

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล
ชนิด GENERALIZED ANXIETY DISORDER



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล

ชนิด GENERALIZED ANXIETY DISORDER



นางวารุณี เลิศพงษ์วรพันธ์
ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ รุติวัลลค์ ธรรมไพโรจน์
กศ.ม. (การแนะแนว)
ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โสภณ แสงอ่อน
Ph. D. (Nursing)
กรรมการควบคุมสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ภักดี
พย.ด.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล

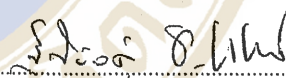
ชนิด GENERALIZED ANXIETY DISORDER

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
วันที่ 9 เดือน กันยายน พ.ศ. 2551

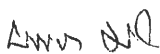

นางวารุณี เลิศพงษ์วรพันธ์
ผู้วิจัย


รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ภักดี
พย.ค.

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์


รองศาสตราจารย์ จิตวิวัฒน์ ธรรมไพโรจน์
กรรมการสอบสารนิพนธ์


รองศาสตราจารย์ จารุวรรณ ด.สกุล
สส.ม. (การแพทย์จิตภาพ)
กรรมการสอบสารนิพนธ์


ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โสภณ แสงอ่อน
Ph. D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

รองศาสตราจารย์ วรรจิตเทพ ต้นเผ่าพงษ์
พ.บ.
รองคณบดี รักษาการแทน
คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของรองศาสตราจารย์วุฒิวัฒน์ ธรรมไพโรจน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสภณ แสงอ่อน รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ภักดี และรองศาสตราจารย์จารุวรรณ ต.สกุล ที่ให้ข้อเสนอแนะและคำแนะนำในการทำสารนิพนธ์ ตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุงข้อบกพร่องจนสารนิพนธ์สมบูรณ์ ตลอดจนเป็นกำลังใจให้แก่ผู้ศึกษามาโดยตลอด ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เจ้าหน้าที่ห้องสมุด และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ซึ่งผู้ศึกษามีโอกาสถามได้ทั้งหมด ที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาของการศึกษาค้นคว้า ผู้ศึกษารู้สึกประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษาตลอดหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขอขอบพระคุณ คุณฐวธรณ แยมกลิ่น หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านยายดา ในการสนับสนุนให้ผู้ศึกษาได้มีโอกาสศึกษาต่อ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลระยองงานสุขภาพจิตและจิตเวชที่ได้ให้คำแนะนำในด้านข้อมูลและประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ของสถานีอนามัยบ้านยายดาทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในการขึ้นปฏิบัติงานแทน ในเวลาที่ต้องมาศึกษา หรือพบอาจารย์ รวมทั้งคอยให้กำลังใจ ตลอดมาตั้งแต่เริ่มต้นกระทั่งสารนิพนธ์เล่มนี้สมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ท้ายสุดผู้ศึกษาขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคนและเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รุ่น 1-3 (ภาคพิเศษ) ทุกคน และคนสำคัญที่จะขาดไม่ได้ คือคุณเอกชัย เลิศพงษ์วรพันธ์ สามิ ที่ให้ความช่วยเหลือในทุกเรื่องที่สามารถช่วยได้ และเป็นกำลังใจที่ได้อย่างสม่ำเสมอเวลาที่ท้อถอย จนกระทั่งสารนิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลงด้วยดี

วารุณี เลิศพงษ์วรพันธ์

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับ การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GENERALIZED ANXIETY DISORDER
(A SYNTHESIS OF RESEARCH ON COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY TO REDUCE ANXIETY IN PATIENTS WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDER)

วารุณี เลิศพงษ์วรพันธ์ 4637629 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์: จิตติวัลดุ์ ธรรมไพโรจน์, กศ.ม. (การแนะแนว)

โสภิตน์ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD หลักฐานงานวิจัยที่นำมาศึกษามี 9 เรื่อง ผลการศึกษาสรุปเป็น 4 ประเด็น คือ 1) เทคนิคการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วยเทคนิค 3 อย่าง คือ การสอน การบำบัดทางความคิด การบำบัดทางพฤติกรรม 2) ส่วนประกอบในการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ประกอบด้วย ผู้บำบัด ได้แก่ พยาบาลจิตเวช จิตแพทย์ นักจิตวิทยา และนักพฤติกรรมบำบัด ผู้รับการบำบัด คือผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD อายุระหว่าง 18- 70 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง อุปสรรคในการบำบัด คือ แก้อีที่มีพนักงาน เทปบันทึกเสียง คำแนะนำการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และเครื่องเล่นเทป วีดิทัศน์ แผ่นภาพ สมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย ลักษณะกิจกรรมในการบำบัดมีทั้งแบบกลุ่มและรายบุคคล ระยะเวลาการบำบัด 60-120 นาที/ครั้ง และจำนวนครั้งในการฝึกอยู่ระหว่าง 4- 12 ครั้ง 3) เครื่องมือที่ใช้วัดผลความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ส่วนใหญ่ ใช้แบบประเมิน State -Trait Anxiety Inventory (STAI) เพื่อใช้ประเมินระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการบำบัดทุกครั้ง และ 4) ผลลัพธ์หลังการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมพบว่า ทำให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD มีความวิตกกังวลลดลง ผลที่ได้จากการศึกษาหลักฐานงานวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ต่อไป

คำสำคัญ : การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม / ผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD

150 หน้า

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON CONGNITIVE BEHAVIOR THERAPY
TO REDUCE ANXIETY IN PATIENTS WITH GENERALIZED ANXIETY
DISORDER

WARUNEE LERTPONGWORAPHAN 4637629 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORS:TITIWONE THUMAPIROJ, M.Ed.
(GUIDANCE) , SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

The present study aimed at synthesizing research and academic evidence regarding cognitive behavior therapy to reduce anxiety in patients with GAD (Generalized Anxiety Disorder). There were altogether nine existing research studies which were selected in this study. The findings of the analysis and synthesis could be summarized into four topics. First, techniques in cognitive behavior therapy consisted of didactic aspects, cognitive techniques and behavior techniques. Second, the components of cognitive behavior therapy were : 1) The therapists were members of a healthcare team who were knowledgeable, skillful, and experienced ; 2) The patients were male and female ages 18 -70 ; 3) The tools used in the therapy consisted of a chair with a backrest, a cassette tape of description of muscle relaxation techniques, a cassette tape player, video, pictures, and patients' diary; 4) Both individual and group therapy could be used ; and 5) The therapy sessions usually lasted 60 to 120 minutes per session for 4 to 12 sessions. Third , tools for the assessment of anxiety included the State -Trait Anxiety Inventory (STAI), which is used to assess patients before and after treatment. Finally, the outcome of cognitive behavior therapy was a reduction in patients' anxiety. The findings of the present study could be used to develop clinical nursing practice guidelines to more appropriately and effectively provide care to patients with GAD.

KEY WORDS: CONGNITIVE BEHAVIOR THERAPY / GENERALIZED
ANXIETY DISORDER

150 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์การศึกษา	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด Generalized Anxiety Disorder	6
การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy)	14
การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD	24
3 วิธีดำเนินการศึกษา	
การสืบค้นหลักฐานงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ	28
แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ	31
การสังเคราะห์งานวิจัย	33

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4. ผลการศึกษา	
คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย	88
เทคนิคที่นำมาใช้ในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD	88
เครื่องมือที่ใช้วัดผลความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD	90
ผลลัพธ์ของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD	92
ส่วนประกอบสำคัญของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม	93
5 การอภิปรายผล	
คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัย	95
เทคนิคที่นำมาใช้ในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD	96
เครื่องมือที่ใช้วัดผลความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD	98
ผลลัพธ์ของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD	99
ส่วนประกอบสำคัญของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม	99
6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	
6.1 สรุปผลการศึกษา	103
6.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษา	106
6.2.1 การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการแพทย์	106
6.2.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป	109
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	110
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	127
บรรณานุกรม	144
ประวัติผู้วิจัย	150

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	30
2	การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD	34



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรควิตกกังวล เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าโรคจิตเวชชนิดอื่นๆ จากรายงานสถิติของศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต ระหว่างปี พ.ศ. 2540-2545 พบว่า คนไทยมีอัตราการป่วยด้วยโรควิตกกังวลเพิ่มขึ้น จากจำนวน 789.97 คนต่อประชากรแสนคน เป็น 862.53 คนต่อประชากรแสนคน คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 9.5 (กรมสุขภาพจิต, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจระดับชาติปี 2546 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศึกษาความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย ซึ่งผลการสำรวจในกลุ่มโรควิตกกังวล พบว่ามีผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder, GAD) มีความชุกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.90 ประมาณยอดรวมผู้ป่วย 503,030 คน แยกเป็นเพศชายร้อยละ 1.40 เพศหญิงร้อยละ 2.40 (บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, 2547) จากสถิติของโรงพยาบาลระยอง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548-2549 พบว่า ผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรควิตกกังวลชนิด GAD มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากผู้ป่วยมารับการรักษา 121 ราย เป็น 128 ราย และในปีงบประมาณ 2550 พบว่า ผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรควิตกกังวลชนิด GAD มีจำนวนทั้งสิ้น 903 ราย และพบว่าผู้ป่วย GAD กลับเข้ามารักษาซ้ำ ในปีงบประมาณ 2548-2550 จำนวน 2,517 ครั้ง 2,882 ครั้ง และ 3,193 ครั้งตามลำดับ (โรงพยาบาลระยอง, 2550)

โรควิตกกังวลชนิด GAD เป็นโรควิตกกังวลที่เรื้อรัง พบได้บ่อยและจะใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ทำให้เกิดปัญหาทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม บุคคลที่เป็นโรคนี้ จะมีความวิตกกังวลสูงเกินกว่าเหตุในเรื่องต่างๆ ที่ผ่านเข้ามา อาการที่แสดงออกของความวิตกกังวล เช่น ตื่นเต้น ตกใจง่าย นอนไม่หลับหรือหลับยาก ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม ใจหวิว หายใจได้ไม่เต็มที่ เหงื่อออก มือเท้าชา เนื่องจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ นอกจากนี้ยังมีอาการปวดศีรษะ ปวดท้ายทอย ปวดตามกล้ามเนื้อ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่สุขสบาย ผู้ป่วยมักไปรับการรักษา รักษาโรคตามโรงพยาบาลฝ่ายกาย โดยคิดว่าตนเองเป็นโรคทางกาย โดยเฉพาะโรคหัวใจ หรือโรคภัยเรื้อรังทางกาย แต่เมื่อตรวจร่างกายโดยละเอียดแล้วกลับไม่พบความผิดปกติใดๆเลย (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์และมาโนช หล่อตระกูล, 2540) บางรายมาด้วยอาการวิตกกังวลแต่ไม่ทราบว่ากังวลเรื่องอะไร (Gabbard, 2000 อ้างถึงในจำลอง ดิษยวณิชและพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545) ทำให้ต้องเสาะ

แสวงหาการรักษาจากสถานพยาบาลหลายๆ แห่งเพราะเชื่อว่าตนเองเป็นโรคที่ต้องการการบำบัดรักษา

บุคคลที่เป็นโรควิตกกังวลชนิดนี้ จะส่งผลกระทบทั้งตนเอง และครอบครัว หน้าที่การทำงานและบุคลลรอบข้าง กล่าวคือ ผลกระทบต่อตนเอง พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรควิตกกังวลทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตลดลง (Massion, 1993) นอกจากนี้ความวิตกกังวลที่เรื้อรังอาจเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยทางกาย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น (กนกวรรณ ทาสอน, 2545) และยังเป็นสาเหตุที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัวทำให้เกิดความเครียดและเกิดความขัดแย้งในครอบครัวมากยิ่งขึ้น (Silvermanx & Nells, 1988 cite in Schweizer, 1995) เนื่องจากผู้ป่วยแสดงออกถึงความวิตกกังวล เมื่อญาติรับรู้ถึงสภาพความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยแสดงออกมา ญาติต้องคอยดูแลช่วยเหลือ ทำให้บรรยากาศภายในครอบครัวเครียดไม่เป็นสุข นอกจากนี้ยังส่งผลโดยตรงต่อภาวะทางเศรษฐกิจที่ต้องใช้จ่ายไปกับการรักษาอาการวิตกกังวล รวมทั้งรักษาอาการด้วยวิธีอื่นนอกจากยาตามการรักษาของแพทย์ เช่น อาจซื้อยาปรับประเทานเอง ไปรูดน้ำมันดี ไปผูกดวง (Blair & Ramones, 1996 อ้างถึงใน กนกวรรณ ทาสอน, 2545) และทำให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับความเจ็บป่วย การไปหาแพทย์เพื่อรักษา ตลอดจนการประกอบอาชีพการงาน ทำให้ผลงานไม่มีประสิทธิภาพ การใช้ศักยภาพในทางการทำงานไม่เต็มที่ เกิดผลเสียต่องานได้ (Rickell & Schweizer, 1998)

จากผลกระทบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิดนี้ มีการเผชิญปัญหาหรือจัดการกับความวิตกกังวลและอาการต่างๆที่เกิดขึ้นไม่เหมาะสม เนื่องจากความวิตกกังวลในผู้ป่วยนั้นเกิดขึ้นจาก ความคิดอัตโนมัติทางลบ ความคิดที่ผิดบิดเบือนไปจากความเป็นจริง การรับรู้การคิดตีความเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตที่เกิดขึ้นไปในทางร้าย และคิดว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อความสุข (จำลอง ดิษยวณิชและ พรหมเพรา ดิษยวณิช, 2545) เช่น ผู้ป่วยมักคาดหมายไปล่วงหน้าว่าจะมีเหตุร้ายเกิดขึ้นกับตนเอง หรือบุคคลใกล้ชิด บางคนได้ยินเสียงดัง หรือเสียงโทรศัพท์ดังขึ้นก็จะสะดุ้ง ตกใจง่าย นอกจากนี้ยังวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดขึ้นกับตน เช่น ถ้ามีอาการใจเต้นเร็ว ใจสั่น ก็คิดวิตกกังวลไปว่าตนเองเป็นโรคหัวใจ เป็นต้น การช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวล GAD คือการช่วยให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อศักยภาพของตนเอง โดยการช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และฝึกวิธีการคิดใหม่ที่เหมาะสม ด้วยการใช้วิธีการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมหรือ Cognitive Behavior Therapy (CBT)จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา มีการวิจัยถึงผลของการใช้แนวความคิดการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ทั้งใน

รูปแบบของการบำบัดแบบกลุ่มและการบำบัดรายบุคคลทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งในการศึกษาเหล่านี้พบว่า การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่ได้ผลดีต่อผู้ป่วยโรควิตกกังวลทุกชนิด และสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ได้ (ทิภาพร อังกฤษ, 2543; กนกวรรณ ทาสอน, 2545 และณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547)

การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นจิตบำบัดระยะสั้น ที่ใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งมีโครงสร้างและกระบวนการในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน ผู้บำบัดทำหน้าที่ชี้แนะในการให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจรูปแบบต่างๆ ของความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยนำเทคนิคต่างๆ ของการบำบัดทางจิตมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมและบิดเบือน ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผลและเหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสมด้วยตนเอง ดังเช่นการศึกษาของ Jame et al. (2000) ทำการศึกษาการบำบัดแบบ CBT ในผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความวิตกกังวลได้และช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ขั้นตอนดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้ รวมทั้งการศึกษาของ Butler et al. (1991) และ Borkovec et al. (1993) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวล GAD ระหว่างวิธีพฤติกรรมบำบัดและวิธีการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด พบว่าวิธีการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดนี้มีประสิทธิภาพมากกว่าในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาของปทุมรัตน์ เกตุเล็ก (2548) ศึกษาการให้คำปรึกษากลุ่มโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรควิตกกังวล GAD พบว่า ความวิตกกังวลในขณะเผชิญ(State- Anxiety)ของผู้ป่วยโรควิตกกังวล หลังการบำบัดลดลงน้อยกว่าก่อนการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้ศึกษาที่โรงพยาบาลระยอง พบว่า มีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD มารับบริการการรักษาพยาบาลและกลับมารักษาซ้ำในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์และสังเคราะห์ การศึกษางานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับการใช้การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD เพื่อเป็นแนวทางสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ มีความน่าเชื่อถือ และชัดเจนมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้ที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ในการใช้การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด Generalized Anxiety Disorder (GAD) หมายถึง บุคคลที่มีความวิตกกังวล มากเกินกว่าเหตุ หรือมีความวิตกกังวลไม่เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง ในเรื่องต่างๆ ไม่เฉพาะเจาะจงอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ (generalized) และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรค Generalized Anxiety Disorder (GAD) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคใน DSM-IV หรือ ICD-10
2. การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy หรือ CBT) หมายถึง จิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่ง ที่ใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการสอน เทคนิคการบำบัดทางความคิดและเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม ซึ่งมีโครงสร้างและกระบวนการในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน ผู้บำบัดทำหน้าที่ชี้แนะในการให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจรูปแบบต่างๆ ของความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยใช้เทคนิคต่างๆ ของการบำบัดทางจิตมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมและบิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล และเหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสมด้วยตนเอง

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ชนิด Generalized Anxiety Disorder
 - 1.1 ความหมายของโรควิตกกังวลชนิด GAD (Generalized Anxiety Disorder)
 - 1.2 ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD
 - 1.3 สาเหตุของโรควิตกกังวลชนิด GAD
 - 1.4 การประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD
 - 1.5 ผลกระทบของการเกิดโรควิตกกังวลชนิด GAD
 - 1.6 การบำบัดรักษาเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD
2. การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy หรือ CBT)
 - 2.1 องค์ประกอบพื้นฐานของทฤษฎีความคิด
 - 2.2 ข้อตกลงเบื้องต้นของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
 - 2.3 ลักษณะสำคัญของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
 - 2.4 ขั้นตอนการบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
 - 2.5 ลักษณะและระยะเวลาในการทำการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
3. การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD
 - 3.1 เทคนิคทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD
 - 3.2 ผลของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD

1. ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด Generalized Anxiety Disorder

1.1 ความหมายของโรควิตกกังวลชนิด Generalized Anxiety Disorder

สำหรับโรควิตกกังวลชนิด GAD ได้มีผู้ให้ความหมายและคำจำกัดความไว้ดังนี้

โรควิตกกังวลชนิด GAD เป็นความผิดปกติที่จัดอยู่ในกลุ่มโรค Anxiety Disorder มีลักษณะที่สำคัญ คือมีความวิตกกังวล (anxiety) และความไม่สบายใจ (worry) อย่างมาก ส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลที่มากเกินไปในเรื่องทั่ว ๆ ไป เรื่องไม่เฉพาะเจาะจง และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นจะคงอยู่เป็นเวลานาน อย่างน้อย 6 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่เข้าใจความกังวลที่เกิดขึ้น ผลของความกังวลรบกวนผู้ป่วย และเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะควบคุมความกังวลที่เกิดขึ้น (American Psychiatric Association, 1994 cited in Stuart & Sundeen, 1995)

Gorman (1996) กล่าวว่า “ผู้ที่เป็โรควิตกกังวลชนิด GAD จะมีความกังวลมากหรือน้อยอยู่เสมอ การจำแนกโรคโดย DSM IV ระบุว่า ต้องเป็นผู้ป่วยที่มีอาการนานอย่างน้อย 6 เดือน แต่ผู้ป่วยจำนวนมากมีปัญหาตั้งแต่วัยเด็กตอนต้น จนกระทั่งถึงวัยผู้ใหญ่ และ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD มีความวิตกกังวลมากเกินไปเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ อย่างไม่เหมาะสม”

Moore และ Jefferson (1996) “กล่าวว่า โรควิตกกังวลชนิด GAD รู้จักกันในนามโรคประสาทวิตกกังวลแบบเรื้อรัง (Chronic Anxiety Neurosis) ซึ่งจะมีอาการต่างๆ เกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ (Autonomic Symptom) เช่น การสั่น (Tremor) เป็นต้น โดยความผิดปกตินี้มักพบในกลุ่มผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ซึ่งโดยมากมักรวมอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยเป็นอาการลำดับถัดไปจากโรคอื่น เช่น โรคซึมเศร้า”

สรุปโดยรวมได้ว่า โรควิตกกังวลชนิด GAD หมายถึง โรคที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ทั่ว ๆ ไปในชีวิตซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่เฉพาะเจาะจง ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับสูงไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ เป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ

1.2 ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD

อาการของโรควิตกกังวล ชนิด GAD (Generalized anxiety disorder) อาจมีลักษณะการแสดงออกของความวิตกกังวลที่คล้ายคลึงกันกับผู้ที่มีความวิตกกังวลระดับรุนแรง แต่สามารถแยกแยะได้จากความแตกต่างที่พอจะสรุปได้ดังนี้

1. มีลักษณะความวิตกกังวลที่แผ่กระจายไปในหลายๆ เรื่อง (Generalized) หรือมีลักษณะไม่ทราบสาเหตุ ไม่เจาะจงหรือผูกพันอยู่กับเหตุการณ์หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยเฉพาะ แต่ผู้ป่วยจะตกอยู่ในภาวะวิตกกังวล ตึงเครียด กลัว หรือหวาดวิตก คาดการณ์ไปล่วงหน้าต่อเหตุการณ์ในชีวิต

หลายๆ เรื่อง มีความคิดวนเวียนกลับไปกลับมา หวั่นว่าจะมีเหตุร้ายเกิดขึ้นกับตนเองหรือคนใกล้ชิด และมีความยากลำบากในการควบคุมความคิดหรือละไปสนใจเรื่องอื่น เรื่องที่วิตกกังวล ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของครอบครัว เศรษฐกิจ การทำงาน ความเจ็บป่วย อุบัติเหตุ ความตาย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นอกนั้นจะกังวลเกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดขึ้นกับตนเช่น ถ้ามีอาการหัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น อาจวิตกไปว่าตนเองจะเป็นโรคหัวใจ เป็นต้น (สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ, 2533; สุรัชย์ เกื้อศิริกุล, 2536; ปราโมทย์ สุคนิษฐ์และมานิช หล่อตระกูล, 2540)

2. มีความไม่สุขสบายทางกาย ที่เกิดจากผลกระทบ หรือการตอบสนองต่อความวิตกกังวลร่วมด้วย เช่น

2.1 อาการที่เกิดจากความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ (muscle tension) เช่น อาการตึงกระตักของแขนขา รู้สึกสะท้าน ตึงเจ็บปวดตามกล้ามเนื้อ ง่วงนอน เหนื่อยอ่อนเพลียง่าย ปวดศีรษะแบบตึงๆ ตื้อๆ (tension headache) หรือปวดบริเวณขมับทั้งสองข้าง ปวดตึงกล้ามเนื้อต้นคอท้ายทอย

2.2 อาการที่เกิดจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ (autonomic hyperactivity) เช่น อาการใจสั่น เหนื่อยง่าย หายใจติดขัดหัวใจเต้นเร็ว รู้สึกหายใจไม่อิ่ม รู้สึกเหมือนมีก้อนจุกที่ลำคอ แต่อาการเหล่านี้จะไม่เกิดรุนแรงเป็นช่วงๆ เหมือนโรคแพนิค นอกนั้นจะมีการเหงื่อออกง่าย ปากแห้ง มึนงง คลื่นไส้ ท้องเสีย ปัสสาวะบ่อย

2.3 อาการที่เกิดจากความเครียดหรือระแวงระวังมากเกินไป (cognitive hypervigilance) เช่น อาการตึงเครียด ตื่นเต้นตกใจง่ายกว่าปกติเวลามีเสียงดัง ขาดสมาธิ ใจลอย เนื่องจากความกังวลหลับยากหรือหลับไม่สนิท

3. ความเรื้อรังของอาการแสดงออกของความวิตกกังวล และความถี่ของการเกิดอาการ ซึ่งจะเป็นอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีวันที่เป็นมากกว่าวันที่ไม่เป็นและสามารถกลับเป็นซ้ำได้ (Angst & Dobler-Mikola, 1991 cited in Schweizer, 1995)

4. ลักษณะอาการเฉพาะของโรค ที่ส่งผลให้บุคคลมีความบกพร่องด้านการประกอบอาชีพการงาน รวมทั้งทำให้ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมบกพร่อง (Schweizer, 1995)

ผู้ป่วยมักจะมีอาการหลายอย่างเกิดขึ้นพร้อมกันจนบางคนคิดว่าเป็นที่เดียวหลายโรค แต่ความเป็นจริงแล้วอาการที่เกิดขึ้นหลายอย่างนั้นมีสาเหตุมาจากเรื่องเดียวกันคือ ความวิตกกังวลนั่นเอง (สุรัชย์ เกื้อศิริกุล, 2536)

1.3 สาเหตุของโรควิตกกังวลชนิด GAD

การศึกษาถึงสาเหตุของโรควิตกกังวลชนิด GAD นั้นสามารถแยกย่อยเป็นสาเหตุหลายๆ ด้าน มีทฤษฎีที่กล่าวถึงสาเหตุของโรคนี้ โดยจะแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ดังนี้

1. ทฤษฎีทางด้านชีววิทยา (Biological Theories) มีหลักการใหญ่ว่า พฤติกรรมหรือส่วนของจิตใจ มีจุดกำเนิดที่สำคัญมาจากการทำงานของสมองหรือระบบประสาท เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลมีดังนี้

1.1 การศึกษาในเรื่องกายวิภาคศาสตร์ของสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ซึ่งมีศูนย์กลางอยู่ที่สมองส่วนล่าง ได้แก่ Limbic System, Diencephalon (thalamus และ hypothalamus) และ Reticular formation เชื่อว่าสมองส่วนล่างนี้มีหน้าที่ในการตอบสนองต่อการกระตุ้นและการควบคุมระบบการตื่นตัวของร่างกาย รวมทั้งการรักษาความสมดุลของการทำหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งถ้าระบบประสาทเหล่านี้มีการทำงานที่ผิดปกติเกิดขึ้น จะทำให้บุคคลมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์เกิดขึ้น และจะแสดงออกมาในลักษณะของอาการของโรควิตกกังวลชนิด GAD (Keable, 1989 cited in Townsend, 2000)

1.2 การศึกษาเกี่ยวกับการทำงานของ Neurotransmitter (สารเคมีในสมองที่ทำหน้าที่ส่งข้อมูลจากเซลล์ประสาทหนึ่งไปอีกเซลล์ประสาทหนึ่ง) เนื่องจาก Neurotransmitter นั้นมีความสำคัญต่อการค้นหาสาเหตุของโรควิตกกังวลชนิด GAD และจากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าโรควิตกกังวลชนิด GAD เกิดมาจากการผิดปกติของสารสื่อประสาท 2 ชนิด คือ gamma aminobutyric acid (GABA) และ serotonin (5-HT) สำหรับสาเหตุที่มาจากสารสื่อประสาท gamma aminobutyric acid (GABA) พบว่าเมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ตัวรับสัญญาณในสมองของ Neurotransmitter ที่มีชื่อว่า gamma aminobutyric acid (GABA) ถูกขัดขวางการทำงาน ดังนั้น GABA อาจเป็นตัวสำคัญในการทำให้เกิดความวิตกกังวลเรื้อรัง และเป็นความวิตกกังวลในรูปแบบของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (Summerfeldt & Antony, 2006) ส่วนการศึกษาการทำงานของ serotonin (5-HT) ที่ทำให้เกิดโรควิตกกังวล GAD พบว่า สมองส่วนที่สำคัญ เช่น raphe nucleus, hypothalamus, thalamus, basal ganglia และ Limbic system จะมี serotonin เพิ่มขึ้น (Shive, 1990)

1.3 พันธุกรรม มีการศึกษาเบื้องต้นแสดงว่า พันธุกรรมน่าจะมีส่วนในการถ่ายทอดของโรคและอาจเป็น Vulnerability ประการหนึ่งของการเกิดโรค Noyes และคณะ (1980) ได้ศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า มีอุบัติการณ์ของโรคนี้ในบิดา มารดา และบุตรสูงกว่าในกลุ่มควบคุม แต่มีอุบัติการณ์ของโรคทางจิตเวชอื่นๆ ไม่ต่างกัน นอกจากนี้ได้มีการศึกษาในครอบครัว ซึ่งพบว่า การเกิดโรควิตกกังวลชนิด

GAD มีความสัมพันธ์กับญาติลำดับแรกของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mendlewicz et al, 1993 cited in Hettema et al, 2004) และยังพบว่า โรควิตกกังวลชนิด GAD มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมเหมือนกันทั้งชายและหญิง ซึ่งประมาณร้อยละ 15-20 ของญาติสายตรง ได้แก่ พ่อ แม่ ลูก ของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD จะมีโอกาสป่วยเป็นโรควิตกกังวลชนิด GAD มากกว่าญาติสายตรงของคนปกติ (Hettema et al, 2004)

2. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) แนวคิดนี้เริ่มต้นจากการที่ Sigmund Freud ได้อธิบายทฤษฎีของเขา ในเรื่องเกี่ยวกับการทำงานของ Ego ที่ไม่สามารถจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่าง Id กับ Superego ได้ ทำให้มีพัฒนาการของ Ego ล่าช้า หรือหยุดชะงักลง โดยจะมีผลทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของ Ego บกพร่อง จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น เมื่อเกิดความขัดแย้งขึ้นในจิตใจ บุคคลจะใช้กลไกทางจิตในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตน แต่เมื่อการแก้ไขปัญหาต่างๆ ไม่ได้ผล จึงทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความวิตกกังวลได้ จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลที่รุนแรงมากขึ้น ซึ่งจะพัฒนาเป็นโรควิตกกังวลต่อไป รวมไปถึงถึงโรควิตกกังวลชนิด GAD ด้วย (Stuart & Sundeen, 1995; Nemaiah, 1977 cited in Townsend, 2000)

3. ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) นักพฤติกรรมบำบัดอธิบายว่า ความวิตกกังวลเป็นผลมาจากการเรียนรู้ต่อสิ่งเร้าที่เป็นอันตราย (noxious stimulus) ซึ่งในการดำเนินชีวิตตามปกติของมนุษย์ ต้องมีการเรียนรู้ และปรับตัวตามสิ่งที่เรียนรู้ตลอดเวลาเพื่อให้บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมตามสภาพการณ์ โดยบุคคลนั้นจำเป็นต้องมีความสามารถในการประมวลความคิด (information processing) เมื่อบุคคลเผชิญกับสิ่งที่ตนเองรู้สึกว่าเป็นอันตราย กระบวนการคิดเริ่มทำงาน โดยวิเคราะห์สถานการณ์ว่าตนเองจะเผชิญกับสิ่งเร้านั้นอย่างไร เช่น จะสู้ หรือจะหนี เพื่อช่วยให้ตนเองลดความรู้สึกว่ากำลังได้รับอันตราย ในคนบางคนไม่มั่นใจในวิธีการที่ตนเองเลือกใช้ในการเผชิญกับสิ่งคุกคามว่าจะช่วยให้ตนเองปลอดภัยจริงหรือไม่ หรือช่วยแก้ปัญหาให้ตนเองได้หรือไม่ จึงส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง ชนิดแยกแยะสถานการณ์ไม่ได้ (generalized anxiety disorder) (Kronenberger, 1996)

4. เหตุการณ์กดดันในชีวิตหรือความเครียด บุคคลที่มีเหตุการณ์กดดันในชีวิตด้านลบที่สำคัญและไม่ได้คาดหวังมาก่อน มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคนี้อีกเพิ่มขึ้น นอกจากนี้สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรควิตกกังวลชนิด GAD ได้ รวมถึงเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดโรควิตกกังวล ได้แก่ ความพิการทางร่างกาย หรือการที่บุคคลสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ยังมีเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำลง และรบกวนต่อการทำหน้าที่ในสังคม ที่มีสาเหตุมาจากการที่ต้องประสบกับ

เหตุการณ์ทางด้านลบ ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การหย่าร้าง การเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน (Stuart & Sundeen, 1995)

5. พัฒนาการของบุคลิกภาพ แนวคิดนี้ กล่าวถึงพัฒนาการของบุคลิกภาพของบุคคลว่า ถ้าบุคคลใดมีการพัฒนาบุคลิกภาพมาในลักษณะของการมีความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ มีการประเมินตนเองในด้านลบ จะทำให้บุคคลนั้นๆ ไม่สามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับความต้องการของสังคมและวัฒนธรรมได้ จึงทำให้พวกเขารู้สึกว่าถูกคุกคามด้านจิตใจอยู่ตลอดเวลา ซึ่งจะเกิดเป็นความผิดปกติทางด้านจิตใจและแสดงออกมาในรูปแบบของโรควิตกกังวล (Shive, 1990)

6. ทฤษฎีเกี่ยวกับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior theory) พื้นฐานของทฤษฎีนี้เสนอโดย Aaron Beck (1972) ตามแนวคิดนี้ได้อธิบายภาวะวิตกกังวลไว้ว่า สาเหตุเกิดจากรูปแบบของความคิดที่ผิดบิดเบือนหรือความคิดในเชิงลบ ไม่สร้างสรรค์ ที่เกิดร่วมกับพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่แปรปรวนไป ตามแนวคิดนี้ที่มีความเชื่อว่า ผู้ป่วยกลุ่มโรคความผิดปกติชนิดวิตกกังวล มักประเมินอันตรายหรือโอกาสที่ตนจะได้รับอันตรายสูงเกินความเป็นจริง ในขณะที่เดียวกันก็จะประเมินความสามารถของตัวเองที่จะต่อสู้หรือจัดการกับสิ่งที่มาคุกคามนั้นต่ำกว่าความเป็นจริงด้วย สำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวล GAD นั้น จะเป็นผู้ป่วยที่มีความคิดบิดเบือนไป โดยจะรับรู้และตีความเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ที่เกิดขึ้นว่ามาคุกคามต่อความสุข ทางร่างกายหรือทางสังคมของตน และความคิดที่บิดเบือนนี้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาให้เกิดโรควิตกกังวลชนิด GAD และทำให้ผู้ป่วยยังมีการต่างๆ อยู่ เช่น ความเชื่อที่ผิดๆ เกี่ยวกับความวิตกกังวล การมีความคิดต่อปัญหาในด้านลบ ความไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนในชีวิต และการใช้ความคิดหลีกเลี่ยงปัญหา (Gosselin & Laberge, 2003)

1.4 การประเมินความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD

การช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลนั้น ผู้ให้การช่วยเหลือต้องใช้เครื่องมือในการประเมินความวิตกกังวลเพื่อศึกษาถึงประสิทธิภาพของวิธีการช่วยเหลือ ซึ่งการประเมินความวิตกกังวลมีหลายวิธี Stuart และ Sundeen (1995) ได้แบ่งการประเมินความวิตกกังวลไว้ 3 แนวทาง คือ

1. การประเมินจากสภาพทางสรีระ (Physiological measure of anxiety) เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวล พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น ระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการเต้นของชีพจร การตรวจคลื่นสมอง การขยายของม่านตา ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ การวินิจฉัยต้องอาศัยผู้ชำนาญทางตรวจและการแปลผลการเปลี่ยนแปลงพบการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต และอัตราการเต้นของชีพจรนั้นอาจเกิดจากพยาธิสภาพของโรคต่างๆ ในระบบประสาทและหลอดเลือดที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ เช่น โรคไต โรคหัวใจ โรคความดัน

โลหิตสูงหรืออาจเกิดจากผลของการใช้ยาบางชนิด จากอาหาร บุหรี่ การออกกำลังกาย เป็นต้น ดังนั้นจึงมีความลำบากในการวัดความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้ เนื่องจากระดับความวิตกกังวลอาจไม่สัมพันธ์กับอาการที่แสดงออก

2. การประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคล (behavioral measure of anxiety) พบว่า เมื่อบุคคลเกิดความวิตกกังวลจะมีการตอบสนองทางด้านจิตใจ แสดงออกถึงความแปรปรวนในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงออกมานั้น เป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนมาจากอารมณ์ภายในซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้เช่น อาการกระสับกระส่าย ลูกลิ้นกลืน มือสั่น ถอนหายใจ ร้องไห้ หงุดหงิด ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร พุงอืดเรอขึ้น เป็นต้น

3. การประเมินโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report measure of anxiety) โดยให้บุคคลรายงานความรู้สึกวิตกกังวลของตนเอง ซึ่งอาจเป็นการรายงานด้วยการตอบแบบสอบถาม การเขียนหรือรายงานด้วยวาจา เป็นการวัดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้ โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบตามความรู้สึก แล้วนำมาประเมินระดับความวิตกกังวลแบบสอบถามดังกล่าวมีผู้สร้างหลายชนิด เช่น แบบสอบถามความวิตกกังวล STAI (The State-Trait Anxiety Inventory) ของ Spielberger, (1972) แบบสอบถามความวิตกกังวลแบบ MAS (The Taylor Manifest Anxiety) ของ Taylor (1982) เป็นต้น การประเมินความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้สามารถใช้ได้สะดวกและได้ผลดี ถ้าแบบวัดที่สร้างขึ้นมีความเที่ยงและความตรงสูง

1.5 ผลกระทบของการเกิดโรควิตกกังวลชนิด GAD

การเกิดโรควิตกกังวลนั้นจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ต่อครอบครัว ต่อสังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบต่างๆ นั้นพอจะจำแนกได้ดังนี้

