

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรควิตกกังวลเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดในประชาชนทั่วไปและนับวันจะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ อีกทั้งยังเป็นจุดเริ่มต้นปัญหาของโรคจิตเวชอื่น ๆ (กรมสุขภาพจิต, 2548) จากข้อมูลทางสุขภาพจิตของประเทศไทยปี 2550 พบว่ามีผู้ป่วยโรควิตกกังวล 365,904 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 580.45 ต่อประชากรแสนคน (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-19 ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ผู้ป่วยโรควิตกกังวลจะมีความวิตกกังวลเกินกว่าเหตุในหลายๆ เรื่องพร้อมกัน (excessive and pervasive worry) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) และมีความกังวลอย่างเรื้อรัง ไม่เฉพาะเจาะจง ความวิตกกังวลมีมากเกินไปจนจะควบคุมหรือหยุดได้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน (Mclearn, Sheila & Woody, 2001) และมักจะเกิดร่วมกับอาการทางกายต่างๆ ได้แก่ความตึงตัวของระบบกล้ามเนื้อ หงุดหงิด กระวนกระวาย อ่อนเพลีย (Stein, Hollander & Rohbaum, 2009) โดยเฉพาะอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติเช่นใจสั่น เหนื่อยง่าย เพลีย หายใจขัด เหงื่อออก ท้องไส้ปั่นป่วน

อาการและอาการแสดงของโรควิตกกังวลส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายๆด้าน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) เช่น ผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัวทำให้เกิดความเครียด และเกิดความขัดแย้งในครอบครัวมากยิ่งขึ้น มีผลต่อภาวะเศรษฐกิจที่ต้องใช้จ่ายไปกับอาการวิตกกังวล รวมทั้งรักษาอาการที่เกิดจากการใช้ยาที่ผิดวัตถุประสงค์ (Blair & Ramones, 1996) อ้างถึงใน กนกวรรณ ทาสอน, 2545) อีกทั้งส่งผลกระทบต่อด้านสังคมคือทำให้ผู้ป่วยแยกตัว ไม่สนใจสังคม นอกจากนี้ยังส่งผลให้บุคคลมีความบกพร่อง ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (วันเพ็ญ หนองทอง, 2550) และจากการศึกษาของ Moore & Jefferson (1996) พบว่าอาการวิตกกังวลของผู้ป่วย หากไม่ได้รับการบำบัดรักษาจะพัฒนาไปเป็นโรคจิตเวชอื่นๆ ได้แก่ โรคซึมเศร้า (Depression) หรือเกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wittchen, Hoyer & Friis (2001) ที่พบว่าโรควิตกกังวลมีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้า ฉะนั้นถ้าบำบัดรักษาโรควิตกกังวลตั้งแต่ต้นจะเป็นการป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าได้

Beck 1972 กล่าวว่า สาเหตุของความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล เกิดจากความคิด การรับรู้ การประเมินถึงอันตรายของสถานการณ์ที่มากดดัน จนทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น นอกจากนี้ Barlow (1988) ยังกล่าวไว้ว่า สาเหตุของความวิตกกังวลเป็นผลมาจากการที่บุคคลไม่

สามารถคาดคะเนและควบคุมสถานการณ์ในอนาคตต่อสิ่งที่มาคุกคามหรือเป็นอันตราย โดยกระบวนการความวิตกกังวลเกิดจากการคาดการณ์ผลออกมาในทางลบ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางกายต่างๆเกิดขึ้น และอาการเกิดขึ้นมักทำให้ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษา แต่เมื่อตรวจร่างกายโดยละเอียดแล้วกลับไม่พบความผิดปกติใดๆ (Mc Donal, 1990 & Fishel, 1998 อ้างถึงใน ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) ผู้ป่วยบางคนเข้าใจว่าตนเองป่วยเป็นโรคหัวใจ บางคนก็วิตกกังวลต่อไปอีกว่าตนเป็นโรคร้ายแรง เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องเสาะแสวงหาการรักษาหลายแห่งที่เรามักเรียกว่า “doctor shop” (Fishel, 1998 อ้างถึงใน ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) จากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นดังที่ได้กล่าวมาแล้วจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ สูญเสียทั้งเวลา และเศรษฐกิจตามมาอย่างมากมาย

