรไม่ได้ ขาดความมั่นใจในตนเอง แยกตัวจากสังคม กลังสังคม การจัดการปัญหาบกพร่อง เช่น ใช้สารเสพติดหรือใช้ยาระงับประสาท การรับรู้ ความคิด และสมาธิบกพร่อง มีความรู้สึกช่วยตนเองไม่ได้ (helplessness) การทำหน้าที่ตามบทบาทบกพร่อง อารมณ์ซึมเศร้า และพยายามทำร้ายตนเอง

ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่นำมากำหนดการวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อการกำหนดแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวลต่อไป

3.3 การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล

การช่วยเหลือหลักมีเป้าหมาย เพื่อลดภาวะวิตกกังวล และช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ต่อภาวะวิตกกังวล โดยแสดงออกหรือหาทางออกในแนวทางที่เหมาะสม สิ่งสำคัญที่ควรตระหนักคือ อาการที่สะท้อนว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวล (Anxiety) นั้นเป็นแรงกระตุ้นมาจากความขัดแย้งของจิตใจในระดับจิตใต้สำนึก (Unconscious) หรือไม่ ฉะนั้นตัวผู้ป่วยเองก็ไม่เข้าใจว่าอะไรทำให้ตนเองเป็นเช่นนี้ พยาบาลจำเป็นต้องเข้าใจเรื่องความขัดแย้งของจิตใจ และความหมายของอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกมา ภาวะวิตกกังวลที่ผู้ป่วยแสดงออกมามีแบบต่างๆ กัน แต่เป้าหมายในการพยาบาลคล้ายกัน คือ ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ความวิตกกังวลของตนเอง และฝึกให้ผู้ป่วยจัดการกับภาวะวิตกกังวล สิ่งที่ควรให้ผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวลเรียนรู้ ได้แก่ ยอมรับสภาพภาวะวิตกกังวลว่าเป็นสภาวะปกติของมนุษย์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพิ่มการรับรู้ตนเองถึงระดับของภาวะวิตกกังวล ลดความอายเมื่อเกิดอาการที่ไม่เหมาะสมต่างๆ ศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดภาวะวิตกกังวล เรียนรู้วิธีการต่างๆ ที่จะทำให้ตนเองสงบ เมื่อเกิดภาวะวิตกกังวล เพิ่มความสามารถในการแก้ไขปัญหา และทักษะการเผชิญปัญหา

3.4 ทักษะเฉพาะทางการพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล

ทักษะที่สำคัญสำหรับการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชขั้นสูง คือทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการบำบัด (therapeutic communication) จะเห็นว่าการให้การบำบัดทางจิตใจ (psychotherapy) จะประสบผลสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับ ประสบการณ์ ลีลา หรือทักษะการสื่อสารของผู้บำบัด ในการที่จะเอื้อให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลได้เรียนรู้ปัญหาของตน และเห็นแนวทางในการแก้ไขด้วยตนเอง หลายๆครั้งที่พยาบาลจิตเวชจะถูกมองว่าไม่ได้ปฏิบัติการพยาบาลที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากนัก ส่วนใหญ่จะนั่งพูดคุยกับผู้ป่วยเท่านั้น ซึ่งเป็นการมองจากผู้ร่วมงานภายนอกที่สะท้อนให้เห็นถึงความไม่เข้าใจ ในการบำบัดตรงนี้ และการที่ไม่เห็นความสำคัญของการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการบำบัดนั่นเอง นอกจากนี้ทักษะการตรวจร่างกาย และการตรวจสภาพจิตเป็นอีกทักษะหนึ่งที่พยาบาลจิตเวชขั้นสูงควรจะมี เพื่อประโยชน์ในการให้การบำบัดรักษาเบื้องต้น ตลอดจนทักษะในการทำการบำบัดในรูปแบบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัวบำบัด

นอกจากนี้ผู้ศึกษาควรพัฒนาตนเองในสมรรถนะหลัก (core competency) ที่ทางสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2545)ได้กำหนดไว้ ประกอบด้วย 10 สมรรถนะด้วยกัน ได้แก่ 1) สมรรถนะในการให้การพยาบาลอย่างเชี่ยวชาญทางคลินิก (expert clinical practice) 2) สมรรถนะในการสอนแนะนำ และสอนกำกับ (coaching and guidance) 3) สมรรถนะในการให้การปรึกษา (consultation) 4)สมรรถนะในการทำวิจัย หรือนำผลงานวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติทางคลินิก (research conduction and research utilization) 5) สมรรถนะในการบริหารจัดการผู้ป่วยรายกรณี (case management) 6) สมรรถนะในการประสานงาน ร่วมคิดร่วมทำ (collaboration) 7) สมรรถนะในการ

ตัดสินใจเชิงจริยธรรมทางคลินิก (ethical-decision making) 8) สมรรถนะในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (change-agent) 9) สมรรถนะในการสร้างนวัตกรรมในการดูแล (innovation) 10) สมรรถนะในการประกันคุณภาพทางการพยาบาล หรือในการดูแล (quality assurance)

จากสมรรถนะหลัก (core competency) ที่ทางสภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ (สภาการพยาบาล, 2545) ผู้ศึกษาสนใจที่จะพัฒนาแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล ซึ่งผู้ศึกษาทำหน้าที่เป็นผู้นำการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยการใช้ศาสตร์ ผลการวิจัย และข้อมูลหลักฐานในการปฏิบัติ และเป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยโรควิตกกังวลอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ เรียนรู้และฝึกการใช้เทคนิคการพยาบาล การให้ความรู้ การให้การปรึกษารายบุคคล และ รายกลุ่ม จริยธรรม การสร้าง/ใช้องค์ความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล เพื่อพัฒนาสมรรถนะของการปฏิบัติพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse: APN) (สมจิต หนุเจริญกุล, 2547) ของผู้ศึกษาในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1) พัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิก ในการจัดระบบบริการพยาบาลให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล ประเมินภาวะสุขภาพ และคัดกรองผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวลทั้งในสถานพยาบาล และชุมชนเพื่อการวางแผน และการจัดการทางการพยาบาลได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพทั้งในระยะเริ่มต้น ระยะยาวรวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการบริการ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และการบำบัดทางจิตในปัญหาที่ซับซ้อนจนครบกระบวนการ สร้างเสริมสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรควิตกกังวล และครอบครัวที่เกี่ยวกับการดำรงชีวิตประจำวัน สามารถบริหารจัดการให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลได้รับการรักษาทางยาอย่างต่อเนื่อง และจัดการเกี่ยวกับอาการที่เกี่ยวข้องกับฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้อย่างทันต่อเหตุการณ์ เลือกรูปแบบการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล ให้การบำบัดทางจิตด้วยเทคนิคการให้คำปรึกษา และเทคนิคจิตบำบัดเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม และครอบครัวบำบัด ตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด และประเมิน และเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล และครอบครัวเพื่อการดำรงชีวิตในชุมชนอย่างเป็นสุข

2) พัฒนาทักษะในการสอน กำกับ และชี้แนะ ที่สามารถปรับให้เหมาะกับบุคคลครอบครัว ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล

3) พัฒนาความสามารถในการใช้ผลการวิจัยและการทำวิจัย เพื่อพัฒนาระบบบริการงานสุขภาพจิตและจิตเวช และจัดทำการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice) สำหรับกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล บริหารจัดการให้ผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวลได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิ- ภาพ และต่อเนื่อง พร้อมทั้งดำเนินการและประเมินผลโดยบูรณาการ การบำบัดทางการพยาบาล และการรักษาของแพทย์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพและคุ้มค่าใช้จ่าย

4) พัฒนาภาวะผู้นำ เป็นที่ปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง และผู้นำการเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวลให้ได้คุณภาพ และคุ้มค่าใช้จ่าย ตลอดจนการลดและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตในบุคคลที่มีแนวโน้มการป่วยหรือป่วยซ้ำ

5) พัฒนานวัตกรรม และระบบการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวลได้รับการดูแลขณะเกิดภาวะวิตกกังวล

6) พัฒนาทักษะในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวลทั้งในและนอกวิชาชีพ

3.5 ผลลัพธ์ทางการพยาบาลและตัวชี้วัดในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล

จากการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางการ และตัวชี้วัดที่คาดหวังในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวลของ Jones (1993) อ้างในสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ (2547) โดยผู้ศึกษาต้องการวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามตัวชี้วัดที่คาดหวังในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวลใน 4 ด้าน ได้แก่

ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcome indicators) เป็นการตอบสนองของผู้ใช้บริการต่อการบำบัดทางการพยาบาล และการรักษา คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวลลดภาวะวิตกกังวลได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ สามารถลดอาการทางคลินิกที่เกิดจากภาวะวิตกกังวล สามารถลดการป่วยซ้ำ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และลดการพัฒนาไปเป็นโรคจิตเวชอื่นๆ

ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ด้านหน้าที่ (Functional outcome indicators) เป็นการดำรงไว้หรือการพัฒนาการทำหน้าที่ต่างๆ ดำเนินการเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล ที่มีภาวะวิตกกังวล เพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา สามารถเผชิญกับสถานการณ์ตึงเครียดได้อย่างเหมาะสม มีแนวทางการจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขเพื่อคงคุณภาพชีวิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจจะเกิดขึ้นได้ สามารถอยู่ร่วมกันครอบครัว และเพื่อนร่วมงานได้อย่างมีความสุขทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน และชุมชน

ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจ (Satisfaction outcome indicators) เป็นการรับรู้ หรือ ความรู้สึกที่พึงพอใจ ของผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวลที่มารับบริการได้รับความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ด้านการเงิน (Cost outcome indicators) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการลดการพึ่งยา และการใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ ซึ่งจะส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงงบประมาณของประเทศชาติในระยะยาว

4. แนวคิดการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด

แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดนั้น แยกมาจากการปรับพฤติกรรมที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ โดยสิ่งที่ต่างกันอยู่ที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดและพฤติกรรม จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงทางความคิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในขณะที่การปรับพฤติกรรมนั้น จะเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยตรง

การรักษาแบบ CBT นี้ เป็นการบำบัดรักษาที่มีประโยชน์และมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรค ซึ่งแนวทางการรักษานี้ยังเป็นเรื่องใหม่ที่ยังมีการพัฒนาและประยุกต์กันอยู่อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีเทคนิคและวิธีการที่หลากหลายแตกต่างกันไปมาก แต่ทุกรูปแบบมี หลักการที่เหมือนกันอยู่ 3 ประการ (Dobson & Block. 1988 อ้างถึงใน จันทิมา องค์โฆษิต , 2545) คือ

1. การนึกคิดมีผลต่อพฤติกรรม
2. การนึกคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและดัดแปลงได้
3. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมเกิดขึ้นได้โดยการเปลี่ยนความคิด

การรักษาต้องการแก้ไขความผิดปกติของการนึกคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยอาศัยหลักการว่า การนึกคิดที่ไม่เหมาะสม (maladaptive) ของผู้ป่วยเป็นตัวสำคัญทำให้เกิดอาการทางจิตเวช เช่น อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการกลัว หลักการรักษาจึงเน้นวิเคราะห์อยู่ 2 ประการ

ประการแรกคือ วิธีการคิดและความคิดที่ผิดและบิดเบือนของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของการนึกคิดไปในทางลบ (pattern of negative thoughts) หรือรูปแบบของความคิดที่เกิดขึ้นอย่างทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น ก่อนที่บุคคลผู้นั้นจะเกิดความรู้สึกอันเป็นปฏิกิริยาต่อสถานการณ์นั้น

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

วิธีการคิดที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้ กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านลบ และไม่สบายใจ อันเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ความท้อแท้ สิ้นหวัง การหลบปัญหา การถอยหนี และทำให้สถานการณ์เลวร้ายมากขึ้น การคิดที่บิดเบือนเหล่านี้เป็นการคิดที่ขาดเหตุผลหรือตรรกะ เช่น ลักษณะการคิดแบบขาวกับดำหรือบวกกับลบไปหมด การแปลสถานการณ์ภายนอกว่าแสดงให้เห็นตนไม่ดี และการคิดแบบไม่แยกแยะเรื่องราว มองทุกอย่างเหมือนกันไปหมด เป็นต้น การรักษาจะช่วยสอนให้ผู้ป่วยรู้จักจำแนกการนึกคิดที่ผิดพลาด ยอมรับและแก้ไขให้เป็นการนึกคิดที่สมเหตุสมผล

