บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลของสถานีอนามัยบ้านคอนกลาง ตำบลไผ่ขวาง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ก่อนและหลังการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วย โรควิตกกังวล ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. โรควิตกกังวล
    - 1.1 ความหมาย
    - 1.2
    - 1.3 ปัจจัยของความวิตกกังวล
    - 1.4 สาเหตุของโรควิตกกังวล
    - 1.5 อาการของโรควิตกกังวล
    - 1.6 การวินิจฉัยโรควิตกกังวล
2. แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
3. การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวล
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล

1.1 ความหมาย

ความวิตกกังวล เป็นพฤติกรรมของบุคคล ส่วนใหญ่ที่เกิดจากการเรียนรู้ จากการสังเกตผู้อื่นในสังคมที่เขาสนใจ มีการจดจำแล้วนำมาลอกเลียนแบบภายหลัง การเรียนรู้แบบนี้เป็นการเรียนรู้ตามธรรมชาติของบุคคล ดังนั้นความวิตกกังวลจึงเกิดจากการได้เห็นบุคคลถูกกระตุ้นโดยสิ่งเร้าบางอย่าง ซึ่งเป็นผลทำให้บุคคลนั้นได้รับกรรมที่ไม่พอใจ และเมื่อตนเองจะต้องเผชิญกับสิ่งเร้าดังกล่าว จึงเกิดความวิตกกังวลว่าตนจะได้รับผลที่ไม่พึงพอใจ ดังที่เห็นได้จากตัวแบบ ก็จะทำให้สิ่งเร้านั้นสร้างความวิตกกังวลให้กับบุคคลได้ นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังเกิดได้จากการขาดทักษะในพฤติกรรมบางอย่าง เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงต่อสิ่งเร้าที่จะนำไปสู่พฤติกรรมที่ตนขาดทักษะนั้นๆ

อีกประการหนึ่งความวิตกกังวล เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์อย่างหนึ่งของมนุษย์ เป็นแนวคิดที่ถูกอ้างถึงบ่อยในชีวิตประจำวันและในการศึกษาวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากความวิตกกังวลมีบทบาทในความเจ็บป่วยและพฤติกรรมที่ผิดปกติหลาย ๆ อย่าง นอกจากนี้แล้วแทบทุกคนต้องเคยเผชิญกับความวิตกกังวล บางครั้งคำว่า วิตกกังวล ความเครียด และความกลัว ถูกนำมาใช้ในความหมายเดียวกัน มีผู้ที่กล่าวถึงความวิตกกังวลในความหมายต่าง ๆ ดังนี้

Adams (1977) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นการตอบสนองของบุคคลต่อสถานการณ์ อย่างใดอย่างหนึ่งที่บุคคลคิดว่า เป็นอันตรายต่อสวัสดิภาพของตนเอง อันตราย ดังกล่าวจะซ่อนเร้น อยู่ในจิตใจไร้สำนึก และมักจะเป็นอันตรายที่เกิดขึ้นภายในมากกว่าจะเป็นอันตรายที่เห็นได้จากภายนอก

กนกรัตน์ สุขะตุงคะ(2540) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ เนื่องจากรู้สึกว่ามีบางสิ่งมาคุกคามความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง หรือต่อความนับถือตนเอง หรือเมื่อต้องทำอะไรที่เกินความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดความไม่สบายใจ ไม่เป็นสุข และมีผลกระทบต่อการรับรู้ของบุคคล ทำให้การรับรู้ด้อยไป

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

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2543) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว อึดอัดไม่สบายใจ เกรงว่าจะมีสิ่งร้าย หรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตน

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

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (2548) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไป ซึ่งมักจะมีอาการตึงเครียด ระแวดระวัง หรือบางครั้งอาจจะตื่นตระหนกกับเรื่องต่างๆ ในชีวิตประจำวันมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ เช่น เหงื่อแตก ใจสั่น ใจเต้นเร็ว ตัวสั่น หายใจเร็ว ท้องไส้ปั่นป่วน ความวิตกกังวลนี้มักจะพบเมื่ออยู่ในสภาพการณ์ที่ตึงเครียด

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล เป็นอารมณ์ และความรู้สึกต่อสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยมีการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าเหตุการณ์ หรือสถานการณ์นั้นจะส่งผลกระทบในด้านลบ หรือก่อให้เกิดอันตรายได้ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ พฤติกรรม ความคิด ความจำ การรับรู้และการเรียนรู้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

1.2 ประเภทของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งเป็น 2 ประเภท (Spielberger, 1976) คือ

1.2.3ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัว (Trait anxiety) ความวิตกกังวลประเภทนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลเป็นลักษณะนิสัยที่ได้รับความเครียดสถานการณ์คุกคามและมีการตอบสนองต่สถานการณ์นั้น ๆ รุนแรงขึ้น เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่วๆไปเกิดอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานานจนเป็นลักษณะนิสัยประจำตัว เป็นลักษณะค่อนข้างคงที่และจะเป็นตัวเสริมหรือเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์

1.2.2. ความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (State anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ขณะนั้น เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียดไม่พอใจโดยอาจแสดงเป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้ ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตของบุคคลความวิตกกังวลทั้ง 2 ประเภทนี้ มีความสัมพันธ์กันคือ บุคคลที่มีความวิตกกังวลในลักษณะประจำตัวสูง (Trait anxiety) เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือสิ่งคุกคามความวิตกกังวลในลักษณะประจำตัว (Trait anxiety ก็จะเป็นตัวเสริมให้เกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (State anxiety) รุนแรงและยาวนาน และในบุคคลที่เกิดความวิตกกังวลในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (State anxiety) บ่อยครั้งโดยแต่ละครั้งมีความรุนแรง อาจส่งผลให้บุคคลนั้นมีความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัว (Trait anxiety) ในระดับที่สูงขึ้นได้

ความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลประจำตัว และความวิตกกังวลต่อสถานการณ์

ตามแนวคิดความวิตกกังวล ซึ่ง Speilberger, Polans and Worden (1984) (อ้างถึงใน พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2538) ได้แบ่งความวิตกกังวล เป็น 2 ลักษณะ คือ

ลักษณะความวิตกกังวลประจำตัว และความวิตกกังวลต่อสถานการณ์หรือความวิตกกังวลขณะปัจจุบันในการศึกษานี้ผู้ศึกษาจะใช้คำว่าความวิตกกังวลขณะปัจจุบันแทนข้อความนี้เพื่อให้สั้นและกระชับขึ้น ลักษณะทั้ง 2 อย่าง มีความแตกต่างและสัมพันธ์กัน ดังนี้

ด้านความแตกต่างที่สำคัญ คือ ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน เป็นความกระวนกระวาย ความหวาดหวั่น ความกังวลที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งส่วนความวิตกกังวลประจำตัว เป็นบุคลิกภาพอันยาวนาน (Long term personality) เมื่อถูกยั่วยุโดยสิ่งเร้าที่จะก่อให้ความเครียด ความถี่ของความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับลักษณะนิสัย (trait) ของคนๆ นั้น บางทีเรียกว่าความวิตกกังวลที่มีลักษณะเฉพาะ (characteristic or basic anxiety) ความวิตกกังวลแบบนี้เป็นส่วนหนึ่งของนิสัยอันถาวร (temperament) ด้านความสัมพันธ์ความวิตกกังวลประจำตัวและความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กันในลักษณะต่อไปนี้คือ ในบุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวสูง เมื่อได้รับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือจะทำให้เกิดอันตราย ระดับความวิตกกังวลประจำตัวที่มีอยู่แล้วจะเป็นตัวเสริม หรือไปประกอบความวิตกกังวลประจำตัว ให้มีความรุนแรงและมีระยะเวลาการเกิดนานมากกว่าในบุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวระดับต่ำกว่า (Spielberger,1966) นอกจากนั้น ในบุคคลที่เกิดความวิตกกังวลขณะปัจจุบันบ่อยๆ ครั้ง โดยในแต่ละครั้งจะมีความรุนแรงหรือไม่ก็ตาม อาจจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีความวิตกกังวลประจำตัว ในระดับสูงขึ้น (Spielberger ,1966;Levitt ,1971 อ้างถึงใน สุชาคารัชชุกูล และชมพูนุช โสภาจารีย์ ,2544)

1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

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

1.3.1 เมื่อบุคคลได้รับการคุกคามหรือสูญเสียสัญลักษณ์ (Symbols) ของตนได้แก่ความคิดเห็น มโนทัศน์ ค่านิยม หรือระบบของความคิดของตนเองจะทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

1.3.2 การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่จะมาคุกคาม ทำให้เกิดความขัดแย้ง ซึ่งอาจจะเกิดได้ทั้งในจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลทำให้เกิดความวิตกกังวลได้

1.3.3 ความไม่แน่ใจ หรือความคลุมเครือต่อเหตุการณ์ในอนาคต ซึ่งเป็นสิ่งที่

บุคคลไม่สามารถรู้ถึงอันตรายหรือสิ่งที่มาคุกคามตัวบุคคล ส่งผลให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลความไม่แน่ใจเป็นสาเหตุสำคัญของความเครียดและความวิตกกังวลในผู้ที่มีความเจ็บป่วย เนื่องจากความไม่แน่ใจ ทำให้จำกัดความสามารถของบุคคลในการควบคุมสิ่งที่คิดว่าเป็นอันตรายดังนั้นจึงทำให้บุคคลรู้สึกว่าช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวลในที่สุด อีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล เนื่องจากความไม่แน่ใจทำให้กระบวนการเผชิญปัญหาถูกจำกัดจึงส่งผลให้บุคคลวิตกกังวลได้เมื่อศึกษาถึงสาเหตุ หรือปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีความวิตกกังวลจากการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พัฒนาโดย The North American Nursing Diagnosis (NANDA) (1990)พบว่าปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ ภาวะคุกคามต่อ self-concept ความรู้สึกว่าความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง ภาวะวิกฤติในสถานการณ์หรือการพัฒนาการ ภาวะคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงในการแสดงบทบาทหน้าที่ ภาวะคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงในสถานะ ภาวะคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนการปฏิสัมพันธ์ ภาวะคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงในในสิ่งแวดล้อม ภาวะคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงในเศรษฐฐานะความขัดแย้ง ในคุณค่าและหมายของชีวิต การเปลี่ยนแปลงในการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และภาวะคุกคามต่อความตาย

ระดับของความวิตกกังวล

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

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

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

ระดับ 3 ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้ความสามารถของการรับรู้ของบุคคลลดลง โดยจะให้ความสนใจต่อรายละเอียดเล็กๆการใช้คำพูดมักไม่ค่อยเหมาะสมหรือถึงขั้นไม่สามารถสื่อสารได้ชัดเจน ขณะที่ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น สติปัญญาที่จะคิดหรือแก้ปัญหาต่างๆจะลดลง ขาดความสามารถในการแยกแยะสิ่งต่างๆ ระยะนี้มักจะเกิดคำถามในใจบ่อยๆ ว่า “จะทำยังไงกับตนเองดี” “ทำไมถึงน่าเบื่ออย่างนี้” ระบบสรีระจะมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ระดับ 4 ความวิตกกังวลระดับตื่นกลัวสุดขีด (Panic) ในความวิตกกังวลระดับนี้ จะมีอาการทุกอย่างเต็มที่ ความสามารถในการรับรู้เสียไปมาก บุคลิกภาพเริ่มเปลี่ยนไปความสามารถในการพูดเสียไป และไม่สามารถที่จะสนใจต่อสิ่งเร้าที่เป็นจริงได้ ระบบสรีระอารมณ์และสติปัญญาเบี่ยงเบนไป

การประเมินความวิตกกังวล

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล จะมีการแสดงออกที่แตกต่างกันไป การประเมินมีหลายวิธี เช่น ประเมินได้จากการสังเกตพฤติกรรม การตอบสนองด้านสรีระ ของบุคคลที่แสดงออกเพื่อลดความวิตกกังวล และจากรายงานความรู้สึกที่เกิดขึ้นเฉพาะบุคคลที่ประสบความวิตกกังวล ซึ่ง Nietzel and Bernstein (อ้างถึงใน วราภรณ์ ยศทวี, 2540) ได้จำแนกการประเมินความวิตกกังวลไว้ 3 แนวทาง ดังนี้

1. การประเมินความวิตกกังวลจากสภาพทางสรีระ (Physiological measure of of anxiety)

เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น ระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการเต้นของชีพจร การตรวจคลื่นสมอง การขยายของม่านตา ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งการวัดความวิตกกังวลแบบนี้จะต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษในการวัด เช่นเครื่องมือวัดความดันโลหิต (sphygmomanometer) เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (electrocardiograph) เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของชีพจร (mechanical pulse detective) เครื่องมือวัดคลื่นสมอง (electroencephalography) เครื่องมือวัดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ (eletromyograph) เป็นต้น การวัดด้วยวิธีนี้ต้องอาศัยผู้ชำนาญทางการตรวจและการแปลผลการเปลี่ยนแปลง ซึ่งต้องมีความแม่นยำ อาจเกิดความสับสนต่อการประเมิน เนื่องจากในการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต และอัตราการเต้นของชีพจรนั้นอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรคต่าง ๆ ในระบบประสาทและหลอดเลือดที่บุคคลนั้น เป็นอยู่ เช่น โรคไต โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงหรืออาจเกิดจากผลของการใช้ยาบางชนิด จากอาหาร บุหรี่ การออกกำลังกาย เป็นต้น ดังนั้นจึงมีความลำบากในการวัดความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้ เนื่องจากระดับความวิตกกังวลจะไม่สัมพันธ์กับอาการแสดงออก นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละบุคคลยังมีแบบแผนที่แตกต่างกัน

2. การประเมินความวิตกกังวล โดยการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล (Behavioral measure of anxiety)

เป็นการวัดการตอบสนองทางด้านจิตใจ ซึ่งแสดงออกถึงความแปรปรวนในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ความสอดคล้องกันของการทำงานของร่างกายกับการรับรู้ความจำ การเรียนรู้ที่ง่ายๆ หรือซับซ้อน เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงออกมานั้น เป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนมาจากอารมณ์ภายในใจซึ่งบุคคลอื่น

สามารถสังเกตเห็นได้เช่น อาการกระสับกระส่าย ลุกลี้ลุกลน มือสั่น ถอนหายใจ ร้องไห้ หงุดหงิด ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร พูดรัว เร็วขึ้น เป็นต้น

3. การประเมินความวิตกกังวลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report measure of anxiety)

เป็นการประเมินความวิตกกังวลโดยให้บุคคลรายงานความรู้สึกวิตกกังวลของตนเอง ซึ่งอาจเป็นการรายงานด้วยการตอบแบบสอบถาม การเขียนหรือรายงานด้วยวาจา เป็นการวัดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้ โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบตามความรู้สึก แล้วนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล แบบสอบถามดังกล่าวมีผู้สร้างหลายชนิด เช่น แบบสอบถามความวิตกกังวลSTAI (The State-Trait Anxiety Inventory) ของ Spielberger,Gorsuch, and Lushene (1970) แบบสอบถามความวิตกกังวลแบบ MAS (The Taylor Manifest Anxiety) ของ Taylor (1982) เป็นต้น การประเมินความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้สามารถใช้ได้สะดวก และได้ผลดี ถ้าแบบวัดที่สร้างขึ้นมีความเที่ยงและความตรงสูง

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

1.แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลแบบ State anxiety คือ แบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆ

2. แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลแบบ Trait anxiety คือแบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึกทั่วๆ ไปของบุคคลในทุกสถานการณ์ เช่น งานวิจัยของ Borkovec and Costello(1993), Butler et al (1987, 1991), Hochn–Saric et al (1989) รายงานผลการทบทวนงานวิจัยตั้งแต่ปี 1987 ถึง 1998 ของ Fisher & Durham (1999) ที่ได้ทบทวนผลการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งวัดผลโดยใช้ State–Trait Anxiety Inventory จำนวน 8 งานวิจัย สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยเท่าที่พบมีดังนี้ ชมชื่น สมประเสริฐ (2526), ทิพวัลย์ โพธิแท่น (2531), ขนิษฐา นาคะ (2534), สุคสวาท ทิพย์สุทธิ์ (2541), สมใจ เจียระพงษ์ (2542) นภาพร ตั้งพูลผลวนิชย์ (2543); กนกวรรณ ทาสอน (2545) และ ฉัฐฑิพร ชัยประทาน (2547) เป็นต้น

1.4 สาเหตุของโรควิตกกังวล

สาเหตุของโรควิตกกังวล สามารถแบ่งตามปัจจัยของการเกิดโรคได้ดังนี้

1.4.1 ปัจจัยด้านจิตใจ

อาการวิตกกังวลเป็นจากความขัดแย้งในจิตใต้สำนึกซึ่งไม่ได้ถูกแก้ไข ความผิดปกติในแง่ของการรับรู้และการแปลผลต่อเหตุการณ์ต่างๆ ในลักษณะที่มองโลกในแง่ร้าย ทำให้เกิดความรู้สึกว่าไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้ สำหรับทฤษฎี Cognitive behavioral เชื่อว่าความวิตกกังวลที่ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นการเลียนแบบมาจากพ่อแม่ที่มีอาการเหมือนกับผู้ป่วย หรือจากClassical

conditioning เกิดจากการที่ผู้ป่วยเคยมีอาการวิตกกังวลในขณะที่มีสิ่งกระตุ้น หรืออยู่ในสถานที่ใดที่หนึ่ง ก็จะทำให้ผู้ป่วยกลัวว่าจะเกิดความวิตกกังวลขึ้นมาอีก เมื่อเจอสิ่งกระตุ้นหรือสถานที่นั้น ๆ

1.4.2 ปัจจัยด้านชีวภาพ

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

2) Neurotransmitters ตัวที่เกี่ยวข้องได้แก่ Norepinephrine โดยเฉพาะที่บริเวณLocus ceruleus ,serotonin ที่ median raphe nucleus และ Gamma- aminobutyricacid (GABA)

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

1.5 อาการของโรควิตกกังวล

อาการของโรควิตกกังวล อาจมีลักษณะการแสดงออกของความวิตกกังวลที่คล้ายกับผู้ที่มีความวิตกกังวลระดับรุนแรง แต่สามารถแยกแยะได้จากความแตกต่างที่พอสรุปได้ดังนี้ (กนกวรรณ ทาสอน , 2545)

1.5.1 .มีลักษณะความวิตกกังวลที่แผ่กระจายไปในหลาย ๆ เรื่อง (generalized) ไม่ทราบสาเหตุ ไม่เจาะจงหรือผูกพันอยู่กับเหตุการณ์หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยเฉพาะ และไม่มีอาการรุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นช่วง ๆ เหมือน panic attack แต่ผู้ป่วยจะตกอยู่ในภาวะวิตกกังวล ตึงเครียดกลัวหรือหวาดวิตก คาดการณ์ไปล่วงหน้าต่อเหตุการณ์ในชีวิตหลาย ๆ เรื่อง มีความคิดวนเวียนกลับไปกลับมา หวาดหวั่นว่าจะมีเหตุร้ายเกิดขึ้นกับตนเองหรือคนใกล้ชิด เรื่องที่กังวลส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของครอบครัว เศรษฐกิจ การทำงาน ความเจ็บป่วย อุบัติเหตุ ความตาย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นอกจากนั้นจะกังวลเกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดขึ้นกับตนเช่น ถ้ามีอาการหัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น อาจวิตกกังวลว่าตนเองจะเป็นโรคหัวใจ เป็นต้น (สมภพ เรืองตระกูล และคณะ , 2533; พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ ,2534 ; รัตนา สายพานิชย์ และสมบัติ ศาสตร์รุ่งภัค , 2539 ; สุรชัย เกื้อศิริกูล ,2536)

1.5.2 มีความไม่สุขสบายทางกายที่เกิดจากผลกระทบหรือการตอบสนองต่อความวิตกกังวลร่วมด้วย

1.5.2.1 อาการที่เกิดจากความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ(Muscle tension) เช่น อาการสั่นกระตุกของแขนขา เจ็บตึงปวดตามกล้ามเนื้อ งุ่นง่าน เหนื่อยอ่อนเพลียง่าย ปวดศีรษะแบบตึงๆ ตื้อๆ (tension headache) หรือปวดบริเวณขมับทั้งสองข้าง ปวดตึงกล้ามเนื้อต้นคอท้ายทอย

1.5.2.2 อาการที่เกิดจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากเกินกว่าปกติ (Autonomic hyperactivity) เช่นอาการใจสั่น เหนื่อยง่าย หายใจติดขัด หัวใจเต้นเร็ว รู้สึกหายใจไม่อิ่ม รู้สึกเหมือนมีก้อนจุกที่ลำคอ แต่อาการเหล่านี้จะไม่เกิดรุนแรงเป็นช่วง ๆ เหมือนโรคแพนิก นอกนั้นจะมีอาการเหงื่อออกง่าย ปากแห้ง มึนงง คลื่นไส้ ท้องเสีย ปัสสาวะบ่อย

1.5.2.3 อาการที่เกิดจากความเครียดหรือระแวดระวังมากเกินไป (Cognitive hypervigilance) เช่นอาการตึงเครียด ตื่นเต้นตกใจง่ายกว่าปกติเวลามีเสียงดัง ขาดสมาธิ ใจลอยเนื่องจากความกังวล หลับยาก หรือหลับไม่สนิท

1.5.2.4.ความเรื้อรังของอาการแสดงออกของความวิตกกังวลและความถี่ของการเกิดอาการ ซึ่งจะเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีวันที่เป็นมากกว่าวันที่ไม่เป็น และสามารถกลับเป็นซ้ำได้ (Schweizer ,1995)

1.5.2.5.ลักษณะอาการเฉพาะของโรคที่ส่งผลให้บุคคลมีความบกพร่องด้านการประกอบอาชีพการงาน รวมทั้งทำให้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมบกพร่อง (Schweizer ,1995)

1.6 การวินิจฉัยโรควิตกกังวล

โรควิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder) มีเกณฑ์การวินิจฉัยโรควิตกกังวล ถูกกำหนดอย่างชัดเจนครั้งแรกในคู่มือการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน 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) เป็นกลุ่มอาการทางความคิดกังวล (cognitive symptoms of excessive worry) (ปราโมทย์ สุคนิชย์ และพิเชฐ อุดมรัตน์,2544) ซึ่งประกอบด้วย อาการแสดง อย่างเรื้อรังของความตึงเครียดในระบบการเคลื่อนไหวหรือกล้ามเนื้อ (motor tension) ได้แก่ สั่นกระตุกตามร่างกายหรือรู้สึกสะท้าน ตึงเจ็บปวดตามกล้ามเนื้อ งุ่นง่าน เหนื่อย อ่อนเพลียง่าย ความแปรปรวนของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น เหงื่อแตก มึนงง หายใจติดขัดหรือรู้สึกว่า หายใจไม่ออก ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ปากแห้ง มึนงง หรือรู้สึกหัวเบาโหวง (lightheadedness) คลื่นไส้ ท้องเสีย หรือท้องไส้ปั่นป่วน (abdominal distress) หน้าแดงร้อนวูบวาบ หรือหนาวเย็น ปัสสาวะบ่อย กลืนลำบาก หรือเหมือนมีก้อนอะไรจุกแน่นอยู่ที่คอ ความคิดในเรื่องหวาดหวั่นหรือหวาดวิตก ได้แก่ มีความหวาดหวั่นหรือกังวลที่มากเกินไปและไม่เป็นจริง ต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต อย่างน้อย 2 เหตุการณ์ หรือมากกว่า มีความกังวลที่แผ่กระจายไปในหลายเรื่อง (generalized) ยกตัวอย่าง เช่น กังวลว่าบุตรของตน (ผู้ซึ่งไม่ได้อยู่ในสถานการณ์อันตรายใดๆ) จะประสบเคราะห์กรรม และยังกังวลในเรื่องการเงิน นอกจากนั้นยังวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดขึ้นกับตน เช่น ใจสั่น เต้นเร็วกังวลว่าจะเป็นโรค หัวใจ ผู้ป่วยจะถูกรบกวนด้วยความวิตกกังวล และความหวั่นวิตกนั้นอยู่เกือบตลอดเวลา และมีความระแวดระวัง

พินิจพิเคราะห์มากเกินไป (cognitive hypervigilance) เช่น ความรู้สึกตื่นเต้น ตึงเครียด ตกใจง่าย ขาดสมาธิหรือใจลอย เนื่องจากความกังวล หลับยากหรือหลับไม่สนิท หงุดหงิด (พิเชฐ อุดมรัตน์ ,2534 และ สุรชัย เกื้อศิริกูล ,2536) พอสรุปเกณฑ์การวินิจฉัยโรควิตกกังวลดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ ,2544)

1.6.1. มีความวิตกกังวลมากเกินกว่าเหตุ (apprehensive expectation) ในหลาย เรื่อง

1.6.2. ผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมความกังวลนี้ได้

1.6.3. มีอาการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 3ข้อ (ในเด็กมีอาการอย่างน้อย 1ข้อ) คือ

1). กระสับกระส่าย

2). อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย

3). มีปัญหาด้านสมาธิ ความจำ

4). หงุดหงิด

5).ปวดเมื่อย ตึงตามกล้ามเนื้อ

6). มีปัญหาเกี่ยวกับการนอน

1.6.4. อาการกังวลจะไม่เป็นเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

1.6.5. อาการเป็นเกือบทั้งวัน ติดต่อกันนานมากกว่า 6 เดือน

2. แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy : CBT)

แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนั้น แยกมาจากการปรับพฤติกรรมที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ โดยสิ่งที่ต่างกันอยู่ที่การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงทางความคิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในขณะที่การปรับพฤติกรรมนั้น จะเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยตรง

การรักษาแบบ CBT นี้เป็นการบำบัดรักษาที่มีประโยชน์ และมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรค ซึ่งแนวทางการรักษานี้ยังเป็นเรื่องใหม่ที่ยังมีการพัฒนาและประยุกต์กันอยู่อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีเทคนิคและวิธีการที่หลากหลายแตกต่างกันไปมาก แต่ทุกรูปแบบมีหลักการที่เหมือนกันอยู่ 3 ประการ (จันทิมา องค์โมษิต ,2545) คือ

1. การนึกคิดมีผลต่อพฤติกรรม

2. การนึกคิดเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและดัดแปลงได้

3. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมเกิดขึ้นได้โดยการเปลี่ยนความคิด

การรักษาต้องการแก้ไขความผิดปกติของการนึกคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยอาศัยหลักการว่า การนึกคิดที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive) ของผู้ป่วยเป็นตัวสำคัญทำให้เกิดอาการทางจิต

เวช เช่น อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการกลัว ดังนั้นหลักการรักษาจึงเน้นวิเคราะห์อยู่ 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 การคิดที่บิดเบือนเหล่านี้เป็นการคิดที่ขาดเหตุผล หรือตรรกะ เช่น ลักษณะการคิดแบบขาวกับดำหรือบวกกับลบไปหมด การแปลสถานการณ์ภายนอกว่าแสดงให้เห็นตนไม่ดี และการคิดแบบไม่แยกแยะเรื่องราว มองทุกอย่างเหมือนกันไปหมด เป็นต้น การรักษาจะช่วยสอนให้ผู้ป่วยรู้จักจำแนกการนึกคิดที่ผิดพลาด ยอมรับและแก้ไขให้เป็นการนึกคิดที่สมเหตุสมผล

AaronT. Beck เป็นจิตแพทย์ผู้เริ่มนำการรักษาแบบการนึกคิดบำบัดและพฤติกรรมบำบัดมาใช้ร่วมกันจนเป็นที่นิยมอย่างยิ่งในปัจจุบัน การรักษาแบบนี้มีเป้าหมายที่สำคัญอยู่สองระดับ คือ ระดับแรกช่วยลดความเครียด หรืออาการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจำแนก ประเมิน และเปลี่ยนแปลงกระบวนการนึกคิดที่ไม่เหมาะสม และในขั้นที่สองช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในสาระสำคัญของความคิดอ่านของตนที่เป็นจุดอ่อน เพื่อดัดแปลงแก้ไขให้เป็นการคิดอ่าน ความเชื่อ หรือทัศนคติที่เหมาะสม

2.1 ความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy : CBT) เป็นจิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีโครงสร้างและกระบวนการในการบำบัดที่ชัดเจน มีเป้าหมายของการรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นปัญหา โดยใช้เทคนิคต่างๆของการบำบัดทางจิตมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสม และบิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล และเหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม

Aron T Beck (1979) ให้ความหมายการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดว่าเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีความสำคัญคือ เป็นการบำบัดในเชิงรุกและมีทิศทาง (active and directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (time-limited) และมีโครงสร้างการบำบัดที่ชัดเจน (structured) สามารถใช้บำบัดรักษาโรคทางจิตเวชได้หลากหลาย ได้แก่ โรคซึมเศร้า วิตกกังวล โรคกลัว โดย

การบำบัดมีพื้นฐานแนวคิดที่ว่า อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของคนเรา ส่วนใหญ่แล้วขึ้นกับแนวทางการมองโลกของบุคคลนั้นๆ

Sturat & Laraia (1998) ให้ความหมายว่า การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาในปัจจุบัน (here and now) มีเป้าหมายในการบำบัดที่ชัดเจน ผู้รับการบำบัดจะต้องมีบทบาทในการวางเป้าหมายของการรักษาไปกับผู้บำบัดด้วย

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2543) ให้ความหมายว่าการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดเป็นการนำกระบวนการของความคิดมาประยุกต์ใช้ โดยช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ปรับเปลี่ยนมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์จากเดิมที่เคยบิดเบือน กลายเป็นมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆที่ตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2548) ให้ความหมายของการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดว่าเป็นการใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดปัญหาในการปรับตัว และมีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของตนให้เกิดความคิดที่ถูกต้อง เหมาะสม และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆได้ดีขึ้นนั่นเอง

กล่าวโดยสรุปว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นกระบวนการบำบัดที่เน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนของตนเองเป็นความคิดที่ถูกต้อง เหมาะสม มีเหตุมีผล อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ ความรู้สึกที่เหมาะสม สามารถเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม ปรับตัวอยู่ในสังคม และปรับตัวต่อสภาพปัญหาได้อย่างเหมาะสมตามสภาพความเป็นจริง

2.2 ทฤษฎีและแนวคิดในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม อาศัยหลักการแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) 4 ทฤษฎี (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย,2548) คือ

2.2.1.ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical Conditioning) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้ทางพฤติกรรมที่เป็นการตอบสนองทางด้านสรีระวิทยาโดยตรง ไม่สามารถควบคุมบังคับได้ (involuntary behavior) ทฤษฎีนี้ได้มาจากการศึกษาของ Pavlov โดยการทำให้สุนัขเกิดพฤติกรรมตอบสนองต่อเสียงกระดิ่ง ซึ่งได้แก่พฤติกรรมน้ำลายไหลเมื่อมีเสียงกระดิ่ง โดยฝึกให้อาหารสุนัขไปพร้อมๆกับเสียงกระดิ่ง ทำบ่อยๆ จนในที่สุดสุนัขเกิดอาการน้ำลายไหลเมื่อได้ยินเสียงกระดิ่งเพียงอย่างเดียว การนำทฤษฎีนี้มาปรับใช้ในมนุษย์ได้แก่การจัดการผู้ป่วยที่มีความกลัว เช่นกลัวความสูง หรือกลัวที่มืด เป็นต้น

2.2.2.ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบจัดกระทำ (Operant Conditioning) เป็นทฤษฎีที่ วบคุมของจิตใจ (voluntary behavior) ได้มาจากการศึกษาของ B.F.Skinner ทฤษฎีนี้กล่าวไว้ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็น

ผลมาจากการตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้านั้น ๆ ถ้าการกรทำพฤติกรรมใดส่งผลให้เกิดความพอใจ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมนั้นเพิ่มมากขึ้น แต่ถ้าการกระทำใดส่งผลให้เกิดความไม่พอใจ บุคคลจะทำพฤติกรรมนั้นลดลง ตัวอย่างเช่น การยิ้ม หรือให้รางวัลเมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม จะช่วยให้เด็กเพิ่มความถี่ในการทำพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น เป็นต้น

2.2.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Modeling) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าพฤติกรรมสามารถเรียนรู้ได้โดยอาศัยการสังเกตและการเรียนแบบ เช่นการเลียนแบบบุคลิกลักษณะหรือการแต่งกายของบุคคลที่ชื่นชอบ เกิดจากการมองเห็น พึงพอใจ และพยายามจะเลียนแบบเป็นของตนเอง เป็นต้น

2.2.4 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางความคิด (Cognitive theory) ผู้ริเริ่มพัฒนาทฤษฎีนี้คือ Beck (1972) โดยนำมาเป็นพื้นฐานของการบำบัดทางความคิด และนำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีหลักการและแนวคิดพื้นฐานที่ว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดที่บิดเบือนและไม่สมเหตุสมผล โดยจะมีความคิดในด้านลบ 3 ด้าน ทั้งความคิดในด้านลบเกี่ยวกับตนเอง ความคิดในด้านลบต่อประสบการณ์ที่ตนเองประสบ หรือโลกภายนอก

บุคคลที่มีความคิดหรือมุมมองในด้านลบเหล่านี้ ย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดอาการของโรคซึมเศร้า หรือโรคทางจิตเวชอื่นๆอีกด้วย การบำบัดบุคคลเหล่านี้ต้องเน้นที่การปรับเปลี่ยนความคิด มุมมองใหม่ เพื่อนำไปสู่การปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เหมาะสม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอาศัยทฤษฎีต่างๆที่กล่าวมาข้างต้น โดยมีความเชื่อว่า พฤติกรรมที่เป็นปัญหาทั้งหลายเกิดจากการเรียนรู้ที่ผิด ดังนั้นการแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจึงสามารถทำได้ด้วยการให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ถูกต้อง โดยนำทฤษฎีข้างต้นมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความคิด โดยให้ผู้ป่วยลดพฤติกรรมความคิดที่ไม่พึงประสงค์ (decrease undesired behavior) และเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (increase desired behavior)

2.3 หลักการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด มีหลักการที่สำคัญ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย,2548) คือ

2.3.1. การบำบัดมุ่งเน้นผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง (Totally patient centered) ered) โดยผู้บำบัดจะมองผู้รับการบำบัดว่าเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งประสบหรือเผชิญกับปัญหามากกว่าที่จะมองว่าเป็นผู้เจ็บป่วยทางจิต ซึ่งมีสาเหตุหรือแรงผลักดันในจิตใต้สำนึก นักบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมองว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหามีผลมาจากการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้อง วิธีการแก้ไขจึงมุ่งที่การตรวจสอบพฤติกรรมและแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น โดยไม่สนใจค้นหาที่มาหรือสาเหตุของปัญหาจากแรงผลักดันในระดับจิตไร้สำนึก

2.3.2 การปฏิบัติการมุ่งเน้นความร่วมมือของผู้รับการบำบัดอย่างเต็มที่ (High degree of mutuality) การบำบัดจะมุ่งเน้นความร่วมมือของผู้รับการบำบัด โดยการบำบัดจะมี

ลักษณะของการร่วมกันค้นหาปัญหา ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมาย และกลยุทธ์ในการบำบัด รวมถึงการประเมินความก้าวหน้าที่เกิดขึ้น โดยต้องอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่จากผู้รับการบำบัด โดยผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นเพียงผู้ช่วยให้การบำบัดเป็นไปอย่างราบรื่น (facilitative role)

2.3.3. ตัวผู้บำบัดต้องแสดงถึงความจริงใจ (genuineness) ความอบอุ่น (warmth) ความเข้าใจความเห็นอกเห็นใจ(empathy) และใช้สัมพันธภาพในการบำบัด (therapeutic relationship) อย่างเหมาะสม

2.4 กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

กระบวนการในการบำบัดมี 2 ขั้นตอน คือ

2.4.1 ขั้นประเมินพฤติกรรมความคิด(Cognitive Behavioral Assessment)เป็นกระบวนการบำบัดที่สำคัญที่สุด ในการประเมินผู้รับการบำบัด จะไม่ให้ความสนใจกับคุณลักษณะทางบุคลิกภาพ (personality) ของผู้รับการบำบัดกลไกการป้องกันทางจิต(defense mechanisms)หรือกลไกทางจิตใจ แต่จะให้ความสนใจกับพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้รับการบำบัดในส่วนของความคิด อารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆของผู้รับการบำบัดผู้บำบัดจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและระบุปัญหาจากข้อมูล การระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหารวมถึงวิธีการวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการทบทวนจุดแข็งจุดอ่อนของผู้รับการบำบัด

สิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้บำบัด ในขั้นการประเมินก็คือ การใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ในการวิเคราะห์ปัญหาทางด้านพฤติกรรมอย่างถูกต้อง โดยพิจารณาจากหลักฐานอ้างอิงที่รวบรวมได้ โดยอาศัยวิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ และการวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้อย่างถูกต้อง

การระบุปัญหาของผู้รับการบำบัดที่ดี ควรจะมีความถูกต้องและชัดเจนที่สุด ควรประเมินปัญหาของผู้รับการบำบัดด้วยคำถามต่อไปนี้

1. ปัญหาคืออะไร
2. ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน
3. ปัญหาเกิดเมื่อใด
4. ใคร หรืออะไรที่ทำให้เกิดปัญหาขึ้น
5. ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นคืออะไร

2.4.2 ขั้นปฏิบัติการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการจัดกระทำ 4 ประการ คือ

1). การเพิ่มการมีกิจกรรม (increasing activity) โดยเน้นให้ผู้รับการบำบัดเป็นผู้กระทำ

2). การลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ (reducing unwanted behavior) เน้นการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเท่านั้น พฤติกรรมที่ดีไม่จำเป็นต้องจัดกระทำ

3). การเพิ่มความพึงพอใจ (increasing pleasure) การจัดกระทำต้องเกิดจากความพึงพอใจของผู้รับการบำบัด

4). การเพิ่มทักษะทางสังคม (enhancing social skills) เน้นการสร้างเสริมทักษะในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

วิธีการในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มี 3 วิธีการคือ

1. วิธีการลดความวิตกกังวล (Anxiety reduction) การลดความวิตกกังวลถือเป็นเทคนิคที่นำมาใช้ในการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด โดยทำได้หลายวิธี เช่น การฝึกผ่อนคลาย การใช้ Bio-feedback การลดความไวในการตอบสนองต่อสิ่งที่กลัวอย่างเป็นระบบ การเผชิญความกลัวสูงสุดในทันที การไม่ให้ทำพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวล เป็นต้น

2. วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ (Cognitive restructuring) ซึ่งการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่ประกอบด้วยขั้นตอนคือ

2.1 การตรวจสอบความคิด อารมณ์ ความรู้สึก (Monitoring thoughts and feelings) การปรับเปลี่ยนความคิดเริ่มด้วยการค้นหาสิ่งที่เป็นตัวเสริมแรง และก่อให้เกิดความคิดไม่เหมาะสม และพฤติกรรมที่เป็นปัญหายังคงอยู่ ขั้นตอนสำคัญในลำดับแรก ได้แก่ การช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักรู้ และสามารถคอยตรวจสอบความคิดและอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตน โดยให้ผู้ป่วยบันทึกความคิดที่ไม่เหมาะสมที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน คือ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น อารมณ์ความรู้สึก ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นตอบสนองต่อเหตุการณ์ พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นนั้น และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามมา

2.2 การถามถึงหลักฐานยืนยัน (Questioning the evidence) เป็นการที่ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด ช่วยกันตรวจสอบหาหลักฐานยืนยัน หรือสนับสนุนความเชื่อของผู้รับการบำบัด รวมไปถึงการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลด้วย

2.3 การตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ (Examining alternatives) ผู้รับการบำบัดหลายรายมักรู้สึกว่าตนเองไม่มีหนทางแก้ไขปัญหาที่ตนเองประสบอยู่ ผู้บำบัดสามารถให้การช่วยเหลือโดยการเสนอแนะวิธีการหรือแนวทางแก้ปัญหาที่มีประโยชน์ให้ผู้รับการบำบัดพิจารณา และตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา

2.4 การลองให้คาดการณ์ถึงสถานการณ์ที่รุนแรงที่สุด(Decatastrophizing) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้รับการบำบัดลองสมมติเหตุการณ์หรือสถานการณ์รุนแรงที่สุดที่อาจเกิดขึ้น ผู้บำบัดจะใช้คำถามเพื่อให้ผู้ป่วยได้คิดทบทวน และประเมินสถานการณ์ว่าสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นเป็นอย่างไร ได้แก่อะไรบ้าง จะสามารถจัดการหรือแก้ไขได้หรือไม่ อย่างไร เป้าหมายคือเพื่อช่วย

ให้ผู้รับการบำบัดไม่กลัวและกังวลเกินความเป็นจริง ไม่กลัวและกังวลล่วงหน้า และมองเห็นแนวทางที่จะแก้ไขสถานการณ์นั้นหากปัญหานั้นเกิดขึ้นจริง มีความพร้อมในการเผชิญปัญหานั้นๆ

2.5 การเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (Reframing) เป็นวิธีการเปลี่ยนมุมมองการรับรู้สถานการณ์ หรือพฤติกรรม ให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม ให้ผู้รับการบำบัดได้มองปัญหาในทุกแง่ทุกมุม ทั้งในข้อดีและข้อเสีย พัฒนาให้ผู้รับการบำบัดได้มองปัญหาอย่างรอบด้าน

2.6 การหยุดความคิด (Thought stopping) เป็นการฝึกให้ผู้รับการบำบัดได้หยุดความคิดที่ก่อให้เกิดปัญหา ใช้ได้ผลดีในความคิดที่เป็นปัญหาในระยะเริ่มต้น

3. วิธีการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Learning new behavior) เป็นการสร้างพฤติกรรมใหม่แก่ผู้รับการบำบัด ทำได้โดยวิธีการต่างๆ คือ การเลียนแบบ การปรับแต่งพฤติกรรม การให้รางวัล การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกทักษะทางสังคม การให้สิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจ เป็นต้น

3. การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวล

3.1 แนวคิดพื้นฐานการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวล เป็นกระบวนการที่ผู้ให้การบำบัดให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลเป็นรายบุคคล เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ Aron T Beck (1972) วิธีการดังกล่าวจากการศึกษาพบว่า เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับความวิตกกังวลโดยตรง มีการเรียนรู้ และฝึกฝนทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีมุมมองต่อการเผชิญปัญหาแบบใหม่ที่เหมาะสมขึ้น การจัดการกับความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายและจิตใจอันเนื่องมาจากความวิตกกังวล ลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความวิตกกังวล รวมถึงสนับสนุนการการคิดที่เน้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไปในทางที่เหมาะสมและสร้างสรรค์ อีกทั้งยังส่งผลให้ลดความวิตกกังวลทั้งในระยะสั้น ระยะยาว และสามารถลดการกลับเป็นซ้ำได้ ช่วยป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตที่จะพัฒนาไปเป็นโรคจิตเวชอื่นๆ

ขั้นตอนการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ผู้ศึกษาพัฒนาจากศึกษาการให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ ณัฐฑิพร ชัยประทาน (2547) การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมของ Aron T Beck (1972) โดยการบำบัดรายบุคคลโดยการเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ รวม 4 กิจกรรมโดยมีกระบวนการดังนี้คือ

การบำบัดครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของความ วิตกกังวล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของความวิตกกังวลและอาการของความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตน ตลอดจนวิธีระงับความกังวลที่เกิดขึ้น

2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรมต่อเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความกังวล

3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจหลักการ เหตุผล ขั้นตอน วิธีการ และประโยชน์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT)

สาระสำคัญ

1.การให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรควิตกกังวลและอาการผิดปกติต่าง ๆ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจการเจ็บป่วยของตน และลดความรู้สึกวิตกกังวลลงได้ จากการคิดคาดการณ์ที่มากเกินไป เช่น คิดว่าจะเป็นโรคหัวใจ และมีความมั่นใจขึ้นว่าอาการต่าง ๆ สามารถรักษาได้และควบคุมได้

2. การให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุผลการบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและร่วมมือในการบำบัด ส่งผลให้สามารถดำเนินกิจกรรมการบำบัดจนบรรลุวัตถุประสงค์

การบำบัดครั้งที่ 2 เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความวิตกกังวล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับ กระบวนการคิดที่ทำให้เกิดโรควิตกกังวล และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล

3. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความคิดอัตโนมัติด้านลบ วิธีจับความคิดอัตโนมัติของตน และสามารถบอกแบบแผนความคิดของตนเองที่ไม่เหมาะสมซึ่งส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

4. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความวิตกกังวล และแก้ไขให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เป็นวิธีการที่เหมาะสมกว่า

5. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์เหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ความคิดที่เหมาะสมกับความเป็นจริงทดแทนความคิดที่บิดเบือน จนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบให้เป็นบวกได้

สาระสำคัญ

ความคิดที่ผิด (dysfunction) และบิดเบือนจากความจริง (distorted) จากการที่บุคคลประเมินสถานการณ์ต่างๆ เป็นสาเหตุของการเกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่ตอบสนองไม่เหมาะสม ทำ

ให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีตามมา เช่น เกิดความวิตกกังวล กลัว หมดกำลังใจ โกรธ เศร้า เป็นต้น และความคิดดังกล่าวมักเกิดขึ้นทันทีแบบอัตโนมัติ หรือที่เรียกเป็นความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ บุคคลมักไม่รู้ตัว ไม่สามารถบังคับหรือฝืนไม่ให้คิดได้ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลตามมา โดยผู้ที่มีความวิตกกังวลขณะที่วิตกกังวลจะรู้สึกว่ามีอันตราย หรือมีภัยคุกคาม การเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เหมาะสม สมเหตุสมผลกว่า ไม่คิดไปในแง่ลบ จะทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ตอบสนองเหมาะสมกว่า ซึ่งวิธีการช่วยเหลือให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive Restructuring) ได้ ต้องทำให้บุคคลนั้นทราบความคิดที่เกิดขึ้นของตนเองเสียก่อน โดยการบันทึกความคิดต่อเหตุการณ์ประจำวัน

ขั้นตอนในการรักษาเริ่มต้นจากการหาความคิดอัตโนมัติ (eliciting automatic thought) โดยการวิเคราะห์ข้อความและวิธีการคิดที่ผิดไปในทางลบ หรือบิดเบือนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเองโดยอัตโนมัติ ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกถึงความคิดอัตโนมัติของตน ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความคิดอัตโนมัติของตน รวมทั้งให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยมีการตอบสนองที่ไม่ถูกต้อง ทั้งในด้านความคิด และพฤติกรรม เพื่อจะนำไปสู่การแก้ไขการตอบสนองได้อย่างเหมาะสม

ผู้ให้การบำบัดให้ผู้ป่วยลองฝึกปฏิบัติตารางบันทึกความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้ว่าประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวข้องกับความคิดที่บิดเบือนอย่างไร ในขณะเดียวกันไม่ให้คิดในแง่ลบ เนื่องจากการทำแบบบันทึกความคิดเป็นการทำหลังจากที่สถานการณ์ผ่านไปแล้ว ปฏิกิริยาของผู้ป่วยมีความรุนแรงน้อยลง ผู้ป่วยจึงมองสถานการณ์ได้อย่างเป็นกลางขึ้น แต่ผู้ให้การบำบัดจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักว่า เมื่อเกิดสถานการณ์จริงขึ้นหรือเมื่อผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ระบบความคิดที่ไม่เหมาะสม ที่ฝังใจมาเป็นเวลานานที่เป็นจุดอ่อนมักจะถูกกระตุ้นทำให้เกิดความวิตกกังวล ความคิดที่ไม่มีเหตุผลของผู้ป่วยจะรุนแรงขึ้น แต่เมื่อพ้นสถานการณ์ไปแล้ว ผู้ป่วยจะกลับมามีความคิดที่เป็นกลาง และเข้าใจสถานการณ์ได้ถูกต้อง ผู้ให้การบำบัด พยายามช่วยให้ผู้ป่วยได้เห็นและยอมรับว่าวิธีการคิดของเขานั้นเป็นปัญหาต่อตนเองอย่างไร และให้ความช่วยเหลือในการให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการคิดแบบใหม่ที่เป็นวิธีการที่เหมาะสมกว่า

เมื่อผู้ป่วยทราบและเข้าใจถึงความคิดอัตโนมัติและผลที่เกิดขึ้นแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือ การท้าทายให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดทางลบเหล่านั้น โดยหยิบความคิดเหล่านั้นมาตั้งคำถามใหม่ต่อไปนี้

1. ความคิดนี้ถูกต้องหรือเป็นไปได้หรือไม่ มีหลักฐานอะไรที่แสดงว่าความคิดนี้ถูกต้อง
2. มีคำอธิบายอื่นอีกหรือไม่ต่อสิ่งที่เกิดขึ้นหรือไม่
3. ผลจะเป็นอย่างไรถ้าเรายังยึดถือความคิดนี้ต่อไป
4. ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดคืออะไร ผลลัพธ์ที่แย่ที่สุดคืออะไร และเมื่อพิจารณาตามความจริงแล้วผลลัพธ์นั้นควรเป็นอย่างไร
5. มีความน่าจะเป็นเพียงใดว่าจะเป็นเช่นนี้

ซึ่งในที่สุดแล้วผู้ป่วยก็จะได้เห็นความคิดใหม่ที่มีเหตุผลตามความจริงมากขึ้น และตอบสนองเหตุการณ์ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

การบำบัดครั้งที่ 3 หลักการแก้ไขปัญหา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ หลักการแก้ไขปัญหา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุของปัญหาตามขั้นตอนการแก้ปัญหา
3. เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกการลดความวิตกกังวลและการจัดการกับความวิตกกังวล
4. เพื่อให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม
5. เพื่อให้ผู้ป่วยประเมินผลการฝึกปฏิบัติทักษะทางความคิด / พฤติกรรม

สาระสำคัญ

การแก้ปัญหา (Problem Solving) เป็นทักษะที่จะใช้ในช่วงหลังของการบำบัด เมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีแนวทางที่จะแก้ปัญหาแล้ว แต่ยังไม่เพียงพอที่จะจัดการได้ และการที่ผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ปัญหาที่ดีจะช่วยให้สิ่งที่ได้เรียนรู้ไปจาก cognitive behavioral therapy นั้น ได้ผลดีและคงอยู่ในระยะยาว ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกระบวนการคิดที่มีเหตุผล นำไปสู่การพิจารณาทางเลือกด้วยความเข้าใจในข้อดีและข้อจำกัดของตน และสามารถ ที่จะยอมรับผลที่เกิดขึ้น นำกลับมาปรับปรุงและช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการพึ่งพาตนเองมากขึ้นต่อปัญหาอื่นๆ ที่จะเกิดในอนาคต โดยอาศัยขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดปัญหา ได้แก่ กำหนดให้ชัดเจนว่าอะไรคือปัญหาที่แท้จริง หรือความคิดที่มีต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และปัญหาที่ผู้ป่วยต้องการแก้ไขนั้นคืออะไร พร้อมทั้งระบุความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการจัดการกับปัญหานั้นที่ผ่านมาในอดีต

การกำหนดปัญหานี้นอกจากจะดูที่ปัญหาแล้ว ยังต้องดูที่ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นด้วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดีขึ้น และสามารถหาทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมได้ เช่น การปรับความคิดและการฝึกการผ่อนคลาย

2. กำหนดทางเลือกหรือแสวงหาทางเลือกเพื่อแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ โดยจะต้องเสนอทางเลือกให้มากที่สุด แม้ว่าอาจจะยังไม่สามารถทำได้ในตอนนี้ก็ตาม และเสนอแนะความคิดทางเลือกอื่นในทางสร้างสรรค์

3. วิเคราะห์ทางเลือกหรือประเมินทางเลือกแต่ละอย่าง ข้อดี ข้อเสียและทางเลือกที่ดีที่สุดที่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นไปได้ ซึ่งในแต่ละทางเลือกก็ย่อมมีข้อดีและข้อเสียซึ่งในที่สุดก็จะได้ทางเลือกที่ดีที่สุดในขณะนั้น

4. ตัดสินใจทางเลือกที่ดีที่สุดมา 1 ทางเลือก ที่มีข้อดีที่สุด ข้อเสียน้อยที่สุด

5. แก้ข้อเสียทางเลือกหรือปรับปรุงทางเลือก หากพบว่ามีปัญหาอุปสรรคหรือมีข้อเสีย

การบำบัดครั้งที่ 4 การเผชิญความวิตกกังวล สรุปทบทวนและการนำไปใช้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการลดความวิตกกังวลด้วยตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ

2. เพื่อให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้ ความเข้าใจ กิจกรรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ผ่านมา

3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเองว่าได้ประโยชน์อะไรการใช้การบำบัดเข้ารับการบำบัด

4.เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะนำวิธีการปรับความคิดและพฤติกรรม และเทคนิคการคลายความวิตกกังวลไปใช้ในชีวิตประจำวัน

สาระสำคัญ

การที่ผู้ป่วยได้ทบทวนสิ่งที่ได้จากการให้การบำบัด เช่น การฝึกวิเคราะห์ความคิดที่มีต่อสถานการณ์ ความคิดทางเลือกการแก้ไขปัญหาและ เทคนิคการผ่อนคลายความวิตกกังวล จะช่วยให้เกิดความเข้าใจและแรงจูงใจที่จะนำไปเป็นวิธีการในการเผชิญกับความวิตกกังวลในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้จาการนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากที่กล่าวมาข้างต้น ได้มีผู้ทำการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมโดยตรงในด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลพบว่ามีประสิทธิผลดีดังเช่นการศึกษา