ผู้ศึกษาตระหนักถึงสภาพปัญหาดังกล่าว จึงทบทวนข้อมูลผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่าปี 2550 โรควิตกกังวลเป็นปัญหาที่พบสูงเป็นอันดับหนึ่งของจังหวัดกาญจนบุรี รองลงมาคือโรคจิตและโรคซึมเศร้าตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยโรควิตกกังวลจำนวน 3,939 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 471.58 ต่อประชากรแสนคน (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-19 ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550) โรงพยาบาลสุราษฎร์ศรีสวัสดิ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดกาญจนบุรีที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ก็พบปัญหาผู้ป่วยโรควิตกกังวลมารับบริการมากที่สุดเช่นกัน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี 2550 และปี 2551 มีผู้ป่วยโรควิตกกังวล (Generalized anxiety disorder) มารับบริการจำนวน 22 และ 35 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยรายเก่า อายุระหว่าง 20 - 60 ปี มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 6 เดือนถึง 7 ปี และจากการประเมินด้วยแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety) จำนวน 25 ราย พบว่ามีความวิตกกังวลระดับน้อยจำนวน 5 ราย มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง จำนวน 16 รายและมีความวิตกกังวลระดับรุนแรงจำนวน 4 ราย

จากการศึกษาการให้บริการและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลของโรงพยาบาลสุราษฎร์ศรีสวัสดิ์ พบว่า ยังไม่มีรูปแบบการบำบัดรักษาที่ชัดเจน มีเพียงการรักษาโดยการให้ยาเพื่อลดความวิตกกังวล และการให้คำปรึกษารายบุคคลแก่ผู้ป่วยเพียงบางรายที่ยอมเปิดเผยความวิตกกังวลกับแพทย์ให้ทราบเท่านั้น ส่วนผู้ป่วยที่ไม่กล้าเปิดเผยความวิตกกังวลกับแพทย์ที่มารับตรวจรักษา จะได้รับการเพียงให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน และถึงแม้ผู้ป่วยจะรับประทานอย่างต่อเนื่องก็ตาม ก็ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลงได้จึงทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำๆ ซึ่งผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์ผู้ป่วยโรควิตกกังวล ซึ่งยังมีปัญหาความวิตกกังวลทั้ง 25 ราย ดังข้างต้นพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดังนี้ อ่อนเพลีย หงุดหงิด ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม ปวดเมื่อยตามร่างกาย นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ มึนงง ปวดท้ายทอย ปวดท้อง ตื่นตกใจง่าย ซาตามปลายมือปลายเท้า และไม่ยอมรับหรือไม่ทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นกับตนดังกล่าวเป็นอาการของโรควิตกกังวลแต่คิดว่าเป็น

อาการของโรคมะเร็ง หรือโรคหัวใจ ส่วนในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วยมักจะส่งผลให้อาการของโรคกำเริบมากขึ้นเช่น ในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทำให้ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงกว่าปกติ ทั้งที่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลมีการเรียนรู้ที่ผิดๆ และมีรูปแบบของความคิดในเชิงลบ คิดในแง่ร้ายไม่สร้างสรรค์ ดังเช่น คิดว่าบุตรหลานของตนที่ไปรับจ้างทำงานในต่างจังหวัดจะต้องมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ยากลำบาก กว่าจะเกิดอุบัติเหตุ ดังนั้นการบำบัดรักษาโรควิตกกังวลด้วยวิธีอื่นๆที่นอกเหนือจากการใช้ยา จึงจำเป็นจะต้องใช้วิธีการที่จะสามารถปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความวิตกกังวล

ผลการทบทวนวรรณกรรมจากการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาโรควิตกกังวลพบว่า การช่วยเหลือที่กำลังได้รับความสนใจว่ามีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายคือ การบำบัดโดยใช้วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยของ Fisher & Durham (1999) พบว่าวิธีการบำบัดทางจิตแบบ CBT และการฝึกผ่อนคลายมีความสัมพันธ์กับอัตราการหายป่วยในระยะติดตามผล 6 เดือน ถึงร้อยละ 50 – 60 ส่วน Overholser & Nasser (2000) ได้ศึกษากระบวนการบำบัด CBT ที่ใช้ในผู้ป่วย GAD โดยมุ่งเป้าหมายไปที่กระบวนการบำบัด 4 ขั้นตอน ที่เป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงตนเอง โดยในขั้นแรกจะมุ่งไปที่การให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของความวิตกกังวล การฝึกการผ่อนคลาย (relaxation training) ขั้นที่สองใช้การปรับเปลี่ยนความคิดซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลใจด้วยวิธีการที่สร้างสรรค์ ขั้นที่สามฝึกให้ผู้ป่วยเผชิญกับความวิตกกังวลทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและภายนอกจนทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการความวิตกกังวลของตนเองได้ดีขึ้น และในขั้นสุดท้ายเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำเพื่อช่วยให้การบำบัดรักษายั่งยืน ซึ่งการบำบัดโดยวิธีนี้เป็นที่ยอมรับ และสามารถปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละรายได้

ในการศึกษาของ Anti-Otong (2003) พบว่าการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยโรควิตกกังวลได้ผลดีเช่นเดียวกัน โดยมีเนื้อหาในโปรแกรมบำบัดประกอบด้วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล การสร้างความรู้ใหม่ให้เข้าใจอาการเจ็บป่วย การค้นหาความคิดที่บิดเบือน ส่งเสริมกระบวนการคิดที่มีเหตุผลและเรียนรู้ในการฝึกทักษะต่างๆ เพื่อปรับพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม และ Provencher et al. (2004) ได้ศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวลด้วย CBT ร่วมกับการใช้เทคนิคการฝึกแก้ไขปัญหา (Problem-solving training) และการเปิดเผยความคิด (cognitive exposure) ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่รักษาครบ 12 ครั้ง ความวิตกกังวลจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงการติดตามผลหลังการรักษา 6 เดือน เช่นเดียวกับ Ladouceur et al. (2004) ได้ศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดทางความคิด

และพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุโรควิตกกังวล ผลการศึกษาพบว่าการใช้ตารางบันทึกกิจกรรมประจำวัน (Daily self-monitoring) ทำให้อาการวิตกกังวลดีขึ้น ช่วยลดอัตราการเกิดโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ Brokovec, Newman & Castonguay (2004) ได้ทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาหลังจากให้การบำบัดด้วยวิธีการต่างๆในผู้ป่วย GAD พบว่าการบำบัดโดย CBT ที่ประกอบไปด้วย 4 กระบวนการคือการควบคุมตนเอง การฝึกการผ่อนคลาย การบำบัดทางความคิด และการฝึกทักษะการจัดการกับการตอบสนอง สามารถลดความวิตกกังวลทั้งหลังการบำบัดและในระยะติดตามได้มากกว่าผู้ป่วยที่บำบัดโดยวิธี behavioral therapy, cognitive therapy, non-specific control และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการบำบัด

สำหรับในประเทศไทย ญัฐทิพร ชัยประทาน (2547) และรัชชนา ชุนนางจำ (2551) ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวความคิดการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนคลายและฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวลพบว่า ความวิตกกังวลในขณะเผชิญของผู้ป่วยโรควิตกกังวลหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมลดลงกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของปทุมรัตน์ เกตุเล็ก (2548) พบว่า ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลจากแบบวัดความวิตกกังวลในขณะเผชิญ หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของเนตรทราย หอละเอียด (2550) ศึกษาการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลพบว่า ความวิตกกังวลในขณะเผชิญของผู้ป่วยโรควิตกกังวลหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมลดลงกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ จุฑารัตน์ ทองสลับ (2551) และ พัฒนี เอกบุตร (2551) ศึกษาการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่าระดับความวิตกกังวลปัจจุบันและระดับความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยหลังการบำบัดและระยะติดตามผลหลังการบำบัด 1 เดือนมีระดับลดลง

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะนำแนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวล เพื่อลดอาการของความวิตกกังวล ซึ่งเป็นปัญหาที่พบมากและบ่อยที่สุดในการให้บริการด้านสุขภาพจิตในหน่วยงานของผู้ศึกษา ให้มีรูปแบบที่ชัดเจน และเพื่อส่งเสริมประสิทธิผลของการรักษาให้ได้ผลดียิ่งๆ ขึ้น โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ซึ่งปรับมาจากโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาของรัชชนา ชุนนางจำ (2551) ที่ได้พัฒนามาจากการศึกษาของ Brokovec, Newman & Castonguay (2004) และของเนตรทราย หอละเอียด (2550) ซึ่งเป็นวิธีที่ได้ผลดีในการส่งเสริมให้

ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับความวิตกกังวลโดยตรง มีมุมมองต่อการเผชิญปัญหาแบบใหม่ที่เหมาะสมขึ้น มีการเรียนรู้ และฝึกฝนทักษะ การจัดการกับความไม่สุขสบายทางกาย อันเนื่องมาจากความกังวล เป็นการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาไปในทางที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง และในระยะยาวจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในการดำเนินชีวิตและลดการกลับเป็นซ้ำที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้

### คำถามการศึกษา

ผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับการบำบัดแตกต่างกันหรือไม่

### วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล ก่อนและหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยพบว่า โรควิตกกังวลเกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผิดๆ และเป็นรูปแบบของความคิดที่ผิดบิดเบือนหรือเป็นความคิดในเชิงลบ ไม่สร้างสรรค์ (faulty, distorted, negative or counter productive thinking) (ณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) ซึ่งเกิดขึ้นร่วมกับพฤติกรรม หรืออารมณ์ที่แปรปรวนไป ผู้ป่วยมักประเมินอันตรายหรือโอกาสที่ตนเองจะได้รับอันตรายสูงเกินความเป็นจริง ในขณะที่เดียวกันก็ประเมินความสามารถของตนเองที่จะต่อสู้หรือจัดการกับสิ่งที่มาคุกคามนั้นต่ำกว่าความเป็นจริง โดยจะรับรู้และตีความเหตุการณ์ในชีวิตต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่ามาคุกคามต่อความสุข (well being) ทางร่างกายหรือทางสังคมของตน และประเมินกิริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองต่อความวิตกกังวล เช่น ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม เป็นต้น ว่ามีอันตรายเกินความจริง แปลความหมายผิดต่อความรู้สึกนั้น จึงรู้สึกว่าเป็นโรคหัวใจ หรือจะเกิดอันตรายต่อชีวิตขึ้น (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Butler et al, 1991; Fisher & Durham, 1999; David, 2001; Brokovec, Newman & Castonguay 2004; Maria, 2003) และนอกจากนี้ Fishel (1998) พบว่าโรควิตกกังวลมีสาเหตุมาจากหลายมิติและซับซ้อน ได้แก่ ความอ่อนแอของยีน ความผิดปกติของสารเคมีในสมอง เหตุการณ์ในชีวิตที่เต็มไปด้วยความเครียด ฉะนั้นการบำบัดรักษาจึงควรใช้วิธีการผสมผสานร่วมกัน ได้แก่ ยา การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) การให้สุขศึกษา จิตบำบัด เป็นต้น

จากการที่ผู้ศึกษาสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีศรีสวัสดิ์ซึ่งผู้ศึกษาได้ปฏิบัติงานอยู่ พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลส่วนใหญ่คือการมองตนเองในทางลบ โดยคิดว่าตนเองมีความผิดปกติหรือเจ็บป่วย คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า และมองสิ่งแวดล้อมหรือโลกในทางลบคือมองชีวิตเต็มไปด้วยภาระ อุปสรรค กลัวว่าจะเกิดเหตุการณ์ร้ายขึ้นกับตนเองและคนใกล้ชิด ผู้ศึกษาจึงสนใจนำแนวความคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมตามแนวคิดของ Beck (1972) มาใช้บำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรควิตกกังวล มีการเรียนรู้และฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม จนเกิดมุมมองต่อการเผชิญปัญหาแบบใหม่ที่เหมาะสมขึ้น และสามารถจัดการกับความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายและจิตใจอันเนื่องมาจากความวิตกกังวล ลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความวิตกกังวล รวมถึงสนับสนุนการคิดที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไปในทางเหมาะสมและสร้างสรรค์ อีกทั้งยังส่งผลให้ลดความวิตกกังวลทั้งในระยะสั้น ระยะยาว และสามารถลดการกลับเป็นซ้ำได้ ช่วยป้องกันปัญหาที่จะพัฒนาเป็นโรคจิตเวชอื่น ๆ โดยในการศึกษาคครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม(CBT) ซึ่งปรับมาจากโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาของรัชชานา ชุนนางจำ (2551) ที่ได้พัฒนามาจากการศึกษาของ Brokovec, Newman & Castonguay (2004) และของเนตรทราย หอละเอียด (2550) ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรม 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ และติดตามผลการบำบัดอีก 1 สัปดาห์ ซึ่งมีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรควิตกกังวล โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ แรงจูงใจและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับธรรมชาติของโรควิตกกังวล และเพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษาและผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นผู้ศึกษาได้เพิ่มเวลาในช่วงของกิจกรรมที่ 1 เพื่อใช้ในการสร้างสัมพันธภาพจาก 60 นาที เป็น 90-120 นาทีเพื่อให้ผู้ศึกษาและผู้ป่วยได้มีเวลาทำความรู้จักและเรียนรู้ซึ่งกันและกันมากขึ้น และมีการประเมินปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมก่อนที่จะเริ่มกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรควิตกกังวล หลังการประเมินถ้าพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาตามด้านต่างๆดังกล่าวผู้ศึกษาต้องให้การช่วยเหลือตามความสามารถเช่นถ้าเจ็บป่วยควรส่งผู้ป่วยรักษาก่อน (Overtholser & Nasser, 2000) เพื่อเป็นการแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่าผู้ศึกษาจริงใจและสนใจผู้ป่วยอย่างแท้จริง อันจะส่งผลต่อความร่วมมือในการบำบัดของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน และนอกจากนี้ผู้ศึกษาเพิ่มการให้เบอร์โทรศัพท์ของหน่วยงาน เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสารเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา จากนั้นจึงชี้แจงขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรควิตกกังวล ความคิดอัตโนมัติด้านลบหลัก 3 ประการและความคิดที่

บิดเบือน 10 ประการ ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความสำคัญของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ (Overtholser & Nasser, 2000; Brokovec, Newman & Castonguay, 2004) ตามลำดับ

**กิจกรรมที่ 2** ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อควบคุมความวิตกกังวล โดยการให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยโรควิตกกังวลเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายด้วยตนเอง ด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในทางสรีระวิทยาเป็นการผ่อนคลายที่มีผลโดยตรงต่อการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก สมองจะหยุดส่งสัญญาณที่ทำให้เกิดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ร่างกายลดกระบวนการทำงานในระบบต่างๆ กล้ามเนื้อมีการคลายตัวเกิดขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ (ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2541) และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทำให้เกิดการรับรู้ไปในทางบวก รู้สึกโล่งสบาย สงบว่าง สามารถลดความกลัวและความวิตกกังวลได้ (ทิภาพร อังกกุล, 2543) กิจกรรมนี้เน้นให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลฝึกปฏิบัติการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จนเกิดทักษะในการใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อด้วยตนเอง การใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทำให้ผู้ป่วยเกิดการผ่อนคลายและสามารถลดความวิตกกังวลลงได้อย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยโรควิตกกังวล (Fisher & Durham, 1999; Brokovec, Newman & Castonguay, 2004; ฉวีพร ชัยประทาน, 2547; รัชชนา ชุนนางจำ, 2551)

**กิจกรรมที่ 3** เรียนรู้การฝึกผ่อนคลายความวิตกกังวล การให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยโรควิตกกังวลเกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายด้วยตนเอง ด้วยเทคนิคการผ่อนคลายลมหายใจเป็นกลไกการผ่อนคลายความเครียดและความวิตกกังวล ซึ่งการฝึกผ่อนคลายลมหายใจในทางสรีระวิทยา ทำให้ร่างกายใช้ก๊าซออกซิเจน และการผลิตก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกายลดลง ร่างกายมีการจับก๊าซคาร์บอน ไดออกไซด์ออกมามากขึ้น ทำให้อัตราการหายใจและอัตราการเต้นของหัวใจลดลงได้ (Benson, 1975) กิจกรรมนี้เน้นให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลฝึกปฏิบัติการฝึกผ่อนคลายลมหายใจ จนเกิดทักษะในการใช้เทคนิคการผ่อนคลายด้วยตนเอง เพื่อลดอาการรบกวนจากความวิตกกังวลด้วยตนเอง ซึ่งวิธีการบำบัดทางจิตแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนคลายลมหายใจสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลได้ (Fisher & Durham, 1999; Overtholser & Nasser, 2000; Brokovec, Newman & Castonguay, 2004)

**กิจกรรมที่ 4** การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ คือ การดำเนินการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองในการค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวล โดยฝึกการค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบให้ผู้ป่วยยกตัวอย่างสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลและส่งผลกระทบต่ออารมณ์ชีวิตของตนเอง และทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ ด้วยวิธีการถามถึงหลักฐานยืนยัน (Questioning the

evidence) คือ การให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลตรวจสอบหาหลักฐานยืนยัน หรือสนับสนุนความเชื่อของตน และให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบความคิด อารมณ์ (Monitoring thought and feeling) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักรู้และสามารถตรวจสอบความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นของตนเองที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลและความคิดบิดเบือน 10 ประการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงสาเหตุที่แท้จริงของตนว่ามาจากความคิดอัตโนมัติและความคิดบิดเบือน ที่ส่งผลให้ตนเองเกิดความวิตกกังวลขึ้น และสามารถระบุถึงความคิด อารมณ์และความรู้สึกของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการค้นหาและสกัดความคิดอัตโนมัติด้านลบ เข้าใจสาเหตุของความวิตกกังวลและสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ (Overtholser & Nasser, 2000; Brokovec, Newman & Castonguay, 2004)

**กิจกรรมที่ 5** การปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความวิตกกังวล ค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหากิจกรรมนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะแก้ไขต้นเหตุของปัญหาที่แท้จริง คือ “ความคิด” เรียนรู้กระบวนการที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิด โดยผู้ศึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการจับความคิดอัตโนมัติของตนเอง ตรวจสอบความคิด อารมณ์ ความรู้สึก (Monitoring thought and feeling) ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความคิดที่บิดเบือนและความคิดด้านลบ ผู้ศึกษาช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับว่าวิธีคิดของเขาที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อตนเองอย่างไร และให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขให้ผู้หยุดความคิด (Thought stopping) ให้หยุดความคิดที่ก่อให้เกิดปัญหา และเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เหมาะสมกว่า คือ ให้ผู้ป่วยตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ (Examining alternatives) และการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (Reframing) ในมุมมองที่ต่างไปจากเดิม เพื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดที่เหมาะสมยิ่งขึ้นที่ส่งผลให้ผู้ป่วยสบายใจ ไม่วิตกกังวล และกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ระบบความคิดที่ไม่เหมาะสมถูกแทนที่ด้วยระบบความคิดที่เหมาะสม จนกระทั่งถูกดึงมาใช้อย่างอัตโนมัติเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ผู้ป่วยมีวิธีคิดที่เหมาะสมโดยปราศจากความเครียด ความวิตกกังวลและความกลัว อีกทั้งยังสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อีกด้วย (Overtholser & Nasser, 2000; Brokovec, Newman & Castonguay, 2004; ฌีวีพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548)

**กิจกรรมที่ 6** การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมถาวร และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ยุติการให้การบำบัด สรุปและประเมินผล ขั้นตอนนี้ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องการเผชิญความวิตกกังวล ทำความเข้าใจกระบวนการคิดในการเผชิญปัญหาที่เป็นสาเหตุให้เกิดความวิตกกังวล โดยการให้ผู้ผู้ป่วยยกตัวอย่างสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง เป็นการฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ให้ผู้ป่วยจับความคิดอัตโนมัติของตนเองตรวจสอบความคิด อารมณ์ ความรู้สึก (Monitoring thought and feeling) การแก้ไข หยุดความคิด (Thought stopping) หยุดความคิดที่ก่อให้เกิดปัญหา และให้ผู้ผู้ป่วยตรวจสอบทางเลือกอื่นๆ (Examining alternatives)