เอรอน ที เบค (Aaron T. Beck) เป็นจิตแพทย์ผู้เริ่มนำการรักษาแบบการนึกคิดบำบัดและพฤติกรรมบำบัดมาใช้ร่วมกันจนเป็นที่นิยมอย่างยิ่งในปัจจุบัน การรักษาแบบนี้มีเป้าหมายที่สำคัญอยู่สองระดับ คือ ระดับแรกช่วยลดความเครียด หรืออาการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจำแนก ประเมิน และเปลี่ยนแปลงกระบวนการนึกคิดที่ไม่เหมาะสม และในขั้นที่สองช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในสาระสำคัญของความคิดอ่านของตนที่เป็นจุดอ่อน เพื่อดัดแปลงแก้ไขให้เป็นการคิดอ่าน ความเชื่อ หรือทัศนคติที่เหมาะสม

4.1 ปรากฏการณ์ทางความคิดที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพมีอยู่ 3 รูปแบบ คือ

4.1.1. ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts)

ความคิดอัตโนมัติเป็นความคิดระดับหน้า (surface) ทั้งแบบคำพูด (verbal) และจินตลักษณะ (pictorial experience) ที่ทำให้ความรู้สึกไม่ดีคงอยู่ เป็นความคิดที่มีลักษณะอัตโนมัติทั้งในแง่ที่เกิดขึ้นเองด้วยตนเอง โดยไม่สามารถบังคับหรือฝืนไม่ให้คิดได้ แต่คนจำนวนมากมักไม่รู้ว่าตนเองกำลังคิดอยู่ ต้องอาศัยการฝึกทักษะให้จับความคิดของตนเองได้ก่อนหน้าที่จะทำการรักษาต่อ ความคิดอัตโนมัตินี้เป็นต้นเหตุ ทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดี เช่น ความรู้สึกซึมเศร้า มักเกิดจากความคิดเรื่องของความสูญเสีย ความพ่ายแพ้ การถูกปฏิเสธ ถูกทอดทิ้ง ความสิ้นหวัง ในขณะที่ความวิตกกังวลเกิดความรู้สึกว่ามีอันตราย มีภัยคุกคาม เป็นต้น

4.1.2. ความคิดบิดเบือนความจริงหรือความคิดผิดพลาด (Cognitive distortions หรือ Cognitive errors)

ปัญหาในความคิดนี้เป็นการแปลความจริงที่บิดเบือนไปจนทำให้เกิดความคิดในแง่ลบ โดยทั่วไปแล้ว ความคิดผิดพลาดที่พบได้บ่อยมักเป็นในลักษณะของ 1) การคิดทำนายอนาคต หรือการคิดทำนายว่าผู้อื่นจะปฏิบัติตนหรือประพฤติอย่างไร โดยไม่มีหลักฐานสนับสนุน 2) การเลือกสนใจแต่เฉพาะข้อมูลที่เห็นพ้องกับสิ่งที่ตนคาดหมายและเลือก ไม่สนใจหรือรับรู้ข้อมูลที่ค้านกับความคาดหมายของตน 3) เมื่อเกิดเรื่องราวที่ไม่ดีขึ้นจะรับผิดชอบหรือรับผิดมากเกินควร โดยไม่ยอมรับรู้ว่าผู้อื่นหรือสถานการณ์มีส่วนร่วมก่อให้เกิดเรื่องด้วย และ 4) การมองสถานการณ์แบบขาวกับดำ ได้หรือเสีย ไม่ยอมรับความสำเร็จหรือการคืบหน้าแบบบางส่วน

ปัญหาความคิดที่บิดเบือนที่พบได้บ่อย ได้แก่

ความคิดที่สรุป หรืออนุมานจากความรู้สึกของตน (emotional reasoning) เช่น เมื่อรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ก็สรุปว่าตนเองเป็นคนที่หมดหวังในอนาคต เมื่อรู้สึกโกรธ ก็สรุปว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง เมื่อรู้สึกผิดก็สรุปว่าตนเองเป็นคนที่ไม่ดี เป็นต้น

ความคิดที่ไม่แยกแยะเรื่องราว (overgeneralization) มีการอนุมานหรือสรุปอย่างไม่มีหลักฐานจากประสบการณ์เดียว โดยมองทุกอย่างรวมเหมือนกันไปหมดมากเกินไป

ถ้าเกิดเรื่องที่ไม่ดีขึ้นเรื่องหนึ่ง ก็คิดว่าทุกอย่างที่เกิดขึ้นต่อไปก็ต้องไม่ดีไปหมดเสมอ (always) เช่น การได้ฟังข่าวว่าเครื่องบินตกเครื่องหนึ่ง ก็ทำให้คิดไปว่าการเดินทางทางอากาศนั้นไม่ปลอดภัยไปหมด หรือการที่เพื่อนคนหนึ่งไม่ชอบตน ก็กลายเป็นคิดว่าทุกคนไม่ชอบตนเองไปหมด เป็นต้น

ความคิดคาดเดาไปล่วงหน้าหรือตีตนไปก่อนไข้ (negative predictions) เป็นการทำนายไปในทางลบคือการใช้ความคิดในแง่ร้าย หรือความล้มเหลวในอดีตมาพยากรณ์ว่าจะเกิดความล้มเหลวในสถานการณ์ใหม่ล่วงหน้าอย่างไม่เหมาะสม บางครั้งเรียกความคิดที่ผิดพลาดนี้ว่า "fortune telling" หรือการเป็นหมอดู

ความคิดเอาเอง (mind reading) การสรุป เดา หรือการอนุมานในทางลบเกี่ยวกับความคิด ความเจตนา หรือสิ่งที่คลใจผู้อื่นโดยที่ไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน

ความคิดนิยามไปทางลบ (labelling) ลักษณะที่ไม่ดีของบุคคลหรือสถานการณ์ถูกนิยามไว้อย่างแน่นอน ดังนั้นแทนที่การคิดว่า "ฉันทำข้อสอบผิด" กลับเป็นคิดว่า "ฉันมันโง่" การตั้งนิยามเช่นนี้ไม่มีเหตุผล เพราะการกระทำอย่างหนึ่ง มิได้หมายความว่าบุคคลผู้นั้นกลายเป็นคนเช่นนั้น การคิดเช่นนี้ไม่มีประโยชน์เพราะนำมาแต่ความไม่สบายใจ ความโกรธ ความผิดหวัง หรือการสูญเสียคุณค่าในตนเอง ถ้าเป็นความคิดเกี่ยวกับตนเอง และเมื่อนำมาใช้กับผู้อื่น เช่น การนิยามผู้อื่นว่า "เป็นคนไม่มีน้ำใจ คนใจดำ" ก็รังแต่ทำให้มองผู้นั้นในแง่ลบ เกิดความขุ่นใจ โกรธขึ้ง ไม่พอใจในผู้นั้น

ความคิดโทษตนเองและผู้อื่น (personalization และ blame) การแปลเหตุการณ์ สถานการณ์หรือพฤติกรรมภายนอกว่าเป็นตัวแสดงหรือยืนยันให้เห็นว่าตนนั้นไม่ดี ดังเช่นเมื่อผู้ป่วยได้รับรายงานว่าลูกสาวเรียนไม่ดี ก็กลับไปคิดว่า "ฉันผิดเองที่เป็นแม่ไม่ดี" แทนการพยายามหาต้นเหตุของปัญหา การคิดเช่นนี้นำไปสู่ความรู้สึกผิด การลงโทษตนเอง ความละอายใจและความรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ

ความคิดวนเวียนด้านลบ (selective negative focus) ความคิดนี้เป็นความคิดที่มุ่งเน้นแต่เรื่องราว ความทรงจำ หรือความหมายที่เป็นลบอยู่อย่างเดียว โดยไม่สนใจกับเรื่องทีดีหรือที่เป็นกลาง หรือมองว่าเรื่องที่ดีนั้นไม่มีความสำคัญ ไม่นับ เช่น ผู้ป่วยย้ำคิดและกลุ้มใจอยู่หลายวันหลังจากที่เพื่อนร่วมงานคนหนึ่งได้ทักท้วงผลงานของผู้ป่วย ทั้งที่ผู้ป่วยได้รับคำชมเชยจากนายและเพื่อนร่วมงานคนอื่น ๆ ว่าผลงานดีเยี่ยม เป็นต้น ความคิดเช่นนี้ย่อมเป็นสาเหตุให้คนคิดต้องปราศจากความสุขและความพึงพอใจในชีวิตของตน

ความคิดหลีกเลี่ยงหรือไม่เผชิญความจริง (cognitive avoidance) ความคิดความรู้สึกหรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีถูกมองว่าเป็นเรื่องที่รุนแรงหรือไม่มีทางเอาชนะได้ ดังนั้นจึงต้องปิดบังหรือหลีกเลี่ยงไม่เผชิญด้วย

ความคิดแปลสิ่งกระตุ้นภายในรุนแรงเกินจริง (somatic (mis) focus) ความโน้มเอียงที่จะแปลสิ่งที่กระตุ้นภายใน เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การเต้นของหัวใจ

อาการใจสั่น วิงเวียน แน่นหน้าอก หรืออาการชา เป็นอาการบ่งชี้ว่าเกิดเหตุการณ์ที่ร้ายกาจขึ้น เช่น หัวใจวาย หรือ ช็อค เป็นต้น

4.1.3. แบบแผนความคิด (Schemata)

รายละเอียดหรือข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและภาวะแวดล้อมที่ผ่านการรับรู้และถูกเก็บไว้ แต่จะถูกเรียกนำมาใช้บ่อยครั้งและสร้างระบบหรือแบบแผนความคิดขึ้น หรือเรียกว่า Schemata ของบุคคลผู้นั้น การมีแบบแผนความคิดช่วยให้เจ้าตัวเห็นความเหมือนเมื่อได้ข้อมูลมาใหม่ ทำให้โยงข้อมูลใหม่กับความรู้ที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ พยาธิสภาพเกิดขึ้นเมื่อระบบ หรือแบบแผนความคิดไม่เป็นกลาง ทำให้มีการแปลสถานการณ์ใหม่ไปในทางลบ เป็นความล้มเหลว ความสูญเสียหรืออันตราย โดยที่บุคคลผู้นั้นไม่รู้ตัว เมื่อใดที่เขาอยู่ในภาวะที่ความรู้สึกหรือสถานการณ์สอดคล้องกับแบบแผนความคิดที่มีอยู่ ระบบความคิดจะถูกกระตุ้น และทำให้การรับรู้และการแปลสถานการณ์ทั้งปัจจุบันและอนาคตถูกควบคุมโดยระบบที่ผิดพลาด

4.2 หลักการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด

การรักษา CBT เป็นการรักษาที่มีโครงสร้าง ผู้รักษามีบทบาทเป็นผู้นำในการรักษาและใช้วิธีชี้ทาง เพื่อช่วยแก้ไขตามอาการและเป็นการแก้ปัญหาโดยให้ความสำคัญที่ภูมิหลังที่เป็นต้นเหตุของอาการนั้น วิธีการนี้มีประโยชน์ และใช้ระยะเวลาสั้นในการรักษา ผู้ป่วยก็ต้องมีบทบาทและให้ความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการทำการบ้านที่ผู้รักษามอบหมายให้ เป็นวิธีที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล และนำไปใช้ร่วมกับการรักษาจิตบำบัดวิธีอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี เพราะการรักษา จิตบำบัดจะสัมฤทธิผลได้ก็ต่อเมื่อ มีการเปลี่ยนแปลงในด้านความนึกคิดของผู้ป่วยร่วมด้วย (Beck, 1991 อ้างถึงใน จันทิมา องค์โมษิต, 2545) การรักษาที่เป็นที่นิยมในปัจจุบันใช้หลักการ 3 อย่าง คือ ทักษะการสอน, เทคนิคทางความนึกคิดบำบัด และเทคนิคทางพฤติกรรมความคิดบำบัด