Borkovec et al. (1987) อ้างถึงใน Wells (1997) ที่ศึกษาถึงผลของการฝึกการผ่อนคลายร่วมกับวิธีการบำบัดโดย การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และการฝึกผ่อนคลายร่วมกับการบำบัดแบบไม่ชี้นำ (non–directive) ต่อการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล ผลพบว่าทั้งสองวิธีสามารถลดความวิตกกังวลได้ แต่วิธีแรกซึ่งเป็นวิธีการบำบัด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลาย มีประสิทธิภาพมากกว่า

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

สามารถที่จะควบคุมความกังวลได้โดยการเรียนรู้ที่จะรู้จักความกังวลว่ามันคืออะไร เป็นอย่างไร แล้วค้นหาความจริง รวมทั้งแนวทางช่วยเหลือตนเองในการบรรเทาอาการ และต้องมีการทดลองฝึกปฏิบัติด้วย

Micheal (1993) ได้ศึกษาผลของการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ในการช่วยผู้ป่วยโรคแพนิค 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 ผลปรากฏว่าผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มบำบัด CBT สามารถลดและหยุดการใช้ยาได้สำเร็จกว่ากลุ่มที่ลดยาเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

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

Fisher & Durham (1999) ได้ศึกษาถึงอัตราการหายจากโรควิตกกังวลที่ใช้การวิธีการบำบัดทางจิต โดยวิเคราะห์จากผลการเปลี่ยนแปลงที่วัดการเปลี่ยนแปลงโดยใช้เครื่องมือวัดความความวิตกกังวล 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 ถึงร้อยละ50-60 จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า CBT ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลาย สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้ผลดี และใช้ได้ในทุกกลุ่มผู้ป่วย ทั้งกลุ่มวัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ

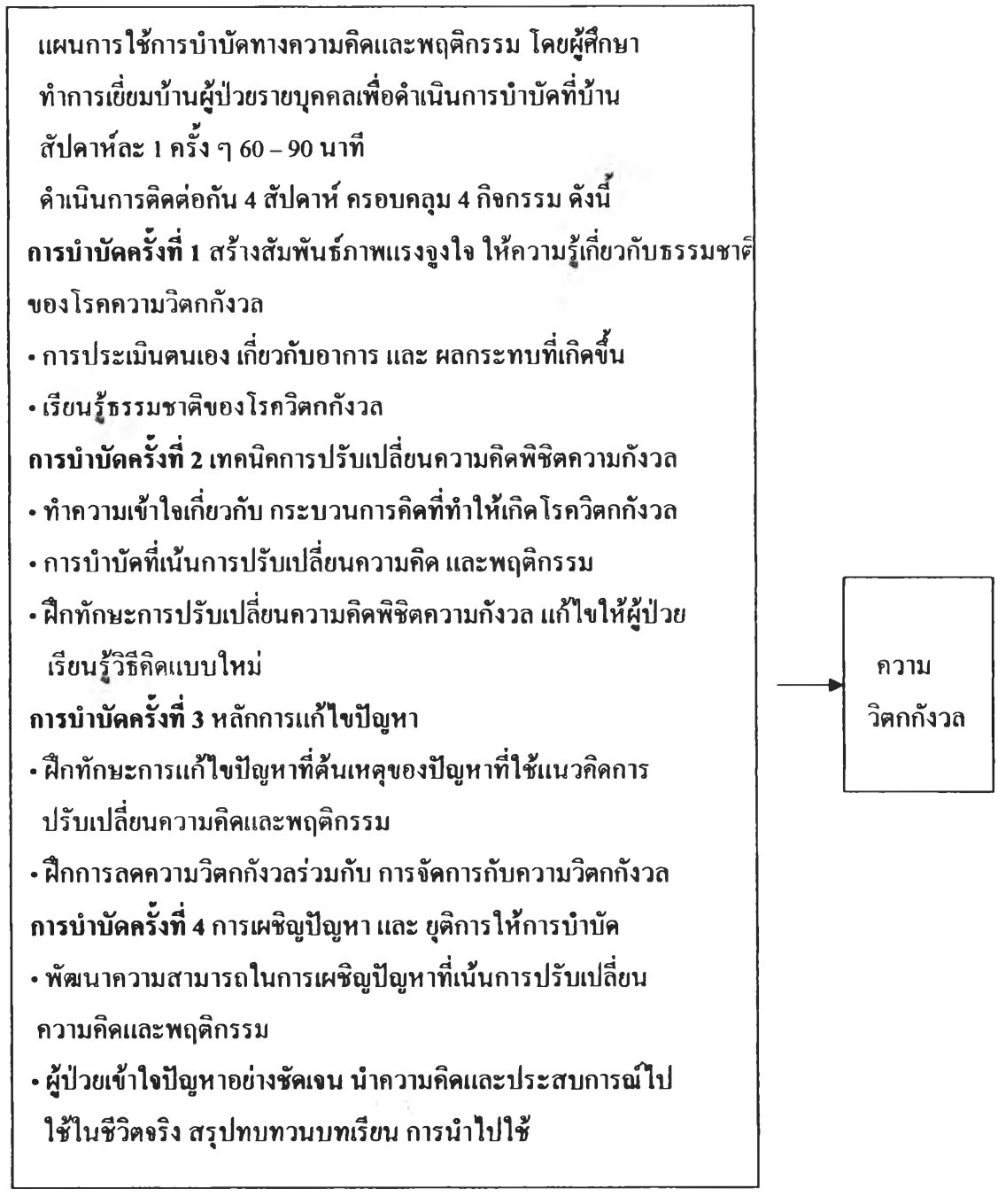
James et al (2000) ทำการศึกษาพบว่า การบำบัดโดยวิธี CBT ได้ประสิทธิผลการรักษาอย่างดียิ่งในผู้ป่วย GAD โดยจัดโครงสร้างเนื้อหา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นที่ 1 เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดรักษา พร้อมให้ข้อมูลเกี่ยวกับธรรมชาติความวิตกกังวลและอาการแสดงที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ขั้นที่ 2 ฝึกทักษะการผ่อนคลายเพื่อบรรเทาอาการความวิตกกังวล

ขั้นที่ 3 การปรับเปลี่ยนความคิด โดยฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้กระบวนความคิดที่ก่อให้เกิดปัญหา เรียนรู้วิธีจับความคิดนี้ และพัฒนาความคิดใหม่ที่มีเหตุผลกว่าเดิม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดความกังวลลงได้ ขั้นที่ 4 เป็นขั้นที่ให้ผู้ป่วยฝึกการเผชิญปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวล ทั้งที่เกิดจากปัจจัยภายใน และจากปัจจัยภายนอกซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความวิตกกังวลได้ จะช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และพบว่าขั้นตอนดังกล่าว สามารถประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้

Eliane et al (2003) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรควิตกกังวลชนิด 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 ดังนี้ผู้ป่วยจำนวน 3 รายความวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับต่ำ เมื่อติดตามผลในระยะ 6 เดือน และ 12 เดือน ผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ผลความวิตกกังวลลดลงในระดับปานกลาง ผู้ป่วย 1 ราย ขาดนัดติดตามผล และอีก 1 ราย ออกจากการบำบัดก่อนที่กำหนด จากการศึกษาดังกล่าวพบว่ามีข้อจำกัดเนื่องจากจำนวนตัวอย่างค่อนข้างน้อยและยังขาดการควบคุมเปรียบเทียบแม้พบว่าสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ แต่ยังคงต้องทำการศึกษาต่อเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน สามารถนำไปสู่การอ้างอิงได้

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

ณัฐทิพร ชัยประทาน.(2547) ศึกษาผลของการให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกผ่อนลมหายใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่า ความวิตกกังวลในขณะเผชิญและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยโรควิตกกังวลหลังการบำบัดและระยะติดตามผลลดลงน้อยกว่าก่อนและหลังการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P-value < .01)

ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก (2548) ศึกษาการให้คำปรึกษากลุ่มที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวล โรงพยาบาลประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี พบว่า ความวิตกกังวลในขณะเผชิญของผู้ป่วยโรควิตกกังวลหลังการบำบัดลดลงก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .05)

กรอบแนวคิดในการศึกษา