

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม
เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

รัชฎา ต่อทรัพย์

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม
เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

.....
วิชา ๑๐๓๖๑๙

นางรัชญา ต่อทรัพย์

ผู้ศึกษา

.....
ศิริพร วัฒนไพสิน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อติรัตน์ วัฒนไพสิน,

กศ.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

.....
อรรถพร สห

รองศาสตราจารย์อรรถพร สหิรัญวงศ์,

พย.ด.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

.....
Anon A

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
E. Shobon

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,

Ph.D (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหาร

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม
เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2553

วิชา ๑๐๓๖๖

นางรัชณา ต่อทรัพย์

ผู้ศึกษา

อรุณ วัฒนสิน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัครรัตน์ วัฒนไพลิน,
กศ.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

วิฑูรย์ เจริญพงศ์

นายประยูรต์ เสรีเสถียร,
วว.จิตเวชศาสตร์

กรรมการสอบสารนิพนธ์

Amor AR

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ศ.น. ชัยพร

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิริมงคล,

Ph.D (Nursing)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

อรุณ สห

รองศาสตราจารย์อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์,

พย.ด.

กรรมการสอบสารนิพนธ์

พอ.น. พงศ

รองศาสตราจารย์พองคำ ตีลกสกุลชัย,

Ph.D (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อดิรัตน์ วัฒนไพลิน อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์และอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วมรองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ ผู้ซึ่งให้คำปรึกษาชี้แนะตรวจสอบ ปรับแก้ข้อบกพร่องต่าง ๆ ของการเขียนสารนิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของท่าน ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล ประธานสอบสารนิพนธ์ และนายแพทย์ ประยุทธ์ เสรีเสถียร กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขสารนิพนธ์ เพื่อความสมบูรณ์และเหมาะสมของสารนิพนธ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ นายแพทย์วรภัทร รัตอาภา อาจารย์ ดร.อติตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง และนางสาวสุพิน พรพิพัฒน์กุล ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมตามเนื้อหาของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการทำสารนิพนธ์

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต ที่ให้การสนับสนุนทุนในการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผน ข (ภาคพิเศษ) พร้อมทั้งขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโป่ง หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจในการศึกษาจนสำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการศึกษาและเพื่อนร่วมรุ่นการศึกษาทุกท่านที่ให้ความห่วงใย เป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน

ขอขอบคุณบิดา มารดา สามิและลูก ที่ให้การช่วยเหลือ เป็นแรงบันดาลใจ สนับสนุนอำนวยความสะดวกจนกระทั่งสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

รัชดา ต่อทรัพย์

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

THE DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINES FOR THE USE OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN REDUCING ANXIETY IN PATIENTS WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDER

รจนา ต่อทรัพย์ 4836951 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด., อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, พย.ด.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป โดยใช้ขั้นตอนการดำเนินการตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Polit & Beck (2004) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) เลือกประเด็นหรือปัญหาที่ต้องการศึกษา 2) การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การประเมินความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ 4) พัฒนาการนำไปใช้และประเมินนวัตกรรม จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ พบการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ จำนวน 2 เรื่อง งานวิจัยระดับ Randomized Controlled Trials (RCTs) ที่เป็นงานวิจัยเดี่ยว จำนวน 4 เรื่องมาสังเคราะห์และบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา ปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งสามารถใช้บำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป อายุ 18 - 65 ปี ระยะเวลาการบำบัด 12-16 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เป็นการให้การบำบัดรายบุคคล ประกอบด้วยองค์ประกอบของการบำบัด 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การให้ความรู้โรควิตกกังวลทั่วไปและการรักษา 2) การฝึกการตระหนักรู้อาการวิตกกังวล 3) การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 4) การปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดและความเชื่อ 5) การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา 6) การมอบหมายการบ้าน ข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ คือ ควรมีการศึกษานำร่องเพื่อประเมินกระบวนการ และผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในการบำบัดผู้ป่วยผู้ใหญ่โรควิตกกังวลทั่วไปในหน่วยงาน

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป / การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม / อาการวิตกกังวล /
แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

THE DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINES FOR THE USE OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN REDUCING ANXIETY IN PATIENTS WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDER

RAJCHA TORSUP 4836951 NSMH/M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ATIRAT WATTANAPAILIN, Ed.D., ACHARAPORN SEEHERUNWONG, D. N. S.

ABSTRACT

This study aimed to develop a set of nursing practice guidelines for the use of cognitive behavioral therapy in reducing anxiety in patients with generalized anxiety disorder. Polit and Beck's evidence-based approach to clinical appraisal was used as a framework of study (2004). The evidence-based approach is composed of 4 steps: 1) selecting a topic or problem, 2) assembling and evaluating evidence, 3) assessing implementation potential, and 4) developing, implementing, and evaluating the innovation. According to the search for evidence, one systematic review study and four randomized controlled trials (RCTs) were retrieved for evidence analysis and synthesis to develop the practice guidelines. The practice guidelines were content- and language-validated as well as improved by three experts. The practice guidelines can be used with patients 18-65 years old with generalized anxiety disorder.

The duration of therapy takes 12-16 sessions; 1-2 sessions a week. The therapy is conducted as individual therapy. The therapy includes six components: 1) education on generalized anxiety disorder and treatment, 2) anxiety awareness training, 3) progressive relaxation training, 4) developing alternative thoughts and beliefs, 5) problem-solving skill training, and 6) homework assignments.

The recommendation for applying the practice guidelines is to conduct a pilot study to assess the process of guidelines implementation and to evaluate the outcomes of applying the nursing practice guidelines for the use of cognitive behavioral therapy in reducing anxiety in patients with generalized anxiety disorder in the organization.

KEY WORDS: GENERALIZED ANXIETY DISORDER / COGNITIVE
BEHAVIORAL THERAPY / ANXIETY / CLINICAL PRACTICE
GUIDELINES

172 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 ประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข	4
1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	5
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	6
2.1 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษา	6
1. ผู้ป่วยโรคจิตกักขังทั่วไป	7
2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตกักขังทั่วไป	13
3. การบำบัดรักษาโรคจิตกักขังทั่วไป	17
4. กรอบแนวคิดในการศึกษา	25
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษา	27
บทที่ 4 สรุปและข้อเสนอแนะ	45
สรุปการศึกษา	45
ข้อเสนอแนะ	46
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	48
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	64
รายการอ้างอิง	82
ภาคผนวก	87
ประวัติผู้ศึกษา	172

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder: GAD) เป็นความผิดปกติที่จัดอยู่ในกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder: AD) ลักษณะสำคัญของโรค คือ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเหตุการณ์ หรือกิจกรรมต่าง ๆ มากผิดปกติ และมีอาการต่อไปอย่างน้อย 3 อย่าง ได้แก่ กระวนกระวาย เหนื่อยง่าย ขาดสมาธิ หงุดหงิดบ่อย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และนอนไม่หลับ โดยผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน (American Psychiatric Association, 2000; สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) ผู้ป่วยจำนวนมากมักมีความวิตกกังวลอยู่เป็นประจำ และประมาณครึ่งหนึ่งมีอาการตั้งแต่เด็ก หรือวัยรุ่น การดำเนินโรคมักเป็นเรื้อรัง เป็นๆ หายๆ และอาการจะกำเริบเวลาที่มีเรื่องไม่สบายใจ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

ความเครียดและความวิตกกังวลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ และความสามารถในการรู้คิด เช่น กระสับกระส่าย คิดเป็นเหตุเป็นผลได้ลำบาก ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยจะมีประโยชน์ในการกระตุ้น และส่งเสริมการทำงานให้สำเร็จไปด้วยดี เมื่อมีความวิตกกังวลบุคคลจะพยายามใช้พฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือลดความไม่สบายทางจิตใจ ซึ่งถ้าบุคคลใช้พฤติกรรมในการลดความวิตกกังวลที่มีประสิทธิภาพ สามารถแก้ไขสาเหตุความวิตกกังวลและลดความไม่สบายใจเป็นผลสำเร็จจะเกิดการเรียนรู้ แต่ถ้าไม่สามารถแก้ปัญหาเพื่อลดความวิตกกังวลได้ ความวิตกกังวลจะคงอยู่ในระดับสูง ความคิดไม่สมเหตุสมผลเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและไม่ได้รับการแก้ไขจะมีผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาจทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง (Stuart, 2005) ผู้ป่วยโรควิตกกังวลมักให้ความสนใจเรื่องราวที่เป็นอันตราย และรับเอาเรื่องราวดังกล่าวมาคิดซ้ำไปซ้ำมา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลที่บางครั้งไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยมักขาดการควบคุมอารมณ์ ทำให้มีโอกาสเป็นโรควิตกกังวลทั่วไปได้ง่าย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

โรควิตกกังวลทั่วไป เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในประเทศไทยและประเทศอื่น ๆ ในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาสำรวจสถิติโรควิตกกังวลทั่วไป มีแต่สถิติของกลุ่มโรควิตกกังวล ดังจะเห็นได้จากสถิติจำนวนผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2546

กลุ่มโรควิตกกังวลเป็นโรคทางจิตเวชอันดับหนึ่ง มีจำนวนผู้ป่วย 546,025 ราย ปี 2547 กลุ่มโรควิตกกังวลเป็นโรคทางจิตเวชอันดับสองรองจากโรคจิตเภท มีจำนวนผู้ป่วย 413,715 ราย และในปี 2548 – 2550 มีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวล 372,536, 348,748 และ 365,904 ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงมาก (กรมสุขภาพจิต, 2550) เช่นเดียวกับสถานการณ์ในจังหวัดราชบุรี ในปีงบประมาณ 2546 – 2550 มีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวล จำนวน 6,117, 2,813, 4,835, 6,874 และ 4090 รายตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2550) จะเห็นได้ว่าอัตราผู้ป่วยในปี 2548 สูงขึ้นมากกว่าปี 2549 ถึง 2.4 เท่า สำหรับปัญหาสุขภาพจิตในอำเภอบ้านโป่งจากสถิติของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลบ้านโป่งในปีงบประมาณ 2546 – 2550 อัตราป่วยสูงสุดอันดับหนึ่ง คือ กลุ่มโรควิตกกังวล มีจำนวนผู้ป่วย 975, 1,161, 1,551, 1241 และ 1064 รายตามลำดับ และในปีงบประมาณ 2551 มีผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลทั่วไปจำนวน 1081 ราย เมื่อนำผู้ป่วยในกลุ่มนี้มาคัดกรองด้วยเครื่องมือการคัดกรองโรควิตกกังวลทั่วไป พบผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 80 ทั้งยังมีอัตราการป่วยซ้ำสูง คิดเป็นร้อยละ 55

โรควิตกกังวลทั่วไปก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม การศึกษาวิจัยชี้ให้เห็นว่า 2 % ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการสูญเสียทางสังคม เศรษฐกิจและทรัพยากรบุคคล (กรมสุขภาพจิต, 2547) ผลแทรกซ้อนที่สำคัญและพบได้บ่อยคือ ผู้ป่วยมักมีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยมักมีเหตุการณ์ในชีวิต (Life event) ที่สำคัญนำมาก่อน ผู้ป่วยบางรายอาจป่วยเรื้อรังหรือตลอดชีวิต ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป จะมี Panic Disorder ร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่มี Major Depressive Disorder ร่วมด้วย (ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, พิเชฐ อุดมรัตน์, 2544) ลักษณะการดำเนินโรคพบว่าอาการมักขึ้น ๆ ลง ๆ เรื้อรัง รุนแรงเป็นช่วง ๆ ซึ่งจะสัมพันธ์กับความเครียดในชีวิตประจำวัน ก่อเกิดความไม่สุขสบายทางกายต่าง ๆ และความเดือดร้อนแก่ผู้ป่วยด้านอื่นตามมา เช่น ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ความขัดแย้งในครอบครัว ภาระทางเศรษฐกิจในการจ่ายค่ารักษา การเสาะแสวงหาการรักษาหลายแห่ง และหากปล่อยให้เรื้อรังจะก่อให้เกิดโรคทางกายตามมา อีกทั้งผู้ป่วยมักรู้สึกท้อแท้ หดหู่ ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้ (ณัฐจิพร ชัยประทาน, 2548) ในปัจจุบันการรักษาโรควิตกกังวลทั่วไป มีหลายรูปแบบทั้งการใช้ยา ได้แก่ ยาในกลุ่ม Benzodiazepines, Azapirones, Antidepressant และใช้จิตบำบัด (Psychotherapy) ได้แก่ Psychodynamic therapy, Relaxation training, Supportive psychotherapy, Cognitive behavior therapy (Goldberg & Posner, 2007; Hunot, et al., 2008) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดและช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในปัจจุบัน พบว่าการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) เป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่ได้ผลดี (Butler, et al., 1991, Ladouceur, et al., 2000, Ost & Breitholtz, 2000) โดยมี

สมมุติฐานว่า โรควิตกกังวลเกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผิดๆ และภาวะวิตกกังวลเป็นรูปแบบของความคิดที่ผิด บิดเบือน ความคิดในเชิงลบ หรือผลของความคิดเบี่ยงเบน (Faulty, distorted, negative or counter productive thinking) ซึ่งเกิดขึ้นร่วมกับพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่แปรปรวนไป ผู้ป่วยมักประเมินอันตรายหรือโอกาสที่ตนเองจะได้รับอันตรายสูงเกินความจริง ในขณะที่เดียวกันก็ประเมินความสามารถของตัวเองที่จะต่อสู้ หรือจัดการกับสิ่งที่มาคุกคามนั้นต่ำกว่าความเป็นจริง โดยจะรับรู้และตีความเหตุการณ์ในชีวิตต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่ามาคุกคามต่อความผาสุก (Well being) ทางร่างกายหรือทางสังคมของตน และประเมินปฏิกิริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองต่อความวิตกกังวล เช่น ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม เป็นต้น ว่ามีอันตรายเกินความจริง แปลความหมายผิดต่อความรู้สึกนั้น จึงรู้สึกว่าเป็นโรคหัวใจ หรือจะเกิดอันตรายต่อชีวิตขึ้น (กนกวรรณ ทาสอน, 2548)

การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เป็นแนวทางการช่วยเหลือที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ก่อความวิตกกังวลนั้น โดยช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิด (Cognitive) และพฤติกรรม (Behavioral) เพื่อแก้ไขการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ก่อความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสมขึ้น มีวิธีคิดที่สมคูลกว่าเดิมเมื่อได้รับข้อมูล และให้ผู้ผู้ป่วยฝึกหัดเพื่อเรียนรู้ว่าประสบการณ์ของตนเองนั้นเกี่ยวข้องกับความคิดที่บิดเบือนอย่างไร ในขณะเดียวกันก็ฝึกการให้ความหมายแก่ประสบการณ์นั้นเสียใหม่ ไม่ให้เป็นไปในแง่ลบ อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักว่าเมื่อเกิดสถานการณ์จริงขึ้นหรือเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ระบบความคิดไม่เหมาะสมที่เป็นจุดอ่อนจะถูกกระตุ้นทำให้เกิดความวิตกกังวล ความคิดที่ไม่สมเหตุผลสมผลของผู้ป่วยจะรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยจะได้เห็นและยอมรับว่าวิธีคิดของเขาเป็นปัญหาต่อตนเองอย่างไร และให้ความช่วยเหลือแก้ไขให้ผู้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เหมาะสมกว่าเดิม ซึ่งสุดท้ายผู้ป่วยจะประพฤติปฏิบัติได้อย่างอิสระตามที่ปรารถนา โดยปราศจากความกลัว (Beck & Emery, 1985; Maria S. Romana, 2003)

ผู้ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบ้านโป่ง ซึ่งดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยในปีงบประมาณ 2551 มีผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลทั่วไปจำนวน 1081 ราย เมื่อนำผู้ป่วยในกลุ่มนี้มาคัดกรองด้วยเครื่องมือการคัดกรองโรควิตกกังวลทั่วไป พบผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 80 พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยรายเก่า อายุระหว่าง 25 – 70 ปี มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 10 ปี จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง พบว่าอาการทางด้านร่างกายที่พบบ่อยได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดท้อง อาหารไม่ย่อย นอนไม่หลับ หายใจไม่สะดวก เหนื่อยง่าย ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง รู้สึกหงุดหงิด ฯลฯ บางรายคิดว่าตนเองเป็นโรค

ร้ายแรง เช่น โรคกระแทก โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่บอกว่า “เป็นโรคประจำตัว ไม่ทานยาก็ไม่ดีขึ้น บางครั้งรู้สึกว่าจะตายแน่ ๆ ถ้ามาโรงพยาบาลไม่ทัน” คิดว่าอาการเจ็บป่วยของตนเองหนักมากต้องการให้มีญาติอยู่ดูแลใกล้ชิด บางครั้งญาติพูดให้ทำใจให้สบายก็คิดว่าญาติไม่เข้าใจ คิดว่าญาติเบื่อบริการและรำคาญตนเองที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้มีความคิดน้อยใจ คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า คิดอยากตาย

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปในโรงพยาบาลบ้านโป่งในปัจจุบัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาจากแพทย์ทั่วไป โดยการรักษาตามอาการร่วมกับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม Benzodiazepines ได้แก่ Diazepam และการให้คำแนะนำเบื้องต้นจากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่อการเจ็บป่วยและสาเหตุของอาการเจ็บป่วย ซึ่งพยาบาลจะให้คำแนะนำในเรื่องการผ่อนคลายความเครียดที่สอดคล้องกับคำแนะนำของแพทย์ ผู้ป่วยบางรายมีความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการรักษา ไม่ยอมรับการวินิจฉัยของแพทย์ ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ และขาดความเชื่อมั่นในตนเองต่อการจัดการกับอาการวิตกกังวล ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปจะให้ความสำคัญกับอาการทางกายมาเป็นอันดับแรก ไม่ได้สำรวจความคิด ความรู้สึกของตนเอง มุ่งรักษาอาการทางกายโดยคาดหวังว่าถ้าหายจากอาการทางกายแล้วปัญหาต่างๆ จะดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยยังคงเข้ารับการรักษาย่อยขึ้น บางรายถึงกับปฏิเสธการรักษาและขอให้ส่งตัวเพื่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น อีกทั้งการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญความเครียดได้ด้วยตนเอง อาจส่งผลต่อการฆ่าตัวตายได้ และทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายที่มากขึ้นจากการรักษา

จากข้อมูลและเหตุผลที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ที่มาจากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ให้เข้าใจโรค สาเหตุของโรค การดำเนินโรค การรักษา การสังเกตอาการนำและการจัดการความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดความวิตกกังวลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ส่งผลต่อครอบครัวในด้านการลดภาระต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเวลาและค่าใช้จ่าย ทั้งยังเป็นการเพิ่มศักยภาพในชุมชนให้เกิดความเข้มแข็ง นอกจากนี้การลดปริมาณผู้ป่วยในโรงพยาบาลยังส่งผลให้เกิดการทำงานในเชิงรุกมากขึ้นส่งผลให้ชุมชนได้รับประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

1.2 ประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข

กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชในระดับทุติยภูมิ มีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม แต่เนื่องจากยังไม่มีจิตแพทย์ ด้านการบำบัดรักษาจึงส่ง

ผู้ป่วยรับการบำบัดรักษาโดยจิตแพทย์ที่โรงพยาบาลราชบุรี และโรงพยาบาลบ้านโป่งมีหน้าที่ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู ซึ่งจากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบว่าโรงพยาบาลบ้านโป่งมีผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตกึ่งจิตที่เข้ารับการรักษามากเป็นอันดับ 1 เมื่อรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม พบว่าแม้ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยก็ยังคงกลับเป็นซ้ำด้วยวงจรของโรค ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการบำบัดรักษา ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ และการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไข และหาแนวทางช่วยเหลือดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตกึ่งจิตทั่วไปที่มารับบริการให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตกึ่งจิตทั่วไปพบว่า การบำบัดทางความรู้คิดและพฤติกรรมเป็นจิตบำบัดที่ให้ประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รูปแบบการบำบัดจะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีคิดใหม่ และพฤติกรรมใหม่ ต่อสถานการณ์ที่ก่อความวิตกกังวล โดยช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความคิดแบบอัตโนมัติของตน รวมทั้งช่วยให้เห็นว่าเขามีการตอบสนองที่ไม่ถูกต้อง ทั้งในด้านความนึกคิด และพฤติกรรม

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้แนวคิดการบำบัดทางความรู้คิดและพฤติกรรมในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกึ่งจิตทั่วไป

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่ชัดเจนในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกึ่งจิตทั่วไปโดยใช้แนวคิดการบำบัดทางความรู้คิดและพฤติกรรมที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้พยาบาลสามารถปฏิบัติไปในทางเดียวกัน
2. ผู้ป่วยโรคจิตกึ่งจิตทั่วไปมีความวิตกกังวลลดลงจากการบำบัดทางความรู้คิดและพฤติกรรม
3. พยาบาลใส่ใจและตระหนักในปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตกึ่งจิตทั่วไปมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

2.1 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้แนวคิดการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมในการลดภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety disorder) ดังมีหัวข้อการศึกษา คือ

1. โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized anxiety disorder)
 - 1.1 ความหมาย อาการ การวินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไป
 - 1.2 อุบัติการณ์ของโรควิตกกังวลทั่วไป
 - 1.3 ผลกระทบของโรควิตกกังวลทั่วไป
2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรควิตกกังวลทั่วไป
 - 2.1 ทฤษฎีชีวภาพ (Biologic Theories)
 - ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (Neurotransmitter)
 - การฉายภาพสมอง (Brain – imaging studies)
 - พันธุกรรม (Genetic Factors)
 - 2.2 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychodynamic Theories)
 - 2.3 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Theories)
 - 2.4 ทฤษฎีมนุษยนิยม (Existential Theories)
 - 2.5 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavioral Theories)
 - 2.6 ทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Theories)
3. การบำบัดรักษาโรควิตกกังวลทั่วไป
 - 3.1 จิตบำบัดประคับประคอง (Supportive Therapy)
 - 3.2 การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy)
 - 3.3 จิตบำบัด (Psychotherapy)
 - จิตวิเคราะห์ (Psychodynamic therapy)
 - การบำบัดแบบไม่ชี้นำ (Non-directive therapy)

- พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy)
- การบำบัดทางความคิด (cognitive therapy)
- การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy)

3.4 การบำบัดโรควิตกกังวลทั่วไปในประเทศไทย

4. กรอบแนวคิดในการศึกษา (Conceptual Framework of the Study)

1. โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder)

1.1 ความหมาย อาการ การวินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไป

ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกเชิงจิตวิสัยอย่างหนึ่ง (Subjective feeling) ของความไม่สบายใจ (Uneasiness) และความหวาดหวั่น (Apprehension) เกี่ยวกับการคุกคามบางอย่างที่จะมาถึง ซึ่งไม่ทราบว่าเป็นอะไร (Some undefined future threat) การคุกคามมักเกี่ยวข้องกับร่างกาย เช่น มีสิ่งที่ทำให้ร่างกายบาดเจ็บเป็นอันตรายหรือถึงแก่ชีวิตได้ ส่วนทางจิตใจมักเป็นการคุกคามต่อความภูมิใจแห่งตน (Self – esteem) และความผาสุก (Well-being) ความแตกต่างระหว่างความกลัว (Fear) กับความวิตกกังวล (Anxiety) คือ ความกลัว (Fear) นั้นเป็นการตอบสนองต่อภัยอันตรายจากภายนอก (External danger) เป็นความกลัวที่รู้สาเหตุแน่ชัดและเกิดขึ้นอย่างสัมพันธ์กับสาเหตุ (Proportionate) ส่วนความวิตกกังวล (Anxiety) คือความรู้สึกไม่สุขสบาย ความไม่แน่นอน หรือความกลัวที่เกิดจากภาวะคุกคามที่กำลังจะเกิดขึ้น เกิดมาจากความขัดแย้งในจิตไร้สำนึก (Unconscious conflicts) มักไม่มีสิ่งคุกคามจากภายนอก หรือเป็นความรู้สึกทางอารมณ์ มักไม่สัมพันธ์กับสาเหตุ (Disproportionate) ความวิตกกังวลปกติ (Normal anxiety) มีลักษณะเป็นแรงจูงใจ (Motive) ที่สำคัญอย่างหนึ่งซึ่งทำให้นบุคคลมีความกระตือรือร้นที่จะจัดการหน้าที่ของตนให้ลุล่วงไปด้วยดี ถ้าใครไม่มีความวิตกกังวลเลยก็อาจกลายเป็นคนเฉื่อยเฉื่อย แต่ถ้าบุคคลใดมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นบ่อยๆ (More frequent) และคงอยู่นาน (More persistent) จนไม่สามารถหาทางจัดการหรือทนต่อไปอีกได้และมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ แสดงว่าเป็นความวิตกกังวลที่ผิดปกติ (Morrison-Valfre, 2005; จำลอง ดิษยวณิช & พรหมเพรา ดิษยวณิช, 2545)

ความวิตกกังวลโดยทั่วไปมี 2 ลักษณะ ได้แก่ สภาวะวิตกกังวล (State anxiety) และลักษณะนิสัยวิตกกังวล (Trait anxiety) ซึ่งสภาวะวิตกกังวล (State anxiety) คือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์เฉพาะหรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือจะเกิดอันตรายต่อบุคคลและจะแสดงพฤติกรรมที่สามารถสังเกตได้ในช่วงที่อยู่ในสถานการณ์นั้น สภาวะวิตกกังวลนี้ทำให้นบุคคลเกิดความตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับ

ประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล ลักษณะนิสัยวิตกกังวล (Trait anxiety) คือลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการประเมินสิ่งเร้า โดยมีแนวโน้มที่จะรับรู้และประเมินหรือคาดคะเนสิ่งเร้าว่าอาจจะเกิดอันตรายหรืออาจคุกคามตนเอง ทำให้มีความวิตกกังวลเกิดขึ้น มักจะเกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไป โดยทั่วไปแล้วทุกคนจะมีความวิตกกังวลประเภทนี้ ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และลักษณะนิสัยวิตกกังวลนี้เป็นตัวเสริมสภาวะวิตกกังวล ความวิตกกังวลแบบนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงได้แต่ค่อนข้างช้า ความวิตกกังวล 2 ประเภทนี้มีความสัมพันธ์กันคือ เมื่อมีสิ่งเร้าหรือความเครียดเข้ามากระทบบุคคลสิ่งเร้านั้นจะถูกกระบวนการทางปัญญาประเมินว่าเป็นสิ่งคุกคาม ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือทำให้เกิดอันตราย ก็จะเกิดสภาวะวิตกกังวล (State anxiety) บุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวสูงมักจะมีแนวโน้มที่จะประเมินสิ่งเร้าว่าคุกคามและประเมินศักยภาพตัวเองต่ำ ความวิตกกังวลประจำตัวสูงจะเป็นตัวส่งเสริมให้เกิดความวิตกกังวลในขณะปัจจุบันที่ค่อนข้างสูงกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลประจำตัวต่ำ (Shives, 2005; จำลอง ดิษยวณิช & ปริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545)

ความวิตกกังวลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ (Antai-Otong, 2003; Ren, Wilson, & Trigoboff, 2004; Sheila L. Videbeck, 2006)

1. ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) คือระดับของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของบุคคลในระยะนั้นบุคคลจะมีการตื่นตัว สนามการรับรู้ยังกว้าง บุคคลจะสังเกตเห็น รับฟัง และมีความเข้าใจอะไรต่าง ๆ ได้มากขึ้นความวิตกกังวลในระดับนี้สามารถกระตุ้นให้คนเราเกิดการเรียนรู้และมีการพัฒนาขึ้นมีการสร้างสรรค์มากขึ้น (Antai-Otong, 2003; Ren, Wilson, & Trigoboff, 2004; Sheila L. Videbeck, 2006)

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้บุคคลจะมีความสนใจอยู่เฉพาะอย่าง เฉพาะสิ่งที่เกี่ยวพันด้วยเท่านั้น สนามการเรียนรู้แคบลง การสังเกต การรับฟัง และความเข้าใจจะน้อยลง มีสมาธิ์น้อยลง แต่ก็สามารถที่จะรับรู้ได้หากได้ใช้ความพยายามมากขึ้น (Antai-Otong, 2003; Ren, Wilson, & Trigoboff, 2004; Sheila L. Videbeck, 2006)

3. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Severe anxiety) ในระดับนี้สนามการรับรู้ของบุคคลจะแคบลงไปมาก จะมุ่งความสนใจเฉพาะรายละเอียดเท่านั้นไม่ได้สนใจอะไรอื่นอีกเลย มีพฤติกรรมที่มุ่งลดความวิตกกังวลและมีความจำเป็นมากที่จะต้องได้รับคำชี้แนะให้มุ่งความสนใจกับเรื่องอื่น ๆ (Antai-Otong, 2003; Ren, Wilson, & Trigoboff, 2004; Sheila L. Videbeck, 2006)

4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด (Panic anxiety) ในภวะนี้บุคคลจะมีความลนลาน หวาดกลัวและตกใจกลัวจนควบคุมตัวเองไม่ได้ จะไม่สามารถทำอะไรตามคำชี้แจงต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้มักจะมีความแตกแยกของบุคลิกภาพร่วมด้วย บุคคลจะไม่สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้

เช่นเดียวกับคนทั่ว ๆ ไป จะมีการเคลื่อนไหวมากขึ้น ความสามารถในการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลง การรับรู้จะบิดเบือนไปจากความจริงการคิดหาเหตุผลก็จะเสียไปด้วย (Antai-Otong, 2003; Ren, Wilson, & Trigoboff, 2004; Sheila L. Videbeck, 2006)

โรควิตกกังวลทั่วไป เป็นความผิดปกติที่จัดอยู่ในกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety disorders) เป็นสภาพอารมณ์ที่บุคคลรู้สึกไม่สุขสบายใจหรือมีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายร่วมด้วย โดยอาจแสดงอาการ เช่น อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ โดยที่บุคคลนั้นไม่สามารถอธิบายได้ว่า มีสาเหตุมาจากอะไรได้แน่นอน และมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติให้มีลักษณะต่อสู้หรือหลบหนี (Fight or flight) (Morrison-Valfre, 2005) โรควิตกกังวลเป็นผลของการตอบสนองต่อความวิตกกังวลในระดับรุนแรง (Severe anxiety) ถึงระดับรุนแรงที่สุด (Panic anxiety) สาเหตุโดยทั่วไปของโรควิตกกังวล คือ การถูกคุกคามต่อความสมบูรณ์ทางกาย ได้แก่ ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ และการถูกคุกคามต่อความมั่นคงของตนเอง (Security of the self) ได้แก่ การไม่สมหวังต่อสิ่งที่คาดหวัง , การไม่ได้ในสิ่งที่จำเป็นต่อสถานภาพ ชื่อเสียง ศักดิ์ศรี และเกียรติยศ , การไม่ได้รับความร่วมมือหรือความช่วยเหลือจากบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต , ขาดความสามารถในการพัฒนาหรือสร้างแรงเสริมที่ช่วยให้เกิดความเคารพในตนเองหรือไม่ได้รับจากบุคคลอื่น , มีความรู้สึกผิด เกิดความขัดแย้งระหว่างภาพตัวตน (Self – view) กับพฤติกรรมที่เกิดขึ้น (Actual behavior) ความวิตกกังวลมีผลต่อการปฏิบัติงาน ความวิตกกังวลในระดับต่ำจะมีประโยชน์ช่วยกระตุ้น และส่งเสริมการทำงานให้สำเร็จไปด้วยดี แต่ถ้าความวิตกกังวลในระดับสูง ไม่สมเหตุสมผล เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและไม่ได้รับการแก้ไข จะมีผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาจทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง (Sheila L. Videbeck, 2006)

อาการสำคัญของโรควิตกกังวลทั่วไป คือ มีความวิตกกังวลอย่างมากเป็นอยู่ตลอดเวลาในเรื่องทั่วไปไม่จำกัดอยู่กับเรื่องใดหรือสภาพแวดล้อมใด ลักษณะผู้มีอาการจะแตกต่างกันไป แต่จะมีการบ่นเกี่ยวกับรู้สึกใจไม่ได้อยู่ตลอด ตัวสั่น กล้ามเนื้อตึง เหงื่อออก ขาดสติ ล้มป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุร่วมกับความวิตกกังวลและความกลัวต่างๆ อาการผิดปกตินี้พบมากในผู้หญิง และโดยมากสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมที่มีความเครียดอย่างเรื้อรัง คนกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะมีอาการดีขึ้นและเปลี่ยนแปลง (Fluctuate) สลับกันไปและมักเป็นเรื้อรัง

การวินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไป มีเกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV TR และ ICD-10 ดังนี้

เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV TR (American Psychiatric Association, 2000; ปราโมทย์ สุคนิชย์ & มาโนช หล่อตระกูล, 2541)

A. มีความวิตกกังวลใจอย่างมาก (หวั่นวิตกว่าจะมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้น) เกิดขึ้นอย่างน้อย 6 เดือน โดยวันที่เป็นมีมากกว่าวันที่ไม่เป็น และเป็นกับหลาย ๆ เหตุการณ์ หรือหลาย ๆ กิจกรรม (เช่น การงาน หรือการเรียน)

B. ผู้ป่วยรู้สึกว่ายากแก่การควบคุมความกังวลใจที่มี

C. ความวิตกกังวลใจนี้ สัมพันธ์กับอาการ 6 ข้อต่อไปนี้อย่างน้อย 3 ข้อขึ้นไป (โดยอย่างน้อยมีวันที่มีบางอาการมากกว่าวันที่ไม่มี ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา)

หมายเหตุ: ในเด็กมีเพียงแค่อาการเดียวก็เพียงพอ

(1) กระสับกระส่าย หรือรู้สึกเหมือนถูกเร่ง หรือเหมือนอาจเกิดเรื่องได้ตลอด

(2) อ่อนเพลียง่าย

(3) ตั้งสมาธิยาก หรือใจลอย

(4) หงุดหงิด

(5) กล้ามเนื้อตึงตัว

(6) มีปัญหาการนอน (นอนหลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือกระสับกระส่ายหลับไม่ดี)

D. จุดหลักของความวิตกกังวลใจ มิได้จำกัดอยู่เฉพาะแต่ลักษณะของความผิดปกติใน Axis I อื่น ๆ เช่น ความวิตกกังวลใจไม่เกี่ยวข้องกับการเกิด Panic Attack (ดังใน Panic Disorder), การมีพฤติกรรมที่น่าอับอายท่ามกลางผู้คน (ดังใน Social Phobia), การคิดเชื่อโรค (ดังใน Obsessive-Compulsive Disorder), การต้องจากบ้านหรือญาติใกล้ชิด (ดังใน Separation Anxiety Disorder), การมีน้ำหนักเพิ่ม (ดังใน Anorexia Nervosa), การมีอาการทางร่างกายต่างๆ (ดังใน Somatization Disorder), หรือการมีโรคร้ายแรง (ดังใน Hypochondriasis), และความวิตกกังวลใจนี้ มิได้เกิดขึ้นเฉพาะช่วงที่เป็น Posttraumatic Stress Disorder

E. ความวิตกกังวลใจหรืออาการทางกายก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญ บกพร่องลง

F. อาการมิได้เป็นจากผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร (เช่น สารเสพติด ยา) หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย และไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะช่วงที่เป็น Mood Disorder, Psychotic Disorder, หรือ Pervasive Developmental Disorder

เกณฑ์การวินิจฉัยตาม ICD-10 (World Health Organization, 2006; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

ลักษณะสำคัญของอาการคือ มีความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลาในเรื่องทั่วไปไม่จำกัดอยู่กับเรื่องใดหรือสภาพแวดล้อมใด เรียกว่า Free – floating ลักษณะผู้มีอาการจะแตกต่างกันไป แต่จะมีการบ่นเกี่ยวกับรู้สึกใจไม่ได้อยู่ตลอดเวลา ตัวสั่น กล้ามเนื้อตึง เหงื่อออก ขาดสติ ใจสั่น ซิพจร

เด่นแรง หน้ามืด เวียนศีรษะจะเป็นลม อึดอัดท้อง กลัวว่าตนเองหรือญาติจะล้มป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุร่วมกับความวิตกกังวลและความกลัวต่าง ๆ นานา อาการผิดปกตินี้พบมากในผู้หญิง และโดยมากสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมที่มีความเครียดอย่างเรื้อรัง คนกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะมีอาการดีขึ้นและแย่ลง (Fluctuate) สลับกันไปและมักเป็นเรื้อรัง คนกลุ่มนี้จะมีอาการวิตกกังวลเกือบทุกวันเป็นเวลาอย่างน้อยหลายอาทิตย์ในแต่ละครั้ง และโดยปกติจะเป็นหลายเดือน และมีอาการอื่นร่วมด้วย

- a) กลัวและกังวลเรื่องต่าง ๆ ในทางไม่ดีเกี่ยวกับอนาคตและขาดสมาธิ
- b) กล้ามเนื้อตึงเครียด ไม่อยู่นิ่ง (Restless fidgeting) ปวดศีรษะ ตื่น ไม่สามารถผ่อนคลายความเครียดได้
- c) ประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ (รู้สึกขาดสติ เหงื่อออก ใจสั่นเด่นแรง ไม่สบายท้องคล้ายจะเป็นลม ปากแห้ง ฯลฯ) ในเค้จะบ่นถึงอาการต่าง ๆ ทางร่างกาย (Somatic complaints) และต้องการให้บอกถึงความมั่นใจว่าไม่เป็นอะไรอยู่บ่อย ๆ ถ้ามีอาการอื่นบางอย่างปรากฏเพียงชั่วคราวไม่กี่วันต่อครั้ง โดยเฉพาะอาการซึมเศร้านั้น การวินิจฉัยยังคงถือเป็น generalized anxiety disorder แต่ต้องมีอาการต่าง ๆ ไม่เข้ากับ criteria ของ F32 F40 และ F41.0 หรือ F42

Includes : anxiety neurosis

anxiety reaction

anxiety state

Excludes : neurasthenia

1.2 อุบัติการณ์ของโรควิตกกังวลทั่วไป

จากรายงานการศึกษาใน Western Countries พบอัตราของผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลประมาณ 10 – 15% ของประชากรทั่วไป และพบโรควิตกกังวลทั่วไป ประมาณร้อยละ 25% ของผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorders) อัตราส่วนของผู้ป่วยหญิงต่อผู้ป่วยชายเท่ากับ 2 : 1 (Sadock & Sadock, 2007; Shives, 2005) โรควิตกกังวลทั่วไปจะพบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ครอบครัวที่มีประวัติป่วยเป็นโรควิตกกังวล วัยรุ่นหนุ่มสาวที่ป่วยเป็น Depression และการตกอยู่ในสถานการณ์ความเครียด (กรมสุขภาพจิต, 2547) The National Comorbidity Study รายงานว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป มีการดำเนินโรคประมาณ 12 เดือน คิดเป็น 17.7% ในเพศหญิงการดำเนินโรค คิดเป็น 30.5% มากกว่าเพศชาย ซึ่งมีระดับการดำเนินโรค คิดเป็น 9.2% (Antai-Otong, 2003) เช่นเดียวกับในยุโรปพบผู้ป่วยโรควิตกกังวล คิดเป็น 2 % ของกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ และมีอัตราการป่วยซ้ำของโรค คิดเป็น 10 % (Lieb, Becker, & Altamura, 2005) ในกลุ่มโรควิตกกังวลพบว่าโรควิตกกังวลทั่วไปเป็นโรคที่มีความชุกมากที่สุด ความชุกของโรควิตกกังวลทั่วไป ในคนไทยที่อายุระหว่าง 15-59 ปี มีร้อยละ 1.85 หรือประมาณ 503,030 คน โดยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

ในอัตราส่วน 1.7:1 พบมากในกลุ่มเพศหญิง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของโรคมามากที่สุด ร้อยละ 4.4 (กรมสุขภาพจิต, 2546)

1.3 ความสูญเสียที่เกิดจากโรควิตกกังวลทั่วไป

โรควิตกกังวลทั่วไปก่อให้เกิดความสูญเสียด้านต่าง ๆ ทั้งต่อบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ (กรมสุขภาพจิต, 2547)

1.3.1 ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปจะมีอาการแสดงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม ด้านจิตใจและอารมณ์ และด้านการรู้คิด อาการทางด้านร่างกายที่พบบ่อยคืออ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดศีรษะ ปวดหลัง กล้ามเนื้อตึงเครียด หรือเกร็ง สำหรับระบบหัวใจและหลอดเลือดคือ หัวใจเต้นแรงหรือเร็ว ใจสั่น เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ระบบการหายใจ คือ อัตราการหายใจเร็วขึ้น แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หายใจไม่เต็มอิ่ม บางคนหายใจเร็ว แรง และถี่ ทำให้หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ โคลงเคลงเสียเวลาระบิเวณมือและเท้า ระบบทางเดินอาหาร คือ ปวดท้อง แน่นท้อง ท้องอืด ท้องปั่นป่วน ท้องเดิน บางคนมีอาการปัสสาวะบ่อย (Sheila L. Videbeck, 2006; Shives, 2005)

ความวิตกกังวลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม อาการทางพฤติกรรม (Behavioral symptoms) เช่น การหลีกเลี่ยง การผัดวันประกันพรุ่ง การแยกตัวเองจากเพื่อนฝูงและครอบครัว เบื่ออาหาร พละกำลังลดลง แรงขับทางเพศลดน้อยลง อารมณ์หงุดหงิด จุกเสียด รุนแรง ก้าวร้าว เริ่มสูบบุหรี่จัด การใช้เหล้า ยา และสารเสพติด แบบอย่างของการนอนเปลี่ยนแปลงไป มักนอนไม่หลับ นอนกระวนกระวาย พลิกไปพลิกมา ละเลยความรับผิดชอบ ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานลดลง มีความเสี่ยงในการประกอบอาชีพการงานและการเข้าสังคม ไม่ไปโรงเรียน ขาดงาน และความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ นอกจากนี้ยังอาจมีพฤติกรรม ร้องไห้ เดินไปมา ทูรันทูราย เกาผม กัดเล็บ อยู่ไม่สุข ผุดลุกผุดนั่ง สะดุ้งตกใจง่าย บางคนนั่งซึมอยู่กับที่ ไม่ยอมลุกไปไหนมาไหน มีความระแวงระวังและการสงสัย ใส่ใจในสิ่งต่าง ๆ มากขึ้น ถูกดึงโดยสิ่งเร้าจากภายนอกได้ง่าย ขาดความอดทน (Shives, 2005)

อาการทางอารมณ์ (Emotive symptoms) ที่พบบ่อยคือ ความวิตกกังวล ความกลัว ความหวาดหวั่น ความหงุดหงิด และอาการซึมเศร้า อาการอย่างอื่นได้แก่ ความรู้สึกว่าควบคุมตัวเองไม่ได้ การขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน บางคนอาจมีความคาดหวังที่น่าสะพรึงกลัว คิดกลับไปกลับมา ชอบคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะมีเคราะห์ร้ายเกิดขึ้นกับตนหรือคนอื่น มักคิดตนไปก่อนใช้ กล่าวว่าจะกำลังจะตาย กำลังจะเป็นบ้าหรือเสียสติ (Sheila L. Videbeck, 2006; Shives, 2005)

อาการด้านการรู้คิด (Cognitive symptoms) คือ การขาดแรงจูงใจ ขาดสมาธิ จิตใจไม่จดจ่ออยู่กับงานที่ทำ และขาดความสามารถที่จะทำงานให้เป็นผลสำเร็จ ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่าจิตใจกำลังวุ่นวายจึงต้องใช้ทรัพยากรเป็นจำนวนมากเกินไปเพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิด

ความเครียด ทำให้ทรัพยากรที่เหลือไม่พอเพียงที่จะจัดการกับกิจกรรมในแต่ละวัน อาการทางจิตอย่างอื่นได้แก่ ความกังวลใจมากเกินไป หลง ๆ ลืม ๆ จำอะไรไม่ค่อยได้ งุนงง สับสน การรับรู้ผิดปกติ (Misperception) มองคนในแง่ร้าย ความสามารถในการตัดสินใจและการแก้ปัญหาลดลง รู้สึกขาดที่พึ่ง ขาดความหวัง ขาดการช่วยเหลือ บางคนที่มีความวิตกกังวลมาก ๆ อาจใช้วิธี “ปิดประตู” คือพยายามไม่รับรู้สิ่งใด ๆ จากภายนอกเลย (Sheila L. Videbeck, 2006; Shives, 2005)

1.3.2 ความสูญเสียต่อครอบครัว สังคมและประเทศชาติ เมื่อมีผู้ป่วยโรคจิตกักขังไว้ในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียด ความกังวล ความกลัว และความเป็นห่วงในตัวผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางด้านร่างกายที่รุนแรงและมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม และความคิด ครอบครัวต้องทำหน้าที่ดูแล ซึ่งก็อาจทำให้สุขภาพกายและจิตใจของผู้ดูแลทรุดโทรมลงได้ อีกทั้งทำให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวแย่งจากการที่สมาชิกในครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ความรู้ที่ถูกต้องต่อสังคมที่มีญาติเจ็บป่วยด้วยโรคจิต อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วย (Pounds, 1992) รวมถึงภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวเปลี่ยนแปลงเนื่องจากต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องรับประทานยา และมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมเปลี่ยนสถานที่รักษา ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาล ค่าเวชภัณฑ์ ค่าพาหนะเดินทาง ค่าตรวจวินิจฉัย ฯลฯ นอกจากนี้ผู้ดูแลอาจจะต้องลางานเพื่อพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาล ซึ่งทำให้สูญเสียรายได้อีกด้วย นอกจากนั้นยังมีค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่รัฐต้องจ่ายในกรณีบัตรฟรีต่าง ๆ เฉลี่ยประมาณ 650 บาทต่อคนต่อวัน (กรมสุขภาพจิต, 2546; จำลอง ดิษขวนิช & พรหมเพรา ดิษขวนิช, 2545)

2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตกักขังทั่วไป

โรคจิตกักขังทั่วไปมีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ปัจจัย สามารถอธิบายได้จากหลาย ๆ ทฤษฎี ซึ่งมีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคแตกต่างกัน ได้แก่ ทฤษฎีชีวภาพ (Biologic theories) กล่าวถึงความผิดปกติด้านร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของโรคจิตกักขังทั่วไป และยังมีปัจจัยด้านจิตใจที่กระตุ้นให้เกิดโรค ได้แก่ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychodynamic theories) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Psychodynamic theories) ทฤษฎีมนุษยนิยม (Existential theories) ทฤษฎีทางพฤติกรรม (Behavioral theories) ทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior theories) สามารถอธิบายได้ ดังนี้

2.1 ทฤษฎีชีวภาพ (Biologic Theories)

2.1.1 ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (Neurotransmitter)

นักวิชาการเชื่อว่าสารสื่อประสาทที่มีผลต่อความวิตกกังวล และเป็นสาเหตุของโรควิตกกังวล ได้แก่ นอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) ซีโรโทนิน (Serotonin) และกาบา (GABA-aminobutyric acid) โดย serotonin มีหน้าที่ควบคุมอุณหภูมิร่างกาย การทำงานของหัวใจ ต่อมไร้ท่อและกล้ามเนื้อ การนอนหลับ ความหิว/อิ่ม ความจำ การเรียนรู้ พฤติกรรมและอารมณ์ ส่วนสารสื่อประสาท Norepinephrine จะมีหน้าที่ควบคุมการนอนหลับ การเรียนรู้ ความตั้งใจและอารมณ์ GABA-aminobutyric acid ทำหน้าที่ยับยั้งระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งพบว่าบุคคลที่มีระดับ serotonin, Norepinephrine, GABA-aminobutyric acid ในสมองที่น้อยกว่าปกติ มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรควิตกกังวล (Sheila L. Videbeck, 2006; Shives, 2005; World Health Organization, 2006)

2.1.2 การฉายภาพสมอง (Brain image studies)

จากการตรวจโดย Computered tomography (CT) และ Magnetic resonance imaging (MRI) ในผู้ป่วยโรควิตกกังวล แสดงให้เห็นว่า cerebral ventricles จะมีขนาดเพิ่มมากขึ้น และยังพบความผิดปกติของ Right hemisphere ในขณะที่ไม่พบความผิดปกติของ Left hemisphere ซึ่งสรุปได้ว่าความไม่สมดุลกันของ cerebral มีผลต่อการเกิดโรควิตกกังวล (Sadock & sadock, 2007; World Health Organization, 2006)

2.1.3 พันธุกรรม (Genetic Factors)

กรรมพันธุ์เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรควิตกกังวลทั่วไป จากการศึกษาของ Kendler และคณะ พบว่าบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลมีโอกาสป่วยด้วยโรควิตกกังวลทั่วไป สูงถึง 25% และการศึกษาในคู่แฝดหญิงจำนวน 1,033 คู่ พบว่าเด็กฝาแฝด ซึ่งมียีนส์เหมือนกัน (Monozygotic twins) เมื่อคนใดคนหนึ่งเกิดโรค อีกคนหนึ่งจะมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคถึง 50% เช่นเดียวกับฝาแฝดซึ่งมียีนส์ต่างกัน (Dyzygote twins) มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค 15% (Antai-Otong, 2003; กรมสุขภาพจิต, 2547) และยังพบว่าโรควิตกกังวลทั่วไป มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง ลูกที่มีทั้งพ่อและแม่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จะมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรควิตกกังวลมากกว่าลูกที่มีพ่อหรือแม่ป่วยหรือไม่ป่วยทั้งสองคน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

2.2 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychodynamic Theories)

Sigmund Freud จิตแพทย์ชาวออสเตรีย มีความเชื่อว่าพัฒนาการที่บกพร่องในเยาว์วัย ความคับข้องใจที่เก็บกดไว้ภายใต้ระดับจิตใต้สำนึก เป็นสาเหตุสำคัญของความผิดปกติทางจิตใจ กล่าวคือ การที่ทารกไม่สามารถที่จะควบคุมความตื่นเต้นต่างๆ ของตนที่เกิดจากสิ่งเร้าที่เข้ามา

กระทบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิ่งเร้าหรือประสบการณ์ที่ทำให้กระทบกระเทือนจิตใจและเจ็บปวด ตลอดจนการรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักของบุคคลนั่นเอง โรควิตกกังวล มีผลมาจากความขัดแย้งระหว่างแรงขับภายในตัวบุคคล ได้แก่ Ego และ Id. เมื่อมีความขัดแย้ง (Conflict) เกิดขึ้นในจิตใจจะทำให้จิตใจเสียสมดุล ทำให้ Ego ต้องใช้กลไกทางจิต (Defense mechanism) เข้ามาช่วยเพื่อให้เกิดความสมดุลของจิตใจขึ้นใหม่ นอกจากนี้ แรงขับทางความก้าวร้าวหรือแรงขับทางเพศ (Aggressive or libidinal gratification) ยังเป็นสาเหตุของความวิตกกังวลด้วย กล่าวคือ ความกลัว ความสูญเสียความรักจากพ่อแม่หรือผู้ดูแล การถูกทอดทิ้ง ส่งผลต่ออารมณ์ และพัฒนาการของเด็ก (Antai-Otong, 2003; Morrison-Valfre, 2005; Sadock & sadock, 2007; Sheila L. Videbeck, 2006; Shives, 2005)

2.3 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Theories)

Interpersonal model อธิบายว่าความวิตกกังวลเกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความวิตกกังวลมีพัฒนาการจากวัยเด็กได้รับการตอบสนองในทางลบ เช่น ความไม่พึงพอใจ (Disapproval) บางครั้งการตอบสนองของบุคคลต่อความวิตกกังวลมีพื้นฐานจากการรับรู้ตนเองและการมีคุณค่าในการตัวเองต่ำ (Morrison-Valfre, 2005)

Harry Stack Sullivan (1952) นักทฤษฎีเชื่อว่าความวิตกกังวลเกิดจากปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล พ่อแม่สามารถถ่ายทอดความวิตกกังวลไปสู่เด็ก จากการเลียดู การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว และการสื่อสารที่ผิดบิดเบือน ความวิตกกังวลส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็ก ในผู้ใหญ่ ความวิตกกังวลเกิดจากความต้องการพื้นฐานของบุคคล และความเชื่อ ความวิตกกังวลในระดับต่ำบุคคลสามารถยอมรับและหาวิธีจัดการปัญหา และความวิตกกังวลอย่างมากส่งผลให้เกิดโรค (Anxiety disorders) (Harry Stack Sullivan, 1952 อ้างใน Morrison-Valfre, 2005; Sheila L. Videbeck, 2006)

Hidegard Peplau (1952) เข้าใจว่ามนุษย์ดำรงอยู่โดยการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การยอมรับนับถือตนเอง และเชื่อว่าพยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยได้ดี เธออธิบายระดับความวิตกกังวล และได้พัฒนารูปแบบการให้การพยาบาลและเทคนิคการสื่อสารระหว่างบุคคลโดยใช้แนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Sullivan พยาบาลใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพของ Peplau มาใช้ในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและนำไปปรับใช้ในกระบวนการพยาบาล (Hidegard Peplau, 1952 อ้างใน Sheila L. Videbeck, 2006)

2.4 ทฤษฎีมุขยนิยม (Existential Theories)

ทฤษฎีนี้อธิบายว่าความวิตกกังวลเป็นผลจากการสูญเสียความสำคัญในชีวิต Jean – Paul Sartre (นักโทษสงครามชาวเยอรมัน) ผู้ก่อตั้งทฤษฎี กล่าวว่า ความต้องการของมนุษย์สัมพันธ์

กับการรับรู้ของบุคคลต่อการดำรงต่อชีวิต และความคาดหวัง ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญในเรื่องของพลังอำนาจ , ความเปราะบาง, การคุกคามจากความรู้สึกไม่มีคุณค่าและการถูกทอดทิ้ง การขาดความสามารถ หรือการรับรู้ต่อความรู้สึกไม่มีคุณค่า ทำให้เกิดทักษะการจัดการอารมณ์ ที่ไม่เหมาะสมมีผลให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างไร้จุดหมาย หดหู่ และไม่มีคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ทักษะการจัดการความวิตกกังวลที่ไม่เหมาะสมส่งผลต่อความสามารถของบุคคลในการดำรงชีวิต (Antai-Otong, 2003; Sadock & sadock, 2007)

Rollo May (1977) ซึ่งเป็นนักทฤษฎีมนุษยนิยมอีกคนหนึ่ง อธิบายว่าความวิตกกังวลที่ผิดปกติทำให้เกิดการคุกคามต่อการดำรงชีวิต นักทฤษฎีทั้งหลายเชื่อว่ารูปแบบของการรักษาคือการค้นหาสาเหตุของความวิตกกังวล กระบวนการนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนจาก การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมให้เกิดทักษะการและมีความสามารถที่จะปรับตัวต่อความวิตกกังวล และมองเห็นคุณค่าในตัวเอง (Antai-Otong, 2003)

2.5 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavioral Theories)

นักทฤษฎีพฤติกรรมนิยม กล่าวถึง ความวิตกกังวลว่าเป็นการตอบสนองต่อการเรียนรู้ของบุคคลจากประสบการณ์ ความวิตกกังวลเป็นอาการเบื้องต้นที่มีผลมาจากการที่บุคคลต้องเผชิญกับภาวะวิตกกังวลในตนเอง บุคคลเรียนรู้ที่จะจัดการกับความวิตกกังวลโดยใช้ประสบการณ์เดิม ๆ และจะเปลี่ยนพฤติกรรมก็ต่อเมื่อได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ใหม่ ๆ ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล นักทฤษฎีเชื่อว่าบุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อตนเอง (Morrison-Valfre, 2005; Sheila L. Videbeck, 2006)

2.6 ทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Theories)

ทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรม พื้นฐานของทฤษฎีนี้พัฒนามาจากทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive theory) ของ Aaron Beck โดยทฤษฎีนี้ได้อธิบายภาวะวิตกกังวลที่ปราศจากความกลัว (Nonphobic anxiety states) เช่น Generalized Anxiety ว่าเป็นรูปแบบของความคิดที่ผิด บิดเบือน หรือความคิดในเชิงลบ ไม่สร้างสรรค์ ที่เกิดร่วมกับพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่แปรปรวนไป ตามแนวคิดนี้เชื่อว่าผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety disorders) มักประเมินอันตราย หรือโอกาสที่ตนเองจะได้รับอันตรายสูงเกินความเป็นจริง ในขณะที่เดียวกันก็จะประเมิน ความสามารถของตัวเองที่จะต่อสู้หรือจัดการกับสิ่งที่มาคุกคามนั้นต่ำกว่าความเป็นจริงด้วย สำหรับผู้ป่วย โรควิตกกังวลชนิด GAD นั้น จะเป็นผู้ป่วยที่มีความคิดบิดเบือนไป โดยจะรับรู้และตีความเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตที่เกิดขึ้นว่ามาคุกคามต่อความสุขทางร่างกายหรือทางสังคมของตน (Antai-Otong, 2003; Beck, 1967; Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007)

3. การบำบัดรักษาโรควิตกกังวลทั่วไป

การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลันและระยะยาว และการบำบัดที่ได้ผลในปัจจุบันมี 2 แนวทางหลัก คือ การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy) และจิตบำบัด (Psychotherapy) เพื่อลดความวิตกกังวลในขณะป่วยและเพิ่มความสามารถในการปรับตัวและปรับแผนการดำเนินชีวิตให้สมดุลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (McIntosh, et al., 2004; Singapore Ministry of Health National Medical Research Council, 2003)

3.1 จิตบำบัดประคับประคอง (Supportive Therapy) เป็นจิตบำบัดประเภทหนึ่ง ที่ผู้บำบัดแสดงทัศนคติที่มีความหวังต่อผู้ป่วย ใช้สนับสนุนหรือประคับประคองผู้ป่วยให้ผ่านพ้นระยะวิกฤตไปได้ ใช้ระยะเวลาในการบำบัดสั้น ประกอบด้วย 1. การรับฟังอย่างตั้งใจเพื่อให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก 2. การอธิบาย ให้ข้อมูลหรือให้การศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยมีความหวังและเชื่อมั่นในตนเอง 3. การแนะนำและอ้างอิงเพื่อช่วยแก้ปัญหาที่เฉพาะเจาะจง (Newcastle University, 2007)

3.2 การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy) ข้อเสนอแนะในการรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปด้วยยา สามารถใช้ยาในการรักษาผู้ป่วยได้ 2 ประเภท คือ 1) ยาในกลุ่ม Benzodiazepine การใช้ยาในกลุ่มนี้ยังมีข้อขัดแย้งระหว่างข้อเสนอแนะ กล่าวคือ การสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Henstridge (2006) และแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปของ McIntosh, et al. (2004) เสนอแนะว่าควรใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepine เฉพาะในระยะเฉียบพลันเท่านั้นและใช้ในระยะเวลาสั้นๆไม่ควรใช้เกิน 2 – 4 สัปดาห์ แต่แนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปของ Singapore Ministry of Health National Medical Research Council (2003) ให้ข้อเสนอแนะว่ายาในกลุ่ม Benzodiazepine เป็นยาที่มีประสิทธิภาพต่ำสุด และถ้าใช้ควรใช้ในระยะเวลาสั้นๆ 2) ยาในกลุ่มยาด้านเศร้า (Antidepressant) การสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Henstridge (2006) และแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปของ McIntosh, et al. (2004) แนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปของ Singapore Ministry of Health National Medical Research Council (2003) เสนอแนะให้ใช้ยาในกลุ่มยาด้านเศร้า เนื่องจากเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการรักษาโรควิตกกังวลทั่วไป

3.3 จิตบำบัด (Psychotherapy)

จิตบำบัดในการรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปสามารถใช้ได้หลายประเภท ได้แก่ การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) (Henstridge, 2006; Hunot et. al., 2008; McIntosh, et al., 2004; Singapore Ministry of Health National Medical Research Council, 2003) ครั้งละ 1 – 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละครั้ง ในระยะเวลาสูงสุด 6 เดือน จิตวิเคราะห์ (Psychodynamic

therapy) (Henstridge, 2006; Hunot et. al., 2008) การบำบัดแบบไม่ชี้นำ (Non-directive therapy) (Henstridge, 2006; Hunot et. al., 2008) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- **จิตวิเคราะห์ (Psychodynamic therapy)** เป็นการบำบัดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ผู้บำบัดจะใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดสำรวจและแก้ไขความขัดแย้งภายในจิตสำนึกและปัญหาความโศกเศร้า(Grief) การพรากจาก (Separation) และ Oedipal problem เพื่อพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองและเปลี่ยนแปลงข้อจำกัดของผู้รับการบำบัด เพื่อลดอาการวิตกกังวล (Hunot et. al., 2008) สามารถลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพร่วมด้วย (Henstridge, 2006)

- **การบำบัดแบบไม่ชี้นำ (Non-directive therapy)** ใช้ Experiential approach และมีเงื่อนไขหลัก คือ ความร่วมรู้สึก (Empathy) การยอมรับ (Acceptance) และความเป็นธรรมชาติ (Genuineness) ภายใต้อัมพันธภาพเพื่อการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และชี้นำตนเอง (Self-awareness and self-determination) (Hunot et. al., 2008) แต่อย่างไรก็ดีการบำบัดด้วยวิธีนี้มีประสิทธิภาพน้อยกว่าการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม (Henstridge, 2006)

- **พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy)** ได้รับอิทธิพลโดยนักจิตวิทยาด้านพฤติกรรมซึ่งมีความเชื่อว่าจิตใจของบุคคลไม่สามารถสังเกตได้ แต่พฤติกรรมของบุคคลเป็นสิ่งที่สามารถสังเกตได้โดยเฉพาะเมื่อมีสิ่งเร้า (Stimuli) และบุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนอง(Response)ต่อสิ่งเร้า นักพฤติกรรมบำบัดใช้วิธีการที่มาจากทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อช่วยให้บุคคลเรียนรู้การตอบสนองต่อสิ่งเร้าใหม่ การบำบัดทางพฤติกรรมที่ใช้กับผู้ป่วยวิตกกังวลได้แก่การฝึกการเผชิญกับสิ่งเร้าอย่างเป็นระบบ (Systematic desensitization) โดยให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ภายใต้อาภาะผ่อนคลาย (Practicing relaxation) จนกระทั่งการตอบสนองทางร่างกายถูกแทนที่ด้วยปฏิกิริยาของภาวะผ่อนคลาย ดังนั้นการฝึกการผ่อนคลายจึงเป็นวิธีการทางพฤติกรรมเพื่อลดอาการวิตกกังวล (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007) การศึกษาของ Ost & Breitholtz (2000) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัดโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Applied relaxation) กับการบำบัดโดยใช้แนวความคิดการบำบัดทางการรู้คิด (Cognitive therapy) ในผู้ป่วยโรควิตกกังวล พบว่าการบำบัดโดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Applied relaxation) ได้ผลดีเหมือนกับการบำบัดโดยใช้แนวความคิดการบำบัดทางการรู้คิด (Cognitive therapy) ซึ่งผลการรักษาสามารถควบคุมระดับความวิตกกังวลในช่วงติดตาม 1 ปี โดยรูปแบบการบำบัดรายบุคคล การบำบัดแต่ละครั้งใช้เวลา 50 – 60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 12 ครั้ง เนื้อหาของโปรแกรมประกอบด้วย 1) ให้ความรู้เรื่องโรค อาการ และผลแทรกซ้อนจากความวิตกกังวล 2) ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยวิธี Progressive relaxation และ tension – release 3) ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมกล้ามเนื้อ 4)

ความแตกต่างของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแต่ละประเภท 5) การนำการผ่อนคลายกล้ามเนื้อไปปรับใช้ เมื่อเกิดสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด 6) ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติ (Ost & Breitholtz, 2000)

- **การบำบัดการรู้คิด (Cognitive therapy)** Beck & Emery, 1985 อธิบายรูปแบบการบำบัดทางการรู้คิดว่ามีสมมุติฐานมาจากความแตกต่างระหว่างความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการตอบสนองทางด้านสรีรศาสตร์ ความวิตกกังวลเกิดจากความผิดพลาดในการประเมินสถานการณ์ อารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ การแปลความหมาย และการคิด เหตุการณ์ในชีวิต สถานการณ์ไม่ได้เป็นตัวกำหนดความรู้สึกรู้สึกของบุคคล แต่การรับรู้และให้ความหมายกับสถานการณ์เป็นตัวกำหนดอารมณ์ ผู้บำบัดโดยแนวทางการบำบัดทางรู้คิดใช้วิธีการที่หลากหลายเพื่อการเปลี่ยนแปลงการรู้คิด ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อเพื่อนำสู่การเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรม โดยมีหลักการ ดังนี้

หลักการข้อที่ 1 การบำบัดการรู้คิดอยู่บนหลักการและเหตุผลของ Cognitive model (Cognitive Therapy Is Based on the Cognitive Model of Emotional Disorders) คือการค้นหาคำคิดที่บิดเบือนของผู้ป่วยในการประเมินสถานการณ์ซึ่งทำให้เกิดความวิตกกังวล และช่วยให้ผู้ป่วยจำแนกความแตกต่างระหว่างปฏิกิริยาโต้ตอบด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมต่อความวิตกกังวล และเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อการความวิตกกังวลของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยว่าในแต่ละสถานการณ์เขามีความรู้สึกและความคิดอย่างไร แล้วพิจารณาตาม Cognitive model ว่ามีปัญหาในด้านใดบ้าง (Beck, & Emery, 1985)

หลักการข้อที่ 2 การบำบัดการรู้คิดมีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน (Cognitive Therapy Is Brief and Time-Limited) ในผู้ป่วยโรควิตกกังวลใช้ระยะเวลาการบำบัดประมาณ 5 – 20 ครั้ง โดยถ้าระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ระยะเวลาการบำบัดก็จะน้อย และในระดับความวิตกกังวลในระดับสูงระยะเวลาการบำบัดก็จะมากขึ้นตามปัญหาของผู้ป่วย (Beck, & Emery, 1985)

หลักการข้อที่ 3 ประสิทธิภาพของการบำบัดการรู้คิดเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยที่มีขอบเขต (A Sound Therapeutic Relationship Is a Necessary Condition for Effective Cognitive Therapy) โดยผู้บำบัดใช้เทคนิคการบำบัดเบื้องต้นเพื่อสร้างสัมพันธภาพ เมื่อความสัมพันธ์มั่นคง ผู้ป่วยจะไว้วางใจผู้บำบัดมากพอที่จะพูดและแสดงความรู้สึกที่แท้จริง (Beck, & Emery, 1985)

หลักการข้อที่ 4 การบำบัดรักษาต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย (Therapy Is a Collaborative Effort Between Therapist and Patient) กระบวนการรักษาจะเกิดจากทั้งผู้รักษาและผู้ป่วยร่วมมือกัน ทั้ง 2 ฝ่ายต้องตัดสินใจร่วมกันว่าการบำบัดแต่ละครั้งจะเป็นเรื่องอะไร ผู้บำบัดจะพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการบำบัด ซึ่งการมีส่วนร่วมรวมถึงการ

ทำการบ้านตามที่ตกลงกันว่าจะทำในแต่ละครั้ง การบำบัดที่มีประสิทธิภาพเป็นผลจากการทำงานแบบเป็นทีมระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ในการบำบัดที่ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยจะมีบทบาทมากขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่การบำบัดดำเนินต่อไป (Beck, & Emery, 1985)

หลักการข้อที่ 5 การบำบัดการรู้คิดมีจุดเริ่มต้นมาจาก Socratic Method (Cognitive Therapy Uses Primarily the Socratic Method) มีขั้นตอนคือ 1) เพื่อตระหนักรู้ในความคิดของผู้ป่วย 2) เพื่อตรวจสอบความคิดที่บิดเบือนของผู้ป่วย 3) เพื่อค้นหาความคิดที่เหมาะสมมาแทนที่ความคิดที่บิดเบือน 4) เพื่อวางแผนการที่จะพัฒนารูปแบบความคิดใหม่ (Beck, & Emery, 1985)

หลักการข้อที่ 6 การบำบัดการรู้คิดมีโครงสร้างการทำงาน (Cognitive Therapy Is Structured and Directive) การบำบัดทุกครั้งจะประกอบด้วย การตรวจสอบอาการ สำรวจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ร่วมกันกำหนดประเด็น (Agenda) การบำบัด อภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับประเด็น กำหนดการบ้าน สรุปและให้ข้อมูลย้อนกลับเมื่อสิ้นสุดการบำบัด การมีโครงสร้างจะทำให้เข้าใจกระบวนการรักษาง่ายขึ้น (Beck, & Emery, 1985)

หลักการข้อที่ 7 การบำบัดการรู้คิดมุ่งเน้นที่ปัญหา (Cognitive Therapy Is Problem-Oriented) โดยการบำบัดในระยะแรกเป็นการแก้ปัญหาในปัจจุบันของผู้ป่วย การบำบัดในระยะหลังเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยใช้ข้อมูลในอดีตเพื่อวางแผนในอนาคต ซึ่งผู้ป่วยและผู้บำบัดต้องทำงานร่วมกันในการกำหนดปัญหา ระบุ และแก้ไขความคิดและพฤติกรรมที่ขัดขวางการแก้ปัญหาหรือทำให้ปัญหาลงอยู่ (Beck, & Emery, 1985)

หลักการข้อที่ 8 การบำบัดการรู้คิดอยู่บนพื้นฐานของรูปแบบการให้ความรู้ (Cognitive Therapy Is Based on an Educational Model) การบำบัดทางการรู้คิดเชื่อว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยเกิดจากการเรียนรู้วิธีการจัดการกับประสบการณ์ในชีวิตที่ไม่เหมาะสม การบำบัดจึงมีข้อตกลงว่าผู้ป่วยจะเรียนรู้วิธีการจัดการกับชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ผู้บำบัดจะให้ประสบการณ์ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูล การมอบหมายให้อ่านงาน การทำการบ้าน หรือให้ผู้ผู้ป่วยรับฟังการบรรยาย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเน้นการเรียนรู้วิธีการเรียนโดยสอนให้ผู้ผู้ป่วยหาประโยชน์จากประสบการณ์และคาดหวังว่าผู้ป่วยจะเรียนรู้ต่อไปได้ด้วยตนเองหลังการบำบัดโดยการฝึกปฏิบัติทดลองและการรวบรวมข้อมูล (Beck, & Emery, 1985)

หลักการข้อที่ 9 ทฤษฎีและเทคนิคการรู้คิดอยู่บนหลักการของการเรียนรู้แบบอุปนัย (The Therapy and Techniques of Cognitive Therapy Rely on the Inductive Method) ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากส่วนย่อยไปหาทฤษฎี หรือข้อสรุป ผู้บำบัดจะสอนให้ผู้ผู้ป่วยคิดอย่างมีเหตุผล ใช้วิธี

สร้างสมมุติฐานและทดสอบสมมุติฐานด้วยการให้ผู้ป่วยทดลองปฏิบัติ เนื่องจากเทคนิคแต่ละเทคนิคไม่สามารถใช้กับผู้ป่วยได้ทุกคน (Beck, & Emery, 1985)

หลักการข้อที่ 10 จุดเด่นของการบำบัดการรู้คิดคือการมอบหมายการบ้าน (Homework Is a Central Feature of Cognitive Therapy) โดยผู้บำบัดจะมอบหมายการบ้านให้กับผู้ป่วยภายหลังจากจบบทเรียนในแต่ละครั้ง และนำการบ้านกลับมาพูดคุยกันก่อนการบำบัดในครั้งต่อไป เป็นการสรุปบทบทเรียนและการนำไปใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวนประเด็นต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้ จะช่วยให้เกิดความเข้าใจและก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Beck, & Emery, 1985)

การบำบัดการรู้คิดใช้เทคนิคต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้รับการบำบัด ได้แก่ การแก้ปัญหา (Problem – solving) การตัดสินใจ (Making decisions) การทดลองทางพฤติกรรม (Behavior expression) การวางแผนการกระทำและการจัดการตนเองในการกระทำพฤติกรรมตามแผนการที่วางไว้ (Activity monitoring and scheduling) การเบี่ยงเบนความสนใจ (Distraction and refocusing) การผ่อนคลาย (Relaxation techniques) บัตรบันทึกการเผชิญปัญหา (Coping cards) การเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาตามลำดับ (Graded exposure) การแสดงบทบาทสมมุติ (Role – play) การตั้งเป้าหมายเพื่อระบุความรับผิดชอบของผู้รับการบำบัดเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายนั้น (The pie technique) การเปรียบเทียบและประเมินตนเองในทางบวกและตามความเป็นจริง (Function comparisons of oneself) และบันทึกการกระทำทางบวกของตนเอง (Positive self – statement logs) (Beck, 1995)

- **การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy)** มีรากฐานมาจากการบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) ซึ่งพัฒนาโดย Aaron T. Beck ในปี 1960 และพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) ที่พัฒนาโดย Wolpe ในปี 1960 (O'Donohue, Fisher, & Hayes, 2003; Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ใช้หลักการของ 1) การรู้คิด คือ ปฏิกริยาทางอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลได้รับอิทธิพลอย่างสูงจากการรู้คิด (ความคิด ความเชื่อ การให้ความหมายกับตัวเองหรือสถานการณ์ที่ประสบในชีวิต) การรู้คิดทำให้บุคคลมีปฏิกริยาแตกต่างกันแม้ประสบกับสถานการณ์เดียวกัน 2) พฤติกรรมบำบัดใช้หลักการพฤติกรรมเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือคงอยู่ของสภาวะทางจิตใจ (Psychological states) กล่าวคือพฤติกรรมมีผลทำให้อารมณ์วิตกกังวลยังคงอยู่อย่างมีนัยสำคัญ การแสดงพฤติกรรมทำให้บุคคลมีโอกาสดูแลตรวจสอบความคิดที่ไม่ถูกต้องและความคิดในทางลบที่มีผลต่ออารมณ์ การเปลี่ยนแปลงการกระทำเป็นวิธีการที่มีผลต่อความคิดและอารมณ์สูง 3) หลักการที่นี่และเดี๋ยวนี้ (Here and now) 4) หลักการการมีปฏิสัมพันธ์ (Interacting systems) ระหว่างระบบการรู้คิด

(Cognition) ความรู้สึกหรืออารมณ์ (Affect or emotion) พฤติกรรม (Behavior) และสรีระ (Physiology) 5) หลักการทางวิทยาศาสตร์ (Empirical principle) ที่ตรวจสอบได้ (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007)

การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมเอื้ออำนวยให้ผู้รับการบำบัดระบุนความคิดที่ไม่มีเหตุผล ความคิดที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล เปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติในทางลบและความเชื่อที่บิดเบือนผ่านความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด โดยการทดสอบสมมติฐานจากการบันทึกความคิดและพฤติกรรมเป็นประจำทุกวัน การตรวจสอบความเชื่อที่บิดเบือนและฝึกทักษะในการบำบัดแต่ละครั้ง (Hunot et. al., 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตใจสำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปของ Hunot et. al., (2008) พบว่าการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดอาการวิตกกังวลในการรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลในระยะสั้น อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการเปรียบเทียบการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมกับการบำบัดทางจิตแบบอื่นยังมีน้อยที่จะสรุปว่าการบำบัดทางจิตใจรูปแบบใดมีประสิทธิภาพมากกว่ากัน ขณะเดียวกันการสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Joanna Briggs (Henstridge, 2006) พบว่าการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมให้ผลในการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปนานกว่า 6 เดือนหลังการบำบัด ให้ผลดีในการบำบัดรายบุคคลมากกว่าการบำบัดรายกลุ่ม เป็นการบำบัดทางเลือกของการรักษาด้วยยาและเอื้ออำนวยการหยุดใช้ยา Benzodiazepine

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป โดยเลือกวิเคราะห์และสังเคราะห์เฉพาะงานวิจัยที่พัฒนาวิธีการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมเนื่องจากการบำบัดตามแนวคิดนี้เน้นการบำบัดที่ตัวผู้ป่วยโดยตรง ให้ผลการรักษาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Hunot, Churchill, Teixeira, Silva de Lima (2008) จากงานวิจัยที่เป็น RCT 3 จำนวน 13 เรื่อง เปรียบเทียบการบำบัดด้วย CBT กับกลุ่มควบคุม พบว่าการบำบัดด้วย CBT ช่วยลดความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการบำบัด (RR 0.64, 95% CI 0.55 to 0.74) (Beck, 1995)

การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

จากการทบทวนงานวิจัยที่ใช้แนวคิดการบำบัดการรู้คิดและ จะเห็นว่าจะใช้เทคนิคต่าง ๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของความคิด (Cognitive restructuring) โดยการส่งเสริมผู้ป่วยให้เปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล ทำให้ปรับความเชื่อหรือความคิดไม่ให้เอนเอียงไปด้านบวกหรือลบเกินไป ส่งผลต่อการปรับอารมณ์และพฤติกรรมให้เหมาะสมมากขึ้น รวมทั้งได้รับการฝึกแก้ไขปัญหาทางสังคมและการจัดการกับความวิตกกังวล ทำให้สามารถเผชิญกับ

ปัญหาที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้ดี มีความตระหนักและเข้าใจเกี่ยวกับโรควิตกกังวล ยอมรับ การเจ็บป่วย สามารถจัดการกับอาการนำได้รวดเร็ว รวมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนแผนการดำเนิน ชีวิตประจำวันให้เหมาะสม ซึ่งรูปแบบการบำบัดประกอบด้วย

1. การให้ความรู้ (Education) คือ การอธิบายแก่ผู้ป่วย เพื่อให้มีความเข้าใจถึง ความสัมพันธ์ของสถานการณ์ ความคิดและความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล ความรู้สึก และพฤติกรรมเมื่อมี ความวิตกกังวล และเป้าหมายของการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการ บำบัดอย่างเต็มที่ (Ladouceur, Dugas, Freeston, & Leger, 2000; Stanley & Beck, 2003)

2. ฝึกการตระหนักรู้ (Awareness training) เป็นเทคนิคการฝึกให้ผู้ป่วยตระหนักรู้เมื่อ มีสัญญาณของอาการวิตกกังวลในระยะเริ่มแรก เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และ สภาพร่างกายเมื่อมีความวิตกกังวล (Borkovec & Costello, 1993; Ladouceur, Dugas, Freeston, & Leger, 2000; Stanley & Beck, 2003)

3. การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive relaxation training) มีหลายรูปแบบ เช่น การหายใจโดยใช้กระบังลม การผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ การทำสมาธิ ในการเผชิญกับ ความวิตกกังวล (Arntz, 2003; Borkovec & Costello, 1993; Stanley & Beck, 2003)

4. การปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิด ความเชื่อ (Developing alternative thought and belief) ที่ทำให้ความวิตกกังวลดำรงอยู่ และเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เป็นจริงและมีเหตุผล (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler, Fennell, Robson & Gelder, 1991; Ladouceur, Dugas, Freeston & Leger, 2000; Ost & Breitholtz, 2000)

5. การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (Problem solving) การมีทักษะในการแก้ไขปัญหา ที่เป็นขั้นตอนจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองในการแก้ปัญหา เปลี่ยนแปลงการพูดกับตนเอง และสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ (Ladouceur, Dugas, Freeston & Leger, 2000)

6. การมอบหมายการบ้าน (Homework assignment) ผู้บำบัดจะมอบหมายการบ้าน ให้กับผู้ป่วยภายหลังจบบทเรียนในแต่ละ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝนทักษะต่างๆที่ได้เรียนรู้จากการ บำบัด ทดสอบสิ่งที่ได้เรียนรู้ทางพฤติกรรม (Borkovec & Mathews, 1988; Butler, Fennell, Robson, & Gelder, 1991; Ost & Breitholtz, 2000; Stanley & Beck, 2003)

3.3 การบำบัดโรควิตกกังวลทั่วไปในประเทศไทย

ในประเทศไทยมีผู้ให้ความสนใจศึกษาวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป โดยใช้จิตบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลทั่วไปอย่างแพร่หลาย ทั้งการบำบัดรายบุคคล(ณัฐทิพร ชัย

ประทาน, 2545) และการบำบัดรายกลุ่ม (กนกวรรณ ทาสอน, 2545; นภาพร ตั้งพลผลวนิชย์, 2543) และวิธีการบำบัดหลาย ๆ รูปแบบ ได้แก่

1. การบำบัดโดยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยเทอดศักดิ์ เดชคง, 2541 ได้ศึกษาการนำเทคนิคสมาธิเคลื่อนไหวมาใช้กับผู้ป่วยเพื่อลดอาการเนื่องจากความวิตกกังวล มีขั้นตอนการฝึกสัปดาห์ละครั้งติดต่อกัน 4 ครั้ง ใช้วิธีการบรรยาย สาธิตและฝึก มีเนื้อหา ดังนี้ 1) ฝึกหายใจ 2) ฝึกบริหารร่างกาย 3) ฝึกสมาธิเคลื่อนไหว (ไทเก็ก 4 ท่า) หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยนำวิธีการฝึกไปปฏิบัติต่อที่บ้าน วันละ 15 นาที ติดต่อกันทุกวัน ผลการบำบัดพบว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล มีความผ่อนคลายและสบายขึ้น อาการมือเย็น หัวใจเต้นเร็ว หายใจไม่โล่ง แน่นหน้าอก จะค่อยๆ หายไป ในรายที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ก็มักมีอาการที่ดีขึ้น มีความสุขสดชื่นมากขึ้น

2. จิตบำบัด โดยนภาพร ตั้งพลผลวนิชย์, 2543 ได้ศึกษาผลการทำกลุ่มจิตบำบัดต่อการลดความวิตกกังวลในผู้ที่มีความวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความวิตกกังวลที่มารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลโสธร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 16 คน เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลอาการแสดง ปัจจัยกระตุ้น วิธีการแก้ไขปัญหา การใช้ยา แบบวัดความวิตกกังวล STAI (State Anxiety Inventory) ฉบับภาษาไทย และกลุ่มจิตบำบัด ซึ่งเป็นกลุ่มที่ผู้วิจัยทำขึ้นให้กลุ่มทดลองเข้ากลุ่ม 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาที ดำเนินกลุ่มโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม กลุ่มควบคุมให้ได้รับการรักษาตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีความวิตกกังวลหลังการเข้ากลุ่มจิตบำบัดมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ผู้ที่มีความคิดวิตกกังวลที่เข้ากลุ่มจิตบำบัดมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) ปัจจัยที่มีผลต่อการบำบัดที่พบมากที่สุดคือ ความรู้สึกมีความหวัง ความรู้สึกอันเป็นสากล การเรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างสัมพันธภาพที่พบรองลงมาคือ ความรู้สึกเกื้อกูลและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

3. การบำบัดโดยใช้แนวคิดการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม ซึ่งณัฐทิพร ชัยประทาน, 2547 ได้นำมาใช้ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายหายใจและการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อศึกษาผลการให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการบำบัดทางการรู้คิด และพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกผ่อนคลายหายใจ และการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำของผู้ป่วยโรควิตกกังวลหลังบำบัดน้อยกว่าก่อนการบำบัด และระยะติดตามผลน้อยกว่าหลังการบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < .001$) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ผลจากการวิเคราะห์เนื้อหาในการบำบัดพบว่า ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเข้าใจภาวะเจ็บป่วยของตน ก่อเกิดแรงจูงใจและมั่นใจในการรักษาให้หายขาด ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตามแผนการรักษา และสามารถควบคุมความกังวลด้วยตนเอง ตลอดจนมีการปรับเปลี่ยนความคิดหรือ

มุมมองต่อการเผชิญปัญหาเป็นในทางบวกหรือยืดหยุ่นขึ้น และกนกวรรณ ทาสอน, 2545 ศึกษาผลของกลุ่มการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวล ซึ่งกลุ่มการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม โดยใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาเป็นกลวิธีในการจัดกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มประชากรจำนวน 25 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 15 คน กลุ่มทดลองได้รับการเข้าร่วมกลุ่ม 6 ครั้ง ในเวลา 2 วัน ผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกภาวะสุขภาพ แบบฝึกหัดการฝึกผ่อนคลายความเครียดประจำวัน แบบวัดความวิตกกังวลตามแนวคิดของ Speiberger (1987) ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันของผู้ป่วยโรคจิตกังวลลดลงภายหลังได้เข้ากลุ่มการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และผู้ป่วยโรคจิตกังวลกลุ่มที่ได้เข้ากลุ่มการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีความวิตกกังวลขณะปัจจุบันน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากการวิเคราะห์เนื้อหาการทำกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้ในหลายประเด็น คือ เรียนรู้และเข้าใจปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง มีการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อการเผชิญปัญหาและมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมหลากหลายขึ้น และมีความมั่นใจมากขึ้นว่าตนสามารถบรรเทาอาการของโรคจิตกังวลได้โดยพึ่งพายน้อยลง

4. กรอบแนวคิดในการศึกษา (Conceptual Framework of the Study)

โรคจิตกังวลทั่วไปมีสาเหตุมาจากหลาย ๆ ปัจจัย ได้แก่ปัจจัยทางชีวภาพซึ่งกล่าวถึงความผิดปกติของระบบประสาท ได้แก่ ความผิดปกติของสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ความไม่สมดุลกันของ Cerebral รวมทั้งปัจจัยด้านจิตวิทยา ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีต่าง ๆ ได้แก่ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychodynamic) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal theories) ทฤษฎีมนุษยนิยม (Existential theories) ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavioral theories) และทฤษฎีการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior theories)

แนวทางการรักษาโรคจิตกังวลทั่วไป ในปัจจุบันจึงมีหลายรูปแบบทั้งการรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy) ได้แก่ ยาในกลุ่ม Benzodiazepines เช่น Diazepam โดยขนาดการรักษา 2 - 5 mg. วันละ 3 ครั้ง ซึ่งจะให้ผลการรักษาในระยะสั้น ยาในกลุ่ม Azapirones เช่น Buspirone ขนาดการรักษาที่ให้ผล คือ วันละ 20 และ 40 mg. โดยเริ่มให้ 15 mg. วันละ 2 ครั้ง ยาในกลุ่ม Antidepressant แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) Tricyclics เช่น Imipramine ช่วยรักษาอาการได้เพียง 50% เท่านั้น 2) SSRIs และ (serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) ซึ่งให้ผลการรักษาเช่นเดียวกับ Tricyclics และการรักษาโดยการรักษาโดยไม่ใช้ยา (Non -

pharmacotherapy) ใช้จิตบำบัด (Psychotherapy) ซึ่งมีหลากหลายวิธี ได้แก่ 1) Psychodynamic therapy 2) Relaxation therapies 3) Supportive psychotherapy 4) Cognitive behavior therapy (Goldberg & Posner, 2007; Hunot et. al., 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เป็นวิธีการทางจิตบำบัดที่ได้ผลดีในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ช่วยลดความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการบำบัด (RR 0.64, 95% CI 0.55 to 0.74) (Hunot et. al., 2008) โดยการแก้ไขความผิดปกติของการนึกคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยอาศัยหลักการว่า การนึกคิดที่ไม่เหมาะสม (Maladaptive) ของผู้ป่วยเป็นต้นเหตุทำให้เกิดอาการ การนึกคิดที่ไม่เหมาะสม คือ วิธีการคิดและความคิดที่บิดเบือนของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบของการนึกคิดในทางลบ (Pattern of negative thoughts) หรือรูปแบบของความคิดที่เกิดขึ้นอย่างทันทีเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น (Eliciting autonomic thoughts) และการวิเคราะห์แบบแผนการแปลข้อมูล (Scheme-basic rules for interpreting information from the environment) ของความนึกคิดที่บิดเบือน การนึกคิดที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้ กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ด้านลบ และไม่สบายใจ อันเป็นต้นเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เช่น ความท้อแท้ สิ้นหวัง การหลบปัญหา การถอนใจและทำให้สถานการณ์เลวร้ายมากขึ้น การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มีเหตุผลและเป็นลำดับขั้นเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดดีขึ้น โดยเข้าใจตัวเองมากขึ้น สามารถแก้ปัญหาและเรียนรู้เครื่องมือ หรือทักษะที่จะใช้กับตนเอง (Beck & Emery, 1985; Beck, 1995)

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการศึกษา

3.1 การเลือกรูปแบบการดำเนินการ (Selected Model for Implementation)

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้แนวคิดการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ได้ประยุกต์ใช้ขั้นตอนการดำเนินโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Polit & Beck (2004) ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ เนื่องจากเป็นวิธีการที่มีลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน ง่ายต่อการนำไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ และประเมินผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ว่าควรนำไปใช้หรือพัฒนาให้เหมาะสมกับการนำไปใช้จริงได้หรือไม่อย่างไร ซึ่งขั้นตอนการดำเนินโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ โพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2004) มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. เลือกประเด็นหรือปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a topic of problem)

การคัดเลือกหัวข้อหรือปัญหาทางคลินิกที่ต้องการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อแก้ไข ได้จากสิ่งกระตุ้น 2 ลักษณะ คือ

1.1 สิ่งกระตุ้นที่เกิดจากปัญหาการปฏิบัติงาน (Problem-focused triggers) เป็นสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการปฏิบัติงาน ถ้าปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงานเป็นปัญหาที่สมาชิกทุกคนในหน่วยงานประสบจะเป็นปัญหาสำคัญและสอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงาน

1.2 สิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการทบทวนความรู้ (Knowledge-focused triggers) เป็นสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการทบทวนและประเมินงานวิจัยขั้นต้น (Preliminary assessment) ว่างานวิจัยนั้นมีความสอดคล้องในหน่วยงานหรือไม่ และสามารถใช้งานวิจัยนั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติได้หรือไม่ โดยตอบคำถาม 5 คำถาม คือ 1) ผลงานวิจัยนั้นมีศักยภาพที่จะช่วยแก้ปัญหาในปัจจุบันของผู้ปฏิบัติงานหรือไม่ 2) งานวิจัยนั้นมีศักยภาพในการช่วยตัดสินใจในคลินิกในประเด็นต่อไปนี้หรือไม่ (a. การสังเกตปรากฏการณ์ทางคลินิกที่เหมาะสม b. ระบุภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของผู้รับบริการ c. คัดเลือกการบำบัดที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ) 3) งานวิจัยนั้นได้ทดสอบข้อเสนอทางทฤษฎี ที่สอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกนั้นหรือไม่ 4) ถ้างานวิจัยนั้นที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด การบำบัดนั้นมีศักยภาพในการนำไปใช้ปฏิบัติในคลินิกหรือไม่ พยาบาลสามารถ

ควบคุมการนำการบำบัดไปใช้หรือไม่ 5) การวัดผลลัพธ์ที่ใช้ในงานวิจัยสามารถนำไปใช้ปฏิบัติในคลินิกได้หรือไม่

การคัดเลือกหัวข้อหรือปัญหาทางคลินิกที่ต้องแก้ไข ต้องมีความสำคัญมากเพียงพอ และสูงสุดสำหรับหน่วยงานที่จะเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ มีผลกระทบต่อคนจำนวนมาก สอดคล้องกับแผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน ได้รับการสนับสนุนจากหัวหน้าหน่วยงานและสภวิชาชีพ มีความคุ้มค่าและเป็นไปได้ในการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 2. การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and Evaluating Evidence)