นอกจากนี้ยังพบว่าเทคนิคการฝึกการผ่อนคลาย (relaxation training) เมื่อนำมาใช้ร่วมด้วยจะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยหลายกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีอาการเครียดหรือวิตกกังวล มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวลชนิด GAD ที่มีระดับความกังวลต่ำถึงปานกลาง คือ คะแนนต่ำกว่า 20 คะแนน จาก HAM-A ผู้ป่วยจะตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยการบำบัดทางความคิด หรือ เทคนิคการผ่อนคลาย (Barlow et al., 1992; Berkovec et al., 1993; Durham & Allen, 1993; GST & Bretholt; 2000 อ้างถึงใน ปราโมทย์ สุคนิชย์ & พิเชฐ อุดมรัตน์, 2544) ทั้งรูปแบบในการรักษาไม่ว่าจะเป็นกลวิธีทางความคิด เช่น การปรับเปลี่ยนความคิด หรือกลวิธีทางพฤติกรรมเช่น การฝึกผ่อนคลาย จากผลการศึกษาวิจัยพบว่ามีความแตกต่างกันเล็กน้อยในการรักษา กรณีนี้ควรเลือกการฝึกผ่อนคลาย เพราะเป็นวิธีที่ง่ายกว่า ใช้ได้กับทุกสถานการณ์คลินิก ได้ผลร้อยละ 50-70 (Bretholt. 2000 อ้างถึงใน ปราโมทย์ สุคนิชย์ & พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2544)

เนื่องจาก CBT เป็นวิธีที่สามารถให้การรักษาได้เฉพาะในสถานบริการที่พร้อม และมีบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม CBT ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูง หรือคะแนนมากกว่า 20 จาก HAM-A การศึกษาในปัจจุบันพบว่าวิธี CBT ร่วมกับการรักษาด้วยยาจะได้ผลดีที่สุด (Power et al., 1990; Unlenhuth et al.; 1999 อ้างถึงใน ปราโมทย์ สุคนิชย์ & พิเชฐ อุดมรัตน์, 2544) และการศึกษาของ fisher & Durham (1999) ได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ปี 1987 ถึง 1998 พบ CBT ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายใน ผู้ป่วย GAD ในการบำบัดรายบุคคล จำนวน 6 ผลงาน พบว่ามีประสิทธิผลการบำบัดอย่างได้ผลดี เมื่อประเมินโดยแบบวัด State–Trait Anxiety Inventory จันทิมา องค์โฆษิต (2545) กล่าวว่า การฝึกผ่อนคลายและการฝึกการหายใจร่วมกับการรักษาด้วยยา และการรักษาจิตบำบัดแบบประคับประคอง จะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงขึ้น ซึ่งการฝึกผ่อนคลายเพื่อลดความเครียด ความกังวลมักอาศัยวิธีที่สำคัญ ได้แก่ การทำสมาธิ (meditation) การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การสะกดจิต (hypnosis) เป็นต้น (จันทิมา อังค์โฆษิต, 2545)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกแนวคิดการบำบัด CBT ร่วมกับการฝึกผ่อนคลาย โดยวิธีฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นเทคนิคการผ่อนคลาย ที่ได้รับความนิยมวิธีหนึ่ง และเป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย ซึ่งจาคอบสันเป็นผู้เสนอเทคนิคนี้ในปี ค.ศ.1938 เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้รักษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความวิตกกังวลชนิดต่างๆ หรือผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพอารมณ์ที่ผิดปกติ เป็นผลให้กล้ามเนื้อ มีความตึงตัวมากโดย จาคอบสันได้ให้ความหมายของเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบโปรเกรสซีพว่าหมายถึง เทคนิคการฝึกการผ่อนคลายโดยเริ่มควบคุมกล้ามเนื้อกลุ่มที่ง่ายที่สุดก่อน ต่อมาเรียนรู้ที่จะผ่อนคลายกล้ามเนื้อกลุ่มต่างๆ เพื่อสามารถนำไปสู่การผ่อนคลายทั่วร่างกายได้ในที่สุด (กัลยณี มงคลสาร, 2529) สำหรับในประเทศไทย วัลลภ ปิยะมโนธรรม ได้ให้คำอธิบายไว้ว่าเป็นเทคนิคหรือวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้กล้ามเนื้อของร่างกายหายจากความตึงเครียด เวลาจิตใจตึงเครียดมักจะมีอาการปรากฏทางกาย ทำให้เกิดความรู้สึกเมื่อย เครียด และปวด บางครั้งเมื่อต้นเหตุที่ทำให้จิตใจตึงเครียดได้ถูกสะสางหมดสิ้นไปแล้ว แต่ความเครียดที่ร่างกายยังอาจค้างอยู่ ก่อให้เกิดอาการต่างๆ ขึ้นได้ เช่น ปวดศีรษะปวดเกร็งที่ต้นคอ เป็นต้น เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นเทคนิคที่ช่วยแก้ปัญหาความเครียดของกล้ามเนื้อร่างกายอาจมีผลกลับไปทำจิตใจสบายขึ้น เนื่องจากกายกับจิตใจแยกจากกันไม่ได้ ดังนั้นเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จึงเป็นวิธีการที่ช่วยผ่อนคลายความเครียดทางจิตใจ (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2528)

Jacobson ได้ปรับปรุงวิธีการที่จะช่วยให้มีการเรียนรู้ผ่อนคลายรวดเร็วและสามารถผ่อนคลายได้อย่างแท้จริงมากกว่าที่เคยเป็นมา จากความจริงที่ว่าระบบกล้ามเนื้อในร่างกายของเรานั้น ไม่สามารถที่จะมีการตึงตัว และการผ่อนคลายได้ในเวลาเดียวกัน เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายอย่างหนึ่งอย่างใด กล้ามเนื้อก็จะเกิดการหดเกร็ง อันเป็นปฏิกิริยาตอบสนองอย่างธรรมชาติของสิ่งมีชีวิต กล้ามเนื้อลายภายในร่างกายจะไม่มีการหดเกร็งด้วยตัวเอง นอกจากมีสิ่งที่ทำให้เกิดการขัดแย้ง และความคับข้องใจ เรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นประจำ ซึ่งเป็นสิ่ง

เร้าจากภายนอกแต่เมื่อการกระตุ้นหรือสิ่งคุกคามหายไปแล้ว กล้ามเนื้อจะผ่อนคลายเอง และคืนสภาพสู่ปกติได้ (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2528)

บุคคลที่มีความเครียดและความวิตกกังวลนั้น มักจะมีการเกร็งเครียดของกล้ามเนื้อ ซึ่งจาคอบสัน กล่าวถึง ความวิตกกังวลว่าเป็นการตอบสนองของร่างกายต่อการถูกคุกคาม ซึ่งจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้บุคคลมีความตื่นตัว ร่างกายมีการเตรียมพร้อมที่จะตอบสนองทางสรีระในแนวทางที่จะต่อสู้หรือหนี มีการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตสูงขึ้น พร้อมกับรวบรวมกำลังพร้อมที่จะทำหน้าที่ ดังนั้นการเกร็งเครียดของกล้ามเนื้อ จึงเป็นสิ่งบ่งบอกอย่างหนึ่งถึงความเครียด และความวิตกกังวล นอกจากนั้นในขณะที่กล้ามเนื้อเกิดความตึงเครียดจะมีการป้อนกลับไปยังสมองกระตุ้นให้มีการตอบสนองโดยเกิดวิตกกังวลและความเครียดเพิ่มมากขึ้น หากมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดขึ้นบ่อยครั้ง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อก็จะมีอยู่ตลอดเวลา และมีระดับสูงขึ้นเรื่อย ๆ การฝึกให้กล้ามเนื้อมีการผ่อนคลายจะมีผลขัดขวางวงจรการป้อนกลับที่เพิ่มความวิตกกังวล จะช่วยให้ความวิตกกังวลลดลงและรู้สึกสบายขึ้น มีการผ่อนคลายและสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

4.3 เทคนิคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด

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

ตัวอย่างตารางบันทึกความคิด

สถานการณ์	ความคิดอัตโนมัติ	ความรู้สึกและการประเมิน	หลักฐานสนับสนุนความคิด	หลักฐานคัดค้านความคิด	ความคิดอื่นที่อาจเลือกใช้แทนได้	ความรู้สึกและการประเมิน

จากตารางเป็นการปรับโครงสร้างความคิด แยกแยะความคิดที่เกิดจากสถานการณ์ และความรู้สึกที่เกิดจากความคิด การสนับสนุนความคิดโดยการหลักฐาน หรือการคัดค้านความคิดนั้น และการความคิดอื่นที่เลือกใช้แทนความคิดเดิม

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

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

4.3.4 การฝึกป้องกันความเครียด เป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยเพื่อจัดการความเครียดซึ่งเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน การเตรียมให้ผู้ป่วยโต้ตอบกับสถานการณ์ในแบบที่แตกต่างจากเดิม ว่าเขาจะจัดการกับสถานการณ์แต่ละอย่างในอนาคตได้อย่างไร

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

ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมต่างๆ ที่บุคคลเลือกใช้ในการลด หรือบรรเทาความไม่สบายใจ แบ่งออกเป็นการประเมินค่าใหม่ทางบวก การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา การควบคุมตนเอง การแสวงหาการเกื้อกูลทางสังคม การถอยห่างและหลีกหนีจากปัญหา ซึ่งผู้ที่มีวิธีการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ควรจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่าการใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ เพราะได้แก้ไขที่สาเหตุของปัญหานั้น (ปริยศ กิตติธีระศักดิ์ , 2547)

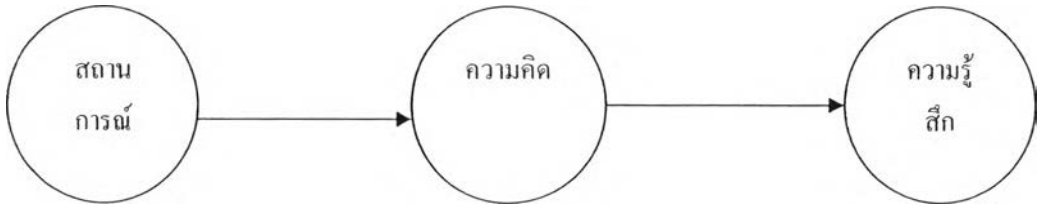
4.3.5 การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive Muscle Relaxation) โดยทำทีละส่วน เกร็งแล้วคลายกล้ามเนื้อทีละกลุ่มไปเรื่อยๆ

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

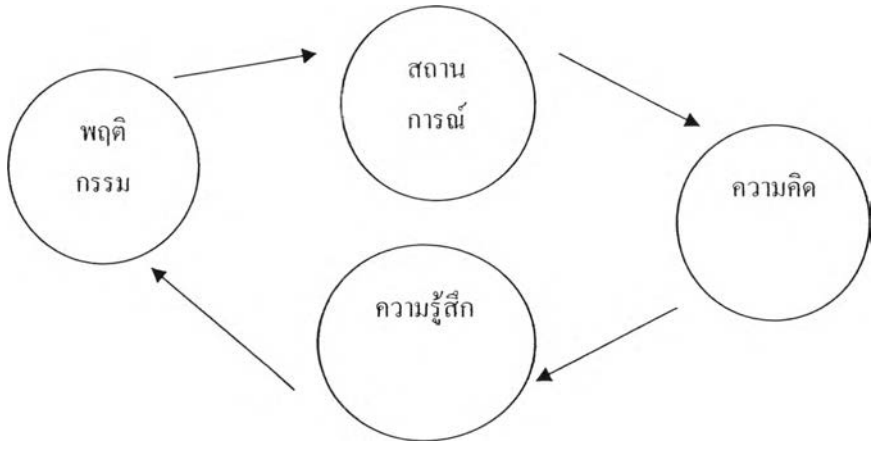
4.3.7 การใช้จินตนาการ (Visualization) เป็นการจินตนาการ บรรยาย ความรู้สึก ความคิด จนเกิดความวิตกกังวล แล้วฝึกให้สามารถทำให้ตนเองสงบได้ด้วยการหายใจ

สิ่งที่เราประสบในขณะนั้น

สิ่งที่เกิดขึ้นจริง ๆ



แผนภูมิแสดงกระบวนการคิดและการเกิดพฤติกรรม



ที่มา เอกสารประกอบการอบรม พื้นฐานและการประยุกต์ใช้ "เทคนิคการให้คำปรึกษาที่ใช้การนึกคิดและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพจิตและพฤติกรรมทางบวก" Cognitive Behavioral Therapy (CBT) โดย ดร.เบนจามิน ไวน์สตีน (Benjamin Weinstein, 2004) ณ มหาวิทยาลัยบูรพา ระหว่างวันที่ 7-9 ธันวาคม 2548 และ 4-6 มกราคม 2549

