บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอิสระ แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการศึกษา (One Group Pre-Post Test Design) เพื่อศึกษาการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล ก่อนและหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

สมมติฐานการศึกษา

ผู้ป่วยโรควิตกกังวล มีความวิตกกังวลลดลงภายหลังการเข้าร่วมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคโดยระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD-10) ที่มารับบริการการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศุกร์ศิริศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรควิตกกังวลตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคโดยระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD-10) ที่มารับบริการการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศุกร์ศิริศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยโรควิตกกังวลแบบเจาะจง จำนวน 20 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

1) ผู้ป่วยโรควิตกกังวล(GAD)อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 6 เดือน

2) มีคะแนนความวิตกกังวลตั้งแต่ระดับปานกลางถึงรุนแรงที่สุด (41-80 คะแนน) โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล STAI form X ของ Spielberger

3) อายุ 19-60 ปี สามารถฟัง พูด อ่านและเขียน ภาษาไทยได้และโต้ตอบได้รู้เรื่อง

4) ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

5) เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา** ได้แก่โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ซึ่งผู้ศึกษาได้ใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ซึ่งปรับมาจากโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาของรัญชนา ขุนนางจ่า (2551) ที่ได้พัฒนามาจากการศึกษาของ Brokovec, Newman & Castonguay (2004) และของ เนตรทราย หอละเอียด (2550) มีการดำเนินกิจกรรม 6 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ แรงจูงใจและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรควิตกกังวล

กิจกรรมที่ 2 ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อควบคุมความวิตกกังวล

กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้ การฝึกผ่อนลมหายใจกับความวิตกกังวล

กิจกรรมที่ 4 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ

กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความวิตกกังวล ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา

กิจกรรมที่ 6 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมถาวร และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ยุติการให้การบำบัด สรุปและประเมินผล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ได้ปรับปรุงไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ จำนวน1 ท่าน และพยาบาลผู้มีความรู้ผู้ชำนาญเฉพาะสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 2 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และกิจกรรม ลำดับเนื้อหา และระยะเวลาที่ใช้ จากนั้นนำโปรแกรมการบำบัดที่ผ่านการตรวจสอบมาปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา

จากนั้นผู้ศึกษานำโปรแกรมการบำบัดที่ได้รับการปรับแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจอีกครั้ง ก่อนนำไปทดลองใช้ในการศึกษานำร่อง (Try-

out) กับผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยในการศึกษานี้ โดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมกับผู้ป่วยโรควิตกกังวล จนครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อดูความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นและนำมาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการศึกษาอิสระอีกครั้ง เพื่อปรับปรุงแก้ไขตามปัญหาที่เกิดขึ้น ก่อนนำไปใช้ในการทดลองจริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

2. แบบวัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้แบบวัดความวิตกกังวล STAI form X (The State-Trait Anxiety Inventory) ของ Speilberger (1967) ที่แปลเป็นไทยโดย รศ.พญ.นิตยา คชภักดี, รศ.ดร.สายฤดี วรกิจโภคาธร และดร.มาลี นิสสัยสุข (2534) ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนแรก เป็นการวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety) ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า4 ระดับ ประกอบด้วยข้อความที่แสดงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลจำนวน 20 ข้อเป็นข้อความเชิงบวก 10 ข้อ และข้อความเชิงลบ 10 ข้อ

ส่วนที่สอง เป็นการวัดความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety) เป็นการประเมินระดับความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ทั่วๆไป ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อความที่แสดงความรู้สึกที่เกี่ยวกับความวิตกกังวล จำนวน 20 ข้อ เป็นเชิงนิมาน 7 ข้อ และเป็นข้อความเชิงนิเสธ 13 ข้อ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก) ตรวจสอบพบว่าไม่มีข้อแก้ไข แล้วนำเครื่องมือมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรควิตกกังวลจำนวน 30 รายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศุกร์ศิริศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ(Relaiability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ซึ่งแบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .92 และแบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .87

