บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงในสภาพสังคมในปัจจุบัน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เกิดความเครียด ความวิตกกังวล จากการสรุปสถานการณ์ทางสุขภาพจิตของประเทศไทย พ.ศ. 2549-2552 พอสรุปได้ว่าแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตมีมากขึ้นทั้งระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวเนื่องกับความเครียด ความวิตกกังวลซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดชนิดหนึ่งในประชาชนทั่วไป และนับวันจะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ อีกทั้งยังเป็นจุดเริ่มต้นปัญหาของโรคจิตเวชอื่นๆ (กรมสุขภาพจิต,2548) และจากการศึกษาของ David P. Moore et al (1996) พบว่าอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลหากไม่ได้รับการบำบัดรักษาจะพัฒนาไปเป็นโรคจิตเวชอื่นๆได้แก่ โรคซึมเศร้า (Depression) หรือเกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ

ผลกระทบที่บุคคลป่วยเป็น โรควิตกกังวลก่อให้เกิดความสูญเสียต่าง ๆ ทั้งต่อบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมทางระบาดวิทยาปัจจัยเสี่ยงในโรควิตกกังวลของ บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ (2547) พบว่า โรควิตกกังวล ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะก่อนวัยอันควรร้อยละ 2 ในปี 2542 ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจระดับชาติ ปี 2546 ถึงความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่พบว่าในกลุ่มโรควิตกกังวล นั้น ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป(Generalized Anxiety Disorder) มีความชุกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.90 ร้อยละ 19.40 มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง และร้อยละ 4.10 มีความวิตกกังวลในระดับที่รุนแรง (วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย , 2547) ผลดังกล่าวมีผลต่อการสูญเสียในด้านทรัพยากรบุคคล สังคมและเศรษฐกิจตามมา

โรควิตกกังวลทั่วไป ผู้ป่วยโรควิตกกังวลจะมีความวิตกกังวลมากเกินกว่าเหตุในหลายๆ เรื่องพร้อมกัน (Excessive and Pervasive Worry) ร่วมกับอาการทางกาย ส่งผลให้เกิดปัญหากับผู้ป่วยหลายด้าน (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) เป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น กลัว ไม่สบายใจ เกรงว่าจะมีเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545) อาจแสดงออกมาทางด้านร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ โดยที่บุคคลนั้นไม่สามารถอธิบายได้แน่นอนว่ามีสาเหตุมาจากอะไร (อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) และรู้สึกไม่สบายใจหวาดหวั่นเกี่ยวกับการคุกคามบางอย่างซึ่งไม่รู้ว่าเป็นอะไร การคุกคามด้านร่างกาย เช่น มีสิ่งที่ทำ

ให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บ เป็นอันตรายหรือถึงแก่ชีวิต ส่วนทางด้านจิตใจมักเป็นการคุกคามต่อความภูมิใจแห่งตน (self- esteem) และความผาสุก (well-being) (จำลอง ดิษยวณิช และ พริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545)

ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลนั้นเกิดขึ้นจาก ความคิดอัตโนมัติทางลบ ความคิดบิดเบือนไปจากความเป็นจริง การรับรู้ การคิด การตีความเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตที่เกิดขึ้นไปในทางร้าย และคิดว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อความสุข โดยจะส่งผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของตน เช่น ผู้ป่วยมักคาดหมายไปล่วงหน้าว่าจะมีเหตุร้ายเกิดขึ้นกับตนเอง หรือบุคคลใกล้ชิด บางคนได้ยินเสียงดัง หรือเสียงโทรศัพท์ดังขึ้นก็จะสะดุ้ง ตกใจง่าย นอกจากนี้ยังวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดขึ้นกับตน เช่น ถ้ามีอาการใจเต้นเร็ว ใจสั่น ก็คิดวิตกกังวลไปว่าตนเองเป็นโรคหัวใจเป็นต้น (Mcdonald, 1990 ; Hochn–Saric & Mcleod, 1991 ; Coryell & Winokur, 1991 ; Green , 1993 ; พิเชฐ อุดมรัตน์, 2534 ; สุรชัย เกื้อศิริกูล , 2536; สมภพ เรืองตระกูล, 2537; จำลอง ดิษยวณิช และ พริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545) มาโนช หล่อตระกูล (2548) กล่าวถึงโรควิตกกังวลในแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ว่า เป็นความผิดปกติในแง่ของการรับรู้และแปลผลต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในลักษณะมองโลกในแง่ร้าย อีกทั้งยังมีการประเมินความสามารถในการแก้ปัญหาของตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง ผลของความวิตกกังวลส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม กล่าวคือ ความวิตกกังวลเกิดจากผลกระทบทางด้านร่างกายจิตใจที่สูญเสียดุลยภาพก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามจากภายในและภายนอก เป็นการรับรู้ถึงสถานการณ์ของบุคคล ที่มีรากฐานจากปัจจัยหลาย ๆ ด้าน เช่น ประสบการณ์ในอดีต ทัศนคติ อิทธิพลทางวัฒนธรรม ความต้องการด้านจิตใจ ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมในทางบวกหรือทางลบ จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลมีสาเหตุการเกิดเป็นวงจรที่สัมพันธ์กันระหว่างสถานการณ์ อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม

ลักษณะอาการทางคลินิกในผู้ป่วยโรควิตกกังวลจะมีอาการร่วมกับอาการทางกายต่าง ๆ โดยเฉพาะอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ตื่นเต้น ตกใจง่าย นอนไม่หลับหรือหลับยาก ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม ใจหวิว หายใจได้ไม่เต็มที่ เหงื่อออก มือเท้าชา จากการศึกษาของชุลีวรรณ เพียรทองและคณะ (2546) ได้สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่มารับการตรวจรักษาด้วยอาการทางกายแล้วพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการทางกายต่างๆ เช่น ตื่นเต้น นอนไม่หลับ หายใจไม่อิ่ม เช่นเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตามอาการที่เกิดขึ้นมักมาจากการรับรู้ที่ผิดปกติของผู้ป่วยเท่านั้น เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกายโดยละเอียดแล้วกลับไม่พบความผิดปกติใดๆ ผู้ป่วยบางรายมาด้วยอาการวิตกกังวลแต่ไม่ทราบว่ากังวลเรื่องอะไร (Gabbard, 2000, จำลอง ดิษยวณิช และ พริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่า ตนเองป่วยเป็นโรคหัวใจ บางคนก็วิตกกังวลต่อไปอีกว่าตนคงมีโรคร้ายแรง เป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยต้องเสาะแสวงหาการรักษาหลายแห่งที่เรามักเรียกว่า “docter shop” (ณัฐฑิพร ชัยประทาน ,2547)

โรควิตกกังวล เป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง โดยเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยมีอาการป่วยนานกว่า 5 ปี (ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2540) และอาจมีอาการรุนแรงเป็นช่วงๆ โดยอาการรุนแรงจะสัมพันธ์กับความเครียด (stress–related exacerbations) ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน เช่น ผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานลดลงในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก สูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคม (Rickell and Schweizer, 1998) ผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัวทำให้เกิดความเครียด และเกิดความขัดแย้งในครอบครัวง่ายยิ่งขึ้น มีผลต่อภาวะเศรษฐกิจที่ต้องใช้จ่ายไปกับการรักษาอาการวิตกกังวล รวมทั้งรักษาอาการที่เกิดจากการใช้ยาที่ผิดวัตถุประสงค์ (Blair and Ramones, 1996 อ้างใน กนกวรรณ ทาสอน, 2545) นอกจากนี้ปัจจัยด้านบุคลิกภาพส่วนตัวของผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลได้ง่าย อยู่แล้ว ทำให้ผู้ป่วยต้องวนเวียนเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล อยู่เป็นประจำ ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงน่าจะใช้ทางเลือกอื่นร่วมด้วย ดังที่ Rickell and Schweizer (1998) ให้ความเห็นว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว ไม่สามารถลดอาการและปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยโรควิตกกังวลได้ แต่สิ่งที่สำคัญคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่ดีและมีวิธีแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมด้วย

จากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของจังหวัดสุพรรณบุรี ในปีงบประมาณ 2546-2548 พบว่ามีอัตราการป่วยด้วยโรควิตกกังวล 177.17 551.75 และ 329.33 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งพบว่าสูงเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ โรคจิต และการติดสารเสพติด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข,2548) ซึ่งสอดคล้องกันกับสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในบริบทของหน่วยงานระดับสถานีอนามัยซึ่งผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ ดังจะเห็นได้จากการรวบรวมสถิติของการมารับบริการทางด้านการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2546 – 2548 พบว่ามีผู้ป่วยมารับบริการ จำนวน 854 942 และ 951 รายตามลำดับ (สถิติข้อมูลประจำปี 2546-2548, สถานีอนามัยบ้านคอนกลาง) พบว่ามีผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่มารับบริการที่สถานีอนามัย ด้วยอาการเหนื่อยง่าย หายใจไม่อิ่ม ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ จำนวน 68 74 และ 102 ราย ตามลำดับ (สถิติข้อมูลประจำปี สถานีอนามัยบ้านคอนกลาง) คิดเป็นร้อยละ 7.96 7.85 และ 10.72 ตามลำดับ และการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดสุพรรณบุรี พบผู้ป่วยโรควิตกกังวลในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านคอนกลาง จำนวน 26, 32 และ 45 รายตามลำดับ

จากการสำรวจข้อมูลสุขภาพประจำครอบครัวของสถานีอนามัยบ้านคอนกลาง ด้านสุขภาพจิตปี 2549 -2550 พบว่า มีความวิตกกังวล ร้อยละ 25 และ 28 ตามลำดับ (เอกสารประกอบการประเมินศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัยบ้านคอนกลาง , 2550) อีกทั้งผู้ศึกษาได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยวิตกกังวลที่มารับบริการที่สถานีอนามัย ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล พบว่าผู้ป่วยวิตกกังวลส่วนใหญ่คิดว่าตนเองต้องมีความผิดปกติ ทำให้มีอาการเหนื่อย ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม ปวดมึนศีรษะ บางคนคิดว่าที่ตนเองใจสั่นตนเองต้องป่วยเป็นโรคหัวใจ โรคมะเร็ง โดยที่

ความคิดจะวนเวียนอยู่กับเรื่องเดิมอยู่เกือบตลอดเวลา รองลงมาคือจะเกิดความวิตกกังวลเมื่อตนเองได้ประสบกับเหตุการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจ เช่น ทะเลาะกับคนในครอบครัว รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายในครอบครัว กลัวว่าจะเกิดเหตุการณ์ร้ายจะเกิดขึ้นกับตนเองและคนใกล้ชิด ไม่รู้จะแก้ปัญหาได้อย่างไรจึงหวังพึ่งยาที่ทำให้ตนเองได้คลายความวิตกกังวลที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น

นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่าผู้ป่วยเมื่อมีอาการทางด้านร่างกาย เช่น หายใจไม่อิ่ม ใจสั่น นอนไม่หลับ จะไปรับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดสุพรรณบุรี ได้รับการตรวจจากจิตแพทย์และได้รับยาคลายความวิตกกังวลมารับประทานที่บ้าน ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยมีวิธีการแก้ปัญหาดังกล่าวโดยการใช้ยาเพียงวิธีเดียวเพื่อจะทำให้ลดความวิตกกังวลลดลง อีกประการหนึ่งคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าอาการที่ตนเองเป็นอยู่ในขณะนี้เป็นอะไร บางคนคิดว่าตนเองเป็นโรคร้ายแรง เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง เป็นต้น ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลในชุมชนอาจยังไม่ทราบข้อมูล ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรควิตกกังวล อีกทั้งวิธีการรักษาโรควิตกกังวลด้วยวิธีการอื่นนอกจากการใช้ยาคลายความวิตกกังวล