จากตัวอย่างเป็นแผนภูมิที่ประกอบด้วยสถานการณ์ที่ประสบ จะสร้างให้เกิดความคิดอัตโนมัติเกิดขึ้น และนำไปสู่ความรู้สึกจากสถานการณ์ และความคิดนั้น เป็นความรู้สึกแล้วแสดงพฤติกรรมตามความรู้สึกนั้นออกมา

4.4 วิธีการทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงวิธีคิด

วิธีการชวนผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงวิธีคิด ประกอบด้วยการตั้งคำถามดังต่อไปนี้ (สุชาติ พหลภาคน์, 2547)

4.4.1 ความคิดอะไรวิ่งผ่านเข้ามา

4.4.2 มีหลักฐานอะไรที่สนับสนุนความคิดที่วิ่งผ่านเข้ามา

4.4.3 มีอะไรอีก

4.4.4 หลักฐานที่สนับสนุนว่าคุณอาจจะเป็นในทางตรงกันข้ามมีอะไรบ้าง

4.4.5 มีอะไรบ้างอีก

4.4.6 ถ้าหากเป็นไปตามความคิดแรกนั้น สิ่งที่เลวร้ายที่สุดอาจจะเกิดขึ้นคืออะไร

4.4.7 ถ้าจะพิจารณาตามสภาพที่เป็นจริงแล้วสิ่งที่น่าจะเกิดจริงๆ คืออะไร

4.4.8 ถ้าคุณเชื่อตามความคิดที่แย่ที่สุด อะไรจะเกิดขึ้น

4.4.9 ถ้าคุณเปลี่ยนแปลงความคิด คือตระหนักว่าคุณทำได้ อะไรจะเกิดขึ้น

4.4.10 ลงท้ายคุณจะเลือกอะไร

4.4.11 ถึงตอนนี้ คุณรู้สึกอย่างไร

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงผสมผสานแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบกลุ่มต่อภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล โดยใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด มาเป็นกลวิธีในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม วิธีการบำบัดรักษาตามแนวทางของใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดนั้น โดยทั่วไปมีการใช้หลายรูปแบบ อาจเป็นการบำบัดเฉพาะรายบุคคล หรือเป็นลักษณะกลุ่ม มีหลักการสำคัญคือต้องมีความสัมพันธ์ในการรักษา ความเป็นพันธมิตรระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษา มีความร่วมมือกันในการบำบัด ผู้บำบัดจะคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมให้มากที่สุดในการรักษา เป็นการสอนเพื่อให้ผู้ป่วยเป็นผู้บำบัดรักษาของตนเอง ผู้บำบัดเปรียบเสมือนครูฝึกหรือโคช ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะและเทคนิคใหม่ ๆ มีการตั้งเป้าหมายเพื่อการแก้ปัญหา มุ่งเน้นที่การคิด ให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะรู้จักการสังเกต แยกแยะ ประเมิน และโต้ตอบความคิดและความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิต เรียนรู้ที่จะประเมินความคิด ความเชื่อ ทัศนคติ ความคิดเห็น การพูดกับตนเอง ความคาดหวัง

ภาพลักษณ์เกี่ยวกับตนเอง มีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ มีอิทธิพลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออก

หลักการของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด คือการปรับโครงสร้างความคิด (Restructuring) ประกอบด้วยกระบวนการที่แยกแยะ วิเคราะห์ และปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์ และการปรับโครงสร้างความคิด โดยการช่วยผู้ป่วยให้เพิ่มความตระหนักถึงความเชื่อมโยงระหว่างความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม แยกแยะว่าความคิดและความเชื่ออะไรที่ขัดขวางการทำหน้าที่ในชีวิต การปรับโครงสร้างความคิดเป็นเทคนิคที่ท้าทาย ได้แก่ การหาหลักฐานมาสนับสนุนในความคิดเดิมนั้น การมองกรอบใหม่ การพิจารณาคำอธิบายแบบอื่น ๆ มีการกำหนดสถานการณ์ จับความคิดอัตโนมัติ สังเกตความคิดร้อน ๆ ที่เชื่อมโยงกับปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่รุนแรงที่สุด แล้วให้พิจารณาหาหลักฐานปรับโครงสร้างความคิดนั้นให้สมดุล และเป็นเหตุผลมากขึ้น ผู้รับบริการเรียนรู้ที่จะมองหาหลักฐานที่สนับสนุนหรือคัดค้านความคิดของตนเอง โดยการพิจารณาคิดหาทางเลือกอื่น ๆ เพื่อเป็นทางเลือก คือเป็นความคิดที่จะใช้แทนความคิดร้อนๆ แล้วประเมินความรู้สึกใหม่ แยกแยะความคิด ชั่งน้ำหนักหลักฐาน ความเชื่ออื่น ๆ ที่จะเลือกแทนได้

วิธีการหนึ่งของการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ใช้คือการพูดกับตนเอง ในบางสถานการณ์ การพูดกับตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยลดภาวะวิตกกังวล หรือ เพิ่มความรู้สึกปลอดภัย หรือเพิ่มความรู้สึกมั่นใจในตนเองที่จะมีความสามารถจัดการกับสถานการณ์นี้ได้โดยไม่ต้องหลีกหนี หรือโกรธ หรือมีความวิตกกังวล

อีกวิธีการหนึ่งคือ การปรับสมดุลอารมณ์ คือการมีสติ การให้ชื่ออารมณ์ การยอมรับ เป็นอีกทักษะหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความรู้สึกหวาดหวั่น กลัว โกรธ เป็นการฝึกความรู้ตัว ผู้ป่วยจะสังเกตได้ว่าพอเวลาผ่านไป ความรู้สึกก็จะเลือนหายไป หรืออาจใช้วิธีการอุปมาอุปมัยก็ได้ เช่น ก้อนเมฆบนท้องฟ้าที่แจ่มใส เป็นการรู้เท่าทันอารมณ์ มีสติ เป็นการเพิ่มความรู้สึกมั่นใจและความรู้สึกว่าควบคุมสถานการณ์ได้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยยอมรับความรู้สึกแทนที่จะเก็บกดหรือหลีกหนี หรือผู้ป่วยอาจทำอะไรบางอย่างเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ และช่วยให้จัดการกับความวิตกกังวลได้ดีขึ้น

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

1) การหาความคิดอัตโนมัติ (eliciting automatic thoughts) โดยการวิเคราะห์หาข้อความและวิธีการคิดที่ผิดไปในทางลบ และบิดเบือนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเองแบบอัตโนมัติ (pattern of negative of 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 การซักซ้อมความคิด การฝึกฝนควบคุมพฤติกรรมด้วยตนเอง การฝึกแสดงบทบาท การจัดกิจกรรม การหัดเอาชนะและมีความพึงพอใจ ในการบำบัดรักษาความนึกคิดบำบัด ผู้รักษาจะชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความคิดแบบอัตโนมัติของตน รวมทั้งช่วยให้เห็นว่าเขามีการตอบสนองที่ไม่ถูกต้องทั้งในด้านความนึกคิด และพฤติกรรม เพื่อแก้ไขการตอบสนองได้อย่างเหมาะสมขึ้นตามข้อมูล และวิธีคิดที่สมดุลกว่าเดิม ผู้รักษาอาจให้ผู้ป่วยทำการฝึกหัด เพื่อให้เรียนรู้ว่าประสบการณ์ของตนนั้นเกี่ยวโยงกับความคิดที่บิดเบือนเช่นไร และในขณะเดียวกันก็หัดแปลประสบการณ์เสียใหม่ไม่ให้เป็นไปในแง่ลบ เนื่องจากการฝึกหัดนี้ทำหลังจากที่สถานการณ์ได้ผ่านไปแล้ว ปฏิกิริยาของผู้ป่วยมีความรุนแรงน้อยลง ผู้ป่วยจึงมองสถานการณ์ได้อย่างเป็นกลางขึ้น แต่ผู้รักษาต้องช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักว่า เมื่อเกิดสถานการณ์จริงขึ้น หรือเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ระบบของความคิดที่ไม่เหมาะสมที่เป็นจุดอ่อนก็มักถูกกระตุ้นทำให้ความวิตกกังวล ความคิดที่ไม่มีเหตุผลของผู้ป่วยรุนแรงมากขึ้น แต่เมื่อพ้นจากสถานการณ์แล้ว ผู้ป่วยก็จะกลับมามีความเป็นกลาง และเข้าใจสถานการณ์ได้ถูกต้องขึ้นอีก ผู้รักษาพยายามช่วยให้ผู้ป่วยได้เห็นและยอมรับว่าวิธีการคิดของเขานั้นเป็นปัญหาต่อตนเองอย่างไร และให้ความช่วยเหลือแก้ไขให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เป็นวิธีการที่เหมาะสมกว่า

รายละเอียดหรือข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและภาวะแวดล้อมที่ผ่านการรับรู้และถูกเก็บไว้ แต่จะถูกเรียกนำมาใช้บ่อยครั้งและสร้างระบบหรือแบบแผนความคิดขึ้น หรือเรียกว่า Schemata ของบุคคลผู้นั้น การมีแบบแผนความคิดช่วยให้เจ้าตัวเห็นความเหมือนเมื่อได้ข้อมูลมาใหม่ ทำให้โยงข้อมูลใหม่กับความรู้ที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ พยาธิสภาพเกิดขึ้นเมื่อระบบ หรือแบบแผนความคิดไม่เป็นกลาง ทำให้มีการแปลสถานการณ์ใหม่ไปในทางลบ เป็นความล้มเหลว ความสูญเสียหรืออันตราย โดยที่บุคคลผู้นั้นไม่รู้ตัว เมื่อใดที่เขาอยู่ในภาวะที่ความรู้สึกหรือสถานการณ์สอดคล้องกับแบบแผนความคิดที่มีอยู่ ระบบความคิดจะถูกกระตุ้น และทำให้การรับรู้ และการแปลสถานการณ์ทั้งปัจจุบันและอนาคตถูกควบคุมโดยระบบที่ผิดพลาด

จากที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นเป็นการบำบัดผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวลที่มีภาวะวิตกกังวลด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด ซึ่งจากการศึกษาพบว่าได้ผลดี ช่วยลดภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล แต่ในครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดมาใช้ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล ซึ่งมีแนวคิด ความหมาย ประโยชน์ และวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ดังนี้

5. แนวคิดเกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นเทคนิคการรักษาขั้นพื้นฐานรูปแบบหนึ่งของพฤติกรรมบำบัด ซึ่งเป็น Relaxation Training ชนิดหนึ่ง สามารถนำมาใช้ในการบำบัดคนไข้ที่มีความเครียด ซึ่งมีอาการปวดมึนศีรษะ ปวดเกร็งต้นคอ ปวดศีรษะข้างเดียว หรือคนไข้ที่มีภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ เป็นตะคริวที่มือ เป็นต้น ละเอียด ชูประยูร (2544) และ Bourne (1995) กล่าวว่า การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จะช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว ทำให้บุคคลรู้สึกเป็นสุขและลดภาวะวิตกกังวล

5.1 ความหมายของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

ความหมายของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxation)

Jacobson. (1962) กล่าวว่า การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หมายถึง การที่กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายปราศจากการหดเกร็งกล้ามเนื้อจะคลายไม่เคลื่อนไหว และไม่แสดงอาการต่อต้าน หรือขัดขืนต่อการเหยียดหรืองอของกระบวนการทำงานของสรีระ เมื่อกล้ามเนื้ออยู่ในสภาพที่ผ่อนคลายอย่างแท้จริง เส้นประสาทที่ออกมาจากกล้ามเนื้อเหล่านั้นจะสงบนิ่ง ซึ่งจากการทดสอบด้วยกระแสไฟฟ้า พบว่า เส้นประสาทในกล้ามเนื้อไม่มีการเคลื่อนไหวเมื่อกล้ามเนื้ออยู่ในสภาพผ่อนคลาย

