

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวลของโรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมี อำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี ก่อนและหลังการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วย โรคจิตกังวล ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความวิตกกังวลและโรคจิตกังวล

- 1.1 ความหมายของความวิตกกังวล
- 1.2 ประเภทของความวิตกกังวล
- 1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล
- 1.4 ระดับของความวิตกกังวล
- 1.5 การประเมินความวิตกกังวล
- 1.6 สาเหตุของโรคจิตกังวล
- 1.7 อาการของโรคจิตกังวล
- 1.8 การวินิจฉัยโรคจิตกังวล
- 1.9 การรักษาโรคจิตกังวล

2. กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตกังวล

3. การบำบัดโดยใช้ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

- 3.1 ความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- 3.2 ทฤษฎี และแนวคิดในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
- 3.3 หลักการในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
- 3.4 กระบวนการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด
- 3.5 เทคนิคในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

4. บริบทการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคจิตกังวลโรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมี

5. การใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับความวิตกกังวล

1.1 ความหมายของความวิตกกังวล

Spielberger (1966) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็น ความเครียดซึ่งเกิดจากความมั่นคงปลอดภัยของบุคคลถูกคุกคาม โดยสิ่งที่คุกคามนั้นอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการทำนาย เหตุการณ์ล่วงหน้า ความวิตกกังวลทำให้ประสิทธิภาพในการตอบสนองความต้องการของบุคคลลดลง และมีผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความวิตกกังวลมีหลายระดับขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและประสิทธิภาพในการประเมินสถานการณ์ของบุคคลนั้น ความวิตกกังวลในระดับพอเหมาะจะกระตุ้นให้บุคคลมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานมากขึ้น แต่ความวิตกกังวลที่มากเกินไปจะทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคลลดลง

Bandura (1969) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็น พฤติกรรมของบุคคล ส่วนใหญ่เกิดจากการเรียนรู้ จากการสังเกตผู้อื่นในสังคมที่เขาสนใจ มีการจดจำและนำมาลอกเลียนแบบ ภายหลัง การเรียนรู้แบบนี้เป็นการเรียนรู้ตามธรรมชาติของบุคคล ดังนั้นความวิตกกังวลจึงเกิดจากการได้เห็นบุคคลถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้าบางอย่าง ซึ่งเป็นผลทำให้บุคคลนั้นได้รับกรรมที่ไม่พอใจ และเมื่อตนเองจะต้องเผชิญกับสิ่งเร้าดังกล่าว ก็จะทำให้สิ่งเร้านั้นสร้างความวิตกกังวลให้กับบุคคลได้ นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังเกิดจากการขาดทักษะในพฤติกรรมบางอย่าง ซึ่งเป็นผลทำให้บุคคลเกิดความไม่แน่ใจในผลกรรมที่ตนเองจะได้รับ ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงต่อสิ่งเร้าที่จะนำไปสู่พฤติกรรมที่ตนขาดทักษะนั้น ๆ

สุวินัย เกี้ยวกิ่งแก้ว (2544) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นปฏิกิริยาของบุคคลที่แสดงออกมาเนื่องจากมีสิ่งคุกคามต่อความมั่นคง ความเชื่อ ความหวังและค่านิยมของชีวิต ทำให้เกิดความรู้สึกหวนหวน ไม่เป็นสุข กระวนกระวายใจ ความรู้สึกดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อการทำงานที่ของบุคคล โดยการตอบสนองจะมีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม

จากความหมายของความวิตกกังวลดังกล่าว สรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นในอนาคต อาจมีการคาดการณ์ล่วงหน้าที่เกิดขึ้นกว่าเหตุทางด้านลบ ที่เป็นอันตรายต่อตนเองส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม และมีการแสดงออกทางด้านร่างกายที่ชัดเจน ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานและการสร้างสัมพันธภาพของบุคคลลดลง ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น และความสามารถของบุคคลในการจัดการกับความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม

1.2 ประเภทของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งเป็น 2 ประเภท (Spielberger, 1976 อ้างถึงใน บุญญลักษณ์ พิมพ์ทอง, 2548) คือ

1.2.1 ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัว (Trait anxiety) ความวิตกกังวลประเภทนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เป็นลักษณะนิสัยที่ได้รับความเครียด สถานการณ์ที่คุกคาม และมีกรตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้นๆ รุนแรงขึ้น เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ ไป เกิดอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานานจนเป็นลักษณะนิสัยประจำตัวและเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพของบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างคงที่ และจะเป็นตัวเสริม หรือเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน

1.2.2 ความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (State anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ขณะนั้น เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียด ไม่พอใจ โดยอาจแสดงเป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้ ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตของบุคคล ความวิตกกังวลทั้ง 2 ประเภทนี้ มีความสัมพันธ์กัน คือ บุคคลที่มีความวิตกกังวลในลักษณะประจำตัวสูง (Trait anxiety) เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือสิ่งคุกคาม ความวิตกกังวลในลักษณะประจำตัว (Trait anxiety) ก็จะเป็นตัวเสริมให้เกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (State anxiety) รุนแรงและยาวนาน และในบุคคลที่เกิดความวิตกกังวลในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (State anxiety) บ่อยครั้งโดยแต่ละครั้งมีความรุนแรง อาจส่งผลให้บุคคลนั้นมีความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัว (Trait anxiety) ในระดับที่สูงขึ้นได้

1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความวิตกกังวล องค์ประกอบสำคัญที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมี 3 ประการดังนี้ (Melvin, 1978 อ้างถึงใน กนกพร สุคำวัง 2527; Lazarus and Folkman, 1984)

1.3.1 เมื่อบุคคลได้รับการคุกคามหรือสูญเสียสัญลักษณ์ (Symbols) ของตน ได้แก่ ความคิดเห็นมโนทัศน์ ค่านิยมหรือระบบของความคิดของตนเองจะทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

1.3.2 การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่จะมาคุกคาม ทำให้เกิดความขัดแย้ง ซึ่งอาจจะเกิดได้ทั้งในจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลทำให้เกิดความวิตกกังวลได้

1.3.3 ความไม่แน่ใจ หรือความคลุมเครือต่อเหตุการณ์ในอนาคต ซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลไม่สามารถรู้ถึงอันตรายหรือสิ่งที่มาคุกคามตัวบุคคล ส่งผลให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล ความไม่แน่ใจเป็นสาเหตุสำคัญของความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ที่มีความเจ็บป่วยเนื่องจากความไม่แน่ใจทำให้จำกัดความสามารถของบุคคลในการควบคุมสิ่งที่คิดว่าเป็นอันตราย ดังนั้นจึงทำให้บุคคลรู้สึกว่าจะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลในที่สุด อีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล

1.4 ระดับของความวิตกกังวล

ลักษณะต่าง ๆ ทั้งในส่วนพฤติกรรม อารมณ์ และความคิดที่แสดงถึงความวิตกกังวลสามารถแบ่งเป็นระดับได้ ตั้งแต่ระดับ 1 จนถึงระดับ 4 ดังนี้ (Shives, 1986 อ้างถึงใน คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา และคณะ, 2543)

ระดับ 1 ความวิตกกังวลในระดับต่ำ (Mild anxiety) ผู้ที่มีความวิตกกังวล ระดับ 1 จะมีความตื่นตัวเพิ่มขึ้นต่อสิ่งกระตุ้นภายในและสิ่งกระตุ้นภายนอก จากสิ่งแวดล้อม ในความวิตกกังวลระดับนี้ บุคคลจะมีความสามารถในการเรียนรู้เพิ่มขึ้น มีความรู้สึกกังวล รู้สึกว่ามีแรงขับภายในที่ทำให้ไม่สามารถจะผ่อนคลายตนเองได้ อาการกระวนกระวาย กระสับกระส่ายอาจจะปรากฏได้โดยอาจไม่ทราบสาเหตุ

ระดับ 2 ความวิตกกังวลระดับกลาง (Moderate anxiety) ในระดับนี้ ความสามารถในการรับรู้จะค่อนข้างแคบ บุคคลจะยังสามารถให้ความสนใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเฉพาะ มักจะมีอาการเดินไปมา เสียสมาธิจะสั้น พุดมากขึ้น ระบบทางสรีระเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง

ระดับ 3 ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้ความสามารถของการรับรู้ของบุคคลลดลง โดยจะให้ความสนใจต่อรายละเอียดเล็กๆ การใช้คำพูดมักไม่ค่อยเหมาะสมหรือถึงขั้นไม่สามารถสื่อสารได้ชัดเจน ขณะที่ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นสติปัญญาที่จะคิดหรือแก้ปัญหาต่าง ๆ จะลดลง ขาดความสามารถในการแยกแยะสิ่งต่างๆ ระยะนี้มักจะเกิดคำถามในใจบ่อยๆ ว่า “จะทำอย่างไรกับตนเองดี” “ทำไมถึงน่าเบื่ออย่างนี้” ระบบสรีระจะมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ระดับ 4 ความวิตกกังวลระดับตื่นกลัวสุดขีด (Panic) ในความวิตกกังวลระดับนี้ จะมีอาการทุกอย่างเต็มที่ ความสามารถในการรับรู้เสียไปมาก บุคลิกภาพเริ่มเปลี่ยนไปความสามารถในการพูดเสียไป และไม่สามารถที่จะสนใจต่อสิ่งเร้าที่เป็นจริงได้ ระบบสรีระอารมณ์ และสติปัญญาเบี่ยงเบนไปจะเห็นว่า ความวิตกกังวล แม้จะถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติธรรมดา ของมนุษย์ทุกคน แต่เมื่อความวิตกกังวลที่ไม่ได้รับการแก้ไข และเพิ่มสูงขึ้นจนถึงระดับสูง หรือมีอยู่ในระยะเวลายาว

นานเกินไป ย่อมจะทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล

1.5 การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลสามารถประเมินได้จากการสังเกตพฤติกรรม การตอบสนองด้านสรีระของบุคคลที่แสดงออกเพื่อลดความวิตกกังวล และจากรายงานความรู้สึกที่เกิดขึ้นเฉพาะบุคคลที่ประสบความวิตกกังวล ซึ่ง Nietzel and Bernstein (อ้างถึงใน วรากรณ์ ยศทวี, 2540) ได้จำแนกการประเมินความวิตกกังวลเป็น 3 วิธี ดังนี้

1.5.1 การประเมินความวิตกกังวลจากสภาพทางสรีระ (Physiological measure of anxiety) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น ระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการเต้นของชีพจร การตรวจคลื่นสมอง การขยายของม่านตา ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งการวัดความวิตกกังวลแบบนี้จะต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษในการวัด เช่น เครื่องมือวัดความดันโลหิต (sphygmomanometer) เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (electrocardiograph) เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของชีพจร (mechanical pulse detective) เครื่องมือวัดคลื่นสมอง (electroencephalography) เครื่องมือตรวจม่านตา เพื่อดูการขยายของม่านตา (pupillograph) เครื่องมือวัดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ (eletromyograph) เป็นต้น การวัดด้วยวิธีนี้ต้องอาศัยผู้ชำนาญทางการตรวจและการแปลผลการเปลี่ยนแปลงซึ่งต้องมีความแม่นยำ อาจเกิดความสับสนต่อการประเมิน นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละบุคคลยังมีแบบแผนที่แตกต่างกัน

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

1.5.3 การประเมินความวิตกกังวลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-repor measure of anxiety) โดยให้บุคคลรายงานความรู้สึกวิตกกังวลของตนเอง ซึ่งอาจเป็นการรายงานด้วยการตอบแบบสอบถาม การเขียนหรือรายงานด้วยวาจา เป็นการวัดความวิตกกังวลซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้ โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบตามความรู้สึก แล้วนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล แบบสอบถามดังกล่าวมีผู้สร้างหลายชนิด เช่น แบบสอบถามความวิตกกังวล