ดังที่กล่าวข้างต้นแล้วว่าความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลนั้นเกิดขึ้นจาก ความคิดอัตโนมัติทางลบ ความคิดบิดเบือนไปจากความเป็นจริง การรับรู้ การคิด การตีความเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตที่เกิดขึ้นไป ในทางร้าย และคิดว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อความสุข โดยจะส่งผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เช่น เมื่อบุคคลพบสถานการณ์หรือสิ่งที่ทำให้วิตกกังวลไม่ว่าจะเป็นบุคคลครอบครัว สิ่งแวดล้อม ทำให้บุคคลนั้นเกิดอารมณ์ ความรู้สึก โดยจะส่งผลทางด้านร่างกายและพฤติกรรมที่สนองตอบกับเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ในขณะนั้น (วิยะดา เรืองฤทธิ์,2545) ดังนั้น การบำบัดความวิตกกังวลด้วยวิธีอื่น ๆ นอกเหนือจากการใช้ยาความวิตกกังวล จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการที่จะสามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความวิตกกังวลได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ตามแนวคิด Aron T. Beck (1972) กล่าวคือ เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดโดยให้ความสำคัญกับความผิดพลาดของความคิด การแปลข้อมูลอย่างบิดเบือน ผู้ให้การปรึกษาให้ผู้รับการปรึกษาทดสอบว่าความคิดนั้นไม่ถูกต้อง โดยใช้วิธีการคิดแบบอุปนัย (Inductive) การได้รับการเสริมแรงบ่อยครั้งจากผลการทดสอบที่พบว่าความคิดของตนผิดพลาดจริง จะทำให้ผู้รับการปรึกษามีการปรับตัวที่เหมาะสมมากขึ้น แนวคิดการให้การปรึกษาแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy:CBT) ให้ความสำคัญกับอิทธิพลของความบกพร่องทางความคิด (Cognitive Deficits) ที่มีผลต่อพยาธิสภาพ กล่าวคือ ข้อบกพร่องของการคิดที่ทำให้บุคคลไม่รู้จักคาดคะเนผลลบที่จะเกิดขึ้นในระยะยาว ทำให้บุคคลประสบปัญหากับการมีสมาธิ การกำกับการคิด และการระลึกจดจำสิ่งต่าง ๆ การคิดของผู้ที่เป็น

โรควิตกกังวลจะมีความคิดในทางหายนะ มักมีความคิดขยายความให้เกินจริงเกี่ยวกับอันตราย รู้สึกไม่ปลอดภัย เอาความรู้สึกวิตกกังวลไปสับสนกับอันตรายที่เกิดขึ้นจริง ข้อบกพร่องของการคิดทำให้มีความผิดพลาดต่อการรับรู้และการแปลความอย่างผิด ๆ นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับกระบวนการคิดที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Inadequate Cognitive Processing) ซึ่งจะมีผลต่อการเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหา ผู้ให้การปรึกษาทำหน้าที่เสมือนผู้ฝึกสอนผู้รับการปรึกษาให้ใช้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น (ดวงมณี จงรักษ์, 2549) ส่งผลให้ความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง

มีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นวิธีการบำบัดที่ช่วยลดความวิตกกังวลได้ อาทิ จากการศึกษาของณัฐทิพร ชัยประทาน (2547) ซึ่งศึกษาผลของการให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนลมหายใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่า ความวิตกกังวลในขณะเผชิญและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยโรควิตกกังวลหลังการบำบัดลดลงก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของปทุมรัตน์ เกตุเล็ก (2548) ศึกษาการให้คำปรึกษากลุ่มที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่า ความวิตกกังวลในขณะเผชิญของผู้ป่วยโรควิตกกังวลหลังการบำบัดลดลงกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกัน

จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า การใช้รูปแบบการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสามารถใช้เป็นวิธีการบำบัดอีกแนวทางหนึ่งที่ได้ผลดี ในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาและนำแนวทางการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมาปรับใช้ในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ซึ่งอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยในเขตอำเภอเมืองสุพรรณบุรี พบว่ายังไม่มีรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่ชัดเจน กอปรกับการศึกษาของสุพัตรา พุ่มพวง (2547) ที่ศึกษาถึงความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในพื้นที่ในเขตอำเภอเมืองสุพรรณบุรี พบว่าผู้รับบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิมีความต้องการได้รับการปรึกษาจากพยาบาลที่มีความรู้และทักษะเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ปฏิบัติงานระดับสถานีอนามัย จึงได้มีการพัฒนาตนเองโดยการศึกษาต่อเฉพาะทางด้านการพยาบาลจิตเวช และมีการเสริมสมรรถนะในการฝึกปฏิบัติการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ภายใต้การดูแลของผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในเรื่องดังกล่าว เพื่อนำแนวคิดนี้มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลในบริบทของสถานีอนามัย ซึ่งเป็นการให้การพยาบาลด้านสุขภาพจิตในหน่วยงาน ให้มีรูปแบบที่ชัดเจน

วัตถุประสงค์ของโครงการศึกษาอิสระ

เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลก่อนและหลังการได้รับการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

แนวเหตุผลและสมมติฐานโครงการศึกษาอิสระ

จากการศึกษา พบว่า ความวิตกกังวล เป็นอารมณ์ และความรู้สึกต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง หรือคาดว่าอาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยมีการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าสิ่งนั้นจะส่งผลกระทบหรือก่อให้เกิดอันตราย ทำให้ไม่สบายใจ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด และการเรียนรู้ ซึ่งส่งผลกระทบทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ให้บุคคลมีความบกพร่องด้านการประกอบอาชีพ ด้านความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม ดังนั้น แนวทางการช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลจึงควรมีวิธีการบำบัดอื่นร่วมกับการใช้ยาอย่างเหมาะสม ดังที่ Beck (1979) กล่าวไว้ว่า การบำบัดทางพฤติกรรมและความคิด (Cognitive Behavior Therapy) เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีลักษณะที่สำคัญ คือ เป็นการบำบัดในเชิงรุกและมีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (time-limited) และรูปแบบโครงสร้างที่ชัดเจน (structured) โดยการบำบัดมีแนวคิดอยู่บนพื้นฐานทฤษฎีพื้นฐานที่ว่า อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมของคนเราส่วนใหญ่แล้ว ขึ้นอยู่กับแนวทางการมองโลกของบุคคลนั้น กล่าวคือ การคิดของเรามีผลกระทบต่อพฤติกรรม เมื่อมีเหตุการณ์หนึ่ง เหตุการณ์ใดเกิดขึ้น (Situation) จะส่งผลต่อความคิด (Thought) ของบุคคลทำให้บุคคลนั้นแสดงปฏิกิริยา (reaction) ออกมาซึ่งปฏิกิริยานั้นแสดงออกได้ทางพฤติกรรม(Behavioral) ลักษณะอารมณ์ (Emotional) และการแสดงออกทางด้านร่างกาย (Physiological) เราสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมทางการคิดได้และเมื่อเปลี่ยนการคิดก็เปลี่ยนพฤติกรรมได้ ดังนั้น องค์ประกอบของการบำบัดตามแนวคิด CBT คือ องค์ประกอบทางความคิด (Cognition component : Unhelpful thinking styles) และองค์ประกอบทางพฤติกรรม (Behavior component :Altered behavior) ดังนั้นเทคนิคสำคัญของการบำบัดตามแนวคิดความคิดพฤติกรรมบำบัด จะเน้นการบำบัดใน 2 ด้าน และแต่ละด้านจะมีการใช้เทคนิคต่างๆ คือ1) การบำบัดด้านความคิด (Cognition) โดยใช้การปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิด (Cognitive Restructuring) ด้วยการจัดการกับความคิด ความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ ความคิดที่บิดเบือนให้เกิดความคิดที่เป็นประโยชน์ และมีความสมดุลมากขึ้น ซึ่งเทคนิคที่นำมาใช้ในการบำบัดด้านความคิด ได้แก่ เทคนิค Self-talk การปรับอารมณ์ (Emotional Regulation) การฝึกการป้องกันและจัดการกับความเครียด (Stress Inoculation Training) 2) การบำบัดด้านพฤติกรรม (Behavior) และทักษะการจัดการปัญหา โดยเทคนิคที่ใช้ ได้แก่ การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย การปรับปรุงการดูแลตนเอง และ การแก้ปัญหา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยวิตกกังวล ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการนำแนวคิดนี้มาใช้ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลในการศึกษาครั้งนี้ โดยได้พัฒนาแผนการให้การปรึกษารายบุคคลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มาจากแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1972) ร่วมกับแผนการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนลมหายใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ในผู้ป่วยโรควิตกกังวล จากการศึกษาของ ณัฐฑิพร ชัยประทาน (2547) โดยแผนการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ซึ่งมีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

การบำบัดครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ แรงจูงใจและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรควิตกกังวล เพื่อสร้างสัมพันธภาพ เป็นการทำความรู้จัก ระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ร่วมกันตั้งเป้าหมายร่วมกันในการช่วยเหลือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรควิตกกังวล ผลกระทบที่เกิดขึ้น การได้ความรู้ที่ถูกต้องช่วยให้ผู้ป่วยลดความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ เกิดความร่วมมือในการรักษา (James et al,2000; Eliane et al, 2003 ; ณัฐฑิพร ชัยประทาน ,2547)

การบำบัดครั้งที่ 2 เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความกังวล เป็นขั้นตอนสำคัญที่เรียกว่า cognitive restructuring ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับการบ่งชี้ กระบวนความคิดที่ก่อให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ซึ่งความคิดเหล่านี้จะเกิดขึ้นอัตโนมัติที่เรียกว่า automatic thought และมักจะเกิดจากการรับรู้ที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง (cognitive distortions) ก่อให้เกิดความคิดที่ไม่เหมาะสมและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การเรียนรู้กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิด นำหลักการแก้ไขปัญหาที่ได้เรียนรู้ ไปปรับใช้ในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยมีวิธีคิดอย่างเหมาะสมโดยปราศจากความกังวล โดยการตระหนักรู้และตรวจสอบความคิด อารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเอง ถ้าสามารถปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริงได้ ก็จะสามารถลดความวิตกกังวลได้ (James et al,2000; Eliane et al, 2003 ;ณัฐฑิพร ชัยประทาน ,2547)

การบำบัดครั้งที่ 3 หลักการแก้ปัญหา การเผชิญความวิตกกังวลหรือปัญหาเป็นการรับรู้ต่อสิ่งคุกคามของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านความคิด และด้านพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ และได้เรียนรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวลของตนเอง เรียนรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาตอบสนองของตนเอง เมื่อเกิดความวิตกกังวล ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาสาเหตุ หรือสิ่งคุกคามต่อตนเอง ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้วิธีเผชิญต่อความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาที่ผู้ป่วยเคยใช้แล้วได้ผลดี และสอนวิธีการเผชิญปัญหาใหม่เพิ่มเติม จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ฝึกการคิดที่เป็นระบบ โดยมีการวางแผนการเผชิญปัญหาเป็นขั้นตอนตามหลักการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะเพิ่มความมั่นใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่นำไปใช้ในการเผชิญปัญหา (สิรินาท มีเจริญ ,2541;

อุบลรัตน์ ดีพร้อม,2546) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญกับสถานการณ์จริงด้วยตนเอง (สมใจ เจียระพงษ์, 2542; James et al, 2000; Eliane et al, 2003 ; ณัฐทิพร ชัยประทาน , 2547)

การบำบัดครั้งที่ 4 การเผชิญความวิตกกังวล สรุปและประเมินผล เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยรักษาประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกฝนต่างๆ และป้องกันการกลับซ้ำของอาการ (Relapse Prevention) โดยผู้บำบัดให้ผู้ป่วยทบทวนถึงประเด็นต่าง ๆ และประเมินผลการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่สู่พฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนเน้นให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ที่ได้ และการนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน

จากแนวเหตุผลดังข้างต้นผู้ศึกษาได้ตั้งสมมติฐานดังนี้

ผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่ได้รับการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการให้ยาคลายความวิตกกังวล มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ขอบเขตของโครงการศึกษาอิสระ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังเพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลก่อนและหลังการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยผู้ศึกษาพัฒนาจากศึกษาการให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมของ ณัฐทิพร ชัยประทาน (2547) โดยใช้แนวคิดของ Aron T Beck (1972) โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้ คือ

1. ประชากรที่ศึกษาเป็น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรควิตกกังวล

2. กลุ่มตัวอย่างเป็นได้แก่ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่มารับการรักษาที่แผนกจิตเวชแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาบรมราชชนกจังหวัดสุพรรณบุรี โดยมีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลไผ่ขวาง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.1. ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรควิตกกังวลชนิด GAD และอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยา

2.2. อายุ 21-60 ปี สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และโต้ตอบได้รู้เรื่อง

2.3. มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถรับรู้ เวลา สถานที่ บุคคล ได้ถูกต้อง

2.4. ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมโครงการศึกษาครั้งนี้

3. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้นคือ การใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ตัวแปรตามคือ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม หมายถึง กระบวนการที่ผู้ศึกษาให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวล ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากความวิตกกังวลเป็นรายบุคคลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม โดยใช้แนวคิดของ Beck (1972) ดำเนินกิจกรรมการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ในการสำรวจปัญหา ประเมินความวิตกกังวล ร่วมกันค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยการสร้างสัมพันธภาพ มุ่งให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลได้รับความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรควิตกกังวล เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความวิตกกังวล การแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาโดยผู้ศึกษาเป็นผู้นำ (active) และใช้วิธีชี้ทาง(Directive) เพื่อแก้ไขอาการและปัญหา โดยกำหนดกิจกรรมทุกครั้งเป็นการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรายบุคคล ประกอบด้วย

การบำบัดครั้ง 1 สร้างสัมพันธภาพ แรงจูงใจและการให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรควิตกกังวลหมายถึง กิจกรรมที่ผู้ศึกษาพบผู้ป่วยโรควิตกกังวลครั้งที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยโรควิตกกังวล ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนของการศึกษา พร้อมให้ความรู้ที่ถูกต้องชัดเจนแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับ ธรรมชาติและอาการของความวิตกกังวล ทำความรู้จักกับการบำบัดที่เน้นแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เหตุผลดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ ร่วมมือในการให้การบำบัดและฝึกปฏิบัติอย่างจริงจัง

การบำบัดครั้งที่ 2 เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความวิตกกังวล หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ศึกษาพบผู้ป่วยโรควิตกกังวลครั้งที่ 2 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยผู้ศึกษาช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ต้นเหตุของปัญหาที่แท้จริง คือ ความคิด เรียนรู้กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีวิธีคิดที่เหมาะสมปราศจากความวิตกกังวล และความกลัว ส่งผลให้ลดความวิตกกังวล

การบำบัดครั้งที่ 3 หลักการแก้ไขปัญหา หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ศึกษาพบผู้ป่วยโรควิตกกังวลครั้งที่ 3 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยผู้ศึกษาช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับว่าวิธีคิดของผู้ป่วยเป็นปัญหาต่อตนเอง เน้นวิธีคิดที่แก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุของปัญหา กระบวนการคิดที่มีเหตุผลจะนำไปสู่การพิจารณาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาด้วยความเข้าใจในข้อดี ข้อจำกัดของตน สามารถยอมรับผลที่เกิดขึ้น รวมถึงสามารถนำกลับมาปรับปรุงได้อย่างเหมาะสม กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยความสามารถในการพึ่งพาตนเองมากขึ้นต่อปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หลังจากการฝึกปฏิบัติในขั้นตอนนี้จะส่งผลให้ลดอาการของความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การบำบัดครั้งที่ 4 การเผชิญความวิตกกังวล สรุปและประเมินผล หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ศึกษาพบผู้ป่วยโรควิตกกังวลครั้งที่ 4 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยผู้ศึกษาช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้

กระบวนการคิดในการเผชิญปัญหา ผู้ศึกษาและผู้ป่วยร่วมกันทำความเข้าใจวิธีการเผชิญปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวล พัฒนาแนวทางการเผชิญปัญหา ผู้ป่วยจะได้ทบทวนประเด็นต่างๆ ที่ได้เรียนรู้ จะช่วยให้เกิดความเข้าใจ และก่อเกิดแรงจูงใจที่จะนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ส่งผลช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลได้อย่างต่อเนื่อง จากนั้นสรุปผลการให้การบำบัด

ความวิตกกังวล หมายถึง อาการที่เกิดจากความรู้สึกไม่สบายใจ ความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่นใจ ไม่สบายใจอย่างไม่รู้สาเหตุชัดเจน หงุดหงิดไม่สบายใจ กระสับกระส่าย จากการที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้และพฤติกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger (1967) ชื่อ The State-Trait Anxiety Inventory (STAI form Y1) แปลเป็นภาษาไทยโดย รศ.พญ.นิตยา คชภักดี สายฤดี วรกิจโภคาธร และ มาลี นิสสัยสุข การแบ่งระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยนั้น มีผู้แบ่งระดับความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับ ตามช่วงคะแนนดังนี้ (กนกวรรณ ทาสอน, 2545; ณัฐฑิพร ชัยประทาน, 2547)

คะแนน 20 – 40 หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย

คะแนน 41 – 60 หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง

คะแนน 61 – 70 หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับรุนแรงหรือระดับสูง

คะแนน 71 – 80 หมายถึง มีความวิตกกังวลในระดับรุนแรงที่สุด

ผู้ป่วยโรควิตกกังวล หมายถึง ผู้ที่มีความรู้สึกไม่สบายใจเป็นอย่างมากซึ่งเป็นผลมาจากความวิตกกังวลในเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น หรือคาดว่าอาจจะเกิดขึ้น ส่งผลให้มีการตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยที่ผู้ป่วยโรควิตกกังวลดังกล่าวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทางจิตเวชว่าเป็นผู้ป่วยโรควิตกกังวล (Anxiety disorder) และมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 6 เดือนซึ่งมีภูมิลำเนาในตำบลไผ่ขวาง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล โดยใช้รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรายบุคคล

2. เป็นการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในชุมชน

3.เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ที่ต้องการศึกษาและค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับโรควิตกกังวล