

ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย
ต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป



นางธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

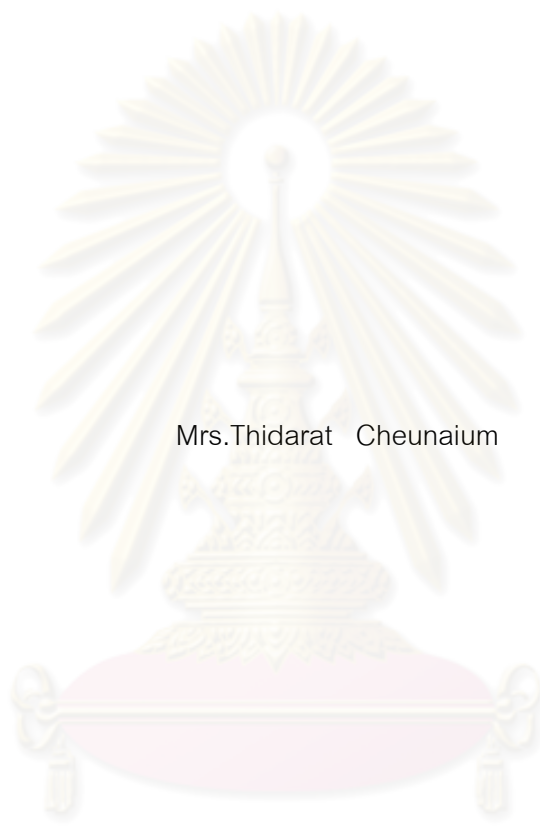
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF GROUP COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY PROGRAM
AND RELAXATION TRAINING ON ANXIETY AND SLEEP BEHAVIORS
OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER PATIENTS



Mrs.Thidarat Cheunaium

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
ร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลและ
พฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

โดย

นางธิดารัตน์ ชื่นเยี่ยม

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

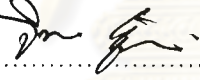
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย

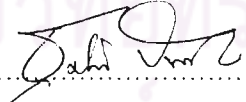
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

ธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม: ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป.(THE EFFECT OF GROUP COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY PROGRAM AND RELAXATION TRAINING ON ANXIETY AND SLEEP BEHAVIORS OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER PATIENTS) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีบุญญวัชชัย, 196 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย 2) เปรียบเทียบความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไประหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปจำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่และสุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย 2) แบบวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัว 3) แบบวัดพฤติกรรมการนอนหลับ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณ จำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 2 และ 3 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .92, .87 และ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที่ (t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพฤติกรรมการนอนหลับหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพฤติกรรมการนอนหลับในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.. ลายมือชื่อนิสิต...หญิงฉัตรณี ชื่นเอี่ยม.....

ปีการศึกษา..2553..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5277573636: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: GROUP COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY PROGRAM / RELAXATION TRAINING / ANXIETY / SLEEP BEHAVIORS / GENERALIZED ANXIETY DISORDER

THIDARAT CHEUNAIUM: THE EFFECT OF GROUP COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY PROGRAM AND RELAXATION TRAINING ON ANXIETY AND SLEEP BEHAVIORS OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER PATIENTS. ADVISOR: ASSOC. PROF. ORAPHUN LUEBOONTHAVATCHAI, Ph.D., 196 pp.

The purpose of this Quasi-experimental research were 1) to compare the anxiety and the sleep behaviors of generalized anxiety disorder patients before and after received the group cognitive behavioral therapy program and relaxation training 2) to compare the anxiety and the sleep behaviors of generalized anxiety disorder patients who received the program and those who received regular caring activities. The 40 samples were generalized anxiety disorder patients, The samples were matched pair and then randomly assigned into experimental group and control group, 20 in each group. The research instruments consisted of: 1) The group cognitive behavioral therapy program and relaxation training 2) The State-Trait Anxiety Inventory 3) Sleep behavior questionnaires. All instruments were validated for content validity by 5 experts. The reliability of the 2nd and 3rd instruments were reported by Cronbach Alpha as of .92, .87 and .81. The t-test was used in data analysis.

Major results were as followings:

1. The anxiety of the experimental group after received group cognitive behavioral therapy program and relaxation training was lower than before received program significantly, at the .05 level, whereas the sleep behaviors after received program was better than before received program significantly, at the .05 level.

2. The anxiety of the experimental group received group cognitive behavioral therapy and relaxation training was lower than control group significantly, at the .05 level, whereas the sleep behaviors of the experimental group received program was better than control group significantly, at the .05 level.

Field of Study: Mental Health and Psychiatric Nursing
Academic Year:..2010.....

Student's Signature.....

Advisor's Signature.....

นางศิวรัตน์ ใจน้อย
Orphan Lueboonthavatchai

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้ สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยความกรุณาจากรองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ความรู้และสร้างแรงบันดาลใจในการทำวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้คำปรึกษาและคอยชี้แนะแนวทางในการทำวิจัย ตลอดจนให้ความรัก ความเมตตา ความดูแลเอาใจใส่และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้มาโดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต ที่ให้ความเมตตา มอบเวลาอันมีค่าในการให้ความรู้และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง เพื่อให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณ นพ.ธีรพล โตพันธานนท์ อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม ที่เมตตาผู้วิจัยได้ลาศึกษาต่อในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ คุณประทุมรัตน์ เกตุเล็กและคุณกุลธิดา สุภาคุณ ผู้ซึ่งเป็นกัลยาณมิตรที่ดีในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม ที่มอบความรัก ความมีน้ำใจ กำลังใจและคอยสนับสนุนช่วยเหลือผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับผู้วิจัยในการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อประยูร-คุณแม่อรพินท์ เลี้ยวบริชา ผู้ซึ่งให้ความรัก ความอบอุ่นและสนับสนุนทุนด้านการศึกษาตลอดมา ขอขอบคุณ คุณเทิดเกียรติ ชื่นเยี่ยม ที่ให้กำลังใจตลอดมาและคอยดูแลช่วยเหลือทุกสิ่งทุกอย่าง กระทั่งผู้วิจัยสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคจิตตกกังวลทั่วไป ขอให้ทุกท่านมีความสุขกาย-สุขภาพใจ ที่สมบูรณ์และแข็งแรงตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
1. ความวิตกกังวล โรควิตกกังวลทั่วไปและการพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป	18
1.1 แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล.....	18
1.1.1 ความหมายความวิตกกังวล.....	18
1.1.2 ประเภทความวิตกกังวล.....	21
1.1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล.....	24
1.1.4 ระดับความวิตกกังวล.....	25
1.1.5 การประเมินความวิตกกังวล.....	27
1.2 โรควิตกกังวล.....	29
1.2.1 การจำแนกโรควิตกกังวล.....	29
1.2.2 สาเหตุการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไป.....	31
1.2.3 ลักษณะอาการผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป.....	33
1.2.4 การวินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไป.....	34

1.2.5 การรักษาผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป.....	35
1.3 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป.....	37
2. การนอนหลับ การฝึกทักษะการผ่อนคลาย พฤติกรรมการนอนหลับและการ พยาบาลผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่มีปัญหาพฤติกรรมการนอนหลับ.....	41
2.1 การนอนหลับ.....	41
2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ.....	41
2.1.2 ทฤษฎีการนอนหลับ.....	42
2.1.3 สรีระวิทยาการนอนหลับ.....	43
2.1.4 ประโยชน์ของการนอนหลับ.....	43
2.1.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับ.....	44
2.1.6 อาการและอาการแสดงของการนอนหลับไม่เพียงพอ.....	47
2.1.7 การส่งเสริมการนอนหลับ.....	48
2.1.8 การฝึกทักษะการผ่อนคลาย.....	49
2.2 พฤติกรรมการนอนหลับ.....	56
2.2.1 ความหมายพฤติกรรมการนอนหลับ.....	56
2.2.2 ปัญหาพฤติกรรมการนอนหลับ.....	56
2.2.3 การประเมินพฤติกรรมการนอนหลับ.....	57
2.3 การให้บริการผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่มีปัญหาพฤติกรรมการนอนหลับ...	58
2.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่มีปัญหาพฤติกรรมการนอนหลับ...	59
3. แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม.....	61
3.1 ความหมายแนวคิดและทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม...	61
3.1.1 ความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม.....	62
3.1.2 ทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม.....	63
3.2 หลักการและกระบวนการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม...	65
3.2.1 หลักการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม.....	65
3.2.2 กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม.....	66
3.2.3 ขั้นตอนปฏิบัติการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม.....	68
3.3 วิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม.....	69
3.3.1 วิธีการลดความวิตกกังวล.....	69

3.2.2	วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นใหม่.....	70
3.3.3	วิธีการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่.....	71
3.4	เทคนิคในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม.....	72
3.4.1	เทคนิคการสอน.....	73
3.4.2	เทคนิคการบำบัดทางความคิด.....	73
3.4.3	เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม.....	75
4.	โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย	76
5.	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	78
6.	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	82
บทที่ 3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	83
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	83
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	87
	การดำเนินการทดลอง.....	99
	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	116
บทที่ 4	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	118
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	129
	รายการอ้างอิง.....	148
	ภาคผนวก.....	162
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	163
	ภาคผนวก ข แบบฟอร์มเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	165
	ภาคผนวก ค การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา.....	171
	สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	172
	ภาคผนวก ง ใบรับรองผลการพิจารณาจริยธรรม.....	177
	ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	179
	ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	184
	ใบตอบรับบทความลงวารสาร.....	185
	ภาคผนวก จ เปรียบเทียบผลรวมของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล.....	186
	ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	188
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	196

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ระดับความวิตกกังวลและปฏิกิริยาทางด้านพฤติกรรม อารมณ์และความคิด....	26
2	อาการและอาการแสดงของการนอนหลับไม่เพียงพอ.....	48
3	ตัวอย่างตารางบันทึกความคิดด้วยตนเอง.....	74
4	การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched pair) ตามเพศ อายุ คะแนนความวิตกกังวลและคะแนนพฤติกรรมการนอนหลับของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่.....	85
5	ตารางการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป.....	102
6	คะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบและคะแนนความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการนอนหลับ.....	115
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษาและอาชีพ.....	119
8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย/เดือน ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรสและระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....	120
9	คะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ความวิตกกังวลประจำตัวและคะแนนพฤติกรรมการนอนหลับในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (Pre-Post test).....	122
10	คะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ความวิตกกังวลประจำตัวและคะแนนพฤติกรรมการนอนหลับในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง (Pre-Post test).....	123
11	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20).....	125
12	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20).....	125
13	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวล	

	ประจำตัวในผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวอดทั่วไปก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20).....	127
14	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการณ์นอนหลับในผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวอดทั่วไปก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20).....	127



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ลักษณะการเกิดความวิตกกังวลและความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัว.....	23
2	Phases of behavior.....	67
3	Interaction between cognitive, affective, and behavioral systems.....	68
4	สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย.....	117



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder; GAD) เป็นโรคหนึ่งในกลุ่มโรควิตกกังวลที่พบมากที่สุดและเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในประชาชนทั่วไป ซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ จากข้อมูลผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2552 พบว่ามีผู้ป่วยสุขภาพจิต 1,438,432 คน และ 1,440,393 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป 339,438 คน และ 335,190 คน ซึ่งมีจำนวนมากถึงหนึ่งในสี่ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2553) จากการศึกษาของ Antai-Otong (2003) พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยหากไม่ได้รับการบำบัดรักษาจะพัฒนาไปเป็นโรคจิตเวชอื่นๆ ได้แก่ โรคตื่นตระหนก โรคซึมเศร้า โรคความผิดปกติทางอารมณ์และมีความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับรุนแรง ส่งผลให้คนไทยสูญเสียปีด้านสุขภาพจากการตาย พิการและเจ็บป่วยก่อนวัยอันควร (Disability Adjusted Life Year: DALY) ถึงร้อยละ 2 จากรายงานการสำรวจทางระบาดวิทยาความผิดปกติทางจิตของคนไทยในเขตภูมิภาค 13 จังหวัดทั่วประเทศพบความชุกของโรควิตกกังวลทั่วไปมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 1.9 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 2 : 1 เมื่อพิจารณาตามภูมิภาคพบประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการเจ็บป่วยที่สูงมากกว่าประชากรในภาคอื่น (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, 2547) สอดคล้องกับการสำรวจความชุกโรคจิตเวชระดับชาติพบประชากรไทยร้อยละ 1.9 ป่วยเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป โดยมีความวิตกกังวลระดับปานกลางและระดับรุนแรงร้อยละ 19.4 และ 4.1 ตามลำดับ (บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์, 2547) มีอัตราการใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุขทั่วไป มากกว่าการใช้บริการในสถานบริการเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.05 ต่อปี (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2550) ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งต่อบุคคล ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ รวมทั้งการเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาจากการแสวงหาแหล่งบริการรักษาหลายแห่ง ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายทางอ้อมที่สูงมาก (National Mental Health Association 2004; APA, 2004 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2547)

การเจ็บป่วยด้วยโรควิตกกังวลทั่วไป ถือเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพจิตที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลหรือความไม่สบายใจเป็นอย่างมากเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต เช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจ ชีวิตครอบครัว การทำงานและความเจ็บป่วย เป็นต้น โดยลักษณะความวิตกกังวลจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นอยู่เกือบตลอดเวลาและค่อนข้างสม่ำเสมอแทบทุกวัน ทำให้ชีวิตตกอยู่ในความวิตกกังวล กลัว หวาดหวั่น ก่อให้

เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาที่เป็นปัญหาเกิดขึ้น โดยเฉพาะอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ผู้ป่วยจะมีอาการแน่นอึดอัดขึ้นมาอย่างทันทีทันใด หายใจไม่ออก รู้สึกเหมือนหายใจไม่ทัน ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออก มือเท้าเย็นคล้ายจะเป็นลม เกิดความกลัวว่าตนเองจะเป็นโรคหัวใจแล้วอาจจะช็อคหรือตายได้ นอกจากนี้ยังเกิดร่วมกับอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะหรือทำยทอย กล้ามเนื้อตึงหรือปวด อาการสั้นของแขน-ขา เกิดความกังวลว่าตนเองอาจเป็นเส้นเลือดในสมองแตกแล้วกลายเป็นอัมพาตหรืออัมพฤกษ์ตามมา ความวิตกกังวลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจซึ่งไม่หายไปง่าย ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดทางจิตใจ ได้แก่ อารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิด-โมโหง่าย สมาธิไม่ดีหรือใจลอย เนื่องจากจิตใจหมกมุ่นแต่เรื่องที่ตนกังวลและที่สำคัญผู้ป่วยจะเกิดความแปรปรวนในการนอนหลับ (Sleep disturbance) ได้แก่ นอนหลับยาก นอนหลับไม่ต่อเนื่อง นอนหลับตื่นๆหรือตื่นนอนตอนเช้าเร็วกว่าปกติ เนื่องจากผู้ป่วยมักนอนคิดวนเวียนเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตเรื่องนั้นเรื่องนี้ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2548; พิเชฐ อุดมรัตน์, 2552; APA, 1994, 2000)

จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรควิตกกังวลทั่วไป ถึงแม้จะไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยตรงเหมือนกับโรคทางกายบางชนิดแต่ก็เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคทางกายได้ อันเป็นผลมาจากความวิตกกังวลใจ เช่น โรคไมเกรน ความดันโลหิตสูง ภาวะอาหารหรือลำไส้อักเสบ ท้องผูกและท้องเสีย เป็นต้น (สาธนี ธรรมรักษา, 2551; Gomez and Tepper, c2006) เมื่อพิจารณาพยาธิสภาพของโรคพบลักษณะการดำเนินโรคคล้ายกับโรคอายุรกรรมบางโรค คือ มีลักษณะเรื้อรัง (Chronic condition) มีช่วงที่หายเป็นปกติเป็นช่วงๆ แต่ยากที่จะหายขาด (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2552) โดยเฉลี่ยเป็นนานกว่า 5-10 ปี เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเป็นนานกว่า 5 ปี อาการจะรุนแรงมากขึ้นเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์สำคัญในชีวิต (Ballenger et al., 2001; Hoffman et al., 2008) นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมในด้านอื่นๆตามมา เช่น ความวิตกกังวลจะนำไปสู่การใช้ยาที่ผิดวัตถุประสงค์ ส่งผลโดยตรงต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวที่ต้องใช้จ่ายไปกับการรักษาอาการวิตกกังวล ทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดความขัดแย้งกันได้ง่ายขึ้น ความวิตกกังวลเรื้อรังยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของผู้ป่วยลดลง สูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคมและขาดการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Bourland et al., 2000; Henning et al., 2007) เนื่องจากผู้ป่วยประสบข้อจำกัดทางร่างกายหรือจิตใจจากอาการป่วย ทำให้เกิดการหลบเร้นผู้คนและลดกิจกรรมทางสังคมลง รู้สึกสิ้นหวัง สภาพจิตใจตกต่ำและหันไปหาแอลกอฮอล์หรือยาเสพติด (แสงอุษา สุทธิธนกุล, 2546; Barrera and Norton, 2009)

ปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลใจมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การเงิน

การประกอบอาชีพและความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ผู้ป่วยร้อยละ 90 จะรับประทานยาคลายกังวลทุกครั้งเมื่อเกิดความรู้สึกตึงเครียด อันเป็นผลมาจากความวิตกกังวลใจในเรื่องต่างๆไปในชีวิตประจำวัน (กนกวรรณ ทาสอน, 2545) ดังนั้น เมื่อยาหมดหรือมีอาการที่เกิดจากความวิตกกังวลขึ้นมาใหม่ผู้ป่วยจึงต้องกลับมารับยาอีกเป็นประจำ การใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดการพึ่งพายาและเกิดอาการถอนยาได้ (Fishel, 1998) สะท้อนให้เห็นว่าการใช้ยาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ จากสิ่งที่เกิดขึ้นชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการจัดการกับความวิตกกังวลไม่เหมาะสม ทำใหวนเวียนกลับมารักษายาอย่างต่อเนื่องและเป็นประจํารวมทั้งมีการเสาะแสวงหาแหล่งบริการรักษาหลายแห่งเนื่องจากอาการไม่ดีขึ้นหรือไม่หายขาด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้น

สาเหตุการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไปมาจาก 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางชีวภาพและปัจจัยทางจิตสังคม โดยปัจจัยแต่ละด้านจะมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน สำหรับปัจจัยทางจิตสังคมในกลุ่มทฤษฎีความคิด-พฤติกรรม (Cognitive - Behavioral theory) ได้อธิบายสาเหตุความวิตกกังวลว่าเป็นรูปแบบความคิดที่ผิดบิดเบือนหรือความคิดในเชิงลบไม่สร้างสรรค์ ที่เกิดร่วมกับพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่แปรปรวนไป ผู้ป่วยมักประเมินอันตรายที่ตนจะได้รับสูงเกินความเป็นจริงและมองว่าตนไม่มีความสามารถในการจัดการกับอันตรายเหล่านั้น โดยจะรับรู้และตีความเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่มาคุกคามความสุขทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของตน (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) สอดคล้องแนวคิดของ Spielberger (1989) ที่กล่าวถึงสาเหตุความวิตกกังวลว่าเกิดจากกระบวนการทางปัญญา เช่น ความคิด ความเชื่อ ความคาดหวังที่ได้รับรู้และประเมินสถานการณ์ว่าอาจจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามตนเองได้ จึงทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่นและเป็นทุกข์ ผู้ป่วยจะมองตนว่าไร้ค่า ไร้ความสามารถ มองโลกและมองอนาคตในแง่ลบ ทำให้เห็นแต่สิ่งที่ไม่ดีในสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว (ดวงใจ กษานติกุล, 2542) ดังนั้น แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวล ควรใช้วิธีการบำบัดรูปแบบอื่นร่วมกับการรักษาด้วยยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมและบิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมตามมา

การรักษาโรควิตกกังวลทั่วไปสามารถแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ การรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคม สำหรับการรักษาด้วยยามีส่วนสำคัญในการลดอาการทางกาย (Somatic symptoms) เช่น ปวดศีรษะ เหนื่อยเพลีย ใจสั่น นอนไม่หลับ ส่วนการบำบัดทางจิตสังคมมีประสิทธิภาพในการลดอาการได้ดี (Symptom reduction) เช่น ความวิตกกังวล และมีประโยชน์ในผู้ป่วยที่ไม่ต้องการรักษาด้วยยาหรือมีข้อจำกัดในการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนกับอาการข้างเคียงของยาหรือตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาไม่ดี ทั้งยังช่วยให้สามารถปรับตัวและใช้ชีวิตในสังคมได้ดีขึ้น เป็นการป้องกันการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของโรคได้อีกด้วย (Prevention of relapse and recurrence) สอดคล้องการศึกษาของ Power et al. (1990) พบว่า การรักษาผู้ป่วยด้วยยาเพียงอย่างเดียวอาจไม่ประสบความสำเร็จจะต้องมีการผสมผสานการช่วยเหลือด้วยวิธีการอื่นร่วมด้วย ดังที่ Rickell and Schweizer (1998) กล่าวไว้ว่า การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวไม่สามารถลดอาการและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ทั้งหมด สิ่งสำคัญในการรักษาคือการให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เรียนรู้และจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้น การนำแนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) มาผสมผสานรวมกับการรักษาด้วยยา (Combined psychotherapy and pharmacotherapy) ถือเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว ที่สำคัญจะเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและให้ผลการรักษาที่ดีที่สุด (พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) เนื่องจากเป็นการบำบัดที่มีการพิสูจน์หาแบบแผนความคิด (Identify) ที่ทำให้เกิดกระบวนการคิด (Cognitive) บิดเบือนในทางลบ แล้วดัดแปลงแก้ไข (Modify) ให้เป็นกระบวนการคิดวิธีใหม่ (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) จะช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดจากโรควิตกกังวลทั่วไปได้ดี (Antai-Otong, 2003; Arntz, 2003; Butler et al., 1991; Durham et al., 2003; Linden et al., 2004; Powel et al., 1990)

แต่จากการศึกษาแบบการวิเคราะห์ห่อหุ้มของ Belleville et al. (2010) พบว่า ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมครบตามขั้นตอน จะมีความวิตกกังวลลดลงแต่ยังมีความแปรปรวนในการนอนหลับหลงเหลืออยู่ เนื่องจากการบำบัดส่วนใหญ่เน้นการแก้ไขกระบวนการคิดที่ผิดปกติและบิดเบือนร่วมกับการฝึกการผ่อนคลาย เพื่อลดความวิตกกังวลและลดอาการตึงเครียดทางกาย แต่ไม่นำการส่งเสริมการนอนหลับมาใช้ในกระบวนการบำบัดเพื่อลดความแปรปรวนในการนอนหลับ ซึ่งเป็นอาการและสาเหตุสำคัญที่นำผู้ป่วยไปพบแพทย์ซ้ำแล้วซ้ำเล่า สอดคล้องการศึกษาของ Papadimitriou and Linkowski (2005) พบผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปร้อยละ 60-70 จะมีความแปรปรวนในการนอนหลับร่วมด้วยเสมอ หากปล่อยทิ้งไว้จะทำให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่เพียงพอในเวลากลางคืนและอาจหันไปพึ่งพยานอนหลับ ซึ่งเป็นการปฏิบัติตนเพื่อช่วยให้นอนหลับอย่างไม่ถูกวิธีและเป็นอันตรายต่อตนเองได้ เพราะการใช้นอนหลับเป็นประจำจะทำให้เกิดอาการติดยาทั้งในแง่สรีระวิทยาคือความต้องการของร่างกายจริงๆ และในแง่จิตวิทยาคือคิดว่าตนเองต้องรับประทานยาจึงจะนอนหลับได้ ที่สำคัญยานอนหลับทุกประเภททำให้เกิดการติดยาในแง่จิตวิทยา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการติดยาอย่างรุนแรงหากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานและมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้หากใช้มากเกินไป (ศิริเพ็ญ วานิชานันท์, 2544) ถือเป็น

สาเหตุสำคัญที่นำไปสู่พฤติกรรมนอนหลับที่ไม่ดี ส่งผลให้กลายเป็นโรคนอนไม่หลับ (Sleep disorders) ในอนาคตได้

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดความแปรปรวนในการนอนหลับ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลจะมีการหลั่ง Adrenaline เพิ่มมากขึ้น ซึ่งไปกระตุ้นการทำงานของ Sympathetic nervous system ทำให้ร่างกายตื่นตัวอยู่ตลอดเวลาเกิดความแปรปรวนในการนอนหลับและความทุกข์ทรมานจากการนอนหลับไม่เพียงพอในเวลากลางคืน ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมนอนหลับที่ไม่ดี (จรีพรรณ เจริญพร, 2549; Topf and Thompson, 2001) ส่งผลให้กระบวนการคิดและการตัดสินใจมีความเชื่องช้าและขาดความรอบคอบ ขาดสมาธิในการเรียนรู้และจดจำ ทำให้ความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งต่างๆลดลง ที่สำคัญผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลเรื้อรังจะหมกมุ่นเกี่ยวกับพฤติกรรมนอนหลับของตนเอง ทำให้ความวิตกกังวลรุนแรงขึ้นและไม่สามารถผ่อนคลายได้ (กษมภักดิ์ พันพิลึก, 2550) ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ครอบครัวยุค และสังคมตามมา คือ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมนอนหลับที่ไม่ดีจะทำให้ร่างกายทรุดโทรมและอ่อนเพลียได้ง่าย ส่งผลให้กระบวนการทำงานในระบบต่างๆของร่างกายขาดความสมดุล มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยมากขึ้น (สันต์ หัตถิรัตน์, 2548) มีอาการง่วงนอนมากในเวลากลางวันทำให้การปฏิบัติหน้าที่ระหว่างวันมีความบกพร่อง เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุขณะทำงานและการทำงานมีความผิดพลาดมากยิ่งขึ้น รวมทั้งความสามารถในการแก้ไขปัญหาและประสิทธิภาพในการทำงานก็ลดลงเช่นกัน ผลกระทบด้านอารมณ์และจิตใจจะเกิดความแปรปรวนของสภาวะจิตใจได้ง่าย ทำให้อารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิด-โมโหง่ายอย่างไม่มีเหตุผล ส่วนผลกระทบด้านสังคมและครอบครัวทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการต่างๆบกพร่องไป ชีวิตต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้นเกิดความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการประกอบอาชีพและฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดความขัดแย้งกันได้ง่ายขึ้น (นงลักษณ์ อนันตนาจ, 2550; Lee, 1997) จากผลกระทบดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานในการใช้ชีวิตและมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Barrera and Norton, 2009) ดังนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปควรได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดผลกระทบดังกล่าว

จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความแปรปรวนในการนอนหลับเป็นปัญหาสำคัญที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นปัญหาที่บั่นทอนสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งยังมีผลทางอ้อมทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความทุกข์และความวิตกกังวลร่วมไปด้วย นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมในคลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม โดยการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะ

มาพบแพทย์ด้วยอาการนอนไม่หลับ วิธีการเดียวที่จะช่วยบรรเทาอาการได้คือการใช้ยานอนหลับ เพื่อช่วยให้นอนหลับได้ง่ายขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยนอนเวียนเข้ารับการรักษากลับเป็นประจำ สอดคล้องกับการศึกษาเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2553 พบว่า มีผู้ป่วยมารับบริการจำนวน 135 คน, 189 คน และ 215 คน ตามลำดับ โดยผู้ป่วยร้อยละ 80 จะมีอาการนอนไม่หลับเป็นอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์เป็นประจำทุกเดือน เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการนอนไม่หลับทุกครั้งเมื่อยามืด ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยต้องใช้เวลาติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้เกิดอาการติดยาและการพึ่งพายานอนหลับก่อนเข้านอน (สถิติข้อมูลประจำปี โรงพยาบาลนครพนม, 2553)

จากเหตุผลและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย นำการส่งเสริมการนอนหลับเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการบำบัดผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวล การลดอาการตึงเครียดทางกายในระยะยาวและการบรรเทาความแปรปรวนในการนอนหลับ ซึ่งจะช่วยลดหรือขจัดปัญหาอาการนอนไม่หลับ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการนอนหลับที่ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ การดำรงชีวิตร่วมกับโรคเป็นไปอย่างราบรื่นและไม่ทุกข์ทรมาน (Ohayon and Roth, 2003) ทั้งยังเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปให้สามารถลดความวิตกกังวล ลดอาการตึงเครียดทางกายและลดความแปรปรวนในการนอนหลับได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการนอนหลับที่ดีขึ้น นับเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญในการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำถามการวิจัย

ความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไประหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความวิตกกังวล เกิดจากรูปแบบของความคิดที่บิดเบือนหรือความคิดในเชิงลบไม่สร้างสรรค์เกิดร่วมกับอารมณ์และพฤติกรรมที่แปรปรวนไป ผู้ป่วยจะรับรู้และตีความเหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้นว่ามาคุกคามความสุขของตน และมักประเมินโอกาสที่ตนจะได้รับอันตรายสูงเกินความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยมองตน มองโลกและมองอนาคตในแง่ลบ เห็นแต่สิ่งไม่ดีในสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลหรือความไม่สบายใจเป็นอย่างมากเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตที่เกิดขึ้น (ดวงใจ กสานติกุล, 2542; มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ตามแนวคิดของ Spielberger (1989) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น ไม่สบายใจและเป็นทุกข์ทรมานอย่างไม่รู้สาเหตุแน่ชัด เกิดจากปฏิกิริยาของบุคคลที่มีต่อสิ่งที่มากระตุ้นหรือคุกคามชีวิตตนเอง ทั้งที่เกิดขึ้นจริงและคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต ทำให้เกิดอารมณ์ พฤติกรรมรวมทั้งลักษณะทางสรีระวิทยาที่เป็นปัญหาเกิดขึ้น เกิดความแปรปรวนในการนอนหลับเนื่องจากความวิตกกังวลและความแปรปรวนในการนอนหลับมีความสัมพันธ์กัน ถือเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป และทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการนอนหลับไม่เพียงพอในเวลากลางคืนซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมกรนอนหลับไม่ดี ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสมรรถภาพการทำงานของร่างกายและจิตใจ (Bélanger et al., 2004; Morin and Ware, 1996)

จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่มีปัญหาพฤติกรรมกรนอนหลับ โดยนำการบำบัดทางจิตสังคมผสมผสานร่วมกับการรักษาด้วยยา ถือเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว การบำบัดทางจิตสังคมที่ได้รับความสนใจถึงความมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวล คือ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสมเพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสม ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมผสมผสานร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย เน้นการส่งเสริมการนอนหลับในกระบวนการบำบัดตามการศึกษาของ Stanley et al. (2004) ที่ใช้กรอบแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1979) เป็นพื้นฐานพัฒนาโปรแกรมประกอบด้วยเทคนิคการสอน เป็นการอธิบายแบบแผนของความคิดที่ไม่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล เทคนิคการบำบัดทางความคิด เป็นการฝึกค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้น แล้วให้ฝึกตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงจะช่วยให้ผู้ป่วยมีมุมมองต่อเหตุการณ์ที่เป็นไปได้ดีขึ้นเพิ่มเติม ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง และ

เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม เป็นการเรียนรู้หรือฝึกทักษะใหม่ๆโดยการมอบหมายการบ้าน เช่น การบันทึกอารมณ์และพฤติกรรม การฝึกทักษะทางความคิด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความวิตกกังวลได้ด้วยตนเอง (Antai-Otong, 2003; Arntz, 2003; Butler et al., 1991; Durham et al., 2003; Linden et al., 2004; Powel et al., 1990) ร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย ซึ่งเป็นวิธีการที่ได้ผลดีในการลดความวิตกกังวล การลดอาการตึงเครียดทางกายและช่วยส่งเสริมการมีพฤติกรรมนอนหลับที่ดี เพราะขณะที่ร่างกายมีการผ่อนคลายจะเกิดปฏิกิริยาการผ่อนคลายที่ไปลดการทำงานของระบบประสาท Sympathetic nervous system ทำให้ร่างกายหลั่งสาร Endorphin ออกมา ซึ่งเป็นสารที่ก่อให้เกิดความสุขและความรู้สึกผ่อนคลาย ดังการศึกษาของ ญานิกา เวชยางกูล (2545) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่อนคลายจะนอนหลับได้ง่าย นอนหลับได้อย่างต่อเนื่องในเวลากลางคืนและสามารถนอนหลับต่อได้ง่ายเมื่อตื่นระหว่างการนอนหลับ นำการส่งเสริมการนอนหลับเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการบำบัด เนื่องจากเป็นแนวทางในการลดหรือขจัดปัญหาพฤติกรรมนอนหลับ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับซึ่งปัจจัยด้านความรู้จะส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมนอนหลับที่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยเรียนรู้และฝึกการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง ให้ถูกต้อง สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมนอนหลับที่ดีขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการบำบัดรายกลุ่ม จากการศึกษาของ Dugas et al. (2003) พบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคลให้ผลลัพธ์ใกล้เคียงกันในการลดความวิตกกังวล แต่การบำบัดเป็นรายกลุ่มจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ยอมรับ และเข้าใจในปัญหาของตนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยแต่ละคนจะมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างกันอย่างกว้างขวาง ก่อเกิดเป็นแรงจูงใจซึ่งกันและกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมทั้งเกิดเครือข่ายในกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Self-help group) (Mahler, 1969) ที่สำคัญยังเป็นวิธีที่ประหยัด เกิดความคุ้มค่า คุ่มทุนและช่วยลดต้นทุนเรื่องระยะเวลาในการบำบัด เนื่องจากสามารถสอนและช่วยเหลือผู้ป่วยได้หลายๆคนในเวลาเดียวกัน (Burgress, 1998) ดังนั้น โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์ติดต่อกัน สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป การเรียนรู้และฝึกการผ่อนคลายด้วยการหายใจ ในกิจกรรมนี้พยาบาลจะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ป่วยด้วยกันเป็นรายกลุ่มประกอบด้วย การแนะนำตัวด้วยกิจกรรม “บุคคลแปลกหน้า” การพูดคุยในเรื่องต่างๆไปเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย ความไว้วางใจ ลดความวิตก

กังวลในการพบกันครั้งแรกและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีภายในกลุ่ม พยาบาลเตรียมความพร้อมผู้ป่วย โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ บอกวิธีการและแนวทางของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการนอนหลับรวมถึงระยะเวลาที่ใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับ เหตุผลในการบำบัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามและสร้างข้อตกลงร่วมกันว่าจะต้องมีการสำรวจตนเอง (Self-monitoring) และมีงานที่เอากลับไปทำเป็นการบ้าน (Homework assignment) พร้อมทั้งจะเปิดเผยความคิดความรู้สึกร่วมกันภายในกลุ่ม จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความยึดมั่นผูกพัน ภายในกลุ่ม (White and Freeman, 2000) พยาบาลให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป และอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุการเกิดความวิตกกังวลว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบ โดยการให้รูปแบบ ABCs of treatment จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วยของตนได้อย่างถูกต้องและลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการให้ความร่วมมือและการตอบสนองต่อการบำบัด (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2553; Stanley et al., 2004) พยาบาลเชื่อมโยงอาการที่เกิดจากความวิตกกังวล เป็นผลจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติที่กระตุ้นให้ร่างกายหายใจเร็วขึ้น ให้ผู้ป่วยเรียนรู้การฝึกผ่อนคลายด้วยการหายใจ (Breathing exercise) เป็นการฝึกการหายใจและควบคุมการหายใจ โดยการหายใจเข้าและออกลึกๆช้าๆอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ร่างกายรู้สึกผ่อนคลาย จิตใจสงบ มีสมาธิและคลายความวิตกกังวล (Benson, 1975)

กิจกรรมที่ 2 การค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ การเรียนรู้และฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ในกิจกรรมนี้พยาบาลให้ความหมายของความคิดอัตโนมัติและความคิดอัตโนมัติทางลบ สอนให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น (Automatic thought) จากเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลและฝึกสังเกตผลที่เกิดขึ้นตามมา ภายหลังจากเหตุการณ์ที่มากกระทบตามรูปแบบ ABCs of treatment จะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความ คิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ทำให้พิจารณาความคิดอัตโนมัติทางลบอย่างมี เหตุผลมากขึ้น ร่วมกันตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ (Testing automatic thought) เพื่อ ทดสอบว่าความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นตรงตามความเป็นจริงเพียงใด อาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ หรือตี ความเป็นไปได้อย่างอื่นอีกหรือไม่ (Alternative possible interpretation) ช่วยให้ผู้ป่วยตีความได้ อย่างถูกต้องและตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Stanley et al., 2004) สอนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดโดยการเปลี่ยนมุมมองทางลบเป็นมุมมองทางบวก (Reframing) ด้วยวิธีการกระตุ้นให้มองปัญหาทุกแง่มุม ทั้งข้อดี-ข้อเสีย จะช่วยให้มีมุมมองต่อปัญหาที่เกิดขึ้น อย่างรอบด้าน ร่วมกันค้นหาความคิดทางบวกในเหตุการณ์ของแต่ละคนแล้วกระตุ้นให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงความคิดที่บิดเบือนไปในทางที่เหมาะสม (Beck, 1979) ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง

พยายามเชื่อมโยงอาการที่เกิดจากความวิตกกังวล เป็นผลจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติที่กระตุ้นให้เกิดความตึงเครียดทางกาย ให้ผู้ป่วยเรียนรู้การฝึกการผ่อนคลายด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation) เพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้ร่างกายรู้สึกผ่อนคลายและคลายความวิตกกังวลลงได้ (Benson, 1975)

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา การเรียนรู้การส่งเสริมการนอนหลับ การฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ในกิจกรรมนี้พยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองปัญหาในแง่ใหม่ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยแต่ละคนสำรวจปัญหาที่รบกวนจิตใจแล้วร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาและให้ข้อเสนอแนะที่สร้างสรรค์ เพื่อให้ผู้ป่วยลองพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไขปัญหาค่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2553; Stanley et al., 2004) พยายามนำเข้าสู่กิจกรรมการส่งเสริมการนอนหลับ โดยการอภิปรายแลกเปลี่ยนปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยแต่ละคน แล้วเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับพฤติกรรมการนอนหลับ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนและแบ่งปันประสบการณ์เกี่ยวกับการนอนหลับของตนเอง ในช่วงที่ผ่านมามีจะช่วยให้ผู้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่ดีและได้แนวคิดที่จะนำไปใช้ปรับปรุงตนเอง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมนอนหลับให้ดีขึ้น พยายามให้ความรู้เรื่องการนอนหลับซึ่งปัจจัยด้านความรู้จะส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมนอนหลับที่ถูกต้อง เรียนรู้การส่งเสริมการนอนหลับจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง การฝึกบันทึกแบบแผนการนอนหลับและการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับในสมุดบันทึกประจำวันเพื่อประเมินผลการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการนอนหลับ จะส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมนอนหลับที่ดีและถูกต้องขึ้น (ศิริเพ็ญ วานิชานันท์, 2544; Stanley et al., 2004) พยายามเชื่อมโยงอาการที่เกิดจากความวิตกกังวล เป็นผลมาจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติที่กระตุ้นให้ร่างกายหายใจเร็วขึ้นและทำให้เกิดความตึงเครียดทางกาย กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยฝึกการหายใจและฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอ จะทำให้เกิดทักษะความชำนาญในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ช่วยให้อารมณ์และจิตใจสงบ ลดความตึงเครียดทางกาย คลายความวิตกกังวลลงได้ (Benson, 1975)

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ การฝึกปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับ การฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ในกิจกรรมนี้พยายามให้ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางลบสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวัน การฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ด้วยวิธีหยุดความคิด (Thought stopping) จะช่วยให้เกิดทักษะใหม่ในการควบคุมความคิดและสร้างความคิดใหม่ที่เหมาะสม โดยพยายามให้ผู้ผู้ป่วยคิดถึงปัญหาในเหตุการณ์ของตนเอง จากนั้นพูดเสียงดังๆว่า “หยุด” เพื่อให้หยุดคิดถึงปัญหาที่กำลังคิดอยู่ แล้วให้ใส่ความคิด

ใหม่เข้าไปแทนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้นและมีความวิตกกังวลลดลง (อรพวรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2553) จากนั้นพยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การนอนหลับของตนในช่วง สัปดาห์ที่ผ่านมา เพื่อประเมินผลการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการนอนหลับและร่วมกันแก้ไขปัญหานั้น ประสบอยู่จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการนอนหลับที่ดีขึ้น ให้ผู้ป่วยฝึกการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการ นอนหลับ โดยนำการฝึกการหายใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นส่วนหนึ่งในการฝึก ร่วมกับการ ฝึกทำจิตใจให้สงบและผ่อนคลายด้วยการนับเลขจาก 1-100 หรือนับเลขย้อนกลับ ซึ่งการฝึก ปฏิบัติด้วยตนเองจะทำให้เกิดการเรียนรู้และสามารถจดจำได้มากขึ้น รวมทั้งพฤติกรรมที่เกิดจาก การเรียนรู้นั้นจะมีความคงทนตลอดไป ผลลัพธ์ที่ได้ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย จิตใจสงบ ส่งผลให้นอนหลับได้ง่ายและหลับได้อย่างต่อเนื่องในเวลากลางคืน (ญานิกา เวชยางกูล, 2545; ศิริเพ็ญ วานิชานันท์, 2544; Stanley et al., 2004)

กิจกรรมที่ 5 การทบทวนทักษะ สรุปลักษณะและยุติการทำกลุ่ม ในกิจกรรมนี้พยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงของตนเองภายหลังการบำบัด จากนั้นร่วมกันทบทวนกระบวนการคิดที่บิดเบือนที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล และเกิดปัญหาพฤติกรรมการ นอนหลับ พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวลว่าสามารถเกิดขึ้นได้อีกในชีวิตประจำวัน ซึ่ให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของกระบวนการคิดที่เป็นสาเหตุของความวิตกกังวล พร้อมทั้งทบทวน เนื้อหาในแต่ละกิจกรรมที่ผ่านมา กระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจริงจังในการจัดการกับ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมากกว่าการมุ่งเน้นที่การรักษาเพียงอย่างเดียว (White and Freeman, 2000) พยาบาลสรุป โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและก่อให้เกิดเป็นแรงจูงใจในการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง จะสามารถ ลดความวิตกกังวล ลดอาการตึงเครียดทางกายและช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการนอนหลับที่ดี อย่างต่อเนื่อง ยุติสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย (อรพวรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2553; Stanley et al., 2004)

ดังนั้นโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย จะช่วยให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป สามารถปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง ถือเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อ ลดความวิตกกังวล ลดอาการตึงเครียดทางกายและการมีพฤติกรรมการนอนหลับที่ดี ซึ่งนับเป็น เป้าหมายที่สำคัญทางการพยาบาล

จากแนวเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ ดังนี้

1. ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทาง ความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัด ทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย

2. พฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย

3. ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. พฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป โดยทำการทดลองที่คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตกังวลทั่วไป ตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และเข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตกังวลทั่วไป ตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ได้รับการประเมินว่ามีปัญหาพฤติกรรมการนอนหลับ จำนวน 40 คน ทั้งเพศชายและหญิง โดยมีอายุระหว่าง 20-59 ปี มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงสูง คือ มีคะแนนระหว่าง 41-70 คะแนน มีพฤติกรรมการนอนหลับในระดับปานกลางถึงไม่ดีเลย คือ มีคะแนนระหว่าง 41-100 คะแนน สามารถพูด ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ดีและมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย

ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป ตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และเข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม โดยต้องเป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงสูง และได้รับการประเมินว่ามีปัญหาพฤติกรรมการณ์นอนหลับ โดยมีคะแนนพฤติกรรมการณ์นอนหลับในระดับปานกลางถึงไม่ดีเลย

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ ความรู้สึกกลัว หวาดหวั่นและเป็นทุกข์ ความกระวนกระวายหรือความรู้สึกไม่สบายใจ ซึ่งเกิดจากรูปแบบของความคิดที่ผิดบิดเบือนหรือเป็นความคิดในเชิงลบไม่สร้างสรรค์ ซึ่งเกิดร่วมกับอารมณ์และพฤติกรรมที่แปรปรวนไป และมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรม สามารถประเมินได้จากแบบวัดความวิตกกังวล The State-Trait Anxiety Inventory (State-Trait form Y) ของ Spielberger et al. (1983) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยธাত্রี นนทศักดิ์, จีนแปร์ และสมโภชน์ เขี่ยมสุภาษิต (2534)

พฤติกรรมการณ์นอนหลับ หมายถึง ลักษณะการนอนหลับของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเวลาเริ่มต้นเข้านอนจนกระทั่งตื่นนอนในตอนเช้า สามารถประเมินโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการณ์นอนหลับที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดคุณภาพการนอนหลับของศิริเพ็ญ วานิชานันท์ (2544) ซึ่งสร้างมาจากแบบประเมินการนอนหลับ (VSH sleep scale) ของ Snyder-Halpern and Verran (1987)

การฝึกทักษะการผ่อนคลาย หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นอย่างเป็นขั้นตอน เน้นการฝึกการผ่อนคลายด้วยการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อให้กับผู้ป่วย โดยพัฒนามาจากแนวคิดความเชื่อมโยงของร่างกายและจิตใจ เพื่อเป็นแนวทางในการผ่อนคลายความวิตกกังวล การลดอาการตึงเครียดทางกายและการส่งเสริมพฤติกรรมการณ์นอนหลับสำหรับผู้ป่วย

โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามการศึกษาของ Stanley et al. (2004) ซึ่งใช้กรอบแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1979) เป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรม นำการส่งเสริมการนอนหลับเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการบำบัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม เน้นให้ค้นหาและตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงร่วมกับเรียนรู้การฝึกทักษะการผ่อนคลาย เพื่อลดความวิตกกังวล ลดอาการตึงเครียดทางกายและส่งเสริมพฤติกรรมการณ์นอนหลับให้ดีขึ้น โดยดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มๆละ 10 คน ใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ติดต่อกัน สัปดาห์ละ 1 กิจกรรมๆละ 90 นาที ทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา

09.00-10.30 น. ณ คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรคจิตกังวลทั่วไป การเรียนรู้และฝึกการผ่อนคลายด้วยการหายใจ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลเพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ป่วยด้วยกันเป็นรายกลุ่ม ร่วมกับสอนให้ผู้ป่วยรู้จักและเข้าใจความหมาย สาเหตุ อาการและการรักษาโรคจิตกังวลทั่วไป จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจ การเจ็บป่วยของตนได้อย่างถูกต้อง ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการให้ความร่วมมือและการตอบสนองต่อการบำบัดและให้เรียนรู้การฝึกการหายใจเพื่อให้ร่างกายรู้สึกผ่อนคลายจิตใจสงบ มีสมาธิและคลายความวิตกกังวล

กิจกรรมที่ 2 การค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ การเรียนรู้และฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หมายถึง การสอนและฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบจากเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล จะช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาความคิดอัตโนมัติทางลบอย่างมีเหตุผลมากขึ้น สอนวิธีการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นว่าตรงตามความเป็นจริงเพียงใด จะช่วยให้ผู้ป่วยตีความได้อย่างถูกต้องและตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น ร่วมกับสอนให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองทางลบเป็นมุมมองทางบวก การมองปัญหาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรอบด้าน ทั้งข้อดี-ข้อเสีย ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไปในทางที่เหมาะสมและให้เรียนรู้การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อจะทำให้ร่างกายรู้สึกผ่อนคลายและคลายความวิตกกังวลลงได้

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา การเรียนรู้การส่งเสริมการนอนหลับ การฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หมายถึง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองหาปัญหาในแง่มุมใหม่หรือร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไขปัญหา จะส่งผลต่อพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม การสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับและปัจจัยส่งเสริมการนอนหลับ ซึ่งปัจจัยด้านความรู้จะส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมการนอนหลับที่ถูกต้องและให้เรียนรู้การฝึกการหายใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอ จะทำให้เกิดทักษะและความชำนาญในการนำไปใช้ ช่วยให้อารมณ์และจิตใจสงบ ลดความตึงเครียดทางกาย คลายความวิตกกังวลลงได้

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ การฝึกปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับ การฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางลบสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ด้วยวิธีการหยุดความคิด จะช่วยให้เกิดทักษะใหม่ในการควบคุมความคิดและสร้างความคิดใหม่ที่เหมาะสม ให้ผู้ป่วยฝึกการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับนำการฝึกการ

หายใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมาเป็นส่วนหนึ่งในการฝึก ร่วมกับการฝึกทำจิตใจให้สงบ และผ่อนคลายก่อนเข้านอน จะส่งผลให้นอนหลับได้ง่ายและหลับได้อย่างต่อเนื่องในเวลากลางคืน

กิจกรรมที่ 5 การทบทวนทักษะ สรุปกิจกรรมและยุติการทำกลุ่ม หมายถึง การสอนให้ผู้ป่วยรู้ว่าโรควิตกกังวลทั่วไปสามารถเกิดขึ้นได้อีก และเน้นให้ผู้ป่วยเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการนำเทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและการฝึกทักษะการผ่อนคลายและการส่งเสริมการนอนหลับไปใช้ในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน เพื่อลดความวิตกกังวล ลดอาการตั้งเครียดทางกายและช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการนอนหลับที่ดีอย่างต่อเนื่อง ยุติสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวช คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่มาใช้บริการ ประกอบด้วย การซักประวัติ การประเมินอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษาในรายที่มีความวิตกกังวลหรือไม่สบายใจ การให้คำแนะนำวิธีคลายความวิตกกังวลด้วยตนเองและการให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปสามารถลดความวิตกกังวล ลดอาการตั้งเครียดทางกายได้ด้วยตนเองและมีพฤติกรรมการนอนหลับที่ดีขึ้น ดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข
2. ได้พัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลที่สามารถนำไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม
3. นำองค์ความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีลักษณะใกล้เคียงกันต่อไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป โดยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยและนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความวิตกกังวล โรควิตกกังวลทั่วไปและการพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

1.1.1 ความหมายความวิตกกังวล

1.1.2 ประเภทความวิตกกังวล

1.1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

1.1.4 ระดับความวิตกกังวล

1.1.5 การประเมินความวิตกกังวล

1.2 โรควิตกกังวล

1.2.1 การจำแนกโรควิตกกังวล

1.2.2 สาเหตุการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไป

1.2.3 ลักษณะอาการผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

1.2.4 การวินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไป

1.2.5 การรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

1.3 การพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

2. การนอนหลับ การฝึกทักษะการผ่อนคลาย พฤติกรรมการนอนหลับและการพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่มีปัญหาพฤติกรรมการนอนหลับ

2.1 การนอนหลับ

2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ

2.1.2 ทฤษฎีการนอนหลับ

2.1.3 สรีระวิทยาการนอนหลับ

2.1.4 ประโยชน์ของการนอนหลับ

2.1.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับ

2.1.6 อาการและอาการแสดงของการนอนหลับไม่เพียงพอ

- 2.1.7 การส่งเสริมการนอนหลับ
- 2.1.8 การฝึกทักษะการผ่อนคลาย
- 2.2 พฤติกรรมการนอนหลับ
 - 2.2.1 ความหมายพฤติกรรมการนอนหลับ
 - 2.2.2 ปัญหาพฤติกรรมการนอนหลับ
 - 2.2.3 การประเมินพฤติกรรมการนอนหลับ
- 2.3 การให้บริการผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่มีปัญหาพฤติกรรมการนอนหลับ
- 2.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่มีปัญหาพฤติกรรมการนอนหลับ
- 3. แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
 - 3.1 ความหมาย แนวคิดและทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
 - 3.1.1 ความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
 - 3.1.2 ทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
 - 3.2 หลักการและกระบวนการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
 - 3.2.1 หลักการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
 - 3.2.2 กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
 - 3.2.3 ขั้นตอนปฏิบัติการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
 - 3.3 วิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
 - 3.3.1 วิธีการลดความวิตกกังวล
 - 3.3.2 วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นใหม่
 - 3.3.3 วิธีการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่
 - 3.4 เทคนิคในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
 - 3.4.1 เทคนิคการสอน
 - 3.4.2 เทคนิคการบำบัดทางความคิด
 - 3.4.3 เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม
- 4. โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย
- 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความวิตกกังวล โรควิตกกังวลทั่วไปและการพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

1.1.1 ความหมายความวิตกกังวล

“ความวิตกกังวล” ในภาษาอังกฤษใช้คำว่า “Anxiety” มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก มีความหมายว่า กัดให้แน่นหรือเคঁนครอ หายใจไม่ออก มาจากภาษาละตินใช้คำว่า “Anxious” ซึ่งเริ่มใช้คำนี้มาตั้งแต่ปี ค.ศ.1525 มีความหมายว่า เป็นภาวะที่ไม่สบายใจ เป็นทุกข์ เดือดร้อนใจ ความรู้สึกอึดอัดและรู้สึกว่าจะอยู่ในอันตราย ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล (Lewis, 1970 cited in Beck and Emery, 1985) ความวิตกกังวลถือเป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนที่นักจิตวิเคราะห์เชื่อว่าเริ่มเกิดขึ้นได้ตั้งแต่แรกคลอดและเกิดได้ต่อเนื่องตลอดชีวิต (ฉวีวรรณ สัตย์ธรรม, 2541) เป็นภาวะอารมณ์ที่ทุกคนคุ้นเคยในการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ (พรทิพย์ จุลเหล่า, 2548) และมีผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้มากมาย ดังนี้

Peplau (1963 cited in Greene, 1989) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองขั้นแรกต่อสิ่งที่มาคุกคามจิตใจ ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่ทำให้บุคคลเกิดความไม่สบายใจอย่างไม่รู้สาเหตุแน่ชัดและไม่มีเหตุผลของความวิตกกังวล ดูได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกทั้งทางคำพูด กิริยาท่าทางและการตอบสนองทางร่างกาย ซึ่งพฤติกรรมและการแสดงออกจะมีระดับต่ำ ปานกลาง สูงและสูงสุด

Freud (1963 cited in Lazarus, 1966) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ความไม่สุขสบายส่วนบุคคล มีลักษณะตั้งเครียดโดยไม่มีสาเหตุแน่ชัดเกี่ยวข้องกับกระบวนการของจิตไร้สำนึกที่เกิดความขัดแย้งระหว่างพลังงานกระแทกของ Id กับการควบคุมของ Ego และ Superego พลังกระแทกของ Id อาจก่อให้เกิดการคุกคามต่อคนเราเพราะไปขัดแย้งกับค่านิยมของตนเอง

Graham and Conley (1971) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่เกิดจากความไม่สบายใจ ซึ่งเกิดจากความนึกคิดหรือการทำนายเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตว่าจะมีอันตรายได้ โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลดังกล่าวจะมีทั้งภายในและภายนอกร่างกายไม่สามารถกำหนดได้แน่นอนว่ามีสาเหตุมาจากอะไร แต่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้ และเป็นส่วนหนึ่งของปฏิกิริยาตอบสนองของแต่ละบุคคลต่อภาวะวิตกกังวลนั้น

Zung (1977) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวายใจและหวุ่นวิตกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นโดยหาสาเหตุไม่ได้ มีการแสดงออกทางร่างกายและอารมณ์

Spielberger (1989) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกตั้งเครียด

หวาดหวั่น ไม่สบายใจ เป็นทุกข์และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ทำให้มีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้น เกิดจากการประเมินเหตุการณ์หรือคาดคะเนเหตุการณ์ว่าอาจจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองได้

Stuart and Sundeen (1995) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่มั่นใจต่อสภาพการณ์ในอนาคตเกรงว่าจะเกิดอันตรายหรือความเสียหาย เนื่องจากมีหรือคาดว่าจะมีสิ่งคุกคามความมั่นคงของบุคคล ขณะเดียวกันจะมีความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายร่วมด้วย

Stuart and Laria (2001) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกหงุดหงิดและไม่สบายใจ เป็นความรู้สึกต่อสถานการณ์บางอย่างที่ไม่แน่นอน ความรู้สึกหวาดหวั่นต่อผลที่อาจเกิดขึ้นบางครั้งจะรู้สึกอึดอัด กระสับกระส่าย ตื่นกลัวหรือตระหนกตกใจในบางอย่างที่ยังบอกไม่ได้ นอกจากนี้จะมีความรู้สึกไม่แน่ใจหรือไม่มั่นใจต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น

Noud and Lee (2002) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ของบุคคล เป็นความรู้สึกไม่สบายใจจากความทุกข์หรือความเกรงกลัวในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ทำให้มีอาการทางด้านร่างกาย อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม

ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมานิช หล่อตระกูล (2540) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกกังวลต่อสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นหรือคาดว่าจะไม่สามารถควบคุมให้เป็นไปตามที่คิดได้ ทำให้เกิดอาการตื่นเต้น ตกใจง่าย เครียด กลัวและประสาทอัตโนมัติทำงานมากเกินไป ทำให้มีอาการหายใจเร็ว ใจสั่น เหงื่อออก หายใจไม่อิ่ม มือ-เท้าชา เป็นต้น

มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช (2543) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นการคาดหมายว่าจะมีอันตรายหรือโชคร้ายซึ่งทำให้รู้สึกไม่สบายใจ และอาการทางกายของความตึงเครียด ซึ่งเกิดจากภายในจิตใจแต่ไม่ชัดเจนและเกิดจากภายนอกแต่ชัดเจน

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาพอารมณ์ที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจหรือมีความหวาดหวั่น อาจแสดงอาการออกมาทางด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ เหนื่อย อ่อนเพลีย โดยที่บุคคลนั้นไม่สามารถอธิบายได้แน่นอนว่ามีสาเหตุมาจากอะไร

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2545) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกหวาดหวั่น กลัว อึดอัด ไม่สบายใจและเกรงว่าจะมีสิ่งร้ายหรือเหตุการณ์ไม่ดีเกิดขึ้นกับตนเอง

จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช (2545) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกเชิงจิตวิสัยอย่างหนึ่งของความไม่สบายใจและความหวาดหวั่น เกี่ยวกับการคุกคามบางอย่างที่จะมาถึงซึ่งไม่ทราบว่าเป็นอะไร การคุกคามมักเกี่ยวข้องกับทางร่างกาย เช่น มีสิ่งที่ทำให้

ร่างกายบาดเจ็บหรือเป็นอันตราย ส่วนทางจิตใจมักเป็นการคุกคามต่อความภาคภูมิใจและความ ผาสุกแห่งตน

จากความหมายดังที่ได้กล่าวมาสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะการ เปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด ไม่สบายใจ หวาดหวั่นและเป็นทุกข์ โดยไม่สามารถ บ่งชี้ได้แน่ชัดว่าอะไรคือสิ่งเร้าหรือสาเหตุ เกิดจากการประเมินเหตุการณ์หรือคาดคะเนเหตุการณ์ ว่าอาจจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองได้ ทำให้เกิดการตอบสนอง ทางด้านร่างกาย อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ทั้งนี้ระยะเวลาและความรุนแรงขึ้นอยู่กับ ระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นด้วย

จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลนั้นมีผู้อธิบายไว้หลายทัศนะด้วยกัน การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาความวิตกกังวลตามแนวคิดนักพฤติกรรม-ปัญญานิยม ซึ่งเน้นและให้ความสำคัญต่อ กระบวนการทางปัญญามากและนำมาใช้เป็นสื่อกลางระหว่างสิ่งเร้ากับอารมณ์และพฤติกรรม โดยเชื่อ ว่าความวิตกกังวลเป็นภาวะที่ไม่ได้เกิดขึ้นโดยตรงจากเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบบุคคล แต่เกิดจาก การที่กระบวนการทางปัญญา (ความคิด ความเชื่อ ความหวัง ฯลฯ) ได้รับรู้และประเมินสิ่งเร้าว่าจะ ทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามชีวิตตนเอง จึงทำให้เกิดพฤติกรรม อารมณ์รวมทั้งลักษณะทางสรีระ วิทยาที่เป็นปัญหาเกิดขึ้น (Spielberger et al., 1984) ดังนั้น การเกิดความวิตกกังวลตามแนวคิด นักพฤติกรรม-ปัญญานิยม จึงพิจารณาที่การรับรู้และการประเมินสิ่งเร้าของกระบวนการทาง ปัญญาเป็นหลักซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดของ Spielberger (1989) ซึ่งเป็นบุคคลที่มีชื่อเสียงบุคคล หนึ่งในกลุ่มนักพฤติกรรม-ปัญญานิยมและได้ศึกษาเรื่องความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่องมานาน ได้ ให้นำแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลไว้ว่าเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น ไม่สบายใจ เป็น ทุกข์และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ทำให้มีการทำงานของระบบประสาท อัดโนมตีเพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดจากการประเมินเหตุการณ์หรือคาดคะเนเหตุการณ์ว่าอาจจะทำให้เกิด ความไม่พึงพอใจหรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองได้

ดังนั้น ลักษณะการรับรู้และการประเมินของกระบวนการทางปัญญาที่ทำให้เกิด ความวิตกกังวลตามแนวคิดของ Spielberger (1989) มีลักษณะสำคัญซึ่งอธิบายได้ ดังนี้

- 1) การรับรู้และการประเมินสิ่งเร้าว่าจะมีผลในทางลบ ประกอบกับการประเมิน ศักยภาพของตนเองอยู่ในระดับต่ำกว่าความเป็นจริง
- 2) การรับรู้และการประเมินสิ่งเร้ามีความผิดพลาด ดังต่อไปนี้
 - ก) บุคคลคิดตัดสินสิ่งเร้าที่กำลังเผชิญอยู่ว่าจะทำให้เกิดอันตรายได้มาก เกินกว่าความเป็นจริงและประเมินระดับของอันตรายสูงมากเกินไป

ข) บุคคลมักมีลักษณะที่จะมีแนวโน้มในการคิดต่อสิ่งเร้าไปในทางลบ โดยไม่สนใจที่จะหาเหตุผลในทางบวกที่มีอยู่

ค) บุคคลมักจะคิดว่าสิ่งเร้าอาจจะนำไปสู่อันตรายได้

3) บุคคลประเมินว่าตนเองมีศักยภาพต่ำกว่าเดิมนั้น และไม่เพียงพอที่จะรับมือสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบได้ เพราะสิ่งเร้ามีความรุนแรงมากขึ้นกว่าเดิม เช่น ภาวะที่จะต้องย้ายสถานที่ทำงานใหม่ซึ่งงานมากขึ้นกว่าเดิม การเดินทางไปทำงานต่างประเทศและต้องใช้ภาษาต่างประเทศ รวมถึงการที่ต้องปรับตัวในหลายๆเรื่อง เป็นต้น

4) การขาดทักษะบางประการ เช่น ทักษะการวิเคราะห์เหตุการณ์อย่างเป็นระบบให้ชัดเจน ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทักษะในการเข้าสังคม เป็นต้น การขาดทักษะเหล่านี้จะส่งเสริมให้การรับรู้และการประเมินเหตุการณ์รุนแรงมากขึ้น และทำให้ประเมินศักยภาพของตนเองต่ำลง ซึ่งเป็นสิ่งส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวลได้

จะเห็นได้ว่าลักษณะการเกิดความวิตกกังวลตามแนวคิดของ Spielberger จะมุ่งให้ความสำคัญกับการรับรู้และการประเมินสิ่งเร้าว่าจะมีผลต่อตนเองในด้านลบ กอปรกับประเมินศักยภาพตนเองอยู่ในระดับต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งการรับรู้และการประเมินเหตุการณ์ในลักษณะนี้จะนำไปสู่ความวิตกกังวล จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงเลือกแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบของ Hollon and Kendoll (1980) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง เนื่องจากแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ สามารถสะท้อนถึงการรับรู้และการค้นหาเนื้อหาของความคิดในทางลบของผู้ประเมินที่มีต่อตนเองซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่นำไปสู่ความวิตกกังวล และจากการวิเคราะห์แบบประเมินพบว่าคะแนนที่ได้ไม่มีความแตกต่างในเรื่องเพศและอายุ สามารถใช้ประเมินในบุคคลทั่วไปได้ (Furlong and Tian, 2002) นอกจากนั้นยังใช้เป็นเครื่องมือตรวจสอบและประเมินโปรแกรมที่ใช้ในการดำเนินการทดลองว่าเป็นไปตามกระบวนการตามขั้นตอนหรือไม่ (เอี่ยมเดือน เนตรขแมม, 2541)

1.1.2 ประเภทความวิตกกังวล

จากแนวคิดความวิตกกังวลที่กล่าวมาแล้วนั้น Spielberger, Pollans and Worden (1984) และ Spielberger and Krasner (1988) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1.1.2.1 ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State-Anxiety or A- State) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลเฉพาะเวลาที่มีเหตุการณ์เข้ามากระทบ ซึ่งมีแนวโน้มที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรืออาจก่อให้เกิดอันตรายต่อบุคคล ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกตึงเครียด

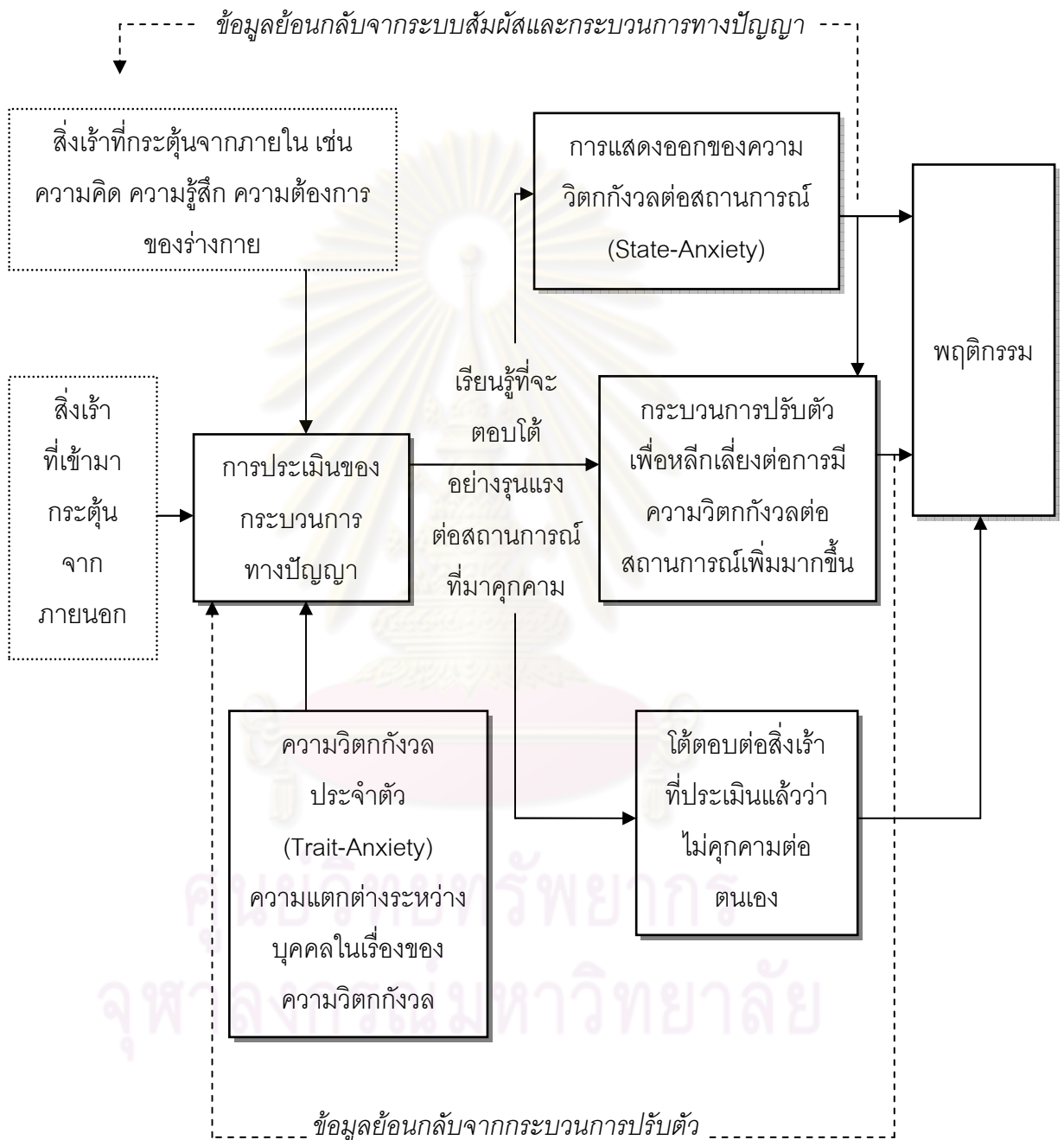
หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานเพิ่มมากขึ้น ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลขณะปัจจุบันจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับระดับความวิตกกังวลประจำตัวและประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

1.1.2.2 ความวิตกกังวลประจำตัว (Trait-Anxiety or A-Trait) คือ ลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการประเมินสิ่งเร้า โดยมีแนวโน้มที่จะรับรู้และประเมินหรือคาดคะเนสิ่งเร้าว่าอาจจะคุกคามหรืออาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ส่งผลให้มีความวิตกกังวลเกิดขึ้น โดยทั่วไปแล้วทุกคนจะมีความวิตกกังวลประเภทนี้ซึ่งเป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคลและเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ (Personality trait) จะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะพฤติกรรมโดยตรงแต่จะเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน

จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลทั้ง 2 ประเภทนี้มีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบบุคคล กระบวนการทางปัญญา เช่น ความคิด ความเชื่อ ความหวังรวมทั้งความวิตกกังวลประจำตัวจะทำหน้าที่ประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ เมื่อประเมินได้ว่าสิ่งเร้า นั้นจะคุกคามหรืออาจก่อให้เกิดอันตรายจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสภาพการณ์ดังกล่าว ดังแสดงออกมาเป็นความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ฉะนั้น บุคคลที่มีระดับความวิตกกังวลประจำตัวสูงจะรับรู้และประเมินเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ได้เร็วกว่าบุคคลที่มีระดับความวิตกกังวลประจำตัวต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือเหตุการณ์ที่คุกคามต่อความมีคุณค่าในตนเองของบุคคล (Guadry and Spielberger, 1971; Spielberger and Guerrero, 1982 อ้างถึงใน พัชรินทร์ นินทจันทร์, 2538)

สรุป ลักษณะการเกิดความวิตกกังวลและความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลขณะปัจจุบันกับความวิตกกังวลประจำตัว Spielberger, Pollans and Worden (1984) และ Spielberger and Krasner (1988) ได้อธิบายว่า เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบบุคคลไม่ว่าจะเป็นสิ่งเร้าภายนอกหรือสิ่งเร้าภายใน และถูกกระบวนการทางปัญญารับรู้และประเมินว่าสิ่งเร้า นั้นเป็นสิ่งที่มาคุกคามหรืออาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง รวมทั้งประเมินความสามารถและศักยภาพของตนเองต่ำกว่าสิ่งเร้า นั้น ก็เกิดปฏิกิริยาการโต้ตอบต่อเหตุการณ์ที่มาคุกคามในระดับที่รุนแรงกว่าปกติอันมีผลก่อให้เกิดความวิตกกังวลขณะปัจจุบันขึ้น ระดับความรุนแรงและระยะเวลาในการเกิดความวิตกกังวลขณะปัจจุบันจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับความถี่ของสิ่งเร้า ประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคลและระดับความวิตกกังวลประจำตัว ดังนั้น บุคคลที่มีระดับความวิตกกังวลประจำตัวสูง จะเป็นตัวเสริมให้ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันสูงกว่าบุคคลที่มีระดับความวิตกกังวลประจำตัวต่ำ และการประเมินดังกล่าวมีผลทำให้บุคคลเกิดความวิตกกังวลขณะปัจจุบันขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลใช้กลไกการปรับตัวโดยการหลีกเลี่ยงหรือเข้าเผชิญ เพื่อลดความ

วิตกกังวลที่เกิดขึ้น ผลการเผชิญความวิตกกังวลก็จะเป็นข้อมูลย้อนกลับไปที่กระบวนการคิดเพื่อเรียนรู้ที่จะประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามาใหม่ต่อไป สามารถอธิบายลักษณะความวิตกกังวล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงลักษณะการเกิดความวิตกกังวลและความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัว

ที่มา: Spielberger and Krasner (1988) อ้างถึงใน ดาราวรรณ ตะปินตา (2534)

1.1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

Melvin (1978 อ้างถึงใน นันทินี ศุภมวงค, 2547) กล่าวว่า ความวิตกกังวลสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกๆ เหตุการณ์เมื่อบุคคลรู้สึกว่าจะถูกคุกคาม และปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมี 3 ประการ คือ

1.1.3.1 สัญลักษณ์ (Symbols) ได้แก่ ความคิดเห็น (Ideas) ค่านิยม (Values) มโนทัศน์ (Concepts) หรือระบบของความคิด (Systems of thought) ซึ่งบุคคลจะให้ความหมายของสัญลักษณ์เหล่านี้ทั้งต่อสิ่งภายนอกและภายในตนเอง เมื่อเกิดการคุกคามหรือการสูญเสียสัญลักษณ์เหล่านี้ บุคคลจะเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

1.1.3.2 การคาดการณ์ล่วงหน้า (Anticipation) คือ การประเมินหรือการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่จะมาคุกคามทำให้เกิดความขัดแย้ง ซึ่งอาจเกิดได้ทั้งในจิตสำนึกและจิตสำนึก ความขัดแย้งนี้เป็นผลให้เกิดความวิตกกังวล

1.1.3.3 ความไม่แน่นอน (Uncertainty) คือ ความคลุมเครือของเหตุการณ์ในอนาคตซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่อาจล่วงรู้ได้และไม่แน่นอน บุคคลจะรู้สึกว่าเป็นการคุกคามมีผลก่อให้เกิดความวิตกกังวล

เมื่อศึกษาถึงปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวล Stuart and Sundeen (1987) พบว่า เกิดจากการที่บุคคลนั้นถูกคุกคามต่อเอกลักษณ์ของตน (Individual identity) ต่อการยอมรับนับถือหรือต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ซึ่งอาจเป็นผลต่อเนื่องกับการไม่ได้รับความรัก การพลัดพราก การสิ้นสุดสัมพันธภาพและการสูญเสียหน้าที่ เป็นต้น และ Mc.farland and Thomas (1991 อ้างถึงใน นันทินี ศุภมวงค, 2547) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่อาจจะเป็นสาเหตุหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดความวิตกกังวลไว้ ดังนี้

1) การคุกคามต่ออัตมโนทัศน์ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ได้รับการระบุว่า เป็นสาเหตุของความวิตกกังวล สิ่งที่ถูกคุกคามอัตมโนทัศน์ เช่น การไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลสำคัญของตน การที่ไม่ประสบความสำเร็จตามความคาดหวังของตนและการที่รู้สึกว่าไร้ค่า ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม เป็นต้น

2) การที่บุคคลไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการของตน ไม่ว่าจะในด้านร่างกาย ความปลอดภัย ความรัก ความเป็นเจ้าของ ความเป็นคุณค่าในตนเองหรือความสำเร็จในชีวิต

3) การเผชิญกับวิกฤตเหตุการณ์ในชีวิต การเผชิญกับความคุกคามต่อความมั่นคงทางสรีระจิตสังคมโดยไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า รวมถึงวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นโดยปกติในช่วงชีวิตของบุคคล

- 4) การคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ ความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงความพิการหรือไร้สมรรถภาพต่างๆ
- 5) การคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ เช่น การเจ็บป่วยที่เข้ารับ รักษาในโรงพยาบาลอาจทำให้บุคคลต้องเปลี่ยนจากพึ่งพาตนเองไปพึ่งพาผู้อื่นแทน
- 6) การคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงแบบแผนของปฏิสัมพันธ์ อาจเกิด จากการแยกจากบ้าน ครอบครัว เพื่อนหรืองานที่เคยทำ
- 7) การคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อม เช่น การย้ายที่อยู่ อาศัย การเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติ เป็นต้น
- 8) ปัญหาทางเศรษฐกิจ
- 9) ความขัดแย้งระหว่างค่านิยมและเป้าหมายต่างๆในชีวิต
- 10) การรับเอาความวิตกกังวลมาจากผู้อื่น การที่ต้องติดต่อสื่อสารกับ บุคคลที่มีความวิตกกังวลอาจทำให้รับเอาความวิตกกังวลมาสู่ตนเองได้
- 11) การรับรู้เกี่ยวกับความตายหรือการคุกคามจากความตาย

นอกจากนี้ภาวะเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความขัดแย้งและความกระวน กระวายก็เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งบุคคลส่วนใหญ่มีความคุ้นเคยเป็นอย่างดี เนื่องจากบุคคลมีสิ่งจูงใจหรือมีเป้าหมายบางอย่างในชีวิตด้วยเหตุผลต่างๆกันไป และบุคคลมักจะ ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ตามที่มุ่งหวังเสมอไป

1.1.4 ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลจะมีระดับความรุนแรงไม่เท่ากัน แม้ว่าจะ เกิดจากสิ่งเร้าที่เหมือนกันก็ตาม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความหมายของสิ่งเร้าที่มีต่อบุคคลและบุคลิกภาพ เดิมของบุคคลนั้นด้วย นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับความแตกต่างของการรับรู้ในแต่ละบุคคลและ ประสบการณ์เดิมด้วยเช่นกัน โดยทั่วไปแล้วระดับความวิตกกังวลสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ (นันทินี ศุภมวงคณ, 2547; Stuart and Laraia, 2001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความวิตกกังวลและปฏิกิริยาทางด้านพฤติกรรม อารมณ์และความคิด

ระดับ ความวิตกกังวล	ด้านพฤติกรรม	ด้านอารมณ์	ด้านความคิด
ระดับเล็กน้อย (Mild anxiety)	สงบ สุขุม มีสมาธิ ระมัดระวังคำพูด การ รับรู้ตัวดี มีสติ ดำเนิน กิจกรรมต่างๆได้ตาม ปกติ	รู้สึกปลอดภัย สบาย ใจ ไม่มีการแสดงออก ของอารมณ์ชนิดใดๆ มากเกินไป	รับรู้สภาพแวดล้อมดี มีความคิดสร้างสรรค์ วางแผนและนึกคิดสิ่ง ใหม่ๆ
ระดับปานกลาง (Moderate anxiety)	เริ่มมือสั่น-ตัวสั่นเล็ก น้อย อาจนั่งไม่ค่อย ติดที่ ไม่ค่อยสงบ พุด บ่นมากขึ้น หงุดหงิด เสียงดัง และเริ่มมี พฤติกรรมมากขึ้น	เริ่มมีอาการหงุดหงิด แสดงท่าทีหวาดหวั่น หมกมุ่นกับสิ่งที่กำลัง จะเกิดขึ้นหรืออาจจะ หลีกเลี่ยงเพราะกลัว หรืออาย	รับรู้สภาพแวดล้อม แคบลง สนใจแต่ในสิ่ง หนึ่งสิ่งใดมาก คิดแต่ จะแก้ปัญหาเฉพาะจุด ใดจุดหนึ่งอย่างมุ่งมั่น
ระดับสูง (Severe anxiety)	มือ-แขน-ขา สั่นจน สังเกตเห็นได้ นั่งไม่ติด ลูกลี้ลูกลอน เปลี่ยนท่า นั่งไปมา พุดมากขึ้น พุดเร็วจนเริ่มฟังไม่รู้ เรื่องและเริ่มมีนอนไม่ หลับ	เกิดอาการหวาดกลัว รู้สึกไม่มีความสุข กระวนกระวายใจ รู้สึก ไม่มั่นคง หรือ ไม่ ปลอดภัย รู้สึกท้อแท้ หรืออยู่ในสภาพจำ อะไรไม่ได้	รับรู้สภาพแวดล้อม แคบลงจนจำอะไร ไม่ได้ แสดงถึงความ คิดสับสน คิดอะไรไม่ ออก สมาธิไม่ดี ตัด สินใจไม่ได้ หลงๆลี้มๆ
ระดับรุนแรง (Panic anxiety)	ตัวสั่นจนทำอะไรไม่ ถูก พุดไม่รู้เรื่อง เสียง สั่น หลีกหนี กลัวตาย ตะโกนเสียงดัง ตื่น ตระหนก และอาจเข้าไป ทำร้ายคนอื่น	หวาดกลัวสุดขีด รู้สึก หมดหนทาง กลัวถูก ทอดทิ้ง ให้เผชิญ เหตุการณ์คนเดียว และกลัวตาย	การรับรู้สภาพแวด ล้อมจำกัดมาก คิด อะไรไม่ออก แก้ปัญหา ไม่ได้ สับสนและตัด สินใจอะไรไม่ได้

จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อยจะก่อให้เกิดผลในทางสร้างสรรค์กับบุคคลนั้นๆ ทำให้บุคคลมีการแก้ปัญหาและทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น สำหรับความวิตกกังวลระดับปานกลางหากปล่อยไว้โดยไม่ได้รับการแก้ไขจะเพิ่มระดับสูงขึ้น ซึ่งจะไปขัดขวางการทำกิจกรรมต่างๆ ของบุคคลได้หรือหากปล่อยไว้นานเกินไปอาจเกิดการเจ็บป่วย และกลายเป็นโรควิตกกังวลในที่สุดซึ่งจะส่งผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ ดังนั้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางขึ้นไปจึงต้องได้รับการช่วยเหลือเพื่อลดระดับความวิตกกังวลอย่างมีประสิทธิภาพ

1.1.5 การประเมินความวิตกกังวล

การประเมินความวิตกกังวลสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การพูดคุย การสังเกต การรับฟังและการใช้เครื่องมือในการประเมิน เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวลจะมีอาการและอาการแสดงออกของความวิตกกังวลทั้งทางด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรม (Smeltzer and Bare, 2000) ดังนั้น การประเมินความวิตกกังวลจึงสามารถประเมินได้ทั้งทางสรีระวิทยา จากพฤติกรรมที่แสดงออกมาและประเมินได้ด้วยตนเอง ดังนี้

1.1.5.1 การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา (Physiological measure of anxiety) เป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาที่ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ระดับความดันโลหิต การวัดความตึงของกล้ามเนื้อ การขยายของรูม่านตา เป็นต้น โดยสามารถประเมินด้วยเครื่องมือวัดทางสรีระวิทยาทั่วไปแต่การวัดวิธีนี้ค่อนข้างลำบาก เนื่องจากแต่ละบุคคลจะมีการแสดงออกของความวิตกกังวลที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้น ระดับความวิตกกังวลอาจไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Grimm, 1997)

1.1.5.2 การประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral measure of anxiety) เป็นการแสดงความผันแปรในด้านต่างๆ เช่น การพูด การเคลื่อนไหว การรับรู้และความสอดคล้องกันของการทำงานในร่างกาย มาจากความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนอารมณ์ภายในจิตใจซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น การแสดงออกทางสีหน้าที่แสดงถึงความเคร่งเครียด การพูดที่แสดงถึงความไม่สบายใจ กระสับกระส่าย การกัดเล็บหรือกัดปาก เป็นต้น การวัดจะใช้เครื่องมือสังเกตพฤติกรรม เช่น แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมที่สร้างโดย Graham and Conley (1971) หรือแบบวัดอัตราการพูดของ (Mahl, 1956)

1.1.5.3 การประเมินโดยให้บุคคลรายงานความวิตกกังวลด้วยตนเอง (Self - report Inventories or Questionnaires) ซึ่งอาจเป็นการรายงานด้วยวาจา ด้วยการเขียนหรือตอบคำถามจากแบบสอบถาม (Spielberger, 1985; Spielberger et al., 1995) เช่น

1) Anxiety Status Inventory (ASI-SAS) พัฒนาโดย Zung (1971 cited in Grimm, 1997) ประกอบด้วย 2 แบบวัดคือ ASI และ Self-rating Anxiety Scale (SAS) ทั้งสองแบบวัดนี้ใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตในคลินิก มีรายงานว่าสามารถใช้กับบุคคลไม่มีอาการทางจิตได้เช่นกัน

2) The Institute for Personality and Ability Testing (IPAT) พัฒนาขึ้นโดย Cattell and Scheier ในปี ค.ศ. 1903 เพื่อประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยในคลินิก เป็นแบบวัดที่เกี่ยวกับความรู้สึกทั่วไปและพฤติกรรมที่แสดงออกมา (Trait anxiety)

3) The Taylor (1953) Manifest Anxiety Scale (TMAS) สร้างขึ้นโดย Taylor (1950 cited in Grimm, 1997) เป็นการประเมินความแตกต่างของปัจจัยกระตุ้นและความเครียดตามโครงสร้างของ Cameron และจาก Spence-Taylor theory of emotionally based-drive ใช้เพื่อเลือกกลุ่มที่มีความวิตกกังวลสูงและความวิตกกังวลต่ำที่แตกต่างกันในระดับของแรงขับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ ให้เลือกถูก-ผิด

4) Mamiton (1959) Rating Scale เป็นการประเมินอาการของความวิตกกังวลโดยการสังเกต

5) State-Trait Anxiety Inventory (STAI) เริ่มต้นสร้างขึ้นโดย Spielberger et al. ในปี ค.ศ. 1964 มีการปรับปรุงและเริ่มใช้ในปี ค.ศ.1970 คือ STAI from X จากผลการศึกษาวิจัยได้มีการพัฒนาและปรับปรุงเรื่อยมาและแก้ไขใหม่ในปี ค.ศ.1983 คือ STAI from Y (Spielberger et al., 1983) โดยมีแนวคิดพื้นฐานที่ให้ความสนใจต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบกระบวนการทางปัญญา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการทางปัญญาและการแสดงออกของพฤติกรรม ซึ่งเป็นแนวคิดของกลุ่มพฤติกรรม-ปัญญานิยม (दाराररण त्तेपिन्ता, 2534) ในแบบวัด STAI from Y จะแยกวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัว ซึ่ง STAI from Y-1 เป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบันให้ตอบตามรู้สึกในขณะนั้น ส่วน STAI from Y-2 เป็นแบบวัดความวิตกกังวลประจำตัวให้ตอบตามความรู้สึกทั่วไป ซึ่งแบบวัดแต่ละชนิดประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ เลือกตอบได้ 4 คำตอบ จากไม่มีความรู้มันเลยจนถึงมีมากที่สุด ในการตอบแต่ละข้อผู้ตอบต้องไม่ใช้เวลาในการตัดสินใจนานมากเกินไป จึงจะเป็นการตอบที่ตรงกับภาวะความเป็นจริงมากที่สุด

จะเห็นได้ว่า การวัดความวิตกกังวลสามารถทำได้จากวิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีร่วมกันขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดความวิตกกังวล STAI from Y ของ Spielberger et al. (1983) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่ใหม่ นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในบุคคลหลายกลุ่ม (Grimm, 1997) มีค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงเป็นที่ยอมรับ

(Spielberger, 1983 cited in Leske,1996) และยังไม่พบปัญหาในการใช้แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม (Spielberger and Krasner, 1988) ผู้ป่วยสามารถตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวได้ด้วยตนเอง แบบวัดชุดนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านเครื่องมือและภาษา (นิตยา คชศิลา, 2548)

1.2 โรควิตกกังวล

1.2.1 การจำแนกโรควิตกกังวล

โรควิตกกังวล (Anxiety disorder) เป็นกลุ่มโรคที่มีความวิตกกังวลและการหลีกเลี่ยง (Avoidance) เป็นอาการสำคัญ มีอาการและอาการแสดงแตกต่างกัน สามารถแบ่งย่อยออกเป็น 5 กลุ่มโรค (วุฒิชัย บุญยฤทธิ์ และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2542; อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ได้แก่

1.2.1.1 Panic disorder มีลักษณะอาการแสดงถึงความตื่นตระหนกอย่างสูงสุด อาการที่เกิดขึ้นมักไม่มีอาการเตือนล่วงหน้า แต่จะเกิดขึ้นอย่างกะทันหันและมีอาการเช่นนี้ได้บ่อยกับบุคคลที่มีความกลัวผิดปกติชนิด Agoraphobia ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความท้อแท้ ขาดความมั่นใจในตนเองและไม่ค่อยออกไปนอกบ้านคนเดียว

อาการที่พบ ได้แก่ หายใจไม่ออก หายใจถี่ งุนงงหรือเป็นลม หัวใจเต้นแรงและเร็ว มือ แขน ขาและลำตัวสั่น เหงื่อออกมาก ปวดท้อง ลำไส้ปั่นป่วนและคลื่นไส้ ซาปลายมือปลายเท้าเหมือนเป็นอัมพาต ร้อนวูบวาบตามตัว เจ็บหรือแน่นหน้าอกและตื่นตระหนกกลัวตาย แสดงท่าทีขาดการควบคุมตัวเอง

1.2.1.2 Phobia disorder มีลักษณะอาการแสดงถึงความกลัวในบางสิ่งบางอย่างมากเกินไป เป็นความกลัวอย่างขาดเหตุผลและไม่สัมพันธ์กับอันตรายที่ควรเกิด สิ่งที่ทำให้กลัวอาจเป็นวัตถุ สิ่งของหรือเหตุการณ์บางอย่างที่พบได้มากมี ดังนี้

1) Agoraphobia หมายถึง ความกลัวที่เข้าไปอยู่ในที่กว้างๆ ในที่สาธารณะหรือในที่ที่มีคนมากๆ เช่น โรงภาพยนตร์ ในร้านอาหารหรือในห้างสรรพสินค้า ความกลัวชนิดนี้พบได้มาก ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นมักเป็นแบบกะทันหันเช่นเดียวกับผู้ป่วยในกลุ่ม panic disorder เมื่อบุคคลเกิดอาการเช่นนี้บ่อยๆจะส่งผลต่อจิตใจค่อนข้างมาก บางคนไม่รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับตนจึงหนีไปใช้สารเสพติดเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจให้กับตนเอง ซึ่งอาจพบผู้ป่วยได้ในแผนกฉุกเฉิน เช่น ผู้ป่วยมาด้วยอาการหายใจเร็วและถี่ (Hyperventilation) เจ็บแน่นหน้าอกเหมือนเป็นโรคหัวใจหรืออาการเจ็บป่วยทางร่างกายอื่นๆที่มีลักษณะเฉียบพลัน

2) Social phobia หมายถึง ความกลัวในการเข้าสังคม กลัวในการปรากฏตัวต่อหน้าผู้คน กลัวถูกวิพากษ์วิจารณ์หรือกลัวการแสดงความสามารถต่อหน้าผู้อื่น ซึ่งสามารถสังเกตอาการได้เมื่อผู้ป่วยต้องออกไปพูดต่อหน้าชุมชน ผู้ป่วยจะแสดงท่าทีหวาดหวั่น พูดตะกุกตะกัก หยุตพูดหรือพูดไม่ออก บางคนคลีนไสล้อเจียน ความกลัวชนิดนี้มักเกิดร่วมกับความกลัวชนิด Agoraphobia และความวิตกกังวลผิดปกติแบบ Generalized anxiety disorder

3) Simple phobia (Specific phobia) หมายถึง ความกลัวที่เฉพาะเจาะจงต่อบางสิ่งบางอย่างอาจเป็นสิ่งของหรือเหตุการณ์บางอย่าง โดยที่จะแสดงอาการหวาดกลัวถ้าเข้าไปเผชิญซึ่งมีอาการต่างๆเช่นเดียวกับผู้ป่วย Panic disorder แต่ถ้าไม่เผชิญจะไม่แสดงอาการหวาดกลัว ผู้ที่มีความกลัวเช่นนี้จะตระหนักว่าตนเองกลัวอะไรและเข้าใจดีว่าไม่มีเหตุผลในการกลัว แต่ผู้ป่วยก็ไม่สามารถทำให้ตนหายกลัวได้ ดังตัวอย่าง

Acrophobia	หมายถึง	กลัวที่สูง
Ailurophobia	หมายถึง	กลัวแมว
Aquaphobia	หมายถึง	กลัวน้ำ
Brontophobia	หมายถึง	กลัวฟ้าร้อง
Claustrophobia	หมายถึง	กลัวที่แคบๆ
Mikrophobia	หมายถึง	กลัวเชื้อโรค
Thanatophobia	หมายถึง	กลัวตาย

1.2.1.3 Obsessive-Compulsive disorder

Obsessive หมายถึง ความคิดที่ติดแน่นเลิกคิดไม่ได้ เป็นแรงขับที่กระตุ้นให้มีการคิดซ้ำๆหยุดไม่ได้และควบคุมไม่หยุดคิดไม่ได้เช่นกัน ลักษณะการคิดที่พบบ่อยได้แก่ คิดถึงเหตุร้าย คิดถึงการเจ็บป่วยของร่างกายและคิดถึงการแต่งงานล้ม

Compulsive หมายถึง พฤติกรรมที่มีลักษณะทำซ้ำๆ ทำเหมือนเดิม มีความตั้งใจในรูปแบบเดิมๆโดยไม่มีเหตุผล เช่น การล้างมือ การจับและการตรวจสอบ

ดังนั้น Obsessive-Compulsive disorder จึงมีลักษณะอาการแสดงถึงการคิด-การทำในสิ่งซ้ำๆโดยที่หยุดไม่ได้ ถ้าไม่ได้ทำตามที่ตนคิดจะยิ่งแสดงอาการของความวิตกกังวล ฉะนั้นต้องไปทำให้ได้ซึ่งผู้ป่วยก็ตระหนักว่าไม่มีเหตุผลแต่ควบคุมตัวเองไม่ได้ ดังนั้นจึงทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์ท้อแท้หรือซึมเศร้าและคุณภาพโดยรวมของการดำเนินชีวิตลดลง บางคนรู้สึกว่าการตนเองแย่มากและถึงกับตัดสินใจฆ่าตัวตายได้

1.2.1.4 Post - traumatic stress disorder มีลักษณะอาการแสดงถึงความวิตกกังวลที่เกิดจากการที่บุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่รุนแรงต่อชีวิต โดยเกินกว่าสภาวะปกติ

ที่บุคคลทั่วไปจะรับได้ ได้แก่ เหตุการณ์ที่ทำให้ตกใจสุดขีด เหตุการณ์รุนแรงและบีบคั้นให้บุคคลต้องจมนมหรืออาจต้องเสียชีวิตรวมถึงเหตุการณ์ทางธรรมชาติ เช่น เชิญญแผ่นดินไหว เชิญญสึนามิ เชิญญกับตึกถล่ม เข้าไปติดอยู่ในบริเวณไฟไหม้ เป็นต้น

อาการแสดงถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วย อาจแสดงอาการทันทีเมื่อรอดพ้นมาจากเหตุการณ์หรืออาจแสดงอาการเมื่อเหตุการณ์นั้นผ่านพ้นมาแล้ว ซึ่งถ้าเป็นกรณีนี้อาการแสดงออกจะซับซ้อนและมีความยุ่งยากในการประเมิน ดังนั้น ผู้วิจัยขอกล่าวถึงเฉพาะอาการแสดงทันทีเมื่อบุคคลรอดพ้นมาจากเหตุการณ์

อาการที่พบ ได้แก่ หงุดหงิดครุ่นคิดถึงเหตุการณ์ หงุดหงิดไม่ได้ ทำที่หวาดหวั่น ตกใจง่าย มีท่าทีมีนงง บางครั้งสับสน นอนไม่หลับ ถ้านอนหลับมักฝันร้ายและตกใจตื่น โดยอาการต่างๆจะเกิดร่วมกับอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว บางคนมีอาการ Hyperventilation เบื่ออาหารและคลื่นไส้อาเจียน

1.2.1.5 Generalized anxiety disorder (GAD) มีลักษณะสำคัญ คือ ความวิตกกังวล (Anxiety) และความไม่สบายใจ (Worry) อย่างมาก เป็นความผิดปกติที่มีความวิตกกังวลอันไม่เหมาะสมกับความเป็นจริงหรือมากเกินไปเกิดขึ้นและดำรงอยู่อย่างต่อเนื่อง ความวิตกกังวลมีลักษณะแผ่กระจายไปในหลายๆเรื่อง ไม่เฉพาะเจาะจงอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ (Generalized) แต่จะมีอาการแสดงถึงความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา การดำเนินชีวิตไม่มีความสุขโดยไม่รู้ที่เกิดจากอะไร อาการเช่นนี้จะดำเนินต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน ตลอดเวลาที่มีความวิตกกังวล ผู้ป่วยจะไม่มีอาการแสดงแบบเฉียบพลันเหมือนอาการของ Panic ดังนั้น ผู้ป่วยจึงมักพบได้ทั่วไปและมักมาโรงพยาบาลด้วยการเจ็บป่วยทางร่างกาย หรือแสดงอาการของอารมณ์ซึมเศร้า

อาการที่พบ ได้แก่ ปวดในส่วนต่างๆของร่างกายที่พบบ่อย คือ ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดไหล่และปวดต้นคอ อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น มีอาการหัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น ร้อนตามร่างกาย อาการทางกายอื่นๆ เช่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวกหรือรู้สึกหายใจไม่อิ่ม ปาก-คอแห้ง อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ นอกจากนี้จะมีอารมณ์หงุดหงิด กระสับกระส่าย ขาดสมาธิและทำอะไรก็

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรควิตกกังวล (Anxiety disorders) ผู้วิจัยจะขอกล่าวถึงสาเหตุการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไปเท่านั้น เนื่องจากเกี่ยวข้องกับทฤษฎีการวิจัยในครั้งนี้

1.2.2 สาเหตุการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไป

ในหลายๆทฤษฎีได้อธิบายสาเหตุการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไป (วฤมิชัย บุญยณฤธิ์

และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2542; อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ไว้ดังนี้

1.2.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factors) แบ่งออกเป็น

1) ด้านกายภาพของระบบประสาท (Neuroanatomical factors) พบว่า คนบางคนมีลักษณะทางกายภาพของระบบประสาทบกพร่องมาตั้งแต่กำเนิด ส่งผลให้การสื่อสารทางชีวเคมีบางอย่างแตกต่างจากผู้อื่น จึงกระตุ้นให้ตื่นตระหนกได้ง่ายหรือในบางกรณีมาด้วยความบกพร่องภายหลังการเจ็บป่วยบางอย่าง เช่น การเป็นโรคลมชัก

2) ด้านความแปรปรวนของประสาทเคมี (Neurochemical disturbances factors) จากการที่ยาในกลุ่ม Benzodiazepines และ Buspirone สามารถใช้รักษาโรควิตกกังวลทั่วไปได้ ทำให้เกิดสมมติฐานว่าโรควิตกกังวลทั่วไปเกิดจากความผิดปกติของระบบ Gamma-Aminobutyric acid (GABA) และ/หรือ Serotonin

3) ด้านการเจ็บป่วยบางอย่าง (Medical factors) เช่น พบได้ในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหัวใจแบบเฉียบพลันหรือการเจ็บป่วยรุนแรงอื่นๆ

4) ด้านพันธุกรรม (Genetic factors) แม้ว่าจะยังมีการศึกษาน้อยในแง่ขณะนี้ แต่บางการศึกษาพบว่าโรควิตกกังวลทั่วไปในผู้หญิงมีความสัมพันธ์ทางพันธุกรรมกับ Major depressive disorder หรือในการศึกษาของ Noyes et al. (1987 อ้างถึงใน สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536) ได้ศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า มีอุบัติการณ์ของโรคนี้ในบิดา มารดาและบุตรสูงกว่าในกลุ่มควบคุม แต่มีอุบัติการณ์ของโรคทางจิตเวชอื่นๆไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม

1.2.2.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial factors) แบ่งออกเป็น

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) โรควิตกกังวลทั่วไปมีสาเหตุมาจากความขัดแย้งของจิตในระดับ Unconscious โดย Sigmund Freud อธิบายการตอบสนองของร่างกายว่าเป็นขบวนการปกปิดที่เกิดขึ้นเพื่อกำจัดความวิตกกังวล โดยเป็นไปตาม Pleasure principle มีแนวคิดที่ว่า เมื่อมีความไม่สบายใจเกิดขึ้น จิตมีแนวโน้มที่จะจัดการกับความไม่สบายใจนี้อย่างรวดเร็ว ความไม่สบายใจมีสาเหตุจากการถูกเร้าโดยเหตุการณ์ที่กระทบจิตใจอย่างรุนแรงเกินกว่าที่จะจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหตุการณ์ที่คาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดอันตรายแล้วไม่สามารถจัดการได้ ความวิตกกังวลจะเกิดในลักษณะการเลี่ยงที่จะเผชิญกับสิ่งกระตุ้นนั้นๆ

2) ทฤษฎีพฤติกรรม-ปัญญานิยม (Cognitive-Behavioral theory) โรควิตกกังวลทั่วไปมีสาเหตุจากการเรียนรู้ต่อสิ่งที่เป็นอันตราย (Noxious stimulus) ซึ่งการดำเนินชีวิตตามปกติของมนุษย์ต้องมีการเรียนรู้และปรับตัวตามสิ่งที่เรียนรู้ตลอดเวลา เพื่อให้

บุคคลสามารถปรับตัวได้เหมาะสมตามสภาพการณ์ โดยบุคคลนั้นจำเป็นต้องมีความสามารถในการประมวลความคิด (Information processing) เมื่อบุคคลเผชิญกับสิ่งที่ตนเองรู้สึกว่าเป็นอันตรายกระบวนการคิดจะเริ่มทำงาน โดยการวิเคราะห์เหตุการณ์ว่าตนเองจะเผชิญกับสิ่งเร้านั้นอย่างไร เช่น จะสู้หรือจะหนี เพื่อช่วยให้ตนเองลดความรู้สึกว่ากำลังได้รับอันตราย ในคนบางคนไม่มั่นใจในวิธีการที่ตนเลือกใช้ในการเผชิญกับสิ่งคุกคามว่าจะช่วยให้ตนปลอดภัยจริงหรือไม่ หรือช่วยแก้ปัญหาให้ตนเองได้หรือไม่ จึงส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่องชนิดแยกแยะสถานการณ์ไม่ได้ (Generalized anxiety disorder) และอาจขยายความวิตกกังวลไปสู่ลักษณะอาการในแบบอื่นๆ

1.2.2.3 ด้านพัฒนาการและบุคลิกภาพ พัฒนาการและการเลี้ยงดูในวัยเด็กมีอิทธิพลแต่เพียงบางส่วนในวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นการเกิดโรคต้องอาศัยปัจจัยด้านอื่นประกอบด้วย เช่นเดียวกับบุคลิกภาพซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปบางส่วน ประมาณร้อยละ 25-48 ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติและไม่จำเป็นต้องเป็นแบบ Anxiety (Avoidant), Personality trait หรือ Disorder เสมอไป อาจพบผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่มีบุคลิกภาพแบบ Histrionic หรือ Borderline personality disorder ก็ได้

1.2.3 ลักษณะอาการในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปนั้นจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นอยู่เกือบตลอดเวลามากกว่าไม่เป็น อาการอาจมีความรุนแรงเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆได้ในชั้ววัน และอาการสำคัญ (วุฒิชัย บุญยอนฤธิ์ และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2542; สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536) มีดังนี้

1.2.3.1 อาการวิตกกังวล ในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปอาการวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะแผ่กระจายไปในหลายๆเรื่อง (Generalized) มีลักษณะไม่ทราบสาเหตุ (Free-floating) ไม่เจาะจงหรือผูกพันอยู่กับเหตุการณ์สิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะ ไม่มีอาการรุนแรงที่เกิดขึ้นเป็นช่วงๆ แต่ผู้ป่วยจะตกอยู่ในภาวะวิตกกังวล ตึงเครียด กลัวหรือหวาดหวั่นและคาดการณ์ไปล่วงหน้าต่อเหตุการณ์ชีวิตในหลายๆเรื่อง ผู้ป่วยอาจบรรยายว่ามีความคิดวนเวียน คิดกลับไปกลับมาว่าจะมีเหตุร้ายหรือสิ่งที่เป็นอันตรายเกิดขึ้นต่อตนเองหรือบุคคลใกล้ชิด แต่ความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยจะรู้ว่าบุคคลหรือเหตุการณ์นั้นมิได้มีอันตรายเหมือนที่ตนกังวล แต่ผู้ป่วยไม่สามารถบังคับให้ตนหยุดคิดได้หรือละไปสนใจเรื่องอื่นแทนได้ลำบาก ส่วนใหญ่เรื่อง que ผู้ป่วยกังวลมักเกี่ยวข้องกับชีวิตครอบครัว ปัญหาทางเศรษฐกิจ การทำงาน ความเจ็บป่วย อุบัติเหตุ ความตายและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นอกจากนั้นอาจพบความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทางกายของตนเองที่เกิดขึ้น เช่น ถ้ามี

หัวใจเต้นเร็วอาจกังวลไปว่าตนเองเป็นโรคหัวใจหรือไม่ เป็นต้น ส่วนในเด็กและวัยรุ่นอาการวิตกกังวลอาจเกี่ยวข้องกับการเรียน การกีฬาและการเข้าสังคมพบผู้อื่น

1.2.3.2 อาการตึงเครียดของระบบกล้ามเนื้อหรือการเคลื่อนไหว ได้แก่ อาการสั่นของแขนและขา กล้ามเนื้อกระตุก ปวดตามกล้ามเนื้อ มักพบอาการปวดศีรษะแบบตึงๆ (Tension headache) บริเวณขมับทั้งสองข้างหรือบริเวณหน้าผากระหว่างหัวคิ้วทั้งสองข้าง อาจมีอาการปวดตึงจากกล้ามเนื้อต้นคอขึ้นมาและมีศีรษะ

1.2.3.3 อาการที่แสดงถึงระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ ได้แก่ อาการหัวใจเต้นเร็ว หายใจติดขัด รู้สึกหายใจได้ไม่อิ่มหรือเพียงพอ อึดอัดบริเวณหน้าอก เหงื่อออกง่าย ปากแห้ง ปัสสาวะบ่อย เป็นต้น แต่อาการดังกล่าวไม่เกิดรุนแรงมากแต่เกิดขึ้นช่วงๆ

1.2.3.4 การมีความระแวงระวังหรือฟุ้งเฟ้อมากเกินไป ซึ่งแสดงออกมาในรูปของการตกใจง่ายโดยเป็นบ่อยมากกว่าปกติ เช่น เวลาได้ยินเสียงดัง มีการขาดสมาธิซึ่งผู้ป่วยมักบอกว่าเวลาทำงานหรืออ่านหนังสือ ความคิดวอกแวกไปเรื่องอื่นไม่สามารถจดจ่อกับงานที่ทำได้หรือมีอาการนอนหลับไม่สนิท นอนหลับลำบาก นอนหลับๆตื่นๆ ผู้ป่วยมักนอนคิดวนเวียนเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตเรื่องนั้นเรื่องนี้

จะเห็นได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปมีความเชื่อมโยงกัน เนื่องจากร่างกายและจิตใจถูกควบคุมด้วยการทำงานของสมองในขณะที่สมองคิดในเรื่องที่ไม่ดีจิตใจก็จะเกิดความวิตกกังวล และร่างกายก็จะทำงานผิดปกติไปด้วยจึงเป็นผลให้เกิดการเจ็บป่วยทางร่างกายได้ แต่เมื่อความวิตกกังวลหมดไปความเจ็บป่วยทางกายก็จะค่อยๆหายไป

1.2.4 การวินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไป

โรควิตกกังวลทั่วไปเป็นโรคหนึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรควิตกกังวล และโรควิตกกังวลไม่ได้เหมือนกันทั้งกลุ่ม (Homogeneous group) แต่ละโรคก็มีลักษณะอาการสำคัญแตกต่างกันไปแม้ว่าจะมีลักษณะอาการวิตกกังวลเป็นอาการร่วมอยู่ก็ตาม (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2552) เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไปได้ถูกกำหนดขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1980 ในคู่มือการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 (DSM-III-R) ปรับปรุงการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-IV (1994) ได้กำหนดระยะเวลาที่มีอาการอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการอย่างน้อย 3 อาการ โดยเปลี่ยนจากการเน้นในเรื่องกลุ่มอาการทางกาย (Somatic symptoms) เป็นเน้นที่กลุ่มอาการทางความคิดกังวล (Cognitive symptoms of excessive worry) เกณฑ์การวินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไป (APA, 1994 อ้างถึงใน วุฒิชัย บุญยอนฤธี และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2542) ดังนี้

1) ความวิตกกังวล (Anxiety) หรือความไม่สบายใจ (Worry) เป็นอย่างมากเกี่ยวกับเหตุการณ์ (Events) หลายอย่างหรือกิจกรรม (Activities) เช่น การงานหรือการเรียน เป็นต้น

2) บุคคลรู้สึกถึงความไม่สบายใจ (Worry) ของตนเองควบคุมได้ยาก

3) ความวิตกกังวลหรือความไม่สบายใจเกิดขึ้นร่วมกับอาการดังต่อไปนี้

4) การลุกลี้ลุกลอน ความรู้สึกตึงเครียดหรือการตื่นเต้น

5) การรู้สึกอ่อนเพลียง่าย

6) สมาธิไม่ดีหรือใจลอย

7) การหงุดหงิด

8) กล้ามเนื้อตึง

9) การนอนหลับแปรปรวน เช่น นอนหลับยาก นอนหลับไม่ต่อเนื่อง นอนหลับตื่นๆ ตื่นนอนตอนเช้าเร็วกว่าปกติ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การวินิจฉัยแยกโรควิตกกังวลทั่วไปออกจากโรควิตกกังวลชนิดอื่นๆสามารถใช้ระบบการวินิจฉัยที่ยอมรับได้ 2 ระบบ คือ DSM-IV ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันและระบบ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้นิยามทางการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ ICD-10 เนื่องจากเป็นที่ยอมรับและนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย นอกจากนี้สถานที่ที่ผู้วิจัยใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระบบการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ ICD-10 ด้วยเช่นกัน แนวทางในการวินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไปตามเกณฑ์ ICD-10 จะมีอาการวิตกกังวลเป็นอาการหลักปรากฏอยู่เกือบทุกวันอย่างน้อยหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน มีลักษณะอาการสำคัญ ดังต่อไปนี้

1) Apprehension (Restlessness or feeling keyed up or on edge) คือ อาการกระสับกระส่าย รู้สึกเหมือนถูกเร่งหรือเหมือนจะเกิดเรื่องร้ายแรง สมาธิไม่ดี (Difficulty concentrating)

2) Motor tension (Restless fidgeting, Tension headache, Trembling, Inability to relax) กล้ามเนื้อตึงตัว ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ การสั่นของแขน-ขา ร่างกายไม่สามารถผ่อนคลายได้

3) อาการของระบบประสาทอัตโนมัติทำหน้าที่มากเกินไป Lightheadedness, Sweating เหงื่อออกมาก มือ-เท้าเย็น หัวใจเต้นแรง-เร็ว หายใจหอบ รู้สึกเหมือนหายใจไม่อิ่ม ปวดจุกเสียดท้อง มึนงง ปาก-คอแห้ง โดยทั้งนี้อาการต่างๆที่มีรวม ต้องไม่เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยอื่น เช่น Depression เป็นต้น

1.2.5 การรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่มารับการรักษา ส่วนมากจะมาด้วยอาการเฉียบพลัน หรืออาจมาด้วยปัญหาของอาการทางกาย การช่วยเหลือแรกเริ่มจำเป็นต้องจำแนกว่าผู้ป่วยไม่ได้มี ปัญหาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายมาก่อน สำหรับแนวทางการรักษามี ดังนี้

1.2.5.1 ด้านร่างกาย ส่วนมากเป็นการรักษาด้วยยา โดยแพทย์จะใช้ยา ในผู้ป่วยบางรายเป็นช่วงระยะเวลาสั้นๆซึ่งมียารักษาแล้วแต่เฉพาะกรณี ส่วนมากเป็นยาในกลุ่ม คลายกังวล (Antianxiety drug) เป้าหมายในการใช้ยาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสงบ โดยเฉพาะผู้ที่มีความ วิตกกังวลในระดับสูงมากจนมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ควรได้รับยาในกลุ่มคลายกังวลเป็น อันดับแรกก่อนจะส่งผลให้อาการแสดงออกของความวิตกกังวลลดลง ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ความ คิดในการเผชิญปัญหาต่างๆได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น ข้อควรตระหนักสำหรับการใช้ยาในผู้ป่วย กลุ่มนี้ คือ การใช้ยาในทางที่ผิดหรือซื้อยามากินเอง เช่น ยานอนหลับต่างๆหรือแม้กระทั่งนำไปใช้ ในการฆ่าตัวตาย (มาโนช หล่อตระกูล, 2547) ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่

1) ยากลุ่ม Benzodiazepines เช่น Diazepam, Lorazepam เป็นยาที่นิยมใช้มากที่สุด เนื่องจากมีความปลอดภัยค่อนข้างสูงช่วยคลายความกังวลได้ดีและ สามารถลดอาการวิตกกังวลในช่วงกลางวันได้ อาการข้างเคียงของยาที่พบบ่อย เช่น อ่อนเพลีย ง่วงซึม เป็นต้น