และการเปลี่ยนมุมมองเดิมเป็นมุมมองทางบวก (Reframing) ด้วยวิธีการถามถึงหลักฐานยืนยัน (Questioning the evidence) คือ การให้ผู้ป่วยตรวจสอบหาหลักฐานยืนยัน หรือสนับสนุนความเชื่อของตน และเลือกวิธีการเผชิญความวิตกกังวลด้วยตนเอง จากนั้นทบทวนบทเรียน การนำไปใช้ และยุติการให้การบำบัด ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการบำบัด สรุปผลประเมินการเข้าร่วมการบำบัด โดยการสรุปเป็นการทบทวนประเด็นต่างๆ ที่ได้เรียนรู้จะช่วยให้เกิดความเข้าใจ และก่อเกิดแรงจูงใจที่จะนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวันส่งผลช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันการกลับเป็นซ้ำและพึ่งพาตนเองได้ในที่สุด (Overholser & Nasser, 2000; ฌีวีพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; เนตรทราย หอละเอียด, 2550; จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2551; พัฒนี เอกบุตร, 2551)

จะเห็นได้ว่าในแต่ละกิจกรรมเน้นที่การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งถือเป็นการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระบุดความเชื่อที่ยากจะแก้ไขและรูปแบบของความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลหรือไม่จริงที่เกิดขึ้นบ่อย และแทนที่ด้วยความคิดและความเชื่อที่สมเหตุผล มุ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้ค้นพบตนเองและเกิดการเปลี่ยนแปลง (Meek, 2008) จึงเป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมที่สามารถจัดการกับสาเหตุของความวิตกกังวลตามแนวคิดของ Beck ด้วยเหตุนี้ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานการศึกษาดังนี้

#### สมมติฐานการศึกษา

ผู้ป่วยโรควิตกกังวล มีความวิตกกังวลลดลงภายหลังได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

#### ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังเพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลก่อนและหลังการใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยโรควิตกกังวล โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้ คือ

1. ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค โดยระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD-10) ที่มารับบริการการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

2. ตัวแปรที่ศึกษา
  - ตัวแปรต้น คือ การใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
  - ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล

## คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม หมายถึง กระบวนการที่ผู้ศึกษาดำเนินการเป็นรายบุคคลที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ซึ่งปรับมาจากโปรแกรมที่ใช้ในการศึกษาของริชชานา ชุนนางจำ (2551) ที่ได้พัฒนามาจากการศึกษาของ Brokovec, Newman & Castonguay (2004) และของเนตรทราย หอละเอียด (2550) ซึ่งกระบวนการบำบัดประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและการสอน (didactic aspect) 2) การบำบัดทางความคิด (cognitive technique) โดยการค้นหาความคิด ตรวจสอบความคิดอัตโนมัติ การพิสูจน์และการวิเคราะห์ข้อสันนิษฐานที่ไม่เหมาะสม และ 3) การบำบัดทางความคิดพฤติกรรม (cognitive behavior technique) จำแนกเป็น 6 กิจกรรม โดยใช้เวลาดำเนินการกิจกรรมฯ ละ 60 – 90 นาที สัปดาห์ละ 1 – 2 กิจกรรม ดำเนินการติดต่อกันเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์และติดตามผลการบำบัดอีก 1 สัปดาห์ หลังจากการบำบัด ซึ่งมีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการสอน (didactic aspect) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ**

**สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรควิตกกังวล** เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาเน้นที่การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโรควิตกกังวลรวมทั้งสร้างแรงจูงใจ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนของการศึกษา ให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติและอาการของโรควิตกกังวลแก่ผู้ป่วยโรควิตกกังวล

**กิจกรรมที่ 2 ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อควบคุมความวิตกกังวล** เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาสอนเทคนิคเพื่อบรรเทาอาการวิตกกังวล และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติด้วยวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยการฝึกเกร็งและผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายที่ละส่วนสลับกันไป โดยฝึกปฏิบัติตามเทพการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อของกรมสุขภาพจิต

**สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้ การฝึกผ่อนคลายใจกับความวิตกกังวล** เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องการผ่อนคลายใจเพื่อบรรเทาอาการวิตกกังวล และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติด้วยวิธีการฝึกผ่อนคลายใจ ร่วมกับการฝึกปฏิบัติตามเทพการฝึกผ่อนคลายใจของกรมสุขภาพจิต

**ขั้นตอนที่ 2 การบำบัดทางความคิด (cognitive technique) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ**

**สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 4 การค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ และทดสอบความคิดอัตโนมัติด้านลบ** เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบ

ความคิดที่บิดเบือน ที่เป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดความวิตกกังวล และทดสอบความคิดดังกล่าวเป็นความคิดที่ถูกต้องหรือไม่

**สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความวิตกกังวล ค้นหา**  
**แนวทางการแก้ไขปัญหา** เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้เกี่ยวกับข้อบ่งชี้ของกระบวนการคิดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ต้นเหตุของปัญหาที่แท้จริง คือ ความคิดอัตโนมัติ ความคิดที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง เรียนรู้กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ฝึกทักษะการค้นหาแนวทางการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เน้นการสร้างความคิดใหม่ โดยเปลี่ยนความคิดเป็นมุมมองทางบวก แทนความคิดอัตโนมัติด้านลบ เน้นวิธีคิดที่แก้ไขปัญหาคือ ต้นเหตุของปัญหา กระบวนการคิดที่มีเหตุผลจะนำไปสู่การพิจารณาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาค ด้วยความเข้าใจในข้อดี ข้อจำกัดของตนเอง สามารถยอมรับผลที่เกิดขึ้น รวมถึงสามารถนำกลับมาปรับปรุงได้อย่างเหมาะสม

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

**สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 6 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมถาวร และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ** ประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ ยุติการให้การบำบัด สรุปและประเมินผล เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาทบทวน พัฒนาการฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนทางความคิดและพฤติกรรม ประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ และผู้ศึกษายุติการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และประเมินผลหลังการบำบัด ตามแผนการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลหลังสิ้นสุดโปรแกรม

**ความวิตกกังวล** หมายถึง อาการที่แสดงถึงความรู้สึกไม่สบายใจ ความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่นใจ ไม่สบายใจอย่างไม่รู้สาเหตุ หงุดหงิด กระสับกระส่าย จากการที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้และพฤติกรรม ประเมินโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล The State-Trait Anxiety Inventory (STAI form X) ของ Spielberger (1967) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดย รศ.พญ. นิตยา ชชภักดี, สายฤดี วรกิจ โภคาธร และมาลี นิสสัยสุข (2534) ซึ่งแบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. **ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State Anxiety)** เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองต่อสถานการณ์เฉพาะอย่าง โดยจะเกิดขึ้นทันทีทันใด เมื่อมีสิ่งเร้า มากระตุ้นให้เกิดความไม่พอใจหรือทำให้เกิดอันตราย มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น โดยที่ในช่วงเวลาที่ถูกกระตุ้นเร้า นั้นจะเป็นภาวะที่ตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย มีการตื่นตัวของ

ระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งความรุนแรงที่แสดงต่อสภาวะเช่นนี้ จะแตกต่างกันไปตามความแตกต่างระหว่างบุคคล

2. ความวิตกกังวลประจำตัว (Trait Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่มีอยู่ในตัวบุคคล จนกลายเป็นลักษณะประจำตัว และมีลักษณะคงที่ และความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวนี้ จะไม่ปรากฏออกมาเป็นพฤติกรรม แต่จะเป็นตัวเสริมของความวิตกกังวลต่อสถานการณ์คือ เมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้นให้เกิดความไม่พอใจหรือทำให้เกิดอันตราย บุคคลที่มีความวิตกกังวลเป็นลักษณะประจำตัวสูง จะมีความไวในการรับรู้สิ่งเร้าที่ทำให้ไม่พอใจหรือทำให้เกิดอันตรายได้เร็วกว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลความวิตกกังวลเป็นลักษณะประจำตัวต่ำ นอกจากนี้ความวิตกกังวลประจำตัว จะมีผลต่อความรุนแรงของการเกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์

ผู้ป่วยโรควิตกกังวล หมายถึง ผู้ที่มีความรู้สึกไม่สบายใจเป็นอย่างมากซึ่งเป็นผลมาจากความวิตกกังวลในเหตุการณ์หรือสิ่งคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น หรือคาดว่าอาจจะเกิดขึ้น ส่งผลให้มีการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยที่ผู้ป่วยโรควิตกกังวลดังกล่าวได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด Generalized Anxiety disorder (GAD) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคโดยระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD-10) และมารับบริการการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี ที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 6 เดือน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล โดยใช้รูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีสุขภาพจิตที่ดีสามารถจัดการกับความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม ลดการป่วยซ้ำและป้องกันการพัฒนาไปเป็นโรคจิตเวชอื่นๆ