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา ได้แก่ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ของ Hollon & Kendoll (1980) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ลัดดา แสสีหา และดาราวรรณ ตีะปินตา (2536) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก) ตรวจสอบพบว่าไม่มีข้อแก้ไข นำมาปรึกษาอาจารย์อีกครั้ง แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรควิตกกังวลจำนวน 30 รายที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศุกร์ศิริศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach' Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Relaiability) เท่ากับ .79

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบและเข้าใจในกระบวนการดำเนินโครงการทุกขั้นตอนและแจ้งให้ทราบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในโครงการศึกษาครั้งนี้ได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการมารับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด พร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ การตอบคำถามและข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวม และไม่มีการระบุชื่อ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลาถ้าต้องการ และในระหว่างการดำเนินโครงการ หากกลุ่มตัวอย่างแสดงอาการวิตกกังวลมากขึ้นและไม่สามารถเข้าร่วมการบำบัดได้ ผู้ศึกษาให้ความช่วยเหลือและส่งต่อจิตแพทย์เพื่อรับการบำบัดที่เหมาะสมทันที

การดำเนินการศึกษา

1. ระยะเตรียมการศึกษา

1.1 การเตรียมตัวผู้ทำการศึกษา

1.1.1 เตรียมความรู้เรื่องทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยผู้ศึกษาได้ผ่านการอบรมขั้นพื้นฐานการให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม จากกรมสุขภาพจิตและเข้าร่วม

อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจากโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี โดยนายแพทย์ประยุกต์ เสรีเสถียรและคณะเป็นผู้อบรม ในวันที่ 3-5 สิงหาคม พ.ศ. 2552

1.1.2 ผู้ศึกษาลงทะเบียนเรียนในวิชาการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในกลุ่มเฉพาะและฝึกปฏิบัติการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมภายใต้การดูแลของพยาบาลผู้ที่มีความรู้ความชำนาญในเรื่อง CBT จากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และที่โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

1.1.3 ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัย ร่วมกับขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้องและครอบคลุม

1.2 เตรียมสถานที่ที่ทำการศึกษา โดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาและเก็บข้อมูลในชุมชนเขตอำเภอศรีสวัสดิ์ โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการ และระยะเวลาในการดำเนินการ เมื่ออนุมัติแล้ว จึงติดต่อขอความร่วมมือในการศึกษาและจัดเตรียมการดำเนินการศึกษากับกลุ่มการพยาบาล

1.3 ผู้ศึกษาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่ได้กล่าวไว้ในขั้นตอนของการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดครบทั้ง 20 คนแล้ว ผู้ศึกษาแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการศึกษา หากผู้ป่วยตอบตกลงเข้าร่วมการศึกษาจึงให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ พร้อมทั้งนัดวัน เวลา ในการดำเนินกิจกรรมที่บ้าน

2. ระยะดำเนินการศึกษา

ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการดำเนินการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยรายบุคคลที่บ้านของผู้ป่วย ประกอบด้วยการดำเนินการ 3 ขั้นตอน แบ่งเป็น 6 กิจกรรมๆละ 30-90 นาที ดำเนินการวันละ 5 ราย สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 1-2 กิจกรรม ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และติดตามผลหลังการบำบัด 1สัปดาห์ ซึ่งมีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการสอน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 วันที่ 15-18 มีนาคม 2553 การสร้างสัมพันธภาพ แรงจูงใจและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรควิตกกังวล เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาเน้นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโรควิตกกังวลรวมทั้งสร้างแรงจูงใจ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนของการศึกษา ให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติและอาการของความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยโรควิตกกังวล ซึ่งผู้ศึกษาได้ปรับกระบวนการการสร้างสัมพันธภาพให้มี

กิจกรรมที่ 2 วันที่ 15-18 มีนาคม 2553 ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อควบคุมความวิตกกังวล เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาเน้นมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโรควิตกกังวลรวมทั้งสร้างแรงจูงใจ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ
ขั้นตอนของการศึกษา ให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติและอาการของความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยโรควิตกกังวล

กิจกรรมที่ 3 วันที่ 19-22 มีนาคม 2553 การฝึกผ่อนลมหายใจกับความวิตกกังวล เป็นกิจกรรมที่ให้ความรู้เรื่องการผ่อนลมหายใจเพื่อบรรเทาอาการวิตกกังวล และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติด้วยวิธีการฝึกผ่อนลมหายใจ

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด (cognitive technique) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 4 วันที่ 19-22 มีนาคม 2553 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความคิดที่บิดเบือน ที่เป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดความวิตกกังวล และทดสอบความคิดดังกล่าวเป็นความคิดที่ถูกต้องหรือไม่

กิจกรรมที่ 5 วันที่ 23-26 มีนาคม 2553 การปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความวิตกกังวล ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับข้อบ่งชี้ของกระบวนการคิดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ค้นเหตุของปัญหาที่แท้จริง คือ ความคิดอัตโนมัติ ความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง เรียนรู้กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ฝึกทักษะการค้นหาแนวทางการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เน้นการสร้างความคิดใหม่ โดยเปลี่ยนความคิดเป็นมุมมองทางบวก แทนความคิดอัตโนมัติด้านลบ เน้นวิธีคิดที่แก้ไขปัญหาที่ค้นเหตุของปัญหา กระบวนการคิดที่มีเหตุผลจะนำไปสู่การพิจารณาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาด้วยความเข้าใจในข้อดี ข้อจำกัดของตนเอง สามารถยอมรับผลที่เกิดขึ้น รวมถึงสามารถนำกลับมาปรับปรุงได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior technique) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 6 วันที่ 27-30 มีนาคม 2553 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมถาวรและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ยุติการให้การบำบัด สรุปและประเมินผล เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาทบทวน พัฒนาการฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรม ประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ และยุติการบำบัด สรุปและประเมินผล

ติดตามทางโทรศัพท์เพื่อตรวจสอบปัญหาและกระตุ้นการทำกิจกรรมตามใบงานหลังเสร็จสิ้นการบำบัดในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 แล้ว 3 วัน

โดยมีการดำเนินการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นรายบุคคลที่บ้านของผู้ป่วย วันละ 5 ราย จำนวน 4 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน

3. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมี 2 ระยะ คือ

1. ระยะก่อนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Pretest) ผู้ศึกษาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน(State Anxiety) และแบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว (Trait Anxiety) ก่อนเริ่มการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในกิจกรรมที่ 1

2. ระยะหลังการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Posttest) ผู้ศึกษาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 ทันที โดยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ และหลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์ ผู้ศึกษาจึงให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State Anxiety) และแบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว (Trait Anxiety) แล้วจึงนำแบบประเมินที่เก็บได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์ค่าทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลหาค่าความถี่และร้อยละ และเปรียบเทียบคะแนนและระดับความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยก่อนและหลังการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรายบุคคล โดยใช้สถิติทดสอบที (paired t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาการใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล โรงพยาบาลศุภร์ศิริศรีสวัสดิ์ พบว่า ผู้ป่วยโรควิตกกังวลมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน(State Anxiety) หลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ($\overline{X}$ = 38.00, S.D. = 2.24) ต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ($\overline{X}$ = 54.70, S.D. = 4.75) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ระดับ 0.05 (t =13.11) และมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว (Trait Anxiety) หลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ($\overline{X}$ = 38.30,

S.D. = 2.47) ต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ($\overline{X}$ = 51.95, S.D. = 4.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ระดับ 0.05 (t =11.10) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐฑิพร ชัยประทาน (2547); จุฑารัตน์ ทองสลับ (2551); พัฒนี เอกบุตร (2551) และของ Brokovec, Newman & Castonguay (2004).