STAI (The State-Trait Anxiety Inventory) ของ Spielberger, Gorsuch and Lushene (1970) แบบสอบถามความวิตกกังวลแบบ MAS (The Taylor Manifest Anxiety) ของ Taylor (1982) เป็นต้น การประเมินความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้สามารถใช้ได้สะดวก และได้ผลดี ถ้าแบบวัดที่สร้างขึ้นมีความเที่ยงและความตรงสูงแบบสอบถามความวิตกกังวล STAI(The State-Trait Anxiety Inventory) ของ Spielberger , Gorsuch and Lushene เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดความวิตกกังวลด้วยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วยแบบสอบถามที่ใช้วัดความวิตกกังวล 2 ประเภท คือ 1) แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลแบบ State anxiety คือ แบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆ 2) แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลแบบ Trait anxiety คือ แบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึกทั่วไปของบุคคลในทุกสถานการณ์

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Stat Anxiety) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในแบบประเมิน The State-Trait Anxiety Inventory (STAI form Y1) ของ Spielberger (1967) แปลเป็นไทยโดย รศ.พญ.นิตยา คชภักดี สายฤดี วรกิจ โภคาธร และมาลี นิสสัยสุข (2534) เหตุผลที่เลือกใช้แบบประเมินนี้ เนื่องจากสามารถวัดความวิตกกังวลในขณะเผชิญได้ และเป็นแบบประเมินที่สามารถใช้วัดความวิตกกังวลได้ผลดีในผู้ป่วยที่ได้รับการให้คำปรึกษา การบำบัดด้วยวิธีจิตบำบัด และโปรแกรมพฤติกรรมบำบัด (Spielberger, 1967)

1.6 สาเหตุของโรควิตกกังวล

สาเหตุของโรควิตกกังวล สามารถแบ่งตามปัจจัยของการเกิดโรคได้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2548) ดังนี้

1.6.1 ปัจจัยด้านจิตใจ อากาโรวิตกกังวลเกิดจากความขัดแย้งในจิตใจสำคัญซึ่งไม่ได้ถูกแก้ไข ความผิดปกติในแง่ของการรับรู้และการแปรผลต่อเหตุการณ์ต่างๆ ในลักษณะที่มองโลกในแง่ร้าย ทำให้เกิดความรู้สึกว่าไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ สำหรับทฤษฎี Cognitive behavioral เชื่อว่าความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นเป็นการเลียนแบบมาจากพ่อแม่ที่มีอาการเหมือนกับผู้ป่วย หรือเกิดจากการที่ผู้ป่วยเคยมีอาการวิตกกังวลในขณะที่มีสิ่งกระตุ้น หรืออยู่ในสถานที่ใดที่หนึ่ง ก็จะทำให้ผู้ป่วยกลัวว่าจะเกิดความวิตกกังวลขึ้นมาอีก เมื่อพบสิ่งกระตุ้นหรือสถานที่นั้นซ้ำอีก

1.6.2 ปัจจัยด้านชีวภาพ

1.6.2.1 Peripheral and central nervous system พบว่า autonomic nervous system ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการเพิ่มขึ้นของ sympathetic tone อย่างมาก เมื่อถูกกระตุ้นด้วย stimuli ต่างๆ

1.6.2.2 Neurotransmitters ตัวที่เกี่ยวข้องได้แก่ Norepinephrine โดย

เฉพาะที่บริเวณ Locus ceruleus, serotonin ที่ median raphe nucleus และ Gamma aminobutyric acid (GABA)

1.6.2.3 Panic including substance พบว่ามีสารหลายชนิดที่เมื่อใช้ในผู้ป่วย panic disorder แล้วจะเหนี่ยวนำให้เกิด panic attack ได้ง่ายขึ้น เช่น carbondioxide (5-35 % sodiumlactate, bicarbonate; alpha adrenergicreceptorantagonist (yohimbin), serotoninagent (fenfluramine) และ caffeine เป็นต้น (รัตน สหายพานิชย์ และสมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก อ่างถึงใน มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544) ตามแนวคิดนี้ได้อธิบายภาวะวิตกกังวลไว้ว่าเป็นรูปแบบของความคิดที่ผิดบิดเบือนหรือความคิดในเชิงลบ ไม่สร้างสรรค์ ที่เกิดร่วมกับพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่แปรปรวนไปตามแนวคิดนี้เชื่อว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคความผิดปกติชนิดวิตกกังวล มักประเมินอันตราย หรือโอกาสที่ตนจะได้รับอันตรายสูงเกินความเป็นจริง ในขณะที่เดียวกันก็จะประเมินความสามารถของตัวเองที่จะต่อสู้หรือจัดการกับสิ่งที่มาคุกคามนั้นต่ำกว่าความเป็นจริงด้วย สำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวลนั้น จะเป็นผู้ป่วยที่มีความคิดบิดเบือนไป โดยจะรับรู้และตีความเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต ที่เกิดขึ้นว่ามาคุกคามต่อความสุข ทางร่างกายหรือทางสังคมของตน เช่น ผู้ป่วยมักคาดหมายไปล่วงหน้าว่า จะมีการเหตุร้ายเกิดขึ้นกับตนเอง หรือบุคคลใกล้ชิด บางคนได้ยินเสียงดังหรือเสียงโทรศัพท์ดังขึ้น ก็จะมีสะดุ้ง ตกใจง่าย นอกจากนี้จะกังวลเกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดขึ้นกับตน เช่น ถ้ามีอาการใจเต้นเร็ว ใจสั่น อาจวิตกไปว่าตนเองจะเป็นโรคหัวใจ เป็นต้น (McDonald, 1990; Hochn-Saric; Mcleod,1991; Coryell and Winokur 1991; Green, 1993; พิเชฐ อุชมรัตน์, 2534; สุรัชย์ เกื้อศิริกุล, 2536; สมภพ เรื่องตระกูล, 2537; จำลอง ดิษยวณิช และ พรรัมเพรา ดิษยวณิช, 2545)

1.7 อาการของโรควิตกกังวล

อาการของโรควิตกกังวล อาจมีลักษณะการแสดงออกของความวิตกกังวล ที่คล้ายคลึงกับผู้ที่มีความวิตกกังวลระดับรุนแรง แต่สามารถแยกแยะได้จากความแตกต่างที่พอสรุปได้ดังนี้ (กนกวรรณ ทาสอน, 2545)

1.7.1 มีลักษณะความวิตกกังวลที่แผ่กระจายไปในหลายๆ เรื่องไม่ทราบสาเหตุ ไม่เจาะจงหรือผูกพันอยู่กับเหตุการณ์หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยเฉพาะ และไม่มีอาการรุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นช่วง ๆ เหมือน panic attack แต่ผู้ป่วยจะตกอยู่ในภาวะวิตกกังวล ตั้งเครียดกลัว หรือหวาดวิตก คาดการณ์ไปล่วงหน้าต่อเหตุการณ์ในชีวิตหลาย ๆ เรื่อง มีความคิดวนเวียนกลับไปกลับมา หวั่นว่า จะมีเหตุร้ายเกิดขึ้นกับตนเองหรือคนใกล้ชิด เรื่องที่กังวลส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของครอบครัว เศรษฐกิจ การทำงาน ความเจ็บป่วย อุบัติเหตุ ความตาย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นอกจากนั้น

จะกังวลเกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดขึ้นกับตนเช่นถ้ามีอาการหัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น อาจวิตกไปว่าตนเองจะเป็นโรคหัวใจ เป็นต้น (สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2533; พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, 2534; รัตนา สายพานิชย์ และ สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก, 2539; สุรัชย์ เกื้อศิริกุล, 2536)

1.7.2 มีความไม่สุขสบายทางกายที่เกิดจากผลกระทบ หรือการตอบสนองต่อความวิตกกังวลร่วมด้วย

1.7.2.1 อาการที่เกิดจากความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ (Muscle tension) เช่น อาการสั่นกระตุกของแขนขา เจ็บตึงปวดตามกล้ามเนื้อ เหนื่อยอ่อนเพลียง่าย ปวดศีรษะแบบตึงๆ ตื้อๆ (tension headache) หรือปวดบริเวณขมับทั้งสองข้าง ปวดตึงกล้ามเนื้อต้นคอ ท้ายทอย

1.7.2.2 อาการที่เกิดจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากเกินไป (Autonomic hyperactivity) เช่น อาการใจสั่น เหนื่อยง่าย หายใจติดขัด หัวใจเต้นเร็ว รู้สึกหายใจไม่อิ่ม รู้สึกเหมือนมีก้อนจุกที่ลำคอ แต่อาการเหล่านี้จะไม่เกิดรุนแรงเป็นช่วงๆ เหมือนโรคแพนิค นอกนั้นจะมีอาการเหงื่อออกง่าย ปากแห้ง มึนงง คลื่นไส้ ท้องเสีย ปัสสาวะบ่อย

1.7.2.3 อาการที่เกิดจากความเครียดหรือระแวงระวังมากเกินไป (Cognitive hypervigilance) เช่น อาการตึงเครียด ตื่นเต้นตกใจง่ายกว่าปกติเวลามีเสียงดัง ขาดสมาธิ ใจลอย เนื่องจากความกังวล หลับยาก หรือหลับไม่สนิท

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

1.7.4 ลักษณะอาการเฉพาะของโรคที่ส่งผลให้บุคคลมีความบกพร่องด้านการประกอบอาชีพการงานรวมทั้งทำให้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมบกพร่อง (Schweizer, 1995)

1.8 การวินิจฉัยโรควิตกกังวล

โรควิตกกังวล Generalized Anxiety Disorder (GAD) เกณฑ์การวินิจฉัยโรควิตกกังวลได้ถูกกำหนดอย่างชัดเจนครั้งแรกในกลุ่มมีอาการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 (DSM-III-R) ในปี ค.ศ.1980 และต่อมาใน DSM - IV American Psychiatric Association (1994) ได้กำหนดให้ระยะเวลาที่มีอาการอย่างน้อย 3-6 เดือน และมีอาการอย่างน้อย 3 อาการใน 6 อาการ โดยเปลี่ยนจากการเน้นในเรื่องกลุ่มอาการทางร่างกาย (somatic symptoms) เป็นเน้นที่กลุ่มอาการทางความคิดกังวล (cognitive symptoms of excessive worry) Thomson (1996) Well (1999) อ้างถึงในปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และ พิเชฐ อุดมรัตน์ (2544) ซึ่งประกอบด้วย อาการแสดง

อย่างเรื้อรังของความตึงเครียดในระบบการเคลื่อนไหวหรือกล้ามเนื้อ (motor tension) ได้แก่ สั่นกระตุกหรือรู้สึกสะท้าน ตึง เจ็บปวดตามกล้ามเนื้อ งุ่มง่าม เหนื่อย อ่อนเพลียง่าย ความแปรปรวนของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น เหงื่อแตก มึนงง หายใจติดขัด หรือรู้สึกว้าวุ่นใจไม่ออก ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ปากแห้ง มึนงงหรือรู้สึกหัวเบาโหวง (lightheadedness) คลื่นไส้ ท้องเสีย หรือท้องไส้ปั่นป่วน (abdominal distress) หน้าแดง ร้อนวูบวาบ หรือหนาวเย็น ปัสสาวะบ่อย กลืนลำบาก หรือเหมือนมีก้อนอะไรจุกแน่นอยู่ที่คอความคิดในเรื่องหวาดหวั่นหรือหวาดวิตกได้แก่ มีความหวาดหวั่นหรือกังวลที่มากเกินไป และไม่เป็นจริงต่อเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต อย่างน้อย 2 เหตุการณ์ หรือมากกว่า มีความกังวลที่แผ่กระจายไปในหลายเรื่อง (generalized) ยกตัวอย่างเช่น กังวลว่าบุตรของตน (ผู้ซึ่งไม่ได้อยู่ในสถานการณ์อันตรายใดๆ) จะประสบเคราะห์กรรม และยังกังวลในเรื่องการเงิน (โดยไม่มีเหตุผลเพียงพอ) นอกจากนั้นยังวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดขึ้นกับตน เช่น ใจสั่น เต้นเร็วกังวลว่าจะเป็นโรค หัวใจ ผู้ป่วยจะถูกรบกวนด้วยความวิตกกังวลและความหวั่นวิตกนั้นอยู่เกือบตลอดเวลา และมีความระแวงระวัง ฟินิจพิเคราะห์มากเกินไป (cognitive hypervigilance) เช่น ความรู้สึกตื่นเต้น ตึงเครียด ตกใจง่าย ขาดสมาธิหรือใจลอย เนื่องจากความกังวล หลับยากหรือหลับไม่สนิท หงุดหงิด (พิเชษฐ อุคมรัตน์, 2534 และ สุรัช เกื้อศิริกุล, 2536) ผู้ป่วยมักจะมีอาการหลายอย่างเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน จนบางคนคิดว่าเป็นที่เดียวหลายโรค แต่ความเป็นจริงแล้วอาการที่เกิดขึ้นหลายอย่างนั้น มีสาเหตุมาจากเรื่องเดียวกัน คือ ความวิตกกังวลนั่นเอง (จำลอง ดิษยวณิช และ พร็ิมเพรา ดิษยวณิช, 2545) ดังนั้นพอสรุปเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2544)

1.8.1 มีความวิตกกังวลมากเกินไป (apprehensive expectation) ในหลาย ๆ เรื่อง

1.8.2 ผู้ป่วยรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมความกังวลนี้ได้

1.8.3 มีอาการต่างๆ ดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 3 ข้อ (ในเด็กมีอาการอย่างน้อย 1 ข้อ)

คือ

1.8.3.1 กระสับกระส่าย

1.8.3.2 อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย

1.8.3.3 มีปัญหาด้านสมาธิ ความจำ

1.8.3.4 หงุดหงิด

1.8.3.5 ปวดเมื่อย ตึงตามกล้ามเนื้อ

1.8.3.6 มีปัญหาเกี่ยวกับการนอน

1.8.4 อาการกังวลจะไม่เป็นเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

1.8.5 อาการเป็นเกือบทั้งวัน ติดต่อกันนานมากกว่า 6 เดือน

1.9 การรักษาโรควิตกกังวล

การรักษาโดยทั่วไป (สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536) ดังนี้

1.9.1 วิธีการบำบัดทางจิตสังคม

1.9.1.1 จิตบำบัด (Psychotherapy) พบว่าใช้ได้ผลกับโรควิตกกังวล GAD โดยเฉพาะในรายที่มีอาการระดับน้อยๆ และมักต้องใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา ข้อจำกัดในการรักษาวิธีนี้ คือ ใช้ระยะเวลาการรักษายาวนาน รักษาผู้ป่วยได้จำนวนน้อยคนในเวลาจำกัด

1.9.1.2 จิตบำบัดประคับประคอง (Supportive Psychotherapy) นิยมใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะรู้สึกคลายความวิตกกังวลไปได้มาก ถ้าเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายถึงปัญหาและความยุ่งยากต่างๆ ที่เกิดขึ้น

1.9.1.3 พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) การรักษาที่นำหลักของทฤษฎีการเรียนรู้มาประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของมนุษย์

1.9.1.4 ความคิดบำบัด (Cognitive Therapy) การรักษาพยาธิสภาพพื้นฐานของผู้ป่วยวิตกกังวลอยู่ในขบวนการของการรู้ ที่สำคัญ คือ การประเมินต่อสถานการณ์ ดังนั้นเป้าหมายของการรักษา คือ ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักและตรวจสอบถึงความคิดและวิธีคิดที่ผิดพลาดไป และพยายามทดแทนด้วยความคิดที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์กว่าเดิม

1.9.1.5 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) เป็นการรักษาที่ใช้การผสมผสานเข้าด้วยกันระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและการปรับพฤติกรรม ในการรักษา โดยวิธีนี้ผู้ป่วยจะได้รับการชี้แนะให้เข้าใจรูปแบบต่างๆ ของความคิดที่เบี่ยงเบนไป รวมทั้งพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยมีการอภิปรายโต้แย้งความคิดที่ผิดปกติอย่างเป็นระบบ ประกอบกับให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ เป็นการบ้านเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยประเมิน ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปได้ด้วยตนเอง (ละเอียด ชูประยูร, 2538)

1.9.2 วิธีการรักษาโดยการใช้ยา (Pharmacological Therapies) คือ

1.9.2.1 Benzodiazepines (BZDs) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงและมีความปลอดภัยกว่ายาตัวอื่นในเรื่องของฤทธิ์ข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ และการใช้ยาร่วม โดยการให้ยาผู้ป่วยจะให้ก่อนนอน เพื่อให้ผู้ป่วยหลับสบายลดความวิตกกังวลในตอนกลางวันได้ ผลข้างเคียงอาจทำให้ง่วงซึมซึ่งอาจมีผลต่องานหรือการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วย ในสตรีตั้งครรภ์ยาอาจมีผลร้ายต่อทารกเพราะจะผ่านรกและผ่านออกมาทางน้ำนมได้ ผู้ป่วยอาจมีโอกาสติดยาเพิ่มขึ้นหากได้ใช้ยาไปนานกว่า 3 เดือน

1.9.2.2 ยารักษาอาการต้านเศร้าชนิดโครงสร้างสามนิเวลียส (tricyclic antidepressant) คือ imipramine, doxepin และ amitriptyline ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังหรือมีอาการมึนงงร่วมด้วย และในผู้ป่วยที่มีโอกาสติดง่าย

1.9.2.3 Propranolol เป็นยาที่อาจใช้ร่วมกับยากลุ่ม BZDs ในผู้ป่วยที่มีอาการทางกาย ในตื่นเร็วหรือตื่นที่ไม่ตอบสนองต่อการใช้ยาพวก BZDs แต่เพียงอย่างเดียว มีข้อระวัง คือ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบหัวใจและโรคหอบหืดมาก่อน

1.9.3 การลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล

การช่วยลดความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยถือว่าเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลการช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวล ต้องช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางในการเผชิญความกังวลที่เขามีอยู่ โดยพยาบาลต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาที่เหมาะสม (Suinn, 1990 อ้างถึงใน กนกวรรณ ทาสอน, 2545) มีวิธีการดังนี้

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

ระดับที่ 1 เป็นการลดความเครียดหรือความวิตกกังวลด้วยตนเองโดยวิธีการพื้นฐานต่างๆ ไป เช่น การส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เพียงพอ การหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล การที่ต้นเหตุของปัญหาการขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม

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

ระดับที่ 3 เป็นการลดความเครียดหรือความวิตกกังวลด้วยการขอความช่วยเหลือจากผู้มีประสบการณ์หรือผู้เชี่ยวชาญ เช่น การเข้ากลุ่มประคับประคอง (supportive group) เป็นต้น

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

ความวิตกกังวลนั่นเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ และได้เรียนรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวลของตนเองเป้าหมายของการเรียนรู้ความวิตกกังวล และสอนวิธีการเผชิญปัญหาใหม่เพิ่มเติม สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลด้วยการเผชิญความเครียด หรือความวิตกกังวลโดยทางอ้อมทำได้หลายลักษณะดังนี้

1) การช่วยเหลือด้านสรีระวิทยา (Physiological intervention)

เป็นการลดความเครียดหรือความวิตกกังวล โดยการผ่อนคลาย (relaxation) มีผู้วิจัยหลายคนนำเอาเทคนิคนี้มาศึกษากับผู้ป่วย เช่น ศุภวรรณ ตียพันธ์ (2540) นำเทคนิคการผ่อนคลายด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบลิกมาใช้ลดอาการใจสั่นในผู้ป่วยภาวะวิตกกังวล พบว่า ผู้ป่วยมีอาการใจสั่นลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้มีวิธีผ่อนคลายอีกหลายวิธี เช่น การตอบสนองด้วยความเงียบ การฝึกโยคะ การฝึกใบโอพีดแบค การฝึกสมาธิ เป็นต้น ในส่วนนี้ บุญช่วย เทพยศ (2540) นำวิธีการฝึกสมาธิแบบพุทธนี้ไปใช้กับผู้ป่วยโรคประสาทวิตกกังวล พบว่า สามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมความวิตกกังวลได้เป็นอย่างดี เป็นต้น

2) การช่วยเหลือในด้านพฤติกรรม (Behavior intervention) เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การฝึกการกล้าแสดงออก

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

4) การช่วยเหลือด้านความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior strategies) เป็นวิธีการที่ผสมผสานระหว่างการช่วยเหลือด้านการปรับพฤติกรรมและด้านความคิดนี้เข้าด้วยกัน หรือที่เรียกว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรมวิธีการนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนมุมมองต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแล้ววางแผนพัฒนาการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นด้วยการไม่วิตกกังวล และใช้ทักษะการแก้ไขปัญหาเมื่อมีเหตุการณ์ที่จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นมาอีก (Frisch and Frisch, 1998)

2. กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวล

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2549) ได้อธิบายพอสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ที่พบได้บ่อย เป็นตัวก่อกำลังงานภายในที่ผลักดันให้บุคคลพยายามต่อสู้เพื่อความอยู่รอด

มีการรับรู้ในด้านลบ เกิดความรู้สึกหวาดหวั่นไม่มั่นคงปลอดภัยและไม่เป็นสุข ความวิตกกังวลในระดับต่ำถึงปานกลาง เป็นความหวาดหวั่นซึ่งอยู่ในวิสัยที่บุคคลสามารถควบคุมและเผชิญต่อสถานการณ์ได้จะทำให้เกิดประสบการณ์เชิงบวก หรือสร้างสรรค์ ในระดับที่ความวิตกกังวลระดับรุนแรงหรือรุนแรงสูงสุด เป็นปฏิกิริยาที่อันตรายต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนและเหมาะสม จึงจะปลอดภัยกลับสู่ภาวะปกติได้ หรือมีผลเสียน้อยที่สุด ซึ่งความวิตกกังวลทุกระดับมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ ความนึกคิด และพฤติกรรม กระบวนการพยาบาลที่สำคัญคือ การประเมินสภาพ วินิจฉัยปัญหาได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง และให้การดูแลช่วยเหลือให้สามารถควบคุม หรือลดระดับความวิตกกังวลลงได้ โดยการฝึกผ่อนคลาย ควบคุม และเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม และมีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่สามารถหลีกเลี่ยงสิ่งที่คุกคามต่อสวัสดิภาพและความสมดุลของร่างกายและจิตใจ

2.1 การประเมินปัญหาทางการพยาบาล

ปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความวิตกกังวลมีการแสดงออกที่รุนแรงแตกต่างกันไปตามระดับของความวิตกกังวล ด้านร่างกายพบว่า สัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลงไป เช่น ชีพจรเร็วขึ้น หายใจเร็ว ความดันโลหิตสูง เป็นต้น มีความแปรปรวนของระบบทางเดินอาหาร เช่น มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปากแห้งเป็นต้น ปัสสาวะบ่อย หรือกลั้นไม่อยู่ นอนไม่หลับ หรือนอนหลับไม่ปะติดปะต่อกัน กล้ามเนื้อตึงตัว มือเท้ากระตุกหรือสั่น รูม่านตาขยายกว้างมากขึ้น เหงื่อออกบริเวณฝ่ามือ พุดเร็ว เสียงสูงหรือสั่น

ด้านอารมณ์ บุคคลที่มีความวิตกกังวลจะรู้สึกหวาดหวั่นไม่เป็นสุข พลุ่พล่า่น อาจผุดลุกผุดนั่ง งุ่นง่าน มีท่าทางระวังระไวมากเกินไป ภูกกระตุน่ง่าย วอกแวกตื่นตกใจง่าย มีสีหน้าแสดงความกังวล บางรายพยายามที่จะหนีจากบริเวณที่อยู่ รู้สึกอึดอัด บางครั้งอาจบอกว่า “รู้สึกว่ทุกสิ่งบีบรัด” “อึดอัดคับแคบ” หรือ “เหมือนตกอยู่ในหลุมกับดัก” และในบางครั้งรู้สึกสับสน ไม่สามารถบอกหรือบรรยายถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอารมณ์เช่นนี้ ความรู้สึกหวาดหวั่นเหมือนมีสิ่งคุกคามไม่ปลอดภัยเหล่านี้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือก็จะแปรปรวนเป็นอารมณ์อื่นๆ เช่น โกรธไม่เป็นมิตร หรือก้าวร้าว เป็นต้น