เมื่อกำหนดคำถามทางคลินิกแล้ว ขั้นตอนต่อไป คือ การตั้งกรรมการดำเนินงานสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นการสืบค้นเพื่อรวบรวมงานวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาจำนวนมากพอ ทันสมัย เพื่อหาข้อมูลในการทำความเข้าใจประเด็นปัญหา เพื่อหาช่องว่างของการปฏิบัติและองค์ความรู้ที่ดีที่สุดในการปฏิบัติในปัจจุบัน ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ วิเคราะห์ และสังเคราะห์ บูรณาการข้อมูลเพื่อสรุปเป็นองค์ความรู้ในการแก้ปัญหา ซึ่งขึ้นกับข้อค้นพบของงานวิจัยแต่ละเรื่องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คุณภาพและความเข้มแข็งของงานวิจัย ประสิทธิผลของการบำบัด (Observed effect) การประยุกต์ใช้ผลงานวิจัยกับบริบททางคลินิก ความคุ้มค่า และประสิทธิภาพ ให้ข้อสรุปที่คลุมเครือ กรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติสามารถ 1) ตั้งประเด็นคำถามทางคลินิกใหม่ 2) ใช้ทางเลือกลำดับต่อไป คือการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ไม่ใช่งานวิจัย (เช่น การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ การสอบถามผู้รับบริการ) และประเมินว่าหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติหรือไม่ 3) ทำการวิจัยทางคลินิกเพื่อตอบคำถามโดยการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ และสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3. การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential)

การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติที่ได้จากการสรุปและการบูรณาการข้อมูลจากงานวิจัย โดยการทดลองใช้ (Pilot testing) เพื่อการประเมินศักยภาพในการนำข้อสรุปไปใช้ว่ามีความเหมาะสม (Appropriate) กับบริบทที่เฉพาะเจาะจงของหน่วยงานหรือไม่ ในหัวข้อการถ่ายทอดวิธีการปฏิบัติที่ได้จากการบูรณาการและการสรุปข้อมูลจากงานวิจัยสู่การปฏิบัติจริง (Transferability), ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implement), ความคุ้มค่า คุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio)

การถ่ายทอดวิธีการปฏิบัติที่ได้จากการบูรณาการและการสรุปข้อมูลจากงานวิจัยสู่การปฏิบัติจริง (Transferability) โดยพิจารณาความสอดคล้องกับปรัชญา ประเพณีและลักษณะของผู้ป่วย บุคลากร โครงสร้างการบริหารและทรัพยากรด้านการเงินของหน่วยงาน

ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implement) เป็นการพิจารณาว่าบุคลากร ทรัพยากร บรรยากาศขององค์กร ความต้องการและความเป็นไปได้ ในการรับความช่วยเหลือจากภายนอกองค์กร พยาบาลมีความเป็นอิสระในการควบคุมวิธีการปฏิบัติที่สร้างขึ้นใหม่หรือไม่ หรือความต้องการความร่วมมือซึ่งกันและกัน (Cooperative) ระหว่างทีมสหวิชาชีพ

ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) เป็นการประเมินต้นทุน ประโยชน์ และความเสี่ยงที่รับจากการปฏิบัติที่สร้างขึ้นใหม่ต่อผู้ป่วย บุคลากร และองค์กร

ขั้นตอนที่ 4. พัฒนาการนำไปใช้ และประเมินนวัตกรรม (Developing, Implementing, and Evaluating the Innovation)

พัฒนาการนำไปใช้ และประเมินนวัตกรรม ที่ได้รับการประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติแล้ว โดย 1) การพัฒนาแผนการประเมินการนำไปใช้ (Evaluation plan) เช่นการระบุผลลัพธ์ที่ต้องการ จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมการทดลองการนำนวัตกรรมไปใช้ ระยะเวลาและความถี่ของการวัดผลลัพธ์ 2) การรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเพื่อแสดงผลลัพธ์ของการใช้นวัตกรรม 3) เขียนแนวปฏิบัติที่ได้จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างชัดเจนให้ผู้นำไปใช้เข้าใจ 4) ประชาสัมพันธ์และฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการใช้แนวปฏิบัติ 5) ทดลองใช้แนวปฏิบัติกับหน่วยงานหรือกับผู้ป่วย 6) ประเมินผล กระบวนการ และผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ว่าแนวปฏิบัติได้รับการยอมรับหรือไม่ สามารถปฏิบัติตามหรือมีปัญหาในการปฏิบัติอย่างไร

3.2 การประยุกต์รูปแบบการดำเนินการสำหรับการศึกษาและกระบวนการศึกษา(Modified framework for the study and the study process)

ผู้ศึกษา (Investigator) ได้ประยุกต์ขั้นตอนการดำเนินการโครงการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2004) ในการดำเนินการโครงการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้แนวคิดการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. เลือกประเด็นหรือปัญหาที่ต้องการศึกษา (Selecting a topic of problem)

การระบุประเด็นปัญหาที่ต้องการ มีแนวทางในการระบุปัญหาจาก 2 แนวทาง ได้แก่

1. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากปัญหาการปฏิบัติงาน (Problem-focused triggers)

จากประสบการณ์การทำงานในกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบ้านโป่ง (โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 420 เตียง ไม่มีจิตแพทย์) ดังจะเห็นได้จากสถิติของผู้ป่วยสุขภาพจิตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านโป่งในปีงบประมาณ 2546 – 2550 อัตราป่วยสูงสุดอันดับหนึ่ง คือ กลุ่มโรควิตกกังวล มีจำนวนผู้ป่วย 975 , 1,161, 1,551, 1241 และ 1064 รายตามลำดับ และในปีงบประมาณ 2551 มีผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลทั่วไปจำนวน 1081 ราย เมื่อนำผู้ป่วยในกลุ่มนี้มาคัดกรองด้วยเครื่องมือการคัดกรองโรควิตกกังวลทั่วไป พบผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 80 ทั้งยังมีอัตราการป่วยซ้ำสูง คิดเป็นร้อยละ 75 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นรายเก่า อายุระหว่าง 25 ถึง 70 ปี มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 6 เดือนถึง 10 ปี

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ามารับการรักษาด้วยอาการทางด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ปวดท้อง อาหารไม่ย่อย นอนไม่หลับ หายใจไม่สะดวก เหนื่อยง่าย ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง รู้สึกหงุดหงิด ฯลฯ บางรายคิดว่าตนเองเป็นโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่บอกว่า “เป็นโรคประจำตัว ไม่ทานยา ก็ไม่ดีขึ้น บางครั้งรู้สึกว่าต้องตายแน่ๆ ถ้ามาโรงพยาบาลไม่ทัน” คิดว่าอาการเจ็บป่วยของตนเองหนักมากต้องการให้มีญาติอยู่ดูแลใกล้ชิด บางครั้งญาติพุดจาให้ทำให้สบายก็คิดว่าญาติไม่เข้าใจ คิดว่าญาติเบียดเบียนและรำคาญตนเองที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้มีความคิดน้อยใจ คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า คิดอยากตาย ซึ่งความกังวลต่ออาการเจ็บป่วยเหล่านั้นเป็นอย่างมาก รวมถึงความรู้สึกไม่มั่นใจต่อการเจ็บป่วยของตน คิดว่าน่าจะเป็นโรคที่รุนแรงไม่สามารถรักษาได้ ทำให้ไม่มั่นใจต่อการรักษาของแพทย์ในโรงพยาบาลบ้านโป่ง บางรายถึงกับขอให้ส่งตัวเพื่อเข้าไปรับการรักษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ สะท้อนให้เห็นว่านอกเหนือไปจากพยาธิสภาพของโรคแล้วผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลเรื้อรังจากการที่ไม่สามารถเผชิญปัญหาหรือจัดการกับความวิตกกังวล และอาการที่เกิดจากความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม

การรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในโรงพยาบาลบ้านโป่งในปัจจุบัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาจากแพทย์ทั่วไป โดยการรักษาตามอาการร่วมกับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม Benzodiazepines ได้แก่ Diazepam และการให้คำแนะนำเบื้องต้นจากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่อการเจ็บป่วยและสาเหตุของอาการเจ็บป่วย ซึ่งพยาบาลจะให้คำแนะนำในเรื่องการผ่อนคลายความเครียดที่สอดคล้องกับคำแนะนำของแพทย์ ผู้ป่วยบางรายมีความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการรักษา ไม่ยอมรับการวินิจฉัยของแพทย์ ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ และขาดความเชื่อมั่นในตนเองต่อการจัดการกับอาการวิตกกังวล ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปจะให้

ความสำคัญกับอาการทางกายมาเป็นอันดับแรก ไม่ได้สำรวจความคิด ความรู้สึกของตนเอง มุ่งรักษาอาการทางกายโดยคาดหวังว่าถ้าหายจากอาการทางกายแล้วปัญหาต่างๆ จะดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยยังคงเข้ารับการรักษาย่อยขึ้น บางรายถึงกับปฏิเสธการรักษาและขอให้ส่งตัวเพื่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายที่มากขึ้นจากการส่งต่อ อีกทั้งการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญความเครียดได้ด้วยตนเอง อาจส่งผลต่อการฆ่าตัวตายได้

2. ระบุปัญหาจากสิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการทบทวนความรู้ (Knowledge-focused triggers)

ในปัจจุบันแนวทางการรักษาโรควิตกกังวลทั่วไป มีหลายรูปแบบทั้งการรักษาโดยใช้ยา (Pharmacotherapy) ได้แก่ ยาในกลุ่ม Benzodiazepines เช่น Diazepam โดยขนาดการรักษา 2 - 5 mg. วันละ 3 ครั้ง ซึ่งจะให้ผลการรักษาในระยะสั้น ยาในกลุ่ม Azapirones เช่น Buspirone ขนาดการรักษาที่ให้ผล คือ วันละ 20 และ 40 mg. โดยเริ่มให้ 15 mg. วันละ 2 ครั้ง ยาในกลุ่ม Antidepressant แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) Tricyclics เช่น Imipramine ช่วยรักษาอาการได้เพียง 50% เท่านั้น 2) SSRIs และ (serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) ซึ่งให้ผลการรักษาเช่นเดียวกับ Tricyclics และการรักษาโดยใช้จิตบำบัด (Psychotherapy) มีการศึกษาถึงผลของการบำบัดทางจิตในหลากหลายรูปแบบเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลมีความวิตกกังวลลดลง การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Hunot et. al. (2008) จากงานวิจัยที่เป็น RCTs พบว่าการบำบัดทางจิตสังคมช่วยลดอาการวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (SMD -1.00 , 95% CI - 1.24 to - 0.77) โดยการบำบัดทางจิตสังคมที่สามารถลดอาการวิตกกังวล ได้แก่ Psychodynamic therapies , Relaxation therapies , Supportive psychotherapy , Cognitive behavior therapy (Goldberg & Posner, 2007; McIntosh et al., 2004) ซึ่งการบำบัดโดยใช้แนวคิดการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมเป็นวิธีการที่ผสมผสานระหว่างการช่วยเหลือด้านการปรับพฤติกรรม และด้านการรู้คิดเข้าด้วยกัน วิธีการนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนมุมมองต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแล้ววางแผนพัฒนาการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นด้วยการผ่อนคลาย และใช้ทักษะการแก้ไขปัญหามีเมื่อมีเหตุการณ์ที่จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นมามาก (Frisch and Frisch, 1998) และพบว่าการบำบัดทางจิตและพฤติกรรมเป็นวิธีการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพได้ผลดี ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการบำบัด (RR 0.64, 95% CI 0.55 to 0.74)

ขั้นตอนที่ 2. การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and valuating Evidence)

เมื่อสามารถสรุปปัญหาความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปแล้ว ขั้นตอนต่อไปผู้ศึกษาได้กำหนดกรอบเพื่อทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ตั้งคำถามทางคลินิกและกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ PICO (Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout-Overholt, 2002 อ้างใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

1.1 ตั้งประเด็นคำถามทางคลินิก

การตั้งคำถามทางคลินิกโดยมีคำถามทางคลินิกดังนี้ “การลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปโดยใช้การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม มีวิธีการและขั้นตอนการบำบัดอย่างไร”

1.2 การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ กรอบแนวคิดที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาได้ใช้ PICO (Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout-Overholt, 2002 อ้างใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

P (Population) : ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป (Patient with Generalized Anxiety Disorder)

I (Intervention) : การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy)

C (Comparison intervention) : ไม่มีการเปรียบเทียบวิธีการบำบัด

O (Outcome) : ความวิตกกังวล (Anxiety)

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่

Population : GAD, Anxiety Disorder, Generalized Anxiety Disorder, Adults

Intervention : Cognitive Therapy , Cognitive Behavior Therapy

Comparison intervention : ไม่มีการเปรียบเทียบวิธีการบำบัด

Outcome : Anxiety

2. การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1 กำหนดเกณฑ์การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

- หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือ การวิเคราะห์อภิมานงานวิจัย (Meta-analysis) จากงานวิจัย RCTs ที่ตรงกับประเด็น

ปัญหา หรือ แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based clinical practice guideline) ที่เป็นการทบทวนงานวิจัย RCTs อย่างเป็นระบบ (Systematic review) และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการวิจัยแบบ Randomized controlled trial

- หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เผยแพร่ในระยะเวลา 25 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1984 ถึง ค.ศ.

2008

- เป็นรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 กำหนดแหล่งการสืบค้นงานวิจัย

สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

จากระบบฐานข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้

- ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติทางคลินิกของสถาบันต่าง ๆ ได้แก่

www.guideline.gov

- ฐานข้อมูลที่รวบรวมการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ได้แก่

www.cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au

- ฐานข้อมูลอื่นๆ ที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ CINAHL, Ovid, PubMed, HighWire, ScienceDirect, Blackwell-Synergy, ProQuest Nursing & Allied Health Source

- จากเอกสารอ้างอิงของบทความ/งานวิจัย จากห้องสมุดสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

- วารสารที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ American Journal of Psychiatry, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Behaviour Research and Therapy

ผลการสืบค้นพบงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์และในระดับที่น่าเชื่อถือได้ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาการบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป ที่เป็นงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ ทั้งหมดจำนวน 6 เรื่อง ได้แก่

1. Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., & Teixeira, V. (2008). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database Systematic Review* (1), CD001848.
2. Victoria, H. (2006). Anxiety Disorder (Generalised): Adult outpatient management. *Evidence Summaries - Joanna Briggs Institute*.

3. Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 611-619.
4. Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of nonphobic anxiety disorder : A Comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 877-884.
5. Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), 167-175.
6. Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Leger, E. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (6), 957-964.

รายละเอียดของผังการสืบค้นงานวิจัยแสดงไว้ในภาคผนวก ค

งานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ ทั้งหมดจำนวน 6 เรื่อง ผู้ศึกษาได้คัดงานวิจัยออกจำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ Victoria, H. (2006). Anxiety Disorder (Generalised): Adult outpatient management. *Evidence Summaries - Joanna Briggs Institute*. เนื่องจากในเนื้อหาบทความไม่ได้ระบุวิธีการที่ใช้ในการสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการจัดการผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ดังนั้นจึงเหลืองานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และบูรณาการเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป จำนวน 5 เรื่อง ดังนี้

1. Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., & Teixeira, V. (2008). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database Systematic Review* (1), CD001848.
2. Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 611-619.
3. Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of nonphobic anxiety disorder : A Comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 877-884.
4. Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), 167-175.

5. Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Leger, E. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (6), 957-964.

เกณฑ์ประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด จะถูกนำมาประเมินคุณภาพและความเข้มแข็ง เพื่อคัดเลือกให้ตรงกับประเด็นและมีคุณภาพ แล้วจึงวิเคราะห์และสังเคราะห์ต่อไป วิธีการที่ใช้ประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence) ของ Melnyk & Fineout Overholt (2005) แบ่งหลักฐานออกเป็นระดับตามรายละเอียดดังนี้

Level I : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือ การวิเคราะห์ห่อภิณงานวิจัย (Meta-analysis) จากงานวิจัย RCTs ที่ตรงกับประเด็นปัญหา หรือ แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based clinical practice guideline) โดยการทบทวนงานวิจัย RCTs อย่างเป็นระบบ (Systematic review)

Level II : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการวิจัย Randomized controlled trial อย่างน้อย 1 งาน

Level III : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการวิจัย ที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Controlled trials) แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี

Level IV : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case-control และ Cohort studies ที่มีการออกแบบงานวิจัยมาเป็นอย่างดี

Level V : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยเชิงพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

Level VI : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการวิจัยเชิงพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 งาน

Level VII : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และ/หรือ รายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ

วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยทั้ง 5 เรื่อง โดยการอ่าน วิเคราะห์ สังเคราะห์ และสกัดเนื้อหาตาราง ตามลำดับหัวข้อ คือ 1) วัตถุประสงค์การวิจัย 2) ทฤษฎี 3) สมมุติฐานงานวิจัย 3) สถานที่ในการศึกษาวิจัย 4) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย 5) เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ 6) การบำบัด (Intervention) 7) ระเบียบวิธีวิจัย 8) ระดับของงานวิจัย 9) ผลการวิจัย 10) การสรุปเพื่อนำไปใช้ 11) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 12) การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ 12) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ พบว่าเนื้อหาตรงประเด็น

กับปัญหาที่ต้องการแก้ไข และมีจำนวนงานวิจัยที่เพียงพอ จึงนำมาวิเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียดอีกครั้งเพื่อสกัดข้อมูลและความรู้มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้และระดับคุณภาพงานวิจัย

อันดับ	ชื่อผู้วิจัย / ชื่อเรื่อง / แหล่งตีพิมพ์	ระดับงานวิจัย
1	Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., & Teixeira, V. (2008). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> (1), CD001848	Systematic review Level I
2	Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of Applied Relaxation and Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 61(4), 611-619	Randomized controlled trail Level II
3	Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of Nonphobic Anxiety Disorder : A Comparison of Nondirective, Cognitive, and Coping Desensitization Therapy. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 59(1), 167-175	Randomized controlled trail Level II
4	Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. <i>Consulting and Clinical Psychology</i> , 59(1), 167-175	Randomized controlled trail Level II
5	Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Leger, E. (2000). Efficacy of a Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Evaluation in a Controlled Clinical Trial. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 68(6), 957-964	Randomized controlled trail Level II

วิธีประเมินความตรงของแนวปฏิบัติ

ในระยะนี้ เมื่อนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้ทั้งหมดมาสังเคราะห์และสร้างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล แล้วนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่

1. จิตแพทย์ผู้มีความรู้ ความชำนาญและมีประสบการณ์ด้านการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม จำนวน 1 คน
2. อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน
3. นักจิตวิทยาคลินิกผู้มีความรู้ ความชำนาญและมีประสบการณ์ด้านการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม จำนวน 1 คน

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ผู้ศึกษานำข้อเสนอแนะนั้นมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ถูกต้องชัดเจนและสามารถนำไปใช้ได้จริง

สรุปสาระที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์

สรุปข้อเสนอแนะที่ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยและนำมาสกัดแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ดังนี้

1. **ระยะก่อนดำเนินการ** ควรมีการเตรียมการใน 2 ส่วน คือการพัฒนาบุคลากร และการพัฒนาสื่อที่ใช้ในการบำบัด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การพัฒนาบุคลากร

- ผู้ให้การบำบัดได้แก่ แพทย์ทั่วไป จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลจิตเวชผู้ที่ปฏิบัติงานทางวิชาชีพด้านสุขภาพจิตที่มีประสบการณ์การทำงานทางคลินิกกับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป (Victoria, 2006; ระดับ I; Borkovec & Costello, 1993; Borkovec, & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II)
- ผู้ให้การบำบัดควรมีทักษะการให้การรักษาระดับพื้นฐาน ได้รับการฝึกทักษะการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม และได้รับการนิเทศจากผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec, & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II)

1.2 การพัฒนาสื่อที่ใช้ในการบำบัด ซึ่งได้แก่

1. คู่มือการบำบัด (Butler et al., 1991; ระดับ II)
2. คู่มือการฝึกการผ่อนคลาย (Borkovec, & Mathews, 1988; ระดับ II)
3. เทปบันทึกเสียงวิธีปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ (Progressive muscular relaxation) (Butler et al., 1991; ระดับ II)
4. ตารางบันทึกกิจกรรมประจำวัน (Butler et al., 1991; ระดับ II)
5. ตารางบันทึกเกี่ยวกับความคิดที่บิดเบือนและทำให้เกิดความวิตกกังวล การใช้การผ่อนคลายในการตอบสนองความวิตกกังวล การทดสอบทางพฤติกรรม (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; ระดับ II)

2. ระยะดำเนินการ

2.1 คุณสมบัติของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรม การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดในโปรแกรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ผู้ป่วยควรมีคุณลักษณะดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าป่วยเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป (GAD) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV และอาการวิตกกังวลไม่ได้เกิดจากการรับประทานยา เช่น ยาไทรอยด์ (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II)
2. เป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ (Hunot et al., 2008; ระดับ I; Butler et al., 1991; ระดับ II) แต่อย่างไรก็ตามพบว่า การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมรายบุคคลมีอัตราการออกจากการบำบัดน้อยกว่ากลุ่มรอคอยการบำบัดและการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมรายกลุ่มมีอัตราการออกจากการบำบัดสูงกว่ากลุ่มรอคอยการบำบัด ผู้ป่วยวัยสูงอายุมีอัตราออกจากการบำบัดสูงกว่ากลุ่มรอคอยการบำบัดและผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่มีอัตราออกจากการบำบัดน้อยกว่ากลุ่มรอคอยการบำบัด (Hunot et al., 2008; ระดับ I)
3. มีระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลางหรือมากกว่า 7 คะแนน จากการประเมินโดยใช้แบบประเมิน Leed Anxiety Scale ของ Snaith, Bridge & Hamilton (Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; ระดับ II)

2.2 รูปแบบของการบำบัด

- รูปแบบการบำบัดเป็นการให้การบำบัดรายบุคคลโดยใช้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II) ซึ่งทำให้เกิดการตอบสนองทางคลินิกหลังการบำบัด ลดความวิตกกังวลหลังการบำบัด และ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่ได้รับการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมรายบุคคลอยู่

ร่วมการบำบัดได้นานกว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่รับการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมรายกลุ่ม (Hunot et al., 2008; ระดับ I)

- การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที ในการบำบัด 4 ครั้งแรก และครั้งละ 60 นาที ในระยะต่อมา จำนวน 12-16 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II) ทั้งนี้สามารถหยุดการบำบัดได้เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการวิตกกังวลหรือมีระดับอาการวิตกกังวลอยู่ในระดับคงที่อย่างน้อย 2 สัปดาห์ จากการวัดโดยใช้แบบประเมิน Leed Anxiety Scale ของ Snaith, Bridge & Hamilton และผู้บำบัดกับผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นร่วมกันว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II) อย่างไรก็ตามพบว่า การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมสามารถลดความวิตกกังวลได้เมื่อผู้ป่วยรับการบำบัดจำนวน 8 ครั้ง หรือน้อยกว่า และผลการลดความวิตกกังวลระหว่างการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมจำนวน 8 ครั้ง หรือน้อยกว่ากับการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมจำนวน 8 ครั้งหรือมากกว่ามีความคล้ายคลึงกัน (Hunot et al., 2008; ระดับ I)

2.3 องค์ประกอบของการบำบัด การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปประกอบด้วยองค์ประกอบของการบำบัด ดังนี้

1. การให้ความรู้ (Education) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของสถานการณ์ ความคิดและความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล ความรู้สึกละเอียดและพฤติกรรมเมื่อมีความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการบำบัดอย่างเต็มที่ (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II) โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ผู้บำบัดชี้แจงเหตุผลของการบำบัด คือ การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในชีวิตซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของความรู้สึกลังเลใจ (Worry) และความวิตกกังวล (Anxiety) ผู้บำบัดจะอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าความไม่แน่นอนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นเป้าหมายของการบำบัดจึงไม่ใช่การกำจัดความไม่แน่นอน แต่เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ ยอมรับ และพัฒนากลยุทธ์การเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน

- ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวล เกิดจากการขาดความเชื่อมั่นในตนเองต่อการทำกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จ และความไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน (Intolerance of uncertainty) ความเชื่อที่บิดเบือนเกี่ยวกับความกังวล (Erroneous beliefs about worry) ความบกพร่องในการเข้าใจปัญหา (Poor problem orientation) เป็นวงจรของกระบวนการที่เป็นนิสัยเมื่อบุคคลตระหนักถึงสิ่งคุกคามจะนำไปสู่ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความวิตกกังวลด้านความคิด การ

จินตนาการ ปฏิบัติทางร่างกาย อารมณ์ และการหลีกเลี่ยง ซึ่งทำให้ความวิตกกังวลคงอยู่ในลักษณะ วงจรอุบาท (Vicious circles)

2. ฝึกการตระหนักรู้ (Awareness training) เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยตระหนักรู้เมื่อมีสัญญาณของอาการวิตกกังวลในระยะเริ่มแรก เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และสภาพร่างกายเมื่อมีความวิตกกังวล (Borkovec & Mathews, 1988; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II) โดย

- ผู้บำบัดฝึกให้ผู้ป่วยสังเกตปฏิบัติต่าง ๆ ของตนเองเมื่อมีความวิตกกังวล สอนให้ผู้ป่วยมีความสนใจกับประสบการณ์ในปัจจุบันมากกว่าการใส่ใจกับเหตุการณ์ในอดีตหรือเหตุการณ์ในอนาคตที่อาจเกิดขึ้นด้วยการให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกความกังวลใจลงสมุดและคิดตัวการจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ จนความกังวลใจลดลงว่าผู้ป่วยเคยใช้รูปแบบการจัดการใด การกระทำเช่นนี้จะทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงเรื่องที่มีทำให้เกิดความกังวลและวิธีการที่ตนใช้ว่าวิธีการใดได้ผล วิธีการใดไม่ได้ผล

- การฝึกการตระหนักรู้อาจใช้เวลาการบำบัดอย่างน้อย 2-3 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละคน

3. การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive relaxation training) เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับปัจจัยการกระตุ้นทางสรีระ (Physiological arousal) เมื่อมีความวิตกกังวล และความสำคัญของการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวล รวมทั้งนำทักษะการผ่อนคลายที่ได้รับการพัฒนาไปจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ซึ่งมีหลายรูปแบบ เช่น การหายใจโดยใช้กระบังลม การผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ และการทำสมาธิ (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; ระดับ II) มีวิธีการคือ

- ผู้บำบัดสาธิต และฝึกเทคนิคการผ่อนคลายที่หลากหลายให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ การทำสมาธิ การหายใจโดยใช้กระบังลม หลังจากนั้นจะให้ผู้ผู้ป่วยฝึกซ้ำ ๆ ทีละขั้นตอน โดยเริ่มจากการเคลื่อนไหวช้า ๆ การเดิน การหายใจโดยใช้กระบังลมหรือกล้ามเนื้อหน้าท้อง เพื่อให้เกิดการผ่อนคลายโดยทันทีเมื่อสังเกตสัญญาณเตือนในระยะเริ่มแรกของอาการวิตกกังวลในชีวิตประจำวัน ความสำคัญของการฝึกการผ่อนคลายอยู่ที่การฝึกอย่างมีแบบแผนวันละ 2 ครั้ง และกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยใช้วิธีการผ่อนคลายที่เหมาะสมกับตนเองให้บ่อยที่สุดทันทีเมื่อสังเกตสัญญาณเตือนในระยะเริ่มแรกของอาการวิตกกังวล ซึ่งเป็นการฝึกนิสัยการตอบสนองใหม่โดยการผ่อนคลายเพื่อตัดวงจรของความวิตกกังวล

- ผู้บำบัดฝึกให้ผู้ผู้ป่วยจินตนาการถึงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลตามลำดับความรุนแรงทีละขั้นขณะที่ร่างกายผ่อนคลายสูงสุด (Desensitization) และฝึกซ้ำ ๆ จนกระทั่งผู้ป่วยไม่มีความวิตกกังวลหรือสามารถจัดการความวิตกกังวลออกไปได้อย่างรวดเร็ว

4. การปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิด ความเชื่อ (Developing alternative thought and belief) ที่ทำให้ความวิตกกังวลดำรงอยู่ และเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เป็นจริงและมีเหตุผล เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบการรับรู้ปัญหาในมุมมองใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางการรู้คิด (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II) มีวิธีการดังนี้

- ผู้บำบัดสอนให้ผู้ป่วยสังเกตและระบุความคิด จินตนาการและความเชื่อพื้นฐานที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ลดความคิดและความเชื่อที่ทำให้ความวิตกกังวลดำรงอยู่โดยพัฒนาความคิดและความเชื่อที่หลากหลายและยืดหยุ่น ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Alternative thoughts and beliefs) อยู่บนความเป็นจริงและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย (Realistic and helpful alternative) โดยผู้บำบัดใช้วิธีการตั้งคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบการรับรู้ปัญหาในมุมมองใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม สร้างความเชื่อและคำพูดเกี่ยวกับตนเองใหม่ (Self-statements) ลดการรับรู้สถานการณ์ว่าก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองอย่างรุนแรงของผู้ป่วย (Decatastrophization) ทดสอบความคิดและความเชื่อใหม่โดยใช้พฤติกรรม (Behavioral testing of beliefs)

- ผู้บำบัดใช้เทคนิคการรู้คิดและและพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยประเมินประโยชน์ที่แท้จริงของความกังวลอีกครั้ง ผู้บำบัดย้ำกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการแก้ไขความเชื่อที่บิดเบือนเกี่ยวกับความกังวลจะช่วยเพิ่มความอดทนต่อความไม่แน่นอนของอนาคตแทนที่จะพยายามควบคุมความไม่แน่นอนด้วยการกังวลใจ การบำบัดจะพยายามระบุความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดตามมาในทางบวกซึ่งจะเป็นแรงเสริมของอาการวิตกกังวล

5. การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (Problem solving) เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เป็นขั้นตอนจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองในการแก้ปัญหา เปลี่ยนแปลงการพูดกับตนเอง และสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ (Borkovec & Mathews, 1988; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II) มีวิธีการคือ

- ผู้บำบัดฝึกให้ผู้ป่วยประเมินเหตุการณ์อย่างมีเหตุผล และใช้การแก้ปัญหา (Problem solving) โดยช่วยให้ผู้ป่วยสนใจปัญหาและระบอบองค์ประกอบที่สำคัญของสถานการณ์ปัญหาแทนที่จะให้ความสนใจไปที่รายละเอียดเล็ก ๆ น้อย ๆ เนื่องจากความไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน จะนำไปสู่ความคิดหมกมุ่นอย่างรุนแรงเกี่ยวกับรายละเอียดเล็ก ๆ น้อย ๆ ของสถานการณ์ปัญหา เมื่อผู้ป่วยสามารถระบอบองค์ประกอบที่สำคัญของสถานการณ์ปัญหาได้จะได้รับการกระตุ้นให้ใช้กระบวนการแก้ปัญหา

6. การมอบหมายการบ้าน (Homework assignment) ผู้บำบัดจะมอบหมายการบ้านให้กับผู้ป่วยภายหลังจบบทเรียนในแต่ละครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝนทักษะต่างๆที่ได้เรียนรู้จากการ

บำบัด และทดสอบสิ่งที่ได้เรียนรู้ทางพฤติกรรม (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II)

3. การประเมินผลลัพธ์การบำบัด

การประเมินผลลัพธ์ของการบำบัดสามารถประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินที่มีมาตรฐาน โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลต่าง ๆ ได้ ดังนี้

1. ประเมินภาวะความวิตกกังวลและลักษณะนิสัยของความวิตกกังวลด้วยแบบวัด State – Trait Anxiety Inventory (STAI from X) ของ Spielberger (1983) (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; ระดับ II)
2. ประเมินความรุนแรงของอาการวิตกกังวลด้วยแบบวัด Beck Anxiety Inventory (BAI) ของ Beck (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการวิตกกังวลด้านการรู้คิด อารมณ์ และร่างกายที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา (Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II)
3. ประเมินอาการวิตกกังวลด้วยแบบวัด Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) ของ Hamilton (Hamilton, 1960) (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; ระดับ II)
4. ประเมินระดับความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าด้วยแบบวัด Leed Anxiety Scale ของ Snaith, Bridge & Hamilton (Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; ระดับ II)

ขั้นตอนที่ 3. การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential)

1) Clinical Relevance มีความสอดคล้องกับปัญหาทางคลินิกของโรงพยาบาลบ้านโป่งมาก และงานวิจัยสามารถนำมาใช้ได้กับการปฏิบัติงานที่หน่วยงาน เนื่องจากปัจจุบันผู้ป่วยสุขภาพจิตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ้านโป่งเพิ่มสูงขึ้น ในปีงบประมาณ 2546 – 2550 อัตราป่วยสูงสุดอันดับหนึ่ง คือ กลุ่มโรควิตกกังวล มีจำนวนผู้ป่วย 975 , 1,161, 1,551, 1241 และ 1064 รายตามลำดับ และในปีงบประมาณ 2551 มีผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลทั่วไปจำนวน 1081 ราย เมื่อนำผู้ป่วยในกลุ่มนี้มาคัดกรองด้วยเครื่องมือการคัดกรองโรควิตกกังวลทั่วไป พบผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 80 ทั้งยังมีอัตราการป่วยซ้ำสูง คิดเป็นร้อยละ 75 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นรายเก่า อายุระหว่าง 25 ถึง 70 ปี มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 6 เดือนถึง 10 ปี

2) Scientific merit งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือในระดับสูง คือ มีงานวิจัยระดับ 1 จำนวน 2 เรื่อง งานวิจัยระดับ 2 จำนวนทั้งหมด 4 เรื่อง และการกำหนดวัตถุประสงค์มีความสอดคล้องกับการออกแบบการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรควิตกกังวล สามารถ

นำมาปฏิบัติได้ รูปแบบการบำบัดมีความชัดเจน ไม่ยุ่งยาก ขั้นตอนการเก็บข้อมูลมีความชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับของการวัด การนำเสนอข้อมูลมีความเหมาะสมกับผลที่ได้จากการวิจัย มีความหมายและความสำคัญทางคลินิก

3) Implementation Potential

3.1 การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the findings) มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน คือกลุ่มประชากรในหลักฐานงานวิจัย มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มประชากรในหน่วยงานคือ ผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวกลทั่วไป ซึ่งโรงพยาบาลบ้านโป่ง มีผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตกึ่งวกลมากเป็นอันดับ 1 ซึ่งในจำนวนนั้นพบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวกลทั่วไปถึง 80% และรูปแบบการบำบัดสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวกลในโรงพยาบาลบ้านโป่งได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ความพึงพอใจของผู้ป่วย และประโยชน์สูงสุดที่ผู้ป่วยจะได้รับ

3.2 ความเป็นไปได้ในการนำวิธีการนั้น ๆ ไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พยาบาลจิตเวชในกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบ้านโป่งมีสิทธิโดยชอบตามกฎหมาย และขอบเขตของการปฏิบัติ และสามารถยกเลิกวิธีการปฏิบัติตามหัวข้อนั้น ๆ ได้ หากวิธีปฏิบัตินั้นไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยในหน่วยงาน ซึ่งพยาบาลสามารถจะเป็นผู้ปฏิบัติได้ เพียงแต่พยาบาลที่รับผิดชอบควรมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับงานที่ปฏิบัติอย่างดีจะสามารถทำให้ผลการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลสามารถนำไปใช้ได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก สามารถให้ผู้ป่วยเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง และไม่น่าจะรบกวนวิธีการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม ไม่ต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ใดเพิ่มมากขึ้น หน่วยงานมีความพร้อมระดับปานกลางเนื่องจากอาจมีความขาดแคลนด้านบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะในการปฏิบัติงาน

3.3 ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) เนื่องจากแนวทางในการปฏิบัติเดิมไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ส่งผลต่อการติดตามอาการต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ และระยะเวลาการดำเนินของโรคนานขึ้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา หากสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ศึกษามาใช้ภายในหน่วยงานจะช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้

ขั้นตอนที่ 4. พัฒนาการนำไปใช้ และประเมินนวัตกรรม (Developing, Implementing, and Evaluating the Innovation)

ขั้นตอนการวางแผนการพัฒนาเพื่อนำไปทดลองใช้ และประเมินผลนวัตกรรม สิ่ง que ผู้ศึกษาวางแผนที่จะนำผลการศึกษาค้นคว้าไปปฏิบัติต่อไปเมื่อสำเร็จการศึกษามีดังนี้

1. ชี้แจงและขอความร่วมมือกับผู้บริหารในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน
2. ประชุมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อปรึกษา กำหนดความเป็นไปได้ในการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวลทั่วไปในหน่วยงาน
3. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้แนวคิดการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวลทั่วไปที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย
4. ฝึกพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการใช้แนวปฏิบัติฯ และประชาสัมพันธ์
5. ทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ ในหน่วยงานที่กำหนด
6. ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้แนวคิดการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลทั้งกระบวนการใช้และผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวลทั่วไป

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder: GAD) โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2004) 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การคัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหา (Selecting a topic or problem) จากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านโป่งพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลบ้านโป่งในปีงบประมาณ 2546 – 2550 อัตราป่วยสูงสุดอันดับหนึ่ง คือ กลุ่มโรควิตกกังวล มีจำนวนผู้ป่วย 975 , 1,161, 1,551, 1241 และ 1064 รายตามลำดับ และในปีงบประมาณ 2551 กลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลบ้านโป่งได้คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวล จำนวน 1081 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ถึงร้อยละ 80 ของผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลทั้งหมด และมีอัตราการป่วยซ้ำสูง คิดเป็นร้อยละ 75 โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 6 เดือนถึง 10 ปี และหน่วยงานยังไม่มีรูปแบบการบำบัดเพื่อลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่ชัดเจน และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมสามารถลดอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยให้ผลในระยะยาว 2) การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and Evaluating Evidence) จากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และการสืบค้นด้วยมือ พบบางงานวิจัยสนับสนุนเกี่ยวกับการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป จำนวน 5 เรื่อง เมื่อประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามการจัดลำดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005) พบว่าเป็นการวิจัยที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จำนวน 1 เรื่อง และงานวิจัยระดับ Randomized Controlled Trials (RCTs) ที่เป็นงานวิจัยเดี่ยว จำนวน 4 เรื่อง ผู้ศึกษาได้นำงานวิจัยทั้ง 5 เรื่อง มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และบูรณาการเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป นำไปตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแนวปฏิบัติ ฯ

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้แนวคิดการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ใช้บำบัดผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าป่วยเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป ที่มีอายุระหว่าง 18-65 ปี เป็นการบำบัดรายบุคคล จำนวน 12-16 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ประกอบด้วยองค์ประกอบของการบำบัด คือ การให้ความรู้โรควิตกกังวลทั่วไป และการรักษา การฝึกการตระหนักรู้อาการวิตกกังวล การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิดและความเชื่อ การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา และการมอบหมายการบ้าน 3) การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential) มีความเป็นไปได้สูงในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปไปใช้ที่หน่วยงานจิตเวช โรงพยาบาลบ้านโป่ง เนื่องจากผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่มารับบริการมีความคล้ายคลึงกับประชากรเป้าหมายของแนวปฏิบัติ 4) มีความคุ้มทุนคุ้มประโยชน์ 4) พัฒนาการนำไปใช้ และประเมินนวัตกรรม (Developing, Implementing, and Evaluating the Innovation) ผู้ศึกษาได้วางแผนการใช้และประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปโดยนำรูปแบบของแนวปฏิบัติไปทดสอบใช้โดยการทำ pilot study และประเมินผลกระบวนการและผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ข้อเสนอแนะ

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป คือ

1. โปรแกรมการบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปโดยใช้แนวคิดการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม ควรมีการติดตามประเมินความวิตกกังวลและให้การบำบัดเพื่อกระตุ้นแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
2. เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยในวัยผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะออกจากโปรแกรมมากกว่าผู้ป่วยในวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นควรมีประเมินและส่งเสริมแรงจูงใจในการบำบัดของผู้ป่วยในวัยสูงอายุ และปรับกลยุทธ์การบำบัดให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในวัยสูงอายุ
3. ควรมีการเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปยังบุคลากรในทีมสุขภาพและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภายในองค์กรและภายนอกองค์กร โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง การประชุมวิชาการ การลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางวิชาการ และเผยแพร่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และมีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้เพื่อให้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป

4. เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยเพียง 5 เรื่อง และยังไม่เคยนำมาปรับใช้ในเมืองไทยมาก่อน จึงควรดำเนินการโครงการนำร่อง หรือทำเพื่อประเมินผลลัพธ์ ความคุ้มค่าคุ้มทุน รวมทั้งสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และปรับปรุงเขียนแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทชัดเจนและง่ายต่อการนำไปใช้ให้มากที่สุด

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

THE DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINES FOR THE USE OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN REDUCING ANXIETY IN PATIENTS WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDER

รจนา ต่อทรัพย์ 4836951 NSMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อติรัตน์ วัฒนไพลิน, กศ.ด., อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, พย.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในประเทศไทยและประเทศอื่น ๆ ในปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาสำรวจสถิติโรควิตกกังวลทั่วไป มีแต่สถิติของกลุ่มโรควิตกกังวล ดังจะเห็นได้จากสถิติจำนวนผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2546 กลุ่มโรควิตกกังวลเป็นโรคทางจิตเวชอันดับหนึ่ง มีจำนวนผู้ป่วย 546,025 ราย ปี 2547 กลุ่มโรควิตกกังวลเป็นโรคทางจิตเวชอันดับสองรองจากโรคจิตเภท มีจำนวนผู้ป่วย 413,715 ราย และในปี 2548 – 2550 มีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวล 372,536, 348,748 และ 365,904 (กรมสุขภาพจิต, 2550) ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงมาก เช่นเดียวกับสถานการณ์ในจังหวัดราชบุรี ในปีงบประมาณ 2546 – 2550 มีจำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวล จำนวน 6,117, 2,813, 4,835, 6,874 และ 4090 รายตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2550) จะเห็นได้ว่าอัตราผู้ป่วยในปี 2548 สูงขึ้นมากกว่าปี 2549 ถึง 2.4 เท่า สำหรับปัญหาสุขภาพจิตในอำเภอบ้านโป่งพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลบ้านโป่ง ในปีงบประมาณ 2546 – 2550 อัตราป่วยสูงสุดอันดับหนึ่ง คือ กลุ่มโรควิตกกังวล มีจำนวนผู้ป่วย 975 , 1,161, 1,551, 1241 และ 1064 รายตามลำดับ และในปีงบประมาณ 2551 มีผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลจำนวน 1081 ราย (งานทะเบียนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านโป่ง, 2552) เมื่อนำผู้ป่วยในกลุ่มนี้มาคัดกรองด้วย

เครื่องมือการคัดกรองโรควิตกกังวลทั่วไป พบผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 80 ทั้งยังมีอัตราการป่วยซ้ำสูง คิดเป็นร้อยละ 55

จากการศึกษาพบว่าโรควิตกกังวลก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อบุคคล ครอบครัวและสังคม การศึกษาวิจัยชี้ให้เห็นว่า 2 % ของผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการสูญเสียทางสังคม เศรษฐกิจและทรัพยากรบุคคล (กรมสุขภาพจิต, 2547) ผลแทรกซ้อนที่สำคัญและพบได้บ่อยคือ ผู้ป่วยมักมีโรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยมักมีเหตุการณ์ในชีวิต (Life event) ที่สำคัญนำมาก่อน ผู้ป่วยบางรายอาจป่วยเรื้อรังหรือตลอดชีวิต ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป จะมี Panic disorder ร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่มี Major depressive disorder ร่วมด้วย (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, พิเชฐ อุดมรัตน์, 2544) ลักษณะการดำเนินโรคพบว่าอาการมักขึ้น ๆ ลง ๆ เรื้อรัง รุนแรงเป็นช่วง ๆ ซึ่งจะสัมพันธ์กับความเครียดในชีวิตประจำวัน ก่อเกิดความไม่สุขสบายทางกายต่าง ๆ และความเดือดร้อนแก่ผู้ป่วยด้านอื่นตามมา เช่น ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ความขัดแย้งในครอบครัว ภาระทางเศรษฐกิจในการจ่ายค่ารักษา การเสาะแสวงหาการรักษาจากโรงพยาบาลหลายแห่ง และหากปล่อยให้เรื้อรังจะก่อให้เกิดโรคทางกายตามมา อีกทั้งผู้ป่วยมักรู้สึกท้อแท้ หดหู่ ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้ (ณัฐทิพร ชัยประทาน, 2548)

การรักษาโรควิตกกังวลทั่วไปในปัจจุบัน มีหลายรูปแบบทั้งการใช้ยา ได้แก่ ยาในกลุ่ม Benzodiazepines, Azapirones, Antidepressant และใช้จิตบำบัด (Psychotherapy) ได้แก่ Psychodynamic therapy, Relaxation training, Supportive psychotherapy, Cognitive behavior therapy (Goldberg & Posner, 2007; Hunot, et al., 2008) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดและช่วยเหลือผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในปัจจุบันพบว่าการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy : CBT) เป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่ได้ผลดี (Butler, et al., 1991, Hunot, et al., 2008, Ladouceur, et al., 2000, Ost & Breitholtz, 2000 Victoria, 2006) โดยมีสมมุติฐานว่า โรควิตกกังวลเกิดจากประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผิดๆ และภาวะวิตกกังวลเป็นรูปแบบของความคิดที่ผิด บิดเบือนความคิดในเชิงลบหรือผลของความคิดเบี่ยงเบน (Faulty, distorted, negative or counter productive thinking) ซึ่งเกิดขึ้นร่วมกับพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่แปรปรวนไป ผู้ป่วยมักประเมินอันตรายหรือโอกาสที่ตนเองจะได้รับอันตรายสูงเกินความจริง ในขณะที่เดียวกันก็ประเมินความสามารถของตนเองที่จะต่อสู้ หรือจัดการกับสิ่งที่มาคุกคามนั้นต่ำกว่าความเป็นจริง โดยจะรับรู้และตีความเหตุการณ์ในชีวิตต่างๆ ที่เกิดขึ้นว่ามาคุกคามต่อความผาสุก (Well being) ทางร่างกายหรือทางสังคมของตน และประเมินปฏิกิริยาทางร่างกายที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองต่อความวิตกกังวล เช่น ใจสั่น หายใจไม่อิ่ม เป็นต้น ว่ามีอันตรายเกินความจริง แปลความหมายผิดต่อความรู้สึกนั้น จึงรู้สึกว่าเป็นโรควิตกกังวล หรือจะเกิดอันตรายต่อชีวิตขึ้น (กนกวรรณ ทาสอน, 2548)

การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เป็นแนวทางการช่วยเหลือที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ก่อความวิตกกังวลนั้น โดยช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสัมพันธ์ระหว่างความคิด (Cognitive) และพฤติกรรม (Behavioral) ผูกมัดเพื่อเรียนรู้ว่าประสบการณ์ของตนเองนั้นเกี่ยวข้องกับความคิดที่บิดเบือนอย่างไร ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักว่าเมื่อประสบกับสถานการณ์จริงที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ระบบความคิดที่ไม่เหมาะสมที่เป็นจุดอ่อนจะถูกกระตุ้นทำให้เกิดความวิตกกังวล ความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลของผู้ป่วยจะรุนแรงขึ้น ให้ความช่วยเหลือแก้ไขให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เหมาะสมกว่าเดิม ฝึกการให้ความหมายแก่ประสบการณ์นั้นใหม่ไม่ให้เป็นไปในแง่ลบ มีวิธีคิดที่สมคูลกว่าเดิมเมื่อได้รับข้อมูลและฝึกทักษะการเผชิญปัญหา รวมทั้งฝึกการผ่อนคลายเพื่อตอบสนองการกระตุ้นทางสรีระเมื่อมีความวิตกกังวล เพื่อแก้ไขการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ก่อความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสมขึ้น (Beck & Emery, 1985; Maria S. Romana, 2003)

จากข้อมูลและเหตุผลที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ที่มาจากข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ให้เข้าใจโรค สาเหตุของโรค การดำเนินโรค การรักษา การสังเกตอาการนำและการจัดการความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดความวิตกกังวลทั้งในระยะสั้นและระยะยาวเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ส่งผลต่อครอบครัวในด้านการลดภาระต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเวลาและค่าใช้จ่าย ทั้งยังเป็นการเพิ่มศักยภาพในชุมชนให้เกิดความเข้มแข็ง นอกจากนี้การลดปริมาณผู้ป่วยในโรงพยาบาลยังส่งผลให้เกิดการทำงานในเชิงรุกมากขึ้นส่งผลให้ชุมชนได้รับประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

2. วัตถุประสงค์ในการศึกษา (Purposes of the study)

เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้แนวคิดการบำบัดการรู้คิด และพฤติกรรมในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

3. วิธีดำเนินการศึกษา

วิธีการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยใช้แนวคิดการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ผู้ศึกษาใช้กรอบแนวคิดหลักการและวิธีการใช้ผลงานวิชาการทางการพยาบาลของโพลิตและเบ็ค (Polit & Beck, 2004) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ซึ่งมีขั้นตอนในการใช้ผลงานวิจัยเพื่อพัฒนานวัตกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. การคัดเลือกหัวข้อหรือกำหนดปัญหา (Selecting a topic or problem)

เป็นระยะของการค้นหาปัญหาที่ได้มาจากหลักฐาน 2 ทาง คือ

1.1 สิ่งกระตุ้นที่เกิดจากปัญหาการปฏิบัติงาน (Problem-focused triggers)

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปในโรงพยาบาลบ้านโป่งในปัจจุบัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาจากแพทย์ทั่วไป โดยการรักษาตามอาการร่วมกับการรักษาด้วยยาในกลุ่ม Benzodiazepines ได้แก่ Diazepam และการให้คำแนะนำเบื้องต้นจากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่อการเจ็บป่วยและสาเหตุของอาการเจ็บป่วย ซึ่งพยาบาลจะให้คำแนะนำในเรื่องการผ่อนคลายความเครียดที่สอดคล้องกับคำแนะนำของแพทย์ ผู้ป่วยบางรายมีความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อการรักษา ไม่ยอมรับการวินิจฉัยของแพทย์ ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ และขาดความเชื่อมั่นในตนเองต่อการจัดการกับอาการวิตกกังวล ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปจะให้ความสำคัญกับอาการทางกายมาเป็นอันดับแรก ไม่ได้สำรวจความคิด ความรู้สึกของตนเอง มุ่งรักษาอาการทางกายโดยคาดหวังว่าถ้าหายจากอาการทางกายแล้วปัญหาต่างๆ จะดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยยังคงเข้ารับการรักษาย่อยขึ้น บางรายถึงกับปฏิเสธการรักษาและขอให้ส่งตัวเพื่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายที่มากขึ้นจากการส่งต่อ อีกทั้งการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเผชิญความเครียดได้ด้วยตนเอง อาจส่งผลต่อการฆ่าตัวตายได้

1.2 สิ่งกระตุ้นที่เกิดจากการทบทวนความรู้ (Knowledge-focused triggers)

ทฤษฎีการรู้คิดและพฤติกรรมอธิบายโรคจิตกังวลทั่วไปว่าเป็นรูปแบบของความคิดที่ผิด บิดเบือน หรือความคิดในเชิงลบ ไม่สร้างสรรค์ ที่เกิดร่วมกับพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่แปรปรวนไป โดยเชื่อว่าผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปมักประเมินสถานการณ์ที่ประสบว่าเป็นอันตราย หรือโอกาสที่จะเป็นอันตรายต่อตนเองสูงเกินความเป็นจริง ในขณะที่เดียวกันก็จะประเมินความสามารถของตัวเองที่จะต่อสู้หรือจัดการกับสิ่งที่มาคุกคามนั้นต่ำกว่าความเป็นจริง (Antai-Otong, 2003; Beck, 1967; Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007) การบำบัดโดยใช้แนวความคิดการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Strategies) เป็นวิธีการที่ผสมผสานระหว่างการช่วยเหลือด้านการปรับพฤติกรรมและด้านการรู้คิดเข้าด้วยกัน วิธีการนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนมุมมองต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแล้ววางแผนพัฒนาการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นด้วยการไม่วิตกกังวลและใช้ทักษะการแก้ไขปัญหามีเหตุการณที่จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นมาอีก (Frisch and Frisch, 1998) ซึ่งปัจจุบันนี้แนวทางการลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวลโดยใช้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม เป็นวิธีการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพได้ผลดี ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Hunot et. al. (2008) จากงานวิจัยที่เป็น RCTs จำนวน 13 เรื่อง เปรียบเทียบการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม กับกลุ่มควบคุม พบว่า

การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม ช่วยลดความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการบำบัด (RR 0.64, 95% CI 0.55 to 0.74)

ขั้นตอนที่ 2. การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Assembling and Evaluating Evidence)

เมื่อสามารถสรุปปัญหาความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปแล้ว ขั้นตอนต่อไปผู้ศึกษาได้กำหนดกรอบเพื่อทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ตั้งคำถามทางคลินิกและกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ของ PICO (Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout-Overholt, 2002 อ้างใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549)

1.1 ตั้งประเด็นคำถามทางคลินิก

การตั้งคำถามทางคลินิกโดยมีคำถามทางคลินิกดังนี้ “การลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปโดยใช้การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม มีวิธีการและขั้นตอนการบำบัดอย่างไร”

1.2 การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ กรอบแนวคิดที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาได้ใช้ PICO (Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout-Overholt, 2002 อ้างใน ฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549)

P (Population) : ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป (Patient with Generalized Anxiety Disorder)

I (Intervention) : การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy)

C (Comparison intervention): ไม่มีการเปรียบเทียบวิธีการบำบัด

O (Outcome) : ความวิตกกังวล (Anxiety)

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่

Population : GAD, Anxiety Disorder, Generalized Anxiety Disorder, Adults

Intervention : Cognitive Therapy , Cognitive Behavior Therapy

Comparison intervention : ไม่มีการเปรียบเทียบวิธีการบำบัด

Outcome : Anxiety

2. การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1 กำหนดเกณฑ์การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

- หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือ การวิเคราะห์ห่อภิณงานวิจัย (Meta-analysis) จากงานวิจัย RCTs ที่ตรงกับประเด็นปัญหา หรือ แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based clinical practice guideline) ที่เป็นการทบทวนงานวิจัย RCTs อย่างเป็นระบบ (Systematic review) และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากงานวิจัยแบบ Randomized controlled trial

- หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เผยแพร่ในระยะเวลา 25 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1984 ถึง ค.ศ. 2008
- เป็นรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 กำหนดแหล่งการสืบค้นงานวิจัย

สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษจากระบบฐานข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้

- ฐานข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิกของสถาบันต่างๆ ได้แก่ www.guideline.gov
- ฐานข้อมูลที่รวบรวมการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ได้แก่

www.cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au

- ฐานข้อมูลอื่นๆที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์และการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ CINAHL, Ovid, PubMed, HighWire, ScienceDirect, Blackwell-Synergy, ProQuest Nursing & Allied Health Source

- จากเอกสารอ้างอิงของบทความ/งานวิจัย จากห้องสมุดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

- วารสารที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ American Journal of Psychiatry, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Behaviour Research and Therapy

ผลการสืบค้น

การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลต่าง ๆ พบว่างานวิจัยส่วนมากตีพิมพ์เฉพาะ Abstract จึงไม่สามารถเข้าถึงงานวิจัยได้ หรือบางงานวิจัยตีพิมพ์ในวารสารที่ไม่ได้รับในประเทศไทย ผลการสืบค้นพบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ จำนวน 5 เรื่อง

รายละเอียดของผังการสืบค้นงานวิจัยแสดงไว้ในภาคผนวก ค

เกณฑ์ประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด จะถูกนำมาประเมินความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก คุณภาพและความเข้มแข็ง ระดับความน่าเชื่อถือ และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ/ดำเนินการโดยใช้เกณฑ์การประเมินของ Polit and Beck (2004) และเกณฑ์การประเมินของ Melnyk & Fineout Overholt (2005) เพื่อคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ และตรงกับประเด็นปัญหา แล้วจึงวิเคราะห์และสังเคราะห์ต่อไป

วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยทั้ง 5 เรื่อง โดยการอ่าน วิเคราะห์ สังเคราะห์ และสกัดเนื้อหาลงตาราง ตามลำดับหัวข้อ คือ 1) วัตถุประสงค์การวิจัย 2) ทฤษฎี 3) สมมุติฐานงานวิจัย 4) สถานที่ในการศึกษาวิจัย 5) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย 6) เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ 7) การบำบัด (Intervention) 8) ระเบียบวิธีวิจัย 9) ระดับของงานวิจัย 10) ผลการวิจัย 11) การสรุปเพื่อนำไปใช้ 12) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 13) การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ 14) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ พบว่าเนื้อหาตรงประเด็นกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข และมีงานงานวิจัยที่เพียงพอ จึงนำมาวิเคราะห์เนื้อหาอย่างละเอียดอีกครั้งเพื่อสกัดข้อมูลและความรู้มาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

การตรวจสอบความแม่นยำตรงของแนวปฏิบัติ โดยนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้น ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่

1. จิตแพทย์ผู้มีความรู้ ความชำนาญและมีประสบการณ์ด้านการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จำนวน 1 คน
2. อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 คน
3. นักจิตวิทยาคลินิกผู้มีความรู้ ความชำนาญและมีประสบการณ์ด้านการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จำนวน 1 คน

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ผู้ศึกษานำข้อเสนอแนะนั้นมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ถูกต้องชัดเจนและสามารถนำไปใช้ได้จริง

4. สรุปหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้

ผลการสืบค้น พบหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 5 เรื่อง เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยระดับ Randomized Controlled Trials (RCTs) ที่เป็นงานวิจัยเดี่ยว จำนวน 4 เรื่อง ดังนี้

อันดับ	ชื่อผู้วิจัย / ชื่อเรื่อง / แหล่งตีพิมพ์	ระดับงานวิจัย
1	Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., & Teixeira, V. (2008). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. <i>Cochrane Database Systematic Review</i> (1), CD001848	Systematic review Level I
2	Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of Applied Relaxation and Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 61(4), 611-619	Randomized controlled trail Level II
3	Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of Nonphobic Anxiety Disorder : A Comparison of Nondirective, Cognitive, and Coping Desensitization Therapy. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 56(6), 877-884	Randomized controlled trail Level II
4	Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. <i>Consulting and Clinical Psychology</i> , 59(1), 167-175 <i>Psychology</i> , 68(6), 957-964	Randomized controlled trail Level II
5	Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Leger, E. (2000). Efficacy of a Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Evaluation in a Controlled Clinical Trial. <i>Journal of Consulting and Clinical</i>	

5. ข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวปฏิบัติ (Recommendation)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำมาสังเคราะห์เพื่อสร้างแนวปฏิบัติได้
ข้อเสนอแนะดังนี้

**แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลใน
ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป**

1. **ระยะก่อนดำเนินการ** ควรมีการเตรียมการใน 2 ส่วน คือการพัฒนาบุคลากร และ
การพัฒนาสื่อที่ใช้ในการบำบัด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การพัฒนาบุคลากร

- ผู้ให้การบำบัดได้แก่ แพทย์ทั่วไป จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลจิตเวชผู้ที่
ปฏิบัติงานทางวิชาชีพด้านสุขภาพจิตที่มีประสบการณ์การทำงานทางคลินิกกับผู้ป่วยโรควิตกกังวล
ทั่วไป (Victoria, 2006; ระดับ I; Borkovec & Costello, 1993; Borkovec, & Mathews, 1988; Butler
et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II)

- ผู้ให้การบำบัดควรมีทักษะการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐาน ได้รับการฝึกทักษะการ
บำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม และได้รับการนิเทศจากผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม
ในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec, & Mathews, 1988; Butler et
al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II)

1.2 การพัฒนาสื่อที่ใช้ในการบำบัด ซึ่งได้แก่

1. คู่มือการบำบัด (Butler et al., 1991; ระดับ II)
2. คู่มือการฝึกการผ่อนคลาย (Borkovec, & Mathews, 1988; ระดับ II)
3. เทปบันทึกเสียงวิธีปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ (Progressive muscular
relaxation) (Butler et al., 1991; ระดับ II)
4. ตารางบันทึกกิจกรรมประจำวัน (Butler et al., 1991; ระดับ II)
5. ตารางบันทึกเกี่ยวกับความคิดที่บิดเบือนและทำให้เกิดความวิตกกังวล การใช้การผ่อนคลาย
ในการตอบสนองความวิตกกังวล การทดสอบทางพฤติกรรม (Borkovec & Costello, 1993;
Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; ระดับ II)

2. ระยะดำเนินการ

2.1 **คุณสมบัติของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรม** การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดใน
โปรแกรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ผู้ป่วยควรมีคุณลักษณะดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าป่วยเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป (GAD) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV และอาการวิตกกังวลไม่ได้เกิดจากการรับประทานยา เช่น ยาไทรอยด์ (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II)

2. เป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ (Hunot et al., 2008; ระดับ I; Butler et al., 1991; ระดับ II) แต่อย่างไรก็ตามพบว่า การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมรายบุคคลมีอัตราการออกจากการบำบัดน้อยกว่ากลุ่มรอคอยการบำบัดและการบำบัดการรู้คิด และพฤติกรรมรายกลุ่มมีอัตราการออกจากการบำบัดสูงกว่ากลุ่มรอคอยการบำบัด ผู้ป่วยวัยสูงอายุมีอัตราออกจากการบำบัดสูงกว่ากลุ่มรอคอยการบำบัดและผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่มีอัตราออกจากการบำบัดน้อยกว่ากลุ่มรอคอยการบำบัด (Hunot et al., 2008; ระดับ I)

3. มีระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลางหรือมากกว่า 7 คะแนน จากการประเมินโดยใช้แบบประเมิน Leed Anxiety Scale ของ Snaith, Bridge & Hamilton (Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; ระดับ II)

2.2 รูปแบบของการบำบัด

- รูปแบบการบำบัดเป็นการให้การบำบัดรายบุคคลโดยใช้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II) ซึ่งทำให้เกิดการตอบสนองทางคลินิกหลังการบำบัด ลดความวิตกกังวลหลังการบำบัด และ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่รับการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมรายบุคคลอยู่ร่วมการบำบัดได้นานกว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่รับการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมรายกลุ่ม (Hunot et al., 2008; ระดับ I)

- การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที ในการบำบัด 4 ครั้งแรก และครั้งละ 60 นาที ในระยะต่อมา จำนวน 12-16 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II) ทั้งนี้สามารถหยุดการบำบัดได้ เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการวิตกกังวลหรือมีระดับอาการวิตกกังวลอยู่ในระดับคงที่อย่างน้อย 2 สัปดาห์ จากการวัดโดยใช้แบบประเมิน Leed Anxiety Scale ของ Snaith, Bridge & Hamilton และผู้บำบัดกับผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นร่วมกันว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II) อย่างไรก็ตามพบว่า การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมสามารถลดความวิตกกังวลได้เมื่อผู้ป่วยรับการบำบัดจำนวน 8 ครั้งหรือน้อยกว่า และผลการลดความวิตกกังวลระหว่างการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมจำนวน 8 ครั้งหรือน้อยกว่ากับการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมจำนวน 8 ครั้งหรือมากกว่ามีความคล้ายคลึงกัน (Hunot et al., 2008; ระดับ I)

2.3 องค์ประกอบของการบำบัด การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปประกอบด้วยองค์ประกอบของการบำบัด ดังนี้

1. การให้ความรู้ (Education) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของสถานการณ์ ความคิดและความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล ความรู้สึกและพฤติกรรมเมื่อมีความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการบำบัดอย่างเต็มที่ (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II) โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ผู้บำบัดชี้แจงเหตุผลของการบำบัด คือ การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในชีวิตซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของความรู้สึกลำบากใจ (Worry) และความวิตกกังวล (Anxiety) ผู้บำบัดจะอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าความไม่แน่นอนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นเป้าหมายของการบำบัดจึงไม่ใช่การกำจัดความไม่แน่นอน แต่เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ ยอมรับ และพัฒนากลยุทธ์การเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน

- ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวล เกิดจากการขาดความเชื่อมั่นในตนเองต่อการทำกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จ และความไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน (Intolerance of uncertainty) ความเชื่อที่บิดเบือนเกี่ยวกับความกังวล (Erroneous beliefs about worry) ความบกพร่องในการเข้าใจปัญหา (Poor problem orientation) เป็นวงจรของกระบวนการที่เป็นนิสัยเมื่อบุคคลตระหนักถึงสิ่งคุกคามจะนำไปสู่ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความวิตกกังวลด้านความคิด การจินตนาการ ปฏิบัติทางร่างกาย อารมณ์ และการหลีกเลี่ยง ซึ่งทำให้ความวิตกกังวลคงอยู่ในลักษณะวงจรอุบาท (Vicious circles)

2. ฝึกการตระหนักรู้ (Awareness training) เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยตระหนักรู้เมื่อมีสัญญาณของอาการวิตกกังวลในระยะเริ่มแรก เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และสภาพร่างกายเมื่อมีความวิตกกังวล (Borkovec & Mathews, 1988; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II) โดย

- ผู้บำบัดฝึกให้ผู้ป่วยสังเกตปฏิกิริยาต่าง ๆ ของตนเองเมื่อมีความวิตกกังวล สอนให้ผู้ป่วยมีความสนใจกับประสบการณ์ในปัจจุบันมากกว่าการใส่ใจกับเหตุการณ์ในอดีตหรือเหตุการณ์ในอนาคตที่อาจเกิดขึ้นด้วยการให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกความกังวลใจลงสมุด และคิดตัวการจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ จนความกังวลใจลดลงว่าผู้ป่วยเคยใช้รูปแบบการจัดการใด การกระทำเช่นนี้จะทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงเรื่องที่มักทำให้ตนเกิดความกังวล และวิธีการที่ตนใช้ว่าวิธีการใดได้ผล วิธีการใดไม่ได้ผล

- การฝึกการตระหนักรู้อาจใช้เวลาการบำบัดอย่างน้อย 2-3 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละคน

3. การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive relaxation training) เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับปัจจัยการกระตุ้นทางสรีระ (Physiological arousal) เมื่อมีความวิตกกังวล และให้ความสำคัญของการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวล รวมทั้งนำทักษะการผ่อนคลายที่ได้รับการพัฒนาไปจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ซึ่งมีหลายรูปแบบ เช่น การหายใจโดยใช้กระบังลม การผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ และการทำสมาธิ (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; ระดับ II) มีวิธีการคือ

- ผู้บำบัดสาธิต และฝึกเทคนิคการผ่อนคลายที่หลากหลายให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ การทำสมาธิ การหายใจโดยใช้กระบังลม หลังจากนั้นจะให้ผู้ป่วยฝึกซ้ำ ๆ ทีละขั้นตอน โดยเริ่มจากการเคลื่อนไหวช้า ๆ การเดิน การหายใจโดยใช้กระบังลมหรือกล้ามเนื้อหน้าท้อง เพื่อให้เกิดการผ่อนคลายโดยทันทีเมื่อสังเกตสัญญาณเตือนในระยะเริ่มแรกของอาการวิตกกังวลในชีวิตประจำวัน ความสำเร็จของการฝึกการผ่อนคลายอยู่ที่การฝึกอย่างมีแบบแผนวันละ 2 ครั้ง และกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้วิธีการผ่อนคลายที่เหมาะสมกับตนเองให้บ่อยที่สุดทันทีเมื่อสังเกตสัญญาณเตือนในระยะเริ่มแรกของอาการวิตกกังวล ซึ่งเป็นการฝึกนิสัยการตอบสนองใหม่โดยการผ่อนคลายเพื่อตัดวงจรของความวิตกกังวล

- ผู้บำบัดฝึกให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลตามลำดับความรุนแรงทีละขั้นขณะที่ร่างกายผ่อนคลายสูงสุด (Desensitization) และฝึกซ้ำ ๆ จนกระทั่งผู้ป่วยไม่มีความวิตกกังวลหรือสามารถจัดการความวิตกกังวลออกไปได้อย่างรวดเร็ว

4. การปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิด ความเชื่อ (Developing alternative thought and belief) ที่ทำให้ความวิตกกังวลดำรงอยู่ และเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เป็นจริงและมีเหตุผล เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบการรับรู้ปัญหาในมุมมองใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม (Socratic) และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางการรู้คิด (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II) มีวิธีการดังนี้

- ผู้บำบัดสอนให้ผู้ป่วยสังเกตและระบุความคิด จินตนาการและความเชื่อพื้นฐานที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ลดความคิดและความเชื่อที่ทำให้ความวิตกกังวลดำรงอยู่โดยพัฒนาความคิดและความเชื่อที่หลากหลายและยืดหยุ่น ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Alternative thoughts and beliefs) อยู่บนความเป็นจริงและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย (Realistic and helpful alternative) โดยผู้บำบัดใช้วิธีการตั้งคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบการรับรู้ปัญหาในมุมมองใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม สร้างความเชื่อและคำพูดเกี่ยวกับตนเองใหม่ (Self-statements) ลดการรับรู้สถานการณ์ว่าก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองอย่างรุนแรงของผู้ป่วย (Decatastrophization) ทดสอบความคิดและความเชื่อใหม่โดยใช้พฤติกรรม (Behavioral testing of beliefs)

- ผู้บำบัดใช้เทคนิคทางการรู้คิดและและพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยประเมินประโยชน์ที่แท้จริงของความกังวลอีกครั้ง ผู้บำบัดย้ำกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการแก้ไขความเชื่อที่บิดเบือนเกี่ยวกับความกังวลจะช่วยเพิ่มความอดทนต่อความไม่แน่นอนของอนาคตแทนที่จะพยายามควบคุมความไม่แน่นอนด้วยการกังวลใจ การบำบัดจะพยายามระบุความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดตามมาในทางบวกซึ่งจะเป็นแรงเสริมของอาการวิตกกังวล

5. การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (Problem solving) เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เป็นขั้นตอนจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองในการแก้ปัญหา เปลี่ยนแปลงการพูดกับตนเอง และสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ (Borkovec & Mathews, 1988; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II) มีวิธีการคือ

- ผู้บำบัดฝึกให้ผู้ป่วยประเมินเหตุการณ์อย่างมีเหตุผล และใช้การแก้ปัญหา (Problem solving) โดยช่วยให้ผู้ป่วยสนใจปัญหาและระบอบองค์ประกอบที่สำคัญของสถานการณ์ปัญหาแทนที่จะให้ความสนใจไปที่รายละเอียดเล็ก ๆ น้อย ๆ เนื่องจากความไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน จะนำไปสู่ความคิดหมกมุ่นอย่างรุนแรงเกี่ยวกับรายละเอียดเล็ก ๆ น้อย ๆ ของสถานการณ์ปัญหา เมื่อผู้ป่วยสามารถระบอบองค์ประกอบที่สำคัญของสถานการณ์ปัญหาได้จะได้รับการกระตุ้นให้ใช้กระบวนการแก้ปัญหา

6. การมอบหมายการบ้าน (Homework assignment) ผู้บำบัดจะมอบหมายการบ้านให้กับผู้ป่วยภายหลังจากจบบทเรียนในแต่ละครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝนทักษะต่างๆที่ได้เรียนรู้จากการบำบัด และทดสอบสิ่งที่ได้เรียนรู้ทางพฤติกรรม (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II)

3. การประเมินผลลัพธ์การบำบัด

การประเมินผลลัพธ์ของการบำบัดสามารถประเมินความวิตกกังวลในลักษณะต่างๆด้วยแบบประเมินที่แตกต่างกัน ดังนี้

1. ประเมินภาวะความวิตกกังวลและลักษณะนิสัยของความวิตกกังวลด้วยแบบวัด State – Trait Anxiety Inventory (STAI from X) ของ Spielberger (1983) (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; ระดับ II)

2. ประเมินความรุนแรงของอาการวิตกกังวลด้วยแบบวัด Beck Anxiety Inventory (BAI) ของ Beck (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการวิตกกังวลด้านการรู้คิด อารมณ์ และร่างกายที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา (Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II)

3. ประเมินอาการวิตกกังวลด้วยแบบวัด Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) ของ Hamilton (Hamilton, 1960) (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; ระดับ II)

4. ประเมินระดับความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าด้วยแบบวัด Leed Anxiety Scale ของ Snaith, Bridge & Hamilton (Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; ระดับ II)

ขั้นตอนที่ 3. การประเมินศักยภาพความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Assessing Implementation Potential)

จากแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ผู้ศึกษานำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาประเมินความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป โดยมีประเด็นในการประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ดังนี้

1. การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability of the findings) มีความเหมาะสมกับหน่วยงาน คือกลุ่มประชากรในหลักฐานงานวิจัย มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มประชากรในหน่วยงาน คือ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ซึ่งโรงพยาบาลบ้านโป่ง มีผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลมากเป็นอันดับ 1 ซึ่งในจำนวนนั้นพบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปถึง 80% และรูปแบบการบำบัดสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรควิตกกังวลในโรงพยาบาลบ้านโป่งได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ความพึงพอใจของผู้ป่วย และประโยชน์สูงสุดที่ผู้ป่วยจะได้รับ

2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ (Feasibility of implementation) พยาบาลจิตเวชในกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบ้านโป่งมีสิทธิโดยชอบตามกฎหมาย และขอบเขตของการปฏิบัติ และสามารถยกเลิกวิธีการปฏิบัติตามหัวข้อนั้น ๆ ได้ หากวิธีปฏิบัตินั้นไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยในหน่วยงาน ซึ่งพยาบาลสามารถจะเป็นผู้ปฏิบัติได้ เพียงแต่พยาบาลที่รับผิดชอบควรมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับงานที่ปฏิบัติอย่างดีจะสามารถทำให้ผลการปฏิบัติตามแนวทางดังกล่าวมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลสามารถนำไปใช้ได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก สามารถให้ผู้ป่วยเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง และไม่น่าจะรบกวนวิธีการปฏิบัติตามรูปแบบเดิม ไม่ต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ใดเพิ่มมากขึ้น หน่วยงานมีความพร้อมระดับปานกลางเนื่องจากอาจมีความขาดแคลนด้านบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะในการปฏิบัติงาน

3. ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์ (Cost-benefit ratio) เนื่องจากแนวทางในการปฏิบัติเดิมไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ส่งผลต่อการติดตามอาการต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ และระยะเวลาการดำเนินของโรคนานขึ้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา หากสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ศึกษามาใช้ภายในหน่วยงานจะช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้

ขั้นตอนที่ 4. พัฒนาการนำไปใช้ และประเมินนวัตกรรม (Developing, Implementing, and Evaluating the Innovation)

ขั้นตอนการวางแผนการพัฒนาเพื่อการนำไปทดลองใช้ และประเมินผลนวัตกรรม สิ่ง ที่ผู้ศึกษาวางแผนที่จะนำผลการศึกษาค้นคว้าไปปฏิบัติต่อไปเมื่อสำเร็จการศึกษามีดังนี้

1. ชี้แจงและขอความร่วมมือกับผู้บริหารในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน
2. ประชุมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อปรึกษา กำหนดความเป็นไปได้ในการทดลองใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยใช้การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปในหน่วยงาน
3. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยใช้แนวคิดการบำบัดทางการรู้คิดและ พฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไป ที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ ชัดเจน เข้าใจง่าย
4. ฝึกพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการใช้แนวปฏิบัติฯ และประชาสัมพันธ์
5. ทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ ในหน่วยงานที่กำหนด
6. ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยใช้แนวคิดการบำบัดทางการ รู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลทั้งกระบวนการใช้ และผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั่วไป

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นนี้ยังไม่มีศึกษานำร่อง ผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะ สำหรับผู้ที่สนใจศึกษาที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ไปใช้ ดังนี้

1. โปรแกรมการบำบัดเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วไปโดยใช้ แนวคิดการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม ควรมีการติดตามประเมินความวิตกกังวลและให้การบำบัด เพื่อกระตุ้นแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
2. เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยในวัยผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะออกจากโปรแกรมมากกว่าผู้ป่วย ในวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นควรมีประเมินและส่งเสริมแรงจูงใจในการบำบัดของผู้ป่วยในวัยสูงอายุ และปรับ กลยุทธ์การบำบัดให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในวัยสูงอายุ
3. ควรมีการเผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปยังบุคลากรในทีมสุขภาพและหน่วยงาน อื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภายในองค์กรและภายนอกองค์กร โดยวิธีการต่างๆ เช่น การประชุมเจ้าหน้าที่ที่ เกี่ยวข้อง การประชุมวิชาการ การลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางวิชาการ และเผยแพร่ใน ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และมีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้เพื่อให้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติอย่าง ต่อเนื่องต่อไป

4. เนื่องจากในการศึกษานี้เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยเพียง 5 เรื่อง และยังไม่เคยนำมาปรับใช้ในเมืองไทยมาก่อน จึงควรดำเนินการโครงการนำร่อง หรือทำเพื่อประเมินผลลัพธ์ ความคุ้มค่าคุ้มทุน รวมทั้งสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และปรับปรุงเขียนแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทชัดเจนและง่ายต่อการนำไปใช้ให้มากที่สุด

THE DEVELOPMENT OF CLINICAL NURSING PRACTICE GUIDELINES
FOR THE USE OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN REDUCING
ANXIETY IN PATIENTS WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDER

RAJCHA TORSUP 4836951 NSMH / M

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

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: ATIRAT WATTANAPAILIN,
Ed.D., ACHARAPORN SEEHERUNWONG, D. N. S.

EXTENDED SUMMARY

1. Introduction

Generalized Anxiety Disorder is a psychotic disorder frequently found in Thailand and other countries. Currently, in Thailand there are no surveyed statistical data for the generalized anxiety disorder; only statistical data for anxiety disorder are available. Thailand's mental health statistics showed that among other mental health disorders anxiety disorder was in the first rank in 2003 and was in the second rank after schizophrenia in 2004-- approximately, 546,025 patients and 413,715 patients living with this disorder, respectively. In addition, in 2005-- 2007 there were 372,536 patients, 348,748 patients, and 365,904 patients having the anxiety disorder (Mental Health Division, 2007). These numbers are rather high. Similarly, in Rajchaburi Province, during 2003-2007 budgetary years there were 6,117, 2,813, 4,835, 6,874, and 4090 anxiety disorder patients, respectively (Mental Health Division, 2007). Obviously, the number of patients in 2005 is 2.4 times as of that in 2006. Specifically, in Banpong District, Rajchaburi Province there were 975, 1,161, 1,551, 1241, and 1064 patients with mental health problems seeking care and treatment at Banpong Hospital's out-patient department during 2003- 2007, respectively. Among these numbers, the highest incidence rate was anxiety disorder. In 2008, 1081 patients were

classified in anxiety disorder (Banpong Hospital Bulletin, 2009). Some of these patients were hospitalized and screen-tested for generalized anxiety disorder. It was found that 80 percent of them had generalized anxiety disorder. Fifty five percent of these patients had recurrent episode.

Anxiety disorder causes negative impacts to individuals, families, and societies. A study showed that 2 % of anxiety disorder patients experienced with social, economic, and personal resource losses (Mental Health Division, 2004). Other mental health disorders are most frequently found with anxiety disorder. Critical life events may induce the anxiety disorder. Some patients' anxiety disorder develops as a chronic or life-long condition. Twenty five of generalized anxiety disorder patients had panic disorder. A number of anxiety disorder patients had major depressive disorder (Suchanich & Udomratana, 2001). Patients experience up and down anxiety disorder symptoms. The symptoms are related to stress in daily life causing physical discomfort and troubles to patients. Patients may be ineffective in working, have family conflicts, have economic burdens for care and treatment, and they may seek many hospitals for care and treatments. If the patients are untreated, they may develop physical sickness. The anxiety disorder patients may develop hopeless feeling that can lead them to commit suicide (Chaipratan, 2005).

Nowadays, there are many forms to treat generalized anxiety disorder. The treatment includes medical treatment such as benzodiazepines, azapirones, and antidepressant as well as psychotherapy such as psychodynamic therapy, relaxation training, supportive psychotherapy, and cognitive behavior therapy (Goldberg & Posner, 2007; Hunot, et al., 2008). According to the review of literature about the current therapy and helping patients with generalized anxiety disorder, cognitive behavioral therapy (CBT) is an effective psychosocial therapy that provides promising results (Butler, et al., 1991; Hunot, et al., 2008; Ladouceur, et al., 2000; Ost & Breitholtz, 2000; Victoria, 2006). It is hypothesized that anxiety disorder comes from faulty, distorted, negative, or counter productive thinking. This thought may occur in conjunction with abnormal behaviors or distorted moods. Often, patients may overly assess dangers or potential risks they might have; they may assess their self-capability to fight or manage the threatening situations lower than their real potentiality. Patients perceive and interpret their life-situations as threats to their physical or social well-

being. The patients may consider the physical responses to their anxiety such as high heart rate, breathing difficulty as being dangers greater than they actually are; they often misinterpret about their feelings. They, therefore, think that they have heart diseases or something wrong and threatening to their life happen (Tason, 2005).

Cognitive and behavioral therapy emphasizes helping patients to learn having new thoughts and new modified behaviors in order to be responsive to anxiety stimulating situations. The therapy helps the patients to see the relationship between cognition or thought and behavior. The therapy trains the patients in learning to see through how their experience relates their deviated thoughts. The therapy helps patients to aware that a real situation they are facing causes their anxiety and the anxiety comes from inappropriate and weak thinking process and exacerbated-unrealistic thoughts. The therapy helps patients in learning new appropriate methods or strategies and trains the patients to give new nonnegative meanings to situations as well as to have better corresponding thoughts when they get anxiety stimulating information than they do before. The therapy also trains patients in problem-coping skills and relaxation techniques in order to have appropriately physical responses from anxiety and suitably correct the responses of situations inducing anxiety (Beck & Emery, 1985; Romana, 2003).

Based on aforementioned data and reasons, the investigator was interested in developing a clinical nursing practice guideline for the use of cognitive behavioral therapy in reducing anxiety in persons with generalized anxiety disorder. The practice guideline was developed as evidence-based practice to help patients with generalized anxiety disorder understand the disorder, the disorder process, and treatment, to observe symptoms leading to the anxiety, and appropriately to manage their anxiety. The guideline can reduce both short-term and long-term anxiety and enhance the quality of life of patients that lead to reduce family's burdens such as time, monetary expense. Consequently, the guideline strengthens the community's potentiality. The guideline can reduce a number of hospitalized patients and helps health care professionals to have proactive work in solving mental health problems related to generalized anxiety disorder so that community gains the better health promotion benefits.

2. Purposes of the study

This study aimed to develop a clinical nursing practice guideline for the use of cognitive behavioral therapy in reducing anxiety in persons with generalized anxiety disorder.

3. Method

In the development of a clinical nursing practice guideline for the use of cognitive behavioral therapy in reducing anxiety in persons with generalized anxiety disorder, the investigator applied Polit and Beck's evidence-based approach to clinical appraisal (2004) as a framework. The guideline development is composed of the following steps.

Step 1. Selecting a topic or problem

This step explores a clinical problem from two triggers.

1.1 Problem-focused triggers

Presently, patients with generalized anxiety disorder at Banpong Hospital are treated by family doctors. Symptomatic treatments in combination with medication, mainly benzodiazepines such as diazepam, are given to patients. Patients also receive basic mental health education regarding their self-care and causes of sickness from doctors and nurses. Paralleled with the doctors' advice, nurses suggest stress relaxation techniques to patients. Some patients feel unsatisfied with the care and treatment they receive; they do not accept doctor's diagnosis. As a result, patients do not practice their self-care as what doctors recommend; they have a lack of self-confidence in their anxiety management. That is, most generalized anxiety disorder patients prioritize their physical symptoms before mental problems; they do not assess their thoughts and feelings. Therefore, they focus on the physical symptom treatment with their expectation that if the physical problems are cured, their other problems will get better. Thus, they will come to the hospital more often. Some patients refuse to get treatment and care at the hospital and ask the hospital to refer them to another hospital. This problem causes more money spending to patients and hospital as well as to the nation as a whole. Eventually, patients still cannot cope with their stress and anxiety so that they may end up committing suicide.

1.2 Knowledge-focused triggers

Cognitive and behavioral theory can be used to explain generalized anxiety disorder. The theory explains that the generalized anxiety disorder is a pattern of faulty, distorted, negative, and counterproductive thinking. The thinking occurs with unstable moods. It is believed that patients with this disorder exaggerate the encounter situations as dangerous to or threatening them. They consider themselves being unable to fight or manage the threatening situations. Most often, they think that they have lower capacity to manage the situations than they actually do (Antai-Otong, 2003; Beck, 1967; Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007).

The cognitive and behavioral therapy is a method intermingling both behavioral and cognitive modifications. This method will help patients adjust their view towards situations inducing anxiety and plan how to respond to triggering situations without anxiety as well as help patients use problem-solving skills when facing a situation inducing anxiety (Frisch & Frisch, 1998). Currently, strategies using cognitive and behavioral therapy to reduce the anxiety of patients with anxiety disorder are effective in both short and long terms. According to a study that systematically reviewed 13 studies by Hunot, Churchill, Teixeira, and Silva de Lima (2008), it was found that compared with controlled groups, patients in treatment groups receiving CBT had lower anxiety (RR 0.64, 95% CI 0.55 to 0.74).

Step 2. Assembling and evaluating evidence

After summarizing the problems of patients with generalized anxiety disorder, the next step is specifying the framework to review the related studies and criticizing the studies. The reviewing and criticizing studies aimed to develop a clinical nursing practice guideline for the use of cognitive behavioral therapy in reducing anxiety in persons with generalized anxiety disorder. This step encompasses two processes.

1. Specifying a clinical question and key words used to establish search for research studies and evidence-based practice by using PICO framework (Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout-Overholt, 2002, in Tiloksakulchai, 2006).

1.1 Specifying a clinical question

The clinical question was specified as “What are strategies and processes of cognitive and behavioral therapy to reduce anxiety of patients with generalized anxiety disorder?”

1.2 Establishing search for evidence and evidence appraisal

In the searching evidence, keywords were indicated and PICO framework was applied (Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout-Overholt, 2002, in Tiloksakulchai, 2006). What follows is the description of using keywords and PICO for evidence searching.

PICO

P (Population) : Patient with generalized anxiety disorder
I (Intervention) : Cognitive behavioral therapy
C (Comparison intervention) : No comparison
O (Outcome) : Anxiety

Keywords

Population : GAD, anxiety disorder, generalized anxiety disorder, adults
Intervention : Cognitive therapy, cognitive behavior therapy
Comparison intervention : No comparison
Outcome : Anxiety

2. Searching for evidence and evidence appraisal

2.1 Criteria for searching evidence

- Searching criteria included the research studies in patients with generalized anxiety disorder and the studies applying cognitive and behavioral therapy to reduce anxiety. Particularly, these studies are classified as level I and II evidence, including systematic review or meta-analysis studies of randomized controlled trials (RCTs) pertinent to the problem of study, evidence-based clinical practice guidelines developed from systematic review of RCTs, and evidence from RCTs.

- Searching criteria covered research studies conducted within the past 25 years from 1984 to 2008.

- Complete research studies, either in Thai or in English, were selected.

2.2 Specifying research databases for search

The investigator established search for evidence from research studies published either in Thai or in English from following research databases.

- Clinical practice guideline databases of any organizations such as National Guideline Clearing House (www.guideline.gov).
- Research databases collecting systematic review studies such as the Cochrane Library (www.Cochrane.org), the Joanna Briggs Institute (www.joannabriggs.edu.au).
- Other databases collecting research studies and evidence in nursing and health studies such as CINAHL, Ovid, PubMed, HighWire, ScienceDirect, Blackwell-Synergy, ProQuest Nursing & Allied Health Source
- Reference lists of research articles/research studies from the library of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, the libraries of Nursing Faculties, and the library of Thammasat University.

Nursing and health journals publishing mental health research studies such as American Journal of Psychiatry, Journal of Consulting and Clinical Psychology, and Behavior Research and Therapy.

Search Results

The search based on the above searching criteria revealed that most studies published only abstract. Thus, it was inconvenient for the investigator to access to the full-text articles of those studies and the studies published in the journals unavailable in Thailand. Finally, the search for evidence yielded 6 studies for evidence appraisal and synthesis.

Details of searching for evidence are described in Appendix

Criteria for classifying the level of evidence

All selected research studies and evidence were appraised for clinical relevance, quality and strength, classification of level of evidence, and implementation as suggested by Polit and Beck (2004) and Melnyk and Fineout Overholt (2005) in order to have the qualified studies and evidence pertinent to the problem of study. Then, the studies were critically analyzed and synthesized for the development of the clinical practice guideline.

The investigator analyzed the evidence from all six research studies by reading, analyzing, synthesizing, and summarizing the focal points into a summary table. The table consists of 1) the purpose of study, 2) funding, 3) hypothesis, 4) samples, 5) instruments/tools assessing the study outcomes, 6) intervention, 7) research method, 8) level of research evidence, 9) results, 10) summary for future application, 11) relevance to clinical problem, 12) scientific merit, and 13) clinical application potential.

According to the research evidence appraisal, it was found that the contents of research evidence were relevant to the topic problem that the investigator was interested to solve. In addition, there were enough studies worthy for analyzing and synthesizing. Therefore, the investigator thoroughly analyzed the contents of each study in order to synthesize important data and knowledge for the development of a clinical nursing practice guideline for the use of cognitive behavioral therapy in reducing anxiety in persons with generalized anxiety disorder. The guideline was content- and language-validated by three following experts.

1. A psychiatrist, who is knowledgeable and expertise in cognitive and behavioral therapy.
2. A nursing instructor, who is intellectual and expertise in mental health nursing psychology.
3. A clinical psychologist, who is erudite and expertise in providing cognitive and behavioral therapy.

After the experts validated the contents of the practice guideline, the investigator, together with the investigator's research advisor, corrected and improved the guideline based on the experts' recommendations in order to have the clear and accurate practice guideline that can be applied in real practice.

4. A summary of research evidence

The search for research evidence yielded five studies: 1 systematic review study and 4 randomized controlled trials (RCTs), as shown in the table below.

Study	Authors / Titles / Publication	Level of Evidence
1	Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., & Teixeira, V. (2008). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. <i>Cochrane Database Systematic Review</i> (1), CD001848	Systematic review Level I
2	Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of Applied Relaxation and Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 61(4), 611-619	Randomized controlled trail Level II
3	Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of Nonphobic Anxiety Disorder : A Comparison of Nondirective, Cognitive, and Coping Desensitization Therapy. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 56(6), 877-884	Randomized controlled trail Level II
4	Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. <i>Consulting and Clinical Psychology</i> , 59(1), 167-175	Randomized controlled trail Level II
5	Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Leger, E. (2000). Efficacy of a Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Evaluation in a Controlled Clinical Trial. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 68(6), 957-964	Randomized controlled trail Level II

5. Recommendations for guideline development

What follows are the recommendations for the development of the practice guideline, based on the review and synthesis of relevant literature.

A Clinical Nursing Practice Guideline for the Use of Cognitive Behavioral Therapy in Reducing Anxiety in Patients with Generalized Anxiety Disorder

1. Pre-intervention or preparation. Preparation for the intervention focuses on two things: personal resource development and the development of the therapy tools, as described as follows:

1.1 Personal resource development

- The therapists include family doctors, psychiatrists, psychologists, and psychiatric nurses, who have been working in the field of mental health and having clinical experience with generalized anxiety disorder patients (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec, & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; Level II; Victoria, 2006; Level I).

- The therapists should have basic counseling skills and be trained in skills to provide cognitive behavioral therapy. They should be supervised by experts in providing the cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder patients (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec, & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; Level II).

1.2 The development of the therapy tools

1. Handbook for therapy (Butler et al., 1991; Level II)
2. Relaxation handbook (Borkovec, & Mathews, 1988; Level II)
3. Tape recorder of practicing progressive muscular relaxation (Butler et al., 1991; Level II)
4. Daily activity record table (Butler et al., 1991; Level II)
5. Record table for distorted thoughts that cause anxiety, the use of relaxation technique in response to anxiety, and behavioral testing (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Level II)

2. Intervention

2.1 Eligible participants

In selecting patients/persons participating in the therapy program to reduce generalized anxiety disorder, qualified participants should have the following characteristics.

1. Persons are diagnosed as primary generalized anxiety disorder (GAD), based on DSM-IV, and their anxiety does not come from taking the medicine such as medicines treating thyroid (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; Level II).

2. Persons are adult and elderly patients (Hunot et al., 2008; Level I; Butler et al., 1991; Level II). It was found that compared with the waiting-list group an attrition rate of individual cognitive behavioral therapy is lower and an attrition rate of group cognitive behavioral therapy is higher. In addition, elderly patients have a higher attrition rate than do patients in waiting-list group; adult patients have a lower attrition rate than do patients in waiting-list group (Hunot et al., 2008; Level I)

3. Persons have anxiety score of moderate or more than 7 scores, as assessed by Leed Anxiety Scale of Snaith, Bridge, and Hamilton (Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Level II).

2.2 Patterns of therapy

- Individual therapy using cognitive behavioral therapy (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; Level II). This therapy results in clinical responses after the therapy and reduces anxiety after the therapy. Patients having the individual therapy stay in the therapy longer than the patients having group therapy (Hunot et al., 2008; Level I).

- Cognitive and behavioral therapy takes 90 minutes for the first four sessions and 60 minutes for later sessions. In total, the therapy includes 12-16 sessions: 1-2 sessions per week (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; Level II). However, the therapy may be stopped if persons do not have anxiety or their anxiety stably improves for at least 2 weeks, as assessed by Leeds Anxiety Scale of Snaith, Bridge, and Hamilton, and the therapists and persons have confidence that the persons can effectively control their anxiety (Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; Level II). Nevertheless, the cognitive behavioral therapy can reduce the persons' anxiety when the persons receive

the therapy 8 sessions or less. The therapy results of 8 sessions or less are similar to those of 8 sessions and more (Hunot et al., 2008; Level I).

2.3 Strategies of therapy

Cognitive behavioral therapy to persons' reduce generalized anxiety disorder constitutes the following strategies.

1. Education. The education aims to teach patients in understanding about the relationship of situations, thoughts, unrealistic belief, and feeling and behavioral expression when having anxiety. Therefore, the patients will be well coordinated in the therapy (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; Level II). Educational strategies are described as follows:

- The therapist informs the reason of therapy. That is, patients may perceive uncertainty of their life so that they feel worried and have anxiety. The therapist explains to the patients that uncertainty normally happens in daily life. The aim of therapy is not confined only at uncertainty, but helps the patients to aware, accept, and develop the means to face with uncertainty.

- The therapist educates patients on anxiety in that the anxiety comes from some causes such as a lack of their self-confidence in doing successful activities, intolerance of uncertainty, erroneous beliefs about worry, and poor problem orientation. These causes create a habitually vicious cycle. That is, when an individual is aware that there is a threat, he will react to his anxiety through thinking, imagination, and physical and emotional reactions, and avoidance.

2. Awareness training. The training will train the patients to be aware of anxiety symptoms at the beginning and understand the relationship between thought, emotion, and physical response towards anxiety (Borkovec & Mathews, 1988; Ladouceur et al., 2000; Level II). The awareness training emphasizes the following strategies.

- The therapist trains the patients in observing any response towards their anxiety and teaches the patients to pay an attention on present experience more than past or future situations. The therapist tells the patients to write down or record their anxiety in a notebook and how they can manage their situations to reduce their

anxiety. This strategy helps patients to be aware about the situation that often leads to their anxiety and what technique they use is effective or ineffective.

- The awareness training therapy may take 2-3 sessions; it depends on the needs of each patient.

3. Progressive relaxation training. This training practices the patients to be conscious about physiological arousal when they have anxiety and the importance of relaxation to reduce their anxiety. In addition, the training helps patients to apply the progressive relaxation techniques in daily anxiety management. The progressive relaxation techniques include diaphragmatic breathing, systemic muscular relaxation, and meditation (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Level II). The progressive relaxation training is composed of following strategies.

- The therapist demonstrates and teaches the patients various relaxation techniques such as diaphragmatic breathing, systemic muscular relaxation, and meditation to patients. Then, step by step the patients repeatedly do the relaxation techniques. It is started from moving slowly, walking, and breathing with their diaphragm or abdominal muscles. This technique is done to gain relaxation suddenly when the patients notice early warning signs of their daily anxiety. The importance of relaxation training is a systematic training of two times a day. The therapist encourages the patients to use the relaxation suitable for them as much as possible when they notice early signs of anxiety. It is a kind of habit training to have new responses by using relaxation to cut an anxiety cycle.

- The therapist trains the patients to imagine about the situations that cause anxiety, from the less to worse situations or desensitization, while the body is in maximal relaxation. The therapist repetitively trains the patients until they do not have anxiety or they can rapidly eradicate their anxiety.

4. Developing alternative thought and belief. Patients learn to change the belief that makes the anxiety remained and learn to develop new alternative thoughts that are realistic and logic. Patients discover their new problem perception differently from what they perceived before (Socratic) so that their thought is alternated (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991;

Ladouceur et al., 2000; Level II). Developing alternate thought and belief contains following strategies.

- The therapist teaches the patients to observe and indicate their thought, imagination, and fundamental belief that cause anxiety. The therapist minimizes the patients' thoughts and beliefs, making the anxiety remained, by developing various, flexible, and alternative thoughts and beliefs that are realistic and helpful alternative to patients instead. The therapist raises questions to patients in order for the patients to discover their perception towards problems differently from their previous perception; the patients can create a new belief and new self-statements and can reduce the perceptions towards the situation that harms them (decatastrophization). The therapist also conducts behavioral testing of belief in patients.

- The therapist applies cognitive behavioral techniques to help the patients assess core benefits of anxiety again. The therapist reminds the patients to correct the distorted beliefs about anxiety in order to enhance their patience towards future uncertainty, instead of to try to control the uncertainty with anxiety. The therapy emphasizes indicating positive consequences of beliefs that counteract anxiety.

5. Problem solving. The problem solving techniques help patients to have orderly problem-solving skills so that the patients can gain their self-confidence in problem-solving, change their self-talk, and can manage the situations that cause anxiety (Borkovec & Mathews, 1988; Ladouceur et al., 2000; Level II). The problem solving focuses on the following means.

- The therapist trains patients to reasonably evaluate the situations and use problem-solving techniques. The therapist helps patients paying attentions on problems and specifying key components of situations, instead of paying attentions on trivial situations. That is, patients' impatience to uncertainty will lead to severely obsessive thinking about trifling details of problematic situations. After patients can specify the key components of problematic situations, they are encouraged to apply problem solving process.

6. Homework assignment. The therapist will assign homework to patients after they finish the lesson in each session in order to train the patients about their acquired training skills from the therapy and to test the behavior they have learned

(Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; Level II).

3. Outcome evaluation

Anxiety can be evaluated as an outcome of the therapy. The anxiety is evaluated by using the following tools.

1. Anxiety and anxiety-trait assessment are evaluated by using State – Trait Anxiety Inventory (STAI from X) of Spielberger (1983) (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Level II).

2. Severity of anxiety is assessed by Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988). Original BAI is in France language. It has 21 items assessing the severity of anxiety regarding thoughts, emotions, and physical responses in the past week (Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; Level II).

3. Signs and symptoms of anxiety are assessed by Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) (Hamilton, 1960) (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Level II).

4. Anxiety level and depression are assessed by Snaith, Bridge and Hamilton's Leeds Anxiety Scale (Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Level II).

Step 3: Assessing Implementation Potential

The investigator assesses the possibility of applying the developed guideline with patients with generalized anxiety disorder. The investigator assesses the following implementation potentials.

1. Transferability of the findings. The investigator assesses if the guideline is fit with organization such as the similarity of samples in the studies with the patient samples, who are generalized anxiety disorder patients, in the organization. At Banpong Hospital, among the patients with mental health disorders patients with anxiety are in highest number. Among this number, up to 80 % are patients with generalized anxiety disorder. Therefore, there is a potential to apply the guideline with patients with generalized anxiety disorder at Banpong Hospital. The application potential depends on the voluntariness of patients, patients' satisfaction, and maximum benefits the patients will gain.

2. Feasibility of implementation. Mental health nurses at Mental Health Division of Banpong Hospital have legal rights and professional practice to implement the guideline. They also can terminate any strategies of the therapy guideline if they find out that the strategies are not suitable with the patients in their division. Therefore, mental health nurses, who are in charge of the therapy, should be knowledgeable, have right understanding, and well trained in the guideline implementation, including cognitive behavioral therapy. As a result, the outcomes of the guideline implementation are more effective. Moreover, anxiety assessment tools are easily to use; patients can learn how to use the tools by themselves. This practice guideline may not interfere the current practice of the division. The guideline does not need extra instruments or materials of the organization. However, the division is moderately prepared for the guideline implementation because there is a lack of personnel, who are expertise in this field of practice.

3. Cost-benefit ratio. The current practice does not have a clear formal practice guideline. Therefore, continuous follows up for anxiety may not be efficient; patients repetitively come back to the hospital and their anxiety may prolong; their quality of life diminishes and their treatment spending increases. As a result, if the developed nursing practice guideline is used at the mental health division of the hospital, it may minimize these problems.

Step 4: Developing, Implementing, and Evaluating the Innovation

In developing, implementing, and evaluating the innovation, after her study graduation the investigator planned to apply the practice guideline in real practice by doing following activities.

1. The investigator will inform and ask for cooperation from authoritative persons of the hospital for applying the guideline at the mental health division.

2. The investigator will set a meeting with involving personnel in order to ask their advice and specify the possibility in conducting a pilot test of the clinical nursing practice guideline to reduce anxiety in patients with generalized anxiety disorder at the mental health division of the hospital.

3. The investigator will develop a nursing clinical practice guideline to reduce anxiety in patients with generalized anxiety disorder. This guideline will be

clear and easy to understand. The guideline is based on evidence-based research and practice.

4. The investigator will train nurses and relevant personnel in applying the guideline. She also will make the guideline known to everyone at the hospital.

5. The investigator will conduct a pilot test of the practice guideline at a specified division.

6. The investigator will evaluate the outcomes, both implementation process and results, of applying the guideline employing cognitive behavioral therapy to reduce the anxiety of patients with generalized anxiety disorder.

Recommendations

Since there is no pilot study to test this new developed practice guideline, the investigator has some recommendations for persons who are interested in applying the guidelines.

1. In applying the program using cognitive behavioral therapy in the clinical nursing practice guideline to reduce anxiety in persons with generalized anxiety disorder, the program therapist should continuously evaluate patients' anxiety. The therapist should constantly provide the therapy to encourage patients.

2. Compared with adult patients, the elderly tend to leave the program more than the adults do. Therefore, the therapist should assess and motivate the elderly to complete in the program therapy. The therapist then adjusts the therapy strategies suitable with problems and contexts of the needs of the elderly.

3. In order to create knowledge exchange for incessantly improving the practice guideline, the nursing practice guideline should be distributed to health care personnel and other organization, both inside and outside organization. The distribution can be done through staff meeting, academic conference, academic journal publication, and electronic databases.

4. This study is a process of analyzing and synthesizing the evidence from six studies for the development of a nursing practice guideline to reduce anxiety of persons with generalized anxiety disorder. The developed practice guideline has not been adjusted and used in Thailand before. Thus, it is necessary to conduct a pilot project, perform evaluations for implementation outcome as well as cost effectiveness

and efficiency, and assess patients and health care personnel's satisfactions. Also, the practice guideline should be improved to make it appropriate with organizational context, clear, and easy to use as much as possible.



รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2546). *การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิต : การศึกษาระดับประเทศ ปี 2546*. กรุงเทพฯ: บริษัท วงศ์กมล จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2547). *การศึกษาทบทวนองค์ความรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคทางจิตเวช : โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท*. กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์ พับลิชชิง.
- งานทะเบียนผู้ป่วยนอก. (2550). สถิติผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป. จังหวัดราชบุรี: โรงพยาบาลบ้านโป่ง.
- งานทะเบียนผู้ป่วยนอก. (2551). สถิติผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป. จังหวัดราชบุรี: โรงพยาบาลบ้านโป่ง.
- จันทิมา องค์ไผ่ชนิด. (2547). *จิตบำบัดในการปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ยูเนียน ครีเอชั่น.
- จำลอง ดิษยวณิช, & พร็ิมเพรา ดิษยวณิช. (2545). *ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ*. เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์
- ณัฐทิพร ชัยประทาน. (2548). *ผลของการให้การปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกผ่อนคลายความเครียด และการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคจิตกกังวล*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2547). *คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์. (2545). *จิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ชวนการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2548). *จิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- สุชาติ พหลภักย์. (2542). *ความผิดปกติทางอารมณ์*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริรักษ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4 ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrews, G., Sanderson, K., Slade, T., & Issakidis, C. (2000). Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment. *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*, 78 (4), 446.

- Antai-Otong, D. (2003). Current treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 41 (12), 20.
- Antai-Otong, D. (2003). Psychiatric nursing: biological & behavioral concepts. In D. Antai-Otong (Ed.), *The Client with an Anxiety Disorder*. Australia: Thomson.
- Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 633-646.
- Beck, A. T. (1967). *Depression Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Hoeber Medical Division.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Book, Inc.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: basis and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Belanger, L., Ladouceur, R., & Morin, C. M. (2005). Generalized anxiety disorder and health care use. *Can Fam Physician*, 51 (10), 1362-1363.
- Belanger, L., Morin, C. M., Langlois, F., & Ladouceur, R. (2004). Insomnia and generalized anxiety disorder: Effects of cognitive behavior therapy for gad on insomnia symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 18 (4), 561-571.
- Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 611-619.
- Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of nonphobic anxiety disorder : A Comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 877-884.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), 167-175.
- David, H. E., Amy, S. J., & Karen, T. (2007). A cognitive-behavioral group for patients with various anxiety disorders. *Psychiatric Services*, 58 (9), 1205.
- David, J. K., Kenneth, A. K., Thomas, D., Henry, J. H., & et al. (2001). Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (12), 1999.

- Deborah, A.-O. (2003). Current treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 41 (12), 20.
- O'Donohue, W., Fisher, J. E., & Hayes, S. C. (2003). *Cognitive behavior therapy : Applying empirically supported techniques in your practice*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Fisher, P. L. (2007). Psychopathology of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, 6 (5), 171-175.
- Fisher, P. L., & Durham, R. C. (2004). Psychopathology of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, 3 (4), 26-30.
- Goldberg, R. J., & Posner, D. (2007). Anxiety disorders: Diagnosis and management. In R. J. Goldberg (Ed.), *Practical Guide to the Care of the Psychiatric Patient* (3 ed.). Philadelphia: Mosby.
- Grant, A., MILLS, J., Mulhern, R., & Short, N. (2004). *Cognitive behavioural therapy in mental health care*. London: SAGE Publications.
- Hoffman, E. J., & Mathew, S. J. (2008). Anxiety disorders: a comprehensive review of pharmacotherapies. *The Mount Sinai journal of medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 75 (3), 248-262.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal Clinical Psychiatry*, 69 (4), 621-632.
- Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., & Teixeira, V. (2008). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database Systematic Review* (1), CD001848.
- Kessler, R. C., Keller, M. B., & Wittchen, H.-U. (2001). The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24 (1), 19-39.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Leger, E. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (6), 957-964.
- Lee, S., Tsang, A., Chui, H., Kwok, K., & Cheung, E. (2007). A community epidemiological survey of generalized anxiety disorder in Hong Kong. *Community Mental Health Journal*, 43 (4).

- Lieb, R., Becker, E., & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 445-452.
- Malyszczak, K., & Szechinski, M. (2004). Comorbidity of different forms of anxiety disorders and depression. *Psychiatr Pol*, 38 (4), 603-609.
- McIntosh, A., Cohen, A., Turnbull, N., Esmonde, L., Dennis, P., Eatock, J., et al. (2004). *Clinical guidelines and evidence review for panic disorder and generalised anxiety disorder*. London: National Collaborating Centre for Primary Care.
- Melnyk, B. M., & Fineout – Overholt, E. (2005). *Evidence - base practice in nursing and health care: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Morrison-Valfre, M. (2005). Foundations of mental health care. *In managing anxiety* (3 ed.). Philadelphia: Mosby.
- Ost, L. G., & Breitholtz, E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 777-790.
- Pina, A. A., Silverman, W. K., Alfano, C. A., & Saavedra, L. M. (2002). Diagnostic efficiency of symptoms in the diagnosis of DSM-IV: generalized anxiety disorder in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (7).
- Polit, D. F., & Beck, C. K. (2006). *Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization*. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pounds, R. (1992). A review of the medical and social consequences of generalized anxiety disorder and panic disorder. *The Journal of the Louisiana State Medical Society*, 144 (10), 479-483.
- Ren, C., Wilson, H. S., & Trigoboff, E. (2004). *Psychiatric-mental health nursing*. New Jersey: Pearson.
- Romana, M. S. (2003). Treating generalized anxiety disorder. *Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 41 (12), 31-35.
- Rouillon, F. (2004). Long term therapy of generalized anxiety disorder. *European Psychiatry*, 19, 96-101.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Synopsis of psychiatry* (10 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Sheila L. Videbeck. (2006). *Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shives, L. R. (2005). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing (6 ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Singapore Ministry of Health National Medical Research Council. (2003). *Anxiety disorders*. Singapore: Singapore Ministry of Health.
- Stanley, M. A., & Beck, J. G. (2003). Cognitive-behavioral treatment of late-life generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (2), 309-319.
- Victoria, H. (2006). Anxiety Disorder (Generalised): Adult outpatient management. *Evidence Summaries - Joanna Briggs Institute*.
- Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2007). *An introduction to cognitive behaviour therapy*. Los Angeles: SAGE Publications.
- Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder : Nature and course. *Clinical Psychiatry*, 62 (11), 15-19.
- World Health Organization. (2006). *International statistical classification of diseases and related health problems: Tenth revision*. Geneva: World Health Organization.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ชื่อแนวปฏิบัติการพยาบาล

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การบำบัดการรู้คิด และพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป (The development of clinical nursing practice guideline for the use of cognitive behavioral therapy in reducing anxiety in patients with generalized anxiety disorder)

2. แหล่งอ้างอิงทางบรรณานุกรม

รัจฉา ต่อทรัพย์, อติรัตน์ วัฒนไพลิน, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2553). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

3. ขอบเขตในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

3.1 กลุ่มโรค/ กลุ่มอาการ: ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

3.2 กลุ่มบุคลากรที่ใช้แนวปฏิบัติ: พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หรือบุคลากรทางสุขภาพจิตที่ได้รับการฝึกอบรมการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

3.3 วัตถุประสงค์ของแนวปฏิบัติการพยาบาล: เพื่อเป็นแนวทางในการบำบัดดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในการลดความวิตกกังวลของโรค

3.4 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย: ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่มารับบริการกลุ่มงานจิตเวชในโรงพยาบาลบ้านโป่ง ที่มีอาการวิตกกังวลในระดับสูง

3.5 ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดจากการใช้แนวปฏิบัติ: ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปมีความวิตกกังวลลดลง สามารถจัดการกับอาการวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม

4. วิธีดำเนินการ

4.1 ตั้งคำถามทางคลินิกและกำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นงานวิจัย และหลักฐานเชิงประจักษ์ PICO (Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout-Overholt, 2002 อ้างใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

4.1.1 ตั้งประเด็นคำถามทางคลินิก

การตั้งคำถามทางคลินิกโดยมีคำถามทางคลินิกดังนี้ “การลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปโดยใช้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม มีวิธีการและขั้นตอนการบำบัดอย่างไร”

4.1.2 การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ กรอบแนวคิดที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้ศึกษาได้ใช้ PICO (Craig & Smyth, 2002; Melnyk & Fineout-Overholt, 2002 อ้างใน ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549)

P (Population) : ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป (Patient with Generalized Anxiety Disorder)

I (Intervention) : การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy)

C (Comparison intervention): ไม่มีการเปรียบเทียบวิธีการบำบัด

O (Outcome) : ความวิตกกังวล (Anxiety)

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่

Population : GAD, Anxiety Disorder, Generalized Anxiety Disorder, Adults

Intervention : Cognitive Therapy , Cognitive Behavior Therapy

Comparison intervention : ไม่มีการเปรียบเทียบวิธีการบำบัด

Outcome : Anxiety

4.2 การสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์

4.2.1 กำหนดเกณฑ์การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

- หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือ การวิเคราะห์ห่อภิณงานวิจัย (Meta-analysis) จากงานวิจัย RCTs ที่ตรงกับประเด็นปัญหา หรือ แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based clinical practice guideline) ที่เป็นการทบทวนงานวิจัย RCTs อย่างเป็นระบบ (Systematic review) และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการวิจัยแบบ Randomized controlled trial

- หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เผยแพร่ในระยะเวลา 25 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1984 ถึง ค.ศ. 2008

- เป็นรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4.2.2 กำหนดแหล่งการสืบค้นงานวิจัย

สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์จากงานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษจากระบบฐานข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้

- ฐานข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิกของสถาบันต่างๆ ได้แก่ www.guideline.gov
- ฐานข้อมูลที่รวบรวมการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ได้แก่

www.cochrane.org, www.joannabriggs.edu.au

- ฐานข้อมูลอื่นๆ ที่รวบรวมงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ CINAHL, Ovid, PubMed, HighWire, ScienceDirect, Blackwell-Synergy, ProQuest Nursing & Allied Health Source

- จากเอกสารอ้างอิงของบทความ/งานวิจัย จากห้องสมุดสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ ห้องสมุดคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

- วารสารที่มีการตีพิมพ์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ American Journal of Psychiatry, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Behaviour Research and Therapy

ผลการสืบค้นพบงานวิจัยที่เป็นฉบับสมบูรณ์ ทั้งหมดจำนวน 6 เรื่อง ผู้ศึกษาได้คัดงานวิจัยออกจำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ Victoria, H. (2006). Anxiety Disorder (Generalised): Adult outpatient management. *Evidence Summaries - Joanna Briggs Institute*. เนื่องจากในเนื้อหาบทความไม่ได้ระบุวิธีการที่ใช้ในการสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการจัดการผู้ป่วยโรคจิตเวชทั้งหมด

นำมาประเมินคุณภาพตามแนวทางของโพลิตและเบ็ค (Polit&Beck, 2004) วิเคราะห์และสังเคราะห์ต่อไป

4.2.3 ประเมินความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) ระดับความน่าเชื่อถือ คุณภาพ ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ/ดำเนินการ ของหลักฐานเชิงประจักษ์

1) ประเมินความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) โดยพิจารณางานวิจัยที่ตรงกับปัญหาทางคลินิก สามารถช่วยในการตัดสินใจของพยาบาล มีการทดสอบสมมุติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล และงานวิจัยมีกระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้ได้จริงในคลินิก

2) ประเมินการมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) โดยพิจารณาจากแหล่งตีพิมพ์ ผู้ทำการวิจัย ทุนสนับสนุน ชื่อเรื่อง ปัญหาและเหตุผลที่ทำการวิจัย กรอบแนวคิด วัตถุประสงค์การวิจัย การทบทวนวรรณกรรม การระบุประชากรเป้าหมาย วิธีการวิจัย การรับรองจากคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ การประเมินผลลัพธ์เหมาะสม การใช้สถิติในการวิเคราะห์เหมาะสม ผลการวิจัยตอบคำถามการวิจัย และมีการระบุข้อจำกัดของการวิจัย การอ้างอิงประชากรและข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ และข้อเสนอแนะอยู่ภายใต้ขอบเขตของข้อค้นพบจากการวิจัย

3) ประเมินแนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ (Implemental potential) ซึ่งการประเมินมี 3 มิติหลักคือ

1. การถ่ายทอด/นำลงสู่การปฏิบัติ (Transferability of finding) หมายถึง การนำผลจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นข้อเสนอแนะสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง เป็นการประเมินถึงข้อเสนอแนะที่ได้ว่า มีความเหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้หรือไม่ กลุ่มประชากรในหลักฐานงานวิจัยต่างๆ มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มประชากรในหน่วยงานหรือไม่ ประจักษ์ในการดูแลกลุ่มประชากรของหน่วยงานกับในหลักฐานเชิงประจักษ์ หรืองานวิจัยมีความแตกต่างหรือคล้ายคลึงกันหรือไม่ และการนำข้อเสนอแนะไปใช้จะสามารถประเมินประสิทธิผลได้จริง

2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ (Feasibility of implementation) หมายถึง ความเป็นไปได้ในเชิงสภาพแวดล้อมทรัพยากรเกื้อหนุน และบุคลากรภายในหน่วยงาน มีความเป็นไปได้ในการนำข้อเสนอแนะจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ไปปฏิบัติได้จริงในหน่วยงานนั้น ประเมินถึงความเป็นอิสระของพยาบาลในการที่จะเริ่มใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อเสนอแนะนั้น การปฏิบัตินี้รบกวนการทำงานอื่นๆของบุคลากรหรือไม่ ประเมินความเห็นชอบของผู้บริหารและบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องว่าเห็นด้วยกับวิธีปฏิบัติการพยาบาลวิธีใหม่นี้หรือไม่ นอกจากนี้ถ้าจำเป็นต้องฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะต้องประเมินว่าสามารถฝึกทักษะของบุคลากรในหน่วยงาน โดยการฝึกเองหรือต้องเชิญบุคลากรภายนอกมาฝึก มีความยากลำบากหรือความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด หากมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ เพิ่มเติม ต้องประเมินว่าหน่วยงานมีความพร้อมในการจัดหาอุปกรณ์ทรัพยากรดังกล่าวหรือไม่ และมีเครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกที่เหมาะสมหรือไม่

3. ความคุ้มค่า (Cost-benefit ratio) หมายถึง ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการที่จะนำวิธีปฏิบัติงานวิธีใหม่เข้ามาใช้ในหน่วยงาน จะเกิดความเสียหายหรือเป็นผลเสียกับผู้บริหารหรือไม่ เกิดประโยชน์กับผู้บริหารด้านใดบ้าง ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการนำรูปแบบใหม่ที่ได้จากข้อเสนอแนะมา

ใช้กับรูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบเดิมต่างกันมากน้อยเพียงใด เปรียบเทียบทั้งค่าใช้จ่ายจากของสถานพยาบาลและผู้รับบริการรวมทั้งการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับ

4) ประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามการจัดลำดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Melnyk & Fineout-Overholt (2005)

ระดับ 1 : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) หรือ การวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัย (Meta-analysis) จากงานวิจัย RCTs ที่ตรงกับประเด็นปัญหา หรือ แนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนามาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based clinical practice guideline) โดยการทบทวนงานวิจัย RCTs อย่างเป็นระบบ (Systematic review)

ระดับ 2 : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการวิจัย Randomized controlled trial อย่างน้อย 1 งาน

ระดับ 3 : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการวิจัยที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Controlled trials) แต่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่มีการออกแบบอย่างดี

ระดับ 4 : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็น Case-control และ Cohort studies ที่มีการออกแบบงานวิจัยมาเป็นอย่างดี

ระดับ 5 : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยเชิงพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

ระดับ 6 : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการวิจัยเชิงพรรณนา/บรรยาย และงานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 งาน

ระดับ 7 : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และ/หรือ รายงานของคณะ/กลุ่มผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ

ผู้ศึกษานำงานวิจัยทั้งหมด 5 เรื่อง มาประเมินความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยระดับ Randomized Controlled Trials (RCTs) ที่เป็นงานวิจัยเดี่ยว จำนวน 4 เรื่อง ดังนี้

ระดับ 1 จำนวน 1 เรื่อง คือ

1. Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., & Teixeira, V. (2008). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database Systematic Review* (1), CD001848.

ระดับ 2 จำนวน 4 เรื่อง คือ

1. Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 611-619.
2. Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of nonphobic anxiety disorder : A Comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 877-884.
3. Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), 167-175.
4. Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Leger, E. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (6), 957-964.

4.2.4 วิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัยทั้ง 5 เรื่อง โดยการอ่านและนำมาวิเคราะห์สกัดเนื้อหาใส่ตารางที่ละเรื่องจนครบทุกเรื่อง งานวิจัย Clinical guidelines จำนวน 2 เรื่อง และ Systematic review จำนวน 2 เรื่อง สกัดเนื้อหาใส่ตารางตามหัวข้อ คือ 1) วัตถุประสงค์การวิจัย 2) เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย 3) ขั้นตอนการทบทวนงานวิจัย 4) ระดับของงานวิจัย 5) ผลการวิจัย 6) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 7) การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ 8) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ 9) การสรุปเพื่อนำไปใช้ งานวิจัย Randomized controlled trial จำนวน 4 เรื่อง สกัดเนื้อหาใส่ตารางตามหัวข้อ คือ 1) วัตถุประสงค์การวิจัย 2) สมมุติฐานงานวิจัย 3) สถานที่ในการศึกษาวิจัย 4) ทวนการวิจัย 5) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย 6) เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ 7) การบำบัด 8) ระเบียบวิธีวิจัย 9) ระดับของงานวิจัย 10) ผลการวิจัย 11) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 12) การมีความหมายหรือคุณค่าในเชิงของศาสตร์ 13) แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ 14) การสรุปเพื่อนำไปใช้

4.2.5 นำข้อความแต่ละตารางมาวิเคราะห์ร่วมกัน สรุปเนื้อหาและประเด็นสำคัญที่ค้นพบจากงานวิจัยทั้งหมด สังเคราะห์เป็นการใช้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ตรวจสอบความถูกต้องกับอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมและนำไปสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

4.2.6 นำแนวปฏิบัติฉบับร่างที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน นักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ในการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม จำนวน 1 ท่าน นำข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติการพยาบาลฉบับร่างให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลดังนี้

5. สรุปสาระหลักที่ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์

5.1 ระยะก่อนดำเนินการ ควรมีการเตรียมการใน 2 ส่วน คือการพัฒนานุคลากร และการพัฒนาสื่อที่ใช้ในการบำบัด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

5.1.1 การพัฒนานุคลากร

- ผู้ให้การบำบัดได้แก่ แพทย์ทั่วไป จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก พยาบาลจิตเวชผู้ที่ปฏิบัติงานทางวิชาชีพด้านสุขภาพจิตที่มีประสบการณ์การทำงานทางคลินิกกับผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป (Victoria, 2006; ระดับ I; Borkovec & Costello, 1993; Borkovec, & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II)

- ผู้ให้การบำบัดควรมีทักษะการให้การปรึกษาขั้นพื้นฐาน ได้รับการฝึกทักษะการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม และได้รับการนิเทศจากผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec, & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II)

5.1.2 การพัฒนาสื่อที่ใช้ในการบำบัด ซึ่งได้แก่

1. คู่มือการบำบัด (Butler et al., 1991; ระดับ II)
2. คู่มือการฝึกการผ่อนคลาย (Borkovec, & Mathews, 1988; ระดับ II)
3. เทปบันทึกเสียงวิธีปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ (Progressive muscular relaxation) (Butler et al., 1991; ระดับ II)
4. ตารางบันทึกกิจกรรมประจำวัน (Butler et al., 1991; ระดับ II)
5. ตารางบันทึกเกี่ยวกับความคิดที่บิดเบือนและทำให้เกิดความวิตกกังวล การใช้การผ่อนคลายในการตอบสนองความวิตกกังวล การทดสอบทางพฤติกรรม (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; ระดับ II)

5.2 ระยะดำเนินการ

5.2.1 คุณสมบัติของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรม การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดในโปรแกรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ผู้ป่วยควรมีคุณลักษณะดังนี้

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นว่าป่วยเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป (GAD) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV และอาการวิตกกังวลไม่ได้เกิดจากการรับประทานยา เช่น ยาไทรอยด์ (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II)

2. เป็นผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ (Hunot et al., 2008; ระดับ I; Butler et al., 1991; ระดับ II) แต่อย่างไรก็ตามพบว่าการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมรายบุคคลมีอัตราการออกจากการบำบัดน้อยกว่ากลุ่มรอคอยการบำบัดและการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมรายกลุ่มมีอัตราการออกจากการบำบัดสูงกว่ากลุ่มรอคอยการบำบัด ผู้ป่วยวัยสูงอายุมีอัตราออกจากการบำบัดสูงกว่ากลุ่มรอคอยการบำบัดและผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่มีอัตราออกจากการบำบัดน้อยกว่ากลุ่มรอคอยการบำบัด (Hunot et al., 2008; ระดับ I)

3. มีระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลางหรือมากกว่า 7 คะแนน จากการประเมินโดยใช้แบบประเมิน Leed Anxiety Scale ของ Snaith, Bridge & Hamilton (Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; ระดับ II)

5.2.2 รูปแบบของการบำบัด

การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป มีรูปแบบดังนี้

- รูปแบบการบำบัดเป็นการให้การบำบัดรายบุคคลโดยใช้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II) ซึ่งทำให้เกิดการตอบสนองทางคลินิกหลังการบำบัด ลดความวิตกกังวลหลังการบำบัด และ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่รับการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมรายบุคคลอยู่ร่วมการบำบัดได้นานกว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่รับการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมรายกลุ่ม (Hunot et al., 2008; ระดับ I)

- การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรม ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที ในการบำบัด 4 ครั้งแรก และครั้งละ 60 นาที ในระยะต่อมา จำนวน 12-16 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II) ทั้งนี้สามารถหยุดการบำบัดได้เมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการวิตกกังวลหรือมีระดับอาการวิตกกังวลอยู่ในระดับคงที่อย่างน้อย 2 สัปดาห์ จากการวัดโดยใช้แบบประเมิน Leed Anxiety Scale ของ Snaith, Bridge &

Hamilton และผู้บำบัดกับผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นร่วมกันว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II) อย่างไรก็ตามพบว่า การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมสามารถลดความวิตกกังวลได้เมื่อผู้ป่วยรับการบำบัดจำนวน 8 ครั้ง หรือน้อยกว่า และผลการลดความวิตกกังวลระหว่างการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมจำนวน 8 ครั้ง หรือน้อยกว่ากับการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมจำนวน 8 ครั้งหรือมากกว่ามีความคล้ายคลึงกัน (Hunot et al., 2008; ระดับ I)

5.2.3 องค์ประกอบของการบำบัด การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปประกอบด้วยองค์ประกอบของการบำบัด ดังนี้

1. การให้ความรู้ (Education) มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของสถานการณ์ ความคิดและความเชื่อที่ไม่สมเหตุผล ความรู้สึกและพฤติกรรมเมื่อมีความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการบำบัดอย่างเต็มที่ (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II) โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ผู้บำบัดชี้แจงเหตุผลของการบำบัด คือ การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในชีวิตซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของความรู้สึกกลุ้มใจ (Worry) และความวิตกกังวล (Anxiety) ผู้บำบัดจะอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าความไม่แน่นอนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นเป้าหมายของการบำบัดจึงไม่ใช่การกำจัดความไม่แน่นอน แต่เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ ยอมรับ และพัฒนากลยุทธ์การเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน

- ผู้บำบัดให้ความรู้เกี่ยวกับความวิตกกังวล เกิดจากการขาดความเชื่อมั่นในตนเองต่อการทำกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จ และความไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน (Intolerance of uncertainty) ความเชื่อที่บิดเบือนเกี่ยวกับความกังวล (Erroneous beliefs about worry) ความบกพร่องในการเข้าใจปัญหา (Poor problem orientation) เป็นวงจรของกระบวนการที่เป็นนิสัยเมื่อบุคคลตระหนักถึงสิ่งคุกคามจะนำไปสู่ปฏิกิริยาตอบสนองต่อความวิตกกังวลด้านความคิด การจินตนาการ ปฏิกริยาทางร่างกาย อารมณ์ และการหลีกเลี่ยง ซึ่งทำให้ความวิตกกังวลคงอยู่ในลักษณะวงจรอุบาทว์ (Vicious circles)

- ผู้บำบัดมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวันอย่างละเอียดรวมทั้งความคิด ความรู้สึก การจินตนาการ การกระทำที่แตกต่างจากที่เคยปฏิบัติ สิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและความเข้าใจของผู้ป่วยต่อการกระทำของตนเอง เพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการวิตกกังวล และแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วย

2. ฝึกการตระหนักรู้ (Awareness training) เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยตระหนักรู้เมื่อมีสัญญาณของอาการวิตกกังวลในระยะเริ่มแรก เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และ

สภาพร่างกายเมื่อมีความวิตกกังวล (Borkovec & Mathews, 1988; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II) โดย

- ผู้บำบัดฝึกให้ผู้ป่วยสังเกตปฏิกิริยาต่าง ๆ ของตนเองเมื่อมีความวิตกกังวล สอนให้ผู้ป่วยมีความสนใจกับประสบการณ์ในปัจจุบันมากกว่าการใส่ใจกับเหตุการณ์ในอดีตหรือเหตุการณ์ในอนาคตที่อาจเกิดขึ้นด้วยการให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกความกังวลใจลงสมุดและคิดตัวการจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ จนความกังวลใจลดลงว่าผู้ป่วยเคยใช้รูปแบบการจัดการใด การกระทำเช่นนี้จะทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงเรื่องที่ทำให้ตนเกิดความกังวลและวิธีการที่ตนใช้ว่าวิธีการใดได้ผล วิธีการใดไม่ได้ผล

- การฝึกการตระหนักรู้อาจใช้เวลาการบำบัดอย่างน้อย 2-3 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละคน

- ผู้บำบัดให้การบ้านผู้ป่วยบันทึกความกังวลใจที่เกิดขึ้นในแต่ละวันลงในสมุดบันทึก (วันละ 3-4 ครั้ง) รวมทั้งบันทึกการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกังวล (Amenable to problem solving)

3. การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Progressive relaxation training) เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับปัจจัยการกระตุ้นทางสรีระ (Physiological arousal) เมื่อมีความวิตกกังวล และความสำคัญของการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวล รวมทั้งนำทักษะการผ่อนคลายที่ได้รับการพัฒนาไปจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ซึ่งมีหลายรูปแบบ เช่น การหายใจโดยใช้กระบังลม การผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ และการทำสมาธิ (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; ระดับ II) มีวิธีการคือ

- ผู้บำบัดสาธิต และฝึกเทคนิคการผ่อนคลายที่หลากหลายให้แก่ผู้ป่วย ได้แก่ การผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ การทำสมาธิ การหายใจโดยใช้กระบังลม หลังจากนั้นจะให้ผู้ป่วยฝึกซ้ำๆ ทีละขั้นตอน โดยเริ่มจากการเคลื่อนไหวช้าๆ การเดิน การหายใจโดยใช้กระบังลม หรือกล้ามเนื้อหน้าท้อง เพื่อให้เกิดการผ่อนคลายโดยทันทีเมื่อสังเกตสัญญาณเตือนในระยะเริ่มแรกของอาการวิตกกังวลในชีวิตประจำวัน ความสำคัญของการฝึกการผ่อนคลายอยู่ที่การฝึกอย่างมีแบบแผนวันละ 2 ครั้ง และกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยใช้วิธีการผ่อนคลายที่เหมาะสมกับตนเองให้บ่อยที่สุดทันทีเมื่อสังเกตสัญญาณเตือนในระยะเริ่มแรกของอาการวิตกกังวล ซึ่งเป็นการฝึกนิสัยการตอบสนองใหม่โดยการผ่อนคลายเพื่อตัดวงจรของความวิตกกังวล

- ผู้บำบัดฝึกให้ผู้ผู้ป่วยจินตนาการถึงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลตามลำดับความรุนแรงทีละขั้นขณะที่ร่างกายผ่อนคลายสูงสุด (Desensitization) และฝึกซ้ำๆ จนกระทั่งผู้ป่วยไม่มีความวิตกกังวลหรือสามารถจัดการความวิตกกังวลออกไปได้อย่างรวดเร็ว

- ผู้บำบัดมอบหมายการบ้านโดยให้ผู้ป่วยจดบันทึกประจำวันเมื่อสังเกตสัญญาณเตือนของอาการวิตกกังวลในระยะเริ่มแรก บันทึกความคิด ความวิตกกังวล ความกลัว และปฏิกิริยาตอบสนองด้านร่างกายในขณะนั้น แล้วใช้ทักษะการผ่อนคลายบ่อย ๆ ครั้ง เน้นการมีชีวิตร่วมกับปัจจุบัน และใช้วิธีการทางพฤติกรรมเพื่อหยุด (Extinction) วงจรความวิตกกังวลโดยใช้ทักษะการผ่อนคลายอย่างเหมาะสม

4. การปรับเปลี่ยนรูปแบบความคิด ความเชื่อ (Developing alternative thought and belief) ที่ทำให้ความวิตกกังวลดำรงอยู่ และเรียนรู้วิธีคิดแบบใหม่ที่เป็นจริงและมีเหตุผล เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบการรับรู้ปัญหาในมุมมองใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม และเกิดการเปลี่ยนแปลงทางการรู้คิด (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II) มีวิธีการดังนี้

- ผู้บำบัดสอนให้ผู้ป่วยสังเกตและระบุความคิด จินตนาการและความเชื่อพื้นฐานที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ลดความคิดและความเชื่อที่ทำให้ความวิตกกังวลดำรงอยู่โดยพัฒนาความคิดและความเชื่อที่หลากหลายและยืดหยุ่น ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Alternative thoughts and beliefs) อยู่บนความเป็นจริงและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย (Realistic and helpful alternative) โดยผู้บำบัดใช้วิธีการตั้งคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบการรับรู้ปัญหาในมุมมองใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม สร้างความเชื่อและคำพูดเกี่ยวกับตนเองใหม่ (Self-statements) ลดการรับรู้สถานการณ์ว่าก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองอย่างรุนแรงของผู้ป่วย (Decatastrophization) ทดสอบความคิดและความเชื่อใหม่โดยใช้พฤติกรรม (Behavioral testing of beliefs)

- ผู้บำบัดใช้เทคนิคทางการรู้คิดและพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยประเมินประโยชน์ที่แท้จริงของความกังวลอีกครั้ง ผู้บำบัดย้ำกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการแก้ไขความเชื่อที่บิดเบือนเกี่ยวกับความกังวลจะช่วยเพิ่มความอดทนต่อความไม่แน่นอนของอนาคตแทนที่จะพยายามควบคุมความไม่แน่นอนด้วยการกังวลใจ การบำบัดจะพยายามระบุความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดตามมาในทางบวกซึ่งจะเป็นแรงเสริมของอาการวิตกกังวล

- ผู้บำบัดมอบหมายการบ้านโดยให้ผู้ป่วยใช้ตารางกิจกรรมและการบันทึกเกี่ยวกับความคิดที่บิดเบือน (Dysfunctional thought) เพื่อระบุความคิดวิตกกังวล และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการตรวจสอบความคิดและเปลี่ยนความคิดเป็นอื่นที่สามารถทดสอบทางพฤติกรรมได้

5. การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (Problem solving) เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เป็นขั้นตอนจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองในการแก้ปัญหา เปลี่ยนแปลงการพูดกับตนเอง และสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ (Borkovec & Mathews, 1988; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II) มีวิธีการคือ

- ผู้บำบัดฝึกให้ผู้ป่วยประเมินเหตุการณ์อย่างมีเหตุผล และใช้การแก้ปัญหา (Problem solving) โดยช่วยให้ผู้ป่วยสนใจปัญหาและระบอบองค์ประกอบที่สำคัญของสถานการณ์ ปัญหาแทนที่จะให้ความสนใจไปที่รายละเอียดเล็ก ๆ น้อย ๆ เนื่องจากความไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน จะนำไปสู่ความคิดหมกมุ่นอย่างรุนแรงเกี่ยวกับรายละเอียดเล็ก ๆ น้อย ๆ ของสถานการณ์ ปัญหา เมื่อผู้ป่วยสามารถระบอบองค์ประกอบที่สำคัญของสถานการณ์ปัญหาได้ จะได้รับการกระตุ้นให้ใช้กระบวนการแก้ปัญหา

- ผู้บำบัดมอบหมายการบ้าน โดยให้ผู้ป่วยวางแผนในการจัดการกับปัญหาในปัจจุบันและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

6. การมอบหมายการบ้าน (Homework assignment) ผู้บำบัดจะมอบหมายการบ้านให้กับผู้ป่วยภายหลังจบบทเรียนในแต่ละครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝนทักษะต่างๆ ที่ได้เรียนรู้จากการบำบัด และทดสอบสิ่งที่ได้เรียนรู้ทางพฤติกรรม (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II)

5.3 การประเมินผลลัพธ์การบำบัด

การประเมินผลลัพธ์ของการบำบัดสามารถประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบประเมินที่มีมาตรฐาน โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลต่าง ๆ ได้ ดังนี้

1. ประเมินภาวะความวิตกกังวลและลักษณะนิสัยของความวิตกกังวลด้วยแบบวัด State – Trait Anxiety Inventory (STAI from X) ของ Spielberger (1983) (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; ระดับ II)

2. ประเมินความรุนแรงของอาการวิตกกังวลด้วยแบบวัด Beck Anxiety Inventory (BAI) ของ Beck (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการวิตกกังวลด้านการรู้คิด อารมณ์ และร่างกายที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา (Butler et al., 1991; Ladouceur et al., 2000; ระดับ II)

3. ประเมินอาการวิตกกังวลด้วยแบบวัด Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) ของ Hamilton (Hamilton, 1960) (Borkovec & Costello, 1993; Borkovec & Mathews, 1988; ระดับ II)

4. ประเมินระดับความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าด้วยแบบวัด Leeds Anxiety Scale ของ Snaith, Bridge & Hamilton (Borkovec & Mathews, 1988; Butler et al., 1991; ระดับ II)

6. หลักฐานที่ใช้ในการสนับสนุนข้อเสนอแนะ

หลักฐานที่ใช้ในการสนับสนุนข้อเสนอแนะอยู่ในภาคผนวก ง

7. ประโยชน์และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการนำข้อเสนอแนะจากแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

7.1 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการใช้แนวปฏิบัติ

7.1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมมีอัตราการวิตกกังวลลดลง ภายหลังการบำบัดและสามารถคงสภาพปกติอยู่ได้นานมากกว่า 1 ปี

7.1.2 ผู้ป่วยและญาติ มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจากกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบ้านโป่ง

7.1.3 กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบ้านโป่งมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความ วิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์

7.2 ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้

การใช้แนวปฏิบัติไม่ก่อให้เกิดความเสียหายหรืออันตรายทั้งต่อตัวผู้ปฏิบัติ ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล เนื่องจากแนวปฏิบัติได้พัฒนามาจากงานวิจัยที่ได้รับการประเมินคุณภาพแล้ว

7.3 ข้อควรพิจารณาในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

7.3.1 ผู้ที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ควรมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตก ังวลทั่วไป และควรได้รับการฝึกการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิตก ังวลทั่วไป เพื่อสามารถให้การบำบัดดูแลที่มีมาตรฐาน

7.3.2 ผู้ประเมินผลลัพธ์ควรผ่านการฝึกใช้เครื่องมือต่างๆ เพื่อให้สามารถประเมิน ผลลัพธ์ได้อย่างแม่นยำตรง

8. การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก

8.1 เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐาน เชิงประจักษ์จากงานวิจัยเพียง 5 เรื่อง จึงควรดำเนินการศึกษานำร่อง เพื่อประเมินกระบวนการ นำไปใช้การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวล และผลลัพธ์การบำบัด ความ คุ่มทุน รวมทั้งความพึงพอใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และปรับปรุงเขียนแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้มีความชัดเจน เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบ้านโป่ง

8.2 การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน มีขั้นตอนดังนี้

8.2.1 ชี้แจงและขอความร่วมมือกับผู้บริหารในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ใน หน่วยงาน

8.2.2 ประชุมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อปรึกษา กำหนดความเป็นไปได้ในการ ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้การบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดความ วิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปในหน่วยงาน

8.2.3 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้แนวความคิดการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย

8.2.4 ฝึกพยาบาลและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการใช้แนวปฏิบัติฯ และประชาสัมพันธ์

8.2.5 ทดลองใช้แนวปฏิบัติฯ ในหน่วยงานที่กำหนด

8.2.6 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยใช้แนวความคิดการบำบัดการรู้คิดและพฤติกรรมเพื่อลดความวิตกกังวลทั้งกระบวนการใช้และผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป

9. ข้อมูลอื่นๆ เกี่ยวกับแนวปฏิบัติ

9.1 วันที่สร้าง

30 เมษายน 2553

9.2 ผู้สร้าง

1. นางรัชญา ต่อทรัพย์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติรัตน์ วัฒนไพลิน
3. รองศาสตราจารย์ ดร. อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์

9.3 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. อาจารย์ นพ. วรภัทร รัตอาภา จิตแพทย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
2. อาจารย์ ดร. อติทยา พรชัยเกตุ โอว ของ อาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ สุพิน พรพิพัฒน์กุล นักจิตวิทยา กลุ่มงานจิตเวชศาสตร์ สถาบันสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ

9.4 แหล่งเงินทุน: ทุนส่วนตัว

9.5 เอกสารอ้างอิง

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Andrews, G., Sanderson, K., Slade, T., & Issakidis, C. (2000). Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment. *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*, 78 (4), 446.
- Antai-Otong, D. (2003). Current treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 41 (12), 20.
- Antai-Otong, D. (2003). Psychiatric nursing: biological & behavioral concepts. In D. Antai-Otong (Ed.), *The Client with an Anxiety Disorder*. Australia: Thomson.
- Beck, A. T. (1967). *Depression Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Hoeber Medical Division.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Book, Inc.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: basis and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Belanger, L., Ladouceur, R., & Morin, C. M. (2005). Generalized anxiety disorder and health care use. *Can Fam Physician*, 51 (10), 1362-1363.
- Belanger, L., Morin, C. M., Langlois, F., & Ladouceur, R. (2004). Insomnia and generalized anxiety disorder: Effects of cognitive behavior therapy for gad on insomnia symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 18 (4), 561-571.
- Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 611-619.
- Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of nonphobic anxiety disorder : A Comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 877-884.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), 167-175.
- David, H. E., Amy, S. J., & Karen, T. (2007). A cognitive-behavioral group for patients with various anxiety disorders. *Psychiatric Services*, 58 (9), 1205.
- David, J. K., Kenneth, A. K., Thomas, D., Henry, J. H., & et al. (2001). Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (12), 1999.

- Deborah, A.-O. (2003). Current treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 41 (12), 20.
- O'Donohue, W., Fisher, J. E., & Hayes, S. C. (2003). *Cognitive behavior therapy : Applying empirically supported techniques in your practice*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Fisher, P. L. (2007). Psychopathology of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, 6 (5), 171-175.
- Fisher, P. L., & Durham, R. C. (2004). Psychopathology of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, 3 (4), 26-30.
- Goldberg, R. J., & Posner, D. (2007). Anxiety disorders: Diagnosis and management. In R. J. Goldberg (Ed.), *Practical Guide to the Care of the Psychiatric Patient* (3 ed.). Philadelphia: Mosby.
- Grant, A., MILLS, J., Mulhern, R., & Short, N. (2004). *Cognitive behavioural therapy in mental health care*. London: SAGE Publications.
- Hoffman, E. J., & Mathew, S. J. (2008). Anxiety disorders: a comprehensive review of pharmacotherapies. *The Mount Sinai journal of medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 75 (3), 248-262.
- Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., & Teixeira, V. (2008). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database Systematic Review* (1), CD001848.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Leger, E. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (6), 957-964.
- McIntosh, A., Cohen, A., Turnbull, N., Esmonde, L., Dennis, P., Eatock, J., et al. (2004). *Clinical guidelines and evidence review for panic disorder and generalised anxiety disorder*. London: National Collaborating Centre for Primary Care.
- Singapore Ministry of Health National Medical Research Council. (2003). *Anxiety disorders*. Singapore: Singapore Ministry of Health.
- Victoria, H. (2006). Anxiety Disorder (Generalised): Adult outpatient management. *Evidence Summaries - Joanna Briggs Institute*.

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม

- นพ. วรภัทร รัตอาภา
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

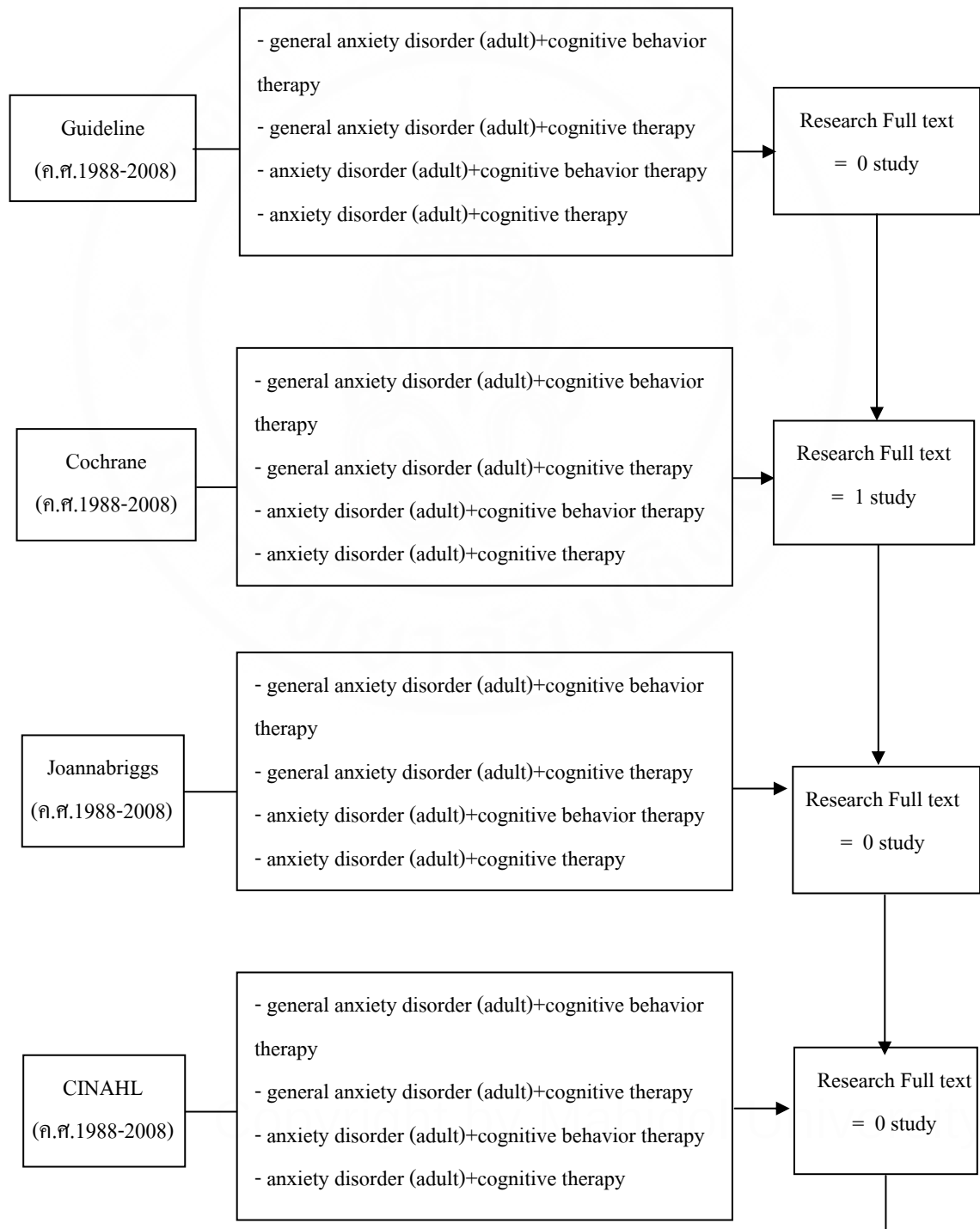
นักจิตวิทยาคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญด้านการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม

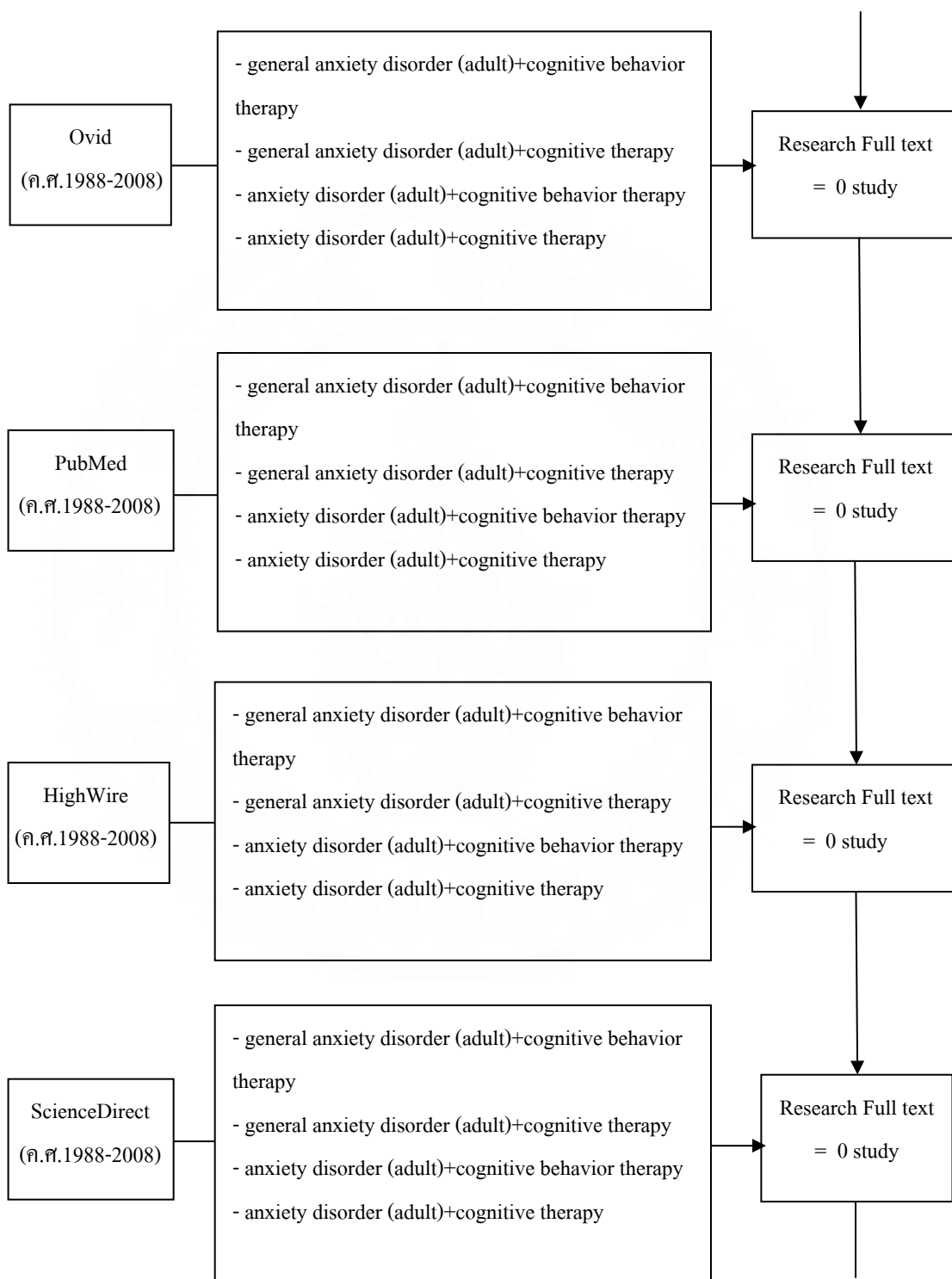
- นางสาวสุพิน พรพิพัฒน์กุล นักจิตวิทยาคลินิก
กลุ่มงานจิตเวชศาสตร์
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

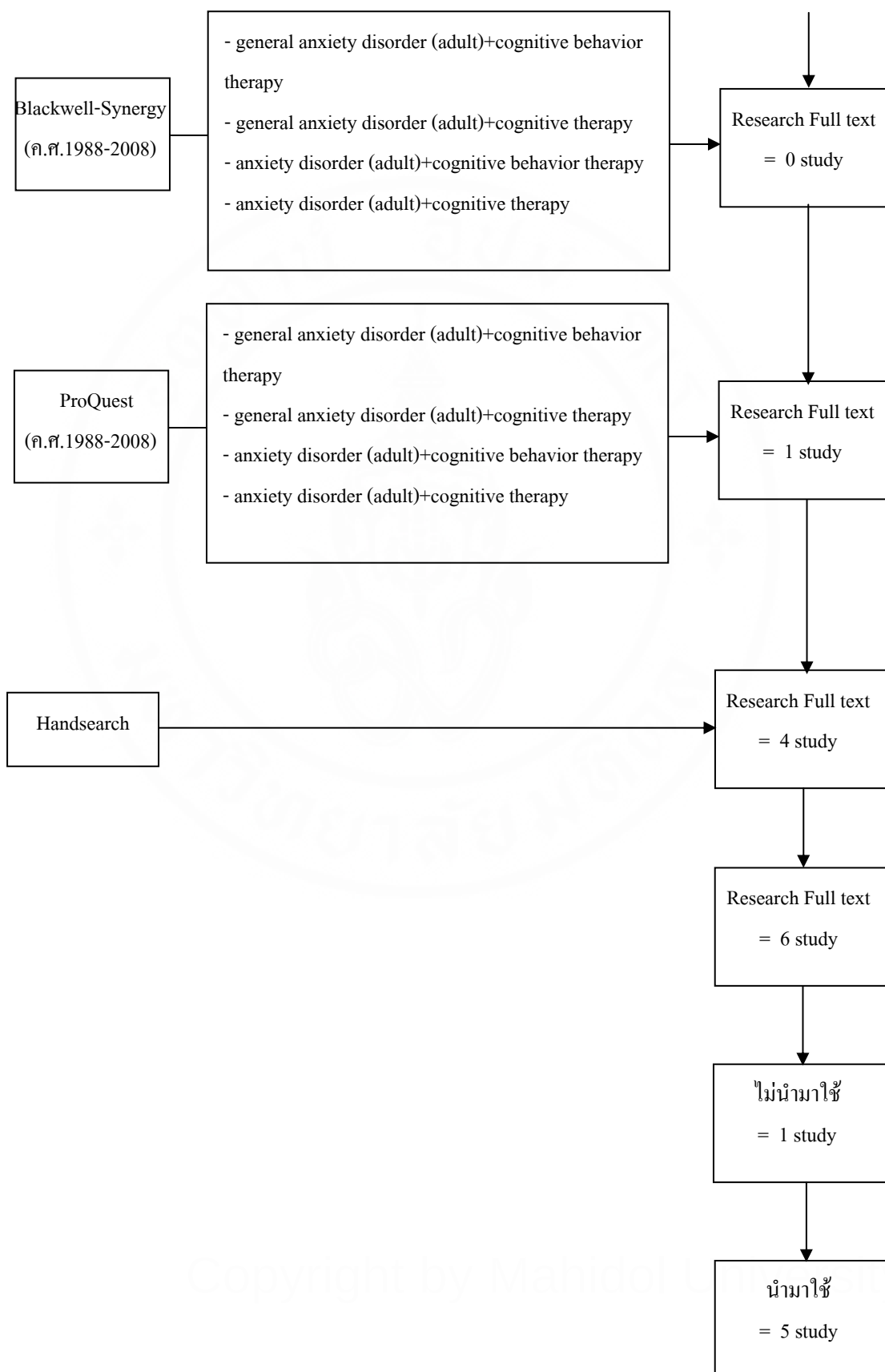
อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

- อาจารย์ดร.อติตยา พรชัยเกตุ โอว ของ Ph.D. (Nursing)
อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ก ผังการสืบค้นงานวิจัย







ภาคผนวก ง

ตารางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

1. Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., & Teixeira, V. (2008). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database Systematic Review* (1), CD001848.
2. Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 611-619.
3. Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of nonphobic anxiety disorder : A Comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (6), 877-884.
4. Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), 167-175.
5. Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Leger, E. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (6), 957-964.

การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 6 เรื่อง แต่ละเรื่องมีรายละเอียดดังแสดงในตารางดังนี้

เรื่องที่ 1	Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., & Teixeira, V.
หัวข้อสกัด	(2008). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. <i>Cochrane Database Systematic Review</i> (1), CD001848.
วัตถุประสงค์การทบทวนวรรณกรรม	เพื่อประเมินประสิทธิภาพและการยอมรับของจิตบำบัด ด้วยวิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioural therapy; CBT) จิตวิเคราะห์ (Psychodynamic therapy) และ จิตบำบัดประคับประคอง (Supportive Therapy) เปรียบเทียบกับการบำบัดตามปกติ/การรอคอยการบำบัด และจิตบำบัดแต่ละวิธีในการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder; GAD)
เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย	ผู้ศึกษาคัดเลือกงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Quasi-randomised controlled trials) ที่ได้จากการสุ่มและไม่ได้มาจากการสุ่มในผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ที่มีอายุระหว่าง 18-75 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป (GAD) เป็นโรคแรก ได้รับจิตบำบัดเปรียบเทียบกับ การบำบัดตามปกติ/รอคอยการบำบัด หรือจิตบำบัดวิธีอื่น
ขั้นตอนการทบทวนงานวิจัย	ผู้ศึกษาสืบค้นงานวิจัยที่ลงทะเบียนกับ Cochrane Depression, Anxiety & Neurosis Group (CCDAN) Controlled Trials เสริมด้วยการสืบค้นจาก MEDLINE, PsycInfo, EMBASE, LILACS และ controlledtrials.com ในเดือนกุมภาพันธ์ 2006 ผู้ศึกษาได้สืบค้นจากเอกสารอ้างอิงของงานวิจัยและติดต่อกับผู้วิจัยเพื่อให้ได้ผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ผู้ศึกษาจำนวน 2 คน ได้สกัดข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย การบำบัด และผลลัพธ์การบำบัด และประเมินคุณภาพของวิธีการวิจัยโดยอิสระ ผลลัพธ์หลัก คือการลดอาการวิตกกังวลโดยวัดการตอบสนองทางคลินิกด้วย Relative risk (RR) และการวัดอาการลดลงอย่างต่อเนื่อง (Continuous measure of symptom reduction) ด้วยความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Standardised mean difference) ที่ความเชื่อมั่น 95%

เรื่องที่ 1	Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., & Teixeira, V.
หัวข้อสกัด	(2008). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. <i>Cochrane Database Systematic Review</i> (1), CD001848.
ระดับของงานวิจัย	ระดับที่ 1 (Level I) เป็น Systematic review
ผลการสรุปหลักฐานเชิงประจักษ์	ผู้ศึกษาได้ทบทวนงานวิจัย จำนวน 25 เรื่อง (มีผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 1305 คน) และพบว่างานวิจัยจำนวน 22 เรื่อง (มีผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 1060 คน) ให้ข้อมูลที่สามารณามาวิเคราะห์ห่อภิมานได้ และพบว่างานวิจัยที่ใช้ในการทบทวนทุกเรื่องเป็นงานวิจัยประเภท randomized controlled trials งานวิจัยจำนวน 13 เรื่องเป็นการวิจัยโดยใช้จิตบำบัดด้วยวิธีการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมและพบว่าการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพมากกว่าการบำบัดตามปกติ/การรอกอยการบำบัดในการทำให้เกิดการตอบสนองทางคลินิกหลังการบำบัด (RR 0.64, 95%CI 0.55 to 0.74) และลดอาการวิตกกังวล ความกังวลใจ และอาการซึมเศร้าได้ และพบว่าไม่มีการวิจัยชิ้นใดศึกษาติดตามผลระยะยาวของการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมเปรียบเทียบกับการบำบัดตามปกติ/การรอกอยการบำบัด งานวิจัยจำนวน 6 เรื่องศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมกับการบำบัดแบบประคับประคองและการไม่ได้รับการบำบัด (Attention-placebo)พบว่ามืผลแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (RR 0.86, 95%CI 0.70 to 1.06) ผู้ศึกษาได้สรุปว่าโรควิตกกังวลทั่วไปเป็นโรคที่พบได้บ่อยผู้ป่วยจะมีความทุททรมานจากอาการวิตกกังวลหรือความกังวลใจอย่างรุนแรงเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือปัญหาในชีวิตประจำวัน จิตบำบัดเป็นวิธีการรักษาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการรักษาโรควิตกกังวล ดังนั้น การทบทวนวรรณกรรมนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อหาวิธีการทำจิตบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรควิตกกังวลทั่วไปและตอบคำถามว่าการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพมากกว่าวิธีการทำจิตบำบัดอื่นหรือไม่ และพบว่าเมื่อ

เรื่องที่ 1	Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., & Teixeira, V.
หัวข้อสัปดาห์	(2008). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. <i>Cochrane Database Systematic Review</i> (1), CD001848.
	เปรียบเทียบกับกำกับการบำบัดตามปกติ/การรอคอยการบำบัดผู้ที่รับการบำบัดด้วยวิธีการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีอาการวิตกกังวลลดลงเมื่อสิ้นสุดการบำบัด และพบว่าการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลด Secondary symptoms ของความกังวลใจและอาการซึมเศร้า ผู้ที่รับการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มและผู้ป่วยที่มีอายุมากมีแนวโน้มที่จะออกจากกำกับการบำบัด การศึกษาครั้งนี้ไม่พบการศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาระยะยาวระหว่างการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมและการบำบัดตามปกติ/การรอคอยการบำบัด และไม่มีคำตอบที่ชัดเจนว่าผู้ที่รับการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีอาการวิตกกังวลลดลงมากกว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ และจากงานวิจัยจำนวน 22 งานวิจัยได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัดด้วยวิธีการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมกับการบำบัดประคับประคอง พบงานวิจัยจำนวน 13 งานวิจัยที่ได้ผลดีกว่าในการลดอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า แต่ยังไม่มีการศึกษาผลการบำบัดในระยะยาว งานวิจัยทั้งหมดที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ไม่มีการรายงานถึงผลข้างเคียงหรือการยอมรับวิธีการรักษาด้วยจิตบำบัด การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดอาการวิตกกังวลในการรักษาระยะสั้น(short-term treatment) ของโรควิตกกังวลทั่วไป ซึ่งหลักฐานของการเปรียบเทียบกับจิตบำบัดวิธีอื่นยังมีจำนวนน้อยและมีกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน ทำให้ยังไม่สามารถให้ข้อสรุปได้ชัดเจนว่าจิตบำบัดแบบใดมีประสิทธิภาพมากกว่า และมีข้อเสนอแนะว่าควรรวบรวมงานวิจัยมากขึ้นเพื่อตอบคำถามว่า จิตวิเคราะห์และการบำบัดประคับประคองมี

เรื่องที่ 1	Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., & Teixeira, V.
หัวข้อสกัด	(2008). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. <i>Cochrane Database Systematic Review</i> (1), CD001848.
	ประสิทธิภาพในการบำบัดโรควิตกกังวลทั่วไป และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมให้ผลดีกว่าจิตบำบัดวิธีการอื่นในการรักษาโรควิตกกังวลทั่วไป
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปตรงกับกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลบ้านโป่ง แต่ไม่มีรายละเอียดของ intervention ที่ให้กับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป 2. การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบสามารถช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการบำบัด 3. การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบที่พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติเพื่อให้การบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์ Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1 2. ผู้ทำการวิจัย Hunot V, Churchill R, Teixeira V, Silva de Lima M 3. คุณภาพงานวิจัยมีความน่าเชื่อถือเชิงประจักษ์อยู่ในระดับ I
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of the findings) สามารถนำไปประยุกต์ออกแบบแนวปฏิบัติทางพยาบาลในการช่วยลดอาการวิตกกังวล ความกังวลใจ และอาการซึมเศร้าได้ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility) พยาบาลสามารถนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในโรงพยาบาลบ้านโป่งในรูปแบบการบำบัดรายบุคคล 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) โปรแกรมการบำบัดเป็นการบำบัดแบบรายบุคคล อาจต้องมี

เรื่องที่ 1	Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., & Teixeira, V.
หัวข้อสกัด	(2008). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. <i>Cochrane Database Systematic Review</i> (1), CD001848.
	การจัดทำคู่มือประกอบ แต่ผลการศึกษาพบว่าสามารถลดอาการวิตกกังวล ความกังวลใจ และอาการซึมเศร้าได้ ทำให้เป็นการลดจำนวนวันในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยได้
การสรุปเพื่อนำไปใช้	1. สามารถนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป ที่มีอายุระหว่าง 18-75 ปี 2. วิธีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการทำให้เกิดการตอบสนองทางคลินิกหลังการบำบัด และลดอาการวิตกกังวล ความกังวลใจ และอาการซึมเศร้าได้ 3. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลด Secondary symptoms ของความกังวลใจและอาการซึมเศร้า 4. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมให้ผลดีกว่าจิตบำบัดวิธีการอื่นในการรักษาโรควิตกกังวลทั่วไปในระยะสั้น (short-term) เนื่องจากในระยะยาวยังไม่มีหลักฐานชัดเจน

เรื่องที่ 2	Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 61 (4), 611-619.
หัวข้อสัปดาห์	
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อเปรียบเทียบผลการบำบัดโดยวิธีการบำบัดแบบไม่ชี้นำ (Nondirective therapy) การผ่อนคลาย (Applied Relaxation) และการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive – Behavior Therapy) ในการบำบัดโรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder)
สมมุติฐานงานวิจัย	-
Setting งานวิจัย	Psychological Clinic
ทุน	National Institute of Mental Health Research Grant MH-39172
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ป่วย 508 คน สมัครเข้าร่วมโครงการจากการส่งต่อและจากการประกาศรับสมัคร มีผู้สมัครจำนวน 442 คน ไม่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก ผู้ป่วยจำนวน 8 คน ออกจากการบำบัดตั้งแต่ในระยะแรก (การบำบัดแบบไม่ชี้นำ (ND) 2 คน การบำบัดโดยการฝึกการผ่อนคลาย (AR) 2 คน และการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม (CBT) 4 คน) นอกจากนี้ผู้ป่วยในกลุ่มการบำบัดโดยเทคนิคการผ่อนคลาย 3 คน ออกจากการวิจัยเนื่องจากมีระดับอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้น เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย 1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป (GAD) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-III-R 2. ระดับความรุนแรงของอาการวิตกกังวลอยู่ในระดับ 4 (ปานกลางหรือมากกว่า) จากการประเมินโดยใช้ Assessor severity of GAD Anxiety Symtoms) 3. ไม่มีอาการ panic disorder 4. ไม่อยู่ระหว่างการบำบัดทางจิตสังคม 5. ไม่เคยได้รับวิธีการบำบัดใด ๆ ในการศึกษาครั้งนี้อีกก่อน 6. ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาที่ทำให้เกิดอาการวิตกกังวล

เรื่องที่ 2	Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 61 (4), 611-619.
หัวข้อสัปดาห์	
	เช่น ยาไทโรยด์ 7. ไม่อยู่ระหว่างการรับประทานยา Antidepressant 8. ไม่เป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง ติดสารเสพติด โรคจิต และโรคทางสมอง ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มผู้ป่วยทุก 3 คน เข้ากลุ่มการบำบัดทั้ง 3 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการมีจำนวนทั้งหมด 55 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 37.5 ปี (SD=13.1 ปี) ระยะเวลาเฉลี่ยของการป่วย 17.1 ปี (SD=17.2 ปี) เป็นผู้ป่วยผิวขาวจำนวน 51 คน เป็นผู้ป่วยผิวดำจำนวน 2 คน เป็นชาว Hispanic จำนวน 1 คน และเป็นชาวอินเดียจำนวน 1 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 36 คน เพศชายจำนวน 19 คน สถานภาพสมรส จำนวน 34 คน สถานภาพโสด จำนวน 16 คน และหย่าร้าง จำนวน 5 คน ผู้ป่วยจำนวน 9 คน ได้รับการส่งต่อมา ผู้ป่วยจำนวน 46 คน มาจากการประกาศรับสมัคร ผู้ป่วย 4 คนในแต่ละการบำบัดได้รับการยากดกังวล (anti-anxiety drugs) ผู้ป่วยแต่ละคนยอมรับการรักษาโดยใช้ยาตามขนาดที่แพทย์อนุมัติตลอดการทดลอง ลักษณะต่าง ๆ ของผู้ป่วยจะกระจายไปแต่ละกลุ่มบำบัดอย่างเท่าเทียมกัน
เครื่องมือในการประเมินผล	ผู้ประเมินเป็นนักศึกษาจิตวิทยาคลินิกชั้นสูง จำนวน 6 คน ได้รับการฝึกการสัมภาษณ์เพื่อการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-III-R ผู้ประเมินประเมินผู้ป่วยที่สมัครเข้าร่วมโครงการทางโทรศัพท์เป็นเวลา 30 นาที และตามด้วยการสัมภาษณ์ความวิตกกังวลที่ผิดปกติ (Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised : ADIS-R) (DiNardo & Barlow, 1988) ระดับความวิตกกังวล (Hamilton Anxiety Rating Scale : HARS) (Hamilton, 1960) ระดับอาการซึมเศร้า (Hamilton Rating Scale for Depression :

เรื่องที่ 2	Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 61 (4), 611-619.
หัวข้อสัปดาห์	
	HRSD) (Hamilton, 1959) และประเมินความรุนแรงของอาการวิตกกังวลของโรควิตกกังวลทั่วไป (GAD) โดยใช้ Assessor Severity of GAD Anxiety Symptom มีคะแนนตั้งแต่ 0-8 คะแนน (Barlow et al., 1984) ประเมินความวิตกกังวลที่ผิปกติครั้งที่ 2 (ADIS-R) หลังจากประเมินครั้งแรก 1 สัปดาห์ ประเมินความวิตกกังวลที่ผิปกติครั้งที่ 3 (ADIS-R) 10-14 วันหลังจากการบำบัดครั้งที่ 12 ประเมินความวิตกกังวลที่ผิปกติครั้งที่ 4 (ADIS-R) ในระยะติดตามผล 6 เดือน ประเมินความวิตกกังวลที่ผิปกติครั้งที่ 5 (ADIS-R) ในระยะติดตามผล 12 เดือน ผู้ประเมินเป็นคนเดียวกันในการประเมินก่อนและหลังการบำบัด ผู้ป่วยประเมินอาการวิตกกังวล ความกลัว และอาการซึมเศร้าด้วยตนเองด้วยแบบประเมินต่างๆ ดังนี้ 1. a daily diary เป็นการบันทึกระดับความวิตกกังวลและความถี่ของการเกิดอาการวิตกกังวลทุกวัน วันละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ก่อนการบำบัด ระหว่างการบำบัด 10-14 วัน หลังจบการบำบัดครั้งที่ 12 และ 1 สัปดาห์ก่อนการติดตามผลแต่ละครั้งโดยผู้ป่วยบันทึกระดับความรุนแรงของอาการวิตกกังวลเฉลี่ยซึ่งมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน (ถ้าคะแนนมากกว่า 50 แสดงว่าอาการวิตกกังวลอยู่ในระดับรุนแรง) รวมทั้งความถี่ของอาการวิตกกังวลที่เกิดขึ้น 2. State-Trait Anxiety Inventory (STAI ; Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) โดยผู้วิจัยใช้ Trait Anxiety Subscale

เรื่องที่ 2	Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 61 (4), 611-619.
หัวข้อสัปดาห์	
	ประเมินลักษณะนิสัยวิตกกังวลของผู้ป่วย 3. Zung Self-Rating of Anxiety scale (ZSRA; Zung, 1975) เป็นแบบประเมินอาการวิตกกังวลของผู้ป่วย 4. Reaction to Relaxation and Arousal Questionnaire (RRAQ; Heide & Borkovec, 1983) เป็นแบบประเมินความกลัวต่อการผ่อนคลาย 5. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, & Erbaugh, 1961) เป็นแบบประเมินความกังวลใจ (worry) ในการแยกโรควิตกกังวลทั่วไปออกจากโรควิตกกังวลอื่น ๆ 6. Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) เป็นแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย ผู้ประเมินคนเดียวกันเป็นผู้ประเมินก่อนและหลังการบำบัด และไม่รู้สถานภาพของผู้ป่วยว่าอยู่ในกลุ่มการบำบัดใด ประเมินกระบวนการบำบัดดังต่อไปนี้ หลังจบการบำบัดในครั้งแรก ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินโดยใช้ 1. ความน่าเชื่อถือของการบำบัด (three-item credibility scale) (9-point) 2. 0%-100% expectancy of improvement scale (Borkovec & Mathew, 1988) 3. และเมื่อสิ้นสุดการบำบัดครั้งที่ 1, 4, 8 และ 12 ผู้วิจัยประเมินผู้บำบัดโดยใช้ Relationship Inventory (Barrett-Lennard, 1986) ซึ่งเป็นการประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อผู้บำบัดในด้านความเป็นมิตร (warmth) ความร่วมรู้สึก (empathy) และความ

เรื่องที่ 2	Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 61 (4), 611-619.
หัวข้อสัปดาห์	
	สอดคล้องกลมกลืน (congruence) ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการผ่อนคลาย และการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม จะได้รับประเมินว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์ของการผ่อนคลายที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลมากเพียงใดตามมาตรวัด 0-9 คะแนน เมื่อสิ้นสุดขั้นตอนการฝึกการผ่อนคลาย (relaxation training) การบันทึกความถี่ของการฝึกการผ่อนคลายในแต่ละวันระหว่างการบำบัดแต่ละครั้ง ผู้ป่วยบรรยายผ่านทางเครื่องบันทึกเสียง ภายในเวลา 10 นาที ในการบำบัดครั้งที่ 2-12 ซึ่งเป็นการบันทึกกระบวนการทางอารมณ์เชิงลึกตามมาตรวัด 0-7 คะแนน ของ Klein, Mathieu-Coughlan, & Kiesler (1986) โดยนักศึกษาปริญญาตรีเป็นผู้ประเมิน ซึ่งไม่รู้สถานภาพความเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมของผู้ป่วย ประเมินอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าโดยผู้บำบัดโดยใช้เครื่องมือดังนี้ 1. Anxiety Disorder Interview Schedule (ADIS-R) โดยผู้บำบัดสัมภาษณ์ผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ 2. Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) 3. Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) 4. Assessor Severity Scale ประเมินความรุนแรงของอาการวิตกกังวลของโรค GAD โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-8 คะแนน
การบำบัด (Intervention)	ผู้ดำเนินการบำบัดเป็น ผู้บำบัดที่มีประสบการณ์ จำนวน 2 คน (เป็นผู้ชาย 1 คน ผู้หญิง 1 คน มีประสบการณ์การทำงานทางคลินิกเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 9 ปี) และนักศึกษาจิตวิทยาคลินิกชั้นสูงอีก 2 คน (เป็นผู้ชาย 1 คน ผู้หญิง 1 คน) รวมเป็น 4 คน ผู้บำบัดที่มี

เรื่องที่ 2	Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 61 (4), 611-619.
หัวข้อสัปดาห์	
	ประสบการณ์จำนวน 1 คนให้การบำบัดผู้ป่วยจำนวน 40% และคนอื่น ๆ ให้การบำบัดผู้ป่วยคนละจำนวน 20% ผู้บำบัดแต่ละคนดูแลผู้ป่วยในการบำบัดแต่ละชนิดจำนวนใกล้เคียงกัน ผู้บำบัดทุกคนผ่านการฝึกวิธีการการสาธิตและตรวจสอบความถูกต้องของขั้นตอนการบำบัดโดย T.D. Borkovec การบำบัดทั้ง 3 รูปแบบ บำบัดแก่ผู้ป่วยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นจำนวน 12 ครั้ง รวมทั้งขั้นตอนการยุติการบำบัด 2 ครั้งใน 3 สัปดาห์สุดท้าย การบำบัด 4 ครั้งแรกใช้ระยะเวลาการบำบัด 90 นาที และในการบำบัดครั้งต่อ ๆ ไปใช้เวลา 1 ชั่วโมง การบำบัดแบบไม่ชี้นำ (Nondirective) การบำบัดครั้งแรก ผู้ป่วยจะได้รับการอธิบายว่าการบำบัดที่ผู้ป่วยจะได้รับเป็นการสำรวจประสบการณ์ชีวิตในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย โดยมีเป้าหมายในการเอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยรู้จักความวิตกกังวลและรู้จักเข้าใจตนเองอย่างลึกซึ้ง การบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ความวิตกกังวลจากภายใน และเพิ่มความมั่นใจในตัวเอง (self-confidence) ผู้บำบัดมีบทบาทในการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยเพื่อให้ผู้ป่วยสะท้อนความคิดความรู้สึกด้วยตนเอง (self-reflection) ให้ความสำคัญและช่วยให้ผู้ป่วยมีความกระจำในความรู้สึกของตนเอง และใช้การบำบัดเป็นเครื่องมือเอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง ส่วนผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการพยายามค้นหาความเข้มแข็งของตนเองโดยการสำรวจและรับรู้อารมณ์ของตนเอง (affective experiencing) 30 นาทีสุดท้ายของการบำบัดในครั้งแรกเป็นการให้การบำบัดแบบไม่ชี้นำ คู่มือการบำบัดแบบไม่ชี้นำแนะนำวิธีการให้การยอมรับผู้ป่วยเสมือนเป็นบุคคลคนหนึ่ง (accepting) การไม่ตัดสินผู้ป่วย (nonjudgmental) มีบรรยากาศของความร่วมมือ

เรื่องที่ 2	Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied
หัวข้อสัปดาห์	relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 61 (4), 611-619.
	(empathic environment) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสนใจกับความรู้สึกครั้งแรกอย่างต่อเนื่องและเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยยอมรับประสบการณ์ทางด้านอารมณ์โดยใช้คำพูดที่ให้กำลังใจ (supportive statement) การสะท้อนสิ่งที่ได้ยิน (reflective listening) และการสื่อสารด้วยความร่วมรู้สึก (empathic communication) ผู้วิจัยห้ามไม่ให้ผู้บำบัดชี้แนะ แนะนำ หรือช่วยผู้ป่วยในการเผชิญความเครียด การบ้านระหว่างการบำบัดแต่ละครั้งจะให้ผู้ผู้ป่วยบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวันอย่างละเอียดรวมทั้งความคิด ความรู้สึก การจินตนาการ การกระทำที่แตกต่างจากที่เคยปฏิบัติ สิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและความเข้าใจของผู้ป่วยต่อการกระทำของตนเอง การบำบัดครั้งต่อไป เริ่มต้นด้วยการเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยซักถาม ตามด้วยการทบทวนเหตุการณ์ในระหว่างสัปดาห์เป็นระยะเวลา 15 นาที จากนั้นเป็นกระบวนการบำบัดแบบไม่ชี้นำ การผ่อนคลาย (Applied Relaxation) การบำบัดครั้งแรก ผู้ป่วยได้รับการอธิบายว่าการบำบัดที่ผู้ป่วยจะได้รับเป็นการเรียนรู้เทคนิคการเผชิญความเครียดใหม่เพื่อลดความกังวลใจและความวิตกกังวล โดยการอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยเข้าใจว่าความวิตกกังวลเกิดขึ้นเป็นวงจร ซึ่งเกิดขึ้นซ้ำๆจนเป็นนิสัย จากสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่มากระทบ เกิดเป็นความคิดอัตโนมัติหรือการจินตนาการ (image) ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (affect) และปฏิกิริยาทางร่างกาย (somatic reaction) และนำไปสู่พฤติกรรมหลีกเลี่ยง (avoidance) การบำบัดจึงต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยในการ 1. สังเกตปฏิกิริยาต่างๆ ของตนเองเมื่อมีความวิตกกังวล และฝึกการสังเกตวงจรของความวิตกกังวลตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก

เรื่องที่ 2	Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 61 (4), 611-619.
หัวข้อสัปดาห์	
	2. ฝึกนิสัยใหม่โดยใช้วิธีการผ่อนคลายซึ่งมีหลายวิธีในระยะเริ่มต้นของความคิด ความรู้สึกและจินตนาการของความวิตกกังวลเพื่อตัดวงจรของความวิตกกังวล 3. ให้ความสนใจกับประสบการณ์ในปัจจุบันมากกว่าการใส่ใจกับเหตุการณ์ในอดีตหรืออนาคตที่อาจเกิดขึ้น เมื่อผู้บำบัดอธิบายหลักการและเหตุผลแล้วจะเป็นการอธิบายและสาธิตการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ (progressive relaxation training) ตามคู่มือการฝึกการผ่อนคลายที่พัฒนาโดย Bernstein and Borkovec (1973) หลังจากนั้นจะให้ผู้ป่วยฝึกซ้ำๆ ทีละขั้นตอน โดยเริ่มจากการเคลื่อนไหวช้าๆ การเดิน การหายใจโดยใช้กระบังลมหรือกล้ามเนื้อหน้าท้อง เพื่อให้เกิดการผ่อนคลายโดยทันทีเมื่อสังเกตสัญญาณเตือนในระยะเริ่มแรกของอาการวิตกกังวลในชีวิตประจำวัน ความสำคัญของการฝึกการผ่อนคลายอยู่ที่การฝึกอย่างมีแบบแผนวันละ 2 ครั้งและนำไปปฏิบัติบ่อยๆ ผู้ป่วยจดบันทึกประจำวันเมื่อสังเกตสัญญาณเตือนของอาการวิตกกังวลในระยะเริ่มแรก บันทึกความคิด ความวิตกกังวล ความกลัว และปฏิกิริยาตอบสนองด้านร่างกายในขณะนั้น <u>ครั้งที่ 2-12</u> เป็นการทบทวนเหตุการณ์และการบ้านในสัปดาห์ที่ผ่านมา และดำเนินการต่อด้วยการระบุสัญญาณเตือนในระยะเริ่มแรกของอาการวิตกกังวล คาดทำนายสถานการณ์ ความเครียดและสัญญาณเตือนเพื่อที่จะใช้วิธีการเผชิญความเครียด โดยการผ่อนคลาย ด้วยการทำสมาธิ ด้วยการหายใจโดยใช้กระบังลม การฝึกการผ่อนคลายฝึกตามวิธีและขั้นตอนตามคู่มือการบำบัดของ Bernstein and Borkovec (1973) ประกอบด้วย การควบคุมสัญญาณเตือนของความกังวลด้วยการ

เรื่องที่ 2	Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 61 (4), 611-619.
หัวข้อสัปดาห์	
	ผ่อนคลาย (cues-controlled relaxation) การผ่อนคลายด้วยวิธีการต่าง ๆ และเทคนิคการจินตนาการ การอภิปรายร่วมกับผู้บำบัดเกี่ยวกับความยืดหยุ่นในการเลือกใช้วิธีการผ่อนคลาย ในการบำบัดแต่ละครั้งเมื่อผู้บำบัดสังเกตสัญญาณของความวิตกกังวลจะทำให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และใช้ทักษะการเผชิญความเครียด <u>การบ้าน</u> จะให้ความสำคัญกับการใช้ทักษะการผ่อนคลายบ่อย ๆ ครั้ง เน้นการมีชีวิตร่วมกับปัจจุบัน และใช้วิธีการทางพฤติกรรมเพื่อหยุด (extinction) วงจรความวิตกกังวลโดยใช้ทักษะการผ่อนคลายอย่างเหมาะสม การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapies) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ใช้ขั้นตอนของการผ่อนคลาย (Applied Relaxation: AR) ทั้งหมด ยกเว้นการใช้เวลาส่วนใหญ่ในการอภิปรายเกี่ยวกับการสังเกตสัญญาณเริ่มแรกของอาการวิตกกังวล และใช้การควบคุมตนเองให้เผชิญกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลที่ละขั้นตอนที่ร่างกายผ่อนคลาย (self-control desensitization) และการบำบัดทางความคิดแบบสั้น (brief cognitive therapy) ผู้ป่วยจะได้รับการอธิบายเหตุผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม คือ 1. ฝึกซ้อมวิธีการเผชิญความเครียด (coping method) โดยจินตนาการเพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยหยุดยั้งความกลัว (fear extinction) และสร้างนิสัยการตอบสนองด้วยวิธีเผชิญความเครียด 2. การบำบัดทางความคิดจะลดความคิดและความเชื่อที่ทำให้ความวิตกกังวลดำรงอยู่ 3. ใช้ผลลัพธ์ทางความคิด ที่เกิดจากการบำบัดทางความคิด

เรื่องที่ 2	Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 61 (4), 611-619.
หัวข้อสัปดาห์	
	ด้วยการฝึกซ้อมการเผชิญความเครียดโดยการจินตนาการร่วมกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อเผชิญความเครียด การเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลทีละขั้นตอนที่ร่างกายผ่อนคลาย (desensitization) จะเริ่มในการบำบัดครั้งที่ 4 การบำบัดทางความคิดเริ่มในการบำบัดครั้งที่ 5 และผู้บำบัดจะใช้การบำบัดทั้งสองรูปแบบในการบำบัดครั้งต่อไปทุกครั้ง ในระหว่างขั้นตอนการเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลขณะที่ร่างกายผ่อนคลาย (desensitization) เมื่อผู้ป่วยผ่อนคลายอย่างสูงสุดจะให้ผู้ป่วยเผชิญความวิตกกังวลทั้งภายนอกและภายในจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถสังเกตสัญญาณเริ่มแรกของความวิตกกังวล ต่อจากนั้นให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงสถานการณ์ภายนอกที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลและจินตนาการว่าตนเองใช้การผ่อนคลายในสถานการณ์นั้น ในการจัดการความวิตกกังวล ให้ผู้ป่วยจินตนาการถึงการใช้ทักษะการผ่อนคลาย 20 วินาที และหยุดจินตนาการทั้งหมด กลับมาให้ความสนใจไปยังการผ่อนคลาย 20 วินาที ผู้บำบัดให้ผู้ป่วยฝึกวิธีการนี้ซ้ำ ๆ จนกระทั่งไม่มีความวิตกกังวลหรือสามารถจัดการความวิตกกังวลออกไปได้อย่างรวดเร็ว การบำบัดทางความคิด (cognitive therapy) ปฏิบัติตามวิธีการของ Beck and Emery (1985) ซึ่งจะใช้เวลาในการบำบัดครั้งละ 10-15 นาที โดยมีเป้าหมายขั้นต้นที่จะสร้างปฏิกิริยาการเผชิญความเครียดทางความคิด {ทั้งการพูดกับตนเอง (self-statements) และการเปลี่ยนมุมมอง (perspective shifts)} เพื่อใช้ในกระบวนการเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลทีละขั้นตอนที่ร่างกายผ่อนคลาย (desensitization) โดยให้ความสำคัญกับการใช้ทักษะทางความคิดในสถานการณ์ทั่วไป การบำบัดทางความคิดเป็นการระบุนิยามความคิดและความเชื่อ

เรื่องที่ 2	Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 61 (4), 611-619.
หัวข้อสัปดาห์	
	การวิเคราะห์ความคิดและความเชื่ออย่างมีเหตุผลและมีเหตุการณ์สนับสนุน พัฒนาการคิดและความเชื่อเป็นอย่างอื่นที่ไม่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (alternative thoughts and beliefs) การพิสูจน์ความคิด ความเชื่อที่ทำให้เกิดความกังวล (behavioral testing of beliefs) และลดการรับรู้สถานการณ์ว่าก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองอย่างรุนแรงของผู้ป่วย (decatastrophization) การบำบัดทางการรู้คิดให้ความสำคัญกับมุมมองที่เป็นทางเลือกหลากหลายและยืดหยุ่น ผู้บำบัดใช้วิธีการตั้งคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบการรับรู้ปัญหาในมุมมองใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม (socratic) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการรู้คิด และใช้การบันทึกประจำวันของผู้ป่วยเพื่อติดตามการนำการบำบัดทางการรู้คิดไปใช้
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized controlled trail
ระดับของงานวิจัย	ระดับ 2
ผลการวิจัย	จากการวิเคราะห์ความแปรปรวน (MANOVAS) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารับการบำบัด ผู้ป่วยที่สมัครเข้ามารับการบำบัด ผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยยากับผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา มีระดับความรุนแรงของอาการแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติก่อนการบำบัด ยกเว้นอายุที่มีความแตกต่างกัน คือ ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมามีอายุน้อยกว่าผู้ป่วยที่สมัครเข้ามา และกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยามีอายุมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ยา เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มพบว่า ก) ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการผ่อนคลายและกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางการรู้คิด และพฤติกรรมมีคะแนนความวิตกกังวล (จากแบบประเมิน HARS) และมีคะแนนความกลัวต่อการผ่อนคลาย (RRAQ) ดีขึ้นกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ชี้แนะอย่างมีนัยสำคัญ

เรื่องที่ 2	Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 61 (4), 611-619.
หัวข้อสัปดาห์	
	ทางสถิติ ($p < 0.01$) ข) ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีคะแนนความรุนแรงของอาการวิตกกังวลของโรควิตกกังวลทั่วไปและคะแนนความกังวลใจ (PSWQ) ต่ำกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ชี้นำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.02$) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างภายในกลุ่มพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการผ่อนคลายและกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีคะแนนในแบบวัดทั้ง 10 แบบวัดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.03-0.001$) เมื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงทางคลินิกพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการผ่อนคลายและกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกมากกว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ชี้นำทั้ง responder status และ endstate functioning เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มจากการติดตามผล 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการผ่อนคลาย ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม และผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบไม่ชี้นำมีคะแนนความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ความแตกต่างภายในกลุ่มพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีคะแนนในแบบวัดทั้ง 10 แบบวัดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะติดตามผล 6 เดือน และ 12 เดือน ($p < 0.02-0.001$)
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยนี้ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกของผู้ศึกษาซึ่งปฏิบัติงานที่กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบ้านโป่ง ต้องดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป และในปัจจุบันยังไม่มีแนวปฏิบัติการ

เรื่องที่ 2	Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 61 (4), 611-619.
หัวข้อสัปดาห์	
	พยาบาลที่สามารถลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว 2. งานวิจัยมีการทดสอบสมมติฐานที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก 3. งานวิจัยนี้เป็นการให้การบำบัดรายบุคคลซึ่งพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าวตามขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล 4. กระบวนการบำบัด และการประเมินผลสามารถนำมาใช้ได้จริงทางคลินิก
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์น่าเชื่อถือ <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> 2. ผู้ทำการวิจัยเป็นผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม 3. ทุนสนับสนุน National Institute of Mental Health Research Grant MH-39172 4. คุณภาพงานวิจัยมีความน่าเชื่อถือในระดับสูง เนื่องจากเป็นงานวิจัยระดับ 2
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of the findings) พยาบาลสามารถนำผลการศึกษการบำบัดรายบุคคลโดยใช้การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมไปใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการของโรควิตกกังวลทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลบ้านโป่งได้ เนื่องจากบริบทที่ทำวิจัยและคุณสมบัติของผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยมีความใกล้เคียงกับผู้มารับบริการ ซึ่งโรงพยาบาลบ้านโป่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 420 เตียง มีการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษามาก และไม่มีจิตแพทย์และอายุรแพทย์ไม่มีความ

เรื่องที่ 2	Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 61 (4), 611-619.
หัวข้อสัปดาห์	
	ชำนาญในการรักษาผู้ป่วยโรควิตกกังวล (General anxiety disorder) ทำให้มีการส่งต่อผู้ป่วยมาที่แผนกจิตเวชซึ่งมีพยาบาลจิตเวชทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การบำบัดที่ชัดเจน และกลุ่มประชากรที่นำไปใช้ คือผู้ป่วยโรควิตกกังวลซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ อีกทั้งมีแนวโน้มที่จะป่วยซ้ำ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility) พยาบาลสามารถจะเป็นผู้ปฏิบัติได้ เพียงแต่พยาบาลที่รับผิดชอบควรมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลสามารถนำไปใช้ได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก สามารถให้ผู้ป่วยเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง และไม่รบกวนขั้นตอนการปฏิบัติ ไม่ต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ใดเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ แบบวัด Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) ของ Hamilton (Hamilton, 1960) ใช้เพื่อประเมินอาการวิตกกังวล และ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) ของ Hamilton (Hamilton, 1959) ใช้เพื่อประเมินอาการซึมเศร้า หน่วยงานต้องมีความพร้อม เนื่องจากอาจมีความขาดแคลนด้านบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะในการปฏิบัติงาน 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) คุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) เนื่องจากแนวทางในการปฏิบัติเดิมไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ส่งผลต่อการติดตามอาการต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาด้วยอาการเดิม ๆ ซ้ำ ๆ และระยะเวลาการดำเนินของโรคนานขึ้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา หากสามารถ

เรื่องที่ 2	Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 61 (4), 611-619.
หัวข้อสัปดาห์	
	นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ศึกษามาใช้ภายในหน่วยงานจะช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การบำบัดรายบุคคลโดยใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเหมาะสำหรับผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-III-R ว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป และไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยา Antidepressant และยาที่มีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการวิตกกังวล เช่น ยาไทรอยด์ รูปแบบการบำบัดจะทำสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นจำนวน 12 ครั้ง รวมทั้งขั้นตอนการยุติสัมพันธภาพใน 3 สัปดาห์สุดท้าย การบำบัด 4 ครั้งแรกใช้ระยะเวลาการบำบัด 90 นาที และในการบำบัดครั้งต่อ ๆ ไปใช้เวลา 1 ชั่วโมง คู่มือประกอบด้วย ผู้ป่วยจะได้รับการอธิบายเหตุผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม คือ 1. ฝึกซ้อมวิธีการเผชิญความเครียด (coping method) โดยการจินตนาการเพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้ผู้ป่วยหยุดยั้งความกลัว (fear extinction) และสร้างนิสัยการตอบสนองด้วยวิธีเผชิญความเครียด 2. การบำบัดทางความคิดจะลดความคิดและความเชื่อที่ทำให้ความวิตกกังวลดำรงอยู่ 3. ใช้ผลลัพธ์ทางความคิด ที่เกิดจากการบำบัดทางความคิดด้วยการฝึกซ้อมการเผชิญความเครียดโดยการจินตนาการ ร่วมกับการใช้เทคนิคผ่อนคลายเพื่อเผชิญความเครียด การผ่อนคลาย (Applied Relaxation) คือการฝึกการผ่อนคลายตามวิธีและขั้นตอนตามคู่มือการบำบัดของ Bernstein and Borkovec (1973) ประกอบด้วย การควบคุมการผ่อนคลาย (cues-controlled relaxation) การผ่อนคลายด้วยวิธีการต่าง ๆ และเทคนิคการจินตนาการ การอภิปรายร่วมกับผู้บำบัดเกี่ยวกับความ

เรื่องที่ 2	Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 61 (4), 611-619.
หัวข้อสัปดาห์	
	ยึดหยุ่นในการเลือกใช้วิธีการผ่อนคลาย ในการบำบัดแต่ละครั้ง เมื่อผู้บำบัดสังเกตสัญญาณของความวิตกกังวลจะช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และใช้ทักษะการเผชิญความเครียด

เรื่องที่ 3	Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of
หัวข้อสก็ด	nonphobic anxiety disorder : A Comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 56 (6), 877-884.
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อเปรียบเทียบผลการบำบัดโรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder : GAD) และโรคตื่นตระหนก (Panic disorder) โดยใช้การบำบัดทางการรู้คิด (Cognitive Therapy) การบำบัดโดยการเผชิญหน้า (Coping Desensitization) และการบำบัดแบบไม่ชี้นำ (Nondirective) ในการลดอาการวิตก กังวล
สมมุติฐานงานวิจัย	-
Setting งานวิจัย	Psychological Clinic
ทุน	National Institute of Mental Health Research Grant MH-39172
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ป่วย generalized anxiety และ panic problems ได้รับการ ส่งต่อมาจากคลินิกสุขภาพจิต และจากการประกาศรับสมัครเพื่อ รับการบำบัด จำนวน 141 คน มีผู้ป่วยจำนวน 109 คน ถูกคัดออก เนื่องจากเป็นโรควิตกกังวลอื่นที่ไม่ใช่ GAD และ Panic จำนวน 42 คน อาการไม่รุนแรงจำนวน 13 คน ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่า ป่วยเป็นโรควิตกกังวล (anxiety disorder) จำนวน 13 คน มีอาการ ซึมเศร้ารุนแรงจำนวน 12 คน ไม่มีเวลาเข้ารับการบำบัดจำนวน 11 คน กำลังรักษาด้วยยา จำนวน 10 คน และสาเหตุอื่น ๆ จำนวน 8 คน ผู้ป่วยจำนวน 2 คน ลาออกจากการวิจัยเมื่อรับการบำบัดได้ 2 ครั้งเนื่องจากไม่มีเวลาเข้ารับการบำบัด เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยประกอบด้วยขั้นตอน ดังต่อไปนี้ การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์โดยผู้สัมภาษณ์ทางจิตเวช (psychiatric assessor) เพื่อคัดกรองว่าปัญหาของผู้ป่วยเป็นปัญหา เกี่ยวกับความวิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety) หรืออาการ

เรื่องที่ 3	Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of
หัวข้อสัปดาห์	nonphobic anxiety disorder : A Comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 56 (6), 877-884.
	ตื่นตระหนก (panic) และเพื่อคัดกรองการรักษาวิธีการอื่นหรือการรักษาด้วยยาและสัมภาระทางจิตเวชโดยใช้แบบประเมิน Anxiety Disorder Interview Schedule (ADIS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือในการวินิจฉัยแยกโรคในกลุ่มโรควิตกกังวล (DiNardo, O'Brien, Barloe, Waddell, & Blanchard, 1983) ผู้ประเมินสัมภาระทางโทรศัพท์โดยใช้ 1. แบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าและแบบประเมิน Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) เพื่อประเมินอาการวิตกกังวล 2. แบบประเมิน Severity of Anxiety Symptoms ประเมินความรุนแรงของอาการวิตกกังวล ซึ่งมีมาตรวัด 9 ระดับคะแนน จะถูกประเมินโดยผู้ประเมินอีกครั้งโดยใช้แบบประเมิน ADIS อีกครั้งหลังจากการประเมินครั้งแรก 3 วัน ผู้วิจัยจะเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างถ้าผู้ประเมินทั้ง 2 คนมีความเห็นตรงกันตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorder) หรือโรคหวั่นวิตก (panic disorder) 2. มีระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลางเท่ากับ 4 คะแนน (moderate anxiety) หรือมากกว่า จากการประเมินโดย 9-point Severity scale 3. ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าหรือไม่ได้รับการรักษาอย่างอื่น และไม่มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง (มีคะแนนมากกว่า 20 คะแนน จากการประเมินโดย HRSD) หรือเป็นโรคทางจิตเวชอื่น ๆ

เรื่องที่ 3	Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of
หัวข้อสก็ด	nonphobic anxiety disorder : A Comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 56 (6), 877-884.
เครื่องมือในการประเมินผล ลัพธ์	ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ ดังนี้ 1. Trait version of the State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) ประเมินลักษณะนิสัยวิตกกังวลของผู้ป่วย 2. Fear Questionnaire (Marks & Mathews, 1979) 3. Zung Self-Rating of Anxiety (Zung, 1975) เป็นแบบประเมินอาการวิตกกังวลของผู้ป่วย 4. Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) ใช้วัดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย 5. Reactions to Relaxation and Arousal Questionnaire (Heide & Borkovec, 1983) เพื่อประเมินความวิตกกังวลในระหว่างการผ่อนคลาย 6. Cognitive/Somatic Anxiety Inventory พัฒนาโดยผู้วิจัย เครื่องมือทั้งหมดนี้ใช้ประเมินระหว่างสัปดาห์ หลังการบำบัดครบ 12 ครั้ง และในระยะติดตามผลที่ 6 เดือน และ 12 เดือน ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จะตอบแบบสอบถามทั้งหมด ก่อนการทดลอง 1 ครั้ง ภายใน 1 สัปดาห์หลังรับการบำบัดครบ 12 ครั้ง อีก 1 ครั้ง ในระยะติดตามผลที่ 6 เดือน 1 ครั้ง และ ในระยะติดตามผล 12 เดือนอีก 1 ครั้ง รวมทั้งการบันทึกประจำวัน (daily diary) วันละ 3 ครั้ง ทุกวันเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ก่อนการบำบัด ตลอดระยะเวลาการบำบัด และ 1 สัปดาห์ก่อนการประเมินเพื่อติดตามผลในเดือนที่ 6 และเดือนที่ 12 ผู้ป่วยทุกคนจะให้คะแนนความวิตกกังวลทั่วไป (general level of anxiety) ในมาตรวัด 100 คะแนน และใส่ข้อมูล

เรื่องที่ 3	Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of nonphobic anxiety disorder : A Comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 56 (6), 877-884.
หัวข้อสัปดาห์	
	เกี่ยวกับการเกิดความวิตกกังวลและความรุนแรงของความวิตกกังวล (acute, intense episode of anxiety) ลงในบันทึกประจำวันด้วย ผู้ประเมินเป็นนักศึกษาหญิงจิตวิทยาคลินิกระดับปริญญาโทซึ่งเป็นผู้โทรศัพท์สัมภาษณ์ผู้ป่วย ผู้ประเมินอีก 2 คน เป็นนักจิตวิทยาคลินิกผู้ช่วยระดับปริญญาเอกและนักศึกษาหญิงจิตวิทยาคลินิกระดับปริญญาโท ผู้ประเมินทุกคนไม่รู้สถานภาพของผู้ป่วยว่าอยู่ในกลุ่มการบำบัดใด ประเมินความเครียดทางกายภาพในห้องทดลอง (a central physiological recording room) ก่อนการทดลองและภายใน 1 สัปดาห์หลังการบำบัดครบ 12 ครั้ง โดยใช้แถบแม่เหล็กไฟฟ้าประเมิน 1. อัตราการหายใจ (respiration) 2. อัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate) 3. การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการนำไฟฟ้าของผิวหนังเนื่องจากสภาพอารมณ์ (skin conductance) ผู้วิจัยประเมินระดับความเครียดทางสรีระขณะที่ให้งานผู้ป่วยปฏิบัติ 3 อย่างได้แก่ 1. การนำเสนอภาพที่น่ากลัว 3 ภาพ 2. การนำเสนอปัญหาทางคณิตศาสตร์ 3 ปัญหา 3. การออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยาน 3 ครั้ง
การบำบัด (Intervention)	ผู้ป่วยทุก 3 คนจะได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มการบำบัด 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 การบำบัดแบบไม่ชี้นำ (Nondirective) กลุ่มที่ 2 การบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) กลุ่มที่ 3 การบำบัดโดยการเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลอย่างเป็น

เรื่องที่ 3	Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of
หัวข้อสัปดาห์	nonphobic anxiety disorder : A Comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 56 (6), 877-884.
	ระบบ (Coping Desensitization) รูปแบบการบำบัดเป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 12 ครั้ง และการบำบัดเพื่อกระตุ้น (booster) อีก 2 ครั้งหลังการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการบำบัด ผู้ป่วยทั้งหมดจะได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ (abbreviated progressive relaxation) ระหว่างการบำบัดทั้ง 12 ครั้ง ตามคู่มือการฝึกการผ่อนคลายของ Bernstein and Borkovec (1973) มีวิธีการที่ชัดเจน และมีตารางการฝึกที่เฉพาะเจาะจง <u>การบำบัดครั้งที่ 1</u> เป็นการอภิปรายร่วมกับผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การชี้แจงเหตุผลของการบำบัด และการฝึกการผ่อนคลาย ก่อนสิ้นสุดการบำบัดในครั้งนี ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินโดย 1) ข้อคำถาม 3 ข้อเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของการบำบัด (three-item credibility questionnaire)(ระดับคะแนน 1– 9 คะแนน) ได้แก่การประเมินการอธิบายเหตุผลของวิธีการบำบัด ความคาดหวังต่อผลสำเร็จของวิธีการบำบัดและความต้องการ แนะนำการบำบัดนี้แก่เพื่อน และ 2) ความคาดหวังต่อผลการบำบัด (Expectancy of Improvement) (0-100%) เหตุผลของการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ จะให้ความสำคัญกับปัจจัยการกระตุ้นทางสรีระ (physiological arousal) เมื่อมีความวิตกกังวล และความสำคัญของการผ่อนคลายต่อการลดความวิตกกังวล และความคิดที่รบกวน (intrusive thoughts) ขณะมีความวิตกกังวล ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำให้ฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อวันละ 2 ครั้ง เพื่อนำทักษะการผ่อนคลายที่ได้รับการพัฒนาไปจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และ

เรื่องที่ 3	Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of
หัวข้อสัปดาห์	nonphobic anxiety disorder : A Comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 56 (6), 877-884.
	บันทึกความถี่ของการฝึกการผ่อนคลายลงใน instruction sheet ที่ จะนำมาทบทวนร่วมกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยในการบำบัดแต่ละ ครั้ง <u>ครั้งที่ 2</u> เริ่มด้วยการทบทวนเหตุการณ์ในสัปดาห์ที่ผ่านมา และฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ <u>ครั้งที่ 3-12</u> เป็นการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและ ใช้ เวลา 30 นาทีก่อนจบการบำบัดในแต่ละครั้งให้การบำบัดตาม เงื่อนไขการบำบัดของการทดลอง (ND, Desensitization, CT) การบำบัดแต่ละครั้งจะใช้เวลา ประมาณ 60 นาที ถึง 105 นาที ขึ้นอยู่กับระยะเวลาการฝึกการผ่อนคลาย แต่การบำบัดทั้ง 3 วิธี มีระยะเวลาการบำบัดที่ใกล้เคียงกัน หลังการฝึกการผ่อนคลาย แต่ละครั้งผู้ป่วยจะต้องตอบแบบสอบถามสั้น ๆ ว่าขณะฝึกการ ผ่อนคลายมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นหรือไม่ ซึ่งมีระดับของความ วิตกกังวล 9 ระดับคะแนน เพื่อประเมินว่าการฝึกการผ่อนคลายทำ ให้เกิดความวิตกกังวลหรือไม่ การบำบัดทุกครั้งตลอดการบำบัด จัดที่คลินิกสุขภาพจิต และมีการบันทึกเทปเพื่อใช้ในการควบคุม และการตรวจสอบว่าการบำบัดเป็นไปตามขั้นตอนการบำบัดของ การวิจัยหรือไม่ การบำบัดแบบไม่ชี้นำ (Nondirective) การบำบัดแบบไม่ชี้นำ มีเหตุผลสำคัญคือ ผู้ป่วยจะต้อง สำรวจความรู้สึกและความคิด ที่มีต่อตนเองและความวิตกกังวล ของตนเอง ทดลองรับรู้และจัดการกับเหตุการณ์ในชีวิตที่แตกต่าง ไปจากเดิม (alternative way) ผู้บำบัดจะไม่เสนอแนะ ให้ คำแนะนำ หรือการสอน แต่ผู้บำบัดสะท้อนเนื้อหาและความรู้สึก จากการสื่อสารของผู้ป่วยในบรรยากาศการยอมรับ อบอุ่น และ

เรื่องที่ 3	Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of
หัวข้อสก็ด	nonphobic anxiety disorder : A Comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 56 (6), 877-884.
	การนับถือ (regard) ผู้ป่วยจะได้รับมอบหมายการบ้านให้ฝึกการผ่อนคลายและ บันทึกประจำวันเกี่ยวกับ การสังเกต การตระหนักรู้ (insights) และการอธิบายเกี่ยวกับประสบการณ์ทางอารมณ์เพื่อใช้เป็นข้อมูล ในการอภิปรายในการบำบัดครั้งต่อไป การบำบัดทางการรู้คิด (Cognitive therapy) การบำบัดทางการรู้คิด ใช้แนวทางที่พัฒนาโดย Beck and Emery (1985) ประกอบด้วย 1. การสอนให้ผู้ป่วยสังเกตและระบุความคิด ภาพที่ปรากฏ ซ้ำๆ และความเชื่อพื้นฐาน 2. ประเมินและรับรู้เหตุการณ์อย่างมีเหตุผล 3. สร้างความเชื่อและคำพูดเกี่ยวกับตนเองใหม่ เพื่อให้เกิด เหตุการณ์ในชีวิตที่ดีขึ้นกว่าเดิม 4. ใช้ความคิดใหม่ในขณะที่มีประสบการณ์ความเครียด การบำบัดให้ความสำคัญกับสัญญาณเตือนทางความคิดและการ เปลี่ยนแปลงทางร่างกายจากความวิตกกังวล ปฏิกริยาตอบสนอง ทางความคิดของผู้ป่วยต่อสัญญาณเตือนนั้น โดยลดการรับรู้ สถานการณ์ว่าก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองอย่างรุนแรงของผู้ป่วย (decatastrophization) และเปลี่ยนการนิยามคุณสมบัติของตนเอง ใหม่ re-attribution และใช้วิธีการตั้งคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบการ รับรู้ปัญหาในมุมมองใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม (Socratic) ผู้ป่วยจะได้รับมอบหมายการบ้านให้ฝึกการผ่อนคลาย นำ เทคนิคทางการรู้คิด และการทดลองทางพฤติกรรมไปใช้ใน เหตุการณ์ประจำวันเพื่อทดสอบความเชื่อแบบเก่าและแบบใหม่

เรื่องที่ 3	Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of
หัวข้อสัปดาห์	nonphobic anxiety disorder : A Comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 56 (6), 877-884.
	การบำบัดโดยการเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลอย่างเป็นระบบ (Coping Desensitization) การบำบัดโดยการเผชิญหน้า เริ่มด้วยการจัดลำดับการรับรู้คิดและอาการทางกายของผู้ป่วย (client's cognitive and somatic symptoms) โดยมีสถานการณ์ในสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลเป็นฉาก (scene) ให้ผู้ป่วยจินตนาการให้เกิดความวิตกกังวลภายใน เมื่อผู้ป่วยมีการผ่อนคลายให้ผู้ป่วยประสบกับฉากที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลซ้ำ ๆ และให้ผู้ป่วยฝึกขจัด (eliminate) ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นออกไป ผู้ป่วยจะได้ฝึกการเผชิญกับฉากที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลลำดับต่อไป เมื่อผู้ป่วยสามารถขจัดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการเผชิญฉากแรกได้อย่างรวดเร็วหรือเผชิญกับฉากแรกได้โดยไม่มีอาการวิตกกังวล ผู้ป่วยจะได้รับมอบหมายให้ฝึกการผ่อนคลาย และนำการผ่อนคลายไปใช้ตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ผู้บำบัด ผู้บำบัด 2 คน (ผู้ชาย 1 คน ผู้หญิง 1 คน) เป็นนักจิตวิทยาคลินิกระดับปริญญาเอกทั้ง 2 คน เป็นผู้ให้การบำบัดในการวิจัยปีแรก การบำบัดในปีที่ 2 ใช้ผู้บำบัด 2 คน เป็นนักจิตวิทยาคลินิก ผู้หญิงระดับปริญญาเอก 1 คน เป็นนักศึกษาจิตวิทยาคลินิกระดับปริญญาโทผู้ชายอีก 1 คน ผู้บำบัดทุกคนมีความคุ้นเคยกับการบำบัดและได้รับการฝึกตามขั้นตอนการบำบัดก่อนให้การบำบัดแก่ผู้ป่วย 3 เดือนโดย Borkovec T.D. ขณะให้การบำบัดผู้วิจัยได้

เรื่องที่ 3	Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of nonphobic anxiety disorder : A Comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 56 (6), 877-884.
หัวข้อสก็ด	
	บันทึกเทปและตรวจสอบเทปด้วยตนเองทั้งหมด 100%
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized controlled trail
ระดับของงานวิจัย	ระดับ 2
ผลการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 30 คน มีอายุเฉลี่ย 32.9 ปี (พิสัย = 20-54 ปี) ผู้ป่วยจำนวน 24 คน มีระยะเวลาการป่วยเฉลี่ย 5.3 ปี (พิสัย = 4 เดือน – 26 ปี) ส่วนอีก 6 คน มีอาการป่วยทั้งชีวิต (all my life) ภายหลังจากการสัมผัสกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มการบำบัดจะมีผู้ป่วยโรค generalized anxiety disorder 6 คน และผู้ป่วยโรค panic disorder จำนวน 4 คน สำหรับในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีการบำบัดด้วยการเผชิญหน้า (Coping desensitization) มีผู้หญิงจำนวน 7 คน และผู้ชายจำนวน 3 คน ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดอื่น ๆ มีผู้หญิงจำนวน 5 คน และผู้ชายจำนวน 5 คนเท่า ๆ กัน เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มโดยใช้ Multivariate analysis พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทั้ง 3 แบบ (การบำบัดแบบไม่ชี้นำ การบำบัดทางการรู้คิด การบำบัดโดยการเผชิญหน้า) มีคะแนนในแบบประเมินทุกแบบภายหลังการบำบัดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.03$) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างก่อนการบำบัดและหลังการบำบัดภายในกลุ่มการบำบัดเดียวกัน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทั้ง 3 แบบมีการเปลี่ยนแปลงในทางดีขึ้นในแบบประเมินทุกประเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (significant improvements on each outcome measure) ($p < 0.001$) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างก่อนการบำบัดและระยะติดตามผลที่ 12 เดือนภายในกลุ่มการบำบัดเดียวกัน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับ

เรื่องที่ 3	Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of nonphobic anxiety disorder : A Comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 56 (6), 877-884.
หัวข้อสัปดาห์	
	การบำบัดทั้ง 3 แบบมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นอย่างคงที่ในแบบประเมินทุกประเภทยกเว้นคะแนนอาการซึมเศร้าจากแบบประเมิน BDI โดยพบว่าคะแนนในแบบประเมินทุกประเภทหลังการบำบัดทันทีและคะแนนในระยะติดตามผลที่ 12 เดือน แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยนี้ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกของผู้ศึกษา ซึ่งปฏิบัติงานกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบ้านโป่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่ไม่มีจิตแพทย์ การรักษาจึงเป็นการรักษาโดยให้ยาตามอาการมากกว่าการใช้ยาในกลุ่มยาต้านเศร้า ซึ่งรูปแบบการบำบัดสามารถลดการใช้ยาในกลุ่มยาต้านเศร้า ทำให้สามารถรักษาผู้ป่วยได้ในระบบของโรงพยาบาลโดยไม่ต้องส่งไปพบจิตแพทย์เพื่อรับการรักษาด้วยยา 2. กระบวนการบำบัด และการประเมินผลของงานวิจัยสามารถนำมาใช้ได้จริงทางคลินิก 3. การกำหนดวัตถุประสงค์ของงานวิจัยความสอดคล้องกับการออกแบบการวิจัย 4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรควิตกกังวล และสามารถนำมาปฏิบัติได้ 5. กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมเป็นสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์น่าเชื่อถือ <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> 2. ผู้ทำการวิจัยเป็นผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม 3. ทุนสนับสนุน National Institute of Mental Health Research

เรื่องที่ 3	Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of
หัวข้อสก็ด	nonphobic anxiety disorder : A Comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 56 (6), 877-884.
	Grant MH-39172 4. คุณภาพงานวิจัยมีความน่าเชื่อถือในระดับสูง เนื่องจากเป็น งานวิจัยระดับ 2
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of the findings) พยาบาลสามารถนำการบำบัดรายบุคคลโดยใช้การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมไปใช้กับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางไปใช้ในหน่วยงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบ้านโป่งได้ ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลแล้วยังสามารถลดการใช้ยาในกลุ่มยาด้านเศร้า และยังสามารถควบคุมอาการได้ในระยะยาว 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility) พยาบาลสามารถจะเป็นผู้ปฏิบัติได้ เพียงแต่พยาบาลที่รับผิดชอบควรมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม หน่วยงานต้องมีความพร้อม เนื่องจากอาจมีความขาดแคลนด้านบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะในการปฏิบัติงาน 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) คุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) เนื่องจากการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีรูปแบบที่ชัดเจน สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านโป่งได้ เนื่องจากจะช่วยลดอาการวิตกกังวลแล้วยังสามารถลดการมาตรวจซ้ำได้ช่วยให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง

เรื่องที่ 3	Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of nonphobic anxiety disorder : A Comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 56 (6), 877-884.
หัวข้อสัปดาห์	
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การบำบัดทางการรู้คิดร่วมกับการฝึกการผ่อนคลายเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorder) ที่มีระดับความวิตกกังวลในระดับปานกลางเท่ากับ 4 คะแนน (moderate anxiety) หรือมากกว่า จากการประเมินโดย 9-point Severity scale โดยไม่ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาหรือไม่ได้รับการรักษาอย่างอื่น และไม่มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง (มีคะแนนมากกว่า 20 คะแนน จากการประเมินโดย HRSD) หรือเป็นโรคทางจิตเวชอื่น ๆ รูปแบบการบำบัดรายบุคคลสัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 12 ครั้ง และการบำบัดเพื่อกระตุ้น (booster) อีก 2 ครั้งหลังการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการบำบัด ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ (abbreviated progressive relaxation) ระหว่างการบำบัดทั้ง 12 ครั้ง ตามคู่มือการฝึกการผ่อนคลายของ Bernstein and Borkovec (1973) มีวิธีการที่ชัดเจน และมีตารางการฝึกที่เฉพาะเจาะจง การบำบัดทางการรู้คิด (Cognitive therapy) การบำบัดทางการรู้คิด ใช้แนวทางที่พัฒนาโดย Beck and Emery (1985) ประกอบด้วย 1. การสอนให้ผู้ป่วยสังเกตและระบุความคิด ภาพที่ปรากฏซ้ำๆ และความเชื่อพื้นฐาน 2. ประเมินและรับรู้เหตุการณ์อย่างมีเหตุผล 3. สร้างความเชื่อและคำพูดเกี่ยวกับตนเองใหม่ เพื่อให้เกิดเหตุการณ์ในชีวิตที่ดีขึ้นกว่าเดิม 4. ใช้ความคิดใหม่ในขณะที่มีประสบการณ์ความเครียด การบำบัดให้ความสำคัญกับสัญญาณเตือนทางความคิดและทาง

เรื่องที่ 3	Borkovec, T. D., & Mathews, A. M. (1988). Treatment of nonphobic anxiety disorder : A Comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 56 (6), 877-884.
หัวข้อสัปดาห์	
	ร่างกายของความวิตกกังวล ปฏิบัติตอบสนองทางความคิดของผู้ป่วยต่อสัญญาณเตือนนั้น โดยลดการรับรู้สถานการณ์ว่าก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองอย่างรุนแรงของผู้ป่วย (decatastrophization) และเปลี่ยนการนิยามคุณสมบัติคุณสมบัติของตนเองใหม่ re-attribution และใช้วิธีการตั้งคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบการรับรู้ปัญหาในมุมมองใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม (socratic) ผู้ป่วยจะได้รับมอบหมายการบ้านให้ฝึกการผ่อนคลาย นำเทคนิคทางการรู้คิด และการทดลองทางพฤติกรรมไปใช้ในเหตุการณ์ประจำวันเพื่อทดสอบความเชื่อแบบเก่าและแบบใหม่

เรื่องที่ 4	Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991).
หัวข้อสัปดาห์	Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Consulting and Clinical Psychology</i> , 59 (1), 167-175.
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อเปรียบเทียบผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) และพฤติกรรมบำบัด (BT) ในการบำบัดอาการของโรควิตกกังวลทั่วไป (GAD)
สมมติฐานงานวิจัย	1. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดภายหลังการบำบัดเช่นเดียวกับพฤติกรรมบำบัดหรือไม่ 2. การเปลี่ยนแปลงทางความคิดที่เกิดขึ้นภายหลังการบำบัด เป็นการเปลี่ยนแปลงรูปแบบความคิดในระยะยาว ในด้านคุณค่า (values) ทศนคติ (attitudes) สมมติฐาน (assumptions) หรือไม่ 3. การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ได้ผลดีกว่าพฤติกรรมบำบัด ในผู้ป่วยวิตกกังวลเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าหรือไม่ 4. ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีอัตราการกลับเป็นซ้ำต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดหรือไม่ เมื่อการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบความคิดในระยะยาวได้
Setting งานวิจัย	Outpatient clinic
ทุน	the Medical Research Council of Great Britain
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ป่วยได้รับการส่งตัวมาจากโรงพยาบาลจิตเวช และจากโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 161 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจำนวน 104 คน ไม่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก เนื่องจากอาการไม่รุนแรง จำนวน 38 คน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวชอื่น ๆ จำนวน 37 คน {ในจำนวนนั้นมีผู้ป่วย 24 คน ที่เป็นโรควิตกกังวลชนิดอื่น คือโรคกลัวสังคม (social phobia) หรือโรคตื่นตระหนก (panic disorder)} และมีผู้ป่วยจำนวน 23 คน ที่ไม่ให้ความร่วมมือในขณะสัมภาษณ์

เรื่องที่ 4	Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991).
หัวข้อสัปดาห์	Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Consulting and Clinical Psychology</i> , 59 (1), 167-175.
	เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย 1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป (GAD) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-III-R 2. มีอายุระหว่าง 18 - 65 ปี 3. ป่วยเป็นโรควิตกกังวลทั่วไปมาแล้ว 6 เดือน 4. มีระดับคะแนนความวิตกกังวลมากกว่า 7 คะแนน จากการประเมินโดยใช้แบบประเมิน the Leed Anxiety Scale ของ Snaith, Bridge & Hamilton (1976) มีเกณฑ์การคัดออกคือ 1. เคยมีอาการตื่นตระหนกอย่างรุนแรง (panic attack) จาก ก) การได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกเป็นโรคตื่นตระหนก หรือ ข) โรควิตกกังวลทั่วไปที่มีอาการตื่นตระหนก 2. ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยเป็นโรคกลัวสังคม หรือ โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) 3. ได้รับการรักษาด้วยยากลุ่ม antidepressant 4. เคยได้รับการรักษาด้วยวิธีจิตบำบัด ภายในระยะเวลา 2 ปี ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ โดยการใช้การสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างตาม the Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS) ซึ่งเป็นวิธีการในการวินิจฉัยแยกโรคในกลุ่มโรควิตกกังวลที่มีความน่าเชื่อถือ (reliable) (Di Nardo, O'Brien, Barlow, Weddell & Blanchard, 1983) ผู้วิจัยมีการตรวจสอบการวินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไปและเกณฑ์การคัดออกโดยผู้ประเมิน 2 คน มีความเห็นตรงกัน กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยมีจำนวนทั้งหมด 57 คน เป็นเพศชายจำนวน 8 คน ในจำนวน 8 คนนี้อยู่ในกลุ่มการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จำนวน 1 คน อยู่ในกลุ่มพฤติกรรม

เรื่องที่ 4	Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991).
หัวข้อสัปดาห์	Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Consulting and Clinical Psychology</i> , 59 (1), 167-175.
	บำบัด จำนวน 3 คน และอยู่ในกลุ่มควบคุมที่รอคอยการบำบัด จำนวน 4 คน ในการศึกษารั้งนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวเข้ามาเป็น ผู้ป่วยเพศชายจำนวน 1 ใน 3 และในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ร่วมการทดลองจนถึงสิ้นสุดการทดลองมีผู้ป่วยเพศชายในอัตราส่วนที่น้อย ผู้ป่วยเพศชายลาออกจากการวิจัย จำนวนมากในทุก ๆ ระยะ
เครื่องมือในการประเมินผล ลัพธ์	การประเมินด้านอารมณ์โดย ผู้ประเมิน ประเมินอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโดยใช้ 1. Hamilton Anxiety Scale (Hamilton, 1959) ใช้เพื่อประเมินระดับความวิตกกังวล 2. 9-point rating scale โดย Watson and Marks (1971) ใช้เพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยรายงานตนเองโดยใช้ 1. 9-point rating scale โดย Watson and Marks (1971) ใช้เพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า 2. Leeds Scale (Snaith et.al.,1976) ใช้เพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า 3. Trait version of the State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) ใช้เพื่อประเมินลักษณะนิสัยกังวล 4. Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Brown, Epstein, & Steer, 1988) ใช้เพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการบำบัดทุกครั้งและใช้ทุกครั้งเมื่อมีการประเมินผล 5. Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) ใช้เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยก่อนการบำบัดทุกครั้งและใช้ทุกครั้งเมื่อมีการ

เรื่องที่ 4	Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991).
หัวข้อสัปดาห์	Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Consulting and Clinical Psychology</i> , 59 (1), 167-175.
	ประเมินผล ประเมินด้านการรู้คิด ผู้บำบัดช่วยผู้ป่วยระบุความคิดที่เฉพาะเจาะจงที่เกิดขึ้นขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกกังวล และประเมินว่าความคิดดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยทุกข์ใจมากเพียงใด โดยใช้แบบประเมิน 9-point scale ผู้ป่วยรายงานตนเองโดยใช้ 1. Dysfunctional Attitude Scale (DAS; Rush, Weissenburger, & Eaves, 1986) 2. Cognitive Checklist (CCL; Beck, Brown, Eidelson, Steer, & Riskind, 1987) 3. Fear of Negative Evaluation scale (FNE; Watson and Friend, 1969) และข้อคำถาม 2 ข้อย่อย (Butler & Mathews, 1983) 4. Subjective Probabilities Questionnaire (SPQ; Butler and Mathews, 1983) เป็นเครื่องมือในการวัดการรับรู้สถานการณ์ที่คุกคามและทำให้เกิดความไม่สบาย 5. Interpretations (Butler and Mathews, 1983) คล้ายกับ Clark et al., 1988; McNally & Foa, 1987) เป็นเครื่องมือวัดการให้ความหมายสถานการณ์ที่คลุมเครือว่าเป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อผู้ป่วยโรควิตกกังวล ผู้ป่วยระบุปัญหาใหม่ ๆ ของตนเอง 3 ปัญหาขึ้นไป และประเมินว่าแต่ละปัญหารบกวนชีวิตของตนมากเพียงใดในอันดับ 0-3 คะแนน ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ประเมินจะรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ความคิดวิตกกังวล อาการตื่นตระหนกรุนแรง กลยุทธ์ที่ผู้ป่วยใช้เผชิญความวิตกกังวลที่เคยใช้การดื่มสุรา กาแฟ สูบบุหรื และยาของผู้ป่วย

เรื่องที่ 4	Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991).
หัวข้อสัปดาห์	Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Consulting and Clinical Psychology</i> , 59 (1), 167-175.
การบำบัด (Intervention)	ผู้ดำเนินการบำบัดเป็นนักจิตวิทยาคลินิก จำนวน 2 คน ที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 8 ปี ให้การบำบัดผู้ป่วยจำนวนเท่ากัน ทั้งสองคนได้รับการฝึกเป็นนักพฤติกรรมบำบัดมาก่อน และได้รับการฝึกการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจาก Center for Cognitive Therapy ใน Philadelphia และใช้วิธีการดังกล่าวบำบัดทั้งโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้า การบำบัดทั้งการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมและพฤติกรรมบำบัด เป็นการบำบัดรายบุคคล จำนวน 12 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถหยุดการบำบัดเมื่อรับการบำบัดอย่างน้อย 4 ครั้ง และไม่มีอาการวิตกกังวลหรือมีระดับอาการวิตกกังวลคงที่อย่างน้อย 2 สัปดาห์ และผู้บำบัดและผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นร่วมกันว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อสิ้นสุดการบำบัดจะมีการบำบัดเพื่อกระตุ้น (booster) อีกจำนวน 3 ครั้ง เมื่อสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 ภายหลังการบำบัดสัปดาห์ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) และพฤติกรรมบำบัด (BT) มีลักษณะการบำบัดเช่นเดียวกันคือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวล การอธิบายอาการที่ยังคงอยู่ในลักษณะวงจรอุบาทว์ (vicious circles) การพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง (self - management skill) และการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (self-reliance) ผ่านการฝึกปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอทุกชั่วโมงการบำบัด และมีเป้าหมายเพื่อลดใช้ยาคลายกังวล ก่อนเริ่มต้นการบำบัด ผู้ป่วยจะได้รับคู่มืออธิบายการบำบัดและขอร้องให้ผู้ป่วยอ่านเพื่อทำความเข้าใจก่อนเริ่มการบำบัด การบำบัดครั้งที่ 1 เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ

เรื่องที่ 4	Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991).
หัวข้อสัปดาห์	Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Consulting and Clinical Psychology</i> , 59 (1), 167-175.
	วิตกกังวล แหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อเนื้อหาในคู่มือการบำบัด ซึ่งแจ้งเหตุผลของการบำบัด และมอบหมายการบ้าน ในการบำบัดครั้งต่อ ๆ ไป เป็นการปฏิบัติตามโครงสร้างของการบำบัดทั้ง 2 รูปแบบ หลังจากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับตารางการฝึก การทบทวนการบ้านในทุก ๆ ครั้งของการบำบัด อภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับและกลยุทธ์ในการจัดการปัญหา และมอบหมายการบ้านที่เกี่ยวข้องกับการอภิปรายในครั้งนั้นให้ผู้ผู้ป่วยกลับไปทำ ผู้บำบัดทั้ง 2 รูปแบบใช้การสรุปประเด็นและการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ เมื่อการบำบัดมีความก้าวหน้าผู้บำบัดจะให้ความสนใจกับการทำความเข้าใจภาระงานและระบุกลยุทธ์ที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละคนที่ช่วยลดอาการวิตกกังวลได้ ระหว่างการบำบัดในครั้งที่ 4 ผู้บำบัดจะอธิบายรายละเอียดของประเด็นต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยซึ่งจะนำไปสู่การชี้แจงเหตุผลของการบำบัดและวิธีการต่าง ๆ ที่จะใช้เพื่อลดความวิตกกังวล การบำบัดครั้งสุดท้ายเป็นการให้ผู้ผู้ป่วยสรุปภาพรวมลงในแบบฟอร์ม “blueprint” หรือให้ผู้ผู้ป่วยระบุวิธีการจัดการกับความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต การบำบัดเพื่อกระตุ้น (booster sessions) จะเป็นการทบทวนความก้าวหน้าของการบำบัดและกลยุทธ์ที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละคนที่ช่วยลดอาการวิตกกังวลได้ และวางแผนในการจัดการกับปัญหาในปัจจุบันและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต และย้ำกับผู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ช่วยจัดการกับอาการวิตกกังวลได้

เรื่องที่ 4	Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991).
หัวข้อสัปดาห์	Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Consulting and Clinical Psychology</i> , 59 (1), 167-175.
	พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) พฤติกรรมบำบัด อธิบายว่าความวิตกกังวลที่ยังคงอยู่เนื่องจาก 1) ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลต่ออาการวิตกกังวล 2) การพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และ 3) ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และบุคคลสามารถควบคุมความวิตกกังวลได้ด้วยการเรียนรู้วิธีการควบคุมอาการโดยใช้การผ่อนคลายลดการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล โดยการเผชิญปัญหาตามลำดับ และสร้างความเชื่อมั่นในตนเองโดยการเข้าร่วมกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสุขและกิจกรรมที่เป็นรางวัลให้กับตนเอง ผู้บำบัดสอนวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ (Progressive muscular relaxation) ที่พัฒนาโดย Bernstein and Borkovec (1973) โดยให้ผู้ป่วยฟังเทปบันทึกเสียงวิธีปฏิบัติร่วมกับการฝึกกับผู้บำบัด ผู้ป่วยที่มีอาการต้นตอแรงจะได้รับการสอนการควบคุมการหายใจ และเมื่อผู้ป่วยมีทักษะที่จำเป็นต่อการผ่อนคลายแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการสอนการนำการผ่อนคลายมาใช้เมื่อเริ่มมีความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อยก่อนที่จะมีอาการมากขึ้น ผู้บำบัดจะกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการผ่อนคลายและใช้เพิ่มมากขึ้นในชีวิตประจำวัน เนื่องจากการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน ดังนั้นผู้บำบัดจะอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าการหลีกเลี่ยงก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้อย่างไร จัดลำดับความรุนแรงของสถานการณ์ กำหนดความถี่ ระยะเวลา และความสม่ำเสมอของการเผชิญกับสถานการณ์ความเครียด ผู้ป่วยใช้กลยุทธ์ทางพฤติกรรมเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในตนเองซึ่งรวมทั้งการวางแผนในการทำกิจกรรมที่ให้อาหารรางวัลตนเอง

เรื่องที่ 4	Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991).
หัวข้อสัปดาห์	Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Consulting and Clinical Psychology, 59 (1), 167-175.</i>
	และทำให้ตนเองมีความสุข และกลับมาเริ่มทำกิจกรรมที่เคยทำให้หมดกำลังใจหรือทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ผู้บำบัดและผู้ป่วยอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับวิธีการทางพฤติกรรมในการจัดการกับปัญหาที่เฉพาะเจาะจง การให้รางวัลตนเองและมอบหมายงานให้ผู้ผู้ป่วยทำตามลำดับความยากง่าย (graded task assignment) การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม อธิบายว่าความวิตกกังวลที่ยังคงอยู่เกิดจาก 1) ความคิดวิตกกังวล เช่นความคิดเกี่ยวกับอาการวิตกกังวล และสถานการณ์เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล และ 2) การขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (self-confidence) (ความเชื่อในความสามารถของตนเองต่อการทำกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จลดลง) และบุคคลสามารถควบคุมความวิตกกังวลได้ด้วยจำแนกความคิดที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล เปลี่ยนความคิดเป็นอื่นที่อยู่บนความเป็นจริงและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย (realistic and helpful alternative) และทดลองปฏิบัติเพื่อทดสอบวิธีการเหล่านั้น การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม เหมือนกับการบำบัดทางการรู้คิด (cognitive therapy) ของ Beck et al., (1985) และคู่มือการบำบัดในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจาก Beck และใช้ตารางกิจกรรมและการบันทึกเกี่ยวกับความคิดที่บิดเบือน (dysfunctional thought) เพื่อระบุความคิดวิตกกังวล และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการตรวจสอบความคิดและเปลี่ยนความคิดเป็นอื่นที่สามารถทดสอบทางพฤติกรรมได้ ผู้สนใจสามารถคู่มือการบำบัดทั้งสองรูปแบบ 2 รูปแบบได้จาก Glillian Butler

เรื่องที่ 4	Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991).
หัวข้อสัปดาห์	Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Consulting and Clinical Psychology</i> , 59 (1), 167-175.
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized controlled trail
ระดับของงานวิจัย	ระดับ 2
ผลการวิจัย	ก่อนการบำบัดพบว่าผู้ป่วยแต่ละกลุ่มการบำบัดมีอายุเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (CBT=32.6, BT= 34.1, and WL= 38.3) มีระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำของโรควิตกกังวลทั่วไปเฉลี่ย 3 ปี (CBT = 36.8 เดือน, BT = 34.1 เดือน และ WL = 37.6 เดือน) และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมไม่มีผู้ป่วยออกจากการวิจัยก่อน (dropout) แต่พบผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดออกจากการวิจัยก่อน จำนวน 3 คน ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดและกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีคะแนนเฉลี่ยตัวแปรด้านการรู้คิดและพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้บำบัดมีอิทธิพลต่อเงื่อนไขการบำบัดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของการรับการบำบัดในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดและการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีค่าใกล้เคียงกัน (CBT = 10.7; BT=10.6 พิสัย 4-12) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมไม่มีผู้ป่วยออกจากการวิจัยก่อน กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดออกจากการวิจัยก่อนจำนวน 3 คน ไม่มีผู้ป่วยลาออกจากกลุ่มตัวอย่างที่รอคอยการบำบัด ดังนั้นเหลือผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัด จำนวน 18 คน และกลุ่มรอคอยการบำบัด จำนวน 19 คน ที่นำมาประเมินผล ผลการประเมิน เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มหลังการบำบัดพบว่า ก) ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีคะแนนความวิตกกังวล (จากแบบประเมิน BAI: $p<0.01$, STAI-Trait: $p< 0.01$, Leeds: $p<0.05$, 0-8 self: $p<0.01$,

เรื่องที่ 4	Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991).
หัวข้อสัปดาห์	Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Consulting and Clinical Psychology</i> , 59 (1), 167-175.
	Hamilton: $p<0.01$ และ 0-8 assessor: $p<0.01$) มีคะแนนอาการซึมเศร้า (จากแบบประเมิน BDI: $p<0.01$ และ Leeds: $p<0.01$) และ มีคะแนนด้านการรู้คิด (จากแบบประเมิน DAS: $p<0.01$, CCL: $p<0.01$, SPQ: $p<0.01$, Interpretations: $p<0.01$ และ Individual thoughts: $p<0.01$) แตกต่างกับผู้ป่วยในกลุ่มรอคอยการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข) ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดมีคะแนนความวิตกกังวล (จากแบบประเมิน 0-8 self: $p<0.01$) มีคะแนนอาการซึมเศร้า (จากแบบประเมิน BDI: $p<0.05$) และมีคะแนนด้านการรู้คิด (จากแบบประเมิน DAS: $p<0.01$ และ CCL: $p<0.05$) แตกต่างกับผู้ป่วยในกลุ่มรอคอยการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค) ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีคะแนนความวิตกกังวล (จากแบบประเมิน BAI: $p<0.05$, Hamilton: $p<0.01$ และ 0-8 assessor: $p<0.05$) มีคะแนนอาการซึมเศร้า (จากแบบประเมิน BDI: $p<0.05$) และมีคะแนนด้านการรู้คิด (จากแบบประเมิน SPQ: $p<0.05$ และ Interpretations: $p<0.05$) แตกต่างกับผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มในระยะติดตามผลพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีคะแนนความวิตกกังวล (จากแบบประเมิน BAI: $p<0.05$, STAI-Trait: $p<0.05$ และ Hamilton: $p<0.05$) มีคะแนนอาการซึมเศร้า (จากแบบประเมิน 0-8 assessor: $p<0.05$) และมีคะแนนด้านการรู้คิด (จากแบบประเมิน DAS: $p<0.05$, CCL: $p<0.05$, SPQ: $p<0.01$, Interpretations: $p<0.01$ และ Individual thoughts: $p<0.05$) แตกต่างกับผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เรื่องที่ 4	Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991).
หัวข้อสัปดาห์	Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Consulting and Clinical Psychology</i> , 59 (1), 167-175.
	เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างก่อนการบำบัดและหลังการบำบัดภายในกลุ่มการบำบัดเดียวกันโดยใช้ t test พบว่า ก) ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีคะแนนความวิตกกังวล (จากแบบประเมิน BAI: $p<0.001$, STAI-Trait: $p<0.001$, Leeds: $p<0.001$, 0-8 self: $p<0.001$, Hamilton: $p<0.001$ และ 0-8 assessor: $p<0.001$) มีคะแนนอาการซึมเศร้า (จากแบบประเมิน BDI: $p<0.001$, Leeds: $p<0.01$ และ 0-8 self: $p<0.05$) และ มีคะแนนด้านการรู้คิด (จากแบบประเมิน DAS: $p<0.001$, CCL: $p<0.001$, SPQ: $p<0.001$, Interpretations: $p<0.01$, FNE: $p<0.05$ และ Individual thoughts: $p<0.001$) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข) ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดมีคะแนนความวิตกกังวล (จากแบบประเมิน BAI: $p<0.01$, Leeds: $p<0.01$, 0-8 self: $p<0.01$, Hamilton: $p<0.01$ และ 0-8 assessor: $p<0.01$) มีคะแนนอาการซึมเศร้า (จากแบบประเมิน BDI: $p<0.05$) และ มีคะแนนด้านการรู้คิด (จากแบบประเมิน DAS: $p<0.001$, CCL: $p<0.05$ และ Individual thoughts: $p<0.001$) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค) ผู้ป่วยในกลุ่มรอคอยการบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการรอรับการบำบัดอย่างไม่เป็นนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างภายในกลุ่มการบำบัดเดียวกันจากการติดตามผล 6 เดือนพบว่า ก) ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีคะแนนความวิตกกังวล (จากแบบประเมิน BAI: $p<0.001$, STAI-Trait: $p<0.001$, Leeds: $p<0.001$, 0-8 self: $p<0.001$, Hamilton: $p<0.001$ และ 0-8 assessor: $p<0.001$) มีคะแนนอาการซึมเศร้า (จากแบบประเมิน BDI: $p<0.001$, Leeds: $p<0.001$, 0-8 self: $p<0.05$ และ 0-8 assessor: $p<0.05$) และ มีคะแนนด้านการรู้คิด (จากแบบประเมิน DAS: $p<0.001$, CCL: $p<0.05$ และ Individual thoughts: $p<0.001$) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เรื่องที่ 4	Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991).
หัวข้อสัปดาห์	Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Consulting and Clinical Psychology</i> , 59 (1), 167-175.
	$p < 0.001$, CCL: $p < 0.001$, SPQ: $p < 0.01$, Interpretations: $p < 0.001$, FNE: $p < 0.001$ และ Individual thoughts: $p < 0.001$) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ข) ผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับพฤติกรรมบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความวิตกกังวล (จากแบบประเมิน STAI-Trait) คะแนนอาการซึมเศร้า (จากแบบประเมิน 0-8 self และ 0-8 assessor) และคะแนนด้านการรู้คิด (จากแบบประเมิน DAS, CCL, SPQ และ Interpretations) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	- งานวิจัยนี้ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกของผู้ศึกษา ซึ่งปฏิบัติงานกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบ้านโป่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่ไม่มีจิตแพทย์ การรักษาส่วนใหญ่เป็นการบำบัดทางจิตสังคมร่วมกับการให้ยาตามอาการ แต่ยังไม่มียารูปแบบการบำบัดที่ชัดเจน - กระบวนการบำบัด และการประเมินผลของงานวิจัยสามารถนำมาใช้ได้จริงทางคลินิก - การกำหนดวัตถุประสงค์ของงานวิจัยความสอดคล้องกับการออกแบบการวิจัย - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรควิตกกังวล และสามารถนำมาปฏิบัติได้ - กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมเป็นสิ่งที่สามารถปฏิบัติได้
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	- แหล่งตีพิมพ์น่าเชื่อถือ <i>Consulting and Clinical Psychology</i> - ผู้ทำการวิจัยเป็นผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม - ทุนสนับสนุน the Medical Research Council of Great Britain - คุณภาพงานวิจัยมีความน่าเชื่อถือในระดับสูง เนื่องจากเป็นงานวิจัยระดับ 2

เรื่องที่ 4	Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991).
หัวข้อสัปดาห์	Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Consulting and Clinical Psychology</i> , 59 (1), 167-175.
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of the findings) พยาบาลสามารถนำผลการศึกษามาบำบัดรายบุคคลโดยใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปได้ ซึ่งเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบความคิดในระยะยาว และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำได้ 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility) พยาบาลสามารถเป็นผู้ปฏิบัติได้ เพียงแต่พยาบาลที่รับผิดชอบควรมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลสามารถนำไปใช้ได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก สามารถให้ผู้ป่วยเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง และไม่รบกวนขั้นตอนการปฏิบัติ ไม่ต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ใดเพิ่มมากขึ้น หน่วยงานต้องมีความพร้อม เนื่องจากอาจมีความขาดแคลนด้านบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะในการปฏิบัติงาน 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) คุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) เนื่องจากแนวทางในการปฏิบัติมีรูปแบบที่ชัดเจน เป็นการบำบัดรายบุคคลจำนวน 12 ครั้ง มีความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์ เมื่อเปรียบเทียบกับการที่ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำบ่อย ๆ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเหมาะกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป (GAD) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-III-R มีอายุระหว่าง 18 - 65 ปี ผู้ป่วยเป็น

เรื่องที่ 4	Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991).
หัวข้อสัปดาห์	Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Consulting and Clinical Psychology</i> , 59 (1), 167-175.
	โรควิตกกังวลทั่วไปมาแล้ว 6 เดือน มีระดับคะแนนความวิตกกังวลมากกว่า 7 คะแนน จากการประเมินโดยใช้แบบประเมิน the Leed Anxiety Scale ของ Snaith, Bridge & Hamilton (1976) รูปแบบการบำบัดรายบุคคล จำนวน 12 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถหยุดการบำบัดเมื่อได้รับการบำบัดอย่างน้อย 4 ครั้ง และไม่มีอาการวิตกกังวลหรือมีระดับอาการวิตกกังวลคงที่อย่างน้อย 2 สัปดาห์ และผู้บำบัดและผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นร่วมกันว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อสิ้นสุดการบำบัดจะมีการบำบัดเพื่อกระตุ้น (booster) อีกจำนวน 3 ครั้ง เมื่อสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 6 ภายหลังการบำบัดสัปดาห์ ประกอบด้วย ก่อนเริ่มต้นการบำบัด ผู้ป่วยจะได้รับคู่มืออธิบายการบำบัดและขอให้อ่านเพื่อให้ผู้ป่วยอ่านเพื่อทำความเข้าใจก่อนเริ่มการบำบัด การบำบัดครั้งที่ 1 เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการวิตกกังวล แหล่งประโยชน์ของผู้ป่วยและปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยต่อเนื้อหาในคู่มือ ซึ่งแจ้งเหตุผลของการบำบัด และมอบหมายการบ้าน ในการบำบัดครั้งต่อไป เป็นการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งอธิบายว่าความวิตกกังวลที่ยังคงอยู่เกิดจาก 1) ความคิดวิตกกังวล เช่นความคิดเกี่ยวกับอาการวิตกกังวล และสถานการณ์เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล และ 2) การขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (self-confidence) (ความเชื่อในความสามารถของตนเองต่อการทำกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จลดลง) และบุคคลสามารถควบคุมความวิตกกังวลได้ด้วยจำแนกความคิดที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล เปลี่ยนความคิดเป็นอื่นที่อยู่

เรื่องที่ 4	Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991).
หัวข้อสัปดาห์	Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. <i>Consulting and Clinical Psychology</i> , 59 (1), 167-175.
	บนความเป็นจริงและเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย (realistic and helpful alternative) และทดลองปฏิบัติเพื่อทดสอบวิธีการเหล่านั้น ระหว่างการบำบัดในครั้งที่ 4 ผู้บำบัดจะอธิบายรายละเอียดของประเด็นต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยซึ่งจะนำไปสู่การชี้แจงเหตุผลของการบำบัดและวิธีการต่าง ๆ ที่จะใช้เพื่อลดความวิตกกังวล การบำบัดครั้งสุดท้ายเป็นการให้ผู้ป่วยสรุปภาพรวมลงในแบบฟอร์ม “blueprint” หรือให้ผู้ป่วยระบุวิธีการจัดการกับความวิตกกังวลที่จะเกิดขึ้นในอนาคต การบำบัดเพื่อกระตุ้น (booster sessions) จะเป็นการทบทวนความก้าวหน้าของการบำบัดและกลยุทธ์ที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยแต่ละคนที่ช่วยลดอาการวิตกกังวลได้ และวางแผนในการจัดการกับปัญหาในปัจจุบันและปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต และย้ำกับผู้ป่วยเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ช่วยจัดการกับอาการวิตกกังวลได้

เรื่องที่ 5	Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Leger, E.
หัวข้อ	(2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 68 (6), 957-964.
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อประเมินผลการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมในการลดความกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป
สมมุติฐานงานวิจัย	1. การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอาการของโรควิตกกังวลทั่วไปทางคลินิกและทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ 2. การเปลี่ยนแปลงอาการของโรควิตกกังวลทั่วไปที่เป็นผลจากการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมยังคงอยู่ในระยะติดตามผล 6 เดือน และ 12 เดือน
Setting งานวิจัย	Outpatient clinic
ทุน	the Medical Research Council of Canada and the Fonds de la Recherche en Sante du Quebec
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้วิจัยประกาศรับสมัครผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปเพื่อเข้าร่วมโครงการผ่านทางหนังสือพิมพ์ ผู้ป่วยจำนวน 99 คน ติดต่อกลับเพื่อรับการบำบัดในระหว่างเดือนพฤษภาคม 1995 ถึงเดือนมีนาคม 1996 ผู้ป่วยที่สมัครจะได้รับการคัดกรองทางโทรศัพท์โดยใช้การสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างทางโทรศัพท์ เพื่อคัดกรองผู้ที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรควิตกกังวลออก คงเหลือผู้ป่วยจำนวน 42 คน ที่ได้รับเชิญมาสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไปโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV (ADIS; Brown, Di Nardo, & Barlow 1994) การสัมภาษณ์จะถูกบันทึกเทปและได้รับการวินิจฉัยยืนยันโดยจิตแพทย์อีก 1 คน ถ้าจิตแพทย์ทั้ง 2 คนมีความเห็นไม่ตรงกันในการวินิจฉัยโรควิตกกังวล จะนำเข้าสู่ที่ประชุมเพื่อปรึกษาร่วมกันกับผู้ร่วมวิจัยอีกครั้ง และถ้ายังมีความเห็นไม่ตรงกันในการวินิจฉัย ผู้วิจัยจะคัดผู้ป่วยรายนั้นออก

เรื่องที่ 5	Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Leger, E.
หัวข้อ	(2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 68 (6), 957-964.
	จากงานวิจัย เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย 1. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป (GAD) 2. ไม่มีการเปลี่ยนแปลงชนิดและขนาดของยาในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ก่อนเข้ารับการบำบัด 3. แสดงเจตนาที่จะรักษาด้วยยาชนิดเดิมและขนาดคงเดิม ระหว่างการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม 4. ไม่มีประวัติทำร้ายตนเอง 5. ปัจจุบันไม่ได้ใช้สารเสพติดและไม่มีประวัติใช้สารเสพติด 6. ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคจิตเภท หรือโรคอารมณ์แปรปรวน หรือความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากโรคทางกาย ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 42 คน ที่ได้รับการสัมภาษณ์ ถูกคัดออกจำนวน 5 คน เนื่องจากไม่ได้ป่วยเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป ถูกคัดออกจำนวน 4 คน เนื่องจากมีอาการวิตกกังวลไม่รุนแรง ถูกคัดออกจำนวน 5 คน คงเหลือผู้ป่วยจำนวน 31 คน ในจำนวนนี้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์ครบเป็นจำนวน 26 คน (เพศหญิง จำนวน 20 คน เพศชาย จำนวน 6 คน) ทุกคนเป็น French-speaking Caucasians มีอายุเฉลี่ย 39.7 ปี (SD=10.8 ปี) ระดับการศึกษาเฉลี่ย 15.2 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอื่นร่วมด้วย ได้แก่ โรคกลัว (specific phobia) จำนวน 16 คน โรคกลัวสังคม (social phobia) จำนวน 12 คน โรคตื่นตระหนกร่วมกับโรคกลัวที่โล่ง (panic disorder with agoraphobia) จำนวน 3 คน โรคตื่นตระหนกที่ไม่มีอาการกลัวที่โล่ง (panic disorder without agoraphobia) จำนวน 3 คน โรค

เรื่องที่ 5	Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Leger, E.
หัวข้อ	(2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 68 (6), 957-964.
	ซึมเศร้า (major depressive disorder) จำนวน 1 คน โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorder) จำนวน 1 คน และโรค Trichotillomania จำนวน 1 คน เมื่อเริ่มการบำบัด มีผู้ป่วยจำนวน 9 คน ได้รับการรักษาด้วยยา ซึ่งในจำนวนนี้ผู้ป่วย 4 คน ได้รับการรักษาด้วยยาคลายกังวลและยาด้านเศร้า และผู้ป่วยจำนวน 5 คน ได้รับการรักษาด้วยยาคลายกังวลเพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 15.6 ปี (SD=13.3 ปี) และมีผู้ป่วยจำนวน 20 คน เคยปรึกษาบุคลากรทางสุขภาพจิตเกี่ยวกับปัญหาทางอารมณ์ ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจำนวน 14 คน และกลุ่มรอคอยการบำบัดจำนวน 12 คน
เครื่องมือในการประเมินผล	Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-IV) (Brown, Di Nardo, & Barrow, 1994) เป็นแบบคัดกรองโรควิตกกังวลทั่วไป ใช้เพื่อคัดกรองโรคทางอารมณ์ (mood disorder) ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยทางกายโดยมีสาเหตุทางจิตใจเป็นสาเหตุ (somatoform disorder) โรคจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (psychoactive substance use disorder) โรคจิต (psychotic disorders) และปัญหาโรคทางกาย (medical problem) เป็นการสัมภาษณ์เพื่อคัดกรองความเจ็บป่วยทางจิต (Axis I disorders) ที่มีระดับคะแนน 9 ระดับ (9-point Likert scale) Penn State worry Questionnaire (PSWQ) (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990) ฉบับภาษาไทยจำนวน 16 ข้อ ประเมินลักษณะนิสัยของความกังวล ซึ่งมีความเที่ยงภายในสูง ($\alpha = .91$) และมีความเชื่อมั่นโดยการวัดซ้ำ ($r = .81$) รวมทั้งมี

เรื่องที่ 5	Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Leger, E.
หัวข้อ	(2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 68 (6), 957-964.
	ความตรงเชิงเนื้อหา (convergent validity) กับแบบประเมินความกังวล (worry) และความวิตกกังวล (anxiety) แบบอื่น ๆ Worry and Anxiety Questionnaire (WAQ) (Dugas, Freeston, Lachance, Provencher, & Ladouceur, 1995) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ในการวินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV แบบสอบถาม WAQ มีความตรงเชิงเนื้อหา (convergent validity) ความตรงเชิงจำแนก และมีความเชื่อมั่น โดยการวัดซ้ำที่ดี Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) ฉบับภาษาฝรั่งเศส ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการวิตกกังวลด้านการรู้คิด อารมณ์ และร่างกายที่เกิดขึ้นในสัปดาห์ที่ผ่านมา Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) ฉบับภาษาฝรั่งเศสประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ใช้ประเมินอาการซึมเศร้า ซึ่งเป็นแบบวัดที่ดี Significant Other Rating Scale (SORS) ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาเพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อมีระดับคะแนน 9 ระดับ (0-8 คะแนน) ใช้เพื่อประเมินอาการของโรควิตกกังวลทั่วไปของผู้ป่วย (ความกังวลใจ อาการทางกาย สภาพอารมณ์ ความพึงพอใจในชีวิต) โดยผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย การวัดกระบวนการ 1. ความไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน (The intolerance of uncertainty Scale : IUS) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 27 ข้อ ใช้ประเมินความไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน ได้แก่ ความรู้สึกไม่

เรื่องที่ 5	Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Leger, E.
หัวข้อ	(2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 68 (6), 957-964.
	แน่นอน ปฏิบัติการตอบสนองด้านอารมณ์และพฤติกรรมต่อสถานการณ์ที่คลุมเครือ สิ่งที่เกิดตามมา และความพยายามที่จะควบคุมเหตุการณ์ในอนาคต แบบสอบถาม IUS มีความเที่ยงภายในสูง ($\alpha = 0.91$) และมีความเชื่อมั่นโดยการวัดซ้ำดี ($r = 0.78$) การวัดปัจจัยที่ไม่เฉพาะเจาะจง 1. Therapist Rating Scale ใช้ประเมินคุณลักษณะของผู้บำบัด ได้แก่ การดูแล/การมีส่วนร่วม (caring/involved) การเป็นแม่แบบของความเชื่อมั่นในตนเอง การยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข ความชัดเจน (explicit) และความต้องการเป็นที่รู้จัก (willing to be known) มีระดับคะแนน 7 ระดับ (7-point Likert scale) (1-7 คะแนน) 2. Credibility and Expectancy Scale ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ มีระดับคะแนน 5 ระดับ (5-point Likert scale) (1-5 คะแนน) ใช้ประเมินความน่าเชื่อถือ และความคาดหวังต่อการบำบัด 3. Nijmegen Motivation List ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ มีระดับคะแนน 5 ระดับ (5-point Likert scale) (1-5 คะแนน) ใช้ประเมินแรงจูงใจในการบำบัด
การบำบัด (Intervention)	ผู้บำบัดเป็นนักจิตวิทยาที่มีใบประกอบวิชาชีพการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจำนวน 4 คน ผู้บำบัดคนที่ 1 มีประสบการณ์ 3 ปี ให้การบำบัดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 8 คน และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มรอคอยการบำบัดจำนวน 12 คน ผู้บำบัดคนที่ 2 เป็นนักศึกษาระดับปริญญาเอกที่มีประสบการณ์ทางคลินิกเป็นระยะเวลา 10 ปี และผู้บำบัดคนที่ 3

เรื่องที่ 5	Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Leger, E.
หัวข้อ	(2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 68 (6), 957-964.
	เป็นผู้วิจัยหลังปริญญาเอกที่มีประสบการณ์ทางคลินิกเป็นระยะเวลา 4 ปี และนักศึกษาปริญญาเอกที่มีประสบการณ์ทางคลินิกเป็นระยะเวลา 2 ปี ให้การบำบัดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มจำนวน 2 คน <u>กลุ่มตัวอย่างที่รอคอยการบำบัด (the wait-list condition)</u> จะได้รับการชี้แจงว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะเริ่มในระยะเวลา 16 สัปดาห์ภายหลังการประเมินครั้งแรก ระหว่างรอคอยการบำบัดจะได้รับโทรศัพท์เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อให้การสนับสนุน (จำนวนน้อยที่สุด) <u>กลุ่มทดลอง (treatment)</u> ได้รับการบำบัดโดยใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ระยะเวลาการบำบัดจำนวน 16 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ทุกสัปดาห์ ระยะเวลาการบำบัดเฉลี่ย 15.8 ครั้ง การบำบัดโดยใช้แนวคิดการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมช่วยลดความวิตกกังวลและจัดการกับโรควิตกกังวลทั่วไป (GAD) เป็นการให้การบำบัดรายบุคคลเพื่อจัดการปัญหาของผู้ป่วยใน 4 ด้านคือ ความไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน (intolerance of uncertainty) ความเชื่อที่ผิดบิดเบือนเกี่ยวกับความกังวล (erroneous beliefs about worry) ความบกพร่องในการเข้าใจปัญหา (poor problem orientation) การหลีกเลี่ยงทางความคิด (cognitive avoidance) เนื้อหาประกอบด้วย 1. การอธิบายเหตุผลของการบำบัด (Presentation of treatment rationale) ในการบำบัดครั้งที่ 1 ผู้บำบัดชี้แจงเหตุผลของการบำบัด คือ การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในชีวิตซึ่งเป็น

เรื่องที่ 5	Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Leger, E.
หัวข้อ	(2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 68 (6), 957-964.
	สาเหตุที่สำคัญของความรู้สึกกลัว (worry) และความวิตกกังวล (anxiety) ผู้บำบัดจะอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าความไม่แน่นอนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นเป้าหมายของการบำบัดจึงไม่ใช่การกำจัดความไม่แน่นอน แต่เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ ยอมรับ และพัฒนากลยุทธ์การเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน 2. การฝึกการตระหนักรู้ (Awareness training) การบำบัดในขณะนี้ ผู้ป่วยต้องหยุดสิ่งที่กำลังทำอยู่ก่อนเวลาที่กำหนด 3-4 ครั้ง/วัน และบันทึกความกังวลใจที่เกิดขึ้นในทันทีลงในสมุดบันทึก (วันละ 3-4 ครั้ง) รวมทั้งบันทึกการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกังวล (amenable to problem solving) การฝึกการตระหนักรู้อาจใช้เวลาการบำบัดอย่างน้อย 2-3 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความจำเป็นของผู้ป่วยแต่ละคน 3. การแก้ไขความเชื่อที่ผิดบิดเบือนเกี่ยวกับความกังวล (Correction of erroneous beliefs about worry) เป็นการบำบัดโดยให้ผู้ป่วยระบุนความเชื่อเกี่ยวกับความกังวล (เช่น ความกังวลของฉันเกี่ยวกับสุขภาพของลูก ๆ เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ เพราะถ้าเกิดอะไรขึ้นกับพวกเขาฉันจะได้ไม่ต้องประหลาดใจ) และระบุประโยชน์และโทษของการยึดถือความเชื่อนั้น ต่อจากนั้นผู้บำบัดใช้เทคนิคทางการรู้คิดและและพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยประเมินประโยชน์ที่แท้จริงของความกังวลอีกครั้ง ผู้บำบัดย้ำกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการแก้ไขความเชื่อที่บิดเบือนเกี่ยวกับความกังวลจะช่วยเพิ่มความอดทนต่อความไม่แน่นอนของอนาคตแทนที่จะพยายามควบคุมความไม่แน่นอนด้วยการกังวลใจ การบำบัดจะพยายามระบุนความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดตามมาในทางบวกซึ่งจะ

เรื่องที่ 5	Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Leger, E.
หัวข้อ	(2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 68 (6), 957-964.
	เป็นแรงเสริมของอาการวิตกกังวล 4. การฝึกทำความเข้าใจกับปัญหา (Problem - orientation training) ผู้บำบัดใช้การฝึกทำความเข้าใจปัญหาเพื่อเปลี่ยนแปลงความกังวลเป็นการแก้ไขปัญห (problem solving) ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยให้ความสนใจกับปัญหาและระบอบองค์ประกอบที่สำคัญของสถานการณ์ปัญหาแทนที่จะให้ความสนใจไปที่รายละเอียดเล็ก ๆ น้อยๆ เนื่องจากความไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน จะนำไปสู่ความคิดหมกมุ่นอย่างรุนแรงเกี่ยวกับรายละเอียดเล็ก ๆ น้อย ๆ ของสถานการณ์ปัญหา เมื่อผู้ป่วยสามารถระบอบองค์ประกอบที่สำคัญของสถานการณ์ปัญหาได้จะได้รับการกระตุ้นให้ใช้กระบวนการแก้ปัญห 5. การเผชิญทางความคิด (Cognitive exposure) ความกังวลที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงไปสู่การแก้ปัญหได้จะได้รับการบำบัดทางการรู้คิด ด้วยวิธีการดังนี้ 1) ให้ผู้ป่วยบรรยายเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความกังวลสูงลงในเทปบันทึกเสียงซ้ำ ๆ 2) ให้ผู้ป่วยเผชิญกับจินตนาการเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความกังวลขณะที่ผู้ป่วยได้รับการป้องกันปฏิกิริยาตอบสนองของความกังวลที่เกิดขึ้นภายใน การเผชิญทางความคิดช่วยลดความไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนโดยการให้ความหมายสถานการณ์ที่คุกคามใหม่ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse Prevention) ผู้ป่วยทุกรายได้รับคู่มือเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะรายให้กลับไปทำเป็นการบ้านก่อนการบำบัดครั้งสุดท้ายโดยให้ตอบคำถามเกี่ยวกับความไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน (intolerance of uncertainty) ความเชื่อที่ผิดบิดเบือนเกี่ยวกับความกังวล (erroneous beliefs about worry)

เรื่องที่ 5	Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Leger, E.
หัวข้อ	(2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 68 (6), 957-964.
	ความบกพร่องในการเข้าใจปัญหา (poor problem orientation) และการหลีกเลี่ยงทางความคิด (cognitive avoidance) ของตนเอง การประเมินเพื่อติดตามผล ผู้วิจัยติดตามประเมินผล จำนวน 2 ครั้ง เมื่อ 6 เดือน และ 12 เดือนภายหลังการบำบัด ด้วยการรายงานตนเองและด้วยผู้ประเมินอิสระโดยใช้แบบประเมิน ADIS-IV ผู้วิจัยตรวจสอบวิธีการบำบัดของผู้บำบัดแต่ละคน โดยให้นักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาฟังเทปบันทึกเสียงการบำบัด 3 ครั้ง (เลือกโดยการสุ่ม) และทำเครื่องหมายบนวิธีการบำบัดที่ใช้ในการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม จากการวิเคราะห์พบว่าผู้บำบัดปฏิบัติตามขั้นตอนการบำบัดร้อยละ 99 ของการบำบัด
ระเบียบวิธีวิจัย	Randomized controlled trail
ระดับของงานวิจัย	ระดับ 2
ผลการวิจัย	ก่อนการบำบัดพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่รอคอยการบำบัดมีคุณลักษณะทางประชากรและสังคม ตัวแปรทางคลินิก การประเมินผลลัพธ์ {ความเจ็บป่วยทางจิต (ADIS-IV) ลักษณะนิสัยของความกังวล (PSWQ) การวินิจฉัยโรควิตกกังวลทั่วไป (WAQ) ความรุนแรงของอาการวิตกกังวล (BAI) อาการซึมเศร้า (BDI)} แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มภายหลังการบำบัด โดยใช้ MANOVA พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมมีคะแนนในแบบประเมินทุกแบบภายหลังการบำบัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จากการประเมินโดยใช้แบบคัดกรองโรควิตกกังวลทั่วไป (ADIS-IV) $\{F(1, 24) = 27.33, p < 0.05\}$ แบบประเมินลักษณะนิสัยของความกังวล (the PSWQ)

เรื่องที่ 5	Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Leger, E.
หัวข้อ	(2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 68 (6), 957-964.
	{F(1, 24) = 27.24, $p < 0.05$} ประเมินความรุนแรงของอาการวิตกกังวล (the BAI) {F(1, 24) = 4.33, $p < 0.05$} และแบบประเมินอาการซึมเศร้า (the BDI) {F(1, 24) = 15.09, $p < 0.05$} เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างก่อนการบำบัดและหลังการบำบัดภายในกลุ่มการบำบัดเดียวกันพบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีคะแนนในแบบประเมินทุกแบบภายหลังการบำบัดเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างก่อนการบำบัดและระยะติดตามผลภายในกลุ่มการบำบัดเดียวกันพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีคะแนนในแบบประเมินทุกแบบลดลงทั้งในระยะติดตามผลที่ 6 เดือน และ 12 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างหลังการบำบัดและระยะติดตามผลภายในกลุ่มการบำบัดเดียวกันพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมมีความแตกต่างในแบบประเมินทุกแบบในระยะติดตามผลที่ 6 เดือน และ 12 เดือนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแต่พบว่าการเปลี่ยนแปลงด้านระดับความรุนแรงของความคิด อารมณ์ และอาการด้านร่างกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระยะติดตามผลที่ 6 เดือน (BAI, $F(1, 25) = 10.01, p < 0.05$)
ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก	1. งานวิจัยนี้ตรงกับประเด็นปัญหาทางคลินิกของผู้ศึกษา ซึ่งปฏิบัติงานกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลบ้านโป่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่ไม่มีจิตแพทย์ การรักษาส่วนใหญ่เป็นการบำบัดทางจิตสังคมร่วมกับการให้ยาตามอาการ แต่ยังไม่มียุทธวิธี

เรื่องที่ 5	Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Leger, E.
หัวข้อ	(2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 68 (6), 957-964.
	การบำบัดรักษาที่ชัดเจน 2. กระบวนการบำบัด และการประเมินผลสามารถนำมาใช้ได้จริงทางคลินิก 3. การกำหนดวัตถุประสงค์มีความสอดคล้องกับการออกแบบการวิจัย 4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรควิตกกังวล และสามารถนำมาปฏิบัติได้ 5. กิจกรรมที่ใช้ในการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก 6. ขั้นตอนการเก็บข้อมูลมีความชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับของการวัด 7. การนำเสนอข้อมูลมีความเหมาะสมกับผลที่ได้จากการวิจัย มีความหมายและความสำคัญทางคลินิก
การมีความหมายหรือมีคุณค่าในเชิงของศาสตร์	1. แหล่งตีพิมพ์น่าเชื่อถือ <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> 2. ผู้ทำการวิจัยเป็นผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม 3. ทุนสนับสนุน the Medical Research Council of Canada and the Fonds de la Recherche en Sante du Quebec 4. คุณภาพงานวิจัยมีความน่าเชื่อถือในระดับสูง เนื่องจากเป็นงานวิจัยระดับ 2
แนวโน้มที่จะนำไปใช้ได้ในการปฏิบัติ	1. การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติ (Transferability of the findings) พยาบาลสามารถนำการบำบัดรายบุคคลโดยใช้การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรมไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรควิตกกังวล

เรื่องที่ 5	Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Leger, E.
หัวข้อ	(2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 68 (6), 957-964.
	ทั่วไปในหน่วยงานผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลบ้านโป่งได้ ในการลดความวิตกกังวลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว มีรูปแบบการติดตามในระยะยาว ร่วมกับการรักษาด้วยยา 2. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility) พยาบาลสามารถจะเป็นผู้ปฏิบัติได้ เพียงแต่พยาบาลที่รับผิดชอบควรมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลสามารถนำไปใช้ได้ง่าย ไม่ยุ่งยาก สามารถให้ผู้ป่วยเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง และไม่รบกวนขั้นตอนการปฏิบัติ ไม่ต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ใดเพิ่มมากขึ้น หน่วยงานต้องมีความพร้อม เนื่องจากอาจมีความขาดแคลนด้านบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะในการปฏิบัติงาน 3. ความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) คุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) เนื่องจากแนวทางในการปฏิบัติมีรูปแบบที่ชัดเจน ส่งผลต่อการติดตามอาการต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาด้วยอาการเดิม ๆ ซ้ำ ๆ และระยะเวลาการดำเนินของโรคนานขึ้นส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา หากสามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ศึกษามาใช้ภายในหน่วยงานจะช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้
การสรุปเพื่อนำไปใช้	การบำบัดทางการรู้คิดและพฤติกรรม มีระยะเวลาการบำบัดจำนวน 16 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ทุกสัปดาห์ ประกอบด้วย 1. การอธิบายเหตุผลของการบำบัด (Presentation of

เรื่องที่ 5	Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Leger, E.
หัวข้อ	(2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 68 (6), 957-964.
	treatment rationale) คือ การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในชีวิตซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของความกังวล (worry) และความวิตกกังวล (anxiety) ผู้บำบัดจะอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าความไม่แน่นอนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นเป้าหมายของการบำบัดจึงไม่ใช่การกำจัดความไม่แน่นอน แต่เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ ยอมรับ และพัฒนากลยุทธ์การเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน 2. การฝึกการตระหนักรู้ (Awareness training) การบำบัดในขณะนี้ ผู้ป่วยต้องหยุดสิ่งที่กำลังทำอยู่เพื่อบันทึกความกังวลใจในขณะนั้นลงในสมุดบันทึก (วันละ 3-4 ครั้ง) รวมทั้งบันทึกการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความกังวล (amenable to problem solving) การฝึกการตระหนักรู้อาจใช้เวลาการบำบัดอย่างน้อย 2-3 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน 3. การแก้ไขความเชื่อที่ผิดบิดเบือนเกี่ยวกับความกังวล (Correction of erroneous beliefs about worry) เป็นการบำบัดโดยให้ผู้ป่วยระบุนความเชื่อเกี่ยวกับความกังวล และระบุประโยชน์และโทษของการยึดถือความเชื่อนั้น ต่อจากนั้นผู้บำบัดใช้เทคนิคทางการรู้คิดและพฤติกรรมต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยประเมินประโยชน์ที่แท้จริงของความกังวลอีกครั้ง ผู้บำบัดย้ากับผู้ป่วยเกี่ยวกับการแก้ไขความเชื่อที่บิดเบือนเกี่ยวกับความกังวลจะช่วยเพิ่มความอดทนต่อความไม่แน่นอนของอนาคตแทนที่จะพยายามควบคุมความไม่แน่นอนด้วยการกังวลใจ การบำบัดจะพยายามระบุนความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดตามมาของความวิตกกังวลในทางบวกซึ่งจะเป็นแรงเสริมของอาการวิตกกังวล

เรื่องที่ 5	Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Leger, E.
หัวข้อ	(2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i> , 68 (6), 957-964.
	4. การฝึกทำความเข้าใจกับปัญหา (Problem - orientation training) ผู้บำบัดใช้การฝึกทำความเข้าใจปัญหาเพื่อเปลี่ยนแปลงความกังวลเป็นการแก้ไขปัญห (problem solving) ผู้บำบัดช่วยให้ผู้ป่วยให้ความสนใจกับปัญหาและระบอบองค์ประกอบที่สำคัญของสถานการณ์ปัญหาแทนที่จะให้ความสนใจไปที่รายละเอียดเล็ก ๆ น้อยๆ เนื่องจากความไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน จะนำไปสู่ความคิดหมกมุ่นอย่างรุนแรงเกี่ยวกับรายละเอียดเล็ก ๆ น้อย ๆ ของสถานการณ์ปัญหา เมื่อผู้ป่วยสามารถระบอบองค์ประกอบที่สำคัญของสถานการณ์ปัญหาได้จะได้รับการกระตุ้นให้ใช้กระบวนการแก้ปัญห 5. การเผชิญทางความคิด (Cognitive exposure) ความกังวลที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงไปสู่การแก้ปัญหได้จะได้รับการบำบัดทางความคิด ด้วยวิธีการดังนี้ 1) ให้ผู้ป่วยบรรยายเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความกังวลสูงลงในเทปบันทึกเสียงซ้ำ ๆ 2) ให้ผู้ป่วยเผชิญกับจินตนาการเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความกังวลขณะที่ผู้ป่วยได้รับการป้องกันปฏิกิริยาตอบสนองของความกังวลที่เกิดขึ้นภายใน การเผชิญทางความคิดช่วยลดความไม่อดทนต่อความไม่แน่นอนโดยการให้ความหมายสถานการณ์ที่คลุมเครือใหม่ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse Prevention) ผู้ป่วยทุกรายได้รับคู่มือเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะรายให้กลับไปทำเป็นการบ้านก่อนการบำบัดครั้งสุดท้ายโดยให้ตอบคำถามเกี่ยวกับความไม่อดทนต่อความไม่แน่นอน (intolerance of uncertainty) ความเชื่อที่ผิดบิดเบือนเกี่ยวกับความกังวล (erroneous beliefs about worry) ความบกพร่องในการเข้าใจปัญหา (poor problem orientation) และการหลีกเลี่ยงทางความคิด (cognitive avoidance) ของตนเอง

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ-สกุล

นางรัจฉา ต่อทรัพย์

วัน/เดือน/ปีเกิด

13 ตุลาคม 2519 อายุ 34 ปี

สถานที่เกิด

จังหวัดราชบุรี ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชบุรี, 2541

จังหวัดราชบุรี

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 2546

จังหวัดกรุงเทพฯ

ประกาศนียบัตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ที่อยู่ปัจจุบัน

บ้านเลขที่ 144/6 หมู่ 1 ตำบลท่าม่วง อำเภอท่าม่วง

กาญจนบุรี 71110

โทรศัพท์ 03-4698229

ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ทำงาน

โรงพยาบาลบ้านโป่ง

12 ถนนแสงชูโต อำเภอบ้านโป่ง

ราชบุรี 70110

โทรศัพท์ 03-2222841-46 ต่อ 176-178 มือถือ 086- 1611516

E-Mail address: rajchabow@hotmail.com