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล ผู้ศึกษาขออภิปรายผลตามสมมติฐานการศึกษา ดังนี้

จากการศึกษาพบว่า หลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยโรควิตกกังวลมีระดับความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety) และระดับความวิตกกังวลประจำตัว (trait anxiety) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 สามารถอธิบายได้ว่า คะแนนความวิตกกังวลที่ลดลงนี้ เป็นผลอันเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยโรควิตกกังวล ซึ่งมีความวิตกกังวลได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดละพฤติกรรม ที่ผู้ศึกษาได้ปรับมาจากโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาของรัญชนา ขุนนางจ่า (2551) ที่ได้พัฒนามาจากการศึกษาของ Brokovec, Newman & Castonguay (2004) และของเนตรทราย หอละเอียด (2550) ซึ่งการศึกษาทั้ง 2 เรื่องได้พัฒนามาจากแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1972) ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนความคิดได้อย่างมีเหตุมีผล นำไปสู่การแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งกิจกรรมที่ดำเนินการทั้ง 6 กิจกรรม ส่งผลต่อการลดความวิตกกังวลได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ แรงจูงใจและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรควิตกกังวล ซึ่งเป็นระยะเริ่มต้นของการบำบัดโรควิตกกังวล พบว่าผู้ศึกษาและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ผู้ป่วยเกิดการยอมรับในการสร้างสัมพันธภาพและเกิดความไว้วางใจต่อผู้ศึกษา โดยยินยอมเปิดเผยข้อมูล และให้ความร่วมมือตามกระบวนการบำบัดอย่างต่อเนื่องจนครบทั้ง 6 กิจกรรม ทั้งนี้เนื่องจากผู้ศึกษามีความคุ้นเคยกับผู้ป่วยมาก่อนจากการที่ผู้ป่วยไปรับบริการต่างๆ ที่โรงพยาบาล และจากการลงเยี่ยมในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพนี้มีความสำคัญต่อการบำบัดในขั้นตอนต่อๆ ไป เพราะเป็นจุดเริ่มต้นของความไว้วางใจจากการมีสัมพันธภาพที่ดี นำไปสู่ความร่วมมือในการบำบัด ดังที่ Perkin (2002) ได้กล่าวไว้ว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจะเป็นแรงจูงใจสำคัญต่อการบำบัดรักษา จากนั้นจึงเข้าสู่ขั้นตอนการสอนให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรควิตกกังวล และเหตุผลของการบำบัดรักษา ผู้ป่วยจะเกิดแรงจูงใจต่อการรักษา มีความหวังต่อการหายขึ้นมาได้ จากการที่ทราบว่าวิธีการรักษาดังกล่าวสามารถช่วย

แก้ไขปัญหาที่เป็นสาเหตุแห่งการเจ็บป่วยของตน ส่งผลให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาตลอดจนการฝึกปฏิบัติตามโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ ทองสลับ (2551) และ Overtholser & Nasser (2000) ที่พบว่าการสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้ธรรมชาติของโรควิตกกังวล เหตุผลการบำบัด CBT ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจและความร่วมมือต่อการบำบัดรักษา ในระยะต่อมาจะเป็นระยะของการประเมินปัญหาความรุนแรงของความวิตกกังวลของผู้ป่วย ประเมินความรู้และสาเหตุของโรควิตกกังวลที่เกิดจากความคิดลบหลัก 3 ประการ สร้างความตระหนักรู้ถึงความสำคัญของความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความคิดบิดเบือน 10 ประการ และประเมินความคิดและพฤติกรรมต่อสถานการณ์ที่ทำให้วิตกกังวล เพื่อชี้ให้ผู้ป่วยได้เห็นว่าระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยอยู่ในระดับใด อะไรเป็นสาเหตุ และจะต้องทำอย่างไรต่อไป ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความกระตือรือร้นต่อการบำบัด เข้าใจและสามารถแยกแยะความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองได้ อันจะนำไปสู่ความสำเร็จของการบำบัด

กิจกรรมที่ 2 การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อควบคุมความวิตกกังวล การใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทำให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายและสามารถลดความวิตกกังวลลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษา (ตามใบงานที่ 4) พบว่า ก่อนการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อผู้ป่วยมีระดับคะแนนความรู้สึกผ่อนคลายอยู่ในระดับน้อย คือ 2-4 คะแนน และภายหลังจากการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเองผู้ป่วยมีระดับคะแนนความรู้สึกผ่อนคลายเพิ่มขึ้น คือ 6-8 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาของทิภาพร อังคกุล (2543) และของ Brokovec, Newman & Castonguay (2004) ที่พบว่า relaxation training สามารถช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลลงได้ เนื่องจากในบุคคลที่มีความวิตกกังวล ระบบกล้ามเนื้อจะมีการตอบสนองต่อความกังวลโดยการหดเกร็ง ตึงเครียด และปวดเมื่อย ที่พบบ่อยคืออาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง จากการศึกษาพบร้อยละ 85 มากเป็นอันดับสอง จากอาการที่พบในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ซึ่งอาการแสดงของความตึงเครียดของกล้ามเนื้อนี้จะเกิดขึ้นโดยบุคคลไม่รู้ตัว เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ดังนั้นการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่จะแยกความแตกต่างของความรู้สึกระหว่างความตึงเครียดและผ่อนคลาย ผลจากการเรียนรู้ดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยจำความรู้สึกผ่อนคลายได้แม่นยำติดตัวไป และพร้อมที่จะผ่อนคลายได้อัตโนมัติในทุกสถานการณ์ที่มีสิ่งเร้ามากระตุ้น ส่งผลให้สามารถผ่อนคลายความวิตกกังวลได้

กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้การฝึกผ่อนลมหายใจกับความวิตกกังวล การฝึกผ่อนลมหายใจจะช่วยทำให้เกิดการผ่อนคลายลดความตึงเครียดลงได้ จากผลการศึกษาที่พบว่า หลังฝึกปฏิบัติการผ่อนลมหายใจผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้นกว่าก่อนฝึก สอดคล้องกับการการศึกษาของ

ณัฐฑิพร ชัยประทาน (2547), Overtholser & Nasser (2000) และของ Brokovec, Newman & Castonguay (2004) เนื่องจากผู้ป่วยโรควิตกกังวลมักจะมาด้วยอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา และเป็นสาเหตุแห่งความกลัว ความกังวลยิ่งขึ้น โดยเฉพาะปฏิกิริยาต่อการเร่งเร้าการหายใจ ได้แก่ อาการหายใจติดขัดหรือหายใจไม่ออกพบ ร้อยละ 40 ซึ่งเป็นอันดับที่ 7 จากอาการที่พบในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั้งหมด 11 อันดับ (ตามตารางที่ 10) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะให้ความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอกมากกว่าความคิด ความรู้สึกภายในที่เป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอกนั้น ดังนั้นถ้าผู้ป่วยได้เรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลายลมหายใจ ซึ่งเป็นเทคนิคทางพฤติกรรมอย่างหนึ่งจะช่วยลดความไม่สุขสบายจากภาวะดังกล่าวทำให้เกิดการผ่อนคลายลดความตึงเครียดได้

กิจกรรมที่ 4 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลมีรูปแบบของความคิดที่ผิด บิดเบือนจากความเป็นจริง หรือความคิดในเชิงลบไม่สร้างสรรค์ ที่เกิดขึ้นร่วมกับพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่แปรปรวนไป จากการที่ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ต่างๆ ว่ามีอันตรายหรือคุกคามต่อความสุข ในขณะเดียวกันก็ประเมินความสามารถของตนเองที่จะต่อสู้ หรือจัดการกับสิ่งคุกคามนั้นต่ำกว่าความเป็นจริง เป็นสาเหตุให้เกิดการตอบสนองทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดีตามมา เช่น กลัว โกรธ เศร้า และความคิดดังกล่าวมักจะเกิดขึ้นอัตโนมัติเมื่อเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ ผู้ป่วยมักไม่รู้ตัว ไม่สามารถบังคับหรือฝืนไม่ให้คิดได้ ความคิดที่ทำให้เกิดความกังวลที่พบบ่อยจากการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ความคิดคาดเดาไปล่วงหน้า เช่น "กลัวความดันขึ้น เวลายาใกล้ๆจะหมด และเมื่อถึงวันที่หมอนัด" , "ไม่มีใครเขาจ้างหรอก ทำงานไม่ไหว ทำทีไรขาบวมหน้ามืดเป็นลม" ทั้งๆที่ยังไม่เกิดเหตุการณ์นั้น ความคิดวนเวียนอยู่แต่เรื่องเดิมๆที่ทำให้ไม่สบายใจ เช่น "คิดว่าการเจ็บป่วยทำไมไม่หายซักที", "ไม่มีเงินใช้จ่ายในครอบครัว" นอกจากนี้ความคิดที่พบมากอีกประการหนึ่งคือคิดแปลอาการทางกายว่ารุนแรงเกินจริง เช่น ใจสั่นก็คิดว่าจะต้องเป็นโรคหัวใจ ปวดศีรษะก็คิดว่าเป็นมะเร็งในสมอง ฉะนั้นการฝึกให้ผู้ป่วยได้ค้นหาและทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจอาการ และความคิดของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ James et al. (2000 อ้างถึงใน รัญชนา ขุนนางจ่า, 2552) ที่พบว่า การบำบัดโดยวิธี CBT ได้ประสิทธิผลการรักษาอย่างดียิ่งใน ผู้ป่วย GAD โดยจัดโครงสร้างเนื้อหาฝึกให้ผู้ป่วยเรียนรู้กระบวนการคิดที่ก่อให้เกิดปัญหา เรียนรู้วิธีจับความคิดนี้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยลดความกังวลลงได้

กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความวิตกกังวล ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและยอมรับว่าความคิดอัตโนมัติด้านลบนั้นมีผลเสีย

ต่อตนเองอย่างไรและพร้อมที่จะเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เหมาะสมกว่าด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดนั้น จากการหาหลักฐานมาขัดขวางความคิดในด้านลบ และเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนมุมมองต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล แล้ววางแผนการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นนั้นใหม่ด้วยการไม่วิตกกังวล ตลอดจนใช้ทักษะการแก้ไขปัญหาเมื่อมีเหตุการณ์ที่จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นมาอีก (Fishel & Friseh, 1998 อ้างถึงใน ณัฐฑิพร ชัยประทาน, 2547) และไม่คิดไปในแง่ลบ ทำให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสมกว่าเดิม ดังจะเห็นได้จากการเปลี่ยนแลงความคิดของผู้ป่วยที่ว่า "กลัวว่าความดันโลหิตจะสูง ทุกครั้ง ที่ใกล้ถึงวันที่หมอนัดให้ไปโรงพยาบาล เวลากลัวจะมีอาการร้อนวูบวาบตามตัว ครั่นเนื้อครั่นตัว ตอนนี้รู้แล้วว่าถ้ากลัวหรือกังวลไปก่อนล่วงหน้ามันจะยิ่งทำให้ความดันโลหิตสูง ทั้งที่จริงถ้าเราทำใจสบายๆ ไม่กังวลไปก่อน ความดันของผมอาจจะไม่สูงก็ได้ ผมจะพยายามไม่เครียดครับ จะทำใจ และถ้ายังทำใจไม่ได้ก็จะหาสิ่งอื่นทำอย่างที่หมอสอน" แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความวิตกกังวล ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจว่าความไม่สุขสบายของตนเกี่ยวข้องกับความคิดที่บิดเบือน และสามารถปรับเปลี่ยนมุมมองใหม่ เป็นการส่งเสริมความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล คิดทางบวกหรือยืดหยุ่นมากขึ้น ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง

กิจกรรมที่ 6 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมถาวร และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ยุติการให้การบำบัด สรุปและประเมินผล ขั้นตอนนี้จะเป็นการสรุป ทบทวนและการนำไปใช้ หลังจากที่ได้เรียนรู้มาตั้งแต่ต้น เพื่อย้ำให้เกิดความมั่นใจยิ่งขึ้น ทั้งทางด้านภาวการณ์เจ็บป่วยและแนวทางแก้ไข พบว่า ผู้ป่วยเข้าใจว่าวิธีการบำบัดดังกล่าวมีความสำคัญ และจำเป็นที่จะต้องฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้จากแรงจูงใจต่อความต้องการหายป่วย ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการเรียนรู้และมองเห็นประโยชน์ของการนำไปปฏิบัติและใช้ในชีวิตประจำวันต่อไป ดังเห็นได้จากคำพูดผู้ป่วยที่ว่า "ทำให้รู้ว่าอาการที่เกิดขึ้นกับตนไม่ใช่โรคที่ร้ายแรง และรู้ว่าจะต้องดูแลตนเองอย่างไร" ตลอดจนบอกถึงความมั่นใจที่จะนำไปใช้อย่างต่อเนื่องได้ จากความเข้าใจที่ว่าการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้เกิดทักษะความชำนาญ จนสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ ด้วยความคิดแบบใหม่ที่สมเหตุสมผลอย่างอัตโนมัติ ทำให้ความกังวล ความกลัว ความเครียดหายไป ส่งผลต่อการหายป่วย ซึ่งนับว่าเป็นแรงจูงใจที่สำคัญต่อการรักษา ผลการบำบัดพบว่า ผู้ป่วยมีความกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Overtholser & Nasser (2000) ที่พบว่าการป้องกันการกลับเป็นซ้ำเป็นกระบวนการบำบัดขั้นตอนหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลสามารถใช้ทักษะที่ได้เรียนรู้มาตั้งแต่ต้นได้อย่างต่อเนื่อง มีความหวังว่าตนจะหายป่วย และมีความรู้สึกว่าตนเข้มแข็งขึ้น ตลอดจนเป็นคนมีเหตุผลรอบคอบขึ้น

นอกจากนี้ในการบำบัดแต่ละครั้งจะมีการให้การบ้าน (Homework) ซึ่งเป็นทักษะสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ สิ่งที่ตรงกับความต้องการหรือสถานการณ์ของตน และเกิดทักษะการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะสามารถนำมาใช้เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังได้ และสามรถช่วยแก้ไขแบบแผนการคิดที่บิดเบือนได้ โดยผู้ป่วยจะสามารถมองเห็นและตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้นอย่างเป็นเหตุเป็นผลและสร้างสรรค์ และตรงตามความเป็นจริงจากหลักฐานที่เขียนไว้ด้วยตนเองในการบ้านที่ให้ไป ผู้ป่วยที่ทำการบ้านอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดอย่างมีเหตุมีผลได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ทำการบ้านไม่สม่ำเสมอ เพราะการปรับเปลี่ยนความคิดจะทำได้เมื่อบุคคลนั้นทราบความคิดที่เกิดขึ้นเสียก่อน จากการบันทึกความคิดที่เกิดขึ้นประจำวันที่ช่วยให้เห็นพฤติกรรมเด่นชัดขึ้นและจะช่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เร็วขึ้น และผลจากการทำการบ้านของผู้ป่วยทำให้เกิดการปรับความคิดที่เหมาะสม มีเหตุผลขึ้นซึ่งสอดคล้องกับยุพาพักตร์ รักษ์มณีวงษ์ (2547) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีความสม่ำเสมอในการทำการบ้าน จะสามารถพัฒนาการมีความคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ค่อยฝึกการบ้าน

จากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม ตามโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในการศึกษาครั้งนี้สามารถทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาและเผชิญปัญหา สามารถจัดการกับความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้ ดังจะเห็นได้จากการประเมินเพื่อกำกับการศึกษา ภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดโดยใช้แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ คะแนนผู้ป่วยโรควิตกกังวลอยู่ระหว่าง 41-73 คะแนน ซึ่งเป็นระดับที่สามารถพบได้ในคนปกติทั่วไป คือต้องไม่เกิน 80 คะแนน สรุปได้ว่าการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรายบุคคลมีผลทำให้ความวิตกกังวลทั้งขณะปัจจุบันและประจำตัวลดลง (State-Trait Anxiety) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกิจกรรมที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลมีระดับคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State Anxiety) ลดลงคือ กิจกรรม Relaxation training ซึ่งได้แก่กิจกรรมการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการผ่อนลมหายใจ เนื่องจากกิจกรรมทั้ง 2 เป็นกิจกรรมที่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดจากความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้โดยตรง และมีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายได้ทันทีเมื่อปฏิบัติ ดังจะเห็นได้จากคะแนนความรู้สึกผ่อนคลายตามใบงานที่ 4 ที่พบว่าหลังจากผู้ป่วยโรควิตกกังวลได้รับการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการผ่อนลมหายใจ มีระดับคะแนนความรู้สึกผ่อนคลายเพิ่มขึ้น ส่วนกิจกรรมที่มีผลทำให้ระดับคะแนนความวิตกกังวลประจำตัวลดลง (Trait Anxiety) คือกิจกรรมการบำบัดทางความคิด อันได้แก่กิจกรรมการค้นหา และทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ การปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความวิตกกังวล การค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา และการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมที่เหมาะสมถาวร และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่จะส่งผลต่อการบำบัดระยะยาว ในการที่ผู้ป่วยโรควิตกกังวลจะสามารถจัดการกับความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคตของตนเองได้

ดังนั้นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจึงนับว่าเป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลได้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ อยากที่จะเรียนรู้ เพื่อที่จะนำความรู้ที่ได้มาดูแลตนเอง และทำให้ตนเองหายป่วยเป็นปกติได้เร็วขึ้น เป็นการส่งเสริมสุขภาพ ลดปัญหาการป่วยซ้ำ และลดการพึ่งยาได้ ซึ่งจากการศึกษา (ตามตารางที่ 11) พบว่ามีผู้ป่วยโรควิตกกังวลร้อยละ 65 ที่ใช้ยาช่วยในการบรรเทาความวิตกกังวล นอกจากนี้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรายบุคคลยังเป็นรูปแบบของการให้การบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ ตามแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง อยู่ในครอบครัว ชุมชนและสังคม ได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1. ในการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และผู้บำบัดลำดับการสอนได้ง่ายขึ้น ควรมีการใช้สื่อนำในการสอนและสื่อควรมีเนื้อหาสาระที่สั้น กระชับ เข้าใจง่ายหรืออาจจะมีรูปภาพประกอบเพื่อกระตุ้นความสนใจของผู้ป่วย

2. ในการบำบัดควรใช้สถานที่ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้นภายนอกมารบกวนเวลาดำเนินกิจกรรมเพื่อความราบรื่นและต่อเนื่องของการบำบัด

3. ก่อนเริ่มด้นการบำบัดทุกครั้งพยาบาลควรประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายของผู้ป่วยโรควิตกกังวลโดยการวัดสัญญาณชีพและซักถามความไม่สุขสบายด้านร่างกายต่างๆ ก่อนเข้าสู่กิจกรรม เพื่อประสิทธิภาพในการรับรู้ของผู้ป่วยและการให้ความร่วมมือในการบำบัด

4. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการผ่อนลมหายใจได้อย่างต่อเนื่องและถูกต้อง ควรมีการแจกแผ่น CD ให้ผู้ป่วยใช้ในการฝึกปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้านร่วมด้วย เพราะการใช้แผ่น CD ซึ่งมีดนตรีประกอบจะช่วยกระตุ้นอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยในการฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการผ่อนลมหายใจได้ดีกว่า

5. ระยะเวลาที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพสามารถยืดหยุ่นได้ตามสภาพความพร้อมของผู้ป่วย

6. ในการนัดหมายการบำบัด ควรคำนึงถึงความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก

7. ควรพัฒนารูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นรายกลุ่ม เนื่องจากรูปแบบการบำบัดรายบุคคล ทำให้เกิดความสิ้นเปลืองด้านทรัพยากรบุคคล เวลา ระยะการเดินทางเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่มีรูปแบบเป็นรายกลุ่ม ส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน สามารถประหยัดทรัพยากรบุคคลและเวลาในการดำเนินกิจกรรมได้

8. การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ระหว่างการบำบัดไม่จำเป็นต้องทำทุกรายโดยอาจใช้ติดตามเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาในการทำการบ้าน หรือมีความวิตกกังวลค่อนข้างมาก

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ในการประเมินระดับความวิตกกังวล นอกจากจะประเมินความวิตกกังวลทางด้านจิตใจแล้ว ควรมีการประเมินความวิตกกังวลจากอาการทางคลินิกร่วมด้วย เพื่อให้การประเมินผลมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เช่น อาจใช้แบบประเมิน Halminton Anxiety Ranting Scale (HAM-A) ร่วมด้วย