1) **ผลกระทบต่อตัวเอง** มีทั้งด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งผู้ป่วยโรควิตกกังวลมักจะมีอาการของความวิตกกังวล เช่น ตื่นเต้น ตกใจง่าย นอนไม่หลับหรือหลับยาก ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม ใจหวิว หายใจได้ไม่เต็มที่ เหงื่อออก มือเท้าชา เนื่องจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ นอกจากนี้ความวิตกกังวลที่เรื้อรังอาจเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยทางกาย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น (เทียน หวี, 2536; ชอลดา พันธุเสนา, 2536 อ้างถึงในกนกวรรณ ทาสอน, 2545) และยังเป็นสาเหตุที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตประจำวันทำให้คุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นลดลง (Massion, 1993) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลมิใช่เพียงการที่ผู้ป่วยต้องประสบกับความเครียด ความวิตกกังวลภายในจิตใจของตนเองเท่านั้น แต่ผู้ป่วยโรควิตกกังวลอาจต้องเผชิญกับภาวะตกงานหรือภาวะที่เสื่อมสมรรถภาพในการ

ทำงาน ภาวะตกงานไม่ได้นำไปสู่ปัญหาทางเศรษฐกิจอย่างเดียว แต่ยังเกิดปัญหาทางสังคมและจิตใจ ขาดความภาคภูมิใจในตัวเองและชื่อเสียง ขาดจุดมุ่งหมายในชีวิตและต้องลดการติดต่อกับเพื่อนฝูง หรือเพื่อนร่วมงานในอดีตลง (Wallace, 1978)

2) ผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้เกิดความเครียดและเกิดความขัดแย้งในครอบครัว ย่างยิ่งขึ้น (Silverman & Nell, 1993 cite in Schweizer, 1995) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลงด้วย (Massion, 1993) เนื่องจากผู้ป่วยแสดงออกถึงความวิตกกังวล เมื่อญาติรับรู้ถึงสภาพความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยแสดงออกมา ญาติต้องคอยดูแลช่วยเหลือทำให้บรรยากาศภายในครอบครัวเครียดไม่เป็นสุข นอกจากนี้บทบาทในการดำเนินชีวิต เช่น อาจจะเป็นสามี ภรรยา พี่ชาย คนงาน เป็นต้น บทบาทเหล่านี้ ทำให้คนต้องมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นในแวดวงชีวิตของเขา เมื่อมีปัญหาสุขภาพจิตขึ้นมาก็อาจจะไปกระทบกระเทือนต่อบทบาท เหล่านี้ได้ และเมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึก สับสนต่อการรับผิดชอบในบทบาทต่างๆ หรือเมื่อรู้สึกว่าการทำตามความคาดหวังของผู้อื่นได้ยากขึ้น ก็ จะเกิดความไม่มั่นคงในสัมพันธภาพทางสังคมขึ้น ซึ่งจะบั่นทอนความอดทนของครอบครัว อันเป็น ปัจจัยที่นำไปสู่การเรียกร้องจากครอบครัวให้ผู้ป่วยต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลต่อไป (Wallace, 1978) และจากการมีสัมพันธภาพที่ไม่ดียังนำผลเสียมาสู่ครอบครัวในระดับกว้างขึ้น อาทิ รายได้ของครอบครัวลดลง เนื่องจากประสิทธิภาพของการทำงานของผู้ป่วย ตลอดจนปัญหา สุขภาพจิตในครอบครัวและชีวิตสมรส

3) ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ส่งผลโดยตรงต่อภาวะทางเศรษฐกิจที่ต้องใช้ จ่ายไปกับการรักษาอาการวิตกกังวล รวมทั้งรักษาอาการด้วยวิธีอื่นนอกจากยาตามการรักษาของ แพทย์ เช่น อาจซื้อยารับประทานเอง ไปรดน้ำมันต์ ไปผูกดวง (Blair & Ramones, 1996 อ้างถึงใน กนกวรรณ ทาสอน, 2545) และทำให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยหมกมุ่น อยู่กับความเจ็บป่วย การไปหาแพทย์เพื่อรักษา ตลอดจนการประกอบอาชีพการงาน ทำให้ผลงานไม่ มีประสิทธิภาพ การใช้ศักยภาพในทางการทำงานไม่เต็มที่ เกิดผลเสียต่องานได้ (Rickell & Schweizer, 1998)

1.6 การบำบัดรักษาเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล GAD

การบำบัดรักษาเพื่อลดความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวล ในปัจจุบันมี 2 แนวทางหลัก คือการรักษาด้วยยาและการรักษาที่ไม่ใช้ยา

การบำบัดรักษาด้วยยา (Pharmacological treatment) วิธีบรรเทาความวิตกกังวล โดยการให้ยา ยาที่ใช้บรรเทาความวิตกกังวล เรียกว่า Antianxiety drugs เป็นยาที่มีฤทธิ์ทำให้

ประสาทหลอน ลดความวิตกกังวล ความกระวนกระวาย ลดอาการตื่นเต้น เครียด บางครั้งอาจใช้เป็นยาที่ทำให้หลับ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์และมานิช หล่อตระกูล, 2548)

- Benzodiazepine เช่น diazepam ขนาด 5-15 มิลลิกรัม/วัน จะช่วยลดอาการวิตกกังวลและอาการทางกายได้ดี ซึ่งควรให้ยาต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน

- Propranolol เป็นยาที่อาจใช้ร่วมกับยาในกลุ่ม Benzodiazepine ในผู้ป่วยที่มีอาการทางกาย เช่น ใจเต้นเร็วหรือสั่น (tremor) ที่ไม่ตอบสนองต่อการใช้ยา Benzodiazepine แต่เพียงอย่างเดียว มีข้อควรระวังคือในผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบหัวใจและโรคหอบหืดมาก่อน

การบำบัดรักษาที่ไม่ใช้ยา (Non Pharmacological treatment) การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ด้วยวิธีอื่นที่ไม่ใช่นี้นั้นมีอยู่หลายวิธี ซึ่งในแต่ละวิธีจะมีผลในการช่วยลดทั้งอาการทางด้านร่างกาย และอาการทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ที่อาจแตกต่างกันออกไป มีดังต่อไปนี้

- จิตบำบัด (Psychotherapy) การบำบัดรักษาโดยจิตบำบัด มีหลักการเพื่อแก้ไขการมองโลกที่ผิดไปของผู้ป่วย ให้กลับมามองโลกอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (รัตนา สายพานิชย์และสมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก, 2546) การบำบัดรักษาโดยจิตบำบัดใช้ได้ผลกับโรควิตกกังวลชนิด GAD โดยเฉพาะในรายที่มีระดับอาการน้อยๆ และมักต้องใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาเสมอ แต่ข้อจำกัดของการบำบัดรักษาด้วยวิธีนี้ก็คือ ใช้ระยะเวลาการบำบัดรักษายาวนาน และสามารถบำบัดรักษาผู้ป่วยได้จำนวนน้อยคนในเวลาจำกัด (Papp & Gorman, 1995) การบำบัดรักษาโดยวิธีจิตบำบัดนี้ มีหลายวิธีด้วยกัน เช่น จิตบำบัดชนิดหยั่งรู้สภาพตนเอง (Insight/Dynamic Psychotherapy) และจิตบำบัดชนิดประคับประคอง (Supportive Psychotherapy)

- พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) คือ การรักษาที่มีทฤษฎีร่วมกันว่าอาการทางจิตใจนั้น เป็นผลของการเรียนรู้ทางพฤติกรรม (learned behavior) และสามารถแก้ไขได้ด้วยการเรียนรู้ใหม่ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) และเป็นวิธีที่มุ่งไปที่การควบคุมและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นหลัก การรักษาโรควิตกกังวลชนิด GAD โดยใช้พฤติกรรมบำบัดนี้มีหลายวิธี เช่น

Relaxation Training คือวิธีการที่ทำการฝึกปฏิบัติแล้วทำให้เกิดการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ วิธีที่นิยม เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า (Progressive Muscle Relaxation) การฝึกการหายใจ (Breathing exercise) การใช้จินตนาการภาพ (Visual Imagery Training) หรือการทำสมาธิ (meditation) เป็นต้น

การใช้เครื่องวัดสัญญาณทางชีวภาพ (Biofeedback) คือการใช้เครื่องมือช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสรีรวิทยาของร่างกาย อาจเป็นระบบกล้ามเนื้อ หรือระบบประสาทอัตโนมัติ โดยผู้ป่วยหัดรับรู้ถึงการทำงานทางสรีระของตนด้วยการอ่านสัญญาณภาพหรือฟังเสียง

จากเครื่องมือ ซึ่งเป็นตัวสะท้อน (feedback) ถึงการทำงานของร่างกาย และฝึกหัดเพื่อควบคุมและแปรสัญญาณเหล่านี้ (จันทิมา องค์ไวยิต, 2545)

การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive Muscle Relaxation) เป็นการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อกลุ่มใหญ่ๆ เพื่อให้ร่างกายสามารถผ่อนคลายได้ เทคนิคนี้เป็นเทคนิคที่ง่ายและช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างความตึงเครียดกับการผ่อนคลายในร่างกายตนเองได้อย่างชัดเจน

- การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) เป็นการบำบัดความคิดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีหลักการบนพื้นฐานทฤษฎีว่า อารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลมีอิทธิพลมาจากความคิด วิธีการบำบัดจะฝึกให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือทำให้อารมณ์แย่ลง และฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิดที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น จากนั้นจะให้ผู้ป่วยประเมินความคิดดังกล่าว และตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ ด้วยความคิดใหม่ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ดีขึ้น และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลในการลดความวิตกกังวลโดยใช้แนวทางการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ซึ่งปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าเป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ที่มีประสิทธิภาพและได้ผลดี (Jame et al. 2000; ทิภาพร อังกุล, 2543; กนกวรรณ ทาสอน, 2545 และณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) เพราะสามารถลดความวิตกกังวล แก้ไขปัญหาการพึ่งยา ลดผลกระทบที่เกิดจากฤทธิ์ของยารวมถึงการใช้จ่ายค่าวัตถุประสงค์ได้ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับผลของการใช้การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD โดยการรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ต่างๆ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

2. การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy)

การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) นั้น มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) โดยจะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงความคิด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมตามมา บางครั้งจึงเรียกว่า การปรับพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavior Modification หรือ CMB) หรือบางคนเรียกว่า การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (Cognitive Behavior Therapy หรือ CBT) (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549) เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยเหลือให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิดที่ผิดบิดเบือน หรือเป็นความคิดในเชิงลบ ไม่สร้างสรรค์ ที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อันก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้ ซึ่งมี

การประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้มาใช้ในการจัดการแก้ไขกับปัญหาที่เผชิญในชีวิต ทฤษฎีการเรียนรู้ทางด้านการคิด (Cognitive theory) Aaron Beck(1967) เป็นผู้ริเริ่มพัฒนาทฤษฎีทางด้านการคิด และนำมาเป็นพื้นฐานของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม โดยรูปแบบการบำบัดเป็นการเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิด การรับรู้ที่ผิดพลาด และการแปลผลที่บิดเบือน ให้นำไปสู่ความคิดที่มีประสิทธิภาพ สามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหได้อย่างเหมาะสม สำหรับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) เป็นวิธีการบำบัดที่มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Beck (1976) ให้ความหมาย การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมว่า หมายถึง การบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหในปัจจุบัน โดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา ซึ่งมีขั้นตอนการบำบัด 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบให้ตรงตามความเป็นจริง การปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหาและความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา และการค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหามาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมและบิดเบือน ให้เป็นความคิดที่สมเหตุ สมผลและเหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น

Stuart & Laraia (1998) ให้ความหมายการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมว่า เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหในปัจจุบัน มีเป้าหมายในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน ผู้รับการรักษาจะต้องมีบทบาทในการวางแผนเป้าหมายของการรักษาร่วมไปกับผู้บำบัดรักษาด้วย

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย(2549) ให้ความหมาย การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมว่า เป็นการบำบัดโดยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือน ไม่สมเหตุสมผลตามความเป็นจริงต่อสถานการณ์ต่างๆ ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล และเหมาะสมถูกต้องตามความเป็นจริง อีกทั้งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่แสดงออกให้เหมาะสมขึ้น โดยใช้เทคนิคการปรับความคิดที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ การคาดหวัง และการตีความเหตุการณ์ต่างๆ ของบุคคล

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2549) ให้ความหมาย การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมว่า เป็นการนำกระบวนการของความคิดมาประยุกต์ใช้ โดยช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ปรับเปลี่ยนมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์จากเดิมที่เคยบิดเบือน กลายเป็นมุมมองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ที่ตรงกับความเป็นจริงมากยิ่งขึ้น

กล่าวได้ว่า การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนั้นก็คือ การบำบัดโดยใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือน การ

ดีความที่ไม่สมเหตุสมผลต่อสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ต่างๆ ให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล และเหมาะสมตามความเป็นจริง โดยมีขั้นตอนการบำบัด 4 ขั้นตอนคือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบให้ตรงตามความเป็นจริง การปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหาและความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา และการค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญห ซึ่งจะทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น

2.1 องค์ประกอบพื้นฐานของทฤษฎีความคิด (Cognitive theory)

อารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคลนั้น เป็นผลมาจากการบิดเบือนความคิด หรือการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตด้วยความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง นอกจากนี้ความรู้สึก อารมณ์ และความคิดนั้น มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน และมักจะเสริมแรงซึ่งกันและกัน จึงเป็นผลทำให้เกิดความบกพร่องทางอารมณ์และความคิดมากขึ้น (Beck, 1979) ความคิดที่บิดเบือนในทางลบทำให้เกิดอารมณ์ทางด้านลบเพิ่มมากขึ้น และอารมณ์ทางลบก็ส่งผลให้ความคิดทางด้านลบเพิ่มมากขึ้นด้วย ซึ่งองค์ประกอบทางความคิดที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพมีอยู่ 3 รูปแบบ (จันทิมา องค์ไวยมิต, 2545)

1. ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts)

ความคิดอัตโนมัติเป็นความคิดระดับหน้า (surface) ทั้งแบบคำพูด (verbal) และจินตลักษณะ (pictorial experience) ที่ทำให้ความรู้สึกไม่ดีคงอยู่ เป็นความคิดที่มีลักษณะอัตโนมัติทั้งในแง่ที่เกิดขึ้นเองด้วยตนเองโดยไม่สามารถบังคับหรือฝืนไม่ให้คิดได้ แต่คนจำนวนมากมักไม่รู้ตัวตนเองกำลังคิดอยู่ ต้องอาศัยการฝึกทักษะให้จับความคิดของตนเองได้ก่อนหน้าที่จะทำการรักษาต่อ ความคิดอัตโนมัตินี้เป็นต้นเหตุทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่ดี เช่น ความรู้สึกซึมเศร้ามักเกิดจากความคิดเรื่องของความสูญเสีย ความพ่ายแพ้ การถูกปฏิเสธ ถูกทอดทิ้ง ความสิ้นหวัง ในขณะที่ความวิตกกังวลเกิดความรู้สึกว่าอันตราย มีภัยคุกคาม เป็นต้น

2. ความคิดบิดเบือนความจริงหรือความคิดผิดพลาด (Cognitive distortions หรือ Cognitive errors)

ปัญหาในความคิดนี้เป็นการแปลความจริงที่บิดเบือนไป จนทำให้เกิดความคิดในแง่ลบโดยทั่วไปแล้ว ความคิดผิดพลาดที่พบได้บ่อย มักเป็นในลักษณะของการคิดทำนายอนาคต หรือการคิดทำนายว่าผู้อื่นจะปฏิบัติตนหรือประพฤติอย่างไร โดยไม่มีหลักฐานสนับสนุน การเลือกสนใจแต่เฉพาะข้อมูลที่เห็นพ้องกับสิ่งที่ตนคาดหมายและเลือกไม่สนใจ หรือรับรู้ข้อมูลที่ค้านกับความคาดหมายของตน เมื่อเกิดเรื่องราวที่ไม่ดีขึ้นจะรับพิศชอบหรือรับผิดมากเกินไป โดยไม่

ยอมรับว่าผู้อื่นหรือสถานการณ์มีส่วนร่วมก่อให้เกิดเรื่องด้วย และการมองสถานการณ์แบบขาวกับดำ ได้หรือเสียไปหมด และไม่ยอมรับความสำเร็จหรือการคืบหน้าแบบบางส่วน ปัญหาความคิดที่บิดเบือนที่พบได้บ่อย (สมบัติ ตาปัญญา, 2549)

2.1 ความคิดที่สรุป หรืออนุมานจากความรู้สึกของตน (emotional reasoning) เช่น เมื่อรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ก็สรุปว่าตนเองเป็นคนที่หมดหวังในอนาคต เมื่อรู้สึกโกรธก็สรุปว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง เมื่อรู้สึกผิดก็สรุปว่าตนเองเป็นคนที่ไม่ดี เป็นต้น

2.2 ความคิดที่ไม่แยกแยะเรื่องราว (overgeneralization) มีการอนุมานหรือสรุปอย่างไม่มีหลักฐานจากประสบการณ์เดียว โดยมองทุกอย่างรวมเหมือนกันไปหมดมากเกินไป ถ้าเกิดเรื่องที่ไม่ดีขึ้นเรื่องหนึ่ง ก็คิดว่าทุกอย่างที่เกิดขึ้นต่อไปก็ต้องไม่ดีไปหมดเสมอ (always) เช่น การได้ฟังข่าวว่าเครื่องบินตกเครื่องหนึ่ง ก็ทำให้คิดไปว่าการเดินทางทางอากาศนั้นไม่ปลอดภัยไปหมด หรือการที่เพื่อนคนหนึ่งไม่ชอบตน ก็กลายเป็นคิดว่า ทุกคนไม่ชอบตนเองไปหมด เป็นต้น

2.3 ความคิดสุดขั้ว (catastrophizing) เป็นความคิดแบบ over generalization ที่รุนแรง มีการแปลสถานการณ์หรือเรื่องที่เกิดขึ้นให้รุนแรงสุดขีดเป็นความหายนะ เช่น การที่คิดว่าสอบเข้ามหาวิทยาลัยไม่ได้ แปลว่าชีวิตนี้สิ้นหวัง หมดอนาคตหรือการที่คิดว่าไม่ได้เลื่อนชั้นแปลว่าหมดความก้าวหน้าในอาชีพแล้วหรือถ้ามีอาการแพนิค แปลว่าตนเองไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จะต้องกลายเป็นบ้า เป็นต้น

2.4 การคิดขยายใหญ่โตเกินความจริงหรือเป็นเรื่องเล็กเกินจริง (magnification หรือ minimization) เมื่อความคิดเกี่ยวกับปัญหาหรือความผิดพลาดของตนเองถูกมองแบบขยายให้ใหญ่โตเกินความเป็นจริง ความคิดเช่นนั้นเป็นความคิดแบบ magnification ตัวอย่าง เช่น การคิดว่าตนเองไม่เก่งเลย เพื่อนร่วมงานทุกคนเก่งกว่าตนเองไปหมด เป็นการขยายความคิดว่าตนไม่เก่งจนมองว่าเพื่อนทุกคนเก่งกว่าตน

เมื่อลักษณะความคิดว่าเรื่องที่ผิดของตนเองเป็นเรื่องเล็ก ความคิดเช่นนั้น เรียกว่า minimization เช่น การสอบได้ถูกมองว่าเป็นเพราะบังเอิญ เพราะตนเองไม่เก่งเลย เป็นความคิดที่ลดความสำคัญของความสามารถของตน เป็นต้น

2.5 ความคิดแบบขาวหรือดำ (dichotomous (All or Nothing) thinking) เมื่อความคิดที่แบ่งเรื่องราวหรือผลลัพธ์ที่ซับซ้อนหรือต่อเนื่องไปในลักษณะขาวหรือดำไปหมด หรือต้องสมบูรณ์ บวกหรือลบไปหมดโดยที่ไม่จำเป็น เมื่อสถานการณ์ไม่สมบูรณ์แบบเต็มร้อยก็จะเห็นเป็นตรงกันข้าม เป็นความล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง เช่น เมื่อผลงานมีความผิดพลาดเพียงจุดเดียว ก็มองว่างานนี้ล้มเหลวไปหมด เป็นต้น

2.6 การคิดบังคับตนเอง (should/must/ought statements) เป็นการคิดที่มีลักษณะ บังคับตนเองว่าเรื่องนั้น “ควร” หรือ “ต้อง” หรือ “น่าจะต้อง” เป็นไปตามความคาดหวังหรือความปรารถนาของตนเป็นความคิดที่แสดงให้เห็นถึงการมีมาตรฐานที่เข้มงวดหรือการสันนิษฐานว่าไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ภายนอกได้ ความคิดเช่นนี้ย่อมทำให้เกิดปัญหาได้ ถ้าเป็นความคิดเกี่ยวกับตนเอง เช่น นักดนตรีที่ต้องเล่นเพลงที่ยากมาก คิดว่าตนเอง “ต้อง” เล่นไม่พลาดเลย แม้แต่โน้ตเดียว ย่อมรู้สึกผิดหวังในตนเอง ละอายใจ หรือรู้สึกผิดได้เมื่อเกิดความผิดพลาดเพียงน้อยนิด เมื่อความคิดนี้เป็นความคาดหวังผู้อื่น เช่น การคิดว่าลูก “ต้อง” สอบเข้ามหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงได้ ก็ทำให้เกิดความผิดหวัง โกรธเคือง หรือขุ่นเคืองลูกเพราะความไม่สมหวัง

2.7 ความคิดคาดเดาไปล่วงหน้าหรือตีตนไปก่อนไข้ (negative predictions) เป็นการทำงานไปในทางลบคือการใช้ความคิดในแง่ร้าย หรือความล้มเหลวในอดีตมาพยากรณ์ว่าจะเกิดความล้มเหลวในสถานการณ์ใหม่ล่วงหน้าอย่างไม่เหมาะสม บางครั้งเรียกความคิดที่ผิดพลาดนี้ว่า “fortune telling” หรือการเป็นหมอดู

2.8 ความคิดเอาเอง (mind reading) การสรุป เดา หรือการอนุมานในทางลบเกี่ยวกับความคิด ความเจตนา หรือสิ่งที่คิดใจผู้อื่นโดยที่ไม่มีหลักฐานมาสนับสนุน

2.9 ความคิดนิยามไปทางลบ (labelling) ลักษณะที่ไม่ดีของบุคคลหรือสถานการณ์ถูกนิยามไว้อย่างแน่นอน ดังนั้นแทนที่การคิดว่า “ฉันทำข้อสอบผิด” กลับเป็นคิดว่า “ฉันมันโง่” การตั้งนิยามเช่นนี้ไม่มีเหตุผล เพราะการกระทำอย่างหนึ่ง มิได้หมายความว่าบุคคลผู้นั้นกลายเป็นคนเช่นนั้น การคิดเช่นนี้ไม่มีประโยชน์เพราะนำมาแต่ความไม่สบายใจ ความโกรธ ความผิดหวัง หรือการสูญเสียคุณค่าในตนเอง ถ้าเป็นความคิดเกี่ยวกับตนเอง และเมื่อนำมาใช้กับผู้อื่น เช่น การนิยามผู้อื่นว่า “เป็นคนไม่มีน้ำใจ คนใจดำ” ก็รังแต่ทำให้มองผู้นั้นในแง่ลบ เกิดความขุ่นใจ โกรธซึ่ง ไม่พอใจในผู้นั้น

2.10 ความคิดโทษตนเองและผู้อื่น (personalization และ blame) การแปลเหตุการณ์ สถานการณ์ หรือพฤติกรรมภายนอกว่าเป็นตัวแสดงหรือยืนยันให้เห็นว่าตนนั้นไม่ดี ดังเช่นเมื่อผู้ป่วยได้รับรายงานว่าลูกสาวเรียนไม่ดี ก็กลับไปคิดว่า “ฉันผิดเองที่เป็นแม่ไม่ดี” แทนการพยายามหาต้นเหตุของปัญหา การคิดเช่นนี้นำไปสู่ความรู้สึกผิด การลงโทษตนเอง ความละอายใจและความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไร้ความสามารถ

บางคนอาจมีความคิดที่ตรงกันข้าม เพราะเมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่ดีขึ้น ก็จะโทษผู้อื่นอยู่เสมอ โดยไม่พยายามดูว่าตนมีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ได้เช่นไร เช่น “ที่ชีวิตแต่งงานฉันไม่ราบรื่น เพราะสามีเป็นคนแย่มากไม่มีเหตุผลเลย”

2.11 ความคิดวนเวียนด้านลบ (selective negative focus) ความคิดนี้เป็นความคิดที่มุ่งเน้นแต่เรื่องราว ความทรงจำ หรือความหมายที่เป็นลบอยู่อย่างเดียว โดยไม่สนใจกับเรื่องที่ดี หรือที่เป็นกลาง หรือมองว่าเรื่องที่ดีนั้นไม่มีความสำคัญ ไม่นับ เช่น ผู้ป่วยย้ำคิดและกลุ่มใจอยู่หลายวันหลังจากที่เพื่อนร่วมงานคนหนึ่งได้ทักท้วงผลงานของผู้ป่วย ทั้งที่ผู้ป่วยได้รับคำชมเชยจากนายและเพื่อนร่วมงานคนอื่น ๆ ว่าผลงานดีเยี่ยม เป็นต้น ความคิดเช่นนี้ย่อมเป็นสาเหตุให้คนคิดต้องปราศจากความสุขและความพึงพอใจในชีวิตของตน

2.12 ความคิดหลีกเลี่ยงหรือไม่เผชิญความจริง (cognitive avoidance) ความคิดความรู้สึกหรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีถูกมองว่าเป็นเรื่องที่รุนแรงหรือไม่มีทางเอาชนะได้ ดังนั้นจึงต้องปิดบังหรือหลีกเลี่ยงไม่เผชิญด้วย

2.13 ความคิดแปลสิ่งกระตุ้นภายในรุนแรงเกินจริง (somatic (mis) focus) ความโน้มเอียงที่จะแปลสิ่งที่กระตุ้นภายใน เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ การเต้นของหัวใจ อาการใจสั่น วิงเวียน แน่นหน้าอก หรืออาการชา เป็นอาการบ่งชี้ว่าเกิดเหตุการณ์ที่ร้ายกาจขึ้น เช่น หัวใจวาย หรือ ชัก เป็นต้น

3. แบบแผนความคิด (Schemata) รายละเอียดหรือข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและภาวะแวดล้อมที่ผ่านการรับรู้และถูกเก็บไว้ แต่จะถูกเรียกนำมาใช้บ่อยครั้งและสร้างระบบหรือแบบแผนความคิดขึ้น หรือเรียกว่า Schemata ของบุคคลผู้นั้น การมีแบบแผนความคิดช่วยให้เจ้าตัวเห็นความเหมือนเมื่อได้ข้อมูลมาใหม่ ทำให้โยงข้อมูลใหม่กับความรู้ที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ พยาธิสภาพเกิดขึ้นเมื่อระบบ หรือแบบแผนความคิดไม่เป็นกลาง ทำให้มีการแปลสถานการณ์ใหม่ไปในทางลบ เป็นความล้มเหลว ความสูญเสียหรืออันตราย โดยที่บุคคลผู้นั้นไม่รู้ตัว เมื่อใดที่เขาอยู่ในภาวะที่ความรู้สึกหรือสถานการณ์สอดคล้องกับแบบแผนความคิดที่มีอยู่ ระบบความคิดจะถูกกระตุ้น และทำให้การรับรู้ และการแปลสถานการณ์ทั้งปัจจุบันและอนาคตถูกควบคุมโดยระบบที่ผิดพลาด

2.2 ข้อตกลงเบื้องต้นของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีแนวคิดพื้นฐานว่าอารมณ์ของบุคคลเกิดจากความคิดในการรับรู้และแปลความสิ่งเร้าที่มากระตุ้น จึงมีการกำหนดข้อตกลงเบื้องต้นของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Beck et al, 1979) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การรับรู้และการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาของบุคคล สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยการคิดทบทวนซ้ำและตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับมาอีกครั้ง
2. ความคิดของบุคคลเป็นผลมาจากสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกบุคคล

3. การประเมินสิ่งเร้าของบุคคลมีผลต่อความคิดและจินตภาพ
4. ความคิดของบุคคลเป็นปรากฏการณ์ที่อยู่ในระดับของจิตสำนึก (stream of consciousness) สามารถรับรู้ได้ ซึ่งความคิดของบุคคลจะแสดงถึงลักษณะของบุคคลนั้น สิ่งแวดล้อม หรือโลกของเขา และอดีตที่เขาประสบมา รวมทั้งแนวโน้มในอนาคต
5. การปรับเปลี่ยนความคิดมีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม
6. วิธีการบำบัดทางจิตใจ ส่งผลให้บุคคลรับรู้ถึงความคิดที่บิดเบือนไป
7. การปรับเปลี่ยนความคิดสามารถที่จะบรรเทาอาการและอาการแสดงทางคลินิกได้จากข้อตกลงเบื้องต้นของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนำไปสู่การบำบัดที่มีลักษณะสำคัญ ดังต่อไปนี้

2.3 ลักษณะสำคัญของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ลักษณะสำคัญของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม(สุชาติ พหลภาคย์, 2547) มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ต้องเกิดจากความร่วมมือในการบำบัดระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด
2. ใช้ระยะเวลาสั้น สนับสนุนให้ผู้รับการบำบัดพัฒนาทักษะการพึ่งตนเอง
3. มีโครงสร้างและทิศทางในการบำบัดที่ชัดเจน
4. ผู้บำบัดใช้การตั้งคำถามให้ผู้รับการบำบัดค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหที่เหมาะสมกับตนเองมากกว่าที่จะใช้การโน้มน้าวหรือการสอน
5. ผู้รับการบำบัดจะต้องมีการเรียนรู้ถึงโครงสร้างทางความคิด และความเชื่อจากสมมติฐานที่สามารถตรวจสอบได้อย่างเปิดเผย
6. ผู้รับการบำบัด จะต้องมีการเรียนรู้ถึงวิธีการทางความคิด และวิธีการทางพฤติกรรม เช่น ทักษะที่ต้องได้รับการฝึกปฏิบัติ และการนำไปใช้ในภาวะแวดล้อมของผู้รับการบำบัด โดยผ่านการมอบหมายงานแบบให้ที่บ้าน เป็นต้น

2.4 ขั้นตอนการบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ขั้นตอนของการบำบัดพฤติกรรมความคิด ประกอบด้วยวิธีการ 4 ขั้นตอน (Beck et al, 1979) ดังต่อไปนี้

1. การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ ขั้นแรกผู้บำบัดอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงความหมายของความคิด ความคิดอัตโนมัติ ตระหนักถึงความสำคัญของความคิดอัตโนมัติ โดยผู้บำบัดฝึกผู้รับการบำบัดให้จับความคิดและค้นหาความคิดอัตโนมัติและวิธีการคิดที่ผิดไปในทางลบ และบิดเบือนของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเองแบบอัตโนมัติ หลังจากนั้นมอบหมายการบ้านให้

ผู้รับการบำบัดจับความคิดอัตโนมัติในทางลบและความคิดที่บิดเบือน ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลของตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ แล้วบันทึกความคิดเหล่านั้นไว้ ในระยะแรกๆ ผู้รับการบำบัดอาจไม่สามารถจับความคิดอัตโนมัติในทางลบและความคิดที่บิดเบือนที่เกิดขึ้นได้ อาจให้ผู้รับการบำบัดบันทึกความคิดที่เกิดขึ้นเมื่ออารมณ์เปลี่ยนแปลงไป วิธีการที่จะค้นหาและแยกแยะความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง มีวิธีการดังนี้

1.1 บันทึกความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นนั้นทันทีทันใด

1.2 ให้ผู้รับการบำบัดจัดช่วงเวลาในแต่ละวัน เพื่อที่จะทบทวนแล้วบันทึกความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้น หรืออาจให้ผู้รับการบำบัดบันทึกถึงความคิดที่ทำให้รู้สึกไม่สบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องที่มักจะผ่านเข้ามาในความคิดบ่อยครั้งให้ละเอียดมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

1.3 ให้ผู้รับการบำบัดค้นหาเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้รู้สึกวิตกกังวล แล้วบันทึกเหตุการณ์และความคิดที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์นั้นๆ เช่นให้ผู้รับการบำบัดบันทึกถึงเรื่อง “เหตุการณ์ที่แย่ที่สุดของวันนี้ที่ทำให้ฉันรู้สึกวิตกกังวล”

1.4 ผู้บำบัดชี้ให้ผู้รับการบำบัดเห็นถึงสิ่งเร้าหรือสถานการณ์นำและความคิดที่ทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดความวิตกกังวล

วิธีการทั้งหมดดังกล่าวมาข้างต้น จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถที่จะค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้น และตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติในทางลบที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งหลังจากผู้รับการบำบัดสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเองได้แล้ว ก็ให้บันทึกความคิดนั้นๆ โดยการใช้แบบบันทึกความคิดอัตโนมัติในทางลบ ซึ่งเป็นวิธีการที่ผู้บำบัดนำมาใช้เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ฝึกทักษะในการค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ พิจารณาถึงความคิดอัตโนมัติในทางลบอย่างมีเหตุผล ทำให้ผู้รับการบำบัดเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติในทางลบกับความวิตกกังวลและความแตกต่างระหว่างสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับความคิดอัตโนมัติในทางลบของผู้รับการบำบัดที่เกิดจากการตีความสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง การให้ผู้รับการบำบัดบันทึกความคิดอัตโนมัติในทางลบและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้รับการบำบัดต่อความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นลงในแบบบันทึก เป็นวิธีการเบื้องต้นในการตรวจสอบ การประเมิน และการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ

2. การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง เป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้รับการบำบัดและผู้บำบัด โดยผู้บำบัดจะช่วยผู้รับการบำบัดตรวจสอบว่าความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นมีความแม่นยำตรง มีความสมเหตุสมผลหรือตรงตามสภาพตามความเป็นจริงเพียงใด แต่ผู้บำบัดต้องไม่ทำให้ผู้รับการบำบัดคิดว่าปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่เผชิญอยู่มีสภาพดีกว่าที่เป็นอยู่จริง ผู้บำบัดใช้วิธีการโดยกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดวิเคราะห์ว่าใน

สถานการณ์นั้นๆ สามารถเกิดได้จากสาเหตุอื่นๆ หรือมีความเป็นไปได้อย่างอื่นอีกหรือไม่ อาจมีการเปรียบเทียบกับความคิดที่มีเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่มีความวิตกกังวลสาระสำคัญของการตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบก็เพื่อให้บุคคลมีการแก้ไข ปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ โดยการวิเคราะห์ความคิด ทักษะการให้ความหมายของผู้รับการบำบัดต่อปัญหาหรือสถานการณ์นั้นๆ เป็นการสะท้อนให้ผู้รับการบำบัดเห็นถึงความคิดที่ไม่เหมาะสม ไม่สมเหตุสมผล และความคิดที่มุ่งแต่จะโทษตนเอง การที่ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้ที่จะตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบกับสถานการณ์ต่างๆ ตามความเป็นจริงทำให้มีโอกาสที่จะประเมินความคิดอัตโนมัติในทางลบของตนเองว่ามีความเหมาะสม หรือสมเหตุสมผลหรือไม่ ทำให้ผู้รับการบำบัดตระหนักถึงความคิดที่ไม่ถูกต้องแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนไป

3. การปรับเปลี่ยนความคิด เมื่อผู้รับการบำบัดสามารถค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ และตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบได้แล้วจะทำให้ผู้รับการบำบัดสามารถที่จะปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบจะทำให้ผู้รับการบำบัดมีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผลตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) วิธีการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีมุมมองในการคิดที่ยืดหยุ่น สมเหตุสมผลตรงตามความเป็นจริงมากขึ้น มีวิธีการดังนี้

3.1 การปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหา (retribution) ผู้ป่วยโรควิตกกังวลมักจะมีความคิดอัตโนมัติในทางลบ ไม่สร้างสรรค์ เกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยมองปัญหาว่าเกิดจากตัวของเขาเองทั้งหมด มีการมองปัญหาในลักษณะยึดมั่นกับความคิดของตนเองไม่ยืดหยุ่น เป็นต้น วิธีการปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหา สามารถสรุปได้ดังนี้

- ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดร่วมกันทบทวนถึงสิ่งเร้า สถานการณ์ หรือปัญหาที่ทำให้ผู้รับการบำบัดคิดตำหนิตนเอง ตามสภาพความเป็นจริง
- ผู้บำบัดตั้งคำถามให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาว่ามีปัจจัยเหตุอื่นๆ ที่ร่วมกันก่อให้เกิดปัญหากับผู้รับการบำบัดอีกหรือไม่
- ผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาว่า ปัญหาที่มีสาเหตุได้ทั้งจากตัวผู้รับการบำบัดเองและปัจจัยภายนอกอื่นๆ ร่วมกัน
- ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัด บอกถึงพฤติกรรมที่แสดงถึงความรับผิดชอบต่อปัญหานั้นๆ เปรียบเทียบระหว่างผู้รับการบำบัดและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้น
- ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดทบทวนความคิดของตนเองที่คิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นความรับผิดชอบของตนเองเต็ม 100 เปอร์เซ็นต์ โดยให้ลองคิดพิจารณาให้คะแนนความ

รับผิดชอบใหม่อีกครั้ง หลังจากผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดฝึกคิดตามวิธีการในการปรับเปลี่ยนความคิด

3.2 การปรับเปลี่ยนความคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา (decatastrophizing) ผู้ที่มีความวิตกกังวลมักจะมองสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่ประสบ แล้วแปลความคิดที่ผิด บิดเบือน หรือเป็นความคิดในเชิงลบ คาดการณ์ถึงเฉพาะแต่ผลลัพธ์ในทางลบ (catastrophic thinking) ที่จะเกิดขึ้นจากสถานการณ์นั้นๆ เมื่อเผชิญกับปัญหาผู้ที่มีความวิตกกังวลมักจะมองว่าปัญหานั้นไม่สามารถแก้ไขได้ จึงไม่คิดหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ผู้บำบัดใช้วิธีการเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดของผู้รับการบำบัดใหม่โดยกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัด ตระหนักถึงความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกี่ยวกับปัญหานั้นตามความเป็นจริง ปัจจัยเหตุอื่นๆ ที่อาจรวมก่อให้เกิดปัญหา ถ้าความคิดอัตโนมัติในทางลบที่เกิดขึ้นของผู้รับการบำบัดตรงตามความเป็นจริง ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาว่าจะเกิดผลลัพธ์อะไรบ้าง ถ้าผู้รับการบำบัดต้องอยู่ในสถานการณ์นั้นจริงๆ ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นน่าหวาดกลัวอย่างที่ผู้รับการบำบัดคิดหรือไม่ แล้วถ้าผู้รับการบำบัดมีความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบต่อไปจะมีผลอย่างไรบ้างต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านอารมณ์และความรู้สึก ต่อมาผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด จึงร่วมกันค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

4. การค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ความคิดของผู้ป่วยโรควิตกกังวล มักจะเป็นรูปแบบของความคิดที่ผิด บิดเบือน หรือเป็นความคิดในเชิงลบ ไม่สร้างสรรค์ ซึ่งจะสามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและแยกแยะความคิดอัตโนมัติในทางลบ สิ่งเร้า หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้ ดังนั้นการค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหาก็เป็นวิธีการเพื่อให้ผู้รับการบำบัดมองปัญหาในแง่มุมใหม่ ซึ่งมีลักษณะของการคิด การตีความปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาในแนวทางอื่นๆ

2.5 ลักษณะและระยะเวลาในการทำการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีลักษณะ ระยะเวลา ความถี่ และจำนวนครั้งในการบำบัด ดังมีรายละเอียด ต่อไปนี้ (Beck et al, 1979)

1. ลักษณะการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เสนอแนะว่า ในการทำการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมควรเป็นกลุ่มปิด ขนาดเล็ก จำนวนผู้รับการบำบัดตั้งแต่ 4-8 คน (Beck et al, 1979) เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เตรียมความพร้อมร่วมกัน ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นของการบำบัด เกิดความร่วมมือ ความเข้าใจและยอมรับการเป็นสมาชิกของกลุ่ม เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน จึงจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัดมากที่สุด

2. ระยะเวลาและความถี่ในการทำกลุ่มการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ระยะเวลาในการบำบัด แต่ละครั้ง ควรใช้เวลา 1.5 – 2 ชั่วโมง โดยเวลา 2 ชั่วโมง จะเหมาะสมมากที่สุด กลุ่มผู้รับการบำบัดมีความสนใจและให้ความร่วมมือในการบำบัดได้ดี เนื่องจากผู้บำบัดไม่เหนื่อยล้าจนเกินไป ความถี่ของการบำบัดแต่ละครั้ง ควรทำการบำบัดอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (Beck et al., 1979)

3. จำนวนครั้งในการทำกลุ่มการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ควรมีจำนวนครั้งในการบำบัดตั้งแต่ 12- 20 ครั้ง (Beck et al, 1979) โดยผู้บำบัดวางแผน กำหนดจำนวนครั้งในการบำบัด แล้วเสนอตกลงร่วมกับกลุ่มผู้รับการบำบัดอีกครั้ง เพื่อให้กลุ่มผู้รับการบำบัดทราบถึงกำหนดการและแนวทางในการบำบัดที่ชัดเจน

3. การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวล GAD

3.1 เทคนิคการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวล GAD

การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่มีโครงสร้าง ผู้บำบัดมีบทบาทเป็นผู้นำในการบำบัดรักษาและใช้วิธีชี้ทางเพื่อช่วยแก้ไขตามอาการและเป็นการแก้ปัญหา โดยให้ความสำคัญที่ภูมิหลังที่เป็นต้นเหตุของอาการนั้น วิธีการนี้มีประโยชน์ และใช้ระยะเวลาสั้นในการบำบัดรักษา ผู้รับการบำบัดก็ต้องมีบทบาทและให้ความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการทำการบ้านที่ผู้บำบัดมอบหมายให้ เป็นวิธีที่นิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวล และนำไปใช้ร่วมกับการรักษาจิตบำบัดวิธีอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี เพราะการรักษาจิตบำบัดจะสัมฤทธิ์ผลได้ก็ต่อเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในด้านความนึกคิดของผู้รับการบำบัดร่วมด้วย ซึ่งประกอบด้วยเทคนิค 3 อย่าง คือ เทคนิคการสอน เทคนิคการบำบัดทางความคิด และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Beck et al, 1979; สุชาติ พหลภักย์, 2547 ; สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

1. เทคนิคการสอน (Didactic Aspects) หมายถึงผู้บำบัดอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแบบแผนการคิดของผู้รับการบำบัด (Cognitive triad) โครงสร้างความคิด (Schema) ที่ไม่เหมาะสมของผู้รับบำบัด โดยผู้บำบัดจะต้องบอกผู้รับการบำบัดให้รู้ถึงวิธีการและตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับการคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แล้วร่วมกันทดสอบสมมติฐานที่ตั้งขึ้น และอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และเหตุผลของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดความกระจ่างและให้ความร่วมมือ

2. เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive Techniques)

2.1 การเปลี่ยนโครงสร้างความคิด (Cognitive Restructuring) การปรับโครงสร้างความคิดเป็นกิจกรรมหลักของการรักษาตามแนวคิด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิด กระบวนการประกอบด้วยการแยกแยะ วิเคราะห์ และปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เป็นประโยชน์ ผู้บำบัดจะสอนให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการปรับโครงสร้างความคิดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ที่จะจัดการกับสถานการณ์และปัญหาได้ โดยการประเมินและเปลี่ยนแปลงวิธีคิดของตนเอง โดยการตั้งคำถามเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้คิด และใช้การบันทึกความคิด การปรับโครงสร้างความคิดเพื่อเพิ่มความตระหนัก เริ่มโดยการช่วยผู้ป่วยให้เพิ่มความตระหนักถึงความเชื่อมโยงระหว่างความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ซักถามเกี่ยวกับความคิดและความเชื่อของผู้รับการบำบัด และแยกแยะความคิดและความเชื่ออะไรขัดขวางการดำเนินชีวิต

2.2 การพูดกับตนเอง (Self Talk) การพูดกับตนเองช่วยให้ผู้รับการบำบัดสร้างประโยคสั้นๆ ที่จะช่วยลดความวิตกกังวล เพิ่มความรู้สึกปลอดภัย เพิ่มความรู้สึกมั่นใจในตนเองว่าสามารถที่จะจัดการได้ เมื่อรู้สึกกังวลขึ้นมา การพูดกับตนเองสอนให้ผู้ป่วยแยกแยะสถานการณ์ได้

2.3 การปรับอารมณ์ (Emotional Regulation) เป็นทักษะอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดจัดการกับความรู้สึกหวาดหวน กลัว โกรธ ช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความรู้ตัว และความเข้าใจว่าความรู้สึกต่าง ๆ นั้นเกิดเป็นครั้งคราว เกิดขึ้นแล้วก็ดับไป การเรียนรู้ที่จะแยกแยะความรู้สึกต่าง ๆ ทำให้พัฒนาความรู้ตัวได้ดีขึ้น การปรับอารมณ์โดยการฝึกความรู้ตัว ทำได้โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสังเกตโดยไม่ตัดสินอารมณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอารมณ์ที่รุนแรง สังเกตความรู้สึกในสถานการณ์ขณะที่มันกำลังเกิดขึ้น ช่วยให้ผู้รับการบำบัดยอมรับความรู้สึกที่เกิดขึ้น แทนที่จะตัดสินและเก็บกดมันไว้ ผู้รับการบำบัดจะสังเกตได้ว่าพอเวลาผ่านไป ความรู้สึกก็จะเลือนหายไป

2.4 การฝึกป้องกันความเครียด (Stress Inoculation Training) การฝึกป้องกันความเครียด โดยขอให้ผู้รับการบำบัดบอกถึงสถานการณ์ในชีวิตที่ทำให้เครียด ที่อยู่ในบ้าน ครอบครัว สถานที่ทำงาน พูดคุยถึงสถานการณ์เหล่านี้และปฏิกิริยาของผู้รับการบำบัดว่าเกิดอะไรขึ้น เขารู้สึกอย่างไร คิดอย่างไร เตรียมผู้รับการบำบัดให้พร้อมที่จะตอบโต้กับสถานการณ์เหล่านี้ให้ต่างไปจากเดิม และถามผู้รับการบำบัดว่าอยากจะจัดการกับสถานการณ์แต่ละอย่างในอนาคตรูปแบบใด โดยควรเป็นวิธีที่เป็นไปได้จริง พูดคุยถึงอุปสรรคและสิ่งท้าทาย และถามว่าใครที่พอจะช่วยให้ได้ในสถานการณ์เหล่านี้

3. เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior Techniques) เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมที่ใช้ร่วมกับการบำบัดทางความคิด มีหลายเทคนิค (Beck et al, 1979) เช่น

3.1 การจัดกิจกรรม (Scheduling activity) ทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดแรงกระตุ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดอาการเฉื่อยชาลง ลดการหมกมุ่นกับความคิดทางลบของตนเอง ลดความคิดที่ว่าไม่สามารถกระทำการต่างๆ ได้

3.2 การให้คะแนนความสำเร็จ และความพึงพอใจในการทำกิจกรรม (Mastery and pleasure techniques) เป็นการทำให้ผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ดีขึ้น ได้ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง

3.3 การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน (Graded task assignment) การมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน ให้ผู้รับการบำบัดได้ใช้ความสามารถทำงานตามที่วางแผนไว้ และสามารถที่จะประเมินความสำเร็จ และความพอใจในการทำกิจกรรม ในการมอบหมายงานอย่างเป็นขั้นตอน ต้องมีการประเมินความสามารถของผู้รับการบำบัดก่อน แล้วจึงมอบหมายงานที่เหมาะสม

3.4 การทำการบ้าน (Homework) ผู้บำบัดใช้เทคนิคการมอบหมายการบ้านเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เรียนรู้ หรือฝึกทักษะใหม่ๆ และฝึกการควบคุมตนเอง จากการศึกษาพบว่า การนำเทคนิคทางพฤติกรรมบำบัดเข้ามาประกอบการบำบัด จะช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการช่วยเหลือตนเองในการบรรเทาอาการวิตกกังวล เกิดความมั่นใจและเกิดประสิทธิภาพของการบำบัดมากขึ้น วิธีการผ่อนคลายมีมากมาย ทุกแบบมีเป้าหมายเหมือนกันคือทำให้ร่างกายสงบลง (สมบัติ ตาปัญญา, 2549)

3.5 การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นเทคนิคหรือวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยให้กล้ามเนื้อของร่างกายหายจากความตึงเครียด เวลาจิตใจตึงเครียดมักจะมีอาการปรากฏทางกาย ทำให้รู้สึกเมื่อยเครียดและปวด เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นเทคนิคที่ช่วยแก้ปัญหาความเครียดของกล้ามเนื้อ ร่างกายอาจมีผลกลับไปทำให้จิตใจสบายขึ้น เนื่องจากกายกับจิตใจแยกจากกันไม่ได้ ดังนั้น เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จึงเป็นวิธีที่ช่วยผ่อนคลายความเครียดทางจิตใจ (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2522)

3.6 การทำสมาธิ จากการศึกษาของพัทยา จิตสุวรรณ (2535) ได้นำการฝึกเกร็ง คลายกล้ามเนื้อและการทำสมาธิเบื้องต้นมาใช้ในการบำบัดให้ผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวล พบว่าสามารถลดระดับความวิตกกังวลลงได้

3.7 การฝึกการหายใจที่ถูกหลักวิธี จำเป็นมากสำหรับการกำจัดอาการวิตกกังวลที่ได้ผล เป็นวิธีที่ง่ายและตรงที่สุดในการฝึกผ่อนคลาย ช่วยลดความกลัวและกังวล เพิ่มความรู้สึกมีอำนาจควบคุมและความมั่นใจการหายใจเข้าๆมีประโยชน์มากสำหรับคนที่มีความวิตกกังวล (สมบัติ ตาปัญญา, 2549)

3.2 ผลของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD

การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Beck et al, 1979) จะเกิดผลขึ้นทั้งในระยะของการบำบัด และระยะภายหลังของการบำบัดไปแล้ว ดังนี้

1. ผลที่เกิดขึ้นในระยะของการบำบัด เนื่องจากการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนั้นมีการประยุกต์ใช้แนวคิดการแก้ไขปัญหา (Problem-solving) ที่ทำให้ผู้รับการบำบัดเข้าถึงปัญหาของความคิดที่ผิด บิดเบือน หรือเป็นความคิดในเชิงลบ ไม่สร้างสรรค์ ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล เพื่อที่จะค้นหาแนวทางในการแก้ไข ดังนั้นการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ จึงเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้รับการบำบัดสามารถมองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา ไม่ใช่เป็นการตัดสินปัญหา จุดมุ่งหมายของการบำบัดจึงเพื่อช่วยผู้รับการบำบัดค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการทางความคิดและวิธีการทางพฤติกรรม ไม่เพียงแต่จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดคิดอย่างมีเหตุผล ผลของการบำบัดที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด คืออาการและอาการแสดงต่างๆของโรควิตกกังวลจะลดลง

2. ผลที่เกิดขึ้นในระยะภายหลังการบำบัด ภายหลังการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผู้รับการบำบัดจะมีการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ สามารถตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบ กับเหตุผลตามความเป็นจริง มีการพัฒนาความคิดและวิธีการคิดอย่างมีประสิทธิภาพ มีความคิดที่ยืดหยุ่น มีเหตุผล จากวิธีการต่างๆ ที่ได้เรียนรู้จากการบำบัด ผู้รับการบำบัดจะเกิดการเรียนรู้ที่จะจัดการหรือปรับอารมณ์ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยุ่งยาก และซับซ้อนหรือเมื่อต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในอนาคต เกิดทักษะในการคิดที่จะประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันต่อไป

กล่าวโดยสรุป การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นจิตบำบัดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ เป็นจิตบำบัดอย่างมีโครงสร้าง มีเป้าหมายและทิศทางในการบำบัดชัดเจนในระยะเวลาสั้น โดยมีแนวคิดที่ว่าอารมณ์และพฤติกรรมของแต่ละบุคคลเป็นผลมาจากความคิด ซึ่งความคิดของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับโครงสร้างทางความคิด ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ต่างๆที่ประสบมาวัตถุประสงค์ของการบำบัดเพื่อที่จะปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบ โดยมีวิธีการ 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาความคิดอัตโนมัติในทางลบ การตรวจสอบความคิดอัตโนมัติในทางลบตามความเป็นจริง การปรับเปลี่ยนความคิดต่อปัจจัยเหตุของปัญหาและการคิดในทางลบต่อผลลัพธ์ของปัญหา และการค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งผลของการบำบัดนั้น สามารถลดอาการและอาการแสดงของโรควิตกกังวลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรควิตกกังวลได้ดี เนื่องจากบุคคลมีการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติในทางลบและความคิดที่บิดเบือนให้เป็นความคิดใหม่ที่เหมาะสมมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมและนำวิธีการในการบำบัดไปประยุกต์ใช้ต่อไปในอนาคต

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย ที่เกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD โดยใช้การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่แพร่หลายในปัจจุบัน นำมาประเมินคุณภาพหรือความน่าเชื่อถือของหลักฐาน พิจารณาความเป็นไปได้ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD อย่างมีคุณภาพต่อไป โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การสืบค้นหลักฐานงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (Search for Information Sources)
 - 1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data Sources)
 - 1.2 คำสำคัญในการสืบค้น (Key Words)
 - 1.3 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย (Inclusion Criteria)
2. แนวทางในการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ประกอบด้วย
 - 2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Evaluation of Research Quality)
 - 2.2 ความเป็นไปได้ของผลงานวิจัยที่จะนำไปใช้
 - 2.3 การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย (Data Extraction)
3. การสังเคราะห์งานวิจัย

1. การสืบค้นหลักฐานงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ (Search for Information Sources)

1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย ที่ใช้ในการสืบค้นทรัพยากรสารสนเทศ (Information Resource) พิจารณาจากวัสดุตีพิมพ์ผลงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) โดยฐานข้อมูลที่เลือกใช้นี้มีดังนี้

- 1) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศไทย จากห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (Mulinet) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (lib.Cmu) ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย(library.car.chula) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยบูรพา (lib.buu) และห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น (md.kku) เป็นต้น

2) สืบค้นงานวิจัย จากฐานข้อมูลทางการแพทย์ และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ PUBMED, CINAHL, Sciencedirect และOVID

1.2 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Cognitive Behavior Therapy, GAD, Generalized Anxiety Disorder, การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม, โรควิตกกังวล

1.3 ในการศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์ในการพิจารณา การคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ

- 1) ชนิดของแนวปฏิบัติการพยาบาล ต้องเป็นงานวิจัยที่ใช้การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล
- 2) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ทุกเพศและทุกวัย
- 3) ชนิดของผลลัพธ์จากงานวิจัย คัดเลือกงานวิจัยที่ใช้ตัวแปรที่เกี่ยวกับความวิตกกังวล
- 4) เป็นงานวิจัยที่สามารถหา full text ได้

โดยรายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ใช้ คำสำคัญในการสืบค้น จำนวนการศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้ และจำนวนการศึกษาที่ตรงตามเกณฑ์ ดังจะแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวน การศึกษา วิจัยที่ สืบค้นได้	จำนวน การศึกษา ที่ตรงตามเกณฑ์
1.CINAHL	Cognitive Behavior Therapy AND GAD	0	0
2.PUBMED	Cognitive Behavior Therapy AND GAD	72	3
3.OVID	Cognitive Behavior Therapy AND GAD	216	1
4.Seiencedirect	Cognitive Behavior Therapy AND GAD	20	1
5.มหาวิทยาลัย มหิดล	Cognitive Behavior Therapy AND GAD การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมและโรควิตกกังวล	2 1	0 0
6. มหาวิทยาลัย ขอนแก่น	การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม และโรควิตกกังวล	2	2
7.จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมและโรควิตกกังวล	2	2
8.มหาวิทยาลัย เชียงใหม่	การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมและโรควิตกกังวล	0	0
9.มหาวิทยาลัย บูรพา	การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมและโรควิตกกังวล	0	0
	รวมทั้งสิ้น	317	9

จากคำสำคัญที่กำหนด สามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลได้จำนวน 317 เรื่อง แต่เมื่อพิจารณาจากหลักเกณฑ์เลือกเข้า และคัดเรื่องที่ไม่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูล รวมทั้งมีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์ และมี Full text ที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้จำนวน 9 เรื่อง ส่วนงานวิจัยที่เหลือทั้งหมดจำนวน 308 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ไม่ได้รับคัดเลือกมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยไม่มีผลลัพธ์การวิจัย ที่ใช้ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล และบางงานวิจัยที่สืบค้นได้นั้นไม่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องที่คุณสนใจ ที่จะศึกษา

2. แนวทางการวิเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกึ่งชนิด GAD มีงานวิจัยที่จะนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้งหมด 9 เรื่อง สำหรับแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัยหรือระดับหลักฐานอ้างอิง (Level of Evidence)

นำผลงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพ โดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ 4 ระดับดังนี้

Level A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta-Analysis ของงานวิจัย design เป็น randomized controlled trials (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT)

Level B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta-Analysis ของงานวิจัยที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มได้แก่ non – randomized control trials , cohort study , case control study

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบ หาความสัมพันธ์ หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่นๆ (Descriptive study)

Level D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Expert Consensus)

เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ดังกล่าว พบว่าหลักฐานงานวิจัยที่สืบค้นได้ 9 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่เป็นหลักฐานอ้างอิงระดับ A = 5 เรื่อง ระดับ B = 4 เรื่อง

2.2 การพิจารณาความเป็นไปได้ ในการนำผลงานวิจัยไปใช้ในคลินิก (Research Utilization Criteria) ของ Polit & Hungler (1997) ซึ่งพิจารณาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) Clinical Relevance: ผลงานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่กำลังศึกษาและต้องการแก้ไข

2) Scientific Merit: งานวิจัย 9 เรื่อง มีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ โดยพิจารณาจาก การออกแบบงานวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การประเมินคุณภาพงานวิจัย ในด้านความตรงภายใน ความตรงภายนอก รวมทั้งสถิติที่ใช้วิเคราะห์ และจุดเด่น จุดด้อย หรือข้อจำกัดของการนำไปใช้ในคลินิก

3) Implementation Potential: มีแนวโน้ม หรือความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้ในคลินิก เนื่องจากมีความเหมาะสมต่อหน่วยงาน เช่น นโยบาย ความเห็นชอบของผู้บริหาร เป็นต้น และยังมีองค์ประกอบอื่นๆ อีกดังนี้

3.1) ผลงานวิจัยที่จะนำไปใช้ มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน กลุ่มผู้ป่วยและประชากรดูแลของทีมสุขภาพ ทั้งยังเอื้อการนำไปปฏิบัติได้ในคลินิก (Clinic relevance)

3.2) พยาบาลมีสิทธิโดยชอบในการปฏิบัติและมีความเป็นไปได้ ที่ผู้ร่วมงานจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ (Feasibility of implementation)

3.3) ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น จากการนำผลการวิจัยไปใช้ (Cost – benefit ratio) ใช้ประเมินความคุ้มค่า คำนวณ ทั้งด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2.3 การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย ในการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 9 เรื่องนี้ ได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะดึงออกมาจากงานวิจัย ดังนี้คือ

- 1) วัตถุประสงค์ของงานวิจัย (Objective)
- 2) แบบการวิจัย (Research design)
- 3) กลุ่มตัวอย่าง (Subject)
- 4) สถานที่หรือแหล่งที่วิจัย (Setting)
- 5) เครื่องมือและผลลัพธ์ที่วัด (Instruments and outcomes)
- 6) วิธีการวิจัยและแนวปฏิบัติการพยาบาล (method and intervention)
- 7) ผลการวิจัย (Result)
- 8) ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้ (Implication)

3. การสังเคราะห์งานวิจัย

การสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2 ซึ่งมีรายละเอียดของการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ดังนี้



ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention	Intervention/Result/Implication
1. Author	Subject ผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ที่ได้รับการวินิจฉัยตาม DRM-III-R จำนวน 57 รายที่เพศหญิงและชาย	Intervention	-เนื้อหาที่ให้ทั้งกลุ่ม CBT และ กลุ่มBT ได้แก่ 1. การให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวล 2. การพัฒนาทักษะในการจัดการกับตัวเอง 3. การสร้างความเชื่อมั่นในตนเองจากการฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ 4. การตั้งเป้าหมายในการลดการใช้ลดความวิตกกังวล 5. ก่อนเริ่มการบำบัด ผู้ป่วยจะได้รับคู่มือที่บรรยายเกี่ยวกับการบำบัด โดยให้ผู้ป่วยอ่านคู่มือนี้ก่อนจะเริ่มกิจกรรม 6. ช่นบำบัด 6.1 การบำบัดครั้งแรก ประเด็นสำคัญคือการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการต่างๆ ของผู้ป่วย และแหล่งให้การช่วยเหลือ และการมอบหมายการบ้านครั้งแรก 6.2 การบำบัดในครั้งต่อไป จะมีแนวทางการบำบัดเช่นเดียวกันทั้งกลุ่ม โดยดำเนินการบำบัดที่มอบหมายให้ทำก่อนมาพบแพทย์ และร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็น ปัญหาต่างๆ ที่กล่าวถึง และกลยุทธในการจัดการดำเนินการแก้ไข ช่วงสุดท้ายของการบำบัดแต่ละครั้งจะมีการมอบหมาย
Year	Inclusion -มีอายุระหว่าง 18 - 65 ปี -ระยะเวลาที่มีอาการอย่าง น้อย 6 เดือน -มีคะแนนความวิตกกังวลที่ประเมินจาก Leed Anxiety Scale อย่างน้อย 7 คะแนน		
Title	Comparison of Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder		

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level		Subject/Setting/Method/ Instrument		Intervention	Intervention/Result/Implication	
Objective	การเปรียบเทียบการใช้ Behavior Therapy (BT) กับ Cognitive Behavior Therapy (CBT) ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD	Setting	Psychiatry, University of Oxford, Oxford, England	Intervention (ต่อ)	การบำบัดให้ไปทำอีก ซึ่งการบำบัดนี้ให้ จะมีความสัมพันธ์กับเรื่องที่ได้มีการอภิปรายแสดงความคิดเห็นด้วย 6.3 มีการสรุปผลที่ได้จากการแสดงความคิดเห็น และการสะท้อนกลับความคิด ถ้าการบำบัดเกิดผลดีมีความก้าวหน้า จะทำให้กลยุทธ์ในการจัดการกับความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยแต่ละคนพบนั้น มีความชัดเจนมากขึ้น 6.4 ในการบำบัดครั้งสุดท้าย ผลสรุปที่ได้นั้นจะนำมาลงในแบบที่เรียกว่า “blue print” หรือนำมาเขียนเป็นบัญชีรายการ วิธีการจัดการความวิตกกังวล 6.5 ในช่วงการบำบัดครั้งที่ 4 ผู้บำบัดเสนอการกำหนดรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และพัฒนาการของผู้ป่วยในเรื่องของเหตุผลของการบำบัดรักษา และวิธีการที่ใช้ในการลดความวิตกกังวล 6.6 ในการเพิ่มการบำบัดเพื่อเป็นการกระตุ้นผู้ป่วยแต่ละครั้งการจัดการแก้ไขการกลับเป็นซ้ำ และเดือนความจำถึงกลยุทธในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดความวิตกกังวล ที่แต่ละคนได้ค้นพบนั้น	
		Method	การสุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มทดลอง กลุ่มที่ 1 ได้รับการบำบัดด้วยวิธี Cognitive Behavior Therapy (CBT) จำนวน 18 คน กลุ่มที่ 2 ได้รับการบำบัดด้วยวิธี Behavior Therapy (BT) จำนวน 19 คน			
Design	RCT				กลุ่มที่ 1 Cognitive Behavior Therapy (CBT)	
Level	A					

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention/Result/Implication
	Method (ต่อ) ครั้ง กลุ่มควบคุม กลุ่มที่3 waiting list (WL) ได้รับการบำบัดตามปกติจำนวน 20 คน Instrument 1. Rating of mood วัดก่อนการบำบัดครั้งแรก, หลังการบำบัดครั้งสุดท้าย และ 6 เดือนหลังการบำบัด ความวิตกกังวล และ ภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 1.1 Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Brown, Epstein, &	Intervention (ต่อ) -อธิบายถึงเหตุผลของการใช้ CBT ในการบำบัด -ใช้ Cognitive Behavior Therapy ตามแนวทางของ Beck at al., (1985) มีการจัดตารางกิจกรรม และมีการบันทึกความคิดต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถแยกแยะความคิดวิตกกังวลต่างๆและพัฒนาทักษะที่จำเป็นให้กับผู้ป่วยและวางกฎเกณฑ์ต่างๆ ที่จะสามารถทดสอบความสามารถของผู้ป่วย โดยประเมินจากการบันทึกมอบหมายไป และพฤติกรรมต่างๆที่เกิดขึ้น -ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดเป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 60 นาที เป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มที่2 Behavior Therapy (BT) -อธิบายถึงเหตุผลของการใช้พฤติกรรมบำบัด -ให้ผู้ป่วยทำการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าประเภท Active Progressive muscle relaxation ที่อธิบายโดย Bernstein and Borkovec (1973) โดยการเปิดเทปและฝึกกับผู้นำได้ -สอนให้ผู้ป่วยนำการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าไปประยุกต์ใช้ ในขณะที่มีความวิตกกังวลในระดับน้อยเพื่อ

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument		Intervention/Result/Implication	
	Instrument (ต่อ)		Intervention (ต่อ)	
	Steer, 1988) 1.2 STAI-Trait Scale (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970 1.3 Leeds Scale for the Self-Assessment of Anxiety and Depression 1.4. 9 – point rating scale by patient and assessor ของ Watson and Mark (1971) 1.5.Hamilton Anxiety Scale 1.6.Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)		ป้องกันไม่ให้เกิดเป็นความวิตกกังวลระดับรุนแรงมากขึ้น -ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 60 นาที เป็น เวลา 12 สัปดาห์	1.Rating of mood ความวิตกกังวล Within group ก่อนและหลังการบำบัด กลุ่มCBT - ผลจากแบบประเมินความวิตกกังวลทั้งหมด พบว่าความวิตกกังวลหลังการบำบัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ กลุ่มBT - ผลจากแบบประเมินความวิตกกังวลระดับ จากทั้งหมด 6 ชนิด (ไม่รวมแบบประเมิน traits anxiety) พบว่าความวิตกกังวลหลังการบำบัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ กลุ่ม WL -ไม่มีการเปลี่ยนแปลง Between group กลุ่ม CBT กับ กลุ่ม WL กลุ่ม CBT มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลจาก

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument		Intervention/Result/Implication	
	Instrument (ต่อ)	2. ความนึกคิด วัดก่อนการบำบัดครั้งแรก, หลังการบำบัดครั้งแรก, หลังและ 6 เดือนหลังการบำบัดโดยใช้แบบประเมิน 2.1 Dysfunctional Attitude Scale (DAS; Rush, Weissenburger, & Eaves, 1986) 2.2 Cognition Checklist (CCL; Beck, Brow, Eidelson, Steer & Riskind, 1987) 2.3 Fear of Negative Evaluation scale (FNE; Watson And Friend, 1969)	Result (ต่อ)	แบบประเมินความวิตกกังวลทั้งหมด ลดลงจากการบำบัดมากกว่า กลุ่ม WL อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ยกเว้น Leads Scale อยู่ที่ $p < .05$ กลุ่ม BT กับ กลุ่ม WL กลุ่ม BT ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลจาก 9 – point rating scale by patient หลังการบำบัดลดลงจากก่อนการบำบัดมากกว่า กลุ่ม WL อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ส่วนแบบประเมินที่เหลืออีก 5 ชนิดไม่แตกต่างกัน กลุ่ม CBT กับ กลุ่ม BT กลุ่ม CBT มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลจาก BAI, HAS และ 9 – point rating scale by assessor ลดลงจากการบำบัดมากกว่า กลุ่ม BT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$, $.01$ และ $.05$ ตามลำดับส่วนแบบประเมินที่เหลืออีก 3 ชนิดไม่แตกต่างกัน ภาวะซึมเศร้า Within group ก่อนและหลังการรักษา กลุ่ม CBT – ผลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 3 ชนิดจากทั้งหมด 4 ชนิดพบว่า ภาวะซึมเศร้าหลังการบำบัดลดลง

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument		Intervention/Result/Implication	
	Instrument (ต่อ)	2.4 Subjective Probabilities Questionnaire (SPQ :Butler and Mathews, 1983) 2.5 Interpretation (Butler and Mathews, 1983) 2.6 Individual thoughts	Result (ต่อ)	อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มBT – ผลจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 1 ชนิด จากทั้งหมด 4 ชนิดพบว่า ภาวะซึมเศร้าหลังการบำบัดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่ม WL -ไม่มีการเปลี่ยนแปลง Between group กลุ่ม CBT กับ กลุ่ม WL กลุ่ม CBT มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าจาก BDI และ Leeds Scale หลังการบำบัดลดลงจากก่อนการบำบัด มากกว่า กลุ่ม WL อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ส่วน แบบประเมินที่เหลืออีก 2 ชนิดไม่แตกต่างกัน กลุ่ม BT กับ กลุ่ม WL กลุ่ม BT มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าจาก BDI ที่มี คะแนนของภาวะซึมเศร้าหลังการบำบัดลดลงจากก่อนการ บำบัดมากกว่า กลุ่ม WL อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ส่วนแบบประเมินที่เหลืออีก 3 ชนิดไม่แตกต่างกัน กลุ่ม CBT กับ กลุ่มBT กลุ่ม CBT มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าจาก BDI
		3.ความคาดหวังต่อการบำบัด 3.1 0 - 8 scale วัดหลังจากที่ผู้ป่วยอ่านคู่มือ แล้ว และหลังจากนั้นอีก 4 สัปดาห์ 4.สิ่งที่ประเมินเพิ่มเติม -การทำหน้าที่ต่างๆ ไป		

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument		Intervention/Result/Implication	
	Instrument (ต่อ)	-การใช้ยา ประเมินหลังการบำบัด ครั้งสุดท้าย	Result (ต่อ)	ที่คะแนนของภาวะซึมเศร้าหลังการบำบัดลดลงจากก่อนการบำบัดมากกว่า กลุ่ม BT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ส่วนแบบประเมินที่เหลืออีก 3 ชนิด ไม่แตกต่างกัน 2. ความนึกคิด Within group ก่อนและหลังการบำบัด กลุ่ม CBT - ผลจากแบบประเมินด้านความนึกคิดทั้งหมด มีการเปลี่ยนแปลงหลังการบำบัดค่อนข้างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่ม BT - ผลจากแบบประเมิน ด้านความนึกคิด 3 ชนิด มีการเปลี่ยนแปลงหลังการบำบัดค่อนข้างมีนัยสำคัญทางสถิติอีก 3 ชนิด ไม่แตกต่างกัน Between group กลุ่ม CBT กับ กลุ่ม WL กลุ่ม CBT มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความนึกคิดจากแบบประเมินทั้งหมดหลังการบำบัดเพิ่มขึ้นจากก่อนการบำบัดมากกว่ากลุ่ม WL อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ ยกเว้น

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention/Result/Implication
		Result (ต่อ) FNE ไม่แตกต่างกัน กลุ่ม BT กับ กลุ่ม WL กลุ่ม BT มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความนึกคิดจาก DAS และ CCL หลังการบำบัดเพิ่มขึ้นจากก่อนการบำบัดมากกว่ากลุ่ม WL อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ และ .05 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินอีก 4 ชนิดไม่แตกต่างกัน กลุ่ม CBT กับ กลุ่ม BT กลุ่ม CBT มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความนึกคิดจาก SPQ และ Interpretation หลังการบำบัดเพิ่มขึ้นจากก่อนการบำบัดมากกว่ากลุ่ม BT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ส่วนแบบประเมินที่เหลืออีก 4 ชนิดไม่มีความแตกต่างกัน การประเมิน 6 เดือนหลังการบำบัด Within group -กลุ่ม CBT ผลจากแบบประเมินทุกชนิดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ -กลุ่ม BT แบบประเมิน ความวิตกกังวล 1 ชนิด ภาวะซึมเศร้า 2 ชนิด และด้านความนึกคิด 3 ชนิด ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ส่วนที่เหลือมีผลการประเมินที่ดีขึ้นอย่างมี

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Result (ต่อ)	Intervention/Result/Implication
			นัยสำคัญทางสถิติทั้งหมด -กลุ่ม WL -ไม่มีการเปลี่ยนแปลง Between group ความวิตกกังวล กลุ่ม CBT กับ กลุ่มBT กลุ่ม CBT มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลจาก BAI,STAI-Trait และ HAS ในระยะ 6 เดือนหลังการบำบัดลดลงจากการบำบัดที่มากกว่ากลุ่ม BT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ส่วนแบบประเมินที่เหลืออีก 3 ชนิด ไม่แตกต่างกัน ภาวะซึมเศร้า กลุ่ม CBT กับ กลุ่ม BT กลุ่ม CBT มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าจาก 9 – point rating scale by assessor ในระยะ 6 เดือนหลังการบำบัด ลดลงจากหลังการบำบัดที่มากกว่ากลุ่ม BT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ส่วนแบบประเมินที่เหลืออีก 3 ชนิด ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention/Result/Implication
		ความนึกคิด กลุ่ม CBT กับ กลุ่ม BT กลุ่ม CBT มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความนึกคิดจาก DAS, CCL, SPQ, Interpretation และ Individual thoughts ในระยะ 6 เดือนหลังการบำบัด เพิ่มขึ้นจากหลังการบำบัดที่มากกว่ากลุ่ม BT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05, .05, .01, .01$ และ $.05$ ตามลำดับ ส่วนแบบประเมิน FNE ไม่มีความแตกต่างกัน ความคาดหวังต่อการบำบัด เมื่อเปรียบเทียบคะแนนของความคาดหวังต่อการบำบัด หลังจากผู้ป่วยก่อนกลุ่มแล้ว (CBT = 5.1 และ BT = 5.0) และหลังจากนั้นอีก 4 สัปดาห์ (CBT = 5.5 BT = 5.1)พบว่า มีคะแนนที่สูงขึ้น ซึ่ง ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม สิ่งที่ประเมินเพิ่มเติม การทำหน้าที่ทั่วไปของผู้ป่วย กลุ่ม CBT มีคะแนนก่อนการบำบัด = 2.33 หลังการบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงที่ขึ้น = 5.6 และหลังการบำบัด 6 เดือน = 6.3 กลุ่ม BT มีคะแนนก่อนการบำบัด = 2.55 หลังการ

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention/Result/Implication
		Result (ต่อ) บำบัดมีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน = 4.6 และหลังการบำบัด 6 เดือน = 4.7 การให้ยา ระยะแรกของการศึกษา มีผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มใช้ยา anxiolytic หรือ hypnotic อยู่ร้อยละ 47 ทั้งนี้ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มในเรื่องของความถี่ของการใช้ยา หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดแล้วผู้ป่วย ที่ใช้ยาลดลงเหลือเพียงร้อยละ 24 และ หลังรับการบำบัด 6 เดือนเหลือเพียงร้อยละ 15 Implication การศึกษานี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ psychology treatment ทั้ง CBT และ BT ในการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD แสดงให้เห็นว่า CBT ให้ผลในการบำบัดที่ดีกว่า BT ดังนั้นการศึกษานี้จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างหนึ่งที่แสดง ให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาแบบ CBT และสามารถนำไปใช้ประกอบเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ต่อไปได้

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention/Result/Implication
2. Author -Borkovec T.D. -Costello E. Year 1993 Title Efficacy of Applied Relaxation and Cognitive - Behavior Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder Objective -เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการใช้ Applied Relaxation (AR) กับ Cognitive	Subject ผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD จำนวน 55 คน พึ่งพิศเหตุถึงและชาย ผู้ป่วยจะได้รับการสัมภาษณ์โดยใช้แบบประเมิน Anxiety Disorder Interview Schedule- Revise (ADIS-R) และแบบประเมิน Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) แบบปรนัยประเมินความรุนแรงของความวิตกกังวล (0-8 point) และต้องมีคุณสมบัติดังนี้ -ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น	Intervention กลุ่มที่ 1. Nondirective (ND) -มีการสำรวจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยในบรรยากาศที่สงบและผ่อนคลาย โดยมีเป้าหมายให้เกิดความสนใจในการพูดถึงตนเองและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ลึกซึ้งมากขึ้น -ให้ความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ที่พบและเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล เพื่อค้นหาแนวทางที่ลดความวิตกกังวล -ผู้บำบัดต้องทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ายู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและให้ความชัดเจนและสนใจในเรื่องของความวิตกกังวลของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีบรรยากาศที่เข้าใจกัน มีการสนับสนุนให้กำลังใจ มีการสะท้อนกลับความรู้สึก และมี การสื่อสารกันด้วยเข้าใจ มีการให้คำแนะนำแนวทางการจัดการกับปัญหา -มีการให้การบ้านช่วงหลังของการทำกลุ่มแต่ละครั้ง -ผู้ป่วยเขียนบันทึกเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแต่ละวันอย่างละเอียด รวมทั้งความคิด ความรู้สึกที่แตกต่างจากความรู้สึกเดิมๆ

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention	Intervention/Result/Implication
Objective (ต่อ) Behavior Therapy (CBT) ในการรักษา ผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD	Subject (ต่อ) โรควิตกกังวลชนิด GAD ตาม DSM III – R -ไม่มีข้อบ่งชี้ของ Panic Disorder -มีความวิตกกังวลรุนแรง ระดับ 4	Intervention (ต่อ)	- มีการแสดงความคิดเห็นและตามด้วยการชมเชยให้กำลังใจและความเห็นอกเห็นใจ ใน 30 นาทีสุดท้ายของแต่ละ session - เมื่อการดำเนินกลุ่มเริ่มขึ้น ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาและพบทวนเหตุการณ์ในสัปดาห์ที่ผ่านมาใช้เวลา 15 นาที หลังจากนั้นเริ่มต้นการกลุ่ม ND ต่อไป - ผู้ป่วยจะได้รับบำบัดเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ละ 2 ครั้ง โดยที่การบำบัดครั้งแรกใช้เวลา 90 นาที และการบำบัดครั้งต่อไปจะใช้เวลา 1 ชั่วโมง
Design RCT	- ไม่ได้รับการรักษาโดยจิตบำบัดลักษณะนี้มาก่อน - ไม่มีผลข้างเคียงของยาที่ใช้ลดความวิตกกังวล - ไม่ได้รับยาด้านเศร้า - ไม่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง - ไม่ใช้สารเสพติด - ไม่มีอาการทางจิต - ไม่มีปัญหาทางสมอง (Organic brain syndrome)	กลุ่มที่ 2. Applied relaxation (AR) การบำบัดครั้งที่ 1. - อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการบำบัดด้วยวิธี AR - ให้ความรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวล ที่เกี่ยวข้องกับการกระบวนการเกิดความรู้สึกกังวลต่อเนื่องมาจากความคิด - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการสาธิต โดย Bernstein และ Borkovec (1973) ผู้บำบัดปฏิบัติให้ผู้ป่วยและผู้บำบัดปฏิบัติกันอย่างช้าๆ - ให้ผู้ป่วยนำการผ่อนคลายกลืนเนื้อไปใช้ในชีวิตประจำวัน	
Level A			

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention	Intervention/Result/Implication
Subject (ต่อ)	ผู้บำบัด - นักจิตวิทยา 4 ท่าน	Intervention (ต่อ)	เพื่อควบคุมอาการวิตกกังวล ต้องทำอย่างน้อย 2 ครั้ง / วัน หรือทำได้บ่อยตามต้องการ
Setting	-Department of Psychology Pennsylvania Stat University		-มีการจัดบันทึกประจำวัน เพื่อให้ทราบถึงความวิตกกังวล และปฏิกิริยาต่างๆ ที่เกิดขึ้น
Method	แบ่งผู้ป่วย ออกเป็น 3 กลุ่มโดยทำการสุ่มตัวอย่าง คือ		การบำบัดครั้งที่ 2-12 มีกิจกรรมดังนี้
	กลุ่มที่ 1. Nondirective (ND) 18 คน		1. ทบทวนเหตุการณ์ประจำสัปดาห์ และการบ้านที่ให้ผู้
	กลุ่มที่ 2. Applied relaxation (AR)18 คน		2. พุดคุยกันในเรื่องของเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล หรือเหตุการณ์กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล และหา
	กลุ่มที่ 3 Cognitive Behavior Therapy(CBT) 19 คน		แนวทางในการจัดการกับปัญหา
			3. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยประยุกต์ใช้ในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในชีวิตประจำวันที่มีความเครียด
			4. ผู้บำบัดให้การช่วยเหลือเป็นระยะๆ เมื่อผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และความเครียดมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้มองเห็นปัญหา และมีทักษะในการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องและสุดท้าย ผู้ป่วยต้องปฏิบัติได้ด้วยตนเอง
			5. การบ้านที่ให้ผู้ผู้ป่วย ต้องคำนึงถึงการนำการผ่อนคลายกล้ามเนื้อไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน และการจัดการกับพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อระงับความวิตกกังวล

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention	Intervention/Result/Implication
	Instrument 1. ความวิตกกังวล วัดก่อนและหลังการ รักษาทันที ระยะติดตาม 6 เดือน และ 12 เดือน โดย ใช้แบบประเมิน 1.1 Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) 1.2 Assessor Severity of GAD Anxiety Symptom (0-8 point) 1.3 แบบประเมิน 100 point Diary Inventor Scale 1.4 State- Trait Anxiety Inventory - Trait Anxiety Subscale 1.5 Zung Self Rating of Anxiety Scale(ZSRA)	Intervention (ต่อ)	-ผู้ป่วยจะได้รับบำบัดเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ละ 2 ครั้ง จำนวนทั้งหมด 12 ครั้ง โดยที่การบำบัดครั้งแรกใช้เวลา 90 นาที และการบำบัดครั้งต่อไปจะใช้เวลา 1 ชั่วโมง กลุ่มที่ 3 Cognitive Behavior Therapy(CBT) ขั้นตอนการปฏิบัติบนเหนือหน้ากลุ่ม AR ยกเว้นการใช้ เวลาในการอภิปรายเพื่อการพบเห็นการจัดการกับความวิตก กังวลได้เต็มที่และวิธีการผ่อนคลายในชีวิตประจำวันโดย การควบคุมตนเอง และการบำบัดทางปัญญาอย่างย่อแทน (Brief Cognitive therapy) - ผู้ป่วยในกลุ่มการบำบัดแบบ CBT ได้รับการชี้แจงให้ ทราบถึงเหตุผลที่ว่า a) การฝึกจินตนาการจะช่วยจัดการกับสัญญาณของ ความกลัวได้ดีขึ้นและจะคิดเป็นนิสัย b) การบำบัดทางปัญญะจะช่วยลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นให้ เกิดความวิตกกังวลลง c) การใช้การรู้คิดที่ได้จากการบำบัดทางปัญญานี้ ในการฝึก จินตนาการจะช่วยให้เกิดการแก้ไข ด้านการรู้คิด พร้อมกับการเกิด

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention (ต่อ)	Intervention/Result/Implication
	Instrument (ต่อ) 1.6 Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) 1.7 Diary episodes measure 1.8 Reactions to Relaxation and Arousal Questionnaire (RRAQ) 2. ภาวะซึมเศร้า วัดก่อนและหลังการบำบัดทันที ระยะติดตาม 6 เดือน และ 12 เดือน โดยใช้แบบประเมิน 2.1 Hamilton Rating Scale for Depression (HARD) 2.2 Beck Depression		ทักษะการผ่อนคลายให้รู้สึถึงวิธีการจัดการกับความวิตกกังวลด้วยวิธีการผ่อนคลาย -การดำเนินการลดความวิตกกังวล เริ่มทำครั้งที่ 4 -การดำเนินการบำบัดทางปัญญา เริ่มทำครั้งที่ 5 หลังจากนั้น ทั้ง 2 กลุ่ม ดำเนินการไปตามที่กล่าวข้างต้นทุกครั้งที่ทำกลุ่ม -การบำบัดทางปัญญคือการหาแนวทางจัดการกับความวิตกกังวลซึ่งผู้บำบัดจะใช้วิธีการถามเพื่อให้ตอบเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด -มีการจดบันทึกประจำวัน เกี่ยวกับการติดตามประเมินการบำบัดทางปัญญา ที่นำไปใช้ลดความวิตกกังวลอื่นเนื่องมาจากความคิดของผู้ป่วย -ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดแบบกลุ่มเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ละ 2 ครั้ง โดยที่การบำบัด 4 ครั้งแรกใช้เวลา 90 นาที และการบำบัดครั้งต่อไปจะใช้เวลา 1 ชั่วโมง ความวิตกกังวล และ ภาวะซึมเศร้า Within group ก่อนการบำบัดและหลังการบำบัดทันที

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention/Result/Implication
	Instrument (ต่อ) Inventory (BDI) 3.สัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อผู้บำบัด -Relationship Inventory วัดหลังการรักษาทันที 4. การใช้ยา	Result (ต่อ) กลุ่ม CBT ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินทั้งหมด 10 ชนิด หลังการบำบัดลดลงจากการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .03$ to .001 กลุ่ม AR ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินทั้งหมด 10 ชนิด หลังการบำบัดลดลงจากการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .03$ to .001 กลุ่ม ND ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน 5 ชนิด หลังการบำบัดลดลงจากก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .03$ to .001 ส่วน RRAQ, STAI, PSWQ Diary Severity และ BDI ไม่แตกต่างกัน ความวิตกกังวล Between group ก่อนการบำบัดและหลังการบำบัดทันที กลุ่ม CBT และ กลุ่ม ND กลุ่ม CBT มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลจาก HARS, RRAQ, Assessor Severity of GAD Anxiety

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Result (ต่อ)	Intervention/Result/Implication
			Symptom และ SWQ หลังการบำบัดทันทีที่ลดลงจากก่อนการบำบัดมากกว่ากลุ่ม ND อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ (HARS และ RAQ) และ $p < .02$ (Assessor Severity of GAD nxiety Symptom และ PSWQ) ส่วนแบบประเมินที่เหลืออีก 4 ชนิดไม่แตกต่างกัน กลุ่ม AR และ กลุ่ม ND กลุ่ม AR มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลจาก HARS, RRAQ Diary Inventory Scale และ Diary episodes measure หลังการบำบัดทันทีที่ลดลงจากก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$ (HARS และ RRAQ) และ $p < .04$ และ $.02$ (Diary Inventory Scale และ Diary episodes measure) ส่วนแบบประเมินที่เหลืออีก 4 ชนิดไม่แตกต่างกัน กลุ่ม CBT และ กลุ่ม AR ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลทุกแบบประเมินไม่แตกต่างกัน ภาวะซึมเศร้า Between group ก่อนการบำบัดและหลังการบำบัดทันที

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Result (ต่อ)	Intervention/Result/Implication
			กลุ่ม CBT และ กลุ่ม ND กลุ่ม CBT มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าจากHARD และ BDI หลังการบำบัดที่ลดลงจากก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .04$ และ .03 ตามลำดับ กลุ่ม AR และ กลุ่ม ND กลุ่ม AR มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าจากHARD และ BDI หลังการบำบัดที่ลดลงจากก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .04$ และ .03 ตามลำดับ กลุ่ม CBT และ กลุ่ม AR คะแนนของแบบประเมิน HARD และ BDI ไม่แตกต่างกัน ระยะติดตาม 6 เดือน และ 12 เดือน Within group กลุ่ม AR ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินทั้งหมด 9 ชนิด (ยกเว้น BDI) หลังการบำบัด 6 และ 12 เดือน ลดลงจากหลังการบำบัดที่น้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .02$ to .001

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Result (ต่อ)	Intervention/Result/Implication
			กลุ่ม CBT ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินทั้งหมด 10 ชนิด หลังการบำบัด 6 และ 12 เดือน ลดลงจากหลังการบำบัดทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .02$ to $.001$ กลุ่ม ND ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินทั้งหมด 10 ชนิด หลังการบำบัด 6 เดือน ลดลงจากหลังการบำบัดทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .02$ to $.001$ - ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน 7 ชนิด หลังการบำบัด 12 เดือน ลดลงจากหลังการบำบัดทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ to $.001$ ส่วน PSWQ, Diary episodes measure และ BDI ไม่แตกต่างกัน Between group ไม่มีความแตกต่างระหว่างทุกกลุ่มจากทุกแบบประเมินในระยะเวลาติดตาม 6 เดือน และ 12 เดือน สัมพันธ์ภาพของผู้ป่วยต่อผู้บำบัด Relationship Inventory

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Subject/Setting/Method/Out come/Instrument	Intervention/Result/Implication
		Result (ต่อ) คะแนนของสัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อผู้บำบัดอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง ซึ่งมีการประเมินตามหัวข้อต่อไปนี้ Regard M = 30.12, Empathy M = 22.44 และ Congruence Regard M = 27.32 การใช้ยา กลุ่ม ND ก่อนการรักษามีผู้ป่วยใช้ยาลดความวิตกกังวลจำนวน 4 ราย ระยะติดตาม 6 เดือน มีจำนวน 3 ราย มีรายใหม่เพิ่ม 1 ราย และ ระยะติดตาม 12 เดือน มีจำนวน 3 ราย มีรายใหม่เพิ่ม 1 ราย กลุ่ม AR ก่อนการรักษามีผู้ป่วยใช้ยาลดความวิตกกังวลจำนวน 4 ราย ระยะติดตาม 6 เดือน มีจำนวน 3 ราย มีรายใหม่เพิ่ม 1 ราย และระยะติดตาม 12 เดือน มีจำนวน 3 ราย มีรายใหม่เพิ่ม 1 ราย กลุ่ม CBT ก่อนการรักษามีผู้ป่วยใช้ยาลดความวิตกกังวลจำนวน 4 ราย ระยะติดตาม 6 เดือน มีจำนวน 2 ราย มีรายใหม่เพิ่ม 1 ราย และระยะติดตาม 12 เดือน มีจำนวน 2 ราย

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention/Result/Implication
		Implication จากการศึกษา พบว่า การบำบัดโดยใช้ AR และ CBT ให้ผลการรักษาที่ดีกว่า กลุ่มบำบัดโดยใช้ ND และเมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการใช้ AR กับ CBT ในการรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD นั้น สามารถสรุปได้ว่าการรักษาแบบ CBT จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของผู้ป่วยได้มากที่สุด

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level		Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention/Result/Implication
3.	Author	Subject	Intervention
	- Ost L.G. - Breitholtz E.	ผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ DSM-III-R ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ถูกส่งมาจากศูนย์ปฏิบัติการทั่วไป	กลุ่มที่ 1. Applied Relaxation (AR) ครั้งที่ 1 - อบรมวิธีการรักษาด้วยวิธี Applied Relaxation - อธิบายแนวความคิดความวิตกกังวล
Year	2000	จำนวนทั้งหมด 26 คน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย	ครั้งที่ 2-3 - ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า ประเภท Active Progressive muscle relaxation ครั้งที่ 4 - ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ Passive Progressive muscle relaxation
Title	Applied Relaxation versus Cognitive Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder	ผู้บำบัด-นักพฤติกรรมบำบัดจำนวน 2 ท่านที่มีประสบการณ์การบำบัด	ครั้งที่ 5 - มีการวางเงื่อนไขในการควบคุมการผ่อนคลาย ครั้งที่ 6-7 - อธิบายความแตกต่างของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั้ง 2 ประเภท และความรู้สึกลึกซึ้งที่เกิดขึ้น ครั้งที่ 8-9 - ฝึกให้ผู้ผู้ป่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเร่งด่วน และฝึกปฏิบัติในการประยุกต์ใช้ทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อลดความตึงเครียด
		Setting Department of Neuroscience, Psychiatry Ulleraker, University of Uppsala	ครั้งที่ 10-11 - ฝึกปฏิบัติในผู้ป่วยประยุกต์ใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า ในสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต
		Method ประเทศสวีเดน แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มโดยการสุ่มตัวอย่าง	ครั้งที่ 12 - ทบทวนการรักษาทั้งหมดและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติในระยะต่อไป

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level		Subject/Setting/Method/ Instrument		Intervention	Intervention/Result/Implication	
Objective	เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรักษานักป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD โดยใช้การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบประยุกต์และการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม	Method (ต่อ)	กลุ่มที่ 1. ได้รับการบำบัดแบบ Applied Relaxation (AR) 13 คน กลุ่มที่ 2. ได้รับการบำบัดแบบ Cognitive Therapy (CT) 13 คน	Intervention (ต่อ)	-ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทั้งหมด 12 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง กลุ่มที่ 2. Cognitive Therapy (CT) - ใช้แนวคิดของ Borkovec และ Costello (1993) ซึ่งมีส่วนของวิธีการรักษา คือ 1.อธิบายถึงความคิดกังวลที่มีความเชื่อมโยงกับความเครียดและความเชื่อ เป็นต้น 2.อธิบายถึงสาเหตุ ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล 3.สอบถามผู้ป่วยถึงความเชื่อและความเชื่อเกี่ยวกับการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์มาสนับสนุน และคัดค้านสิ่งเหล่านั้น 4.ช่วยเหลือผู้รับการบำบัดในการพัฒนาวิธีการลดความวิตกกังวล ให้น้อยลง หรือจัดการกับสิ่งทรมานกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลทั้งหมด 5. ทดสอบความคิดที่หลากหลายเหล่านี้ โดยการทดลองปฏิบัติ และการให้ทำบ้าน 6. สอนและฝึกปฏิบัติทักษะต่าง ๆ ให้กับผู้รับการบำบัดในแนวทางที่ สามารถนำไปใช้ในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย	
Design	RCT	Instrument	1. ความวิตกกังวล โดยใช้แบบประเมิน I.1 Beck Anxiety Inventory (BAI) I.2 State-Trait Anxiety Inventory (STAI) I.3 Cognitive Somatic Anxiety Questionnaire (CSAQ) I.4 Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)			
Level	A					

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument		Intervention/Result/Implication	
	Instrument (ต่อ)	1.5 Self Rating of the Severity of Anxiety 2.ภาวะซึมเศร้าโดยใช้ แบบประเมิน 2.1 Hamilton Depression Scale 2.2 Beck Depression Inventory (BDI) 3. Clinical significant improvement -Hamilton Anxiety Scale -0-8 Rating Scale 4. การใช้ยา	Intervention (ต่อ)	แต่ละคน - ผู้ป่วยจะได้รับแบบกลุ่มทั้งหมด 12 ครั้ง 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ความวิตกกังวล Within group ก่อนการรักษาและหลังการรักษาที่ 1. Beck Anxiety Inventory (BAI) กลุ่ม CT ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังการ รักษาที่ลดลงจากการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .01$ กลุ่ม AR ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังการ บำบัดที่ลดลงจากการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .01$ 2. STAI - State กลุ่ม CT ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังการ บำบัดที่ลดลงจากการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Result (ต่อ)	Intervention/Result/Implication
		กลุ่ม AR ค่าเฉลี่ยของคะแนนของความวิตกกังวลหลังการบำบัดทันที ลดลงจากการบำบัดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ	3. STAI - Trait กลุ่ม CT ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังการบำบัดทันที ลดลงจากการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$
		กลุ่ม AR ค่าเฉลี่ยของคะแนนของความวิตกกังวลหลังการรักษาทันที ลดลงจากการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$	4. CSAQ - somatic กลุ่ม CT ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังการบำบัดทันที ลดลงจากการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$
		กลุ่ม AR ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังการบำบัดทันที ลดลงจากการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$	5. CSAQ - cognitive

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Result (ต่อ)	Intervention/Result/Implication
			○ กลุ่ม CT ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังการบำบัดทันที ลดลงจากการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ กลุ่ม AR ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังการบำบัดทันที ลดลงจากการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ 6. CSAQ - total กลุ่ม CT ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังการบำบัดทันที ลดลงจากการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .001$ กลุ่ม AR ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังการบำบัดทันที ลดลงจากการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ 7. PSWQ กลุ่ม CT และกลุ่ม AR ค่าเฉลี่ยของคะแนนของความวิตกกังวลหลังการบำบัดทันที ลดลงจากการบำบัดทันที ลดลงจากการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 8. Self Rating of the Severity of Anxiety

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention/Result/Implication
		Result (ต่อ) กลุ่ม CT ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังการบำบัดทันที ลดลงจากการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .0001$ กลุ่ม AR ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังการบำบัดทันที ลดลงจากการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .01$ Between group กลุ่ม CT และ กลุ่ม AR มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลคะแนนของแบบประเมินความวิตกกังวลทุกชนิดหลังการบำบัดทันที ลดลงจากการบำบัดแตกต่างกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะซึมเศร้า - Beck Depression Inventory (BDI) Within group ก่อนการบำบัดและหลังการบำบัดทันที กลุ่ม CT ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังการบำบัดทันที ลดลงจากการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .05$

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Result (ต่อ)	Intervention/Result/Implication
			 กลุ่ม AR ค่าเฉลี่ยของคะแนนของภาวะซึมเศร้า หลังการบำบัดที่ลดลงจากการบำบัดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ Between group กลุ่ม CT และ กลุ่ม AR มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า จาก BDI หลังการบำบัดที่ลดลงจากการบำบัดแตกต่างกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนการบำบัดและระยะติดตาม 1 ปี ความวิตกกังวล Within group กลุ่ม CT ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลจาก STAI - State และ STAI - Trait ในระยะติดตาม 1 ปี ลดลงจากการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และ .01 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินอื่นๆ ไม่มีความแตกต่างกัน กลุ่ม AR ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลจาก STAI - State และ STAI - Trait ในระยะติดตาม 1 ปี ลดลงจากการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และ

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Result (ต่อ)	Intervention/Result/Implication
			.01 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินอื่นๆ ไม่มีความแตกต่างกัน Between group กลุ่ม CT และ กลุ่ม AR มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลทุกชนิด ในระยะติดตาม 1 ปี ลดลงจากก่อนการบำบัดแตกต่างกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะซึมเศร้า - Beck Depression Inventory (BDI) Within group กลุ่ม CT ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังการบำบัดทันที ลดลงจากก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .0001$ กลุ่ม AR ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังการรักษาทันที ลดลงจากก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p < .0001$ Between group กลุ่ม CT และ กลุ่ม AR มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า จาก BDI ในระยะติดตาม 1 ปี ลดลงจากก่อนการบำบัดแตกต่างกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Result (ต่อ)	Intervention/Result/Implication
			Clinical significant improvement 1. Hamilton Anxiety Scale Within group หลังการรักษาทันที กลุ่ม CT มีอาการทางคลินิกดีขึ้น ร้อยละ 56 กลุ่ม AR มีอาการทางคลินิกดีขึ้น ร้อยละ 53 ระยะติดตาม 1 ปี กลุ่ม CT มีอาการทางคลินิกดีขึ้น ร้อยละ 44 กลุ่ม AR มีอาการทางคลินิกดีขึ้น ร้อยละ 60 2. 0-8 Rating Scale Within group หลังการบำบัดทันที กลุ่ม CT มีอาการทางคลินิกดีขึ้น ร้อยละ 67 กลุ่ม AR มีอาการทางคลินิกดีขึ้น ร้อยละ 53 ระยะติดตาม 1 ปี กลุ่ม CT มีอาการทางคลินิกดีขึ้น ร้อยละ 67 กลุ่ม AR มีอาการทางคลินิกดีขึ้น ร้อยละ 73 Between group ความแตกต่างระหว่างกลุ่มจากแบบประเมิน Hamilton Anxiety Scale และ 0-8 Rating Scale ไม่มีความแตกต่าง

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention/Result/Implication
		สถิติ การใช้ยา Within group กลุ่ม CT และ กลุ่ม AR มีจำนวนผู้ป่วยที่ช่วยลดความวิตกกังวล ก่อนการบำบัดและระยะติดตาม 1 ปี ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ Between group ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม จากผลการศึกษานี้เห็นได้ว่าการบำบัดโดย CT มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD มากกว่าการบำบัดโดย AR ซึ่งสังเกตได้จากแบบประเมินต่าง ๆ ที่เน้นสำคัญทางสถิติมากกว่า แต่การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ Result (ต่อ) Implication

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention	Intervention/Result/Implication
4. Authors - Stanley MA. - Hopko DR. - Diefenbach GL. - Bourland SL. - Rodriguez H. - Wagener P. Year 2002 Title Cognitive Behavior Therapy for late-life Generalized Anxiety Disorder in Primary Care Objective เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผล ของการใช้ CBT ในกลุ่ม ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น	Subject ผู้ป่วยสูงอายุทั้งเพศหญิง และชายที่ได้รับการ วินิจฉัยตาม DSM IV ว่า เป็น โรควิตกกังวลชนิด GAD จำนวน 12 คน Setting :ผู้บำบัด-เป็นแพทย์เฉพาะ ทางสุขภาพจิตและจิตเวช Department of psychiatry and behavioral science, University of Texas- Houston Medical School Method แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม 6 คนเท่ากัน โดยการสุ่มตัวอย่าง -กลุ่มทดลอง ได้รับการ	Intervention กลุ่มควบคุม - แนะนำอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย - เก็บข้อมูลส่วนบุคคล และตรวจวัดระดับความวิตก กังวลและภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินฟังก์ชันการ รักษาและหลังการรักษา - แพทย์ให้การบำบัดรักษาตามปกติ กลุ่มทดลอง ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรม CBT มีการเข้าร่วมการ บำบัดแบบกลุ่มทั้งหมด 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 90 นาที ดังมีรายละเอียดดังนี้ 1.อธิบายถึงวิธีการศึกษาวิจัยและการอธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับ ความวิตกกังวล 2.ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการฝึกกำหนดลมหายใจเพื่อ ผ่อนคลายความวิตกกังวล 3.สอบถามผู้ป่วยถึงความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น และหาวิธีแก้ไขจัดการ กับปัญหาที่เกิดขึ้น 4.การจัดการกับปัญหาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุ 5.การหาแนวทางช่วยเหลือในการพัฒนาวิธีการลดความวิตก	

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level		Subject/Setting/Method/ Instrument		Intervention/Result/Implication
Objective (ต่อ)	โรควิตกกังวลชนิด GAD และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลปกติเบื้องต้น	Method (ต่อ)	รักษา ด้วย CBT -กลุ่มควบคุม ได้รับการรักษาตามปกติ	กังวลให้น้อยลง และพร้อมรับการสถานการณ์ที่ทำให้ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น
Design	RCT	Instrument	1.ความวิตกกังวล ประเมินโดยใช้แบบประเมิน	6.มีการทดสอบความคิด โดยวิธีให้ทดลองปฏิบัติและมอบหมายการบ้านให้ทำตามความเหมาะสม
Level	A		- Beck Anxiety Inventory (BAI) - Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) 2.ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมิน	7. ให้ผู้ป่วยมีการจดบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเท่าที่จะสามารถทำได้ และสอนให้ผู้ป่วยทำตารางกิจกรรมของตนเอง
			- Beck Anxiety Inventory (BAI) - Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) 2.ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมิน	8. ให้คำแนะนำและฝึกสอนทักษะต่างๆ ที่จะสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหามองในจิตประจำวันเท่าทำได้
			- Beck Depression Inventory (BDI)	1.ความวิตกกังวล Within group ก่อนการบำบัดและหลังการบำบัดทันที - Beck Anxiety Inventory (BAI) กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังการบำบัด ลดลงจากก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$
				กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังการบำบัด ลดลงจากก่อนการบำบัดอย่างไม่มีนัยสำคัญทาง

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention/Result/Implication
		Result (ต่อ) สถิติ Between group กลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล หลังการบำบัดที่ ลดลงจากการบำบัดแตกต่างกัน อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ - Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) Within group ก่อนการรักษาระยะหลังการบำบัดที่กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังการบำบัด ลดลงจากการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลหลังการบำบัด ลดลงจากการบำบัดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ Between group กลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล หลังการบำบัดที่ ลดลงจากการบำบัดแตกต่างกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 2. ภาวะซึมเศร้า Within group ก่อนการบำบัดและหลังการบำบัดที่

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention/Result/Implication
		Result (ต่อ) - Beck Depression Inventory (BDI) กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการบำบัด ลดลงจากการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการบำบัดที่ ลดลงจากการบำบัดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ Between group กลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าจาก BDI หลังการบำบัดที่ ลดลงจากการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ Implication จากผลการศึกษาดังกล่าวนี้ ได้ว่าการบำบัดโดย CBT สามารถนำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรควิตกกังวลชนิด GAD ได้ผลที่ดีและมีประสิทธิภาพ ซึ่งสังเกตได้จากแบบประเมินต่าง ๆ ที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level		Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention	Intervention/Result/Implication
5. Authors	Amtz A.	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตาม DSM III -R และ DSM IV ว่าเป็นโรควิตกกังวลชนิด GAD จำนวน 45 คน	Intervention	กลุ่มที่ 1 ได้รับการบำบัดแบบ Cognitive Therapy (CT) - ใช้แนวคิดของ Beck และ Emery (1985) และ Butter CT 91 (1991) โดยมีรายละเอียดการรักษาดังนี้
Year	2003			ครั้งที่ 1 -แนะนำ Cognitive Model ในเรื่องของปัญหาการคิดที่นำไปสู่ความวิตกกังวล การแก้ไขคือการปรับเปลี่ยนความคิดอย่างมีเหตุผล
Title	Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder	Inclusion -ยินยอมให้การรักษามีอายุมากกว่า 17 ปี และน้อยกว่า 70 ปี -ไม่มีภาวะซึมเศร้า -ไม่เคยรับการบำบัดในลักษณะนี้มาก่อน		ครั้งที่ 2 -อธิบายถึงการเปลี่ยนความคิดที่ไม่มีเหตุผล สร้างเป็นความคิดที่มีเหตุผล ให้ผู้ป่วยติดตาม ประเมินความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล -บันทึกสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นลงในสมุด
Objective	เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรักษาโดยวิธี Applied relaxation และ Cognitive therapy ในการรักษา ผู้ป่วยโรควิตก	Setting Department Of medical , Clinical and Experimental Psychology University		ครั้งที่ 3-5 -มีการทดสอบพฤติกรรมในการบำบัด ให้ผู้ป่วยพยายามเอาชนะความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น และปรับเปลี่ยนเป็นความคิดที่มีเหตุผล -อธิบายถึงการทดสอบความเชื่อที่เป็นผลเสียต่อผู้ป่วย ครั้งที่ 6-12 -ตั้งข้อสันนิษฐาน ทดสอบความเชื่อที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วย เพื่อเป็นการไม่ให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล -การบำบัดเป็นแบบกลุ่มมีทั้งหมด 12 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level		Subject/Setting/Method/ Instrument		Intervention (ต่อ)	Intervention/Result/Implication
Objective (ต่อ)	กึ่งทดลอง GAD	Setting (ต่อ)	of Maastricht, Netherlands	Intervention (ต่อ)	Intervention/Result/Implication
Design	RCT	Method	ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ คัดเลือกรวมทั้งหมด 45 คน		กลุ่มที่ 2 ได้รับการบำบัดแบบ Applied relaxation (AR) ครั้งที่ 1 –อธิบายการบำบัดด้วยวิธี Applied Relaxation -อธิบายถึงวงจรที่ก่อให้เกิดผลเสียของความเครียดที่มีผลต่อการตื่นตัวของร่างกาย รวมถึงแนวทางการควบคุมและการช่วยเหลือความผิดปกติ -อธิบายวิธีการลดความตื่นตัวที่จะเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติโดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ครั้งที่ 2-3 –ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าประเภท Active Progressive muscle relaxation ครั้งที่ 4 –ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบ Passive Progressive muscle relaxation ครั้งที่ 5 –มีการตั้งเงื่อนไขในการควบคุมการผ่อนคลาย ครั้งที่ 6-7 –อธิบายความแตกต่างของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั้ง 2 ประเภท และความรู้สึที่เกิดขึ้น ครั้งที่ 8 – 10 –สอนให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่เร็วขึ้น -สอนทักษะการใช้ผ่อนคลายกล้ามเนื้อใน
Level	A		ชาย 15 คน หญิง 30 คน มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ที่ได้แก่		
			-กลุ่มที่ 1 ได้รับการบำบัด แบบ Cognitive Therapy (CT) 25 คน		
			- กลุ่มที่ 2 ได้รับการบำบัด แบบ Applied relaxation AR) 20 คน		
		Instrument	1. ความวิตกกังวล วัดก่อนการบำบัด (pretest) หลังการบำบัด (posttest)		

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention	Intervention/Result/Implication
	Instrument (ต่อ) 1 เดือนหลังการบำบัด (follow-up ครั้งที่ 1) และ 6 เดือนหลังการบำบัด (follow-up ครั้งที่ 2) โดยใช้แบบประเมิน - Spielberger's State-Anxiety Inventory (Dutch Version) ใช้ประเมินความวิตกกังวลแบบ Stat และ Trait anxiety - SCL - 90 -Anxiety ประเมินระดับอาการของผู้ป่วย 2. Recovery rates and Clinical significant change - ใช้คะแนนของ State-	Intervention (ต่อ) 1. ความวิตกกังวล Result	ชีวิตประจำวัน เช่น ในขณะเดิน ขับรถยนต์ เป็นต้น -สถานการณ์ที่ใช้ทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อในการเผชิญกับความวิตกกังวลอย่างรวดเร็วเท่าที่จะทำได้ -ปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าอย่างน้อย 2 ครั้ง / วัน ครั้งที่ 11-12 คือให้ผู้ป่วยใช้ทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าเผชิญสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัว -ระยะเวลาครั้งละ 50-60 นาทีสัปดาห์ละ 1 ครั้งจำนวน 12 ครั้ง Pretest - Posttest กลุ่ม CT และ กลุ่ม AR มีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .002$ Pretest - follow - up ครั้งที่ 1 กลุ่ม CT และ กลุ่ม AR มีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ Pretest - follow- up ครั้งที่ 2 กลุ่ม CT และ กลุ่ม AR มีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention/Result/Implication
	Instrument (ต่อ) Anxiety Inventory มาคำนวณ วัดก่อนการบำบัด (pretest) หลังการบำบัด (posttest) 1 เดือน หลังการบำบัด (follow-up ครั้งที่ 1) และ 6 เดือน หลังการบำบัด (follow-up ครั้งที่ 2)	Result (ต่อ) Between group เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มในระยะ Pretest - Posttest, Pretest - follow-up ครั้งที่ 1 และ Pretest - follow-up ครั้งที่ 2 ทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ -SCL – 90 Anxiety ประเมินระดับอาการของผู้ป่วย Within group Pretest - Posttest กลุ่ม CT และ กลุ่ม AR มีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ Pretest - follow-up ครั้งที่ 1 กลุ่ม CT และ กลุ่ม AR มีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ Pretest - follow-up ครั้งที่ 2 กลุ่ม CT และ กลุ่ม AR มีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ Between group เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มในระยะ Pretest - Posttest, Pretest - follow-up ครั้งที่ 1 และ Pretest - follow-up ครั้งที่ 2 ทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างไม่มี

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Result (ต่อ)	Intervention/Result/Implication
			นัยสำคัญทางสถิติ แต่ในระยะ Pretest - follow-up ครั้งที่ 1 AR มีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่ม CT $p = .045$ 2. Recovery rates and Clinical significant change Recovery rates Posttest กลุ่ม CT ร้อยละ 35 และ กลุ่ม AR ร้อยละ 44 follow-up ครั้งที่ 1 กลุ่ม CT ร้อยละ 28.6 และ กลุ่ม AR ร้อยละ 50 follow-up ครั้งที่ 2 กลุ่ม CT ร้อยละ 50 และ กลุ่ม AR ร้อยละ 53.3 Clinical significant change Posttest กลุ่ม CT ร้อยละ 40 และ กลุ่ม AR ร้อยละ 33.3 follow-up ครั้งที่ 1 กลุ่ม CT ร้อยละ 47.6 และ กลุ่ม AR ร้อยละ 50 follow-up ครั้งที่ 2 กลุ่ม CT ร้อยละ 50 และ กลุ่ม AR ร้อยละ 46.7

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention/Result/Implication
		Implication จากผลการศึกษานี้ เห็นได้ว่าการใช้ Cognitive Therapy และ applied relaxation มีประสิทธิภาพที่ดีในการลดอาการของความวิตกกังวล และสามารถช่วยลดความวิตกกังวลประจำตัวให้น้อยลงด้วยอีกด้วย

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level		Subject/Setting/Method/ Instrument		Intervention/Result/Implication	
6.		Subjective	ผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่มา รับบริการในแผนกผู้ป่วย นอก โรงพยาบาลพระศรี มหาโพธิ์ จังหวัด อุบลราชธานี	Intervention	กลุ่มควบคุม - ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือคำแนะนำในการดูแล สุขภาพจิตทั่วไป ที่ให้บริการเป็นประจำที่แผนกผู้ป่วยนอก
Authors	-กานกรณ ทาสอน				กลุ่มทดลอง - ที่ใช้แนวคิดการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและ พฤติกรรม โดยได้รับการเข้าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วน ร่วมแบ่งการบำบัดแบบกลุ่มติดต่อกัน 2 วัน วันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที รวม 6 ครั้ง โดยมีแผนการบำบัดแบบกลุ่มดังนี้
Year	- 2545				ครั้งที่ 1. สร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย ครั้งที่ 2. เรียนรู้จักความวิตกกังวล ครั้งที่ 3. สารพันปัญหา
Title	-ผลของกลุ่มการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วมต่อความ วิตกกังวลในผู้ป่วยโรค วิตกกังวล	Inclusion 1. ได้รับการตรวจวินิจฉัย จากจิตแพทย์ว่าเป็นโรค วิตกกังวลชนิด GAD 2. อายุ 20-55 ปี 3. สามารถติดต่อสื่อสาร ด้วยภาษาพูดได้ 4. เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาด้าน บุคลิกภาพหรือความ ผิดปกติทางจิตอย่างอื่น			ครั้งที่ 4. เรียนรู้หลักการแก้ไขปัญหา ครั้งที่ 5. เรียนรู้เทคนิคการคลายเครียด ซึ่งในขั้นตอนผู้ป่วย จะได้เรียนรู้วิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง โดยอาจใช้ การวาดคลายเครียด การฝึกหายใจ และการทำสมาธิ
Object	เพื่อศึกษาผลของกลุ่ม การเรียนรู้แบบมีส่วน ร่วมต่อความวิตกกังวล ในผู้ป่วยโรควิตกกังวล				- มีการมอบหมายงาน (Home work) คือไปบันทึกการฝึกผ่อนคลายความเครียดประจำวัน ให้กับผู้ป่วยนำกลับไปทำที่บ้าน
Design	-Quasi Experimental research (per-post test control group design)				

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument		Intervention/Result/Implication	
Level	Subjective (ต่อ)	Setting	Intervention (ต่อ)	Result
B	5 ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ	ผู้ป่วย-พยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการบำบัด	ครั้งที่ 6. สรุปและปิดกลุ่ม	ความวิตกกังวล ก่อนการบำบัด และ หลังการบำบัดครั้งสุดท้าย
		แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี		- ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน หลังการบำบัด ลดลงจาก ก่อนการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .01$
		-คัดเลือกผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD จำนวน 25 คนทั้งเพศหญิงและชาย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย กลุ่มทดลองได้รับการ		- ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ในระยะติดตามผล ลดลงจาก หลังการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .01$
				- ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ในระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention/Result/Implication
	Method ใช้กลุ่ม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการบำบัดทางจิตและพฤติกรรม Instrument ความวิตกกังวล โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล (STAI form X) ของ Spielberger ฉบับภาษาไทย วัดก่อนการบำบัด หลังการบำบัดครั้งสุดท้าย และระยะติดตามผล (1 เดือนหลังการบำบัดครั้งสุดท้าย	Implication จากผลการศึกษาพบ กลุ่มการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยใช้แนวคิดการบำบัดทางจิตและพฤติกรรม จะไม่สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลได้ แต่สามารถลดความวิตกกังวลในขณะปัจจุบันได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการเรียนรู้ที่เกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนแนวทางการปฏิบัติเพื่อบรรเทาอาการและป้องกันอาการกำเริบของผู้ป่วยได้ เรียนรู้จากกลุ่ม สามารถจัดการกับความวิตกกังวลในขณะปัจจุบันที่เกิดขึ้นได้

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level		Subject/Setting/Method/ Instrument		Intervention/Result/Implication	
7. Author	ณัฐทิพร ชัยประทาน	Subjective	ผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู	Intervention	-การศึกษาในครั้งนี้ได้รับ “การให้การรักษารายบุคคล โดยใช้แนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายลมหายใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวล” ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวความคิดปรับเปลี่ยนความคิด ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ประกอบด้วย
Year	2547	Inclusion	1. ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรควิตกกังวลชนิด GAD		1. การเรียนรู้ธรรมชาติโรควิตกกังวล เหตุผลการบำบัดแบบ CBT และการฝึกผ่อนคลายลมหายใจเพื่อระงับอาการของโรควิตกกังวล
Title	ผลของการให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนคลายลมหายใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวล		2. สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาพูดได้		2. การฝึกปฏิบัติผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าประเภท Active
			3. เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาด้านบุคลิกภาพหรือความผิดปกติทางจิตอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น โรคจิตเภท โรคประสาทซึมเศร้ารุนแรง ดิตสารเสพติด		3. เรียนรู้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิด
Objective	เพื่อศึกษาผลของการให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวความคิด		4. ยินดีให้ความร่วมมือใน		4. เรียนรู้หลักการแก้ไข้ปัญหา
					5. สรุปบททบทวนบทเรียนและการนำไปใช้
					-โปรแกรมการบำบัดรายบุคคลนี้จะทำทั้งหมด 5 ครั้ง ๆ ละ 90 นาทีสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องกัน 5 สัปดาห์ และติดตามผลหลังบำบัดครบ 5 ครั้งอีก 1 เดือน

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level		Subject/Setting/Method/ Instrument		Intervention/Result/Implication	
Objective (ต่อ)	ปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมร่วมกับ การฝึกผ่อนคลายลม หายใจและการฝึกผ่อนคลาย กล้ามเนื้อในผู้ป่วย โรควิตกกังวล Gad	Subjective (ต่อ)	การเข้าร่วมโครงการ ผู้บำบัด-พยาบาลจิตเวชที่ มีประสบการณ์ในการ บำบัด	Result	1. ความวิตกกังวล ก่อนการบำบัด และ หลังการบำบัดครั้งสุดท้าย - ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน หลัง การบำบัด ลดลงจาก ก่อนการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ $P < .001$ - ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลที่ปรับตัวหลังการ บำบัด ลดลงจาก ก่อนการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .001$ ระยะติดตามผล 1 เดือน - ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน ใน ระยะติดตามผล ลดลงจาก หลังการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ $P < .001$ - ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลที่ปรับตัว ใน ระยะติดตามผล ลดลงจาก หลังการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ $P < .001$
Design	-Quasi Experimental research	Setting	แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู		2. การขยายผลความวิตกกังวล ในระยะติดตามผลพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 50 มีการลดขนาด ยา ยังคงให้ยาเท่าเดิมร้อยละ 36.6 และหยุดการรักษาด้วยยา
Level	B	Method	คัดเลือกผู้ป่วยโรคจิต กังวลชนิด GAD จำนวน 22 คนทั้งเพศ หญิงและชาย เข้ารับการ บำบัดตามโปรแกรม		

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention/Result/Implication
	Instrument 1. ความวิตกกังวล โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวล (STAI form X) ของ Spielberger ฉบับภาษาไทย วัดก่อนการบำบัด หลังการบำบัดครั้งสุดท้าย และบำบัดครั้งสุดท้าย และระยะติดตามผล (1 เดือน หลังการบำบัดครั้งสุดท้าย) 2. การใช้ยาลดความวิตกกังวล 3. ความพึงพอใจ	จากอาการดีขึ้นร้อยละ 9.09 3.ความพึงพอใจ หลังสิ้นสุดการบำบัดครบ 5 ครั้ง พบว่า โดยภาพรวมผู้มีความรู้สึกพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับในระดับพอใจมาก ร้อยละ 100 (n = 22/22) จากผลการศึกษาพบว่า “การให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนคลายจิตใจ และการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวล” สามารถทำให้ความกังวลในปัจจุบัน และความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ลดลงได้ และลดลงอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของการรักษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ในภาวะเจ็บป่วยได้ ลดการพึ่งพาลง

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective/Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention	Intervention/Result/Implication
8. Author Year Title Objective	ผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ประจันตคาม และ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร Inclusion 1. ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรควิตกกังวลชนิด GAD 2. เป็นผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี 3. เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาด้านบุคลิกภาพหรือความผิดปกติทางจิตอย่างอื่น ร่วมด้วย เช่น โรคจิตเภท โรคประสาท ซึมเศร้ารุนแรง ดิตสาร	Intervention	แผนการให้คำปรึกษากลุ่ม โดยในแนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล โดยมีแผนการบำบัดทั้งหมด 4 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ½ นาที – 2 ชั่วโมง โดยมีกระบวนการดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพแรงจูงใจ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับธรรมชาติของโรควิตกกังวล - ทำความรู้จักกันด้วยกิจกรรม “ การแนะนำตัวเองด้วยภาพ ” - การประเมินตนเอง เกี่ยวกับอาการ และผลกระทบที่เกิดขึ้น - เรียนรู้ธรรมชาติของโรควิตกกังวล กิจกรรมที่ 2 เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความกังวล - ทำความเข้าใจเกี่ยวกับ กระบวนการคิดที่ทำให้เกิดโรควิตกกังวล - การบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม -ฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความกังวล แยกให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ กิจกรรมที่ 3 หลีกเลี่ยงแก้ไข้ปัญหา -ฝึกทักษะการแก้ไข้ปัญหาที่ต้นเหตุของปัญหาที่เน้นการ

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument	Intervention/Result/Implication
Objective (ต่อ) การให้คำปรึกษากลุ่ม โดยใช้แนวความคิดและ ปรับเปลี่ยนความคิดและ พฤติกรรม	Subjective (ต่อ) สภาพ 4.สามารถติดต่อสื่อสาร ด้วยภาษาพูดได้ 5.ยินดีให้ความร่วมมือใน การเข้าร่วม โครงการ	Intervention (ต่อ) ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม -ฝึกการลดความวิตกกังวลร่วมกัน การจัดการกับความวิตกก กังวล กิจกรรมที่ 4 การเผชิญปัญหา และ ยุติกลุ่ม -พัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เน้นการ ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม -สมาชิกเข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน นำความคิดและ ประสบการณ์ไปใช้ในชีวิตจริง สรุปบทเรียน การ นำไปใช้ และปิดกลุ่ม
Design -Quasi Experimental research B Level	Setting ห้องประชุมเล็ก โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม	Result ความวิตกกังวล ก่อนการบำบัด และ หลังการบำบัด - ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน หลัง การบำบัด ลดลงจาก ก่อนการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ. ระดับ. .05
	Method คัดเลือกผู้ป่วยโรคจิต กังวลชนิด GAD ที่มารับ ยาต่อเนื่องด้วยวิธี	

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument		Intervention/Result/Implication
	Method (ต่อ)	เฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คนทั้งเพศ หญิงและชาย เข้ารับการ บำบัดตามโปรแกรม	Implication
	Instrument	ความวิตกกังวล โดยใช้แบบวัดความ วิตกกังวล (STAI form X)ของ Spielberger ฉบับ ภาษาไทย วัดก่อน และ หลังการบำบัด	○ จากผลการศึกษานี้ พบว่า การให้คำปรึกษากลุ่มที่เน้น การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นวิธีที่มีผลทำให้ ความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลลดลง หลังจากผู้ป่วย ได้รับการบำบัดทำให้ผู้ป่วยเข้าใจในภาวะของโรควิตก กังวลที่เกิดขึ้นกับตนเองและวิธีการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นใน ชีวิตของผู้ป่วยเองมากยิ่งขึ้น

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level		Subject/Setting/Method/ Instrument		Intervention	Intervention/Result/Implication
9. Author	บุญญลักษณ์ พิมพ์ทอง	Subjective	ผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่มา รับบริการที่แผนกผู้ป่วย นอก โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา		- ดำเนินการ โดยการใช้การเรียนรู้แบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล โดยขึ้นแผนการบำบัดทั้งหมด 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาสัปดาห์ละ 1 วันติดต่อกัน 2 สัปดาห์ วันละ 3 กิจกรรมละ 1 ชั่วโมง ถึง 1 ½ ชั่วโมง โดยมีกระบวนการบำบัดดังนี้
Year	2548		Inclusion 1. ได้รับการตรวจวินิจฉัย จากจิตแพทย์ว่าเป็นโรค วิตกกังวลชนิด GAD 2. เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ ระหว่าง 21-60 ปี 3. เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาด้าน บุคลิกภาพหรือความ ผิดปกติทางจิตอย่างอื่น ร่วมด้วย เช่น โรคจิตเภท โรคประสาท ซึมเศร้ารุนแรง คีดสาร เสพติด 4. สามารถติดต่อสื่อสาร		กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคย -สร้างบรรยากาศเป็นกันเอง - การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กิจกรรมที่ 2 เรียนรู้เรื่องความวิตกกังวล - ธรรมชาติของโรควิตกกังวล - ปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความกังวล กิจกรรมที่ 3 สารพันปัญหา -ฝึกหลักการแก้ไขปัญหา -แลกเปลี่ยนประสบการณ์กลุ่ม กิจกรรมที่ 4 เรียนรู้หลักการแก้ไขปัญหา -เรียนรู้กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิด -หลักการแก้ไขปัญหาด้านเหตุ กิจกรรมที่ 5 เรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด
Title	การศึกษการใช้การเรียนรู้แบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลใน จังหวัดฉะเชิงเทรา				
Objective	- เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลก่อนและหลังการใช้การเรียนรู้แบบ				

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level		Subject/Setting/Method/ Instrument		Intervention/Result/Implication
Objective (ต่อ)	กลุ่มต่อความวิตกกังวล ในผู้ป่วยโรควิตกกังวล	Subjective (ต่อ)	ด้วยภาษาพูดได้ 5.ยินดีให้ความร่วมมือใน การเข้าร่วมโครงการ	-ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ -ฝึกการหายใจ กิจกรรมที่ 6 สรุปทบทวนบทเรียน ร่วมกันฝึกให้สมาชิกเข้าใจถึงกระบวนการเผชิญปัญหา การนำไปใช้ สรุปผล และประเมินการเรียนรู้ ผู้ในกลุ่ม
Design	-Quasi Experimental research	Setting	ผู้ป่วยจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการบำบัด ห้องให้คำปรึกษา บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางคล้า	ความวิตกกังวล ก่อนการบำบัด และ หลังการบำบัด - ค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน หลังการบำบัด ลดลงจาก ก่อนการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05
Level	B	Method	คัดเลือกผู้ป่วยโรคจิต กังวลชนิด GAD ที่มารับ บริการ ด้วยวิธี เฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คนทั้งเพศ หญิงและชาย เข้ารับการ บำบัดตาม โปรแกรม	Implication จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การใช้การเรียนรู้แบบกลุ่มสามารถนำมาใช้ลดความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิต กังวลได้ กลุ่มทำให้เกิดการเรียนรู้ รวมถึงการได้รับข้อมูลได้ ระบายนความรู้สึกรับ มีการยอมรับ มีการปรับเปลี่ยนความคิดใน ทางบวก การหาเหตุผลหักล้างความคิดซึ่งกันและกัน นับเป็น

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (ต่อ)

Author/Year/Title/Objective /Design/Level	Subject/Setting/Method/ Instrument		Intervention/Result/Implication	
	Instrument	ความวิตกกังวล โดยใช้แบบวัดความ วิตกกังวล (STAI form X)ของ Spielberger ฉบับ ภาษาไทย วัดก่อน และ หลังการบำบัด	Implication (ต่อ)	ผู้เริ่มต้นที่มีผลกระทบช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับ ความคิด ลดความวิตกกังวลและลดความคิดอัตโนมัติด้านลบ ไปในทางที่ดีขึ้น ผู้ศึกษาตนเองมีคุณค่ามากขึ้น

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิเคราะห์ผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ประกอบไปด้วย

1. คุณภาพของงานวิจัย
2. เทคนิคที่นำมาใช้ในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD
3. เครื่องมือที่ใช้วัดผลความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD
4. ผลลัพธ์ของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD
5. ส่วนประกอบสำคัญของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD
 - 5.1 ผู้บำบัด
 - 5.2 ผู้รับการบำบัด
 - 5.3 อุปกรณ์ในการบำบัด
 - 5.4 ลักษณะกิจกรรมในการบำบัด
 - 5.5 ระยะเวลาในการบำบัด

1. คุณภาพของงานวิจัย

จากงานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่า เป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 5 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breitholtz, 2000; Stanley et al, 2002; Arntz, 2003) และเป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 4 เรื่อง (กนกวรรณ ทาสอน, 2545; ณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพาทอง, 2548)

2. เทคนิคที่นำมาใช้ในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD

เทคนิคการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT)

จากการวิเคราะห์ผลงานวิจัยพบว่า การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่นำมาใช้ในงานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง นั้น ประกอบด้วยเทคนิค 3 อย่าง คือ เทคนิคการสอน เทคนิค

การบำบัดทางความคิดและเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Beck et al, 1997) ซึ่งแต่ละเทคนิคมีรายละเอียดดังนี้

- เทคนิคการสอน (Didactic Aspects) พบว่างานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breitholtz, 2000; Stanley et al, 2002; Arntz, 2003; กนกวรรณ ทาสอน, 2545; ณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพาทอง, 2548) มีการนำเทคนิคการสอนมาใช้โดยผู้บำบัดได้มีการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแบบแผนการคิดของผู้รับการบำบัด (Cognitive triad) โครงสร้างความคิด (Schema) ที่ไม่เหมาะสมของผู้รับบำบัด โดยผู้บำบัดจะต้องบอกผู้รับการบำบัดให้รู้ถึงวิธีการและตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับการคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แล้วร่วมกันทดสอบสมมติฐานที่ตั้งขึ้น และอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และเหตุผลของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดความกระจำและให้ความร่วมมือ

- เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive Techniques) พบว่างานวิจัย 9 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breitholtz, 2000; Stanley et al, 2002; Arntz, 2003; กนกวรรณ ทาสอน, 2545; ณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพาทอง, 2548) ได้มีการนำเทคนิคการเปลี่ยนโครงสร้างความคิด (Cognitive Restructuring) ซึ่งถือว่าเป็นกิจกรรมหลักของการรักษาตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิดมาใช้ นอกจากนี้ มีการใช้ทักษะการปรับอารมณ์ (Emotional Regulation) ร่วมด้วยทั้ง 9 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breitholtz, 2000; Stanley et al, 2002; Arntz, 2003; กนกวรรณ ทาสอน, 2545; ณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพาทอง, 2548)

- เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior Techniques) จากการวิเคราะห์ พบว่างานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breitholtz, 2000; Stanley et al, 2002; Arntz, 2003; กนกวรรณ ทาสอน, 2545; ณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพาทอง, 2548) ใช้วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการมอบหมายการบ้าน (Homework) มีงานวิจัย 3 เรื่อง (ณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพาทอง, 2548) ที่เพิ่มวิธีการฝึกการหายใจที่ถูกต้อง และ มีงานวิจัย 2 เรื่อง (กนกวรรณ ทาสอน, 2545; บุญญลักษณ์ พิมพาทอง, 2548) ที่เพิ่มวิธีการทำสมาธิและการนวดคลายเครียด

การบำบัดที่ใช้ศึกษาเปรียบเทียบกับ การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

- การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าประเภท Active progressive muscle relaxation มีงานวิจัยทั้งหมด 2 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993) ที่นำวิธีการนี้มาใช้เปรียบเทียบกับ การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD

- การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าทั้ง 2 ประเภท มาใช้ร่วมกัน เรียกวิธีการนี้ว่า Applied Relaxation ซึ่งมีงานวิจัยอยู่ 2 เรื่อง (Ost & Breitholtz, 2000 และ Arntz, 2003) ที่นำมาใช้ในการเปรียบเทียบกับ การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมคือการเริ่มด้วยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าประเภท Active progressive muscle relaxation ก่อนแล้วตามด้วยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าประเภท Passive progressive muscle relaxation

3. เครื่องมือที่ใช้วัดผลความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ชนิด GAD

จากการศึกษางานวิจัยพบว่าแบบประเมินที่นำมาใช้ในงานวิจัยเรื่องการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ชนิด GAD มีหลายแบบประเมินสามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. แบบวัดความวิตกกังวล ได้แก่

1.1 Beck Anxiety Inventory (BAI) ของ Beck, Brown, Epstein, & Steer (1988) จำนวน 3 เรื่อง (Butler et al, 1991; Ost & Breitholtz, 2000; Stanley et al, 2002;)

1.2 State -Trait Anxiety Scale ของ Spielberger, Gorsuch, & Lushene (1970) จำนวน 4 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breitholtz, 2000; Arntz, 2003;)

1.3 State- Trait Anxiety Inventory (STAI from X) ของ Spielberger ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย รศ. พญ. นิตยา คชภักดี สาขาจิต วิทยา วรจิต โภคาจิต และ มาลี นิษฐ์สุข จำนวน 4 เรื่อง (กนกวรรณ ทาสอน, 2545; ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพ์ทอง, 2548)

1.4 Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) จำนวน 2 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993)

1.5 Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) จำนวน 3 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breitholtz, 2000; Stanley et al, 2002;)

1.6 Leeds Scale for the Self – Assessment of Anxiety and Depression จำนวน 1 เรื่อง (Butler et al, 1991)

1.7 9 – point rating scale by patient and assessor ของ Watson and Mark (1971) จำนวน 1 เรื่อง (Butler et al, 1991)

1.8 Assessor Severity of GAD Anxiety Symptom (0 -8 point) จำนวน 1 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993)

1.9 แบบประเมิน 100 point Diary Inventor Scale จำนวน 1 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993)

1.10 Zung Self Rating of Anxiety Scale(ZSRA) จำนวน 1 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993)

1.11 Diary episodes measure จำนวน 1 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993)

1.12 Cognitive Somatic Anxiety Questionnaire (CSAQ) จำนวน 1 เรื่อง (Ost & Breithltz, 2000)

1.13 Reactions to Relaxation and Arousal Questionnaire (RRAQ) จำนวน 1 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993)

2. แบบวัดภาวะซึมเศร้า ได้แก่

2.1 Hamilton Rating Scale for Depression (HARD) จำนวน 2 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breithltz, 2000)

2.2 Beck Depression Inventory (BDI) จำนวน 4 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breithltz, 2000; Stanley et al, 2002;)

3. แบบวัดความนึกคิด

โดยใช้แบบประเมิน Dysfunctional Attitude Scale (DAS) ของ Rush, Weissenburger, & Eaves, (1986), Cognition Checklist (CCL) ของ Beck, Brow, Eidelson, Steer & Riskind, (1987), Fear of Negative Evaluation scale (FNE) ของ Watson And Friend, (1969), Subjective Probabilities Questionnaire (SPQ) ของ Butler and Mathews, (1983) Interpretation ของ Butler and Mathews (1983), Individual thoughts จำนวน 1 เรื่อง (Butler et al, 1991)

4. แบบประเมินการใช้ยา จำนวน 4 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breithltz, 2000; ญัตติพร ชัยประทาน, 2547)

4. ผลลัพธ์ของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD

จากผลงานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง พบว่าการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ไม่ได้มีผลแค่ลดความวิตกกังวลเท่านั้น แต่ยังส่งผลดีในการลดความซึมเศร้าด้วย ดังผลการวิเคราะห์ต่อไปนี้

1. ความวิตกกังวล (Anxiety)

1.1 ระดับความวิตกกังวล (Anxiety level) จากผลงานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง พบว่า หลังการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 - .001

1.2 อาการของความวิตกกังวล (Anxiety symptom) จากผลงานวิจัย 3 เรื่อง (ณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพ์ทอง, 2548) พบว่าหลังการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้บำบัดได้ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามถึงอาการของความวิตกกังวล พบว่า ผู้ป่วยมีอาการทางกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น อาการปวดศีรษะลดลงจนถึงหาย อาการนอนไม่หลับสามารถนอนหลับได้มากขึ้น กล้ามเนื้อผ่อนคลายลง

1.3 ความนึกคิด (Cognition) จากผลงานวิจัย 1 เรื่อง (Butler et al, 1991) พบว่า หลังการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยมีความนึกคิดสมเหตุสมผลมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 - .01

1.4 อาการทางคลินิก (clinical improvement) จากผลงานวิจัย 2 เรื่อง (Ost & Breithlitz, 2000; Arntz, 2003) พบว่า หลังการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 56 - 75

1.5 อัตราการฟื้นหาย (Recovery Rate) จากผลงานวิจัย 1 เรื่อง (Arntz, 2003) พบว่า หลังการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยมีอัตราการฟื้นหายเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 50

1.6 การทำหน้าที่ทั่วไป (Functioning) หมายถึงการรับผิชอบทางสังคม จากผลงานวิจัย 1 เรื่อง (Butler et al, 1991) พบว่า หลังการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทั่วไปและมีความรับผิชอบทางสังคมดีขึ้น

1.7 ปริมาณการใช้ยาลดความวิตกกังวล (Medication) จากผลงานวิจัย 4 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breithlitz, 2000; ณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) พบว่า หลังการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะลดปริมาณการใช้ยาและ มีบางส่วนที่หยุดการใช้ยา

1.8 ความพึงพอใจต่อการรักษาจากผลงานวิจัย 1 เรื่อง (ณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการรักษาด้วยการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ที่ดีมาก คิดเป็นร้อยละ 100

1.9 สัมพันธภาพกับผู้นำบัด จากผลงานวิจัย 1 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993) พบว่า ผู้ป่วยและผู้บำบัดมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

1.10 ความคาดหวังต่อการรักษา จากผลงานวิจัย 1 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993) พบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อการรักษาดีขึ้นหลังจากที่ได้อ่านคู่มือการรักษาแล้ว

2. ภาวะซึมเศร้า (Depression) จากผลงานวิจัย 4 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breitholtz, 2000; Stanley et al, 2002;) พบว่า หลังการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 - .0001

5. ส่วนประกอบสำคัญของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

จากผลงานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง พบว่า ส่วนประกอบที่สำคัญในการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีดังนี้

5.1 ผู้บำบัด จากผลงานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง พบว่าผู้สอน หรือผู้บำบัด เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ และมีความเชี่ยวชาญ ผ่านการฝึกอบรมเทคนิคในการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาแล้วทั้งสิ้น ซึ่งมีด้วยกันหลายวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 4 เรื่อง (กนกวรรณ ทาสอน, 2545; ณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพาทอง, 2548) นักจิตวิทยาคลินิก 2 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993) แพทย์เฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช 1 เรื่อง (Stanley et al, 2002) และนักพฤติกรรมบำบัด 2 เรื่อง (Ost & Breitholtz, 2000; Arntz, 2003)

5.2 ผู้รับการบำบัด จากผลงานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ที่สามารถเข้ารับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรควิตกกังวลชนิด GAD ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM III DSMIII-R และ DSM IV เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแต่ละกลุ่ม มีทั้งผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงในทั้ง 9 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breitholtz, 2000; Stanley et al, 2002; Arntz, 2003; กนกวรรณ ทาสอน, 2545; ณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพาทอง, 2548) อายุของผู้รับการบำบัด

อยู่ระหว่าง 18-70 ปี แต่มี 1 เรื่อง (Stanley et al, 2002) ที่บำบัดเฉพาะผู้ป่วยโรควิตกกังวล GAD ที่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

5.3 อุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัด จากผลงานวิจัยพบว่า อุปกรณ์สำคัญที่ใช้ในการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ใน ผลงานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง ใช้เก้าอี้ที่มีพนักพิงเพื่อให้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่สบาย และใช้อุปกรณ์ที่ช่วยในการเรียนรู้ เช่น กระดาน ปากกาเขียนกระดาน ปากกา กระดาษ ใบกิจกรรม ใบความรู้ มีผลงานวิจัย 6 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1991; กนกวรรณ ทาสอน, 2545; ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพาทอง, 2548) ที่มีการใช้เทปคลาสเซทบันทึกคำบรรยาย วิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เครื่องเล่นเทปและวีดิทัศน์ โดยมีการเปิดให้ผู้รับการบำบัดทำตาม และมีผลงานวิจัย 1 เรื่อง (ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) ที่ใช้แผ่นภาพโครงสร้างการทำงานของร่างกาย การทำงานของสมอง และสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย

5.4 ลักษณะกิจกรรมในการบำบัด จากผลงานวิจัยพบว่า 7 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breitholtz, 2000; Stanley et al, 2002; Arntz, 2003; กนกวรรณ ทาสอน, 2545; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพาทอง, 2548) ที่ทำกิจกรรมในรูปแบบการบำบัดแบบกลุ่ม และมีผลงานวิจัย 2 เรื่อง (Butler et al, 1991; ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) ที่จัดกิจกรรมในรูปแบบการบำบัดเป็นรายบุคคล

5.5 เวลาที่ใช้ในการบำบัด มีผลงานวิจัย 3 เรื่อง (Butler et al, 1991; Ost & Breitholtz, 2000; Arntz, 2003) ที่ใช้เวลาการทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาที เป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีผลงานวิจัย 1 เรื่อง (ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) ที่ใช้เวลาในการบำบัดแต่ละครั้ง 90 นาที นาน 5 สัปดาห์ๆ ละครั้ง มีผลงานวิจัย 1 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993) ใช้เวลาในการทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ แรกใช้ 90 นาที ครั้งต่อมาใช้ 60 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ มีผลงานวิจัย 1 เรื่อง (Stanley et al, 2002) ใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 90 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ มีงานวิจัย 1 เรื่อง (กนกวรรณ ทาสอน, 2545) ใช้เวลาในการทำกิจกรรม ติดต่อกัน 2 วันๆ ละ 3 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที เป็นเวลา 6 ครั้ง มีงานวิจัย 1 เรื่อง (ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548) เวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 90-120 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และมีงานวิจัย 1 เรื่อง (บุญญลักษณ์ พิมพาทอง, 2548) ที่ใช้เวลาในการทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 วันๆ ละ 3 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาทีติดต่อกัน 2 สัปดาห์

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD โดยผู้ศึกษาได้แบ่งการอภิปรายได้ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์
2. เทคนิคการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม
3. เครื่องมือที่ใช้วัดผลความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD
4. ผลลัพธ์ของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD
5. ส่วนประกอบสำคัญของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD มีดังนี้
 1. ผู้บำบัด
 2. ผู้รับการบำบัด
 3. อุปกรณ์ในการบำบัด
 4. ลักษณะกิจกรรมในการบำบัด
 5. เวลาที่ใช้ในการบำบัด

คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์

จากการศึกษาครั้งนี้ มีงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้งหมด 9 เรื่อง ซึ่งเมื่อนำผลงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพ โดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่าเป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 5 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breitholtz, 2000; Stanley et al, 2002; Arntz, 2003) และเป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 4 เรื่อง (กนกวรรณ ทาสอน, 2545; ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพาทอง, 2548) ซึ่งทั้ง 9 เรื่อง พบว่าเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย 4 เรื่อง และงานวิจัยที่ศึกษาดังประเทศ 5 เรื่อง จะเห็นได้ว่าระดับงานวิจัยที่ศึกษามีความน่าเชื่อถือและเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ ดังนั้นองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับ

การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ทั้ง 9 เรื่อง นับได้ว่าเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่มีคุณภาพ

เทคนิคการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

จากการวิเคราะห์ผลงานวิจัยทั้ง 9 เรื่องพบว่า เทคนิคที่นำมาใช้ในการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนั้น สามารถสรุปรวมได้เป็น 3 เทคนิค คือ เทคนิคการสอน, เทคนิคการบำบัดทางความคิด และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Beck et al.,1997) ซึ่งแต่ละเทคนิคมีรายละเอียดดังนี้

1. **เทคนิคการสอน (Didactic Aspects)** ซึ่งถือว่าเป็นเทคนิคระยะเริ่มต้นของการบำบัดโรควิตกกังวล จากงานวิจัยทั้ง 9 เรื่องใช้เทคนิคนี้โดยจะเน้นเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ บอกผู้ป่วยถึงเหตุผลและความสำคัญในการบำบัดแบบพฤติกรรมความคิด เพื่อความต่อเนื่องในการเข้าร่วมกิจกรรม การตั้งเป้าหมายร่วมกันในการบำบัด ในการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจในปัญหาของตนเองเกี่ยวกับข้อมูลของโรควิตกกังวล และ ผลกระทบที่เกิดขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม เทคนิคการสอนถือว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเข้าใจ ภาวะการเจ็บป่วยและอาการที่เขาเป็นอยู่ รวมทั้งวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเองเป็นการเพิ่มความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถจัดการแก้ไขปัญหามากกว่าอารมณ์ (Lazarus and Folkman,1984) ได้ด้วยตนเอง อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิดตามมา

2. **เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive Techniques)** จากงานวิจัยทั้ง 9 เรื่องได้มีการนำ การเปลี่ยนโครงสร้างความคิด (Cognitive Restructuring) ซึ่งถือว่าเป็นกิจกรรมหลักของการบำบัดตามแนวความคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิด มาใช้ในการเปลี่ยนโครงสร้างความคิด โดยมีความเชื่อว่าความคิดที่ผิดบิดเบือนจากความจริง จากการที่บุคคลประเมินสถานการณ์ต่างๆที่มากระตุ้น จนเป็นสาเหตุของการเกิดปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่ตอบสนองไม่เหมาะสม และความคิดดังกล่าวเกิดขึ้นแบบอัตโนมัติ ไม่สามารถบังคับหรือฝืนไม่ให้คิดได้ ตลอดจนรูปแบบและเงื่อนไขของความคิดนั้นได้ถูกปลูกฝังอยู่ภายในจิตใจมาเป็นเวลานาน ทั้งในระดับที่เป็นความเชื่อที่อยู่ในระดับต้นและที่ยังเป็นตะกอนในจิตใจส่วนลึก ซึ่งผู้รับการบำบัดจะสามารถปรับเปลี่ยนได้นั้นต้องอาศัยการเรียนรู้ และวิธีคิดแบบใหม่ที่เหมาะสม โดยผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดเรียนรู้ถึงการเข้าใจความคิดของตนเองว่าประสบการณ์ของตนเกี่ยวข้องกับความคิดที่บิดเบือนอย่างไร และผู้บำบัดช่วยให้ผู้รับการบำบัดยอมรับว่าวิธีการคิดของตนเองเป็นปัญหาต่อตนเองอย่างไร และให้ความช่วยเหลือแก้ไขให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เป็นวิธีการที่เหมาะสมกว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดที่สมเหตุสมผลขึ้น ส่งผลให้ผู้รับการบำบัดเกิดการผ่อนคลาย ไม่กังวล ดังผลการศึกษาของ

ยุทธนา อดาสกุลมั้น(2548) ได้ศึกษาการใช้การปรับเปลี่ยนโครงสร้างความคิดในผู้ป่วยวิตกกังวล พบว่า หลังจากการฝึกทักษะ อารมณ์ และความรู้สึกในระดับที่รุนแรง เมื่อผ่านการฝึกทักษะการวิเคราะห์ความคิดอัตโนมัติแล้วความเข้มข้นของอารมณ์และความรู้สึกที่รุนแรงลดลงอย่างมาก

3. เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior Techniques) เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมที่ใช้ร่วมกับการบำบัดทางความคิด มีหลายเทคนิค (Beck et al.,1979) ที่พบในผลการวิจัยทั้ง 9 เรื่องที่ใช้ คือ การมอบหมายการบ้าน (Homework) เกี่ยวกับการฝึกการผ่อนคลาย การฝึกการแก้ไขปัญหา การมอบหมายการบ้านดังกล่าว จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดการเรียนรู้และนำมาซึ่งการลดความวิตกกังวลและการกลับเป็นซ้ำ โดยการให้ผู้รับการบำบัดฝึกการสังเกตอารมณ์ความรู้สึกหรือปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายของตนต่อเหตุการณ์ที่ทำให้กังวล ส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดเกิดการเข้าใจตนเอง สามารถแก้ไขปัญหาได้ และผู้รับการบำบัดนำไปฝึกปฏิบัติด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งพบว่า เทคนิคดังกล่าวเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงด้วยตนเอง จนเกิดเป็นทักษะความชำนาญ ดังผลการศึกษาของ สมใจ เกียรติพงษ์ (2542) ที่ใช้เทคนิคการมอบหมายการบ้านเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมกลุ่มบำบัดเชิงเหตุผลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งส่งผลให้ความวิตกกังวลในการฝึกปฏิบัติงานลดลง และผลการศึกษาของ นภาพร ตั้งพลผลวนิชย์ และคณะ (2543) ที่ใช้เทคนิคการมอบหมายการบ้านเป็นกลวิธีหนึ่งในการทำกลุ่มจิตบำบัดต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล ซึ่งพบว่าได้ผลดีในการช่วยลดความวิตกกังวลทั้งความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัว และเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พบในงานวิจัย 9 เรื่อง พบว่าการฝึกปฏิบัติผ่อนคลายกล้ามเนื้อทำให้เกิดการผ่อนคลายในวงจรสมองและกล้ามเนื้อ ในที่สุดความตึงเครียดความกังวลก็จะลดลงหรือถูกยับยั้งหรือหมดไปได้ นับเป็นเทคนิคที่มีการฝึกอย่างกว้างขวางทั้งในการรักษาและในงานวิจัย (ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ, 2544) เช่น ในงานวิจัยของ Michael (1993) ได้ศึกษาการใช้เทคนิคการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกหายใจด้วยกระบังลม ในโปรแกรมการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม สำหรับผู้ป่วยโรคแพนิก พบว่า ช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการเผชิญกับอาการไม่สบายทางกายที่เกิดจากความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีงานวิจัย 3 เรื่อง (กนกวรรณ ทาสอน, 2545; ณัฐจิพร ชัยประทาน, 2547; บุญญลักษณ์ พิมพาทอง, 2548) ที่ใช้การฝึกการหายใจที่ถูกต้อง ซึ่งตรงกับการศึกษาของจินทิมา องค์ไวยอด (2545) ที่กล่าวว่า “การฝึกผ่อนคลาย และการฝึกผ่อนคลายลมหายใจ ร่วมกับการรักษาด้วยยา และการรักษาจิตบำบัดแบบประคับประคองจะทำให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพสูง ลดความเครียด ความกังวลได้เป็นอย่างดี” และมีงานวิจัย 2 เรื่อง (กนกวรรณ ทาสอน, 2545; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548) ที่ใช้การทำสมาธิและการนวดคลายเครียดในการช่วยลดอาการวิตกกังวล ดังผลการศึกษาของบุญช่วย

เทพยศ (2541) ได้นำการทำสมาธิเบื้องต้นมาใช้ในการบำบัดให้ผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวล พบว่าสามารถลดระดับความวิตกกังวลลงได้

ทั้ง 4 วิธีมีผลให้ผู้รับการบำบัดเกิดการผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ กล่าวคือ เป็นการเสริมให้การบำบัดทางความคิด มีผลต่อการลดความวิตกกังวลได้ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการบำบัดแบบการปรับเปลี่ยนความคิด เป็นการบำบัดที่อาจทำให้ผู้รับการบำบัด เกิดความเครียดได้ โดยขณะฝึก ผู้รับการบำบัดต้องใช้สมาธิและใช้ปัญญาความคิดในการพิจารณาความคิดที่บิดเบือน มาสู่ความคิดที่สมเหตุสมผล ซึ่งความเครียดเมื่อเกิดขึ้น ย่อมส่งผลต่อการรับรู้ หมายความว่า การรับรู้จะถูกจำกัดลง ดังนั้น การนำเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม มาใช้ร่วมด้วย จะทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดการผ่อนคลาย เมื่อเกิดการผ่อนคลาย การรับรู้ก็จะดีขึ้น จะทำให้การใช้สมาธิและปัญญาความคิดของผู้รับการบำบัดดีขึ้น ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนความคิดอันนำไปสู่ความคิดที่สมเหตุสมผล (ทิพวัลย์ โพธิ์แทน, 2531)

เครื่องมือที่ใช้วัดผลความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD

จากงานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง พบว่า แบบประเมินความวิตกกังวล ที่นำมาใช้มากที่สุดคือแบบประเมิน State -Trait Anxiety Inventory (STAI) ของ Spielberger มีงานวิจัย 8 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breithlitz, 2000; Arntz, 2003; กนกวรรณ ทาสอน, 2545; ณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพ์ทอง, 2548) ที่นำแบบประเมินนี้มาใช้ รองลงมาคือแบบประเมิน Beck Anxiety Inventory (BAI) ของ Beck มีงานวิจัย 3 เรื่อง (Butler et al, 1991; Ost & Breithlitz, 2000; Stanley et al, 2002;) อธิบายได้ว่าแบบประเมิน STAI ของ Spielberger เป็นแบบประเมินที่คนนิยมนำมาใช้มากที่สุดทั้งในและต่างประเทศ เมื่อเทียบกับ BAI ของ Beck ทั้งนี้จะถือได้ว่าการที่มีการนำแบบประเมิน STAI ของ Spielberger มาใช้มากเช่นนี้ จะทำให้เห็นจุดอ่อน จุดแข็ง ของแบบประเมิน และนอกจากนี้แล้ว ก่อนที่ผู้วิจัยจะนำแบบประเมินนี้ไปใช้ จะต้องหาความเที่ยงตรง(validity) และค่าความเชื่อมั่น(reliability) ก่อนทุกครั้ง ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นถึงประสิทธิภาพของแบบประเมินนี้ได้

สำหรับแบบประเมินอื่นๆเช่น แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความนึกคิด และแบบประเมินการใช้ยา มีจำนวนที่ใช้้น้อย ทั้งนี้ เนื่องจากว่าจะใช้เฉพาะกรณี เช่น งานวิจัยผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ที่มีอาการของภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ก็จะเพิ่มแบบประเมินภาวะซึมเศร้าหรือในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานยาร่วมด้วย ก็จะเพิ่มแบบประเมินการใช้ยา เป็นต้น

ผลลัพธ์ของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD

จากงานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง พบว่า การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีผลในการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล ชนิด GAD ได้ การที่วิธีการบำบัดชนิดนี้ สามารถลดความวิตกกังวลลงได้ สามารถอธิบายได้ว่า การบำบัดนี้เป็นการเน้นที่ความคิด ที่นำไปสู่ความคิดที่มีเหตุผลมากขึ้น ทั้งนี้จากความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD เกิดจากความคิดที่บิดเบือน ไม่มีเหตุผล ดังนั้นการนำการบำบัดวิธีนี้มาใช้ในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD จึงมีความสอดคล้องกัน คือการนำไปสู่การปรับความคิดอัตโนมัติที่บิดเบือนนั้นมาสู่โลกแห่งความเป็นจริงคือความคิดที่สมเหตุสมผล และส่งผลให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง มีความเข้าใจถึงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลอย่างแท้จริง และนำไปสู่การลดลงของความวิตกกังวลนั้น James et al. (2000) พบว่าการบำบัดโดยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้ประสิทธิผลการรักษาอย่างดียิ่งในผู้ป่วยโรควิตกกังวลและจากการศึกษาพบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความวิตกกังวลได้

นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่ได้จากการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเองแล้ว ยังส่งผลต่อครอบครัว และสังคมด้วย ได้แก่ การปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมดีขึ้น มีอาการทางคลินิกดีขึ้น และอัตราการฟื้นหายเพิ่มขึ้น ดังการศึกษาของ Fisher & Durham (1999) ที่ได้ทบทวนรายงานการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดแบบ CBT ร่วมกับการฝึกผ่อนคลาย ในผู้ป่วย GAD พบมีงานวิจัยจำนวน 6 รายงาน พบว่า วิธีการดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับอัตราการหายป่วยในระยะติดตามผล 6 เดือนหลังการบำบัดถึงร้อยละ 50 – 60 นับว่าเป็นการช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัวและสังคมลง รวมทั้งเรื่องของการใช้ยาลดความวิตกกังวลที่มีปริมาณลดลงด้วย

ส่วนประกอบสำคัญในการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD

จากผลงานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง พบว่า การที่จะทำการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีส่วนประกอบสำคัญๆ ดังต่อไปนี้

1. ผู้บำบัด จากผลงานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง พบว่าผู้สอน หรือผู้บำบัด เป็นผู้ที่มีความรู้และมีความเชี่ยวชาญผ่านการฝึกอบรมเทคนิคการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาแล้วทั้งสิ้น ดังที่ สมบัติ ตาปัญญา(2549) กล่าวว่า “ผู้บำบัดควรเป็นผู้ที่มีความรู้และผ่านการอบรม และมีความรู้ในเรื่องของเทคนิคการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นอย่างดี” อีกทั้งจากผลงานวิจัยทั้ง 9 เรื่องนี้ยังพบว่าผู้บำบัดเป็นผู้ที่มีความรู้ในการบำบัดผู้ป่วย

โรควิตกกังวลชนิดอื่นๆ เช่น โรควิตกกังวลชนิด Panic และโรควิตกกังวลชนิด Phobia รวมทั้งบุคคลทั่วไปที่มีความวิตกกังวล สำหรับผู้บำบัดที่พบในการศึกษาคั้งนี้มีด้วยกันหลายวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก แพทย์เฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช และนักพฤติกรรมบำบัด แสดงให้เห็นว่าผู้บำบัดนั้น ไม่ได้จำกัดเฉพาะวิชาชีพใดวิชาหนึ่งโดยตรง แต่เน้นเรื่องของความรู้เรื่องวิธีการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และการทำกลุ่ม หมายความว่าผู้บำบัดจะต้องมีความรู้ ประสบการณ์และความชำนาญในเรื่องดังกล่าวอย่างดี และเป็นที่น่าสังเกตได้ว่า ผู้บำบัดดังกล่าวถึงแม้จะมีวิชาชีพแตกต่างกันก็ตาม แต่ผู้บำบัดทุกคนเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับเรื่องของสุขภาพจิต จิตเวช และผู้ป่วยจิตเวชทั้งสิ้น ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าการที่ผู้บำบัดดังกล่าวมีพื้นฐานความรู้และความเข้าใจด้านจิตเวชและจิตวิทยาอยู่แล้วจะทำให้คุ้นเคยและเข้าใจผู้ป่วยเป็นปกติและส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพที่อบอุ่นรู้สึกสบายเมื่ออยู่ใกล้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการบำบัดเป็นอย่างดี ดังที่ Campbell and Sipprestein (1993) กล่าวว่า “ผู้บำบัดควรมีลักษณะที่อบอุ่นสบายๆ และควรมีการเตรียมความรู้ในการบำบัดก่อนทุกครั้ง”

2. ผู้รับการบำบัด จากผลงานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ที่สามารถเข้ารับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้ ต้องเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรควิตกกังวลชนิด GAD เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดมีทั้งผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงทั้ง 9 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breitholtz, 2000; Stanley et al, 2002; Arntz, 2003; กนกวรรณ ทาสอน, 2545; ณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพาทอง, 2548) ซึ่งอายุของผู้รับการบำบัดอยู่ระหว่าง 18-70 ปี จะเห็นได้ว่า อายุที่เข้ารับการบำบัดเป็นช่วงอายุที่กว้าง สามารถรับการบำบัดได้ตั้งแต่วัยรุ่นจนถึงวัยสูงอายุ จึงเป็นผลดีของการบำบัดอีกอย่างหนึ่งที่ไม่มีการจำกัดอายุ แต่ที่สำคัญเรื่องของสติปัญญาและการรับรู้จะต้องอยู่ระดับปกติเป็นอย่างน้อย เพราะจะต้องอาศัยการคิดพิจารณาอย่างมีเหตุผล (ธัญญา ผลอนันต์, 2544) เนื่องจากการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนั้นเป็นการฝึกที่ต้องใช้ความคิดและสมาธิค่อนข้างมาก มีขั้นตอนให้ปฏิบัติหลายอย่าง ดังนั้นผู้รับการบำบัดควรเป็นผู้ที่สามารถสื่อสารได้เข้าใจ อยู่ในความเป็นจริง และมีความตั้งใจ เพื่อให้การฝึกประสบผลสำเร็จ

3. อุปกรณ์ในการบำบัด จากผลงานวิจัยพบว่า อุปกรณ์สำคัญที่ใช้ในการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ใน ผลงานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง ใช้เก้าอี้ที่มีพนักพิงเพื่อให้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่สบาย และใช้อุปกรณ์ที่ช่วยในการเรียนรู้ เช่น กระดาน ปากกาเขียนกระดาน ปากกา กระดาษ ใบกิจกรรม ใบความรู้ มีงานวิจัย 6 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1991;

กนกวรรณ ทาสอน, 2545 ; ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพาทอง, 2548) ที่มีการใช้เทปคลาสเซตที่บันทึกคำบรรยายวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เครื่องเล่นเทป และวีดิทัศน์ โดยมีการเปิดให้ผู้รับการบำบัดทำตาม และมีงานวิจัย 1 เรื่อง (ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) ที่ใช้ แผ่นภาพโครงสร้างการทำงานของร่างกาย การทำงานของสมอง และ สมุดบันทึกประจำตัวผู้รับการบำบัด การใช้อุปกรณ์ดังกล่าว จะช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้รับการบำบัดเกิดความรู้สึกละผ่อนคลาย เกิดการเรียนรู้และการรับรู้ได้ดีขึ้น กล่าวคืออุปกรณ์นี้ จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีความเข้าใจในเนื้อหาที่อธิบายได้ง่ายขึ้น สามารถเห็นภาพได้ชัดเจนขึ้นเช่นการใช้แผ่นภาพประกอบคำอธิบาย การใช้เก้าอี้มีพนักพิงในการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีการผ่อนคลาย ส่งผลให้มีการรับรู้ดีขึ้น ดังที่ ละเอียด ชูประยูร (2538) และ ทองแท้ สีลาขาว (2536) ได้กล่าวว่า “เก้าอี้ที่ให้ผู้รับการบำบัดนั่งนั้น ควรเป็นเก้าอี้ที่มีพนักพิง เพื่อให้เกิดความสบาย” และ Lindeman(1972 อ้างถึงใน อินทรา ปัทมินทร, 2532) ได้กล่าวว่า “การใช้สื่อการสอนเป็นแผ่นภาพพลิกจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และเข้าใจแนวคิดที่ใช้ในการบำบัดได้ง่ายขึ้น เนื่องจากภาพจะช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจและเข้าใจง่ายขึ้น” อีกทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดเป็นอุปกรณ์ที่ไม่ซ้ำซ้อน หาได้ง่าย มีราคาไม่แพง มีความสะดวกในการจัดหา ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่ดีของการบำบัดวิธีนี้

4. ลักษณะกิจกรรมในการบำบัด จากผลงานวิจัยพบว่า การทำกิจกรรมส่วนใหญ่จะทำการบำบัดแบบกลุ่ม 7 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993 ; Ost & Breithlitz , 2000; Stanley et al, 2002; Arntz, 2003 ; กนกวรรณ ทาสอน, 2545 ; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพาทอง, 2548) และมีงานวิจัย 2 เรื่อง (Butler et al, 1991; ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) ที่จัดกิจกรรมในรูปแบบการบำบัดเป็นรายบุคคล การจัดกิจกรรมบำบัดในลักษณะแบบกลุ่มและรายบุคคลก็ส่งผลดีต่อการบำบัดเหมือนกัน การพิจารณาจะใช้การบำบัดแบบกลุ่มหรือรายบุคคลนั้น ขึ้นอยู่กับความต้องการและความเหมาะสมของผู้รับการบำบัดแต่ละราย และขึ้นอยู่กับการพิจารณาตัดสินของผู้บำบัด แต่อย่างไรก็ตามการบำบัดแบบกลุ่ม จะช่วยผู้รับการบำบัดได้จำนวนมากในเวลาพร้อมๆกัน ในขณะที่การบำบัดแบบรายบุคคลจำนวนผู้รับการบำบัดจะช่วยได้เพียงคนเดียว

5. เวลาที่ใช้ในการบำบัด มีงานวิจัย 3 เรื่อง (Butler et al, 1991; Ost & Breithlitz, 2000; Arntz, 2003) ที่ใช้เวลาการทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 60 นาที เป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีงานวิจัย 1 เรื่อง (ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) ที่ใช้เวลาในการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 90 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993) ใช้เวลาในการทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆแรกใช้ 90 นาที ครั้งต่อมาใช้ 60 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ มีงานวิจัย 1 เรื่อง (Stanley et al, 2002) ใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 90 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ มีงานวิจัย 1 เรื่อง (กนกวรรณ ทาสอน, 2545) ใช้เวลาในการทำกิจกรรม ติดต่อกัน 2 วัน ละครึ่งๆละ 60-90 นาที เป็นเวลา 6

ครั้ง มีงานวิจัย 1 เรื่อง (ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2547) เวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 90-120 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และ มีงานวิจัย 1 เรื่อง (บุญญลักษณ์ พิมพ์ทอง, 2548) ที่ใช้เวลาในการทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 วันๆ ละ 3 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาทีติดต่อกัน 2 สัปดาห์ จะมีความหลากหลายในผลงานวิจัยแต่ละเรื่องจะใช้เวลาไม่แตกต่างกัน อยู่ในระหว่าง 90-120 นาที และในเรื่องของจำนวนครั้งในการบำบัดพบว่าการบำบัดแบบกลุ่มส่วนใหญ่จะมีจำนวนครั้งในการบำบัดมากกว่าการบำบัดแบบรายบุคคล ดังที่Beck et al.. (1979) กล่าวว่า “ระยะเวลาในการบำบัด แต่ละครั้ง ควรใช้เวลา 90 – 120 นาที โดยเวลา 120 นาทีจะเหมาะสมมากที่สุด กลุ่มผู้รับการบำบัดมีความสนใจและให้ความร่วมมือในการบำบัดได้ดี เนื่องจากผู้บำบัดไม่เหนื่อยล้าจนเกินไป ความถี่ของการบำบัดแต่ละครั้ง ควรทำการบำบัดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ควรมีจำนวนครั้งในการบำบัดตั้งแต่ 12- 20 ครั้ง โดยผู้บำบัดวางแผนกำหนดจำนวนครั้งในการบำบัด แล้วเสนอ ตกลงร่วมกับกลุ่มผู้รับการบำบัดอีกครั้ง เพื่อให้กลุ่มผู้รับการบำบัดทราบถึงกำหนดการและแนวทางในการบำบัดที่ชัดเจน”

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

6.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD เพื่อให้ได้องค์ความรู้อันจะนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ชนิด GAD ที่นำมาศึกษามีทั้งหมด 9 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 5 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breitholtz, 2000; Stanley, et al, 2002; Arntz, 2003) และเป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 4 เรื่อง (กนกวรรณ ทาสอน, 2545; ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพ์ทอง, 2548) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทย 4 เรื่อง และงานวิจัยที่ศึกษาต่างประเทศ 5 เรื่อง และผลจากการทำการศึกษาวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมดสามารถสรุปสาระสำคัญในการใช้การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD คือ เทคนิคการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผลลัพธ์ของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD และส่วนประกอบสำคัญของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้แก่ ผู้บำบัด ผู้รับการบำบัด อุปกรณ์ในการบำบัด ลักษณะกิจกรรมในการบำบัด และเวลาที่ใช้ในการบำบัด มีรายละเอียดดังนี้

1. เทคนิคการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่นำมาใช้ในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ประกอบด้วยเทคนิค 3 อย่าง คือ เทคนิคการสอน เทคนิคการบำบัดทางความคิดและเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม ซึ่งแต่ละเทคนิคมีรายละเอียดดังนี้

- เทคนิคการสอน (Didactic Aspects) ผู้บำบัดได้มีการอธิบายบอกเหตุผลและความสำคัญในการบำบัดแบบการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแบบแผนการคิดของผู้รับการบำบัด (Cognitive triad) โครงสร้างความคิด (Schema) ที่ไม่เหมาะสมของผู้รับการบำบัด โดยผู้บำบัดจะต้องบอกผู้รับการบำบัดให้รู้และเข้าใจถึงปัญหาของตนเอง เกี่ยวกับข้อมูล

ของโรควิตกกังวล และอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดความกระจำและให้ความร่วมมือ

- **เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive Techniques)** ได้มีการนำการเปลี่ยนโครงสร้างความคิด (Cognitive Restructuring) ซึ่งถือว่าเป็นกิจกรรมหลักของการรักษาตามแนวคิด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิด มาใช้ นอกจากนี้ มีการนำทักษะการปรับอารมณ์ (Emotional Regulation) มาใช้ร่วมด้วย

- **เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior Techniques)** เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรมที่ใช้ร่วมกับการบำบัดทางความคิด มีหลายเทคนิค คือเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการมอบหมายการบ้าน (Homework) เทคนิคการฝึกการหายใจที่ถูกต้อง เทคนิคการทำสมาธิและ เทคนิคการนวดคลายเครียดในการช่วยลดอาการวิตกกังวล

2. เครื่องมือที่ใช้วัดผลความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD

จากการศึกษางานวิจัยพบว่าแบบประเมินที่นำมาใช้ในงานวิจัยเรื่องการบำบัดทาง การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ชนิด GAD มีหลายแบบประเมิน สามารถ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. แบบวัดความวิตกกังวล ได้แก่
 - 1.1 State -Trait Anxiety Scale
 - 1.2 Beck Anxiety Inventory (BAI)
 - 1.3 Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)
 - 1.4 Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)
 - 1.5 Leeds Scale for the Self – Assessment of Anxiety and Depression
 - 1.6 9 – point rating scale by patient and assessor
 - 1.7 Assessor Severity of GAD Anxiety Symptom (0 -8 point)
 - 1.8 แบบประเมิน 100 point Diary Inventor Scale
 - 1.9 Zung Self Rating of Anxiety Scale(ZSRA)
 - 1.10 Diary episodes measure
 - 1.11 Cognitive Somatic Anxiety Questionnaire (CSAQ)
 - 1.12 Reactions to Relaxation and Arousal Questionnaire (RRAQ)
2. แบบวัดภาวะซึมเศร้า ได้แก่
 - 2.1 Hamilton Rating Scale for Depression (HARD)
 - 2.2 Beck Depression Inventory (BDI)

3. แบบวัดความนึกคิด

โดยใช้แบบประเมิน Dysfunctional Attitude Scale (DAS) , Cognition Checklist (CCL) , Fear of Negative Evaluation scale (FNE), Subjective Probabilities Questionnaire (SPQ) , Interpretation , Individual thoughts

4. แบบประเมินการใช้ยา

3. ผลลัพธ์ของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ชนิด GAD การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมีผลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวล ชนิด GAD ทำให้ความวิตกกังวลลดลง อาการของความวิตกกังวลลดลง ภาวะซึมเศร้าลดลง มีความนึกคิดดีขึ้น การทำหน้าที่ต่างๆไปในสังคม อาการทางคลินิกดีขึ้น อัตราการฟื้นหายเพิ่มขึ้น การใช้ยาลดความวิตกกังวลมีปริมาณลดลง มีความคาดหวังต่อการรักษาที่ดี มีความพึงพอใจต่อการรักษาดี และมีสัมพันธภาพกับผู้บำบัดที่ดี

4. ส่วนประกอบสำคัญของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD มีดังนี้

4.1 ผู้บำบัด สำหรับผู้บำบัดนั้นควรเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพราะจะทำให้ผู้รับการบำบัดสามารถฝึกปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และเกิดประสิทธิภาพในการบำบัดอย่างแท้จริง มีด้วยกันหลายวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก แพทย์เฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช และนักพฤติกรรมบำบัด

4.2 ผู้รับการบำบัด สำหรับผู้รับการบำบัดนั้นเป็น ผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ที่สามารถเข้ารับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้ ต้องเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรควิตกกังวลชนิด GAD เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดมีทั้งผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง พบว่าอายุของผู้รับการบำบัดอยู่ระหว่าง 18-70 ปี เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางจิต สามารถสื่อสารได้ทั้งด้านการพูดและท่าทาง

4.3 อุปกรณ์ในการบำบัด อุปกรณ์สำคัญที่ใช้ในการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ได้แก่ เก้าอี้ที่มีพนักพิงเพื่อให้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่สบาย อุปกรณ์ที่ช่วยในการเรียนรู้ เช่น กระดาน ปากกาเขียนกระดาน ปากกา กระดาษ ใบกิจกรรม ใบความรู้ เครื่องบันทึกเทป การศึกษาส่วนหนึ่งมีการใช้เทปคลาสเซตที่บันทึกคำบรรยายวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เครื่องเล่นเทป และวีดิทัศน์โดยมีการเปิดให้ผู้รับการฝึกทำตาม แผ่นภาพโครงสร้างการทำงานของร่างกาย การทำงานของสมอง และสมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย

4.4 ลักษณะกิจกรรมในการบำบัด รูปแบบการทำกิจกรรมส่วนใหญ่จะทำในรูปการบำบัดแบบกลุ่มมีงานวิจัย 7 เรื่อง และมีผลการวิจัย 2 เรื่อง ที่จัดกิจกรรมในรูปแบบการบำบัดเป็น

รายบุคคล ซึ่งลักษณะกิจกรรมทั้ง 2 รูปแบบนี้ให้ผลการศึกษาที่ไม่แตกต่างกันคือสามารถลดความวิตกกังวลได้

4.5 เวลาที่ใช้ในการบำบัด ทั้งการบำบัดแบบกลุ่มและการบำบัดแบบรายบุคคลมีความหลากหลายในผลงานวิจัยแต่ละเรื่องซึ่งการบำบัดแบบกลุ่มใช้เวลาอยู่ระหว่าง 60-120 นาที ในกรณีบำบัดเป็นรายบุคคล ใช้เวลาครั้งละ 60 และ 90 นาที และจำนวนครั้งในการบำบัดพบว่าการบำบัดแบบกลุ่มจำนวนครั้งที่ใช้ในการบำบัดอยู่ระหว่าง 4 – 12 ครั้ง ในการบำบัดแบบรายบุคคลเท่ากับ 5 และ 12 ครั้ง

6.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษา

6.2.1 การนำผลการศึกษาไปใช้ทางการแพทย์

สำหรับการบำบัดทางการแพทย์ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD นั้น เป็นอีกแนวทางหนึ่ง ที่พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ได้ แต่ทั้งนี้ต้องมีการศึกษาวิธีการในการบำบัดให้มีความรู้ความเข้าใจและมีความฝึกฝนให้เกิดความชำนาญเสียก่อน จึงจะนำไปใช้กับผู้ป่วยโรควิตกกังวล ที่ถือว่าเป็นผู้ป่วยทางจิตเวชได้ การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้อย่างละเอียดและชัดเจน ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งในการเพิ่มพูนความรู้และเป็นแนวทางให้กับพยาบาลจิตเวชหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

แนวทางการใช้การบำบัดทางการแพทย์ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ชนิด GAD ของโรงพยาบาลระยอง

สำหรับการใช้การบำบัดทางการแพทย์ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ชนิด GAD ของโรงพยาบาลระยอง มีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

1. การเตรียมผู้บำบัด เนื่องจากโรงพยาบาลระยองเป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดที่มีจิตแพทย์ 2 ท่าน ในขณะที่ปริมาณผู้ป่วยมีค่อนข้างมาก จึงไม่สามารถมาสอนผู้ป่วยได้ และไม่มีนักจิตวิทยาคลินิก นักศึกษาแพทย์เฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช และนักพฤติกรรมบำบัด ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลที่ปฏิบัติงานทางด้านจิตเวช ในการบำบัดช่วยเหลือโดยนำวิธีการบำบัดทางการแพทย์ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาใช้ ทั้งนี้พยาบาลดังกล่าวต้องมีความรู้ในเรื่องการบำบัดทางการแพทย์ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นอย่างดี

2. การเตรียมผู้รับการบำบัด สำหรับผู้รับการบำบัด เป็นผู้ป่วยนอกที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกจิตเวช และมีคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย จากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรควิตกกังวลชนิด GAD

2. มีอายุ 18 -70 ปี
 3. ไม่จำกัดเพศ ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม
 4. เป็นผู้ป่วยที่ได้พบและรับการรักษาจากจิตแพทย์มาแล้วอย่างน้อย 2 ครั้ง
 5. ไม่มีอาการทางจิต
 6. ไม่ได้รับยาต้านเศร้า
 7. ไม่มีอาการผิดปกติทางด้านสมอง (organic brain syndrom)และระดับสติปัญญา และการรับรู้จะต้องอยู่ในระดับปกติเป็นอย่างน้อย
 8. มีความวิตกกังวลรุนแรงระดับ 4 โดยใช้แบบประเมิน State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
 9. ไม่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง
 10. ไม่ใช้สารเสพติด
 11. สมัครใจเข้าร่วมกลุ่มบำบัด
3. การจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ในการบำบัด
- 3.1 สถานที่ เป็นสถานที่ที่เงียบสงบ บรรยากาศดี ห้องที่มีแสงสว่างไม่จ้าเกินไป และเป็นสถานที่ที่ เงียบ ปราศจากเสียงรบกวนซึ่งความเงียบสงบจะทำให้ผู้ป่วยมีสมาธิมากขึ้น
 - 3.2 อุปกรณ์ในการบำบัด สำหรับอุปกรณ์สำคัญที่ใช้ในการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแบบ ได้แก่
 - เก้าอี้ที่มีพนักพิงเพื่อให้ผู้รับการบำบัดนั่งในท่าที่สบาย
 - เทปคลาสเซตที่บันทึกคำบรรยายวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เครื่องเล่นเทป และวีดิทัศน์ โดยมีการเปิดให้ผู้รับการฝึกทำตาม
 - แผ่นภาพโครงสร้างการทำงานของร่างกาย เพื่อจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีความเข้าใจในเนื้อหาที่อธิบายได้ง่ายขึ้น
 - สมุดบันทึกประจำตัวของผู้ป่วย เกี่ยวกับการบันทึกผลของกิจกรรมที่ทำ
 - กระดาน ปากกาเขียนกระดาน ปากกาเขียนกระดาษ กระดาษสำหรับเขียนบันทึกข้อความ ใบกิจกรรม ใบความรู้ ซึ่งถือว่าเป็นอุปกรณ์ที่ไม่ซ้ำซ้อน หาได้ง่าย มีราคาไม่แพง และมีความสะดวกในการจัดหา
4. วิธีดำเนินการและเนื้อหาของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD นี้ ใช้กระบวนการบำบัดแบบกลุ่ม โดยมีวิธีการให้ความรู้โดย การบรรยาย การอภิปราย การถามตอบ การฝึกปฏิบัติ และการมอบหมายการบ้าน โดยใช้อุปกรณ์ ได้แก่ เทปคลาสเซต เครื่องเล่นเทป วีดิทัศน์ และแผ่นภาพโครงสร้างการ

ทำงานของร่างกาย เข้ามาช่วยกระตุ้นกลุ่มด้วย สำหรับระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดแต่ละครั้ง 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 4 สัปดาห์ โดยมีเนื้อหาของการบำบัดทั้งหมด 8 ครั้ง ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพแรงจูงใจ และความคุ้นเคย

- ทำความรู้จักกันด้วยกิจกรรม “ การแนะนำตัวเองด้วยภาพ ”
- การสร้างบรรยากาศเป็นกันเองด้วยกิจกรรมกลุ่ม

ครั้งที่ 2 เรียนรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรควิตกกังวล

- การประเมินตนเอง เกี่ยวกับอาการ และผลกระทบที่เกิดขึ้น
- เรียนรู้ธรรมชาติของโรควิตกกังวล

ครั้งที่ 3 เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความกังวล

- ทำความเข้าใจเกี่ยวกับ กระบวนการคิดที่ทำให้เกิดโรควิตกกังวล
- การบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม
- ฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความกังวล แก่ไขให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่

ครั้งที่ 4 หลักการแก้ไขปัญหา

- ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาค้นหาต้นเหตุของปัญหาที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม
- ฝึกการลดความวิตกกังวลร่วมกับ การจัดการกับความวิตกกังวล

ครั้งที่ 5 การเผชิญปัญหา

- พัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ครั้งที่ 6-7 เรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

- ฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- ฝึกการหายใจ
- มอบหมายการบ้าน คือ ใบบันทึกการฝึกผ่อนคลายความเครียดประจำวัน ใ้กับผู้ป่วยนำกลับไปทำที่บ้าน

ครั้งที่ 8 สรุปและปิดกลุ่ม

- ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน นำความคิดและประสบการณ์ไปใช้ในชีวิตจริง
- สรุปบททวนบทเรียน การนำไปใช้ และปิดกลุ่ม

5. การประเมินผลการบำบัดโดยใช้กลุ่มบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD และเครื่องมือที่ใช้

1. ความวิตกกังวล จากแบบประเมิน State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
2. การใช้ขาดความวิตกกังวลลดลง จากประวัติการรักษาจากแพทย์ และจากการสอบถามจากผู้ป่วย

ประเมินผลของกลุ่มในระยะก่อนร่วมกลุ่มครั้งแรก หลังจบกลุ่มครั้งสุดท้าย และระยะ 1 เดือนหลังจบกลุ่มครั้งสุดท้าย ควรมีการติดตามทางโทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมด้วย

6.2.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ประเทศไทยยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล ชนิด GAD ก่อนข้างน้อย ควรทำการศึกษาให้มากขึ้น เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าจะนำไปประกอบเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล ชนิด GAD
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงผลของการนำเทคนิคการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาใช้เพื่อนำมาเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล ชนิด GAD ในประเทศไทย
3. แนวทางในการดูแลป้องกันไม่ให้นุคคลที่มีความวิตกกังวล ต้องดำเนินไปสู่พยาธิสภาพของโรควิตกกังวล เป็นอีกทางหนึ่งที่น่าสนใจ และควรทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ให้มากยิ่งขึ้น เพื่อนำมาใช้ในการดูแลบุคคลที่มีความวิตกกังวลเหล่านี้ได้ถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD (A SYNTHESIS OF RESEARCH ON CONGNITIVE BEHAVIOR THERAPY TO REDUCE ANXIETY IN PATIENTS WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDER)

วารุณี เลิศพงษ์วรพันธ์ 4637629 RAMH/M

พย. ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : จิตติวิทย์ ธรรมไพโรจน์, กศ.ม. (การแนะแนว),
โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

โรควิตกกังวล เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง ที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าโรคจิตเวชประเภทอื่นๆ จากรายงานสถิติของศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต ระหว่างปี พ.ศ. 2540-2545 พบว่า คนไทยมีอัตราการป่วยด้วยโรควิตกกังวลเพิ่มขึ้น จากจำนวน 789.97 คนต่อประชากรแสนคน เป็น 862.53 คนต่อประชากรแสนคน คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 9.5 (กรมสุขภาพจิต, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจระดับชาติปี 2546 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศึกษาความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย ซึ่งผลการสำรวจในกลุ่มโรควิตกกังวล พบว่ามีผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder, GAD) มีความชุกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.90 ประมาณยอดรวมผู้ป่วย 503,030 คน แยกเป็นเพศชายร้อยละ 1.40 เพศหญิงร้อยละ 2.40 (บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, 2547) จากสถิติของโรงพยาบาลระยองคลินิกสุขภาพจิตให้บริการแบบผู้ป่วยนอก ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548-2549 พบว่า ผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรควิตกกังวลชนิด GAD มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากผู้ป่วยมารับการรักษา 121 ราย เป็น 128 ราย และในปีงบประมาณ 2550 พบว่า ผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรควิตกกังวลชนิด GAD มีจำนวนทั้งสิ้น 903 รายและพบว่าผู้ป่วย GAD กลับเข้ามารักษาซ้ำ ในปีงบประมาณ 2548-2550 จำนวน 2517 ครั้ง 2882 ครั้ง และ 3193 ครั้งตามลำดับ (โรงพยาบาลระยอง, 2550)

โรควิตกกังวลชนิด GAD เป็นโรควิตกกังวลที่เรื้อรัง พบได้บ่อยและจะใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ทำให้เกิดปัญหาทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม บุคคลที่เป็นโรคนี้ จะมีความวิตกกังวลสูงเกินกว่าเหตุในเรื่องต่างๆที่ผ่านเข้ามา อาการที่แสดงออกของความวิตกกังวล เช่น ตื่นเต้น ตกใจง่าย นอนไม่หลับหรือหลับยาก ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม ใจหวิว หายใจได้ไม่เต็มที่ เหงื่อออก มือเท้าชา เนื่องจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ นอกจากนี้ยังมีอาการปวดศีรษะ ปวดท้ายทอย ปวดตามกล้ามเนื้อ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่สบาย ผู้ป่วยมักไปรับการตรวจรักษาโรคตามโรงพยาบาลฝ่ายกาย โดยคิดว่าตนเองเป็นโรคทางกาย โดยเฉพาะโรคหัวใจ หรือโรคร้ายแรงทางกาย แต่เมื่อตรวจร่างกายโดยละเอียดแล้วกลับไม่พบความผิดปกติใดๆเลย (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และ มาโนช หล่อตระกูล, 2540) บางรายมาด้วยอาการวิตกกังวลแต่ไม่ทราบว่ากังวลเรื่องอะไร (Gabbard, 2000 อ้างถึงใน จำลอง ดิษยวณิช และ พริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545) ทำให้ต้องเสาะแสวงหาการรักษาจากสถานพยาบาลหลายๆแห่งเพราะเชื่อว่าตนเองเป็นโรคที่ต้องการ การบำบัดรักษา

บุคคลที่เป็นโรควิตกกังวลชนิดนี้จะส่งผลกระทบทั้งตนเอง และครอบครัว หน้าที่การงาน และบุคคลรอบข้าง กล่าวคือ ผลกระทบต่อตนเองพบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรควิตกกังวลทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตลดลง (Massion, 1993) นอกจากนี้ความวิตกกังวลที่เรื้อรังอาจเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยทางกาย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น (กนกวรรณ ทาสอน, 2545) และยังเป็นสาเหตุที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัวทำให้เกิดความเครียดและเกิดความขัดแย้งในครอบครัวมากยิ่งขึ้น (Silverman & Nells, 1988 cite in Schweizer, 1995) เนื่องจากผู้ป่วยแสดงออกถึงความวิตกกังวล เมื่อญาติรับรู้ถึงสภาพความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยแสดงออกมา ญาติต้องคอยดูแลช่วยเหลือ ทำให้บรรยากาศภายในครอบครัวเครียดไม่เป็นสุข นอกจากนี้ยังส่งผลโดยตรงต่อภาวะทางเศรษฐกิจที่ต้องใช้จ่ายไปกับการรักษาอาการวิตกกังวล รวมทั้งรักษาอาการด้วยวิธีอื่นนอกจากยาตามการรักษาของแพทย์ เช่น อาจซื้อยารับประทานเอง ไปรูดน้ำมันต์ ไปผูกดวง (Blair & Ramones, 1996 อ้างถึงใน กนกวรรณ ทาสอน, 2545) และทำให้เกิดการสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับความเจ็บป่วย การไปหาแพทย์เพื่อรักษา ตลอดจนการประกอบอาชีพการงาน ทำให้ผลงานไม่มีประสิทธิภาพ การใช้ศักยภาพในทางการทำงานไม่เต็มที่ เกิดผลเสียต่องานได้ (Rickell & Schweizer, 1998)

จากผลกระทบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิดนี้ มีการเผชิญปัญหาหรือจัดการกับความวิตกกังวลและอาการต่างๆที่เกิดขึ้นไม่เหมาะสม เนื่องจากความวิตกกังวลในผู้ป่วยนั้นเกิดขึ้นจาก ความคิดอัตโนมัติทางลบ ความคิดที่ผิดบิดเบือนไปจากความเป็นจริง การรับรู้การคิดตีความเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตที่เกิดขึ้นไปในทางร้าย และคิดว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อความสุข

(จำลอง คิชขวนิช และ พร้มเพรา คิชขวนิช, 2545) เช่น ผู้ป่วยมักคาดหมายไปล่วงหน้าว่าจะมีเหตุร้ายเกิดขึ้นกับตนเอง หรือบุคคลใกล้ชิด บางคนได้ยินเสียงดัง หรือเสียงโทรศัพท์ดังขึ้นก็จะสะดุ้ง ตกใจง่าย นอกจากนี้ยังวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการทางกายที่เกิดขึ้นกับตน เช่น ถ้ามีอาการใจเต้นเร็ว ใจสั่น ก็คิดว่าวิตกกังวลไปว่าตนเองเป็นโรคหัวใจเป็นต้น การช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวล GAD คือการช่วยให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อศักยภาพของตนเอง โดยการช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และฝึกวิธีการคิดใหม่ที่เหมาะสม ด้วยการใช้วิธีการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม หรือ Cognitive Behavior Therapy (CBT) จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมามีการวิจัยถึงผลของการใช้แนวความคิดการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ทั้งในรูปแบบของการบำบัดแบบกลุ่มและการบำบัดรายบุคคลทั้งในประเทศและต่างประเทศอยู่พอสมควร ซึ่งในการศึกษาเหล่านี้พบว่า การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่ได้ผลดีต่อผู้ป่วยโรควิตกกังวลทุกชนิด และสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ได้ (ทิภาพร อังกกุล, 2543 ; กนกวรรณ ทาสอน, 2545 และณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547)

การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นจิตบำบัดระยะสั้น ที่ใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการปรับความคิดและพฤติกรรม ซึ่งมีโครงสร้างและกระบวนการในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน ผู้บำบัดทำหน้าที่ชี้แนะในการให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจรูปแบบต่างๆ ของความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยใช้เทคนิคต่างๆ ของการบำบัดทางจิตมาใช้ในการปรับความคิดที่ไม่เหมาะสมและบิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล และเหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสมด้วยตนเอง ดังเช่นการศึกษาของ Jame et al.(2000) ทำการศึกษาการบำบัดแบบ CBT ในผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความวิตกกังวลได้ และช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ยังขึ้นตอนดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้ รวมทั้งการศึกษาของ Butler et al.(1991) และ Borkovec et al.(1993) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวล GAD ระหว่างวิธีพฤติกรรมบำบัดและวิธีการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม พบว่าวิธีการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมนี้มีประสิทธิภาพมากกว่า นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาของ ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก (2548) ศึกษาการให้คำปรึกษากลุ่มโดยใช้แนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยโรควิตกกังวล GAD พบว่า ความวิตกกังวลในขณะเผชิญของผู้ป่วยโรควิตกกังวลหลังการบำบัดลดลงน้อยกว่าก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้ศึกษาที่โรงพยาบาลระยอง พบว่ามีข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD มารับบริการการรักษาพยาบาล และกลับมารักษาซ้ำในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์และสังเคราะห์การศึกษางานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวกับการใช้การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD เพื่อเป็นแนวทางสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ มีความน่าเชื่อถือ และชัดเจนมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้องค์ความรู้อันจะนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ในการใช้การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด **Generalized Anxiety Disorder (GAD)** หมายถึง บุคคลที่มีความวิตกกังวล มากเกินกว่าเหตุ หรือมีความวิตกกังวลไม่เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง ในเรื่องต่างๆ ไม่เฉพาะเจาะจงอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ (generalized) และเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรค Generalized Anxiety Disorder (GAD) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคใน DSM -IV หรือ ICD -10

การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy หรือ CBT) หมายถึง จิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่ง ที่ใช้การผสมผสานระหว่างเทคนิคการสอน เทคนิคการบำบัดทางความคิดและเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม ซึ่งมีโครงสร้างและกระบวนการในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน ผู้บำบัดทำหน้าที่ชี้แนะในการให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจรูปแบบต่างๆ ของความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยใช้เทคนิคต่างๆ ของการบำบัดทางจิตมาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่เหมาะสมและบิดเบือนให้เป็นความคิดที่สมเหตุสมผล และเหมาะสม ทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสมด้วยตนเอง

วิธีดำเนินการศึกษา (Methodology)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์งานวิจัย ที่เกี่ยวกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้ คือ

การรวบรวมงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเพื่อการวิเคราะห์ ประกอบด้วย

1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย ที่ใช้ในการสืบค้นทรัพยากรสารสนเทศ (Information Resource) พิจารณาจากวัสดุตีพิมพ์ผลงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ โดยการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการดังกล่าวจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) โดยฐานข้อมูลที่เลือกใช้มีดังนี้

1) สืบค้นงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการในประเทศไทย จากห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล (Mulinet) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (lib.Cmu) ห้องสมุดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (library.car.chula) ห้องสมุดมหาวิทยาลัยบูรพา (lib.buu) และห้องสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น (md.kku) เป็นต้น

2) สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลทางการแพทย์และการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ PUBMED, CINAHL, Seiencedirect และ OVID

1.2 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Cognitive Behavior Therapy, GAD, Generalized Anxiety Disorder, การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม, โรควิตกกังวล

1.3 เกณฑ์ในการพิจารณา การคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

1) ชนิดของแนวปฏิบัติการพยาบาล ต้องเป็นงานวิจัยที่ใช้การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล

2) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ทุกเพศและทุกวัย

3) ชนิดของผลลัพธ์จากงานวิจัย คัดเลือกงานวิจัยที่ใช้ตัวแปรที่เกี่ยวกับความวิตกกังวล

4) เป็นงานวิจัยที่สามารถหา full text ได้

จากคำสำคัญที่กำหนด สามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทุกฐานข้อมูลได้จำนวน 317 เรื่อง แต่เมื่อพิจารณาจากหลักเกณฑ์เลือกเข้า และคัดเรื่องที่ไม่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลแล้ว มีงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์และมี Full text ที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้จำนวน 9 เรื่อง ส่วนงานวิจัยที่

เหลือทั้งหมดจำนวน 308 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ไม่ได้รับคัดเลือกมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยไม่มีผลลัพธ์การวิจัย ที่ใช้ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล และบางงานวิจัยที่สืบค้นได้นั้น ไม่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องที่ผู้ศึกษาสนใจ ที่จะศึกษา

แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

จากการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกึ่งชนิด GAD มีงานวิจัยที่จะนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ทั้งหมด 9 เรื่อง สำหรับแนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์มีดังนี้

2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัยหรือระดับหลักฐานอ้างอิง (Level of Evidence)

นำผลงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพ โดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) ซึ่งแบ่งระดับหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ 4 ระดับดังนี้

Level A หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta-Analysis ของงานวิจัยที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT) หรืองานวิจัยเดี่ยวที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT)

Level B หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็น Meta-Analysis ของงานวิจัยที่ design เป็น randomized controlled trials (RCT) อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่มีการออกแบบรัดกุม แต่เป็นงานกึ่งทดลอง หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่ไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มได้แก่ non – randomized control trials , cohort study , case control study

Level C หมายถึง หลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นงานเปรียบเทียบ หาความสัมพันธ์ หรือเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายอื่นๆ (Descriptive study)

Level D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Expert Consensus)

เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ดังกล่าว พบว่าหลักฐานงานวิจัยที่สืบค้นได้ 9 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่เป็นหลักฐานอ้างอิงระดับ A = 5 เรื่อง ระดับ B = 4 เรื่อง

2.2 ในการศึกษาที่ใช้บรรทัดฐานของการพิจารณาความเป็นไปได้ ในการนำผลงานวิจัยไปใช้ในคลินิก (Research Utilization Criteria) ของ Polit & Hungler (1997) ซึ่งพิจารณาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) Clinical Relevance: ผลงานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกที่กำลังศึกษาและต้องการแก้ไข

2) Scientific Merit : งานวิจัย 9 เรื่อง มีความน่าเชื่อถือเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ โดยพิจารณาจาก การออกแบบงานวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การประเมินคุณภาพงานวิจัย ในด้านความตรงภายใน ความตรงภายนอก รวมทั้งสถิติที่ใช้วิเคราะห์ และจุดเด่น จุดด้อย หรือข้อจำกัดของการนำไปใช้ในคลินิก

3) Implementation Potential: มีแนวโน้ม หรือความเป็นไปได้ ในการนำไปใช้ในคลินิก เนื่องจากมีความเหมาะสมต่อหน่วยงาน เช่น นโยบาย ความเห็นชอบของผู้บริหาร เป็นต้น และยังมีองค์ประกอบอื่นๆ อีกดังนี้

3.1 ผลงานวิจัยที่จะนำไปใช้ มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน กลุ่มผู้ป่วยและประชากรดูแลของทีมสุขภาพ ทั้งยังเอื้อการนำไปปฏิบัติได้ในคลินิก (Clinic relevance)

3.2 พยาบาลมีสิทธิโดยชอบในการปฏิบัติและมีความเป็นไปได้ ที่ผู้ร่วมงานจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติ (Feasibility of implementation)

3.3 ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น จากการนำผลการวิจัยไปใช้ (Cost – benefit ratio) ใช้ประเมินความคุ้มค่า คำนวณ ทั้งด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2.3 การสกัดข้อมูลจากงานวิจัย

ในการสังเคราะห์งานวิจัยทั้ง 9 เรื่องครั้งนี้ ได้กำหนดขอบเขตของข้อมูลที่จะดึงออกมาจากงานวิจัย ดังนี้คือ

- 1) วัตถุประสงค์ของงานวิจัย(Objective)
- 2) แบบการวิจัย (Research design)
- 3) กลุ่มตัวอย่าง (Subject)
- 4) สถานที่หรือแหล่งที่วิจัย (Setting)
- 5) เครื่องมือและผลลัพธ์ที่วัด(Instruments and outcomes)
- 6) วิธีการวิจัยและแนวปฏิบัติการพยาบาล(method and intervention)
- 7) ผลการวิจัย(Result)
- 8) ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้(Implication)

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์การศึกษาแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

1. คุณภาพของงานวิจัย

2. เทคนิคที่นำมาใช้ในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD
3. เครื่องมือที่ใช้วัดผลความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD
4. ผลลัพธ์ของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD
5. ส่วนประกอบสำคัญของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

คุณภาพของงานวิจัย

จากการศึกษาพบว่างานวิจัยทั้ง 9 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัย พบว่า เป็นการศึกษาคือเป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 5 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breitholtz, 2000; Stanley et al, 2002; Arntz, 2003) และเป็น Quasi experimental research อยู่ในระดับ B จำนวน 4 เรื่อง (กนกวรรณ ทาสอน, 2545; ณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพ์ทอง, 2548)

เทคนิคที่นำมาใช้ในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD

1. เทคนิคการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT)

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่นำมาใช้ในการศึกษาทั้ง 9 เรื่อง นั้น ประกอบด้วยเทคนิค 3 อย่าง คือ เทคนิคการสอน, เทคนิคการบำบัดทางความคิด และเทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Beck et al., 1997) ซึ่งแต่ละเทคนิคมีรายละเอียดดังนี้

- **เทคนิคการสอน (Didactic Aspects)** มีการศึกษาทั้ง 9 เรื่อง ที่นำเทคนิคนี้มาใช้ โดยผู้บำบัดได้มีการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแบบแผนการคิดของผู้รับการบำบัด (Cognitive triad) โครงสร้างความคิด (Schema) ที่ไม่เหมาะสมของผู้รับการบำบัด โดยผู้บำบัดจะต้องบอกผู้รับการบำบัดให้รู้ถึงวิธีการและตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับการคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง แล้วร่วมกันทดสอบสมมติฐานที่ตั้งขึ้น และอธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และเหตุผลของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเกิดความกระจ่างและให้ความร่วมมือ

- **เทคนิคการบำบัดทางความคิด (Cognitive Techniques)** มีการศึกษา 9 เรื่อง ได้มีการนำ การเปลี่ยนโครงสร้างความคิด (Cognitive Restructuring) ซึ่งถือว่าเป็นกิจกรรมหลักของการรักษาตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความคิด มาใช้ นอกจากนี้ มีการใช้ทักษะการปรับอารมณ์ (Emotional Regulation) รวมด้วยทั้ง 9 เรื่อง

- **เทคนิคการบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior Techniques)** จากการวิเคราะห์ผลการศึกษา พบว่า มีการศึกษา 9 เรื่องที่ใช้วิธี การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการมอบหมายการบ้าน (Homework) มีการศึกษา 3 เรื่อง (ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547;ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก,2548;บุญญลักษณ์ พิมพาทอง,2548)ที่เพิ่ม วิธีการฝึกการหายใจที่ถูกต้องวิธี และมี 2 เรื่อง(กนกวรรณ ทาสอน ,2545 ;บุญญลักษณ์ พิมพาทอง,2548) ที่เพิ่ม วิธีการทำสมาธิและการนวดคลายเครียด

2. การบำบัดที่ใช้ศึกษาเปรียบเทียบกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

2.1 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าประเภท Active progressive muscle relaxation มีการศึกษาทั้งหมด 2 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello , 1993 ;) ที่นำวิธีการนี้มาใช้เปรียบเทียบกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD

2.2 การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าทั้ง 2 ประเภท มาใช้ร่วมกัน เรียกวิธีการนี้ว่า Applied Relaxation ซึ่งมีการศึกษาอยู่ 2 เรื่อง (Ost & Breithlitz , 2000 และ Arntz , 2003) ด้วยกันที่นำมาใช้ในการเปรียบเทียบกับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมคือการเริ่มด้วยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าประเภท Active progressive muscle relaxation ก่อน แล้วตามด้วยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าประเภท Passive progressive muscle relaxation

เครื่องมือที่ใช้วัดผลความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ชนิด GAD

จากการศึกษางานวิจัยพบว่าแบบประเมินที่นำมาใช้ในงานวิจัยเรื่องการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ชนิด GAD มีหลายแบบประเมินสามารถแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. แบบวัดความวิตกกังวล ได้แก่

1.1 Beck Anxiety Inventory (BAI) ของ Beck, Brown, Epstein, & Steer (1988) จำนวน 3 เรื่อง (Butler et al, 1991; Ost & Breithlitz, 2000; Stanley et al, 2002;)

1.2 State -Trait Anxiety Scale ของ Spielberger, Gorsuch, & Lushene (1970) จำนวน 4 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breithlitz, 2000; Arntz, 2003;)

1.3 State- Trait Anxiety Inventory (STAI from X) ของ Spielberger ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย รศ. พญ. นิตยา คชภักดี สายฤดี วรกิจโกศากิจ และ มาลี นิสสัยสุข จำนวน 4 เรื่อง

(กนกวรรณ ทาสอน, 2545; ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพาทอง, 2548)

1.4 Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) จำนวน 2 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993)

1.5 Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) จำนวน 3 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breitholtz, 2000; Stanley et al, 2002;)

1.6 Leeds Scale for the Self – Assessment of Anxiety and Depression จำนวน 1 เรื่อง (Butler et al, 1991)

1.7 9 – point rating scale by patient and assessor ของ Watson and Mark (1971) จำนวน 1 เรื่อง (Butler et al, 1991)

1.8 Assessor Severity of GAD Anxiety Symptom (0 -8 point) จำนวน 1 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993)

1.9 แบบประเมิน 100 point Diary Inventor Scale จำนวน 1 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993)

1.10 Zung Self Rating of Anxiety Scale(ZSRA) จำนวน 1 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993)

1.11 Diary episodes measure จำนวน 1 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993)

1.12 Cognitive Somatic Anxiety Questionnaire (CSAQ) จำนวน 1 เรื่อง (Ost & Breitholtz, 2000)

1.13 Reactions to Relaxation and Arousal Questionnaire (RRAQ) จำนวน 1 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993)

2. แบบวัดภาวะซึมเศร้า ได้แก่

2.1 Hamilton Rating Scale for Depression (HARD) จำนวน 2 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breitholtz, 2000)

2.2 Beck Depression Inventory (BDI) จำนวน 4 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breitholtz, 2000; Stanley et al, 2002;)

3. แบบวัดความนึกคิด

โดยใช้แบบประเมิน Dysfunctional Attitude Scale (DAS) ของ Rush, Weissenburger, & Eaves, (1986), Cognition Checklist (CCL) ของ Beck, Brow, Eidelson, Steer & Riskind, (1987), Fear of Negative Evaluation scale (FNE) ของ Watson And Friend, (1969), Subjective

Probabilities Questionnaire (SPQ) ของ Butler and Mathews, (1983) Interpretation ของ Butler and Mathews (1983), Individual thoughts จำนวน 1 เรื่อง (Butler et al, 1991)

4. แบบประเมินการใช้ยา จำนวน 4 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breitholtz, 2000; ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547)

ผลลัพธ์ของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิดGAD

จากผลการศึกษาทั้ง 9 เรื่อง พบว่า การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ไม่ได้มีผลแก้ลดความวิตกกังวลเท่านั้น แต่ยังส่งผลดี ในการลดภาวะซึมเศร้า ด้วย ดังผลการวิเคราะห์ต่อไปนี้

1. ความวิตกกังวล (Anxiety)

1.1 ระดับความวิตกกังวล (Anxiety level) จากผลการศึกษาทั้ง 9 เรื่อง พบว่า หลังการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05-.01

1.2 อาการของความวิตกกังวล (Anxiety symptom) จากผลงานวิจัย 3 เรื่อง (ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพาทอง, 2548) พบว่าหลังการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมผู้บำบัดได้ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามถึงอาการของความวิตกกังวล พบว่า ผู้ป่วยมีอาการทางกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น อาการปวดศีรษะลดลงจนถึงหาย อาการนอนไม่หลับสามารถนอนหลับได้มากขึ้น กล้ามเนื้อผ่อนคลายลง

1.3 ความนึกคิด (Cognition) จากผลงานวิจัย 1 เรื่อง (Butler et al, 1991) พบว่า หลังการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยมีความนึกคิดสมเหตุสมผลมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 - .01

1.4 อาการทางคลินิก (clinical improvement) จากผลงานวิจัย 2 เรื่อง (Ost & Breitholtz, 2000; Arntz, 2003) พบว่า หลังการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยมีอาการทางคลินิคดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 56 - 75

1.5 อัตราการฟื้นหาย (Recovery Rate) จากผลงานวิจัย 1 เรื่อง (Arntz, 2003) พบว่า หลังการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยมีอัตราการฟื้นหายเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 50

1.6 การทำหน้าที่ทั่วไป (Functioning) หมายถึงการรับผิชอบทางสังคม จากผลงานวิจัย 1 เรื่อง (Butler et al, 1991) พบว่า หลังการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทั่วไปและมีความรับผิชอบทางสังคม ดีขึ้น

1.7 ปริมาณการใช้ยาลดความวิตกกังวล (Medication) จากผลงานวิจัย 4 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breithlitz, 2000; ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) พบว่า หลังการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะลดปริมาณการใช้ยาและ มีบางส่วนที่หยุดการใช้ยา

1.8 ความพึงพอใจต่อการรักษาจากผลงานวิจัย 1 เรื่อง (ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการรักษาด้วยการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ที่ดีมาก คิดเป็นร้อยละ 100

1.9 สัมพันธภาพกับผู้บำบัด จากผลงานวิจัย 1 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993) พบว่า ผู้ป่วยและผู้บำบัดมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

1.10 ความคาดหวังต่อการรักษา จากผลงานวิจัย 1 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993) พบว่า ผู้ป่วยมีความคาดหวังต่อการรักษาดีขึ้นหลังจากที่ได้อ่านคู่มือการรักษาแล้ว

2. ภาวะซึมเศร้า (Depression) จากผลงานวิจัย 4 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breithlitz, 2000; Stanley et al, 2002;) พบว่า หลังการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 - .0001

ส่วนประกอบสำคัญของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

จากผลการศึกษาทั้ง 9 เรื่อง พบว่าส่วนประกอบที่สำคัญในการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีดังนี้

1. ผู้บำบัด จากผลการศึกษาทั้ง 9 เรื่อง พบว่าผู้สอน หรือผู้บำบัด เป็นผู้ที่มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญผ่านการฝึกอบรมเทคนิคในการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาแล้วทั้งสิ้น ซึ่งมีด้วยกันหลายวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 4 เรื่อง (กนกวรรณ ทาสอน, 2545 ; ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548 ; บุญญลักษณ์ พิมพ์ทอง, 2548) นักจิตวิทยาคลินิก 2 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993) แพทย์เฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช 1 เรื่อง (Stanley et al, 2002) และนักพฤติกรรมบำบัด 2 เรื่อง (Ost & Breithlitz, 2000; Arntz, 2003)

2. ผู้รับการบำบัด จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ที่สามารถเข้ารับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรควิตกกังวลชนิด GAD ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM III DSMIII-R และ DSMIV เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแต่ละกลุ่ม มีทั้งผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงในทั้ง 9 เรื่อง (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993 ;

Ost & Breithltz , 2000; Stanley et al, 2002 ;Arntz , 2003 ; กนกวรรณ ทาสอน, 2545 ; ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพาทอง, 2548) อายุของผู้รับการบำบัดอยู่ระหว่าง 18-70 ปี แต่มี 1 เรื่อง (Stanley et al, 2002) ที่บำบัดเฉพาะผู้ป่วยโรควิตกกังวล GAD ที่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป

3. อุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัด จากผลการศึกษาพบว่า อุปกรณ์สำคัญที่ใช้ในการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ใน ผลการศึกษาทั้ง 9 เรื่อง ใช้เก้าอี้ที่มีพนักพิงเพื่อให้ผู้ป่วยนั่งในท่าที่สบาย และใช้อุปกรณ์ที่ช่วยในการเรียนรู้ เช่น กระดาน ปากกาเขียนกระดาน ปากกา กระดาษ ใบกิจกรรม ใบความรู้ มีผลการศึกษา 6 เรื่อง (Butler et al, 1991 ; Borkovec & Costello , 1991 ; กนกวรรณ ทาสอน, 2545 ; ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพาทอง, 2548) ที่มีการใช้เทปคลาสเซตที่บันทึกคำบรรยายวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เครื่องเล่นเทป และวีดิทัศน์ โดยมีการเปิดให้ผู้รับการฝึกทำตาม เพิ่มเติมในการบำบัด และมีผลการศึกษา 1 เรื่อง (ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) ที่ใช้ แผ่นภาพโครงสร้างการทำงานของร่างกาย การทำงานของสมอง และสมุดบันทึกประจำวันผู้ป่วย

4. ลักษณะกิจกรรมในการบำบัด จากผลการศึกษาพบว่า 7 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993 ; Ost & Breithltz , 2000; Stanley et al, 2002 ;Arntz , 2003 ; กนกวรรณ ทาสอน, 2545 ; ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2548; บุญญลักษณ์ พิมพาทอง, 2548) ที่ทำกิจกรรมในรูปแบบการบำบัดแบบกลุ่ม และมีผลการศึกษา 2 เรื่อง (Butler et al, 1991; ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) ที่จัดกิจกรรมในรูปแบบการบำบัดเป็นรายบุคคล

5. เวลาที่ใช้ในการบำบัด มีผลการศึกษา 3 เรื่อง (Butler et al, 1991; Ost & Breithltz, 2000; Arntz , 2003) ที่ใช้เวลาการทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาที เป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีผลการศึกษา 1 เรื่อง (ญัฐทิพร ชัยประทาน, 2547) ที่ใช้เวลาในการบำบัดแต่ละครั้ง 90 นาที นาน 5 สัปดาห์ ละครึ่ง มีผลการศึกษา 1 เรื่อง (Borkovec & Costello, 1993) ใช้เวลาในการทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ แรกใช้ 90 นาที ครั้งต่อมาใช้ 60 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ มีผลการศึกษา 1 เรื่อง (Stanley et al, 2002) ใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 90 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ มีการศึกษา 1 เรื่อง (กนกวรรณ ทาสอน, 2545) ใช้เวลาในการทำกิจกรรม ติดต่อกัน 2 วัน ละครึ่ง 3 ครั้ง ละครึ่ง 60-90 นาที เป็นเวลา 6 ครั้ง มีการศึกษา 1 เรื่อง (ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, 2547) เวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 90-120 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ และ มีการศึกษา 1 เรื่อง (บุญญลักษณ์ พิมพาทอง, 2548) ที่ใช้เวลาในการทำกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 วันๆ ละ 3 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 2 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ทางการพยาบาล

สำหรับการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD นั้น เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปใช้ได้ แต่ทั้งนี้ต้องมีการศึกษาวิธีการในการบำบัดให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีความฝึกฝนให้เกิดความชำนาญเสียก่อน จึงจะนำไปใช้กับผู้ป่วยโรควิตกกังวล ที่ถือว่าเป็นผู้ป่วยทางจิตเวชได้ การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้อย่างละเอียดและชัดเจน ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งในการเพิ่มพูนความรู้และเป็นแนวทางให้กับพยาบาลจิตเวชหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

แนวทางการใช้การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ชนิด GAD ของโรงพยาบาลระยอง

สำหรับการใช้การบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ชนิด GAD ของโรงพยาบาลระยอง มีแนวทางการปฏิบัติดังนี้

1. การเตรียมผู้บำบัด เนื่องจากโรงพยาบาลระยองเป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดที่มีจิตแพทย์ 2 ท่าน ในขณะที่ปริมาณผู้ป่วยมีค่อนข้างมาก จึงไม่สามารถมาสอนผู้ป่วยได้ และไม่มีนักจิตวิทยาคลินิก นักศึกษาแพทย์เฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช และนักพฤติกรรมบำบัด ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลที่ปฏิบัติงานทางด้านจิตเวช ในการบำบัดช่วยเหลือโดยนำวิธีการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาใช้ ทั้งนี้พยาบาลดังกล่าวต้องมีความรู้ในเรื่องการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเป็นอย่างดี

2. การเตรียมผู้รับการบำบัด สำหรับผู้รับการบำบัด เป็นผู้ป่วยนอกที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกจิตเวช และมีคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย จากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรควิตกกังวลชนิด GAD
2. มีอายุ 18 -70 ปี
3. ไม่จำกัดเพศ ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม
4. เป็นผู้ป่วยที่ได้พบและได้รับการรักษาจากจิตแพทย์มาแล้วอย่างน้อย 2 ครั้ง
5. ไม่มีอาการทางจิต
6. ไม่ได้รับยาต้านเศร้า
7. ไม่มีอาการผิดปกติทางด้านสมอง (organic brain syndrom)และระดับสติปัญญา

และการรับรู้จะต้องอยู่ในระดับปกติเป็นอย่างน้อย

8. มีความวิตกกังวลรุนแรงระดับ 4 โดยใช้แบบประเมิน State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

9. ไม่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

10. ไม่ใช้สารเสพติด

11. สมัครใจเข้าร่วมกลุ่มบำบัด

3. การจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ในการบำบัด

3.1 สถานที่ เป็นสถานที่ที่เงียบ สงบ บรรยากาศดี ห้องที่มีแสงสว่างไม่จ้าเกินไป และเป็นสถานที่ที่ เงียบ ปราศจากเสียงรบกวนซึ่งความเงียบสงบจะทำให้ผู้ป่วยมีสมาธิมากขึ้น

3.2 อุปกรณ์ในการบำบัด สำหรับอุปกรณ์สำคัญที่ใช้ในการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมแบบ ได้แก่

- เก้าอี้ที่มีพนักพิงเพื่อให้ผู้รับการบำบัดนั่งในท่าที่สบาย
- เทปคลาสเซตที่บันทึกคำบรรยายวิธีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เครื่องเล่นเทป และวีดิทัศน์โดยมีการเปิดให้ผู้รับการฝึกทำตาม
- แผ่นภาพโครงสร้างการทำงานของร่างกาย เพื่อจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีความเข้าใจในเนื้อหาที่อธิบายได้ง่ายขึ้น
- สมุดบันทึกประจำตัวของผู้ป่วย เกี่ยวกับการบันทึกผลของกิจกรรมที่ทำ
- กระดาน ปากกาเขียนกระดาน ปากกาเขียนกระดาษ กระดาษสำหรับเขียนบันทึกข้อความ ใบกิจกรรม ใบความรู้ ซึ่งถือว่าเป็นอุปกรณ์ที่ไม่ซ้ำซ้อน หาได้ง่าย มีราคาไม่แพง และมีความสะดวกในการจัดหา

4. วิธีดำเนินการและเนื้อหาของการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD นี้ ใช้กระบวนการบำบัดแบบกลุ่ม โดยมีวิธีการให้ความรู้โดย การบรรยาย การอภิปราย การถามตอบ การฝึกปฏิบัติ และการมอบหมายการบ้าน โดยใช้อุปกรณ์ ได้แก่ เทปคลาสเซต เครื่องเล่นเทป วีดิทัศน์ และแผ่นภาพโครงสร้างการทำงานของร่างกาย เข้ามาช่วยกระตุ้นกลุ่มด้วย สำหรับระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดแต่ละครั้ง 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 4 สัปดาห์ โดยมีเนื้อหาของการบำบัดทั้งหมด 8 ครั้ง ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพแรงงใจ และความคุ้นเคย

- ทำความรู้จักกันด้วยกิจกรรม “ การแนะนำตัวเองด้วยภาพ ”
- การสร้างบรรยากาศเป็นกันเองด้วยกิจกรรมกลุ่ม

ครั้งที่ 2 เรียนรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรควิตกกังวล

- การประเมินตนเอง เกี่ยวกับอาการ และผลกระทบที่เกิดขึ้น
- เรียนรู้ธรรมชาติของโรควิตกกังวล

ครั้งที่ 3 เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความกังวล

- ทำความเข้าใจเกี่ยวกับ กระบวนการคิดที่ทำให้เกิดโรควิตกกังวล
- การบำบัดที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม
- ฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดพิชิตความกังวล แก่ไขให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่

ครั้งที่ 4 หลักการแก้ไขปัญห

- ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหที่ต้นเหตุของปัญหาที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม
- ฝึกการลดความวิตกกังวลร่วมกับ การจัดการกับความวิตกกังวล

ครั้งที่ 5 การเผชิญปัญหา

- พัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ครั้งที่ 6-7 เรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

- ฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- ฝึกการหายใจ
- มอบหมายการบ้าน คือ ใบบันทึกการฝึกผ่อนคลายความเครียดประจำวัน ใ้กับผู้ป่วยนำกลับไปทำที่บ้าน

ครั้งที่ 8 สรุปและปิดกลุ่ม

- ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาอย่างชัดเจน นำความคิดและประสบการณ์ไปใช้ในชีวิตจริง สรุปบทวนบทเรียน การนำไปใช้และปิดกลุ่ม

5. การประเมินผลการบำบัดโดยใช้กลุ่มบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD และเครื่องมือที่ใช้

1. ความวิตกกังวล จากแบบประเมิน State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
2. การใช้ยาลดความวิตกกังวลลดลง จากประวัติการรักษาจากแพทย์ และจากการสอบถามจากผู้ป่วย

ประเมินผลของกลุ่มในระยะก่อนร่วมกลุ่มครั้งแรก หลังจบกลุ่มครั้งสุดท้าย และระยะ 1 เดือนหลังจบกลุ่มครั้งสุดท้าย ควรมีการติดตามทางโทรศัพท์และการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ประเทศไทยยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล ชนิด GAD ก่อนข้างน้อย ควรทำการศึกษาให้มากขึ้น เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าจะนำไปประกอบเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล ชนิด GAD
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงผลของการนำเทคนิคการบำบัดทางการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มาใช้ เพื่อนำมาเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวล ชนิด GAD ในประเทศไทย
3. แนวทางในการดูแลป้องกันไม่ให้ บุคคลที่มีความวิตกกังวลต้องดำเนินไปสู่พยาธิสภาพของโรควิตกกังวล เป็นอีกทางหนึ่งที่น่าสนใจ และควรทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมให้มากยิ่งขึ้น เพื่อนำมาใช้ในการดูแลบุคคลที่มีความวิตกกังวลเหล่านี้ได้ถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น



A SYNTHESIS OF RESEARCH ON CONGNITIVE BEHAVIOR THERAPY
TO REDUCE ANXIETY IN PATIENTS WITH GENERALIZED ANXIETY
DISORDER

WARUNEE LERTPONGWORAPHAN 4637629 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: TITIWONE THUMAPIROJ,
M.Ed. (GUIDANCE), SOPIN SANGON, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Anxiety disorder is one of the most important psychiatric diseases. According to the statistics of Department of Mental Health between 1997 and 2002, the number of Thai citizens who suffered from anxiety disorder increased from 789.97 per 100,000 to 862.53 per 100,000, which accounted for 9.5% of the total (Department of Mental Health, 2002). Likewise, a national survey conducted in 2003 by the Department of Health, Ministry of Public Health, together with the Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, to investigate the prevalence of psychiatric illnesses in Thailand revealed that the most prevalent form of psychiatric illness was Generalized Anxiety Disorder (henceforth GAD) which made up 1.90% of the total of 503,030 patients with a psychiatric disorder, with male and femal paitnets accounted for 1.40% and 2.40% of the patients, respectively (Burin Suraarunsamrit, B.E. 2547). In addition, according to the statistics of mental health clinic of Rayong Hospital, the number of patients with GAD increased from 121 in 2005 to 128 in 2006, but in the fiscal year 2007, the number of patients with GAD dramatically increased to 903 (Rayong Hospital Information Center, 2007).

GAD is a chronic mental illness which can be found frequently and requires a long period of treatment, causing problems to patients, their family, and society.

Patients with GAD tend to have unreasonably high levels of anxiety about different issues that they encounter. The anxiety symptoms of patients with GAD include being easily excited, being easily startled, difficulty sleeping or insomnia, trembling heartbeat, shortness of breath, sweating, and numbness in the limbs, all of which are caused by overworking automatic nervous system. Furthermore, patients can suffer from headache, aching in the nape of the neck, muscle ache, etc. When the patients feel discomfort or pain, they tend to assume that they are having physical health problems, such as heart disease or others, but a physical examination often reveals no abnormality (Pramote Sukhanich & Manote Lortrakul, B.E. 2540). In some cases, patients seek medical treatment for anxiety symptoms, but they do not know what causes them anxiety in the first place (Gabbard, 2000 cited in Chamlong Disayavanich & Primprao Disayavanich, B.E. 2545). Thus, they seek medical treatment from different healthcare agencies believing that they are physically sick and need treatment for their condition.

Patients with GAD have to live with impacts of GAD on themselves, their family, their work, and surrounding persons. Simply put, being sick with GAD reduces quality of life of patients (Massion, 1993). Moreover, chronic anxiety can lead to physical symptoms such as hypertension or ischemic heart disease (Kanokwan Tasorn, B.E. 2545). It can also cause depression, which can in turn adversely affect the family relationship, hence more stress and conflicts in the family (Silverman & Nells, 1988 cited in Schweizer, 1995). This is because when the patients show signs of anxiety, family members and relatives have to take care of them and provide assistance. This can disrupt normal and happy condition of the whole family. In addition, the patients' conditions can directly affect the family's financial status because the family has to pay for medical expenses to treat the patients' anxiety. They may also seek other alternative methods to treat the patients such as using self-prescribed medicines, using herbal medicines, or performing ceremonies according to their superstitious beliefs such as sprinkling the body with holy water or consulting a fortune teller (Blair & Ramones, 1996 cited in Kanokwan Tasorn, B.E. 2545). The condition also causes the patients to lose their social functioning since the patients tend to be obsessed with their being sick, seeking medical treatment, and disruption of

work and career, hence lack of working proficiency and poor quality of work (Rickell & Schweizer, 1998).

When considering different impacts of GAD, it can be seen that patients with GAD do not appropriately cope with problems or manage their anxiety symptoms. This is because anxiety in patients results from negative automatic thoughts which are distorted from the truth. It also results from the patients' negative or pessimistic perception and interpretation of different events in life as well as false assumption that these events threaten their happiness and wellbeing (Chamlong Disayavanich & Primprao Disyavanich, B.E. 2545). For example, they may predict that bad events will happen to them or their family, and they may feel startled and worried when they hear a loud noise or a telephone ring. Furthermore, patients may be anxious about their physical symptoms. For instance, when they experience a trembling heart beat, they assume that they are suffering from a heart disease. Therefore, to offer assistance to patients with GAD is to help reduce their anxiety to the level that will not affect their potential. The patients should be enabled to learn and practice appropriate thinking methods by using the Cognitive Behavior Therapy (CBT). Previous research has shown that cognitive behavior therapy is a means to assist patients with GAD, and it can be used in individual therapy and group therapy, both in Thailand and abroad. These studies have shown that cognitive behavior therapy is a form of psychosocial therapy which can be used effectively with patients with all types of anxiety disorder to reduce their anxiety (Butler et al., 1991; Borkovec, 1993; Burham & Allen, 1998; Fisher & Durham, 1999; James & Elizabeth, 2000; Practitioner, 2000; David, 2001; Maria, 2003; Marom & Hermesh, 2003; Deborah, 2003; Eliane et al., 2003; Tipaporn Angkakul, B.E. 2543; Kanokwan Tasorn, B.E. 2545; Nathiporn Chairpratan, B.E. 2547).

Cognitive behavioral therapy is a short term psychiatric therapy which combines the thinking and behavioral adjustment techniques with a clear-cut structures and processes. The therapists work by giving guidance to the patients to make them understand different patterns of distorted ideas and inappropriate or problematic behaviors. Different techniques of psychotherapy are used to adjust the patients' distorted or inappropriate thoughts and make them more reasonable and logical, making patients have accurate understanding of events and learn to deal with problems

appropriately and by themselves. Jame et al. (2000) have conducted a study to investigate the use of cognitive behavior therapy in patients with anxiety disorder and found that cognitive behavior therapy can be used to help patients deal with anxiety and prevent recurrence of the condition. Besides, the steps in the cognitive behavioral therapy can be applied to suit individual patients. Moreover, Butler et al. (1991) and Borkovec et al. (1993) have compared the effects of cognitive behavior therapy and behavioral therapy in patients with GAD and reported that cognitive behavioral therapy is more effective than behavioral therapy. In Thailand, Patumrat Katelek (B.E. 2548) studied the use of group consultation based on the thinking and behavior adjustment concepts in patients with GAD. The findings showed that the anxiety of patients while encountering GAD after the therapy was lower than that before the therapy with statistical significance at .05 level.

According to the researcher's professional experience, there are a large number of patients with GAD who have been treated at the hospital but later on have to come back to the hospital to search for treatment again after the recurrence of the condition. For this reason, the researcher was interested in studying, analyzing, and synthesizing existing research studies on the use of cognitive behavior therapy to reduce anxiety in patients with GAD, hence leading to a more effective, more credible, and clearer practice guideline.

Objective of the Study

This study aimed at synthesizing evidence-based research regarding the use of cognitive behavior therapy to reduce anxiety in patients with GAD.

Expected Outcomes and Benefits

The findings of the present study would lead to a new body of knowledge which can be used to develop a clinical nursing practice guideline in using cognitive behavior therapy to reduce anxiety in patients with GAD.

Definition of Terms

Patients with Generalized Anxiety Disorder (GAD) refers to patients who have excessive anxiety or who have inappropriate anxiety in any generalized

situations. They are diagnosed with GAD by a physician based on the diagnosis criteria called DSM-IV or ICD-10.

Cognitive behavior therapy (CBT) refers to a form of short-term psychiatric therapy which combines the thinking and behavioral adjustment techniques with a clear-cut structures and processes. The therapists work by giving guidance to adjust the patients' distorted or inappropriate thoughts and make these thoughts more reasonable and logical, hence enabling the patients to have accurate understanding of events and learn to deal with problems appropriately and by themselves.

Methodology

The present study aimed at compiling, analyzing, and synthesizing evidence-based research regarding the use of cognitive behavior therapy to reduce anxiety in patients with GAD in the following procedure:

● **Compilation of research and academic evidence for the analysis** including the following:

1.1 Information resources consisted of research and academic evidence published either in Thailand or abroad which were searched through electronic databases as follows:

1) Mulinet (Mahidol University), lib.Cmu (Chiang Mai University), library.car.chula (Chulalongkorn University), lib.buu (Burapa University), and md.kku (Khon Kaen University), etc. for works published in Thailand

2) PUBMED, CINAHL, Sciencedirect, and OVID for works published abroad

1.2 The keywords used in the search were composed of the following:

1) Types of clinical nursing practice had to be research involving the use of cognitive behavior therapy as a nursing practice guideline.

2) The study samples had to be patients with GAD of any gender and age.

3) The types of outcomes of the research were determined by selecting only the research having anxiety as a study variable

4) The full text of the research had to be available.

In the end, when using these keywords, a total of 317 research studies were retrieved from all databases utilized in this study. However, when considering the inclusion criteria and after omitting the research that appeared in more than one database, there were only nine research studies which met the inclusion criteria and which had a full text available for the subsequent analysis.

Analysis and synthesis of research evidence

An extensive review of literature and search for research evidence on the use of cognitive behavioral therapy to reduce anxiety in patients with GAD revealed that there were altogether nine research studies which were suitable for the analysis and synthesis, which was carried out as follows:

2.1 Assessment of level of evidence

The selected research studies were assessed to determine their quality using the evaluation criteria developed by The Royal College of Physicians of Thailand (B.E. 2544) which divide the academic evidence into four levels as follows:

Level A refers to evidence which is a meta-analysis of research with randomized controlled trials (RCT) or research with randomized controlled trials (RCT).

Level B refers to evidence which is a meta-analysis of at least one research study with randomized controlled trials (RCT) or evidence from quasi-experimental research, non-randomized controlled trials, cohort studies, or case-control studies.

Level C refers to evidence from causal-comparative research, correlational research, or descriptive research.

Level D refers to evidence derived from expert consensus.

When evaluating the nine selected research studies based on the aforementioned evaluation, it was found that five of them were categorized under Level A and four under Level B.

2.2 In the present study, the research utilization criteria proposed by Polit and Hungler (1997) were employed to determine the potential implementation of research findings in actual clinical settings in the following aspect:

1) Clinical relevance: All nine studies were consistent with the clinical problem under study that needed to be solved.

2) Scientific merit: All nine studies were valid, reliable, and credible enough for use in actual clinical settings as determined based on the research designs, sampling methods, internal validity, external validity, reliability of the findings, statistical analyses, strengths and weaknesses, and limitations in implementation in actual clinical practices.

3) Implementation potential: All nine studies had potential for application in actual clinical settings as they were suitable for the healthcare agencies in terms of policies, agreement from administrators, etc., as well as other components as follows:

3.1 Clinical relevance: The research findings are appropriate for the healthcare settings, patients, philosophy of the healthcare team, etc.

3.2 Feasibility of implementation: Nurses have the rights to implement the research findings and it is feasible for co-workers to cooperate in such implementation.

3.3 Cost-benefit ratio: Benefits, risks, and increased expenses due to the implementation of research findings are used to assess the cost-benefit ratio in terms of efficiency and effectiveness.

2.3 Retrieval of research data

In the analysis of the selected studies, the scope of data retrieval was set as follows:

- 1) Objectives
- 2) Research designs
- 3) Study samples
- 4) Settings
- 5) Instruments and outcomes
- 6) Nursing methods and interventions
- 7) Results
- 8) Implication of findings

Study Findings

The study findings could be divided into four aspects as follows:

Quality of research

The findings revealed that when evaluating all nine selected studies, it was found that there were five randomized controlled trials categorized under Level A (Butler et al., 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breithlz, 2000; Stanley et al., 2002; Arntz, 2003) and four quasi-experimental studies categorized under Level B (Kanokwan Tasorn, B.E. 2545; Nathiporn Chaipratan, B.E. 2547; Patumrat Katelek, B.E. 2548; Boonyaluck Pimpathong, B.E. 2548).

Techniques used to reduce anxiety in patients with GAD

1. Cognitive behavior therapy (CBT)

According to the analysis, there were three cognitive behavior therapy which were used to reduce anxiety in patients with GAD in these nine studies consisting of didactic aspects, cognitive techniques, and behavior techniques (Beck et al., 1997), all of which can be explained as follows:

Didactic aspects: All nine studies made use of didactic aspects. The therapists worked by explaining the inappropriate cognitive triad and schema of the patients to them. The therapists informed the patients of techniques and hypotheses of a certain issue and asked them to help test the formulated hypotheses. The therapists also described the relationship among thinking, emotions, and behaviors and the reasons for cognitive behavior therapy to ensure patients' understanding and cooperation in the treatment.

Cognitive techniques: All nine studies made use of cognitive restructuring, which was considered a main activity of cognitive behavior therapy. All nine studies also utilized emotional regulations.

Behavior techniques: According to the analysis, all nine studies made use of muscle relaxation and assignment of homework. Additionally, three studies also utilized breathing techniques (Nathiporn Chaipratan, B.E. 2547; Patumrat Katelek, B.E. 2548; Boonyaluck Pimpathong, B.E. 2548), and two studies applied concentration and massage techniques to reduce stress (Kanokwan Tasorn, B.E. 2545; Boonyaluck Pimpathong, B.E. 2548).

2. Other techniques in comparison to cognitive behavior technique

2.1 Active progressive muscle relaxation was used in two studies (Butler et al., 1991; Borkovec & Costello, 1993) which compared this technique with cognitive behavior therapy in patients with GAD.

2.2 Applied relaxation, a combination of two types of active progressive muscle relaxation, was used in two studies (Ost & Breithltz, 2000; Arntz, 2003) in comparison with cognitive behavior therapy starting with active progressive muscle relaxation before moving on to passive progressive muscle relaxation.

Instruments for evaluating anxiety in Generalized Anxiety Disorder (GAD) patients

The findings showed that there were 4 types of assessment for cognitive behavior therapy in GAD patients as follows:

1. Anxiety scale

1.1 Beck Anxiety Inventory (BAI) of Beck, Brown, Epstein, & Steer (1988): 3 articles (Butler et al, 1991; Ost & Breithltz, 2000; Stanley et al, 2002)

1.2 State-Trait Anxiety Scale of Spielberger, Gorsuch, & Lushene (1970): 4 articles (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breithltz, 2000; Arntz, 2003)

1.3 State-Trait Anxiety Inventory (STAI from X) of Spielberger, translated into Thai by Associate Professor Nitaya Kotchabhakdi, Saireudee Vorakitpokathon, and Malee Nisaisuk: 4 articles (Tason, 2002; Chaipatan, 2004; Ketlek, 2005; Pimpathong, 2005)

1.4 Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS): 2 articles (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993)

1.5 Penn State Worry Questionnaire (PSWQ): 3 articles (Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breithltz, 2000; Stanley et al, 2002)

1.6 Leeds Scale for the Self-Assessment of Anxiety and Depression: 1 articles (Butler et al, 1991)

1.7 9-point rating scale by patient and assessor of Watson and Mark (1971): 1 article (Butler et al, 1991)

1.8 Assessor Severity of GAD Anxiety Symptom (0 -8 point): 1 article (Borkovec & Costello, 1993)

1.9 100 point Diary Inventor Scale: 1 article (Borkovec & Costello, 1993)

1.10 Zung Self Rating of Anxiety Scale (ZSRA): 1 article (Borkovec & Costello, 1993)

1.11 Diary episodes measure: 1 article (Borkovec & Costello, 1993)

1.12 Cognitive Somatic Anxiety Questionnaire (CSAQ): 1 article (Ost & Breithlitz, 2000)

1.13 Reactions to Relaxation and Arousal Questionnaire (RRAQ): 1 article (Borkovec & Costello, 1993)

2. Depression scale

2.1 Hamilton Rating Scale for Depression (HARD): 2 articles (Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breithlitz, 2000)

2.2 Beck Depression Inventory (BDI): 4 articles (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breithlitz, 2000; Stanley et al, 2002)

3. Cognition scale

Using Dysfunctional Attitude Scale (DAS) of Rush, Weissenburger, & Eaves, (1986); Cognition Checklist (CCL) of Beck, Brow, Eidelson, Steer & Riskind, (1987); Fear of Negative Evaluation scale (FNE) of Watson And Friend, (1969); Subjective Probabilities Questionnaire (SPQ) of Butler and Mathews, (1983); 2.5 Interpretation of Butler and Mathews (1983); Individual thoughts (Butler et al, 1991): 1 article

4. Medication scale

4 Articles (Butler et al, 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breithlitz, 2000; Chaipatan, 2004)

Effects of cognitive behavior therapy to reduce anxiety of patients with GAD

The findings of the analysis of all nine studies showed that cognitive behavior therapy was not only able to reduce anxiety of patients with GAD but also had other positive effects. The effects of cognitive behavior therapy can be described in more detail below.

1. Anxiety

1.1 Anxiety levels: The findings of these nine studies indicated that after the implementation of cognitive behavior therapy, the patients' anxiety level decreased with statistical significance .05-.001

1.2 Anxiety symptoms: Three studies (Nathiporn Chaipratan, B.E. 2547; Patumrat Katelek, B.E. 2548; Boonyaluck Pimpathong, B.E. 2548) reported that after the implementation of cognitive behavior therapy, the patients felt that their physical symptoms improved. For example, their headache subsided, they were able to sleep more, and their muscles were more relaxed.

1.3 Cognition: The findings of a study conducted by Butler et al. (1991) suggested that after the implementation of cognitive behavior therapy, the patients had more logical thinking. statistical significance .05-.01

1.4 Clinical improvement: Studies carried out by Ost & Breithlz (2000) and Arntz (2003) showed that after the implementation of cognitive behavior therapy, the patients' clinical symptoms were improved percent 56-75.

1.5 Recovery rate: According to the study conducted by Arntz (2003), after the implementation of cognitive behavior therapy, the recovery rate of the patients was faster percent 50.

1.6 General functioning: A study conducted by Butler et al. (1991) revealed that after the implementation of cognitive behavior therapy, the patients' general functioning and social responsibility were improved.

1.7 Medication intake: There were four studies (Butler et al., 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breithlz, 2000; Nathiporn Chaipratan, B.E. 2547) which pointed out that after the implementation of cognitive behavior therapy, most of the patients were able to cut down on medication intake and some were able to discontinue their medication.

1.8 Satisfaction with treatment: According to the study by Nathiporn Chaipratan (B.E. 2547), patients were satisfied with the implementation of cognitive behavior therapy percent 100.

1.9 Relationship with the therapist: Borkovec & Costello (1993) reported that patients and their therapists developed a good relationship with each other after the implementation of cognitive behavior therapy.

1.10 Expectation of treatment: A study carried out by Borkovec & Costello (1993) indicated that patients had a better expectation of the treatment after reading the therapy manual.

2. Depression: There were three studies (Butler et al., 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breithlz, 2000) which revealed that after the implementation of cognitive behavior therapy, the patients' depression decreased with statistical significance .05-.0001

Major components of cognitive behavior therapy

According to the selected studies, major components of cognitive behavior therapy are as follows:

1. Therapists: All nine studies showed that the instructors or therapists were highly experienced and all of them had undergone training on cognitive behavior therapy. There were different members of the healthcare team including psychiatric nurses (Kanokwan Tasorn, B.E. 2545; Nathiporn Chaipratan, B.E. 2547; Patumrat Katelek, B.E. 2548; Boonyaluck Pimpathong, B.E. 2548), clinical psychologists (Butler et al., 1991; Borkovec & Costello, 1993), mental health and psychiatric medical specialists (Stanley et al., 2002), and behavioral therapists (Ost & Breithlz, 2002; Arntz, 2003).

2. Patients: The findings showed that patients with GAD who were able to undergo cognitive behavior therapy were those who had been diagnosed by a psychiatrist with GAD based on the criteria specified in DSM III, DSMIII-R, and DSMIV. In all nine studies, the patients sought out-patient treatment, and there were both male and female patients (Butler et al., 1991; Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breithlz, 2000; Stanley et al., 2002; Arntz, 2003; Kanokwan Tasorn, B.E. 2545; Nathiporn Chaipratan, B.E. 2547; Patumrat Katelek, B.E. 2548; Boonyaluck Pimpathong, B.E. 2548). In addition, the patients ranged in age from 18 to 70 years. However, there was one study which was conducted with elderly patients with GAD who were 60 years old or older.

3. Instruments: The findings showed that the instruments used in cognitive behavior therapy in all nine selected studies were a chair with a backrest to ensure comfort and learning-aid tools such as a board, markers, pens, paper, activity sheets, and knowledge sheets. Furthermore, there were six studies (Butler et al., 1991; Borkovec & Costello, 1993; Kanokwan Tasorn, B.E. 2545; Nathiporn Chaipratan, B.E. 2547; Patumrat Katelek, B.E. 2548; Boonyaluck Pimpathong, B.E. 2548) which also used a cassette tape describing muscle relaxation techniques, a cassette player, and videos which were played for the patients to follow during the therapy sessions. Besides, in a study conducted by Nathiporn Chaipratan (B.E. 2547), pictures illustrating body functions, brain functions, and patients' diary were also used.

4. Types of activity: Seven studies (Borkovec & Costello, 1993; Ost & Breithlz, 2000; Stanley et al., 2002; Arntz, 2003; Kanokwan Tasorn, B.E. 2545; Patumrat Katelek, B.E. 2548; Boonyaluck Pimpathong, B.E. 2548) employed group therapy, while two studies (Butler et al., 1991; Nathiporn Chaipratan, B.E. 2547) used individual therapy.

5. Duration of therapy: In three studies (Butler et al., 1991; Ost & Breithlz, 2000; Stanley et al., 2002; Arntz, 2003), the therapy sessions lasted 60 minutes, once a week, for 12 weeks. In one study (Nathiporn Chaipratan, B.E. 2547), each of the therapy sessions lasted 90 minutes, once a week, for five weeks. Also, in a study conducted by Borkovec & Costello (1993), there were two therapy sessions each week. The first session lasted 90 minutes, and the second session lasted 60 minutes, for the total of six weeks. In Stanley et al. (2002)'s study, the therapy sessions took place once a week, each lasting 90 minutes, for a total of eight weeks. In another study by Kanokwan Tasorn (B.E. 2545), the therapy sessions were conducted in two consecutive days for three times, each lasting from 60 to 90 minutes, for a total of six sessions. Finally, in a study carried out by Patumrat Katelek (B.E. 2547), the therapy sessions took place twice a week, for 90 to 120 minutes, for a total of two weeks, while in a study conducted by Boonyaluck Pimpathong (B.E. 2548), the therapy session took place once a week, with three activities each of which lasted 60 to 90 minutes on each day, for two consecutive weeks.

Recommendations

Based on the study findings, the following recommendations can be made:

Recommendations for nursing practice

Cognitive behavior therapy can be used by psychiatric nurses to treat patients with GAD. However, nurses need to undergo training to equip them with knowledge, understanding, and skills necessary in implementing cognitive behavior therapy with patients with GAD who are considered psychiatric patients. In the present study, an extensive review of literature and research evidence was conducted so as to expand the existing body of knowledge on implementation of cognitive behavior therapy and to provide a clinical nursing practice guideline for psychiatric nurses or related personnel who wish to implement cognitive behavior therapy to help reduce anxiety of patients with GAD.

GUIDELINES FOR IMPLEMENTING COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY TO REDUCE ANXIETY IN GAD PATIENTS AT RAYONG HOSPITAL

The guidelines for implementing Cognitive Behavior Therapy to reduce anxiety in GAD patients at Rayong Hospital were described as follows:

1. Healer

Despite limited number of psychiatrists and no clinical psychologist, behaviorist, including mental health and psychiatric medical student, the patients at Rayong Hospital increased so much. Therefore, it was the responsibility of psychiatric nurse to help GAD patients using Cognitive Behavior Therapy. To achieve this goal, a nurse needed to gain accurate knowledge on CBT.

2. Patients

Outpatients in psychiatric unit, Rayong Hospital had the following qualifications.

- 2.1 A GAD patient diagnosed by a psychiatrist
- 2.2 A person aged between 18-70 years
- 2.3 A man or woman in any level of education; a person in any economic, social, and cultural status
- 2.4 A patient receiving a treatment from psychiatrist twice at least

2.5 A person without mental disorders

2.6 A person not taking anti-depressants

2.7 A person with normal level of cognition and perception, no organic brain syndrome

2.8 A person with level of anxiety 4, assessed by State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

2.9 A person without severe depression

2.10 A person without drug addiction

2.11 A person with willingness to group therapy

3. Setting & Therapy Aids

3.1 Setting

A peaceful room with a sufficient amount of light; a place that helped a patient create consciousness

3.2 Therapy aids

Therapy aids used for Cognitive Behavior Therapy consisted of :

- a comfortable armchair with backrest
- a muscle relaxation audio cassette tape, a tape player, and a video, instructed by a healer
- an anatomical chart to help the patient's understanding
- a patient's notebook for intervention record
- a whiteboard, a whiteboard pen, a pen, a piece of paper, a work sheet, knowledge documents, all inexpensive and easy-to-find objects

4. Methodology & contents of CBT to reduce anxiety in GAD patients

The method to reduce anxiety in GAD patients was CBT group therapy. In this case, the healer imparted knowledge by discussing, quiz-answering, and giving homework. The training aids were used to motivate the group; cassette tape, tape player, video, and anatomical chart. Group participation was held totally 4 weeks (twice a week). Each session took 90 minutes. The contents of group therapy were as follows:

1st Session Relationship-Making, Motivating, Familiarity

- Introduce individual self by using photos
- Create familiarity by group activity

2nd Session Learning Nature of Anxiety

- Individual assessment on symptoms and effects of anxiety
- Learn nature of anxiety

3rd Session Techniques on Using CBT to Reduce Anxiety

- Understand cognitive process of anxiety
- Learn a cognitive behavior therapy
- Practice skills on overcoming anxiety, presenting new concepts

4th Session Problems Solving

- Learn cause analysis and changing cognition and behavior
- Practice to reduce and manage anxiety

5th Session Confrontation

- Develop confronting skills, emphasizing on changing cognition and behavior

6th-7th Session Techniques on Managing Stress

- Practice muscle relaxation
- Practice breathing
- Assign homework; give a record of stress management to do at home

8th Session Conclusion & Closed Group

- Better understand the problem, apply cognition and experience in daily life, review lesson & implication, close group

5. Assessment of therapy outcome; the use of CBT to reduce anxiety in GAD patients; instruments

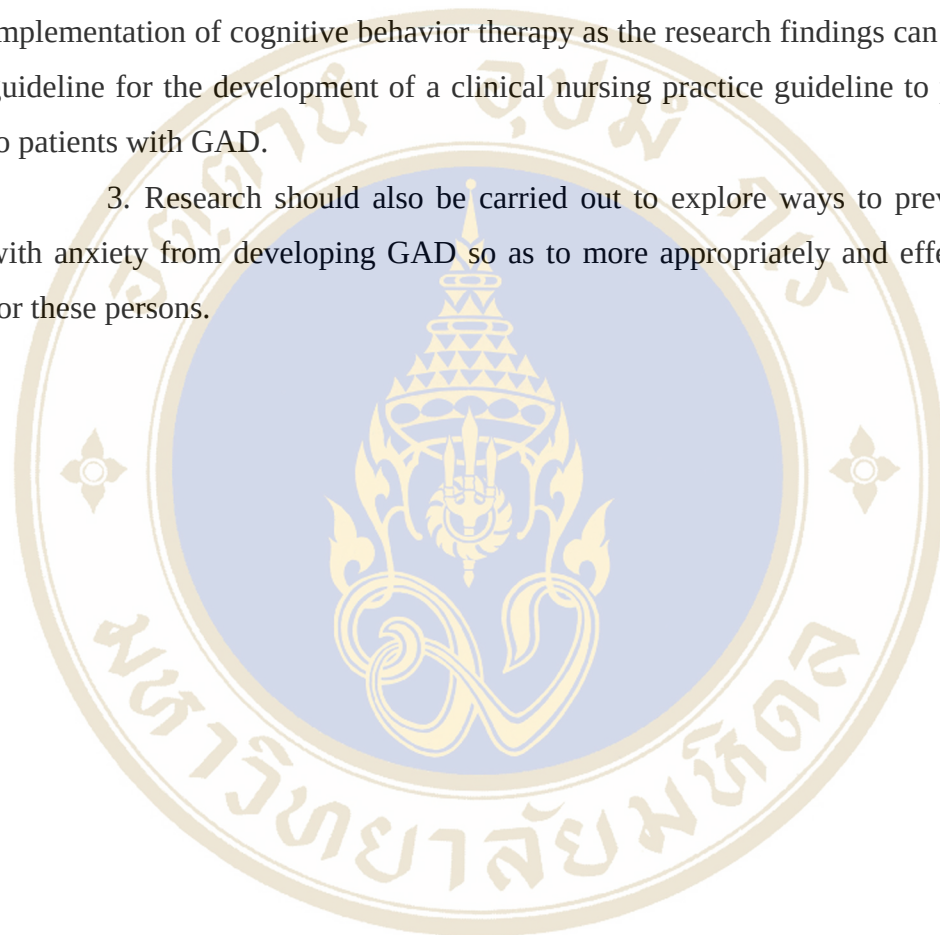
1. Anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI)
2. Decreased medication in anti-anxiety drugs: the physician record; and

the interviews

Group assessment; before group participation; after closed group; and during 1 month after closed group, should be conducted via home visit and follow-up phone calls as well.

Recommendation for future study

1. Since the number of research on patients with GAD is rather limited in Thailand, research should be conducted to shed more light on ways to effectively care for patients with GAD.
2. Further research should be carried out to investigate the effects of the implementation of cognitive behavior therapy as the research findings can be used as a guideline for the development of a clinical nursing practice guideline to provide care to patients with GAD.
3. Research should also be carried out to explore ways to prevent persons with anxiety from developing GAD so as to more appropriately and effectively care for these persons.



บรรณานุกรม

- กนกวรรณ ทาสอน. (2545). ผลการจัดกลุ่มการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม ต่อการลดความวิตกกังวล
ใน ผู้ป่วยโรควิตกกังวล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2545). อัตราการป่วยทางจิตต่อแสนประชากร ประจำปี
งบประมาณ 2540-2545. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทิมา องค์ไผ่ผิต. (2545). จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยน
ครีเอชั่น จำกัด.
- จำลอง ดิษขวณิช และพริ้มเพรา ดิษขวณิช. (2545). ความเครียด ความกังวล และสุขภาพ.
เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ณัฐทิพร ชัยประทาน. (2547). ผลของการให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยน
ความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายและการเล่นคลาคล้ำเนื้อใน
ผู้ป่วยโรควิตกกังวล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
ทองแท้ สีลาขาว. (2536). ผลของการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่มีต่อระดับความวิตกกังวลด้านการ
เรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนปทุมวิไล จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร
- ทิพวัลย์ โพธิ์แท่น. (2531). ผลของเทคนิคการฝึกการรู้สติให้อยู่กับปัจจุบัน ต่อระดับความวิตก
กังวล ในผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุทางการจราจรที่รับไว้ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิภาพร อังคกุล. (2543). การรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลชนิด GAD ด้วยวิธีการรักษาทางจิตเวช
มาตรฐานกับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเนื้อร่วมกับวิธีการรักษาทางจิตเวชมาตรฐาน.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธัญญา ผลอนันต์. (2544). การใช้ความคิด อย่างมีวิจารณญาณ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:
ขวัญข้าวการพิมพ์.
- ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. (2544). วิทยาการความเครียดทางจิตเวชศาสตร์. ขอนแก่น: คลังนานา
วิทยา
- นภาพร ตั้งพลผลวนิชย์ และคณะ. (2543). ผลการทำกลุ่มจิตบำบัด ต่อการลดความวิตกกังวลใน
ผู้ป่วยวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์โครงการวิจัยจากสภาพยาบาลประจำปี 2541. กลุ่มงาน
จิตเวช โรงพยาบาลโสธร.

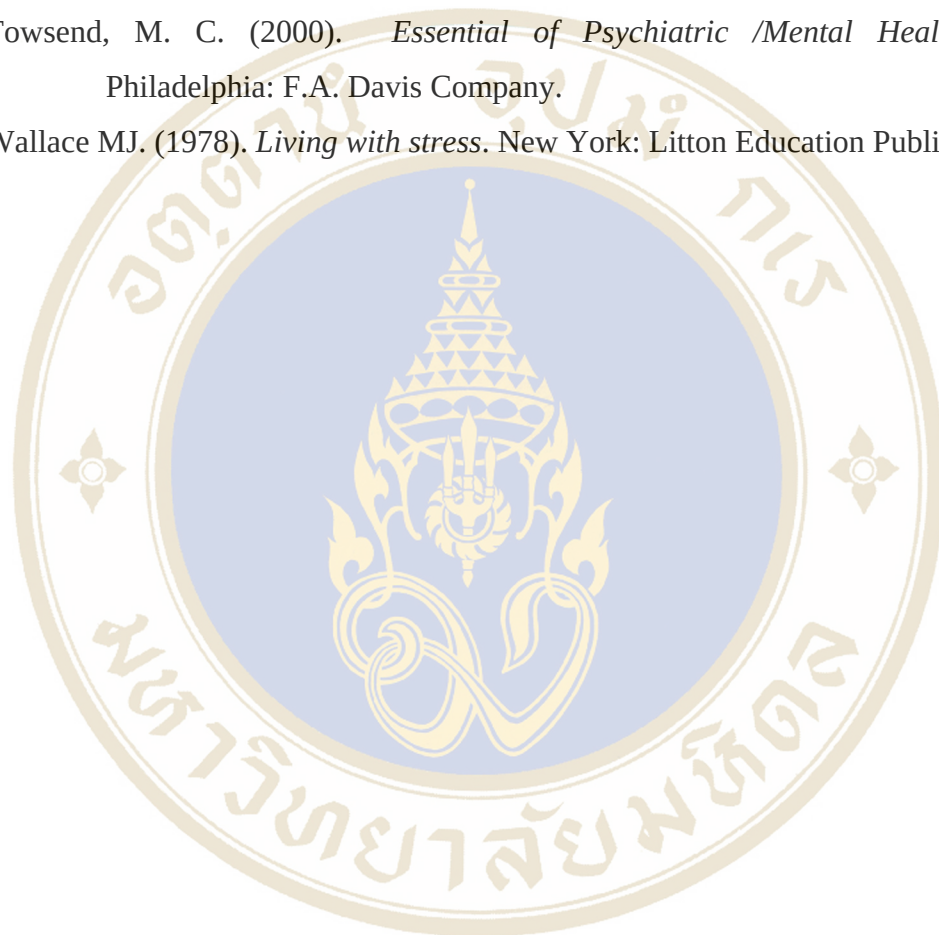
- บุญช่วย เทพยศ. (2541). ประสิทธิภาพการทำสมาธิแบบพุทธศาสนาในการควบคุมความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคประสาทวิตกกังวล. *วารสารการแพทย์เครือข่าย* 6/2. 6(2), 112-118.
- บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์. (2547). *การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 13* (25-27 สิงหาคม 2547) ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพมหานคร: หน้า 156-157
- บุญญลักษณ์ พิมพาทอง. (2548). *การศึกษาการใช้การเรียนรู้แบบกลุ่มต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก. (2548). *การศึกษาการให้คำปรึกษากลุ่มที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลโรงพยาบาลประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมาโนช หล่อตระกูล. (2540). *คู่มือการวินิจฉัยและการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวล*. (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2), กรุงเทพฯ: หจก. เอส ซี พรินท์.
- ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมาโนช หล่อตระกูล. (2541). *เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM – IV ฉบับภาษาไทย (ใช้รหัส ICD – 10)*. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ปราโมทย์ สุคนิชย์ และมาโนช หล่อตระกูล. (2548). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพมหานคร: บริษัท บีคอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์
- พัทธา จิตสุวรรณ. (2535). *ผลของการฝึกอานาปานสติสมาธิต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุทธนา อดาสกุลมโน. (2548). *การทำจิตบำบัดแบบ Cognitive Behavior Therapy (CBT) ในผู้ป่วยจิตเภท: รายงานผู้ป่วย 4 ราย*. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 13, 2.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). *คำแนะนำการสร้าง “แนวทางเวชปฏิบัติ” (Clinical Practice Guidelines)*. *สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย*, 18, 6.
- รัตนา สายพานิชย์ และสมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก. (2546). Anxiety disorder. ในมาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (บรรณาธิการ). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 8, กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนชม.
- โรงพยาบาลระยอง. (2550). *ข้อมูลสถิติงานสุขภาพจิต*. ระยอง: โรงพยาบาลระยอง. ละเอียดชูประยูร. (2538). *เทคนิคพฤติกรรมบำบัด*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ผลิตเอกสาร. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.

- วัลลภ ปิยะมโนธรรม. (2522). *เทคนิคการรักษาโรคประสาทด้วยตนเอง*. กรุงเทพมหานคร: บพิธการพิมพ์.
- สมใจ เจียรพงษ์. (2542). *ผลการใช้กลุ่มบำบัดเชิงเหตุผลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมบัติ ดาปัญญา. (2549). *การประยุกต์ใช้จิตบำบัดเชิงพุทธิปัญญาและพฤติกรรม*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการการให้คำปรึกษาที่ใช้การนึกคิดและการปรับพฤติกรรม. (ม.ป.ท.): มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมภพ เรืองตระกูล และคณะ. (2533). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2549). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรัชย์ เกื้อศิริกุล. (2536). Generalized anxiety disorder. ในเกษม ต้นผลาชีวะ (บรรณาธิการ) *จิตเวชศาสตร์ เล่มที่ 1*. (หน้า 475-486). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุชาติ พหลภักย์. (2542). *ความผิดปกติทางอารมณ์*. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ออฟเซต.
- สุชาติ พหลภักย์. (2547). *Cognitive Therapy*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2549). *การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ชนาเพรส แอนกราฟฟิค จำกัด.
- อินทรา ปัทมินทร. (2532). *ประสิทธิภาพผลของการใช้สื่อภาพพลีเรื่องสุขภาพจิตกับผู้ป่วยนอก และญาติที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลทั่วไป*. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- Arnt, A. (2003). Cognitive therapy versus Applied relaxation as treatment of Generalize Anxiety Disorder. *Behavior Research and Therapy*, 41, 633–646.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical*. New York: Harper Row.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.

- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of Depression*. New York: Guilford. Psychiatric Nursing.
- Borkovec, T.D., & Costello, E. (1993). *Efficacy of applied relaxation and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 611–619.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). *Comparison of Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy in Treatment of Generalize Anxiety Disorder*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 167 - 175.
- Campbell, P. & Siperstien, N.G. (1993). *Improving Social Competence*. Massachusetts: Allyn and Bacon
- Fisher, P.L., & Durham, R.C. (1999) *Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: An analysis of clinically significant change in the STAI – T across outcome studies since 1990*. *Psychological Medicine*, 29, 1425 – 1434.
- Gosselin, P., & Laberge, B. (2003). Etiological factors of generalized anxiety disorder. *Encephale*, 29(4 Pt 1), 351 – 361. Retrieved November 21, 2006 from Pub MED database.
- Gorman, JM. (1996). *The new psychiatry*. New York: St. Martin Press, 215.
- Hettema, J. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2004). Genetic and Environmental Source of Covariation Between Generalized Anxiety Disorder and Neuroticism. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1581 – 1587.
- James, C., Overholser, E.H., & Nasser. (2000) Cognitive behavior treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of contempgrary Psychotherapy*, 30(2), 149.
- James, C., Overholser, E.H., & Nasser.(2000) Cognitive behavior treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of contemporary Psychotherapy*, 30(2), 149.
- Kronenberger, L. (1996).The Journey Threatend by stress and anxiety disorders. In V. B. Carson & E. N. Arnold (Eds.), *Mental Health Nursing: The Nurse – Patient Journey*, 691 – 706. USA: W.B. Saunders company.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

- Massion, A.O. (1993). Quality of life and Psychiatric morbidity in panic disorder and Generalized Anxiety Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150 (12), 1872-1874.
- Michael, W. (1993). Discontinuation of benzodiazepine treatment: efficacy of cognitive behavioral Therapy for patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*. 150(10), 1485-1490.
- Moore, D. P., & Jefferson, J. W. (1996). *Hand book of Medical Psychiatry*. Missouri: Mosby Year Book.
- Noyes, R. Jr., Clancy, J., Hoenk, P.R. (1980). The prognosis of anxiety neurosis. *Arch Gen Psychiatry* 37: 173-178.
- Ost, L. G. & Breitholtz, E. (2000). Appiled relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 777 - 790.
- Papp, L.A., & Gorman, J.M. (1995). *Generalized Anxiety Disorder In H.I.* Kaplan & B. J. Sandock (Eds). *Comprehensive textbook of psychiatry*, 1. (6th ed.) New York: New York University Medical Center.
- Rickell, K. & Schweizer, E. (1998) *The spectrum of generalized anxiety in clinical practice: The role of short-term intermittent treatment*. *British Journal of Psychiatry*, 173(34), 49-54.
- Schweizer E. (1995). Genetalized anxiety disorder: longitudinal course and pharmacologic treatment. *The Psychiatric Clinic of North America*.18, 843-857.
- Shive, L.R. (1990). *Basic concepts of psychiatric mental health nursing*. 2nd ed Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Speilberger, C.D. (1972). *Anxiety: current trends in theory and research*, vol. 1. London: Academic Press.
- Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. (1995). *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*. London: C.V. Mosby company.
- Stuart, G.W., & Laraia, M.T. (1998). *Principle and practice of psychiatric nursing*. St. Louis: Mosby comp.

- Summerfeldt, L. J., & Antony, M. M. (2006). *Generalized Anxiety Disorder*.
Retrieved March 07, 2006, From McMaster University, Department of
Psychiatry & Behavioral Neurosciences, <http://www.anxietytreatment.ca>
- Taylor, C.M. (1982). *Merness essentials of psychiatric nursing*. London: C.V.
Mosby.
- Towsend, M. C. (2000). *Essential of Psychiatric /Mental Health Nursing*,
Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Wallace MJ. (1978). *Living with stress*. New York: Litton Education Publishing.



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – นามสกุล

นางวารุณี เลิศพงษ์วรพันธ์

วัน เดือน ปีเกิด

วันที่ 8 พฤศจิกายน 2513

สถานที่เกิด

กรุงเทพมหานคร

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

พยาบาลและผดุงครรภ์ กรุงเทพฯ,

พ.ศ. 2533 - 2535

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จักรีรัช ราชบุรี,

สมทบมหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2539 - 2541

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ. 2535 - 2542

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรปราการ

สถานีอนามัยเทพารักษ์ จังหวัดสมุทรปราการ

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 5

พ.ศ. 2543 – 2548

โรงพยาบาลระยอง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5 - 6

พ.ศ. 2548 - ปัจจุบัน

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองระยอง

สถานีอนามัยบ้านยายดา จังหวัดระยอง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7

โทร : 038- 664579

ที่อยู่

บ้านเลขที่ 99/1 หมู่ 1 ต. บ้านแลง

อ. เมือง จ. ระยอง 21000