Herbert. (1978) กล่าวว่า เทคนิคการผ่อนคลาย คือ วิธีการลดความคิดที่ไม่สอดคล้องกับการกระทำซึ่งเกิดจากอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงในช่วงหนึ่ง เช่น การต่อสู้ ฉุนเฉียว หรือความคับข้องใจ การผ่อนคลายจึงเป็นภาวะที่สงบสบายทั้งร่างกายและจิตใจ ก่อให้เกิดความสงบและไม่เกิดการรุกเร้าทางอารมณ์ใด

วัลลภ ปิยะมโนธรรม (2536) กล่าวว่า เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นเทคนิคที่สามารถกำจัดความเครียดทางจิตใจที่ปรากฏออกมาอยู่ตามกล้ามเนื้อภายในส่วนต่างๆ เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยต้นคอ จุกแน่นหน้าอก หรือเครียดตามบริเวณใบหน้า เป็นต้น

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นเทคนิคหนึ่งที่สามารถนำมาช่วยลดความกลัว วิตกกังวล ความเจ็บปวดและอารมณ์ด้านอื่นๆ ส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายให้มีการเปลี่ยนแปลง ช่วยทำให้ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ทำให้ความเจ็บปวดลดลง เกิดความสบายกาย-ใจ

5.2 ประเภทของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อประเภท Active Progressive Muscle Relaxation เป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนของร่างกายโดยการเกร็งให้เต็มที่ก่อนแล้วคลายออก เพื่อให้รู้สึกถึงความแตกต่างระหว่าง ความเครียดกับการผ่อนคลาย และผ่อนคลายได้ทุกส่วน

1 29933054

ในเวลาต่อมา ทำให้กระบวนการเกร็งเองอย่างไม่รู้ตัวอยู่ในระดับจิตสำนึกขึ้นมาได้ (ละเอียด ชูประยูร, 2544) ได้กล่าวถึงการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบนี้ว่าเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้กล้ามเนื้อของร่างกายหายจากความตึงเครียด ซึ่งสาเหตุของความตึงเครียดทางร่างกายนี้มาจากสภาพอารมณ์ที่วิตกกังวล หวั่นไหว ตื่นตัว ซึมเศร้าหรือมาจากความคิดที่สับสน หมกมุ่น ย้ำคิด มองโลกในแง่ร้าย โดยที่ความคิดและอารมณ์เหล่านี้สามารถส่งผลถึงสรีรวิทยาได้ การคลายความตึงเครียดจึงต้องคลายที่ระบบประสาทกล้ามเนื้อก่อน หลักของการเรียนรู้ในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อคือ การรู้จักทำให้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ หรือจุดต่างๆ เกิดความเคร่งเครียดถึงขั้นสูงสุดก่อนแล้วจึงคลายกล้ามเนื้อส่วนนั้น

2. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อประเภท Passive Progressive Muscle Relaxation เป็นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนแบบไม่ต้องเกร็งก่อน แต่จะให้ผู้รับการฝึกมุ่งความคิดความรู้สึกไปอยู่ที่กล้ามเนื้อแต่ละส่วนของร่างกาย รู้ตัวว่ากล้ามเนื้อตรงจุดนั้นๆ อยู่ในสภาพใด ให้เริ่มคลายกล้ามเนื้อตั้งแต่บริเวณใบหน้า รอบๆ ดวงตา ขากรรไกร คอ ไหล่ แขนส่วนบนและล่าง มือ อก ท้อง ขา น่อง ข้อเท้า จนกระทั่งทุกส่วนมีการผ่อนคลาย (ละเอียด ชูประยูร. 2544)

5.3 แนวคิดการใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

Groatein and Foa (1980) กล่าวว่า เป็นการผ่อนคลายไปทีละส่วนของร่างกายจนครบทุกส่วน ซึ่งมีทั้งการปลดปล่อยความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ (Muscle Tension Released) และเกิดการเรียนรู้ที่จะเข้าใจและใส่ใจกับความรู้สึกสัมผัสที่เกิดขึ้นในระบบสรีระทำให้มีความนึกคิดอย่างรู้ตัว (Cognitive Awareness) ว่ารู้สึกอย่างไรในขณะที่ตึงเครียดและผ่อนคลายซึ่งความสามารถในการแยกแยะความรู้สึกเครียดและผ่อนคลายนี้จะทำให้เกิดความสามารถในความควบคุมความตึงเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้นไปอีก ความสามารถนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ฝึกที่สามารถใช้ร่างกายของตน เป็นเหมือนเครื่องวัดความต้านทานกระแสไฟฟ้าที่ผิวหนัง (Biofeedback) ที่จะรู้ถึงสัญญาณเตือนของความเครียดที่เพิ่มอยู่ในร่างกายและสามารถผ่อนคลายได้เมื่ออยู่ในภาวะก่อให้เกิดความเครียด ทั้งทำให้มีความสามารถในการควบคุมจิตใจ โดยที่ผู้ฝึกจะเรียนรู้การควบคุมจิตใจของตนเองอย่างมีเป้าหมายไม่ปล่อยให้ความคิดเลื่อนลอย

5.4 ประโยชน์ของการผ่อนคลาย

Jacobson (1962) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการผ่อนคลาย ดังนี้ การผ่อนคลายมีผลต่อการขจัดความเครียด กล่าวคือ โครงสร้างกล้ามเนื้อของร่างกายมนุษย์จะมีประมาณ 620 มัด เป็นกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้อจะประกอบไปด้วยเส้นใย (Fiber) ที่ขนานกันและห่อหุ้มด้วยเนื้อเยื่อที่แข็งแรงเส้นใยแต่ละเส้นจะประกอบด้วย เส้นใยเล็กๆ จำนวนมากที่มีคุณสมบัติยืดหดได้เช่นเดียวกับยางยืด เส้นใยนี้จะหดตัวเมื่อมีความตึงเครียดและจะยืดตัวเมื่อมีการผ่อนคลาย ข่าวสารที่สมองส่งมาตามเส้นประสาทจะเข้าสู่กล้ามเนื้อ และที่ปลายประสาทจะปล่อยสารเคมี

เพื่อให้เกิดพลังงาน ซึ่งพลังงานทางเคมีนี้จะเปลี่ยนแปลงเป็นพลังงานความร้อน โดยการสลายตัวทางเคมีของไกลโคเจน ในรูปของน้ำตาลและออกซิเจน ผลของการสลายตัวของไกลโคเจนนี้จะทำให้เกิดกรดแลคติคซึ่งเป็นตัวก่อให้เกิดการเหนื่อยล้า การผ่อนคลายจะช่วยให้กรดแลคติคถูกขับออกจากกระแสเลือด

Madders (1983) ได้กล่าวว่า การที่จะรู้จักการผ่อนคลายจำเป็นต้องรู้จักความตึงเครียดเสียก่อนว่า ความตึงเครียดเป็นอย่างไร คือต้องรู้จักสภาวะของกล้ามเนื้อเสียก่อน วิธีการที่จะรู้สภาวะของกล้ามเนื้อมีด้วยกันหลายวิธี เช่น

Madders (1979) ได้กล่าวสรุปถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการผ่อนคลายกล้ามเนื้อดังนี้

- เป็นการป้องกันอาการเคล็ดขัดยอก ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ อันเนื่องจากร่างกาย ทำงานหนักเกินไป
- ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น แกร่งขึ้น ทนทานต่อการใช้งานหนักเกินไป
- เป็นการปลุกเร้าให้กล้ามเนื้อตื่นตัวอยู่เสมอ ฉับไวอยู่ตลอดเวลา
- การฝึกผ่อนคลายอย่างสม่ำเสมอประกอบกับความเข้าใจ การทำงานของกล้ามเนื้อในร่างกายของตนเองแล้ว จะช่วยให้ควบคุมสภาพตัวเองได้ดี ทำให้การใช้พลังงานของตนไม่ฟุ่มเฟือยจนเกินไปรู้จักออมหรือพักกล้ามเนื้อ

5.5 วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล

วิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวลเพื่อลดภาวะวิตกกังวล ประกอบไปด้วยการเตรียมการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อซึ่งมีขั้นตอนและวิธีการการฝึก ดังนี้

5.5.1 การเตรียมการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

- สถานที่ใช้ฝึกควรเป็นห้องที่มีแสงสว่างไม่จ้ามากเกินไป ถ้าห้องนั้นมีม่านกั้นแสงจะช่วยให้เหมาะสมกับการฝึกและช่วยผ่อนคลายได้ง่ายขึ้น
- เป็นสถานที่ๆ เงียบปราศจากเสียงรบกวนจากภายนอก
- ให้ผู้รับการฝึกหลับตาและมุ่งความสนใจ ไปยังกล้ามเนื้อแต่ละส่วนโดยทำตามคำแนะนำของผู้ฝึกที่บอกให้ทำ ผู้รับการฝึกต้องติดตามคำแนะนำและทำตามได้ทุกขั้นตอนที่ผู้ฝึกบอกให้ทำ โดยไม่งีบหลับระหว่างการฝึก
- ระยะเวลาที่เกร็งและผ่อนคลายอาจแตกต่างกันไปในแต่ละคน อย่างไรก็จามจำไว้เสมอว่าช่วงที่เกร็งจะใช้เวลา 10-15 วินาที เป็นต้น การที่ช่วงเวลาที่ใช้ผ่อนคลายยาวนานกว่าช่วงที่เกร็งก็เพื่อช่วยให้ผู้รับการฝึกเรียนรู้ความรู้สึกผ่อนคลายได้แม่นยำขึ้น ส่วนช่วงที่เกร็งใช้เวลาสั้นกว่าเนื่องจากต้องการให้ผู้รับการฝึกการเรียนรู้ความรู้สึกที่เกร็งกล้ามเนื้อว่ามีความตึงเครียดและไม่สบายอย่างไรเท่านั้น แต่ไม่ต้องการให้จำหรือให้ความรู้สึกนี้ติดตัวไปในภายหลัง

โดยเน้นให้จำความรู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งต้องติดตัวไปมากกว่าและพร้อมที่จะผ่อนคลายได้อย่างอัตโนมัติในทุกสถานการณ์ที่มีการกระตุ้นเร้าให้เครียด ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ของการฝึก

- เมื่อสิ้นสุดการฝึกแต่ละครั้งจะต้อยหายใจลึกๆ สัก 2-3 ครั้งจะรู้สึกผ่อนคลายจากนั้นจึงค่อยๆ ลืมตาขึ้น อย่าลืมตาทันทีเพราะจะเกิดอันตรายเนื่องจากประสาทตาปรับไม่ทัน

- การฝึกด้วยตนเองในแต่ละครั้งไม่ควรหักโหม ควรใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที แต่ไม่ควรจะฝึกโดยใช้เวลามากกว่า 45 นาที

- ควรฝึกอย่างสม่ำเสมอ โดยฝึกทุกวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

- ระยะเวลาในการฝึกในช่วงแรกที่ต้องเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อเรียกว่า active relaxation แต่หลังจากที่ผู้รับการฝึกเกิดการเรียนรู้และผ่อนคลายเป็นแล้ว ผู้รับการฝึกจะได้รับการบอกให้ผ่อนคลายอย่างเดียวโดยไม่ต้องเกร็งกล้ามเนื้ออีก วิธีนี้เรียกว่า passive relaxation

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เทคนิคการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive muscle Relaxation Training) ตามวิธีการของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2541: 46-50)

5.5.2 วิธีฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

วิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมีหลายรูปแบบ เช่น

- การฝึกผ่อนคลายแบบพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน (Progressive Relaxation) Goldstein and Foa (1980) กล่าวว่า เป็นการฝึกการผ่อนคลายไปทีละส่วนของร่างกายจนครบทุกส่วน ซึ่งมีทั้งการลดคล่อยความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ (Muscle Tension - Released) และเกิดการเรียนรู้ที่จะเข้าใจและใส่ใจกับความรู้สึกสัมผัสที่เกิดขึ้นในระบบสรีระ ทำให้มีความนึกคิดอย่างรู้ตัว (Cognitive wareness) ว่ารู้สึกอย่างไรในขณะที่ตึงเครียดและผ่อนคลายซึ่งความสามรถในการแยกแยะความรู้สึกเครียดและผ่อนคลายนี้ จะทำให้เกิดความสามารถในการแยกแยะความรู้สึกเครียดและผ่อนคลายนี้ จะทำให้เกิดความสามารถในการควบคุมความตึงเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้นไปอีก ความสามารถนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ฝึกที่สามารถใช้ร่างกายของตนเป็นเหมือนเครื่องวัดความต้านทานกระแสไฟฟ้าที่ผิวหนัง (Biofeedback) ที่จะรู้ถึงสัญญาณเตือนของความเครียดที่เพิ่มขึ้นอยู่ภายในร่างกาย และสามารถผ่อนคลายได้เมื่ออยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดความเครียด ทั้งยังทำให้มีความสามารถในการควบคุมจิตใจโดยที่ผู้ฝึกจะเรียนรู้กาควบคุมจิตใจของตนเองอย่างมีเป้าหมาย ไม่ปล่อยให้ความคิดเลื่อนลอย

- การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation) Borkovec

(1982) อธิบายว่า เป็นการฝึกผ่อนคลายแบบพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนแบบหนึ่ง โดยจะเน้นการผ่อนคลายที่กล้ามเนื้อเท่านั้น ไม่ใช้จินตภาพ ความคิดหรือความรู้สึกที่จะมีผลให้จิตใจผ่อนคลายด้วย ซึ่งการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะทำให้ผู้ฝึกรู้สึกผ่อนคลาย สบายและสงบ โดยช่วงที่ฝึกนั้นให้ผู้ฝึกหลับตา จะนั่งหรือนอนก็ได้ให้อยู่ในท่าที่สบายใช้เวลาทั้งหมด 10-30 นาที และให้ผู้ฝึกนำไปฝึกเองที่บ้านทุกวันโดยต้องฝึกในที่สงบและเลือกฝึกในช่วงเวลาที่ว่าง

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2534) ได้กล่าวถึงหลักการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อไว้ 2 ประการคือ

- การเกร็งและคลายกล้ามเนื้อทีละส่วนของร่างกายในขั้นแรก ให้ผู้ฝึกเกร็งกล้ามเนื้อจนเครียด และเกร็งไว้สักครู่ เพื่อให้ผู้ฝึกเรียนรู้ที่จะรับรู้ถึงความเครียดที่เกิดขึ้นในกล้ามเนื้อ ต่อมาให้คลายกล้ามเนื้อ จนถึงจุดที่รู้สึกว่ากล้ามเนื้อผ่อนคลายได้อย่างเต็มที่ การเกร็งและคลายกล้ามเนื้อนี้จะทำให้กล้ามเนื้อของร่างกายได้ผ่อนคลายอย่างเต็มที่

- ให้พยายามแยกแยะความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งทำให้ผู้ฝึกรู้สึกมากขึ้น เมื่อเกิดความเครียด จะสามารถผ่อนคลายได้เองในภายหลังทั้งนี้เนื่องจากขณะที่มีอาการเกร็งเครียดเกิดขึ้นนั้น บุคคลไม่รู้ตัวว่ามีการทำให้ร่างกายตัวเองเครียดอย่างไร กระบวนการเกร็งของกล้ามเนื้อตามส่วนต่างๆ ของร่างกายนั้น มักกระทำไปโดยจิตใต้สำนึก ดังนั้นการพยายามแยกแยะความรู้สึกหรือผลที่เกิดขึ้นเมื่อเกร็งหรือคลายกล้ามเนื้อนั้น จึงเป็นการทำให้กระบวยการเกร็งเองอย่างไม่รู้ตัวเป็นการเกร็งที่รู้ตัวหรืออยู่ในระดับจิตสำนึก

สรุปวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ผู้ศึกษาได้นำมาใช้ครั้งนี้เป็นประเภท Active Progressive Muscle Relaxation เป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยในการลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อต่างๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลและสามารถช่วยในการเบี่ยงเบนความรู้สึกจากเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ได้ ช่วยในการลดภาวะวิตกกังวลลง โดยในการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อนี้สามารถที่จะฝึกได้กับผู้เชี่ยวชาญและเมื่อฝึกจนเกิดความชำนาญก็สามารถที่จะนำไปปฏิบัติด้วยตนเองได้ และภายหลังการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะทำให้เกิดความรู้สึกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้จัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบกลุ่ม ในผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล ซึ่งได้นำเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดภาวะวิตกกังวล โดยผู้ป่วยแต่ละรายเข้ารับการบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 1 กิจกรรมๆ ละ 60 - 90 นาที ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และนัดติดตามผล 1 เดือน หลังจบโปรแกรม ทั้งนี้ยึดโครงสร้างเนื้อหาในการบำบัดเป็นหลัก เพื่อความเหมาะสม สอดคล้องตามระบบการนัดบริการ อีกทั้งผลจากการทดลองนำไปปฏิบัติแล้วพบว่ามีความเหมาะสม

6. แนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram

แนวคิดการพัฒนากลุ่ม เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มต้นที่บุคคลมาทำงานร่วมกัน จนสิ้นสุดกระบวนการตามที่ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ เป็นกระบวนการเพื่อใช้กลุ่มในการแก้ปัญหา หรือกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดร่วมกัน เพื่อเรียนรู้สิ่งต่างๆ ร่วมกัน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง และจะใช้วิธีการวิเคราะห์พฤติกรรม ซึ่งเกิดขึ้นในขณะนั้น ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญของการเรียนรู้ (อรจิต ดุลยานุภาพ, 2541) กระบวนการกลุ่มจึง เป็นที่รวมแห่งประสบการณ์ของกลุ่มบุคคล การที่บุคคล ได้พบปะสัมพันธ์กัน ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้ซึ่งกันและกัน เป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การวิเคราะห์และปฏิบัติจริง ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการยอมรับตนเองและผู้อื่น พร้อมที่จะแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล รู้จักเห็นอกเห็นใจ ซึ่งกันและกัน เกิดการพัฒนาตนเอง ในการแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ และการรู้จักทำงานร่วมกันกับผู้อื่น (ทิศณา แขมณี , 2422; วินิจ เกตุขำ และ คมเพชร ฉัตรศุภกุล , 2522 ; Corey , 1992)

6.1 กระบวนการกลุ่ม

กระบวนการกลุ่มจะทำให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมสูงสุด และทำให้บรรลุงานสูงสุด เพราะในการเรียนรู้เชิงประสบการณ์นั้น สมาชิกกลุ่มทุกคนมีประสบการณ์ ติดตัวมาจะสามารถใช้ประสบการณ์ของตนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็นและการนำไปปฏิบัติได้นั้น จะต้องอาศัยกระบวนการกลุ่ม ทั้งนี้เนื่องจากการทำงานเป็นกลุ่มจะทำให้ เกิดการแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และช่วยกันทำในสิ่งที่ยากหรือไม่เคยทำมาก่อน (ทิษณา แขมณี, 2537) กระบวนการกลุ่มจึง เป็นที่รวมแห่งประสบการณ์ของกลุ่ม บุคคล การที่บุคคล ได้พบปะสัมพันธ์กัน ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้ซึ่งกันและกัน เป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การวิเคราะห์และปฏิบัติจริง ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการยอมรับตนเองและผู้อื่น พร้อมที่จะแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล รู้จักเห็นอกเห็นใจ ซึ่งกันและกัน เกิดการพัฒนาตนเอง ในการแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ และการรู้จักทำงานร่วมกันกับผู้อื่น (ทิศณา แขมณี, 2422; วินิจ เกตุขำ และ คมเพชร ฉัตรศุภกุล, 2522; Corey, 1992)

6.2 วัตถุประสงค์ของกลุ่ม Marram (1978) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกลุ่มไว้ดังนี้

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับความรู้เพิ่มขึ้น เกี่ยวกับพฤติกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น โดยการได้รับข้อมูลย้อนกลับ

2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับกำลังใจ และการสนับสนุนซึ่งกันและกันในกลุ่มจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม

3. เพื่อลดความวิตกกังวล ความโดดเดี่ยวอ้างว้าง และการแยกตัวจากสังคมเนื่องจากปัญหาการเจ็บป่วย และความรู้สึกว่าไม่มีอำนาจ และหมดหวังในชีวิตของสมาชิกกลุ่ม

4. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม มีการยอมรับในปัญหาวิกฤติการณ์ของชีวิต และความเจ็บป่วย พร้อมทั้งสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป

5. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถแก้ไขประสบการณ์ทางอารมณ์ได้ถูกต้องและมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนบุคลิกภาพได้ถูกต้อง

6. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถแก้ไขบางสิ่งบางอย่างที่ไม่ได้เกี่ยวกับตนเองและกำจัดความรู้สึกที่มีต่อตนเองในทางที่ไม่ดี

7. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการปรับตัวปรับใจที่เหมาะสม และมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง

6.3 โครงสร้างของกลุ่ม การจัดโครงสร้างของกลุ่ม เพื่อที่จะให้กลุ่มบรรลุเป้าหมายได้โดยง่าย จะต้องคำนึงถึงบรรยากาศของกลุ่ม ขนาดของกลุ่ม สถานที่และระยะเวลาในการทำกลุ่ม (Marram. 1978) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ คือ

1. บรรยากาศ บรรยากาศจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกมีอิสระที่จะแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ ออกมา โดยไม่มีอะไรขัดขวางความรู้สึกนึกคิด สมาชิกทุกคนควรจะมีความทัดเทียมกันทั้งในฐานะและหน้าที่ ควรพยายามจัดให้มีบรรยากาศแบบเป็นกันเอง (วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรศุภกุล, 2522)

2. ขนาดของกลุ่ม จำนวนสมาชิกที่เป็นองค์ประกอบของกลุ่มมีความสำคัญ ไม่ควรมากหรือน้อยเกินไป Lasale and Lasale (1995) กล่าวถึงจำนวนสมาชิกที่เหมาะสมในการทำกลุ่มบำบัดต่าง ๆ แต่ละครั้ง คือ 7-10 คน และ Marram (1978) ได้กำหนดจำนวนสมาชิกในการทำกลุ่มบำบัดคือ 8 – 12 คน

3. สถานที่ สถานที่ที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกมากขึ้น ดังนั้นสถานที่ที่ใช้ในการทำกลุ่มจึงควรเป็นสัดส่วนเฉพาะ เงียบสงบไม่มีสิ่งรบกวน หรือเบี่ยงเบนความสนใจ (Marram, 1978) การจัดให้สมาชิกในกลุ่มนั่งหันหน้าเข้าหากัน จะทำให้การสื่อสารของสมาชิกเป็นไปอย่างคล่องตัวทั่วถึง และมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด จะทำให้ความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์เป็นไปในทางที่ดีขึ้น (Withall and Levis, 1963)

4. ระยะเวลา เวลาที่เหมาะสมในการทำกลุ่มควรเป็นเวลาที่ทั้งสมาชิกและผู้นำกลุ่มว่าง ไม่มีกิจกรรมอื่น ๆ ควรกำหนดวันเวลาและจำนวนครั้งที่แน่นอนสำหรับการทำกลุ่ม (Marram, 1978)

- ระยะเวลาในการทำกลุ่มควรทำครั้งละประมาณ 1-1 ½ ชั่วโมง (Marram, 1978) ส่วนในกลุ่มเล็ก ๆ ที่มีปัญหาเพียงเรื่องเดียวไม่ควรใช้เวลาเกินชั่วโมง (วินิจ เกตุขำ และ คมเพชร ฉัตรศุภกุล, 2522)

- ความถี่ของการเข้ากลุ่ม อาจจะจัดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ส่วนจำนวนครั้งที่จะใช้ในการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับระดับประสบการณ์ที่ต้องการ เป้าหมายของกลุ่ม ทักษะของผู้นำกลุ่มและข้อจำกัดของสมาชิกแต่ละคน (Marram. 1978)

6.4 แนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram (1978) แบ่งระยะการพัฒนากลุ่มเป็น 3 ระยะ

1. ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกปลอดภัย (Initiating Phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง ผู้นำกลุ่มต้องสร้างบรรยากาศแห่งความรู้สึกเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่มในระยะเริ่มต้นของกลุ่ม ย้ำให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจจุดมุ่งหมายของการดำเนินการกลุ่ม แนวทางในการปฏิบัติในฐานะสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย ในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นออกมา เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม ว่าสมาชิกทุกคนต้องต่อสู้กับอุปสรรคเช่นกัน ซึ่งการรับรู้เช่นนี้จะเป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกัน และเกิดความไว้วางใจกัน การที่ผู้นำแสดงท่าทีอบอุ่นเป็นมิตร สนใจ ตั้งใจฟัง ยอมรับในความคิดเห็นและพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มโดยการใช้ความคิดของตนเองเป็นเครื่องตัดสิน จะเป็นการสร้างความไว้วางใจในตัวผู้นำกลุ่ม จะมีผลทำให้สมาชิกกลุ่ม กล้า และเต็มใจที่จะเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของตนเองมีความมั่นใจในการให้ และการรับความช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นในกลุ่ม ส่งผลให้สมาชิกคลายความวิตกกังวล

2. ระยะดำเนินการ (Working Phase) เป็นระยะที่สมาชิกเริ่มมีความคุ้นเคยและไว้วางใจซึ่งกันและกัน เป็นระยะระดมพลังของสมาชิกกลุ่ม ในการช่วยกันแก้ไขปัญหา การที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม จะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ ที่สมาชิกกลุ่มสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้ นอกจากนี้ความมั่นใจในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถรับและให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง การที่มีบทบาทเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับจะทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกมีคุณค่า มากขึ้นที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเองและสามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนช่วยเหลือสมาชิกอื่นให้เข้าใจและแก้ไขปัญหาบางอย่างได้

3. ระยะสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม (Final Phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการดำเนินการกลุ่ม ช่วยให้สมาชิกกลุ่ม ได้ประเมินความก้าวหน้า การเปลี่ยนแปลงในทางพัฒนาการของตนเอง ตลอดจนความสำเร็จของกลุ่ม โดยอาจใช้การประเมินจากความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม หรือประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มที่แสดงออกมาโดยมีผู้อื่นที่อยู่นอกกลุ่มเป็นผู้ประเมิน เป็นต้น ก่อนจะสิ้นสุดการดำเนินการกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องแจ้งให้สมาชิกกลุ่มทราบล่วงหน้า ในกรณีที่สมาชิกกลุ่มบางราย เกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดกลุ่ม ผู้นำ

กลุ่มต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกอย่างเต็มที่พร้อมทั้งชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

6.5 ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม

โดยทั่วไปการคัดเลือกผู้ป่วยเข้ากลุ่มไม่มีหลักเกณฑ์ที่แน่นอนเสมอไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์หลักของกลุ่มเป็นสำคัญซึ่งการคัดเลือกจัดผู้ป่วยเป็นกลุ่มนั้นจะพิจารณาดังนี้ (อรจิต อดุลยานุภาพ. 2541)

6.5.1 กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกัน เป็นกลุ่มที่ผู้ป่วยมีลักษณะเหมือนกัน ป่วยด้วยโรคเดียวกัน มีพยาธิสภาพคล้ายๆ กัน การจัดกลุ่มผู้ป่วยมีลักษณะนี้สมาชิกกลุ่มจะมีปัญหาหรือหัวเรื่องในการเข้ากลุ่มเรื่องเดียวกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน ให้ความคิดเห็น และให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มเข้ากันได้ง่าย

6.5.2 กลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะแตกต่างกัน เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะแตกต่างกันด้านบุคลิกภาพ อายุ โรค เพศ การศึกษา และอาชีพ ทำให้ได้ประโยชน์ในด้านการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก มองโลกในแง่มุมต่าง ๆ ได้หลายมุม จากการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

แนวคิดของการนำวิธีการเรียนรู้แบบกระบวนการในการทำกลุ่ม เพื่อลดภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วย เน้นการเรียนรู้โดยกระบวนการกลุ่ม ที่ให้สมาชิกกลุ่ม ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สะท้อนความคิดและอภิปราย มีการทดลองฝึกปฏิบัติ ประยุกต์ แนวคิดที่ได้ จากกลุ่มแล้วสรุปเป็นแนวคิดรวบยอด นำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันของตนเอง โดยอาศัยการเรียนรู้จากกระบวนการกลุ่ม ซึ่งหลักการมีความสอดคล้องและน่าจะสามารถนำมาปรับใช้ เป็นกลวิธีในการดำเนินการกลุ่ม ให้การช่วยเหลือที่แนวคิดการเปลี่ยนความนึกคิดและพฤติกรรม ที่สามารถสนับสนุนทั้งทางด้านความรู้คิด พฤติกรรมหรือการฝึกฝนทักษะ และการสนับสนุนอารมณ์ของสมาชิกกลุ่มได้

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงนำแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ มาเป็นแนวทางในการกำหนดโครงสร้างเนื้อหาของแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และใช้แนวคิดกระบวนการกลุ่ม มาเป็นกลวิธีในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในสิ่งต่างๆ ตามจุดเน้นของแนวคิดการใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจต่อสถานการณ์ ที่ก่อให้เกิดปัญหา ส่งเสริมความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล สร้างความรู้ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ทักษะต่างๆ เพื่อปรับพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม การสนับสนุนด้านอารมณ์ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยออกแบบการทำกลุ่มที่เอื้อให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการเรียนรู้มากที่สุด และเกิดการบรรลุงานสูงสุดตามองค์ประกอบการเรียนรู้ คือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนความคิด อภิปรายการเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด และการทดลองหรือประยุกต์แนวคิดโดยอาศัยกระบวนการกลุ่ม และเทคนิคต่างๆ และสื่อสารการเรียนรู้ต่าง ๆ เช่น วิดิทัศน์ การสาธิต

ใบชี้แจง ใบความรู้และการมอบหมายการบ้าน ซึ่งการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจะเป็นการสนับสนุนด้านการรู้คิดของผู้ป่วย ในอันที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วย อันเนื่องมาจากภาวะวิตกกังวล ทำให้มุมมองต่อการเผชิญปัญหาแบบใหม่ที่เหมาะสมขึ้น มีการเรียนรู้วิธีการจัดการกับความไม่สุขสบายทางกาย การผ่อนคลายความตึงเครียด ที่ถือว่าเป็นการสนับสนุนด้านการปรับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมขึ้น การที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้จักภาวะวิตกกังวล รวมทั้งการเรียนรู้วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม จะเป็นวิธีการที่ช่วยลดภาวะวิตกกังวลลงได้ (นพพร เชาวะเจริญ, 2540)

6.6 การประเมินผลของกลุ่ม

การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเข้ากลุ่ม การประเมินผลกลุ่มจะต้องทำการประเมินผลเป็นระยะ ๆ ตลอดเวลาที่กลุ่มดำเนินไป และประเมินหลังสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นจากการทำกลุ่มดังนี้ (Marram, 1978) 1) บทบาทผู้นำกลุ่ม 2) บทบาทผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม 3) บทบาทของสมาชิกกลุ่ม 4) ระยะเวลาในการทำกลุ่ม 5) ขั้นตอนของการทำกลุ่ม 6) บรรยากาศของกลุ่ม 7) การสื่อสารในกลุ่ม

สรุปได้ว่านอกจากจะประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นดังกล่าวแล้ว ควรมีการประเมินความคิดเห็นจากสมาชิก หลังเสร็จสิ้นการทำกลุ่ม เพื่อนำไปพิจารณาปรับปรุงการทำกิจกรรมกลุ่มให้ดียิ่งขึ้นในครั้งต่อไป และในการศึกษาครั้งนี้ของผู้ศึกษาได้นำแนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram (1978) มาใช้ในการบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อลดภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวล

7. เอกสารและวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากที่กล่าวมาข้างต้นได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิภาพของการบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยตรง ในด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่า มีประสิทธิผลดีดังเช่นการศึกษาของ

เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับ การบำบัดพฤติกรรมความคิดร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ มีดังนี้

Borkovec et al. (1987 อ้างถึงใน Wells, 1997) ที่ศึกษาถึงผลของการฝึกการผ่อนคลายร่วมกับวิธีการบำบัด CBT และการฝึกผ่อนคลายร่วมกับการบำบัดแบบไม่ชี้นำ (non–directive) ต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล ผลพบว่าทั้งสองวิธีสามารถลดความวิตกกังวลได้ แต่วิธีแรกซึ่งเป็นวิธีการบำบัด CBT ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลาย มีประสิทธิภาพมากกว่า

Fisher & Durham (1999) ได้ศึกษาถึงอัตราการหายจากโรควิตกกังวลที่ใช้การวิธีการบำบัดทางจิต โดยวิเคราะห์จากผลการเปลี่ยนแปลงที่วัดการเปลี่ยนแปลงโดยใช้เครื่องมือวัด

ความความวิตกกังวล STAI–T ของ Speilberger โดยศึกษาจากการทบทวนผลการศึกษาวิจัย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1987-1998 ซึ่งมีรายงานการศึกษา 6 รายงาน กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 404 ราย อายุตั้งแต่ 18-65 ปี ใช้วิธีการของ Jacobson เป็นแนวทางในการให้คำจำกัดความของการเปลี่ยนแปลง ผลของการบำบัดนั้นมี 4 อย่างคือ แย่ลง ไม่เปลี่ยนแปลง ดีขึ้น และหาย สัดส่วนของผู้ป่วยในแต่ละประเภทของผลการบำบัดได้คำนวณตามชนิดของการบำบัดทางจิต ผลการวิเคราะห์จากรายงานการศึกษาเหล่านั้น พบว่าวิธีการบำบัดทางจิตแบบ CBT และการฝึกการผ่อนคลาย มีความสัมพันธ์กับอัตราการหายป่วยในระยะติดตามผล 6 เดือน ถึงร้อยละ 50-60 จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า CBT ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลาย สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้ผลดี และใช้ได้ในทุกกลุ่มผู้ป่วย ทั้งกลุ่มวัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยได้มีผู้ที่สนใจศึกษาการใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั้งในรูปแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ดังนี้

ณัฐฑิพร ชัยประทาน (2547) ศึกษาผลของการให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนลมหายใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวลพบว่า ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยโรควิตกกังวลหลังการบำบัด ลดลงน้อยกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และในระยะติดตามผลลดลงน้อยกว่าหลังการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากการวิเคราะห์เนื้อหาในแผนการบำบัดพบว่า ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และเข้าใจภาวะเจ็บป่วยของตน ก่อเกิดแรงจูงใจและมั่นใจในการรักษาและสามารถควบคุมความกังวลด้วยตนเอง

จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาข้างต้น มีผู้ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิดร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อไว้หลายเรื่อง ซึ่งจากผลการวิจัยดังกล่าวพบว่า ผู้ป่วยโรควิตกกังวลสามารถลดภาวะวิตกกังวลได้จากการเข้าร่วมการบำบัด ซึ่งเป็นแนวทางที่ผู้ศึกษาสนใจ และนำมาศึกษาเพื่อลดภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุโรควิตกกังวลครั้งนี้

เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับ การบำบัดพฤติกรรมความคิด มีดังนี้

Butler et al. (1991) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวลระหว่างวิธีพฤติกรรมบำบัดและวิธีการบำบัด CBT กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรควิตกกังวล 57 คน ใช้วิธีการบำบัดรายบุคคล คนละ 4-12 ครั้ง ติดต่อกัน 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน ผู้บำบัดคือนักจิตวิทยาคลิกที่มีประสบการณ์การทำจิตบำบัดมาแล้ว ก็พบว่าวิธีการบำบัด CBT นี้มีประสิทธิภาพมากกว่า โดยผู้วิจัยตั้งสมมุติฐานเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการบำบัด CBT สำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวลว่า ความวิตกกังวลมีพื้นฐานมาจากความคิดที่เป็นกังวล เช่น กังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย กังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความกังวลขึ้นอีก และด้วยความมั่นใจในตนเองต่ำ ทำให้ขาดความมั่นใจว่าตนจะทำอะไรได้สำเร็จหรือไม่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วย

สามารถที่จะควบคุมความกังวลได้โดยการเรียนรู้ที่จะรู้จักความกังวลว่ามันคืออะไร เป็นอย่างไร แล้วค้นหาความจริง รวมทั้งแนวทางช่วยเหลือตนเองในการบรรเทาอาการ และต้องมีการทดลองฝึกปฏิบัติด้วย

Micheal (1993) ได้ศึกษาผลของการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด ในการช่วยผู้ป่วยโรคแพนิก ให้สามารถหยุดการรักษาด้วยยา Benzodiazepine ในขนาดสูง กลุ่มตัวอย่าง 33 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้เข้ากลุ่มบำบัด CBT ร่วมไปกับการลดขนาดยา กลุ่มควบคุมใช้วิธีลดขนาดยาเพียงวิธีเดียว กลุ่มทดลองได้เข้ากลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 ถึง 90 นาที นาน 10 สัปดาห์ โครงสร้างเนื้อหาของกลุ่มแต่ละครั้งประกอบด้วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักกับอาการและผลกระทบของความวิตกกังวลชนิดแพนิก ทบทวนการปรับตัวและการเผชิญปัญหาด้วยกระบวนการทางความคิด ใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่างๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน และผู้ป่วยมีการบันทึกผลการฝึกปฏิบัติประจำวัน ผลปรากฏว่า ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มบำบัด CBT สามารถลดและหยุดการใช้ยาได้สำเร็จกว่ากลุ่มที่ลดยาเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

James et al. (2000) ทำการศึกษาพบว่า การบำบัดโดยวิธี CBT ได้ประสิทธิผลการรักษาอย่างดียิ่งในผู้ป่วย GAD โดยจัดโครงสร้างเนื้อหา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นที่ 1 เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา พร้อมให้ข้อมูลเกี่ยวกับธรรมชาติความวิตกกังวล และอาการแสดงที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ขั้นที่ 2 ฝึกทักษะการผ่อนคลายเพื่อบรรเทาอาการความวิตกกังวล ขั้นที่ 3 การปรับเปลี่ยนความคิด โดยฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้กระบวนความคิดที่ก่อให้เกิดปัญหา เรียนรู้วิธีจับความคิดนี้ และพัฒนาความคิดใหม่ที่มีเหตุผลกว่าเดิม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดความกังวลลงได้ ขั้นที่ 4 เป็นขั้นที่ให้ผู้ป่วยฝึกการเผชิญปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวล ทั้งที่เกิดจากปัจจัยภายใน และจากปัจจัยภายนอกซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความวิตกกังวลได้ จะช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และพบว่าขั้นตอนดังกล่าว สามารถประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้

Eliane et al. (2003) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด ในผู้ป่วยวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ใช้วิธีการบำบัดรายบุคคล และเฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 คน เข้ารับการบำบัดตามโปรแกรม สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 13 ครั้ง และติดตามผลใน 6 เดือน และ 12 เดือน โครงสร้างของเนื้อหาประกอบด้วย 1) การให้ผู้ป่วยได้รับรู้เกี่ยวกับอาการความผิดปกติที่เขาเป็นอยู่ 2) การฝึกทักษะเกี่ยวกับเทคนิคทางความคิด 3) การฝึกทักษะการแก้ไขหรือเผชิญปัญหาที่เหมาะสม 4) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า สามารถลดอาการวิตกกังวลได้ ดังนี้ ผู้ป่วยจำนวน 3 รายความวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับต่ำ เมื่อติดตามผลในระยะ 6 เดือน และ 12

เดือน ผู้ป่วยจำนวน 2 รายผลความวิตกกังวลลดลงในระดับปานกลาง ผู้ป่วย 1 ราย ขาดนัดติดตามผล และอีก 1 ราย ออกจากการบำบัดก่อนที่กำหนด

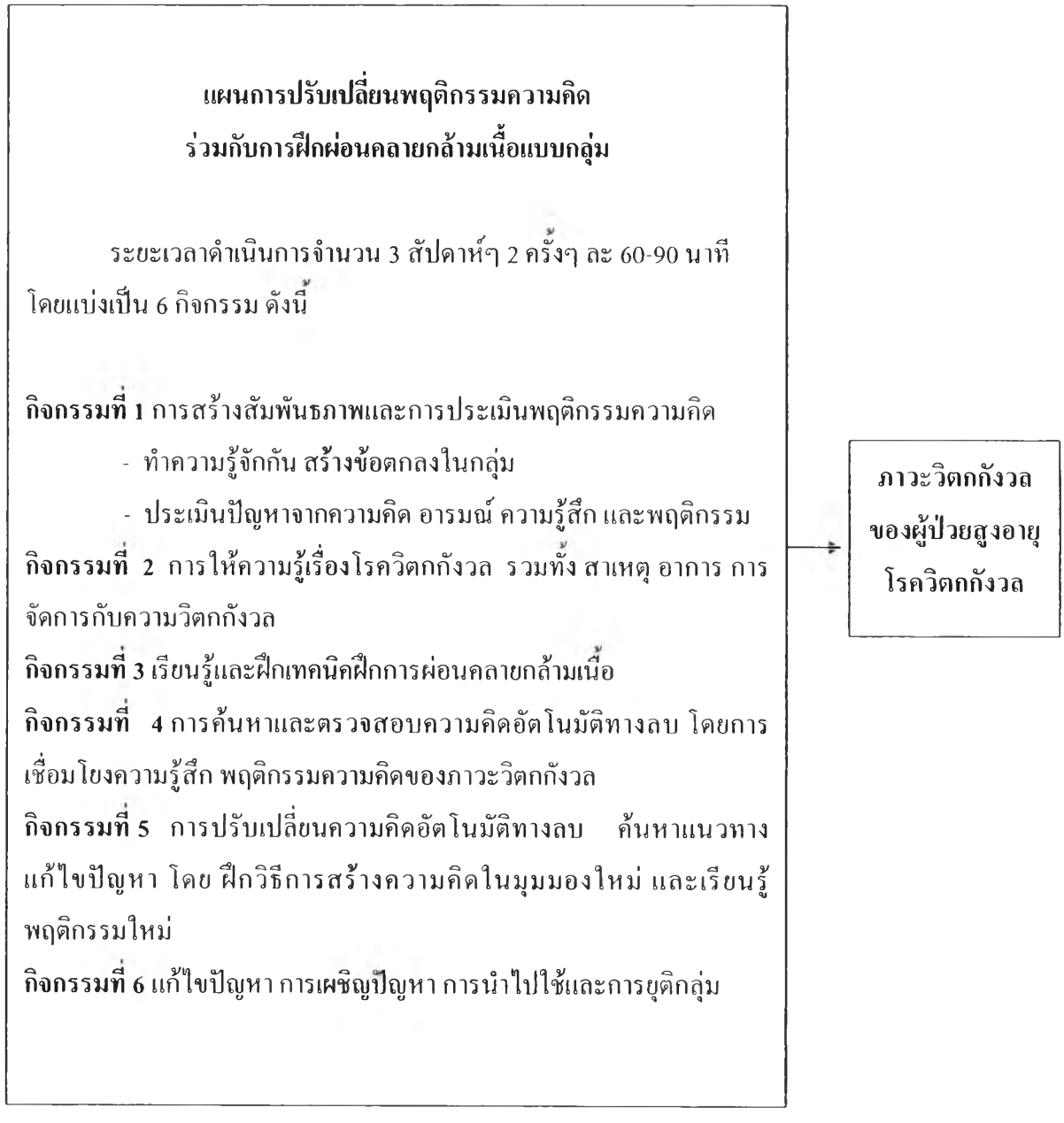
จากการศึกษา ดังกล่าวพบว่ามีข้อจำกัดเนื่องจากจำนวนตัวอย่างค่อนข้างน้อยและยังขาดการควบคุมเปรียบเทียบแม้พบว่าสามารถลดความวิตกกังวลลงได้แต่ยังคงต้องทำการศึกษาต่อเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน สามารถนำไปสู่การอ้างอิงได้ ส่วนข้อดีของการศึกษานี้คือ การที่ตัวอย่างน้อยทำให้การเฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างใกล้ชิด ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า ความเป็นไปได้ของการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ขึ้นอยู่กับการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งมีความแตกต่างกันไป เช่น ด้านการศึกษากับความสามารถในการเรียนรู้ในแต่ละครั้งของการบำบัด พบว่า ในผู้ป่วยที่ไม่ได้จบการศึกษาระดับสูงสามารถที่จะเรียนรู้ได้โดยผู้บำบัดปรับปรุงภาษาให้ง่ายขึ้นในการอธิบาย และคอยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้เป็นขั้นตอน ส่วนคนที่มีการศึกษาและสนใจการเรียนรู้ใหม่จะทำให้การเรียนรู้เร็วและง่ายขึ้น สามารถทำการบ้านได้เป็นอย่างดีส่งผลต่อความวิตกกังวลลดลง กรอบแนวคิดที่ใช้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับแนวทางการรักษา คือ เน้นการอธิบายความวิตกกังวลที่สัมพันธ์กับกระบวนการคิด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจการเจ็บป่วย และมองเห็นเป้าหมายหรือเหตุผลในการบำบัดที่ชัดเจนและสามารถนำกรอบแนวคิด และรูปแบบการบำบัดไปประยุกต์ใช้หรืออธิบายความวิตกกังวลได้ในผู้ป่วยทุกวัย ดังนั้นเพื่อความน่าชื่อถือ และสามารถยืนยันได้ว่าวิธีการบำบัดดังกล่าวมีประสิทธิภาพควรทำการศึกษาโดยมีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบ และปริมาณกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น

นอกจากนี้ในบางงานวิจัยได้นำแนวคิดนี้ไปใช้ในเชิงแนวคิดอ้างอิง เพื่อเป็นพื้นฐานของการจัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับ ผู้ป่วยโรคอื่นๆ ในลักษณะของการจัดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เช่น การวิจัยของ Lubin H. (1998 อ้างถึงใน กนกวรรณ ทาสอน, 2545) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (interactive psychoeducational group therapy) ต่อการลดอาการของภาวะเครียดที่เกิดจากการได้รับความกระทบกระเทือนทางอารมณ์อย่างรุนแรงในผู้หญิง โดยใช้แนวคิดการบำบัด CBT เป็นโครงสร้างและองค์ประกอบในแบบแผนของการทำกลุ่มมีระยะเวลาทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 16 สัปดาห์ และติดตามผล 6 เดือน ซึ่งผลการวิจัยพบว่าอาการของภาวะเครียดที่เกิดจากการได้รับความกระทบกระเทือนทางอารมณ์อย่างรุนแรง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับงานวิจัยในประเทศไทย พบว่า กนกวรรณ ทาสอน (2545) ได้นำแนวคิดการบำบัด CBT มาเป็นแนวทางในการกำหนดโครงสร้างเนื้อหาของแผนการดำเนินกลุ่มการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล แบ่งการทำกลุ่มออกเป็น 2 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง ถึง 1.30 ชั่วโมง วันละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 2 วัน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.01$) แม้ว่างานวิจัยนี้พบว่ายังไม่เน้นถึงการเรียนรู้กระบวนการคิดและการฝึกปรับเปลี่ยนความคิดโดยตรง

มีการศึกษาถึงผลของการบำบัดทางจิตในหลากหลายรูปแบบเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลมีความวิตกกังวลลดลง ซึ่ง Durham & Allan (1993) ได้ทบทวนผลการศึกษาโดยวิธีการบำบัดทางจิต (psychological treatment) หลาย ๆ วิธีในการรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ระหว่างปี ค.ศ.1980 – 1991 พบว่าการบำบัดทางจิตแบบ CBT เป็นทางเลือกหนึ่งที่มีความเป็นไปได้สูงและมีคุณค่าทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลไม่น้อยไปกว่าการรักษาด้วยยา ผลการ ศึกษาเหล่านั้นพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและสามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยได้มีผู้ที่สนใจศึกษาการใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมทั้งในรูปแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ดังนี้

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) แม้ว่างานวิจัยนี้พบว่ายังไม่เน้นถึงการเรียนรู้กระบวนการคิดและการฝึกปรับแปลี่ยนความคิดโดยตรง

บุญญลักษณ์ พิมพาทอง (2548) ศึกษาการใช้การเรียนรู้แบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล โดยการจัดการเรียนรู้แบบกลุ่มๆละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ๆละ 2 วัน ๆละ 3 ครั้ง ๆละ 1 ชั่วโมง – 1 ชั่วโมง 30 นาที รวม 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 วัน ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล สามารถแยกแยะความคิด ที่บิดเบือน หรือความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์ มีการหาหลักฐาน หาเหตุผลที่จะมาสนับสนุน หรือการคัดค้านความคิดหรือความรู้สึกเหล่านั้น ส่งผลให้คิดในทางบวก หรือคิดในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองมากขึ้น ภายหลังจากได้รับการใช้เรียนรู้แบบกลุ่ม

8. กรอบแนวคิดในการศึกษา (Conceptual Framework)