2) ยากลุ่ม Heterocyclic Antidepressants เช่น Amitriptyline, Imipramine หรือยาต้านเศร้า พบว่า ยาต้านเศร้าในขนาดต่ำๆมีฤทธิ์ในการคลายกังวล แต่การ ตอบสนองต่อยาอาจใช้เวลาหลายสัปดาห์จึงเห็นผล นิยมใช้ในผู้ป่วยที่เป็นเรื้อรังหรือต้องให้ยาเป็น ระยะเวลาสั้นๆ ได้ผลดีในการลดอาการด้านจิตใจ ได้แก่ อาการวิตกกังวล คิดฟุ้งซ่าน นิยมให้ก่อน นอนทำให้หลับได้ดีและสามารถลดอาการวิตกกังวลในวันรุ่งขึ้นได้ อาการข้างเคียงของยาที่พบ เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก หรือตาพร่ามัว เป็นต้น

3) ยากลุ่ม Beta-Blockers เช่น Propranolol พบว่า ได้ผลดี เฉพาะต่ออาการใจสั่นและมือสั่น ไม่ได้ช่วยลดความวิตกกังวลแต่อย่างใด ควรใช้เฉพาะในรายที่มี อาการใจสั่นมากเท่านั้น

4) ยากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) เช่น Paroxetine, Fluvoxamine เป็นยาที่มีผลต่อ Serotonin โดยตรง ใช้เพื่อควบคุม อาการวิตกกังวลในระยะยาว

อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาคลายกังวล ถือเป็นวิธีหนึ่งของการรักษา โรควิตกกังวลทั่วไปเท่านั้น ถ้าต้องการให้เกิดผลดีมีประสิทธิภาพในการรักษา จำเป็นต้องนำการ

บำบัดทางจิตสังคมผสมผสานร่วมกับการรักษาด้วยยาคลายกังวล ถือเป็นการบำบัดรักษาที่ดีที่สุด

1.2.5.2 การช่วยเหลือด้านสรีระวิทยา (Physiological intervention)

เป็นการลดความเครียด ความวิตกกังวลโดยการฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation) เช่น การฝึกผ่อนคลายลมหายใจ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนั่งสมาธิ เป็นต้น มีผู้วิจัยหลายคนที่น่าเอาเทคนิคนี้มาศึกษากับผู้ป่วย เช่น การศึกษาของศุภวรรณ ตียะพันธ์ (2540) ได้นำเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อมาใช้ลดอาการใจสั่นในผู้ป่วยภาวะวิตกกังวล พบว่า ผู้ป่วยมีอาการใจสั่นลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของบุญช่วย เทพยศ (2540) ได้นำวิธีการฝึกสมาธิแบบพุทธไปใช้กับผู้ป่วยประสาทวิตกกังวล พบว่า สามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมความวิตกกังวลได้เป็นอย่างดี

1.2.5.3 การช่วยเหลือในด้านพฤติกรรม (Behavior Intervention) เป็น

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การฝึกการกล้าแสดงออก เป็นต้น

1.2.5.4 การช่วยเหลือในด้านความคิด (Cognitive Intervention) เป็น

วิธีช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญความเป็นจริง มีความคิดในด้านบวกมีเหตุมีผลและเกิดรูปแบบของความคิดอย่างเป็นขั้นตอน เช่น การพูดกับตัวเอง (Self talk) การหยุดความคิด (Thought stopping) การใช้จินตภาพ (Mental imagery) และการลดความไว้วางใจอย่างเป็นระบบ (System Desensitization) เป็นต้น

1.2.5.5 การช่วยเหลือด้านความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-

Behavioral strategies) เป็นวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนและกระบวนการคิดที่ไม่สมเหตุสมผล โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคิดได้อย่างสมเหตุสมผลและถูกต้องตามความเป็นจริง จะทำให้ความคิดที่บิดเบือนและความคิดด้านลบของผู้ป่วยลดลง ส่งผลให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปด้วยวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพและได้ผลดีในการลดความวิตกกังวลและลดความตึงเครียดทางกาย

1.3 การพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปจะมีลักษณะการแสดงออกหลายระดับ และในแต่ละระดับจะมีความเกี่ยวเนื่องหรือเป็นผลของกันและกัน ความวิตกกังวลทุกระดับมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ความรู้สึก ความนึกคิดและพฤติกรรม ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้ชีวิตไม่มีความสุข เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถแก้ไขหรือจัดการกับผลกระทบเหล่านั้นได้ ข้อมูลที่พยาบาลควรสนใจและนำมาใช้ในการให้การพยาบาล

ผู้ป่วยนอกจากอาการและอาการแสดงของความวิตกกังวลแล้ว ควรเก็บรวบรวมข้อมูลสำคัญตามกระบวนการพยาบาล (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2549) ดังต่อไปนี้

1.3.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปจะมีอาการแสดงออกหลายระดับ และอาการแสดงออกจะมีความเกี่ยวเนื่องหรือเป็นผลของกันและกัน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจและด้านสังคม ทำให้ชีวิตขาดความสุขอันเป็นผลมาจากไม่สามารถแก้ไขหรือจัดการกับผลกระทบเหล่านั้นได้ สำหรับข้อมูลที่พยาบาลควรสนใจและนำมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยนอกจากอาการแสดงของความวิตกกังวลแล้ว พยาบาลควรให้ความสนใจในข้อมูลต่อไปนี้

1) ด้านสุขภาพทั่วไป ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการทางร่างกายถ้าเป็นฉุกเฉินมักจะมาด้วยอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่ออกหรือหายใจเร็วตื่น (Hyperventilation) ส่วนในกรณีจำแนกไม่ได้ว่าตนเองป่วยเป็นอะไรมักมาด้วยปวดศีรษะ ปวดตึงกล้ามเนื้อ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดเสบริ้นท้องร่วมกับความไม่สุขสบายอื่นๆ เป็นต้น

2) ด้านกิจกรรมประจำวัน พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหวส่วนมากจะมีอาการกระสับกระส่าย อยู่นิ่งไม่ได้ มีความหวาดกลัวในบางสิ่งอย่างผิดปกติ แยกตัวเองหรือไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนด้านการปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัวมักไม่บกพร่อง ยังรับผิดชอบตนเองได้ แต่อาจมีปัญหาในกรณีที่ผู้ป่วยบอกว่าตนเองรู้สึกเหนื่อยและอ่อนเพลีย

3) ด้านการพักผ่อนนอนหลับ ความวิตกกังวลมีผลกระทบโดยตรงต่อการนอนหลับพักผ่อนของผู้ป่วยเกือบทุกราย อาจมีอาการนอนไม่หลับ นอนหลับๆตื่นๆ นอนหลับไม่ต่อเนื่อง นอนไม่เต็ม เป็นต้น

4) ด้านความคิดและการรับรู้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังอยู่ในโลกของความ เป็นจริง (Contact with reality) แต่อาจมีการรับรู้ต่อสิ่งต่างๆแปรปรวนไปเนื่องจากความวิตกกังวล เช่น สนใจความเจ็บป่วยของตนเองมากเกินไป ขาดสมาธิหรือหวาดกลัวผิดปกติ

5) ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ผู้ป่วยส่วนมากจะรับรู้ปัญหาของตนแต่จัดการทำให้ตนเองสงบไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง ขาดความมั่นใจและความภาคภูมิใจ ในตนเองลดลง รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ บางคนอยากตายเพื่อจะได้ไม่ต้องเผชิญกับความวิตกกังวลต่างๆ บางคนหันไปใช้สารกระตุ้น เช่น สุรา ยาเสพติดบางชนิดแทนการแก้ปัญหาซึ่งเป็นการแก้ไข ปัญหาที่ไม่เหมาะสม

1.3.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

ข้อมูลที่รวบรวมได้ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกิดจากความคิดและพฤติกรรม ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบายหรือไม่สามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาต่างๆได้อย่างเหมาะสม เช่น

- 1) มีอาการแสดงทางร่างกาย เช่น ใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจเร็ว
- 2) ไม่สุขสบายทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดตึงกล้ามเนื้อ
- 3) การนอนหลับแปรปรวน เช่น นอนหลับยาก นอนหลับๆตื่นๆ
- 4) มีวิธีการแก้ปัญหาและเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม

1.3.3 การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

การพยาบาลมีเป้าหมาย เพื่อลดความวิตกกังวล ลดอาการตึงเครียดทางกาย การมีพฤติกรรมนอนหลับที่ดีขึ้นและให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อความวิตกกังวลได้ โดยการแสดงออกหรือหาทางออกในแนวทางที่เหมาะสม ถึงแม้ความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยแสดงออกมาจะแตกต่างกันแต่เป้าหมายในการให้การพยาบาลคล้ายกัน คือ ให้ผู้ป่วยเรียนรู้ความวิตกกังวลของตนเองและสามารถจัดการกับความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม ได้แก่

- 1) ยอมรับความวิตกกังวลเป็นภาวะปกติของมนุษย์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้
- 2) เพิ่มการรับรู้ตนเองถึงระดับของความวิตกกังวล
- 3) ศึกษาปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล
- 4) เรียนรู้วิธีการต่างๆที่ทำให้ตนเองสงบเมื่อเกิดความวิตกกังวล
- 5) เพิ่มความสามารถในการแก้ปัญหาและทักษะในการเผชิญปัญหา

1.3.4 กิจกรรมทางการพยาบาล

มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความวิตกกังวล ลดอาการตึงเครียดทางกายและการมีพฤติกรรมนอนหลับที่ดีได้ด้วยตนเอง กิจกรรมการพยาบาลที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป มีดังนี้

- 1) สร้างสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ พยาบาลเป็นผู้เริ่มสร้างสัมพันธภาพก่อนเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่น ใจกว้างใจ มั่นคงและปลอดภัย
- 2) แยกแยะปัญหา ในขณะที่ผู้ป่วยสืบสนการแสดงออกของอาการต่างๆ การสนทนากับผู้ป่วยต้องกระทำอย่างสุขุมสงบ ไม่กระตุ้นให้ผู้ป่วยกังวลมากขึ้น โต้ตอบกับผู้ป่วยด้วยคำถามที่ง่ายและสั้น ค่อยๆให้ผู้ป่วยเรียบเรียงคำตอบ เพื่อให้ผู้ป่วยบอกปัญหาว่าก่อนเกิดอาการมีอะไรเกิดขึ้นและขณะนี้มีอาการอย่างไรบ้าง
- 3) ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ในตนเอง หาวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ตนเองในการดำเนินชีวิตแต่ละวัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบตนเองตลอดว่าเหตุการณ์อะไรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของตน โดยวิธีดังต่อไปนี้

ก) แนะนำให้ผู้ป่วยใช้วิธีจดบันทึกประจำวันว่ามีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นบ้าง เกิดความรู้สึกอย่างไร แล้วทำอย่างไร เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาสาเหตุของการเกิดอาการ

ข) แนะนำให้ผู้ป่วยเขียน แผนภูมิจุดระดับความวิตกกังวลของตนเองในช่วงเวลาในแต่ละวัน

ค) สอนทักษะการลดความวิตกกังวลด้วยตนเองหรือสอนวิธีการควบคุมตนเองเวลาเกิดอาการ เช่น ฝึกทักษะการผ่อนคลาย (Relaxation skills) หรือทักษะอื่นๆ ตามแนวทางพฤติกรรมบำบัด

4) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับรุนแรง พยาบาลควรอยู่เป็นเพื่อนเงียบๆ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณไม่โดดเดี่ยว เกิดความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัย จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ถูกรบกวนน้อยที่สุดซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสงบได้เร็วขึ้น เมื่อผู้ป่วยพร้อมพยาบาล ค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม และในผู้ป่วยบางราย พยาบาลอาจต้องดูแลช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันในช่วงแรกก่อน

5) จัดกิจกรรมบำบัด โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายเพื่อให้ใช้พลังงานส่วนเกินซึ่งจะช่วยคลายความวิตกกังวลลงได้ จัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันได้มีโอกาสพูดคุยปรึกษากัน พร้อมสังเกตความก้าวหน้าในการพยาบาลผู้ป่วย ดังนั้น การช่วยเหลือทางด้านจิตใจในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล ควรกระทำภายหลังจากการช่วยเหลือในภาวะวิกฤตผ่านพ้นไปแล้ว โดยพิจารณาให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

1.3.5 การประเมินผลการพยาบาล

ประเมินผลตามวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ สามารถประเมินจากการบอกเล่าของผู้ป่วย การสังเกตของพยาบาลและแบบวัดความวิตกกังวล ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ได้ผลในทางบวก คือ

1) ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย คลายความวิตกกังวล ความตึงเครียดทางกายลดลง สามารถบอกวิธีที่เหมาะสมในการผ่อนคลายความวิตกกังวล เช่น การฝึกมองปัญหาในแง่มุมใหม่ที่สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น การฝึกผ่อนคลายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน เป็นต้น

2) ผู้ป่วยบอกสาเหตุของการเกิดความวิตกกังวลของตนเองได้ รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมในการแก้ไขความวิตกกังวลนั้น

3) ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมนอนหลับที่ดีอย่างยั่งยืน มีการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับอย่างถูกต้องและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน

4) ผู้ป่วยบอกแหล่งช่วยเหลือ เมื่อไม่สามารถแก้ไขความวิตกกังวลได้

สรุปความวิตกกังวลเป็นภาวะปกติของบุคคลในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลที่สูงจนบุคคลไม่สามารถจัดการได้จะแสดงลักษณะอาการที่ผิดปกติ อันมีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลถือเป็นความวิตกกังวลที่ผิดปกติ ปัจจัยที่อธิบายถึงสาเหตุของการเกิด

วิตกกังวล ได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีวภาพและปัจจัยทางด้านจิตสังคม สำหรับการบำบัดที่นำมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปนั้นเป็นการบำบัดทางจิตใจหรือการใช้พฤติกรรมบำบัด ในกรณีที่จำเป็นถึงต้องใช้การรักษาด้วยยาทางจิตเวช เป้าหมายที่สำคัญในการพยาบาล คือ ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม และสามารถลดความวิตกกังวลได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปจะเน้นการช่วยเหลือด้านจิตใจร่วมกับการใช้พฤติกรรมบำบัดเป็นสำคัญ

2. การนอนหลับ การฝึกทักษะการผ่อนคลาย พฤติกรรมการนอนหลับและการพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่มีปัญหาพฤติกรรมการนอนหลับ

2.1 การนอนหลับ

2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการนอนหลับ

การนอนหลับ เป็นการพักผ่อนที่สมบูรณ์ที่สุด ซึ่งได้รับการระบุว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ รวมทั้งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อความอยู่รอดของมนุษย์ทุกเพศทุกวัยทั้งในเวลาปกติและเวลาเจ็บป่วย เนื่องจากในระหว่างการนอนหลับ เซลล์จะมีการแบ่งตัวเจริญเติบโต ร่างกายมีการสังเคราะห์โปรตีนฟื้นฟูซ่อมแซมส่งเสริมสภาพที่เสื่อมถอยและการสะสมพลังงานไว้ใช้เพื่อการปฏิบัติงานในเวลาตื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ระบบประสาทส่วนกลางยังมีการปรับสมดุลในการทำงาน ซึ่งมีความสำคัญต่อกระบวนการเรียนรู้ ความจำ ความคิดและการตัดสินใจที่ดี รวมถึงความสามารถในการปรับตัวต่อสภาวะความกดดันทางอารมณ์ด้วย

จากแนวคิดดังกล่าว การนอนหลับจึงเป็นเรื่องที่มีผู้ให้ความสนใจศึกษาค้นคว้าอย่างกว้างขวางและมีผู้ให้ความหมายในทัศนะที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้

Hartman (1980) กล่าวว่า การนอนหลับเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างประจำและเป็นพฤติกรรมปกติที่แสดงออกในลักษณะสงบนิ่ง ตอบสนองต่อสิ่งเร้าน้อยลง ถูกกระตุ้นได้ยากเมื่อเทียบกับขณะตื่น

Fuller and Schaller-Ayers (1990) กล่าวว่า การนอนหลับเป็นภาวะหมดสติระดับหนึ่งและสามารถปลุกให้ตื่นโดยการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกด้วยสิ่งเร้าต่างๆที่เหมาะสม

Carskadon and Demond (1994) กล่าวว่า การนอนหลับเป็นภาวะที่ร่างกายสงบนิ่ง หลับตา การตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอกลดลง สามารถตื่นกลับสู่ภาวะปกติได้ เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาที่มีความซับซ้อน

Guyton and Hall (1996) กล่าวว่า การนอนหลับเป็นภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว มีการ

เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายโดยมีการเคลื่อนไหวลดลงแต่ปลุกให้ตื่นได้ด้วยการกระตุ้นที่เพียงพอ
เกษม ตันผลาชีวะ (2534) กล่าวว่า การนอนหลับคือการที่ร่างกายมีการลดระดับ
ความรู้สึกตัว มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาต่างๆไปในลักษณะผ่อนคลาย อวัยวะต่างๆมีการ
ทำงานลดลงทุกส่วน จึงอาจกล่าวได้ว่าการนอนหลับเป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุด

บุญชู อนุศาสนนันท์ (2536) กล่าวว่า การนอนหลับเป็นกระบวนการทางสรีระ
วิทยาขั้นพื้นฐาน โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของอวัยวะต่างๆในทางผ่อนคลาย การ
ตอบสนองต่อสิ่งเร้าและการเคลื่อนไหวร่างกายมีน้อยมากหรือไม่มีเลย แสดงพฤติกรรมโดยการ
เอนร่างกายลงในท่านอน สงบนิ่ง หลับตา เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวถูกปลุกให้ตื่นได้ด้วยสิ่ง
เร้าที่เหมาะสม

มานิต ศรีสุรภานนท์ (2542) กล่าวว่า การนอนหลับคือสภาวะทางพฤติกรรมซึ่งมี
การหลุดพ้นของการรับรู้และไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม มีลักษณะเกิดขึ้นเป็นระยะๆที่เป็นไปตาม
ธรรมชาติและกลับคืนสู่สภาวะปกติได้

ชนกพร จิตปัญญา (2543) กล่าวว่า การนอนหลับคือกระบวนการที่มีลักษณะ
ซับซ้อนทั้งด้านสรีระวิทยา จิตวิทยา พฤติกรรมและลักษณะของคลื่นไฟฟ้าสมอง

สรุปได้ว่าการนอนหลับ หมายถึง กระบวนการทางสรีระวิทยาพื้นฐานที่ซับซ้อน
ทั้งด้านสรีระวิทยา จิตวิทยา พฤติกรรม โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของอวัยวะต่างๆไป
ในทางที่ผ่อนคลาย ระดับความรู้สึกตัวและการตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง แสดงพฤติกรรมออกมา
ในลักษณะสงบนิ่งเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวและสามารถปลุกให้ตื่นได้ด้วยสิ่งเร้าที่เหมาะสม

2.1.2 ทฤษฎีการนอนหลับ

ทฤษฎีที่อธิบายถึงความสำคัญของการนอนหลับมีผู้ศึกษาไว้ (Hodgson, 1991;
Phipps, 1995 อ้างถึงใน มธุรส กัลหไสยา, 2551) ดังนี้

2.1.1.1 ทฤษฎีสารชีวเคมี (Humor theory) กล่าวว่า เมื่อร่างกายมี
กิจกรรมจะมีการผลิตของเสียออกมา (Chemical toxin) ซึ่งของเสียดังกล่าวจะทำให้บุคคลเกิด
อาการอ่อนเพลียและนอนหลับ ระหว่างที่นอนหลับร่างกายจะขจัดสารที่เป็นของเสียนี้ออกไป

2.1.1.2 ทฤษฎีการซ่อมบำรุง (Restorative theory) เชื่อว่าการนอนหลับ
จะช่วยให้ร่างกายและจิตใจได้รับการฟื้นฟู ภายหลังจากการนอนหลับจึงรู้สึกสดชื่น ในขณะที่มีการ
นอนหลับ ร่างกาย จิตใจและระบบประสาทจะได้รับการซ่อมแซม โดยการหลั่ง Growth hormone
เพิ่มขึ้น ในขณะที่อัตราการเผาผลาญและระดับการใช้ออกซิเจนจะลดลงต่ำสุด

2.1.1.3 สมมติฐานการสงวนพลังงาน (Energy conservation

hypothesis) เชื่อว่าการนอนหลับช่วยให้ร่างกายและจิตใจได้หยุดพัก เป็นการประหยัดพลังงาน เพื่อให้ในขณะตื่น โดยในขณะหลับระบบในร่างกายต่างๆจะทำงานช้าลง

2.1.1.4 ทฤษฎีการป้องกัน (Protective theory) เชื่อว่าการนอนหลับช่วยป้องกันความสึกหรอของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายจากการทำงาน โดยระหว่างการนอนหลับจะมีการยับยั้งการทำงานของคอร์เทค (Cortical inhibition)

2.1.1.5 ทฤษฎีสาเหตุ (Etiology theory) กล่าวว่า การนอนหลับเกิดจากระบบควบคุมพฤติกรรมของร่างกายให้อยู่ในสภาพที่ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า เป็นการตัดสาเหตุของสิ่งที่จะรบกวนต่อร่างกายและจิตใจ ช่วยให้ปรับตัวต่อความกดดันและสามารถอยู่รอดได้

2.1.3 สรีระวิทยาการนอนหลับ

ธรรมชาติของการนอนหลับ มนุษย์ในวัยผู้ใหญ่ส่วนมากจะนอนหลับประมาณ 7-8 ชั่วโมงต่อคืน หรือรวมระยะเวลาการนอนทั้งหมดประมาณหนึ่งในสามของชีวิต ปริมาณการนอนที่เพียงพอไม่สามารถกำหนดได้แน่นอน แต่ควรเป็นไปเพื่อก่อให้เกิดความสดชื่นต่อชีวิตในช่วงตื่น (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2536) สรีระวิทยาการนอนหลับและการตื่น เป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนเกิดร่วมกับการมีสารสื่อประสาทออกมาจำนวนมากในบริเวณต่างๆของสมอง ส่วนของสมองที่ควบคุมการนอนหลับเรียกว่า Reticular Activating System (RAS) ซึ่งตั้งอยู่ด้านบนของก้านสมองทำหน้าที่ควบคุมระยะเวลาการหลับตื่นของบุคคล โดยมีการหลั่งของสารสื่อประสาทพวกโดปามีน (Dopamine) บริเวณ RAS ไปกระตุ้นสมองส่วน Cerebral cortex การนอนถูกควบคุมโดยส่วนต่างๆของสมอง ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) จะควบคุมระยะเวลาของการนอนหลับและอีกส่วนหนึ่งมีหน้าที่ในการทำให้หลับ ก้านสมอง (Brainstem) ก็มีส่วนในการกำหนดว่าเรากำลังหลับหรือตื่นและมีบทบาทในการนอนหลับฝัน สุดท้ายคือต่อมไพเนียล (Pineal gland) ผลิตฮอร์โมนที่เรียกว่าเมลาโทนิน (Melatonin) ช่วยควบคุมจังหวะของการตื่นและการนอนในแต่ละวัน การที่วงจรการนอน-ตื่นถูกปรับมาเป็น 24 ชั่วโมงได้ ก็เพราะได้รับอิทธิพลจากกลางวัน-กลางคืนหรือแสงสว่างที่ผ่านไปยัง Suprachiasmatic nucleus ในไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ทำให้มนุษย์เข้านอนในเวลากลางคืนและตื่นในเวลากลางวัน

2.1.4 ประโยชน์ของการนอนหลับ (ศิริเพ็ญ วานิชานันท์, 2544)

2.1.4.1 ส่งเสริมการเจริญเติบโต ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ สร้างและสะสมพลังงาน ในช่วงเวลาที่หลับสนิทโดยเฉพาะในช่วง 3 ชั่วโมงแรกของการหลับ เป็นภาวะที่เหมาะสมในการสังเคราะห์โปรตีน เนื่องจากมีการสร้างและสะสมพลังงานไว้ในเซลล์เพิ่มมากขึ้น จนมีระดับ

ที่สูงพอที่จะช่วยให้มีการสังเคราะห์โปรตีนเพิ่มมากขึ้น และเผาผลาญกรดไขมันให้เป็นพลังงาน ดังนั้น ระยะเวลาหลับจึงมีส่วนส่งเสริมกระบวนการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งถูกกดในสภาวะเครียดหรือมีระดับคอร์ติโคสเตอรอยด์สูง (Closs, 1988) การหลับสนิทเป็นช่วงที่ประสาทซิมพาเทติกทำงานเพิ่มมากขึ้น มีผลต่อการไหลเวียนโลหิตและอัตราการใช้ออกซิเจนในสมองเพิ่มสูงขึ้น จึงเชื่อว่าเป็นระยะการซ่อมแซมและสะสมพลังงานของสมองโดยผ่านกลไกการทำงานของสารแคทีโคลามีน ทั้งนี้เพื่อปรับหรือรักษาสมดุลของศูนย์ประสาทต่างๆหลังจากการทำงานของเซลล์ประสาทบางกลุ่มในขณะตื่น (Fuller and Schaller-Ayers, 1990) ตามทฤษฎีการซ่อมบำรุง (Restorative theory) ที่เชื่อว่าช่วงเวลาหลับช่วยให้ร่างกายและจิตใจได้รับการฟื้นฟูสภาพ (Shapiro, 1993)

2.1.4.2 ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ ความจำและการทำงานด้านจิตใจ ช่วงเวลาหลับจะมีการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง พฤติกรรมและการทำงานของจิตใจยังดำเนินต่อไป การหลับจึงมีบทบาทในการกระตุ้นสมองซึ่งการกระตุ้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาระบบประสาทส่วนกลางเข้าสู่สภาวะให้มีความสามารถในการเก็บความทรงจำ ร่วมกับเมลาโตนิน (Melatonin) และโมโนเอมีน (Monoamine) (Guyton, 1991) โดยการรวบรวมข้อมูลด้านร่างกายและจิตใจในแต่ละวัน จัดระบบข้อมูลใหม่ รวบรวมประสบการณ์ที่สำคัญไว้และทำลายข้อมูลที่ไม่จำเป็น เพื่อเตรียมร่างกายและจิตใจให้พร้อมสำหรับวันใหม่ (Taylor, Lillis and Lemone, 1989) ดังนั้น การนอนหลับจะช่วยฟื้นฟูซ่อมแซมด้านจิตใจ มีส่วนสัมพันธ์กับกระบวนการเรียนรู้ ความจำ และการทำงานด้านจิตใจรวมทั้งการปรับตัวตามระยะการเจริญเติบโต เนื่องจากในระยะนี้จะมีการไหลเวียนโลหิตในระบบประสาทเพิ่มขึ้น ช่วยให้การสังเคราะห์โปรตีนในเซลล์ประสาทเพิ่มขึ้น เป็นการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้และการบันทึกจดจำในศูนย์ต่างๆของสมอง (Fuller and Schaller-Ayers, 1990; Hodgson, 1991)

2.1.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับ

การนอนหลับที่เพียงพอกับความต้องการของแต่ละบุคคล หมายถึง ปริมาณการนอนที่เพียงพอในแต่ละวัน โดยส่งผลให้บุคคลนั้นๆเกิดความสดชื่น แจ่มใส กระปรี้กระเปร่าและปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติหลังจากตื่นนอนแล้ว ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง (ศิริเพ็ญ วานิชานันท์, 2544) ดังนี้

2.1.5.1 อายุ เป็นปัจจัยขั้นปฐมภูมิในการกำหนดปริมาณและลักษณะการนอนหลับที่มีผลต่อรูปแบบวงจรของการนอนหลับตั้งแต่วัยทารกถึงวัยสูงอายุ โดยประสิทธิภาพของการนอนหลับจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น บุคคลจะเริ่มมีปัญหานอนหลับยากและจำนวน

ครั้งของการตื่นนอนเพิ่มขึ้นเมื่ออายุ 35 ปีขึ้นไป (Vidmar, 1999) บุคคลสูงอายุจะมีแบบแผนการนอนหลับแตกต่างไปจากคนหนุ่มสาว โดยคนสูงอายุจะรู้สึกง่วงนอนตั้งแต่หัวค่ำ มีความแปรปรวนของระยะการนอนหลับมาก ช่วงเวลาที่หลับสนิทมีน้อย ตื่นนอนบ่อยและมักจะตื่นแต่เช้าพร้อมทั้งรู้สึกง่วงนอนหลับไม่เพียงพอ ส่วนคนหนุ่มสาวจะนอนหลับยากแต่ถ้าเริ่มหลับจะนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง (Ebersole, 1985; Matteson and McConnell, 1988 อ้างถึงใน ศิริเพ็ญ วานิชานันท์, 2544) จากการศึกษาของ MaGhie and Russell (1962) พบว่า ในผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี ส่วนใหญ่หลับได้น้อยกว่า 5 ชั่วโมงต่อคืน เหตุผลของการตื่นบ่อยเนื่องมาจากความไม่สุขสบายทางร่างกายหรือจากการถ่ายปัสสาวะบ่อย

2.1.5.2 เพศ การศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนการนอนหลับตามระยะพัฒนาการระหว่างเพศชายและเพศหญิง พบว่า วิทยาลัยผู้ใหญ่ตอนต้นเพศชายมีความแปรปรวนของแบบแผนการนอนหลับมากกว่าและเร็วกว่าเพศหญิงประมาณ 10-20 ปี ซึ่งมีสาเหตุมาจากการคั่งของน้ำอสุจิและการแข็งตัวขององคชาติ (Closs, 1988; Kozier, Erb and McBufalino, 1989) โดยความแตกต่างระหว่างเพศจะพบได้ชัดเจนในวัยกลางคน (Closs, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lindberg et al. (1997) เกี่ยวกับความแปรปรวนในการนอนหลับในวิทยาลัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่า ผู้หญิงสามารถนอนหลับถึงหลับสนิทได้มากกว่าผู้ชายและคงลักษณะเช่นนี้ไปจนถึงวัยสูงอายุ แต่จากการศึกษาของ Mendelson et al. (1993) กลับพบว่าเพศชายและหญิงมีโอกาสประสบปัญหาในการนอนหลับไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ McGrill and Russel (1992) ไม่พบมีความแตกต่างของเพศแต่พบปัญหาการเข้านอนหลับในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมักจะบ่นถึงปัญหาการนอนหลับมากกว่าเพศชาย (Miller, 1999)

2.1.5.3 ความวิตกกังวล จากการศึกษาที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน อาจเป็นสิ่งรบกวน (Daily hassles) ให้เกิดความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวลหรือความโศกเศร้า ซึ่งมีผลต่อการนอนหลับเนื่องจากร่างกายจะมีการหลั่ง Adrenaline ซึ่งจะไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติให้ร่างกายมีการตื่นตัว ทำให้นอนหลับยาก นอนหลับไม่ต่อเนื่องหรือตื่นก่อนเวลาที่ต้องการ เกิดความรู้สึกง่วงนอนหลับไม่เพียงพอ (Kozier et al., 1989) ตามที่ Stonehill อ้างถึงในศิริเพ็ญ วานิชานันท์ (2544) กล่าวว่า ความเศร้าเป็นต้นเหตุของการนอนไม่หลับ ส่วนความวิตกกังวลจะทำให้หลับยากและตื่นบ่อยได้เป็นผลทำให้หลับไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของบุญชู อนุสาสนันท์ (2536) พบว่า ความกลัวและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของศิวนภรณ์ โกศล (2538) พบว่า บุคคลที่มีภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์ไม่ปกติ เนื่องจากความกลัว ความวิตกกังวลจะนอนหลับได้ไม่ดีเท่ากับผู้ที่มีการสุขภาพจิตปกติ

2.1.5.4 ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับความไม่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ความเจ็บป่วยและความพิการที่เกิดขึ้นจะมีผลต่อจังหวะชีวภาพและการทำหน้าที่ของร่างกายรวมทั้งรูปแบบการนอนหลับด้วย โดยทำให้มีลักษณะการนอนหลับที่ยากขึ้นหลับได้ไม่ต่อเนื่อง ผู้ที่มีพยาธิสภาพทางร่างกายจะนอนหลับไม่ดีเท่ากับผู้มีสุขภาพปกติ ร่างกายแข็งแรงดี (พรสวรรค์ โรจนกิตติ, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ J. M. Monti and Monti (2000) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 60-70 ที่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางขึ้นไปจะมีปัญหาการนอนหลับ และระดับของความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับที่รุนแรงและเรื้อรัง (Ohayon and Roth, 2003 cited in Papadimitriou and Linkowski, 2005)

2.1.5.5 การนอนหลับในคืนที่ผ่านมา บุคคลที่มีการอดนอนในคืนก่อนๆ เมื่อมีโอกาสได้นอนหลับชดเชยในคืนถัดมา พบว่า มีการนอนหลับที่ลึกและนานมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันบุคคลที่นอนหลับได้น้อยในคืนที่ผ่านมาหรือตื่นเช้ากว่าปกติ จะรู้สึกง่วงนอนก่อนถึงเวลาหลับปกติ ซึ่งการอดนอนที่เรื้อรังหรือการตื่นนอนที่ไม่เป็นเวลา มีผลให้การนอนหลับในระยะต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะการเริ่มต้นการนอนหลับที่ไม่มีเวลาแน่นอน เมื่อมีการนอนหลับแล้วอาจหลับสนิทได้เร็วขึ้นแต่ระยะเวลาการนอนหลับนั้นจะสั้นลง (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2536) สอดคล้องกับการศึกษาของ Clancy and McVicar (1999) ที่ได้ศึกษาถึงระยะเวลาของการปรับตัวในวงจรการนอนหลับ-การตื่น พบว่า ร้อยละ 55-66 ของกลุ่มตัวอย่างจะมีวงจรการนอนหลับและการตื่นใหม่ได้เมื่อจัดตารางเวลาการนอนหลับและการตื่นซ้ำติดต่อกันใน 7 วัน

2.1.5.6 สิ่งแวดล้อม เช่น อุณหภูมิ แสง เสียง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับ อุณหภูมิร่างกายมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการนอนหลับและอุณหภูมิห้องส่งผลต่ออุณหภูมิของร่างกายในขณะหลับ (Closs, 1988) ส่วนแสงที่จ้าจนเกินไปจะทำให้คนส่วนใหญ่หลับตาและไม่สามารถขมตานอนหลับได้ เนื่องจากการหลับ-ตื่นถูกควบคุมโดยความมืดและความสว่าง แต่ในบุคคลบางประเภทขณะนอนหลับต้องเปิดไฟ เพื่อให้แสงสว่างเป็นเสมือนเพื่อนยามนอนหลับ ฉะนั้นก็ขึ้นอยู่กับอุปนิสัยของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ (Dolan, 1991; Reimer, 2000) ส่วนระดับของเสียง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับการนอนหลับ (Phipps et al., 1999) ระดับของเสียง 40-50 เดซิเบล ถือเป็นปัจจัยรบกวนการนอนหลับทำให้การเริ่มต้นนอนหลับนานขึ้น ระยะเวลาการนอนหลับน้อยลงและการมีเสียงดังเป็นพักๆจะเพิ่มความบ่อยของการตื่นนอนมากขึ้น (วรัญ ตันชัยสวัสดิ์, 2536)

2.1.5.7 ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ เป็นสิ่งที่สนับสนุนให้ปัญหาการนอนหลับยังคงอยู่ (Morin and Savard, 2000) ความเชื่อดังกล่าว เช่น คิดว่าจะต้องนอนหลับ 8 ชั่วโมงต่อคืนถึงทำให้สดชื่นและสามารถทำงานในแต่ละวันได้ดี จึงทำให้เข้าใจว่าการนอนหลับเป็น

สิ่งที่ยากและถ้ามีปัญหาการนอนหลับให้นอนต่อไปเรื่อยๆและพยายามเพื่อให้หลับ ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดตลอดเวลาว่าคืนนี้จะนอนหลับได้หรือไม่ ซึ่งจะทำให้ร่างกายไม่สามารถหลั่งสารที่จะทำให้เกิดการนอนหลับได้ ยิ่งใกล้เวลานอนก็จะยิ่งหวาดกลัว หวาดวิตกเกี่ยวกับการนอนหลับมากขึ้น เมื่อเข้านอนก็ยิ่งพยายามอย่างมากเพื่อที่จะนอนหลับให้ได้ ทำให้เกิดภาวะ Hyper-arousal ซึ่งทำให้ความสามารถในการนอนหลับลดลง หรือในผู้ป่วยที่ไม่สามารถนอนหลับได้จะพยายามอยู่บนเตียงนอนต่อไป เนื่องจากไม่กล้าลุกจากที่นอนเพราะกลัวจะนอนไม่หลับ (สุรชัย เกื้อสิริกุล, 2544) หรือมีความเข้าใจผิดๆว่าปัญหาการนอนหลับเกิดจากปัจจัยอื่น เช่น อายุ ดังการศึกษาของ Morin et al. (2000) ได้เปรียบเทียบความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับในกลุ่มผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับและกลุ่มผู้ที่มีการนอนหลับที่ดี พบว่า กลุ่มที่มีอาการนอนไม่หลับจะมีความเชื่อในผลลบของการเกิดอาการนอนไม่หลับเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ Morin and Savard (2000) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะนอนหลับยากเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีปัญหาการนอนหลับ พบว่า คะแนนความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการนอนหลับมีสัมพันธ์ทางลบกับประสิทธิภาพการนอนหลับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป การนอนหลับมีความสำคัญและเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ จึงมีปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการนอนหลับได้หลายปัจจัยทั้งจากภายในและภายนอกร่างกาย โดยปัจจัยบางอย่างเกิดขึ้นตามธรรมชาติ เช่น เพศ อายุ ปัจจัยบางอย่างสามารถแก้ไข ป้องกันรวมทั้งส่งเสริมการนอนหลับได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลจะมีแนวโน้มการนอนหลับที่ลดลง เนื่องจากร่างกายมีการตื่นตัวอยู่ตลอดเวลา ส่วนเพศนั้นมีการประสบปัญหาการนอนหลับไม่แตกต่างกัน รวมทั้งความเครียดความวิตกกังวลล้วนมีผลต่อการนอนหลับทั้งสิ้นและปัจจัยสิ่งแวดล้อมพบว่า มีผลต่อทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะระดับเสียงมักจะทำให้ตื่นบ่อยครั้ง มีผลให้การนอนหลับในระยะเวลาต่างๆเปลี่ยนแปลงไป

จากการศึกษาถึงปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการนอนหลับ พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ ความเชื่อและทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อการนอนหลับ จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมนอนหลับที่ถูกต้อง เนื่องจากการให้ความรู้จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความเชื่อและทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและการกระทำที่ค่อนข้างถาวร (ศิริเพ็ญ วานิชานันท์, 2544) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาใช้ในการกำกับการทดลอง เพื่อใช้ทดสอบความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการนอนหลับของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

2.1.6 อาการและอาการแสดงของการนอนหลับไม่เพียงพอ

ตารางที่ 2 อาการและอาการแสดงของการนอนหลับไม่เพียงพอ

อาการและอาการแสดงของการนอนหลับไม่เพียงพอ	
ทางด้านร่างกาย	ทางด้านจิตใจ
1. ตาปรี๊ด กล้ามเนื้อตาเคลื่อนไหวอย่างไม่ตั้งใจ	1. อารมณ์ไม่คงที่ อารมณ์เสื่อง่าย
2. มือสั่น การเคลื่อนไหวของนิ้วมือช้า งุ่มง่าม	2. หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย
3. ปฏิกริยาตอบสนองทาง Reflex ช้า	3. ความสนใจลดลง
4. พุดตะกุกตะกัก	4. อึดอัด กระวนกระวายใจ ไม่สบายใจ
5. ความจำในคำพูดลดลง	5. ตกใจง่าย
6. ความมีเหตุผลในการตัดสินใจลดลง	6. ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น
7. อ่อนล้า เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง	7. มีอาการหลุกหลิก ลูกลี้ลูกลอน
8. ความสนใจในการรับฟังลดลง การมองเห็นลดลง	8. ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อมและบุคคล ไม่รับรู้เวลา สถานที่และบุคคล
9. หายใจเร็วขึ้น การเต้นของหัวใจผิดปกติ	9. แปลสภาพผิด ประสาทหลอน
10. สัปหงก คอตก	10. หวาดระแวงและมีพฤติกรรมโรคจิต

2.1.7 การส่งเสริมการนอนหลับ

การปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับมีผู้ให้คำแนะนำไว้หลากหลาย โดยศิริเพ็ญวานิชานันท์ (2544) ได้รวบรวมวิธีการแก้ไขปัญหการนอนหลับไว้หลายข้อแต่ในที่นี้จะขอกล่าวถึงวิธีที่แตกต่างกัน ดังนี้

2.1.7.1 การค้นหาสาเหตุของการนอนไม่หลับและพยายามแก้ไขที่สาเหตุรวมทั้งทำความเข้าใจถึงสาเหตุอื่นๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงเวลานอน การเปลี่ยนสถานที่นอน เป็นต้น เมื่อสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ได้ การนอนหลับก็จะเป็นปกติตามธรรมชาติ (Stanley et al., 2004)

2.1.7.2 ควรดื่มน้ำจืดมากๆ ดื่มน้ำและของหมักดองก่อนนอนเพราะอาหารเหล่านี้จะทำให้มีแก๊สในกระเพาะอาหารมาก จึงรู้สึกไม่สุขสบาย อาหารที่มีไขมันสูงทำให้ระบบการย่อยอาหารต้องทำงานหนักมาก ทำให้นอนหลับได้ไม่เต็มที่ (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2536)

2.1.7.3 ก่อนเข้านอน ให้เลือกอ่านหนังสือหรือทำกิจกรรมที่รู้สึกไม่ชอบหรือเบื่อหน่ายและให้ทำกิจกรรมนั้นจนเหนื่อยหรือเบื่อแล้วจึงเข้านอน หากเข้านอนประมาณ 15-20 นาที แล้วไม่สามารถนอนหลับได้ ให้ลุกออกจากที่นอนมาทำกิจกรรมเหล่านี้ใหม่จะทำให้รู้สึก

ง่วงนอนได้ ไม่ควรทำกิจกรรมที่น่าสนใจหรือสนุกสนานก่อนเข้านอน เพราะจะทำให้ตื่นตัวและไม่
ง่วงนอน กิจกรรมที่ไม่น่าตื่นเต้นช่วยลดการปลุกเร้าและส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลาย (เพียรดี
เปี่ยมมงคล, 2536; Stanley et al., 2004)

2.1.7.4 ก่อนนอนพยายามผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation)
ประมาณ 10 นาที จะช่วยลดความเครียดทางกาย (Stanley et al., 2004) อาจทำกิจกรรมที่ช่วยให้
รู้สึกผ่อนคลาย เช่น อาบน้ำอุ่น นวดหลัง อ่านหนังสือ ฟังเพลงบรรเลงเบาๆ สวดมนต์ ทำสมาธิ
 เป็นต้น (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2531)

2.1.7.5 ในขณะที่นอนหลับควรทำจิตใจให้ผ่อนคลายและมีสติอยู่กับตน
เองโดยการนับเลขจาก 1-100 หรือให้นับเลขย้อนกลับจนกระทั่งนอนหลับ เนื่องจากการทำอะไร
ซ้ำๆ มีแนวโน้มที่จะส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลาย มีสมาธิ ไม่ฟุ้งซ่าน ช่วยทำให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น
(เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2536; Kennerly, 1990)

2.1.7.6 บันทึกการนอนหลับในระยะเวลา 24 ชั่วโมง ในสมุดบันทึกแบบ
แผนการนอนหลับ ควรสำรวจลักษณะแบบแผนการนอนหลับของตนเอง เช่น เวลาที่เข้านอน-ตื่น
นอน ระยะเวลาทั้งหมดในการนอนหลับ การเคลื่อนไหวร่างกายขณะหลับ การจับหลับ เป็นต้น
และควรรักษาแบบแผนการนอนหลับประจำวันของตนเองไว้ (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2536; Stanley
et al., 2004)

2.1.7.7 หากวิธีการแก้ปัญหาการนอนหลับดังกล่าวข้างต้นไม่ได้ผล อาจ
จำเป็นต้องใช้เทคนิคพิเศษ เช่น การควบคุมสิ่งเร้า (Stimulus control) การสร้างจินตภาพ
(Imagery training) การสะกดจิตตนเอง (Self-hypnosis) เป็นต้น (ศิริเพ็ญ วานิชานันท์, 2544)
หากการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปยังไม่ได้ผล และผู้ป่วยยังต้องการความ
ช่วยเหลือเกี่ยวกับพฤติกรรมการณ์การนอนหลับของตน ควรขอรับคำปรึกษาจากจิตแพทย์เพื่อพิจารณา
ให้การช่วยเหลือด้วยวิธีการอื่นควบคู่กันไป

สำหรับการส่งเสริมการนอนหลับ ถือเป็นบทบาทอิสระที่สำคัญของพยาบาลใน
การพัฒนาคุณภาพการให้การพยาบาล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการณ์การนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวล
ทั่วไป เช่น การฝึกทักษะการผ่อนคลาย จะช่วยลดความวิตกกังวล ลดอาการตึงเครียดทางกายและ
ที่สำคัญจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการณ์การนอนหลับให้ดีขึ้นด้วย เนื่องจากการฝึกทักษะการผ่อนคลาย
จะทำให้จิตใจสงบและเป็นสุข ช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ง่ายและนอนหลับได้เพิ่มมากขึ้น

2.1.8 การฝึกทักษะการผ่อนคลาย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำการบำบัดทางการพยาบาล ตามแนวคิดความเชื่อ

โยงของร่างกายและจิตใจ (Mind-body connection) โดยเลือกใช้เทคนิคการฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ มีเป้าหมายสำคัญเพื่อลดความวิตกกังวล ลดอาการตึงเครียดทางกายและการส่งเสริมพฤติกรรมนอนหลับที่ดีขึ้น ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.8.1 ความหมายของการผ่อนคลาย

การให้ความสำคัญกับจิตใจในการรักษาความเจ็บป่วย เป็นศาสตร์ที่ได้รับความนิยมมาเนิ่นนาน ทฤษฎีที่ว่าด้วยความเชื่อมโยงของร่างกายและจิตใจได้ถูกพัฒนาขึ้นครั้งแรก เมื่อปี ค.ศ.1930-1940 โดย Flanders, Dumber และ Franz Alexander (อัจฉรา นุตตะโร, 2546) โดยแนวคิดนี้เชื่อว่า บุคลิกภาพของคนมีความเกี่ยวข้องกับโรคที่มีปัจจัยเกี่ยวข้องกันและสภาวะการผ่อนคลายถูกค้นพบโดยบังเอิญ ภายหลังการฝึกสมาธิเป็นระยะเวลานานกว่า 20 ปี (Benson, 2001) เป็นภาวะที่กล้ามเนื้อเกิดการคลายตัวตามกระบวนการทางสรีรวิทยา ร่วมกับการลดการทำงานของร่างกาย ซึ่งสังเกตได้จากอัตราการเต้นของหัวใจที่ลดลง อัตราการเต้นของชีพจรและการหายใจลดลงและความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง เป็นต้น

การผ่อนคลาย เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองของร่างกายและจิตใจที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองในทิศทางที่ตรงกันข้ามกับปฏิกิริยาความเครียดที่สัมพันธ์กับปฏิกิริยาต่อสู้หรือถอยหนี (Fight or Flight response) เรียกว่าปฏิกิริยาผ่อนคลาย (Relaxation response) ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายกลับสู่สภาพปกติ โดยลดการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ที่ทำงานมากเกินไปทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ดังนั้น การผ่อนคลายจึงเป็นภาวะที่บุคคลปราศจากความเครียดทำให้รู้สึกเป็นสุขและได้มีผู้ให้ความหมายของปฏิกิริยาการผ่อนคลายไว้ดังนี้

Benson (1976) ได้ให้ความหมายของการผ่อนคลายไว้ว่า เป็นการผสมผสานในการตอบสนองของ Hypothalamus มีผลในการลดการทำงานของประสาท Sympathetic ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลงและความดันโลหิตลดลง เป็นปฏิกิริยาที่ยับยั้งกลไกของร่างกายที่เกิด เมื่อร่างกายเผชิญความเครียดหรือความวิตกกังวล

Mast et al. (1987) ได้ให้ความหมายของการผ่อนคลายไว้ว่า ร่างกายและจิตใจของคนเราไม่สามารถแยกจากกันได้และบุคคลสามารถเรียนรู้การฝึกการผ่อนคลาย เพื่อให้เกิดปฏิกิริยาการตอบสนองที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ ในทางตรงกันข้ามกับความเครียดที่เรียกว่า ปฏิกิริยาการผ่อนคลาย (Relaxation response) ซึ่งมีผลในการลดการทำงานของระบบประสาท Sympathetic

Sims (1987) ได้ให้ความหมายของการผ่อนคลายไว้ว่า การผ่อนคลายเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจซึ่งเกิดขึ้นในช่วงสุดท้ายของการฝึกการผ่อนคลาย

โรจน์ จินตนาวัฒน์ (2536 อ้างถึงใน จรุงนา ประจักษ์แสงศิริ, 2549) ได้ให้ความหมายของการผ่อนคลายไว้ว่า การผ่อนคลายเป็นสภาวะที่ร่างกายและจิตใจปราศจากความตึงเครียด ซึ่งผลของการผ่อนคลายจะช่วยลดผลที่เกิดจากความเครียด ความวิตกกังวลอย่างเฉียบพลัน ลดความเหนื่อยล้า ลดการหดตัวของกล้ามเนื้อและเพิ่มความรู้สึกสุขสบาย ซึ่งสอดคล้องกับ McCaffery (1980) ที่กล่าวว่า การผ่อนคลายเป็นความรู้สึกอิสระจากความกดดันหรือความตึงเครียด ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการผ่อนคลาย หมายถึง ปฏิบัติการตอบสนองของร่างกายที่ตรงข้ามกับการเกิดความเครียด ซึ่งหมายถึง กระบวนการทางสรีระวิทยาจากปฏิบัติการตอบสนองของร่างกายที่ใช้พลังงานและความร้อนน้อยมาก เนื่องจากกระบวนการภายในระบบประสาทอัตโนมัติที่ส่งผลยับยั้งกลไกการเผชิญความตึงเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้การทำงานของร่างกายลดลง กล้ามเนื้อในร่างกายเกิดการคลายตัว การผ่อนคลายเป็นสภาวะที่ทั้งร่างกายและจิตใจปราศจากความตึงเครียด และการผ่อนคลายจะเกิดได้ดีจะต้องเตรียมพร้อมทั้งด้านสิ่งแวดล้อมและตัวผู้ฝึก (Well-Federman, 1995)

การฝึกการผ่อนคลายเพื่อให้เกิดปฏิบัติการผ่อนคลายมีหลายวิธี แต่ละวิธีจะมีความแตกต่างกันในรูปแบบของการฝึกที่เฉพาะเจาะจง แต่การฝึกการผ่อนคลายทุกวิธีมีแนวคิดและข้อตกลงเบื้องต้นร่วมกันดังต่อไปนี้ (ญาณิกา เวชยางกูร, 2545; Mast, Mayers and Urbanski, 1987)

1) จิตใจและร่างกายแยกออกจากกันไม่ได้ ความคิดและความรู้สึกทำให้เกิดการตอบสนองทางด้านร่างกาย เช่นเดียวกับการรับรู้ความรู้สึกทางด้านร่างกายกระตุ้นให้เกิดปฏิบัติการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายหรือการกระตุ้นทางด้านอารมณ์ทำให้เกิดปฏิบัติการความเครียด (Stress response) และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่สัมพันธ์กับปฏิกิริยาต่อสู้หรือถอยหนี

2) การฝึกการผ่อนคลาย สามารถทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับความเครียดให้กลับเข้าสู่ภาวะปกติได้

3) บุคคลที่ฝึกการผ่อนคลาย จะมีความรู้สึกเป็นสุขและมีความหวังในชีวิตเพิ่มมากขึ้น

2.1.8.2 องค์ประกอบพื้นฐานที่จำเป็นในการฝึกการผ่อนคลาย

การฝึกการผ่อนคลายจะประสบความสำเร็จได้นั้น ต้องมีองค์ประกอบพื้นฐาน 4 ประการที่ต้องคำนึงถึงดังนี้ (Well-Federman, 1995 อ้างถึงใน จรุงนา ประจักษ์แสงศิริ, 2549)

1) สิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ (A quiet environment) โดยการทำให้ผู้ฝึกการผ่อนคลายอยู่ในบริเวณที่มีเสียงรบกวนน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้แล้วให้ผู้ฝึกหลับตา เพื่อมิให้เบี่ยงเบนหรือหันเหความสนใจไปสู่สิ่งที่กระตุ้นภายนอกที่อยู่รอบๆตัว แต่เมื่อผู้ฝึกรู้เทคนิคการผ่อนคลายดีแล้วสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบอาจไม่จำเป็น เพราะผู้ฝึกสามารถควบคุมตนเองและสามารถแยกแยะจากสิ่งที่กระตุ้นภายนอกได้

2) การอยู่ในท่าที่สบาย (A comfortable position) การจัดทำท่าที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ฝึกเกิดความสุขสบายและช่วยลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ สามารถใช้นั่งเอนหลังหรือท่านอนก็ได้ การใช้ท่านอนราบควรถ่ายหมอนรองใต้ศีรษะและใต้เข่าทั้งสองข้าง แต่พบว่า นิยมใช้ท่านั่งมากกว่าท่านอน เนื่องจากการใช้ท่านอนมีแนวโน้มทำให้ผู้ฝึกหลับได้มากกว่าอีกประการหนึ่ง คือ ระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกจะนานประมาณ 15-20 นาที การใช้ท่าที่สุขสบายจะทำให้ผู้ฝึกสามารถฝึกจนครบได้ตามเวลา

3) การมุ่งความสนใจไปที่คำใดคำหนึ่ง (Concentration on a single word) โดยใช้เครื่องมือหรือสิ่งเร้า เช่น การใช้เสียง ถ้อยคำหรือวลีซ้ำๆ นิยมให้ผู้ฝึกฟังเสียงจากเทปบันทึกเสียงและให้ผู้ฝึกหลับตาเพื่อรวบรวมจุดสนใจได้ดีขึ้น

4) ทักษะคิดหรือจิตที่ว่าง (A passive attitude when other thought come into consciousness) ผู้ฝึกต้องไม่ต่อต้านหรือเข้ทมงวดกับตนเองมากเกินไป ไม่ควรกังวลว่าจะปฏิบัติเทคนิคได้ดีหรือไม่ เพราะจะก่อให้เกิดความเครียดและไม่สามารถผ่อนคลายได้อย่างแท้จริง ไม่ควรมีความคิดออกนอกกลุ่มนอกทางแต่ควรพยายามสลัดทิ้งไป โดยมุ่งจุดหมายไปที่ถ้อยคำหรือวลีซ้ำที่กำหนดขึ้นตามแบบฝึก

จะเห็นได้ว่า ภาวะของจิตใจและทัศนคติมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ฝึกโดยตรง ถ้าผู้ฝึกไม่มีสมาธิและไม่อยู่ในสภาพที่จะฝึกการผ่อนคลาย การตอบสนองต่อการผ่อนคลายจะไม่เกิดขึ้น ในงานวิจัยต่อมาของ Benson (1984) ได้เสนอไว้ว่า สิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบและท่าทางที่สุขสบายไม่จำเป็นเสมอไปสำหรับการทำให้เกิดปฏิกิริยาการผ่อนคลาย โดยผู้ฝึกสามารถเรียนรู้เพื่อให้เกิดปฏิกิริยาการผ่อนคลายได้ในขณะที่มีงานยุ่งและมีเสียงดังจากสิ่งแวดล้อม เช่น ในห้องเรียน ในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลหรือในสถานีรถไฟใต้ดิน เป็นต้น ดังนั้น จึงเริ่มมีการนำการฝึกการผ่อนคลายมาใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Benson, 1984 cited in Sloman, 1995)

2.1.8.3 วิธีการฝึกการผ่อนคลาย

การฝึกการผ่อนคลายมีหลายวิธี และทุกวิธีทำให้เกิดปฏิกิริยาการผ่อนคลายแต่การจะเลือกฝึกวิธีไหนนั้นต้องให้เหมาะกับลักษณะของผู้ฝึก ในปัจจุบันวิธีการฝึกการผ่อนคลายที่นิยมใช้ (จรุณา ประจักษ์แสงศิริ, 2549) มีดังต่อไปนี้

1) การออกคำสั่งให้กับตนเอง (Autogenic training) การเรียนรู้ที่จะควบคุมการทำงานของอวัยวะในร่างกายด้วยตนเอง เป็นวิธีควบคุมตนเองให้อยู่ในอำนาจจิตใจ คล้ายการสะกดจิตตนเอง โดยบอกตัวเองในใจซ้ำๆกัน ด้วยถ้อยคำหรือวลีที่เกี่ยวข้องกับสรีระวิทยาของร่างกาย เช่น บอกให้กล้ามเนื้อที่ละส่วนคลายตัว

2) การสร้างจินตภาพ (Visualization) หรือการทำให้เกิดจินตนาการ (Guided imagery) การสร้างจินตนาการในใจและการนึกภาพ จะทำให้เกิดการตอบสนองของร่างกายและพฤติกรรมตามที่ถูกฝึกได้จินตนาการ ถ้าจินตนาการเกี่ยวกับความไม่สบาย ความผิดหวังจะกระตุ้นให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล แต่ถ้าจินตนาการถึงความสุขสบาย การผ่อนคลายจะทำให้เกิดความรู้สึกสงบและสุขสบายขึ้น เช่น การจินตนาการถึงชายทะเล สวนดอกไม้ หรือที่ใดที่หนึ่งที่ทำให้รู้สึกสดชื่นและเป็นสุข

3) การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง (Progressive muscle relaxation) เป็นวิธีที่ใช้หลักการสำคัญ 2 ประการ คือ การเกร็งและการคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วนของร่างกายและการเรียนรู้ความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะที่เกร็งและคลายกล้ามเนื้อ เป็นวิธีที่ต้องใช้การฝึกบ่อยๆครั้ง ซึ่งการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วนของร่างกายเป็นวิธีที่ใช้รักษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความวิตกกังวลชนิดต่างๆหรือผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพอารมณ์ที่ผิดปกติ จนทำให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวมากขึ้น

4) การใช้ปฏิกิริยาป้อนกลับทางชีวภาพ (Biofeedback) เป็นเครื่องมือสำหรับวัดปฏิกิริยาป้อนกลับ โดยการวัดการทำหน้าที่ต่างๆของอวัยวะภายในร่างกาย แล้วสะท้อนให้เห็นการทำงานของร่างกาย เช่น ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ คลื่นไฟฟ้าสมองและอุณหภูมิของผิวหนัง ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ฝึกได้รับรู้ถึงความสัมพันธ์ของอวัยวะของร่างกายและฝึกการควบคุมการทำงานของอวัยวะนั้น จะนำไปสู่การควบคุมร่างกายของตนเองได้สำเร็จ

5) การฝึกสมาธิ (Meditation) เป็นการฝึกให้จิตใจสงบและผ่อนคลาย โดยมุ่งความสนใจให้จดจ่อ สงบนิ่งอยู่ที่สิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น ลมหายใจเข้า-ออก การยุบ-พองของท้อง การพูดสองสามพยางค์ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการมีสติระลึกไปตามอริยาบทปัจจุบันของร่างกายและการเปลี่ยนแปลงของจิตใจและอารมณ์ ถ้ามีการฝึกเป็นประจำจะช่วยลดระดับการตื่นตัวทางสรีระได้ เป็นวิธีที่ประชาชนชาวตะวันออกฝึกปฏิบัติกันมากทั้งทางประเพณีและวัฒนธรรม เพื่อมุ่งให้เกิดการผ่อนคลายและบรรเทาความตึงเครียดได้

6) การฝึกหายใจแบบลึก (Deep breathing) การหายใจเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายนั้น ต้องหายใจลึก ช้าและสม่ำเสมอ โดยสูดลมหายใจลงไปให้ลึกถึงส่วนล่างของปอด ทำให้กระบังลมดันท้องให้พองออกเวลาหายใจเข้าและยุบลงเวลาหายใจออก แต่ไม่ใช่หายใจแบบ

ยกไหล่ขยายส่วนบนของอกเพียงอย่างเดียว ถ้ารู้สึกทำได้ยากให้นอนหงายวางมือบนหน้าท้องแล้วฝึกหายใจให้ลึกและช้าสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มการนำเข้าสู่ของออกซิเจนแล้วลองสังเกตมือทั้งสองข้างจะมีการเคลื่อนไหวขึ้น-ลงตามจังหวะการหายใจ การหายใจด้วยวิธีนี้จะช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและจิตใจสงบ หากฝึกปฏิบัติจนเป็นนิสัยจะช่วยลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นได้

7) การฝึกการผ่อนคลายวิธี Benson's Respiratory One Method เป็นวิธีการฝึกการผ่อนคลายด้วยการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมและหน้าท้อง และเพ่งความสนใจไปที่การหายใจโดยขณะที่หายใจออกทุกครั้งให้คิดถึงคำว่า "หนึ่ง" ในใจ และใช้เครื่องมือทางจิต คือ คำพูด เป็นกลไกในการควบคุมทางจิต เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ความคิดและความกังวลต่างๆจึงทำให้จิตใจสงบ

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมาเชื่อมโยงกับแนวคิดการผ่อนคลาย โดยเลือกใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยการหายใจ (Breathing exercise) และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxation) มาใช้ในการฝึกทักษะการผ่อนคลายเนื่องจากเทคนิคการผ่อนคลายทั้งสองวิธีนี้ สามารถฝึกได้ง่าย สะดวก ประหยัดเวลา ไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ใดๆและเป็นวิธีที่ไม่รบกวนผู้อื่น โดยฝึกปฏิบัติครั้งละ 15-20 นาที วันละ 1-3 ครั้ง จะมีผลให้ร่างกายและจิตใจเกิดการผ่อนคลายได้ตลอดวัน (McCaffery, 1979) สอดคล้องกับการศึกษาของ Schott and Luff (1988) พบว่า การฝึกการผ่อนคลายช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ส่งผลให้รู้สึกสบาย สงบและนอนหลับได้ดีขึ้น รวมทั้งมีจิตใจที่เข้มแข็งและมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การฝึกการผ่อนคลายทั้งสองวิธีนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบและผ่อนคลาย มีความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มมากขึ้น ทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตกลับเข้าสู่สภาวะปกติสุข เกิดความสุขสบาย คลายความวิตกกังวลและส่งผลให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น

2.1.8.4 การประเมินการผ่อนคลาย

การที่จะทราบว่าผู้ฝึกการผ่อนคลาย ได้มีการผ่อนคลายเกิดขึ้นหรือไม่สามารถประเมินได้หลายวิธี ดังต่อไปนี้ (ญานิกา เวชยางกูร, 2545; Sims, 1987)

1) การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่น การวัดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ การวัดอุณหภูมิของผิวหนัง การวัดความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจและการตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง ซึ่งใช้ในการประเมินผลการฝึกการผ่อนคลาย นอกจากนี้ DiMotto (1984) ได้สรุปลักษณะของผู้ที่ผ่อนคลายจากการฝึกการผ่อนคลายไว้ดังนี้

ก) การหายใจเป็นจังหวะ เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะการผ่อนคลายจะมีการใช้ออกซิเจนลดลงจากการหายใจที่ตื้นขึ้นและช้าลง แม้อัตราและความลึกของการหายใจ

จะเปลี่ยนแปลงแต่อาจหวัหะคงที่ ดังนั้น ด้วยจังหวัดที่สม่าเสมอจึงเป็นลักษณะของการผ่อนคลาย

ข) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง บางคนเกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อแขนและขาจนกระทั่งไม่สามารถเคลื่อนย้ายแขนหรือขาได้ แสดงว่าฝึกการผ่อนคลายได้สำเร็จ ซึ่งมีความสำคัญต่อความสบายจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง

ค) มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว ระดับความรู้สึกตัวมีความสัมพันธ์กับคลื่นสมอง ในระยะตื่นและตื่นตัวจะพบคลื่นไฟฟ้าสมองแบบ Beta ในภาวะการผ่อนคลายจะมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวอยู่ระหว่างรู้สึกตัวดีและความรู้สึกตัวลดลง จนถึงไม่รู้สึกตัว โดยสัมพันธ์กับคลื่นสมองที่เปลี่ยนเป็นคลื่น Alpha ในระหว่างที่มีการเปลี่ยนแปลงนี้ ความคิดอย่างมีเหตุผลจะลดลงแต่จะเพิ่มความคิดทางด้านสร้างสรรค์มากขึ้น

2) การประเมินความรู้สึกที่ผู้ป่วยบอก ได้แก่ ความรู้สึกต่างๆทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ที่เกิดจากการฝึกการผ่อนคลาย เช่น ความรู้สึกสงบ สบายใจ ง่วงนอน ร่างกายเบาและความเจ็บปวดลดลง ความรู้สึกที่ผู้ฝึกการผ่อนคลายได้บรรยายออกมานั้นเป็นตัวบ่งชี้ที่แสดงถึงภาวะการผ่อนคลายที่ถือว่าการประเมินที่เชื่อถือได้ เพราะว่าการผ่อนคลายจัดเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล

3) การประเมินจากรายการที่เป็นมาตรฐาน (Standardized check lists) ได้แก่ แบบวัดต่างๆ เช่น แบบวัดความวิตกกังวล The State-Trait Anxiety Inventory: STAT (Spielberger, 1989) แบบสอบถามบุคลิกภาพเพื่อดูแนวโน้มความวิตกกังวล The Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI และแบบสอบถามความรู้สึก The Multiple Affect Adjective check list: MAACL

4) แบบประเมินมาตรวัดประเมินค่า (Rating scales) เป็นการเปรียบเทียบการรับรู้ของผู้ฝึกกับประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกการผ่อนคลาย

2.1.8.5 ประโยชน์ของการฝึกการผ่อนคลาย

จากการฝึกการผ่อนคลาย สามารถแบ่งประโยชน์ของการผ่อนคลายได้อย่างกว้างๆเป็น 2 ด้าน คือ ประโยชน์ทางด้านร่างกายและประโยชน์ทางด้านจิตใจ ซึ่งประโยชน์ทั้ง 2 ด้านต้องพึ่งพาระหว่างกัน คือ ประโยชน์ทางด้านร่างกายสามารถนำไปสู่ประโยชน์ทางด้านจิตใจได้และเป็นไปในทางกลับกันได้ (Dossey, Guzzetra and Kenner, 1992; Sims, 1987)

1) ประโยชน์ทางด้านร่างกาย ช่วยลดการกระตุ้นทางด้านร่างกาย บรรเทาอาการปวดศีรษะและความตึงเครียดหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มความสุขสบายจึงช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล เพิ่มประสิทธิภาพการหายใจและส่งเสริมการนอนหลับ

2) ประโยชน์ทางด้านจิตใจ ช่วยส่งเสริมการรับรู้ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ทำให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้น ทำให้จิตใจสงบและเข้าใจปัญหาของตนเองอย่างถ่องแท้ ลดความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความคิดในการแก้ไข ปัญหาและควบคุมตนเองได้

2.2 พฤติกรรมการนอนหลับ

2.2.1 ความหมายพฤติกรรมการนอนหลับ

พฤติกรรมการนอนหลับ คือ ระหว่างการนอนหลับมีการเอนตัวลงนอนและสงบนิ่ง และภายหลังการนอนหลับตื่นขึ้นมาด้วยความสดชื่นและไม่ง่วงซึม (Fuller and Ayers, 1990) ซึ่งกล่าวได้ว่า พฤติกรรมการนอนหลับเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการนอนหลับตั้งแต่เข้าอนจนกระทั่งตื่นนอน (Snyder-Halpern and Verran, 1987) และการที่บุคคลจะกล่าวถึงพฤติกรรมการนอนหลับของตนว่า “ดี” หรือ “ไม่ดี” นั้น สามารถบอกได้โดยการประเมินของบุคคลนั่นเอง การมีช่วงเวลาของการนอนหลับที่เหมาะสมสามารถรับรู้ได้จากความรู้สึกของบุคคลนั้น เช่น การนอนหลับสนิท การนอนหลับอย่างเพียงพอ ระยะเวลาในการนอนและความต่อเนื่องในการนอนถือเป็นสิ่งที่สำคัญ (สุรัชย์ เกื้อศิริกุล, 2536; Krachman et al., 1995)

2.2.2 ปัญหาพฤติกรรมการนอนหลับ

การนอนหลับและการตื่น เป็นองค์ประกอบสำคัญของชีวิตมนุษย์ที่เกิดขึ้นในชีวิตของเรา โดยช่วงเวลาถึงหนึ่งในสามจะถูกใช้ไปกับการนอนหลับ ปริมาณการนอนหลับที่เพียงพอไม่สามารถกำหนดได้แน่นอนแต่ควรเป็นไปเพื่อก่อให้เกิดความสดชื่นต่อชีวิตในช่วงเวลาตื่น นอกจากนี้ พฤติกรรมและกิจกรรมทางสังคมก็มีอิทธิพลต่อการนอนหลับของผู้ป่วยเช่นกัน โดยปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในช่วงของการนอนหลับจะนำไปสู่ปัญหาพฤติกรรมการนอนหลับ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการของการนอนหลับลำบาก นอนหลับไม่ต่อเนื่อง นอนหลับไม่สนิท ตื่นนอนกลางดึกบ่อยๆ นอนหลับได้น้อยเพราะตื่นนอนเร็วกว่าปกติหรือตื่นนอนแล้วรู้สึกไม่สดชื่นเหมือนไม่ได้นอน (สุรัชย์ เกื้อศิริกุล, 2536, 2548) ทำให้ผู้ป่วยต้องประสบกับปัญหาพฤติกรรมการนอนหลับ เนื่องจากรูปแบบการนอนหลับมีการเปลี่ยนแปลง ผลกระทบที่ตามมาทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับกระบวนการคิด การตัดสินใจ ความจำ รู้สึกไม่สุขสบาย ความรำเริงสนุกสนานกับเพื่อนหรือครอบครัวลดลง รู้สึกหงุดหงิด โมโหง่าย เกิดความเฉื่อยชาและอ่อนเพลีย รวมทั้งเกิดความเครียด ความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันลดลง (จรีพรรณ เจริญพร, 2548; Evans and French, 1995) เมื่อผู้ป่วยนอนหลับได้ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ในช่วงแรกๆ จะมีอาการง่วงนอน หาวนอนบ่อย หงุดหงิดง่าย เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น

ความคิดสับสนบ้างเล็กน้อยและขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว แม้ว่าปัญหาพฤติกรรมนอนหลับจะไม่เป็นอาการที่ก่อให้เกิดอันตรายอย่างเฉียบพลัน แต่ก็รบกวนต่อความผาสุกและคุณภาพชีวิตที่พยาบาลจิตเวชควรรีให้ความสำคัญ เพื่อให้ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mendelson et al. (1993) พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาพฤติกรรมนอนหลับจะตื่นระหว่างการนอนหลับบ่อยและตื่นนอนเช้าเกินไป ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการง่วงนอนในเวลากลางวันและส่งผลกระทบต่อการทำงาน ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่ออาการนอนหลับของผู้ป่วย เนื่องจากเมื่อเกิดความวิตกกังวลร่างกายจะมีการหลั่ง Adrenaline เพิ่มขึ้นซึ่งไปกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติให้ทำงานมากขึ้น ทำให้ร่างกายมีการตื่นตัวตลอดเวลา ส่งผลต่อรูปแบบการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การนอนไม่หลับหรือนอนหลับไม่เพียงพอ การนอนหลับลำบาก การนอนหลับไม่สนิท ตื่นขึ้นมากกลางดึกบ่อยๆหรือนอนหลับๆตื่นๆ การตื่นเช้าเร็วกว่าปกติหรือตื่นแล้วไม่สดชื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกนอนหลับไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (Kozier et al., 1989) เกิดเป็นปัญหาพฤติกรรมนอนหลับและอาจกลายเป็นโรคนอนไม่หลับในอนาคตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Parker (1995) พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมและความพึงพอใจในการนอนหลับ เช่น ในผู้ป่วยที่กังวลใจมากเกินไป (Over concern) จะมีความสัมพันธ์กับการนอนหลับ กล่าวคือ เมื่อเริ่มนอนแล้วนอนไม่หลับก็จะเกิดความกังวลและความเครียด ซึ่งเป็นปัจจัยที่กีดขวางการนอนหลับ โดยผู้ป่วยจะพยายามข่มตานอนบังคับให้หลับ เมื่อนอนไม่หลับอีกก็จะเพิ่มความวิตกกังวลมากขึ้นและจะมีพฤติกรรมอื่นที่เพิ่มความตื่นตัว เช่น ใช้เวลาบนเตียงนอนเพื่อให้นอนหลับ ดูนาฬิกากลางดึกบ่อยๆ โดยผู้ป่วยจะเชื่อมโยงเวลาในการนอนกับความหวาดหวั่นวิตกกังวลใจว่าจะนอนไม่หลับเข้าด้วยกัน ทำให้ร่างกายเกิดความตื่นตัวและไม่สามารถนอนหลับได้ (สุรัชย์ เกื้อศิริกุล, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของ Southwell and Wistow (1995) กล่าวว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความวิตกกังวลสูงจะบ่นว่านอนไม่หลับมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีระดับความวิตกกังวลต่ำ นอกจากนี้ภาวะทางอารมณ์ ความรู้สึกที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลในชีวิตประจำวัน อาจเป็นสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลในการนอนหลับ

ดังนั้น ความวิตกกังวลจะส่งผลต่อปัญหาพฤติกรรมนอนหลับ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ นอนหลับลำบาก นอนหลับๆตื่นๆตื่นตลอดคืนและตื่นนอนตอนเช้าเร็วกว่าปกติ ทำให้ตื่นแล้วไม่สดชื่น เป็นต้น

2.2.3 การประเมินพฤติกรรมนอนหลับ

การจะเลือกใช้วิธีใดในการประเมินพฤติกรรมการนอนหลับขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ ในการประเมิน และความเหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งมีวิธีการประเมินอยู่ 2 วิธี (Closs, 1988 และ Beck, 1992 อ้างถึงใน ศิริเพ็ญ วานิชานันท์, 2544) คือ การประเมินพฤติกรรมการนอนหลับด้วยเครื่องมือทาง วิทยาศาสตร์และการประเมินพฤติกรรมการนอนหลับด้วยตนเอง ดังนี้

2.2.4.1 การประเมินพฤติกรรมการนอนหลับ ด้วยเครื่องมือทาง วิทยาศาสตร์ นิยมใช้เครื่องมือที่เรียกว่า Polysomnography เป็นเครื่องมือที่ใช้ตรวจในห้องปฏิบัติการ การนอนหลับ ประเมินได้ทั้งคุณภาพการนอนหลับและระยะเวลาหลับที่แท้จริง มีความถูกต้องแม่นยำสูง แต่เป็นวิธีการที่ยุ่งยากซับซ้อนจึงไม่เหมาะในการนำมาใช้ได้ทั่วไป

2.2.4.2 การประเมินพฤติกรรมการนอนหลับด้วยตนเอง ได้แก่ การใช้ แบบสอบถาม (Questionnaire) การสัมภาษณ์ (Interview) และการประเมินตนเอง (Self-report) โดยใช้แบบวัดต่างๆที่มีผู้พัฒนาขึ้น เช่น มาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) หรือการประมาณ ค่าด้วยการเปรียบเทียบทางสายตา (Visual analogue scale) เป็นเครื่องมือให้ตอบตามความรู้สึก จากประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งการประเมินด้วยวิธีนี้สามารถทำได้ง่าย สะดวก เหมาะในการคัด กรองเบื้องต้นกับกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมาก ดังนั้น การประเมินด้วยวิธีนี้สามารถทำได้หลายวิธี เช่น เครื่องมือ The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ของ Buysse (1989) เป็น แบบสอบถามเกี่ยวกับการนอนหลับและการรบกวนการนอนหลับหรือเครื่องมือ VSH sleep scale ของ Snyder-Halpern and Verran (1987) เป็นการประเมินการนอนหลับจากองค์ประกอบต่างๆ ของการนอนหลับ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกวิธีการประเมินพฤติกรรมการนอนหลับด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดคุณภาพการนอนหลับของศิริเพ็ญ วานิชานันท์ (2544) ซึ่งสร้างจากแบบประเมินการนอนหลับของ Snyder-Halpern and Verran (1987) เนื่องจากสามารถประเมินพฤติกรรมการนอนหลับได้อย่างครอบคลุม ทั้งระยะเวลาในการนอนหลับ ลักษณะการนอนหลับและพฤติกรรมการนอนหลับ แต่ละข้อคำถามใช้การวัดด้วยมาตรประเมิน พฤติกรรมการนอนหลับโดยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analogue scale) มีลักษณะเป็น เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร แสดงถึงความต่อเนื่องของลักษณะการนอนหลับที่มีค่าคะแนน 0-10 คะแนน สามารถประเมินพฤติกรรมการนอนหลับได้อย่างรวดเร็ว ที่สำคัญเครื่องมือชนิดนี้ยังเปิด โอกาสให้ตัดสินใจเลือกประเมินตามความรู้สึกและอารมณ์ของตนเองอย่างอิสระ

2.3 การให้บริการผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่มีปัญหาพฤติกรรมการนอนหลับ

โรงพยาบาลนครพนมเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 470 เตียง ให้การบริการผู้ป่วย

โรคจิตกั๊งวลทั่วไปที่คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช ในลักษณะผู้ป่วยนอก โดยแบ่งรูปแบบการให้บริการออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

2.3.1 ผู้ป่วยโรคจิตกั๊งวลทั่วไปที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยรายเก่าที่มาขอรับยาเดิม อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล คือ นอนไม่หลับ เหนื่อยเพลีย แขนงหน้าอก หายใจไม่อิ่ม โดยพยาบาลจิตเวชจะเป็นผู้ซักประวัติผู้ป่วย ประเมินอาการทางด้านร่างกายและจิตใจและให้คำปรึกษาในรายที่มีความวิตกกั๊งวลหรือไม่สบายใจ จากนั้นพยาบาลจะให้ยาลดความวิตกกั๊งวลไปรับประทานต่อที่บ้านและนัดมารับยาเป็นประจำทุกเดือน

2.3.2 ผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล คือ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะและปวดเมื่อยตามร่างกาย โดยพยาบาลจะเป็นผู้ซักประวัติและประเมินอาการผู้ป่วยและส่งพบแพทย์อายุรกรรมเพื่อให้การักษา แพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยผู้ป่วยตามระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และให้การรักษาตามอาการเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปรับประทานยาต่อที่บ้าน จากนั้นแพทย์จะส่งพบพยาบาลจิตเวชก่อนกลับบ้านเพื่อให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพจิตและให้คำแนะนำวิธีคลายความวิตกกั๊งวลด้วยตนเอง และพยาบาลจิตเวชจะนัดให้ผู้ป่วยโรคจิตกั๊งวลทั่วไปมารับยาที่คลินิกจิตเวชจนกว่าอาการจะดีขึ้น

2.3.3 ให้บริการผู้ป่วยโรคจิตกั๊งวลทั่วไป ที่ถูกส่งต่อกลับมารักษาอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมารับยาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน โดยพยาบาลจิตเวชจะให้ยาลดความวิตกกั๊งวลตามแผนการรักษาเดิมของจิตแพทย์ ร่วมกับการรักษาตามลักษณะอาการของผู้ป่วย ส่วนใหญ่อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล คือ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร เหนื่อยเพลีย ใจสั่น ในขณะที่รับประทานยาหากอาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น พยาบาลจิตเวชพิจารณาส่งกลับไปพบจิตแพทย์ที่โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ต่อไป

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่มาขอรับยาเดิมส่วนใหญ่อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล คือ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ เหนื่อยเพลีย ใจสั่น เป็นต้น ซึ่งพยาบาลจิตเวชจะเป็นผู้ให้คำปรึกษารายบุคคลตามลักษณะอาการ หรือสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่พบในขณะนั้นด้วยระยะเวลาอันจำกัด และเป็นผู้นัดผู้ป่วยมารับยาในครั้งต่อไป ดังนั้นจะเห็นได้ว่าคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม ยังไม่มีการบำบัดรักษาทางจิตสังคมอย่างเป็นรูปแบบที่ชัดเจน ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตกั๊งวลทั่วไปที่มีปัญหาการนอนหลับ มีเพียงแต่การรักษาโดยการให้ยาลดความวิตกกั๊งวลและการรักษาตามลักษณะอาการของผู้ป่วยร่วมกับการให้คำปรึกษารายบุคคลเท่านั้น

2.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตกั๊งวลทั่วไปที่มีปัญหาพฤติกรรมการนอนหลับ

ปัญหาพฤติกรรมการนอนหลับ ถือเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยโรคจิตกั๊งวลทั่วไป

และพยาบาลเป็นผู้ดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดมากที่สุด พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการนอนหลับและช่วยจัดการปัญหาเหล่านั้นของผู้ป่วย โดยการวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้ง่ายและนอนหลับได้อย่างต่อเนื่องในเวลากลางคืน และเป้าหมายที่สำคัญของการพยาบาล คือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการนอนหลับที่ดีและถูกต้อง สามารถพักผ่อนได้อย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและจิตใจ ดังนั้น การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยจะต้องประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสิ่งแวดล้อม โดยคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

2.3.1 ประเมินความต้องการการนอนหลับของผู้ป่วย ลักษณะนิสัยในการนอน ความเคยชินเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในการนอนหลับ ความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ สิ่ง чтоช่วยให้นอนหลับได้และภาวะสุขภาพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลทางการพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมนอนหลับของผู้ป่วยแต่ละคน

2.3.2 ประเมินปัญหาในการนอนหลับว่าผู้ป่วยสามารถนอนหลับได้เพียงพอหรือไม่และสาเหตุใดบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับหรือมีสิ่งใดบ้างที่รบกวนการนอนหลับ โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงแบบแผนการนอนหลับของตนเองและร่วมกันซักถามภายในกลุ่ม เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมนอนหลับของผู้ป่วยแต่ละคน

2.3.3 ช่วยขจัดสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับหรือสิ่งที่รบกวนการนอนหลับในบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้ คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับ (กัลยา สรรพพุดม, 2546) การให้ผู้ป่วยเรียนรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมการนอนหลับและให้ผู้ฝึกการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับ (ศิริเพ็ญ วานิชานันท์, 2544) การพยาบาลแบบผสมผสานหรือการบำบัดทางการพยาบาล (Complementary or Therapeutic nursing) โดยเฉพาะการบำบัดที่ใช้แนวคิดความเชื่อมโยงของร่างกายและจิตใจ (Mind-Body connection) หรือที่เรียกว่าเทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation technique) ซึ่งได้นำมาใช้กับผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนานเกือบ 20 ปี (Benson, 2001) เช่น การฝึกการหายใจ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การใช้ดนตรีบำบัด การทำสมาธิ เป็นต้น (อัจฉรา นุตตะโร, 2546) หรือการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการนอนหลับ เช่น การควบคุมแสงสว่าง เสียงที่รบกวนการนอนหลับ อุณหภูมิภายในห้องนอนและความสะอาดของเครื่องนอนเพื่อให้ผู้ป่วยมีการพักผ่อนที่มากที่สุด (Roger, 1997) เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลควรให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหารประเภทถั่ว ของหมักดองก่อนนอนจะทำให้มีแก๊สมากส่งผลให้ไม่สุขสบายและนอนหลับยาก อาการที่มีไขมันสูงทำให้ระบบอาหารย่อยยากส่งผลกระทบต่อกระบวนการนอนหลับของผู้ป่วย การดื่มชา กาแฟ ก่อนเข้านอนทำให้สมองมีการตื่นตัวและนอนหลับยากขึ้น เป็นต้น

3. แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ปัจจุบันมีการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์แล้ว พบว่า กระบวนการคิดของมนุษย์เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมต่างๆ ทั้งเหมาะสมและไม่เหมาะสม ดังนั้นการจัดการที่เหมาะสมจึงเน้นที่การจัดการกับความคิดของบุคคลก่อน เมื่อบุคคลปรับเปลี่ยนความคิดได้เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมตามมา

3.1 ความหมาย แนวคิดและทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีโครงสร้างชัดเจน และเน้นประเด็นปัญหาสำคัญในการบำบัด มีเป้าหมายในการแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมและความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่เหมาะสมและสมเหตุสมผล ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนอกจากจะปรับเปลี่ยนความคิดแล้ว ยังใช้เทคนิคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดพฤติกรรมที่มีปัญหาและเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ควบคู่ไปด้วย โดยการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและโรคทางจิตเวชหลายชนิด ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคย้ำคิดย้ำทำ โรคความผิดปกติของการรับประทาน เป็นต้น

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีพื้นฐานมาจากการบำบัดทางปัญญา พัฒนาขึ้นโดย Aron Beck (1979) และมีผู้นำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม Beck เป็นจิตแพทย์ชาวอเมริกัน มีความเชี่ยวชาญทางจิตวิเคราะห์ สนใจเกี่ยวกับการอธิบายถึงการเป็นโรคจิตเวช โดยการเริ่มสังเกตในคลินิกอย่างเป็นระบบและทำการวิจัยจนกระทั่งในปี ค.ศ. 1963 Beck เริ่มสังเกตเห็นว่าการรู้คิด (cognition) เป็นสิ่งที่จิตวิเคราะห์ไม่ได้ให้ความสนใจ จึงได้มีการศึกษาเกี่ยวกับโครงสร้างเนื้อหาทางความคิดของผู้ป่วยโรคจิตและพบว่าโครงสร้างของเนื้อหาทางความคิดมีลักษณะที่สม่าเสมอ เชื่อมโยงกับลักษณะอาการทางประสาทของคน และพบว่าคนไข้โรคจิตจะมีลักษณะความคิดที่บิดเบือนอย่างเป็นระบบ Beck พบว่า การคิดที่บิดเบือนนั้นเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชมักจะมีพฤติกรรมที่แสดงออกไม่เหมาะสม และพบว่าสาเหตุของปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเวชนั้น เกิดขึ้นจากความคิดที่ไม่เหมาะสม ความคิดที่บิดเบือนไปจากสถานการณ์ที่เป็นจริง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้า ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลรวมถึงผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีความคิดบิดเบือนไปจากโลกของความจริง หากสามารถแก้ไขและปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่ถูกต้องเหมาะสม โดยอาศัย

เทคนิคและวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ก็สามารรถช่วยให้อาการของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความคิดที่เป็นปัญหาดีขึ้นและยังช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้นด้วย รวมทั้งมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นด้วย (อรพวรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2553)

3.1.1 ความหมายของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การคิด (Thinking) เป็นกระบวนการของการเรียนรู้ตามหลักการของการบำบัดทางความคิดมองว่า การคิดไม่เพียงแต่มีผลทำให้เกิดความวิตกกังวลและพฤติกรรมการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความคาดหวังของบุคคลและการตีความเหตุการณ์ของบุคคลคนนั้นด้วย

Aaron Beck (1971) พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตนั้นมีเนื้อหาของความคิดที่ผิดปกติและบิดเบือนไปจากความเป็นจริง โดยมีโครงสร้างการคิดที่สับสนและเชื่อมโยงกับอาการทางจิตใจ มักจะมีลักษณะของความคิดที่บิดเบือนอย่างเป็นระบบ คือ มีลักษณะของการอ้างอิงตามใจชอบ มีการเลือกสรุปข้อมูล มีการขยายความเกินกว่าที่ควรจะเป็น Beck พบว่า การคิดที่บิดเบือนเหล่านี้เป็นลักษณะที่เกิดโดยอัตโนมัติ บุคคลจะมีความคิดในทางลบ จะมองตัวเอง มองโลกของตัวเอง และมองอนาคตของตัวเองในทางลบและความคิดทางลบนี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆจนเป็นระบบ

พฤติกรรม (behavior) หมายถึง การกระทำการเคลื่อนไหวหรือการตอบสนองใดๆ ที่สามารถสังเกต บันทึกและสามารถได้ ดังนั้น การอธิบายพฤติกรรมที่แสดงออกมายิ่งชัดเจนได้มากเท่าไรก็จะมีประโยชน์ในการบำบัดรักษามากเท่านั้น นำไปสู่การแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้โดยอาศัยข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์นั่นเอง

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive – Behavior therapy / CBT) หมายถึง จิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่ง มีโครงสร้างและมีกระบวนการในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน มีเป้าหมายของการบำบัด เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยนำเทคนิคต่างๆของการบำบัดทางจิตมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสม และความคิดที่บิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจ เหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม นอกจากการปรับเปลี่ยนความคิดแล้วยังนำเทคนิคของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาใช้เพื่อลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและเพิ่มพฤติกรรมที่เหมาะสมอีกด้วย จึงรวมเรียกการบำบัดชนิดนี้ว่าเป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

Beck และคณะ (1979) กล่าวไว้ว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งซึ่งมีลักษณะที่สำคัญ คือ เป็นการบำบัดในเชิงรุกและมีทิศทาง (Active and Directive) มีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขต (Time-Limited) และมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจน

(Structured) สามารถใช้บำบัดรักษาโรคทางจิตเวชได้หลากหลาย ได้แก่ โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) โรควิตกกังวล (Anxiety disorder) โรคกลัว (Phobia) โดยการบำบัดมีแนวคิดอยู่บนทฤษฎีพื้นฐานที่ว่า อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมของคนเราส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับแนวทางการมองโลกของบุคคลคนนั้นๆ

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2541) กล่าวว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการนำกระบวนการของความคิดมาประยุกต์ใช้ โดยช่วยให้ผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์จากเดิมที่เคยบิดเบือน ให้เป็นมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆที่ตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

อรพวรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2548) กล่าวว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นจิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีโครงสร้างและมีกระบวนการในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน มีเป้าหมายของการรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยใช้เทคนิคต่างๆของการบำบัดทางจิตมาทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องเหมาะสม

โดยสรุปการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมนั้น คือ การใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาในการปรับตัวและมีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของตนเองให้ถูกต้องเหมาะสม สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆได้ดีขึ้นและนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม (อรพวรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

3.1.2 ทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม พัฒนามาจากแนวคิดและทฤษฎีการเรียนรู้ 4 ทฤษฎี (อรพวรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ดังนี้

3.1.2.1 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบคลาสสิก (Classical conditioning theory) ทฤษฎีที่กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้พฤติกรรมที่เป็นการตอบสนองทางด้านสรีระวิทยาโดยตรง ไม่สามารถควบคุมได้ (involuntary behavior) ทฤษฎีนี้ได้มาจากการศึกษาของ Pavlov ที่ทำให้อาหารสุนัขเกิดพฤติกรรมตอบสนองต่อเสียงกระดิ่งด้วยอาการน้ำลายไหลเมื่อมีเสียงกระดิ่ง ผีกัดให้สุนัขควบคู่ไปพร้อมๆกับการสั่นกระดิ่งทำบ่อยๆจนในที่สุด สุนัขเกิดอาการน้ำลายไหลเมื่อได้ยินเสียงกระดิ่งเพียงอย่างเดียว ตัวอย่างของทฤษฎีที่นำมาใช้ในมนุษย์ ได้แก่ การจัดการกับผู้ป่วยที่มีความกลัวหรือกังวลต่อสถานการณ์ต่างๆมากขึ้น เช่น กลัวความสูง ความแออัด เป็นต้น

3.1.2.2 ทฤษฎีการวางเงื่อนไขแบบการกระทำ (Operant conditioning theory) ทฤษฎีที่กล่าวถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมที่อยู่ภายใต้ความควบคุมของจิตใจ (Voluntary behavior) ได้มาจากการศึกษาของ B.F. Skinner กล่าวไว้ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นผลมาจากการตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าต่างๆ ถ้าการกระทำพฤติกรรมใดส่งผลให้เกิดสิ่งที่พึงประสงค์หรือความพอใจ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมนั้นเพิ่มมากขึ้นแต่ถ้าการกระทำใดส่งผลให้เกิดผลเสียหรือสิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจ บุคคลจะลดการกระทำพฤติกรรมนั้นลงหรือเบาบางลง ตัวอย่างของทฤษฎีนี้ คือ การที่เด็กกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสมแล้วได้รับรางวัล โดยการแสดงความยินดี การชมเชยหรือได้รับสิ่งของรางวัลที่เด็กชื่นชอบ เป็นการเสริมแรงให้เด็กกระทำพฤติกรรมนั้นๆอีกและเป็นการเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้นเรื่อยๆ

3.1.2.3 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าพฤติกรรมสามารถเรียนรู้ได้ โดยอาศัยการสังเกตและการเลียนแบบ (Modeling) เช่น การเลียนแบบบุคลิกลักษณะหรือการแต่งกายของบุคคลที่ชื่นชอบซึ่งเกิดจากการมองเห็น พึงพอใจ และพยายามจะเลียนแบบมาเป็นของตนเอง ผู้นำทางทฤษฎีนี้คือ Bandura

3.1.2.4 ทฤษฎีทางความคิด (Cognitive theory) Beck เป็นผู้ริเริ่มพัฒนาทฤษฎีทางด้านความคิดและนำมาเป็นพื้นฐานของการบำบัดทางความคิด สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยมีหลักการและแนวคิดพื้นฐานที่ว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีความคิดที่บิดเบือนและไม่สมเหตุผล มีความคิดทางลบในด้านต่างๆ 3 ด้าน ทั้งความคิดในทางลบเกี่ยวกับตนเอง ความคิดในทางลบต่อประสบการณ์ที่ตนเองประสบหรือโลกภายนอก และความคิดในทางลบต่ออนาคต ซึ่งรวมเรียกว่าความคิดในทางลบ 3 ด้าน มีลักษณะดังนี้

1) ความคิดในทางลบต่อตนเอง คือ คิดว่าตนเองไม่มีข้อดี มีแต่ข้อบกพร่องและไม่เป็นที่ต้องการของใคร

2) ความคิดในทางลบต่อประสบการณ์ที่ตนเองประสบ หรือโลกภายนอก คือ มองประสบการณ์ต่างๆที่ตนเองประสบและมองสิ่งต่างๆรอบตัวว่ามีแต่ด้านร้าย มีแต่การเอาเปรียบและมีแต่การแสวงหาผลประโยชน์จากตน

3) ความคิดในด้านลบต่ออนาคต คือ มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก มีแต่ความทุกข์ทรมานและมีแต่ความล้มเหลว

ดังนั้น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจึงอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ดังกล่าว โดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทั้งหลายนั้นเกิดจากการเรียนรู้ที่ผิด การแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหา จึงสามารถทำได้ด้วยการให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ถูกต้อง ทฤษฎีการเรียนรู้ที่กล่าวมาในช่วงต้นจึงสามารถนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยช่วยให้บุคคลลด

พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ (Decrease undesired behavior) และเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (Increase behavior) ได้

3.2 หลักการและกระบวนการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่เน้นปัญหาเกี่ยวกับความคิดเป็นสำคัญหรือปัญหาในปัจจุบันที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ มีเป้าหมายในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม พัฒนามาจากความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการจัดการปรับเปลี่ยนความคิดหรือความเชื่อของบุคคลนั้น นักบำบัดทางความคิดเชื่อว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเกิดขึ้นจากความบิดเบือน ซึ่งอาจเป็นความคิดที่ไม่สมเหตุผลหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง ความคิดที่บิดเบือนอาจจะเป็นการมองทางบวกหรือทางลบก็ได้ที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ตัวอย่างเช่น บุคคลที่มองสิ่งต่างๆในทางบวกทั้งหมดที่ไม่เป็นจริงก็อาจจะปฏิเสธปัญหาที่ควรจะต้องแก้ไข เช่น การที่บุคคลเกิดการเจ็บป่วยทางร่างกายหรือมีอาการที่เกี่ยวกับโรคหัวใจ ระดับน้อยๆกลับมองว่าตนเองยังมีอาการปกติไม่เป็นอะไร คิดว่าอายุยังน้อยเกินไปหรือยังแข็งแรงดีไม่อาจจะป่วยเป็นโรคหัวใจ ทั้งๆที่จริงๆแล้วมีอาการบางอย่างที่แสดงออกถึงความเสี่ยงต่อโรคที่ป่วยทำให้บุคคลนั้นละเลยการไปพบแพทย์ตรวจรักษาเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลให้มีโอกาสเกิดอันตรายได้ ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมองสิ่งต่างๆในทางลบมากเกินไป เช่น มองว่าเหตุการณ์ต่างๆมีความเลวร้ายหรือโชคร้ายเกินกว่าที่เป็นจริง ก็ส่งผลให้มองว่าตนเองไร้คุณค่าหรือไม่มีคุณค่าในตนเอง (อรพวรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

3.2.1 หลักการของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีหลักการที่สำคัญ (อรพวรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ดังนี้

3.2.1.1 การบำบัดมุ่งเน้นผู้รับบำบัดเป็นศูนย์กลาง (Totally patient centered) ผู้บำบัดจะมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับผู้รับการบำบัด มองผู้รับการบำบัดว่าเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งประสบหรือเผชิญกับปัญหามากกว่าที่จะมองว่าเป็นผู้ที่มีพยาธิสภาพหรือเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งมีสาเหตุหรือแรงผลักดันจากที่มาจากสาเหตุจากแรงผลักดันในจิตไร้สำนึก นักบำบัดทางพฤติกรรมความคิดมองว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเป็นผลมาจากการเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้อง วิธีการแก้ไขจึงมุ่งที่การตรวจสอบพฤติกรรมและแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น โดยไม่สนใจค้นหาที่มาหรือสาเหตุของปัญหาจากแรงผลักดันในระดับจิตไร้สำนึก ไม่ได้มุ่งแก้ไขสาเหตุในระดับลึกเช่นเดียวกับทฤษฎีจิตวิเคราะห์

3.2.1.2 การปฏิบัติการณ์มุ่งเน้นความร่วมมือของผู้รับการบำบัดอย่างเต็มที่ (High degree of mutuality) การบำบัดจะมุ่งเน้นความร่วมมือของผู้รับการบำบัดอย่างเข้มข้น

การบำบัดมีลักษณะของการร่วมกันทั้งผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด ร่วมกันค้นหาปัญหา ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายและกลยุทธ์ในการบำบัด รวมถึงการประเมินความก้าวหน้าที่เกิดขึ้น โดยต้องอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่จากผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยให้การบำบัดเป็นไปอย่างราบรื่น

3.2.1.3 ตัวผู้บำบัดแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริง ความจริงใจ (Genuineness) แสดงถึงความอบอุ่น (Warmth) ความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และใช้สัมพันธภาพในการบำบัด (Therapeutic relationship) อย่างเหมาะสม

3.2.2 กระบวนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กระบวนการในการบำบัดมี 3 ขั้นตอน (อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ดังนี้

3.2.2.1 ขั้นประเมินพฤติกรรมความคิด (Cognitive-Behavior assessment) การประเมินพฤติกรรมความคิดเป็นกระบวนการบำบัดที่สำคัญที่สุด ในการประเมิน ผู้บำบัดจะไม่ได้ให้ความสนใจกับบุคลิกภาพของผู้รับการบำบัด กลไกการป้องกันทางจิตหรือกลไกทางจิตใจ แต่จะให้ความสนใจกับพฤติกรรมหรือการกระทำของผู้รับการบำบัดในส่วนของความคิด อารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์ต่างๆของผู้รับการบำบัด ผู้บำบัดทำการเก็บรวบรวม ข้อมูลและระบุปัญหาจากข้อมูล ระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหา รวมถึงวิธีการวัดพฤติกรรมที่เป็น ปัญหา ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการทบทวนจุดแข็ง จุดอ่อนในตัวของผู้รับการบำบัด

สิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้บำบัดในขั้นการประเมินก็คือ การใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ในการวิเคราะห์ปัญหาทางด้านพฤติกรรมอย่างถูกต้อง โดยพิจารณาจากหลักฐานอ้างอิงที่รวบรวมได้ โดยอาศัยวิธีการสังเกต การสัมภาษณ์และการวัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้อย่างถูกต้องและแม่นยำ

การระบุปัญหาของผู้รับการบำบัดที่ดีควรจะต้องมีความถูกต้องและชัดเจนที่สุด ในเบื้องต้นควรประเมินปัญหาของผู้รับการบำบัดด้วยคำถาม ดังต่อไปนี้

- 1) ปัญหาคืออะไร ?
- 2) ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน ?
- 3) ปัญหาเกิดขึ้นเมื่อใด ?
- 4) ใคร หรืออะไร ทำให้เกิดปัญหาขึ้น ?
- 5) ผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นคืออะไร ?

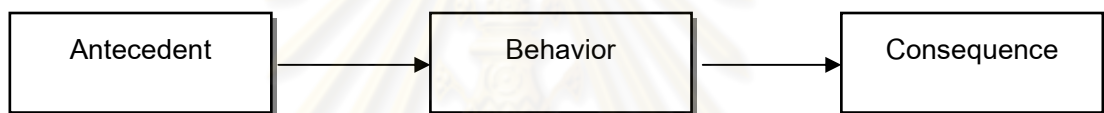
3.2.2.2 ขั้นวิเคราะห์สภาพปัญหา ผู้บำบัดประเมินถึงความถี่ ความรุนแรงของปัญหาและระยะเวลาของปัญหาที่เกิดขึ้น จากนั้นผู้บำบัดจะค้นหาประสบการณ์ของ

ผู้ป่วยในปัญหานั้นๆ โดยอาศัยการวิเคราะห์พฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (Antecedent) หมายถึง สิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนพฤติกรรมนั้นๆเป็นตัวนำไปเกิดพฤติกรรมนั้นๆ รวมไปถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพหรือทางสังคมหรืออาจเป็นพฤติกรรม ความคิดหรืออารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น ก่อนพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งจะเกิดขึ้นด้วย

2) พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง สิ่งที่บุคคลนั้นๆพูด กระทำ หรือแสดงออกมาให้เห็นได้ วัดได้

3) ผลที่ตามมา (Consequence) หมายถึง ผลที่ตามมาจากการที่บุคคลนั้นๆคาดไว้น่าจะเกิดขึ้นหลังจากกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง ผลนั้นอาจจะเป็นผลทางบวกที่น่าพึงพอใจ หรือผลทางลบที่ไม่น่าพึงพอใจก็ได้ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 Phases of behavior in Stuart and Laraia (1998)

ตัวอย่างการวิเคราะห์ปัญหาของผู้รับบริการ เช่น ปัญหาของผู้รับบริการที่มีอาการซึมเศร้า ไม่ยอมออกจากบ้านไปไหน โดยเฉพาะการใช้ห้องน้ำสาธารณะ ร้านค้า ร้านอาหาร สถานที่ที่มีความหนาแน่น เนื่องจากมีความวิตกกังวล กลัวการติดเชื้อโรค สามารถวิเคราะห์ปัญหาได้ว่า ผู้รับบริการมีความวิตกกังวล ทำให้รู้สึกกลัวติดเชื้อโรค กลัวว่าจะควบคุมตัวเองไม่ได้หรือกลัวว่าตนเองจะตาย จากการวิเคราะห์ปัญหาตาม Phases of behavior ของ Stuart and Laraia (1998) ได้ ดังนี้

1) Antecedent (สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน) คือ ความวิตกกังวล กลัวการออกจากบ้าน
2) Behavior (พฤติกรรม) คือ การหลีกเลี่ยงไม่ไปร้านค้า ร้านอาหารหรือสถานที่ที่มีความหนาแน่นหรือแออัด

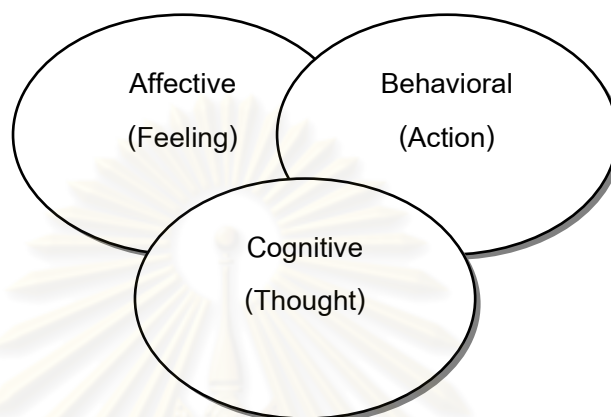
3) Consequence (ผลที่ตามมา) คือ ความจำกัดในกิจกรรมประจำวันต่างๆไม่ออกจากบ้านไปไหน

อีกวิธีการหนึ่งอาจใช้การประเมินประสบการณ์ของบุคคล 3 ด้าน คือ

1) Affective (อารมณ์) หมายถึง การประเมินการตอบสนองทางความรู้สึก

2) Behavior (พฤติกรรม) หมายถึง การประเมินการกระทำที่แสดงออกให้เห็น

3) Cognitive (ความคิด) หมายถึง การประเมินความคิดที่เกิดขึ้นต่อเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน เมื่อบุคคลมีความคิดอย่างใดก็จะส่งผลถึงอารมณ์หรือความรู้สึกและจะส่งผลถึงพฤติกรรมเสมอ ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 Interaction between cognitive, affective, and behavioral systems
in Stuart and Laraia (1998)

การประเมินส่วนประกอบทั้ง 3 ด้านนี้ จะมีส่วนช่วยในการทำความเข้าใจปัญหาและแก้ไข ปัญหาของผู้รับบริการได้แม่นยำและมีประสิทธิภาพ

3.2.3 ชั้นปฏิบัติการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมในการบำบัดในทุกกลุ่มอายุ ทั้งในเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ รวมถึงการบำบัดครอบครัว สามารถใช้ได้ผลดีทั้งในโรควิตกกังวล โรคทางด้านอารมณ์ โรคจิตเภท โรคความผิดปกติของการรับประทาน โรคความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดและความผิดปกติทางบุคลิกภาพ โดยทั่วไปการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะเน้นหลักการ 4 ประการ ดังนี้

3.2.3.1 การเพิ่มการมีกิจกรรม (Increasing activity) เน้นการสนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดเป็นผู้กระทำ

3.2.3.2 การลดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ (Reducing unwanted behavior) เน้นการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเท่านั้น พฤติกรรมที่ดีไม่จำเป็นต้องจัดการกระทำ

3.2.3.3 การเพิ่มความพึงพอใจ (Increasing pleasure) การจัดการกระทำต้องเกิดจากความร่วมมือและความพึงพอใจของผู้รับการบำบัด

3.2.3.4 การเพิ่มทักษะทางสังคม (Enhancing social skills) เน้นการสร้างเสริมทักษะในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

3.3 วิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) มีดังนี้

3.3.1 วิธีการลดความวิตกกังวล (Anxiety reduction) ในขั้นแรกผู้รับการบำบัด

อาจมีความวิตกกังวลสูงมากต้องได้รับการบำบัดในเบื้องต้นก่อน การลดความวิตกกังวลถือเป็นเทคนิคที่นำมาใช้ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยสามารถทำได้หลากหลายวิธี ดังนี้

1) การฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation training) เป็นวิธีการลดความตึงเครียดและความวิตกกังวล สามารถใช้เป็นการบำบัดเพียงอย่างเดียวหรือใช้ร่วมกับเทคนิควิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมอื่นๆ หลักการของเทคนิคนี้ ได้แก่ การฝึกการหายใจ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการตึงของกล้ามเนื้อซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ถ้าทำให้เกิดการผ่อนคลายของกล้ามเนื้อ ความวิตกกังวลก็จะลดลง วิธีการที่สามารถนำมาใช้ผ่อนคลาย ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามลำดับขั้น (Progressive muscle relaxation) การฝึกการหายใจ (Breathing exercise) การใช้จินตนาการ (Mental imagery) การทำสมาธิ (meditation) เป็นต้น

2) การใช้เครื่องวัดสัญญาณทางชีวภาพ (Bio-feedback) การใช้เครื่องมือวัดสัญญาณชีวภาพต่างๆ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต ความตึงของกล้ามเนื้อ อุณหภูมิของร่างกาย เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบว่าขณะนี้ตนเองมีความตึงเครียดหรือวิตกกังวลมากน้อยเพียงใด เมื่อผู้รับการบำบัดได้ฝึกการผ่อนคลายแล้วมาวัดซ้ำ สัญญาณความตึงเครียดหรือความวิตกกังวลก็จะลดลง ผู้รับการบำบัดเรียนรู้ความแตกต่างของร่างกายในขณะที่ตั้งเครียดและผ่อนคลายและสามารถผ่อนคลายความตึงเครียดหรือความวิตกกังวลของตนเองได้

3) การลดความไวในการตอบสนองต่อสิ่งที่กลัวอย่างเป็นระบบ (Systematic desensitization) เป็นการลดพฤติกรรมการถอยหนีจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว เช่น ลดความกลัวความสูง หรือกลัวการโดยสารเครื่องบิน เพื่อให้ผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งที่กลัว โดยอาศัยการฝึกผ่อนคลายร่วมด้วยจนผู้รับการบำบัดรู้สึกผ่อนคลายเต็มที่และค่อยๆ ให้เผชิญกับสถานการณ์กลัว โดยการจินตนาการว่าตนกำลังเผชิญกับสิ่งที่กลัว หลังจากนั้นจึงให้ฝึกผ่อนคลายแล้วจึงค่อยๆ ให้เผชิญกับสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวตามลำดับขั้น จากสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวน้อยที่สุดไปจนถึงมากที่สุด เทคนิควิธีการนี้อาศัยหลักการที่ว่าสิ่งที่ตรงกันข้ามสองอย่างไม่สามารถเกิดขึ้นร่วมกันในเวลาเดียวกัน ได้แก่ ความรู้สึกผ่อนคลายกับความรู้สึกกลัวกังวล แต่เมื่อนำมาควบคู่กันอย่างเหมาะสมที่ละน้อยๆ ตามลำดับก็จะช่วยลดความวิตกกังวลได้ในที่สุด

4) การเผชิญความกลัวสูงสุดในทันที (Flooding) เป็นรูปแบบหนึ่งของการบำบัดด้วยการให้เผชิญสิ่งที่กลัวโดยตรง (Exposure therapy) เป็นการให้ผู้รับการบำบัดเผชิญกับสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวในระดับสูงสุด ณ สถานการณ์จริงทันที โดยไม่มีการฝึกการผ่อนคลาย

คลายหรือการให้เผชิญสิ่งที่กลัวตามลำดับขั้น ผู้รับการบำบัดด้วยวิธีนี้จะเกิดความรู้สึกกลัวอย่างสูงสุด หลังจากนั้นผู้รับการบำบัดก็จะเกิดการเรียนรู้และเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทนและควบคุมสถานการณ์ที่กลัวนั้นๆได้ ความกลัวจะลดลงจนหมดไป

5) การไม่ให้กระทำพฤติกรรมเพื่อลดความกลัวหรือความกังวล (Response prevention) ผู้บำบัดจะให้ผู้รับการบำบัดเผชิญกับสิ่งที่กลัวหรือเหตุการณ์ที่กลัวหรือกังวล โดยไม่ให้กระทำพฤติกรรมเพื่อลดความกลัวหรือความกังวลนั้นๆ วิธีการนี้อาศัยหลักการที่ว่า การให้เผชิญกับสิ่งที่กระตุ้นความกังวลซ้ำๆ โดยไม่ให้กระทำพฤติกรรมเพื่อลดความกังวล จะทำให้ความกังวลนั้นลดลง เช่น ผู้รับการบำบัดที่มีอาการย้ำคิด มีความกลัวการใช้ห้องน้ำสาธารณะและมีพฤติกรรมย้ำทำด้วยการล้างมือซ้ำๆหลายๆครั้งในแต่ละวัน ผู้บำบัดก็จะให้ผู้รับการบำบัดเข้าใช้ห้องน้ำสาธารณะทุกๆวัน โดยให้โอกาสเปิดน้ำล้างมือเพียงครั้งเดียว 30 วินาทีเท่านั้น วิธีการนี้เมื่อได้กระทำอย่างต่อเนื่องอาการย้ำคิดและพฤติกรรมย้ำทำก็จะลดลง

3.3.2 วิธีการสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นใหม่ (Cognitive restructuring) การสร้างความคิดที่ถูกต้องขึ้นใหม่ ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ดังต่อไปนี้

1) การตรวจสอบความคิด อารมณ์และความรู้สึก (Monitoring thought, affects and feelings) การปรับเปลี่ยนความคิดเริ่มต้นด้วยการค้นหาสิ่งที่จะเป็นตัวเสริมแรงและก่อให้เกิดความคิดไม่เหมาะสมและพฤติกรรมที่เป็นปัญหายังคงอยู่ ขั้นตอนที่สำคัญในลำดับแรกได้แก่ การช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักรู้และสามารถคอยตรวจสอบความคิด อารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตน โดยให้ผู้รับการบำบัดบันทึกความคิดที่ไม่เหมาะสมที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน 5 ประเด็น คือ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น อารมณ์ความรู้สึก ความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นตอบสนองต่อเหตุการณ์ พฤติกรรมที่ตอบสนองต่อความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้นนั้น และผลลัพธ์หรือผลที่เกิดขึ้น

2) การถามถึงหลักฐานยืนยัน (Questioning the evidence) ขั้นที่สองของการบำบัด ได้แก่ การที่ผู้รับการบำบัดและผู้บำบัดช่วยกันตรวจสอบหลักฐานที่ยืนยันหรือสนับสนุนความเชื่อของผู้รับการบำบัด รวมไปถึงการตรวจสอบแหล่งที่มาของข้อมูลด้วย ผู้รับการบำบัดมักจะให้น้ำหนักของแหล่งข้อมูลที่สนับสนุนความคิดที่บิดเบือน จึงเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดมีโอกาสซักถามผู้บำบัด ครอบครัวและสมาชิกอื่นๆเพื่อพิสูจน์ข้อมูลที่ผู้รับการบำบัดตีความไว้ ให้ผู้รับการบำบัดสามารถตีความได้อย่างถูกต้องและตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

3) การตรวจสอบทางเลือกอื่น (Examining alternatives) ผู้รับการบำบัดหลายรายมักจะรู้สึกว่าตนเองไม่มีหนทางแก้ไขปัญหาที่ตนเองประสบอยู่ จะเห็นได้ชัดเจนในผู้รับการบำบัดที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้บำบัดจะพยายามกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดระดมกันคิดวิธีการแก้ไขปัญหามากๆวิธีออกมาด้วยตัวเอง ผู้บำบัดสามารถให้ความช่วยเหลือในการเสนอแนะ

วิธีการหรือแนวทางแก้ไขปัญหามีประโยชน์ให้ผู้รับการบำบัดลองพิจารณา และตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหานั้นๆ

4) การลองให้คาดการณ์ถึงที่รุนแรงที่สุด (Decatastrophizing) เป็นเทคนิคที่ให้ผู้รับการบำบัดลองคาดการณ์ถึงเหตุการณ์รุนแรงที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้น ผู้บำบัดจะถามคำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้คิดทบทวน ประเมินเหตุการณ์รุนแรงที่สมมติว่าอาจจะเกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร? เหตุการณ์ที่เลวร้ายที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้นได้แก่อะไรบ้าง? และถ้าเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นจริงๆจะสามารถจะจัดการหรือแก้ไขได้หรือไม่? และจะแก้ไขจัดการกับเหตุการณ์เลวร้ายนั้นอย่างไร? เป้าหมายของวิธีการนี้ก็คือการช่วยให้ผู้รับการบำบัดลองคาดคะเนผลที่อาจจะเป็นไปได้ที่อาจจะเกิดขึ้นตามความเป็นจริงและทำให้ใจยอมรับ ไม่กลัวหรือกังวลจนเกิดความเป็นจริงและไม่กลัวหรือกังวลไปก่อนล่วงหน้า การกระทำเช่นนี้จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองเห็นแนวทางที่จะแก้ไขสถานการณ์นั้นหากปัญหานั้นเกิดขึ้นจริง และมีความพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหานั้นๆได้

5) การเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (Reframing) เป็นวิธีในการเปลี่ยนมุมมองการรับรู้เหตุการณ์หรือพฤติกรรม ได้แก่ การช่วยให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในมุมมองที่แตกต่างไปจากเดิม การให้ผู้รับการบำบัดได้มองปัญหาทุกแง่มุมทั้งในข้อดีและข้อเสียจะช่วยให้พัฒนาให้ผู้รับการบำบัดมีมุมมองต่อปัญหาอย่างรอบด้าน ดังเช่น การเปลี่ยนมุมมองผู้รับการบำบัดว่ามารดายุ่งเกี่ยวกับผู้รับการบำบัดค่อนข้างมาก เป็นการแสดงถึงความเป็นห่วงของมารดาที่มีต่อผู้รับการบำบัด หรือการสูญเสียงานแม้ผู้รับการบำบัดจะมองว่าเป็นปัญหาความเครียดที่สำคัญแต่ก็ถือเป็นโอกาสที่จะได้หางานหรืออาชีพใหม่ที่อาจจะดีขึ้นกว่าเดิมก็เป็นไปได้เช่นกัน

6) การหยุดความคิด (Thought stopping) ปัญหาของผู้รับการบำบัด บางครั้งอาจจะเป็นปัญหาที่เล็กและไม่สำคัญ แต่เมื่อเวลาผ่านไปดูเหมือนปัญหานั้นจะสำคัญมากขึ้นอาจจะทำให้ผู้รับการบำบัดหยุดหรือเลิกคิดได้ยาก เทคนิคการหยุดความคิดสามารถใช้ได้ดีในความคิดที่เป็นปัญหาในระยะเริ่มต้น ผู้รับการบำบัดสามารถหยุดความคิดโดยนึกภาพสมมติ ดังเช่น การนึกถึงภาพหยุดการสั้นกระดิ่ง ปิดสวิทช์ไฟ ซึ่งเหมือนกับการหยุดความคิดของผู้รับการบำบัด ในระยะเริ่มต้นผู้บำบัดอาจช่วยในการหยุดความคิดโดยให้ผู้รับการบำบัดค้นหาปัญหาและความคิดที่เป็นปัญหาและให้ผู้รับการบำบัดนึกถึงปัญหานั้นๆ แล้วผู้บำบัดก็จะบอกผู้รับการบำบัดว่า “หยุด” เพื่อให้หยุดความคิดที่กำลังคิดถึงปัญหานั้นๆ เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถหยุดความคิดนั้นได้แล้ว จึงให้ผู้รับการบำบัดนำวิธีการนี้ไปใช้หยุดความคิดในปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง

3.3.3 วิธีการเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ (Learning new behavior) เน้นการสร้างพฤติกรรมใหม่ในผู้รับการบำบัด โดยใช้วิธีการดังนี้

1) การแสดงเป็นแบบอย่าง (Modeling) หมายถึง วิธีการที่ใช้เพื่อสร้าง

รูปแบบของพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการให้เกิดขึ้น เพิ่มทักษะต่างๆที่ดีที่ต้องการและลดพฤติกรรมกา
 หลีกหนี โดยให้ผู้รับการบำบัดสังเกตบุคคลที่แสดงพฤติกรรมที่ผู้รับการบำบัดรู้สึกว่าเป็นพฤติกรรม
 ที่ดีบางครั้งอาจรู้สึกว่าจะทำได้ยากลำบาก แต่ผู้รับการบำบัดสามารถฝึกฝนและทำตามพฤติกรรม
 ดังกล่าวได้ที่ละน้อยๆ เมื่อรู้สึกว่าตนเองมีความพร้อม

2) การปรับแต่งพฤติกรรม (Shaping) เป็นการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัด
 เกิดพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ โดยอาศัยวิธีการเสริมแรง (reinforcement) ดังเช่น การให้ความสนใจ
 หรือการให้คำชม เมื่อผู้รับการบำบัดกระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม

3) การให้เบี้ยอรรถกร (Token economy) เป็นรูปแบบหนึ่งของการเสริม
 แรง (reinforcement) วิธีการนี้อาศัยหลักการของการเสริมแรงหรือการให้รางวัลเมื่อผู้รับการบำบัด
 กระทำพฤติกรรมที่ดีที่เหมาะสม โดยการให้เบี้ยอรรถกรซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้รับสามารถนำไปแลกตัวเสริม
 แรงที่เขาพอใจได้ เช่น ให้เหรียญเมื่อผู้รับการบำบัดกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม เมื่อผู้รับการ
 บำบัดสะสมเหรียญได้จำนวนหนึ่งก็สามารถนำมาแลกสิ่งๆที่ผู้รับการบำบัดต้องการ เช่น ขนม เกมส์
 อาหาร การได้สิทธิพิเศษบางอย่างหรือการได้เยี่ยมบ้าน เป็นต้น

4) การแสดงบทบาทสมมติ (Role playing) เป็นวิธีการช่วยให้ผู้รับการ
 บำบัดได้มีโอกาสฝึกซ้อมการทำพฤติกรรมที่รู้สึกว่ายากหรือลำบาก โดยผู้บำบัดให้ข้อมูลย้อนกลับ
 จากการแสดงพฤติกรรมนั้นๆหรืออาจจะนำเทคนิควิธีการอื่นๆมาใช้ร่วมด้วย ได้แก่ การฝึกย้อน
 สลับบทบาท (Role reversal) โดยการลองแสดงสลับบทบาทกับบุคคลอื่น เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่
 แตกต่างและคิดในมุมกลับ ส่งผลให้จัดการกับเหตุการณ์ที่ยากลำบากในมุมมองที่ต่างไปจากเดิม

5) การฝึกทักษะทางสังคม (Social skills training) ทักษะทางสังคมเป็น
 ทักษะที่จำเป็นสำหรับการมีชีวิตร่วมอยู่กับบุคคลอื่นๆในสังคม ปัญหาทักษะทางสังคมมักจะพบ
 เสมอในผู้รับการบำบัดทางจิตเวชหลายๆราย อาจจะใช้วิธีการที่แนะแนวทาง (Guidance) การ
 แสดงให้เห็น (Demonstration) การฝึกปฏิบัติ (Practice) และการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback)
 มักใช้ในผู้รับการบำบัดที่ขาดทักษะทางสังคม ขาดความเชื่อมั่นในตนเองและผู้รับการบำบัดที่ไม่
 สามารถควบคุมความโกรธหรือความไม่พอใจ

6) การให้สิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจ (Aversive therapy) เป็นการช่วยลด
 พฤติกรรมที่ไม่ต้องการ โดยการให้สิ่งที่ไม่น่าพึงพอใจหลังจากมีพฤติกรรมหนึ่งซึ่งเป็นพฤติกรรมที่
 ไม่ต้องการเกิดขึ้น เช่น ให้ผู้รับการบำบัดติดหนังยางที่ข้อมือให้เจ็บ เมื่อมีผู้รับการบำบัดเกิดการย้ำ
 คิดถึงเรื่องใดเรื่องหนึ่งเกิดขึ้น เป็นต้น

3.4 เทคนิคในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

เทคนิคที่ใช้ในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 ลักษณะ ได้แก่ เทคนิคการสอน (Didactic technique) เทคนิคทางความคิด (Cognitive technique) และเทคนิคทางพฤติกรรม (Behavior technique) (Sadock and Sadock, 2003) คุณลักษณะของผู้บำบัดเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการรักษา ผู้บำบัดจะต้องมีความอบอุ่น ยอมรับ และเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้รับการบำบัดด้วยความจริงใจ มีความซื่อสัตย์ต่อตนเองและต่อผู้รับการบำบัดจะต้องมีความสามารถในการใช้ทักษะ และการมีปฏิสัมพันธ์ไปกับผู้รับการบำบัด จะต้องมีการกำหนดระเบียบวาระก่อนเริ่มต้นในแต่ละครั้ง มีการมอบหมายการบ้านในระหว่างการบำบัดแต่ละครั้งและมีการสอนทักษะใหม่ ทั้งผู้รับการบำบัดและผู้บำบัดจะต้องมีส่วนร่วมมือกันในการดำเนินการในการบำบัด ส่วนเทคนิคในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมประกอบด้วย 3 ลักษณะ (อรพวรรณ ลีอนุญวัชชัย, 2553) ดังนี้

3.4.1 เทคนิคการสอน (Didactic technique) หมายถึง ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้รับการบำบัดทราบเกี่ยวกับแบบแผนการคิด (schema) ที่ไม่เหมาะสม โดยผู้บำบัดจะต้องบอกผู้รับการบำบัดให้รู้ถึงวิธีการและตั้งสมมุติฐานเกี่ยวกับการคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แล้วร่วมกันทดสอบสมมุติฐานที่ตั้งขึ้น อธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมรวมทั้งเหตุผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

3.4.2 เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy techniques) มี 4 ขั้นตอน คือ

1) การสกัดความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (Eliciting automatic thought) หรือ การค้นหา Automatic thought ความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ หมายถึง ความคิดที่คั่นอยู่ระหว่างเหตุการณ์ภายนอกที่มากระทบ (External event) ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่มีต่อเหตุการณ์นั้น ผู้บำบัดฝึกให้ผู้รับการบำบัดสังเกตผลที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังเหตุการณ์ที่มากระทบ ผู้รับการบำบัดอาจรายงานเหตุการณ์ที่ทำให้ไม่สบายใจหรือไม่พอใจอย่างไม่มีเหตุผลจะอธิบาย โดยใช้การบันทึกด้วยตนเองซึ่งส่วนใหญ่จะใช้แนวคิด ABC ของ Ellis โดย A หมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น B หมายถึง ความคิดหรือความเชื่อต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น C หมายถึง ภาวะอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความคิดหรือความเชื่อต่อเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) หรือ ABCs of Behavior (อรพวรรณ ลีอนุญวัชชัย และพีรพันธ์ ลีอนุญวัชชัย, 2548; Stuart, 2005) ซึ่งยกตัวอย่างตารางบันทึกความคิดด้วยตนเอง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตัวอย่างตารางบันทึกความคิดด้วยตนเอง

สภาพการณ์หรือสิ่งเร้า (A)	ความคิดหรือความเชื่อ (B)	อารมณ์หรือความรู้สึก (C)

ผู้รับการบำบัดสามารถวิเคราะห์ถึงระบบความคิดและเนื้อหาของความคิดได้ นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายกระบวนการทางความคิดที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลได้

2) การทดสอบความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (Testing automatic thought) ผู้บำบัดทำหน้าที่เป็นครูช่วยผู้รับการบำบัดทดสอบว่าความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติของผู้รับการบำบัดมีความแม่นยำ สมเหตุสมผลหรือตรงตามความเป็นจริงเพียงใด ช่วยให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆ หรือเป็นการค้นหาตีความที่เป็นไปได้ได้อีก (Alternative possible interpretation) หรือเป็นการค้นหาว่าความคาดหวังของผู้รับการบำบัดถูกต้องสมเหตุสมผลเพียงใด ผู้บำบัดจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเลิกความคิดที่ผิดพลาด (Inaccurate) เกินความจริง (Exaggerated) ที่มักจะเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (Sadock and Sadock, 2003) การตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีการแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดที่เกิดขึ้นอัตโนมัติให้เหมาะสม โดยการวิเคราะห์ความคิด ทศนคติและการให้ความหมายของผู้รับการบำบัดต่อปัญหาหรือสถานการณ์นั้นๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้รับการบำบัดเห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุสมผลและความคิดที่มุ่งแต่จะโทษตนเอง จนตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน (Beck et al., 1979)

3) พิสูจน์ข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (Identifying maladaptive assumption) ในขณะที่ผู้ป่วยและผู้บำบัดช่วยกันสกัดและทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ ผู้บำบัดมักจะพบข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสมที่มีอยู่ในการคิด การเข้าใจของผู้รับการบำบัด ซึ่งผู้รับการบำบัดยึดข้อสันนิษฐานเป็นเกณฑ์ในการดำเนินชีวิต จนเกิดความคิดอัตโนมัติที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้รับการบำบัดรู้สึกไม่พอใจในตนเองและรู้สึกว่าตนเองล้มเหลว ในขั้นตอนนี้ Beck et al. (1979) กล่าวว่า เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่นสมเหตุสมผลตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น โดยปรับเปลี่ยนความคิดได้จากปัจจัยเหตุของปัญหา (Reattribution) และปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา (Decatastrophizing)

4) วิเคราะห์ข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม (Analyzing maladaptive assumption) ขั้นตอนนี้จะคล้ายกับการทดสอบความคิดชนิดที่เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ คือเป็นการที่

ผู้บำบัดช่วยผู้รับการบำบัดทดสอบว่าข้อสันนิษฐานที่มีนั้นไม่เหมาะสมหรือไม่ถูกต้อง เป็นวิธีการเพื่อให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในแง่มุมใหม่ มีลักษณะของการคิด การตีความปัญหาและวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่น

3.4.3 เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior therapy techniques)

เทคนิคการปรับพฤติกรรมที่ใช้ในการบำบัดทางปัญญามีหลายเทคนิค เช่น

1) การจัดกิจกรรม (Scheduling activity) การจัดกิจกรรมจะทำให้ผู้รับการบำบัดมีแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดอาการเฉื่อยชา หมกมุ่นกับความคิดทางลบของตน และลดความคิดที่ว่าไม่สามารถในการทำสิ่งต่างๆ

2) การให้คะแนนความสำเร็จและความพึงพอใจในการทำกิจกรรม (Mastery and pleasure techniques) การให้คะแนนความสำเร็จและความพึงพอใจในการทำกิจกรรม เป็นการทำให้ผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ที่ดีขึ้นแม้ว่าจะเป็นการชั่วคราว ให้ผู้รับการบำบัดได้ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง

3) การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน (Graded task assignment) ผู้รับการบำบัดจะคิดว่าตนเองไม่สามารถทำงานได้ เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถทำงานตามที่วางแผนได้ สามารถประเมินความสำเร็จและความพอใจในการทำกิจกรรม จากนั้นจะมีการประเมินความสามารถของผู้รับการบำบัดก่อนแล้วจึงมอบหมายงานที่เหมาะสม

4) การทำการบ้าน (Homework) ผู้บำบัดใช้เทคนิคการมอบหมายการบ้าน เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้หรือฝึกหัดทักษะใหม่ๆ เพราะการที่ผู้รับการบำบัดได้หัดกระทำแทนการฟังและพูดโดยการทำการบ้าน จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ในการจัดการและควบคุมอาการของตนได้ด้วยตนเอง

สรุป การรักษาผู้รับการบำบัดทางจิตเวชในปัจจุบัน นอกจากการรักษาทางด้านชีวภาพซึ่ง ได้แก่ การรักษาด้วยยาแล้ว การรักษาทางด้านจิตสังคมด้วยการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมก็มีส่วนสำคัญไม่แพ้กัน เพราะช่วยให้ผู้รับการบำบัดทางจิตเวชสามารถปรับตัวได้ดีขึ้นถือเป็นกิจกรรมที่สำคัญสำหรับผู้มีหน้าที่ในการดูแลผู้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง การบำบัดทางจิตสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ได้พัฒนาการปรับตัวที่ดีและดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและตลอดไป โดยเฉพาะการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นจิตบำบัดระยะสั้นที่มีโครงสร้างที่ชัดเจน มีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนที่เป็นสาเหตุของปัญหาหรืออาการทางจิตเวชต่างๆและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่างๆ ซึ่งมีข้อมูลชัดเจนว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาโรคจิตกังวลโดยตรง ถือเป็นนวัตกรรมที่สำคัญที่ผู้บำบัดควรพัฒนาความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการ

นำไปใช้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

4. โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

4.1 แนวคิดและหลักการ

โรควิตกกังวลทั่วไปเกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผิดๆ และความวิตกกังวลก็เป็นรูปแบบความคิดที่ผิดบิดเบือนหรือเป็นความคิดในเชิงลบไม่สร้างสรรค์ เกิดร่วมกับพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่แปรปรวนไป ผู้ป่วยจะมองตน มองโลกและมองอนาคตในแง่ลบ ทำให้เห็นแต่สิ่งที่ไม่ดีในสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) ผู้ป่วยมักประเมินอันตรายที่ตนจะได้รับสูงเกินความเป็นจริงและมองว่าตนไม่มีความสามารถในการจัดการกับอันตรายเหล่านั้น โดยจะรับรู้และตีความเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตที่เกิดขึ้นว่า เป็นสิ่งที่มาคุกคามความสุขทางด้านร่างกายจิตใจและสังคมของตน (จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545; พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2534; วุฒิชัย บุญยงฤทธิ และมานิต ศรีสุรภานนท์, 2542) จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น ไม่สบายใจ เป็นทุกข์ทรมานอย่างไม่รู้สาเหตุแน่ชัด ซึ่งเกิดจากปฏิกิริยาของบุคคลที่มีต่อสิ่งที่มากระตุ้นหรือคุกคามชีวิตตนเอง ทั้งที่เกิดขึ้นจริงและคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต เมื่อบุคคลได้รับรู้และประเมินสิ่งเร้าว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามชีวิตตนเองก็จะก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นนั้น จึงทำให้เกิดอารมณ์ พฤติกรรมรวมทั้งลักษณะทางสรีระวิทยาที่เป็นปัญหาเกิดขึ้น (Spielberger, 1989)

4.2 การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามการศึกษาของ Stanley et al. (2004) ซึ่งใช้กรอบแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1979) เป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมนำการส่งเสริมการนอนหลับเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการบำบัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรม เน้นให้ค้นหาและตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงร่วมกับเรียนรู้การฝึกทักษะการผ่อนคลายเพื่อลดความวิตกกังวล ลดอาการตึงเครียดทางกายและการส่งเสริมพฤติกรรมการนอนหลับให้ดีขึ้น ดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน ใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ติดต่อกัน สัปดาห์ละ 1 กิจกรรมๆ ละ 90 นาที ทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 09.00-10.30 น. ณ คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป

การเรียนรู้และฝึกการผ่อนคลายด้วยการหายใจ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพยาบาลเพื่อให้ เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ป่วยด้วยกันเป็นรายกลุ่ม ร่วมกับอธิบายให้ ผู้ป่วยรู้จักและเข้าใจความหมาย สาเหตุ อาการและการรักษาโรควิตกกังวลทั่วไป จะช่วยให้ผู้ป่วย เข้าใจการเจ็บป่วยของตนได้อย่างถูกต้อง ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการให้ความร่วมมือและการตอบสนองต่อการบำบัดและให้เรียนรู้การฝึกการหายใจเพื่อให้อารมณ์รู้สึกผ่อนคลายจิตใจสงบ มีสมาธิ และคลายความวิตกกังวล

กิจกรรมที่ 2 การค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ การปรับเปลี่ยนความคิด อัตโนมัติทางลบ การเรียนรู้และฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หมายถึง การสอนและฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบจากเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล จะช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณา ความคิดอัตโนมัติทางลบอย่างมีเหตุผลมากขึ้น สอนวิธีการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบที่ เกิดขึ้นว่าตรงตามความเป็นจริงเพียงใด จะช่วยให้ผู้ป่วยตีความได้อย่างถูกต้องและตรงตามความ เป็นจริงมากขึ้น ร่วมกับสอนให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองทางลบเป็นมุมมองทางบวก การมองปัญหา จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรอบด้าน ทั้งข้อดี-ข้อเสีย ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือน ไปในทางที่เหมาะสมและให้เรียนรู้การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ จะ ทำให้อารมณ์รู้สึกผ่อนคลายและคลายความวิตกกังวลลงได้

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา การเรียนรู้การส่งเสริมการนอนหลับ การฝึก การหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หมายถึง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองหาปัญหาในแง่มุมมองใหม่ หรือร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไขปัญหา จะส่งผลต่อพฤติกรรม ใหม่ที่เหมาะสม ร่วมกับสอนให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับและปัจจัยส่งเสริมการ นอนหลับ ซึ่งปัจจัยด้านความรู้จะส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมการนอนหลับ ที่ถูกต้องและให้เรียนรู้การฝึกการหายใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ เกิดทักษะและความชำนาญในการนำไปใช้ ช่วยให้อารมณ์และจิตใจสงบ ลดความตึงเครียดทาง กาย คลายความวิตกกังวลลงได้

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ การฝึกปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอน หลับ การฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หมายถึง การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความคิด อัตโนมัติทางลบสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้น การฝึกทักษะการ สร้างความคิดใหม่ด้วยวิธีการหยุดความคิด จะช่วยให้เกิดทักษะใหม่ในการควบคุมความคิดและ สร้างความคิดใหม่ที่เหมาะสม ให้ผู้ป่วยฝึกการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับนำการฝึกการ หายใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมาเป็นส่วนหนึ่งในการฝึก ร่วมกับการฝึกทำจิตใจให้สงบ และผ่อนคลายก่อนเข้านอน จะส่งผลให้นอนหลับได้ง่ายและหลับได้อย่างต่อเนื่องในเวลากลางคืน

กิจกรรมที่ 5 การทบทวนทักษะ สรุปกิจกรรมและยุติการทำกลุ่ม หมายถึง การสอนให้ผู้ป่วยรู้ว่าโรควิตกกังวลทั่วไปสามารถเกิดขึ้นได้อีก และเน้นให้ผู้ป่วยเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการนำเทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและการฝึกทักษะการผ่อนคลายและการส่งเสริมการนอนหลับไปใช้ในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน เพื่อลดความวิตกกังวล ลดอาการตึงเครียดทางกายและช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการนอนหลับที่ดีอย่างต่อเนื่อง ยุติสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

Powel et al. (1990) ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัดระหว่างการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว กับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยา Diazepam ในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป โดยทำการสุ่มจำนวน 101 คน ที่เป็นผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ใช้ยาแล้วทำการแบ่งเท่าๆกัน โดยเป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว กับกลุ่มที่ใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยา Diazepam และผลการศึกษาพบว่า การลดลงของความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมิน Halmliton scale of anxiety ในกลุ่มที่ใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการใช้ยา Diazepam ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Butler et al. (1991) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวลระหว่างการบำบัดทางพฤติกรรมบำบัดและการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรควิตกกังวลจำนวน 57 คน ใช้วิธีการบำบัดรายบุคคลคนละ 4-12 ครั้ง ติดต่อกัน 3 เดือน และติดตามผล 6 เดือน ผู้บำบัดคือนักจิตวิทยาทางคลินิกที่มีประสบการณ์การทำจิตบำบัดมาแล้ว พบว่าวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพมากกว่า โดยผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ว่า ความวิตกกังวลมีพื้นฐานมาจากความคิดที่เป็นกังวล เช่น กังวลเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย กังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต และด้วยความมั่นใจในตนเองต่ำจึงทำให้ไม่มั่นใจว่าตนเองจะทำได้สำเร็จหรือไม่ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความกังวลได้ โดยการเรียนรู้ที่จะรู้จักความกังวลว่าคืออะไร เป็นอย่างไร แล้วทำการค้นหาความจริง รวมทั้งแนวทางในการช่วยเหลือตนเองในการบรรเทาอาการและต้องมีการฝึกปฏิบัติร่วมด้วย

Fisher and Durham (1999) ศึกษาถึงอัตราการหายจากโรควิตกกังวลโดยใช้การบำบัดทางจิตวิเคราะห์ จากผลการเปลี่ยนแปลงที่วัดการเปลี่ยนแปลงด้วยเครื่องมือวัดความวิตกกังวล

STAT ของ Spielberg ศึกษาจากการทบทวนผลการศึกษาวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1987-1998 มีรายงานการศึกษา 6 รายงาน กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 404 ราย อายุตั้งแต่ 18-65 ปี โดยใช้วิธีการของ Jacobson เป็นแนวทางในการให้คำจำกัดความของการเปลี่ยนแปลง ซึ่งผลลัพธ์การบำบัดประกอบด้วย แยก ไม่เปลี่ยนแปลง ดีขึ้นและหาย จากผลการวิเคราะห์หรือรายงานการศึกษาพบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและการฝึกการผ่อนคลาย มีความสัมพันธ์กับอัตราการหายป่วยในระยะติดตามผล 6 เดือน ถึงร้อยละ 50-60 จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกการผ่อนคลาย สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้ดีและใช้ได้ในทุกกลุ่มผู้ป่วย ทั้งกลุ่มวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ

Overholser & Nasser (2000) ทำการศึกษาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปพบว่าได้ผลดี โดยได้จัดเนื้อหาของกระบวนการบำบัด 4 ขั้นตอน เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงตนเอง ในขั้นที่ 1 จะมุ่งไปที่การให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของความวิตกกังวล การฝึกการผ่อนคลาย (Relaxation training) ขั้นที่ 2 ใช้การปรับเปลี่ยนความคิดซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลใจด้วยวิธีการที่สร้างสรรค์ ขั้นที่ 3 ให้ผู้ป่วยเผชิญความวิตกกังวลทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและภายนอกจะทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการความวิตกกังวลของตนเองได้ดีขึ้น และขั้นที่ 4 เป็นการป้องกันกำเริบเป็นซ้ำเพื่อช่วยให้การบำบัดรักษาอยู่ได้นาน ซึ่งการบำบัดวิธีนี้เป็นที่ยอมรับและสามารถปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายได้

Arntz (2003) ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดทางความคิดและการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มละ 45 คน แต่ละกลุ่มได้รับการบำบัดกลุ่มละ 12 ครั้ง ดำเนินการทดลองที่ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน ขณะทำการทดลองกลุ่มตัวอย่างถอนตัวจากกลุ่มบำบัดทางความคิดร้อยละ 20 และจากกลุ่มที่ใช้เทคนิคการผ่อนคลายร้อยละ 15 โดยให้เหตุผลว่าอาการดีขึ้น หลังการบำบัดครบขั้นตอนและติดตามผล 1 เดือน และ 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าการลดลงของระดับความวิตกกังวลของทั้ง 2 วิธีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Durham et al. (2003) ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพียงอย่างเดียวกับการบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ โดยใช้จำนวนครั้งในการบำบัด ดังนี้ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจำนวน 8-10 ครั้ง และการบำบัดแบบจิตวิเคราะห์จำนวน 6-20 ครั้ง แล้วทำการติดตามผลเดือนที่ 6 พบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมได้ผลดีกว่าการบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ในการลดความวิตกกังวล และพบว่าจำนวนครั้งในการบำบัดไม่ได้มีผลต่อประสิทธิภาพของการบำบัด

Antai-Otong (2003) ทำการศึกษาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปพบว่าได้ประสิทธิผลที่ดี มีการจัดโครงสร้างเนื้อหาในโปรแกรมการบำบัดประกอบ ด้วย 1) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และการสร้างความรู้ใหม่ให้เข้าใจความเจ็บป่วย 2) การค้นหาความคิดที่บิดเบือน 3) การส่งเสริมกระบวนการคิดที่มีเหตุผลและ 4) การเรียนรู้การฝึกทักษะต่างๆเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม

Brokovec, Newman & Castonguay (2004) ทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา หลังให้การบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปด้วยวิธีต่างๆ ดังนี้ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม, การบำบัดทางพฤติกรรม, การบำบัดทางความคิดและการไม่ได้รับการบำบัด ได้ทำการศึกษาผลการบำบัดผู้ป่วยจำนวน 16 ราย โดยใช้เครื่องมือวัด 3 ชนิด คือ HAM-A, Assessor Severity Rating และ STAI ทำการวัดผลก่อนบำบัด หลังบำบัดและระยะติดตาม พบว่า ผู้ป่วยที่บำบัดทางความคิดและพฤติกรรมซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนคือ การควบคุมตนเอง การฝึกการผ่อนคลาย การบำบัดทางความคิดและการฝึกทักษะการจัดการกับการตอบสนอง พบมีระดับคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลลดลงทั้งหลังการบำบัดและในระยะติดตาม นอกจากนี้อัตราการขาดการรักษายังลดน้อยลงกว่าวิธีอื่นๆและลดการใช้ยาหลังจบการบำบัด

Linden et al. (2004) ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่เป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 72 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้ กลุ่มที่ 1 เรียกว่า CBT-A เป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจำนวน 25 ครั้ง กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุมโดยต้องรอคอยการบำบัดและเมื่อผ่านการรอคอยแล้วจะได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมซึ่งผู้ศึกษาเรียกกลุ่มนี้ว่า CBT-B และการทดลองถูกควบคุมอย่างเข้มงวดมีจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ให้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เมื่อสิ้นสุดการบำบัดได้ทำการเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลโดยใช้แบบประเมิน Halmliton scale of anxiety และ State-Trait Anxiety Inventory ทั้งก่อนและหลังการบำบัด รวมทั้งระยะติดตามผลหลังการบำบัด 8 เดือน จากผลการศึกษาพบว่าการลดลงของระดับความวิตกกังวลของทั้ง 2 แบบวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งพบว่ามีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างต่อเนื่อง

Stanley et al. (2004) ทำการศึกษาและพัฒนาคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรควิตกกังวลทั่วไปที่มีความแปรปรวนในการนอนหลับ และได้นำคู่มือที่พัฒนาขึ้นมาดำเนินการบำบัดกับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ที่มารับบริการในสถานบริการระดับปฐมภูมิ โดยเนื้อหาในคู่มือจะประกอบด้วย 8 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพแรงจูงใจและเหตุผลในการบำบัดพร้อมทั้งให้ความรู้โรควิตกกังวลรวมกับการฝึกการหายใจ 2) การ

ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 3) และ 4) การปรับเปลี่ยนความคิด 5) ทักษะแก้ไขปัญหา 6) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสอนทักษะการนอนหลับ 7) การทบทวนความรู้ในแต่ละกิจกรรมและการฝึกทักษะเผชิญปัญหา 8) การทบทวนความรู้ในแต่ละกิจกรรมและการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการนอนหลับ

ญานิกา เวชยางกุล (2545) ศึกษาผลของการผ่อนคลายต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่อนคลายสามารถการนอนหลับได้เร็วเมื่อเริ่มต้นเข้านอน นอนหลับได้อย่างต่อเนื่องในเวลากลางคืน และมีประสิทธิภาพการนอนหลับดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการผ่อนคลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จรุณา ประจักษ์แสงสิริ (2549) ศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีบริหารการหายใจแบบลึกต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่พบก่อนบริเวณเต้านม ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีก้อนบริเวณเต้านม จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึกจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฝึกผ่อนคลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังพบอีกว่าหากนำการฝึกบริหารการหายใจไปใช้อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะเวลาก่อนนอน จะทำให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น

5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการนอนหลับ

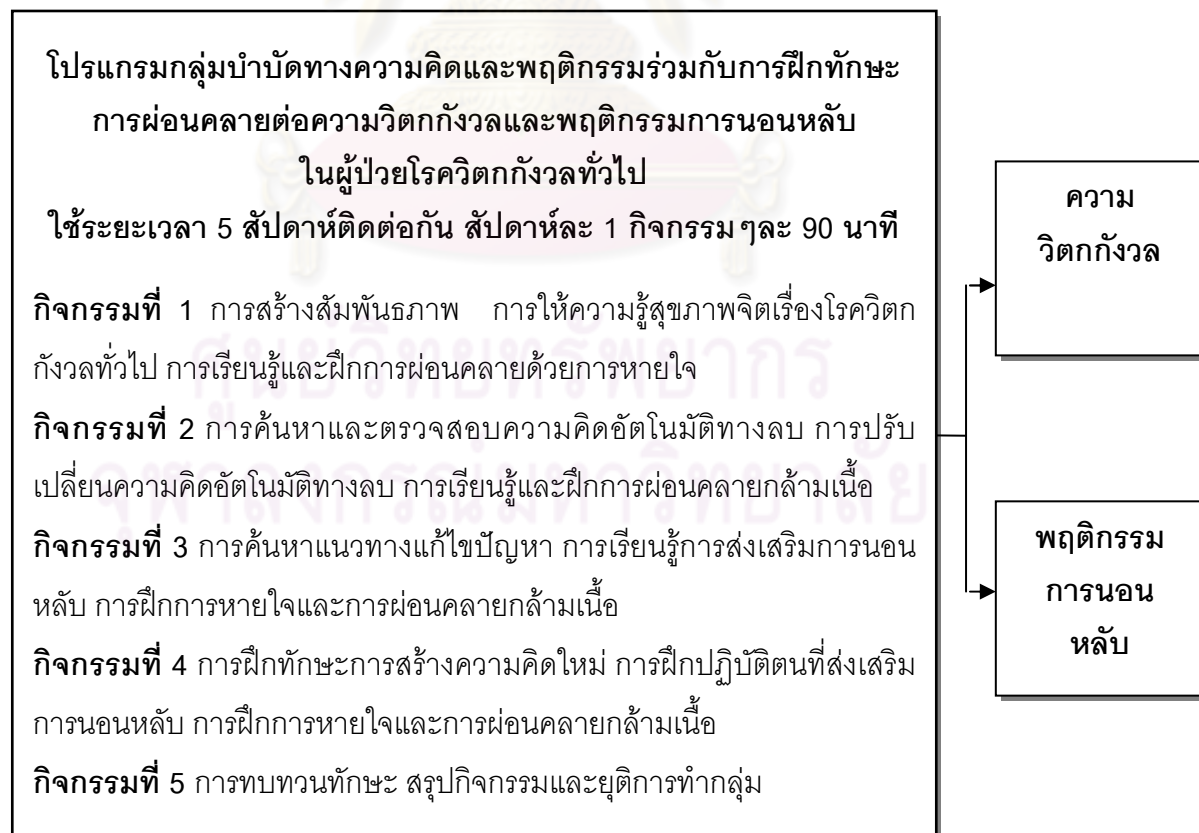
ศิริเพ็ญ วานิชานันท์ (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับต่อความรู้และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 47 จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ผลการวิจัย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับของผู้สูงอายุภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วันดี คหะวงศ์และคณะ (2539) ศึกษาแบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุในเขตเมืองกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 187 คน เก็บ

ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามแบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุ ในด้านนิสัยการนอนหลับ ปัญหาการนอนหลับและพฤติกรรมการส่งเสริมการนอนหลับ พบว่านิสัยการนอนหลับของผู้สูงอายุในเขตเมืองที่เด่นชัด คือ เข้านอนค่อนข้างดึก โดยเข้านอนเวลา 21.00-24.00 น. ใช้เวลาก่อนนอนหลับไม่เกิน 30 วินาที นอนหลับสนิทน้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อคืน ส่วนใหญ่จะตื่นขึ้นมาระหว่างช่วงเวลาหลับในการตื่นขึ้นมาแต่ละครั้งประมาณ 30 นาที ตื่นนอนตอนเช้าเวลาเฉลี่ยประมาณ 05.00-06.00 น. หลังตื่นนอนลุกจากเตียงภายใน 15 นาที และปัญหาการนอนหลับที่พบมากที่สุด คือ การตื่นขึ้นมาหลังจากเข้านอนและการนอนหลับยากเมื่อเข้านอน

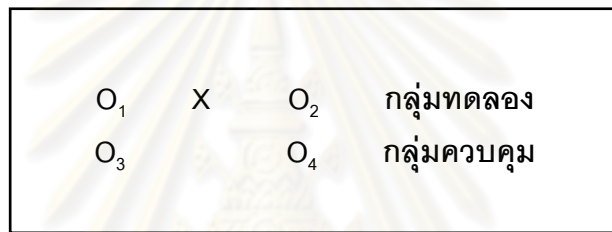
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมตามการศึกษาของ Stanley et al. (2004) ซึ่งใช้กรอบแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1979) เป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรม นำการส่งเสริมการนอนหลับเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการบำบัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การลดความวิตกกังวล การลดอาการตึงเครียดทางกายและการส่งเสริมพฤติกรรมนอนหลับให้ดีขึ้น โดยพัฒนาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ได้ดังนี้



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Polit & Hungler, 1999) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรค วิตกกังวลทั่วไปโดยมีรูปแบบการทดลอง (Burn & Glove, 1997 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2550) ดังนี้



- | | | |
|-------|---------|--|
| O_1 | หมายถึง | การวัดความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย |
| O_2 | หมายถึง | การวัดความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย |
| X | หมายถึง | การใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย |
| O_3 | หมายถึง | การวัดความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ |
| O_4 | หมายถึง | การวัดความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ |

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรควิตก

กังวลทั่วไป ตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) เข้ารับการ รักษาที่คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป ตามเกณฑ์การ วินิจฉัยระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ได้รับการประเมินว่ามีปัญหาพฤติกรรม การนอนหลับ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป ตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบจำแนกโรค ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และได้รับการประเมินว่ามีปัญหาพฤติกรรม การนอนหลับ
3. มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงสูง คือ มีคะแนนระหว่าง 41-70 คะแนน
4. มีพฤติกรรม การนอนหลับในระดับปานกลางถึงไม่ดีเลย คือ มีคะแนนระหว่าง 41-100 คะแนน
5. สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ดี
6. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

สำหรับเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยครั้งนี้ (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยตลอดโปรแกรมการบำบัด

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) (Coehran & Cox, 1992; Tabachnick & Fidell, 1996; Machin et al., 1997) โดยใช้โปรแกรม สำเร็จรูป PASS และนำการศึกษาของกนกวรรณ ทาสอน (2545) ที่ทำการศึกษาเรื่องผลของการ เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล มาร่วมในการกำหนดขนาด กลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ซึ่งเป็นระดับมาตรฐานที่ยอมรับได้ (Polit & Beck, 2004) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน แต่ เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality) และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากร ได้ดีที่สุด รวมทั้งเพื่อความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน กำหนดเป็น กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ร่วมกับการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด

คือ เพศ อายุ คะแนนความวิตกกังวลและคะแนนพฤติกรรมการนอนหลับ โดยคัดเลือกผู้เข้าสู่กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน จนครบ 20 คู่ ตามที่ได้กำหนดไว้

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ในการคัดเลือกโรงพยาบาลนครพนมเป็นสถานที่ทำการทดลอง เนื่องจากจังหวัดนครพนมเป็นจังหวัดในเขตตรวจราชการสุขภาพที่ 11 ที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วไปมากเป็นอันดับสองรองจากจังหวัดกาฬสินธุ์ คือ ประมาณ 2,548 คนต่อแสนประชากร (กรมสุขภาพจิต, 2551) จากนั้นผู้วิจัยศึกษาสถิติของผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วไปที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม ในแต่ละวันจากสมุดบันทึกผู้มารับบริการประจำวัน พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในแต่ละวันโดยเฉลี่ย 8-10 คนต่อวัน แบ่งการมารับบริการออกเป็น 3 ลักษณะ คือ ผู้ป่วยมารับยาด้วยตนเอง ผู้ป่วยมารับยาพร้อมกับญาติและผู้ป่วยให้ญาติมารับยาแทน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในเขตพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนในระหว่างวันที่ 1-17 กุมภาพันธ์ 2554 ดังนี้ เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วไปเข้ามาใช้บริการที่คลินิกจิตเวช ผู้วิจัยจะแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวลและแบบวัดพฤติกรรมการนอนหลับ โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมด 85 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน จากนั้นจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศ อายุ คะแนนความวิตกกังวลและคะแนนพฤติกรรมการนอนหลับ ทำการคัดเลือกผู้เข้าสู่กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน จนครบ 20 คู่ ตามที่ได้กำหนดไว้ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched pair) ตามเพศ อายุ คะแนนความวิตกกังวล ขณะปัจจุบันและคะแนนพฤติกรรมการนอนหลับ ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง					กลุ่มควบคุม				
	เพศ	อายุ	คะแนน		เพศ	อายุ	คะแนน		เพศ	อายุ
			ความวิตกกังวล	พฤติกรรม			ความวิตกกังวล	พฤติกรรม		
			ขณะปัจจุบัน	ประจำตัว			ขณะปัจจุบัน	ประจำตัว		
1	หญิง	53	57	52	55	หญิง	52	55	55	55
2	ชาย	34	49	40	53	ชาย	35	50	38	54

คู่ที่	เพศ	อายุ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม				
			คะแนน		คะแนน	เพศ	อายุ	คะแนน		คะแนน
			ความวิตกกังวล		พฤติกรรม			ความวิตกกังวล		พฤติกรรม
			ขณะ	ประจำ	การ			ขณะ	ประจำ	การ
ปัจจุบัน	ตัว	นอนหลับ	ปัจจุบัน	ตัว	นอนหลับ					
3	หญิง	41	63	61	75	หญิง	43	62	63	73
4	หญิง	44	54	52	62	หญิง	44	52	50	61
5	หญิง	46	52	49	61	หญิง	45	51	47	62
6	ชาย	45	52	50	73	ชาย	44	51	52	70
7	หญิง	27	59	51	56	หญิง	26	58	55	54
8	หญิง	29	55	53	65	หญิง	28	54	55	66
9	หญิง	48	53	42	71	หญิง	47	54	44	70
10	หญิง	45	65	62	62	หญิง	45	64	64	63
11	หญิง	38	50	50	83	หญิง	39	51	52	81
12	หญิง	49	54	51	81	หญิง	48	54	50	82
13	หญิง	42	58	52	65	หญิง	42	57	55	64
14	หญิง	59	58	52	64	หญิง	58	57	54	62
15	หญิง	28	62	64	63	หญิง	28	61	63	61
16	ชาย	43	54	51	70	ชาย	44	53	53	70
17	หญิง	34	56	52	72	หญิง	34	55	55	74
18	หญิง	44	64	65	71	หญิง	44	62	64	70
19	ชาย	36	47	39	57	ชาย	36	46	36	56
20	หญิง	32	50	52	72	หญิง	33	49	50	74

จากตารางที่ 4 พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามเพศ อายุ คะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน คะแนนความวิตกกังวลประจำตัวและคะแนนพฤติกรรมการนอนหลับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ประกอบด้วย เพศชาย จำนวน 4 คู่ และเพศหญิง จำนวน 16 คู่ มีอายุในระหว่าง 20-29 ปี จำนวน 3 คู่ 30-39 ปี จำนวน 5 คู่ 40-49 ปี จำนวน 10 คู่ และ 50-59 ปี จำนวน 2 คู่ มีคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวเท่ากันในระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) จำนวน 16 คู่ และในระดับสูง (61-70 คะแนน) จำนวน 4 คู่ มีคะแนนพฤติกรรมการนอนหลับเท่ากันในระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) จำนวน 4 คู่ ในระดับไม่ดี (61-80 คะแนน) จำนวน 14 คู่ และในระดับไม่ดีเลย (81-100 คะแนน) จำนวน 2 คู่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ที่แจ้งขั้นตอน วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาในการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อบริการที่พึงได้รับ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและการเสนอข้อมูลต่างๆจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังสิ้นสุดการวิจัยผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายเหมือนกับกลุ่มทดลองทุกประการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** ได้แก่ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามการศึกษาของ Stanley et al. (2004) ที่ใช้กรอบแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1979) เป็นพื้นฐานพัฒนาโปรแกรม โดยมีขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม ดังนี้

1.1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎีโรควิตกกังวลทั่วไปจากตำรา ศึกษา ค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป และที่เกี่ยวข้องกับการฝึกการผ่อนคลายเพื่อลดอาการตึงเครียดทางกาย รวมทั้งการศึกษาแนวทางการส่งเสริมการนอนหลับเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการนอนหลับที่ดีขึ้น

1.2 สร้างโปรแกรมบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่มีปัญหาพฤติกรรมการนอนหลับ โดยกำหนดรูปแบบและขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม นำแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การฝึกการผ่อนคลาย การส่งเสริมการนอนหลับ ที่ได้จากการศึกษาและค้นคว้าจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มากำหนดโครงสร้างเนื้อหาของกิจกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความวิตกกังวล ลดอาการตึงเครียดทางกายและการส่งเสริมพฤติกรรมนอนหลับให้ดีขึ้น โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ 5 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์ติดต่อกัน สัปดาห์ละ 1 กิจกรรมๆละ 90 นาที โดยดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มๆละ 10 คน ทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 09.00-10.30 น. มีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรควิตกกังวล

ทั่วไป การเรียนรู้และฝึกการผ่อนคลายด้วยการหายใจ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลสร้างขึ้นเพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ป่วยด้วยกันเป็นรายกลุ่ม การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยโดยบอกวัตถุประสงค์ วิธีการและแนวทางของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการนอนหลับ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับเหตุผลในการบำบัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและสร้างข้อตกลงร่วมกันว่าจะต้องมีการสำรวจตนเอง มีงานที่เอากลับไปทำเป็นการบ้าน พยาบาลอธิบายให้ผู้ป่วยรู้จักและเข้าใจความหมาย สาเหตุ อาการและการรักษาโรควิตกกังวลทั่วไปจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วยของตนได้อย่างถูกต้อง ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการให้ความร่วมมือและการตอบสนองต่อการบำบัด (อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย, 2553; Stanley et al., 2004) และให้ผู้ป่วยเรียนรู้การฝึกการหายใจ เพื่อให้ร่างกายรู้สึกผ่อนคลาย จิตใจสงบ มีสมาธิและคลายความวิตกกังวล

กิจกรรมที่ 2 การค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ การเรียนรู้และฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลสอนและฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบจากเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล จะช่วยให้ผู้ป่วยพิจารณาความคิดอัตโนมัติทางลบอย่างมีเหตุผลมากขึ้น และร่วมกันตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นว่าตรงตามความเป็นจริงเพียงใด อาจเกิดจากสาเหตุอื่นหรือตีความเป็นอย่างอื่นได้อีกหรือไม่ จะช่วยให้ผู้ป่วยตีความได้ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น (สุชาติ พหลภาคย์, 2542; Stanley et al., 2004) พยาบาลสอนให้ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองทางลบเป็นมุมมองทางบวก การมองปัญหาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรอบด้าน ร่วมกันค้นหาความคิดทางบวกในเหตุการณ์ของแต่ละคน แล้วกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไปในทางที่เหมาะสม (Beck, 1979) ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง และให้ผู้ป่วยเรียนรู้การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะช่วยให้ร่างกายรู้สึกผ่อนคลายและคลายความวิตกกังวลลงได้

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา การเรียนรู้การส่งเสริมการนอนหลับ การฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองปัญหาในแง่มุมมองใหม่แล้วร่วมกันค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยลองพิจารณาและตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไขปัญหาค่าจะส่งผลต่อพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมตามมา พยาบาลเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับพฤติกรรมการนอนหลับและให้ความรู้เรื่องการนอนหลับ ซึ่งปัจจัยด้านความรู้จะส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมการนอนหลับที่ถูกต้อง ให้ผู้ป่วยเรียนรู้การส่งเสริมการนอนหลับ จะทำให้ผู้ป่วยเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง (ศิริเพ็ญ วานิชานันท์, 2544; Stanley et al., 2004) และให้เรียนรู้การฝึกการหายใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอ จะทำให้เกิดทักษะและความชำนาญในการนำ

ไปใช้ ส่งผลให้ร่างกายและจิตใจสงบ ลดความตึงเครียดทางกาย คลายความวิตกกังวลลงได้

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ การฝึกปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับ การฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติทางลบสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวัน การฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ด้วยวิธีหยุดความคิด จะช่วยให้เกิดทักษะใหม่ในการควบคุมความคิดและสร้างความคิดใหม่ที่เหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง พยาบาลให้ผู้ป่วยฝึกการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับ นำการฝึกการหายใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นส่วนหนึ่งในการฝึก ร่วมกับการฝึกทำจิตใจให้สงบและผ่อนคลายก่อนเข้านอนจะส่งผลให้นอนหลับง่ายและหลับได้อย่างต่อเนื่องในเวลากลางคืน (ญาณิกา เวชยางกูร, 2545; ศิริเพ็ญ วานิชานันท์, 2544; Stanley et al., 2004)

กิจกรรมที่ 5 การทบทวนทักษะ สรุปกิจกรรมและยุติการทำกลุ่ม เป็นกิจกรรมที่พยาบาลอธิบายให้ผู้ป่วยรู้ว่าโรควิตกกังวลทั่วไปสามารถเกิดขึ้นได้อีก และให้ตระหนักถึงความสำคัญของกระบวนการคิดว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล เน้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักและเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยการนำเทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม แนวทางการฝึกทักษะการผ่อนคลายและการส่งเสริมการนอนหลับไปใช้ในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมากกว่ามุ่งเน้นที่การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว (White and Freeman, 2000) ซึ่งจะสามารถลดความวิตกกังวล ลดอาการตึงเครียดทางกายและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการนอนหลับที่ดีขึ้น พยาบาลกล่าวยุติสัมพันธภาพกับผู้ป่วย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553; Stanley et al., 2004)

1.3 ผู้วิจัยจัดทำคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายสำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป และจัดทำสมุดบันทึกความคิดประจำวัน “เปลี่ยนความคิด ชีวิตเบิกบาน” สำหรับมอบหมายเป็นการบ้านในแต่ละครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย ที่ได้สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 คน และพยาบาลจิตเวชระดับชำนาญการ 1 คน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยได้นำรายละเอียดของโปรแกรมที่สร้างขึ้นในแต่ละกิจกรรม รวมทั้งเกณฑ์

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและเนื้อหาของกิจกรรมและความเหมาะสมของ เวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม ถือเกณฑ์ของผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งหมด 5 คน โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นในแต่ละ กิจกรรม หลังจากนั้นนำโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มาปรับปรุงตามข้อ เสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง ซึ่งมี ประเด็นที่ต้องปรับแก้ไข ดังนี้

1) ควรปรับลดจำนวนครั้งของกิจกรรมลง โดยให้ปรับจาก 8 กิจกรรม ลดลง เหลือ 5 - 6 กิจกรรม เนื่องจากเป็นการบำบัดในรูปแบบผู้ป่วยนอก หากใช้ระยะเวลานานจนเกินไป อาจเกิดการสูญหายของประชากรกลุ่มตัวอย่างได้ (Drop out)

2) ในกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ “คนแปลกหน้า” ดอกกุหลาบที่ใช้ในการทำ กิจกรรมมีสีแดงควรเปลี่ยนสีของดอกกุหลาบให้เป็นสีขาวหรือสีชมพูแทน เนื่องจากในขณะนี้สังคม ไทยยังมีความขัดแย้งกันในเรื่องของสี

3) สื่อการสอนที่ใช้ควรเน้นเป็นรูปภาพที่สามารถสื่อความหมายได้ดี ไม่เน้นการ บรรยายมากนัก แต่ควรเน้นที่การดึงประสบการณ์การเจ็บป่วยของสมาชิกแต่ละคนเข้ามามีส่วนร่วม ในการให้ความรู้เรื่องโรคจิตกังวลทั่วไป

4) ในกิจกรรมการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ควรเน้นการเชื่อมโยงสาเหตุ การเกิดโรคจิตกังวลทั่วไปที่เกิดจากความคิดของสมาชิกแต่ละคน เพื่อนำเข้าสู่กิจกรรมต่อไป

5) ในกิจกรรมการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การตรวจสอบความคิด อัตโนมัติทางลบและการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ เป็นกิจกรรมที่สามารถทำได้ต่อเนื่อง อาจพิจารณานำมารวมกันไว้ในกิจกรรมเดียวกัน แล้วให้สมาชิกลองฝึกบันทึกจากเหตุการณ์ของ แต่ละคน

6) การค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาคควรเขียนขั้นตอนให้ชัดเจนมากกว่านี้

7) ในแบบบันทึกแบบแผนการนอนหลับ และการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอน หลับควรเน้นเฉพาะข้อที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับเท่านั้น ส่วนข้อที่ไม่เกี่ยวข้อง ควรตัดทิ้งไป เพราะจะเป็นการเพิ่มภาระให้กับสมาชิกกลุ่มมากเกินไป

8) ในกิจกรรมการฝึกปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับ ควรนำการฝึกการผ่อนคลาย มาเป็นส่วนหนึ่งในการฝึกด้วย เพื่อจะได้เกิดความเชื่อมโยงต่อการดำเนินกิจกรรม

หลังจากปรับแก้แล้วผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) ในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดย

ทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่มาใช้บริการในคลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 5 คน ในระหว่างวันที่ 17-28 มกราคม 2554 เวลา 09.30-11.00 น. เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ทั้งในด้านความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมและระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม รวมถึงปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการดำเนินกิจกรรม

จากการทดลองนำไปใช้ พบว่า ผู้ป่วยสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร และผู้วิจัยสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้คือ 90 นาที ในส่วนของการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยบางคนยังมีความสับสนในการแยกแยะระหว่างความคิดและความรู้สึก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องเน้นย้ำและชี้ให้เห็นข้อแตกต่างระหว่างความคิดและความรู้สึก โดยการยกตัวอย่างและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อข้องใจ จากนั้นผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้เครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย/เดือน และระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวล การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัด State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI form Y) ของ Spielberger et al. (1983) ที่พัฒนามาจากแบบวัด STAI form X (1970) ได้รับการพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์, จิน เบรี่ และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2534) โดยแบบวัดความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory form Y แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. STAI form Y-1 เป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก 10 ข้อ และข้อความเชิงลบ 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความรู้สึกในขณะนั้น โดยเลือกตอบหมายเลข 1-4 ซึ่งมีลักษณะดังนี้ คือ

หมายเลข 1	=	ไม่มีเลย
หมายเลข 2	=	มีบ้าง
หมายเลข 3	=	ค่อนข้างมาก
หมายเลข 4	=	มากที่สุด

2. STAI form Y-2 เป็นแบบวัดความวิตกกังวลประจำตัว จำนวน 20 ข้อ เป็น

ข้อความเชิงบวก 9 ข้อ และข้อความเชิงลบ 11 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความรู้สึกทั่วไปของตนเอง โดยเลือกตอบหมายเลข 1-4 ซึ่งมีลักษณะดังนี้ คือ

หมายเลข 1	=	ไม่เคยเลย
หมายเลข 2	=	เป็นบางครั้ง
หมายเลข 3	=	บ่อยครั้ง
หมายเลข 4	=	เกือบตลอดเวลา

เกณฑ์การให้คะแนน State-Trait Anxiety Inventory form Y จะมีคะแนนรายข้อตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน แบบวัดมีทั้งข้อความทางบวกและข้อความทางลบ เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ (Spielberger et al., 1983)

	คะแนนข้อความทางลบ	คะแนนข้อความทางบวก
หมายเลข 1	1	4
หมายเลข 2	2	3
หมายเลข 3	3	2
หมายเลข 4	4	1

การให้คะแนนจะคิดคะแนนแบบวัดความวิตกกังวล STAI form Y-1 และ STAI form Y-2 ในทิศทางตรงกันข้ามกัน ในข้อต่อไปนี้

STAI form Y-1 ข้อความทางบวกมีข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20

STAI form Y-2 ข้อความทางบวกมีข้อ 1, 3, 6, 7, 10, 13, 14, 16 และ 19

การแปลผลระดับความวิตกกังวล ในแต่ละชุดของแบบวัดความวิตกกังวล คะแนนต่ำสุดคือ 20 คะแนนและคะแนนสูงสุดคือ 80 คะแนน โดยถือเอาคะแนนตามเกณฑ์การแปลผลของ Spielberger et al. (1983) ดังนี้

20 - 40 คะแนน	หมายถึง	มีความวิตกกังวลเล็กน้อย
41 - 60 คะแนน	หมายถึง	มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง
61 - 70 คะแนน	หมายถึง	มีความวิตกกังวลในระดับสูง
71 - 80 คะแนน	หมายถึง	มีความวิตกกังวลระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดความวิตกกังวลทั้ง 2 ฉบับ State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI form Y) ของ Spielberger et al. (1983) ที่ได้รับการพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดยธাত্রี นนทศักดิ์, จิน แบรี่ และสมโภชน์

เยี่ยมสุภาษิต (2534) มาปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขในขั้นแรก จากนั้นนำกรอบแนวคิด คำจำกัดความ โครงสร้างของเครื่องมือ ข้อคำถาม และเกณฑ์การให้คะแนนไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 คน และพยาบาลจิตเวชระดับชำนาญการ 1 คน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ได้ตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา การตีความหมายของข้อคำถาม ความรัดกุมในการใช้ภาษา ตลอดจนลำดับเนื้อหาและเกณฑ์การพิจารณาคะแนน โดยผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1 - 4 คะแนน (4 หมายถึง สอดคล้องมาก 3 หมายถึง ค่อนข้างสอดคล้อง 2 หมายถึง สอดคล้องน้อย 1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง) และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นในแต่ละข้อ ซึ่งการตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ถู้ออกมาตามผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป โดยคำนวณจากสูตรดังนี้ (Polit & Hungler, 1999: 419 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญ (5 คน) เห็นว่าค่อนข้างสอดคล้อง/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

$$CVI = 19/20 = .95$$

โดยแบบวัดความวิตกกังวลทั้ง 2 ฉบับ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .95

หลังจากนั้น นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ เพื่อให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) ดังนี้

แบบวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน

1) ข้อ 2 คำถาม “ฉันรู้สึกชีวิตมันคง” ควรปรับเพื่อให้เข้าใจง่ายในการตอบและสื่อความหมายได้ชัดเจน ให้ปรับแก้เป็น “ฉันรู้สึกมันคงในชีวิต”

แบบวัดความวิตกกังวลประจำตัว

2) ข้อ 19 คำถาม “ฉันเป็นคนสม่ำเสมอ” ควรปรับเพื่อให้เข้าใจง่ายในการตอบและสื่อความหมายได้ชัดเจน ให้ปรับแก้เป็น “ฉันเป็นคนเสมอด้านเสมอปลาย”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปที่ใช้ในการวิจัย โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 30 คน ระหว่างวันที่ 17 -

28 มกราคม 2554 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 และ .87 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการนอนหลับ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงและพัฒนามาจากแบบวัดคุณภาพการนอนหลับของศิริเพ็ญ วานิชานันท์ (2544) ที่สร้างจากแบบประเมินของ Snyder - Halpern and Verran (1987) ซึ่งข้อคำถามได้ปรับปรุงและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการนอนหลับในลักษณะต่างๆ ตั้งแต่เริ่มต้นเข้านอนจนกระทั่งตื่นนอนตอนเช้า จำนวน 10 ข้อ ดังนี้

- 1) ก่อนนอนหลับท่านรู้สึกไม่สบายใจหรือกังวลใจเพียงใด
- 2) ท่านใช้ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งนอนหลับนานเพียงใด
- 3) ท่านตื่นนอนในระหว่างการนอนหลับบ่อยเพียงใด
- 4) หากท่านตื่นในขณะนอนหลับ ต้องใช้เวลาเพียงใดถึงนอนหลับต่อได้
- 5) ท่านรู้สึกว่าได้พลิกตัวหรือเคลื่อนไหวร่างกายบ่อยเพียงใดในขณะนอนหลับ
- 6) ท่านถูกรบกวนในขณะนอนหลับเพียงใด
- 7) การตื่นนอนกลางดึกเป็นปัญหาเกี่ยวกับท่านเพียงใด
- 8) ลักษณะการนอนหลับของท่าน
- 9) ท่านรู้สึกอย่างไรกับการนอนหลับของท่าน
- 10) ความรู้สึกของท่านเมื่อตื่นนอนตอนเช้า

แต่ละคำถามใช้การวัดด้วยมาตรประเมินการนอนหลับ โดยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analogue scale) ซึ่งมีลักษณะเป็นเส้นตรงความยาว 10 เซนติเมตร แสดงความต่อเนื่องของลักษณะการนอนหลับที่มีค่าคะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน

การแปลผลพฤติกรรมการนอนหลับ ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีคะแนนเต็ม 100 คะแนน คะแนนต่ำสุดคือ 0 และคะแนนสูงสุดคือ 100 คะแนน แบ่งระดับพฤติกรรมการนอนหลับออกเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ยของศิริเพ็ญ วานิชานันท์ (2544) ดังนี้

0 - 20	คะแนน	หมายถึง	มีพฤติกรรมการนอนหลับดีมาก
21 - 40	คะแนน	หมายถึง	มีพฤติกรรมการนอนหลับดี
41 - 60	คะแนน	หมายถึง	มีพฤติกรรมการนอนหลับปานกลาง
61 - 80	คะแนน	หมายถึง	มีพฤติกรรมการนอนหลับไม่ดี
81 - 100	คะแนน	หมายถึง	มีพฤติกรรมการนอนหลับไม่ดีเลย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรม การนอนหลับที่ดัดแปลงและพัฒนาขึ้นมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขในขั้นแรก จากนั้นนำ กรอบแนวคิด คำจำกัดความ โครงสร้างของเครื่องมือ ข้อคำถามและเกณฑ์การให้คะแนน ไปขอ ความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 คน และพยาบาลจิตเวชระดับชำนาญการ 1 คน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ได้ ตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา การตีความหมายของข้อคำถาม ความรัดกุมใน การใช้ภาษา ตลอดจนลำดับเนื้อหาและเกณฑ์การพิจารณาคะแนน โดยผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนน ความคิดเห็นเป็นระดับ 1 - 4 คะแนน (4 หมายถึง สอดคล้องมาก 3 หมายถึง ค่อนข้างสอดคล้อง 2 หมายถึง สอดคล้องน้อย 1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง) และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นในแต่ละข้อ ซึ่งการตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป โดยคำนวณจากสูตรดังนี้ (Polit & Hungler, 1999: 419 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญ (5 คน) เห็นว่าค่อนข้างสอดคล้อง/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

$$CVI = 8/10 = .80$$

หลังจากนั้น นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ เพื่อให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) ดังนี้

- 1) ข้อ 1 คำถามเกี่ยวกับความรู้สึกตั้งแต่เริ่มเข้านอน ควรเชื่อมคำเพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น จึงนำคำว่า “หรือ” มาเชื่อมในข้อคำถาม
- 2) ข้อ 7 การตื่นนอนเวลากลางคืน ให้ปรับแก้เป็น “การตื่นกลางดึก” เพื่อความ กระชับและเข้าใจง่ายในการตอบ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เดียวกับผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่ใช้ในการวิจัย โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่มา รับบริการในคลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 30 คน ระหว่างวันที่ 17 - 28 มกราคม 2554 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ สร้างโดย Beck et al. (1979) พัฒนาแบบประเมินโดย Hollon & Kendoll (1980) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยลัดดา แสนสีหา และดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2536) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติในทางลบจำนวน 30 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งออกเป็นน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ แบบประเมินนี้เป็นประโยชน์ในการแยกแยะและค้นหาเนื้อหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาและคะแนนที่ได้ไม่มีความแตกต่างในเรื่องของเพศและอายุ จากผลการวิเคราะห์รายข้อ พบว่าแบบประเมินสามารถสะท้อนถึงการรับรู้ของผู้ถูกประเมินที่มีต่อตนเอง 4 ด้าน (Hollon & Kendoll, 1980 อ้างถึงใน เอื้อมเดือน เนตรชม, 2541) คือ ด้านที่ 1 สะท้อนให้เห็นการปรับตัวที่ล้มเหลวและต้องการเปลี่ยนแปลง มีส่วนประกอบ ข้อ 7, 10, 14, 20 และ 26 ด้านที่ 2 สะท้อนให้เห็นถึงอัตโนมัติที่สิ้นและการคาดหวังในทางลบ มีส่วนประกอบคือ ข้อ 2, 3, 9, 21, 23, 24 และ 28 ด้านที่ 3 สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีส่วนประกอบ ข้อ 17 และ 18 ด้านที่ 4 สะท้อนให้เห็นถึงความคาดหวังหรือไร้ค่า มีส่วนประกอบ ข้อ 29 และ 30

เกณฑ์ในการคิดคะแนนจะคิดตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 30 คะแนนสูงสุดคือ 150 คะแนน และต่ำสุดคือ 30 คะแนน ส่วนคะแนนที่อยู่ในช่วง 30 - 80 คะแนน คือ ไม่มีความคิดในทางลบและพบได้ในบุคคลทั่วไป (Furlong & Tian, 2002 อ้างถึงใน กุลธิดา สุภาคุณ, 2548)

เกณฑ์การประเมินผลการกำกับการทดลอง

1. ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองต้องได้รับการประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบทันที การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองต้องได้คะแนนในระดับ 30 - 80 คะแนน

2. ภายหลังจากการประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ แล้วกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลองคือมีคะแนนสูงกว่า 80 คะแนน ผู้วิจัยจะร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุกับกลุ่มตัวอย่างและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ว่าเกิดอะไรขึ้น จากนั้นดำเนินการทดลองใหม่กับกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งและเพิ่มเติมในส่วนที่ขาด ถ้าหากคะแนนยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินผู้วิจัยจะทบทวนเพิ่มกิจกรรมจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินภายหลังจากสิ้นสุดการทดลอง (Post-test)

หลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย ผู้วิจัยทำการประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบของกลุ่มตัวอย่างทันที พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนจากการประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ อยู่ในช่วง 30 - 80 คะแนนทุกคน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ สร้างโดย Beck et al. (1979) พัฒนาแบบประเมินโดย Hollon & Kendoll (1980) มาปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขในขั้นแรก จากนั้นนำโครงสร้างของเครื่องมือ ข้อคำถามและเกณฑ์การให้คะแนนไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 คน และพยาบาลจิตเวชระดับชำนาญการ 1 คน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ได้ตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา การตีความหมายของข้อคำถาม ความรัดกุมในการใช้ภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1 - 4 คะแนน (4 หมายถึง สอดคล้องมาก 3 หมายถึง ค่อนข้างสอดคล้อง 2 หมายถึง สอดคล้องน้อย 1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง) และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นในแต่ละข้อ ซึ่งการตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป โดยคำนวณจากสูตรดังนี้ (Polit & Hungler, 1999: 419 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญ (5 คน) เห็นว่าค่อนข้างสอดคล้อง/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

$$CVI = 25/30 = .83$$

หลังจากนั้น นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ เพื่อให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) ดังนี้

- 1) ข้อ 1 ปรับคำถามจาก ฉันเป็นคนต่อต้านโลก ซึ่งค่อนข้างกว้างมาก เป็น “ฉันเป็นคนต่อต้านสังคม”
- 2) ข้อ 3 ปรับคำถามจาก ชีวิตฉันไม่เคยประสบความสำเร็จ เพื่อสื่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น เป็น “ฉันไม่เคยประสบความสำเร็จในชีวิต”
- 3) ข้อ 6 ปรับคำถามจาก ฉันไม่สามารถทำสิ่งต่างๆได้ เพื่อให้คำถามชัดเจนและเข้าใจง่าย เป็น “ฉันไม่มีความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ”
- 4) ข้อ 12 ปรับคำถามจาก ฉันสุดจะทนชีวิต เพื่อให้เข้าใจมากขึ้น เป็น “ชีวิตฉันสุดจะทน”
- 5) ข้อ 22 ปรับคำถามจาก ชีวิตฉันมีแต่ความสับสนและวุ่นวาย ควรตัดคำเชื่อม

ว่า “และ” ออกไปให้เหลือเพียง “ชีวิตฉันมีแต่ความสับสน วุ่นวาย”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวกลทั่วไปที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวกลทั่วไปที่ใช้ในการวิจัย โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวกลทั่วไปที่มาใช้บริการในคลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 30 คน ระหว่างวันที่ 17 - 28 มกราคม 2554 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้ทดสอบความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการนอนหลับที่สอดคล้องกับการส่งเสริมการนอนหลับ โดยมีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม และรวบรวมเนื้อหาความรู้ที่จะให้กับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย ได้แก่ ความหมายของการนอนหลับ การนอนหลับกับสุขภาพ สาเหตุการนอนไม่หลับและการส่งเสริมการนอนหลับ จากนั้นนำมาวิเคราะห์เพื่อสร้างข้อคำถาม

2. กำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละข้อ ในที่นี้มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่/ไม่ใช่ การให้คะแนนจะให้ 1 คะแนน ในข้อที่ตอบถูกและให้ 0 คะแนน ในข้อที่ตอบผิด เป็นคำถามทางบวก 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 8 และ 9 ทางลบ 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 6, 7 และ 10

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อ ดังนี้

คำถามทางบวก ตอบใช่ เท่ากับ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน

คำถามทางลบ ตอบใช่ เท่ากับ 0 คะแนน ตอบไม่ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของเครื่องมือชุดนี้อยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน ใช้เกณฑ์การประเมินผลแบบอิงเกณฑ์ในระบบร้อยละ คือ อย่างน้อยละ 60 ถึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ (บุญธรรมกิจปริดาบริสุทธิ, 2543) ซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ร้อยละ 80 หรือ 8 คะแนน จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มาปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขในขั้นแรก จากนั้นนำโครงสร้างของเครื่องมือข้อคำถามและเกณฑ์การให้คะแนนไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลผู้

ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) 2 คน และพยาบาลจิตเวชระดับชำนาญการ 1 คน (แสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ได้ตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา การตีความหมายของข้อคำถาม ความรัดกุมในการใช้ภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1 - 4 คะแนน (4 หมายถึง สอดคล้องมาก 3 หมายถึง ค่อนข้างสอดคล้อง 2 หมายถึง สอดคล้องน้อย 1 หมายถึง ไม่สอดคล้อง) และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นในแต่ละข้อ ซึ่งการตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ถือเป็นเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป โดยคำนวณจากสูตรดังนี้ (Polit & Hungler, 1999: 419 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญ (5 คน) เห็นว่าค่อนข้างสอดคล้อง/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

$$CVI = 9/10 = .90$$

หลังจากนั้น นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ เพื่อให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) ดังนี้

1) ข้อ 1 การนอนหลับหมายถึงช่วงเวลาที่สามารถได้พักผ่อนมากที่สุด ให้ปรับใหม่เพื่อให้มีความถูกต้องและเหมาะสม เป็น “การนอนหลับเป็นช่วงเวลาที่สามารถได้พักผ่อนมากที่สุด”

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวกล่วงไปที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวกล่วงไปที่ใช้ในการวิจัย โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวกล่วงไปที่มารับบริการในคลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 30 คน ระหว่างวันที่ 17 – 28 มกราคม 2554 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรครูดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการทดลองออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลองและระยะประเมินผลการทดลอง เพื่อให้ผลการวิจัยมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงได้เตรียมการดังต่อไปนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. เตรียมผู้วิจัย ด้านความรู้และทักษะการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้ผ่านการศึกษาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจาก รศ.ดร.สมโภชน์ เขียมสุภาษิต ในปี พ.ศ. 2549 เรียนรู้และฝึกการทำกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพิ่มเติม จากการศึกษาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และได้ศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป เพื่อนำมาสร้างโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายสำหรับผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป 5 ราย โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ให้คำปรึกษา เพื่อให้การวิจัยเป็นไปตามขั้นตอนและครอบคลุม

2. จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตามขั้นตอนของการสร้างเครื่องมือ

3. ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. เตรียมสถานที่ในการทำวิจัย โดยจัดทำแผนดำเนินการวิจัยและประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมแนบโครงร่างการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย หนังสือขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างละ 1 ชุด ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัย เมื่อได้รับอนุมัติแล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

5. เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชเพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปในเวชระเบียน พร้อมทั้งศึกษาสถิติและลักษณะการมารับบริการของผู้ป่วยที่คลินิกจิตเวชในแต่ละวัน เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

6. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชและเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาแล้ว การวิจัยครั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยคือพยาบาลจิตเวชระดับชำนาญการพิเศษ ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยสังเกตและจดบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมในโปรแกรม วิธีดำเนินการทดลองและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน

7. ผู้วิจัยขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ก่อนที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกจิตเวช และขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้ามารับบริการ โดยผู้วิจัยจะแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการ

ทำวิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวลและแบบวัดพฤติกรรมการนอนหลับ จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน แล้วทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศ อายุ คะแนนความวิตกกังวลและคะแนนพฤติกรรมการนอนหลับ คัดเลือกเข้าสู่กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน จนครบ 20 คู่ ตามที่กำหนดไว้

8. การเตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลจิตเวชระดับชำนาญการพิเศษ เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และให้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการทำวิจัย เพื่อขอความร่วมมือและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะมีการมอบหมายการบ้านให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกความคิดและพฤติกรรมของตนลงในสมุดบันทึกเป็นประจำทุกสัปดาห์ และจะนำมาพูดคุยกันในกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการบำบัดความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับ ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจะมีการจดบันทึกและการบันทึกเทปเสียงขณะทำกิจกรรมในแต่ละครั้ง ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับและจะทำลายเทปเสียงรวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างหลังสิ้นสุดการวิจัยทันที ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยต่อสามารถบอกเลิกได้ โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลักและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัตถุประสงค์กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน ดังนี้ คือ กลุ่มที่ 1 นัดทำการทดลอง วันที่ 8 มีนาคม 2554 ถึงวันที่ 5 เมษายน 2554 กลุ่มที่ 2 นัดทำการทดลอง วันที่ 10 มีนาคม 2554 ถึงวันที่ 7 เมษายน 2554 ที่คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม ตั้งแต่เวลา 09.00-10.30 น.

2. ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

ในระยะเวลาดำเนินการทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ คือ กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนี้

1. **กลุ่มควบคุม** กลุ่มควบคุมจะได้รับการกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวช คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่มารับบริการ

ประกอบด้วย การซักประวัติ การประเมินอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษาใน รายที่มีความวิตกกังวลหรือไม่สบายใจ การให้คำแนะนำวิธีคลายความวิตกกังวลด้วยตนเอง การ ให้คำแนะนำเรื่องการรักษาพยาบาลและติดตามในการมารับบริการครั้งต่อไป

2. กลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแนวทางการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและได้ รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย ประกอบ ด้วยกิจกรรมต่างๆ 5 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ติดต่อกัน สัปดาห์ละ 1 กิจกรรมๆละ 90 นาที โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มและพยาบาลจิตเวชระดับ ชำนาญการพิเศษเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มๆละ 10 คน ณ ห้อง ให้คำปรึกษา คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม ทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 09.00-10-30 น. ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตารางการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึก ทักษะการผ่อนคลายในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

กลุ่มที่	วันที่/เวลา	กิจกรรม
1	8 มีนาคม 54	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรค วิตกกังวลทั่วไป การเรียนรู้และฝึกการผ่อนคลายด้วยการหายใจ
2	10 มีนาคม 54	
1	15 มีนาคม 54	กิจกรรมที่ 2 การค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ การ ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ การเรียนรู้และฝึกการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ
2	17 มีนาคม 54	
1	22 มีนาคม 54	กิจกรรมที่ 3 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา การเรียนรู้การส่งเสริม การนอนหลับ การฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
2	24 มีนาคม 54	
1	29 มีนาคม 54	กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ การฝึกปฏิบัติตนที่ ส่งเสริมการนอนหลับ การฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
2	31 มีนาคม 54	
1	5 เมษายน 54	กิจกรรมที่ 5 การทบทวนทักษะ สรุปกิจกรรมและยุติการทำกลุ่ม
2	7 เมษายน 54	

ในแต่ละกิจกรรมมีวัตถุประสงค์และการประเมินผล ดังนี้ (ส่วนรายละเอียดในเนื้อหาแต่ละ กิจกรรมแสดงในเครื่องมือฉบับสมบูรณ์)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป การเรียนรู้ และฝึกการผ่อนคลายด้วยการหายใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่มและระหว่างสมาชิกกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจหลักการ เหตุผล ขั้นตอน วิธีการและประโยชน์ของการบำบัด
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป
5. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรม
6. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลายและได้ฝึกการหายใจ

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายและแนะนำตนเองแก่สมาชิกกลุ่ม บอกชื่อกลุ่ม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตนเองเพื่อทำความรู้จักกัน
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มทำความรู้จักกันด้วยการเล่นเกมส์ “บุคคลแปลกหน้า”
3. ผู้นำกลุ่มชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรม วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับ รวมทั้งนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกลุ่ม เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยซักถามข้อสงสัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความร่วมมือในการทำกิจกรรม แจกสมุดบันทึกชื่อ “เปลี่ยนความคิด ชีวิตเบิกบาน”
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มอภิปรายถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยโดยใช้คำถามเช่น “สาเหตุที่ทำให้ป่วยแต่ละครั้งเกิดจากอะไร” หรือ “ตอนนั้นเกิดอะไรขึ้นถึงทำให้ต้องได้รับการรักษา”
5. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการและการรักษา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มพูดคุยเกี่ยวกับอาการ สาเหตุของการเจ็บป่วยและประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับความวิตกกังวลของตน
6. ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงถึงการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมว่าความวิตกกังวลเกิดจากปัจจัยด้านการรู้คิดหรือด้านความคิด ซึ่งการบำบัดจะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดทำให้มีมุมมองต่อเหตุการณ์ต่างๆตามความเป็นจริง และอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรม
7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มฝึกวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตามรูปแบบ ABCs of treatment ตามปัญหาของแต่ละคนที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล
8. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ และฝึกบันทึกอาการต่างๆตามปัญหาของแต่ละคน โดยฝึกบันทึกในแบบสังเกตและบันทึกเหตุการณ์ประจำวันในสมุดบันทึก

9. ผู้นำกลุ่มสอนสมาชิกกลุ่มให้เรียนรู้การฝึกการผ่อนคลายด้วยตนเองง่ายๆ ด้วยการฝึกการหายใจร่วมกับการเปิดแผ่นซีดีการฝึกหายใจของกรมสุขภาพจิต

10. ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้านให้สมาชิกกลุ่มคือ แบบสังเกตและบันทึกเหตุการณ์ประจำวันในสมุดบันทึกความคิดประจำวัน โดยให้สมาชิกกลุ่มบันทึกทุกครั้งที่เกิดความวิตกกังวลหรือความไม่สบายใจ

11. ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจและนัดหมายกลุ่มในการมาพบกันในครั้งต่อไป

การประเมินผล

สมาชิกกลุ่มให้ความสนใจและร่วมมือในการเล่นเกมส์ “บุคคลแปลกหน้า” เป็นอย่างดี ทำให้สัมพันธภาพภายในกลุ่มเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำที่สมาชิกกลุ่มผ่อนคลาย มีการพูดคุย หัวเราะ ในขณะที่เล่นเกมส์ สมาชิกกลุ่มทุกคนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเองเมื่อได้รับดอกไม้ เช่น “รู้สึกดีมาก ๆ ที่มีคนเอาดอกไม้มาให้” “ดีใจที่ได้ดอกไม้และดีใจที่มีเพื่อน” เป็นต้น สมาชิกกลุ่มร่วมกันตั้งระเบียบของกลุ่มแล้วมีตัวแทนกลุ่มเขียนบนกระดาน เช่น “ยกมือก่อนแสดงความคิดเห็น” “ข้อมูลที่พูดคุยกันจะเป็นความลับในกลุ่ม” “ไม่พูดคุยกันเสียงดังขณะทำกิจกรรม” “ต้องตรงต่อเวลาไม่ปล่อยให้เพื่อนรอ” เป็นต้น เพื่อให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันจดจำข้อตกลงที่สมาชิกกลุ่มมีหน้าที่ปฏิบัติร่วมกัน ผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดจากความวิตกกังวล พบว่า สาเหตุเกิดจากปัญหาเศรษฐกิจภายในครอบครัว เช่น รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ภาระหนี้สินค่อนข้างมาก ปัญหาภายในครอบครัว เช่น ลูกเกเร ลูกไม่ช่วยทำงานบ้าน สามีมีภรรยาบ่อย สามีดื่มสุราเป็นประจำ ปัญหาการเจ็บป่วย เช่น คิดว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ทำงานหนักไม่ได้ เป็นต้น ส่วนใหญ่จะมีอาการปวดศีรษะ เหนื่อยเพลีย ใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม ปวดเมื่อยตามร่างกาย นอนไม่หลับ เป็นต้น ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงสาเหตุและอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นผลมากความคิดและให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความคิด อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม เช่น “มีน้ำหละ พอดคิดถึงเรื่องที่ไม่สบายใจที่ไรใจมันสั้นทุกที” “คิดเรื่องลูกที่ไปปวดหัวทุกที” “คนเราคิดมาก ๆ ก็นอนไม่หลับ” ผู้นำกลุ่มนำสิ่งที่สมาชิกกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นมาอธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษาของโรควิตกกังวลทั่วไป โดยสมาชิกกลุ่มเข้าใจเกี่ยวกับโรควิตกกังวลทั่วไปมากขึ้นโดยกล่าวว่า “ถ้าไม่คิดก็คงไม่มีอาการและไม่ต้องกินยาอีก” “ยิ่งคิดก็ยิ่งมีอาการถ้าหยุดคิดได้อาการคงจะดีขึ้น” “จริงๆโรคนี้ไม่ต้องกินยาก็ได้สิครับ” และสมาชิกกลุ่มแต่ละคนสามารถบอกความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรม จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ เช่น “เวลาคิดเรื่องสามีที่ไร ใจมันสั้น น้อยใจแล้วก็ร้องไห้คนเดียว” “เวลาฉันทะเลาะกับลูกที่ไร ใจมันสั้น นอนไม่ค่อยหลับ” จากการพูดคุยกับสมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่เวลาเกิดความวิตกกังวลก็จะรับประทานยาทันที โดยไม่เคยหาวิธีการอื่นในการลดความวิตกกังวลเพราะ

คิดว่ายาดีที่สุดแล้ว จากนั้นให้เรียนรู้การฝึกการหายใจไปพร้อมๆกัน สมาชิกส่วนใหญ่รู้สึกผ่อนคลายและจิตใจสงบขึ้น แล้วมีสมาชิกกลุ่มกล่าวว่า “กลับบ้านไปถ้าทะเลาะกับลูกอีกฉันจะลองไม่กินยาแต่จะลองฝึกหายใจดู” จากนั้นร่วมกันสรุปกิจกรรม มอบหมายการบ้าน นัดหมายครั้งต่อไป และปิดกลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 การค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ การเรียนรู้และฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบความหมายของความคิดอัตโนมัติทางลบ
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ฝึกค้นหาและตรวจความคิดอัตโนมัติทางลบ
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถตรวจสอบความถูกต้องของความคิดอัตโนมัติทางลบจากสาเหตุอื่นๆได้
4. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีวิธีการเปลี่ยนมุมมองทางลบเป็นมุมมองทางบวก
5. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลายและได้ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องโดยการกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม พูดคุยซักถามในเรื่องต่างๆไป
2. ผู้นำกลุ่มทบทวนการบ้านในสมุดบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน สอบถามถึงการบ้านที่มอบหมาย ปัญหา อุปสรรค ความวิตกกังวลหรือความไม่สบายใจเป็นอย่างไร ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจและชมเชยเมื่อสมาชิกกลุ่มปฏิบัติได้เหมาะสม
3. ผู้นำกลุ่มอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออก โดยยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจสภาวะการเจ็บป่วยมากขึ้น
4. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นสมาชิกกลุ่มพิจารณาถึงความคิดแรก จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับสมาชิกกลุ่ม แล้วเชื่อมโยงถึงความหมายของความคิดทางบวกและความคิดทางลบตามความเข้าใจของแต่ละคน
5. ผู้นำกลุ่มเน้นความสำคัญของความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งให้เห็นประโยชน์ของการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อาจเกิดจากสาเหตุอื่นๆหรือความเป็นไปได้อย่างอื่นอีกหรือไม่ พร้อมทำท่ายับปรับเปลี่ยนความคิดด้วยวิธีการหาหลักฐานยืนยันหรือสนับสนุนความคิดทางลบหรือหลักฐานที่คัดค้านความคิดทางลบ

6. ผู้นำกลุ่มยกเหตุการณ์สมมติ และให้สมาชิกกลุ่มฝึกค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ และให้วิเคราะห์ว่าในเหตุการณ์นั้นๆสามารถเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ อีกหรือไม่ ด้วยการถามถึงหลักฐานยืนยัน เช่น “อะไรทำให้คุณเชื่อว่าความคิดทางลบนั้นเป็นจริง” หรือ “มีอะไรแสดงให้เห็นว่ามันเป็นแบบนี้จริง” และให้สมาชิกกลุ่มตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ โดยการหาหลักฐานคัดค้านความคิดทางลบ เช่น “โอกาสที่จะเกิดขึ้นได้มีกี่เปอร์เซ็นต์”

7. ผู้นำกลุ่มชี้ให้เห็นลักษณะความคิดอัตโนมัติทางลบหรือความคิดที่บิดเบือน แล้วเชื่อมโยงถึงการนำเหตุผลมาสนับสนุนหรือคัดค้านความคิดทางลบ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนแบบแผนความคิดที่บิดเบือน

8. ผู้นำกลุ่มอธิบายความหมายของ “การเปลี่ยนมุมมองทางลบเป็นมุมมองทางบวก”

9. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบให้เป็นความคิดใหม่ด้วยการฝึกค้นหาและวิเคราะห์หลักฐานสนับสนุนความคิดทางลบ หลักฐานคัดค้านความคิดทางลบ กระตุ้นให้แยกข้อดี-ข้อเสียของหลักฐานสนับสนุนและคัดค้าน จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง

10. ผู้นำกลุ่มทบทวนผลของความวิตกกังวลที่กระตุ้นให้ร่างกายหายใจเร็วขึ้น และเกิดความตึงตัวของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกาย โดยให้สมาชิกกลุ่มฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการเปิดแผ่นซีดีของกรมสุขภาพจิต

11. ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้านในสมุดบันทึกความคิดประจำวัน โดยให้บันทึกทุกครั้งที่เกิดความวิตกกังวลหรือความไม่สบายใจ

13. ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจและนัดหมายกลุ่มในการมาพบกันในครั้งต่อไป

การประเมินผล

สมาชิกกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีมากขึ้นสังเกตได้จาก “การพูดคุยกันขณะที่รอการเข้ากลุ่ม” “การถามถึงการบ้านซึ่งกันและกัน” “การถามถึงอาการขณะอยู่ที่บ้าน” ผู้นำกลุ่มพาสมาชิกกลุ่มเริ่มต้นกลุ่มด้วยการพูดคุยซักถามในเรื่องทั่วไป เช่น “วันนี้มากับใคร มาอย่างไร” “เมื่อคืนนอนหลับเป็นอย่างไร” “เข้าวันนี้เป็นอย่างไรบ้าง” จากนั้นร่วมกันทบทวนระเบียบของกลุ่มและกิจกรรมในสัปดาห์ที่ผ่านมา สมาชิกกลุ่มตอบระเบียบของกลุ่มได้เป็นอย่างดี ร่วมกันตอบว่าเมื่อสัปดาห์ที่ผ่านมาเรียนรู้เรื่องโรควิตกกังวลทั่วไปและรู้ว่าเป็นโรคนี้เพราะความคิดนั่นเอง สมาชิกกลุ่มทุกคนทำการบ้านมาแต่มีบางคนที่บันทึกผิดช่อง ผู้นำกลุ่มไม่ได้ตำหนิและแนะนำว่าลองย้ายประโยคนี้ไปอยู่อีกช่องจะเหมาะสมกว่า สมาชิกกลุ่มคนซังกูก็ได้แนะนำว่าควรเอาประโยคดังกล่าวมาไว้ในช่องถัดไปแทน ซึ่งในขณะที่ทำกลุ่มสมาชิกกลุ่มจะคอยดูแลช่วยเหลือกันและกันในขณะทำกลุ่มเป็นไปด้วยดี ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มยกเหตุการณ์ของตนในสมุดบันทึกแล้วถามว่าความคิดแรกที่เกิดขึ้นคืออะไร สมาชิกกลุ่มทุกคนได้แสดงความคิดเห็นและตอบว่า “คืนก่อนลูกชายกลับบ้าน 5 ทุ่ม

โทรไปก็ไม่รับ ตอนนั้นคิดว่าลูกเกิดอุบัติเหตุหรือเปล่า นอนไม่หลับเลย” “สามีก็เงินไปทำงานเมื่อนอกกลัวใช้หนี้ไม่หมดและเค้าจะมายึดที่นา ปวดหัวและใจสั่นทุกครั้งที่เกิดเรื่องนี้” ผู้นำกลุ่มยกเหตุการณ์ของสมาชิกกลุ่ม และให้บอกว่าความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นคืออะไร “กลัวลูกเกิดอุบัติเหตุ” “กลัวที่นาถูกยึด” ร่วมกันตรวจสอบว่าความคิดที่เกิดขึ้นมีหลักฐานยืนยันว่าเป็นเช่นนั้นจริงๆหรือไม่ “เห็นลูกข้างบ้านเค้าเกิดอุบัติเหตุก็เลยกลัวว่าจะเกิดกับลูกเรา” “ข้างบ้านก็เงินไปทำงานเมื่อนอกแล้วถูกธนาคารยึดที่นาเพราะสามีไปแต่งงานใหม่ที่โน่น แล้วไม่ส่งเสียเงินมาให้อีกเลยกลัวว่าสามีจะเป็นแบบนี้” จากเหตุการณ์นี้ให้สมาชิกกลุ่มเห็นว่าความคิดที่เกิดขึ้นเป็นความคิดทางลบให้ฝึกปรับเปลี่ยนความคิดทางลบเป็นความคิดทางบวก “ลูกขับรถไม่เร็วอีกเดี๋ยวก็คงกลับถึงบ้าน” “สามีเป็นคนดี รักครอบครัว ไม่มีทางทำแบบนี้” สมาชิกกลุ่มบางคนบอกว่า “ถ้าคิดแบบนี้ได้ทุกครั้งก็คงไม่เป็นไร” “คนเราทุกข์เพราะคิดจริงๆ” ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มเล่าอาการที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดความวิตกกังวล “ปวดศีรษะ” “หายใจเร็ว” “ใจสั่น” “ปวดแขน-ขา” “นอนไม่หลับ” ให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อพร้อมๆกัน สมาชิกกลุ่มรู้สึกร่างกายเบาสบายขึ้น แล้วกล่าวว่า “คลายปวดเมื่อยดี” “รู้สึกสบายตัว” จากนั้นร่วมกันสรุปกิจกรรม มอบหมายการบ้านนัดหมายครั้งต่อไปและปิดกลุ่ม

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา การเรียนรู้การส่งเสริมการนอนหลับ การฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีทักษะการค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาจากเหตุการณ์ของตน
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการนอนหลับ
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจปัญหาการนอนหลับและปัจจัยส่งเสริมการนอนหลับ
4. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจและสามารถบันทึกแบบแผนการนอนหลับและการปฏิบัติ

ตนที่ส่งเสริมการนอนหลับ

5. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดทักษะและความชำนาญในการฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม พูดคุยซักถามในเรื่องต่างๆไป
2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มทบทวนการบ้านในสมุดบันทึก เน้นให้เห็นความสำคัญของความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจและชมเชยเมื่อสมาชิก

กลุ่มปฏิบัติได้เหมาะสม

3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มระบายความรู้สึกที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นและประเมินวิธีการแก้ไขปัญหาที่เคยใช้ว่าเหมาะสมหรือไม่

4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ทักษะการแก้ไขปัญหา เน้นการแก้ปัญหาค้นหาสาเหตุของปัญหาตามขั้นตอนการแก้ไขปัญหา ให้ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาโดยยกตัวอย่างเหตุการณ์ของสมาชิกกลุ่ม 1 - 2 ตัวอย่าง เริ่มจากการค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น ปัญหานั้นคืออะไร ทางเลือกในการแก้ไขปัญหา เช่น การปรับเปลี่ยนความคิดให้สมเหตุสมผลขึ้น การวิเคราะห์ทางเลือกอื่นในการแก้ไขปัญหาค้นหาหรือการฝึกการผ่อนคลาย

5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มฝึกค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาในเหตุการณ์ของตน และนำเสนอวิธีการแก้ไขปัญหามาให้กลุ่มรับฟัง ให้การเสริมแรงด้วยการชมเชย ให้กำลังใจและร่วมกันให้ข้อเสนอแนะที่สร้างสรรค์กับปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม

6. ร่วมกันให้กำลังใจ ความมั่นใจว่าปัญหาทุกอย่างล้วนมีทางออกและทางแก้ไข ผู้นำกลุ่มสรุปเกี่ยวกับทักษะการแก้ไขปัญหาค้นหาอีกครั้ง

7. ผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่กิจกรรมการส่งเสริมการนอนหลับ โดยการอภิปรายแลกเปลี่ยนปัญหาการนอนหลับของผู้ป่วยแต่ละคน แล้วเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับพฤติกรรมการนอนหลับ เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของสมาชิกกลุ่มและให้สมาชิกกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็น

8. ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลกับพฤติกรรมการนอนหลับ เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนและแบ่งปันประสบการณ์การนอนหลับของตนในช่วงที่ผ่านมา โดยใช้คำถาม “ระยะเวลาที่เข้านอนจนกระทั่งนอนหลับ” “จำนวนครั้งของการตื่นในขณะหลับ” เป็นต้น ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมการนอนหลับที่นำมาสู่การฝึกทักษะการนอนหลับ

9. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องการนอนหลับเกี่ยวกับการนอนหลับกับสุขภาพ ปัญหาการนอนหลับและปัจจัยส่งเสริมการนอนหลับ เน้นสาเหตุของปัญหาพฤติกรรมการนอนหลับว่าเกิดจากความวิตกกังวล

10. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้การส่งเสริมการนอนหลับ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและสามารถปฏิบัติได้จริง

11. ผู้นำกลุ่มอธิบาย และให้เรียนรู้วิธีการบันทึกแบบแผนการนอนหลับและการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับเพื่อประเมินผลการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการนอนหลับ ให้สมาชิกกลุ่มฝึกบันทึกการนอนหลับของตนในคืนที่ผ่านมาและเปิดโอกาสให้ซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจ

12. ผู้นำกลุ่มบอกถึงประโยชน์และความสำคัญของการจดบันทึก จะทำให้สมาชิกกลุ่มมี

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการนอนหลับได้ดียิ่งขึ้น โดยให้บันทึกทุกครั้งหลังตื่นนอนตอนเช้าเพื่อประเมินผลการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการนอนหลับ

13. ร่วมกันแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับอาการแสดงที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดความวิตกกังวล สอบถามผลการฝึกผ่อนคลายขณะอยู่ที่บ้านและประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึก ใช้หลักการปรับแต่งพฤติกรรมเพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการคือการฝึกผ่อนคลายเมื่อเกิดความวิตกกังวล

14. ร่วมกันทบทวนผลของความวิตกกังวลที่ทำให้ร่างกายหายใจเร็วขึ้น เกิดความตึงตัวของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกาย โดยการฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดทักษะความชำนาญในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

15. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปกิจกรรมอีกครั้ง และการมอบหมายการบ้านในสมุดบันทึกความคิดประจำวัน

16. ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจและนัดหมายกลุ่มในการมาพบกันในครั้งต่อไป

การประเมินผล

สมาชิกกลุ่มกล่าวทักทายซึ่งกันและกัน สนทนาแลกเปลี่ยนอาการของตนกับเพื่อนสมาชิกในช่วงที่ผ่านมา บรรยากาศเป็นไปด้วยความอบอุ่นและเกิดมิตรภาพที่ดีภายในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มถามถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา สมาชิกกลุ่มบอก “แต่ก่อนพอมีเรื่องไม่สบายใจ สมอมนั้นก็คิดแต่เรื่องไม่ดีไว้ก่อน เดี่ยวนี้ก็ดีขึ้น พยายามตั้งสติและคิดบวกให้มากขึ้น” “ก็พยายามคิดทางบวกให้มากขึ้นจะได้สบายใจและมีกำลังใจ” “บางทีความคิดลบก็แว็บเข้ามาบ้าง แต่ก็พยายามตั้งสติแล้วก็คิดใหม่” ผู้นำกลุ่มเสริมแรงและให้กำลังใจถึงความพยายามในการปรับเปลี่ยนความคิดของสมาชิกกลุ่ม และร่วมกันเลือกปัญหาที่จะนำมาใช้ในการฝึกค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยเลือก “ปัญหารายได้ไม่เพียงพอรายจ่าย” และร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่า รายได้ที่ทำได้นั้นน้อยกว่ารายจ่าย ผลทำให้ต้องไปกู้ยืมเงินมาใช้จ่าย ทำให้มีหนี้สินเพิ่มมากขึ้น สมาชิกกลุ่มร่วมกันเสนอแนวทางแก้ไขปัญหา “อะไรไม่จำเป็นก็ตัดทิ้งไป อะไรที่ทำกินเองได้ก็ทำเองถูกกว่าไปซื้อเค้า” “ที่บ้านไม่ต้องซื้อผักเพราะปลูกกินเองก็ประหยัดขึ้น” “คนในบ้านต้องช่วยกันประหยัดและทำงานเพิ่มขึ้นเพื่อให้ได้เงินมากขึ้น” “เลี้ยงเปิดเลี้ยงไก่ที่บ้านก็เลี้ยงได้กินทั้งไข่ทั้งเนื้อประหยัดไปได้เยอะ” สมาชิกกลุ่มให้กำลังใจซึ่งกันและกันและพูดว่า “ชีวิตต้องสู้ ถ้ามัวคิดท้อแท้ใจเรื่องนี้สิน ก็ไม่มีกำลังใจทำงาน” “มีใครไม่เป็นหนี้คนอื่นเค้าก็เป็นกัน ก็สู้กันไปทำงานหาเงินมาใช้หนี้เค้าซักวันเดี๋ยวก็ดีขึ้น” “วันนี้รู้สึกดีนะมีแต่คนให้กำลังใจ” ผู้นำกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้และข้อเสนอแนะที่สร้างสรรค์แล้วให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนลองนำไปปฏิบัติ จากนั้นเชื่อมโยงเข้าสู่การฝึกทักษะการนอนหลับโดยการโชว์รูปภาพสองรูปที่มีความแตกต่างกัน แล้วให้แสดงความคิดเห็น “คนเราพอไม่ได้นอนร่างกายมันก็แยะ” “อยากนอนแต่นอนไม่ได้มันทรมานมาก” เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยน

เปลี่ยนประสบการณ์การนอนหลับระหว่างกัน “กินยาก่อนนอนทุกคืน ไม่งั้นก็ไม่หลับ” “ถ้าวันไหนไม่กินยาก็นอนพลิกไปพลิกมากว่าจะหลับได้ก็เกือบเช้า” “พอลืมตัวลงนอนทีไร สมองก็คิดแต่เรื่องที่กำลังกังวลทุกครั้งยิ่งนอนไม่หลับเลย” “คืนไหนนอนไม่หลับก็ลุกจากที่นอนมากวาดบ้าน ถูบ้าน พอเหนื่อยก็เข้านอน หลับสบายเลย” ผู้นำกลุ่มอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากความวิตกกังวลขณะเดียวกันก็ให้ความรู้เรื่องการนอนหลับร่วมไปด้วย สมาชิกกลุ่มเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองมากขึ้น และกล่าวว่า “ความคิดมีผลกับการนอนหลับจริงๆ” “ก่อนนอนมันว่างไม่ได้ทำอะไร มันก็อดคิดไม่ได้ผลก็คือนอนหลับๆตื่นๆตลอดคืน” ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มเรียนรู้การบันทึกแบบแผนการนอนหลับและการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับ ให้ร่วมแสดงความคิดเห็นวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง “ก่อนนอนขอคิดฟุ้งซ่าน ให้อ่านพระสวดมนต์ นั่งสมาธิน่าจะเหมาะสำหรับฉัน” “จะพยายามไม่นอนกลางวัน” “ถ้านอนไม่หลับจะไม่ฝืนนอนต่อแต่จะลุกขึ้นมาทำงานบ้านแทน ง่วงเมื่อไหร่ค่อยกลับไปนอนใหม่” สมาชิกกลุ่มต่างก็เลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเองและให้สัญญากันในกลุ่มว่าจะลองนำไปปฏิบัติดู ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจและชมเชยทุกคนถึงความตั้งใจในการนำไปปฏิบัติและเน้นย้ำว่าอย่าลืมจดบันทึกหลังจากตื่นนอนในตอนเช้าเพื่อดูความก้าวหน้าของตนเอง จากนั้นสอบถามอาการที่เกิดขึ้นและผลการฝึกผ่อนคลายขณะอยู่ที่บ้านและประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึก “สบายขึ้นมากไม่ค่อยปวดเมื่อยมากเหมือนเมื่อก่อน” “เดี๋ยวนี้อาการใจสั่นก็ดีขึ้น ไม่ต้องกินยาแก้ใจสั่นทุกวันก็พออยู่ได้” ร่วมกันทบทวนผลของความวิตกกังวลที่ทำให้ร่างกายหายใจเร็วขึ้นและเกิดความตึงตัวของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกาย โดยให้ฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อให้เกิดทักษะความชำนาญในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน จากนั้นสรุปกิจกรรม มอบหมายการบ้าน นัดหมายครั้งต่อไปและปิดกลุ่ม

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ การฝึกปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับ การฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มฝึกการเปลี่ยนความคิดโดยสร้างความคิดใหม่ด้วยวิธีหยุดความคิด
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้และฝึกการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับ
3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดทักษะและความชำนาญในการฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม พูดคุยซักถามในเรื่องต่างๆไป

2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มทบทวนการบ้านในสมุดบันทึก เน้นให้เห็นความสำคัญของความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล และสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกที่ทุกเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวัน เชื่อมโยงวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดโดยการสร้างความคิดใหม่ด้วยวิธีการหยุดความคิดโดยเฉพาะการคิดที่นำไปสู่สภาวะอารมณ์ที่ไม่เป็นสุข

3. ผู้นำกลุ่มฝึกวิธีการหยุดความคิด โดยให้สมาชิกกลุ่มหลับตาคิดถึงปัญหาในเหตุการณ์ของตนประมาณ 3 นาที จากนั้นพูดเสียงดังๆว่า “หยุดคิด” เพื่อให้สมาชิกกลุ่มหยุดคิดถึงปัญหาที่กำลังคิดอยู่แล้วให้ใส่ความคิดใหม่เข้าไปแทนที่ (ต้องเป็นความคิดที่อยู่ในความเป็นจริง)

5. ผู้นำกลุ่มบอกถึงประโยชน์และเชื่อมโยงถึงการนำไปใช้ดำเนินชีวิต เพื่อให้เกิดทักษะความชำนาญในการหยุดความคิดที่ไม่เหมาะสม โดยเริ่มจากความคิดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลที่ไม่รุนแรงนักจากนั้นค่อยเพิ่มระดับความคิดที่รุนแรงขึ้นจนถึงความคิดที่เป็นปัญหา

6. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจและเริ่มฝึกวิธีการหยุดความคิดพร้อมกันอีกครั้ง กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มบอกข้อดีที่เกิดจากการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่

7. ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงการบ้านใน “แบบบันทึกแบบแผนการนอนหลับและการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับ” ผลในการปฏิบัติเป็นอย่างไร ใช้หลักการเสริมแรง คือ การให้คำชมพร้อมให้กลุ่มปรบมือเพื่อเสริมสร้างกำลังใจที่ให้ความร่วมมือและได้ผลดีในการปฏิบัติ จากนั้นถามถึงปัญหา อุปสรรคในการใช้แบบบันทึกและเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัย

8. ร่วมกันทบทวนการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับ เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการนอนหลับของตนในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้แนวคิดที่จะนำไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรนอนหลับตน

9. ให้สมาชิกกลุ่มฝึกการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับเชื่อมโยงผลของความวิตกกังวลที่กระตุ้นให้ร่างกายเกิดความตึงตัวของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกาย ซึ่งจะทำให้นอนไม่หลับหรือนอนหลับยากขึ้น เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและพฤติกรรมกรนอนหลับมากยิ่งขึ้น

10. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มฝึกการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับ นำการฝึกการผ่อนคลายด้วยการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นส่วนหนึ่งในการฝึก ร่วมกับการฝึกทำจิตใจให้สงบและผ่อนคลาย โดยการนับเลขจาก 1 - 100 หรือนับเลขย้อนกลับ จะทำให้เกิดการผ่อนคลาย จิตใจสงบและช่วยให้นอนหลับได้ดีขึ้น กระตุ้นให้ฝึกทุกครั้งก่อนเข้านอนเพื่อให้เกิดทักษะความชำนาญในการนำไปใช้ในชีวิตรประจำวัน ทำให้สมาชิกกลุ่มมีพฤติกรรมกรนอนหลับที่ดีขึ้น

11. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้ซักถาม บอกความรู้สึก ประโยชน์ที่ได้รับและร่วมกันสรุปเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับ

12. ร่วมกันทบทวนผลของความวิตกกังวลที่ทำให้ร่างกายหายใจเร็วขึ้น เกิดความตึงตัวของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกาย โดยการฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดทักษะความชำนาญในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

17. ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้านในสมุดบันทึกความคิดประจำวัน ให้กำลังใจสมาชิกกลุ่มทุกคนและนัดหมายกลุ่มในการมาพบกันในครั้งต่อไป

การประเมินผล

สมาชิกกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมากขึ้นเรื่อยๆ ในบางคนที่อยู่บ้านใกล้ๆกันก็มาโรงพยาบาลพร้อมกัน วันนี้มีสมาชิกกลุ่มนำข่าวโศกที่ปลูกเองมาฝากสมาชิกกลุ่มทุกคนในขณะที่รอเข้ากลุ่ม ผู้นำกลุ่มเริ่มสนทนาในเรื่องทั่วไป เช่น “วันนี้ใครมาพร้อมกัน” “1 สัปดาห์ที่ไม่เจอกันเป็นอย่างไกันบ้าง” มีสมาชิกกลุ่มกล่าวว่า “ได้มาเข้ากลุ่มแต่ครั้งรู้สึกชีวิตมีกำลังใจมากขึ้น มีคนที่เป็นเหมือนกันได้มาคุยกัน ได้ช่วยเหลือกัน ทำให้มองชีวิตในแง่ดีมากขึ้น” ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจและกล่าวชื่นชมสมาชิกกลุ่มทุกคนที่ได้มาเข้ากลุ่มตามนัดหมายทุกครั้ง ร่วมกันทบทวนการบ้านในสมุดบันทึก เน้นให้เห็นความสำคัญของความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ในทุกที่ทุกเวลาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้สมาชิกกลุ่มเชื่อมโยงความคิดที่เกิดขึ้นในเหตุการณ์ของตนเอง โดยฝึกการสร้างความคิดใหม่ด้วยวิธีการหยุดความคิดแล้วใส่ความคิดใหม่ที่มีเหตุผลเข้าไปแทนที่ มีสมาชิกกลุ่มกล่าวว่า “ถ้าหยุดคิดถึงสิ่งที่ไม่สบายใจไปตลอดได้ก็คงดี” “จากเมื่อก่อนคิดในทางลบตลอด ตอนนี้อยากคิดทุกอย่างให้เป็นบวกมากขึ้น ถ้าหยุดคิดได้แบบนี้ก็จะคงดี” “จะพยายามหยุดคิดถึงสิ่งที่ไม่ดีและคิดสิ่งที่ดีมากขึ้น” ผู้นำกลุ่มกล่าวชื่นชมในการแสดงความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม และเชื่อมโยงถึงการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันทุกครั้งที่มีความวิตกกังวลให้พยายามหยุดความคิดนั้นแล้วแทนที่ความคิดที่เป็นจริงและมีเหตุผล จะช่วยให้ความวิตกกังวลลดลงและสบายใจขึ้น เน้นให้ฝึกอย่างต่อเนื่องจะเกิดความชำนาญในการนำไปใช้ จากนั้นร่วมกันพูดคุยถึงความก้าวหน้าในการบันทึกแบบแผนการนอนหลับ และการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับ สมาชิกกลุ่มกล่าวว่า “ก่อนนอนไหว้พระ สวดมนต์ นั่งสมาธิ รู้สึกจิตใจสงบมากจริงๆ นอนหลับได้ง่ายขึ้น” “ตอนนี้ไม่ได้นอนกลางวัน ไปรับจ้างสานกระติ๊บข้าวแทน ได้วันละ 100 บาทพอได้ให้ลูกไปกินที่โรงเรียน” “บันทึกทุกวัน ทำให้รู้จักตัวเองมากขึ้นว่าเพราะอะไรถึงนอนไม่หลับ” “วันไหนนอนไม่หลับก็ลุกมาทำกับข้าวให้ลูกไปโรงเรียน ใกล้สว่างก็เข้าไปนอนใหม่เพราะรู้สึกง่วง ดีกว่าฝืนนอนต่อเพราะทำยังไงก็ไม่หลับทำให้คิดมากเปล่าๆ” จากนั้นร่วมกันฝึกทักษะการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนนำการฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นส่วนหนึ่งในการฝึก ร่วมกับการทำจิตใจให้ผ่อนคลายโดยการนับเลขจาก 1-100 หรือนับเลขย้อนกลับ จะช่วยให้หลับได้ดีและต่อเนื่องขึ้น เปิดโอกาสให้บอกความรู้สึกและร่วมกันสรุปเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผ่านมา “กลับ

บ้านจะลองทำดู เผื่อจะได้ห่างๆจากยาบ้าง” “จะลองฝึกทุกวันเผื่อจะดีขึ้น เพราะตอนนี้ก็ไม่ได้คิดอะไรเท่าไรแล้ว คิดไปก็แค่นั้นทุกซบใจเปล่าๆ” “เมื่อก่อนเปิดทีวีเป็นเพื่อนก่อนนอน เดี่ยวจะลองเข้านอนโดยไม่เปิดทีวีดู” ผู้นำกลุ่มเสริมแรงเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม จากนั้นร่วมกันสรุปกิจกรรม มอบหมายการบ้าน นัดหมายครั้งต่อไปและปิดกลุ่ม

กิจกรรมที่ 5 การทบทวนทักษะ สรุปกิจกรรมและยุติการทำกลุ่ม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกความก้าวหน้าในการบำบัดที่เกิดขึ้น
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มบอกประโยชน์ของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายที่เกิดขึ้นกับสมาชิก

3. เพื่อยุติสัมพันธภาพ

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม พูดคุยซักถามในเรื่องต่างๆไป
2. ร่วมกันทบทวนการบ้านในสมุดบันทึกประจำวัน เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มเล่าถึงความก้าวหน้าในการบำบัด ให้กำลังใจและชมเชยเมื่อสมาชิกกลุ่มปฏิบัติได้เหมาะสม
3. ผู้นำกลุ่มทบทวนถึงกระบวนการคิดที่บิดเบือนที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ให้สมาชิกกลุ่มทบทวนเนื้อหาและกระตุ้นให้ฝึกในแต่ละกิจกรรมที่ผ่านมาอย่างต่อเนื่องและจริงจัง
4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มอภิปรายในประเด็นเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดความวิตกกังวล ใช้คำถาม เช่น “อะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ป่วยซ้ำอีก” “จะป้องกันการเกิดความวิตกกังวลได้อย่างไร” สรุปเนื้อหาที่ได้จากการอภิปรายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรควิตกกังวลทั่วไปว่าสามารถเกิดขึ้นได้อีก
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มเล่าถึงพฤติกรรมการนอนหลับของตนในช่วงที่ผ่านมา กล่าวชมเชยและให้กำลังใจเมื่อสมาชิกกลุ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการนอนหลับที่ดีขึ้น
6. ผู้นำกลุ่มสรุปโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและก่อเกิดเป็นแรงจูงใจในการนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน
7. ผู้นำกลุ่มกล่าวขอบคุณ ชื่นชมและให้กำลังใจสมาชิกกลุ่มทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้เป็นอย่างดี ปิดกลุ่มและยุติสัมพันธภาพ

การประเมินผล

สมาชิกกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างเป็นกันเองและ

ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในขณะเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม สมาชิกกลุ่มเสนอกับผู้นำกลุ่มอยากให้อำนาจกิจกรรมแบบนี้เรื่อยๆ โดยกล่าวว่า “อยากให้อำนาจอีกไม่เคยเข้ากลุ่มแบบนี้มาก่อน” “การมาเข้ากลุ่มแต่ละครั้งได้ความรู้ที่ไม่เคยรู้มาก่อน” “รู้สึกดีที่มีเพื่อนที่เข้าใจ” “สิ่งที่ได้ฝึกทำให้อาการดีขึ้นเรื่อยๆ” เป็นต้น ผู้นำกลุ่มกล่าวขอบคุณสมาชิกกลุ่มทุกคนที่มาเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอและทำให้บรรยากาศภายในกลุ่มอบอุ่นและเป็นกันเอง พร้อมทั้งให้สมาชิกกลุ่มทุกคนปรบมือให้กำลังใจตนเอง จากนั้นผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมด โดยเริ่มจากกิจกรรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม “ได้รู้จักโรคที่เราเป็นว่าไม่น่ากลัวอย่างที่คิด ถ้ารู้จักคิดบวกเป็นอาการที่ดีขึ้น” “ได้รู้ว่าความคิดที่เกิดขึ้นเป็นความคิดทางลบก็พยายามคิดทางบวกให้มากขึ้นเพื่อความสบายใจของตนเอง” “ตอนนี้เวลามีปัญหาเกิดขึ้นก็พยายามคิดทางบวกเข้าไป รู้สึกมีกำลังใจขึ้นอีกเยอะ” “ชอบฝึกการผ่อนคลาย ทำแล้วรู้สึกเบาสบาย จิตใจสงบขึ้น” ผู้นำกลุ่มกล่าวชื่นชมสมาชิกกลุ่มทุกคนที่มีความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนตนเอง จากนั้นร่วมกันพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมการนอนหลับของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน “เดี๋ยวนี้กลางวันไม่ได้นอนแต่ไปसानกระต๊อบข้าวแทนกลางคืนก็นอนหลับได้สบาย” “ก่อนนอนจะฝึกการหายใจ ทำแล้วใจสงบ ไม่ค่อยฟุ้งซ่านและคิดมากเหมือนเมื่อก่อน” “แต่ก่อนนอนไม่หลับจะกระสับกระส่ายพลิกไปพลิกมา เดี๋ยวนี้ก็ดีขึ้นไม่หลับก็ลุกมาทำงานบ้านแทน” ผู้นำกลุ่มกล่าวชื่นชมและให้กำลังใจในสิ่งที่สมาชิกกลุ่มปฏิบัติได้ดี จากนั้นผู้นำกลุ่มสรุปกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นและเน้นให้นำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวันเพื่อให้เกิดความชำนาญในการนำไปใช้ สุดท้ายผู้นำกลุ่มกล่าวปิดกลุ่มโดยการขอบคุณสมาชิกกลุ่มทุกคนที่ได้ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน ก่อเกิดเป็นแรงจูงใจซึ่งกันและกันในการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง จะสามารถลดความวิตกกังวล ลดอาการตึงเครียดทางกาย และช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมนอนหลับที่ดีอย่างต่อเนื่อง

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

1. **การกำกับการทดลอง** ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย ผู้วิจัยได้กำกับการทดลองด้วยแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ เกณฑ์ในการคิดคะแนนจะคิดตั้งแต่ข้อ 1 ถึงข้อ 30 คะแนนสูงสุดคือ 150 คะแนน และต่ำสุดคือ 30 คะแนน ส่วนกลุ่มทดลองจะต้องมีคะแนนอยู่ในช่วง 30 - 80 คะแนน คือ ไม่มีความคิดในทางลบและพบได้ในบุคคลทั่วไป (Furlong & Tian, 2002 อ้างถึงใน กุลธิดา สุภาคุณ, 2548) จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ ผู้วิจัยใช้ตรวจสอบความรู้เกี่ยวกับการฝึกทักษะการนอนหลับที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งคะแนน

รวมของเครื่องมือชุดนี้อยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน ใช้เกณฑ์การประเมินผลแบบอิงเกณฑ์ในระบบร้อยละ คือ อย่างน้อยละ 60 ถึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2543) ส่วนกลุ่มทดลองใช้เกณฑ์ร้อยละ 80 หรือ 8 คะแนน ขึ้นไป จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 คะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบและคะแนนความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับในผู้ป่วยโรคจิตกักขังทั่วไปในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย (n=20)

เครื่องมือกำกับการทดลอง		
คนที่	แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ	แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ
1	43	10
2	50	9
3	62	9
4	52	9
5	49	10
6	45	10
7	50	9
8	52	9
9	49	9
10	61	8
11	52	8
12	48	8
13	45	9
14	42	10
15	43	10
16	59	8
17	40	9
18	45	9
19	50	8
20	49	9

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย มีคะแนนต่ำสุด คือ 40 คะแนน และมีคะแนนสูงสุด คือ 62 คะแนน ซึ่งถือว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความคิดอัตโนมัติทางลบผ่านเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ทุกคน คือ คะแนนอยู่ในช่วง 30 - 80 คะแนน

เช่นเดียวกับคะแนนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย มีคะแนนต่ำสุด 8 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80 และมีคะแนนสูงสุด 10 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งถือว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ทุกคน คือ ร้อยละ 80 หรือ 8 คะแนน ขึ้นไป

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ดังนี้

2.1 ก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้สมาชิกกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทำแบบวัดความวิตกกังวล (STAI form Y) (Pre-Post test) ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 6 ของการทดลอง ดังตารางที่ 9

2.2 ก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้สมาชิกกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทำแบบวัดพฤติกรรมการนอนหลับ (Pre-Post test) ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 6 หรือภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 สัปดาห์ ดังตารางที่ 10

2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบวัดทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมี ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. เปรียบเทียบความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับในแต่ละกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-test

3. เปรียบเทียบความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

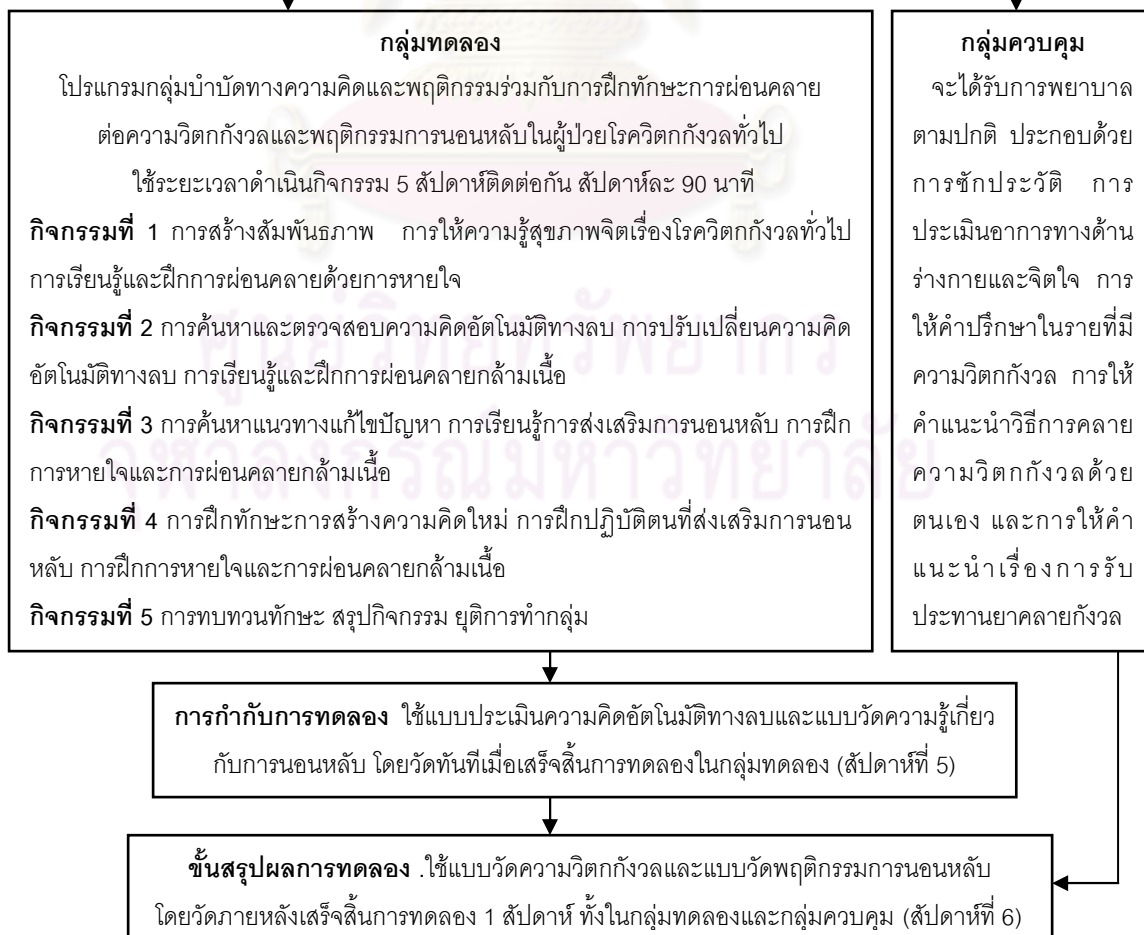
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการทดลอง

1. **เตรียมผู้วิจัย** ทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ร่วมกับศึกษาและค้นคว้าเพิ่มเติมเกี่ยวกับการส่งเสริมการนอนหลับ
2. **เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ได้แก่
 - 2.1 โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย
 - 2.2 แบบวัดความวิตกกังวล (STAI from Y)
 - 2.3 แบบวัดพฤติกรรมการนอนหลับ
 - 2.4 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ
 - 2.5 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ
3. **เตรียมสถานที่** ขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม เพื่อทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
4. **เตรียมกลุ่มตัวอย่าง**
 - 4.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการจับคู่
 - 4.2 ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรม การฝึกทักษะการฝึกกลุ่มตัวอย่างและการลงนามเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป โดยเปรียบเทียบความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายและเปรียบเทียบความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 40 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched pair) ให้มีคุณลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ อายุ คะแนนความวิตกกังวลและคะแนนพฤติกรรมการนอนหลับ แล้วสุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการวัดความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 คะแนนความวิตกกังวลและคะแนนพฤติกรรมการนอนหลับในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post test)

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ความวิตกกังวลประจำตัวและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ความวิตกกังวลประจำตัวและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษาและอาชีพ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	4	20.00	4	20.00	8	20.00
หญิง	16	80.00	16	80.00	32	80.00
อายุ						
20-29 ปี	3	15.00	3	15.00	6	15.00
30-39 ปี	5	25.00	5	25.00	10	25.00
40-49 ปี	10	50.00	10	50.00	20	50.00
50-59 ปี	2	10.00	2	10.00	4	10.00
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	2	10.00	3	15.00	5	12.50
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	30.00	8	40.00	14	35.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	9	45.00	8	40.00	17	42.50
อนุปริญญา/ปวส.	2	10.00	1	5.00	3	7.50
ปริญญาตรี	1	5.00	0	0.00	1	2.50
อาชีพ						
งานบ้าน	3	15.00	3	15.00	6	15.00
รับจ้าง	10	50.00	8	40.00	18	45.00
ค้าขาย	2	10.00	1	5.00	3	7.50
เกษตรกรรม	5	25.00	8	40.00	13	32.50

จากตารางที่ 7 พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 80 และเป็นเพศชายเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 20 มีอายุเท่ากันคืออยู่ในระหว่าง 40-49 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคืออยู่ในระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 ในด้านการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่จบการศึกษา

ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 45 และร้อยละ 40 ตามลำดับ รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 30 และร้อยละ 40 ตามลำดับ และประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และร้อยละ 40 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย/เดือน ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรสและระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยผู้ป่วย/เดือน						
0-1,000 บาท/เดือน	2	10.00	4	20.00	6	15.00
1,001-2,000 บาท/เดือน	1	5.00	1	5.00	2	5.00
2,001-3,000 บาท/เดือน	5	25.00	10	50.00	15	37.50
3,001-4,000 บาท/เดือน	10	50.00	4	20.00	14	35.00
4,001-5,000 บาท/เดือน	2	10.00	1	5.00	3	7.50
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	8	40.00	6	30.00	14	35.00
ไม่เพียงพอ	12	60.00	14	70.00	26	65.00
สถานภาพสมรส						
โสด	2	10.00	3	15.00	5	12.50
คู่	12	60.00	10	50.00	22	55.00
ม้าย	1	5.00	3	15.00	4	10.00
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5	25.00	4	20.00	9	22.50
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย						
น้อยกว่า 1 ปี	5	25.00	4	20.00	9	22.50
1-2 ปี	7	35.00	8	40.00	15	37.50
3-4 ปี	3	15.00	4	20.00	7	17.50
4-5 ปี	3	15.00	2	10.00	5	12.50
มากกว่า 5 ปี ขึ้นไป	2	10.00	2	10.00	4	10.00

จากตารางที่ 8 พบว่า ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จะมีรายได้เฉลี่ยประมาณ 3,001-4,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 50 และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จะมีรายได้เฉลี่ยประมาณ 2,001-3,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 60 และร้อยละ 70 ตามลำดับ พบว่าส่วนใหญ่จะมีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 60 และร้อยละ 50 ตามลำดับ และมีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งหมดไป โดยมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยระหว่าง 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 และร้อยละ 40 ตามลำดับ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 คะแนนความวิตกกังวลและคะแนนพฤติกรรมการนอนหลับในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post test)

ตารางที่ 9 คะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและคะแนนความวิตกกังวลประจำตัวในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post test)

คนที่	การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง							
	ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน				ความวิตกกังวลประจำตัว			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง	ก่อน ทดลอง	หลัง ทดลอง
1	58	35	56	58	52	34	54	56
2	49	29	50	51	40	26	45	50
3	64	41	62	63	61	42	61	63
4	56	34	54	52	52	41	54	52
5	52	30	52	50	49	30	50	54
6	50	29	51	40	50	36	51	50
7	58	32	56	56	51	33	50	52
8	59	28	58	60	53	38	52	56
9	54	30	54	56	42	28	45	49
10	65	43	63	62	62	44	61	62
11	52	30	52	40	50	31	50	52
12	55	31	54	56	51	35	51	54
13	57	33	56	59	52	41	53	55
14	59	32	57	54	52	31	55	58
15	62	32	62	61	59	34	60	59
16	51	29	51	54	51	37	51	53
17	57	32	56	55	52	32	53	56
18	63	34	63	62	56	31	56	59
19	49	29	49	38	39	26	38	42
20	51	26	52	52	52	33	52	54

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวกลทั่วไปในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันเท่ากันในระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) จำนวน 16 คน และเท่ากันในระดับสูง (61-70 คะแนน) จำนวน 4 คน ภายหลังจากการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันในระดับเล็กน้อย (20-40 คะแนน) จำนวน 18 คน และในระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) จำนวน 2 คน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนไม่แตกต่างกัน

ขณะที่ความวิตกกังวลประจำตัวในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลประจำตัวเท่ากันในระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) จำนวน 16 คน และเท่ากันในระดับสูง (61-70 คะแนน) จำนวน 4 คน ภายหลังจากการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลขณะประจำตัวในระดับเล็กน้อย (20-40 คะแนน) จำนวน 16 คน และในระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) จำนวน 4 คน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 10 คะแนนพฤติกรรมการนอนหลับในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post test)

คนที่	การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง			
	พฤติกรรมการนอนหลับ			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
1	58	22	55	62
2	56	20	54	39
3	78	40	75	78
4	64	39	64	59
5	65	40	64	58
6	75	44	70	74
7	58	20	56	62
8	68	32	69	66
9	72	40	70	73
10	62	39	65	62
11	83	41	82	85
12	81	40	81	85

คนที่	การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง			
	พฤติกรรมการณ์นอนหลับ			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
13	65	30	67	68
14	66	34	62	65
15	64	29	58	61
16	70	32	71	75
17	76	40	73	82
18	72	39	72	68
19	59	44	58	60
20	74	40	76	78

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการณ์นอนหลับเท่ากันในระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) จำนวน 4 คน เท่ากันในระดับไม่ดี (61-80 คะแนน) จำนวน 14 คน และเท่ากันในระดับไม่ดีเลย (81-100 คะแนน) จำนวน 2 คน ภายหลังกการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการณ์นอนหลับในระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) จำนวน 3 คน ในระดับดี (21-40 คะแนน) จำนวน 15 คน และในระดับดีมาก (0-20 คะแนน) จำนวน 2 คน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนไม่แตกต่างกัน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ความวิตกกังวลประจำตัวและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			\bar{D}	t
	\bar{X}	S.D	ระดับ	\bar{X}	S.D	ระดับ		
ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน								
กลุ่มควบคุม	55.40	4.37	ปานกลาง	53.95	7.36	ปานกลาง	-1.45	1.41
กลุ่มทดลอง	56.05	5.02	ปานกลาง	31.95	4.11	เล็กน้อย	-24.10	34.28*
ความวิตกกังวลประจำตัว								
กลุ่มควบคุม	52.10	5.48	ปานกลาง	54.30	4.79	ปานกลาง	2.2	-5.39*
กลุ่มทดลอง	51.30	5.94	ปานกลาง	34.15	5.15	เล็กน้อย	-17.15	19.28*

* $P < .05$

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัวของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัวของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัวหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			\bar{D}	t
	\bar{X}	S.D	ระดับ	\bar{X}	S.D	ระดับ		
พฤติกรรมการนอนหลับ								
กลุ่มควบคุม	67.10	8.30	ไม่ดี	68.00	11.10	ไม่ดี	-33.05	-0.73
กลุ่มทดลอง	68.30	7.92	ไม่ดี	35.25	7.59	ดี	0.90	22.46*

* $P < .05$

จากตารางที่ 12 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรนอนหลับของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรนอนหลับหลังการทดลองของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ความวิตกกังวลประจำตัวและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			t
	\bar{X}	S.D	ระดับ	\bar{X}	S.D	ระดับ	
ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน							
ก่อนการทดลอง	55.40	4.37	ปานกลาง	56.05	5.02	ปานกลาง	0.44
หลังการทดลอง	53.96	7.36	ปานกลาง	31.95	4.11	เล็กน้อย	-11.67*
ความวิตกกังวลประจำตัว							
ก่อนการทดลอง	52.10	5.48	ปานกลาง	51.30	5.94	ปานกลาง	-0.44
หลังการทดลอง	54.30	4.79	ปานกลาง	34.16	5.15	เล็กน้อย	-12.81*

* $P < .05$

จากตารางที่ 13 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบคะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			t
	\bar{X}	S.D	ระดับ	\bar{X}	S.D	ระดับ	
พฤติกรรมการนอนหลับ							
ก่อนการทดลอง	67.10	8.30	ไม่ดี	68.30	7.92	ไม่ดี	0.64
หลังการทดลอง	68.00	11.10	ไม่ดี	35.26	7.59	ดี	-10.90*

* $P < .05$

จากตารางที่ 14 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการณ์ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการณ์หลังการทดลองของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) (Polit & Hungler, 1999) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายและเปรียบเทียบความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไประหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปภายหลังจากได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย
2. พฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปภายหลังจากได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย
3. ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. พฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป ตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) เข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป ตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ได้รับการประเมินว่ามีปัญหาพฤติกรรม การนอนหลับ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

โดยมีขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป ตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และได้รับการประเมินว่ามีปัญหาพฤติกรรม การนอนหลับ
3. มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงสูง คือ มีคะแนนระหว่าง 41-70 คะแนน
4. มีพฤติกรรม การนอนหลับในระดับปานกลางถึงไม่ดีเลย คือ มีคะแนนระหว่าง 41-100 คะแนน
5. สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ดี
6. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

สำหรับเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัยครั้งนี้ (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยตลอดโปรแกรมการบำบัด

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) (Coehran & Cox, 1992; Tabachnick & Fidell, 1996; Machin et al., 1997) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป PASS และนำการศึกษาของกนกวรรณ ทาสอน (2545) ที่ทำการศึกษาเรื่องผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล มาร่วมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ซึ่งเป็นระดับมาตรฐานที่ยอมรับได้ (Polit & Beck, 2004) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน แต่เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ (Normality) และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด รวมทั้งเพื่อความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน กำหนดเป็น

กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ร่วมกับการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยการควบคุมทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศ อายุ คะแนนความวิตกกังวลและคะแนนพฤติกรรมการนอนหลับ โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน จนครบ 20 คู่ ตามที่ได้กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** ได้แก่ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามการศึกษาของ Stanley et al. (2004) ที่ใช้กรอบแนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของ Beck (1979) เป็นพื้นฐาน พัฒนาโปรแกรม ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ 5 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์ติดต่อกัน สัปดาห์ละ 1 กิจกรรมๆละ 90 นาที โดยดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มๆละ 10 คน ทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 09.00-10.30 น. ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป การเรียนรู้และฝึกการผ่อนคลายด้วยการหายใจ

กิจกรรมที่ 2 การค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ การเรียนรู้และฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา การเรียนรู้การส่งเสริมการนอนหลับ การฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่ การฝึกปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับ การฝึกการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

กิจกรรมที่ 5 การทบทวนทักษะ สรุปกิจกรรม ยุติการทำกลุ่ม

จากนั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายที่ได้สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและเนื้อหาของกิจกรรมและความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นในแต่ละกิจกรรม จากนั้นนำโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาามาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้ความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย/เดือน และระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวล การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัด State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI form Y) ของ Spielberger et al. (1983) ที่พัฒนามาจากแบบวัด STAI form X (1970) ได้รับการพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์, จิน แบรี่ และ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2534) โดยแบบวัดความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory form Y แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. STAI form Y-1 เป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก 10 ข้อ และข้อความเชิงลบ 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความรู้สึกในขณะนั้น

2. STAI form Y-2 เป็นแบบวัดความวิตกกังวลประจำตัว จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก 9 ข้อ และข้อความเชิงลบ 11 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความรู้สึกทั่วไปของตนเอง

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดความวิตกกังวลทั้ง 2 ฉบับ State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI form Y) ของ Spielberger et al. (1983) ที่ได้รับการพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์, จิน แบรี่ และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2534) มาให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขในขั้นแรก แล้วนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา การตีความหมายของข้อคำถาม ความรัดกุมในการใช้ภาษา โดยการตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ .95 ทั้ง 2 ฉบับ การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 และ .87 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการนอนหลับ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงและพัฒนามาจากแบบวัดคุณภาพการนอนหลับของศิริเพ็ญ วานิชานันท์ (2544) ที่สร้างจากแบบประเมินของ Snyder - Halpern and Verran (1987) ซึ่งข้อคำถามได้ปรับปรุงและพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการนอนหลับในลักษณะต่างๆ ตั้งแต่เริ่มต้นเข้านอนจนกระทั่ง

ตื่นนอนตอนเช้า จำนวน 10 ข้อ แต่ละคำถามใช้การวัดด้วยมาตราประเมินการนอนหลับ โดยการเปรียบเทียบด้วยสายตา (Visual analogue scale) มีลักษณะเป็นเส้นตรงความยาว 10 เซนติเมตร แสดงความต่อเนื่องของลักษณะการนอนหลับที่มีค่าคะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดพฤติกรรมการนอนหลับที่ดัดแปลงและพัฒนาขึ้น มาให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขในขั้นแรกแล้วนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา การตีความหมายของข้อคำถาม ความรัดกุมในการใช้ภาษา โดยการตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ .80 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ สร้างโดย Beck et al. (1979) พัฒนาแบบประเมินโดย Hollon & Kendoll (1980) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยลัดดา แสนสีหา และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2536) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติในทางลบจำนวน 30 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบ่งออกเป็นน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ แบบประเมินนี้เป็นประโยชน์ในการแยกแยะและค้นหาเนื้อหาความคิดอัตโนมัติทางลบ ในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาและคะแนนที่ได้ไม่มีความแตกต่างในเรื่องของเพศและอายุ

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ สร้างโดย Beck et al. (1979) พัฒนาแบบประเมินโดย Hollon & Kendoll (1980) มาปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขในขั้นแรก แล้วนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา การตีความหมายของข้อคำถาม ความรัดกุมในการใช้ภาษา โดยการตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ .83 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อใช้ทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการนอนหลับ และการส่งเสริมการนอนหลับที่สอดคล้องกับการฝึกทักษะการนอนหลับในโปรแกรม โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลแบบอิงเกณฑ์ในระบบร้อยละ คือ อย่างน้อยร้อยละ 60 ถึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ (บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ, 2543) ซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ร้อยละ 80 หรือ 8 คะแนน จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มาปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขในขั้นแรก แล้วนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้ตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของเนื้อหา การตีความหมายของข้อคำถาม ความรัดกุมในการใช้ภาษา โดยการตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าเท่ากับ .90 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการทดลองออกเป็น 3 ระยะเวลาคือ ระยะเวลาเตรียมการทดลอง ระยะเวลาดำเนินการทดลองและระยะเวลาประเมินผลการทดลอง เพื่อให้ผลการวิจัยมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงได้เตรียมการดังต่อไปนี้

1. **ระยะเวลาเตรียมการทดลอง** มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้
 1. เตรียมตัวผู้วิจัยด้านความรู้และทักษะการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้ผ่านการศึกษาการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจาก รศ.ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต ในปี พ.ศ.2549 เรียนรู้และฝึกการทำกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพิ่มเติม จากการทำปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
 2. จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตามขั้นตอนของการสร้างเครื่องมือ
 3. ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรม จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 4. เตรียมสถานที่ในการทำวิจัย โดยได้ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนมเพื่อขออนุญาตในการทำวิจัย
 5. เมื่อได้รับอนุมัติผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช เพื่อขออนุญาต

สำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปในเวชระเบียนและลักษณะการมารับบริการของผู้ป่วย

6. การเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมาแล้ว จะทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยสังเกตและจดบันทึกข้อมูล

7. ผู้วิจัยขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ก่อนที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกจิตเวช โดยขอความร่วมมือในการตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวลและแบบวัดพฤติกรรมการนอนหลับ จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน แล้วทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) จนครบ 20 คู่ ตามที่กำหนดไว้

8. การเตรียมกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และให้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการทำวิจัย เพื่อขอความร่วมมือและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบข้อมูลในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้ง ผู้วิจัยพินิจสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและนัดหมายกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรม

2. ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

ในระยะเวลาดำเนินการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนี้

1. **กลุ่มควบคุม** จะได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวช คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่มารับบริการประกอบด้วย การซักประวัติ การประเมินอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษาในรายที่มีความวิตกกังวลหรือไม่สบายใจ การให้คำแนะนำวิธีคลายความวิตกกังวลด้วยตนเอง การให้คำแนะนำเรื่องการรักษาและติดตามในการมารับบริการครั้งต่อไป

2. **กลุ่มทดลอง** กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแนวทางการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ 5 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ติดต่อกัน สัปดาห์ละ 1 กิจกรรมๆละ 90 นาที โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มและพยาบาลจิตเวชระดับชำนาญการพิเศษเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มๆละ 10 คน ณ ห้องให้คำปรึกษา คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม ทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 09.00-10-30 น.

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

1. **การกำกับการทดลอง** ภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย ผู้วิจัยได้กำกับการทดลองด้วยแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยกลุ่มทดลองจะต้องมีคะแนนอยู่ในช่วง 30 - 80 คะแนน คือ ไม่มีความคิดในทางลบและพบได้ในบุคคลทั่วไป (Furlong & Tian, 2002 อ้างถึงใน กุลธิดา สุภาคุณ, 2548) จึงถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ส่วนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ ผู้วิจัยใช้ตรวจสอบความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมการนอนหลับที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม โดยในกลุ่มทดลองใช้เกณฑ์ร้อยละ 80 หรือ 8 คะแนน ขึ้นไป จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

2. **การเก็บรวบรวมข้อมูล** ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ดังนี้

2.1 ก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้สมาชิกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดความวิตกกังวล (STAI form Y) (Pre-Post test) ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 6 ของการทดลอง

2.2 ก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้สมาชิกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดพฤติกรรมการนอนหลับ (Pre-Post test) ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 6 หรือภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง 1 สัปดาห์

2.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบวัดทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลองมาคำนวณหาค่าสถิติ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. เปรียบเทียบความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับในแต่ละกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired t-test
3. เปรียบเทียบความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัวของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัวของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัวหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 คือ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการนอนหลับของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการนอนหลับหลังการทดลองของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 คือ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายมีพฤติกรรมการนอนหลับดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

3. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบคะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 คือ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการนอนหลับก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการนอนหลับหลังการทดลองของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 คือ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายมีพฤติกรรมการนอนหลับดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายมีผลทำให้ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปต่ำลง และช่วยให้พฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปดีขึ้น

อภิปรายผลการทดลอง

จากการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย สามารถอภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. ด้านความวิตกกังวล

ผลการทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัวของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัวของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัวหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

จากผลการทดสอบดังกล่าว สามารถอธิบายได้ว่าการที่คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัวของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเกิดจากตัวแปรแทรกซ้อน (Extraneous variables) ซึ่งเป็นตัวแปรที่ผู้วิจัยไม่ได้คัดเลือกมาศึกษาแต่เป็นตัวแปรที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าของตัวแปรตาม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตัวแปรแทรกซ้อนที่เป็นปัจจัยภายในกลุ่มตัวอย่างหรือเป็นตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากตัวแปรตามที่ศึกษาเป็นตัวแปรด้านจิตสังคม เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่เป็นปัจจัยภายในกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ วุฒิภาวะทางอารมณ์ ระดับสติปัญญา เนื่องจากตัวแปรเหล่านี้มีผลต่อความเครียด ความวิตกกังวล ซึ่งนับว่ามีความสำคัญมาก (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550) งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยควบคุมลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเฉพาะเพศ แต่ไม่ได้ควบคุมด้านวุฒิภาวะทางอารมณ์และระดับสติปัญญา เนื่องจากมีข้อจำกัดการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาที่ใช้ดำเนินการวิจัย จากเหตุผลดังกล่าวจึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัวของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ($\bar{X} = 52.10$) และ ($\bar{X} = 54.30$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความวิตกกังวลประจำตัวในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปของกลุ่มควบคุมก่อนและหลัง

การทดลองยังมีความวิตกกังวลประจำตัวอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม

จากผลการวิจัยสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายมีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และ ข้อที่ 3 ตามลำดับ สามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการนอนหลับ มีกระบวนการบำบัดเป็นขั้นตอน มีโครงสร้างที่ชัดเจน มีการกำหนดทิศทางของโปรแกรมที่จะช่วยให้ความวิตกกังวลต่ำลง มีระยะเวลา มีขอบเขตและระเบียบข้อตกลงร่วมกันในการเข้ารับบำบัด ดังที่ Beck (1979) กล่าวว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นวิธีการบำบัดที่มีลักษณะสำคัญคือ เป็นการบำบัดเชิงรุกและมีทิศทาง (Active and Directive) มีระยะเวลา-ขอบเขตในการบำบัด (Time-Limited) มีรูปแบบโครงสร้างที่ชัดเจน (Structured) และที่สำคัญในส่วนของผู้ป่วยก็มีการกำหนดเช่นเดียวกัน คือ ความคาดหวังที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมในครั้งนี้ โดยการสร้างระเบียบหรือข้อตกลงร่วมกันภายในกลุ่มเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้หลักในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน เช่น เรียนรู้ว่าจะวันนี้จะต้องทำอะไรแล้วทำอย่างไร เป็นต้น (ถวิล ธาดาโภชน และศรัณย์ ดำริสุข, 2544) สอดคล้องกับ Brookfield (1986) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์และการรับฟังปัญหาจากผู้ป่วยที่มีปัญหาหรืออาการที่คล้ายคลึง จะช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจและเกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตหรือแนวทางปฏิบัติไปในทางที่เหมาะสม สามารถเผชิญปัญหาและจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง (ปราโมทย์ เชาวศิลป์ และชัยณรงค์ คงสกล, 2542) ในการดำเนินโปรแกรมจะมีการแจ้งรายละเอียดในแต่ละกิจกรรม มีการมอบหมายงานหรือมอบหมายการบ้านให้ทำอย่างเป็นขั้นตอน การได้ฝึกทำแบบฝึกหัดร่วมกันภายในกลุ่มจะให้ผลดีกว่าการรับรู้จากพยาบาลเพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมาใจ เจียรพงษ์ (2542) ที่ใช้เทคนิคการมอบหมายงาน เป็นส่วนหนึ่งในโปรแกรมกลุ่มบำบัดเชิงเหตุผลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล เป็นวิธีการที่ทำให้กลุ่มทดลองได้ฝึกคิดอย่างมีเหตุผลและทำให้เป็นการบ้านอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ความวิตกกังวลในการฝึกปฏิบัติงานลดลง ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมและความรู้สึกของตนเอง ซึ่งเป็นวิธีที่ก่อให้เกิดประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่เริ่มต้นในการรักษา สอดคล้องกับแนวคิดของ Thomson (1996) อ้างถึงใน ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และพิเชษฐ อุดมรัตน์, 2544) ที่กล่าวว่า การให้ความรู้และความมั่นใจแก่ผู้ป่วยเป็นขั้นตอนแรกที่ยาบาลควรจัดให้ในระยะแรกของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม จะส่งผลให้

เกิดความร่วมมือในการรักษาตลอดจนฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมต่อไปอย่างเต็มที่ มีผลให้พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตรงตามเป้าหมาย ดังนั้น โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรวมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย ประกอบด้วยกิจกรรมที่เป็นขั้นตอนและกระบวนการซึ่งในแต่ละกิจกรรมจะมีความสำคัญแตกต่างกันออกไป โดยกิจกรรมทั้งหมดจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่ำลง ดังจะอธิบายต่อไปนี้

1. **การสอนผู้ป่วย** ประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญอยู่ 2 กิจกรรม ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรม สามารถนำเทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 1 เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป การพบกันครั้งแรกทั้งพยาบาลและผู้ป่วยต่างเป็นบุคคลแปลกหน้าต่อกัน พยาบาลได้จัดกิจกรรมเพื่อละลายพฤติกรรมด้วยเกมส์ “บุคคลแปลกหน้า” พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีก่อเกิดเป็นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง ถือเป็น การสร้างบรรยากาศให้เกิดมิตรภาพที่ดีภายในกลุ่ม เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน พร้อมจะเปิดเผยความคิด ความรู้สึกร่วมกันภายในกลุ่มและเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Cohesiveness) การเริ่มต้นกิจกรรมระยะแรกพยาบาลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ บอกวิธีการและแนวทางของโปรแกรม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีความเข้าใจและยอมรับเหตุผลในการเข้าร่วมกิจกรรม จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาตลอดจนการฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมต่อไปอย่างเต็มที่ (Thomson, 1996 อ้างถึงในปราโมทย์ สุขนิษฐ์ และพิเชษฐ อุดมรัตน์, 2544) ดังที่ Perkin (2002) กล่าวไว้ว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะเป็นแรงจูงใจสำคัญต่อการบำบัดรักษา พยาบาลนำเข้าสู่กิจกรรมการให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป โดยการตั้งประสบการณ์ของผู้ป่วยเข้ามาเชื่อมโยงกับเนื้อหาการสอนเพื่อให้ผู้ป่วยรู้จักและเข้าใจโรคที่ตนเป็นมากขึ้น ถือเป็น การเรียนรู้สิ่งที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์จริงของผู้ป่วย การได้เรียนรู้ร่วมกัน ได้แบ่งปันประสบการณ์ของตนภายในกลุ่มจะช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ส่งผลให้ความวิตกกังวลต่ำลง (กนกวรรณ ทาสอน, 2545; ปราโมทย์ เชาวศิลป์ และชัยณรงค์ คงสกล, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ Overholser & Nasser (2000) พบว่า การสอนผู้ป่วยเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไป การบอกเหตุผลของการบำบัดถือเป็นหัวใจสำคัญของการบำบัด ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างเต็มที่

กิจกรรมที่ 5 เป็นกิจกรรมที่พยาบาลสอนเกี่ยวกับโรควิตกกังวลทั่วไปที่สามารถเกิดขึ้นได้อีกในเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญกับความวิตกกังวล โดยการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการเตรียม

ตัวที่จะเผชิญกับทุกเหตุการณ์ในชีวิตที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยฝึกทักษะในแต่ละกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและจริงจัง ในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมากกว่าการมุ่งเน้นการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว (White and Freeman, 2000) การที่พยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นการแสดงถึงความห่วงใยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเกิดเป็นแรงจูงใจที่จะนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ความวิตกกังวลต่ำลง (กุลธิดา สุภาคุณ, 2549; Antai-Otong, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ James et al. (2000) พบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เกิดประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปเป็นอย่างดี โดยจัดโครงสร้างเนื้อหาการบำบัดประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและให้ข้อมูลโรควิตกกังวลทั่วไป 2) การฝึกการผ่อนคลาย 3) การปรับเปลี่ยนความคิดและพัฒนาความคิดใหม่ที่มีเหตุผลมากกว่าเดิมจะสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ 4) การเตรียมพร้อมเผชิญปัญหาจะช่วยป้องกันการเกิดความวิตกกังวลได้

2. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ถือเป็นหัวใจสำคัญของโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมที่ 2, 3 และ 4 โดยแต่ละกิจกรรมจะมีความต่อเนื่องและเป็นขั้นตอนในการปฏิบัติซึ่งในแต่ละกิจกรรมจะช่วยให้ความวิตกกังวลต่ำลง

กิจกรรมที่ 2 การค้นหาและตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบ พยาบาลอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายของความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การค้นหาและการฝึกจับความคิดอัตโนมัติทางลบจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ซึ่งคนส่วนใหญ่มักไม่รู้ว่าตนเองกำลังคิดอะไรอยู่ การที่ผู้ป่วยเข้าใจความคิดของตนเองจะเป็นเครื่องมือสำคัญที่นำไปสู่เป้าหมายของโปรแกรม คือ การเปลี่ยนแปลงความเชื่อความคิดที่บิดเบือนไปสู่การประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่ตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2549) ดังนั้น การฝึกตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบ จึงมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ โดยการหาหลักฐานสนับสนุนความคิดทางลบหรือคัดค้านความคิดทางลบของตนและกระตุ้นให้พิจารณาถึงหลักฐานทั้งสองแล้วให้หาความคิดทางเลือก ซึ่งก็คือความคิดใหม่ที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยเริ่มปรับเปลี่ยนความคิดได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้ความวิตกกังวลต่ำลงและยังช่วยให้ผู้ป่วยสร้างแบบแผนของความคิดขึ้นมาใหม่และมีพฤติกรรมใหม่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Butler et al. (1991) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไประหว่างวิธีพฤติกรรมบำบัดและวิธีบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม พบว่า วิธีบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพมากกว่า ซึ่งผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยว่าความวิตกกังวลมีพื้นฐานมาจากความคิดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล การเรียนรู้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดจะช่วยให้ผู้ป่วย

สามารถควบคุมความวิตกกังวลได้ โดยการเรียนรู้ว่าความวิตกกังวลนั้นคืออะไร แล้วทำการค้นหาความจริง แนวทางการช่วยเหลือตนเองเพื่อการบรรเทาอาการและต้องมีการทดลองปฏิบัติร่วมด้วย

กิจกรรมที่ 3 การที่ผู้ป่วยเริ่มปรับเปลี่ยนความคิดได้ด้วยตนเอง ถือเป็นวิธีการที่นำไปสู่การค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาต่อไป จากการทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกันพบว่า การค้นพบวิธีการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยจะนำไปสู่การปฏิบัติด้วย เช่น “เมื่อก่อนเคยจับตอกลาง แต่เดี๋ยวนี้ไม่แล้ว ออกไปรับจ้างสานกระติ๊บข้าวแทนได้วันละ 100 บาท ก็พอให้ลูกได้ไปกินโรงเรียน” จากกิจกรรมที่ผ่านมาช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้จักวิธีการจัดการกับความคิดที่ไม่เหมาะสมของตน แล้วยังได้วิธีปรับเปลี่ยนความคิดและแนวทางการแก้ปัญหาจากความคิดเห็นของผู้ป่วยในกลุ่มด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ ทาสอน (2545) พบว่า การเรียนรู้หลักการและฝึกฝนทักษะการแก้ไขปัญหอย่างเป็นขั้นตอน จะนำไปสู่การปรับใช้กับตนเองได้เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล

กิจกรรมที่ 4 ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปจะมีความคิดอัตโนมัติทางลบที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด ค่อนข้างไม่มีเหตุผลและไม่เป็นตามความเป็นจริง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดที่บิดเบือน (Wright and Beck, 1995) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเคยมีประสบการณ์การปรับความคิดมาก่อนและยอมรับว่าการคิดทางบวกทำให้สบายใจมากขึ้น เช่น “ถ้าคิดถึงแต่เรื่องไม่ดีก็ทำให้ไม่สบายใจ ก็พยายามบอกตัวเองว่าช่างเถอะและพยายามจะไม่คิดถึงมันอีก” “บางครั้งมันก็อดคิดไม่ได้เหมือนกันมีผลอแว็บๆเข้ามาบ้าง” พยาบาลให้ผู้ป่วยเรียนรู้และใช้ประโยชน์จากการสร้างความคิดใหม่เพื่อป้องกันการกลับไปคิดแบบเดิมอีก ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจมากขึ้น ดังที่ เสปญ อุ่นองค์ และคณะ (2544 อ้างถึงใน จันทิมา องค์โฆษิต, 2545) กล่าวว่า ผู้ป่วยต้องมีการฝึกอย่างสม่ำเสมอและจริงจัง ต้องทำซ้ำๆและต่อเนื่องจนกว่าอาการจะหายหรือดีขึ้น ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้ป่วยยอมรับและเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนความคิด ตลอดจนให้ความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติมากขึ้น

3. การใช้เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละขั้นตอนจะมีการใช้เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม โดยพยาบาลมอบหมายงานให้ผู้ป่วยทำอย่างเป็นขั้นตอนชัดเจนและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้ เช่น การทำแบบฝึกหัดภายในกลุ่ม การฝึกปฏิบัติและการมอบหมายการบ้าน สอดคล้องกับผลการศึกษาของสมใจ เจียรพงษ์ (2542) ที่ใช้เทคนิคการมอบหมายงานเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเชิงเหตุผลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวล ในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นวิธีการที่ให้กลุ่มทดลองได้ฝึกคิดอย่างมีเหตุผลและทำการบ้านอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ความวิตกกังวลในการฝึกปฏิบัติงานลดลงถือเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมและความรู้สึกของตนเอง และเป็นวิธีที่ก่อให้เกิดประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่เริ่มต้นการรักษาและสอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร ตั้งพูลผลวณิชย์

และคณะ (2543) ที่ใช้เทคนิคการมอบหมายการบ้าน เป็นวิธีอย่างหนึ่งในการทำกลุ่มจิตบำบัดต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ที่มีความวิตกกังวล ซึ่งได้ผลดีในการลดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State) และความวิตกกังวลประจำตัว (Trait) แสดงให้เห็นว่า การมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยไปฝึกปฏิบัติด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของตน และตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวัน จะส่งผลดีกว่าการรับรู้จากผู้ป่วยในกลุ่มหรือจากผู้นำกลุ่มเพียงอย่างเดียว

ในขณะที่ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่ได้รับการพยาบาลตามปกติซึ่งประกอบด้วย การซักประวัติ การประเมินอาการทางด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำปรึกษาในรายที่มีความวิตกกังวลหรือไม่สบายใจ การให้คำแนะนำวิธีคลายความวิตกกังวลด้วยตนเองและการให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา ซึ่งอาจไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่จะเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง จากการศึกษาศิริพร จิรวัดนากุล และคณะ (2540) พบว่า การปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลฝ่ายกาย และโรงพยาบาลจิตเวช รูปแบบการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพเป็นแบบ Task oriented คือ มุ่งทำงานประจำให้เสร็จ การสื่อสารที่ใช้เป็นการสื่อสารทางเดียวจากพยาบาลสู่ผู้ป่วยในรูปแบบ คำสั่ง คำสอนและคำแนะนำ การประเมินย้อนกลับค่อนข้างน้อย ซึ่งแตกต่างจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจะมุ่งให้ผู้ป่วยทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรมมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ และการฝึกปฏิบัติภายในกลุ่มมากที่สุด ดังที่ Dale กล่าวไว้ว่า การให้ความรู้แบบกลุ่ม สมาชิกกลุ่มสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติจริงได้ร้อยละ 70

ดังนั้นโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย แสดงให้เห็นว่าการที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง มีมุมมองต่อการเจ็บป่วยที่เป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ได้ฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับใช้บรรเทาอาการของโรคด้วยตนเอง ตลอดจนการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้ที่มีสภาพปัญหาที่คล้ายคลึงจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่ำลง

2. ด้านพฤติกรรมการณ์นอนหลับ

ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่ได้รับการโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายมีพฤติกรรมการณ์นอนหลับดีกว่าก่อนได้รับการโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 และ ข้อที่ 4 ตามลำดับ สามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย นำ

การส่งเสริมการนอนหลับเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัด เน้นรูปแบบการเรียนรู้ภายในกลุ่มซึ่งจะเอื้อให้ผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่มีปัญหาพฤติกรรมการณ์นอนหลับ ได้แลกเปลี่ยนแบ่งปันประสบการณ์จริงซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ด้วยตนเอง ได้สะท้อนความคิดและได้ร่วมกันสรุปความคิดรวบยอดเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติของตนเอง ซึ่งจัดเป็นวิธีการที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่ดี สอดคล้องกับหลักการสอนของ Knowles (1987 อ้างถึงใน ศิริเพ็ญวานิชานันท์, 2544) ที่กล่าวไว้ว่า การเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติร่วมกันภายในกลุ่มซึ่งในโปรแกรมจะมีการกำหนดขั้นตอนต่างๆไว้อย่างชัดเจน มีการกำหนดทิศทางของโปรแกรมที่จะฝึกทักษะการผ่อนคลายและการส่งเสริมพฤติกรรมการณ์นอนหลับให้ดีขึ้น โดยเริ่มตั้งแต่พยายามให้ผู้ป่วยเรียนรู้การฝึกการผ่อนคลายด้วยการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และให้ฝึกปฏิบัติทุกครั้งละ 10-15 นาที ตลอดการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและให้ฝึกทุกวันๆ 1-3 ครั้ง (McCaffery, 1979) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทักษะความชำนาญในการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน จะช่วยลดความตึงเครียดทางกาย คลายความวิตกกังวล ทำให้ร่างกายเกิดความรู้สึกผ่อนคลายและจิตใจสงบ ส่งผลให้นอนหลับได้ง่ายและหลับได้อย่างต่อเนื่องในเวลากลางคืนและความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลังการฝึกการผ่อนคลายจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย เช่น “รู้สึกสงบ สบาย” “รู้สึกง่วงนอน” เป็นต้น สอดคล้องผลการศึกษาของ จรุงนา ประจักษ์แสงศิริ (2549) ที่ศึกษาผลของการฝึกผ่อนคลายด้วยวิธีการหายใจแบบลึกต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่พบก่อนบริเวณเต้านม พบว่า ภายหลังจากที่ผู้ป่วยฝึกการหายใจแบบลึกสามารถผ่อนคลายความวิตกกังวลลงได้และหากยังนำไปใช้สม่ำเสมอ โดยเฉพาะเวลาก่อนนอนจะทำให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น ซึ่งได้สอดคล้องกับผลการศึกษาของญานิกา เวชยางกูล (2545) ที่ศึกษาผลของการผ่อนคลายต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่อนคลายจะนอนหลับได้ง่าย นอนหลับได้อย่างต่อเนื่องในเวลากลางคืนทำให้มีวงจรการนอนหลับที่สมบูรณ์ถือเป็นการนอนหลับที่มีคุณภาพ

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปกลุ่มทดลองยังได้รับการส่งเสริมการนอนหลับ (Sleep enhancement) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการณ์นอนหลับที่ดีขึ้น โดยพยายามให้ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ ปัญหาการนอนหลับกับสุขภาพ ปัจจัยส่งเสริมการนอนหลับ ตลอดจนแนะนำให้เรียนรู้และฝึกการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ที่ดีที่สุดและตระหนักถึงผลดีของการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับ ดังที่สุวิวัฒน์ วัฒนาวงศ์ (2534) กล่าวว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อันเกิดจากการฝึกหัดหรือประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ที่สำคัญเกิดจากความต้องการที่อยากจะเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงนั้นๆและสิ่งนั้นตรงกับความต้องการของตนเอง จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด ความรู้สึกและการกระทำซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ค่อนข้างถาวร สอดคล้องกับการ

ศึกษาของศิริเพ็ญ วาณิชานันท์ (2544) พบว่า การส่งเสริมการนอนหลับโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับจะส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการนอนหลับที่ไม่ถูกต้อง ให้ถูกต้อง การฝึกปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับ จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับที่ดีขึ้น รวมทั้งพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้นั้นจะมีความคงทนตลอดไป

ดังนั้น การที่ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมภายในกลุ่ม รวมทั้งได้ฝึกวิธีปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับร่วมกันภายในกลุ่ม โดยการทำจิตใจให้สงบด้วยการนับเลขจาก 1-100 หรือนับเลขย้อนกลับร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายด้วยการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งมีพยาบาลเป็นผู้สาธิตและให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ในการสาธิตนั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นวิธีการปฏิบัติจริง และสามารถปฏิบัติตามได้ ส่งผลให้เกิดความเข้าใจและจดจำได้นาน นอกจากนี้ในการทำกลุ่มแต่ละครั้ง พยาบาลจะให้ความสำคัญกับสมุดบันทึกแบบแผนการนอนหลับและการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างแท้จริง นอกจากนี้ Close (1998) ได้กล่าวว่า การให้ข้อมูลเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ มีผลให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และนำข้อมูลที่ได้ไปประมวลผล แล้วเชื่อมโยงกับความรู้และประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคล ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้จะมีผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพ (ธีรนันท์ เฉลิมสิงห์, 2542; Duffy, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของ Stanley et al. (2004) พบว่า ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่มีปัญหาการนอนหลับเรื้อรังซึ่งมีสาเหตุจากความวิตกกังวลที่เข้าร่วมกลุ่มการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยเพิ่มการส่งเสริมการนอนหลับเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการบำบัด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น สามารถนอนหลับได้ง่ายและหลับได้อย่างต่อเนื่องในเวลากลางคืน

การที่พยาบาลให้ความรู้ผู้ป่วยอย่างเป็นทางการและวิธีการที่เป็นระบบ ก็จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ถูกต้องและคงทนตลอดไป ผู้ป่วยจะได้รับความรู้ รับรู้ปัญหาและประสบการณ์จริง จากการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมนอนหลับของผู้ป่วยแต่ละคนภายในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกและปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับจากผู้ป่วยในกลุ่มที่เหมาะสมกับตนเองและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง การเรียนรู้และฝึกบันทึกแบบแผนการนอนหลับและการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับในสมุดบันทึกประจำวัน จะช่วยค้นหาสาเหตุปัญหาการนอนหลับโดยที่บางครั้งผู้ป่วยอาจไม่เคยสำรวจตนเองมาก่อน หรือไม่ทราบวิธีที่จะขจัดสาเหตุนั้นๆออกไป พยาบาลจะเป็นผู้ช่วยในการขจัดความเชื่อที่ผิดๆและแนะนำวิธีปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับ นอกจากนี้บรรยากาศภายในกลุ่มที่เป็นกันเองทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่เครียดหรือเกิดความเบื่อหน่ายในการเข้าร่วมกิจกรรม ในขณะที่ผู้ป่วยคนอื่นแสดงความคิดเห็นหรือซักถามข้อสงสัย ผู้ป่วยในกลุ่มก็จะปรบมือเพื่อเป็นกำลังใจส่งผลให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของอาภาพร เผ่าวัฒนา (2537) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า การเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยเน้นให้ผู้ป่วยได้ร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้น ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็น มีผู้ป่วยที่มีประสบการณ์มาเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้มากขึ้น การได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็นภายในกลุ่มจะช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้น

ในขณะที่ ผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวกลทั่วไปที่มีปัญหาการนอนหลับที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จะได้รับการซักประวัติ การประเมินอาการสำคัญที่มาพบแพทย์ การได้รับยากลับไปปรับประเภทยาที่บ้านและการได้รับคำแนะนำ ซึ่งเป็นการพยาบาลโดยทั่วไปที่พยาบาลจิตเวชกระทำให้แก่ผู้ป่วยจากการศึกษาของจรูณา ประจักษ์แสงสิริ (2549) พบว่า การให้ข้อมูลต่างๆเพียงด้านเดียวอาจไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่จะเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องจากระยะเวลาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละรายมีเวลาจำกัด พยาบาลต้องปฏิบัติงานด้วยความรีบเร่งทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ทั้งหมดและข้อมูลที่ได้อาจไม่มีความจำเพาะเจาะจง รวมทั้งลักษณะการให้ข้อมูลมักเป็นแบบพยาบาลเป็นศูนย์กลางและให้ความรู้แบบสื่อสารทางเดียว โดยไม่ได้คำนึงถึงประสบการณ์เดิมที่ผู้ป่วยมีอยู่หรือเคยรับรู้มาก่อน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลความรู้ที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการและสภาพปัญหาที่แท้จริง ผู้ป่วยไม่สามารถระบายนปัญหา ความคับข้องใจ ความเครียด ความวิตกกังวล ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นและไม่กล้าถามในสิ่งที่ยังไม่รู้หรือไม่เข้าใจ ทำให้ขาดข้อมูลตลอดจนไม่ได้รับการสนับสนุนและการกระตุ้นจากพยาบาลสม่ำเสมอ ส่งผลให้ไม่สามารถพัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆที่มีอยู่ได้

ดังนั้น โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวกลทั่วไปที่มีปัญหาพฤติกรรมนอนหลับมีความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ และส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมนอนหลับที่ดีขึ้นและพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้แล้วนั้นคงทนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวกลทั่วไปที่มีปัญหาพฤติกรรมนอนหลับและได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลต่ำลงและมีพฤติกรรมนอนหลับที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญในการให้การพยาบาล และนับว่าเป็นนวัตกรรมทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวกลทั่วไปที่มีปัญหาพฤติกรรมนอนหลับ ที่พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษา

และการวิจัยทางการพยาบาล โดยผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำไปรณรงค์กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายซึ่งประกอบด้วยกระบวนการหลักที่สำคัญ คือ การให้ข้อมูล การเรียนรู้และฝึกเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การเรียนรู้และฝึกทักษะการผ่อนคลาย การเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติตนที่ส่งเสริมการนอนหลับ ไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่มีปัญหาพฤติกรรมนอนหลับในโรงพยาบาลหรือในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เพื่อเป็นแนวทางในการลดความวิตกกังวล ลดอาการตึงเครียดทางกายและการส่งเสริมพฤติกรรมนอนหลับ

1.2 การนำไปรณรงค์กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายไปใช้พยาบาลสามารถปรับรูปแบบของการดำเนินการและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม แต่ละขั้นตอนให้เหมาะสมกับความต้องการและศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละคน โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนภาษาให้เหมาะสมกับบริบทในท้องถิ่นที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ นอกจากนี้ยังสามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มอื่น ๆ หรือในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

1.3 การนำไปรณรงค์กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายไปใช้ พยาบาลจำเป็นต้องมีพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์และทักษะในการทำกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม รวมทั้งมีความรู้ความเข้าใจในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ดังนั้น ควรมีการทำความเข้าใจกับเนื้อหา ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมก่อนนำไปใช้จริง นอกจากนี้การที่จะนำไปรณรงค์กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการศึกษาถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างละเอียด

2. ด้านการวิจัย

2.1 การใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย ควรมีการติดตามผลในระยะยาวภายหลังการเสร็จสิ้นโปรแกรม โดยมีการติดตามทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน เพื่อการประเมินความคงอยู่ของประสิทธิภาพของโปรแกรมในระยะยาวต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมนอนหลับในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป

2.2 ควรมีการศึกษากการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เช่น ผู้ป่วยโรคตื่นตระหนก ผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับเรื้อรัง เป็นต้น ก่อนที่จะดำเนินกิจกรรมภายในกลุ่มควรมีการศึกษาถึงปัจจัยและสาเหตุใดบ้างที่มีผลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมนอนหลับ เพื่อนำสิ่งที่ได้มา ออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีความเหมาะสมต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกวรรณ ทาสอน. (2545). **ผลการจัดกลุ่มการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. กันตพร ยอดไธย. (2547). **ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กุลธิดา สุภาคุณ. (2549). **ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. กองแผนงาน. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-19. (2553). **รายงานและสถิติ**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.dmh.moph.go.th/report/report.asp>.
- กษมภัฏ พันพิลึก. (2550) **ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกษม ตันติผลาชีวะ. (2534). การนอนหลับและวงจรการนอนหลับ. **ใกล้หมอ**, 15(5): 81-82.
- ชินษฐา นาคะ. (2534). **ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทิมา อังคะเมษิต. (2545). **จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป**. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น.
- จรีพรรณ เจริญพร. (2549). **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2545). **ความเครียด ความวิตกกังวลและสุขภาพ**. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ชนกพร จิตปัญญา. (2543). **มโนคติและการวัดการนอนหลับ**. **วารสารพยาบาลศาสตร์**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 12(1): 1-9.

- ญาณิกา เวชยางกูล. (2545). ผลของการผ่อนคลายต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วย ผ่าตัดหัวใจในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ณัฐทิพร ชัยประทาน. (2547). ผลของการให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนคลายและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวล. รายงานการศึกษาระดับปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายได้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.
- ดาร์สนี โพธารส. (2538). คุณภาพการนอนหลับและสิ่งทีรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย หลังผ่าตัดในโรงพยาบาลรามารัตนบิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดาราวรรณ ตีปะปิตดา. (2537). การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วย โรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและการฝึกสมาธิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิตวิทยาลัย ภาควิชาจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ถวิล ธาราโกชน และศรีธัญ. (2544). พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาคน. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: ทิพย์วิสุทธิ.
- นงลักษณ์ อนันตอาจ. (2550). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรค มะเร็งทางโลหิตวิทยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา คชศิลา. (2548). ผลของการใช้โปรแกรมสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับการ ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลในครอบครัว ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาล ศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทินี ศุภมมงคล. (2547). ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม กลวิธีการเผชิญปัญหา ของนิสิตนักศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญชู อนุสาสนนันท์. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการที่รบกวนการนอน หลับความพึงพอใจในการนอนหลับของผู้ป่วยที่อยู่ในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรม.

วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2550). **ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 4 . กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุรินทร์ สุอรุณสัมฤทธิ์. (2547). **การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 13 (25 - 27 สิงหาคม 2547)**. ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพมหานคร: หน้า 156-157.
- บุญช่วย เทพยศ.(2541).ประสิทธิภาพการทำสมาธิแบบพุทธศาสนาในการควบคุมความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคประสาทวิตกกังวล. **วารสารการแพทย์เครือข่าย 6/2, 6(2), 112-118.**
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2543). **การวิจัย การวัดและการประเมินผล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ศรีอนันต์.
- ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก. (2548). **การศึกษาการให้คำปรึกษากลุ่มที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล โรงพยาบาล ประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี**. โครงการศึกษาอิสระหลักสูตรปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราโมทย์ สุขนิษฐ์ และมานิช หล่อตระกูล.(2541). **เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD-10)**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- พัชรี ภาระโช. (2552). **ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติโยคะและการควบคุมตนเองต่ออาการปวดศีรษะและคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคไมเกรน โรงพยาบาลมหาสารคาม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). “จิตบำบัดของโรคซึมเศร้า” ใน อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, (บรรณาธิการ). **การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพชร.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณมา อรุณวงศ์ไพศาล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, และอัจฉรา จรัสสิงห์. (2547). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติปี 2546. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 12(3): 177-88.**
- พรสวรรค์ โรจนกิตติ. (2544). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยศัลยกรรมหลังผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์. (2534). “Panic and generalized anxiety disorders” ใน ไพรัตน์

- พฤษชาติคุณากร, (บรรณาธิการ). **จิตเวชศาสตร์เล่มที่ 2**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: ธนบรรณาการพิมพ์.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์. (2552). โรควิตกกังวลในประเทศไทย: ข้อมูลเฉพาะโรคต้นตระหนก. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 54: 59S-80S.
- มธุรส กันตโสภณ. (2551). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิต ศรีสุภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่. โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนต์ เอนเทอร์ไพรซ์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2547). **คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ยุวดี แจ่มกั้วล. (2549). **ผลของทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชราวาระนคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชนิกร ใจคำสืบ. (2549). **ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับ การเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับและความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลนครพนม, กลุ่มงานจิตเวช. (2553). **รายงานประจำปี 2553**. นครพนม.
- วุฒิชัย บุญยงนฤธี และมานิต ศรีสุภานนท์. (2542). “โรควิตกกังวล” ใน มานิต ศรีสุภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, (บรรณาธิการ). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: แสงศิลป์การพิมพ์.
- วันดี คหะวงศ์, สุนุดรา ตะปุ่นพงศ์ และวงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียว. (2539). **แบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุในเขตเมือง**. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**, 16: 23-26
- วรรษ ดันชัยสวัสดิ์. (2536). “สรีระวิทยาของการนอนหลับ” ใน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, (บรรณาธิการ). **การนอนหลับและความผิดปกติของการนอนหลับ**. สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ศุภวรรณ ตียะพันธ์. (2540). **ผลของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่ออาการใจสั่นในผู้ป่วยภาวะวิตกกังวล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริเพ็ญ วานิชานันท์. (2544). **ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการนอนหลับต่อความรู้และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิวาภรณ์ โกศล. (2538). **คุณภาพการนอนหลับของบุคลากรทางสุขภาพในมหาวิทยาลัยมหิดล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุขภาพจิต, กรม. (2549). **สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2548-2549.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). **ความผิดปกติทางอารมณ์: Mood Disorders.** พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2548). **นอนไม่หลับ.** พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (2536). **ตำราจิตเวชศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สมโภชน์ เขียมสุภาษิต. (2549). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรัชย์ เกื้อศิริกุล. (2536). “การนอนหลับ” ใน **การนอนหลับและความผิดปกติของการนอนหลับ (หน้า 1-14).** สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุรัชย์ เกื้อศิริกุล. (2548). “ปัญหาการนอนหลับ” ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, (บรรณาธิการ). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์เอนเทอร์ไพรซ์.
- สาธนี ธรรมรักษา. (2551). **ผลของการฝึกโปรแกรมไบโอฟีดแบคร่วมกับการฝึกสร้างจินตนาการต่อระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิตกกังวล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต (2543). **คู่มือการดำเนินการในคลินิกคลายเครียด (ฉบับปรับปรุง).** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. (2547). **การศึกษาบทบาทขององค์ความรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคทางจิตเวช: โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท: บีบอนด์ พับลิสซิ่ง.**
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. (2548). **กรอบการวิจัยสุขภาพจิต (พ.ศ.2548-2552).** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เบสท์ สเต็ป แอดเวอร์ไทซิ่ง.
- แสงอุษา สุทธิธนกุล. (2546). **“โรควิตกกังวลทั่วไป”** ใน มาโนช หล่อตระกูล, (บรรณาธิการ). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- แสงอุษา สุทธิธนกุล. (2548). **“ความผิดปกติด้านการนอน”** ใน มาโนช หล่อตระกูล, (บรรณาธิการ). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- อัจฉรา นุตตะโร. (2546). **ประสิทธิผลของการบำบัดทางการพยาบาลด้วยการใช้เทคนิคการผ่อนคลายในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ การวิเคราะห์ห่อภิมาณ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย. (2545). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย.(2553). **การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย. (2549). **การบำบัดทางพฤติกรรมความคิดในผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 19: 1-13.**
- อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย. (2553). **“การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม”** ใน อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัย, (บรรณาธิการ). **การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพชร.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2553). **เอกสารคำสอนวิชาการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา).
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.
- เอี่ยมเดือน เนตรขม. (2541). **ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed., text revision. Washington, DC: Author.
- Antai-Otong, A. (2003). Current treatment of generalized anxiety disorder. **Journal of Psychosocial nursing & Mental health Services**, 41: 20-29.
- Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. **Behaviour Research and Therapy**, 41: 633–646.
- Ballenger, J. et al. (2001). Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. **Journal Clinical Psychiatry**, 62: 53-58.
- Barrera, T. L. and Norton, P. J. (2009). Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. **Journal of Anxiety Disorders**, 23: 1086–1090.
- Barry, P. D. (2000). **Mental health and mental illness**. 7th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Beck, A. T., Emery, G., and Greenberg, R. L. (1985). **Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective**. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E. and Emery, G. (1979). **Cognitive therapy of Depressions**. New York: Guildford.
- Beck, S. L. (1992). "Measuring sleep" In Stromborg, M. F, (ed.). **Instruments for Clinical Nursing Research**: 255-267. (2nd ed.). Boston: Jone and Bartlett.
- Bélanger, L., Morin, C. M., Langlois, F. and Ladouceur, R. L. (2004). Insomnia and generalized anxiety disorder : Effects of cognitive behavior therapy for gad on insomnia symptom. **Journal of Anxiety Disorder**, 18: 561-571.
- Belleville, G., Cousineaub, H., Levrierb, K., St – Pierre - Delorme, M. E. and Marchandb, A. (2010). The impact of cognitive-behavior therapy for anxiety disorders on concomitant sleep disturbances: A meta-analysis. **Journal of Anxiety Disorders**, 24: 379–386.
- Benson, H. (1976). **The relaxation response**. New York: Avon Books.

- Benson, H. (2001). "Mind-Body pioneer". *Psychology Today*. 34(3): 56-59.
- Borkovec, T. D., Newman, M. D. and Castonguay, L. G. (2004). Cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrations from interpersonal and experiential therapies. *The journal of lifelong learning in psychiatry*. 2 (3).
- Bourland, S. L., Stanley, M. A., Synder, A. G., Novy, D. M., Beck, J. G., and Averill, P. M. (2000). Quality of life in older adults with generalized anxiety disorder. *Aging and Mental Health*, 4: 315–323.
- Burgess, A. W. (1998). *Advance practice Psychiatric Nursing*. Stamford, Conn: Applenton and Lang.
- Buyee, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2): 193-213.
- Carskadon, M. A. and Dement, W. C. (1989). "Normal human sleep: An overview" In Kryger, M. H., Roth, T. and Dement, W. C., (eds.). *Principle and practice of sleep medicine*: 3-13. Philadelphia:W. B. Saunders.
- Closs, J. (1988). Patient's sleep-wake Rhythms in hospital part 1. *Nursing Times*, 84: 48-50.
- Closs, S. J. (1999). "Sleep" in Alexander, M. F., Faweett, I. N. and Runciman, (eds.). *Nursing practice hospital and home the adult*: 743-756.
- Dolan, J. T. (1991). *Critical Care Nursing Clinical Management Through the Nursing Process*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Duffy, B. (1997). Using a creative teaching process. *Home Health Nursing*, 15(2): 102-108.
- Dugas, M. J. et al. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71: 821-825.
- Durham. (2003). Does cognitive-behavioral therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder ? An 18-14 years follow-up of two clinical trail. *Psychol Med*, 35(5): 499-509.
- Espie, C. A., Inglis, S.J. and Harvey, L. (2001). Predicting Clinically Significant Response to Cognitive Behavior Therapy for Chronic Insomnia in General Medical Practice:

- Analyses of Outcome Data at 12 Posttreatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1): 58-66.
- Evan, J. C. and French, D. G. (1995). Sleep and healing intensive care setting. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 14(4): 189-99.
- Fernsebner, B. (1983). Sleep deprivation in patients. *AORN Journal*, 37: 35-42.
- Fishel, A. H. (1998). Nursing management of anxiety and panic. *Nursing Clinical of North America*, 33(1): 135-151.
- Fisher, P.L., and Durham, R.C. (1999). Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: An analysis of clinically significant change in the STAI-T cross outcome studies since 1990. *Psychological Medicine*, 29: 1425-1434.
- Freud, S. (1963). *Psychoanalysis: General psychological theory*. New York: Collier book.
- Fuller, J. and Schaller-Ayers, J. S. (1990). *Health assessment: A nursing approach*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Furlong, M. and Oei, T.P. (2002). *Change to Automatic thought and Disfunctional Attitude in Group CBT for Depression*. [online]. Available form: [http:// eprint. uq. au/ archive/.pdf](http://eprint.uq.au/archive/.pdf) .
- Gomez, M. V. and Tepper, S. J. (c2006). Headache. In: VonRoenn, J. H., Preodor, M. E. and Paice, J. A. editor. *Current diagnosis & treatment of pain*. New York: The McGraw-Hill company.
- Graham, L. E. and Conley, E. M. (1971). Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients. *Nursing Research*. 20: 113-122.
- Greene, J. A. (1989). Anxiety and anxiety disorder. In B. S. Johnson (ed.). *Psychiatric-mental health nursing: Adaptation and growth*. 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Grimm, P. M. (1977). "Measuring anxiety" In Frank-Stromborg, M. & Olsen, S. J., (eds.). *Instrument for clinical health-care research*. 2nd ed. (pp. 329-341). Boston: Jones and Bartlett publishers.
- Henning, E. R., Turk, C. L., Mennin, D. S., Fresco, D. M. and Heimberg, R. G. (2007). Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder.

Depression and Anxiety, 24: 342–349.

- Hoffman, D. L., Dukes, E. M. and Wittchen H. (2008). Research Review HUMAN AND ECONOMIC BURDEN OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER. **JOURNAL DEPRESSION AND ANXIETY, 25:** 72-90.
- Hoyer, J., Beesdo, K., Gloster, A. T., Runge, J., Höfler, M. and Becker, E. S. (2009). Worry Exposure versus Applied Relaxation in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. **Journal Psychotherapy and Psychosomatics, 78:** 106-115.
- James, C., Overholser, E.H., and Nasser, E.H. (2000). Cognitive behavior treatment of generalized anxiety disorder. **Journal of contemporary Psychotherapy, 30(2):** 149.
- Kozier, B., Erb, G. and McBufalino, P. (1989). **Introduction to nursing.** Menlo Park: Addison-Wesley.
- Krachman, S. L., Dalonzo, G. E. and Criner, G. J. (1995). Sleep in the intensive care unit. **Chest, 107:** 1713-1720.
- Laske, J. S. (1996). Intraoperative progress report decrease family member's anxiety. **ARON Journal. 64(3):** 424-436.
- Lazarus, R. S. (1966). **Psychological stress and the coping process.** New York: McGraw-Hill Book.
- Lee, K. A. (1997). An Overview of Sleep and Common Sleep problem. **American Nephrology Nurses Association Journal, 24(6):** 614-24.
- Lindberg, E., Janson, C., Gislason, T., Bjornson, E., Hetta, J. and Boman, G. (1997). Sleep disturbances in a young adult population: Can gender differences be explained by differences in psychological status. **Sleep, 20(6):** 381-387.
- Linden, M., Zubraegea, D., Baer, T., Franke, U. and Scgkattamm, P. (2004). Efficacy of Cognitive behavior therapy in generalized anxiety disorder. **Psychotherapy and psychosomatic, 74 (5):** 36-42.
- Mahler, C. A. (1969). **Group counseling in the schools.** Boston: Houghton Mifflin.
- Mast, D., Mayer, J. and Urbanski, A. (1987). Relaxation technique a self - learning module for nurse: Unit I. **Cancer Nurse, 10(3):** 141-147.
- McCaffery, M. (1980). Understand Your Patient's Pain. **Nursing. 80:** 58.

- McGhie, A. and Russell, S. M. (1962). The subjective assessment of normal sleep patterns. *Journal of mental Science*, **108**: 642-654,
- Mendelson, W. B., Sbarra, L., Breitenstein, B. et al. (1993). Report sleep disturbance in a working population. *Sleep Research*, **22**: 154.
- Miller, C.A. (1999). *Nursing care of older adult : Theory and Practice*. 3rd ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Monti, J. M., and Monti, D. (2000). Sleep disturbance in generalized anxiety disorder and its treatment. *Sleep Medicine Reviews*, **4(3)**: 263–276.
- Morin, C. M. and Ware, J. C. (1996). Sleep and psychopathology. *Applied and Preventive Psychology*, **5**: 211-224.
- National Mental Health Association . (2004). *Anxiety Disorder*. [online]. Available from: [http:// \[1\], \[๓ ๖\]](http://[1], [๓ ๖])
- Newman, M.G. and Borkovec, T.D. (1995). Cognitive behavior treatment of generalized anxiety disorder. *The Clinical Psychologist*, **48**, 5-7.
- Noyes, R. Jr. et al. (1980). A family study of generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry*, **144**: 1019-1024.
- Ohayon, M. M. and Roth, T. (2003). Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *Journal of Psychiatry Research*, **37**: 9–15.
- Öst, Lars-Göran. and Breitholtz, E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, **38**: 777-790.
- Otto, M. W. (2003). Treatment of pharmacotherapy-refractory posttraumatic stress disorder among cambodian refugees: a pilot study of combination treatment with CBT & Setraline alone. *Beha Res Ther*, **41(5)**: 1271-1276.
- Overholser, J. C. E. H., and Nasser, E.H. (2000). Cognitive behavior treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of contempgrary Psychotherapy*, **30(2)**: 149.
- Papadimitriou, G. N. and Linkowski, P. (2005). Sleep disturbance in anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, **17(4)**: 229–236.
- Parker, K. P. (1995). Promotion sleep and rest in ICU promote rest and healing.

- Critical Care Nurse, 20(5): 104.
- PASS. Power analysis for Sample Size. Retrieved December 26, 2004 from <http://www.ncss.com/download.html>.
- Peplau, H. E. (1991). **International releasing in nursing: A conceptual framework of reference for psychodynamic nursing**. New York: Springer publishing Co, Inc.
- Phipps, W. J., Sands, J. K. and March, J. E. (1999). **Medical - Surgical nursing: Concept & Practice**. (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Polit, D. F. and Beck, T. B. (2004). **Nursing research: Principles and methods**. 7th ed. Philadelphia : Lippincott Willizms & Wilkins.
- Polit, D. F. and Hunger, B. P. (1995). **Nursing research principles and methods**. 7th ed. Philadelphia : Lippincott Willizms & Wilkins.
- Power, K. G., Simpson, R. J., Swanson, V. and Wallace, L. A. (1990). (a) Controlled comparison of pharmacological and psychological treatment of generalized anxiety disorder in primary care. **Brit J Gen Pract**, 40(5): 289–294.
- Reimer, M. (2000). Sleep and rest. In Craven, R. F. and Hirnle, C. J. **Fundamental of nursing human health and function**. 3rd ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Rickels, K. and Schweizer, E. (1998). The spectrum of generalized anxiety in clinical practice: the role of short-term intermittent treatment. **British Journal of Psychiatry**, 173: 49-54.
- Sadock, B. J. and Sadock, V. A. (2003). **Psychotherapies**. In: Kaplan and Sadock's **Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry**. (9th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shapiro, C. M., Devis, G. M. and Hussain, M. R. (1993). Sleep problem in patients with medical illness. **British Medical Journal**: 1532-1535.
- Smeltzer, S. C. and Bare, B. G. (2000). **Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing** . 9th ed. Voi.I.philadelphia: lippincott.
- Southwell, M. T. and Wistow, G. (1995). Sleep in hospital at night: are patient' needs being met ?. **Journal of advanced nursing**, 21: 1101-1109.
- Snyder-Halpern, R. and Verran, J. A. (1987). Instrumentation to Describe Subjective Sleep Characteristics in Healthy Subjects. **Research in Nursing & Health**, 10:

155-163.

- Spielberger, C. D. (1972). "Anxiety as an emotional state" in D.C. Spielberger, (ED.). **Anxiety: Current trend in theory and research**. New York: Academic press.
- Spielberger, C. D. (1989). "Stress and anxiety in sports" In D. Hackfoet and C. D. Spielberger, (eds.). **Anxiety in sport: An international perspective (pp.3-10)**. New York: Hemisphere.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., and Jacobs, G. A. (1983). **Manual For the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y): "Self-Evaluating Questionnaire"**. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D. and Krasner, S. S. (1988). **The assessment of state and trait anxiety**. In R. Noyes, Jr.
- Spielberger, C. D. and Vagg, P. R. (1984). Psychometric properties of the STAI: A Reply to Ramanaiah, Franzen & Schill. **Journal of Personality Assessment**, **48(1)**: 95-97.
- Stanley, M. A., Diefenbach, G. J. and Hopko, D. R. (2004). Cognitive Behavioral Treatment for Older Adults with Generalized Anxiety Disorder: A Therapist Manual for Primary Care Settings. **Behavior Modification**, **28**: 73-117.
- Stuart and Laraia. (2001). **Principle and practice of psychiatric nursing**. St.Louis: C. V. Mosbt.
- Stuart, G.H. and Sundeen, S. J. (1983). **Principle and practice of psychiatric nursing**. Saint Louis: The C. V. Mosby.
- Taylor, C., Lillis, C. and Lemone, P. (1989). **Fundamental of nursing: The art and science of nursing care**. Philadephia: Lippinott.
- Topf and Thompson. (2001). Interactive relationships between hospital patients' noise induced stress and other stress with sleep. **Heart & Lung**, **30(4)**: 237-243.
- Turbull, J. (2001). **Autogenic training**. [online] .Available from: [http:// www. bnet. com/ findarticle](http://www.bnet.com/findarticle).
- Vidmar, P. M. (1999). Concept of stress, exercise and sleep. In Bullock, B, L. and Henze, R. L. (Eds.), **Focus on pathophysiology**: 13-157. Philadelphia: lippincott.
- Well-Federman, L. C. (1995). "The Mind-Body Connection: The Psychophysiology of

- many Traditional Nursing Intervention". *Clinical Nurse Specialist*. 9(1): 59-66.
- White, J. R. and Freeman, A. S. (2000). *cognitive-behavioral group therapy for specific problems and populations*. 1st ed. Washington, DC: American psychological Association.
- WHO. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders- Diagnostic Criteria for Research* Geneva. World Health Organization.
- Zung, W. K. (1977). A Rating instrument for anxiety disorder. *Psychosomatics*, 12: 371-372.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

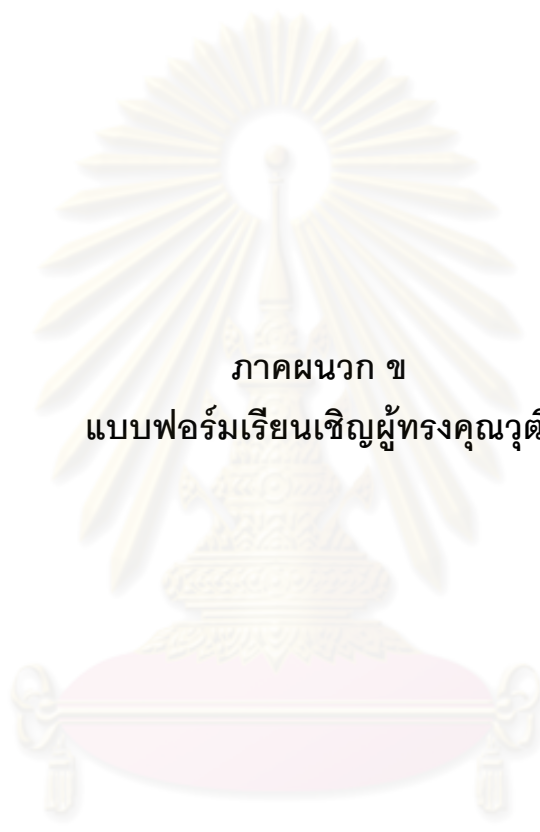
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ศูนย์วิทยพัชยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

- | | |
|---|--|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.พีรพนธ์ ลีอนุญวัชชัย | จิตแพทย์และอาจารย์ประจำภาควิชา
จิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. นางอำพัน จารุทัสนางกูร | พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา |
| 3. นางเพชรี คันธสายบัว | พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา |
| 4. นางประทุมรัตน์ เกตุเล็ก | พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ
โรงพยาบาลประจันตคาม
จังหวัดปราจีนบุรี |
| 5. นางกุลธิดา สุภาคุณ | อาจารย์พยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค
มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่ |

ศูนย์วิทยพัชกร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
แบบฟอร์มเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 81130 โทรสาร 81131

ที่ ศธ 0512.11/ ๐124

วันที่ 20 มกราคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการนอนหลับต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย จิตแพทย์และอาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิติตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต

นางธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม โทร. 08-1908-9106

ที่ ศธ 0512.11/ 0128



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ มกราคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการนอนหลับต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมกรนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญรัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. นางอำพัน จารุทัตนางกูร พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ
2. นางเพชร คันธสายบัว พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	นางอำพัน จารุทัตนางกูร และนางเพชร คันธสายบัว
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญรัชชัย โทร. 0-2218-1149
ผู้นิสิิต	นางธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม โทร. 08-1908-9106

ที่ ศธ 0512.11/ 012.9



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรชัย ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

20 มกราคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจันตคาม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการนอนหลับต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมกรนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางประทุมรัตน์ เกตุเล็ก พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางประทุมรัตน์ เกตุเล็ก

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต

นางธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม โทร. 08-1908-9106

ที่ ศษ 0512.11/ 0129



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรหม ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

20 มกราคม 2554

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการนอนหลับต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุชวณิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวกุลธิดา สุภาคุณ อาจารย์พยาบาลกลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวกุลธิดา สุภาคุณ

งานบริการการศึกษา


โทร. 0-2218-1131 โทรสาร 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุชวณิช โทร. 0-2218-1149

ชื่อนิสิต

นางธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม โทร. 08-1908-9106



ภาคผนวก ค
การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์และอาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน และพยาบาลระดับชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 คน เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2553 - 7 มกราคม 2554 จากนั้นผู้วิจัยได้นำไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยคำนวณจากสูตร ดังนี้ (Polit & Hungler, 1999: 419 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญ (คน) เห็นว่าค่อนข้างสอดคล้อง/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวนข้อคำถาม 7 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ลงความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวน 7 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.0
2. แบบวัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวงกลมทั่วไป แบ่งเป็น 2 ตอน คือ
 - ตอนที่ 1 แบบวัดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ลงความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวน 19 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .95
 - ตอนที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวลประจำตัว มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ลงความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวน 19 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .95
3. แบบประเมินพฤติกรรมการนอนหลับ มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ลงความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวน 8 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .80
4. แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ มีจำนวนข้อคำถาม 30 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ลงความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวน 25 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .83
5. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ลงความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 จำนวน 9 ข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .90

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในเครื่องมือ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2550)

1.1 การคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบวัดความวิตกกังวล แบบวัดพฤติกรรมการนอนหลับและแบบประเมินความคิดอัตโนมัติ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตรดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{S^2} \right]$$

α	หมายถึง	ค่าความสอดคล้องภายใน
n	หมายถึง	จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัด
$\sum s_i^2$	หมายถึง	ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
S^2	หมายถึง	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

1.2 การคำนวณหาความเที่ยงของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ ใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20 หรือ Kuder-Richardson 20) มีสูตรดังนี้

$$r_u = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{S^2} \right]$$

r_u	หมายถึง	ค่าความเที่ยง
n	หมายถึง	จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
p	หมายถึง	อัตราส่วนของผู้ตอบถูกในข้อนั้น
q	หมายถึง	อัตราส่วนของผู้ตอบผิดในข้อนั้น
S^2	หมายถึง	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2550)

2.1 ค่าร้อยละ (Percentage) มีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

P	หมายถึง	ค่าร้อยละ
f	หมายถึง	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ
n	หมายถึง	จำนวนทั้งหมดของข้อมูลชุดนั้น

2.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

\bar{X}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยเลขคณิต
$\sum X$	หมายถึง	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
n	หมายถึง	จำนวนข้อมูล

2.3 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) มีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$S.D. = \sqrt{\frac{\sum (x - \bar{x})^2}{n - 1}}$$

$S.D.$	หมายถึง	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
x	หมายถึง	ค่าแต่ละจำนวน
\bar{x}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยของข้อมูลชุดนั้น
n	หมายถึง	จำนวนข้อมูลทั้งหมด

2.4 เปรียบเทียบความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบที่แบบกลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน (Paired t-test) มีสูตรดังนี้

$$t = \frac{\bar{D} - u_D}{S_{\bar{D}}}, df = n - 1$$

t	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
\bar{D}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
u_D	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างประชากร 2 กลุ่ม
$S_{\bar{D}}$	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
n	หมายถึง	จำนวนคู่ของกลุ่มตัวอย่าง

2.5 เปรียบเทียบความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบที่แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) มีสูตรดังนี้

2.5.1 เมื่อความแปรปรวนของทั้ง 2 กลุ่มเท่ากัน $\sigma_1^2 = \sigma_2^2$

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{s_p^2 \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}, df = n_1 + n_2 - 2$$

เมื่อ $s^2 p$ เป็นความแปรปรวนร่วม ซึ่งคำนวณได้จาก

$$s^2 p = \frac{(n_1 - 1) s_1^2 + (n_2 - 1) s_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

2.5.2 เมื่อความแปรปรวนของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่เท่ากัน $\sigma \neq \sigma$

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\left(\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}\right)}}$$

$$df = \frac{\left(\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}\right)^2}{\frac{\left(\frac{s_1^2}{n_1}\right)^2}{n_1-1} + \frac{\left(\frac{s_2^2}{n_2}\right)^2}{n_2-1}}$$

เมื่อ	$\bar{x}_1 - \bar{x}_2$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
	s_1^2, s_2^2	หมายถึง	ค่าความแปรปรวนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
	n_1, n_2	หมายถึง	ขนาดตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

ใบรับรองผลการพิจารณาจริยธรรม

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ใบตอบรับบทความลงวารสาร

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AF 01-11



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 044/2554

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 023.1/54 : ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการนอนหลับต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมกรนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

ผู้วิจัยหลัก : นางธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทศนประดิษฐ)

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

ประธาน

กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 7 มีนาคม 2554

วันหมดอายุ : 6 มีนาคม 2555

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบวัด



เลขที่โครงการวิจัย 023.1/54
วันที่รับรอง 07 มี.ค. 2554
วันหมดอายุ 06 มี.ค. 2555

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ให้ออกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น แล้วส่งสำเนาใบแรกที่ใช้เอกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการ
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมรับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-11) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น



บันทึกข้อความ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ
งานบริการการศึกษา
เลขที่หนังสือรับ..... ๕๒๐
ว.ค.บ. ๗/๗๒๕/๒๕๖๔
เวลา ๐๘.๐๐ น.

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชูคดีที่ 1 โทร.0-2218-8147
 ที่ จว 1๙๙/54 วันที่ 14 มีนาคม 2554
 เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบรับรองผลการพิจารณา
 2. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
 3. ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
 4. แบบวัด

ตามที่ นางฉัตรรัตน์ ชื่นเอี่ยม นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงการวิจัยที่ 023.1/54 เรื่อง ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการนอนหลับต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมกรนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป (THE EFFECT OF GROUP COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND SLEEP SKILLS TRAINIGN ON ANXIETY AND SLEEP BEHAVIORS OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER PATIENTS) เพื่อให้กรรมการผู้ทบทวนหลักพิจารณาจริยธรรมการวิจัยความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

การนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลัก ได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้รับรองวันที่ 7 มีนาคม 2554

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
 กลุ่มสถาบัน ชูคดีที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AF 04-09

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการนอนหลับต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

ชื่อผู้วิจัย นางธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

(ที่ทำงาน) 270 โรงพยาบาลนครพนม ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครพนม 48000

(ที่บ้าน) 205 ซ.ร่วมจิตประชา ถ.ชยางกูร ต.ธาตุพนม อ.ธาตุพนม จ.นครพนม 48110

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 042-511422, 042-511424 ต่อ 1152 โทรศัพท์ที่บ้าน 042-541119

โทรศัพท์มือถือ 081-9089106 E-mail: Thidarat-1@hotmail.com



เลขที่โครงการวิจัย 023.1/54
วันที่รับเรื่อง 07 มี.ค. 2554
วันหมดอายุ 06 มี.ค. 2555

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียด รอบคอบและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไมชัดเจนได้ตลอดเวลา
2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับกรวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการนอนหลับต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการนอนหลับต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป
4. ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มในการคัดเลือกผู้ป่วยตามเขตสาธารณสุขรายจังหวัด โดยได้เขตสาธารณสุขที่ 14 ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ กาฬสินธุ์ สกลนคร นครพนมและมุกดาหาร จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายในการคัดเลือกโรงพยาบาลประจำจังหวัดเพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง 1 จังหวัด ได้โรงพยาบาลนครพนม และทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดการเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ ผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 20-65 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและได้รับการประเมินว่ามีปัญหาพฤติกรรมนอนหลับ เป็นผู้ที่มีระดับคะแนนความวิตกกังวลจากแบบวัดความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) ถึงสูง (61-70 คะแนน) มีระดับคะแนนพฤติกรรมนอนหลับจากแบบวัดพฤติกรรมนอนหลับในระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) ถึงไม่ดีมากที่สุด (81-100 คะแนน) สามารถพูด ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้ดีและมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จากนั้นกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการอ้างอิงขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบบทดลอง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ร่วมกับการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศ อายุ คะแนนความวิตกกังวล คะแนน

AF 04-09

พฤติกรรมการณ์นอนหลับ โดยคัดเลือกกลุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน จนครบ 20 คู่ ตามที่ได้กำหนดไว้

5. ผู้วิจัยนางธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม ได้ทำการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการศึกษาทักษะการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้นำกลุ่มเป็นพยาบาลจิตเวชระดับชำนาญการ ดำเนินการวิจัยที่คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม ในกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยได้แบ่งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จำนวน 40 คน ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 กลุ่มควบคุม ได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม ซึ่งประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจคัดกรอง การให้คำปรึกษาในผู้ป่วยที่มีความรู้สึกกังวลใจหรือไม่สบายใจ การแนะนำการผ่อนคลายความวิตกกังวลด้วยตนเอง การปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการรับประทานยาคลายกังวล

5.2 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ติดต่อกัน สัปดาห์ละ 90 นาที ได้แก่ กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการสอนผู้ป่วย โดยการให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องโรควิตกกังวลทั่วไปและการฝึกการผ่อนคลาย กิจกรรมครั้งที่ 2 การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบร่วมกับการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติทางลบและการฝึกการผ่อนคลาย กิจกรรมครั้งที่ 3 การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบและการฝึกการผ่อนคลาย กิจกรรมครั้งที่ 4 การเรียนรู้ทักษะการนอนหลับร่วมกับการฝึกทักษะการสร้างความคิดใหม่และการฝึกการผ่อนคลาย กิจกรรมครั้งที่ 5 การฝึกทักษะการนอนหลับร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายและการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา กิจกรรมครั้งที่ 6 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สรุปและประเมินผล การวิจัยในครั้งนี้จะทำการบำบัดในรูปแบบกลุ่มกับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่ห้องให้คำปรึกษาศลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม โดยแบ่งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยออกเป็น 3 กลุ่มๆละ 6-8 คน (กลุ่มที่ 1 นัดทำกิจกรรมทุกวันจันทร์เวลา 09.00-10.30 น. กลุ่มที่ 2 นัดทำกิจกรรมทุกวันพุธเวลา 09.00-10.30 น. และกลุ่มที่ 3 นัดทำกิจกรรมทุกวันศุกร์เวลา 09.00-10.30 น.) ซึ่งในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะมีการมอบหมายการบ้านให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยบันทึกความคิดและพฤติกรรมของตนลงในสมุดบันทึกเป็นประจำทุกสัปดาห์ และจะนำมาพูดคุยกันในกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการบำบัดความวิตกกังวลและพฤติกรรมการณ์นอนหลับ ในระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจะมีการจดบันทึกและการบันทึกเพื่อสังเกตผลของกิจกรรมในแต่ละครั้ง ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับและจะทำลายเพื่อปกป้องข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหลังสิ้นสุดการวิจัย และในระหว่างการเข้าร่วมวิจัยหากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยต่อสามารถบอกเลิกได้ โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

6. รายละเอียดและขั้นตอนการวิจัยที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

โครงการวิจัยในครั้งนี้มีลักษณะการดำเนินการบำบัดในรูปแบบกลุ่ม เรียกผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยว่า "สมาชิกกลุ่ม" เรียกผู้วิจัยว่า "ผู้นำกลุ่ม" และเรียกผู้ช่วยวิจัยว่า "ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม" ซึ่งเป็นพยาบาล

* ตัวเอียง หมายถึง คำอธิบาย ไม่ต้องระบุในเอกสาร

ปรับปรุงเมื่อ 23 มกราคม 2552



เลขที่โครงการวิจัย 023.1/54

วันที่รับรอง 07 มี.ค. 2554

วันที่ทำพิธี 06 มี.ค. 2555

AF 04-09

จิตเวชระดับชำนาญการ โดยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการบำบัดตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการนอนหลับต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมกรนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ซึ่งในการเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้งจะมีการมอบหมายการบ้านให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยบันทึกความคิดและพฤติกรรมของตนลงในสมุดบันทึกเป็นประจำทุกสัปดาห์ และจะนำมาพูดคุยกันในกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการบำบัดความวิตกกังวลและพฤติกรรมกรนอนหลับ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมกันทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยจะเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณเดือนมีนาคม 2554 หลังจากโครงการวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ และจะเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความวิตกกังวลและแบบวัดพฤติกรรมกรนอนหลับ เพื่อคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย และภายหลังสิ้นสุดการบำบัดจะเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ แบบวัดความวิตกกังวลและแบบวัดพฤติกรรมกรนอนหลับ เพื่อประเมินและสรุปผลการดำเนินกิจกรรม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้แจกแบบสอบถามและชี้แจงรายละเอียดด้วยตนเอง จากนั้นจะขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงความยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นสำคัญ

6.1 ผู้วิจัยเตรียมสถานที่ในการทำวิจัย โดยประสานงานกับหัวหน้างานคลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย จากนั้นทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมแนบโครงร่างการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัดประสิทธิผลระยะเวลาดำเนินการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

6.2 ผู้วิจัยขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ก่อนจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช จากนั้นผู้วิจัยติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วจะแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ทราบถึงวิธีการวัดประสิทธิผลระยะเวลาดำเนินการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

6.3 การวิจัยครั้งนี้มีการกระทำต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตามขั้นตอนของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการนอนหลับต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมกรนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป นอกจากนี้ยังต้องใช้เวชระเบียนของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในการคัดกรอง ประเมินอาการและติดตามความก้าวหน้า ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติจากผู้อำนวยการและแพทย์เจ้าของไข้ในการอ่านเวชระเบียนของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

6.4 ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกิดความเสียหายทางด้านจิตใจ เช่น การได้รับความกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจหรือเกิดความวิตกกังวลสูงจากบางคำพูดหรือบางกิจกรรมในระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งไปเกี่ยวข้องกับสถานการณ์หรือประสบการณ์เดิมที่เคยเกิดขึ้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขออนุญาตให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหยุดการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มชั่วคราว พร้อมทั้งประเมินอาการที่เกิดขึ้นและให้การพยาบาลทางด้านร่างกายและจิตใจในเบื้องต้น หากอาการไม่ดีขึ้นจะส่งต่อให้พยาบาลจิตเวชที่รับผิดชอบโดยทันที เพื่อให้การดูแลตามแนวทางของแต่ละโรงพยาบาลต่อไป หรือถ้าหากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีอาการดีขึ้นและไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยต่อ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ โดยไม่สูญเสียประโยชน์และบริการทางการแพทย์ที่พึงได้รับ

* ตัวเอียง หมายถึง คำอธิบาย ไม่ต้องระบุในเอกสาร

ปรับปรุงเมื่อ 23 มกราคม 2552

AF 04-09

6.5 การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอาจมีความเสี่ยงทางด้านจิตใจเกิดขึ้น ซึ่งผู้วิจัยจะดำเนินการป้องกันโดยการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจากเวชระเบียน พยาบาล ประจำคลินิกจิตเวช ญาติและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอย่างละเอียด ในส่วนของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยจะเลือกใช้คำถามที่ไม่กระทบกระเทือนต่อความรู้สึกของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และในขณะที่ทำ กิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยจะสังเกตลักษณะอาการของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอย่างสม่ำเสมอ ทั้งจากการแสดง ออกทางสีหน้า แววตา พฤติกรรมและคำพูด แต่อย่างไรก็ตามก่อนเริ่มต้นกิจกรรมกลุ่มทุกครั้ง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยการพูดคุยซักถามในเรื่องทั่วไปก่อน เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เกิดความพร้อมทางด้านจิตใจก่อนเริ่มต้นกิจกรรมกลุ่ม

6.6 ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจและมีสิทธิถอนตัว ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์และบริการ ทางการแพทย์ที่พึงได้รับ ซึ่งการถอนตัวนั้นจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

6.7 ภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการตรวจสอบแบบสอบถาม จากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกรายก่อนแยกออกจากกลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่พบว่าแบบสอบถามมีคะแนน สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดจะต้องส่งต่อให้พยาบาลที่รับผิดชอบให้ทราบทันทีเพื่อการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

6.8 หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อกับ ผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยนางฉัตรรัตน์ ชื่นเอี่ยม หมายเลข โทรศัพท์ 081-9089106

6.9 ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้ เท่านั้น ส่วนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการปกปิดเป็นความลับอยู่เสมอ การเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูลจะกระทำกรณีที่จำเป็นด้วยเหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น เช่น หนังสือร้องขอจากหน่วยงานราชการเพื่อขอให้เปิดเผยข้อมูลของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

6.10 ในการวิจัยครั้งนี้มีการจ่ายค่าพาหนะสำหรับการเดินทาง เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระ ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยคนละ 100 บาท ซึ่งจะจ่ายให้ตลอดการเข้าร่วม โปรแกรมการบำบัดทั้งสิ้น 6 ครั้ง โดยจะจ่ายให้ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้ง ซึ่งจะดำเนินการโดยผู้วิจัย

6.11 ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยสามารถปรับเปลี่ยนความ คิดความเชื่อที่ไม่เหมาะสมและบิดเบือนจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ให้เป็นความคิดความเชื่อ ที่สมเหตุสมผลสอดคล้องกับความเป็นจริง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีพฤติกรรมการตอบ สนองต่อความคิดที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลอย่างเหมาะสม อีกทั้งการให้เรียนรู้และฝึกทักษะการนอน หลับจะเป็นส่วนสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีพฤติกรรมการนอนหลับที่ดีและถูกต้อง และ การฝึกผ่อนคลายจะช่วยลดความตึงเครียดทางกายและคลายความวิตกกังวลลงได้ นอกจากนี้ยังมีความรู้ที่ ได้ยังเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดจากสาเหตุอื่นๆต่อไป

ซึ่งหาก โปรแกรมการบำบัดฯ สามารถก่อให้เกิดประโยชน์ตามที่ผู้วิจัยได้เสนอไปแล้วนั้น ผู้วิจัยจะดำเนินการเผยแพร่และส่งต่อ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการศึกษาทักษะ การนอนหลับแก่หน่วยงานหรือผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบ เพื่อให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มควบคุม และผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิดอื่นๆ ได้รับประโยชน์จาก โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกทักษะการนอนหลับต่อไป

* คำอธิบาย หมายถึง คำอธิบาย ไม่คือระบุในเอกสาร

ปรับปรุงเมื่อ 23 มกราคม 2552



023.1/54
เลขที่โครงการวิจัย
วันที่รับรอง 07 มี.ค. 2554
ใบอนุญาตฯ 06 มี.ค. 2555

AF 04-09

7. “หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th”



เลขที่โครงการวิจัย 023-1/54
 วันที่รับรอง 0 7 มี.ค. 2554
 วันหมดอายุ 0 6 มี.ค. 2555



ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการนอนหลับต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

ชื่อผู้วิจัย นางธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม

ที่อยู่ติดต่อ (ที่บ้าน) 205 ซ.ร่วมจิตรประชา ถ.ชยางกูร ต.ธาตุพนม อ.ธาตุพนม จ.นครพนม 48110

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 042-511422, 042-511424 ต่อ 1152 โทรศัพท์มือถือ 081-9089106

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆที่ต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตรายและประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอดและได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดี

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการบำบัดตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการนอนหลับต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ติดต่อกัน สัปดาห์ละ 90 นาที และยินยอมที่จะให้ความร่วมมือในการออกแบบวัดความวิตกกังวล แบบวัดพฤติกรรมนอนหลับ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับกรนอนหลับ แบบประเมินสภาวะทางอารมณ์ก่อนและหลังฝึกการผ่อนคลายด้วยตนเองและยินยอมบันทึกกิจกรรมต่างๆที่บ้านและให้บันทึกเหตุการณ์ทำกิจกรรมในแต่ละครั้ง โดยจะทำลายเทปหลังสิ้นสุดการวิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น โดยข้าพเจ้าจะได้รับการพยาบาลตามปกติเช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวตนของข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



เลขที่โครงการวิจัย 023.1/54
วันที่รับรอง 07 ส.ค. 2554
วันหมดอายุ 06 ส.ค. 2555

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

1/2

* ตัวเอียง หมายถึง คำอธิบาย ไม่ต้องระบุในเอกสาร

ปรับปรุงเมื่อ 23 มกราคม 2552



สมาคมจิตเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย
 112 ถ. สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ
 คลองสาน กรุงเทพฯ 10600 โทร. 02-4370200-08

ที่ 274 / 2554

5 เมษายน 2554

เรื่อง ตอบรับบทความวารสาร

เรียน นางธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม

สืบเนื่องจากท่านได้ส่งบทความ เรื่อง ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการนอนหลับต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมกรนอนหลับในผู้ป่วยโรคจิตกึ่งจิตทั่วไป เพื่อลงวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต นั้น

สมาคมจิตเวชศาสตร์แห่งประเทศไทยมีความยินดีที่จะแจ้งให้ท่านทราบว่า บทความของท่านได้รับการตอบรับให้ลงตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย ฉบับที่ 1/2554 ซึ่งจะเผยแพร่ในเดือนมิถุนายน 2554

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ


ขอแสดงความนับถือ

คุณย์วิทย์ทักทายกร

(ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา)

บรรณาธิการวารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ
เปรียบเทียบผลรวมของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล

ศูนย์วิทยพัธพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เปรียบเทียบผลรวมของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล

1. การเปรียบเทียบผลรวมของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม


ความวิตกกังวล	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	53.68	4.26	ปานกลาง	19	29.2114*	0.0000
หลังการทดลอง	33.05	4.83	เล็กน้อย			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	53.75	5.87	ปานกลาง	19	-0.6352	0.5329
หลังการทดลอง	54.16	3.24	ปานกลาง			

จากตารางแสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การเปรียบเทียบผลรวมของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ความวิตกกังวล	\bar{X}	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	53.68	4.26	ปานกลาง	38	-0.0477	0.9622
กลุ่มควบคุม	53.75	5.87	ปานกลาง			
หลังทดลอง						
กลุ่มทดลอง	33.05	4.83	เล็กน้อย	38	-13.2748*	0.0000
กลุ่มควบคุม	54.16	3.24	ปานกลาง			

จากตารางแสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ภายหลังการทดลองพบคะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม



ภาคผนวก ฉ
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูล

คำชี้แจง แบบบันทึกข้อมูลนี้ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยม (□) หน้าข้อความที่ตรงกับท่านที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา

1. <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	2. <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น
3. <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	4. <input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ปวส.
5. <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	6. <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพ

1. <input type="checkbox"/> งานบ้าน	2. <input type="checkbox"/> รับจ้าง
3. <input type="checkbox"/> ค้าขาย	4. <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม
5. <input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6. <input type="checkbox"/> อื่นๆโปรดระบุ.....
5. รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย/เดือน.....บาท

1. <input type="checkbox"/> เพียงพอ	2. <input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ
-------------------------------------	--
6. สถานภาพสมรส

1. <input type="checkbox"/> โสด	2. <input type="checkbox"/> คู่
3. <input type="checkbox"/> ม่าย	4. <input type="checkbox"/> หย่า / ร้าง/ แยกกันอยู่
7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี.....เดือน

ศูนย์วิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป มี 2 ตอน ประกอบด้วย
ตอนที่ 1 แบบวัดความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน

คำชี้แจง ในการตอบคำถามข้อ 1-20 เป็นข้อความที่ใช้สำหรับบรรยายเกี่ยวกับตัวของท่านเอง
โปรดอ่านประโยคในแต่ละข้อต่อไปนี้และกรอกในสี่เครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องซึ่งอยู่ทางขวา
ของประโยคที่ตรงกับ “ความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากที่สุด”

ข้อความแสดงความรู้สึก	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1. ฉันรู้สึกสงบ				
2. ฉันรู้สึกมั่นคงในชีวิต				
3. ฉันรู้สึกตื่นเครียด				
4. ฉันรู้สึกเหนื่อยล้า				
5. ฉันรู้สึกสบายใจ				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
19. ฉันรู้สึกแจ่มใส				
20. ฉันรู้สึกเบิกบานใจ				

ตอนที่ 2 แบบวัดความวิตกกังวลประจำตัว

คำชี้แจง ในการตอบคำถามข้อ 1-20 เป็นข้อความที่ใช้สำหรับบรรยายเกี่ยวกับตัวของท่านเอง โปรดอ่านประโยคในแต่ละข้อต่อไปนี้จะกรอณาใส่เครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องซึ่งอยู่ทางขวาของประโยคที่ตรงกับ “ความรู้สึกต่างๆไปของท่านในขณะนี้มากที่สุด”

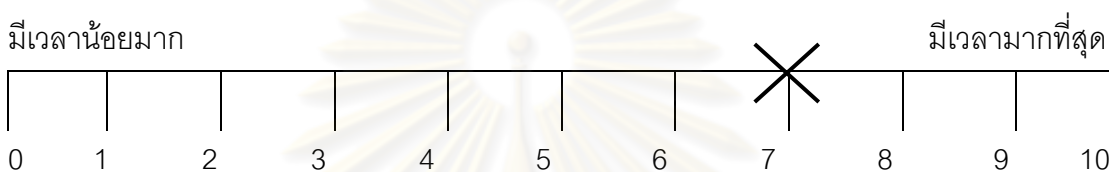
ข้อความแสดงความรู้สึก	ไม่เลย	เล็กน้อย	ค่อนข้างมาก	มากที่สุด
1. ฉันเป็นคนน่าคบ				
2. ฉันประหม่าและตื่นตัวได้ง่าย				
3. ฉันพอใจในตนเอง				
4. ฉันอยากมีความสุขเหมือนคนอื่น				
5. ฉันเหมือนเป็นคนทีลุ่มเหลว				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
19. ฉันเป็นคนเสมอต้นเสมอปลาย				
20. ฉันรู้สึกกังวลใจเมื่อคิดถึงสิ่งที่น่าห่วง				

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการณ์นอนหลับ

คำชี้แจง ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อนี้ เป็นคำถามเกี่ยวกับการนอนหลับของท่าน แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 ขอให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อ แล้วให้คะแนนการนอนหลับของท่านด้วยการกากบาท (X) ลงบนเส้นตรงที่ท่านได้พิจารณาแล้วว่า **“ตรงกับกรนอนหลับของท่านมากที่สุด”**

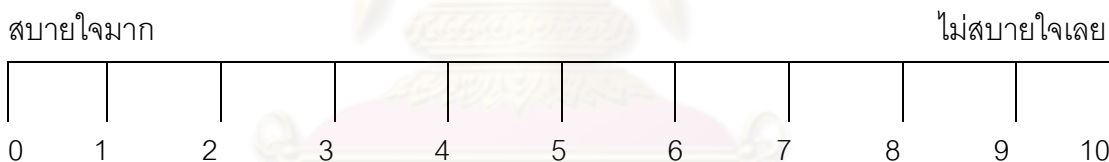
ตัวอย่าง

ในแต่ละคืนท่านมีเวลาได้นอนหลับอย่างน้อยเพียงใด



จากข้อคำถามหมายความว่า: ท่านรู้สึกว่ในแต่ละคืนท่านนอนหลับได้ค่อนข้างมากหรือมีเวลานอนหลับได้มากกว่า 7 ส่วนในเวลาทั้งหมด 10 ส่วน

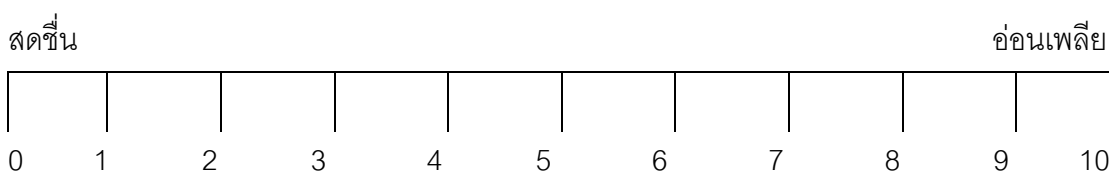
1. ก่อนนอนหลับท่านรู้สึกไม่สบายใจหรือกังวลใจเพียงใด



.....

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

10. ความรู้สึกของท่านเมื่อตื่นนอนตอนเช้า



ส่วนที่ 4 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติทางลบ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใดและใส่เครื่องหมาย ถูก (✓) ในช่องว่างที่ตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา กรุณาตอบตามความเป็นจริงและตอบให้ครบทุกข้อ “โดยไม่ต้องคำนึงถึงถูกหรือผิด”

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ฉันเป็นคนต่อต้านสังคม					
2. ฉันไม่มีส่วนดีเลย					
3. ฉันไม่เคยประสบความสำเร็จในชีวิต					
4. ไม่มีใครเข้าใจฉันเลย					
5. ฉันทำให้คนรอบข้างผิดหวังเสมอ					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
28. อนาคตฉันเป็นสิ่งที่มืดมัว					
29. ทุกๆอย่างในชีวิตไม่มีความหมายสำหรับฉัน					
30. ฉันทำอะไรไม่เคยความสำเร็จ					

ส่วนที่ 5 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการนอนหลับ

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการนอนหลับ ขอให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อคำถามให้เข้าใจ แล้วทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องที่ตรงกับความรู้ ความเข้าใจของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. การนอนหลับเป็นช่วงเวลาที่ร่างกายได้พักผ่อนมากที่สุด		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
.		
10. การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการนอนหลับอย่างถูกวิธี ไม่สามารถรักษาอาการนอนไม่หลับหรือนอนหลับยากให้หายขาดได้		

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สมุดบันทึกความคิดประจำวัน
..เปลี่ยนความคิด ชีวิตเบิกบาน..
สำหรับผู้ป่วย



ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางธิดารัตน์ ชื่นเยี่ยม เกิดเมื่อวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2518 ภูมิลำเนาจังหวัดนครพนม สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม เมื่อวันที่ 15 มีนาคม ปีการศึกษา 2541 ประสบการณ์ด้านวิชาชีพ ปี พ.ศ. 2541 – 2544 ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพประจำตึกอุบัติเหตุ - อุกฉิน โรงพยาบาลนครพนม ปี พ.ศ. 2545 - 2552 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ประจำกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครพนม และในปี พ.ศ. 2553 ได้ลาศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคปกติ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ศูนย์วิทยพักร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย