

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวลของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อำเภอสวิสต์ จังหวัดกาญจนบุรี ก่อนและหลังการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวล ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา บทความ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินโครงการ นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความวิตกกังวลและโรคจิตกังวล

1.1 ความวิตกกังวล

1.1.1 ความหมายของความวิตกกังวล

1.1.2 ระดับของความวิตกกังวล

1.1.3 ประเภทของความวิตกกังวล

1.1.4 สาเหตุของความวิตกกังวล

1.1.5 การประเมินความวิตกกังวล

1.2 โรคจิตกังวล

1.2.1 ทฤษฎีการเกิดโรคจิตกังวล

1.2.2 อาการและการตอบสนองของโรคจิตกังวล

1.2.3 การวินิจฉัยโรคจิตกังวล

1.2.4 การรักษาโรคจิตกังวล

1.2.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตกังวล

2. การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

2.1 ความหมายของการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรม

2.2 ทฤษฎี และแนวคิดในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

2.3 หลักการในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

2.4 กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

3. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความวิตกกังวลและโรคจิตกังวล

1.1 ความวิตกกังวล

1.1.1 ความหมายของความวิตกกังวล

Speilberger (1966) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็นความเครียดซึ่งเกิดจากความมั่นคง ปลอดภัยของบุคคลถูกคุกคาม โดยสิ่งที่คุกคามนั้นอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้า ความวิตกกังวลทำให้ประสิทธิภาพในการตอบสนองความต้องการของบุคคลลดลง และมีผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความวิตกกังวลมีหลายระดับขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานมากขึ้น แต่ความวิตกกังวลที่มากเกินไปจะทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคลลดลง

Graham and Conley (1971) กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความเครียดที่เกิดจากความกลัวหรือความไม่สบายใจ ซึ่งเกิดจากความนึกคิดหรือการทำนายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นอันตราย ไม่สามารถกำหนดสาเหตุที่แน่ชัดได้ เป็นสัญญาณอย่างหนึ่งที่เตือนให้บุคคลเตรียมพร้อม เพื่อสู้กับเหตุการณ์ที่คุกคามนั้น

Groen (1975) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเกี่ยวข้องกับการคาดการณ์ล่วงหน้า หมายถึง ลักษณะที่ไม่น่าพึงพอใจ ที่เกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอันตราย หรือคับข้องใจที่คุกคามสวัสดิภาพ ภาวะสมดุลหรือวิถีชีวิตของบุคคลหรือกลุ่มสังคมนั้น และให้ข้อสังเกตไว้ว่า ตัวของเหตุการณ์ไม่ใช่ตัวก่อให้เกิดความวิตกกังวลโดยตรง แต่การรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้นๆทำให้เกิดความวิตกกังวล

มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษขวณิช (2542) ความวิตกกังวล คือ การคาดหมาย (anticipation) ว่าจะมีอันตราย (danger) หรือโชคร้ายซึ่งทำให้รู้สึกไม่สบายใจ

จากความหมายของความวิตกกังวลดังกล่าว สรุปได้ว่า ความวิตกกังวล คือ เป็นปฏิกริยาการตอบสนองต่อสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยมีการคาดการณ์ผลกระทบล่วงหน้าในด้านลบ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรม

1.1.2 ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น ในแต่ละบุคคลจะมีความรุนแรงไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับอายุ ภาวะทางอารมณ์ ประสบการณ์ในอดีตและภาวะสุขภาพ รวมทั้งสิ่งกระตุ้น ความวิตกกังวลนั้นมีหลายระดับ ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงระดับรุนแรงที่สุด (Springhouse review, 2002; Schulth, 2002 อ้างถึงในพัฒน์ เอกบุตร, 2551) ได้แบ่งระดับของความวิตกกังวลได้ 4 ระดับ ดังต่อไปนี้

1.1.2.1 ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild Anxiety) เป็นความวิตกกังวลระดับปกติที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ระยะนี้บุคคลจะตื่นตัวว่องไว กระฉับกระเฉง สนามการ

รับรู้จะกว้าง การรับรู้ของประสาทสัมผัสจะดีขึ้น การรับฟัง ความเข้าใจ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ ดี ความวิตกกังวลในระดับนี้สามารถกระตุ้นให้คนเราเกิดการเรียนรู้และมีการพัฒนาขึ้น มีการสร้างสรรค์มากขึ้น

1.1.2.2 ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate Anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้ บุคคลจะมีความตื่นตัวมาก นอนไม่หลับ จะมีความสนใจเฉพาะอย่างในสิ่งที่เกี่ยวข้องเท่านั้น สมองการรับรู้จะแคบลง ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง มีอาการตื่นตัวมากขึ้น ลูกลี้ลุกกลน โกรธง่าย ความอดทนลดลง เสียงอาจลั่น คำพูดรวดเร็ว ถ้าได้รับความช่วยเหลือจะทำให้ความวิตกกังวลลดลงและความสามารถต่างๆจะกลับดีขึ้น มักจะมีการคร่ำครวญว่า “รู้สึกเครียดมาก”

1.1.2.3 ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe Anxiety) ในระดับนี้สมองการรับรู้ของบุคคลจะแคบลงมาก การรับรู้เรื่องราวต่างๆลดลงมาก ขาดทักษะการแก้ปัญหาอย่างมาก ไม่ได้สนใจสิ่งอื่นๆการรับรู้และพฤติกรรมบิดเบือนไปจากความเป็นจริง รับรู้รายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้เพียงบางส่วน จุดสำคัญจะถูกมองข้ามไป ไม่สามารถเชื่อมโยงรายละเอียดได้หมด มีความผิดปกติทางด้านความคิด มีอาการย้ำคิดย้ำทำ พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมามีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

1.1.2.4 ความวิตกกังวลรุนแรง (Panic Anxiety) ในระดับนี้บุคคลจะขาดทักษะในการแก้ปัญหา มีความรู้สึกเหมือนจะตายหายใจไม่ออก ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ มีความผิดปกติทางด้านความคิดและบุคลิกภาพ การรับรู้และพฤติกรรมจะบิดเบือนไปจากความจริง การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นลดลงและความสามารถในการเรียนรู้จะเสียไป

1.1.3 ประเภทของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลแบ่งเป็น 2 ประเภท (Spielberger, 1983 อ้างถึงใน ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548) คือ

1.1.3.1 ความวิตกกังวลประจำตัว (Trait anxiety) ความวิตกกังวลประเภทนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เป็นลักษณะนิสัยของการได้รับความเครียดจากสถานการณ์ที่คุกคาม และมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้นๆเป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ต่างๆไป เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาอันยาวนานจนกลายเป็นลักษณะนิสัยประจำตัว ซึ่งส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพของบุคคลเป็นลักษณะค่อนข้างคงที่ โดยจะเป็นตัวเสริมหรือเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน

1.1.3.2 ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ขณะนั้น เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกตึงเครียด

ไม่พอใจ โดยอาจแสดงเป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้ ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตของบุคคลนั้น

ลักษณะความแตกต่างและความสัมพันธ์กันระหว่างความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัว มีดังนี้

ด้านความแตกต่างที่สำคัญคือ ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันเป็นความกระวนกระวาย ความหวาดหวั่น ความกังวลที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราว ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ส่วนความวิตกกังวลประจำตัว เป็นบุคลิกภาพอันยาวนานที่จะเกิดความวิตกกังวลเมื่อถูกยั่วโดยสิ่งเร้าที่จะก่อให้เกิดความเครียด ความถี่ของความรู้สึกที่เกิดขึ้นขึ้นอยู่กับลักษณะนิสัยของคนๆ นั้น บางที่เรียกว่าความวิตกกังวลที่มีลักษณะเฉพาะ ความวิตกกังวลแบบนี้เป็นส่วนหนึ่งของนิสัยอันถาวร

ด้านความสัมพันธ์กันคือ บุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวสูง (Trait anxiety) เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือจะทำให้เกิดอันตราย ระดับความวิตกกังวลประจำตัวที่มีอยู่แล้วจะเป็นตัวเสริมหรือไปประกอบความวิตกกังวลประจำตัวให้มีความรุนแรงและมีระยะเวลาการเกิดนานมากกว่าในบุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวระดับต่ำกว่า นอกจากนั้นในบุคคลที่เกิดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State anxiety) บ่อยๆ ครั้ง โดยแต่ละครั้งจะมีความรุนแรงหรือไม่ก็ตาม อาจจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีความวิตกกังวลประจำตัวในระดับที่สูงขึ้นได้ (Spielberger, 1966; Levitt, 1971 อ้างถึงใน ทิพวัลย์ โปธิ์แท่น, 2531)

Spielberger (1966) ได้แบ่งแยกความวิตกกังวลประจำตัวกับความวิตกกังวลขณะปัจจุบันไว้อย่างชัดเจน นั่นคือ ในขณะที่ความวิตกกังวลประจำตัวเป็นลักษณะของแต่ละบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวล เป็นลักษณะประจำตัวหรือที่เรียกว่า เป็นนิสัย ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันเป็นการเปลี่ยนแปลงในความตึงเครียดของอารมณ์ตามเวลาชั่วครั้งชั่วคราว ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะแปรไปตามสิ่งเร้า เช่นถ้าสิ่งเร้ามากความวิตกกังวลก็จะมากตามไปด้วย การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลส่วนมากใช้ความหมายของความวิตกกังวลของ Spielberger (Borkovec & Costello, 1993; กนกวรรณ ทาสอน, 2545; ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547; เนตรทราย หอละเอียด, 2550; พัฒน์ เอกบุตร, 2551; จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2551)

1.1.4 สาเหตุของความวิตกกังวล

สาเหตุของความวิตกกังวล ตามแนวคิดของ Engel จะมีปัจจัยที่สำคัญ 3 อย่าง ได้แก่ (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545)

ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological Factors)

ระบบประสาท ระบบประสาทมีความสัมพันธ์กับโครงสร้างทางร่างกายอย่างมาก คนบางคนมีความโน้มเอียงที่จะเกิดความวิตกกังวลได้ง่ายกว่าคนอื่นๆ ทั้งที่เผชิญสถานการณ์อย่าง

เดียวกัน การกระตุ้นระบบประสาทอิสระ (autonomic nervous system) โดยเฉพาะส่วน sympathetic สามารถทำให้เกิดอาการ ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว หายใจเร็ว แขนงหน้าอก ปวดศีรษะ ท้องเดิน คนที่มีความวิตกกังวลได้ง่ายพบว่าระบบประสาทอิสระมักมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้ามากกว่าธรรมดา locus coeruleus ซึ่งเป็นศูนย์กลางของ noradrenergic neurons ในสมอง จะมีการทำงานมากขึ้นในภาวะวิตกกังวล โดยเฉพาะในรายที่มีอาการตื่นตระหนก (panic attacks)

ประสาทชีวเคมี ความวิตกกังวลมักสัมพันธ์กับการหลั่งของ catecholamine ที่เพิ่มขึ้น norepinephrine metabolites จะเพิ่มขึ้นในปัสสาวะ ถ้าระดับของ GABA ลดลง จะทำให้ระบบประสาทส่วนกลางทำงานมากขึ้น ในผู้ป่วยบางรายถ้าระดับของ serotonin ลดลงจะเกิดความวิตกกังวล และการที่ dopaminergic activity เพิ่มขึ้นก็สัมพันธ์กับความวิตกกังวล

พันธุกรรม มีความเกี่ยวข้องกับระบบประสาท และการที่คนบางคนมีการตอบสนองต่อสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลที่มีลักษณะเหมือนกันมากกว่าอีกคนหนึ่ง แสดงว่ามีเรื่องของพันธุกรรมเข้ามาเกี่ยวข้องประมาณครึ่งหนึ่งหรือมากกว่า

ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological factors)

Beck (1995) กล่าวว่าความวิตกกังวลเกิดจากกระบวนการคิดที่บิดเบือน (cognitive traid) 3 ด้าน ในที่นี้ หมายถึง การมองตนเอง โลกและอนาคตในทางลบ การคิด การเข้าใจที่ผิดพลาด (cognitive error) และเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีแบบแผนการคิดไปในทางลบ (negative thought) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1) ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ (cognitive traid) หมายถึงความคิดหลัก 3 ประการที่บิดเบือนไปในทางลบ คือ ความคิดที่บุคคลมองตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของตนเองในทางลบ

- การมองตนเองในทางลบ ผู้ที่มีความวิตกกังวลจะมองตนเองว่าบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไร้ประสิทธิภาพ มีแนวโน้มที่จะโทษตนเองเมื่อเกิดความผิดพลาดต่างๆ ขึ้น โดยจะคิดว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นทั้งหมดเป็นความผิดพลาดของตนเอง

- การมองสิ่งแวดล้อมหรือโลกในทางลบ ผู้ที่มีความวิตกกังวลจะแปบการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมของตนเองในเชิงความสูญเสีย ถูกรู้อภัยเป็นประจำ รู้สึกถูกบีบบังคับละเรียดจากสังคมรอบตัว จะมองชีวิตเต็มไปด้วยภาระ อุปสรรค หรือสถานการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด และเมื่อต้องพบกับสถานการณ์ใดๆ ก็จะไปแสวงหาสถานการณ์นั้นไปในทางลบตามประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบมา จึงส่งผลให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบและเกิดความวิตกกังวลตามมา

- การมองอนาคตในทางลบ ผู้ที่มีความวิตกกังวลจะทำนายว่า ความยากลำบากหรือความทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินต่อไปไม่มีที่สิ้นสุด จะมีแต่ความคับข้องใจและการสูญเสีย เมื่อพบสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันก็จะมองว่าสถานการณ์ต่อไปในอนาคตจะเป็นสิ่งที่ปัญหาต่อไปไม่มีสิ้นสุด ทำให้ท้อแท้ต่ออนาคตของตนเอง ทำให้เกิดความวิตกกังวลตามมา

2) เนื้อหาความคิดที่บิดเบือน (cognitive error or faulty information processing) ซึ่งลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือน มีรายละเอียดดังนี้

- การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) เป็นกระบวนการความคิดที่ด่วนสรุปในเหตุการณ์ที่ยังไม่เกิดขึ้น เป็นความคิดที่มักจะสรุปไม่เป็นไปตามที่เกิดขึ้นจริง

- การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (selective abstraction) เป็นลักษณะความคิด ที่มุ่งสนใจในรายละเอียดของบริบท โดยละเลยส่วนที่สำคัญของสถานการณ์นั้นๆ หรือลักษณะความคิดที่ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเป็นเช่นเดียวกับประสบการณ์ในทางลบต่างๆ ที่ผ่านมาในอดีต

- ความคิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (overgeneralization) เป็นลักษณะความคิดที่สรุปรวมว่าเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยเป็นเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองทั้งหมด เป็นการตัดสินใจอย่างรวดเร็วบนพื้นฐานตัวอย่างเพียงเล็กน้อยและเกินจริง

- การขยายต่อเติมหรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความคิดที่ประเมินค่าความสำคัญหรือขนาดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นผิดพลาดไปหรือประเมินไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความคิดที่บิดเบือน เช่น เมื่อมีเหตุการณ์ที่มากระทบตนเองเพียงเล็กน้อย ก็อาจมองว่าเหตุการณ์นั้นเป็นเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อตนเองอย่างรุนแรง เป็นต้น

- มีความคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) มักนำตนเองเข้าไปเป็นฐะกับเรื่องต่างๆ เป็นความคิดตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบในลักษณะที่พิจารณาสถานการณ์เพียงด้านใดด้านหนึ่ง เช่น เมื่อตั้งใจจะสบตากับเพื่อนที่เดินผ่านแต่เพื่อนกับไม่ได้มองตนเอง อาจคิดว่าตนเองทำอะไรบางอย่าง ที่ทำให้เพื่อนโกรธ เป็นต้น

- คิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าที่จะคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking) เป็นความคิดที่โน้มเอียงไปในด้านใดด้านหนึ่งอย่างเต็มที่ เช่น คิดว่าตนเองมีข้อบกพร่อง เป็นคนเลวไม่ใช่คนดี เป็นต้น

3) โครงสร้างทางความคิด (schema) แบ่งออกเป็น การแปลความหมาย การประเมินค่าและการอธิบายความหมายของเหตุการณ์ต่างๆ โครงสร้างทางความคิดของแต่ละบุคคลอาจจะเป็นประเภทปรับเปลี่ยนได้ตามปกติหรือปรับเปลี่ยนที่บิดเบือน (adaption-Maladaption) เป็นเชิงบวกหรือเชิงลบ และเป็นลักษณะเฉพาะตัวหรือเหมือนบุคคลอื่นทั่วๆ ไป สำหรับผู้ที่มีความวิตกกังวลจะมีความคิดเป็นประเภทที่ปรับเปลี่ยนบิดเบือนไปในทางลบ โครงสร้างทางความคิดจะแอบแฝงอยู่ในบุคคลและจะถูกกระตุ้นโดยสถานการณ์บางอย่างที่คล้ายกับประสบการณ์จริงๆ ที่เคยทำให้เกิดความคิดในทางลบ หรืออาจเป็นปฏิกิริยาที่มีต่อประสบการณ์ที่เจ็บปวดเกินกว่าที่ผู้ที่มีความวิตกกังวลจะทนได้ ทำให้บุคคลนั้นเสียดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด ดังนั้น เหตุการณ์ไม่ได้ทำให้เกิดความวิตกกังวล ถ้าผู้ที่มีความวิตกกังวลไม่ได้มีความคิดที่บิดเบือนอันเนื่องมาจากโครงสร้างทางความคิดให้มีความไวต่อเหตุการณ์ประเภทนั้น โครงสร้างทางความคิดนี้จะเป็นตัวอธิบายว่าเพราะเหตุใดบุคคล จึงทนต่อเหตุการณ์ที่เป็นความเครียดในชีวิตได้แตกต่างกัน

Beck เชื่อว่าความคิดด้านลบนี้จะนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมดังนี้ (Joyec, 1996) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กระบวนการคิดที่บิดเบือนและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย

รูปแบบการคิด (Cognitive pattern)	การคิด (Thought)	พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive behavior)
มองตนเองด้านลบ	ไร้ค่า, ไม่ดีพอ	ปฏิเสธ, แยกตัว
มองโลกด้านลบ	ไม่มีใครช่วยเหลือ	สิ้นหวัง
มองอนาคตด้านลบ	ล้มเหลว	ฆ่าตัวตาย

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติงานอยู่ พบว่าสาเหตุของความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลมีความสอดคล้องกับสาเหตุของ Beck ผู้ศึกษาจึงใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมาเป็นแนวทางในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวล เนื่องจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการจัดการกับความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลที่เรียกว่า ความคิดอัตโนมัติซึ่งเป็นความคิดที่บิดเบือน การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะทำหน้าที่ในการเปลี่ยนรูปแบบความคิดที่บิดเบือน โดยใช้วิธีการทดสอบเกี่ยวกับเหตุผลและความถูกต้องของความคิดของบุคคลหลังจากสันนิษฐานแล้ว ซึ่งเรียกกระบวนการนี้ว่าการปรับโครงสร้างทางความคิด

1.1.5 การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลสามารถประเมินได้จากการสังเกตพฤติกรรม การตอบสนองด้าน สรีระของบุคคลที่แสดงออกเพื่อลดความวิตกกังวล และจากรายงานความรู้สึกที่เกิดขึ้นเฉพาะ บุคคลที่ประสบความวิตกกังวล ซึ่ง Nietzel and Bernstein (อ้างถึงใน วราภรณ์ ยศทวี, 2540) ได้ จำแนกการประเมินความวิตกกังวลเป็น 3 วิธี ดังนี้

1.1.5.1 การประเมินความวิตกกังวลจากสภาพทางสรีระ (Physiological measure of anxiety) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น ระดับความดัน โลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการเต้นของชีพจร การตรวจคลื่นสมอง การขยายของม่านตา ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งการวัดความวิตกกังวลแบบนี้จะต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษ ในการวัด เช่น เครื่องมือวัดความดันโลหิต (sphygmomanometer) เครื่องวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (electroencephalograph) เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของชีพจร (mechanical pulse detective) เครื่องมือวัดคลื่นสมอง (electroencephalography) เครื่องมือตรวจม่านตา เพื่อดูการขยายของม่านตา (pupillograph) เครื่องมือวัดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ (electromyograph) เป็นต้น การวัดด้วยวิธีนี้ ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญทางการตรวจและการแปลผลการเปลี่ยนแปลง ซึ่งต้องมีความแม่นยำ อาจเกิด ความสับสนต่อการประเมิน เนื่องจากในการเปลี่ยนของความดันโลหิต และอัตราการเต้นของชีพจร นั้นอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรคต่างๆ ในระบบประสาทและหลอดเลือดที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ เช่น โรคไต โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงหรืออาจเกิดจากผลของการใช้ยาบางชนิด จากอาหาร บุหรี่ การออกกำลังกาย เป็นต้น ดังนั้นจึงมีความลำบากในการวัดความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้ เนื่องจากการวัด ระดับความวิตกกังวลจะไม่สัมพันธ์กับอาการแสดงออกนอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ของแต่ละบุคคลยังมีแบบแผนที่แตกต่างกัน

1.1.5.2 การประเมินความวิตกกังวลโดยการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก ของ (Behavioral measure of anxiety) เป็นการวัดการตอบสนองด้านจิตใจ ซึ่งแสดงออกถึงความ แปรปรวนในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสาร โดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ความสอดคล้อง กันของการทำงานของร่างกายกับการรับรู้ความจำ การเรียนรู้ที่ง่าย ๆ หรือซับซ้อนเนื่องจากมีความ เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงออกมานั้น เป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนมาจากอารมณ์ภายในใจซึ่ง บุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้เช่น อาการกระสับกระส่าย ลูกตุ้ลูกลน มือสั่น ถอนหายใจ ร้องไห้ หงุดหงิด ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร พุดรัวเร็วขึ้น เป็นต้น

1.1.5.3 การประเมินความวิตกกังวลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-Report measure of anxiety) โดยให้บุคคลรายงานความรู้สึกวิตกกังวล ซึ่งอาจเป็นการรายงาน ด้วยการตอบแบบสอบถาม การเขียนหรือรายงานด้วยวาจา เป็นการวัดความวิตกกังวลซึ่งเป็น

ความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้ โดยใช้แบบสอบถาม แล้วนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล แบบสอบถามดังกล่าวมีผู้สร้างหลายชนิด เช่น STAI (The State-Trait Anxiety Inventory) ของ Spielberger, Gorsuch, and Lushene (1970), MAS (The Taylor Manifest Anxiety) ของ Taylor (1982), Hamilton Anxiety Scale, The Brief Scale For Anxiety, Clinical Anxiety Scale, Beck Anxiety Inventory เป็นต้น (อุบลรัตน์ ดีพร้อม, 2545) และจากเครื่องมือประเมินทั้งหมดผู้ศึกษาเลือกใช้แบบสอบถามความวิตกกังวล STAI เนื่องจากสามารถวัดความวิตกกังวลได้ทั้ง State anxiety และ Trait anxiety ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ศึกษาต้องการศึกษาซึ่งเครื่องมืออื่นๆ ไม่สามารถวัดได้

แบบสอบถามความวิตกกังวล STAI (The State-Trait Anxiety Inventory) ของ Spielberger เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดความวิตกกังวลแบบสอบถามด้วยตนเอง ประกอบด้วยแบบสอบถามที่ใช้วัดความวิตกกังวล 2 ประเภท คือ

1) แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลแบบ State anxiety คือ แบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์นั้นๆ

2) แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลแบบ Trait anxiety คือ แบบสอบถามที่ใช้วัดความรู้สึกทั่วไปของบุคคลในทุกสถานการณ์

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้ STAI form X (The State-Trait Anxiety Inventory) ของ Spielberger (1988 อ้างถึงใน กนกวรรณ ทาสอน, 2545; ญัฐพร ชัยประทาน, 2547; พัฒน์ เอกบุตร, 2551) เหตุผลที่เลือกใช้แบบประเมินนี้เนื่องจากสามารถวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวได้ สาเหตุที่ควรใช้การวัดทั้งสองแบบเนื่องจากความวิตกกังวลประจำตัวมีผลต่อความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน โดยบุคคลที่มีลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวสูงมักมีแนวโน้มของการประเมินสิ่งเร้าที่จะมาคุกคามต่อตนเองสูงกว่าบุคคลที่มีลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวต่ำ และมีการรับรู้ในคุณค่าของตนเอง ศักยภาพและความเชื่อมั่นของตนเองต่ำกว่าบุคคลที่มีลักษณะความวิตกกังวลประจำตัวต่ำ ฉะนั้นถ้าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้กับผู้ป่วยโรควิตกกังวลสามารถช่วยลดความวิตกกังวลประจำตัวได้ ย่อมแสดงว่าสามารถช่วยลดความวิตกกังวลขณะปัจจุบันได้เช่นกันซึ่งหมายถึงโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่ใช้กับผู้ป่วยโรควิตกกังวลเหมาะสมและมีประสิทธิภาพดี

1.2 โรควิตกกังวล

1.2.1 ทฤษฎีการเกิดโรควิตกกังวล

โรควิตกกังวล เป็นโรคที่มีอาการวิตกกังวลเป็นอาการเด่น เป็นความวิตกกังวลที่มีมากเกินไป ซึ่งเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ และมีพฤติกรรมที่มากผิดปกติ มีอาการรุนแรงไม่เหมาะสมกับความเป็นจริงและไม่เฉพาะเจาะจงเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (พูนศรี รังสีจี , 2547 อ้างถึงใน

พัฒน์ เอกบุตร, 2551) ได้อธิบายรูปแบบความสัมพันธ์ของสาเหตุของการเกิดโรควิตกกังวลด้วยทฤษฎีดังนี้ คือ

1.2.1.1 ทฤษฎีชีวภาพ (Biological Theory) ปัจจุบันมีหลักฐานที่แสดงว่าความวิตกกังวลนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีวภาพ และสารสื่อประสาทหลายชนิด ผู้ป่วยที่เป็นโรควิตกกังวล ความผิดปกติที่พบได้แก่ autonomic reaction ที่มากเกินไป และ sympathetic tone เพิ่มขึ้น มีการเพิ่มการปลดปล่อยของสาร Catecholamines มีการเพิ่ม metabolite ของ Norepinephrine และ dopamine เพิ่มขึ้นและมีการลดของ GABA (Y-aminobutyric acid) นอกจากนี้ยังพบว่าการทำงานของสมอง temporal cerebral cortex และ locus coeruleus ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้การทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำงานมากเกินไป และเป็นผลจากความวิตกกังวลที่มีมากนั่นเอง ทำให้มี CNS hyperactivity ของ Locus coeruleus ซึ่งเป็นศูนย์กลางของ Noradrenergic neurons รวมทั้งมีการลดลงของ REM latency และ Non-REM sleep ระยะ 4 การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้เกิดอาการตื่นเต้น ตกใจง่าย นอนไม่หลับหรือหลับยาก ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม ใจหวิว หายใจได้ไม่เต็มที่ เหงื่อออก มือเท้าชา เนื่องมาจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ หรือมีอาการที่เกิดจากการดึงตัวของกล้ามเนื้อ เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้ายทอย ปวดตามกล้ามเนื้อ เป็นต้น