สำหรับด้านสติปัญญา ความวิตกกังวลในระดับต่ำช่วยทำให้บุคคลมีความสามารถในการคิดตัดสินใจและรับรู้สิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น แต่ถ้หากความวิตกกังวลนั้นอยู่ในระดับสูงมากขึ้น ความสามารถทางสติปัญญาจะลดลงไปตามลำดับ บุคคลจะเลือกสนใจเฉพาะเรื่อง สมาธิลดลง การรับรู้แคบ ทั้งภาพ การได้ยินและการรับรู้ความรู้สึกเจ็บป่วย บางรายรับรู้สิ่งแวดล้้อมไม่ตรงกับความเป็นจริง

2.2 การวินิจฉัยทางการแพทย์

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ซึ่งเป็นปัญหาของบุคคลที่มีความวิตกกังวล ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากอารมณ์ที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวหรือเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ เช่น

- 2.2.1 วิตกกังวล เนื่องจากรู้สึกไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขปัญหาได้
- 2.2.2 เผชิญปัญหาไม่เหมาะสม เนื่องจากรู้สึกหวาดหวั่นเป็นห่วงกังวลใจ
- 2.2.3 กระบวนการคิดเปลี่ยนแปลงเนื่องจากวิตกกังวลในระดับรุนแรง
- 2.2.4 บีบคั้นทางจิตวิญญาณ เนื่องจากรู้สึกถูกความไม่ปลอดภัยในชีวิต

2.3 กิจกรรมทางการแพทย์

การพยาบาลมุ่งเน้นช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถควบคุมความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับที่ต่ำลง จนกระทั่งสามารถจัดการความวิตกกังวลต่างๆ ได้ กิจกรรมต่างๆ ที่พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือเมื่อพบบุคคลหรือผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล มีดังต่อไปนี้

2.3.1 สร้างเสริมสัมพันธภาพแบบวิชาชีพ เพื่อให้บุคคลที่มีความวิตกกังวลเกิดความรู้สึกไว้วางใจ มั่นคงปลอดภัย โดยปฏิบัติตามกิจกรรมดังนี้

2.3.1.1 สร้างสัมพันธภาพแบบ 1:1 พยาบาลเป็นผู้เริ่มสัมพันธภาพ
2.3.1.2 พูดคุยด้วยกิริยาสงบ ท่าที่เชื่อมั่น น้ำเสียงมั่นคง เลือกภาษาที่สั้น กระชับ และเข้าใจง่าย

2.3.1.3 มีการแสดงออกที่บ่งบอกความเข้าใจในพฤติกรรมต่างๆ เช่น การจับมือตบเบาๆ ที่แขน เป็นต้น

2.3.1.4 สื่อสารให้ข้อมูลที่ชัดเจนถูกต้องตามความจำเป็น

2.3.1.5 ตำรวจและติดตามควบคุมความรู้สึกของตัวพยาบาลไม่ให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ซึ่งจะสามารถสื่อผ่านไปยังผู้อื่นทำให้เพิ่มความวิตกกังวลได้

2.3.2 ส่งเสริมให้ผู้วิตกกังวลสามารถควบคุม หรือลดความวิตกกังวลด้วยตนเอง โดยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ปฏิบัติตามลำดับดังนี้

2.3.2.1 จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบเงียบ บรรยากาศเป็นกันเอง

2.3.2.2 พยาบาลนั่งใกล้ๆ ด้วยท่าที่ผ่อนคลาย พูดด้วยน้ำเสียงทุ้มต่ำ

2.3.2.3 พูดคุยและแยกแยะถึงสาเหตุที่ทำให้วิตกกังวล ช่วยให้เกิดความไว้วางใจและเปิดใจยอมรับการบำบัด

2.3.2.4 แนะนำบอกถึงประโยชน์ของการผ่อนคลาย เพื่อให้ผู้รับบริการต้องการที่จะฝึกหัด

2.3.2.5 จัดให้นอนในท่าที่สบาย

2.3.2.6 เมื่อเกิดความรู้สึกหงุดหงิด อึดอัดกับข้อใจหรือหายใจไม่สะดวก โดยไม่ทราบสาเหตุให้พยายามควบคุมอารมณ์

2.3.2.7 พยายามนึกถึงช่วงเวลาพิเศษของชีวิต เมื่อรู้สึกสงบและสบายใจ ให้เก็บความรู้สึกเหล่านี้ไว้

2.3.2.8 นอนหลับตา และวางแขนในท่าที่สบายที่สุด หรืออาจให้หมอน / ผ้าหนุนให้สบายโดยเฉพาะบริเวณคอและข้อเท้า เพื่อลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ

2.3.2.9 หายใจเข้าออกอย่างสงบ สูดลมหายใจให้ลึกๆ ประมาณ 5 ครั้ง โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ พยายามทำให้ทรวงอกและหน้าท้องผ่อนคลาย

2.3.2.10 จากนั้นเลื่อนความคิดไปตามจุดต่างๆ ของร่างกายที่กดหรือสัมผัสกับพื้น โดยเริ่มเกร็งกล้ามเนื้อตั้งแต่นิ้วเท้าเรื่อยไปทั่วร่างกายจนกระทั่งถึงศีรษะประมาณ 1 นาทีแล้วบอຍให้กล้ามเนื้อคลาย

2.3.2.11 เกร็งตามข้อต่อต่างๆ เช่น นิ้วเท้า เข่า สะโพก ข้อมือ ไหล่และคอ เป็นต้น และปล่อยให้คลายลง

2.3.2.12 ทำระงับ (Sedation) ซึ่งเป็นยากล่อมประสาทชนิดอ่อน (Minortranqualizer) เช่น Diazepam (Valium), Lorazepam (Ativan), Chlordiazepoxide hydrochloride (Librium) หรือ ครั้งละประมาณ 15 นาที จะช่วยให้กล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ ทั่วร่างกายคลายความตึงเครียด ลดความรู้สึกวิตกกังวล

2.3.3 ดูแลให้ได้รับยาสลบ Oxazepam (Serax) เป็นต้น และบางกรณีอาจให้ยากล่อมประสาทชนิดรุนแรง เช่น Haloperidol (Halop) ด้วยจุดประสงค์ว่า ยาเหล่านี้จะช่วยควบคุมความวิตกกังวลได้ จนกว่าจิตสำนึกความเป็นตัวคนหรืออีโก้ (Ego) จึงมีความสามารถปรับแก้ไขได้ด้วยตนเอง

2.3.4 ช่วยเหลือให้บุคคลที่วิตกกังวลเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย

2.3.4.1 ประเมินสาเหตุ และสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้ความวิตกกังวลมีมากขึ้น เช่น เป็นวัยรุ่นสุขภาพไม่ดี บุคลิกภาพอ่อนแอ พังพา เป็นต้น

2.3.4.2 ประเมินพฤติกรรมการพยายามลดหรือเลี่ยงความวิตกกังวลว่าเหมาะสมหรือไม่ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือก่อนที่ระดับความวิตกกังวลจะสูงเพิ่มขึ้น

2.3.4.3 แสดงความรู้สึกร่วม (Empathy) กับผู้รับบริการ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความไว้วางใจ และพร้อมที่จะระบายอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ

2.3.4.4 ใช้เทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการคิดและหาวิธีการแก้ไขปัญหา เช่น

1) ใช้เทคนิคการสะท้อนความรู้สึกนึกคิดต่างๆ เช่น “คุณกลัวและพยายามหนี” “คุณรู้สึกอย่างไร” หรือ “คุณกำลังวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ”

2) กระตุ้นให้ประเมินระดับความวิตกกังวลของตนเอง

3) เชื่อมโยงความรู้สึกวิตกกังวล กับความต้องการหรือความคาดหวังต่างๆ โดยเฉพาะเรื่องที่ทำให้ไม่สมหวัง ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกถูกคาม เช่น “คุณกำลังเครียดเพราะต้องการกลับบ้านเร็วๆ”

4) ช่วยให้ผู้รับบริการ ได้ยอมรับความจริงในการเผชิญกับสิ่งที่ตนไม่ต้องการ หรือผิดหวังและอดทนต่อความรู้สึกตึงเครียด เช่น “ฉันเข้าใจในดีว่าคุณต้องการกลับบ้าน แต่ว่าคุณจำเป็นต้องรอแพทย์ก่อน”

5) กระตุ้นให้ผู้รับบริการตระหนักถึงความต้องการแก้ปัญหา โดยพยายามร่วมกับผู้รับบริการหาวิธีการเพื่อลดความวิตกกังวลเหล่านั้น เช่น “ในระหว่างรอแพทย์ คุณจะทำอะไรให้รู้สึกเพลิดเพลินดี?”

2.3.5 ในกรณีที่มีความวิตกกังวลในระดับสูงสุด (Panic) หรือรุนแรง ซึ่งควบคุมตัวได้น้อย หรือไม่ได้ พยายามควรปฏิบัติดังนี้

2.3.5.1 อยู่เป็นเพื่อนและพยายามช่วยให้ผู้รับบริการอยู่ในความสงบ ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าตนเองมั่นคงปลอดภัย ไม่โดดเดี่ยว และหากมีสิ่งใดคุกคามตนแล้ว จะมีผู้เห็นใจ เข้าใจและให้ความช่วยเหลือตนเองได้

2.3.5.2 ทำทางพยาบาลต้องสงบมั่นคง อบอุ่น พุดด้วยน้ำเสียงหนักแน่น ให้ประโยชน์สั้นๆ สื่ความรู้สึกมั่นคงในตนเอง

2.3.5.3 จัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ถูกรบกวนน้อยที่สุด ลดการกระตุ้นจากแสงเสียงที่มากเกินไป เช่น การนั่งเก้าอี้ที่หันหลังให้แสง เป็นต้น

2.3.5.4 ค้นหาความต้องการของผู้รับบริการ และให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม ไม่ควบคุม / เร่งรัด / บังคับให้ผู้รับบริการกระทำหรือหยุดกระทำพฤติกรรมต่างๆ สังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้รับบริการที่แสดงออก เพื่อติดตามประเมินความวิตกกังวล

2.3.6 จัดกิจกรรมบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวล

2.3.6.1 ส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายเพื่อให้ใช้พลังงานส่วนเกิน เช่น การวิ่ง กระโดด เป็นต้น

2.3.6.2 จัดให้ทำกิจกรรมหรือทำงานที่เสร็จในระยะเวลาไม่นานและไม่มี การแข่งขัน เช่น การวิ่ง กระโดด เป็นต้น

2.3.6.3 จัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ผู้รับบริการและบุคคลอื่นที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน ได้มีโอกาสพูดคุยปรึกษาหารือกันเกี่ยวกับปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหา

2.3.6.4 สังเกตพฤติกรรม และบันทึกไว้ หรือติดตามพฤติกรรมและความก้าวหน้า

2.3.7 ดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

2.3.7.1 กระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้รับบริการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล

2.3.7.2 ดูแลให้ได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยจัดสภาพแวดล้อมที่สงบ จัดหาเครื่องนอนที่สะอาดเหมาะสมกับสภาพอากาศ และดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา

2.3.7.3 กระตุ้นให้รับประทานอาหาร และน้ำอย่างเพียงพอดูแลและช่วยเหลือให้ผู้รับบริการ มีการขับถ่ายที่เป็นปกติ

2.4 การประเมินผลทางการพยาบาล

การประเมินผลจะประเมินตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งสามารถประเมินได้จากการบอกกล่าวของผู้รับบริการเองหรือครอบครัวและจากการสังเกตของพยาบาล ข้อบ่งชี้ที่แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลได้ผลในทางบวก ได้แก่

2.4.1 รู้สึกผ่อนคลาย

2.4.2 สามารถแยกแยะความรู้สึกวิตกกังวลได้

2.4.3 สามารถบอกถึงความรู้สึกวิตกกังวลของตนเองได้

2.4.4 สามารถบอกวิธีการที่เหมาะสมในการแก้ไขความวิตกกังวลได้ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย หรือเทคนิคการคลายเครียดอื่นๆ

2.4.5 หาแหล่งช่วยเหลือได้ เมื่อรู้สึกว่าไม่สามารถแก้ไขลดความวิตกกังวลได้

3. การบำบัดโดยใช้ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ตามแนวคิด Beck (1960) จิตแพทย์ผู้เริ่มนำการรักษาแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมบำบัดมาใช้จนเป็นที่นิยมอย่างยิ่งในปัจจุบัน การรักษาแบบนี้มีเป้าหมายที่สำคัญอยู่สองระดับ คือ ระดับแรกช่วยลดความเครียด หรืออาการของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจำแนกประเมิน และเปลี่ยนแปลงกระบวนการนึกคิดที่ไม่เหมาะสมและในขั้นที่สองช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในสาระสำคัญของความคิดอ่านของตนที่เป็นจุดอ่อนเพื่อตัดแปลงแก้ไขให้เป็นการคิดอ่าน ความเชื่อ หรือทัศนคติที่เหมาะสม แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนั้นแยกมาจาก การปรับพฤติกรรมมาจากทฤษฎีที่มาจากการเรียนรู้ โดยความแตกต่างอยู่ที่การบำบัดทาง

พฤติกรรมความคิด จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงทางความคิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในขณะที่การปรับพฤติกรรมนั้น จะเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยตรง การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม เป็นจิตบำบัดที่มีโครงสร้างและเป็นจิตบำบัดที่ใช้เวลาสั้น เป็นวิธีการบำบัดที่ได้รับ การวิจัยมากที่สุด และมีเทคนิคที่หลากหลายมากขึ้นเรื่อยๆ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนี้ เป็นการบำบัดรักษาที่มีประโยชน์และมีประสิทธิผล ในการรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรค (จันทิมา องค์กรโฆษิต, 2545)

การรักษาแบบ CBT นี้เป็นการบำบัดรักษาที่มีประโยชน์ และมีประสิทธิภาพในการรักษา โรคทางจิตเวชหลายโรค ซึ่งแนวทางการรักษาี้ยังเป็นเรื่องใหม่ที่ยังมีการพัฒนาและประยุกต์กันอยู่ อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีเทคนิคและวิธีการที่หลากหลายแตกต่างกันไปมาก แต่ทุกรูปแบบมี หลักการ ที่เหมือนกันอยู่ 3 ประการ (Dobson and Block, 1988 อ้างถึงในจันทิมา องค์กรโฆษิต, 2545) คือ

1. การนึกคิดมีผลต่อพฤติกรรม
2. การนึกคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและดัดแปลงได้
3. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมเกิดขึ้นได้ โดยการเปลี่ยนความคิด

การรักษาต้องการแก้ไขความผิดปกติของการนึกคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยอาศัย หลักการว่า การนึกคิดที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive) ของผู้ป่วยเป็นตัวสำคัญทำให้เกิดอาการทางจิต- เวช เช่น อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการกลัว ดังนั้นหลักการรักษาจึงเน้น วิเคราะห์อยู่ 2 ประการ

ประการแรก คือ วิธีการคิดและความคิดที่ผิดและบิดเบือน (Distortion) ของผู้ป่วย ไม่ว่าจะ เป็นรูปแบบของการนึกคิดไปในทางลบ (Pattern of negative thoughts) หรือรูปแบบของความคิด ที่เกิดขึ้นอย่างทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น ก่อนที่บุคคลผู้นั้นจะเกิดความรู้สึกอันเป็นปฏิกิริยาต่อ สถานการณ์นั้น

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

วิธีคิดที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้ กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านลบ และไม่สบายใจ อันเป็นต้นเหตุ ของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ความท้อแท้ สิ้นหวัง การหลบปัญหา การถอยหนีและทำให้ สถานการณ์เลวร้ายมากขึ้น การคิดที่บิดเบือนเหล่านี้เป็นการคิดที่ขาดเหตุผลหรือตรรกะ เช่น ลักษณะการคิดแบบขาวกับดำหรือบวกกับลบไปหมด การแปลสถานการณ์ภายนอกให้ตนเห็นไม่ดี และการคิดแบบไม่แยกแยะเรื่องราว มองทุกอย่างเหมือนกันไปหมด เป็นต้น การรักษาจะช่วย สอนให้ผู้ป่วยรู้จักจำแนกการนึกคิดที่ผิดพลาด ขอมรับและแก้ไขให้เป็นการนึกคิดที่ผิดพลาด ขอมรับการแก้ไขให้เป็นการนึกคิดที่สมเหตุสมผล

3.1 ความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

Beck et al. (1979) ให้ความหมายการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมว่า เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีความสำคัญคือ เป็นการบำบัดในเชิงรุก และมีทิศทาง (active and directive) สามารถมีขอบเขต ของระยะเวลา (time-limited) และมีโครงสร้างการบำบัดที่ชัดเจน (structured) สามารถใช้การบำบัดรักษาโรคทางจิตเวชได้หลากหลาย ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคกลัว โดยการบำบัดมีพื้นฐานแนวคิดที่ว่า อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของคนเรา ส่วนใหญ่แล้วขึ้นกับแนวทางการมองโลกของบุคคลนั้นๆ

ออร์พอร์ด ลีออนูธวัชชัย (2548) ให้ความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ว่าเป็นการใช้กระบวนการ และเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม ส่งผลให้บุคคลเกิดปัญหาในการปรับตัว และมีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช การบำบัดช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของตนให้ เกิดความคิดที่ถูกต้อง เหมาะสม สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น

กล่าวโดยสรุปว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นกระบวนการบำบัดที่ เน้นให้ผู้ป่วยเรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนของตนเอง เป็นความคิดที่ถูกต้องเหมาะสม มีเหตุมีผล อันจะส่งผลเกิดอารมณ์ ความรู้สึกที่เหมาะสม สามารถเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม และสามารถปรับตัวต่อสภาพปัญหา อยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามสภาพความเป็นจริง

3.2 ทฤษฎี และแนวคิดในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม อาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory)

4 ทฤษฎี ดังนี้

3.2.1 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical Conditioning) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้พฤติกรรมที่เป็นการตอบสนองทางด้านสรีรวิทยาโดยตรง ไม่สามารถควบคุมบังคับได้ (Involuntary behavior) ทฤษฎีนี้ได้มาจากการศึกษาของ Pavlov โดยการทำให้สุนัขเกิดพฤติกรรมตอบสนองต่อเสียงกระดิ่ง ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมน้ำลายไหลเมื่อมีเสียงกระดิ่ง โดยฝึกให้อาหารสุนัขควบคู่ไปกับการสั่นกระดิ่ง ทำบ่อย ๆ จนในที่สุดสุนัขเกิดอาการน้ำลายไหลเมื่อได้ยินเสียงกระดิ่งเพียงอย่างเดียว ตัวอย่างของทฤษฎีนี้นำมาใช้ในมนุษย์ ได้แก่ การจัดการกับผู้ป่วยที่มีความกลัวกังวลต่อสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น กลัวความสูง หรือกลัวความอึดอัด

3.2.2 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบจัดกระทำ (Operant conditioning) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมที่อยู่ภายใต้ความควบคุมของจิตใจ (voluntary behavior) ได้มาจากการศึกษาของ B.F. Skinner ทฤษฎีนี้กล่าวได้ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

เป็นผลมาจากผลการตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้านั้นๆ ถ้าการกระทำพฤติกรรมใดส่งผลให้เกิดผลเสียหรือสิ่งที่ไม่น่าพอใจ บุคคลจะลดการกระทำพฤติกรรมนั้นลงหรือเบาบางลง ตัวอย่างของทฤษฎีนี้ได้แก่ การอ้อมและการแสดงท่าทีตอบรับ การชมเชย หรือการให้รางวัล เมื่อเด็กกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม จะช่วยให้เด็กเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น

3.2.3 ทฤษฎีการเรียนรู้แบบทางสังคม (Social Modeling) อธิบายว่าพฤติกรรมสามารถเรียนรู้ได้ โดยอาศัยการสังเกตและการเรียนแบบ เช่น การเลียนแบบบุคลิกลักษณะที่การแต่งกายของบุคคล เกิดจากการมองเห็น ฟังพอใจ และพยายามจะเลียนแบบเป็นของตนเอง

3.2.4 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางด้านความคิด (Cognitive theory) Aaron Beck เป็นผู้ริเริ่มพัฒนาทฤษฎีทางด้านความคิดและได้นำมาเป็นพื้นฐานของการบำบัดทางความคิด จนได้ใช้ทฤษฎีนี้มาบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีหลักการและแนวคิดพื้นฐานที่ว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนและไม่สมเหตุสมผล โดยจะมีความคิดในด้านลบในด้านต่างๆ ทั้ง 3 ด้าน ทั้งความคิดในด้านลบเกี่ยวกับตนเอง ความคิดในด้านลบต่อประสบการณ์ที่ตนเองประสบหรือโลกภายนอก และความคิดในด้านลบต่ออนาคต ซึ่งรวมเรียกว่าความคิดในด้านลบ 3 ด้านของโรคซึมเศร้า (cognitive triad of depression) มีลักษณะดังนี้

3.2.4.1 ความคิดในด้านลบต่อตนเอง คือ คิดว่าตนเองไม่มีข้อดี มีแต่ข้อบกพร่องและไม่เป็นที่ต้องการของใคร

3.2.4.2 ความคิดในด้านลบต่อประสบการณ์ที่ตนเองประสบหรือโรคภายนอก คือ มองประสบการณ์ต่างๆ ที่ตนเองประสบและมองสิ่งต่างๆ รอบตัวว่ามีแต่ด้านร้าย มีแต่การเอารัดเอาเปรียบ และมีแต่การแสวงหาผลประโยชน์จากตน

3.2.4.3 ความคิดในด้านลบต่ออนาคต คือ มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก มีแต่ความทุกข์ทรมานและมีแต่ความล้มเหลว

3.3 หลักการในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีหลักที่สำคัญ (อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2548) ดังต่อไปนี้

3.3.1 การบำบัดเน้นผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง (Totally patient centered) โดยผู้บำบัดจะมองผู้รับการบำบัดว่าเป็นบุคคลหนึ่งที่ประสบหรือเผชิญกับปัญหามากกว่าที่จะมองว่าเป็นผู้มีพยาธิสภาพหรือเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งมีสาเหตุหรือแรงผลักดันจากที่มาหรือสาเหตุจากแรงผลักดันในจิตไร้สำนึก นักบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมองว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น โดยไม่สนใจค้นหาที่มาหรือสาเหตุของปัญหาจากแรงผลักดันในระดับจิตไร้สำนึก เพื่อแก้ไขสาเหตุใน

ระดับลึกเช่นเดียวกับทฤษฎีจิตวิเคราะห์

3.3.2 การปฏิบัติการมุ่งเน้นความร่วมมือของผู้รับบริการอย่างเต็มที่ (High degree of mutuality) การบำบัดจะมุ่งเน้นความร่วมมือของผู้บำบัดอย่างแท้จริง การบำบัดจะมีลักษณะของการร่วมกันค้นหาปัญหา กำหนดเป้าหมายและกลยุทธ์ในการบำบัด รวมถึงการประเมินความก้าวหน้าที่เป็นเพียงผู้ช่วยให้การบำบัดเป็นไปอย่างราบรื่น (facilitative role)

3.3.3 ตัวผู้บำบัดจะแสดงออกถึงความจริงใจ (genuineness) ความอบอุ่น (warmth) ความเข้าใจความเห็นอกเห็นใจ (empathy) และใช้สัมพันธภาพในการบำบัด (therapeutic relationship) อย่างเหมาะสม

3.4 กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

กระบวนการในการบำบัดมี 2 ขั้นตอน ดังนี้

3.4.1 ขั้นประเมินพฤติกรรมความคิด การประเมินพฤติกรรมความคิดเป็นกระบวนการบำบัดที่สำคัญที่สุด ในการประเมินผู้รับการบำบัดจะให้ความสนใจกับบุคลิกภาพ (personality traits) ของผู้รับการบำบัด กลไกการป้องกันทางจิต (defense mechanisms) หรือกลไกทางจิตใจ แต่จะให้ความสนใจพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้รับการบำบัดในส่วนของความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ของผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล และระบุปัญหาจากข้อมูล การระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่เป็น และการทบทวนจุดแข็งจุดอ่อนในตัวของผู้รับการบำบัด สิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้บำบัดในขั้นการประเมิน คือ การใช้วิธีทางวิทยาศาสตร์ในการวิเคราะห์ปัญหาทางด้านพฤติกรรมอย่างถูกต้อง โดยพิจารณาจากหลักฐานอ้างอิงที่รวบรวมได้ โดยอาศัยวิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ และการวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้อย่างถูกต้อง การระบุปัญหาของผู้รับการบำบัดที่ดี ควรจะมีความถูกต้องชัดเจนที่สุด ควรประเมินปัญหาของผู้ป่วยด้วยคำถามต่อไปนี้

การระบุปัญหาของผู้รับการบำบัดที่ดี ควรจะมีความถูกต้องชัดเจนที่สุด ควรประเมินปัญหาของผู้ป่วยด้วยคำถามต่อไปนี้

- 1) ปัญหาคืออะไร
- 2) ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน
- 3) ปัญหาเกิดขึ้นเมื่อใด
- 4) ใคร หรืออะไรทำให้เกิดปัญหาขึ้น

5) ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นคืออะไร

3.4.2 **ขั้นปฏิบัติการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด** โดยทั่วไป การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดจะเน้นการจัดกระทำ 4 ประการ ดังนี้

3.4.2.1 การเพิ่มการมีกิจกรรม (increasing activity) เน้นการให้ผู้รับการบำบัดเป็นผู้ถูกกระทำ

3.4.2.2 การลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ (reducing unwanted behavior) เน้นการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเท่านั้น พฤติกรรมที่ดีไม่จำเป็นต้องจัดกระทำ

3.4.2.3 การเพิ่มความพึงพอใจ (increasing pleasure) การจัดกระทำต้องเกิดจากความพึงพอใจของผู้รับการบำบัด

3.4.2.4 การเพิ่มทักษะทางสังคม (enhancing social skills) เน้นการสร้างเสริมทักษะในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

3.4.2.5 **วิธีการในการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมีวิธีการ** ดังนี้

1) **วิธีการลดความวิตกกังวล (Anxiety reduction)** การลดความวิตกกังวลถือเป็นเทคนิคที่นำมาใช้ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สามารถทำได้หลายวิธี เช่น การฝึกผ่อนคลาย (Relaxation training) การฝึกผ่อนคลายเป็นวิธีการลดความตึงเครียดและความวิตกกังวล สามารถใช้ร่วมกับเทคนิควิธีการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดอื่นๆ ได้แก่ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการดึงตัวของกล้ามเนื้อซึ่งเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ถ้าทำให้เกิดการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ความวิตกกังวลก็จะลดลง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามลำดับขั้น (progressing muscle relaxation) การฝึกหายใจ (breathing exercise) การใช้จินตนาการภาพ หรือการทำสมาธิ การใช้ Bio-feedback การลดความไวในการตอบสนองต่อสิ่งที่กลัวอย่างเป็นระบบ การเผชิญความกลัวสูงสุดในทันที และการไม่ให้กระทำพฤติกรรมเพื่อลดความกลัวหรือความกังวล เป็นต้น

2) **วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring)** การสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังต่อไปนี้

ก. การตรวจสอบความคิด อารมณ์ ความรู้สึก (Monitoring thoughts and feeling) ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักรู้ และสามารถตรวจสอบความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตนโดยให้ผู้ป่วยบันทึกความคิดที่ไม่เหมาะสมที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน คือ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นตอบสนองต่อเหตุการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นนั้น และผลลัพธ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นตามมา

ข. การถามถึงหลักฐานยืนยัน (Questioning the evidence) ผู้ศึกษาและผู้รับการบำบัด ช่วยกันตรวจสอบหาหลักฐานยืนยัน หรือสนับสนุนความเชื่อของผู้รับการบำบัดรวมไปถึงการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลด้วย

ค. การตรวจสอบทางเลือกอื่น ๆ (Examining alternatives) ผู้รับการบำบัดหลายรายมักรู้สึกว่า ตนเองไม่มีหนทางแก้ไขปัญหาที่ตนเองประสบอยู่ ผู้ศึกษาสามารถให้การช่วยเหลือโดยการเสนอแนะวิธีการ หรือแนวทางแก้ปัญหาที่มีประโยชน์ ให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม

ง. การลองให้การคาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่รุนแรงที่สุด (Decatastrophizing) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้รับการบำบัดลองสมมติเหตุการณ์หรือสถานการณ์รุนแรงที่สุดที่อาจเกิดขึ้น ผู้ศึกษาใช้คำถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวน และประเมินสถานการณ์ว่าสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นจะเป็นอย่างไร จะสามารถจัดการ หรือแก้ไขได้หรือไม่ อย่างไร เป้าหมายคือเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัด ไม่กลัวและกังวลเกินความจริง ไม่กลัว ไม่กังวลล่วงหน้า

จ. การเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (Reframing) เป็นวิธีการเปลี่ยนมุมมองการรับรู้สถานการณ์ หรือพฤติกรรม ให้ผู้รับบริการบำบัด มองปัญหา ในมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม มองปัญหาในทุกแง่ทุกมุม ทั้งในข้อดี และข้อเสีย พัฒนาให้ผู้รับการบำบัดได้มองปัญหาอย่างรอบด้าน

ฉ. การหยุดความคิด (Thought stopping) เป็นการฝึกให้ผู้รับการบำบัดได้หยุดความคิดที่ก่อให้เกิดปัญหา ใช้ได้ผลดีในความคิดที่เป็นปัญหาในระยะเริ่มต้น

3) วิธีการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (learning new behavior) เน้นการสร้างพฤติกรรมใหม่ในผู้ป่วย โดยมีวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

ก. การเลียนแบบ (modeling) หมายถึง วิธีการที่ใช้เพื่อสร้างรูปแบบของพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ การให้เกิดขึ้น เพิ่มทักษะต่างๆ ที่ดีที่ต้องการ และลดพฤติกรรมการหลีกเลี่ยง โดยให้ผู้ป่วยสังเกตบุคคลที่แสดงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าดี

ข. การปรับแต่งพฤติกรรม (shaping) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ โดยอาศัยวิธีการเสริมสร้าง (reinforcement) ดังเช่น การให้ความสนใจ หรือการให้คำชมเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม

ค. การให้เบี้ยอรรถกร (token economy) อาศัยหลังของการเสริมแรงหรือการให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่ดีเหมาะสม โดยจะนำสิ่งที่สามารถนำไปแลกตัวเสริมแรงที่เขาพอใจได้ เช่น ให้เหรียญเมื่อผู้ป่วยกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม

ง. การแสดงบทบาทสมมติ (role playing) ช่วยให้ผู้ป่วย
ได้มีโอกาสฝึกซ้อมการทำพฤติกรรมที่รู้สึกว่ายากหรือลำบาก และได้รับข้อมูลย้อนกลับจากผู้
ศึกษา

จ. การฝึกทักษะทางสังคม (social skills training)

ทักษะทางสังคมเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับการมีชีวิตร่วมกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม ปัญหาทักษะ
ทางสังคมมักจะพบเสมอในผู้ป่วยทางจิตเวชหลายๆ ราย อาจใช้วิธีการชี้แนะแนวทาง (guidance)
การแสดงให้เห็น (demonstration) การฝึกปฏิบัติ (practice) การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) ใช้ใน
ผู้ป่วยที่ขาดทักษะทางสังคม และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความ
โกรธ

ฉ. การให้สิ่งที่ไม่พึงพอใจ (Aversive

therapy) เป็นการช่วยลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ โดยให้สิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจหลังจากมีพฤติกรรมที่
ไม่ต้องการให้เกิดขึ้น เช่น อาจจะใช้ผู้ป่วยคิดหนังกายที่ข้อมือให้เจ็บ เมื่อมีการย้ำคิดเรื่องใดเรื่อง
หนึ่งที่ไม่ต้องการเกิดขึ้น

3.5 เทคนิคในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

การใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมตามแนวคิดของ Beck (1972) เป็น
การรักษาที่มีโครงสร้าง ผู้รักษามีบทบาทในการเป็นผู้นำรักษาและใช้วิธีทาง เพื่อช่วยแก้ไขตาม
อาการและเป็นการแก้ปัญหาโดยใช้ความสำคัญที่ภูมิหลังที่เป็นต้นเหตุของอาการนั้น การรักษาที่
นิยมในปัจจุบันใช้หลักการ 3 ประการ คือ

3.5.1 การสอนและการสร้างสัมพันธภาพ (Didactic aspect) หมายถึง
การที่ผู้รักษาเป็นผู้ให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วยเพื่อให้มีความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของความนึกคิด
ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเอง เป้าหมายของการรักษาวิธีนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความกระฉ่าง
และให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างเต็มที่ (จันทิมา องค์กรโฆษิต, 2545)

3.5.2 เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive techniques) เทคนิคที่
เริ่มต้นจากขั้นตอนการหาความคิดอัตโนมัติ (eliciting automatic thoughts) โดยเน้นวิเคราะห์หา
ข้อความ และวิธีการคิดที่ผิด และการคิดบิดเบือนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะป็นรูปแบบของ
ความคิดที่ไปในทางลบ หรือความคิดบิดเบือนที่เกิดขึ้นเองแบบอัตโนมัติ ผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นครู
ช่วยผู้ป่วยทดสอบว่าความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติของผู้ป่วย มีความถูกต้องสมเหตุสมผล หรือ
ตรงตามความเป็นจริงเพียงใด โดยช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ว่าอาจเกิดจากสาเหตุ

อื่น ช่วยให้ผู้ป่วยเลิกความคิดที่ผิดพลาด เกิดความเป็นจริงที่มักเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Sadock and Sadock, 2003) การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยการพิสูจน์ข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสมที่มีอยู่ในการคิดการเข้าใจของผู้ป่วย ซึ่งขั้นตอนนี้ เป็นการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยมีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผล ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น โดย การปรับเปลี่ยนความคิดจากปัจจัยเหตุของปัญหา

3.4.3 การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavior

Techniques) เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ใช้ในการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด มีอยู่หลายเทคนิค ดังนี้

3.4.3.1 การจัดกิจกรรม (scheduling activity) ทำให้มีแรง

กระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดอาการเฉื่อยชา หมกมุ่นกับความคิดทางลบของตนเอง ลดความคิดที่ว่าตนไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ การแลกกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แสดงตัวอย่างหรือ บทบาทสมมติ การสะท้อนความคิดให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นการฝึกทักษะทางสังคมและการแสดงออก

3.4.3.2 การให้คะแนนความสำเร็จ และความพึงพอใจในการทำ

กิจกรรม (mastery and pleasure techniques) ให้คำชื่นชมเป็นการทำให้ผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ที่ดีขึ้น แม้ว่าจะเป็นการชั่วคราว เป็นการให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง

3.4.3.3 การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน (Graded task

assignment) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะคิดว่าตนเองไม่สามารถทำงานได้ เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถทำงานได้ตามแผนที่วางไว้ก็สามารถประเมินความสำเร็จ และความพอใจได้ การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอนจะต้องมีการประเมินความสามารถของผู้รับการบำบัดก่อน แล้วจึงมอบหมายงานที่เหมาะสม

3.4.3.4 การทำการบ้าน (Homework) การมอบหมายการบ้าน

เป็นเทคนิค เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ หรือฝึกทักษะใหม่ๆ เพราะการที่ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะจะเป็นการเรียนรู้ควบคุมอาการของตน

4. บริบทการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคจิตกังวลโรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมี

โรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมี เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ให้การบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตกังวลที่แผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกเป็นผู้ซักประวัติ ผู้ป่วย ส่งพบแพทย์ทั่วไปเพื่อทำการรักษา แพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยผู้ป่วย ตามระบบการจำแนกโรคของ

องค์การอนามัยโรค (ICD-10) และแพทย์เป็นผู้ให้การรักษาผู้ป่วยโดยให้การรักษาดตามอาการของผู้ป่วย ให้อาสาสมัครจิตกัณฑ์ไปรับประทานต่อที่บ้าน โรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมีให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคจิตกัณฑ์ที่วินิจฉัยโดยจิตแพทย์ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (DSM-IV) ที่ส่งต่อกลับมารับการรักษาดูแลอย่างต่อเนื่อง แพทย์เป็นผู้ตรวจรักษาและให้อาสาสมัครจิตกัณฑ์ต่อเนื่องตามแผนการรักษาของจิตแพทย์ และให้การรักษาดตามการขอของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มารโรงพยาบาลด้วยความวิตกัณฑ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน เนื่องจากไม่สามารถจัดการกับความวิตกัณฑ์ ความคิดที่คาดการณ์ว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง จนทำให้ตนเองช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เป็นอันตราย ร้ายแรง เป็นภาระต่อครอบครัว ทำให้ตนเองทำงานไม่ได้ บางครั้งตนเองมีความหงุดหงิด รำคาญใจกับสิ่งที่มาคุกคามตนเอง จึงทำให้เกิดความวิตกัณฑ์และอาการทางกายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจึงมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมากขึ้น ซึ่งพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกเป็นผู้ให้คำปรึกษารายบุคคลตามอาการของผู้ป่วยที่พบขณะนั้นด้วยเวลาอันจำกัด และเป็นผู้นำผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาครั้งต่อไป จะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลพยาบาลสถานพระบารมียังไม่มีการบำบัดรักษาทางจิตสังคมอย่างเป็นรูปแบบที่ชัดเจน มีเพียงการรักษาโดยการให้อาสาสมัครจิตกัณฑ์ และการให้คำปรึกษารายบุคคลตามอาการ

5. การใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ผู้ศึกษาได้พัฒนารูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยประยุกต์จากแผนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในการศึกษาของเนตรทราย หอละเอียด (2550) และแบบแผนการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ Newman & Brokovec (1995) แผนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในการศึกษาของเนตรทราย หอละเอียด (2550) ซึ่งการศึกษาทั้ง 2 เรื่องได้พัฒนามาจากแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1972) ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการบำบัด 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสอนและการสร้างสัมพันธภาพ (didactic aspect) 2) การบำบัดทางความคิด (cognitive technique) โดยการค้นหาความคิดตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์และการวิเคราะห์ข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม และ 3) การบำบัดทางความคิดพฤติกรรม (cognitive behavior technique) จำแนกเป็น 6 กิจกรรม ซึ่งจากเดิมมีเพียง 4 กิจกรรม โดยผู้ศึกษาได้ใช้การผ่อนคลายเพื่อลดความวิตกัณฑ์เป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการบำบัด และเพิ่มกิจกรรม 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 2 ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อควบคุมความวิตกัณฑ์ และ กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลายความวิตกัณฑ์ ด้วยการฝึกผ่อนคลายลมหายใจ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม ๓ ๓๐ - 90 นาที สัปดาห์ละ 1 - 2 กิจกรรม ดำเนินการ 6 กิจกรรม ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์และติดตามผลการบำบัดอีก 1 สัปดาห์ หลังจากการบำบัด ซึ่งมีการ

ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสอนและการสร้างสัมพันธภาพ (Didactic Aspect) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เรื่องโรควิตกกังวล

ผู้ศึกษาดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ศึกษาสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ซึ่งแจ้งแนวทางการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม วัตถุประสงค์ รูปแบบการเข้าร่วมแผนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

2. ผู้ศึกษาให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรควิตกกังวล สาเหตุของอาการวิตกกังวล การเกิดโรควิตกกังวล อาการของโรควิตกกังวล การจัดการความวิตกกังวล

3. ผู้ศึกษาประเมินอาการของโรควิตกกังวลของผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยอธิบายอาการของโรควิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตามใบงานที่ 1

4. ผู้ศึกษาให้ความรู้ความคิดหลัก 3 ประการ ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เป็นสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล และความคิดที่บิดเบือนที่พบบ่อยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล

5. ผู้ศึกษาประเมินประเด็นความคิดหลัก 3 ประการของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ตามใบงานที่ 2

6. ผู้ศึกษาอธิบายเหตุผลและความสำคัญของการบำบัดโรควิตกกังวลโดยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และการประเมินความคิดและพฤติกรรมต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เราประสบในขณะนั้น และอธิบายความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลต่อเหตุการณ์หรือสิ่งที่เราประสบในขณะนั้น หรือสิ่งที่เกิดขึ้นจริงๆ

7. ผู้ศึกษาอธิบายให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอาการวิตกกังวลกับกระบวนการคิดและการเกิดพฤติกรรม และประเมินกระบวนการคิดและการเกิดพฤติกรรมของอาการวิตกกังวลของผู้ป่วย ตามใบงานที่ 3

กิจกรรมที่ 2 ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อควบคุมความวิตกกังวล

ผู้ศึกษาดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ศึกษา อธิบายเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคต่าง ๆ ที่สามารถลดความเครียดได้ ความสำคัญและความตระหนักในการฝึกผ่อนคลาย เนื่องจากผู้ป่วยวิตกกังวลจะเกิดความเครียดได้ง่าย สอนเทคนิควิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวลด้วยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

2. ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม

3. ผู้ศึกษาให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลายความวิตกกังวล ด้วยการฝึกผ่อนคลาย

หายใจ

ผู้ศึกษาดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทบทวนถึงกิจกรรมที่ 1 กิจกรรมที่ 2 ที่ผ่านมา
2. ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม
3. ผู้ศึกษาอธิบายเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับเทคนิคต่าง ๆ ที่สามารถลดความวิตกกังวลได้ ความสำคัญและความตระหนักในการฝึกผ่อนคลาย เนื่องจากผู้ป่วยวิตกกังวลจะเกิดความเครียดได้ง่าย สอนเทคนิควิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวล ด้วยการฝึกผ่อนคลายหายใจ เรียนรู้บทบาทการหายใจกับความวิตกกังวล

4. ผู้ศึกษาให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายลมหายใจ

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 4 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และทดสอบความคิดอัตโนมัติ

ด้านลบ

ผู้ศึกษาดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทบทวนกิจกรรมที่ 1 ที่ผ่านมา และถามถึงการบ้านที่มอบหมายให้ผู้ป่วยทำ “ผู้ป่วยทำการบ้านในใบงานที่ 3 แล้วเป็นอย่างไรบ้าง” ถามถึงปัญหา อุปสรรค หรือความเครียดที่เกิดขึ้นมีหรือไม่

2. ผู้ศึกษาแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงกิจกรรมในครั้งที่ 4 คือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ การทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ และการประเมินพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลด้านลบ และแจ้งวัตถุประสงค์ของกิจกรรม

3. ผู้ศึกษาทบทวนกิจกรรมที่ 1 ใบความรู้ที่ 5 ใบความรู้ที่ 6 และใบงานที่ 3 ที่ให้ความรู้กับผู้ป่วย คือ การแยกแยะความคิดอัตโนมัติ ซึ่งเป็นความคิดที่คั่นอยู่ระหว่างเหตุการณ์ภายนอกที่มากระทบและภาวะทางอารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์นั้น ให้เวลาผู้ป่วยในการคิดทบทวน

4. ผู้ศึกษากระตุ้นให้บอกความหมายของคำว่า ความคิดอัตโนมัติตามความเข้าใจของผู้ป่วยผู้นำศึกษาสรุปความหมายของคำว่า ความคิดอัตโนมัติ และเชื่อมโยงต่อเหตุการณ์สมมติหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

5. ผู้ศึกษาอธิบายแบบบันทึกการติดตามความคิด อารมณ์ ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระบุนวามรุนแรงของความคิดและอารมณ์ต่อความคิด 0-10 และให้ผู้ป่วยลงบันทึกในใบงานที่ 5

6. ผู้ศึกษาแจกตัวอย่าง แบบบันทึกการติดตามความคิด อารมณ์ต่อ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามใบงานที่ 5 แล้วอธิบายรายละเอียดในแบบบันทึก คือ การนำเอาความรู้ความเข้าใจ ความสัมพันธ์เชื่อมโยงของรูปแบบของกระบวนการคิด และการเกิดพฤติกรรม จากใบงานที่ 3 ที่ผู้ปวยได้เรียนรู้ นำมาลงในตารางใบงานที่ 5

7. ผู้ศึกษาตรวจสอบ ความถูกต้องในการลงบันทึกในตารางบันทึกการติดตามความคิด อารมณ์ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ปวย และอธิบายความสัมพันธ์ของการเกิดความคิดอัตโนมัติต่อเหตุการณ์

8. ผู้ศึกษากระตุ้นให้ผู้ปวยบอกถึงประโยชน์ และความสำคัญของการค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ สรุปประโยชน์ และความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้ปวย และเป็นวิธีการที่จะนำไปสู่การตรวจสอบ การประเมิน และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ

9. ผู้ศึกษาอธิบายการบ้านให้ผู้ปวยบันทึกเหตุการณ์ในใบงานที่ 5 และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย

กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความวิตกกังวล ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา

ผู้ศึกษาดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ศึกษาทักทายผู้ปวย ซักถามถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ปวย
2. ผู้ศึกษาทบทวนกิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 3 เกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายความวิตกกังวล และผู้ศึกษาฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการผ่อนคลายใจร่วมกับผู้ปวย ระยะเวลา 30 นาที เพื่อให้ผู้ปวยเกิดทักษะการฝึกผ่อนคลายด้วยตนเองและเกิดความรู้สึกละคลาย เกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นจากความวิตกกังวลได้
3. ผู้ศึกษาสอบถามความรู้สึกหลังจากการฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลาย
4. ผู้ศึกษาซักถามถึงกิจกรรมที่ 1 กิจกรรมที่ 4 และถามถึงการบ้านในใบงานที่ 5 โดยเปิดโอกาสให้ผู้ปวยระบายความรู้สึก ประโยชน์ที่ได้รับ และปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น
5. ผู้ศึกษาแจ้งกิจกรรมที่ 5 คือ การปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความวิตกกังวล ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยฝึกวิธีการสร้างความคิดใหม่ และเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ และวัตถุประสงค์ของกิจกรรม
6. ผู้ศึกษาให้ผู้ปวยทบทวนกิจกรรมที่ 4 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และทบทวนความคิดที่บิดเบือนที่เกิดขึ้นบ่อยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ตามใบความรู้ที่ 3 เพื่อให้ผู้ปวยได้ทบทวนการค้นหาความคิดอัตโนมัติ และนำไปสู่การสร้างความคิดใหม่

7. ผู้ศึกษาอธิบายแบบบันทึกค้นหา ทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบและสร้างความคิดใหม่ ระบุความรุนแรงของความคิด อารมณ์ / ความรู้สึก และการปรับสร้างความคิดใหม่ ต่อความคิด 0-10 และให้ผู้ช่วยลงบันทึกในใบงานที่ 6
8. ผู้ศึกษาแจกแบบบันทึกค้นหา ทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบและสร้างความคิดใหม่ ตามใบงานที่ 6 แล้วอธิบายรายละเอียดในแบบบันทึก คือ การนำเอาความรู้ความเข้าใจความสัมพันธ์เชื่อมโยงของรูปแบบของกระบวนการคิด และการเกิดพฤติกรรม จากใบงานที่ 5 ที่ผู้ช่วยได้เรียนรู้ นำมาลงในตารางใบงานที่ 6 และฝึกจากเหตุการณ์ยกตัวอย่างของผู้ป่วยเอง
9. ผู้ศึกษาตรวจสอบ ความถูกต้องในการลงบันทึกในแบบบันทึกค้นหา ทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบและสร้างความคิด และอธิบายความสัมพันธ์ของการเกิดความคิดอัตโนมัติต่อเหตุการณ์และการปรับสร้างความคิดใหม่
10. ผู้ศึกษาอธิบายความหมายของคำว่า “ความคิดทางเลือก” หมายถึง ความคิดที่เกิดขึ้นหลังจากการค้นหาหลักฐานสนับสนุนความคิดลบ และหาหลักฐานคัดค้านความคิดลบ ความบิดเบือน มีการวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของหลักฐานที่มาสับสนุน และมาคัดค้านจึงเกิดเป็นความคิดทางเลือก
11. ผู้ศึกษากระตุ้นให้ผู้ช่วย วิเคราะห์ข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม คือ สามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติด้านลบ และหาหลักฐานสนับสนุนความคิดอัตโนมัติด้านลบ และหลักฐานความคิดคัดค้านความคิดทางลบ วิธีการสร้างความคิดใหม่ เรียนรู้พฤติกรรมใหม่ โดยการนำเอาความรู้ความเข้าใจความสัมพันธ์เชื่อมโยงของรูปแบบของกระบวนการคิด และการเกิดพฤติกรรม และการปรับสร้างความคิดใหม่จากใบงานที่ 7 ที่ผู้ช่วยได้เรียนรู้ นำมาลงในตารางใบงานที่ 8 และฝึกจากเหตุการณ์ยกตัวอย่างของผู้ป่วย
12. ผู้ศึกษาทบทวนกิจกรรมที่ 4 จากการทำใบงานที่ 5 และให้ผู้ช่วยหาทางเลือก หรือการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยถามจากตัวอย่างสถานการณ์ที่ผู้ช่วยยกขึ้นมา และให้ผู้ช่วยหาหลักฐานสนับสนุนความคิดด้านลบ และผู้ศึกษากระตุ้นให้ผู้ช่วยวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของหลักฐานที่มาสสนับสนุน และมาคัดค้าน นั่นคือ ความคิดทางเลือก
13. ผู้ศึกษาให้ผู้ช่วยฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกใหม่ตามใบงานที่ 7
14. ผู้ศึกษาตรวจสอบความถูกต้อง ความถูกต้องในการลงบันทึกในตารางบันทึกความคิดการสร้างความคิดและความรู้สึกใหม่

15. ผู้ศึกษา ให้อุ้ผู้ป่วยเห็นถึงความคิดอัตโนมัติของตนเอง และผลที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองที่ไม่ถูกต้อง ทั้งในด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม และอธิบายแบบแผนความคิดที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล

16. ผู้ศึกษากระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกถึงประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบเป็นความคิดทางเลือก หรือความคิดใหม่และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

17. ผู้ศึกษาอธิบาย การแก้ไขปัญหา (Problem Solving) เพื่อเป็นทักษะที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ดี ที่เกิดจากการเรียนรู้ไปจากการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ตามใบความรู้ที่ 9

19. ผู้ศึกษาฝึกทักษะผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหา ให้ผู้ป่วยปรับสร้างความคิดใหม่ และการเกิดพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม และอธิบายตัวอย่างที่แสดงในใบงาน 9 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเสนอความคิดว่า อะไรคือพฤติกรรมที่เหมาะสม แล้วให้ผู้ป่วยฝึกค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการสร้างความคิดใหม่ และพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม ตามใบงานที่ 9 และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น เสนอวิธีคิดแก้ไขปัญหา และให้ผู้ป่วยเชื่อมโยงประโยชน์ที่ได้รับกับการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

20. ผู้ศึกษามอบหมายการบ้าน ตามใบงานที่ 8 แบบบันทึกการสร้างความคิดและพฤติกรรมใหม่ และใบงานที่ 9 แบบสังเกตและบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน โดยให้ผู้ป่วยบันทึกทุกครั้งที่เกิดความวิตกกังวล และนำมาพูดถึงผลการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมกับผู้ศึกษาในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางความคิดพฤติกรรม ประกอบ 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 6 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ถาวรและป้องกันการกลับเป็นซ้ำเมื่อเผชิญความวิตกกังวล การประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ยุติการให้การบำบัด สรุปและประเมินผล

ผู้ศึกษาดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ศึกษาทบทวนกิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 3 เกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายความวิตกกังวล และผู้ศึกษาฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการผ่อนคลายใจร่วมกับผู้ป่วย ระยะเวลา 30 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการฝึกผ่อนคลายด้วยตนเองและเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นจากความวิตกกังวลได้

2. ผู้ศึกษาทบทวนการฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม จากกิจกรรมทั้งหมด ผู้ป่วยสามารถบอกความก้าวหน้า และบอกประโยชน์ของการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมเกิดขึ้นกับตนเองได้ ตามใบงานที่ 11

3. ผู้ศึกษาพัฒนาทักษะความสามารถในการเรียนรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม จากการทบทวนประเด็นต่างๆ และจากใบงานที่ 11 ของผู้ป่วย

4. ผู้ศึกษาให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการเผชิญความวิตกกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความวิตกกังวลได้ด้วยตนเองและสามารถปรับความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ตามใบงานที่ 10

6. ผู้ศึกษาสำรวจและให้ความรู้ ในการป้องกันการป่วยซ้ำของโรควิตกกังวลที่เกิดจากความคิดลบหลักอัตโนมัติด้านลบและความคิดที่บิดเบือน และประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ด้วยแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

7. ผู้ศึกษาดำเนินการสรุปทบทวนโดยการมองภาพรวม ของการพัฒนากิจกรรมทักษะการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรม หลังจากสมาชิกนำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อตรวจสอบปัญหาอุปสรรค และข้อสงสัย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความประทับใจระหว่างผู้ศึกษาและผู้ป่วย ยุติการให้การบำบัด

6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ดังรายละเอียดสรุปไว้ดังต่อไปนี้

กนกวรรณ ทาสอน (2545) ศึกษาผลของการเรียนรู้แบบกลุ่มแบบมีส่วนร่วมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวัดศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 25 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันของผู้ป่วยโรควิตกกังวลลดลงภายหลังได้เข้ากลุ่มเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนความวิตกกังวลประจำตัวไม่มีความแตกต่างกัน ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่ไม่ได้เข้ากลุ่มการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมไม่มีความแตกต่างกัน และผู้ป่วยโรควิตกกังวลกลุ่มที่ได้เข้ากลุ่มการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีความวิตกกังวลขณะปัจจุบันน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนความวิตกกังวลประจำตัว ไม่มีความแตกต่าง

ณัฐพิพร ชัยประทาน (2547) ศึกษาผลของการให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 22 คน พบว่าความวิตกกังวลในขณะเผชิญและความวิตกกังวลประจำตัวของ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลหลังการ

บำบัดลดลงน้อยกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .01$) และในระยะติดตามผลลดลงน้อยกว่าหลังการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .01$) จากการวิเคราะห์เนื้อหาในแผนการบำบัด พบว่า ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเข้าใจภาวะเจ็บป่วยของตนก่อนเกิดแรงจูงใจและมั่นใจในการรักษา และสามารถควบคุมความวิตกกังวลด้วยตนเอง ตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนความคิด หรือมุมมองต่อการเผชิญปัญหาเป็นไปในทางบวกหรือยึดหยุ่นขึ้น

Butler et al. (1991) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวล ระหว่างวิธีพฤติกรรมบำบัดและวิธีการบำบัด CBT กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรควิตกกังวล 57 คน ใช้วิธีการบำบัดรายบุคคล คนละ 4-12 ครั้ง ติดต่อกัน 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน ผู้บำบัด คือนักจิตวิทยาคลินิกที่มีประสบการณ์ทำจิตบำบัดมาแล้ว ก็พบว่าวิธีการบำบัด CBT นี้มีประสิทธิภาพมากกว่า โดยผู้วิจัยตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการบำบัด CBT สำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวลว่า ความวิตกกังวลมาจากพื้นฐานมาจากความคิดที่เป็นกังวล เช่น เกี่ยวกับอาการทางกาย กังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นอีก และด้วยความมั่นใจในตนเองต่ำ ทำให้ขาดความมั่นใจว่าตนจะทำอะไรได้สำเร็จหรือไม่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถที่จะควบคุมความกังวลได้โดยการเรียนรู้ที่จะรู้จักความกังวลว่ามันคืออะไร เป็นอย่างไรแล้วค้นหาความจริง รวมทั้งแนวทางช่วยเหลือตนเองในการบรรเทาอาการ และต้องมีแนวทางการทดลองฝึกปฏิบัติด้วย

Micheal (1993) ได้ศึกษาผลของการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ในการช่วยผู้ป่วยโรคแพนิค ให้สามารถหยุดการรักษาด้วยยา benzodiazepine ในขนาดสูง กลุ่มตัวอย่าง 33 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้เข้ากลุ่ม CBT ร่วมไปกับการลดขนาดยา กลุ่มควบคุมใช้วิธีลดขนาดยาเพียงอย่างเดียว กลุ่มทดลองได้เข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 ถึง 90 นาที นาน 10 สัปดาห์ โครงสร้างเนื้อหาของกลุ่มแต่ละครั้งประกอบด้วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักกับอาการและผลกระทบของความวิตกกังวลชนิดแพนิค ทบทวนการปรับตัวและการเผชิญปัญหาด้วยกระบวนการทางความคิด ใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่างๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน และผู้ป่วยมีการบันทึกผลการฝึกปฏิบัติงานประจำวัน ผลปรากฏว่าผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มบำบัด CBT สามารถลดและหยุดการใช้ยาได้สำเร็จกว่ากลุ่มที่ลดยาเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Fisher & Durham (1999) ได้ศึกษาถึงอัตราการหายใจจากโรควิตกกังวลที่ใช้วิธีการบำบัดทางจิต โดยวิเคราะห์จากผลการเปลี่ยนแปลงที่วัดการเปลี่ยนแปลงโดยใช้เครื่องมือวัดความวิตกกังวล STSI-T ของ Spielberger โดยศึกษาจากการทบทวนผลการศึกษามาจากการวิจัย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1987 - 1998 ซึ่งมีรายงานการศึกษา 6 รายงาน กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 404 ราย อายุตั้งแต่

18 – 65 ปี ใช้วิธีของ Jacobson เป็นแนวทางในการให้ความจำกัดความของการเปลี่ยนแปลง ผลของการบำบัดมี 4 อย่าง คือ แอลง ไม่เปลี่ยนแปลง ดีขึ้น และหาย สัดส่วนในผู้ป่วยแต่ละประเภทเหล่านั้น พบว่าวิธีการบำบัดทางจิตแบบ CBT และการฝึกผ่อนคลาย มีความสัมพันธ์กับอัตราการหายป่วยในระยะติดตามผล 6 เดือน ถึงร้อยละ 50-60 จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า CBT ร่วมกับการฝึกผ่อนคลาย สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้ผลดี และใช้ได้ในทุกกลุ่มผู้ป่วย ทั้งกลุ่มวัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ

Jame et al. (2000) ทำการศึกษาพบว่า การบำบัดโดยวิธี CBT ได้ประสิทธิผลการรักษาอย่างดียิ่งในผู้ป่วย GAD โดยจัดโครงสร้างเนื้อหา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา พร้อมให้ข้อมูลเกี่ยวกับธรรมชาติความวิตกกังวลและอาการแสดงที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ขั้นที่ 2 ฝึกทักษะการผ่อนคลายเพื่อบรรเทาอาการความวิตกกังวล ขั้นที่ 3 การปรับเปลี่ยนความคิดโดยฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้กระบวนการคิดที่ก่อให้เกิดปัญหา เรียนรู้วิธีจับความคิดนี้ และพัฒนาความคิดใหม่ที่มีเหตุผลกว่าเดิม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดความกังวลลงได้ ขั้นที่ 4 เป็นขั้นที่ผู้ป่วยฝึกการเผชิญปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวลทั้งที่เกิดจากปัจจัยภายใน และจากปัจจัยภายนอกซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความวิตกกังวลได้ จะช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และพบว่าขั้นตอนดังกล่าว สามารถประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้

กรอบแนวคิดการศึกษา

แผนการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยผู้ศึกษาทำการเชื่อม
 บ้านผู้ป่วยรายบุคคล ตามแนวคิดของ Beck et al. (1972) ประกอบด้วย 3
 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมๆ ละ 30 – 90 นาที สัปดาห์ละ 1-2
 กิจกรรม ดำเนินกรรมติดต่อกันระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสอนและการสร้างสัมพันธภาพ มี 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค
 วิตกกังวล

กิจกรรมที่ 2 ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อควบคุมความวิตกกังวล

กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้การฝึกผ่อนคลายลมหายใจกับความวิตกกังวล

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด มี 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 4 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และทดสอบ
 ความคิดอัตโนมัติด้านลบ

กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความวิตกกังวล ค้นหา
 แนวทางการแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางความคิดพฤติกรรม มี 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 6 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมถาวร และ
 ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ และยุติการให้
 การบำบัด สรุปและประเมินผล

ความ
 วิตกกังวล