1.2.1.2 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ดั้งเดิม (Psychodynamic Theory) อธิบายความวิตกกังวลที่ผิดปกติว่า มีสาเหตุจากความขัดแย้งของจิตในระดับ unconscious โดย Sigmund Freud อธิบายการตอบสนองของร่างกายว่า เป็นขบวนการปกติที่เกิดขึ้นเพื่อกำจัดความวิตกกังวลโดยเป็นไปตาม pleasure principle มีแนวคิดว่า เมื่อมีความไม่สบายใจเกิดขึ้น จิตมีแนวโน้มที่จะจัดการกับความไม่สบายใจอย่างรวดเร็ว ความไม่สบายใจนี้มีสาเหตุจากการถูกเร้าโดยสถานการณ์ที่กระทบจิตใจรุนแรงเกินกว่าที่จะจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพและสถานการณ์ที่คาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดอันตรายแล้วไม่สามารถจัดการได้ ความวิตกกังวลเกิดในลักษณะการเลี่ยงที่จะเผชิญกับสิ่งกระตุ้นนั้นๆ

1.2.1.3 ทฤษฎีโครงสร้างของจิต (The Structure Theory) กล่าวถึงโครงสร้างของจิต ประกอบด้วย id ego และ superego เมื่อเกิดความขัดแย้งระหว่าง id และ superego ขึ้น ego จะพยายามรักษาสมดุลทางจิตใจด้วยการทำงานผ่านกลไกทางจิต (defense mechanisms) ในกรณีความวิตกกังวล ego จะจัดการกับความขัดแย้งในส่วนลึกของจิตใจ ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ด้วยการใช้กลไกทางจิตชนิดเก็บกด (repression) ผลก็คือทำให้บุคคลนั้นเกิดความสบายใจ ไม่รู้สึกว่ามีกังวล ในกรณีที่ความวิตกกังวลนั้นรุนแรงเกินกว่าที่บุคคลจะใช้วิธีเก็บกดได้ บุคคลจะจัดการกับความขัดแย้งในจิตไร้สำนึก (conscious) โดยปรากฏออกมาในรูปแบบของความคิดหรือพฤติกรรมที่แตกต่างกัน

1.2.1.4 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) กล่าวถึงความวิตกกังวลมีความเกี่ยวข้องกับสถานการณ์บางอย่าง โดยอาศัยการเรียนรู้ซึ่งทฤษฎีการเรียนรู้มีรากฐานมาจากทฤษฎีพัฒนาการทางจิตใจ ที่กล่าวว่าสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะก่อให้เกิดขบวนการเรียนรู้ที่ปกติ ส่วนปฏิกริยาที่ผิดปกติจะทำให้เกิดปัญหาทางพัฒนาการ ความวิตกกังวลเป็นปฏิกริยาตอบสนองต่อความเครียด โดยการเรียนรู้ผ่านกระบวนการจำแนก (Identification) และการเลียนแบบ (Imitation) เช่น เด็กจะมีการเรียนแบบวิธีตอบสนองความเครียดตามแบบที่เคยเห็นจากบุคคลที่เด็กศรัทธา

1.2.1.5 ทฤษฎีการคิดบำบัด (Cognitive Theory) ของ Aaron T. Beck (Beck, 1999) กล่าวว่า การบำบัดโดยใช้รูปแบบการนึกคิดบำบัดนั้นเป็นวิธีการรักษาที่ใช้จัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีสาเหตุมาจากความไม่สอดคล้องของความคิดหรือการมีรูปแบบความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลที่เรียกว่า “ความคิดอัตโนมัติ” ความคิดอัตโนมัตินี้เกิดเมื่อมีสถานการณ์เกิดขึ้นกับบุคคลนั้นๆ โดยลักษณะความคิดเป็นแบบบิดเบือน การนึกคิดบำบัดจะทำหน้าที่ในการเปลี่ยนรูปแบบความคิดที่บิดเบือน โดยใช้วิธีการทดสอบเกี่ยวกับเหตุผลและความถูกต้องของความคิดของบุคคลหลังจากการสันนิษฐานแล้ว ซึ่งเรียกกระบวนการนี้ว่า “การปรับโครงสร้างทางความคิด” ต่อมา Beck & Emery (1985) ได้นำเสนอว่าความวิตกกังวลเกิดจากปัญหาที่สำคัญคือความยากลำบากต่อการจัดการกระบวนการคิดที่มีต่อสถานการณ์อย่างสมเหตุผล ดังนั้นในการรักษาผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลจำเป็นต้องใช้ความพยายามในการปรับเปลี่ยนทางความคิดหรือสิ่งที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าให้เป็นความคิดที่ถูกต้อง โดยการใช่วิธีการของการนึกคิดบำบัดหรือกระบวนการปรับเปลี่ยนทางความคิดเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมทั้งสามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนั้นเป็นการทำจิตบำบัดที่มีความเชื่อพื้นฐานในความผิดปกติของกระบวนการคิดหรือความเชื่อของบุคคล และทำให้มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่ตามมา ซึ่งมีความสอดคล้องสัมพันธ์และพัฒนามาจาก Rational Emotive Behavior Therapy, Cognitive Therapy, Rational Behavior Therapy ต่างก็กำเนิดมาจากแนวคิดเรื่องพฤติกรรมนิยม (Behaviorism) และแนวคิดเรื่องจิตวิทยาความคิด (Cognitive psychology) ที่เชื่อว่าความคิดมีผลต่อพฤติกรรม และยังได้มีการพัฒนา และประยุกต์แนวทางวิธีการและเทคนิคการรักษาไปจนมีหลายรูปแบบแต่ก็ยังคงอยู่บนหลักการเหมือนกันคือ ความคิด (Cognition) เป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและเปลี่ยนแปลงได้ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมสามารถทำได้โดยการเปลี่ยนความคิด (จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2551)

1.2.2 อาการและการตอบสนองของโรควิตกกังวล

ผู้ป่วยโรควิตกกังวลมีลักษณะการแสดงออกของความวิตกกังวลที่คล้ายคลึงกันกับผู้ที่มีความวิตกกังวลในระดับรุนแรง (Severe anxiety) แต่สามารถแยกแยะได้จากความแตกต่างที่พอจะสรุปได้ดังนี้

1.2.1.1 มีลักษณะความวิตกกังวลที่แผ่กระจายไปในหลายๆเรื่องหรือมีลักษณะไม่ทราบสาเหตุ ไม่เจาะจงหรือผูกพันอยู่กับเหตุการณ์หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยเฉพาะ และไม่ได้มีอาการรุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นช่วงๆเหมือน Panic attack แต่ผู้ป่วยจะตกอยู่ในภาวะวิตกกังวลตึงเครียด กลัวหรือหวาดวิตก คาดการณ์ไปล่วงหน้าต่อเหตุการณ์ในชีวิตหลายๆเรื่อง มีความคิดวกเวียนกลับไปกลับมา หวั่นว่าจะมีเหตุร้ายเกิดขึ้นกับตนหรือคนใกล้ชิด และมีความยากลำบากในการควบคุมความคิดหรือละไปสนใจเรื่องอื่น เรื่องที่วิตกกังวลส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของครอบครัว เศรษฐกิจ การทำงาน ความเจ็บป่วย อุบัติเหตุ ความตาย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นอกนั้นจะกังวลเกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดขึ้นกับตน เช่น ถ้ามีอาการหัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น อาจวิตกกังวลไปว่าตนเองจะเป็นโรคหัวใจ เป็นต้น (McDonald, 1990; Stuart, 1991; พิเศษฐ์ อุดมรัตน์, 2534; สุรัชย์ เกื้อศิริกุล, 2536)

1.2.1.2 มีความไม่สุขสบายทางกายที่เกิดจากผลกระทบหรือการตอบสนองต่อความวิตกกังวลร่วมด้วยคือ

1) อาการที่เกิดจากระบบกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว (Motor tension) เช่น อาการสั่น กระวนกระวาย กระตุกของแขนขา รู้สึกตัวสั่นสะท้าน ตึงเจ็บปวดตามกล้ามเนื้อ เหนื่อย อ่อนเพลียง่าย ปวดศีรษะแบบตึงๆตื้อๆ (Tension headache) หรือปวดบริเวณขมับทั้งสองข้าง ปวดตึงกล้ามเนื้อต้นคอ ท้ายทอย เป็นต้น

2) อาการที่เกิดจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ (Autonomic hyperactivity) เช่น ใจสั่น หายใจติดขัด ใจเต้นเร็ว รู้สึกหายใจไม่อิ่ม รู้สึกเหมือนมีก้อนจุกอยู่ที่ลำคอ แต่อาการเหล่านี้จะไม่เกิดรุนแรงเป็นช่วงๆเหมือนโรค Panic นอกนั้นจะมีอาการเหงื่อออกง่าย ปากแห้ง มึนงง คลื่นไส้ ท้องเสีย ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น

3) อาการที่เกิดจากความเครียด หรือระมัดระวังมากเกินไป (Cognitive Hypervigilance) เช่นอาการตึงเครียด ตื่นเต้นตกใจง่ายกว่าปกติเวลาที่มีเสียงดัง ขาดสมาธิ ใจลอยเนื่องจากความกังวล หลับยากหรือหลับไม่สนิท

4) ความเรื้อรังของการแสดงออกของความวิตกกังวลและความถี่ของการเกิดอาการ ซึ่งจะเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีวันที่เป็นมากกว่าวันที่ไม่เป็นและสามารถกลับเป็นซ้ำได้ (Schweizer, 1995)

5) ลักษณะอาการเฉพาะของโรคที่ส่งผลให้บุคคลมีความบกพร่องด้านการประกอบอาชีพการงาน รวมทั้งทำให้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมบกพร่อง ผู้ป่วยมักจะมีอาการหลายอย่างเกิดขึ้นพร้อมกันจนบางคนคิดว่าเป็นที่เดียวหลายโรคแต่ความเป็นจริงแล้ว อาการที่เกิดขึ้นหลายอย่างนั้นมีสาเหตุมาจากเรื่องเดียวกันคือความวิตกกังวลนั่นเอง (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2545)

1.2.1.3 การตอบสนองต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล การตอบสนองต่อความวิตกกังวลสามารถแบ่งได้เป็น 4 ลักษณะ คือ (จำลอง ดิษยวณิช, 2545)

1) การแสดงออกทางความคิด (Cognitive symptoms) อาการทางความคิดที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลที่พบได้บ่อย คือ การขาดแรงจูงใจ ขาดสมาธิ จิตใจไม่จดจ่ออยู่กับงานที่ทำและขาดความสามารถที่จะทำให้งานเป็นผลสำเร็จ อาการทางจิตอย่างอื่น ได้แก่ หลงๆ ลืมๆ จำอะไรไม่ค่อยได้ งุนงง สับสน มองคนในแง่ร้าย ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหาลดลง รู้สึกขาดที่พึ่ง ขาดความหวัง ขาดการช่วยเหลือ บางคนที่มีความวิตกกังวลมากๆ อาจใช้วิธีไม่รู้วิธีสิ่งใดๆจากภายนอกเลย

2) การแสดงออกทางอารมณ์ (Emotive symptoms) ความวิตกกังวลจะมีผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจ อารมณ์จะเปลี่ยนไวต่อสิ่งกระตุ้น อาการทางอารมณ์ที่พบบ่อย คือ ความวิตกกังวล ความกลัว ความหวาดหวั่น ความหงุดหงิด อาการอย่างอื่น ได้แก่ ลังเลใจ ไม่กล้าตัดสินใจ รู้สึกว่าควบคุมตัวเองไม่ได้ การขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน คิดกลับไปกลับมา ชอบคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะมีเคราะห์ร้ายเกิดขึ้นกับตนหรือคนอื่น มักตื่นไปก่อนไข้ กลัวว่ากำลังจะตาย กำลังจะเป็นบ้าหรือเสียสติ

3) การแสดงออกทางพฤติกรรม (Behavioral symptoms) ความวิตกกังวลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแบบอย่างของพฤติกรรมของคน เช่น การหลีกเลี่ยง การผัดวันประกันพรุ่ง การแยกตัวออกจากเพื่อนฝูงและครอบครัว เบื่ออาหาร อารมณ์หงุดหงิด ก้าวร้าว เริ่มสูบบุหรี่ สุรา สารเสพติด แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงไป มักนอนไม่หลับ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานลดลง มีความเสื่อมเสียในการประกอบอาชีพ การงานและการเข้าสังคม อาการทางพฤติกรรมอย่างอื่น เช่น ร้องไห้ ทูรันทูราย ผุดลุกผุดนั่ง สะดุ้งตกใจง่าย บางคนนั่งซึม ใ้ใจในสิ่งต่างๆมาก ขาดความอดทน

1.3.2.4 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physical symptoms) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยการเปลี่ยนแปลงจะเกิดในลักษณะใดลักษณะหนึ่งเท่านั้น ดังที่ Beck และคณะ (1985) เสนอไว้ เป็น 6 ระบบ ดังนี้

- 1) ระบบหลอดเลือดและหัวใจ หัวใจเต้นเร็ว คล้ายจะเป็นลม ความดันโลหิตสูงขึ้น ความดันโลหิตลดลง ใจสั่นระริก ซึ่พจรเต้นช้าลง เป็นลม
- 2) การหายใจ หายใจเร็ว หายใจถี่ หายใจลำบาก รู้สึกมีก้อนจุกที่คอ หายใจสั้น รู้สึกซ้อก รู้สึกว่ามีก้อนจุกอยู่ที่อก หลอกลมติบ หายใจหอบ
- 3) ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ปฏิกริยาสะท้อนเพิ่มขึ้น อ่อนเพลียทั่วร่างกาย ตัวสั่น ขาสั่น นอนไม่หลับ ง่วงง่าน เกร็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตึง
- 4) ระบบทางเดินปัสสาวะ รู้สึกปวดปัสสาวะ ปัสสาวะบ่อยครั้ง
- 5) ระบบทางเดินอาหาร ปวดท้อง แน่นท้อง เสียคท้อง ไม่สบายท้อง เบื่ออาหาร ขยะแขยง เหม็นอาหาร คลื่นไส้และอาเจียน
- 6) ระบบผิวหนัง หน้าแดง หน้าซีด เหงื่อออกเฉพาะที่ เช่นฝ่ามือ

1.2.3 การวินิจฉัยโรควิตกกังวล

การวินิจฉัยแยกโรควิตกกังวลไปทั่วออกจากโรควิตกกังวลชนิดอื่นๆ สามารถใช้ระบบการวินิจฉัยที่ได้รับการยอมรับ 2 แบบ คือ ระบบ DSM IV และระบบ ICD-10 ซึ่งในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้จะกล่าวถึงวิธีการวินิจฉัยทั้ง 2 ระบบ แต่สำหรับการศึกษานี้ผู้ศึกษาได้เลือกใช้ระบบการวินิจฉัยแบบ DSM IV เนื่องจากเป็นระบบการวินิจฉัยที่เป็นที่ยอมรับและใช้กันแพร่หลาย รวมทั้งในประเทศไทยด้วย

1.2.3.1 แนวทางในการวินิจฉัยวินิจฉัยโรควิตกกังวล (Generalize Anxiety Disorder: GAD) ตามเกณฑ์ ICD-10 คือ เป็นการวิตกกังวลไปทั่วและคงอยู่นาน ไม่จำกัดว่าต้องเกิดเฉพาะกับสถานการณ์แวดล้อมใด (นั่นคือเกิดความกังวลขึ้นมาเอง) มีอาการเด่นแตกต่างกันหลายประการ ได้แก่ ความรู้สึกเครียดตลอดเวลา ตัวสั่น กล้ามเนื้อตึง เหงื่อออก ปวดหัว ใจสั่น เวียนศีรษะ และจุกแน่นลิ้นปี่ มักแสดงว่ากลัวตัวเองหรือญาติจะป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2009)

1.2.3.2 แนวทางในการวินิจฉัยโรควิตกกังวล (GAD) ตามเกณฑ์ DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) มีดังนี้ (ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมานิช หล่อตระกูล, 2541)

- 1) มีความวิตกกังวลและกังวลใจอย่างมาก (หวั่นวิตกว่าจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้น) เกิดขึ้นอย่างน้อย 6 เดือน โดยวันที่เป็นมีมากกว่าวันที่ไม่เป็น และเป็นกันหลายๆ เหตุการณ์หรือหลายๆ กิจกรรม (เช่น การงาน หรือการเรียน)
- 2) ผู้ป่วยรู้สึกว่ายากแก่การควบคุมความกังวลใจที่มี

3) ความวิตกกังวลและกังวลใจนี้ สัมพันธ์กับอาการ 6 ข้อ ต่อไปนี้ อย่างน้อย 3 ข้อขึ้นไป (โดยอย่างน้อยมีวันที่มีบางอาการมากกว่าวันที่ไม่มีในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา) ได้แก่ กระสับกระส่าย หรือรู้สึกเหมือนถูกเร้าหรือเหมือนอาจเกิดเรื่องได้ตลอด, อ่อนเพลียง่าย, ตั้งสมาธิยาก หรือใจลอย, หงุดหงิด, กล้ามเนื้อตึงตัว และมีปัญหาการนอน (นอนหลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือกระสับกระส่าย หลับไม่ดี)

4) จุดหลักของความวิตกกังวลและกังวลใจ มิได้จำกัดอยู่เฉพาะแต่ ลักษณะของความผิดปกติใน Axis I อื่นๆ เช่น ความวิตกกังวลหรือกังวลใจไม่เกี่ยวข้องกับการเกิด Panic attack (ตั้งใน Panic disorder) การมีพฤติกรรมที่น่าอับอายท่ามกลางผู้คน (ตั้งใน Social Phobia) การติดเชื่อโรค (ตั้งใน Obsessive-Compulsive Disorder) การต้องจากบ้านหรือญาติใกล้ชิด (ตั้งใน Separation Anxiety Disorder) การมีน้ำหนักเพิ่ม (ตั้งใน Anorexia Nervosa) การมีอาการทางร่างกายต่างๆ (ตั้งใน Somatization disorder) หรือการมีโรคร้ายแรง (ตั้งใน Hypochondriasis) และความวิตกและกังวลใจนี้ มิได้เกิดขึ้นเฉพาะช่วงที่เป็น Posttraumatic Stress Disorder

5) ความวิตกกังวลและกังวลใจหรืออาการทางกายก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงานหรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญ บกพร่องลง

6) อาการมิได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย และไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะช่วงที่เป็น Mood disorder Psychotic disorder หรือ Pervasive Developmental disorder

1.2.4 การรักษาโรควิตกกังวล

การรักษาโรควิตกกังวลมี 2 แนวทางหลัก คือการใช้ยาและไม่ใช้ยา เนื่องจากการใช้ยาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วยได้ (Rickell & Schweizer, 1998; Fishel, 1998) ดังนั้นจะต้องมีการผสมผสานการช่วยเหลือด้วยวิธีการอื่นร่วมด้วย

1.2.4.1 การรักษาโดยการใช้ยา

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นอย่างรุนแรงและทันทีทันใด การใช้กลวิธีเพื่อลดความวิตกกังวลในแบบต่างๆ อาจไม่ได้ผล การใช้ยาในกรณีนี้จะช่วยได้มาก โดยเฉพาะผู้ที่มีความวิตกกังวลในระดับสูงมากจนมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ควรได้รับยากล่อมประสาท เป็นก่อน (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) ยาที่ใช้ด้านความวิตกกังวลหรือ Antianxiety agents ได้แก่

1) ยากลุ่ม Benzodiazepines เช่น Diazepam, Lorazepam, เป็นยาที่นิยมใช้มากที่สุด เนื่องจากมีความปลอดภัยสูง และช่วยคลายกังวลได้ดี ขนาดใช้โดยทั่วไป ได้แก่

Diazepam 5-10 มก./วัน โดยให้ก่อนนอน จะช่วยให้หลับได้ดีและสามารถลดอาการวิตกกังวล ในช่วงกลางวันได้ อย่างไรก็ตามอาจปรับขนาดยาขึ้นลงตามอาการและการตอบสนองของผู้ป่วย โดยอยู่ระหว่าง 4-20 มก./วัน หากผู้ป่วยยังมีอาการมากในช่วงบ่ายอาจให้ 1 ใน 3 ของขนาดยาต่อวัน ในตอนเช้าหรือกลางวัน อาการข้างเคียงของยาที่พบบ่อย ได้แก่ ง่วง ซึม อ่อนเพลีย การปฏิบัติงานที่ต้องใช้ความละเอียดอ่อนบกร่องลง อาการง่วงซึมจะลดลงหลังใช้ยาไปนานประมาณ 1 สัปดาห์ มักเกรงกันว่าผู้ป่วยอาจมีการติดยาหากได้ยาไปนานทำให้ต้องเพิ่มขนาดยาขึ้น

2) ยากลุ่ม Heterocyclic Antidepressants (HCA) เดิมเรียกว่า Tricyclic Antidepressants (TCA) เช่น Amitriptyline, Imipramine หรือยาด้านเศร้า พบว่ายาด้านเศร้าในขนาดต่ำๆ มีฤทธิ์ในการคลายกังวล แต่การตอบสนองต่อยาอาจใช้เวลาหลายสัปดาห์จึงเห็นผล นิยมใช้ในผู้ป่วยที่เป็นเรื้อรังหรือต้องให้ยาเป็นระยะเวลานาน ได้ผลดีในการลดอาการด้านจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวล คิดฟุ้งซ่าน การใช้ยาให้ก่อนนอน ทำให้หลับได้ดีและสามารถลดอาการวิตกกังวลในวันรุ่งขึ้น ขนาดที่ใช้ 10-75 มก./วัน เพิ่มขนาดได้จนถึง 125-150 มก./วัน ควรเริ่มต้นให้ในขนาดต่ำๆ เพราะอาจเกิดอาการข้างเคียงได้ อาการข้างเคียงที่ผู้ป่วยมักทนไม่ค่อยได้คือ อาการจากฤทธิ์ anticholinergic ของยา ได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก หรือตาพร่า เป็นต้น

3) ยากลุ่ม Beta-Blockers เช่น Propanolol พบว่าได้ผลดีเฉพาะต่ออาการใจสั่น และมือสั่น ไม่ได้ช่วยลดความวิตกกังวลแต่อย่างใด การออกฤทธิ์ของยาก่อนข้างเร็ว เห็นผลชัดใน 1 สัปดาห์ ควรใช้เฉพาะในรายที่มีอาการใจสั่นมากเท่านั้น และใช้ช่วงสั้นๆ ใน 1-2 สัปดาห์แรก

4) ยากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) เช่น Fluvoxamine, Paroxetine ซึ่งเป็นยากลุ่มที่มีผลต่อ serotonin โดยตรงใช้เป็นยาเพื่อควบคุมอาการในระยะยาว

ข้อควรตระหนักในการใช้ยารักษา GAD คือ การที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้นเร็วในช่วงแรกนั้น ไม่ได้หมายความว่า จะตอบสนองกับยาดิจนหายขาด อาการของผู้ป่วยในระยะยาวนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆอีก เช่น ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วย ทักษะการปรับตัวต่อปัญหา หรือสภาพแวดล้อมที่กดดันผู้ป่วยมีมากหรือน้อย เป็นต้น จากการศึกษาพบว่าประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยที่หยุดการรักษา จะกลับมามีอาการอีกภายใน 1 ปี แสดงว่าเกิดอาการติดยา ดังนั้นหากหลีกเลี่ยงการใช้ยาได้จะเป็นการดีที่สุด และวิธีการบำบัดโดยไม่ใช้ยา นั่นคือการบำบัดทางจิตสังคม

1.2.4.2 การช่วยเหลือโดยการไม่ใช้ยา

วิธีการจัดการกับปฏิกิริยาความวิตกกังวลที่มีมากเกินไปโดยไม่ต้องใช้ยามี

ดังนี้

1) การเผชิญความเครียดหรือความวิตกกังวลโดยตรง (Direct coping) ซึ่งเป็นวิธีลดความตึงเครียดภายในจิตใจอย่างรวดเร็ว โดย

- เป็นการลดความเครียดหรือความวิตกกังวลด้วยตนเองโดยวิธีการพื้นฐานทั่วไป การส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เพียงพอ การหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ทำให้ทำให้เกิดความวิตกกังวล การจัดการที่ต้นเหตุของปัญหา การขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม

- เป็นการลดความเครียดหรือความวิตกกังวลด้วยการเรียนรู้ในการจัดการความเครียดด้วยตนเอง เช่น การอ่านหนังสือ การฟังเพลง การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-help group) เป็นต้น

- การขอความช่วยเหลือจากผู้มีประสบการณ์หรือผู้เชี่ยวชาญ เช่น การเข้ากลุ่มจิตสังคมบำบัด การเข้ากลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง การรับคำปรึกษารายบุคคล หรือรายกลุ่ม เป็นต้น

2) การเผชิญความเครียดหรือความวิตกกังวลโดยทางอ้อม ทำได้หลายลักษณะ ดังนี้

- การช่วยเหลือด้านสรีระวิทยา (Physiological intervention) เป็นการความเครียดหรือความวิตกกังวลโดยการฝึกผ่อนคลาย (Relaxation) การฝึกผ่อนคลายใจ นอกจากนี้มีวิธีการผ่อนคลายอีกหลายวิธี เช่น การตอบสนองด้วยความเงียบ การฝึกโยคะ การฝึกไบโอฟีดแบค การฝึกสมาธิ เป็นต้น

- การช่วยเหลือในด้านพฤติกรรม (Behavior Intervention) เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดหรือความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การฝึกการกล้าแสดงออก

- การช่วยเหลือในด้านความคิด (Cognitive Intervention) เป็นวิธีช่วยให้บุคคลเผชิญความเป็นจริง มีความคิดในด้านบวก มีเหตุมีผล และเกิดรูปแบบของความคิดอย่างเป็นขั้นเป็นตอน เช่น การพูดกับตัวเอง (Self talk) การหยุดความคิด (Thought stopping) การใช้จินตภาพ (Mental imagery) การลดความรู้สึกร้อยอย่างเป็นระบบ (System Desensitization) เป็นต้น

- การช่วยเหลือด้านความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral strategies) เป็นวิธีการที่ผสมผสานระหว่างการช่วยเหลือด้านการปรับพฤติกรรมและด้านความคิดเข้าด้วยกันหรือที่เรียกว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral therapy) วิธีการนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนมุมมองต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแล้ว

วางแผนพัฒนาการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นด้วยการไม่วิตกกังวลและใช้ทักษะการแก้ไขปัญหาเมื่อมีเหตุการณ์ที่จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นมาอีก (Frisch & Frisch, 1998)

1.2.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวล

อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) ได้อธิบายพอสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลมีอาการแสดงออกหลายระดับและมีความเชื่อมโยงเป็นผลซึ่งกันและกัน อันมีผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม ทำให้ชีวิตขาดความสุข แต่ผู้ป่วยโรควิตกกังวลแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ตรงที่ผู้ป่วยโรควิตกกังวลยังรับรู้ว่ามีอะไรมากระทบตนเอง และพยายามต่อสู้แก้ไขสภาวะนั้น ซึ่งอาการแสดงต่างๆ เป็นผลจากไม่สามารถแก้ไขหรือจัดการกับผลกระทบเหล่านั้นได้ สำหรับข้อมูลที่พยาบาลควรสนใจ และนำมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย นอกจากอาการแสดงของความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ควรศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลสำคัญตามกระบวนการพยาบาลดังต่อไปนี้

1.2.5.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ด้านสุขภาพทั่วไป ผู้ป่วยโรควิตกกังวลมักจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการทางด้านร่างกาย ถ้าเป็นแบบฉุกเฉินมักจะมาด้วยอาการ แน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก หายใจไม่ออก หรือหายใจเร็ว และตื้น (Hyperventilation) ในกรณีจำแนกไม่ได้ว่าตนเองไม่เป็นอะไรมักมาด้วยอาการปวดกล้ามเนื้อ เช่น ปวดหลัง ปวดไหล่ ปวดศีรษะ ระบบย่อยอาหารผิดปกติ เช่น อาหารไม่ย่อย ท้องเสียวร่วมกับความไม่สุขสบายอื่นๆ

2) ด้านกิจกรรมประจำวัน พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยโรควิตกกังวลส่วนมากมีอาการกระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้ มีการกระทำแบบย้ำคิดย้ำทำ มีการแสดงออกของความหวาดกลัวในบางสิ่งอย่างผิดปกติ แยกตัวหรือไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนด้านการปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัวมักไม่บกพร่อง ผู้ป่วยยังรับผิดชอบตัวเองได้ แต่อาจมีปัญหาในกรณีที่ผู้ป่วยบอกว่าตนเองอ่อนเพลีย หรือมีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย

3) ด้านการพักผ่อนนอนหลับ โรควิตกกังวลมีผลกระทบต่ออาการพักผ่อนและนอนหลับของผู้ป่วยเกือบทุกราย อาจเป็นแบบนอนไม่หลับ หรือหลับๆตื่นๆ หรือฝันร้าย หรือรู้สึกวุ่นนอนไม่อึด ตื่นนอนสายผิดปกติ

4) ด้านความคิดและการรับรู้ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลส่วนใหญ่ยังอยู่ในความเป็นจริง (contact with reality) แต่อาจมีการรับรู้ต่อสิ่งต่างๆแปรปรวนไปเนื่องจากความวิตกกังวล เช่น สนใจในการเจ็บป่วยของตนเองมาก ขาดสมาธิ หวาดกลัวผิดปกติ หรือรับรู้สิ่งแวดล้อมมากเกินไป

5) ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ผู้ป่วยโรควิตกกังวลส่วนมากรับรู้ปัญหาของตนเอง แต่ไม่สามารถจัดการให้ตนเองสงบลงได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อตนเองไม่ดี ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง ขาดความมั่นใจในตนเอง ตกอยู่ในสภาพท้อแท้ เบื่อหน่ายตนเอง ผู้ป่วยบางคนอยากตายเพื่อจะได้ไม่ต้องเผชิญกับความวิตกกังวลต่างๆ บางคนหันไปใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยใช้สารกระตุ้น เช่น เหล้า ยาเสพติดบางชนิด ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมาะสม

1.2.5.2 การวินิจฉัยทางการแพทย์ในผู้ป่วยโรควิตกกังวล

การวินิจฉัยจะได้จากข้อมูลที่รวบรวมได้ จากผู้ป่วยโรควิตกกังวลในทุกๆ ด้าน พบว่าผู้ป่วยอาจมีปัญหาคือต้องการความช่วยเหลือ เช่น มีอาการแสดงทางด้านร่างกาย คือ Hyperventilation หรือหัวใจทำงานผิดปกติ นอนไม่หลับ พบมากในผู้ป่วยกลุ่ม PTSD อ่อนเพลีย อาหารไม่ย่อย ดึงเครียด ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง หวาดกลัวในบางสิ่งบางอย่างจนทำอะไรไม่ได้ ขาดความมั่นใจในตนเอง แยกตัวจากสังคม กลัวสังคม การจัดการปัญหาบกพร่อง เช่น ใช้สารเสพติดหรือใช้ยาระงับประสาท การรับรู้ ความคิดและสมาธิบกพร่อง มีความรู้สึกช่วยตนเองไม่ได้ (helplessness) การทำหน้าที่ตามบทบาทบกพร่อง อารมณ์ซึมเศร้า และพยายามทำร้ายตนเอง ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่นำมากำหนดการวินิจฉัยทางการแพทย์เพื่อกำหนดแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวลต่อไป ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากอารมณ์ที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปรับตัวหรือเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ เช่น 1) วิตกกังวล เนื่องจากรู้สึกไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขปัญหาได้ 2) เผชิญปัญหาไม่เหมาะสม เนื่องจากรู้สึกหวาดหวั่นเป็นห่วงกังวลใจ 3) กระบวนการคิดเปลี่ยนแปลงเนื่องจากวิตกกังวลในระดับรุนแรง 4) บีบคั้นทางจิตวิญญาณ เนื่องจากรู้สึกถูกกักขังไม่ปลอดภัยในชีวิต

1.2.5.3 กิจกรรมทางการแพทย์ การพยาบาลมุ่งเน้นช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถควบคุมความวิตกกังวลให้อยู่ในระดับที่ต่ำลง จนกระทั่งสามารถขจัดความวิตกกังวลต่างๆ ได้ กิจกรรมต่างๆ ที่พยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล มีดังต่อไปนี้

- 1) สร้างสัมพันธภาพแบบวิชาชีพ เพื่อให้บุคคลที่มีความวิตกกังวลเกิดความรู้สึกไว้วางใจ มั่นคงปลอดภัย
- 2) ส่งเสริมให้ผู้วิตกกังวลสามารถควบคุม หรือลดความวิตกกังวลด้วยตนเองโดยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- 3) ช่วยเหลือให้บุคคลที่วิตกกังวลเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) ในกรณีที่มีความวิตกกังวลในระดับสูงสุด (Panic) หรือรุนแรง ซึ่งควบคุมตัวได้น้อย หรือไม่ได้ พยาบาลควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ถูกรบกวนน้อยที่สุด

อยู่เป็นเพื่อนและช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในความสงบ รู้สึกว่าตนเองมั่นคง ปลอดภัย ไม่โดดเดี่ยว และค้นหาความต้องการของผู้รับบริการ ให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม ไม่ควบคุมเร่งรัด อาจต้องให้yakล่อมประสาทร่วมด้วยเพื่อควบคุมความวิตกกังวลที่มีมากเกินไปให้อยู่ในอาการที่สงบ และนอกจากนี้ในผู้ป่วยบางรายพยาบาลอาจต้องดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

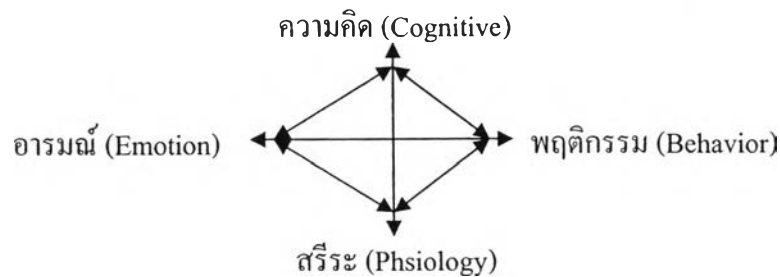
5) จัดกิจกรรมบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวล โดยส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย จัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ที่ปัญหาคล้ายคลึงกันได้มีโอกาสพูดคุยปรึกษากัน

2. การบำบัดโดยใช้การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

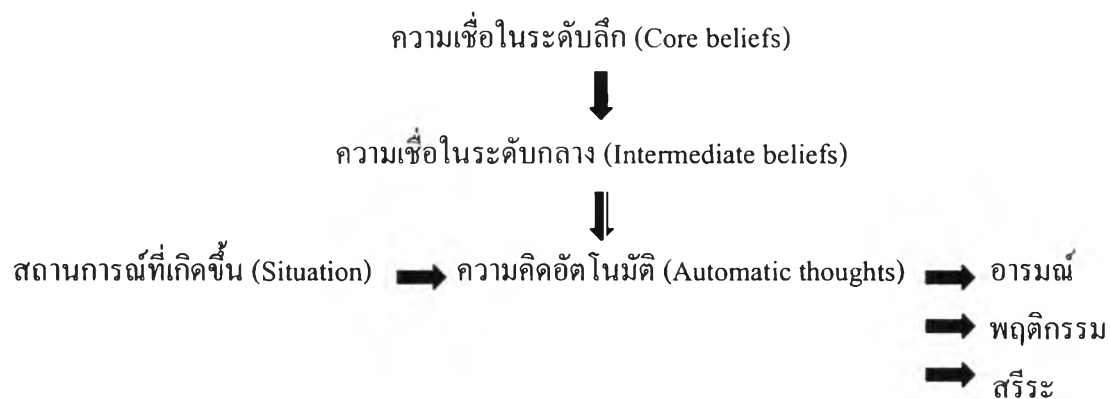
การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) เป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีโครงสร้างชัดเจนและเน้นประเด็นปัญหาสำคัญในการบำบัด มีเป้าหมายในการแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมรวมถึงความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม นอกจากนี้จะปรับเปลี่ยนความคิดแล้วยังนำเทคนิคของการบำบัดเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมที่มีปัญหาและเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการบำบัดปัญหาและโรคทางจิตเวชหลายชนิด ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคย้ำคิดย้ำทำ โรคความผิดปกติของการรับประทานอาหารและโรคจิตชนิดอื่นๆ ดังจะเห็นได้จากงานวิจัย ทั้งในประเทศและต่างประเทศ เช่น ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก (2548), เนตรทราย หอละเอียด (2550), รัชชนา ขุนนางจำ (2551), จุฬารัตน์ ทองสลับ (2551) และ พัฒนี เอกบุตร (2551), Fisher & Durham (1999), Overholser & Nasser (2000)

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมให้ความสนใจต่อ cognition (เราคิดอะไร) affect (เรารู้สึกอะไร) behavior (เราทำอะไร) โดยมีปรัชญาเบื้องต้นซึ่ง Dobson ได้กล่าวไว้ (Dobson, 1988 อ้างถึงใน เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552) คือ 1) ความคิดมีผลต่อพฤติกรรม 2) ความคิดสามารถตรวจสอบและปรับเปลี่ยนได้ 3) การบำบัดเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถปรับโดยการบำบัดความคิด รูปแบบความคิด (Cognitive Model)

1. รูปแบบการคิดที่เข้าใจได้ง่าย เรียกว่า Interactional model ดังนี้



2. รูปแบบการคิดที่นิยมใช้ในปัจจุบันคือ รูปแบบของ Beck (1995) ดังต่อไปนี้



รูปแบบในข้อ 2 แสดงถึงจุดตั้งต้นของรูปแบบความคิดที่เกิดจากความเชื่อที่เรียกว่า (Core beliefs) ซึ่งเป็นความเชื่อที่ฝังรากลึกมาเป็นตัวตนของคนๆ นั้น จากการได้รับการเรียนรู้และประสบการณ์เล็งดูในวัยเด็กจนกระทั่งก่อตัวมาเป็นทัศนคติที่มีต่อตัวเองและบุคคลอื่น ส่วนใหญ่เป็นความคิด ความเชื่อที่ไม่รู้ตัวในทันที แต่ความเชื่อที่พอที่จะเข้าใจได้บ้างมักจะเป็นความเชื่อที่แฝงอยู่ในอีกระดับหนึ่งซึ่งเรียกว่า Intermediate beliefs ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อที่แฝงในรูปของกฎเกณฑ์ (rules) ทัศนคติ (attitude) และการตั้งข้อสันนิษฐาน (assumption) ขึ้นมาเอง ความเชื่อที่แฝงอยู่นี้จะปรากฏให้เห็นเมื่อมีสิ่งกระตุ้นเร้า เช่น เมื่อมีสถานการณ์เกิดขึ้น ความเชื่อจะออกมาในรูปของความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ พฤติกรรม รวมถึงความแปรปรวนในร่างกายหรืออาจอธิบายง่ายๆ ว่า เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นให้บุคคลเกิดความคิด ลักษณะความคิดจะส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ลักษณะความคิดที่แตกต่างกันก็จะส่งผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่แตกต่างกัน ดังที่แสดงในรูปแบบข้อ 1

การรักษาต้องแก้ไขความผิดปกติของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยอาศัยหลักการว่า การนึกคิดที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive) ของผู้ป่วยเป็นตัวสำคัญทำให้เกิดอาการทางจิตเวช เช่น อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการกลัว ดังนั้นหลักการรักษาจึงเน้นวิเคราะห์อยู่ 2 ประการ

ประการแรก คือ วิธีการคิดและความคิดที่ผิดและบิดเบือน (Distortion) ของผู้ป่วย ไม่ว่าจะ เป็นรูปแบบของการนึกคิดไปในทางลบ (Pattern of negative thought) หรือรูปแบบของความคิดที่ เกิดขึ้นอย่างทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น ก่อนที่บุคคลผู้นั้นจะเกิดความรู้สึกอันเป็นปฏิกิริยาต่อ สถานการณ์นั้น

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

วิธีการคิดที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้ กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านลบ และไม่สบายใจ อันเป็น ต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ความท้อแท้ สิ้นหวัง การหลบปัญหา การถอยหนี และ ทำให้สถานการณ์เลวร้ายมากขึ้น การคิดที่บิดเบือนเหล่านี้เป็นการคิดที่ขาดเหตุผล หรือตรรกะ เช่น ลักษณะการคิดแบบขาวกับดำหรือบวกกับลบไปหมด การแปลสถานการณ์ภายนอกกว่าแสดง ให้เห็นคนไม่ดี และการคิดแบบไม่แยกแยะเรื่องราว มองทุกอย่างเหมือนกันไปหมด เป็นต้น การ รักษาจะช่วยสอนให้ผู้ป่วยรู้จักจำแนกการนึกคิดที่ผิดพลาด ขอมรับและแก้ไขให้เป็นการนึกคิดที่ สมเหตุสมผล

2.1 ความหมายของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

Beck (1979) กล่าวว่าไว้ว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดรูปแบบ หนึ่งซึ่งมีลักษณะที่สำคัญคือ เป็นการบำบัดในเชิงรุกและมีทิศทาง (active and directive) มี ระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (time-limited) และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน (structured) สามารถใช้บำบัดรักษา โรคทางจิตเวชได้หลากหลาย ได้แก่ โรคซึมเศร้า (depressive disorder) โรค วิตกกังวล (anxiety disorder) โรคกลัว (phobias) โดยการบำบัดมีแนวคิดอยู่บนทฤษฎีพื้นฐานที่ว่า อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของคนเราส่วนใหญ่แล้วขึ้นอยู่กับแนวทางการมองโลกของบุคคล นั้นๆ

Stuart & Laraia (1998) กล่าวว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้น การแก้ปัญหาในปัจจุบัน มีเป้าหมายในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน ผู้รับการรักษาจะต้องมีบทบาทใน การวางแผนเป้าหมายของการรักษาร่วมไปกับผู้บำบัดรักษาด้วย

Dryden (1998) ให้ความหมายว่า การบำบัดความคิดและพฤติกรรมคือ การบำบัดโดย เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางร่างกายและทางสังคมของผู้ป่วย สอนผู้ป่วยให้มีทักษะในการแก้ปัญหาที่ เกิดจากสถานการณ์ที่เต็มไปด้วยความเครียด แยกแยะรูปแบบความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริง ที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และแทนที่ด้วยมุมมองในเชิงบวกและมีประ โยชน์ต่อตนเอง

กล่าวโดยสรุป การบำบัดความคิดและพฤติกรรมคือ กระบวนการบำบัดที่มีรูปแบบโดย มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริงของบุคคลให้บุคคลมีการ

ปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของตนเองไปในทางที่ถูกต้อง เหมาะสม และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์นั้นๆ ได้

2.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมอาศัยพื้นฐานจากทฤษฎีกลุ่มปัญญานิยมและกลุ่มพฤติกรรมนิยม ดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีการบำบัดพฤติกรรม

การบำบัดพฤติกรรมความคิด อาศัยแนวคิดและทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) 2 ทฤษฎี ดังนี้

2.2.1.1 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical Conditioning) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้พฤติกรรมที่เป็นการตอบสนองทางด้านสรีรวิทยาโดยตรง ไม่สามารถควบคุมบังคับได้ (involuntary behavior) ทฤษฎีได้มาจากการศึกษาของ Pavlov โดยการทำให้สุนัขเกิดพฤติกรรมตอบสนองต่อเสียงกระดิ่ง ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมน้ำลายไหลเมื่อมีเสียงกระดิ่ง โดยฝึกให้อาหารสุนัขควบคู่ไปพร้อมๆกับการสั่นกระดิ่ง ทำบ่อยๆจนในที่สุดสุนัขเกิดอาการน้ำลายไหลเมื่อได้ยินเสียงกระดิ่งเพียงอย่างเดียว ตัวอย่างของทฤษฎีที่นำมาใช้ในมนุษย์ ได้แก่ การจัดการกับผู้ป่วยที่มีการกลัว กังวลต่อสถานการณ์ต่างๆ เช่นกลัวความสูง หรือความแออัด เป็นต้น

2.2.1.2 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant Conditioning) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมที่อยู่ภายใต้ความควบคุมของจิตใจ (voluntary behavior) ได้มาจากการศึกษาของ B.F. Skinner ทฤษฎีนี้กล่าวไว้ว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นผลมาจากผลการตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้านั้นๆ ถ้าการกระทำพฤติกรรมใดส่งผลให้เกิดผลดีหรือความพอใจ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมนั้นเพิ่มมากขึ้น แต่ถ้าการกระทำใดส่งผลให้เกิดผลเสียหรือสิ่งที่ไม่น่าพอใจ บุคคลจะลดการกระทำพฤติกรรมนั้นลงหรือเบาบางลง ตัวอย่างของ ทฤษฎีนี้ได้แก่ การยิ้มและการแสดงท่าทีตอบรับ การชมเชย หรือการให้รางวัลเมื่อเด็กกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสมจะช่วยให้เด็กเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น

2.2.2 ทฤษฎีทางปัญญานิยม

สภาพการณ์ บุคคล เรื่องราว วัตถุสิ่งของและทุกอย่างในโลกนี้สามารถเป็นสิ่งเร้าหรือเงื่อนไขนำได้ทั้งสิ้น สิ่งเร้าหรือเงื่อนไขจะมีผลต่อกระบวนการคิดและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมหรือเกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดขึ้น กระบวนการทางปัญญา มีความหมายแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม (Dobson, 1988 อ้างถึงใน คาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2534)

1) กระบวนการทางปัญญา ในความหมายของเหตุการณ์ในความคิด (cognitive events) เป็นความคิดและการมีภาพนึกในใจ โดยรู้สึกตัวของบุคคลและสามารถนึกคิด

ออกมาได้เมื่อต้องการความคิดอัตโนมัติ คำพูดหรือภาพนึกในใจ สัญลักษณ์และความรู้สึกต่างๆ ของบุคคล ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อบุคคล เมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ สถานการณ์ที่จะต้องตัดสินใจ หรือเมื่อมีความคาดหวังอย่างใดอย่างหนึ่ง

2) กระบวนการทางปัญญา ในความหมายของกระบวนการทางความคิด (cognitive process) เป็นกระบวนการของบุคคลในการจัดการกับข้อมูลจำนวนมากที่เข้ามาสู่บุคคล เกิดการเลือกที่จะให้ความสนใจในเรื่องใดและในเวลาใด คือ การที่บุคคลเลือกวิธีที่จะประเมินข้อมูล ทำความเข้าใจกับข้อมูลที่ตนเองสนใจทั้งในอดีต ปัจจุบัน หรืออนาคต โดยกระบวนการต่างๆ เหล่านี้เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ และบุคคลมักไม่ทราบว่าตนเองมีกระบวนการจัดการกับข้อมูลของตนเองอย่างไร

3) กระบวนการทางปัญญา ในความหมายของโครงสร้างทางความคิด (cognitive structures) โครงสร้างทางความคิดประกอบไปด้วยบุคลิกลักษณะนิสัยส่วนตัว การตระหนักต่อสิ่งต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ความต้องการที่แอบแฝงอยู่ ความเชื่อ การให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆ คำสัญญา และเป้าหมายของแต่ละบุคคล โดยโครงสร้างทางความคิดจะเป็นตัวกรองและเลือกข้อมูลต่างๆ ที่จะเข้าไปในกระบวนการจัดการกระทำกับข้อมูล ดังนั้น โครงสร้างทางความคิดจึงมีอิทธิพลต่อกระบวนการประมวลผลข้อมูล (information processing) การจัดการกับพฤติกรรมของตนเอง และการประเมินสถานการณ์ต่างๆ

โดยลักษณะของกระบวนการทางปัญญา คือ ถูกกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอกหรือเกิดจากการถูกกระตุ้นด้วยสิ่งแวดล้อมภายใน ซึ่งก็คือความคิดสามารถกระตุ้นให้เกิดความคิดใหม่ได้ มนุษย์สามารถคิดถึงความคิดของตนเองได้และยังสามารถปรับเปลี่ยนความคิดตนเองได้อีกด้วย ที่สำคัญก็คือ กระบวนการทางปัญญาเป็นอย่างไรก็จะมีพฤติกรรมออกมาอย่างนั้น กระบวนการทางปัญญามีทั้งทางบวกและทางลบ ผู้ที่มีปัญญาทางจิตใจ มักจะมีกระบวนการทางปัญญาที่ที่บิดเบือนไปคิดทางลบ คิดอย่างไม่มีเหตุผล เป็นต้น

2.2.3 ทฤษฎีกลุ่มพฤติกรรมปัญญานิยม

แนวคิดนี้มีความเชื่อว่า พฤติกรรมเกิดขึ้นจากสิ่งเร้าหรือเงื่อนไขและกระบวนการคิด ดังนั้นการเสริมหรือปรับแก้พฤติกรรมมนุษย์จึงสามารถทำได้โดยการบำบัดที่สิ่งเร้า หรือเงื่อนไข หรือกระบวนการคิด โดยการบำบัดเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถกระทำได้ด้วยความร่วมมือของผู้ที่ต้องการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังนี้

1) ทำความเข้าใจความเชื่อมโยงของสิ่งเร้า กระบวนการทางปัญญาและพฤติกรรม

2) ต้องยอมรับที่จะสังเกตกระบวนการทางปัญญาของตนเองเป็นการบ้าน

3) .ให้ความร่วมมือที่จะฝึกหัดตนเองในการบำบัดเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญาต่อสิ่งเร้า

4) วิเคราะห์และแก้ปัญหามาจากการฝึกหัดตนเองในการบำบัดเปลี่ยนกระบวนการทางปัญญา

5) เสริมแรงตนเองเมื่อมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปทิศทางที่กำหนดไว้

2.3 หลักการในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีหลักที่สำคัญ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2548) ดังต่อไปนี้

2.3.1 การบำบัดเน้นผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง (Totally patient centered) โดยผู้บำบัดจะมองผู้รับการบำบัดว่าเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งประสบหรือเผชิญกับปัญหามากกว่าที่จะมองว่าเป็นผู้เจ็บป่วยทางจิต ซึ่งมีสาเหตุหรือแรงผลักดันในจิตใต้สำนึก นักบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมองว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหามีผลมาจากการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้อง วิธีการแก้ไขจึงมุ่งที่การตรวจสอบพฤติกรรมและแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น โดยไม่สนใจค้นหาที่มาหรือสาเหตุของปัญหาจากแรงผลักดันในระดับจิตไร้สำนึก

2.3.2 การปฏิบัติการมุ่งเน้นความร่วมมือของผู้รับบริการอย่างสูง (High degree of mutuality) การบำบัดจะมุ่งเน้นความร่วมมือของผู้บำบัดอย่างแข็งขัน การบำบัดจะมีลักษณะของการร่วมกันค้นหาปัญหา กำหนดเป้าหมายและกลยุทธ์ในการบำบัด รวมถึงการประเมินความก้าวหน้าที่เป็นเพียงผู้ช่วยให้การบำบัดเป็นไปอย่างราบรื่น (facilitative role)

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

2.4 กระบวนการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นเทคนิคที่มีขั้นตอนการบำบัดที่สำคัญดังนี้

2.4.1 ขั้นประเมินพฤติกรรมความคิด (Cognitive Behavioral Assessment)

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นขั้นตอนการบำบัดที่สำคัญที่สุด ในการประเมินผู้รับการบำบัดจะไม่ได้ให้ความสนใจกับบุคลิกภาพ (personality traits) ของผู้รับการบำบัด กลไกการป้องกันทางจิต (defense mechanisms) หรือกลไกทางจิตใจ แต่จะให้ความสนใจกับพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้รับการบำบัดในส่วนของความคิด อารมณ์ และความรู้สึก ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆของผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและระบุปัญหาจาก

ข้อมูล กระบวนการพฤติกรรมที่เป็นปัญหา รวมถึงวิธีการวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

สิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้บำบัดในขั้นการประเมินก็คือ การใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ในการวิเคราะห์ปัญหาทางด้านพฤติกรรมอย่างถูกต้อง โดยพิจารณาจากหลักฐานอ้างอิงที่รวบรวมได้ โดยอาศัยวิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ และการวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ

การระบุปัญหาของผู้รับการบำบัดที่ดี ควรจะมีความถูกต้องและชัดเจนที่สุดในเบื้องต้นควรประเมินปัญหาของผู้รับการบำบัดด้วยคำถาม ดังต่อไปนี้ 1) ปัญหาคืออะไร 2) ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน 3) ปัญหาเกิดขึ้นเมื่อใด 4) ใคร หรืออะไร ทำให้เกิดปัญหาขึ้น 5) ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นคืออะไร

ผู้บำบัดควรจะประเมินถึงความถี่ ความรุนแรงของปัญหาและระยะเวลาของปัญหาที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นผู้บำบัดจะค้นหาประสบการณ์ของผู้ป่วยในปัญหานั้นๆ โดยอาศัยการวิเคราะห์พฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (antecedent) หมายถึง สิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมนั้นๆ เป็นตัวทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นๆ ขึ้น รวมไปถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพหรือทางสังคม หรือพฤติกรรม ความคิด หรืออารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง จะเกิดขึ้นด้วย

2) พฤติกรรม (behavior) หมายถึง สิ่งที่บุคคลนั้นๆ พูดยหรือกระทำหรือแสดงออกมาให้เห็นได้ วัดได้

3) ผลที่ตามมา (consequence) หมายถึง ผลที่ตามมาที่บุคคลนั้นๆ คาดไว้ว่า น่าจะเกิดขึ้นหลังจากกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ผลนั้นอาจจะเป็นผลทางบวกที่น่าพึงพอใจ หรือผลทางลบที่ไม่น่าพึงพอใจก็ได้

2.4.2 ขั้นปฏิบัติการบำบัดความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมมี 3 ขั้นตอนที่สำคัญ คือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ (Beck, 1995; Westbrook, 2007 อ้างถึงใน เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552)

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

เมื่อบุคคลเจอสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อตนเอง ส่งผลให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่แท้จริงแล้วสถานการณ์ไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่ออารมณ์และพฤติกรรม แต่จะกระบวนการคิดของบุคคลก่อนจึงจะเกิดอารมณ์และพฤติกรรม จะเห็นได้ว่าแม้สถานการณ์ที่บุคคล

พบอาจเหมือนกันแต่อารมณ์และพฤติกรรมอาจจะแตกต่างกัน นั่นเป็นเพราะกระบวนการคิดที่แตกต่างกันนั่นเอง ตัวสำคัญในกระบวนการคิดที่มักทำให้เกิดปัญหาและอารมณ์ของก็คือ พฤติกรรมความคิดอัตโนมัติในทางลบ ตัวอย่างเช่น ผู้ที่คิดว่าตนเองไม่มีค่า ไม่เป็นที่รัก ก็จะเกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงถึงความซึมเศร้า หรือคิดว่าโลกนี้ไม่ปลอดภัยสำหรับตนเอง จึงทำให้รู้สึกกลัว หวาดระแวง เป็นต้น การค้นหาและพิสูจน์หรือประเมินและปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติจะช่วยลดปัญหาอารมณ์และพฤติกรรม ความคิดอัตโนมัติมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ ความคิดที่ทำให้เรารู้สึกไม่ดีเรียกว่า ความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ (Negative automatic thought-NAT) ผู้บำบัดควรเรียนรู้ที่จะตั้งคำถามให้ผู้รับการบำบัดสามารถบอกถึงความคิดอัตโนมัติได้

ขั้นตอนที่ 2 การพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

เนื่องจากความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์เป็นเพียงสมมุติฐาน จึงจำเป็นต้องพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติเสียก่อนว่าจริงหรือไม่จริงเพียงใด โดยต้องไม่อยู่บนการแปลความหรือความคิดเห็นแต่ต้องมีหลักฐานหรือความจริงปรากฏชัดเจน เพื่อจะได้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติหรือการแก้ปัญหา เช่น ฉันเป็นพ่อที่ไม่ดี แต่เมื่อชวนผู้ป่วยคิดถึงความหมายของคำว่าพ่อที่ดี ผู้ป่วยพบว่าตนเองเป็นพ่อที่ดีหลายประการ มีเพียงบางประการเท่านั้นที่ตนเองไม่สามารถทำได้ จึงทำให้ความคิดอัตโนมัติของเขาได้รับการพิสูจน์ว่า จริงบางส่วนเท่านั้น

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์

หลังจากที่มีการพิสูจน์และประเมินความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์แล้ว ผลพิสูจน์มีได้ 2 ลักษณะ ดังนี้คือ 1) ความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ไม่จริง 2) ความคิดอัตโนมัติที่ก่อทุกข์ที่เป็นจริง

เมื่อความคิดอัตโนมัติได้รับการพิสูจน์ว่าไม่จริง ความคิดอัตโนมัติจะลดลงไปตามธรรมชาติ แต่หากว่าความคิดอัตโนมัติได้รับการประเมินว่าเป็นจริงในบางส่วน ผู้บำบัดจะต้องช่วยปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าวและช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถแก้ปัญหาได้

ความคิดอัตโนมัติที่ผ่านการพิสูจน์และประเมินแล้วสามารถปรับเปลี่ยนไปสู่ความคิดใหม่ได้ โดยดูจาก 2 แนวมุม คือ

1) ความถูกต้อง (Validity) ของความคิดนั้น ถ้าความคิดดั้งเดิมมีความบิดเบือนอยู่ (Distortion) ก็ปรับเปลี่ยนไปเป็นความคิดใหม่ที่ถูกต้อง สอดคล้องกับความเป็นจริง (Realistic)

2) ประโยชน์ (Utility) ของความคิดนั้น ความคิดเดิมอาจมีบางส่วนที่ถูกต้อง หรือแม้แต่ถูกต้องทั้งหมด ก็ยึดถือความคิดนี้เอาไว้ต่อไปอาจไม่เกิดประโยชน์กับชีวิต ถือเป็น การสร้างทุกข์ต่อไป จึงควรเปลี่ยนไปมองเรื่องนี้ในมุมมองอื่นเสีย

3. โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ซึ่งปรับมาจากโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาของรณชญา ชุนนางจำ (2551) ที่ได้พัฒนามาจากการศึกษาของ Brokovec, Newman & Castonguay (2004) และของเนตรทราย หอละเอียด (2550) ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรม 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ซึ่งใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคลละ 30-90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เพิ่มกิจกรรมดังนี้ 1) ในกิจกรรมที่ 1 ผู้ศึกษาได้เพิ่มเวลาในการสร้างสัมพันธภาพจาก 60-90 นาที เป็น 90-120 นาที เพื่อให้ผู้ศึกษาและผู้ป่วยได้มีเวลาทำความรู้จักและเรียนรู้ซึ่งกันและกันมากขึ้น 2) ในระหว่างการบำบัดแต่ละสัปดาห์ผู้ศึกษาได้เพิ่มการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ระหว่างการบำบัดสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 4 เพื่อเป็นการติดตามปัญหาและกระตุ้นผู้ป่วยในการทำการบ้านตามใบงานที่มอบให้ และ 3) เพิ่มการประเมินปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจ ก่อนดำเนินการบำบัดในแต่ละครั้ง ด้วยการวัดสัญญาณชีพ และสอบถามอาการเจ็บป่วย หลังการประเมินถ้าพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านต่างๆ ผู้ศึกษาต้องให้การช่วยเหลือตามความสามารถ เช่น ถ้าเจ็บป่วยควรส่งผู้ป่วยรักษาก่อน เพื่อเป็นการแสดงให้เห็นว่าผู้ศึกษาจริงใจและสนใจผู้ป่วยอย่างแท้จริง อันจะส่งผลต่อความร่วมมือในการบำบัดของผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมทั้ง 3 กิจกรรมนี้เป็นการช่วยส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษาและผู้ป่วย อันจะนำมาซึ่งความร่วมมือในการบำบัดรักษาอย่างถาวรและยั่งยืน นำมาสู่การมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยต่อไป ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการสอน (Didactic Aspect) ประกอบด้วย 3กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ แรงจูงใจและการให้ความรู้เรื่องโรควิตกกังวล
ผู้ศึกษาดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ศึกษาสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและประเมินปัญหาด้านร่างกาย และจิตใจ จากนั้นชี้แจงแนวทางการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม วัตถุประสงค์ รูปแบบการเข้าร่วมแผนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

2. ผู้ศึกษาให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรควิตกกังวล สาเหตุของอาการวิตกกังวล การเกิดโรควิตกกังวล การจัดการความวิตกกังวล

3. ผู้ศึกษาประเมินอาการของโรควิตกกังวลของผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยอธิบายอาการของโรควิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตามใบงานที่ 1

4. ผู้ศึกษาให้ความรู้ความ คิดลบลัทธิ 3 ประการ ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เป็นสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวล และความคิดบิดเบือนที่พบบ่อยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล
5. ผู้ศึกษาประเมินประเด็นความ คิดลบลัทธิ 3 ประการของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ตามใบงานที่ 2
6. ผู้ศึกษาอธิบายเหตุผลและความสำคัญของการบำบัดโรควิตกกังวลโดยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และการประเมินความคิดและพฤติกรรมต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เราประสบในขณะนั้น และอธิบายความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลต่อเหตุการณ์หรือสิ่งที่เราประสบในขณะนั้น หรือสิ่งที่เกิดขึ้นจริงๆ
7. ผู้ศึกษาอธิบายให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอาการวิตกกังวลกับกระบวนการคิดและการเกิดพฤติกรรม และประเมินกระบวนการคิดและการเกิดพฤติกรรมของอาการวิตกกังวลของผู้ป่วย ตามใบงานที่ 3

กิจกรรมที่ 2 ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อควบคุมความวิตกกังวล ดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ศึกษาสอนเทคนิควิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวลด้วยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและความตระหนักในการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
2. ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม
3. ผู้ศึกษาให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลายความวิตกกังวล ด้วยการฝึกผ่อนคลายลมหายใจ ผู้ศึกษาดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

1. ประเมินปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจ ก่อนดำเนินการบำบัด ด้วยการวัดสัญญาณชีพ และสอบถามอาการเจ็บป่วย
2. ผู้ศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทบทวนถึงกิจกรรมที่ 1 กิจกรรมที่ 2 ที่ผ่านมา
3. ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม
4. ผู้ศึกษาสอนเทคนิควิธีการผ่อนคลายความวิตกกังวลด้วยการผ่อนคลายลมหายใจและอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและความตระหนักในการฝึกผ่อนคลายลมหายใจ

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 4 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ผู้ศึกษาดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ศึกษาเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทบทวนกิจกรรมที่ 1 ที่ผ่านมา และถามถึงการบ้านที่มอบหมายให้ผู้ป่วยทำ “ผู้ป่วยทำการบ้านในใบงานที่ 3 แล้วเป็นอย่างไรบ้าง” ถามถึงปัญหาอุปสรรค หรือความเครียดที่เกิดขึ้นมีหรือไม่

2. ผู้ศึกษาแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงกิจกรรมในครั้งที่ 4 คือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ การทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ และแจ้งวัตถุประสงค์ของกิจกรรม

3. ผู้ศึกษาทบทวนกิจกรรมที่ 1 ใบความรู้ที่ 5, 6 และใบงานที่ 3 และให้ความรู้กับผู้ป่วยเรื่อง การแยกแยะความคิดอัตโนมัติ ซึ่งเป็นความคิดที่คั่นอยู่ระหว่างเหตุการณ์ภายนอกที่มากระทบและภาวะทางอารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์นั้น ให้เวลาผู้ป่วยในการคิดทบทวน

4. ผู้ศึกษากระตุ้นให้บอกความหมายของคำว่าความคิดอัตโนมัติตามความเข้าใจของผู้ป่วย ผู้ศึกษาสรุปความหมายของคำว่าความคิดอัตโนมัติ และเชื่อมโยงต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

5. ผู้ศึกษาอธิบายแบบบันทึกการติดตามความคิด อารมณ์ ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ระบุความรุนแรงของความคิดและอารมณ์ต่อความคิด 0-10 และให้ผู้ป่วยลงบันทึกในใบงานที่ 5

6. ผู้ศึกษาแจกตัวอย่างแบบบันทึกการติดตามความคิด อารมณ์ ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ตามใบงานที่ 5 แล้วอธิบายรายละเอียดในแบบบันทึก คือ การนำเอาความรู้ความเข้าใจความสัมพันธ์เชื่อมโยงของรูปแบบกระบวนการคิด และการเกิดพฤติกรรม จากใบงานที่ 3 ที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้ นำมาลงในตารางใบงานที่ 5

7. ผู้ศึกษาตรวจสอบความถูกต้องในการลงบันทึกในตารางบันทึกการติดตามความคิดอารมณ์ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย และอธิบายความสัมพันธ์ของการเกิดความคิดอัตโนมัติต่อเหตุการณ์

8. ผู้ศึกษากระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกถึงประโยชน์และความสำคัญของการค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ สรุปประโยชน์และความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้ป่วย และเป็นวิธีการที่จะนำไปสู่การตรวจสอบ การประเมิน และการปรับเปลี่ยนความคิด อัตโนมัติด้านลบ

9. ผู้ศึกษามอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกเหตุการณ์ในใบงานที่ 5 และเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย

กิจกรรมที่ 5_ การปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความวิตกกังวล ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ผู้ศึกษาคำเนินตามขั้นตอนดังนี้

1. ประเมินปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจ ก่อนดำเนินการบำบัด ด้วยการวัดสัญญาณชีพ และสอบถามอาการเจ็บป่วย

2. ผู้ศึกษาทักทายผู้ป่วย ซักถามถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

3. ผู้ศึกษาทบทวนกิจกรรมที่ 2 และกิจกรรมที่ 3 เกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลาย ความวิตกกังวลและผู้ศึกษาฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการผ่อนคลายใจร่วมกับผู้ป่วย ระยะเวลา 30 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการฝึกผ่อนคลายด้วยตนเองและเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นจากความวิตกกังวลได้
4. ผู้ศึกษาสอบถามความรู้สึกหลังจากการฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลาย
5. ผู้ศึกษาซักถามถึงกิจกรรมที่ 1 กิจกรรมที่ 4 และถามถึงการบ้านในใบงานที่ 5
6. ผู้ศึกษาแจ้งกิจกรรมที่ 5 คือ การปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความวิตกกังวล ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยฝึกวิธีการสร้างความคิดใหม่ และเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ และวัตถุประสงค์ของกิจกรรม
7. ผู้ศึกษาให้ผู้ป่วยทบทวนกิจกรรมที่ 4 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบและ ทบทวนความคิดที่บิดเบือนที่เกิดขึ้นบ่อยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ตามใบความรู้ที่ 3 เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนการค้นหาความคิดอัตโนมัติ และนำไปสู่การสร้างความคิดใหม่
8. ผู้ศึกษาอธิบายแบบบันทึกค้นหา ทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ และสร้างความคิดใหม่ ระบุความรุนแรงของความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และการปรับโครงสร้างความคิดใหม่ต่อความคิด 0-10 และให้ผู้ป่วยลงบันทึกในใบงานที่ 6
9. ผู้ศึกษาแจกแบบบันทึกค้นหา ความคิดอัตโนมัติด้านลบ และสร้างความคิดใหม่ ตามใบงานที่ 6 แล้วอธิบายรายละเอียดในแบบบันทึก คือ การนำเอาความรู้ความเข้าใจ ความสัมพันธ์เชื่อมโยงของรูปแบบของกระบวนการคิด และการเกิดพฤติกรรม จากใบงานที่ 5 ที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้ นำมาลงในตารางใบงานที่ 6 และฝึกจากเหตุการณ์ยกตัวอย่างของผู้ป่วยเอง
10. ผู้ศึกษาตรวจสอบความถูกต้องในการลงบันทึกแบบบันทึกค้นหา ทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ และสร้างความคิดใหม่ และอธิบายความสัมพันธ์ของการเกิดความคิดอัตโนมัติต่อเหตุการณ์และปรับโครงสร้างความคิดใหม่
11. ผู้ศึกษาอธิบายความหมายของคำว่า “ความคิดทางเลือก” หมายถึง ความคิดที่เกิดขึ้นหลังจากการค้นหาหลักฐานสนับสนุนความคิดลบ และหาหลักฐานคัดค้านความคิดลบ ความคิดบิดเบือน มีการวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของหลักฐานที่มาสสนับสนุน และมาคัดค้านจึงเกิดเป็นความคิดทางเลือก
12. ผู้ศึกษากระตุ้นให้ผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม โดยให้แยกแยะความคิดอัตโนมัติด้านลบ และหาหลักฐานสนับสนุนความคิดอัตโนมัติด้านลบ และหลักฐานความคิดคัดค้านความคิดทางลบ วิธีการสร้างความคิดใหม่ เรียนรู้พฤติกรรมใหม่ โดยการนำเอาความรู้ความเข้าใจความสัมพันธ์เชื่อมโยงของรูปแบบของกระบวนการคิด และการเกิดพฤติกรรม

และการปรับโครงสร้างความคิดใหม่จากใบงานที่ 7 ที่ผู้ปวยได้เรียนรู้ นำมาลงในตารางใบงานที่ 8 และฝึกจากเหตุการณ์ตัวอย่างของผู้ปวย

13. ผู้ศึกษาทบทวนกิจกรรมที่ 4 จากการทำใบงานที่ 5 และให้ผู้ปวยหาทางเลือกหรือการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ โดยถามจากตัวอย่างสถานการณ์ที่ผู้ปวยยกขึ้นมา และให้ผู้ปวยหาหลักฐานสนับสนุนความคิดด้านลบ และผู้ศึกษากระตุ้นให้ผู้ปวย วิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของหลักฐานที่มาสสนับสนุน และมาคัดค้าน นั่นคือ ความคิดทางเลือก

14. ผู้ศึกษาให้ผู้ปวยฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดและความรู้สึกใหม่ตามใบงานที่ 7

15. ผู้ศึกษาตรวจสอบความถูกต้องในการลงบันทึก ในตารางบันทึกความคิด การสร้างความคิดและความรู้สึกใหม่

16. ผู้ศึกษาชี้ให้ผู้ปวยเห็นถึงความคิดอัตโนมัติของตน และผลที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองที่ไม่ถูกต้อง ทั้งในด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม และอธิบายแบบแผนความคิดที่ส่งผลให้ผู้ปวยเกิดความวิตกกังวล

17. ผู้ศึกษากระตุ้นให้ผู้ปวยบอกถึงแก้ไขปัญหของการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบเป็นความคิดทางเลือก หรือความคิดใหม่ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น

18. ผู้ศึกษาอธิบายการแก้ไขปัญหา (Problem Solving) เพื่อเป็นทักษะที่จะช่วยให้ผู้ปวยมีแนวทาง การแก้ไขปัญหาคือ ที่เกิดจากการเรียนรู้จากการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ตามใบความรู้ที่ 9

19. ผู้ศึกษาฝึกทักษะผู้ปวยในการแก้ไขปัญหา ให้ผู้ปวยปรับโครงสร้างความคิดใหม่และการเกิดพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม และอธิบายตัวอย่างที่แสดงในใบงาน 9 กระตุ้นให้ผู้ปวยเสนอความคิดว่า อะไรคือพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม แล้วให้ผู้ปวยฝึกค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาคือวิธีการสร้างความคิดใหม่ และพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม ตามใบงานที่ 9 และเปิดโอกาสให้ผู้ปวยแสดงความคิดเห็น เสนอวิธีคิดแก้ไขปัญหา และให้ผู้ปวยเชื่อมโยงประโยชน์ที่ได้รับ กับการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

20. ผู้ศึกษามอบหมายการบ้าน ตามใบงานที่ 8 แบบบันทึกการสร้างความคิดและพฤติกรรมใหม่ และใบงานที่ 9 แบบสังเกตและบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน โดยให้ผู้ปวยบันทึกทุกครั้งที่เกิดความวิตกกังวล และนำมาพูดถึงผลการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในครั้งต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางความคิดพฤติกรรม ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 6 การปรับเปลี่ยนที่เหมาะสม ถาวรและป้องกันการกลับเป็นซ้ำเมื่อเผชิญความวิตกกังวล การประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ยุติการให้การบำบัด สรุปและประเมินผล ผู้ศึกษาดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

1. ประเมินปัญหาทางด้านร่างกาย และจิตใจ ก่อนดำเนินการบำบัด ด้วยการวัดสัญญาณชีพ และสอบถามอาการเจ็บป่วย
2. ผู้ศึกษาทบทวนการฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม จากกิจกรรมทั้งหมด ผู้ป่วยสามารถบอกความก้าวหน้า และบอกประโยชน์ของการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ตามใบงานที่ 11
3. ผู้ศึกษาพัฒนาทักษะความสามารถในการเรียนรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม จากการทบทวนประเด็นต่างๆ และจากใบงานที่ 11 ของผู้ป่วย
4. ผู้ศึกษาให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการเผชิญความวิตกกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความวิตกกังวลได้ด้วยตนเอง และสามารถปรับความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ตามใบงานที่ 10
5. ผู้ศึกษาสำรวจและให้ความรู้ ในการป้องกันการป่วยซ้ำของโรควิตกกังวลที่เกิดจากความคิดอัตโนมัติด้านลบและความคิดที่บิดเบือน และประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ
6. ผู้ศึกษาดำเนินการสรุปทบทวน หลังจากสมาชิกนำการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อตรวจสอบปัญหา อุปสรรค และข้อสงสัย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความประทับใจระหว่างผู้ศึกษาและผู้ป่วย และยุติการให้การบำบัด

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากที่กล่าวมาข้างต้น ได้มีผู้ทำการศึกษาถึงประสิทธิภาพของการบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมโดยตรงในด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่ามีประสิทธิผลดีดังเช่นการศึกษาของ

Butler et al. (1991) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวล ระหว่างวิธีพฤติกรรมบำบัดและวิธีการบำบัด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรควิตกกังวล 57 คน ใช้วิธีการบำบัดรายบุคคล คนละ 4-12 ครั้ง ติดต่อกัน 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน ผู้บำบัดคือนักจิตวิทยาคลินิกที่มีประสบการณ์การทำจิตบำบัดมาแล้ว ก็พบว่าวิธีการบำบัด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม นี้มีประสิทธิภาพมากกว่า

Micheal (1993) ได้ศึกษาผลของการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ในการช่วยผู้ป่วยโรคแพนิค ให้สามารถหยุดการรักษาด้วยยา Benzodiazepine ในขนาดสูง กลุ่มตัวอย่าง 33 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้เข้ากลุ่มบำบัด การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ร่วมไปกับการลดขนาดยา กลุ่มควบคุมใช้วิธีลดขนาดยาเพียงวิธีเดียว กลุ่มทดลองได้เข้ากลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 ถึง 90 นาที นาน 10 สัปดาห์ ผลปรากฏว่า ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สามารถลดและหยุดการใช้ยาได้สำเร็จกว่ากลุ่มที่ลดยาเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Fisher & Durham (1999) ได้ศึกษาถึงอัตราการหายจากโรควิตกกังวลที่ใช้การวิธีการบำบัดทางจิต โดยศึกษาจากการทบทวนผลการศึกษาวิจัย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1987-1998 ซึ่งมีรายงานการศึกษา 6 รายงาน กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 404 ราย อายุตั้งแต่ 18-65 ปี ใช้วิธีการของ Jacobson เป็นแนวทางในการให้คำจำกัดความของการเปลี่ยนแปลง ผลการวิเคราะห์จากรายงานการศึกษาเหล่านั้น พบว่าวิธีการบำบัดทางจิตแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และการฝึกการผ่อนคลาย มีความสัมพันธ์กับอัตราการหายป่วยในระยะติดตามผล 6 เดือน ถึงร้อยละ 50-60 จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกการผ่อนคลาย สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้ผลดี และใช้ได้ในทุกกลุ่มผู้ป่วย

Overtholser & Nasser (2000) ได้ศึกษากระบวนการ CBT ที่ใช้ในผู้ป่วย GAD โดยมุ่งเป้าหมายไปที่กระบวนการบำบัด 4 ขั้นตอน ที่เป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยในขั้นแรกจะมุ่งไปที่การให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของความวิตกกังวล การฝึกการผ่อนคลาย (relaxation training) ขั้นที่สองใช้การปรับเปลี่ยนความคิดซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลใจด้วยวิธีการที่สร้างสรรค์ ขั้นที่สามให้ผู้ป่วยเผชิญความวิตกกังวลทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและภายนอกทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการความวิตกกังวลของตนเองได้ดีขึ้น และในขั้นสุดท้ายเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำเพื่อช่วยให้การบำบัดรักษาคงอยู่ได้นาน ซึ่งการบำบัดโดยวิธีนี้เป็นที่ยอมรับ และสามารถปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายได้

Brokovec, Newman & Castonguay (2004) ได้ทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาหลังจากให้การบำบัดผู้ป่วยโรค GAD ด้วยวิธีต่างๆ ดังนี้ CBT, behavioral therapy, cognitive therapy, non-specific control และไม่ได้รับการบำบัด พบว่าจากการศึกษาผลการบำบัดผู้ป่วย 16 ราย โดยใช้เครื่องมือวัด 3 ชนิด คือ HAM-A, Assessor Severity Rating และ STAI ทำการวัดผลก่อนบำบัด หลังบำบัด และระยะติดตาม พบว่าผู้ป่วยที่บำบัดโดยวิธี CBT ที่ประกอบไปด้วย 4 กระบวนการคือการควบคุมตนเอง การฝึกการผ่อนคลาย การบำบัดทางความคิด และการฝึกทักษะการจัดการกับการตอบสนอง

มีระดับคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลลดลงทั้งหลังการบำบัดและในระยะติดตาม นอกจากนี้ อัตราการขาดการรักษายังลดน้อยลงกว่าวิธีอื่นๆ และลดการใช้ยาหลังจบการบำบัด

ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก (2548) ศึกษาการให้คำปรึกษากลุ่มที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่าความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล จากแบบวัดความวิตกกังวลในขณะเผชิญ หลังได้รับ โปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เนตรทราย หอละเอียด (2550) และรัฐชญา ชุนนางจำ (2551) ศึกษาการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลพบว่า ความวิตกกังวลในขณะเผชิญของผู้ป่วยโรควิตกกังวลหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จุฑารัตน์ ทองสลับ (2551) และพัฒน์ เอกบุตร (2551) ศึกษาการให้การปรึกษารายบุคคล โดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่าระดับความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและระดับความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยโรควิตกกังวลหลังการบำบัดและระยะติดตามผลหลังการบำบัด 1 เดือนมีระดับลดลง

กรอบแนวคิดการศึกษา

โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ซึ่งปรับมาจากของริชชานา ชุนนางจำ (2551) ที่ได้พัฒนามาจากการศึกษาของ Brokovec, Newman & Castonguay (2004) และของเนตรทราย หอละเอียด (2550) ตามแนวคิดของ Beck (1972) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมๆละ 60-90 นาที ให้แก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคลที่บ้าน สัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการสอน มี 3 กิจกรรม คือ
 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรควิตกกังวล

กิจกรรมที่ 2 ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อควบคุมความวิตกกังวล

กิจกรรมที่ 3 การฝึกผ่อนคลายใจกับความวิตกกังวล

ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด มี 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 4 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ

กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความวิตกกังวลค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดทางความคิดพฤติกรรม มี 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 6 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมถาวรและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

- ความวิตกกังวล
ขณะปัจจุบัน (state anxiety)
- ความวิตกกังวล
ประจำตัว (Trait anxiety)